Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sommer 2018

Heute studieren,
was morgen gefragt ist.

PFLEGEWISSENSCHAFT

Master.

Advanced Nursing Practice
Pflegepädagogik
Pflegemanagement

Doktorat.

Informieren Sie sich zum
Forschungsraum von
Univ.-Prof. Dr. Christa Them
Univ.-Prof. Dr. Bernd Seeberger
Assoc.-Prof. Dr. Gerhard Müller
Assoc.-Prof. Dr. Eva Schulc
Priv.-Doz. Dr. Daniela Deufert

www.umit.at

UMIT
the health & life sciences university

BILDUNG & MANAGEMENT

05 **Skill and Will**
Dr. Christoph Zulehner

09 **Pflege in China: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft**
Jiasi Yao MSN RN
Hong Lu PhD MSN RN
übersetzt von Evelyn Widhalm

17 **Macht, Medizin und Ethik**
O.Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

23 **Die Zukunft der „Advanced Practice Nurse“ in Österreich**
Denise Schäfer

31 **Die FH-Campus-Wien betreibt den ersten Forschungs-OP Österreichs!**
Mag. Dr. Dr. Engelbert Mach PhD
DI. Jörg Pogatscher

35 **Welchen Mehrwert kann Evaluation bringen?**
Mag. Dr. Marie-Therese Schultes
Dr. Monika Finsterwald (MSc)

45 **Fachlichkeit – gut, besser, am besten?**
Mag. Petra Rösler

47 **Übertherapie in der Intensivmedizin: Das Medizinproblem dieses Jahrhunderts**
Dr. Matthias Thöns

RÜCKBLICK

55 **Business Circle 2018**
Markus Golla, BScN

GESUNDHEITSPOLITIK

61 **Die aktuelle Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz**
Dr. Edith Kellnhauser, RN, BA, MSEd

63 **Arm, krank, alt**
Fallbeispiel Hauskrankenpflege
Mag.Alexandra Prinz, MSc

67 **Das Fallpflegesystem - ein neues Pflegesystem für die Langzeitpflege**
Karl Oberhauser

FACHWISSEN

73 **Umgang mit Krisen bei Demenz**
Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer

79 **Delir erkennen leicht gemacht – ein Tipp für die Praxis**
Pia Lohr, MScN
Jutta Wetzlmair, MScN

85 **Fernab aller Resonanz**
Thomas Hax-Schoppenhorst
Christoph Müller

91 **Alltagsbewegung ermöglichen in jedem Alter**
Mag.ª Bettina Hojdelewicz
Ulrike Resch-Kröll, MBA

ERLEBEN

93 **Vergessen ist fast schon modern**
Raphael Schönborn, MA

97 **Seit wann wird Humor nicht mehr belächelt?**
Dr. Eckart von Hirschhausen

103 **REZENSIONEN**

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

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

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) niyazz

(C) 2018 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

Wenn Pflege netzwerkt..

3. Pflegesymposium Pflege Professionell

„Was in Zukunft auf uns zukommt – Chancen und Grenzen des Machbaren“ / „Die Zukunft der Monitorüberwachung“ / „Patient im Mittelpunkt: dafür haben wir doch keine Zeit?“ „(Un-)Sichtbarkeit von Pflege“ / „Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung entwickeln“ / „Hoffnung“ / „Smart Grid - Vom Team zum Netzwerk!“ / „Außerfamiliäre informelle Hilfe – die Angehörigen von morgen?“ / „Anhaltspunkt für Menschen mit Demenz. Eine sozialrechtliche Perspektive.“ / „...damit habe ich nicht gerechnet“ / „Stomaversorgung 2018“ / „Inkontinenzversorgung 2018“ / u.v.m.

imc

FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

2.Oktober 2018

Programm & Anmeldung

www.pflege-professionell.at

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Markus Golla, BScN

Das Gesundheitswesen ist im ständigen Wandel.
Die Herausforderungen des Alltags scheinen überdimensional zu den Ressourcen zu wachsen. Zwischen Motivation und Frustration, Euphorie und Erschöpfung scheint das Personal des Gesundheitswesen seinen täglichen Kampf aufzunehmen. Während die eine Seite in überschwänglichen Reden zur Revolution aufruft, an der sich letztendlich kaum einer beteiligt, nutzt die andere Seite jede freie Minute um den Weltuntergang des Pflegeberufes auszurufen. Der Blick auf das Wesentliche und ein Mittelmaß scheint irgendwo verloren gegangen zu sein. Befinden wir uns nun in einer Zeit des Untergangs oder haben wir mit der Akademisierung eine neue Stufe des beruflichen Daseins erlangt? Irgendwie scheint beides gleichzeitig vorhanden zu sein. Doch egal, ob das Glas nun halbvoll oder halbleer scheint, die sinkenden Zahlen in den Ausbildungen und die demografische Entwicklung machen die Situation nicht einfacher.

Wir brauchen Sie, die Gattung Mensch die angeblich keiner mag…

Nun ist es wirklich an der Zeit die VisionärInnen und Ambitionierten ans Werk zu lassen, denn ohne Visionen und Schaffenslust wird es nicht gehen. In meiner eigenen Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger wurde uns zig Mal versichert, dass ambitionierte vorantreibende Menschen keiner ausstehen kann, aber für das normale 08/15 Prozedere - weil wir es immer schon so gemacht haben - ist es nun langsam zu spät. Es gilt sich zu vernetzen, zu ergänzen und mit neuen Handlungsoptionen nach vorne zu blicken. Ja, Veränderung ist nicht immer angenehm, aber mit einem Schulterschluss auf allen Ebenen haben wir die Chance eine guten Zukunft zu gestalten.

Auch diesmal haben wir wieder tolle AutorInnen für unsere Ausgabe gewinnen können. Personen, die nach vorne sehen und sich den Begebenheiten der Zeit stellen….

Markus Golla

Herausgeber

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

Skill and Will

Von Grade-Sammlern und Experten die vom Himmel fallen

Es scheint sich eine Entwicklung abzuzeichnen, die zu beobachten lohnt. Gerne verwende ich dafür die Metapher des Führerscheins. Bei meinen Vorträgen richte ich oftmals folgende Frage an die Teilnehmenden: „Gehören Sie zu jenen die schon vor Erwerb des Führerscheins mit dem Auto gefahren sind?“ Nach wie vor gehen Hände in die Höhe die mir zu verstehen geben, dass dies für viele zutreffend ist. Aber es werden weniger.

Stellen Sie sich gerne selbst folgende Frage: „Tun Sie schon bevor sie dürfen oder dürfen Sie lieber was Sie zunächst nicht können?“ In den letzten Jahren verstärken sich die Spielregeln die Letzteres begünstigen.

Bestimmt sind Sie Ihnen schon begegnet, die GRADE-Sammler. Was sie auszeichnet, ist eine erkleckliche Ansammlung an Abschlüssen und die damit verbundenen akademischen Kürzel. Wie eine Appendix kleben sie am Namen: BA, BSc, Bphil, BScN, BStat, MA, MAS, MSc, MBA, Mphil, MIBI, MLBT, MSSc, MStat, PhD. Schließlich hat es Bologna möglich gemacht, die Anzahl bis zum Magister (Master) mindestens zu verdoppeln.

Keine Angst, das ist keine Abrechnung mit Bologna. Es ist auch keine Spottschrift wider die Akademisierung. Es geht hier um etwas anderes.

Die Gesundheitsbranche ist seit jeher von ihrer unaufhörlichen Spezialisierung gekennzeichnet und sie findet kein Ende. Diese Entwicklung führt zwangsläufig dazu, dass die Expertenfelder komplexer und gleichzeitig kleiner werden. Sie führt aber auch dazu, dass Allrounder zu einer aussterbende Spezies geworden sind. Es ist einfach nicht mehr möglich „breit aufgestellt“ zu sein. Diese Veränderung zwingt uns dazu, uns zu

fokussieren und zu Spezialisten zu werden.

Allerdings fallen wir nicht als Experten vom Himmel. Oder doch? Möglicherweise müssen wir vom Himmel fallen, weil es in Anbetracht der Dynamik gar keinen anderen Weg gibt. Wie wir wissen, sind es zwei Aspekte die Experten ausmachen:

Zum einen brauchen wir GRADES. Sie sichern die Legitimation und damit die notwendige Erlaubnis. Dabei geht es zwar vordergründig um anerkannte Ausbildungsgrade, aber nicht nur. Es wird gerne übersehen, dass im Sog dieser Entwicklung auch unaufhörlich neue Spezialisierungen entstehen. Diese bedürfen nicht zwingend eines eigenen Abschlusses. Bestimmt geht es Ihnen so wie mir und sie haben von den folgend genannten Berufen noch kaum jemals gehört: Hospital Play Specialist, Healthcare Robot Technician, Deep Learning Expert, Robot Companion Technician, Lifestyle Strategist, Telenursing Expert, Healthcare Navigator, Gamification Specialist, Nanomedical Engineer, Patient Assistant, End-of-Life Therapist, Health Data Analyst, Brain-Computer Interface Designer. Das sind keine Erfindungen. Eines ist aber auch klar: Bestimmte Grades erwerben wir nicht an Hochschulen. Erst recht nicht in der Pionierphase. Da heißt es in Vorleistung zu gehen.

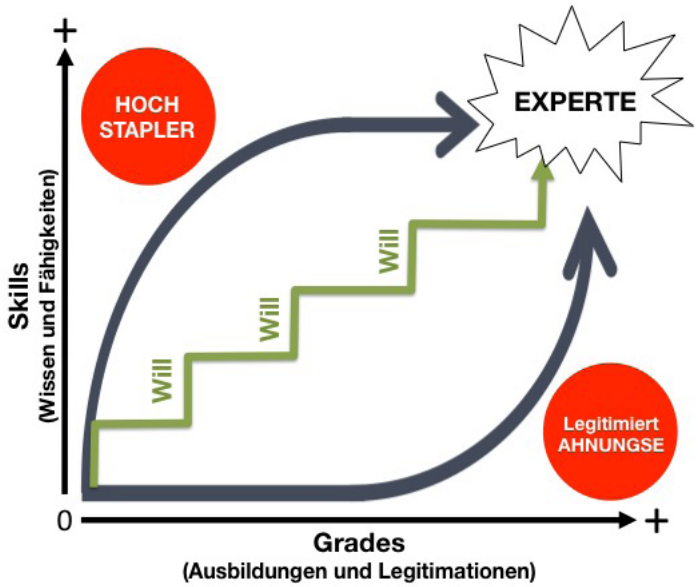
Denken Sie nur zwei Jahrzehnte zurück Die ersten EDV-Spezialisten – ja, damals hießen sie weder IT- noch IKT-Experten – haben sich ohne Informatikstudium an die Sache rangemacht. Es waren durchwegs enthusiasmierte von der neuen Sache begeisterte Freaks. Und sie waren erfolgreich. Zeiten des Umbruchs bieten solche Chancen. Und wir befinden uns in einer Zeit großartiger Veränderungen.

Es gibt dazu mittlerweile selbst für die Gesundheitsbranche eine beeindruckende Zahl an Publikationen. Zum Beispiel veröffentlichte der Healthcare Management Degree Guide eine Liste von 20 in Zukunft besonders nachgefragten nichtärztlichen Berufen. Immerhin finden sich darin sieben Spezialisierungen die unmittelbar oder mittelbar Pflegeberufen entsprechen. (siehe Kasten)

Zum anderen brauchen wir SKILLS. Sie beantworten die Frage nach dem notwendigen Wissen, den Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfahrungen und der Intuitionsfähigkeit. Mit der inflationären Wort-Kombination „GRADE- and SKILL-Mix“ werden wir seit dem Jahr 2000 mit der Nase darauf gestoßen, dass sie das unverzichtbare Fundament jeder Expertise darstellen.

So ist es nicht verwunderlich, dass es zwei typische Wege sind, die zur Expertise führen. Zum einen der eher vom Pragmatismus geprägte. Das ist der Weg auf dem wir immer schon tun bevor wir dürfen. Jene die Neues entdecken, Chancen erkennen und in Vorleistung gehen, nennen wir Pioniere. Jene, die beizeiten nicht die notwendigen Grades erwerben, nennen wir „Hochstapler“.

Zum anderen gibt es den von der Legitimation geprägten Weg. Auf diesem wird nichts ohne Zertifikat begonnen. Es wird nichts ausgeübt wofür es nicht eine Ausbildung gibt. Universitär versteht sich. Die Ausbildungstrends der letzten Jahre haben vor allem dazu geführt, dass zunehmend dieser Weg beschritten wird. Daran ist zunächst gar nichts auszusetzen, vorausgesetzt er wird zu Ende gegangen. Hier finden sich nämlich umgekehrt auch die, welche es verabsäumen sich die notwendigen Skills anzueignen. Ihre Vertreter nennen wir „Legitimiert Ahnungslose“. Trump ist einer der aktuell bekanntesten Repräsentanten. Aber das ist wieder eine andere Geschichte.



Lassen Sie mich noch einmal zu meiner Führerschein-Metapher zurückkehren. In der Fahrschule lernen wir nachweislich nicht Autofahren. Wir erwerben einzig die Fahrerlaubnis. Eine Art „Grade“. Um die notwendigen Skills zu entwickeln müssen wir einsteigen und losfahren. Mit allen damit verbundenen Risiken. Geht es doch darum Erfahrungen zu sammeln. „Erfahrung“ – was für ein schönes Wort in diesem Zusammenhang. Vor der Erfindung des Rades war dieses Wort vermutlich gar nicht existent. Aber wie kommen wir zur Erfahrung. Jemand Kluges hat es einmal so formuliert: „Wir müssen sie machen!“ Anders wird es wohl nicht gehen. Erfahrung machen heißt aber nichts anderes als „tun“. Wir müssen tun, handeln, uns auf etwas einlassen.

Dieses Tun bedarf gleichzeitig des Willens auch etwas falsch zu machen. Nach dem Erwerb des Führerscheins nicht in das Auto zu steigen, sondern sich stattdessen in die einschlägige Mobilitäts-Literatur zu vertiefen, wird an den Fähigkeiten der Lenker wenig verbessern. Selbst wenn die Ratgeber-Autoren noch so namhaft sind.

Die notwendigen Skills müssen wir uns „erfahren“ im wahrsten Sinn des Wortes. Wenn wir dies unterlassen sind alle unsere Nachweise ohne Nutzen. Dann zeichnet uns eine Liste an Bestätigungen aus, ohne je erfahren zu haben was uns attestiert wird. Dann werden wir zu „Grade-Sammlern“.

Was aber wenn wir erkennen, dass es sich um ein Vehikel handelt wofür es noch gar keine Lizenz gibt. Etwas ganz neues. Ein Vehikel an dem es möglicherweise sogar noch zu bauen gilt. Ein Vehikel das noch gar keinen Namen hat oder dessen Namen wir noch nicht kennen. Niemand von uns kannte vor dem Jahr 2001 das Wort Segway ©. Niemand die Wörter Powerstrider© oder FlyJumper©.

Ich finde es ist an der Zeit, den Blick verstärkt auf zwei Dinge zu richten: Zum einen auf die Skills. Dies gilt für Ausbildungen gleichermaßen wie für Auswahlverfahren. Zum anderen auf Grades im Sinne der Pionierarbeit. Die Dienstleistungswelt braucht neue Professionen, neue Experten und damit neue Berufe. Auch um in Zukunft attraktive Job-Angebot legen zu können.

Das bedeutet aber auch, dass der notwendige „WILL“ vorhanden sein muss. Der Wille in Vorleistung zu gehen, wenn es darum geht das Notwendige zu erfahren. Das heißt für angehende Experten tatsächlich, vom Himmel zu fallen und aktiv zu werden. Das heißt für Dienstgeber den vom Himmel Gefallenen die Chance zu geben, zu erfahren was möglich ist und was Fehler sind.

20 in Zukunft nachgefragte nichtärztliche Berufe

1. Klinische Pharmazeuten
2. Hebammen
3. Anästhesie Pflegeexperten
4. Gesundheits- und Krankenpflegeperson
5. Medizinische Assistenzberufe
6. Gesundheitsmanager
7. Biomedizintechniker
8. Physikalische Therapeuten
9. Zahnhygieniker
10. Bestrahlungstherapeuten
11. Ergotherapeuten
12. Nuklearmedizinische Assistenzen
13. Logopäden
14. Arbeitsschutz- und Arbeitsmedizinische Spezialisten
15. Advanced Nursing Practitioner
16. Krankenversicherungsexperten
17. Orthesen- und Prothesen-Techniker
18. Ultraschalluntersucher
19. Atem- und Beatmungstherapeuten

Quelle: https://www.healthcare-management-degree.net/highest-paid-non-physician-jobs-in-healthcare/

Autor & Links

www.seges.at

www.christophzulehner.com

Dr. Christoph Zulehner
Speaker & Experte
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Dipl. Kaufmann für Gesundheitmanagement
Doktorat in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Unternehmensberater & Geschäftsführer seGes
Gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Management von Gesundheitseinrichtungen

GÖD
GESUNDHEITS-
GEWERKSCHAFT

„Sie wollen gut behandelt werden.
Pflege- und Gesundheitspersonal auch.“

GEWALT FREIER ARBEITSPLATZ

GEWALT DARF KEIN BERUFSRISIKO SEIN.

Kontaktieren Sie uns!

www.gesundheitsgewerkschaft.at
gesundheitsgewerkschaft@goed.at
/goedgesundheit

Pflege in China

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

In dieser Arbeit werden die Entwicklung und die Zukunftstrends für die Pflege in China zusammengefasst und bearbeitet. Beeinflusst von den Veränderungen des chinesischen Gesundheitssystems zeigt die moderne Pflege eine rapide Verbesserung, die sich durch die steigende Dichte an Pflegepersonal, die vernünftige Struktur in der Ausbildung des Pflegepersonals und der weltweit ausgerichtete Trend bezüglich der Rolle des Pflegepersonals zeigt.

Schlüsselwörter:
Pflege; China; Arbeitskraft; Ausbildung; Rollenbild

Einleitung

Generell gesehen steht das Pflegepersonal an der Spitze derer, die die Gesundheit der Bevölkerung schützen und ins Bewusstsein rufen sollen. Die Entwicklung der Pflege im Allgemeinen ist stark von der Veränderung des chinesischen Gesundheitssystems beeinflusst. Zurzeit durchlebt die Umwandlung des Gesundheitssystems in China einige Phasen (vgl.1): während der Entwicklungsphase wurde die Pflegeausbildung erstmals als ein Hauptfach in der ordentlichen Schulbildung angesehen; während der Zeit der Wirtschaftsreform konnten viele Institutionen, die aufgrund der kulturellen Revolution von 1966 bis 1976 zum Erliegen gebracht wurden , die Ausbildung von hochqualifizierten Fachkräften wieder ins Leben rufen. Das gilt auch für Pflegeberufe. Während der letzten Reformperiode wurde der Pflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

2008 gab die Regierung das so genannte „Nurse Bylaw“ heraus um die Entwicklung der Pflege zu regulieren (vgl.2); 2011 wurde die Pflege zu einer der wichtigsten Fachrichtungen, was den glänzenden Plan zur Entwicklung der Pflege repräsentiert. (vgl.1)

Die letzten Jahrzehnte zeigen einen regelrechten Boom für Pflegeberufe in China. Die Dichte an Pflegepersonal hat nennenswert zugenommen, was einerseits durch die ansteigende Zahl an staatlich geprüftem Pflegepersonal (RN) und andererseits die ansteigende Rate an Pflegepersonal pro 1000 Kopf gezeigt wird. Die Pflegeausbildung wurde vielschichtig und vernünftig strukturiert. Pflegepersonen werden nun mit einer breiteren Auswahl an Karrieremöglichkeiten konfrontiert und zwar nicht nur im Krankenhausbereich sondern auch als Pflegefachexperten (APN) oder Ähnliches.

Zusammen mit dem kürzlich herausgegebenem „Gesundes China 2030“ – Plan und dem „Nationalen Entwicklungsplan zur Pflegeausbildung (2016 – 2020), der klar die entscheidende Rolle von Pflegepersonal und Pflege generell ausdrückt, ergeben sich in China neue Möglichkeiten und Herausforderungen. Um ein vollständiges Bild von Pflegethemen und der Entwicklung der Pflege in China zu bekommen, werden im

Folgenden drei Aspekte beschrieben: Arbeitskräfte in der Pflege, Ausbildung für Pflegepersonal und die neuesten Tendenzen für das Rollenbild von Pflegepersonen.

Pflegepersonal

Qualität und Quantität

In den letzten Jahren zeigte sich ein rasanter Anstieg an Pflegepersonal in China. Im Jahr 2012 zählte man 249,6599 Personen im gehobenen Dienst (vgl.3). Bis Ende 2015 stieg diese Zahl auf 3241,000. Vergleicht man die Jahre 2010 und 2015 so lässt sich erkennen, dass auch die Rate von Pflegepersonen pro 1000 Einwohner von 1.52 auf 2.36 gestiegen ist. Auch das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegepersonal stieg von 1:0.85 auf 1:1.07. Diese Tatsache kehrt das „Upside-Down" – Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegepersonen in China um. Die Nationale Gesundheits- und Familienplanungskommission (NHFPC) schätzt die Anzahl der Pflegepersonen im Jahr 2020 auf 445,000 (vgl.4). Somit wird das Pflegepersonal die größte Gruppe an Dienstleistern im Gesundheitssektor darstellen.

Die Qualität des Pflegpersonals in China spiegelt sich in der vielschichtigen Struktur wider.

Zunächst zeigen Geschlechter- und Altersverteilung deutlich, dass Pflegepersonen größtenteils jung und weiblich sind. China Health Statistics Annual aus dem Jahr 2012 nannte 98.2 % weibliches Pflegepersonal. (vgl.3) Weiters sind laut dieser Statistik 41.6% zwischen 25 und 34 Jahre alt, weitere 25.4% sind im Alter zwischen 35 und 44. (vgl.3)

In China gilt eine 5-Stufen Hierarchie im Pflegebereich: Krankenschwester/-pfleger (junior), Pflegefachperson (junior), Stationsleitung (medium), stellvertretende Pflegedirektion (senior) und Pflegedirektion (senior). Die bereits oben genannte Statistik gibt folgende Verteilung an: 42.6%, 26.0%, 21.1%, 1.8%, 0.1% (vgl.3). Es liegt klar auf der Hand, dass der Großteil des Pflegepersonals in den beiden Junior-Levels arbeitet. Sieht man sich die Altersverteilung an, kann auch der niedrige Prozentsatz an Senior-Personal erklärt werden. Das Erreichen der einzelnen hierarchischen Stufen ist von verschiedenen Faktoren wie Dienstalter, Forschungsleistungen oder sozialer Position abhängig. Die Anforderungen variieren auch regional.

Außerdem gibt es ein fertiges System für die Pflegeausbildung. Im Folgenden wieder die Zahlen aus 2012: 0.1% schlossen mit einem Master-Degree ab. Weitere 10.5% erreichten den Bachelor – Titel, 45.4% absolvierten das associate degree (2-jährige Ausbildung) und 42.0% wurde das Pflegediplom verliehen. Bis zum Jahr 2015 stieg allerdings der Prozentsatz der Abschlüsse im Associate- und Bachelorbereich von 58.0 % auf 62.5%. Mithilfe der Entwicklung neuer Masterprogramme wird die Ausbildung der Pflegefachexperten immer besser.

Weiterführende Ausbildung
Weiterführende Ausbildung (im Original „Continuing Education“ wird im Folgenden abgekürzt mit „CE“) wird für Pflegepersonal immer notwendiger (vgl. 5). In China muss jeder Krankenpfleger eine gewisse Anzahl an Credits erwerben, um zugelassen zu bleiben, die spezifische Anzahl variiert regional. CE Programme werden meist in drei Stufen durchgeführt: Beurteilung von Bedürfnissen, Durchführungsprogramme und Evaluierung der Erfolge und Auswirkungen. (vgl. 6) Selbst gestaltete Fragebögen einzelner Krankenhäuser werden zur Beurteilung der Bedürfnisse verwendet. (vgl. 7) Basierend auf den verschiedenen Abteilungen, Kompetenzlevels und anderen Faktoren wird das Pflegepersonal in verschiedene Gruppen passend zu den entsprechenden CE Programmen eingeteilt. (vgl. 8) Die Inhalte der CE Programme konzentrieren sich hauptsächlich auf zwei Aspekte: persönliche Fertigkeiten und Fähigkeiten und Humanwissenschaften in Form von wissenschaftlichen Konferenzen und Foren, Workshops oder Seminaren. (vgl. 6) Die Prozessevaluation wird hauptsächlich durch die Zustimmung der einzelnen Abteilungen zur Vergabe der Credits durchgeführt. Um CE Programme in Zukunft effektiver zu gestalten, sollten die tatsächlichen Erwartungen des Pflegepersonals an diese Programme und deren persönliche Motivation daran teilzunehmen besonders berücksichtigt werden.

Professionelles Management
Professionelles Management ist entscheidend für den Fortschritt und die Weiterentwicklung der Pflege. Es kann anhand zweier Aspekte beschrieben werden: berufsrechtliche Regelungen und landesweite Organisation.

Das Nurse Bylaw ist das momentane berufsrechtliche Regelwerk für Pflegeberufe in China und wurde 2012 vom Staatsrat offiziell anerkannt. Hinsichtlich der rechtlichen Aspekte stellte Nurse Bylaw explizite Bestimmungen für die folgenden vier Dimensionen auf: Berufsregister für Pflegepersonal; Rechte und Verantwortlichkeiten des Pflegepersonals; Pflichten der medizinischen Institutionen; rechtliche Haftung des Pflegepersonals. (vgl. 2) Zurzeit spielt Nurse Bylaw eine unverzichtbare Rolle in der Förderung und der Entwicklung der Pflege in China. Gleichzeitig machen das Pflegepersonal und seine Verbände gemeinsame Anstrengungen, um das Thema „Pflegerecht“ in der nahen Zukunft voranzutreiben.

Die zweite Aufgabe des professionellen Managements ist die wissenschaftliche Organisation in der Pflege. Der Chinesische Pflegeverband (im Original „Chinese Nursing Association“, im Folgenden abgekürzt mit CNA) wurde bereits 1909 gegründet. (vgl. 9) Zurzeit besteht dieser Verband aus elf Arbeitsgruppen und 26 spezialisierten Gruppen, die fast alle Aspekte der Pflege abdecken. (vgl. 9) Die Hauptaufgaben der CNA sind zum Einen Gesundheitsförderung und zum Anderen politische Vorschläge zu bringen. Ohne der regionalen Mitglieder aus den Provinzen zählte die CNA bis 2007 70,000 Mitglieder. (vgl. 9) Die CNA trug und trägt zur Pflegeverwaltung, der Forschung und der Ausbildung maßgeblich bei. Betreffend die Pflege in China spielt die CNA eine aktive, internationale Rolle was den Anstieg der globalen Kommunikation mit internationalen Verbänden betrifft und in der Mission zur weltweiten Gesundheitsförderung.

Momentanes Ungleichgewicht
Durch die Vielfalt der verschiedenen Rahmenbedingungen zeigen sich bei Chinas Pflegepersonal große Unterschiede zwischen östlichen und westlichen Provinzen, sowie zwischen städtischen und ländlichen Gebieten.

Allgemein kann die ungleiche Verteilung durch die Anzahl an Pflegepersonen in den verschiedenen Teilen Chinas erklärt werden. Basierend auf Statistiken aus 2012 gab es in den östlichen Gebieten 1129,000 Pflegepersonen, was bereits fast die Hälfte des landesweiten Personals darstellt. 743,000 Personen waren in den zentral gelegenen Gegenden, 625,000 im westlichen Teil des Landes beschäftigt. (vgl. 3) Im Osten kommen 2.02 Pflegepersonen auf 1000 Einwohner, im Zentrum Chinas 1.75 und im Westen nur noch 1.71 Personen. (vgl. 3) Vergleicht man weiter Stadt und Land, so findet man in Peking 6.33 oder in Shanghai 4.55 Pflegepersonen pro 1000 Einwohner, wobei in der ländlichen Provinz Guizhou nur noch eine Rate von 0.76 vorhanden ist.

Pflegeausbildung
Die Pflegeausbildung in China umfasst vielschichtige Programme. Abhängig von den verschiedenen Ausbildungszielen werden die Programme in vier Typen unterteilt: Programme für diplomiertes Pflegepersonal, Programme für den Associate Degree, Bachelorprogramme und Programme für Aufbaustudien mit Masterabschluss.

Programme für diplomiertes Pflegepersonal und den Associate Degree
Programme für diplomiertes

Pflegepersonal begannen bereits im Jahr 1958 als erste formelle Pflegeausbildung und haben somit eine lange Geschichte. (vgl. 1) Das Ausbildungsziel hier ist es, die Studenten mit praktischen Fähigkeiten auszustatten. Die durchschnittliche Ausbildungsdauer beträgt – je nach Vorbildung – zwei oder drei Jahre. (vgl. 1)

Programme für den Associate Degree wurden zum ersten Mal an der Nanjihg Medizinuniversität im Jahre 1979 angeboten. (vgl. 1) Die Ausbildungsziele bei diesen Programmen sind es, den Studierenden klinische und kommunikative Fertigkeiten näher zu bringen, ohne höhere Anforderungen in den Bereichen Pflegeverwaltung und Pflegeforschung zu stellen. Auch hier beträgt die Studiendauer üblicherweise zwei bis drei Jahre. (vgl. 1)

Zwischen den oben erklärten Ausbildungsformen gibt es mehrere Gemeinsamkeiten. Einige Programme spezialisieren sich auf bestimmte Bereiche wie Geburtshilfe oder auch Hauskrankenpflege. (vgl. 1) Im Lehrplan ist ebenfalls intensiver Englischunterricht vorgesehen, um die Studierenden auf Austauschprogramme oder generell Arbeitsaufenthalte im Ausland vorzubereiten. Obwohl die Programme für diplomiertes Pflegepersonal und jene für den Associate Degree keinerlei fortgeschrittene Kompetenzen, wie Wissen bezüglich Pflegeverwaltung oder Pflegeforschung, verlangen, entsprechen die Absolventen dieser Programme dem momentanen dringlichen Bedarf an Arbeitskräften im Pflegebereich.

Bachelorprogramme

China ist eines der ersten Länder, in denen Hochschulausbildung im Pflegebereich angeboten wurde. 1920 warb die Peking Union Medical University Highschool- Absolventen an, um Pflegewissenschaften zu studieren. (vgl. 1) Die Tianjin Medical University führte 1983 das erste Ausbildungsprogramm mit Bachelor – Abschluss ein. (vgl. 1) Im Jahr 2011 wurde die allgemeine Ausbildungszeit auf vier Jahre vereinheitlicht. (vgl. 1) Bis 2014 richteten landesweit 226 Colleges und Universitäten Bachelorprogramme ein. (vgl. 1)

Das Ausbildungsziel hier genannter Programme ist, Pflegepersonal zu schulen, welches mit solidem, grundlegendem Wissen und berufsspezifischen Fähigkeiten ausgestattet ist, um seine Aufgaben in den Bereichen klinische Pflege, Pflegeverwaltung und Pflegewissenschaften zu erfüllen. Entsprechend der Ausbildungsziele gibt es ständige Lehrplanreformen. Einige beliebte Reformstrategien sind beispielsweise problembasiertes Lernen (vgl. 10), überarbeitete Kurse für Kernkompetenzen (vgl. 11, 12), oder die Verwendung der Objective Structured Clinical Examination (OSCE) für die Evaluierung. (vgl. 13, 14)

Die Chancen und Grenzen von Teamarbeit

Detlef Scholz

Auch als e-book

Keiner kann so viel wie alle

Teamarbeit und Teamentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen

facultas 2018, 152 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1596-8
e-ISBN 978-3-99030-682-6

Können mehr Mitarbeiter mehr leisten? Was motiviert und was bremst ein Team? Und was brauche ich überhaupt, um Teamarbeit erfolgreich umsetzen zu können?
Detlef Scholz führt in diesem Leitfaden knapp, unterhaltsam und stark praxisbezogen in die Arbeit mit Teams ein. Er beschreibt Grundlagen und Ziele von Teambildung und Teamentwicklung, geht auf Teamdynamiken näher ein und gibt Tipps zu Kommunikation und Teamführung speziell für den Gesundheits- und Sozialbereich.
Mit zahlreichen Anwendungsbeispielen aus der Praxis, Beispielgeschichten und Anregungen für die eigene Umsetzung.

facultas

Aufgrund der Tatsache, dass es landesweit mehr als 200 Bachelorprogramme gibt, ist Qualitätskontrolle von größter Wichtigkeit. Eine wesentliche Strategie zur Qualitätskontrolle ist die fachliche Zustimmung. 2007 wurde vom Unterrichtsministerium (Ministery of Education) der sogenannte Lenkungsausschuss (Steering Committee) eingerichtet. (vgl. 15) Allmählich wurden Bildungsstandards (Undergraduate Medical Education Standards) und ein Berufskodex (Undergraduate Professional Code of Nursing) entwickelt, um ausdrückliche Ansprüche auf Ausbildungsziele und Lehrmethoden zu stellen und so zum Kontrollorgan für die Programme und die fachlichen Absegnungen zu werden. (vgl. 16) 2010 begann der Lenkungsausschuss mit der Durchführung der Qualitätskontrollen in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in China. (vgl. 16) Mehr als 30 Schulen bewarben sich für die Teilnahme, bis 2014 haben 10 Institute das Kontrollverfahren erfolgreich abgeschlossen. (vgl. 15) Somit lässt sich feststellen, dass eben genannter Ausschuss eine großartige Strategie zur Qualitätssteigerung darstellt.

Hochschulprogramme für Pflegeberufe

Auf diesem Niveau finden wir zwei verschiedene Ausbildungsebenen: den Abschluss mit Master – Titel oder mit Doktortitel.

Die Universität Peking bot 1990 erstmals ein Pflegestudium mit Masterabschluss an. Bis zum Jahr 2012 bekamen insgesamt 41 Colleges und Universitäten die Akkreditierung, den Mastertitel für Pflegeberufe zu verleihen. Die Studiendauer beträgt auch bei dieser Ausbildungsform zwei bis drei Jahre. (vgl. 1) Das Ausbildungsziel der Hochschulprogramme ist es, bereits akademisch und klinisch ausgebildetes Pflegepersonal in den Bereichen Pflegeverwaltung, Pflegeausbildung und Pflegeforschung weiterzubilden und zu fördern. Abhängig von den verschiedenen Zielsetzungen können die Studierenden entweder mit einem akademischen oder einem klinischen Master abschließen. Erstgenannte Richtung sollte die Studierenden mit fundierten Fähigkeiten besonders in den Bereichen Ausbildung und Forschung ausstatten. Für den klinischen Mastertitel liegt das Hauptaugenmerk auf praktischen Fähigkeiten. (vgl. 17) Damit die Studierenden besonders fundiert in Entwicklung und Management von Pflegesystemen ausgebildet werden, wird Spitzentechnologie angeboten und verwendet.

Das Doktorandenprogramm im Pflegebereich begann in China 2004. (vgl. 1) Zurzeit gibt es landesweit 25 Colleges und Universitäten, die zum Verleih des Doktortitels im Pflegebereich zugelassen sind. Die Studienzeit beträgt drei bis sechs Jahre. (vgl. 1) Diese im Pflegebereich höchstwertige Ausbildungsform hat zu Ziel, akademische Führungspersonen hervorzubringen. Acht verschiedene Doktoratsstudienrichtungen definierten in Gemeinschaftsarbeit einen Kernlehrplan und entwickelten ein Modell zum fächerübergreifenden Unterricht. Nach reiflichen Diskussionen legte man drei essentielle Lerninhalte fest: Pflegephilosophie und deren theoretische Deutung, fortgeschrittene qualitative Forschungstätigkeit und fortgeschrittenes „evidence-based nursing“ (d.h. den PatientInnen Pflege anzubieten, die auf wissenschaftlich bewiesenem Wissen basiert). (vgl. 18) Der fächerübergreifende Unterricht im Zuge dieser drei Kerninhalte wird in zwei Schritten durchgeführt: Onlinekurse und Unterricht im Klassenraum. (vgl. 18) Die Durchführung dieses Systems zeigt eine deutliche Verbesserung was das umfangreiche Wissen und die wissenschaftlichen Errungenschaften der Doktoranden in China betrifft. (vgl. 19)

Trends betreffend das Rollenbild von Pflegepersonen

Advanced Practice Nurse (APN)

… entspricht einer selbständig und eigenverantwortliche arbeitenden Pflegefachperson mit einschlägigem Abschluss.

Aufgrund der dringenden Notwendigkeit den Zugang zu Gesundheitsvorsorge und deren Qualität zu verbessern, besteht ein steigender Bedarf an einschlägig ausgebildetem Pflegepersonal (APN) – nicht nur in China, sondern auch global gesehen. APNs verfügen üblicherweise über ein umfassendes Hintergrundwissen, die Fähigkeit schwierige klinische Probleme zu lösen und in eben genannten Situationen Entscheidungen zu treffen. Zurzeit unterliegt die APN – Ausbildung in China den Gesundheitsabteilungen der einzelnen Provinzen. Folgende Spezialisierungsmöglichkeiten werden angeboten: Intensivpflege, Krebstherapie, Behandlung von chronischen Krankheiten oder Hauskrankenpflege. Obwohl es noch keine definierten Posten für APNs gibt, arbeiten Pflegepersonen mit der entsprechenden Ausbildung bereits jetzt als APNs. (vgl. 1) Seit Kurzem bietet die Universität Peking ein Programm für Pflegefachpersonal (im Original „Nurse Practitioner“, abgekürzt mit NP) an. Dies stellt in China einen Meilenstein im Pflegebereich dar. Das chinesische Ärztekollegium

(China Medical Board, abgekürzt CMB) begann gemeinsam mit dem chinesischen Pflegeverbund (China Nursing Network, abgekürzt CCNN) mit der Planung für ein eigenständiges APN Ausbildungs- und Entwicklungsprogramm. (vgl. 20) All diese Bemühungen werden sicherlich zu einer positiven Entwicklung der APNs in China beitragen.

Clinical Research Nurse (CRN)

Durch die rasante Entwicklung in der Pflegeforschung besteht ein großer Bedarf an CRNs, sowohl in der klinischen Forschung, als auch für den Unterricht während der Praktika (vgl. 21) - ganz besonders im laufenden Jahrzehnt. (vgl. 22) CRNs sind in China üblicherweise Pflegepersonen mit einem Masterabschluss und einer abgeschlossenen GCP (Good Clinic Practice) Ausbildung. (vgl. 23) Die Hauptzuständigkeit von CRNs liegt darin, mit anderen Forschungsmitgliedern zusammenzuarbeiten und Themen zur Verfügung zu stellen, die auch ihre eigene Sicherheit in Testverfahren gewährleisten. (vgl. 22) Es ist offensichtlich, dass die spezielle Rollendefinition für CRNs und deren Management eine große Herausforderung in China darstellt.

Palliativpflege

Vor den 1990ern kam Hospizpflege nur Patienten mit Krebs im Endstadium und deren Familien zu Gute. Durch den Einsatz des Konzeptes „Palliativpflege“ im Jahr 1998 konnte das Angebot in China deutlich erweitert werden. (vgl. 24)

Abhängig von der Örtlichkeit, wo dieser Service angeboten wird, gibt es drei verschiedene Modelle unabhängige Organisationen (zum Beispiel „nursing home“), Palliativabteilungen in Krankenhäusern und Palliativpflege innerhalb der Familie oder Gemeinde. (vgl. 25) Heutzutage beinhaltet die Palliativpflege grundlegende Pflegetätigkeiten, Schmerzlinderung, Symptomkontrolle, Unterstützung der Patienten und ihrer Familien, Hospize und Beratungsservice. (vgl. 26) Im Gegensatz zu anderen Ländern benötigt die Palliativpflege in China finanzielle Unterstützung der Regierung und eine systematische Verwaltung durch professionelle Verbände und Vereine.

Hauskrankenpflege

Die Wichtigkeit der öffentlichen Gesundheitserziehung wurde bereits 1925 erkannt. (vgl. 27) Nachdem das System der Hauskrankenpflege seit 1997 durch das Gesundheitsministerium gefördert wird, zeigt sich in den letzten zwei Jahrzehnten ein eklatanter Zuwachs an Gesundheitszentren in den Gemeinden in ganz China und somit eine Verbesserung des 3-Stufen Netzwerks für Gesundheitsförderung. (vgl. 27)

Für die Hauskrankenpflege gibt es zwei Modelle: Organisationen für Hauskrankenpflege, die mit Krankenhäusern eng zusammen arbeiten (Nachsorge für Patienten nach deren Entlassung) und unabhängige Organisationen für Hauskrankenpflege. (vgl. 27) Pflegepersonen im extramuralen Dienst kümmern sich nicht nur um Patienten mit speziellen Erkrankungen, sondern bieten auch

(C) SeanPavonePhoto

Gesundheitsvorsorgemaßnahmen und Gesundheitsförderungsstrategien für Familien, Gemeinden und die Öffentlichkeit an. (vgl. 27)

Die Regierung schätzt, dass bis 2020 1000,000 Pflegepersonen in Gemeinden in ganz China arbeiten werden. (vgl. 4) In Anbetracht des Verhältnisses zwischen Ärzten und Pflegepersonal in den Gemeinden – definiert von der WHO – wird ein weiterer Zuwachs an Pflegepersonen für die Hauskrankenpflege dringend notwendig sein. (vgl. 28)

Zusammenfassung

Allgemein gesehen geht die Entwicklung der zeitgenössischen Pflege einher mit der Veränderung der Gesundheitssysteme. Trotz des gegenwärtigen Ungleichgewichtes und gewisser Einschränkungen zeigt sich doch ein großer Fortschritt betreffend der Anzahl an Pflegefachpersonal, der Pflegeausbildung und des neue Rollenbildes von Pflegepersonen. Gleichzeitig stehen wir auch neuen Möglichkeiten und Herausforderungen gegenüber.

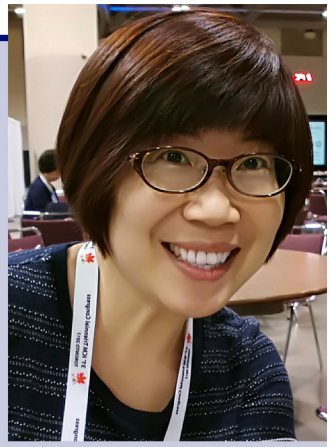
Pflegpersonen repräsentieren weltweit den größten Anteil an Dienstleistern im Gesundheitswesen und haben somit beträchtlichen Kontakt mit einem Großteil der Bevölkerung. Angesichts der stetigen Kommunikation und der Globalisierung können Pflegepersonen aus der ganzen Welt von der Ausbildung unter verschiedensten Bedingungen und in verschiedensten Ländern profitieren. Dies fördert die weltweite Weiterentwicklung von Pflege.

Autorin

Jiasi Yao, MSN
MSN, RN, Lecturer
School of Nursing
Hebei Medical University

Hebei Medical University,#309 Jianhua Street,Shijiazhuang,
Hebei Province, China
Tel:+86 13171587887
Email address:yaojiasi_S@163.com

Autorin



Hong Lu, PHD, MSN, RN
PHD, MSN, RN, Professor
School of Nursing, Peking University

Peking University. #38 Xueyuan Road
Haidian District, Beijing, 100191, China
Tel: +86 (010) 8280 1610
Fax: +86 (010) 8280 1610
Email address: luhong@bjmu.edu.cn

Übersetzung von

Evelyn Widhalm
Humanistischen Ausbildung am Piaristengymnasium Krems mit 4 Fremdsprachen (E, Latein, F, Sp) mit Matura, abgeschlossene Lehramtsprüfungen in E, F und BSP (Bewegung und Sport) zusätzlich diplomierte Elternbildnerin und ausgebildete Rausch- und Risikopädagogin
Lehrtätigkeit an der SHS Tulln, der privaten Mittelschule im Sacre Coeur Pressbaum und Mitwirkung bei der Schulgründung im Sept. 2005, Lehrtätigkeit am Wifi St. Pölten für Lehre mit Matura in den Fächern D und E, Lehrtätigkeit an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule St. Pölten für fachspezifisches Englisch, Lehrtätigkeit an der Europamittelschule Pyhra

References

Huaping L, Zheng L: Nursing Professional Development: Current Conditions and Trends. Beijing: People‘s Medical Publishing House; 2016.

Nurse Bylaw. Beijing: State Council; 2008.

China Health Statistics Annuals 2012. Beijing: National Health and Family Planning Commission; 2013.

National Development Plan of Nursing Career (2016-2020).: National Health and Family Planning Commission; 2016.

Chunping N, Yan H, Pei S, Gwenyth R W, Shan X, Lu L: Continuing education among Chineses nurses: A general hospital-based study. NURS EDUC TODAY 2014(34):592-597.

Wenhong A, Hui H, Yu L, Sisi F, Aihong Y: Research Progress of Continuing Nursing Education in China. Journal of Nurses Training 2018, 33(2):118-120.

Yanling W, Yanming D, Hongyu S, Haixia Z, Xiaojun W, Chunyan L: Current situation of Continuing Nursing Education among hospitals in Beijing. Chinese Nursing Management 2015, 15(12):1476-1479.

Hai-hua W, Xiao-li Y: The demands and influential factors of continuing nursing education among nurses in Class A tertiary hospitals in Haikou. Chinese Nursing Management 2013(8):31-33, 34.
http://www.cna-cast.org.cn/en/about.asp.|.*2018*2018.; 2018.

Wei Z, Yu L, Yan C, Huifeng W, Xinchi Z: Application condition of PBL teaching methods in clinical courses of nursing education. Chinese Journal of Modern Nursing 2015, 21(6):733-735.

Lili H, Mei Z, Xinqiong Z, Yan H, Huan Y: Condition analysis of competency-based course reform strategies on bachelor nursing programs in China. Chinese Journal of Nursing Education 2017, 14(7):548-550.

Shuxiao H, Jing S, Yu L, Guifang‘ G, Shaomei S, Qiaoqin W, Baohua L, Baohong Z, Jiewen C, Jinchun Z: Application of community nursing course reform plan based on core of position competency. Chinese Nursing Research 2018, 32(1):117-120.

Jing Y, Huiwen Z, Xiaoyan J, Shaomei S: The training and application of standardized patients in the OSCE of Fundamental Nursing. Chinese Journal of Nursing Education 2016, 13(10):765-768.

Huiwen Z, Jing Y, Xiaoyan J, Shaomei S, Zhiwen W: Application of Objective Structured Clinical Examination in Fundamental Nursing skills evaluation. Chinese Journal of Nursing Education 2016, 4(13):266-269.

Hongyu S, Lina Z, Tong Y: Development and current situation of professional certification for undergraduate nursing program. Chinese Nursing Management 2014, 4(14):346-350.

Hongyu S, Hua C: The review and prospect of accredatation of baccalaureate nursing programs. Chinese Journal of Nursing Education 2014, 11(5):335-338.

Zeng J, Zhu J, Zhao X: The concept and characteristics of clinical practice ability in Master Degree of Nursing (specialty). Chinese Nursing Research 2016, 3(3):97-100.

Shoumei J, Yan H, Guifang G, Huaping L, Qian L, Zheng L, Yingfeng Z, Haiou Z, Weijie X, Boqin X: Establishment of the core curriculum and the construction of mixed teaching model of nursing doctor in China. Chinese Nursing Research 2017, 31(25):3110-3114.

Boqin X, Yan H, Guifang G, Huaping L, Qian L, Zheng L, Yingfeng Z, Haiou Z, Weijie X, Shoumei J: Exploration the effects of blending education model for three core nursing PhD courses. Chinese Journal of Nursing Education 2017, 11(14):805-810.

Hill MN, Parker J, Liu H, Hu Y, Guo G: Strategic directions and actions for advanced practice nursing in China. International Journal of Nursing Sciences 2017, 4(1):8-11.

Wang X, Zhao L, Hu H, Ou G, Liao L: Competence of clinical teachers: A survey on perception of masters of nursing specialist postgraduates, their clinical teachers, and head nurses. International Journal of Nursing Sciences 2017, 4(2):158-163.

Ying L, Jing C, Ge L, Jiaqian L, Xinjuan W: Exploring the role function and the training and management model of the research nurse. Chinese Nursing Management 2016, 2(16):266-269.

Jing D, Yanding L, Feifei L, Qiaoling X, Hongchen Z, Qin L, Qun Y, Xuehui H: Inspiration of American clinical research nurses‘s role for that in China. Chinese Nursing Research 2013, 27(4C):1143-1145.

Yixin W, Tao S, Fei S, Yan X: Current situation and idea of future development about domestic palliative care in China. Chinese Journal of Nurses 2009, 44(3):283-285.

Xiaoyan L, Yingge T, Mingfen D: Research progress of palliative care. NURS RES 2016, 11(30):3969-3972.

Chuntao Y, Yunfeng Y, Binhong P: The research progree and thinking of the palliative care. Journal of Shanghai Medicine 2014, 35(20):15-18.

Jiangguo C, Mingying Y, Douyan L, Danna L: Current condition and strategies for the development of community care in China. Chinese General Practice Nursing 2017, 15(19):2342-2344.

Yanmei L, Liru C: Analysis and strategies of the current situation of community nursing in China. Journal of Clinic Nursing‘s Practicality 2017, 2(24):164-166.

Macht, Medizin und Ethik

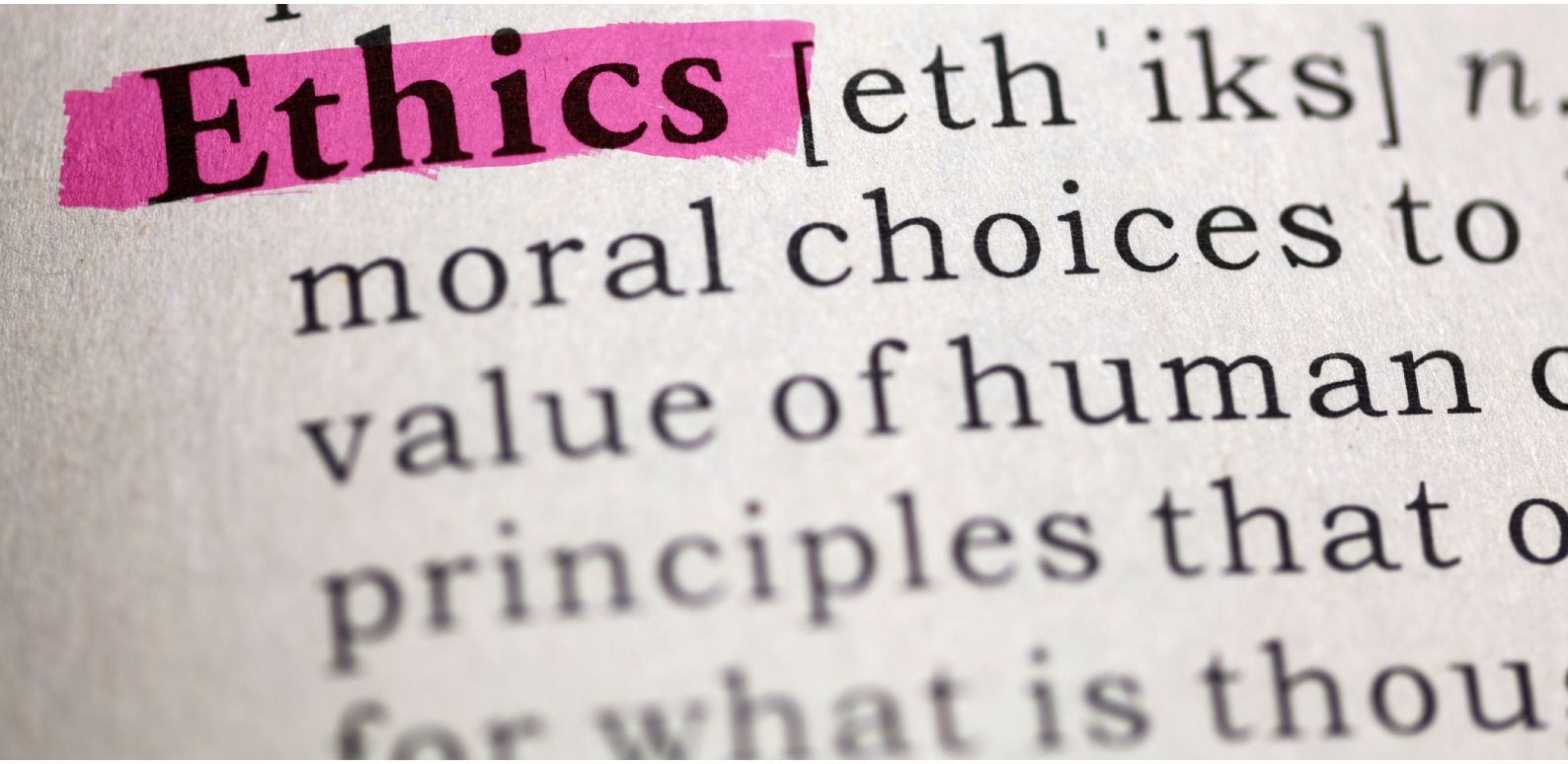
Das Thema Macht und Medizin ist äußerst vielschichtig. Die Kunst des Heilens bedarf der Macht. Von jeher wird Menschen, die über eine besondere Gabe zu heilen verfügen, nicht nur ein besonderes Wissen zugeschrieben, sondern auch eine außerordentliche Macht, die in magischen oder religiösen Bezügen gedeutet werden kann. Es kann sich, je nach Vorstellungswelt, um übernatürliche Kräfte handeln, die ein Schamane oder Medizinmann zu nutzen weiß, oder um besondere Kräfte, die Menschen von einem Gott empfangen. Nicht nur die biblische Überlieferung weiß von Heilungswundern zu berichten, die auf das Eingreifen Gottes oder das Wirken eines von ihm begabten Menschen zurückgeführt werden. Auch Jesus von Nazareth wird in den neutestamentlichen Evangelien als Heiler geschildert, und in manchen Teilen des Christentums ist der Glaube an Geist- oder Glaubensheilungen ungebrochen. Charismatische Gemeinden veranstalten sogenannte Heilungsgottesdienste und vertrauen auf die Macht des Heiligen Geistes, die stärker sei als die der modernen Medizin.

Freilich spielt auch in der wissenschaftlichen Medizin der Glaube an die Macht des Heilens eine zentrale Rolle, mag diese Macht auch im säkularen Gewand der wissenschaftlichen Expertise und im Wissen darum auftreten, wie die Kräfte der Natur mit Hilfe naturwissenschaftlicher Methoden zum Wohl des Menschen zu nutzen und einzusetzen sind.

Machtfragen und Machtnarrative in der Medizin

Das Thema der Macht betrifft aber auch die Arzt-Patienten-Beziehung, die Machtverhältnisse zwischen den Gesundheitsberufen und innerhalb der Entscheidungshierarchien einer Klinik oder einer Pflegeeinrichtung sowie letztlich die Strukturen des Gesundheitssystems im Ganzen. Die Gesundheitsversorgung und die Teilhabe an ihr sowie die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen, aber auch Wissenschaft und Forschung in Medizin und Pflege, sind immer auch politische Fragen. So muss die Machtfrage auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Bezügen gestellt werden. Sie betrifft die Ebene der individuellen Kommunikation und der persönlichen Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit ebenso wie die sozialethische Ebene von Organisationen und Institutionen.

Kranke Menschen oder Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen erleben sich häufig als Objekt anderer, die über



(C) Feng Yu

sie verfügen oder verfügen wollen, auch wenn dies aus der guten Absicht geschieht, dem Wohl des Patienten [1] zu dienen. Als Gegengewicht zur ärztlichen Macht oder der Macht des Gesundheitssystems im Ganzen rückt in jüngerer Zeit die Selbstmächtigkeit von Patienten ins Blickfeld. Sie wird zumeist unter dem Begriff der Autonomie verhandelt. Sie konkretisiert sich im Recht auf Selbstbestimmung, im Prinzip des informed consent und dem Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung. Rechtliche Instrumente, die der Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes dienen sollen, sind Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten.

Um Selbstmächtigkeit und ihre Stärkung geht es aber auch bei den Themen Coping, Resilienz und Salutogenese. Selbstmächtigkeit und Machtausübung durch Dritte treffen außerdem im Prinzip der Compliance zusammen. Compliance bedeutet ja, dass ein Patient eigenverantwortlich das Seine zur Therapie beiträgt, zum Beispiel indem er regelmäßig die verordneten Medikamente einnimmt, sich an vereinbarte Diätregeln hält oder Körperübungen macht. Das klassische Compliance-Modell setzt allerdings voraus, dass der Therapieplan und seine Regeln vom behandelnden Arzt aufgestellt werden und vom Patienten zu befolgen sind. Auch wenn der Arzt dabei an die Einsicht und Vernunft des Patienten appelliert und seine Machtausübung vielleicht lieber als Einflussnahme denn als Machtdemonstration bezeichnen wird, herrscht doch zwischen Arzt und Patient eine asymmetrische Beziehung. Selbst wenn das Modell der Compliance durch das der Adherence ersetzt wird, das Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner in einem Aushandlungsprozess sieht, in dem beide gemeinsam einen Therapieplan aufstellen und umsetzen, besteht weiter ein Machtgefälle, schon allein aufgrund des medizinischen Wissensvorsprungs, den der Arzt jederzeit hat, und auch aufgrund der rechtlichen Stellung des Arztes, in dessen Macht es liegt, einen Menschen krankzuschreiben oder die Übernahme der Behandlung zu verweigern.

Sprechen wir über Macht in Medizin und Pflege, sollten wir uns bewusst machen, dass Macht nicht an sich etwas Schlechtes ist. Allerdings gibt es eine Fülle von Beispielen dafür, wie Macht im medizinischen und pflegerischen Alltag missbraucht werden kann, teils in massiver Form, teils auf sehr subtile Weise. Für sich genommen ist Macht freilich ein mehrdeutiges Phänomen. Sie kann, ethisch betrachtet, ebenso zum Guten wie zum Schlechten eingesetzt werden. Es wäre daher verfehlt, das Phänomen der Macht in Medizin und Pflege überhaupt verleugnen oder ablehnen zu wollen. Wer heilen oder helfen will, will schließlich zugunsten der Patientin oder des Pflegebedürftigen die Situation verändern und verbessern. Dazu bedarf es der Macht, Veränderungen bewirken zu können, und der heilenden Kräfte, die von der Medizin und der Pflege ausgehen.

Die Aufgabe der Ethik in Medizin und Pflege besteht darin, unterschiedliche Formen der Macht und Machtausübung sowie die Ambivalenzen der Macht zu analysieren, um Menschen in die Lage zu versetzen, zwischen ethisch begründeten und abzulehnenden Formen der Macht und der Machtausübung zu unterscheiden. „Wie alle zwischenmenschlichen Beziehungen, so ist auch das Arzt-Patienten-Verhältnis korrumpierbar“ [2], und wie auch sonst im Leben, können Machtfragen in Medizin und Pflege in ethische Dilemmata führen. Sowohl die Ausübung von Macht oder der Versuch der Einflussnahme als auch der Verzicht darauf können ethisch ambivalente Folgen haben. Ethik schafft nicht die Zweideutigkeiten des Lebens und alle moralischen Dilemmata aus der Welt. Gegen menschliche Tragik sind auch Ethiker nicht gefeit. Im besten Fall hilft uns Ethik aber, mit den Ambivalenzen des Lebens, in unserem Fall mit Ambivalenzen des ärztlichen Berufs und des Pflegeberufs, reflektiert und nach sittlichen Maßstäben umzugehen. Auf das Machtthema bezogen besteht die Aufgabe der Ethik insbesondere darin, „verdeckte Machtausübung, solche etwa, die durch den Verweis auf Strukturen und Ressourcen, die keine andere Handlungsmöglichkeit offenlassen, maskiert wird, zu reflektieren. Auch die Macht, die sich in bestimmten Semantiken und Methoden, etwa in der Rede von Compliance und in der evidenzbasierten Medizin ausdrückt, gilt es zu thematisieren. Schließlich ist eine genaue Analyse von Vertrauensverhältnissen nötig, um auch in diesem Bereich sicherzustellen, dass solche Verhältnisse nicht missbraucht werden und damit den unverzichtbaren Aspekt einer vertrauensbasierten Kommunikation durch eine verdeckte Machtausübung infrage stellen“ [3].

Der Beginn kritischer Machtdiskurse bzw. eines Diskurses der Machtkritik fällt mit den gesellschaftlichen Umbrüchen und der Emanzipationsbewegung der

1960er Jahre zusammen. 1960 erschien Michel Foucaults Studie „Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft“ [4]. 1963 veröffentlichte er sein bahnbrechendes Buch über „Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks“ [5]. Macht und Kontrolle in der Klinik werden von Foucault später als Elemente einer umfassenden Biopolitik beschrieben, die auf die Kontrolle und Disziplinierung des menschlichen Körpers, von Fortpflanzung, Geburt, Leben und Tod im umfassenden Sinn hinauslaufen und deren zentrale Begriffe Biomacht und Gouvernementalität sind [6]. Foucaults Theoriebildung und ihre Entwicklung sollen hier allerdings nicht näher beleuchtet und diskutiert werden. Sie dienen nur zur Illustration der Diskurse und Narrative zum Thema Macht in der Medizin, welche die zurückliegenden Jahrzehnte geprägt haben.

Foucaults kritischer Theorie der Biomacht sind Ivan Illichs Begriff und Kritik der Medikalisierung zur Seite zu stellen [7]. Wie der Begriff der Biomacht ist auch derjenige der Medikalisierung negativ konnotiert. Ganz allgemein kann man unter Medikalisierung den sozialgeschichtlichen Vorgang beschreiben, in welchem der modernen Medizin nicht nur fast ausschließlich die Deutungsmacht für Krankheit und Gesundheit, Leben und Tod zugewachsen ist, während gleichzeitig nichtmedizinische – insbesondere religiöse – Deutungen ins Hintertreffen geraten sind. Der Vorgang der Medikalisierung betrifft auch die soziale Praxis. Sie beschränkt sich nicht auf die Versorgung von Kranken, sondern umfasst auch die Versorgung von Gesunden unter dem Stichwort der Vorsorgemedizin. Nicht nur die Kranken, sondern auch die Gesunden werden – politisch gewollt und vom Staat gefördert – der regelmäßigen Kontrolle und Beobachtung durch die Medizin unterworfen, die innerhalb des Gesundheitswesens zur Leitdisziplin aufgestiegen ist, in dem andere Gesundheitsberufe mit der Ärzteschaft nicht nur kooperieren, sondern auch konkurrieren.

Allerdings kann der Begriff der Medikalisierung einer einseitigen Macht- und Kulturkritik Vorschub leisten, die ideologische Züge trägt. Sie ist nämlich, wie die Soziologin Urte Sperling mit einem Zitat von Ann Oakley anmerkt, „die Kritik des Gesunden an der Medizin“, welche „die realen Hilfsangebote und die Abhängigkeit der PatientInnen von den lebensrettenden und heilenden Aspekten der Medizin ungenügend berücksichtigt“ [8].

Die Medikalisierung führt einerseits zu einem Zuwachs an Kontrolle, andererseits aber auch zu einem Zuwachs an Autonomie, der freilich hochgradig ambivalent ist, weil er zum Beispiel bei Vorliegen einer unerwünschten vorgeburtlichen Diagnose in den Entscheidungskonflikt führt, ob die Schwangerschaft fortgeführt oder abgebrochen werden soll [9].

Die Medikalisierung führt einerseits zu einem Zuwachs an Kontrolle, andererseits aber auch zu einem Zuwachs an Autonomie, der freilich hochgradig ambivalent ist, weil er zum Beispiel bei Vorliegen einer unerwünschten vorgeburtlichen Diagnose in den Entscheidungskonflikt führt, ob die Schwangerschaft fortgeführt oder abgebrochen werden soll [9].

Mit der Emanzipationsbewegung der 1960er und 1970er Jahre geht die Kritik am Paternalismus einher, die zur Stärkung der Patientenrechte geführt hat. Patientenautonomie, verstanden als Recht auf Selbstbestimmung, gilt nun als Basis und Zentrum von Patientenrechten, die wiederum als Konkretion der allgemeinen Menschenrechte zu verstehen sind. Bestrebungen nach einer umfassenden Demokratisierung der Gesellschaft schließen die Infragestellung herkömmlicher

(C) Marek

Hierarchien in Universität und Wissenschaft ein, auch von sichtbaren wie verborgenen oder verschleierten Machtstrukturen im Klinik- und Gesundheitswesen.

Schlagwortartig sei weiters an die Reformbewegung in der Psychiatrie seit Beginn der 1970er Jahre erinnert, an die Emanzipationsbewegung in der Behindertenhilfe und die UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2006, die 2008 in Kraft getreten ist. Zu den Narrativen, die sich der Semantiken von Biomacht und Medikalisierung bedienen, gehören auch die Debatten zur Gentechnik und zur modernen Biomedizin, in die zudem noch religiöse Semantik hineinspielt, wenn vom Mensch nach Maß oder vom Schöpfer Mensch die Rede ist, der sich anmaßt, Gott spielen zu wollen.

In das Spektrum der Machtdiskurse und -narrative gehören die Kritik an der Ökonomisierung der Medizin und der medizinischen Forschung, das heißt die Kritik an der sachfremden Dominanz wirtschaftlicher Interessen, und die feministische Medizinkritik. Aber auch Konzepte einer ganzheitlichen Medizin und der Konflikt zwischen Komplementär- oder Alternativmedizin und sogenannter „Schulmedizin“ lässt sich als Machtnarrativ erzählen.

Begriffe der Macht

Der Begriff der Macht gehört zu einer ganzen Familie verwandter Begriffe: Herrschaft, Autorität, Einfluss, Zwang, Gewalt. Die inhaltliche Bestimmung des Machtbegriffs ist umstritten und damit auch seine Beziehung zu den anderen genannten Begriffen, die nicht immer klar voneinander unterschieden werden [10].

Grundsätzlich lässt sich zwischen einem sehr weit gefassten und einem engeren Gebrauch des Wortes Macht und seiner Äquivalente in anderen Sprachen unterscheiden.

Von seiner Wortwurzel her bedeutet „Macht“ ähnlich wie das englische „might“ soviel wie „können, vermögen“. Dasselbe gilt für das lateinische *potestas* (mit *potentia* verwandt) und seine Entsprechungen in den romanischen Sprachen (z.B. das französische pouvoir). Das Griechische unterscheidet zwischen *exousía* (Vollmacht), *dýnamis* (Kraft) und *krátos* (Macht, Stärke). Macht kann von Menschen, von Göttern oder der Natur ausgesagt werden. In der griechischen Mythologie ist Krátos der Gott der Macht.

Nach allgemeinem Sprachgebrauch wird Macht nicht nur Menschen und Göttern zu gesprochen. Es gibt die Macht des Schicksals, die Macht der Gene und die Macht der Liebe, aber auch die Macht des Todes.

Der Soziologe Max Weber (1864–1920) definiert Macht als „jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf die Chance beruht“ [11]. Von der Macht im Allgemeinen unterscheidet Weber die Herrschaft: „Herrschaft soll heißen die Chance, für einen Befehl bestimmten Inhalts bei angebbaren Personen Gehorsam zu finden“ [12]. Im Unterschied zur Macht setzt Herrschaft nach Weber Legitimität voraus, d.h. einerseits ihre Absicherung durch das Recht und andererseits ihre Anerkennung durch diejenigen, die beherrscht werden. Leicht lässt sich an dieser Stelle die Verbindung zum Medizinrecht und zur Diskussion über das Verhältnis von Ethik, Recht und Medizin herstellen.

Wie im Allgemeinen, so ist es auch unter medizin- und pflegeethischen Gesichtspunkten notwendig, zwischen Macht und Gewalt zu differenzieren. Zu unterscheiden ist weiters zwischen legitimer Gewalt (potestas) und illegitimer Gewalt (violentia). Was Phänomene von Gewalt in Medizin und Pflege angeht, ist nicht nur über Gewaltausübung durch einzelne Ärzte oder Pflegende oder das Medizinsystem zu sprechen, sondern auch über verbale und nonverbale Gewaltanwendung durch Patienten, die bisweilen zum Krankheitsbild gehören kann, mitunter aber auch dem Patienten als schuldhaftes Verhalten zuzuschreiben ist.

Formen und Ambivalenzen der Macht in Medizin und Pflege

Grundsätzlich lassen sich zwei Formen der Macht unterscheiden: einerseits eine Medizin und Pflege innewohnende Macht, die dem Patienten oder der Patientin zur Wiedererlangung oder Erhaltung von Gesundheit verhelfen will, andererseits eine Form der Macht, die Zwang und Abhängigkeit zum Ziel hat [13].

Charakteristisch für den Arztberuf ist die Asymmetrie zwischen Arzt und Patienten. Aber auch in der Pflege besteht ein Spannungsverhältnis zwischen Patientenautonomie und Fürsorgepflicht. Die Situation von Hilfsbedürftigkeit und Hilfeleistung hat stets mit Machtfragen zu tun. Die Hilfsbedürftigkeit ist durch Schwäche und Abhängigkeit bis hin zur Ohnmacht charakterisiert. Zwischen Helfenden und Hilfsbedürftigen besteht

eine asymmetrische Beziehung, über die z.B. auch die Leitvorstellung der Patientenautonomie nicht hinwegtäuschen kann.

Wie bereits eingangs gesagt, wäre es ebenso verfehlt, das Machtphänomen und Machtfragen in Medizin und Pflege zu tabuisieren, wie umgekehrt Macht generell negativ zu bewerten. Ohne die Macht zum Eingreifen und zur Veränderung, ohne fachliches Wissen und fachliche Kompetenz, die doch auch als eine Form der Macht zu verstehen sind, kann ja gar nicht im Interesse des Patienten mit der Aussicht auf Besserung oder Heilung gehandelt werden. Im besten Fall steht die ärztliche oder die pflegerische Macht nicht im Konflikt mit der Autonomie des Patienten, sondern dient ihr gerade, sofern das Ziel des ärztlichen und pflegerischen Handelns in der Beseitigung von Abhängigkeit und im Wiedererlangen eigener Kräfte und Ressourcen zur selbständigen Lebensführung besteht. Unter Selbstmächtigkeit – wir können auch sagen Gesundheit – lässt sich das biopsychosoziale Potential verstehen, „das genügt, um die alters- und kulturspezifischen Ansprüche des Lebens in Eigenverantwortung zu befriedigen“ [14].

Auch die Autonomie ist als Form der Macht zu verstehen, wobei die Autonomie des Arztes oder der Pflegekraft ebenso zu achten ist wie diejenige des Patienten. Bisweilen entsteht der Eindruck, als werde die Autonomie des Patienten einseitig als Gegenmacht verstanden. Das aus der feministischen Ethik stammende Konzept der relationalen Autonomie führt freilich zu der Erkenntnis, dass Autonomie und Abhängigkeit oder Angewiesenheit nicht zwingend einen Gegensatz bilden. Als Beziehungswesen ist jedes Individuum auch in seiner Selbstbestimmtheit auf andere verwiesen und angewiesen. Das gilt auch für die Bereiche von Medizin und Pflege.

Zu den Themen der Ethik gehört von alters her die Macht im Sinne der Selbstmächtigkeit, d.h. aber im Sinne der Selbstbeherrschung (griechisch *enkráteia*). Diese ist ein klassischer Gegenstand der Tugendethik. In der Selbstbeherrschung, sei es des Patienten, sei es des Arztes, finden Autonomie und Macht in einer Person zusammen.

Die Ambivalenz der helfenden Macht besteht darin, dass sie selbst zum Zwang und zur Herrschsucht pervertieren kann. Gerade der Versuch, einem Menschen zur Selbsthilfe zu helfen, kann an die Grenze des Zwangs stoßen. Auf der einen Seite steht das Prinzip der Nichtdirektivität, auf der anderen Seite die paternalistische Manipulation, die sich gerade aufgrund der Hilfsbedürftigkeit oftmals gar nicht ganz vermeiden lässt. Probleme helfender Berufe im Umgang mit der Macht entstehen nicht erst, wenn das Arzt-Patienten-Verhältnis oder dasjenige zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekraft korrumpiert wird. Die Ambivalenz der Macht ist dem Helfen immer schon eingeschrieben, denn „Helfen heißt herrschen“ [15].

Vollends korrumpiert wird die ärztliche Macht und die Macht der medizinischen Wissenschaft, wenn der therapeutische Imperativ zum kategorischen Imperativ mutiert, der Heilung um jeden Preis erzwingen will und dabei notfalls bereit ist, buchstäblich über Leichen zu gehen. Die Geschichte und insbesondere die Medizinverbrechen des 20. Jahrhunderts lehren uns, „was für eine ungeheuer expansive und destruktive Kraft der – echte oder vorgebliche – Wunsch entfalten kann, Menschen zu heilen. Dieser Dynamik fallen dann allzu schnell jene zum Opfer, die als unheilbar gelten. Man sollte sich hieran erinnern, damit der ‚therapeutische Imperativ‘ nicht als ein ‚kategorischer Imperativ‘ mißverstanden wird und inhumanen Interventionen Tür und Tor öffnet“ [16]. Zum ethischen Umgang mit medizinischer und pflegerischer Macht gehört die Einübung in ihre Selbstbegrenzung, die eine beständige Aufgabe bleibt.

Zur ethischen Kritik der Macht gehört schlussendlich aber auch die Selbstkritik der Ethik unter machttheoretischem Blickwinkel, ist doch „die Ethik selbst keineswegs frei von Machtausübung und Machtmissbrauch […]. Viele Entscheidungen im Bereich der Krankenversorgungen hängen maßgeblich ab von den vorherrschenden Vorstellungen vom guten Leben. An deren Genese hat die Medizinethik selbst einen nicht unbeträchtlichen Anteil, sie übt Deutungsmacht aus“ [17]. So mündet das Nachdenken über Macht in Medizin und Pflege in die Frage nach der Ambivalenz der Ethik,

Autor

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner
Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: http://etfst.univie.ac.at/über-uns/team/ulrich-koertner

die daher rührt, dass auch sie im Dienste unterschiedlicher Machtinteressen stehen kann, und zwar auf der individuellen, wie auf der organisationalen Ebene, zum Beispiel eines klinischen Ethikkommitees oder eines Klinikleitbildes, wie auch auf der Ebene der Politikberatung. Politik – auch Gesundheitspolitik – und Ethik in einem demokratischen Gemeinwesen können aber nicht bestehen, ohne auf eine ganz bestimmte Macht zu setzen: die Macht der Vernunft.

Fußnoten

[1] Um der besseren Lesbarkeit willen habe ich davon abgesehen, den Text zu gendern. Selbstverständlich sind an allen Stellen, an denen ein generisches Maskulinum gebraucht wird, gleichermaßen Männer wie Frauen gemeint.

[2] Reiner Anselm/Julia Inthorn, Lukas Kaelin/Ulrich H.J. Körtner, Autonomie und Macht in der modernen Medizin, in: dies. (Hg.), Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinische Entscheidungen (Edition Ethik 12), Göttingen 2014, S. 7–10, hier S. 9.

[3] A.a.O. (Anm. 2), S. 9f.

[4] Vgl. Michel Foucault, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, 16. Aufl. Frankfurt a.M. 2005.

[5] Vgl. Michel Foucault, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, 7. Aufl. Frankfurt a.M. 2005.

[6] Vgl. Thomas Lemke. Biopolitik zur Einführung, Hamburg 2007, S. 47–70.

[7] Vgl. Ivan Illich, Die Enteignung der Gesundheit. Medical Nemesis (1975). Neuausgabe unter dem Titel: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Gesundheitswesens, 5. Aufl. München 2007.

[8] Urte Sperling, Schwangerschaft und Geburt. Zur Genese und Geschichte der Medikalisierung des weiblichen Gebärvermögens, in: Reinhard Busse (Hg.), Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit (Jahrbuch für kritische Medizin 23), Hamburg 1994, S. 7–21, hier S. 20. Sie fügt hinzu: „Und so schlägt sich auch die feministische Medizinkritik mit der hohen Akzeptanz der ärztlichen Angebote bei Frauen herum.“

[9] Vgl. auch Ulrich H.J. Körtner, Die Medikalisierung des Lebensanfangs. Kontexte und Dynamiken von Schwangerschaft und Geburt, in: ders./Christian Kopetzki/Maria Kletečka-Pulker/Sigrid Müller (Hg.), Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen am Lebensanfang (Ethik und Recht in der Medizin 13), Wien 2018, S. 1–20.

[10] Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Macht, in: Reiner Anselm/Ulrich H.J. Körtner (Hg.), Evangelische Ethik kompakt. Basiswissen in Grundbegriffen, Gütersloh 2015, S. 123-130.

[11] Max Weber, Wirtschaft und Gesellschaft, hg. v. Johannes Winckelmann, 5. Aufl. Tübingen 1972, S. 28.

[12] A.a.O. (Anm. 11), S. 38.

[13] Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, 3. Aufl. Wien 2017, S. 76ff.

[14] Johannes Bircher/Karl-H. Wehkamp, Das ungenutzte Potential der Medizin. Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts, Zürich 2006, S. 53.

(C) M.Dörr & M.Frommherz

Die Zukunft der „Advanced Practice Nurse“ in Österreich

Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist für die meisten Länder der Welt nicht wegzudenken.

In den USA entwickelte sich Advanced Nursing Practice (ANP) in den 60er und 70er Jahren. Großbritannien und Australien sprangen in den 80ern auf den Zug der Professionalisierung auf. Korea startete in den 90ern. Schlussendlich verbreitete sich das Modell in vielen weiteren Staaten. Unter anderem in Kanada, Neuseeland, Irland, Belgien, Niederlande und vielen mehr.

Gründe für die Entwicklung von ANP waren: Ärztemangel, betreuungsbedürftige und unterversorgte Bevölkerungsgruppen, der wachsende Bedarf an Public Health aber auch die Verbesserung der Karrieremöglichkeiten.

Eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik begann im deutschsprachigen Raum ab dem Jahr 2004. Für die österreichische Bevölkerung, einschließlich dem Pflegepersonal und anderen Gesundheitsberufen, ist Advanced Nursing Practice noch fremdes Terrain und häufig kein Begriff.

Warum braucht es Advanced Nursing Practice in Österreich?

Um die zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zu bewältigen, braucht es Veränderungen so wie innovative Betreuungsmodelle. Die demografische Entwicklung, verbunden mit einer steigenden Anzahl von

chronisch kranken Menschen und einhergehenden Mehrfacherkrankungen, wird zu noch komplexeren Versorgungssituationen führen. Der ambulante Bereich soll ausgebaut werden. Krankenhäuser sollen und müssen vor allem im stationären Bereich entlastet werden. Die Zahl der Hausärzte nimmt stetig ab. Des Weiteren folgt die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten. Speziell im klinischen Setting müssen die Kompetenzen der Pflegepersonen erweitert werden.

Daraus resultierend müssen neue Versorgungskonzepte und Strategien entwickelt werden, um die zukünftigen Probleme der Gesundheitsversorgung bewältigen zu können. Was es aber vor allem braucht, ist ein Umdenken in Bezug auf Krankheit und Gesundheit. Welchen Stellenwert die Gesundheit im österreichischen System hat, zeigt sich aktuell unter anderem in politischen Entscheidungsfindungen. Das österreichische Gesundheitssystem, dass nach präzisem Betrachten mehr einem Krankheitssystem gleicht, kann und wird die Herausforderungen mit ihrem jetzigen Denken und Handeln nicht bewältigen können.

Doch auch in der Pflege muss ein Umdenken stattfinden. Seit 1997 lautet die korrekte Bezeichnung nicht mehr „Krankenpflege“, sondern „Gesundheits- und Krankenpflege“. Trotzdem kümmern wir uns als Pflegepersonen fast ausschließlich um die Krankheiten unserer Patientinnen und Patienten, anstatt wie es unser Auftrag wäre, auch die Gesundheit in den Fokus zu stellen. Gesundheitsförderung, Prävention und Patientenedukation müssen eine zentrale Rolle unserer Arbeit werden. Es ist für die Pflege in Österreich der Zeitpunkt gekommen sich weiterzuentwickeln. Im Sinne der Patientinnen und Patienten, des gesamten Gesundheitssystems aber vor allem für den Beruf der Pflege selbst.

Eine der Praxiskompetenzen einer APN ist es, innerhalb der Gesundheitssysteme und bei gesundheitspolitischen Weichenstellungen, die Interessen des einzelnen Menschen, der betroffenen Familie und der Gemeinschaft zu vertreten, zu fördern, für sie einzustehen und sie zu schützen.

Die DNAPN definierte 2015 die Advanced Practice Nurses (APNs) als „akademisch ausgebildete Pflegende mit dem Abschluss des grundständigen Masters of Sience mit Schwerpunkt APN/ANP, an einer dafür nach dem Bologna Prozess akkreditierten Basis auf erhöhtem Niveau. Ihre Subrollen umfassen Praktikerin, Expertin, Beraterin, Lehrerin, Forscherin, Leiterin und Vertreterin. Sie arbeiten als Spezialistin alleine oder leiten Advanced Practice Nursing (APN) Teams.“

Zu den primären Kriterien einer APN zählen die Ausbildung über den Masterstudiengang, die Zertifizierung und die Praxis, die sich auf die Patienten und die Familie fokussiert.

Der erste und wichtigste Schritt um Advanced Nursing Practice in Österreich zu etablieren, ist die Möglichkeit einer Ausbildung. Mit Herbst 2018 startet der erste Masterstudiengang „Advanced Nursing Practice“ in Österreich. An der FH Krems wird es zukünftig die Chance geben, sich in diesem Fachbereich zu spezialisieren. Wir haben uns mit Studiengangsleitung Frau Mag. Adelheid Schönthaler, BSc getroffen, um mit ihr über Advanced Nursing Practice und den neuen Masterstudiengang zu sprechen.

Im Gespräch mit Mag. Adelheid Schönthaler, BSc. Studiengangsleitung für „Advanced Nursing Practice“der FH Krems

Frau Mag. Schönthaler, was ist für Sie das besondere an Advanced Nursing Practice?

Das Besondere definiert sich im Rollenbild der Advanced Practice Nurse.

Es handelt sich bei Advanced Nursing Practice um eine spezialisierte, erweiterte und vertiefte Pflegepraxis. Es betrifft examinierte Pflegepersonen, die ihr Wissen für spezifische Populationen und Settings vertiefen wollen. Sie werden in der Ausübung ihrer Pflegetätigkeit mit einer zusätzlichen Expertise ausgestattet, die sich mit dem Lösen komplexer Situationen beschäftigt. Diese Problemlösungen werden evidenzbasiert getroffen.

Der zentrale Fokus liegt darin, die Anwaltschaft für Patientinnen und Patienten zu übernehmen. APN´s dienen außerdem als Sprachrohr im Schnittstellenmanagement und spielen eine zentrale Rolle im Casemanagement.

Der Kern der Arbeit liegt vor allem darin, Verantwortung übernehmen zu können. Es geht weit über die Basistätigkeit der Patientenversorgung hinaus.

APN’s sind darin befähigt, im interdisziplinären Kontext zu arbeiten und einen erweiternden Blick auf die gesamte Situation zu bieten. Dabei richtet sich der Fokus auf die Salutogenese. Es werden nicht

nur Probleme, sondern auch sehr stark Ressourcen thematisiert.

Tätigkeiten die in der Vergangenheit Ärzten vorbehalten waren, werden zukünftig von Pflegepersonen ausgeübt. Dazu müssen neue Kompetenzen im klinischen Setting erworben werden. Eine weitere Säule von Advanced Nursing Practice.

Um in diesen neuen Aufgabenfeldern professionell arbeiten zu können, braucht es eine entsprechende Ausbildung, ein Studium auf universitärer Basis.

Warum glauben Sie, dass ANP für das österreichische Gesundheitssystem wichtig ist?

Wir erleben einen massiven Wandel in der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung und es steht uns noch vieles bevor.

Die Menschen werden zum einen zunehmend multimorbid aber auch die chronischen Erkrankungen nehmen stark zu. Es entstehen neue Versorgungsaufträge. Die Problematik liegt in der heutigen Zeit nicht mehr nur darin, akut kranke Menschen zu behandeln.

Weiters stehen wir unter einem ungemein, wirtschaftlichen Druck. Auch die Materie Sozialversicherung ist aktuell ein sehr politisches Thema geworden.

Die Kosten des Gesundheitswesens explodieren und können nicht gedeckt werden. Diese Problematik erfordert neue Konzepte in der Gesundheitsversorgung. Das bedeutet, wir müssen uns von der stationären Versorgung, die sehr kostenintensiv ist, wegbewegen.

Es müssen also Möglichkeiten geschaffen werden, um nach einer kurzen Aufenthaltsdauer das Krankenhaus verlassen zu können. Die Menschen sollen zu Hause leben können und dabei dementsprechend medizinisch und pflegerisch versorgt werden. Es stellt sich also die Frage, wie der Mensch dazu befähigt wird mit seiner Erkrankung im Alltag leben zu können. Hier spielt die Thematik Gesundheitskompetenz eine große Rolle. Das bedeutet für die eigene Gesundheit Verantwortung übernehmen zu können.

Eine weitere Überlegung liegt darin, ANP auch auf die primären Versorgungszentren auszurichten.

Es braucht also absolut neue Konzepte. Und diese neuen Konzepte zu entwickeln, ist eine wichtige Aufgabe der Advanced Practice Nurse.

Wodurch profitierten die Patientinnen und Patienten, wenn sich Advanced Nursing Practice im österreichischen Gesundheitssystem etabliert?

Es wird dadurch ein gesteigerter, qualitativ hochwertiger Outcome für die Patienten erreicht.

ANP's besitzen die Fähigkeiten, komplexe Situationen zu bewältigen undlösungsorientiert zu arbeiten. Sie sind in der Lage nicht nur den Patienten allein, sondern das gesamte Umfeld zu betreuen. Auch die Angehörigen rücken in einen speziellen Fokus.

Interdisziplinär sind ANP's als Leader tätig. Dadurch werden die unterschiedlichsten Berufsdisziplinen vereint um gemeinsam an einem speziellen Fall und dessen Behandlungskonzept zu arbeiten.

ANP's betreuen aber auch vor allem chronisch kranke Patienten.

Beispiele sind Diabetes, Wunden, Schmerz und Patienten mit Krebserkrankungen. Es geht also um Disease-Management. Hier sind ANP's dazu befähigt eigenverantwortlich zu handeln.

Ziel ist es, das größtmögliche Maß an Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Mit Herbst 2018 startet der erste Bolognakonforme Masterstudiengang „Advanced Nursing Practice" in Österreich. Sie haben intensiv an der Entwicklung mitgearbeitet. Welche Lehrinhalte werden während der Studienzeit vermittelt und worin liegen die Schwerpunkte?

Der Masterstudiengang beruht auf 3 Pfeilern. Forschung und Pflegepraxis. Spezialisierte Pflegepraxis. Leadership und Pflegepraxis.

Der Erste ist „Forschung und Pflegepraxis". Dadurch werden Absolventen befähigt, die Fragen der Praxis in ein Projekt zu implementieren. Außerdem lernen sie Probleme der Praxis aufzugreifen und selber an der Lösung zu arbeiten und Forschung zu betreiben. Ein weiteres Ziel ist es, evidenzbasiertes Wissen in die Praxis zu transferieren. Dieses generierte Wissen soll der Praxis zu Gute kommen. Es handelt sich dabei nicht um Grundlagenforschung oder Konzeptentwicklung im Sinne von Theorieentwicklung, sondern ganz stark um den Praxisbezug.

Ein ganz wichtiges Thema dieses Studiums ist die Pflegequalitätsentwicklung. Wir beschäftigen uns mit unterschiedlichen Klassifikationssystemen die uns helfen den Outcome der Patienten zu optimieren. Beispielsweise NANDA, NIC, NOC und andere Klassifikationssysteme. Aber natürlich auch EBN mit seiner ethischen Entscheidungsfindung.

Der zweite Pfeiler ist die „Spezialisierte Pflegepraxis". Es geht darum sich in der Rolle als APN wahrnehmen zu können. Weiters beschäftigen wir uns mit Diesease-Managament. Wir betrachten speziell die Patientengruppen, die für ANP so interessant sind. Das sind chronisch kranke Patientinnen und Patienten.

Ein weiterer Schwerpunkt der spezialisierten Pflegepraxis sind die Behandlungspfade. Vor allem im Bereich Mental Health. Menschen mit Demenz und delirante Patienten werden immer mehr. Auch Depression weist eine starke Prävalenz in der Bevölkerung auf. Aber auch Sucht und Suizidalität im Alter wird thematisiert.

All das sind Problematiken, die von den primären Versorgungszentren aufgefangen werden sollen. Ein politischer Auftrag für diesen Masterstudiengang ist der Kontext zu den Versorgungseinheiten. Absolventen werden befähigt, die Pflege in diesen Zentren zu gestalten und gemeinsam mit anderen Berufsgruppen interdisziplinär zusammenzuarbeiten.

Durch Clinical-Assessment lernen die Studierenden, Untersuchungen am Patienten vorzunehmen und Gesundheitszustände zu eruieren. APN's hören, greifen und bewegen. Auskultation, Perkussion und Palpation sind Themen. Nicht um eine medizinische Diagnose zu erstellen, sondern um den Gesundheitszustand der Patienten zu beurteilen. Es geht um Entscheidungsfindungen. Braucht es einen Arzt oder nicht und wenn ja, welche medizinische Fachrichtung wird benötigt. Wir sprechen hier also von Erst-Triage. Es wird der Status des Patienten aufgenommen und evaluiert um Entscheidungen zu treffen.

Der Studiengang deckt aber auch die neuen Themenfelder, die für die Pflege relevant werden ab. Zum Beispiel E-Health und Assisted Living. Die Digitalisierung nimmt zu und wird gebraucht. Wir müssen Menschen erreichbar machen. Außerdem kann man dadurch Prozesse optimieren. Patienten können ihre Befunde

an den Arzt schicken. Dieser kann dann wiederum erheben, ob ein persönlicher Termin mit den Patienten stattfinden muss. Es werden Wartezeiten verkürzt, die häufigen Gänge zum Arzt werden nicht mehr notwendig und dadurch wird die Lebensqualität der Patienten verbessert. Außerdem können gewonnene Informationen in die Pflegeforschung transferiert werden. Interventionsforschung und Evaluationsforschung sind hier ein großes Thema.

Der dritte Punkt ist „Leadership und Praxis“. Als APN muss man in der Lage sein ein Team zu generieren. Wir sprechen nicht von einer klassischen Führungsperson wie zum Beispiel eine Stations- oder Bereichsleitung, sondern von einer Teamleaderin bzw. einem Teamleader. Ziel dieser Kompetenz ist es, Menschen für ein Thema, Projekt oder Konzept zu begeistern. APN’s müssen aber auch in der Lage ihre Teams zu formieren und das Team, die Praxis und sich selbst zu entwickeln. Bausteine dieses Schwerpunktes sind unter anderem Führungs- und Motivationstheorien und die Thematik der Interdisziplinarität.

Im Zuge dieses Studiums wird zwar kein Praktikum absolviert, jedoch ein Projekt. Im Haus forcieren wir Design-Thinking. Das ist eine Projektart die kreative Lösungen bringt. Studierende werden aufgefordert sich in Gruppen bestimmten Betrieben anzunehmen. Dort werden mit den Menschen vor Ort mögliche Problemfelder analysiert um kreative Lösungsstrategien zu entwickeln. Dieses Projekt trägt im dritten Semester ein großes Gewicht. Wir sprechen hier von 6 ECTS, dadurch wird ermöglicht qualitativ hochwertige Lösungen zu konzipieren. Dabei handelt es sich nicht um einen Unterrichtsgegenstand, sondern um eine Kooperation mit Betrieben. Damit wird für die Studierenden ein Praxisfeld geschaffen.

Ich sehe in diesem Projekt ein sehr großes Potential. Vor allem in Hinblick auf die Visionen der Studierenden, die alle etwas ganz Konkretes erreichen wollen. Außerdem wird dadurch Raum für die Entwicklung geschaffen. Sowohl für die persönliche Entwicklung der Studierenden, also auch für die Entwicklung der Pflege.

Zusätzlich bieten wir die Möglichkeit, das Zusatzmodul „Pflegemanagement“ zu absolvieren. In zwei Semester wird diese Lehrveranstaltung angeboten. Dadurch werden die Absolventen berechtigt auf basaler, mittlerer und hoher Managementebene Führungsverantwortung zu übernehmen.

Ich habe Lehrende unter anderem aus den umliegenden Ländern mobilisiert. Vor allem aus der Schweiz, die ANP bereits in der Praxis implementiert haben. Aber auch aus Deutschland und Übersee.

Wie gestaltet sich das Aufnahmeverfahren?

Zuerst müssen die formalen Kriterien erfüllt werden. Es braucht einen Bachelorabschluss. Es gibt keine Übergangsbestimmungen oder andere Lösungen. Die jetzigen Bewerber verfügen über einen Bachelorabschluss in ANP, Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeforschung oder haben ein Kombistudium absolviert.

Das Bewerbungsprozedere beginnt online mit der Anmeldung über den E-Desktop der FH Krems. Es müssen die Motivation und die Vorstellungen beschrieben werden. Dazu kommt, welchen Benefit man sich durch dieses Studium erhofft und welche Wege sich durch Masterabschluss eröffnen sollen.

Danach folgt das persönliche Gespräch, das auch diese Punkte behandelt.

Ich möchte wissen, was die Bewerber mit diesem Studium erreichen wollen, wozu es gebraucht wird und in welche Richtung man sich dadurch entwickeln will. Es stellt sich die Frage, ob sich die Inhalte des Studienganges mit den Wünschen und Visionen vereint. Außerdem, ob sich die Anwärter mit diesem Studium beschäftigt haben und ob sie die Inhalte des

Curriculums kennen. Das Gespräch geht so weit, ob es bereits Themenideen für die Masterthesis gibt.

Dadurch kann man sehr gut heraushören ob der Master in ANP die Vorstellungen der Bewerber unterstützt.

Wie könnte sich die berufliche Zukunft der Studienabsolventen gestalten?

Für ANP gibt es keinen Titelschutz. Es ist liegt also am persönlichen Engagement der Absolventen sich in den unterschiedlichsten Berufsfeldern zu etablieren.

Es wird Vieles geben. Die Pflegeentwicklung in einem akuten Setting. Es existieren bereits viele Häuser die Pflegeberatung- und Entwicklung implementieren. Diese Stellen werden mit ANP's besetzt.

Ein weiterer Punkt ist der extramurale Bereich. Ein Beispiel wäre das Buurtzorg-Modell, welches in das österreichische Versorgungssystem implementiert werden soll. Dieses Projekt wird unteranderem von ANP's begleitet.

Es kann auch die Lehre sein, die Implementierung von Theorie in die Praxis, EBN-Stabstellen, Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Case- und Caremanagement, die klassischen Führungspositionen und vieles mehr. Es existieren bereits etliche dieser Stellen und können mit ANP's besetzt werden.

Ich sehe ANP's jedoch noch viel mehr im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health. Wir haben zwar noch immer nicht die Rollenbilder der School Nurse, Community Nurse oder Family Health Nurse definiert. Die Bestrebungen sind jedoch in allen Bereichen gegenwärtig. Wenn die ANP's offenbleiben und über einen sehr großen Weitblick verfügen, werden sie die richtigen Positionen für sich finden. Auch wenn es gesetzlich noch nicht definiert ist.

Dann haben wir den primären Versorgungsbereich. Dieser ist aktuell sehr ärztlich dominiert und auch von einem Arzt geleitet. Aber wenn die Pflege geschickt ist, wird sie sich in dieses Setting intensiv einbringen.

Ein spannendes Thema ist die Führung einer eigenen Pflegepraxis. Es existieren bereits welche und diese können von ANP's weiterentwickelt werden.

Je höher die akademische Ausbildung ist, umso spezifischer wird die Auswahl der Angebote. Das alles passiert schon mit den Bachelorabsolventen in ANP. Doch mit den zukünftigen Masterabsolventen wird es noch mehr Angebote geben.

Frau Mag.a Schönthaler, 2008 wurde in Krems der erste Bachelorstudiengang ANP aufgenommen. 2011 schloss die erste Kohorte ab. Die letzte Generation des BSc in ANP befindet sich gerade im zweiten Semester. Für viele Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen war dies eine Chance sich auf Hochschulniveau weiterzubilden. Der Bachelorstudiengang ANP läuft nun aus. Welche Möglichkeiten haben die Diplomierten Kolleginnen und Kollegen um sich zu akademisch weiterzubilden?

Das ist eine große Fragestellung für die Praxis geworden. Man weiß natürlich, dass nach Upgrades gerufen wird. Es gibt mehrere Möglichkeiten für Bachelorstudiengänge die diesen konsekutiven Weg ermöglichen.

Beispielsweise gibt es an der FH Krems den betriebswirtschaftlichen Bachelor für das Gesundheitswesen. Vor allem wenn man sich für den Managementzweig entschieden hat, ist dieser Weg eine gute Wahl.

Es gibt aber auch andere Möglichkeiten. Zum Beispiel an der UMIT, diese bieten einen Bachelorstudiengang in Pflegewissenschaften.

An der FH Krems laufen aktuell die Gespräche, wie die sich Chance eines Upgrades gestalten soll. Personen mit Diplom und Hochschulreife, also Matura oder Studienzulassungsprüfung, können in das dritte Semester des Bachelorstudienganges „Gesundheits- und Krankenpflege“ einsteigen. Die ersten beiden Semester, die das Basiswissen der Pflege vermittelt haben, werden angerechnet. Auch Praktika werden angerechnet. Ausgenommen sind jene, die neu in das Curriculum aufgenommen worden sind. Das betrifft das Praktikum für Rehabilitation, welches im Zuge der Diplomausbildung nicht gefordert war.

Ob dies das einzige Modell bleiben wird, wird sich zeigen. Ich denke aber nicht. Es werden sich vermutlich noch unterschiedliche Modelle entwickeln.

Braucht es eine gesetzliche Änderung im GuK um Rahmenbedingungen für das Berufsbild der APN´s zu schaffen?

Natürlich, absolut. Es muss die Advanced Practice Nurse als Berufstitel implementiert werden.

ANP ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) noch nicht verankert. Gesetzliche Rahmenbedingungen sind notwendig um das passende Setting zu schaffen. Denken Sie, das mit der nächsten GuK-Novelle Platz für das Modell Advanced Nursing Practice geschaffen wird?

Hier bin ich sehr optimistisch, denn es gibt das Erfordernis. Außerdem sind dann ANP-Absolventen in der Praxis tätig und üben hochspezifische Tätigkeiten aus.

Ich gehe also davon aus, dass Advanced Nursing Practice mit Titelschutz mit der nächsten Novelle im GuK verankert wird.

Autorin

Denise Schäfer
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Fachbereich Endoskopie, CED, Hepatologie),
Studentin der FH Krems (Advanced Nursing Practice)

Interviewfotos (C) Michael Wallner
IMC FH Krems Foto (C) FH IMC KREMS

FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

GESUNDHEIT STUDIEREN

LEHRGANG

- Intensivpflege
- Krankenhaushygiene

BACHELOR

- Gesundheits- und Krankenpflege

MASTER

- Advanced Nursing Practice
- Angewandte Gesundheitswissenschaften

JETZT NOCH BEWERBEN

KATHARINA, 21

EINE UNSERER MITGESTALTERINNEN IM GESUNDHEITSWESEN.

Wir beraten Sie gerne persönlich.
Ihre IMC Studienberatung

T: 02732 802 222
E: information@fh-krems.ac.at
www.fh-krems.ac.at

CHECK IN
www.fh-krems.ac.at

(C) FH Campus Wien

Die FH-Campus-Wien betreibt den ersten Forschungs-OP Österreichs!

Ein spannendes Projekt für Forschung und Lehre wurde im November 2017 gestartet. Die FH Campus Wien betreibt gemeinsam mit Partnern aus dem Gesundheitswesen einen auf dem neuesten Stand der Technik ausgestatteten High-Tech-Operationssaal inklusive angrenzender Intensivstation am FH-Standort in Wien-Favoriten.

Wesentliches Ziel dieser Einrichtung ist es, das Optimierungspotential von Abläufen innerhalb eines Operationssaales im Zusammenhang Medizintechniksystemen entsprechend zu erforschen. Das OP Innovation Center (OPIC) macht es möglich, etwa den klinischen und organisatorischen von der Diagnostik über den Eingriff bis hin zur intensivmedizinischen Nachsorge gesamtheitlich zu betrachten und zu analysieren. So können beispielsweise beteiligte Unternehmen Prototypen medizintechnischer Geräte noch vor Markteintritt im OP testen. Dies erhöht die Sicherheit der Produkte enorm und in der Folge die Akzeptanz der Anwender. Zusätzlich profitieren unterschiedliche Studien- und Lehrgänge von Synergien aus Forschung und Lehre, da Inhalte unter realistischen und praxisnahen Bedingungen erarbeitet bzw. vertieft werden können.

Das Projekt wurde als Shared Research Facility in einem Fördercall der Wirtschaftsagentur Wien im Jahr 2015 mit einer Projektlaufzeit von fünf Jahren eingereicht. Realisiert wurde dieses in Österreich einzigartige Vorhaben mit Partnern der Industrie, einem Beratungs- und Planungsunternehmen der Medizintechnik, als auch dem Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien (KAV), einem der größten Gesundheitsdiensteanbieter in Europa. Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) als zentraler Partner bringt Praxiserfahrung als OP-Betreiber in das Projekt mit ein. Das interdisziplinäres Forschungsteam der FH-Campus Wien leistet unter diesen praxisnahen und innovativen Forschungsbedingungen einen entscheidenden Beitrag, um Absolventen der Zukunft fit für den beruflichen Alltag in einer „Hochrisikoumgebung“ zu machen.

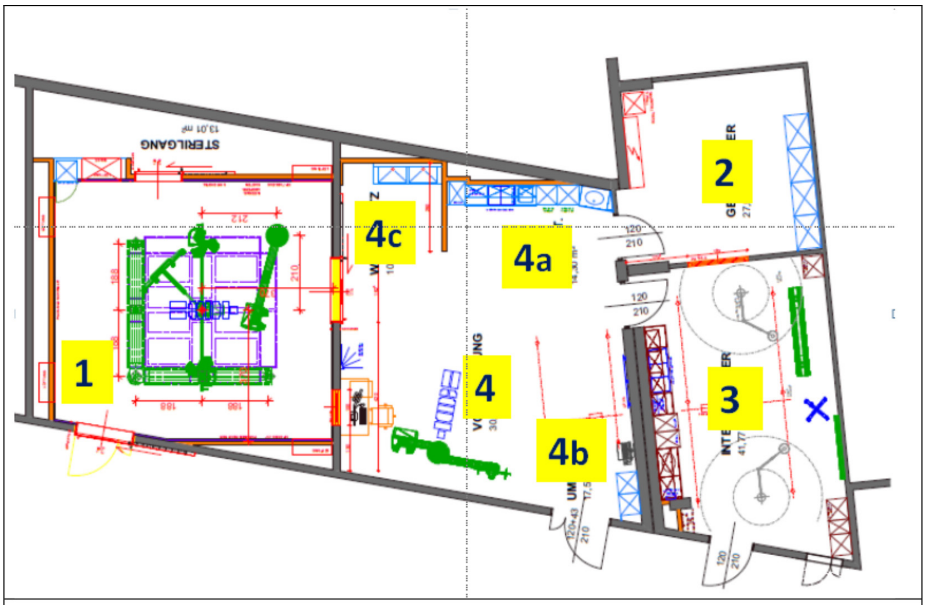
In den Räumlichkeiten selbst wurde auf eine voll funktionsfähige Infrastruktur geachtet, sodass die Erforschung aller Prozesse unter repräsentativen und wirklichkeitsnahen Bedingungen durchgeführt werden kann. Beispielhafte Kenndaten sind u.a. die Realisierung aller gängigen Spannungsversorgungssysteme wie etwa die Allgemeine Ersatzspannungsversorgung (AEV), aber auch die Simulation einer Sicherheitsspannungsversorgung (SV) bzw. einer zusätzlichen

Spannungsversorgung (ZSV), welche speziell für OP- und intensivmedizinische Bereichen erforderlich ist, sind integraler Bestandteil dieser Einrichtung. Für Studien und Lehrzwecke aller Studieneinrichtungen für medizinische Gesundheitsberufe, sowie Studierende der Technik ist eine Simulation aller Medizinischen Gase O2, N2O, CO2, Druckluft (DL), Vakuum (VK), und eine Narkosegasabsaugung (NGA) möglich. Die Lüftungsanlage ist gemäß Ö-Norm H6020 ausgestattet. Des Weiteren verfügt der Forschungs-OP über einen durchgängigen Strahlenschutz mit einem Bleigleichwert von 3mm. Nachfolgende Grafik zeigt einen Überblick über die gesamten Räumlichkeiten des Projekts OPIC, sowie die zusätzlich errichteten Räume.

Der OP Saal

Der OP Saal hat eine Grundfläche von 57m² und wurde in einer modularen Bautechnik errichtet, wodurch jederzeit Adaptierungen für Studienzwecke möglich sind. Diese komfortable Raumgröße macht die Nutzung dieser Einheit als Hybrid-OP hinsichtlich der Flächenbeschaffenheit möglich. Für die Möglichkeit in diesem Raum auch Strahlenanwendungen durchführen zu können, wurde dieser so ausgestaltet, dass ein durchgehender Bleigleichwert von 3mm erreicht wird. Bei diesem Bleigleichwert ist daher auch ein Betrieben eines Computertomographen möglich. Dies wurde durch die Physikalisch Technische Prüfanstalt mittels Rechengutachten gemäß der Ö-Norm S-5212 ermittelt.

Lüftungstechnisch wurde der Raum so konzipiert, dass er ausgehend von einem Kompaktklimagerät, der installierten turbulenzarmen (Laminar-Air-Flow) Verdrängungsstromdecke (TAV Decke) und den Umluftmodulen stufenlos in einem großen Variationsbereich von Umluft und Frischluft, sowie in der Luftkonditionierung betrieben werden kann. Der OP Saal wurde einer Abnahmemessung gemäß der Ö-Norm H6020 unterzogen und erfüllt sämtliche darin geforderten Anforderungen. Auch die Beleuchtung des OP-Saales wurde nach dem neuesten Stand der Technik mit einer doppelten OP-Leuchte in LED Technologie inklusive hochwertigem CCD-Kamerasystem und einer Kombination aus einer L-förmigen Medienbrücke und einer Deckenversorgungseinheit (DVE) ausgestattet.



1...OP Saal, 2...Geräte- und Technikraum, **3**...Intensivzimmer,
4...Vorbereitung mit **4a**...Stützpunkt, **4b**...Umbettung und **4c**...Waschplatz

(C) FH Campus Wien

Ein OP-Saal ist definitiv ein komplexer Arbeitsplatz, daher ist es erforderlich diese Komplexität eines OP-Saals auch bedienbar zu gestalten. Aus diesem Grund steht für die Bedienung und Steuerung der gesamten Raum-, Bild- und Kommunikationsbelange ein so genanntes Paramon-System zur Verfügung, welches ein intuitives und anwenderfreundliches Bedienen dieser Steuerungselemente ermöglicht.

Intensivbereich und angeschlossene Vorbereitung des Patienten

In diesen beiden Räumen wurden insgesamt drei Versorgungseinheiten für intensivmedizinische Behandlungsplätze realisiert, sodass auch für den Lehr- und Forschungsbetrieb sämtliche üblicherweise für Intensiveinheiten ICU bzw. IMCU realisierten Varianten (Tandem DVE, Medienbrücke und Wandversorgungseinheit) vorhanden sind. Die versorgungstechnische Ausstattung dieser drei Einheiten wurde dabei so ausgestaltet, dass heute übliche Vorgaben von Gesundheitsdienstleistern jedenfalls erfüllt bzw. übertroffen sind. Zudem gibt es bei allen Einheiten die Möglichkeit bei definierten Anforderungen Nachrüstungen vorzunehmen.

Der Geräte- und Technikraum

Der Aufbau der einzelnen Versorgungsmedien wurde so gelöst, dass für den Lehrbetrieb einerseits die Betriebsführung für sämtliche technische Studiengänge, aber auch Ausfallsszenarien für Studiengänge der Gesundheitswissen-

(C) FH Campus Wien

schaft simuliert werden können. Aus technischer Sicht wurde außerdem noch ein vollständiges Zählerkonzept realisiert, um die Kennzahlen des Energieverbrauchs aller Medien analysieren zu können um ggf. daraus Energieeffizienzmaßnahmen ableiten zu können.

Forschungsschwerpunkte dieser Einrichtung

Besonderes Augenmerk im wissenschaftlichen Kontext wird auf Interdisziplinarität gerichtet, insbesondere welche Beeinflussfaktoren zwischen einzelnen Komponenten, wie etwa Beleuchtung, Lüftung und elektromedizinischen Geräten im operativen Betrieb herrschen. Aber auch, ob neue Anwendungsverfahren technisch überhaupt realisierbar, bzw. zulässig sind. Dabei widmet sich das Forschungsteam am FH-Campus-Wien auch den Fragestellungen hinsichtlich Modularität eines OP´s und untersucht welche Beschaffenheit aus technischer, medizinischer und ökonomischer Sicht „noch“ sinnvoll erscheint, um einen flexiblen und langfristigen Betrieb einer solchen Einrichtung gewährleisten zu können.

Dabei steht im Zentrum des Forschungsschwerpunktes die Entwicklung von Modellen und Simulationen zur Optimierung des Arbeits-Workflows, um etwaige gewonnene Erkenntnisse für zukünftige Neuplanungen einfließen lassen zu können. Eine besondere Herausforderung für zukünftige OP-Ausgestaltungen müssen moderne Userinterface – Konzepte (UI-K) sein. Diese UI-Konzepte sollen nicht zuletzt zur Verbesserung der Usability und der Hygiene im Allgemeinen beitragen, sondern insgesamt zur Erhöhung der Patientensicherheit führen.

Im Zeitalter der Einsparung von Ressourcen, müssen sich auch Betreiber von Gesundheitseinrichtungen vermehrt dem Thema der Energieeffizienz widmen. Wir forschen am FH Campus Wien, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Energieeffizienz in einem OP mit angeschlossener Infrastruktur, welche zweifellos zu einem der größten Energieverbraucher eines Krankenhauses zählt, entsprechend zu verbessern.

Zusammenfassung

Ein Nutzen einer Kooperation besteht aus der Verbindung der individuellen Knowhows aller beteiligten Akteure hinsichtlich Ihren Kernbereiche gepaart mit einer multidisziplinären fachlichen Expertise der Fachhochschule FH Campus Wien, sodass wissenschaftliche Betrachtungen aus technischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht erfolgen können. Für die Fachhochschule FH Campus Wien stellt die zusätzliche Nutzungsmöglichkeit dieser Einrichtung als Lehreinrichtung eine wesentliche Verbesserung des praktischen Unterrichts dar, sodass Studierende in einer der Realität entsprechenden Umgebung ihre praktischen Fähig- und Fertigkeiten trainieren und verbessern können.

Für die beteiligten Partner ergibt sich auf Grund der Tatsache, dass der medizinische Funktionsbereich Operationssaal zu den kosten- und energieintensivsten Einheiten einer Krankenanstalt zählt und somit de facto kaum für Tests oder Forschung mit Realbedingungen zur Verfügung gestellt werden kann, die Möglichkeit, diese Einrichtung als Test- und Forschungsumgebung, aber auch für Trainingszwecke ihrer Kunden und Mitarbeiter zu nutzen. Genau diese Tatsache war für alle bisher im Projekt beteiligten Akteure der Grund, an diesem österreichweit einzigartigen Projekt mitzuwirken.

Autor

Univ.-Lekt. Mag. Dr. Dr. Engelbert MACH, PhD
Studium der Biomedizinischen Technik und Gesundheitsinformatik, sowie Studium der Pädagogik. Lehrender am Department für Clinical Engineering an der FH Campus Wien. Gerichtlich beeideter und zertifizierter Sachverständiger für biomedizinische Technik. Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen und Buchautor im Bereich der Gesundheitswissenschaften. engelbert.mach@fh-campuswien.ac.at

Autor

Dipl.- Ing. Jörg Pogatscher
akademischer Krankenhausmanager, Stiftungsprofessor für Clinical Engineering an der Fachhochschule Campus Wien. Davor Technischer Leiter im Landesklinikum Baden – Mödling bzw. Technischer Sicherheitsbeauftragter (TSB) im Hanusch Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse. Zusätzlich seit 30 Jahren freiwilliger Mitarbeiter beim Österreichischen Roten Kreuz. joerg.pogatscher@fh-campuswien.ac.at

Welchen Mehrwert kann Evaluation bringen?

Evaluation ist bei der Umsetzung von Projekten und Maßnahmen in vielen Bereichen zu einem festen Bestandteil geworden, der oftmals auch verpflichtend vorgeschrieben ist. Auch Projekte im Pflegebereich unterliegen immer mehr der Qualitätsüberprüfung durch Evaluation. Damit einhergehend wird oft eine Diskussion über den Nutzen von Evaluationen prävalent, bei der sich Beteiligte und Betroffene fragen, welchen Mehrwert die meist zeit- und arbeitsintensive Begleitevaluation für sie hat. Die Grundvoraussetzungen für möglichst nutzbringende Evaluationen werden hierbei von mehreren Seiten beeinflusst: Organisationen, die bei der Beauftragung von Evaluationen vorrangig Ziele des Erkenntnisgewinns und der Qualitätsentwicklung verfolgen und nicht ausschließlich deshalb evaluieren „weil es sein muss“, tragen ebenso zu einem erhöhten Mehrwert von Evaluationen bei wie EvaluatorInnen, die sich an modernen, partizipativen Evaluationsansätzen orientieren und dabei auch den Kontext mitberücksichtigen. So kann durch Evaluation ein Mehrwert entstehen, der nicht nur zu einer besseren Wirksamkeit von Maßnahmen, sondern auch zu einer nachhaltigen Veränderung im professionellen Handeln von Individuen und Organisationen führt.

Was kann Evaluation?

Der Begriff „Evaluation“ ist längst in den alltäglichen Sprachgebrauch eingezogen, wobei das Verständnis davon, welche Vorgehensweisen und Aktivitäten Evaluation umfasst, keineswegs einheitlich ist (Kromrey, 2001). Auch die unter EvaluatorInnen gebräuchlichen Definitionen unterscheiden sich dahingehend, was Evaluation leisten kann und sollte. Stockmann und Meyer (2010, S.64) bezeichnen Evaluation beispielsweise als „ein Instrument zur empirischen Generierung von Wissen, das mit einer Bewertung verknüpft wird, um zielgerichtete Entscheidungen zu treffen“. Rossi, Lipsey und Freeman (1999) heben in ihrer Definition noch stärker das Potential von Evaluation hervor. Sie beschreiben, dass EvaluatorInnen anhand sozialwissenschaftlicher Methoden alle relevanten Aspekte von Projekten untersuchen, bewerten und bei Verbesserungen unterstützen. Laut dieser Definition gehört dazu auch die zielgerichtete Eingrenzung von Problemen, die von den Projekten adressiert werden, sowie eine Untersuchung der Ergebnisse und Effizienz von Maßnahmen, aufgrund derer Empfehlungen für Verbesserungen formuliert werden. Außerdem werden die Projektbeteiligten durch das Evaluationsteam bei der Konzeptualisierung, Gestaltung, Implementierung und Verwaltung ihrer Projekte unterstützt.

Grundsätzlich können durch Evaluationen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Hat das Projekt bzw. die Maßnahme seine Ziele erreicht?

In sogenannten summativen

(C) (C) relif

Evaluationen werden nach Durchführung einer Maßnahme Fragen beantwortet, die z.B. deren Wirksamkeit oder Umsetzbarkeit beurteilen. Hier wird zumeist überprüft, inwieweit durch Projekte und Maßnahmen die gewünschten Veränderungen erzielt wurden. Diese können beinhalten, ob bei Personen, die durch eine Maßnahme unterstützt wurden, ein Problemzustand verringert wurde oder eine positive Veränderung eingetreten ist. In einem Projekt zur Förderung der Rückengesundheit bei ArbeitnehmerInnen prüft eine summative Evaluation beispielsweise, ob sich die Rückenschmerzen der teilnehmenden Personen über die Projektlaufzeit verringert haben oder ob diese nach Teilnahme an dem Projekt mehr Freizeitaktivitäten nachgehen, die der Entstehung von Rückenschmerzen entgegenwirken. Voraussetzung für eine Prüfung der Zielerreichung ist natürlich, dass vor dem Projektstart konkrete Ziele formuliert werden, die realistischerweise durch die geplanten Maßnahmen verändert werden können. Bei der Formulierung der Ziele unterstützen EvaluatorInnen die Projektverantwortlichen in einem Zielexplikationsworkshop, zu dem, wenn möglich, VertreterInnen aller Zielgruppen der jeweiligen Maßnahmen eingeladen werden.

2. Wird das Projekt in einer Weise durchgeführt, dass die erwünschten Ziele erreicht werden können?

Um das volle Potential von Evaluationen zu nutzen, sollten diese nicht nur für eine abschließende Bewertung eingesetzt werden, sondern auch für eine Begleitung des Umsetzungsprozesses. So genannte formative Evaluationen liefern bereits während der Projektdurchführung Zwischenergebnisse zum Stand der Maßnahmenumsetzung. Diese können Rückmeldungen dazu enthalten, wie gut die Zielgruppen erreicht werden und ob sich die Maßnahmen organisatorisch so durchführen lassen, wie es ursprünglich geplant war. Die so gewonnenen Informationen helfen dabei, Gegebenheiten und Bedürfnisse unterschiedlicher Kontexte besser zu verstehen und Informationen dazu zu erlangen, wie gewünschte Effekte der Maßnahme (noch) besser erreicht werden können. Der Zeitpunkt der Rückmeldungen sollte zwischen Projektverantwortlichen und EvaluatorInnen so vereinbart werden, dass eine rechtzeitige Umsetzung des Feedbacks für den weiteren Projektverlauf möglich ist.

Im Rahmen formativer Evaluationen kommt auch der Evaluation der Implementierung eine bedeutende Rolle zu: Diese prüft unter anderem, ob und welche Teile der Maßnahme tatsächlich umgesetzt wurden. Unvorhergesehene Gegebenheiten führen oft dazu, dass Maßnahmen nicht in dem Ausmaß stattfinden, in dem sie geplant sind. Ist beispielsweise für eine Trainingsmaßnahme zur Sturzprävention in Pflegeheimen vorgesehen, dass in mehreren Pflegeheimen jeweils fünf Trainingseinheiten mit den dort Beschäftigten umgesetzt werden, so kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass tatsächlich an jedem Standort alle Trainingseinheiten stattgefunden haben. Das Ausmaß der tatsächlich umgesetzten Teile von Projekten und Maßnahmen wird auch als Implementierungstreue oder Fidelität bezeichnet. Wird die Implementierungstreue dokumentiert, so können in Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Maßnahme in

unterschiedlichen Kontexten Aussagen darüber getroffen werden, „wie viel“ von einer Maßnahme nötig ist, um das erwünschte Ziel zu erreichen.

Das Potential von Evaluation soll an einem Praxisbeispiel veranschaulicht werden:

Die Leitung eines Pflegeheims hat ein Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung gestartet. Dazu wurden in einem ersten Schritt eine schriftliche Befragung und Fokusgruppen zum gesundheitlichen Befinden der Beschäftigten in Bezug auf tätigkeitsbezogene Anforderungen und Belastungen durchgeführt (Diagnosephase). Die Ergebnisse der Befragung haben ergeben, dass es ein Anliegen ist, mehr über den Umgang mit Menschen mit Demenz zu erfahren und dafür auch ein Training zu bekommen. Als konkrete Maßnahme ist nun ein Trainingsprogramm geplant, bei dem in insgesamt acht Trainingseinheiten von jeweils zwei Stunden sowohl die Kommunikation mit Menschen mit Demenz als auch die kollegiale Beratung angesprochen wird. Das Evaluationsteam, welches das Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung begleitet, konzipiert nun gemeinsam mit der Projektleitung die Evaluation der Trainingsmaßnahme.

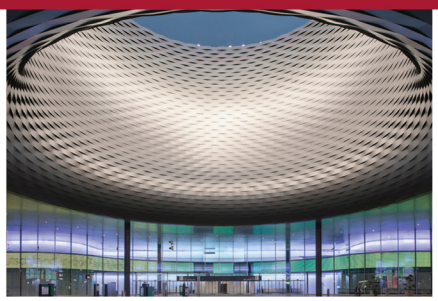
In einem Zielexplikationsworkshop werden gemeinsam mit den Beschäftigten, die an der Maßnahme teilnehmen werden, die erwünschten Ziele des Trainings formuliert. Unter anderem soll das Training zu einer sichereren Kommunikation mit Menschen mit Demenz führen. Außerdem soll nach Ende des Trainings ein konkreter Ablauf zur kollegialen Beratung vorliegen, der die Arbeitsabläufe im konkreten Pflegeheim berücksichtigt. In einer summativen Evaluation soll die Erreichung dieser Ziele nach Abschluss der Trainingsmaßnahme durch eine Befragung der Teilnehmenden geprüft werden. Eine formative Evaluation soll außerdem untersuchen, wie gut die Teilnahme am Training mit den alltäglichen Arbeitsanforderungen der Beschäftigten vereinbar ist. Sollte sich z.B. herausstellen, dass die Zeitpunkte für das Training so ungünstig gewählt sind, dass nicht alle Interessierten teilnehmen können, so können gemeinsam mit VertreterInnen der Beschäftigten alternative Trainingszeitpunkte festgelegt werden. Die Implementierungstreue der Trainingsmaßnahme soll dadurch erhoben werden, ob alle acht Trainigseinheiten im vollen Umfang stattgefunden haben und somit auch alle wichtigen Inhalte vermittelt werden konnten. Mussten Einheiten zu bestimmten Themen ausfallen, so sollte dies berücksichtigt werden, wenn im Rahmen der summativen Evaluation Veränderungen zu genau diesen Themen geprüft werden.

Welchen Nutzen kann Evaluation haben?

Um qualitätsvolle Evaluationen zu gestalten bzw. um die Qualität von Evaluationen bestimmen zu können, wurden sogenannte „Standards der Evaluation“ entwickelt. Die Gesellschaft für Evaluation (DeGEval, 2016) führt neben der Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit als einen ihrer Standards die „Nützlichkeit“ von Evaluationen an. Qualitätsvolle Evaluationen zeichnen sich also dadurch aus, dass sie für die Auftraggebenden und die Projektbeteiligten einen Mehrwert generieren, wobei die Art des Nutzens sehr unterschiedlich aussehen kann.

Evaluationen können einen Mehrwert für verschiedene Anlässe darstellen. So können sie z.B. als Entscheidungshilfe für konkrete Projekte oder Maßnahmen dienen (Einführung, Beibehaltung, Auswertung, Abschaffung, etc.), als

iPDc
working together to develop practice
ENHANCING PRACTICE CONFERENCE 2018
Leading and Facilitating within Practice Development in Healthcare
22nd – 24th August 2018
Basel | Switzerland



Welcome to the EP Conference 2018!
The international community of Practice Development is meeting in Switzerland for the first time!
The conference provides an opportunity to network with leading practitioners, researchers, and academics in the field of Practice Development from across the globe and learn how to enhance healthcare practices across sectors, settings, and specialties. Through a consistent and delicate balance of theory and application, delegates will leave energized with knowledge and tools for immediate translation into practice in the workplace.
Join us for a hands-on, reflective journey of learning and transformation.
Keynote Speakers
- Prof Dr Brigitte Biehl-Missal
- Prof Dr Michael West
- Prof Dr Thomas D. Seeley
- Barbara Gysi
- Dr Donna Brown
- Prof Brendan McCormack
Local Hosts
Universitätsspital Basel
INSELGRUPPE
UniversitätsSpital Zürich
Registration under: www.epc2018.org

Durchsetzungs- und Planungshilfe für zukünftige Maßnahmen, zur Entwicklung und Optimierung eines Programms während und nach Abschluss einer Programmdurchführung, aber auch zur Verantwortungsdelegation bei vorhandener großer Unsicherheit (vgl. Balzer, 1999).

In der Literatur werden verschiedene Arten des Nutzens von Evaluation unterschieden. Vedung (2015) fasst beispielsweise sechs Typen zusammen:

1. Instrumenteller Nutzen

Die Evaluation bringt einen Mehrwert für anstehende Entscheidungen und hat somit auch einen Steuerungsnutzen. Der Mehrwert besteht nicht nur darin, dass z.B. die Zielerreichung einer Maßnahme bestimmt werden kann, sondern es kann auch das Lernen aus dem Evaluationsprozess an sich nützlich sein, z.B. für die Planung einer künftigen, anderen Maßnahme.

2. Erkenntnisgewinn/ Konzeptnutzen

Die Evaluation beeinflusst in diesem Fall das „Denken“ der Beteiligten: So kann z.B. eine Organisation Evaluation nutzen, um vorher unstrukturiertes Wissen oder Erfahrungen zusammenzuführen und daraus neue Ziele zu entwickeln. Auch können andere Evaluationen gesichtet werden und darüber reflektiert werden, was man daraus für die eigene Organisation lernen kann.

3. Legitimationsnutzen

Evaluationen werden hier vor allem als Unterstützung für die eigene Meinung oder Position verwendet; Erkenntnisgewinne oder Unterstützung in Entscheidungen sind sekundär. Manchmal wird die Durchführung der Evaluation an sich schon als Legitimation der Maßnahme gesehen.

4. Taktischer Nutzen

Evaluationen werden manchmal auch dafür genutzt, um Entscheidungen herauszuschieben bzw. auf „Zeit zu spielen“ (eine Entscheidung kann noch nicht getroffen werden, weil die Ergebnisse der Evaluation noch ausständig sind).

Diese Art der Nutzung widerspricht der eigentlichen Idee von „Nützlichkeit“, dennoch werden Evaluationen in einigen Fällen „taktisch genutzt“.

5. Ritueller Nutzen

Evaluation wird in diesem Fall als Standardprozedere genutzt: Evaluationen werden immer durchgeführt, der konkrete Nutzen ist dabei von vornherein nicht genau festgelegt. Ein Grund für eine rituelle Nutzung könnte z.B. sein, dass eine Organisation zeigen möchte, dass sie auf Reflexionen Wert legt, ihr Qualitätssicherung wichtig ist, sie datengestütztes Lernen forciert, sie „modern und up to date“ ist. Auch die Durchführung von Evaluation lediglich aufgrund von gesetzlichen Vorschriften oder Vorgaben von GeldgeberInnen gehört zur rituellen Nutzung von Evaluationen.

6. Erwartungsnutzen

Studien zeigen, dass alleine die Ankündigung der Durchführung einer Evaluation eine Wirkung auf die Beteiligten hat. So kann es sein, dass sich die Durchführenden der Maßnahme überlegen, was wohl evaluiert wird und wie man gute Ergebnisse erhalten kann. Dieser Erwartungseffekt kann zwar strategisch von Organisationen genutzt werden, ist oft jedoch so nicht beabsichtigt. Die Wirkung des Erwartungseffekts kann zudem positiv sein (z.B. mehr Anstrengung), aber auch negativ (z.B. aufzeigen, dass unter diesen Rahmenbedingungen nichts möglich ist).

Ergänzt wird diese Einteilung durch die Unterscheidung zwischen Produkt- und Prozessnutzen: So können einerseits die Produkte einer Evaluation (formative und summative Evaluationsergebnisse) zu verschiedenen Zwecken genutzt werden, andererseits kann aber auch der Evaluationsprozess an sich eine Wirkung haben, z.B. kann alleine die Interaktion zwischen den EvaluatorInnen und den verschiedenen Projektbeteiligten eine Veränderung in der Organisation bewirken.

In unserem Praxisbeispiel kann die Leitung des Pflegeheims sowohl einen Prozess- als auch einen Produktnutzen aus der Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahme ziehen: Beispielsweise konnten durch die Fokusgruppen während der Diagnosephase die Ansichten der verschiedenen Gruppen an Beschäftigten zusammengetragen werden, die in den nachfolgenden Gesundheitszirkeln diskutiert und vertieft wurden: Erfahrungen über gesundheitliche Ressourcen sowie Belastungen wurden gemeinsam besprochen sowie Ver-

besserungsvorschläge erarbeitet. Dieses gemeinsame Arbeiten am Thema „Gesundheitsförderung“ führte dazu, dass sich die verschiedenen MitarbeiterInnengruppen wertgeschätzt fühlten, die Beziehung der Beschäftigten untereinander verbessert wurde und die Arbeitszufriedenheit stieg (→ Prozessnutzen). Die Diskussion über konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mündete in die Initiierung eines Trainingsprogramms zur Förderung von Kommunikation mit Menschen mit Demenz, das sowohl verhaltensorientierte Elemente (z.B. Kommunikationsmethoden) als auch verhältnisorientierte Elemente (kollegiale Beratung) enthielt (→ Produktnutzen; instrumenteller Nutzen).

Welche Evaluationsansätze sind besonders nutzbringend?

Nutzenorientierung, Partizipation und Empowerment im Fokus

Bei vielen modernen Evaluationsansätzen nimmt die Einbeziehung der Maßnahmenbeteiligten in alle wichtigen Evaluationsschritte eine zentrale Rolle ein. Auch die Steigerung der Evaluationskompetenzen der Mitwirkenden hat einen hohen Stellenwert, sodass die Evaluation selbst als Weiterbildung verstanden werden kann, deren Nutzen weit über die Optimierung einzelner Projekte und Maßnahmen hinausgeht. Mit diesen Zielen im Hintergrund arbeiten EvaluatorInnen somit aktiv daran, dass ein Mehrwert und schließlich eine Nutzenmaximierung für alle entsteht, welche an der Maßnahme bzw. deren Evaluation beteiligt sind.

Insbesondere in der Utilization-focused evaluation (Nutzenorientierte Evaluation; Patton, 2012) wird betont, dass Evaluation nicht nur als Selbstzweck durchgeführt werden sollte, ohne dass die Ergebnisse in das weitere Handeln einer Organisation einfließen. Viel mehr steht die spätere Nutzung der Evaluationsergebnisse im Fokus des gesamten Evaluationsvorhabens. Dazu wird dieses stark an den individuellen Bedürfnissen der Projektverantwortlichen ausgerichtet, vor allem vor dem Hintergrund, welche Faktoren im jeweiligen Kontext zu einer späteren Nutzung der Ergebnisse beitragen könnten. Ein wichtiger Faktor hierfür ist die Herstellung von Transparenz über die Hintergründe aller Evaluationsschritte. Ist der spätere Nutzen von Aktivitäten im Evaluationsprozess (z.B. Workshops, Befragungen, Erstellung von Dokumentationen) für alle daran Beteiligten ersichtlich, werden diese später viel eher wichtige Entscheidungen oder ihre alltägliche Arbeit an den Evaluationsergebnissen orientieren.

Wie viele Studien gezeigt haben, wird die Nutzung von Evaluationsergebnissen außerdem durch die Anwendung Partizipativer Evaluationsansätze gesteigert (z.B. Brandes & Schaefer, 2013; Cousins & Chouinard, 2012). Bei partizipativ durchgeführten Evaluationen werden sowohl die Personen, die Projekte und Maßnahmen durchführen, als auch die daran Teilnehmenden in die Planung und Durchführung der Evaluation eingebunden. Dies reicht von einer gemeinsamen Definition der Ziele und Evaluationsschritte über die Partizipation bei der Erstellung von Fragebögen sowie der Durchführung von Befragungen und Datenanalysen bis zu einer gemeinsamen Präsentation und Verbreitung der Evaluationsergebnisse. Diese aktive Einbindung und Ermöglichung der Mitgestaltung erhöht die Relevanz der durch die Evaluation gesammelten Informationen für alle Beteiligten und fördert dadurch auch eine positive Haltung gegenüber dem Evaluationsprozess.

In der Empowerment Evaluation (Fetterman, 1994; Fetterman & Wandersman, 2010) geben EvaluatorInnen noch mehr Kontrolle an die Projektdurchführenden und –teilnehmenden ab: Diese werden in wichtigen Evaluationskompetenzen geschult und gestalten den Evaluationsprozess im Rahmen ihrer Möglichkeiten weitgehend selbst. Die EvaluatorInnen übernehmen dabei die Rolle von Coaches, die bei der Durchführung der Evaluation unterstützen und Verantwortung dafür übernehmen, dass diese schlussendlich den gewünschten Nutzen bringt. Die Schritte, die dazu nötig sind, werden aber von den Personen in der jeweiligen Organisation bestimmt und durchgeführt. So wird eine „evaluative Haltung“ vermittelt und gefördert, die über einzelne Evaluationsprojekte hinausgeht und dazu beiträgt, Evaluationsaspekte, wie z.B. eine Reflexion der eigenen Ziele, sowohl bei der Durchführung von Projekten als auch bei der Entwicklung des eigenen professionellen Handelns im Arbeitsalltag automatisch mitzudenken.

In unserem Beispiel wird eine Nutzenmaximierung dadurch verfolgt, dass die Umsetzung der Evaluationsergebnisse des Projekts zur Betrieblichen Gesundheitsförderung von Anfang an mitgedacht und thematisiert wird. Die Beschäftigten des Pflegeheims werden im Rahmen eines Kick-off über Ziele, Schritte sowie den Zeitplan des Projekts informiert und sollen während dieser Veranstaltung darüber reflektieren, was für sie den Erfolg dieses Projekts

ausmachen würde und wer die Ergebnisse wie nutzen könnte. Dadurch wird größtmögliche Transparenz über die Ziele des Projekts und die nachfolgenden Befragungen hergestellt: Es sollen Ergebnisse entstehen, die einen möglichst großen Nutzen des Projekts für die Gesundheit der Mitarbeitenden und somit für die gesamte Organisation erlauben. Die Ergebnisse der Befragung werden der Projektleitung von den EvaluatorInnen und den Beschäftigten im Team präsentiert und alle Beteiligten arbeiten gemeinsam an Maßnahmenvorschlägen, die sich möglichst gut in den Arbeitsalltag integrieren lassen. Entscheidungen zur Durchführung von Maßnahmen (in diesem Fall: Training für Mitarbeitende) und der Art, wie diese laufend evaluiert werden sollen, werden von den Beteiligten gemeinsam getroffen. Einige Evaluationsaufgaben werden von den Beteiligten selbst übernommen und sie werden dabei vom Evaluationsteam unterstützt. Dazu gehören z.B. das Führen von Maßnahmendokumentationen zur Bestimmung der Implementierungstreue und die kontinuierliche Formulierung von Empfehlungen für die Weiterführung des Projekts.

Die Systeme im Fokus

In den letzten Jahren haben auch kultursensitive und systemorientierte Evaluationszugänge vermehrt an Bedeutung gewonnen. Bei beiden Zugängen werden die Evaluationsgegenstände aus einer ganzheitlichen Perspektive heraus betrachtet (Thomas & Parsons, 2017) und „verborgene“ Einflussfaktoren (wie z.B. soziale Normen, politische Strukturen, organisationale Strukturen, Stereotype, Einstellungen, Erwartungen) in die Evaluation mit einbezogen. Solche Faktoren können die Gestaltung von Maßnahmen sowie die Implementierung und Wirkung dieser unterstützen oder behindern und damit einen beachtlichen Mehrwert für deren Bewertung und Weiterentwicklung bringen.

Bei kultursensitiven Ansätzen steht der kulturelle Kontext von Personen und Organisationen im Zentrum, wobei unter Kultur Faktoren wie das erlernte Verhalten, Werte, Bräuche und Einstellungen gefasst werden und auch Machtverhältnisse zwischen Personen und Gruppen mitbeachtet werden (Thomas & Parsons, 2017). Mittels kultursensitiver Ansätze können Perspektiven von Gruppen sichtbar gemacht werden, auch von jenen Gruppen, die „oft vergessen werden“. Lässt man den kulturellen Kontext außer Acht, läuft eine Maßnahme Gefahr, nicht wie geplant zu funktionieren bzw. zu wirken. Eine Evaluation, die kulturelle Aspekte ignoriert, liefert ein unvollständiges Bild und kann demzufolge nur eingeschränkt nutzbringende Ergebnisse hervorbringen (Thomas & Parsons, 2017).

Auch bei systemischen Evaluationzugängen werden die Evaluationsgegenstände in ihren Kontexten gesehen, aber zusätzlich aus einer systemtheoretischen Perspektive heraus betrachtet (näheres hierzu vgl. Zepke, 2005). Unter Systemen werden formelle soziale Strukturen, Netzwerke, Organisationen und Beziehungen gefasst, aber auch „innere Systeme“ wie Motivationen und Einstellungen von Personen, Gruppen und Organisationen. Die Berücksichtigung dieser Systeme und ihrer jeweiligen Umwelten wird nicht als Problem gesehen, sondern als Ressource für die Nutzung der Evaluationsprozesse und -produkte (vgl. Stolla & Schotkowsky, 2008).

Neben der Berücksichtigung systemischer Konzepte kommen bei diesem Evaluationszugang systemische Methoden zum Einsatz, für die eine besondere Haltung aller an der Evaluation Beteiligten - inklusive der EvaluatorInnen - erforderlich ist (vgl. Hummelbrummer, Causemann, Mutter & Raab, 2015):

- Reflexive Herangehensweise (z.B. durch regelmäßiges Feedback an Auftraggebende)
- Zirkuläres Denken, d.h. die Berücksichtigung von Zusammenhängen, Wechselwirkungen, multiplen Einflüsse (z.B. durch die Partizipation verschiedener Gruppen von Beteiligten in der Planung und Analyse der Erhebungen)
- Anerkennung bzw. Nutzung der Selbstorganisation von Systemen, denn soziale Systeme regulieren sich nach ihrer eigenen Logik, müssen sich jedoch an geänderte Kontexte anpassen, d.h. eine Sensibilität für Veränderungen ist bei systemischen Zugängen wichtig (z.B. Einplanung von Spielräumen für Adaptierungen).

Unter einem systemischen Blickwinkel ist Evaluation gleichzeitig eine Intervention, da sie in bestehende Systeme eingreift und hier anregend/ störend/ irritierend wirken kann bzw. sogar soll. Evaluation soll nicht nur Daten und Informationen generieren, sondern auch handlungsrelevantes Wissen bei den Beteiligten und in den Organisationen aufbauen und Steuerungsimpulse setzen (Zepke, 2005). Sie soll explizit als gemeinsamer Lern- und Re-

flexionsprozess dienen und zwar nicht nur bezogen auf die jeweilige Problemstellung, sondern auch bezogen auf künftige Fragestellungen (vgl. auch Hummelbrummer et al., 2015). Somit werden mittels systemischer Evaluationen sowohl der Prozess- und der Produktnutzen angesprochen, als auch der Erkenntnisnutzen bzw. der instrumentelle Nutzen.

Ein systemischer Evaluationszugang kann einen besonderen Mehrwert bei komplexen Situationen bieten, z.B. in Situationen, in denen unterschiedliche AkteurInnen mit teils auseinanderdriftenden Ansichten involviert sind: Dynamische Beziehungen werden veranschaulicht, verschiedene Perspektiven berücksichtigt und das Vorhaben wird in den jeweiligen Kontexten und Umwelten dargestellt, betrachtet und gemeinsam analysiert und bewertet (vgl. Hummelbrummer et al., 2015). Zudem ist es mittels einer systemischen Herangehensweise möglich, Situationen nicht nur in ihrer Gesamtheit zu betrachten, sondern diese auch in ihre Subsysteme zu zerlegen (z.B. wie wirkt die Maßnahmen auf eine spezielle Gruppe in der Organisation? Welche Auswirkung hat die (Nicht)Veränderung dieser Gruppe auf das Gesamtsystem?). Damit können auch Hebel für Veränderungen aufgedeckt werden oder auch Antworten dazu gefunden werden, warum eine Maßnahme im konkreten Kontext bzw. bei einer bestimmten Subgruppe/kultur (nicht) funktioniert. Gerade beim Vorliegen von Widersprüchen in Daten, bei überraschenden Ergebnissen oder wenn AkteurInnen ein unerwartetes Verhalten zeigen, ist es ratsam, einen systemischen Evaluationszugang zu wählen.

In unserem Praxisbeispiel kann ein kultursensitiver Ansatz hilfreich sein, um die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten genauer zu erfassen und somit die erzielten Veränderungen durch das Training besser bewerten zu können. Zu erfahren, welche „Bilder“ von Menschen mit Demenz bei den MitarbeiterInnen vorliegen, könnte einen Einfluss auf die stattfindende Art der Kommunikation mit den Menschen mit Demenz haben. Auch die „Bilder“ der Angehörigen und das in der Gesellschaft vorherrschende Bild dieser Personengruppe können die Maßnahme und deren Wirkung beeinflussen.

Wählt man einen systemischen Ansatz, so müssen ausreichend Gelegenheiten für Reflexion und Lernen geschaffen werden. Die Beteiligten treffen sich beispielsweise nach der 2., 4. und 8. Trainingseinheit und reflektieren mit dem Evaluationsteam unter Zuhilfenahme von systemischen Fragen den Projektfortschritt. Auch ihre eigenen Zugänge (z.B. Einstellungen und Stereotype) werden hier reflektiert, Ängste und auftretende Probleme thematisiert und ihre mögliche Funktionalität diskutiert. Parallel dazu werden auch VertreterInnen anderer relevanter Gruppen im Rahmen von Interviews befragt (z.B. AngehörigenvertreterInnen; MitarbeiterInnen, die nicht im Training sind) – diese Ergebnisse werden den Beteiligten ebenfalls rückgemeldet. Widersprüche und Paradoxien werden explizit aufgegriffen. Gemeinsam wird der Erfolg der Maßnahme diskutiert und zwar unter Berücksichtigung der inneren Systeme, aber auch der äußeren Systeme. Die Wirkung auf verschiedene Subgruppen und die Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen werden ebenfalls rückgemeldet. Ziel ist es, dass durch die geschaffenen „Rückkoppelungssettings“ Steuerungsimpulse für das Training gesetzt werden, aber auch Handlungsempfehlungen diskutiert werden, die zu konkreten Entscheidungen führen (z.B. Änderung der Trainingsfrequenz, Einbezug von Angehörigen in einen Teil der Trainingseinheiten).

Conclusio

Wird das Potential von Evaluationen ausgeschöpft, so kann ein hoher Mehrwert für Individuen und Organisationen erzielt werden. Evaluationen bringen zum einen Informationen darüber, wie die Ziele von Veränderungsprozessen besser erreicht werden können und bieten des weiteren Lernmöglichkeiten für die Ausrichtung des eigenen professionellen Handelns. Für die Weiterentwicklung von Organisationen können Evaluationen einen besonderen Mehrwert bringen, wenn der instrumentelle Nutzen sowie der Erkenntnisgewinn im Vordergrund stehen und nicht nur die Produkte genutzt werden, sondern auch die Durchführung einer Evaluation zum organisationalen Lernen beiträgt. Aufseiten der EvaluatorInnen sollten im Sinne einer Nutzenmaximierung die Hintergründe von Evaluationsschritten für alle Beteiligten transparent gemacht werden. Die Projektverantwortlichen und –mitwirkenden sollten in wichtige Evaluationsentscheidungen eingebunden und dazu befähigt werden, auch selbst Evaluationsschritte durchzuführen. Eine Berücksichtigung des Kontexts und Systems ermöglicht außerdem eine Einbeziehung von Perspektiven unterschiedlicher beteiligter Subgruppen und wirkt im System als Intervention, welche Veränderungen anstößt, die weit über die Beantwortung konkreter Evaluationsfragen hinausgeht.

Literatur

- Balzer, L., Frey, A. & Nenniger, P. (1999). Was ist und wie funktioniert Evaluation? Empirische Pädagogik, 13 (4), 393-413.
- Brandes, S. & Schaefer, I. (2013). Partizipative Evaluation in Praxisprojekten. Chancen und Herausforderungen. Prävention und Gesundheitsförderung, 8(3), 132-137.
- Cousins, J. B. & Chouinard, J. A. (2012). Participatory evaluation up close. An integration of research-based knowledge. Charlotte (NC): Information Age Publishing, Inc.
- DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.v. (2016). Standards für Evaluation (1. Revision). Mainz: DeGEval.
- Fetterman, D. (1994). Empowerment Evaluation. Evaluation Practice, 15(1), 1-15.
- Fetterman, D. & Wandersman, A. (2010). Empowerment Evaluation: Yesterday, today, and tomorrow. American Journal of Evaluation, 28(2), 179-198.
- Hummelbrummer, R., Causemann, B., Mutter, T. & Raab, M. (2015). Systemische Ansätze in der Evaluation. In J. Wilhelm (Hrsg.). Evaluation komplexer Systeme. Systemische Evaluationsansätze in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (S. 34-80). Potsdam: Universitätsverlag.
- Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 24, 105 - 131.
- Patton, M. Q. (2012). Essentials of utilization-focused evaluat London: Sage.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (1999). Evaluation: A systematic approach (6th edition). Thousand Oaks: Sage.
- Stockmann, R. & Meyer, W. (2010). Evaluation: Eine Einführung. Stuttgart: UTB.
- Stolla, C. & Schotkowsky, R. (2008). Systemische Evaluation. Ein Beitrag zur effektiven Steuerung von Veränderungsprozessen. OrganisationsEntwicklung, 1/2008, 42-51.
- Thomas, V. & Parsons, B. (2017). Culturally Responsive Evaluation Meets Systems-Oriented Evaluation. American Journal of Evaluation, 38(1). 7-28.
- Vedung, E. (2015). Six Uses of Evaluation. In V. Hennenfeld, W. Mayer & S. Silvestrini (Hrsg.), Nachhaltige Evaluation? Auftragsforschung zwischen Praxis und Wissenschaft (187-210). Münster: Waxmann.
- Zepke, G. (2005). Evaluierung als Beitrag zum Organisationslernen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Autorin

Mag. Dr. Marie-Therese Schultes
Wissenschaftliche Mitarbeiterin (PostDoc) am Institut für Angewandte Psychologie: Arbeit, Bildung, Wirtschaft, Universität Wien. Zuvor Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina und am Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems. Lektorin an Universitäten und Fachhochschulen zu den Themen Evaluation, Implementierung, Mediation und Konfliktregelung. Freiberufliche Evaluatorin und Trainerin im Gesundheits- und Bildungsbereich. marie-therese.schultes@univie.ac.at

Autorin

Dr. Monika Finsterwald (MSc)
Freiberufliche Evaluatorin, Beraterin, Trainerin, Lektorin an der Universität Wien und der Ferdinand Porsche FernFH, zudem wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Veterinärmedizinischen Universität Wien und Leitung des dortigen Projekts „Internal Quality Management in Competence-Based Higher Education“. Zuvor wissenschaftliche Mitarbeiterin (PostDoc) am Institut für Angewandte Psychologie: Arbeit, Bildung, Wirtschaft, Universität Wien und bei promente forschung. monika.finsterwald@organisationsforschung.at

St. Anna
Kinderkrebs
Forschung
DER KREBS HAT ANGST VOR MIR
HELFEN SIE MIT IHRER SPENDE IM KAMPF GEGEN KINDERKREBS.
BANK AUSTRIA
IBAN: AT79 1200 0006 5616 6600
BIC: BKAUATWW
KINDERKREBSFORSCHUNG.AT
SOPHIE S.
KINDERKREBSPATIENTIN

Die neue Reihe

facultas senior

Das Programm für ältere Menschen und alle, die ältere Menschen betreuen und pflegen

Alle Bände beruhen auf aktuellen Erkenntnissen und langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Älteren und Menschen mit Demenz. Sie sind auf die Fähigkeiten und speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt und sind zum einen in Pflegeeinrichtungen und Tagesstätten, zum anderen in der Angehörigenpflege zu Hause einsetzbar.

Das Themenspektrum:

- Malvorlagen und Gedächtnisübungen
- Interaktionen und Vorlesegeschichten
- Übungen und Aktivitäten für die Arbeit mit Demenzbetroffenen

Weitere Infos unter:

facultas.at/senior

facultas

Fachlichkeit – gut, besser, am besten?

Reflexionen aus dem Bildungsbereich

In der Langzeitpflege gibt es Begriffe, mit denen scheinbar alles gesagt ist über die Qualität der eigenen Aktivitäten: „Haltung“ ist einer davon, ein anderer „Fachlichkeit.“ Als Bildungsmanagerin stellen mich beide vor Herausforderungen unterschiedlicher Art.

Haltung in Tagesseminaren oder Lehrgängen zu vermitteln, und zwar so, dass sie im Alltag wirksam wird, bleibt ein Ziel, dem man sich immer nur annähern kann. Ein messbarer Erfolg, ein neudeutscher „Impact“ bleibt ungreifbar. Trotzdem gibt es Momente, in denen spürbar wird, dass es gelingt, dass Person und Vermittlung einer Referentin so zusammenwirken, dass die Teilnehmenden bewegt sind und sich in ihnen etwas bewegt.

Die Fachlichkeit stellt sich vor allem im Bereich der Demenz noch vielschichtiger dar. In einem Umfeld der Akademisierung und immer stärkeren Differenzierung der Pflegeberufe wird sie zu einem Maßstab weit über das Handeln am Bewohner, an der Klientin hinaus. Sie bestimmt über Status, Einfluss und Einkommen und sie markiert Grenzen.

Als Bildungsmanagerin ist es verlockend, die Angebote an der Fachlichkeit auszurichten. Mehr Wissen, mehr Techniken, mehr Standards, mehr Studien – das alles lässt sich ohne große Schwierigkeiten in Bildungsplänen verpacken. Aber wohin geht eine solche Reise? Wollen wir als palliativ geprägte Einrichtung auch dorthin? Was bedeutet ein Streben nach immer mehr Fachlichkeit für unseren Anspruch an Interdisziplinarität und einen zivilgesellschaftlichen Zugang zur Demenz?

Peter Wißmann, Leiter von Demenz Support Stuttgart, kritisiert wortreich den „Glauben an den Vorrang professioneller Fachlichkeit.[1]“ Damit, so Wißmann, würden Befähigung und Beteiligung unterbunden. Bildungsangebote, z.B. für Ehrenamtliche, würden nur dazu führen, dass Intuition verloren geht zugunsten von eingelernten Systemen und statt eines unbefangenen Miteinanders eine „distanzierte Künstlichkeit“[2] Einzug hält.

Professionelle Pflegekräfte reagieren auf solche Hinweise mitunter heftig. So warf eine erfahrene Fachkraft Wißmanns Buch in den Papierkorb und postete ein Foto davon auf Facebook. Seine Aussagen über den Vorrang der Intuition, so ihre Begründung, seien fahrlässig. Auch ich war beim ersten Lesen empört. Nun hatten wir so schöne Angebote für ehrenamtliche Demenzbegleiter erfunden – und das sollte alles schlecht sein?

Zwei weitere Beispiele für problematische Auswirkungen eines vermuteten Vorrangs der Fachlichkeit, wie sie in Fortbildungen diskutiert wurden, möchte ich kurz beschreiben. Eines betrifft die Umgebung, in der bettlägerige Menschen zu Hause leben. Eine Referentin plädierte, im Sinne der Biografieorientierung und Normalität, dafür, dass das eigene Bett wesentlich zur Lebensqualität beitragen kann und dem Menschen, dem das wichtig ist, nicht genommen werden soll. Eine Pflegekraft wies dies für ihre Arbeit kategorisch zurück – ohne Pflegebett könne sie nicht fachlich richtig pflegen. In einem anderen Seminar wurde die Beteiligung von Angehörigen an der Pflege in einem stationären Kontext diskutiert. Als Möglichkeit, in der eigenen fachlichen Verantwortung noch gut abgesichert zu sein, wurde folgendes Vorgehen entwickelt: Die Tochter entkleidet die Mutter zum Waschen, ruft dann die Pflege, die den Körper „begutachtet“, danach kann sie die Körperpflege durchführen. Bei beiden Beispielen lässt sich der Zwiespalt ganz einfach nachvollziehen: Eine Person will einfach leben, wenn auch mit Assistenzbedarf, die andere will ihre Arbeit nach sinnvollen, anspruchsvollen Kriterien durchführen.

Abschließend musste ich beim Vorbereiten dieses Artikels sehr kritisch auf ein weiteres meiner Arbeitsfelder blicken: den demenzfreundlichen Bezirk (in diesem Fall Hietzing – Ähnliches gilt aber wohl für mehrere solche Netzwerke). Mit großem Interesse und viel Engagement finden sich gar nicht so kleine Gruppen (rund 40 Personen) zusammen, um sich zu vernetzen und daran zu arbeiten, das Leben für Menschen mit Demenz in dem unmittelbaren Lebensumfeld zu verbessern. Was allerdings nur in Spurenelementen vorhanden ist, sind die unmittelbar Betroffenen: Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Von wirklichem Beteiligtsein sind wir noch ziemlich weit entfernt. Das wäre nicht so schlimm, solche Prozesse brauchen Ausdauer und Mut. Kritisch muss man aber anmerken, dass man es sich im Expertenkreis ganz gut einrichtet, es gibt genug zu besprechen

und so wird aus einem eigentlich bürgerschaftlich und partizipativ gedachten Projekt schnell ein Expertenzirkel. Ebenfalls frappierend ist die Reaktion, wenn es um Ideen zu freiwilligen Helfern geht: auch diese, so der Tenor, bräuchten eine fachliche Begleitung und vor allem Kontrolle.

Nun soll hier natürlich nicht der Abschied von Fachlichkeit gepredigt werden – im Gegenteil versuchen wir, für unsere Bildungsangebote möglichst gut qualifizierte und in der Praxis bewährte Referierende zu gewinnen. Wir suchen aber nach einer weiteren Qualität: Der Bereitschaft, das eigene Handeln nicht primär vor dem Vordergrund der Standards, der Theorien und Techniken zu entwickeln, sondern es auch und vor allem vor dem Hintergrund der Bedürfnisse der zu betreuenden oder pflegenden Personen zu reflektieren oder sogar in Frage zu stellen. Damit landen wir letztlich wieder bei der Haltung: Der wahre Experte, die wahre Expertin ist dann nicht mehr die Person mit der höchsten Fachausbildung, sondern der oder die Betroffene selbst. Wir geben zu den Bedürfnissen all das hinzu, was Körper, Psyche und Seele brauchen. Und nur dazu brauchen wir die Fachlichkeit: dies gut zu erkennen, einzuordnen und passende Interventionen professionell zu planen, durchzuführen und zu dokumentieren.

Egal in welchem Feld der Demenzbetreuung, egal in welcher Profession oder mit welchem Berufstitel, ob als Haupt- oder Ehrenamtliche, das ist für mich der einzige Sinn und Zweck, in den Bildungsangeboten nach einer hochwertigen Fachlichkeit zu streben: immer noch stärker auf die Person zentriert das Sinnvolle zu tun - und zu lassen, was nicht der Person, sondern einzig dem System dient.

[1] Peter Wißmann: Beteiligt werden, beteiligt sein, beteiligt bleiben, in: Demenz Support Suttgart (Hrsg), „Beteiligtsein von Menschen mit Demenz“, Mabuse 2017, S. 30

[2] Peter Wißmann: „Nebelwelten“, Mabuse 2015, S. 47

Autorin

Mag. Petra Rösler
Bildungsmanagerin für das Forum Palliative Praxis Geriatrie im Kardinal König Haus und Koordinatorin von „Gut leben im 13. Inklusive Demenz“

Demenz **vernetzen**

Kräfte bündeln * Wissen teilen

Vernetzungstermine

24.9.2018, 9-16 Uhr: **Beratungspraxis - Angehörigenberatung und Beratung für Menschen mit Demenz.** Austausch zu Gelungenem, Versuchtem, Gewünschtem... Moderation: Alexander Aschenbrenner, Diakoniewerk. Ort: Kardinal König Haus, Wien

1.10.2018, 8-13 Uhr: **Demenz in der Kommune. Freundlich, sensibel, gerecht – zwischen Ansprüchen und Wirklichkeit.** Mit Impuls von Peter Wißmann, Demenz Support Stuttgart. Ort: Care Camp Demenz, Salzburg

Kardinal König Haus

Infos & Anmeldung: Petra Rösler,
fppg@kardinal-koenig-haus.at
01 804 75 93 607

(C) Stephan Morrosch

Übertherapie in der Intensivmedizin: Das Medizinproblem dieses Jahrhunderts

Die Erfolge der Intensivmedizin bei vielen Patienten sind unbestreitbar. Dagegen ist ihr Nutzen bei multimorbiden Greisen oder bei schweren Hirnleiden oft unklar und sehr häufig fehlend. In solchen Fällen spricht man von Übertherapie. Hier finden sich die größten Wachstumsraten, der Altersdurchschnitt der Notfall- und Intensivpatienten steigt und steigt. Mittlerweile sind 75% der deutschen Intensivpatienten im Rentenalter, jeder 4. ist Krebsbetroffen. Aus diesem Grund fürchten immer mehr Menschen die Apparatemedizin und versuchen, sich durch Patientenverfügungen davor zu schützen. 2018 fand in Wien der erste europäische Großkongress zum Thema statt, die Experten dort schätzen den Anteil der Übertherapie auf 50%, „Übertherapie und Überdiagnostik seien tägliche Realität auf den meisten Intensivstationen.“ [i] Worum geht es genau?

Gerd, ein 92-jähriger ehemaliger Postzusteller, wurde morgens nicht richtig wach, die besorgte Gattin rief den Notarztdienst. Per RTW ging es in die Klinik, eine Schnittbilduntersuchung zeigte: schwere Hirnblutung mit Ventrikeleinbruch infolge Blutverdünnung. Trotz Hinweis auf die Patientenverfügung des Patienten sagte man der greisen Gattin: wir müssen sofort operieren. Die Blutung war so stark, dass man Teile des Schädeldaches entfernen musste, es folgten diverse Komplikationen. Der Anblick des Schwerkranken war für die Gattin

entsetzlich, er wurde beatmet, über dicke Schläuche am Hals erfolgte eine Dialyse. Der Mann wehrte sich, schwitzte und stöhnte, wurde ans Bett gebunden. „Die Patientenverfügung gilt hier nicht, es gibt noch Hoffnung“ sagte der Oberarzt unbeeindruckt von den weiteren Hinweisen der Familie: Denn falls Behinderung droht, lehnte Gerd Apparatemedizin rigoros ab. Erst als die Patientenakte angeforderte wurde, stellte man ohne Information der Familie abrupt auf „reine Morphiumgabe“ um. Gerd starb alleingelassen noch in der gleichen Nacht, die Gattin wurde morgens über das Ableben informiert. 43 Tage Beatmung, Abrechnungsposition A07A. Die Kasse erstattete 140.649 €.

Das Deutsche Ärzteblatt titelte zu entsprechender Operation, bei der Teile der Schädeldecke zur Senkung des tödlichen Hirndrucks entfernt werden: „Sterblichkeit halbiert“. Doch liest man die Originalstudie, kommt einem das Schaudern: Richtig, die Sterblichkeit wurde durch die Notoperation von 48 auf 26% nahezu halbiert. Doch gegenüber den Nichtoperierten kam es dreimal häufiger zu bleibendem Wachkoma. Die Zahl schwerbehinderter Überlebender stieg um 44%. Die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr in das alte gesunde Leben war dagegen in der Gruppe der Nichtoperierten um 42% höher.[ii] Zu Deutsch: Die OP sorgt für weniger gesund Überlebende und für dramatisch mehr Schwerstpflegefälle.

Genau vor solchen Eingriffen fürchten sich viele ältere Menschen. 91% von Ihnen würden einen Eingriff mit dem Risiko geistiger Behinderungen ablehnen. „Lieber tot als schwerbehindert dahinvegetieren“ sagen fast alle. [iii] Ganz anders sehen dies deutsche Neurochirurgen: 85% würden einen 82-Jährigen bei Hirnblutung operieren – trotz schlechtester Aussichten (Überleben: 9%, Schwerbehinderung: 98% trotz OP). Den befragten Spezialisten war es mehrheitlich egal, ob die Patienten vorher bereits schwer pflegebedürftig waren oder was die Angehörigen wünschten.[iv] Dies spiegelt sich auch in der Versorgungsrealität wieder: Nur bei 4% der beatmeten Intensivpatienten fand eine Willensermittlung statt – nach deutschem Recht müssten es 100% sein. [v]

Die Problematik beginnt bereits mit nicht notwendigen Aufnahmen auf die Intensivstation. Studien sprechen hier von bis zu 50% Fehlaufnahmen[vi]. Nicht notwendige Intensivbehandlung führte in einer großen französischen Untersuchung zu 18% mehr Todesfällen.[vii] Ohne erkennbares Therapieziel wird z.B. ein erschreckend hoher Prozentsatz von schwerst Demenzbetroffenen intensivbehandelt und künstlich beatmet.[viii]

Den Zusammenhang geldlicher Fehlanreiz und Leistungsausweitung kann man bei der Schlaganfallbehandlung zeigen. Der Nutzen intensiver Behandlung bei jüngeren Betroffenen ist unbestritten. Doch die Intensivtherapie wird für eine sogenannte „untere Grenzverweildauer“ von zwei Tagen mit 5100 € vergütet[1], ein „deutlich positiver Deckungsbeitrag“. Benötigten 2005 noch 51.407 Patienten in Deutschland diese Behandlung, wurde sie 2016 bereits 230.191 Mal berechnet, das bedeutet eine Zunahme um 447%.[ix] Die Häufigkeit der Schlaganfälle dagegen sinkt, wie zeigt Abb 1 zeigt. Doch niemand prüft groß nach, wenn die Großmutter mit dem harmlosen Lagerungsschwindel, die früher zum ambulanten HNO Arzt geschickt wurde, heute unter dem Verdacht einer TIA Intensivbehandlung erhält und fortan ihr Restleben Pillen schlucken muss.

Während Patienten durch die Intensivbehandlung die ersten 30 Tage nach dem Schlaganfall deutlich häufiger überleben, ändert sich die Gesamtsterberate durch Schlaganfall bei den Älteren nicht. Das bedeutet: mehr Medizin schafft längere Verläufe, viele Patienten sind bis zum Tod schwerbehindert.

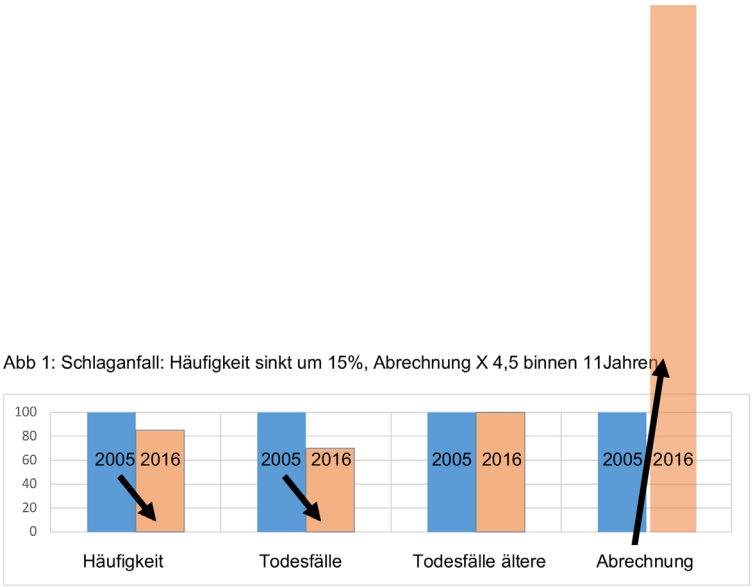


Abb 1: Schlaganfall: Häufigkeit sinkt um 15%, Abrechnung X 4,5 binnen 11Jahren

Auch Überdiagnostik ist ein großes Problem. Blutarmut wird beispielsweise wesentlich durch unnötige Blutabnahmen bedingt.[x] Nur seltenst führen Routinelaborwerte zu Therapieänderung. „Denn wer viel misst, misst viel Mist“. So ist etwa für Röntgenbilder wie auch für einzelne Laborwerte belegt: Die tägliche Messung führt zu verlängerter Beatmung („das Röntgenbild ist noch nicht gut, wir beatmen noch einen Tag länger…“) und diese führt zu erhöhter Sterblichkeit.[xi]

Eine unangemessen eingreifende Therapie hat schlimme Folgen.[xii] Viele Venenkatheter, blutige Messungen, Bluttransfusionen[xiii], Beatmungen und Luftröhrenschnitte sind vermeidbar. Bestens erforscht sind die tragischen Konsequenzen von zu viel Beruhigungsmitteln: Ernste Verwirrungszustände, verlängerte Beatmung, Infektionen und Muskel-Nervenleiden sind die Folgen, die Sterblichkeit steigt. Unnötige oder zu lang dauernde Antibiotikagaben verursachen nicht nur Kosten, sondern führen zu Problemkeimen (MRSA-Seuche), teils mit unbehandelbarer Sepsis. Intensivbehandlung ist leidvoll, häufig sind Schmerzen, Schlaflosigkeit, diverse Sonden, fehlende Selbstkontrolle und sogar Fixierung.[xiv] Überlebende haben im Anschluss erschreckend häufig ein posttraumatisches Streßsyndrom, welches ansonsten eher von Kriegs- und Terroropfern bekannt ist. [xv]

Wir haben bereits gesehen, dass technologisch aufwendige Verfahren extrem gut vergütet werden. Die Folge ist eine dramatische Ausweitung des Einsatzes von Herz- und Lungen- Ersatzverfahren. Der flächendeckenden Ausweitung von ECMO und anderen steht allerdings in den meisten Fällen keinerlei belegter Vorteil des Patienten gegenüber. [xvi] Für einige Verfahren ist bei fehlendem Nutzen eine Zunahme teils lebensbedrohlicher Komplikationen belegt.[xvii] Trotz dieses Wissenstandes und gegen jedes medizinethische Prinzip werden die Verfahren zuhauf fortlaufend eingesetzt. Teils werben Kliniken gar heute noch auf ihrer Internetseite mit diesen Verfahren, z.B. die Kliniken Köln bezeichnenderweise unter dem Stichwort „Beste Medizin für alle.“[xviii]

Gerade die künstliche Beatmung weitet sich exorbitant aus, sogar als „Intensivmedizin zuhause“. Wurden 2003 gerade einmal 500 Menschen daheim beatmet, sind es mittlerweile ca. 30.000.[xix] Dieser Zunahme um den Faktor 60 ging die Sicherstellung einer Vergütung von teils 27.000 €[xx] pro Monat voraus – ein einträgliches Geschäft. Die zuständige Fachgesellschaft meint, 70% der Patienten könnten aus der Inten-

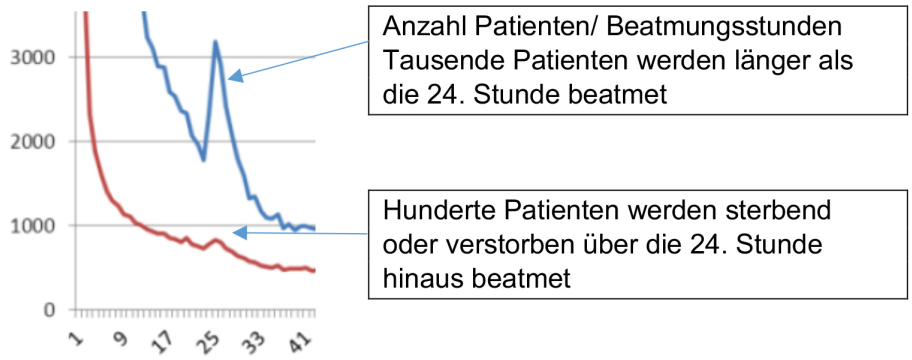
(C) Tyler Olson

sivbehandlung zurück gebracht werden. Aber dann erlischt der Zahlungsanspruch, also passiert nichts.[xxi] Aber auch die Zahlen in den Kliniken steigen unaufhaltsam, immer ältere und kränkere Patienten werden langzeitbeatmet. Dabei gibt es die Besonderheit in der Gebührenordnung, dass Beatmungen bis 24 Stunden nicht vergütet werden. Wird jedoch eine Minute länger beatmet, können bei bestimmten Diagnosen bis zu 23.426 € berechnet werden.[xxii] Beatmung ist gefährlich für den Patienten, daher gilt: je kürzer, desto besser.

Und nun wird es geradezu pervers: Über diese unter Ärzten auch „Beatmungshürde“ genannte 24. Stunde hinaus gibt es auffallende Häufungen. Tausende Patienten werden abrechnungsoptimiert länger beatmet. Die rote Kurve legt sogar nahe, dass Hunderte verstorbene Patienten noch über diese Stunde hinaus beatmet wurden.

Nur gut 40% der Menschen überlebt längerfristig eine Beatmung über zwei Wochen.[xxiii] Von den wenigen Überlebenden schaffen es bei den Älteren gerade einmal 12% zurück in ihr altes Leben, der übergroße Rest verbleibt mehr oder weniger schwer geistig und körperlich behindert.[xxiv]

Neben Lungenschäden werden auch Bauchorgane traumatisiert.[xxv] So entwickelt sich nicht selten eine Gallenkrankheit, der letztlich bei hoher Sterblichkeit nur durch eine Lebertransplantation noch begegnet werden kann.[xxvi] Nach nur zehn Tagen Beatmung erleiden 70 bis 100% eine Muskel-Nerven-Krankheit, die zu extremer Schwäche, Atemversagen und Schluckstörungen führt.[xxvii] Nach schwerem Lungenversagen



haben praktisch alle Patienten nach Entlassung schwerere geistige Störungen.[xxviii] Noch ein Jahr nach der Beatmung leidet ein großer Teil der wenigen Überlebenden an geistigen Störungen, vergleichbar mit einer mittelschweren Demenz. [xxix]

Das größte Ausmaß nimmt Übertherapie am Lebensende an. Hier wird oft ausschließlich Leiden verlängert. Ein Urteil des Oberlandesgerichts München hat diesbezüglich erstmals einen Arzt zu einem hohen Schmerzensgeld verurteilt.[xxx] „Die aus der schuldhaften Pflichtverletzung durch den Beklagten resultierende Leidensverlängerung des Patienten stellt einen ersatzfähigen Schaden dar.“ Dies betreffe laut Urteil widernatürliche Eingriffe in den normalen Verlauf des Lebens, zu dem auch das Sterben gehört. Der Schmerzensgeldanspruch gehe auf die Erben über.

Intensivmediziner sagen selber, dass es nicht das Ziel der Intensivmedizin sei, schwerstbehinderte Patienten wie Wachkomapatienten zu „produzieren“.[xxxi] So gilt eigentlich, dass es das generelle Ziel der Intensivmedizin ist, einen kritischen Zustand zu überbrücken. Intensivmedizinische Lebensverlängerung – das steht in den Grundsätzen der Fachgesellschaft – ist bei irreversiblem Koma nicht angezeigt.[xxxii]

Jüngst wird eklatantes Fehlverhalten aufgrund des wirtschaftlichen Druckes von Ärzten selber zugegeben.

Ergebnisse einer Interviewstudie [xxxiii]

So viele Ärzte (Prozentangaben) geben eklatantes Fehlverhalten in Kliniken zu:

Aus wirtschaftlichen Motiven …

…werden Herzkatheter oder Darmspiegelungen gemacht, die nicht medizinisch notwendig sind.69%
…werden Patienten mehrfach aufgenommen, obgleich ein Aufenthalt reichen würde. 75%
…werden Patienten operiert, obwohl das nicht nötig war. 75%
…wird die Beatmungsdauer durch die Vergütung bestimmt 71%
…wird der Entlassungszeitpunkt gewählt 58%
…werden Patienten aufgenommen, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören. 94%

- bis hierhin handelt es sich um mehr oder weniger schlimme Körperverletzungen -

…werden lukrative Abteilungen am Bedarf vorbei aufgebaut. 100%

… werden „lukrative DRG's" bevorzugt aufgenommen. 50%

… werden Wahlleistungspatienten bevorzugt aufgenommen. 66%

Neben dem entsetzlichen Leid der Betroffenen und der Geldverschwendung führt Übertherapie zu weiteren Problemen:

Pflegepersonal und Ärzte empfinden eine enorme Gewissensnot, es kommt zum Zweifeln an der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns. Folgen sind Burnout sowie ein erhöhtes Ausscheiden aus dem Beruf.[xxxiv] Ausdruck gewinnen diese Faktoren aktuell in der Pflegekrise.

Nicht zu vergessen ist das Leiden der Angehörigen. Ein erschreckend hoher Anteil von ihnen leidet an Psychosyndromen.[xxxv]

Die öffentliche Aufmerksamkeit zur Problematik steigt, das Buch[xxxvi] des Autors „Patient ohne Verfügung" war ein halbes Jahr auf der Bestsellerliste, die Medien berichten ständig. Ausgehend von den USA entwickelten sich erste Gegenströme. Dort wird etwa eine Liste von 70 Fachgesellschaften geführt, die unsinnige und zu vermeidende Eingriffe auflistet.[xxxvii] Wenn hier nicht bald etwas geschieht, verspielt die Medizin ihr Vertrauen. Das kann dazu führen, dass die Wahrnehmung der grundsätzlich wichtigen Intensivmedizin in der Öffentlichkeit massiv leidet. Übertherapie trägt dann zu einem Ruf als rücksichtslose, „seelenlose Apparatemedizin" bei.

Aber auch die Politik ist aufgefordert, Fehlanreize – etwa die unsittlichen Bonusverträge[xxxviii] - wirksam zu verbieten, die Chefärzte teils mit 15% an den stattlichen Honoraren beteiligen. Dies kann zu einer Ausweitung kostspieliger Behandlungen jenseits ihrer Notwendigkeit führen. Die Bundesärztekammer lehnt derlei Anreize als berufsunwürdig ab, auch der Gesetzgeber hält sie für nicht legitim, setzt aber auf den freiwilligen Verzicht leitender Ärzte. Das klappt leider nicht. In einer aktuellen Befragung gegeben 85% der Klinikgeschäftsführer zu, Bonusvereinbarungen mit den leitenden Ärzten zu haben. [xxxix]

Wie kann man sich schützen:

Viele denken, eine Patientenverfügung würde hier zuverlässig schützen. Dazu berichtet ein Arzt aus einer Klinik der Maximalversorgung – binnen 5 Jahren sei praktisch keine Patientenverfügung beachtet worden. Daran werde so lange ruminterpretiert, bis doch die Maximalmedizin laufe.[xl] Mithin ist niemals eine Patientenverfügung hinreichend, sondern es bedarf auch immer eines nicht wackeligen Vorsorgebevollmächtigten, der den Willen dann umsetzt.

Wichtiger erscheint aber, sich frühzeitig eine Zweitmeinung einzuholen bei kritischen Entscheidungen oder wenn man den Eindruck hat, es laufe etwas gegen den Willen des Patienten. Gerade die Zweitmeinungsberatung ist in Deutschland politisch gewollt und wird auch von der verfassten Ärzteschaft begrüßt. Erste Angebote gibt es schon für die Intensivtherapie.[xli]

Intensivmediziner aus den USA und der Schweiz wenden sich eindeutig gegen Übertherapie: „Keine Fortsetzung fortgeschrittener lebenserhaltender Maßnahmen bei Patienten, für die ein signifikantes Risiko besteht, zu sterben oder schwerwiegende Folgen zu erleiden, ohne dass zuvor mit dem Patienten – oder den sie vertretenden Angehörigen – die Behandlungsziele besprochen wurden."[xlii] Diese Regelung – die eigentlich überall selbstverständlich sein sollte wird leider in der Praxis kaum umgesetzt: Hier wird zumeist gemacht was technisch möglich und gut berechnungsfähig ist, solange niemand aus Team oder Familie massiv widerspricht.

Autor

www.uebertherapie.de

Dr. med. Matthias Thöns

Palliativnetz Witten e.V.
Wiesenstr. 14
58452 Witten
email@sapv.de

Fußnoten

[1] DRG-Abrechnungsposition D8-981

[i] Palda VA; J Crit Care 2005; 20:207; Huynh TN; JAMA Intern Med 2012; 173:1887

[ii] Hutchinson, P. J., Kolias, A. G., Timofeev, I. S., Corteen, E. A., Czosnyka, M., Timothy, J., ... & Wadley, J. (2016). Trial of decompressive craniectomy for traumatic intracranial hypertension. New England Journal of Medicine, 375(12), 1119-1130

[iii] Unterhofer, C., Ho, W. M., Wittlinger, K., Thomé, C., & Ortler, M. (2017). " I am not afraid of death"—a survey on preferences concerning neurosurgical interventions among patients over 75 years. Acta Neurochirurgica,

[iv] Unterhofer, C., Hartmann, S., Freyschlag, C. F., Thomé, C., & Ortler, M. (2018). Severe head injury in very old patients: to treat or not to treat? Results of an online questionnaire for neurosurgeons. Neurosurgical review, 41(1), 183-187

[v] Ellwanger C: Krankenhausmortalität und Langzeitüberleben invasiv beatmeter Patienten der

internistischen Intensivstation des Universitätsklinikums Leipzig bei Aufnahme

im Jahr 2007. Dissertation Uni Leipzig 2014

[vi] Chang DW; JAMA Intern Med 2016; 176:1492

[vii] Guidet, B., Leblanc, G., Simon, T., Woimant, M., Quenot, J. P., Ganansia, O., ... & Fartoukh, M. (2017). Effect of systematic intensive care unit triage on long-term mortality among critically ill elderly patients in France: a randomized clinical trial. Jama, 318(15), 1450-1459.

[viii] Teno JM, JAMA Intern Med 2016; 176:1809

[ix] http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/3/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.390/43176

[x] Vincent JL; JAMA 2002; 288-1499

[xi] www.isepsis.com

[xii] „less is more"; Kox M; JAMA Intern Med 2013; 173:1369

[xiii] Stanworth SJ; Critical Care 2011; 15:R108

[xiv] Andrej Michalsen and Christiane S. Hartog. End-of-Life Care in der Intensivmedizin (German Edition) (Kindle-Positionen3596-3597). Springer Berlin Heidelberg. 2013

[xv] Jackson JC, Hart RP, Gordon SM et al. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. Crit Care 2007; 11: R27

[xvi] 343. Karagiannidis C, Brodie D, Strassmann S et al (2016) Extracorporeal membrane oxygenation: evolving epidemiology and mortality. Intensive care medicine 42(5): 889–896. doi: 10.1007/s00134-016-4273-z

[xvii] Fitzgerald M, Millar J, Blackwood B, Davies A, Brett SJ, McAuley DF, et al. Extracorporeal carbon dioxide removal for patients with acute respiratory failure secondary to the acute respiratory distress syndrome: a systematic review. Crit Care. 2014;18(3):222.

Sklar M, Extracorporeal carbon dioxide removal in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Intensive Care Med. 2015 Oct;41(10):1752-62. doi: 10.1007/s00134-015-3921-z. Epub 2015 Jun 25.

Bein T, Weber-Carstens S, Goldmann A, Muller T, Staudinger T, Brederlau J, et al. Lower tidal volume strategy (approximately 3 ml/kg) combined with extracorporeal CO2 removal versus ‚conventional' protective ventilation (6 ml/kg) in severe ARDS: the prospective randomized Xtravent-study. Intensive Care Med. 2013;39(5):847-56.

Richard, Christian; Argaud, Laurent; Blet, Alice; Boulain, Thierry; Contentin, Laetitia; Dechartres, Agnès et al. (2014): Extracorporeal life support for patients with acute respiratory distress syndrome: report of a Consensus Conference. In: Annals of intensive care 4, S. 15. DOI: 10.1186/2110-5820-4-15.

[xviii] https://www.kliniken-koeln.de/Merheim_Lungenklinik_Seltene_Lungeninfektionen.htm?ActiveID=4195

[xix] DIGAB: Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) zu den Ausführungen von Dr. Matthias Thöns aus Witten auf dem Bremer Palliativkongresses am 20. März 2015 im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter www.digab.de/startseite/neuigkeiten/detailansicht/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=38&cHash=039186c1ab8257b93cca90fd9064d74b

[xx] Urteil des LAG Hamm (10 Sa 1194/15)

[xxi] DIGAB: „Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie." DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift 142.12 (2017): 909-911.

[xxii] Vergütungssätze von stationärer Intensivbeatmung nach DRG:

[xxiii] Damuth E, Mitchell JA, Bartock JL et al (2015) Long-term survival of critically ill patients treated with prolonged mechanical ventilation. A systematic review and meta-analysis. The Lancet Respiratory Medicine 3(7): 544–553

[xxiv] Desarmenien 2016

[xxv] S3-Leitlinie Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz

Auflage, Langversion, Stand 04.12.2017

[xxvi] Lin T, Qu K, Xu X et al (2014) Sclerosing cholangitis in critically ill patients: an important and easily ignored problem based on a German experience. SR. Front Med 8(1): 118–126

[xxvii] Sener 2017

[xxviii] Wilcox ME, Brummel NE, Archer K et al (2013) Cognitive dysfunction in ICU patients: risk factors, predictors, and rehabilitation interventions. Critical care medicine 41(9 Suppl 1)

[xxix] Herridge MS, Tansey CM, Matté A et al (2011) Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. The New England journal of medicine 364(14): 1293–1304

[xxx] https://www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/oberlandesgerichte/muenchen/presse/2017/91.php

[xxxi] Wischmeyer SJ; Critical Care 2015; 19 Suppl 3:S6

[xxxii] Opderbecke,: Leitlinie zu Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. Anästh. Intensivmed. 40 (1999) 94 – 96

[xxxiii] https://praxisversorgungsforschung.onlineregistrierungen.de/docroot/sites/1/praxis_versorgungsforschung/page/2

[xxxiv] Schwarzkopf D, Crit Care Med 2017; 45:e265; Intensiv-News 2017; Heft 5

[xxxv] Cameron JI; N Engl J Med 2016; 374:1831

[xxxvi] Thöns M: Patient ohne Verfügung, Piper, 8. Auflage 2017

[xxxvii] choosingwisely.com

[xxxviii] Wiesing U: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das

DRG	**Leistungslegende**	Euro
A06A	Beatmung > 1.799 h mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (IntK)	**204.243,60**
A07A	Beatmung > 999 h oder > 499 h mit IntK	**140.649,30**
A09A	Beatmung > 499 h oder > 249 h mit IntK	**106.481,10**
A11A	Beatmung > 249 h oder > 95 h IntK	**79.361,70**
A13A	Beatmung > 95 h mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. IntK…	**47.081,10**
F43A	Beatmung > 24 h bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems,…	**23.426,70**

Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“. Deutsches Ärzteblatt 110, Heft 38 (20.09.2013), S. A-1752 - A-1756 , im Internet unter www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.64

[xxxix] https://praxisversorgungsforschung.onlineregistrierungen.de/docroot/sites/1/praxis_versorgungsforschung/page/2

[xl] http://news.doccheck.com/de/blog/post/8672-patientenverfuegung-gut-vorbereitet-sterben/

[xli] www.zweitmeinung-intensiv.de

[xlii] http://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/intensivmedizin.html

YiXue

Wei Ling Yi

Großmeister

und oder *seine YiXue Meisterschüler*

in Wien

9. + 10. Juni 2018

Ganzheitliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für Körper, Herz und Seele

Sa, 09.6.2018, 14 - 19 Uhr
So, 10.6.2018, 11 - 16 Uhr

'Wenn die Seele gesund ist, ist der Mensch gesund'

YiXue Seminar mit Yi Qi Energieübertragung

Pflegewohnhaus Leopoldstadt
Engerthstraße 154
1020 Wien

Kontakt: G. Wiederkehr
info@zentrum-lebensenergie.at
+43.650.5118767

Beitrag: 36 Euro/Tag
Ermäßigung möglich

www.yixue.de

Veranstalter:
YiXue Bildungszentrum gGmbH

Das war das 10. Pflege Management Forum des Business Circle

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Mazal

Dr. Waltraud Buchberger MSc

Dr. Meinhild Hausreither

Am 8. und 9. März war es soweit! Das Pflege Management Forum des Business Circle feierte seinen 10. Geburtstag. gebührend im Radisson Blu Park Royal Palace Hotel. Natürlich gab es wie immer ein großartiges Sammelsurium an Themen, welches es wirklich schwierig machte, sich auf die Schnelle zu entscheiden. Allein die ModeratorInnen dieser Veranstaltung machten es zu einem ganz besonderen Ereignis. Ein Grund für Pflege Professionell diese Veranstaltung neugierig zu besuchen…

Schnell füllten sich die vorderen Räumlichkeiten des Radisson Blu Park Royal Palace Hotel. Die Veranstaltung hatte noch nicht einmal begonnen und es wurde ab der ersten Minute genetzwerkt. Ein Zeichen dafür, dass diese Veranstaltung ein idealer Ort für Führungskräfte ist, um etwas zu bewegen und um neue Kontakte zu ergattern.

Nach den Eröffnungsreden der Veranstalter und einer Begrüßungsrede von Ursula Frohner (Präsidentin des ÖGKV) startete Univ. Prof. Dr. Wolfgang Mazal des eigentliche Programm. Sein Vortrag „Pflege und Betreuung - den vielfältigen Qualifikationen Rechnung tragen“ zeigte auf, was das neue Gesetz für Gesundheits- und Krankenpflege für die Praxis bedeutet. Hierbei wurde die Begrifflichkeit „Eigenverantwortlichkeit“ genauer beleuchtet. Ein Wort, welches seiner Meinung nach nicht immer richtig interpretiert wird und welches auch eine Bürde für Menschen sein kann. Gerade dieser Vortrag brachte hervor, dass sich das neue Gesetz erst festigen muss und dass es Zeit ist, Denkweisen in gewissen Bereichen zu verifizieren oder zu ändern. Die Fragen „Wer macht nun was?“, „Wie führt man auf Augenhöhe?“ und „Welche Tätigkeiten machen wirklich Sinn, dass sie von der Ärzteschaft auf die Pflege delegiert werden?“ werden wohl weiterhin Wegbegleiter in den nächsten Jahren sein.

Es folgte „Die Zukunft der Pflegeausbildung - Herausforderungen, Zeitplan und wichtige Informationen für Führungskräfte“, vorgetragen von Dr. Waltraud Buchberger MSc (Ausbildungszentrum West) zeigte auf, wie schwer es derzeit ist die Lehrveranstaltungen/Klassen mit neuen SchülerInnen/StudentInnen zu füllen. Besonders interessant war hierbei, dass in Tirol ein Versuch

gestartet wurde, MigrantInnen für diese Ausbildung zu begeistern. 10 Personen wurden hierzu eingeladen, sich mit diesem Berufsweg zu beschäftigen. Letztendlich blieb kein einziger, der nach einem Infotag und einem Praktikum eine solche Ausbildung starten wollte. Auch der Versuch mit Zeitungsannoncen zu werben, blieb ohne wirklich nennenswertem Ergebnis. Aus eigener Erfahrung kann man diesem Vortrag zu 100% zustimmen, da es auch in anderen Bundesländern schwierig scheint, die Ausbildungsplätze zu füllen.

Sandra Mantz

Dr. Meinhild Hausreither, Mag. Regina Aistleithner und Mag. Manuela Blum präsentierten die Neuigkeiten zum Thema GuKG und Registrierung der Gesundheitsberufe. Die Änderungen des GuKG (2017) scheinen nun in der Praxis angekommen zu sein, es wurden auch zu den neuen Berufsbildern keine neuen großen Anfragen gestellt. Ob das Gesetz nun wirklich so bleibt wie es ist, wird sich in einigen Jahren entscheiden. Hierbei ist es besonders wichtig zu wissen, dass sich durchaus noch viele Sachen nach der Evaluierung 2022 ändern können. Hingegen bei der Registrierung ist nun alles beschlossen. Die Registrierung ist verpflichtend für alle Pflegepersonen und startet im Sommer. Hierbei kann man sich online über www.gbr.gv.at informieren oder anmelden. Für all diejenigen, die eher einen traditionellen Administrationsweg wählen wollen, haben ab dem Sommer die Möglichkeit, sich direkt bei der Arbeiterkammer zu registrieren. Die Arbeiterkammer Österreich wird versuchen direkte Anmeldemöglichkeiten bei den jeweiligen Trägern anzubieten. Dies ist aber eine Entscheidung der Führungskräfte, ob sie dies für ihr Haus wünschen.

Dr. Christoph Zulehner

Wenn man als Kommunikationstrainer die einstimmenden Worte einer Kollegin hört, denkt man sich meist „Na gut dann hör ich mir das mal an, was ich wöchentlich meinen KundInnen erzähle.“ Doch dies sollte sich schnell ändern. Sandra Mantz schafft es nachdenklich zu stimmen, sich der eigenen Rhetorik bewusster zu werden und begeistert mit einem Lächeln und einer Leichtigkeit, wie es nur wenige können. Gerade in einer Zeit, in der sich nahezu alle auf der Überholspur des Lebens befinden, sind solche Vorträge essenziell, um über das eigene Wirken nachzudenken. Ihre Key-Note: „Wir müssen reden - Kommunikationskompetenz als Erfolgsfaktor für die interprofessionelle Zusammenarbeit“ begeisterte so einige Führungskräfte, die sich gleich den Namen notierten und darüber leise diskutierten, wann man den Vortrag ins eigene Haus holt.

v.l.n.r.: Kornelia Fiausch, DGKS MMag. Dr. Elisabeth Rappold, Pflegedirektor Markus Grollitsch B.A.

Die Key-Note von Dr. Christoph Zulehner ist ein „Zulehner Vortrag“. Dies sollte fast schon ein Synonym

Dr. Steffi Burkhart

Cura 2018

Judith von Musil , MPH MSc

für qualitativ hochwertige deutschsprachige Key-Notes werden. Ein Feuerwerk aus Informationen, Geschichten aus dem Leben des Speakers und Anekdoten aus der Wirtschaft vereinen sich zu einem 45minütigen Vortrag der Sonderklasse. Hierbei gibt es viele Lacher, aber auch vieles zum Nachdenken. „Ko-Kompetenz - Die Zukunft der Zusammenarbeit“ weist aus, dass es kaum mehr Sinn macht nur noch generalistisch aufgestellt zu sein. Fachexpertise die interdisziplinär mit anderen FachexpertInnen vernetzt ist, kann nur laut Dr. Christoph Zulehner die einzige Antwort auf die Fragen der heutigen Führungskräfte sein. Ein idealer Höhepunkt am Ende des ersten Vormittags.

Nach einer kurzen Mittagspause, in der wieder kräftig genetzwerkt wurde, musste man sich nun entscheiden, zu welchem Thema man Vorträge hören wollte. Hierbei gab es die Panels „Digitalisierung“, „Praktische Ausbildung“, „Zusammenarbeit“ und „Demenz“. Da man sich nur für ein Panel entscheiden konnte, war es wirklich schwierig, eine Entscheidung zu treffen.

Unsere Redaktion entschloss sich das Panel „Demenz“ zu besuchen, da wir gerade in diesem Bereich dieses Jahr noch einiges präsentieren wollen. Die professionelle, familiäre Präsentationsart von Kornelia Fiausch, macht den Einstieg in dieses schwere Thema angenehm und steigert die Spannung auf das Kommende. Als erstes berichtet DGKS MMag. Dr. Elisabeth Rappold über die Entwicklungen zum Thema Demenz-Strategien in Österreich. Auf diesem Sektor hat sich eine Menge in ganz Österreich getan. Viele der Projekte werden auf http://www.demenzstrategie.at/ präsentiert. Die Liste der Praxisbeispiele scheint endlos lang und lässt hoffen, dass Österreich gut auf die demografische Entwicklung und auf die Herausforderung „Demenz“ vorbereitet ist. Im Anschluss präsentiert Pflegedirektor Markus Grollitsch B.A. ein solches Projekt. Das Kärntner Krankenhaus LKH Haas hat hierbei die Informationsweitergabe von Pflegeeinrichtungen, HausärztInnen und Institutionen klar im Fokus. Nur durch eine Vernetzung der Informationsquellen kann eine gute Betreuung gewährleistet sein. Zum Abschluss der Präsentationen wurde noch fachlich diskutiert.

Nach einer Trennung durch diverse Panels wurde nun wieder im gesamten Plenum berichtet. Dr. Steffi Burkhart präsentierte die Herausforderungen und Denkweisen der Generation Y (und Z). Gerade bei der Personalplanung stoßen hier viele Führungskräfte an ihre Grenzen, da die jungen Generationen andere Prioritäten haben, als die Generation X und Generation Babyboomer. Teilzeit, Selbstverwirklichung und schlanke Hierarchien

stehen im absoluten Vordergrund. Man möchte nicht mehr in einem System integriert sein, sondern lieber zuarbeiten. Aus den Rängen der ZuhörerInnen folgt auf der einen Seite Zuspruch, andere wiederum verneinen diese Aussagen. So entsteht eine interessante Diskussion in den Reihen der TeilnehmerInnen. Als Veranstalter kann man sich einen solch regen Austausch nur wünschen. Auftrag: perfekt absolviert.

Bevor es nun ans Geburtstagsfeiern (10 Jahre Pflege Management Forum) geht, werden noch die Preise des Cura 2018 bekannt gegeben. Hierzu kam Bundesministerin Mag. Beate Hartinger-Klein persönlich vorbei, um die Preise zu übergeben. Die Jury (Dr. Margarethe Grasser, Mag. Lisa Haderer,Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer,Mag. Monika Wild, MAS, MSc, Margret Hader & Ursula Frohner) mussten aus einer Vielzahl an eingesandten Projekten entscheiden. Normalerweise gab es bisher zwei Preise: Sieger im Bereich Langzeitpflege & Sieger im Bereich Akutpflege. Doch dieses Jahr gab es ein so großartiges innovatives Projekt, dass des zu einem Sonderpreis kam.

Sieger im Bereich Langzeitpflege: Dieser Preis ging an das Haus der Barmherzigkeit für ihr Projekt „Förderung der Mundgesundheit von BewohnerInnen“. Ziel dieses Pilotprojektes war es, im Rahmen einer Praxisforschung aufzuzeigen, wie die Verbesserung der Mundgesundheit von BewohnerInnen einer Langzeitpflegeeinrichtung durch fachliches Stärken der Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter ermöglicht wird. Mit einer quantitativen Interventionsstudie und den Befragungen der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen konnte bewiesen werden, dass Schulungen einen positiven Effekt auf die Mundgesundheit der BewohnerInnen haben. Übernommen wurde der Preis von der Pflegedirektorin Mag. Claudia Fida: „Wir wünschen uns, dass in unserer Einrichtung Mundhygiene mit entsprechendem Personal angeboten wird. Da sind wir dran, damit wir das schaffen werden.“

Sieger im Bereich Akutpflege: Hier wurde das Projekt des AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus zur „Implementierung eines multiprofessionellen Schmerzmanagements für PatientInnen mit akuten Schmerzen“ ausgezeichnet. Im AKH Wien wurde vor dem Projektstart multiprofessionelles, systematisches Schmerzmanagement nur punktuell umgesetzt. Da aber adäquate Schmerzbehandlung einen wesentlichen Aspekt der Betreuungsqualität darstellt, war es das Ziel den „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (DNQP, 2011) stationsübergreifend zu implementieren. Den Preis übernahm Karl-Heinz Weber, Direktion des Pflegedienstes. „Die größte Herausforderung war es, dass wir Schmerzmanagement zwar sehr gut betreiben, jedoch eine Systematik gefehlt habe. Die größte Motivation war es, dass viele MitarbeiterInnen so begeistert mit dabei waren,“ so Weber.

Sieger der Sonderkategorie: Hier wurde das Projekt „Was kommt nach der Intensivstation - Beatmungspflege zu Hause“ von CURAplus ausgezeichnet. Auf Grund des medizinischen Fortschritts überleben immer mehr schwer erkrankte oder verunfallte Menschen. Einige von ihnen können jedoch nicht von der invasiven Beatmung entwöhnt werden. Bis dato gab es in Österreich keine fachpflegerische Unterstützung und Beratung für Betroffene und Angehörige. CURAplus hat es sich daher zum Ziel gesetzt, Kinder und Erwachsene mit invasiver Beatmung professionell zu unterstützen, um so eine menschliche und sichere Versorgung sowie Pflege im vertrauten Umfeld zu gewährleisten, denn die Unterbringung in stationären Einrichtungen ist für den Großteil keine wirkliche Option. Übernommen wurde der Preis von CEO und Gründer Michael Tesar, der sich nicht nur bei all seinen MitstreiterInnen und MitarbeiterInnen bedankte, sondern auch bei „all jenen, die ihnen Steine in den Weg gelegt haben. Denn nur so sind wir jetzt da, wo wir sind.“ Er wünsche sich, dass das Projekt auch in anderen Bundesländern umgesetzt wird.

Der zweite Tag wurde wieder mit parallelen Vorträgen gestartet. Die unterschiedlichen Panels „Dokumentation & Prozesse“, „Pflegewissenschaft“, „Entlassungsmanagement“ und „Umsetzung GuKG-Novelle“ machten eine Entscheidung abermals wirklich schwierig.

Der Titel „Schlanke Pflegedokumentation - Pflegeheime denken NEU“ wirkt vielleicht für den einen oder anderen nicht wirklich prickelnd, da Pflegedokumentation für viele mehr Leid und Bürde als wichtiges Werkzeug gesehen wird. Doch bei einem Vortrag von Judith von Musil , MPH MSc ist dies zu 100% anders. Fragen wie „Was brauchen wir wirklich an Pflegedokumentation?“, „Wie kann die Praxis gut mit Pflegediagnosen umgehen?“ und „Was braucht die Praxis?“ Praxisnah, praxisbezogen und für PraktikerInnen beschreibt die Vortragende auf eine geniale Art und Weise, was essenziell ist. Mittlerweile ist es eine Seltenheit, eine solche

Präsentation zu erleben, die wirklich aufzeigt, was die Fachkräfte am Patienten brauchen und es primär um Pflegediagnosen geht. Prädikat: PERFEKT!

Pflegedirektorin Barbara Hahn, BSc

Fotos (C) Business Circle

PFLEGEGRUPPE

Personalbereitstellung
Direktvermittlung
Integrationsleasing

Zu viel Arbeit und zu wenig Personal?

Die aktuelle Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Bisher gab es für Pflegefachpersonen in Rheinland-Pfalz zahlreiche Weiterbildungen unterschiedlicher Güte. Das besondere an der aktuellen Weiterbildungsordnung ist, dass diese aufgrund des neu geregelten Heilberufsgesetzes vom 1. Januar 2015 und der dadurch gegründeten Landespflegekammer – der ersten Pflegekammer in Deutschland – und die damit auf die Landespflegekammer übertragenen Aufgaben, diese die Weiterbildung regelt. Folglich wurde die neue Weiterbildungsordnung von Pflegepädagogen mit großer beruflicher Expertise erarbeitet. Dadurch wurde erstmals eine Weiterbildungsordnung nicht von einer außerberuflichen Instanz sondern von Pflegefachpersonen selbst geschaffen. Deren Tätigkeit wurde von der von Mitgliedern der Landespflegekammer gewählten Vertreterversammlung betreut und ist so von Pflegefachpersonen legitimiert. Diese Ordnung ist im Zuständigkeitsbereich der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz gültig.

Nachstehend werden daraus ausgewählte Inhalte komprimiert vorgestellt.

Präambel

„Ziel der neuen Weiterbildungsordnung (nachstehend Ordnung genannt) ist ein an den zukünftigen Herausforderungen der beruflichen Pflege orientiertes Weiterbildungskonzept.“S.3

„Ziel einer Weiterbildung ist der strukturierte und durch die Bestimmungen nach dieser Ordnung geregelte Erwerb festgelegter, über die in der Ausbildung erworbenen hinausgehenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Ausbildung besondere, für eine erweiterte Berufsausübung der Kammermitglieder relevante Kompetenzen (fachlich, methodisch, personal, sozial, interkulturell, interpersonnell, interprofessionell und kommunikativ) auch im Rahmen der pflegerischen Berufsausübung zu erlangen. (§ 47 Abs.2 Satz 1 HeilBG) S 4

Fachweiterbildung

„Eine Fachweiterbildung ist eine Weiterbildung, die Berufsangehörige nach §1 Abs. 1 Nr. 5-7 Heilberufsgesetz für ein bestimmtes pflegerisches Handlungsfeld über die Ausbildung hinaus qualifiziert und in den Kompetenzen spezialisiert. (z.B. Weiterbildung zur Fachkraft für Intensivpflege, Fachkraft für psychiatrische Pflege) und die zu einer Weiterbildungsbezeichnung führt...§2 Abs.2 S.3

Regelungsbereich

„Diese Ordnung regelt die Weiterbildung fürPersonen nach §1 Abs.1 Nr.5 bis 7 HeilBG, die in Rheinland-Pfalz ihren Beruf ausüben und nach §1 Abs.2 HeilBG berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse anwenden oder verwenden (Kammermitglieder).

Die Ordnung und die darauf fußenden Weiterbildungen sind für die Kammermitglieder nach §1 Abs.1 Nr.5 bis 7 HeilBG verbindlich einzuhalten.“ §1, S.3

Handlungsfelder

„Handlungsfelder sind zusammengehörige Aufgabenkomplexe mit beruflichen- sowie lebens- und gesellschaftsbedeutsamen Handlungssituationen, zu deren Bewältigung befähigt werden soll. Handlungsfelder sind immer mehrdimensonal, indem sie berufliche, gesellschaftliche und individuelle Problemstellungen miteinander verknüpfen...“§2 Abs.5 S 3

„Die Handlungsfelder umfassen präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererhaltung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender.“§2 Abs.2 S.3

Handlungskompetenz

„Als Handlungskompetenz in diesen Handlungsfeldern wird die „Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen verstanden, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht, durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz. Methoden-, Lern-und kommunikative Kompetenz sind integrale Bestandteile dieser Kompetenzdimensionen.“ §2 Abs.4 S.3

Die Weiterbildungsstätte

„Eine Weiterbildungsstätte ist eine von der Landespflegekammer

anhand von festgelegten Kriterien geprüfte und damit zugelassene Bildungseinrichtung, die Weiterbildungen nach dieser Ordnung und deren Anlagen, grundsätzlich auch in Kooperation mit anderen zugelassenen Weiterbildungsstätten, anbieten und durchführen darf. Eine zugelassene Weiterbildungsstätte muss zusätzlich das Anbieten und Durchführen einer Weiterbildung formell bei der Landespflegekammer beantragen und über das jeweils eingereichte Modulhandbuch genehmigen lassen.“ §2Abs.9 S.4

Die Zulassung ist zu widerrufen, wenn die nach dieser Ordnung erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind...“ §2 Abs.9 S.5

Inhalte und Dauer von Weiterbildungen

„Inhalte und Dauer der Weiterbildungen werden durch die Bestimmungen dieser Ordnung geregelt...“§2 Abs.6 S.4

„Der theoretische Unterricht umfaßt mindestens 720 Unterrichtsstunden“ in diversen pflegerischen Spezialbereichen. Teil 2 Abs.4 S.32

„Der praktische Unterricht umfaßt mindestens 2500 Unterrichsstunden in den jeweiigen spezifischen diagnostischen oder therapeutischen Funktionseinheiten in Krankenhäusern.“ Teil 1 Abs. 4 S. 31

„Weiterbildungen nach dieser Ordnung müssen in aufeinander aufbauenden Modulen festgelegt und organisiert sein, die in Modulhandbüchern näher zu beschreiben sind.“ §2 Abs.6 S.4

„Eine begonnene Weiterbildung darf mit Unterbrechungen einen zeitlichen Umfang von vier Jahren nicht überschreiten.“ §2 Abs.6 S.4

Arten von Weiterbildungen

„Weiterbildungen nach dieser Ordnung werden in Fach- und Funktionsweiterbildungen unterschieden.

Eine Weiterbildung beinhaltet Präsenzunterricht, Fernunterricht oder andere Lernformen...§5 Abs. 1und2, S.4

Arten von Weiterbildungen zur Pflegefachperson können sein:

- Intensivpflege,
- pädiatrische Intensivpflege,
- operative Funktionsbereiche,
- Krankenhaushygiene,
- psychiatrische Altenpflege,
- ambulante Altenpflege,
- Praxisanleitung u.a.

Gebühren

„Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis, das Bestandteil dieser Satzung ist „ §2 S.38

Die Gebühren für eine Weiterbildung werden von den Weiterbildungsstätten kalkuliert und den Teilnehmer/innen in Rechnung gestellt.

Zudem ist eine Prüfungsgebühr für die Abschlussprüfung zu entrichten und wo nötig, für die Anerkennung einer ausländischen Weiterbildung.

„Auf Antrag können in besonderen Härtefällen Gebühren ganz oder teilweise durch die erhebende Stelle nach §1 gestundet oder erlassen werden...“ §6 S.39

Diese auf neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen basierende berufliche Weiterbildungsordnung wird das derzeitige Wirrwarr von Weiterbildungen in diesem Bundesland eliminieren und kann im Zuge der Etablierung weiterer Landespflegekammern richtungsweisend zu einer bundesweiten Einheitlichkeit der Weiterbildungen führen. Für die einzelnen Pflegefachpersonen in Rheinland-Pfalz bedeutet diese Ordnung die Möglichkeit eines landesweit geregelten Zugewinns an beruflichen Kompetenzen und deren Anerkennung durch die Arbeitgeber.

Siehe dazu: Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

In: Pflegekammer 01/2018

Autorin

Dr. phil. Edith Kellnhauser, RN, BA, MSEd

Edith Kellnhauser hat als Krankenschwester in Deutschland, Großbritannien, Ägypten und den USA gearbeitet,war 14 Jahre in verschiedenen Positionen im Pflegemanagement, promovierte an der Universität in Osnabrück und wurde Professorin für Pflegewissenschaft/Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule in Mainz. Autorin bzw. Herausgeberin zahlreicher pflegefachlicher Publikationen, Referentin auf internationalen Kongressen und Mitglied im Gründungsausschuss bei der Errichtung der Landespflegekammer.in Rheinland-Pfalz.

(C) Ocskay Mark

Arm, krank, alt
Fallbeispiel Hauskrankenpflege

An einem Wintertag wie jedem anderen steigt Melanie R. aus ihrem Wagen und trägt zwei Kartonschachteln mit Zusatznahrung zu einem ihrer Patienten, der gerade aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Auf dem Weg zu ihm kreuzt eine Frau ihren Weg, die sie anspricht, ob sie nicht eine Stelle für sie wüsste als Putzfrau. Ihre Aufenthaltsgenehmigung sei abgelaufen, zurück nach Bosnien könne sie nicht, weil ihre Herkunftsfamilie wie auch die Familie ihres verstorbenen Mannes sie verstoßen würde. Melanie R. hat eigentlich keine Zeit, weil sie zu ihrem Patienten eilen muss, da in der Hauskrankenpflege keine Minute, die sie für vorgesehene Tätigkeiten mehr benötigt, bezahlt wird. Die Wegzeiten von einem Patienten zum anderen sind im Leistungskatalog mit 15 Minuten bemessen, was sich in der Regel nie ausgeht, da die Mehrzahl der Patienten nicht in einem Bezirk, sondern in ganz Wien verstreut sind.

Trotzdem schenkt sie der Frau Gehör, sie hat Mitleid mit ihr, kann ihr zwar nicht helfen, aber als die Frau von ihren zwei Kindern erzählt, die sie vielleicht verlieren würde, bricht ihr fast das Herz. Die Familie akzeptiert die Konversion vom Islam zum Christentum nämlich nicht und wenn sie nach Bosnien zurückgeht, hat sie dort keine Existenzmöglichkeit. Die Kinder würden ihr von der Familie des verstorbenen Mannes weggenommen, eine Berufsausübung als alleinstehende Frau im wirtschaftlich desolaten Land ist aussichtslos. Obwohl Melanie R. ihr nicht weiterhelfen kann, schenkt sie der Frau 20€ und setzt ihren Weg zu Hrn. N. fort.

Er wurde gerade aus dem Krankenhaus entlassen und die Krankenschwester bringt ihm außer Zusatznahrung neue Medikamente mit, um sie nach der neuen Arztanordnung vorzubereiten. Als langjährig versierte Krankenschwester weiß sie um die gesetzlichen Grundlagen und um die Notwendigkeit der Medikamentenkontrolle nach einer Krankenhausentlassung, da es häufig zu unkorrekten Einnahmen kommt. Auch diesmal fällt Fr. R. eine mitunter lebensgefährliche Medikamentenverwechslung auf. Da im Krankenhaus die vom Arzt diktierten Medikamente von Sekretariatskräften in Entlassungsbrie-

fen verschriftlicht werden, kann es schon mal zu Schreibfehlern aufgrund von akustischen Missverständnissen kommen. In diesem Fall ging es um ein Medikament gegen Epilepsie, das mit einem Blutdruckmedikament verwechselt wurde. Eine direkte Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt klärte das Missverständnis auf. Eine korrekte Arztanordnung ist jedoch unumgänglich, welche ins Büro des Unternehmens übermittelt werden muss, da sie auch vor Ort in der Klientenmappe aufliegen muss. Bisher fehlte das Geld, um alle MitarbeiterInnen mit elektronischen Geräten entsprechend auszustatten.
Fr. R. kümmert sich noch um das Wohlbefinden des Patienten, stellt sicher, dass er zu Hause gut zurecht kommt, bietet ihm noch Unterstützung bei den Alltagsbelangen an, kümmert sich um den Blutdruck und ob er die Zusatznahrung gut verträgt, dokumentiert alles nach bestem Wissen und Gewissen und setzt ihren Weg fort, denn es warten noch weitere Patienten auf sie.

Der nächste Patient wurde vor Weihnachten aufgrund eines Sturzes ins Krankenhaus eingeliefert. Seine Deutschkenntnisse sind nur sehr mangelhaft und die Kommunikation ist schwierig. Als die Krankenschwester mittels Schlüsselsafe die Wohnung betritt, findet sie den Patienten im unbeheizten Zimmer ohne Licht in ein Gebetsbuch vertieft vor. Erst nachdem die Krankenschwester Licht einschaltet, reagiert der Patient. Die Schwierigkeit bei der Kommunikation führt unter anderem dazu, dass der Patient die Medikamente gar nicht oder falsch einnimmt. Nach längerem Nachfragen versteht O.L., dass ihn die Krankenschwester um den Entlassungsbrief ersucht, den er aus dem Krankenhaus erhalten hat. Schließlich wird sie nach umständlichen Erklärungen des Patienten im Küchenkasten fündig. Dort findet sie neben der verschriebenen Antibiotika und Schmerzmittel, die O.L. aus dem Krankenhaus erhalten hat, auch die Lovenox-Injektionen, die der Patient erhalten sollte. Auf die Nachfrage, ob Hr. L. wisse, wie er diese verwenden solle, erfährt sie, dass er die Injektionen oral einnimmt. Es besteht akuter Handlungsbedarf auf mehreren Ebenen. In der Folge kümmert sie sich, dass der Patient seine Kontrolltermine wahrnimmt, dispensiert die Medikamente ordnungsgemäß, informiert über die korrekte Medikamenteneinnahme, nimmt mit der Sachwalterin Kontakt auf, damit der Patient eine intensivere Versorgung erhält, informiert über die notwendigsten Abläufe den kognitiv schwer eingeschränkten Patienten und setzt ihren Weg zu einer weiteren Patientin fort.

Auch diese Patientin wurde erst aus der Rehabilitation entlassen. Zwar gilt die alte Frau als mehr oder weniger selbständig, doch ist ihre psychische Verfassung insofern schwer beeinträchtigt, als sie kaum Pflegepersonen zu sich in die Wohnung lässt und die professionellen Unterstützungskräfte vollkommen ablehnt. Ein Verbandswechsel ihres Dekubitus steht an und die Medikamente wurden ebenfalls umgestellt. Frau N. akzeptiert die neue Verordnung nicht, die Ärzte wüssten ja nicht, was ihr fehle und die Pflegekräfte wollen sie alle nur vergiften. Der Verbandswechsel dauert zwei Stunden, da Fr. N. extremst schmerzempfindlich ist und kaum Hautkontakt bezüglich des Verbandswechsels zulässt. Für die versierte Krankenschwester kann das schon mal zur Herausforderung werden, denn Wundversorgung ohne Hautkontakt ist nahezu unmöglich. Sie hört die Dauerquerelen der vom Leben gebeutelten, alleinstehenden Frau geduldig an und kümmert sich um die Neubestellungen des Verbandsmaterials sowie um die Organisation des Schmerzpflasters, wofür aufgrund des Suchtmittelgesetzes sehr strenge Auflagen gelten.
Nach der Versorgung der Patienten steht noch die Administration im Büro an, wo jede Menge Arbeit auf Melanie R. wartet. Eine Kollegin ist nämlich erkrankt, zwei Neuaufnahmen aufgrund von Entlassungen aus dem Krankenhaus stehen noch an, die Dokumentationsmappen sowie die Medikamentenbestellungen müssen ebenfalls vorbereitet werden.

Die Arbeit auf dem Gebiet der Hauskrankenpflege ist stark ansteigend und der Druck, die Krankenhausaufenthaltsdauer zu verkürzen, macht sich in der extramuralen Pflege (Hauskrankenpflege) extrem bemerkbar. Die Menschen möchten am liebsten zu Hause bleiben. Auch wirtschaftlich ist die Pflege zu Hause am kostengünstigsten, zugleich werden Pflegekräfte in der Hauskrankenpflege verglichen mit dem Krankenhaussektor extrem unterbezahlt. Es gibt einen eklatanten Mangel an gut ausgebildeten Fachkräften, wozu auch ausgezeichnete Deutschkenntnisse, vernetztes Denken und Handeln zählen und eine überragende Kommunikationsfähigkeit.

Melanie R. weiß, dass sie einer kleinen Minderheit angehört. Und sie weiß, dass die Arbeit in diesem Bereich so bald nicht ausgehen wird. Manchmal wünscht sie sich mehr Anerkennung und denkt, dass vielleicht jeder mal Pflege zu Hause braucht. Derzeit

sieht es nicht so aus, als ob der gesellschaftliche Wert dieser so wichtigen Tätigkeit entsprechend anerkannt und auch bezahlt wird. Die Zahlen sehen derzeit so aus: Bis 2050 werden eine Million ÖsterreicherInnen pflegebedürftig sein, davon ca. 230.000 an Demenz erkrankt. Schon jetzt haben derzeit 20% des Pflege- und Betreuungspersonals Migrationshintergrund, bis 2020 fehlen laut Sozialministerium 17.000 Pflegekräfte. Weder die Arbeitsbedingungen (Nacht- und Wochenenddienste, sowie geteilte Dienste in der Hauskrankenpflege) noch die Bezahlung ist in den Pflegeberufen besonders attraktiv. Um den steigenden Bedarf zu decken, wird es nicht zuletzt aus volkswirtschaftlichen Gründen (Arbeitsplatzsicherung, Versorgungssicherheit) unumgänglich sein, in die Pflege zu investieren.

Autorin

Mag. Alexandra Prinz, MSc
Studium der Philosophie/Kultur- und Sozialanthropologie, Ausbildung für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Master-Studium Advanced Nursing Practice, Arbeitserfahrung im In- und Ausland (Direktorin/Schweiz);
dzt. in Wien in der Qualitätssicherung in der extramuralen Pflege tätig; persönlicher Schwerpunkt: Gesundheitspolitik und Professionalisierung der extramuralen Pflege/transkulturelle Pflege

Bettina Hojdelewicz, Ulrike Resch-Kröll

Kinaesthetics in der Pflege

Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe

facultas 2018, 212 Seiten, broschiert
ca. EUR 29,80 (A) / EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-1592-0

Mit Filmen zum Buch!

Erscheint im Juli 2018

Bewegung ist alles – Gesundheitsentwicklung durch Bewegungslernen!

Das Lehrbuch hat zum Ziel, eigene automatisierte und zum Teil unbewusste Bewegungsabläufe zu erkennen, zu benennen und in Folge nutzen zu können. So werden unbewusste Bewegungsabläufe zu bewussten Bewegungsschritten, die im Rahmen professioneller Pflege umgesetzt werden können. Die professionelle Pflegebegegnung und dazu mögliche wirkungsvolle Pflegeberührungen sowie Bewegungsanleitungen ergeben einen wahren Schatz an Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten mit den zu begleitenden Personen. Die ausgewählten Videosequenzen begleiten die Inhalte des Buches und verdeutlichen praxisnah die Aktivitäten zur Positionierung und Mobilisation.

facultas

HIER BILDEN SICH
NEUE **PERSPEKTIVEN**

BILDUNG. FREUDE INKLUSIVE.

Kooperation von BFI Salzburg und TH Deggendorf:

Studiumvorbereitendes Hochschulzertifikat

- Nachgraduierung zum Bachelor Pflege

- Dipl. Pflegeperson - Studieren ohne Matura

Info-Veranstaltungen: 14.06.18 BFI Pinzgau und BFI Pongau und 18.06.18 BFI Salzburg

www.bfi-sbg.at

Das Fallpflegesystem – ein neues Pflegesystem für die Langzeitpflege

Die zentrale Aufgabe der Langzeitpflege ist die Steuerung der multiprofessionellen, interdisziplinären und intersektoralen Versorgung und Pflege der Bewohnerinnen. Bisherige personenorientierte Pflegesysteme wie die Bezugspflege oder das Primary Nursing können diesem Anspruch jedoch nicht mehr gerecht werden. Das Fallpflegesystem ist eine neue Pflegeorganisationsform, welche für eine multiprofessionelle und intersektorale Versorgung und Pflege besser geeignet ist.

Grenzen bisheriger personenorientierter Pflegesysteme

Die Pflege und im Besonderen die stationäre Langzeitpflege befinden sich in einem Veränderungsprozess. Die Komplexität der pflegerischen Situationen und die Pflegeintensität nimmt zu. Die fachlichen und menschlichen Anforderungen an das Pflegepersonal steigen. Die körperliche und die psychische Arbeitsbelastung ist hoch und aufgrund der Ökonomisierung der Pflege werden die zeitlichen und personellen Ressourcen immer knapper. Gleichzeitig steigt der Erwartungsdruck der Bewohnerinnen, der Angehörigen, der externen Leistungserbringer (Ärzte, Therapeuten usw.) und der Trägerschaften von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen an die Leistungsfähigkeit der Pflege- und Betreuungsteams. In diesem Spannungsfeld gilt es nach Lösungen zu suchen. Die Lösungen sollen gewährleisten, dass die Bewohnerinnen eine Pflege erhalten, die ihrer Lebensqualität dient, dass die Angehörigen die Sicherheit haben, dass ihre Eltern bestmöglich gepflegt und betreut sind, dass die Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den externen Leistungserbringern wirksam ist, dass die Pflegenden genügend Zeit haben, sich um eine ganzheitliche Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen zu kümmern und dass die Wirtschaftlichkeit für die Betriebe gewährleistet bleibt. Lösungen für diese Themen wurden in den letzten Jahren in Langzeitpflegeeinrichtungen vor allem durch die Umsetzung von sogenannten Skill-Grademix-Projekten gesucht. Dabei werden auf der Ebene der Pflegeorganisation Abläufe überprüft und Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen den verschiedenen Pflegeberufsgruppen neu aufgeteilt, so dass die Pflege(fach)personen diejenigen Aufgaben übernehmen, für die sie qualifiziert sind. Veröffentlichungen zum Themenbereich Skill-Grademix zeigen dabei drei Besonderheiten auf: erstens befassen sich die meisten Veröffentlichungen nur mit dem Grademix und machen wenig Aussagen zum Skillmix; zweitens sind die meisten Skill-Grademix-Projekte auf den pflegerischen Bereich begrenzt und es scheint, dass andere Geschäftsbereiche und damit Schnittstellenfragen vom Skill-Grademix ausgeschlossen sind; drittens – und das ist wohl die wichtigste Besonderheit – findet man in den Veröffentlichungen keine eindeutigen und klaren Aussagen zum Pflegesystem bzw. dazu, ob die Veränderungen auf der pflegeorganisatorischen Ebene (Abläufe, Aufgaben, Verantwortlichkeiten) auch zu einer Änderung oder Anpassung des Pflegesystems geführt haben oder nicht. Das ist erstaunlich, ist doch die Wahl des Pflegesystems für eine Langzeitpflegeeinrichtung von strategischer Bedeutung. Die Wahl des Pflegesystems bestimmt unter anderem, wie operativ Abläufe gestaltet und Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten verteilt werden. Im Umkehrschluss heisst das, dass bei einer Neuverteilung von Aufgaben und Kompetenzen beurteilt werden muss, wie sich dies auf das bisher angewandte Pflegesystem auswirkt.

Heute ist die übergeordnete Aufgabe der Pflege die Steuerung der multiprofessionellen, interdisziplinären und intersektoralen Versorgung der Bewohnerinnen. Die Ausübung dieser Aufgabe bedingt eine Pflegeorganisation, die diesem Anspruch genügen kann. Es gibt verschiedene Gründe, warum die Bezugspflege, das Primary Nursing oder die Bereichs-/Gruppenpflege in der Langzeitpflege keine geeigneten Pflegesysteme mehr sind. Einige davon werden an dieser Stelle kurz darlegt:

- Bei der Bereichs-/Gruppenpflege sind die Verantwortlichkeiten in der Regel schichtbezogen geregelt, so dass fraglich ist, inwieweit die-

ses Pflegesystem überhaupt einer multiprofessionellen und intersektoralen Versorgung und Pflege aus Sicht der Bewohnerinnen dienlich ist.

- Die Bezugspflege, das Primary Nursing und die Bereichs-/ Gruppenpflege verlangen eine genügend hohe Anzahl an Pflegefachpersonal, damit sie in der Praxis wirksam umgesetzt werden können. In Zeiten zunehmender Ökonomisierung (Spardruck) und Personalknappheit müssen viele Langzeitpflegeeinrichtungen aber eher mit weniger Fachpersonal arbeiten als es diese Pflegesysteme eigentlich erfordern.
- Ökonomisierung und Personalknappheit führen dazu, dass bei der Bezugspflege und beim Primary Nursing der Caseload (die Anzahl der Bewohnerinnen, die einer Bezugsperson zugeteilt sind) in der Regel zu hoch ist. In der Schweiz sind beispielsweise einer Bezugsperson im Langzeitpflegebereich in der Regel 6 Bewohnerinnen zugeteilt; dazu kommen noch 2 - 4 Bewohnerinnen, die sie als stellvertretende Bezugsperson betreuen muss. Ob bei einem solchen Caseload neben dem pflegerischen «Tagesgeschäft» eine individuelle Pflegeplanung und Beziehungsgestaltung möglich ist, sei in Frage gestellt.
- Bezugspflege und Primary Nursing stellen hohe Anforderungen an die Dienstplanung, insbesondere zur Anwesenheit der Bezugsperson bzw. der Primary Nurse sowie zu deren Stellvertretungen. Inwieweit diesen Anforderungen in der Praxis entsprochen wird, ist fraglich. Zur Vertiefung dieses Themas sei auf das Deutsche Netzwerk Primary Nursing verwiesen, welches Empfehlungen zur Dienstplangestaltung herausgegeben hat (Amelang et al., 2010).
- Sowohl bei der Bezugspflege als auch beim Primary Nursing ist es wichtig, dass die «Bezugspersonen» mit möglichst hohen Anstellungspensen arbeiten. Nur so ist gewährleistet, dass aus Sicht der Bewohnerinnen ihre «Bezugsperson» wöchentlich genügend oft auf der Station anwesend ist. Bereits bei einem Anstellungspensum von 70% liegt die wöchentliche Anwesenheit einer «Bezugsperson» nur bei 50% (aus Sicht der Bewohnerin). Dies bedeutet, dass Pflegefachpersonen, die Teilzeit (unter 70%) arbeiten, die Funktion einer Bezugsperson oder Primary Nurse eigentlich nicht übernehmen können. Eine solche Entscheidung macht aber in Zeiten zunehmender Personalknappheit wenig Sinn.

Eine wirksame Umsetzung von Bezugspflege oder Primary Nursing ist also von vielen Faktoren abhängig, die aber nur bedingt beeinflussbar sind (Personalknappheit, Ökonomisierung usw.).

Das Fallpflegesystem

Das Fallpflegesystem (Oberhauser, 2017) ist ein neues Pflegesystem für die Langzeitpflege, das auf den Prinzipien des Case Managements basiert und diese mit dem Pflegeprozess kombiniert. Das Fallpflegesystem, welches vom Autor entwickelt wurde, ist für eine multiprofessionelle, interdisziplinäre und intersektorale Versorgung und Pflege der Bewohnerinnen besser geeignet. Das Fallpflegesystem hat drei Funktionen: es ist ein Pflegesystem, ein Handlungskonzept und ein Pflegeprinzip (Abbildung 1).

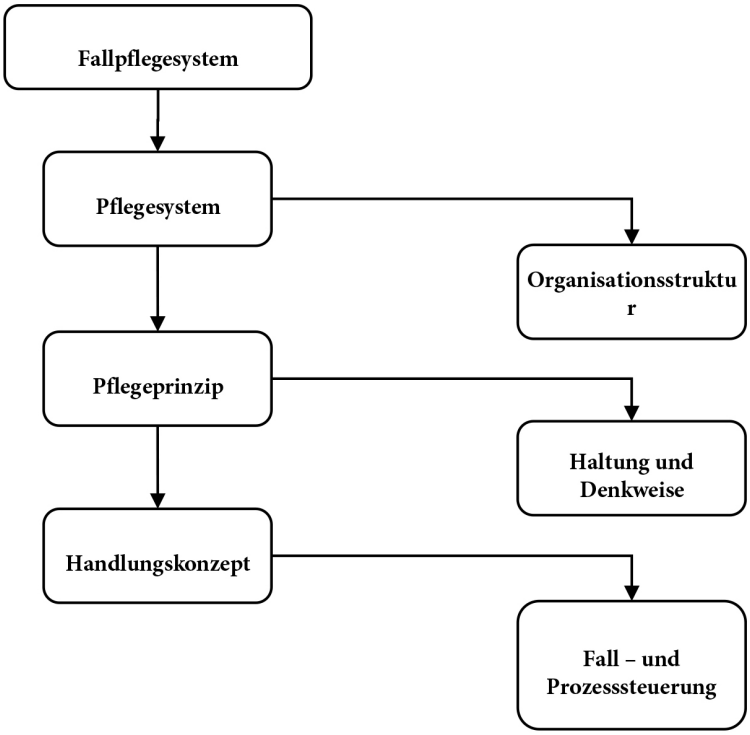


Abbildung 1: Die drei Funktionen des Fallpflegesystems (eigene Abbildung: Oberhauser, 2017)

Das Fallpflegesystem als Pflegesystem

Im Fallpflegesystem übernimmt eine Pflegefachperson als Fallmanagerin die Fallsteuerung und die Prozessteuerung der pflegerischen Leistungen der Bewohnerinnen einer oder mehrerer Stationen (je nach Stationsgrösse). Während im Case Management Bewohnerinnen/Patienten nur selektiv in das Case Management aufgenommen werden, gilt das Fallpflegesystem für alle Bewohnerinnen. Praktische Erfahrungen haben gezeigt, dass eine Fallmanagerin rund 20 – 25 Bewohnerinnen fall- und prozesssteuernd betreuen kann. An die Pflegefachperson, die als Fallmanagerin arbeitet, werden hohe Anforderungen gestellt. Daher ist auf die Rekrutierung und die Ausbildung der Fallmanagerin im Fallpflegesystem ein besonderes Augenmerk zu legen.

Als Pflegesystem bedingt das Fallpflegesystem eine Organisation, in der die Aufgaben, die Kompetenzen und die Verantwortung der verschiedenen Pflegeberufsgruppen voneinander abgegrenzt sind. Diese werden nachfolgend kurz beschrieben.

- Die Pflegedienstleitung trägt die Gesamtverantwortung für die fachliche und personelle Führung der Pflege als Geschäftsbereich. Sie führt die Stationsleitungen und die Fallmanagerinnen.
- Die Stationsleitung ist zuständig für die organisatorische und personelle Führung der Station, trägt aber keine fachliche Verantwortung für die Versorgung und Pflege der Bewohnerinnen. Sie ist verantwortlich für das «Funktionieren» der Station und die Tagesorganisation. Die Stationsleitung arbeitet, neben ihrer Leitungsfunktion, als Pflegefachperson im Tagesgeschäft mit.
- Die Fallmanagerin trägt die fachliche Verantwortung für die Versorgung, Behandlung und Pflege der Bewohnerinnen der Station. Sie ist für die Bewohnerinnen von der Aufnahme bis zum Austritt fallsteuernd und prozesssteuernd verantwortlich, damit die Bewohnerinnen multiprofessionell, sektorübergreifend und bedarfsgerecht diejenigen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen erhalten, die sie benötigen. Sie erstellt den übergeordneten Behandlungsplan (Fallsteuerung) und den Pflegeplan (Prozesssteuerung), sie koordiniert den medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungsplan (Pflegeplan), sie überprüft die Wirksamkeit der Massnahmen aller Leistungserbringer und den Grad der Zielerreichung. Die Fallmanagerin ist nicht in die tägliche Pflege involviert (keine Pflegedurchführende), sie arbeitet aber auf der ihr zugeteilten Station. Sie ist gegenüber den Pflegemitarbeitenden in fachlicher Hinsicht entscheidungs- und weisungsbefugt.
- Im Pflegeteam gibt es keine Zuordnung von Pflege(fach) personen zu Bewohnerinnen im Sinne der Bezugspflege oder Primary Nursing. Das Pflegeteam hat die schichtbezogene pflegerische Ausführungsverantwortung, welche bei Schichtende auf die Mitarbeitenden der nächsten Schicht übergeht.

Dadurch ergeben sich im Fallpflegesystem folgende Besonderheiten im Vergleich zu anderen Pflegesystemen:

- die Stationsleitung und die Fallmanagerin sind hierarchisch gleichgestellt.
- Behandlungspläne und Pflegepläne werden nur von der Fallmanagerin erstellt und/oder geändert.
- Pflegeberichte werden nur von der Fallmanagerin geschrieben aufgrund der Rückmeldungen des Pflegeteams im täglichen Fachrapport.
- Dokumentationen wie z.B. Vitalwerte, Schmerzerfassungswerte, Trinkmenge usw. werden vom Pflegepersonal erfasst und eingetragen.
- Visiten mit Ärzten und Therapeuten werden nur von der Fallmanagerin durchgeführt.

Die Fallmanagerin nimmt also in der Versorgung, Pflege und Betreuung eine Drehscheibenfunktion zwischen den verschiedenen Versorgungsektoren (Medizin, Therapie, Pflege usw.) ein.

Das Fallpflegesystem als Handlungskonzept

Als Handlungskonzept definiert das Fallpflegesystem die zwei Steuerungsmechanismen der «Fallsteuerung» und der «Prozesssteuerung» (Abbildung 2).

Im Rahmen der Fallsteuerung ist die Fallmanagerin zuständig für die Erarbeitung des übergeordneten Behandlungsplans, welcher pflegerische, medizinische und therapeutische Leistungen einschliesst. Die Fallsteuerung beinhaltet in Anlehnung an das Case Management die Teilschritte der Situations- oder Bedarfsanalyse, die Ziel- und Handlungsplanung, die Überwachung der Durch-

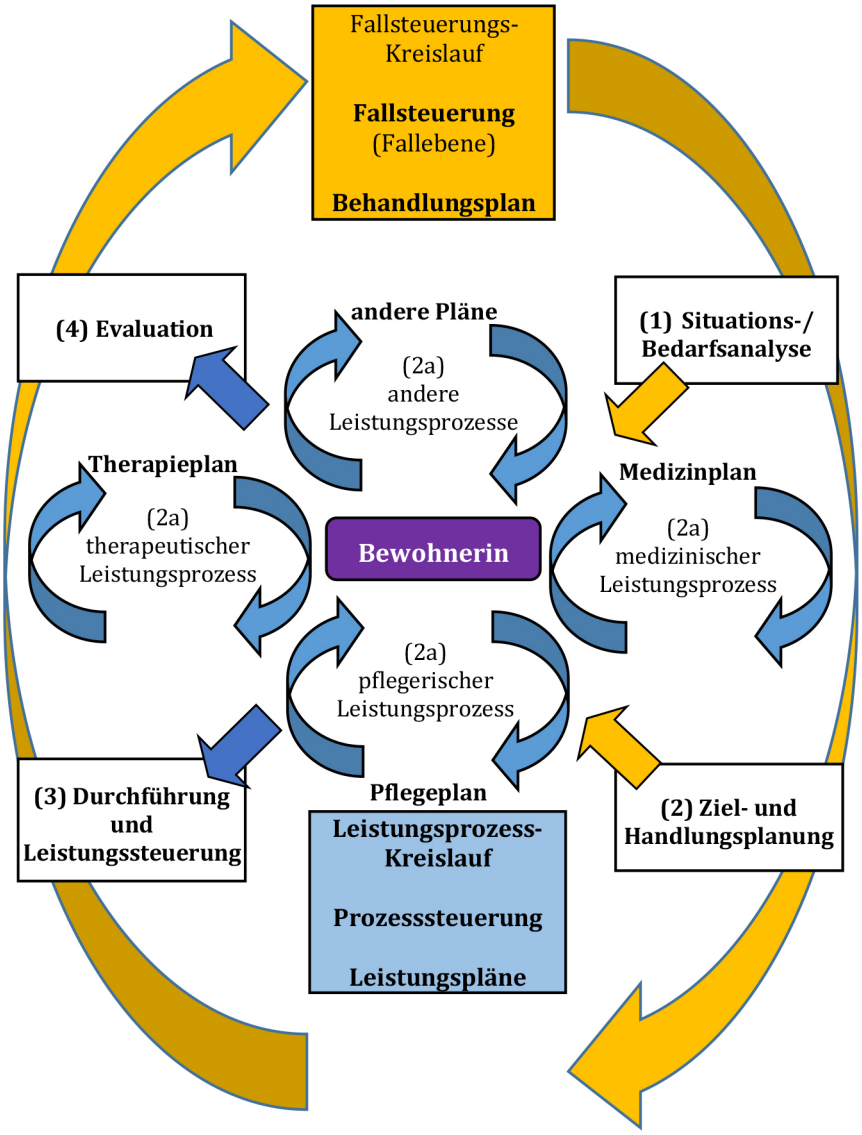


Abbildung 2: Die Fall- und die Prozesssteuerung im Fallpflegesystem (eigene Abbildung: Oberhauser, 2017)

führung und die Steuerung der definierten Leistungen und zuletzt die Evaluation der von allen Leistungserbringern erbrachten Leistungen auf deren Wirksamkeit. Die Fallsteuerung bietet den bestmöglichen Ansatz für eine ganzheitliche oder gesamtheitliche Betrachtung der Bewohnerinnen mit all ihren Problembereichen.

Die Prozesssteuerung ist der Fallsteuerung untergeordnet und ist Teil der Ziel- und Handlungsplanung der Fallsteuerung. Die Prozesssteuerung beinhaltet die konkrete Festlegung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen (Ziele, Massnahmen), wobei diese immer auf das übergeordnete Behandlungsziel (Fallsteuerung) ausgerichtet sein müssen.

Das Fallpflegesystem als Pflegeprinzip

Als Pflegeprinzip beschreibt das Fallpflegesystem eine Sicht- und Denkweise. Das Fallpflegesystem ist ein personenorientiertes Pflegesystem, dessen Fokus auf den einzelnen Bewohnerinnen liegt. Dies fördert eine ganzheitliche oder gesamtheitliche Behandlung der Bewohnerinnen. Damit diese aber tatsächlich gegeben ist, ist es notwendig, dass eine Langzeitpflegeeinrichtung auch ein Pflegemodell, Konzepte, Methoden und Instrumente anwendet, die eine mehrdimensionale Betrachtung der Bewohnerinnen ermöglicht, d.h. wenn strukturell-organisatorische Faktoren (Pflegesystem), Handlungsmodelle (z.B. Pflegemodelle), Handlungskonzepte (z.B. Fall- und Prozessteuerung) und daraus abgeleitet Abläufe und Aufgaben aufeinander abgestimmt sind.

Welche Vorteile bietet das Fallpflegesystem

- Mit dem Fallpflegesystem liegt sowohl die Fall- als auch die Prozesssteuerung in der Hand einer Pflegefachperson, der Fallmanagerin.
- Die Fallmanagerin entwickelt Routine in der Anwendung komplexerer Assessment-Instrumente und in der multidimensionalen Betrachtung der Bewohnerinnen mit all ihren Problembereichen und ist damit befähigt, Kausalzusammenhänge auch zwischen komplexen Problemen zu erkennen.
- Die gleichzeitige Fall- und Prozesssteuerung durch die Fallmanagerin erhöht die Qualität der Behandlungs- und Pflegeplanung.
- Die klare Aufgabenteilung zwischen der Stationsleitung und der Fallmanagerin entlastet die Stationsleitung von fachlicher Verantwortung und lässt ihr damit genügend Zeit für die organisatorische und personelle Führung.
- Alle an der Behandlung beteiligten Personen (Bewohnerin,

Angehörige, Pflegende, Ärzte, Therapeuten usw.) haben eine eindeutige und täglich verfügbare Ansprechperson.

- Das Pflege(fach)personal wird von administrativ-planerischen Aufgaben fast vollständig entlastet und kann sich wieder seiner Kernkompetenz zuwenden – der Pflege und der Fürsorge (caring) der Bewohnerinnen.
- Die Dienstplanung und die tägliche Arbeitsplanung ist vereinfacht. Zudem reagiert das Fallpflegesystem weniger sensitiv auf Personalfluktuationen, d.h. bei einem Personalwechsel kommt es für die Bewohnerinnen und Angehörigen nicht zu einem Bezugspersonenwechsel.
- Die Langzeitpflegeeinrichtung hat mehr Flexibilität bei der Anstellung von Pflegefachperson in Teilzeitpensen, da die Pflegeprozesssteuerung nicht mehr die Aufgabe der Pflegefachpersonen ist.

Die Zusammenarbeit der Fallmanagerin mit dem Ärztesystem

Das Fallpflegesystem zeigt seine besonderen Vorteile bei Bewohnerinnen mit komplexen Problemlagen oder Mehrfacherkrankungen, die auch in Langzeitpflegeeinrichtungen zunehmen. In der Behandlung von Bewohnerinnen mit Mehrfacherkrankungen müssen Leistungen von unterschiedlichen Fachpersonen einbezogen und auf ein gemeinsames, übergeordnetes Behandlungsziel ausgerichtet sein. Während die Medizin sich an Krankheiten orientiert und diese mit kurativen oder palliativen Massnahmen behandelt, orientiert sich die Pflege an den Auswirkungen der Krankheiten und deren Behandlung. Obwohl die Medizin gegenüber der Pflege ein ärztliches Entscheidungs- und Weisungsrecht hat, stehen die Pflegenden den Bewohnerinnen in der Regel näher und verfügen damit über ein gesamtheitlicheres Bild. Ärzte in Langzeitpflegeeinrichtungen verfügen oft über zu wenig Zeitressourcen, um übergeordnete Behandlungspläne zu erstellen, sich mit Therapie- und Pflegeplänen auseinanderzusetzen, alle Leistungserbringer zu koordinieren bzw. das Versorgungssystem der einzelnen Bewohnerinnen zu steuern. Hier kann mit dem Fallpflegesystem und den Fallmanagerinnen die zentrale Steuerungsfunktion der Pflege neu definiert werden.

Schlussbetrachtung

Die Ökonomisierung in der Pflege verdrängt zunehmend den Kern des pflegerischen Handelns, d.h. die Beziehungsgestaltung und die Fürsorge für Menschen in schwierigen und existentiellen Lebenssituationen. Die Pflege wird zunehmend auf einen objektiven Bedarf reduziert, der mit den subjektiven Bedürfnissen der Bewohnerinnen und den Vorstel-

(C) sudok1

lungen der Pflegenden von Pflege in Widerspruch gerät. Pflege lässt sich nicht rationalisieren, da nicht immer schneller gepflegt werden kann. Die Anforderungen, die heute an das Pflegepersonal ausserhalb ihrer Kerntätigkeit des pflegerischen Handelns gestellt werden, sind enorm. In der Praxis ist es schwierig, die fundierte Pflegeprozesssteuerung in Anlehnung an ein Pflegemodell und unter Berücksichtigung des betrieblichen Pflegeparadigmas mit allen Pflege(fach)personen auf gleichbleibendem Niveau durchzuführen. Pflege ist oft stärker von den Fähigkeiten einzelner Pflegefachpersonen abhängig als üblicherweise angenommen wird. Solange in Langzeitpflegeeinrichtungen nicht genügend Zeit und Geld in die fortlaufende Weiterbildung der Pflegenden investiert wird, wird sich an diesem Zustand auch nichts ändern.

Das Fallpflegesystem kann diese Probleme nicht alle lösen. Es bietet aber auf der pflegeorganisatorischen Ebene die Möglichkeit, die Pflegenden und im Besonderen die Pflegefachpersonen von administrativen und pflegeprozesssteuernden Tätigkeiten substanziell zu entlasten. Die Pflegemitarbeitenden erhalten dadurch Zeit, sich wieder dem Kern des pflegerischen Handelns anzunähern und sich der Fürsorge der Bewohnerinnen zu widmen. Als wichtigen «Nebeneffekt» bietet das Fallpflegesystem der Pflege als Profession die Chance, sich als die zentrale Steuerungsinstanz im Versorgungsystem der Bewohnerinnen zu positionieren und zu etablieren.

Literaturverzeichnis

Amelang, Christine et al.: Arbeitsgruppe Dienstplangestaltung Deutsches Netzwerk Primary Nursing (2010). Dienstplangestaltung im System der Primären Verantwortung in der Pflege. Deutsches Netzwerk Primary Nursing. https://www.dbfk.de/media/docs/expertengruppen/netzwerk-priamry-nursing/Dienstplangestaltung-im-PN.pdf

Oberhauser, Karl (2017): Das Fallpflegesystem: Case Management als Pflegesystem und Handlungskonzept in der Langzeitpflege. BOD, Norderstedt (ISBN 978-3-7460-3375-4)

Autor

Karl Oberhauser
Diplom-Psychologe; Psychiatriepfleger; langjähriger Geschäftsführer von Alters- und Pflegezentren in der Schweiz; seit 2017 selbständige Tätigkeit als Unternehmensberater im Gesundheitswesen (www.perspectivia.ch) und als Mitinhaber einer Beratungsstelle für Seniorinnen und Angehörige (www.senio-help.ch).

Mail: ok@perspectivia.ch

(C) Monkeybusiness

Umgang mit Krisen bei Demenz

Im Rahmen der Demenzerkrankung ergeben sich oft Veränderungen des Erlebens und Verhaltens. Dadurch erfüllen diese Personen nicht die Kriterien, die wir an „normales Verhalten“ anlegen, wodurch der Umgang mit ihnen erschwert ist und öfter Probleme und Krisen in der Betreuung auftreten können. Im folgenden Artikel wird versucht, die Ursachen für solche Probleme näher zu erörtern und darauf aufbauend Lösungskonzepte zu erarbeiten. Grundlage sind bedürfnisorientierte Betreuungsmodelle und verhaltenstherapeutisch orientierte Problemlösestrategien. Das Problemverhalten inklusive daraus sich ergebender Krisen wird dabei als das Resultat von biologischen, psychologischen, sozialen und Umgebungsfaktoren gesehen, weshalb auch Lösungsstrategien auf diesen aufbauen. Da es nicht immer möglich ist Menschen mit Demenz den Normen der „Normalen“ anzupassen müssen wir lernen mit diesen Menschen zu leben und deren Individualität zu berücksichtigen. Ziel ist die Inklusion von Menschen mit Demenz und „ein Leben mit Menschen mit Demenz“! (Gatterer, 2016; 2018)

Ursachen für Probleme und Krisen
Die Betreuung von Menschen mit Demenz stellt sowohl für die Angehörigen aber auch das Betreuungspersonal eine große Herausforderung dar. Damit verbunden ergibt sich jedoch, vor allem bei Menschen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung oft die Problematik der Zieldefinition und der Adäquatheit der Maßnahme. Das führt häufig zu Krisen und zur Diskussion hinsichtlich subtiler und verdeckter „Gewalt“, vor allem bei der Behandlung von „Verhaltensstörungen“ bzw. zur Reflexion von „auffälligem“ Verhalten, das jedoch weder selbst- noch fremdgefährdend ist, aber stört. Oft stecken dahinter unerfüllte Bedürfnisse des Menschen mit Demenz, die gerade jetzt im Rahmen der Erkrankung durch einen Wegfall gelernter Hemmungen (Frontallappen) gelebt werden können. Das trifft z.B. für die Bereiche vermehrtes Essen, Sexualität, Bedürfnis nach Nähe und Freiheitsdrang zu. Daraus ergeben sich jedoch auch häufiger Probleme zwischen den Normen der Familie, denen der Betreuer und Betreuerinnen und den Bedürfnissen der Betroffenen.

Als weitere Problembereiche können veränderte Rollenbilder und die damit verbundene Anforderungen an das Verhalten und Erleben des Menschen mit Demenz gesehen werden.

So ist es z.B oft schwierig für Ehepartner und Ehepartnerinnen festzustellen, dass der geliebte Mensch nicht mehr die gleiche Person wie früher ist, oder einen vielleicht sogar nicht mehr erkennt. Ebenso kann es leicht passieren, dass Menschen mit Demenz in die Rolle Kranker oder Kind gedrückt werden und deren Bedürfnisse als störend oder pathologisch wahrgenommen werden.

Eine große Problematik ergibt sich durch die Frage nach der „Normalität“ von Verhaltensweisen, da darauf auch die „Behandlungsbedürftigkeit“ und „Behandlungsnotwendigkeit“ aufbaut. Das wird gerade unter dem Gesichtspunkt des neuen Erwachsenenschutzgesetztes relevant, da hier die Freiheit des Menschen und seine Bedürfnisse auch im Rahmen einer Demenz betont wird.

Normalität wird dabei unter folgenden Gesichtspunkten diskutiert (Gatterer, 2010)

Medizinische Sicht von Normalität
Medizinisch gesehen wird Gesundheit oft mit dem Fehlen von Krankheiten, durch das Fehlen von Symptomen, Symptomgruppen oder Syndromen, über Normwerte (z.B. Blutzucker, Blutdruck) und das Kriterium der „Funktionsfähigkeit“ definiert. Daraus ergibt sich jedoch bei Menschen mit Demenz die Problematik ob dieser bei Diabetes Süßspeisen essen darf oder ob wir dies mit Gewalt verhindern müssen?

Statistische Sicht

Statistisch gesehen wird „Normalität“ oft durch die Häufigkeit des Vorhandenseins von bestimmten Verhaltensweisen definiert. Dadurch entstehen teilweise auch soziale Normen und Rollenbilder (z.B. Sauberkeit).

Im Alter und bei Menschen mit Demenz ergibt sich unter Berücksichtigung des statistischen Normbegriffes oft die Problematik, inwieweit diese der statistischen Norm entsprechen müssen. Das gilt teilweise auch für „ biologisch normale“ Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenzerkrankung (z.B. Sexualität und Demenz).

(C) Osterland

Soziale Norm

Diese orientiert sich an gesellschaftlichen Normen und ist zeitlichen Veränderungen unterworfen. Oft werden diese Normen unabhängig von statistischen oder gesundheitlichen Aspekten durch Übereinkunft getroffen und die Gesellschaft hat sich daran zu orientieren. Bei Menschen mit Demenzerkrankung ergibt sich oft die Problematik der Stigmatisierung durch die Diagnose. Dadurch werden „normale“ Verhaltensweisen im gesellschaftlichen Kontext pathologisiert, da der Betreffende nicht der Norm der Gesellschaft entspricht. Andererseits ist Freiheit gesellschaftlich das höchste Gut und beinhaltet auch die Freiheit sich zu gefährden.

Individuelle Normen

Diese treffen alle Menschen für sich selbst oder Andere im Rahme der Definition von Individualität und „Ich“. Man sieht sich sozusagen als Maß für Normalität an und vergleicht sich mit den anderen. Zusätzlich tritt das Problem der „subjektiven“ Sicht von Gesundheit und Krankheit auf. Hier treffen oft die individuellen Normen der „Normalen“ und die der „Kranken“ aufeinander. Diese Problematik ist gerade bei der Betreuung von Menschen mit Demenz dadurch gegeben, da diese als „Kranke“ von „Gesunden“ betreut werden, die dadurch oft auch ihre „Normalität“ als Ziel der Behandlung des Menschen mit Demenz sehen.

Aus diesen Definitionen ergeben sich oft die Grundlagen für Krisen, da Menschen mit Demenz oft wieder „normal“ gemacht werden sollen bzw. sich in „normalen Strukturen“ integrieren sollen.

Perspektiven der Betrachtung von Problemen

Diese Problematik kann durch die unterschiedliche Positionen und Sichtweisen bei der Beurteilung von Veränderungen erklärt werden. So kann eine Situation bzw. ein Problem aus folgenden Positionen betrachtet werden (mod. nach Gatterer, 2008):

Der objektiven Sicht: Darunter versteht man die sachliche Darstellung des Ereignisses mit den entsprechenden Auslösern, Beteiligten, dem tatsächlichen Ablauf

und der sachlichen Darstellung des Ergebnisses. Insofern stehen Fragen wie was ist genau passiert, wer war beteiligt etc. im Vordergrund der Analyse des Problems.
Der subjektiven Sicht: Darunter versteht man die individuelle Sichtweise des Beurteilers und auch des Betroffenen. Damit verbunden sind unterschiedliche Normen, Werte, Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich „Normalität“ und „Krankheit“.

Der professionellen Sicht: Hier werden nur „harte Tatsachen“ als Faktoren zu Beurteilung herangezogen. Abweichungen von der oft statistischen „Norm“ eines Verhaltens sind zu korrigieren. Die Personen selbst und ihre Bedürfnisse spielen dabei eine untergeordnete Rolle.

Der fachbezogen Sicht: Jede Fachdisziplin beurteilt Probleme in ihrem eigenen Bereich oft als relevanter als in anderen. So kann es etwa vorkommen, dass internistische Krankheiten oder das Ziel der biologischen Gesundheit als wesentlicher bewertet werden als „ungesunde“ Bedürfnisse der betroffenen Menschen.

Die bedürfnisorientierte (patientenorientierte) Sicht: Dabei wird der Mensch und seine Bedürfnisse, Sichtweisen, Werte und Normen in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.

Die gesellschaftliche Sicht; Hier wird das Problem unter gesellschaftlichen Werten und Normen diskutiert. Dabei spielen auch rollenspezifisches Verhalten und Anpassung an gesellschaftliche Ziele eine wesentliche Bedeutung. Ziel ist das Funktionieren in der Gesellschaft.

Die systemische Sicht: Hier wird das Problem und seine Auswirkung auf den gesamten Lebensraum des Betroffenen betrachtet. Ziel ist „möglichst großes Wohlbefinden“ aller Beteiligten und ein Funktionieren des Systems.

Alle diese Sichtweisen haben bei der ganzheitlichen Betreuung des Menschen und der Lösung von Problemen und Krisen wesentliche Bedeutung und müssen deshalb sowohl bei diagnostischen als auch rehabilitativen Maßnahmen beachtet werden. Eine Behandlung bzw. Pflegemaßnahmen dürfen prinzipiell nur mit Zustimmung des Betroffenen durchgeführt werden. Eine Ausnahme stellt akute Selbst- bzw. Fremdgefährdung dar,

Krisen in der Betreuung von Menschen mit Demenz

Krisen können im Leben von Menschen immer entstehen und sind sozusagen Situationen, für die wir keine automatisierten Lösungen und Verhaltensweisen haben. Insofern ist es wesentlich, sich die Bedingungen des Verhaltens von Menschen genauer anzusehen. Ein globales Erklärungsmodell für Krisen und Aggression in der Betreuung von Menschen mit Demenz hat Gatterer (2013) dargestellt (Abb. 1)

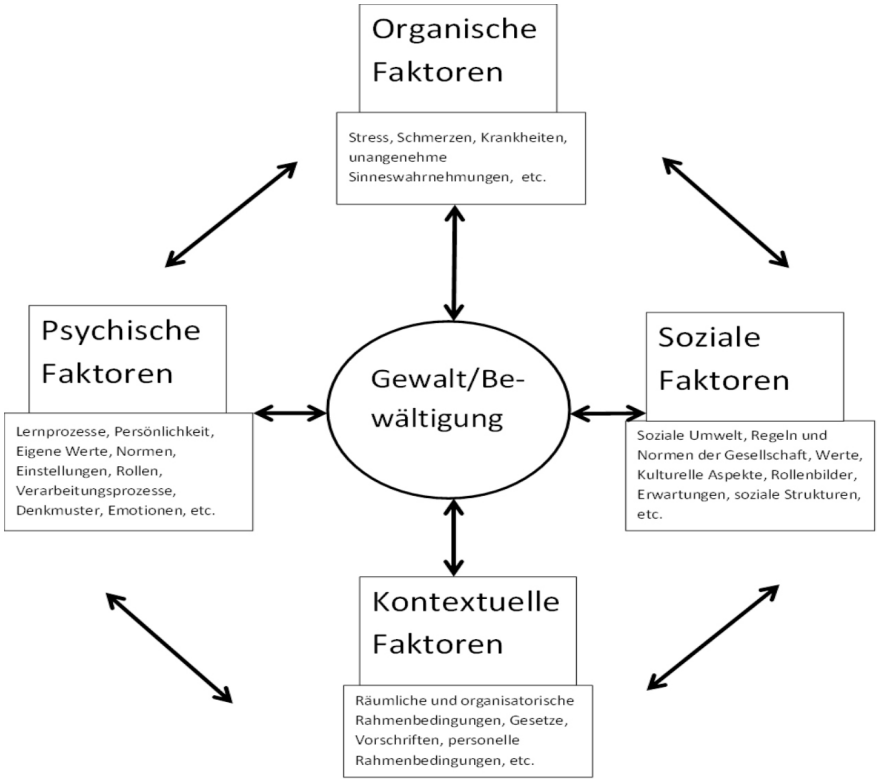


Abbildung 1: Krisen als das Resultat von Auslöser und Verarbeitungsprozessen auf biologischer, psychologischer, sozialer und kontextueller Ebene.

Dieses Modell versucht die Zusammenhänge zwischen internen (psychische, organische Faktoren) und externen Auslösern (Soziale Umwelt, kontextuelle Umwelt), deren individueller subjektiver Verarbeitung und Bewertung (infolge von Erfahrungen, Normen, Vorurteilen und subjektiven Wahrnehmungsmustern) bis zur Reaktion und Konsequenz als Regelkreis darzustellen. Nach diesem Modell spielen tatsächliche Auslöser nur eine sekundäre Rolle. Besondere Bedeutung haben jedoch die Prozesse der Bewertung und Beurteilung einer Situation, sowie die Rückkopplungsmechanismen. Insofern ist eine Krise nicht das Resultat eines Auslösers oder einer Situation sondern deren subjektive Bewertung. Die Lösung besteht also in der Analyse der Situation aber auch den daran beteiligten subjektiven Prozessen.

Der ältere Mensch als „Opfer“ und „Auslöser“ von Krisen

Oft werden ältere Menschen und solche mit Demenz primär als Opfer von Krisen und Gewalt gesehen. Das führt aber zu einseitigen Sichtweisen und oft zur Tätersuche. Aus psychologischer Sicht liegt aber die Lösung nicht in der Definition und Bestrafung des Täters, sondern in der konkreten Problem- und Lösungsanalyse. So spielt bei der Problemanalyse die Biografie des älteren Menschen eine wesentliche Rolle. Ältere Menschen sind in einer anderen Gesellschaft aufgewachsen, haben andere Rollenbilder, Einstellungen und Normen entwickelt. Frustrationen im Leben, nicht verarbeitete Konflikte, Neid und Generationenkonflikte (z.B. Aufgabe der Jungen gegenüber den älteren Menschen) können hierbei prädisponierende Faktoren sein. Ebenso Problembewältigungsstrategien bzw. Verarbeitungsmechanismen bei Belastungen. Grundsätzlich wird dies meist unter dem Aspekt der „Persönlichkeit“ des Betroffenen zusammengefasst, wobei jedoch die Bedeutung von Auslösern nicht unterschätzt werden darf. Hierzu gehören nicht verarbeitetes Altern, Veränderungen im Aussehen und Hilflosigkeit, die Angst vor Tod und Sterben, aber auch bisher unterdrückte Aggressionen im sozialen Bereich die zu Auslösern für offene oder subtile Gewalt- und Machtausübung des älteren Menschen an seinen Betreuungspersonen werden. Auch Rollenbilder stellen hierbei einen wesentlichen Faktor dar, da sie unser Verhalten meist klar definieren.

Auch biologische Veränderungen, Krankheiten, Schmerzen, Beeinträchtigungen beim Sehen und Hören, hirnorganische Abbauprozesse und psychische Störungen können als Auslöser und verstärkende Faktoren dienen.

Die älteren Menschen sind dabei meist jedoch nicht bewusst bösartig, sondern die Verhaltensauffälligkeit ist das Resultat aus einer oder mehrerer der oben angeführten Faktoren. Insofern erscheint es aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht wesentlich, vor dem Setzen „therapeutischer“ Maßnahmen diese Grundbedingungen und Auslöser möglichst genau zu erfassen. Weiters führen gerade die oben angeführten Faktoren auch dazu, dass ältere Menschen aufgrund ihrer „Individualität“ und des „anders seins“ leicht zu Opfer von Gewalt werden können.

Umweltfaktoren als Auslöser für Krisen

Auch Umweltfaktoren können zu einem Anstieg von Krisen und Gewalt führen. Eine alternserschwerende Wohnsituation, finanzielle Probleme, das Fehlen von Hilfsmitteln und deren adäquater Einsatz (z.B. Hörgerät) stellen massive Frustrationselemente dar, die oft nur durch ein intaktes soziales Umfeld ausgeglichen werden können. Aber auch Institutionen sind durch ihre vorgegebenen Strukturen, klar definierte Rahmenbedingungen und damit verbundene Sanktionen Auslösefaktoren für Stress und damit verbundenen Krisen, Gewalt und Aggression. Dazu gehören auch strukturelle Mängel, wie unzureichender Personalschlüssel, fehlende Qualifikation der Betreuungspersonen, inadäquate Kontrollen, Mangel an Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten und nicht altenadäquate Architektur.

Das soziale Umfeld als Auslöser für Krisen

Die Erwartungen, die die Gesellschaft oder einzelne Personen an das Verhalten älterer Menschen stellt definiert auch, inwieweit Behandlungsbedarf gegeben ist. Wann ist ein älterer Mensch „altersadäquat“? Was darf er tun, bzw. wie sollte er sich verhalten. Welche Philosophie vertritt die Gesellschaft gegenüber kranken älteren Menschen? Ist ein Mensch mit Alzheimerscher Demenz noch gesellschaftlich akzeptiert? Wer definiert im Falle einer Demenz was mit ihm zu geschehen hat? Wie definieren wir seine Bedürfnisse und unterscheiden diese von unseren eigenen? Probleme ergeben sich oft auch durch veränderte Rollenbilder. So rutscht etwa ein Mann, der immer dominant, autonom und selbstsicher war im Pflegeheim durch seine Grundpersönlichkeit leicht in die Rolle „alter Macho“ der „erzogen“ werden muss.

Auch bei den Betreuenden sind Krisen nicht so selten wie von der

Gesellschaft erwartet. Psychische und physische Überforderung bei der Betreuung, eine oft „gut gemeinte“ aber nicht adäquate „Therapie“, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit aber auch falsch verstandene „Konsequenzen“ führen zu offenen oder verdeckten Gewaltausübungen. Oft ist dies den Gewaltausübenden selbst nicht bewusst und wird als notwendige Pflegemaßnahme, z.B. zur Sicherheit des Patienten oder auch als Therapie, gerechtfertigt. Die Grenze zwischen Aggression/Gewalt und notwendigen Maßnahmen ist oft sehr fließend. Es ist schwer zu definieren, ob das Waschen gegen den Willen des Patienten zur Vorbeugung von Infektionen oder dem Schutz anderer Patienten dient oder als Gewaltausübung anzusehen ist.

Lösungsansätze anhand der vorhergehenden Überlegungen für Krisenmanagement im Rahmen der Demenzbetreuung

Folgende Überlegungen können hilfreich sein Normalitäts- und Behandlungsprobleme und damit verbundene Krisen zu lösen.

Grundvoraussetzung für die Lösung von Krisen ist eine wertschätzende, sachliche, problemorientierte Grundhaltung und eine gute Kommunikation. Darauf baut die Problemanalyse auf.

Definition des Auslösers des Problems: Was war davor? Was genau ist passiert oder löste die Krise aus? Wann genau ist es aufgetreten? Welche Faktoren und Personen waren daran beteiligt?

Definition des Problems bzw. der Störung: Wer hat es, seit wann, wie sieht es genau aus, wen stört es? Warum ist es ein Problem bzw. warum stört es? Welcher Normalitätsbegriff wird verwendet und wer hat es so definiert?

Bewertung der Krankheitswertigkeit: Ist es gefährlich, liegt Selbst- und oder Fremdgefährdung vor? Wer ist betroffen? Wer muss warum behandelt oder geschützt werden? Was würde passieren, wenn man nicht handeln würde?
Diskussion der Ziele: Wer definiert diese und wer soll behandelt werden. Für wen ergeben sich Verbesserungen? Wären diese Zieldefinition auch für mich als Betroffener der verändert werden soll gut? Würde man die selbe Maßnahme auch bei einem nicht dementen Menschen setzten? Wenn nein – warum nicht? Was ist der Unterschied hinsichtlich der Notwendigkeit?

Diskussion der Maßnahmen: Welche stehen zur Verfügung? Sind sie erlaubt und angemessen? Sind sie ethisch moralisch vertretbar? Was sagt der Gesetzgeber?

Diskussion der Konsequenzen. Welche Konsequenzen haben die Maßnahmen für wen? Wessen Krise und Problem ist gelöst? Wer ist glücklich? Ist dadurch tatsächlich das Problem gelöst oder nur ein Auslöser oder eine kurzfristige Gefahr gebannt?

Exemplarisches Fallbespiele

Bei der Betreuung von Herrn M. der an einer mittelgradigen Demenz vom Alzheimertyp leidet aber sonst mobil und selbstständig ist treten vermehrt Probleme auf. Eine Krankenpflegeperson berichtet, dass dessen Sauberkeit nicht den Normen der Abteilung entspricht. Er wehre sich gegen Pflegehandlungen im Intimbereich und habe sie auch bereits geschlagen, als sie ihn waschen wollte. Weiters habe er Frau K. sexuell belästigt indem er sie geküsst habe. Diese wäre zu dement um sich zu wehren. Als er von ihr weggezogen wurde habe er wieder um sich geschlagen. Nun wird diskutiert, ob er gegen seinen Willen geduscht werden darf bzw. ob er medikamentöse behandelt werden sollte um seinen Sexualtrieb zu reduzieren.

Lösungsanalyse

Probleme: Sauberkeit, Kooperation, Aggression, „sexuelle Handlungen“

Definition des Auslösers des Problems: Bedarf nach Pflegehandlung aus der Sicht einer Pflegeperson; Bobachtung von Intimität zwischen zwei an einer Demenz erkrankten Bewohnern durch eine Pflegeperson; Aggressivität des Bewohners bei daraus resultierenden Handlungen der Pflegeperson (Körperpflege; „Rettung“ der demenzerkrankten weiblichen Bewohnerin)

Definition des Problems bzw. der Störung: Primär haben die Pflegepersonen ein Problem. Dahinter stehen soziale und individuelle Normen hinsichtlich der Kriterien für Sauberkeit und sexueller Bedürfnisse. Ohne Auslöser ist Herr M. nicht aggressiv.

Bewertung der Krankheitswertigkeit: Eine akute Selbst-bzw. Fremdgefährdung liegt sowohl bei der Sauberkeit als auch bei der sexuellen Handlung nicht vor. Die Bewohnerin hat nicht um Hilfe gerufen und sich auch nicht gewehrt. Dies wird aber als mangelnde Fähigkeit von ihr definiert.

Diskussion der Ziele: Primär soll Sauberkeit bei Herrn M. garantiert sein. Frau K. soll vor sexuellen Übergriffen von Herrn M. geschützt werden.

Diskussion der Maßnahmen: Es

muss entschieden werden, ob die Sauberkeit von Herrn M. noch akzeptiert werden kann oder er gegen seinen Willen geduscht werden muss. Ebenso ist die Frage, ob Frau K. das „geküsst werden“ nur „ertragen“ hat oder es möglicherweise sogar ihren Bedürfnissen entsprochen hat. Hier ist es wesentlich das Verhalten der Bewohnerin und ihre Gefühle klar zu beobachten. Ebenso spielen die eigenen Werte und Normen eine wesentliche Rolle.

Diskussion der Konsequenzen: Wenn Herr M. gegen seinen Willen geduscht wird ist ein Anstieg aggressiver Tendenzen zu erwarten. Das Sedieren von ihm um sein sexuelles Verhalten zu reduzieren ist ethisch problematisch.

Adäquate Maßnahmen: Prinzipiell wäscht sich Herr M. weitgehend selbst. Günstig wäre eine gute Beziehung zu ihm aufzubauen und eine entspannte, eventuell sogar positive Atmosphäre bei der Körperpflege zu gestalten. Ebenso sollte der gesamte Prozess entemotionalisiert werden. Frau K. scheint beim geküsst werden sich nicht sexuell belästigt gefühlt zu haben. Ob sie sich wehren würde kann über ihr Verhalten in anderen Situationen abgeschätzt werden. Hier zeigt sich, dass sie sehr wohl ihren Willen äußern kann, z.B. da sie auch Medikamente nicht regelmäßig einnimmt. Insofern sollte weiter beobachtet werden, ob es ihr unangenehm ist um dann einzugreifen, wenn es notwendig ist. Ein Einbeziehen der Angehörigen kann dann notwendig sein, wenn die beiden Bewohner sich in einer Paarbeziehung befinden, da dann noch soziale Werte und Normen diskutiert werden müssen.

Zusammenfassung

Krisen können sich im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Demenz immer ergeben. Wesentlich ist jedoch eine klare, sachliche Analyse der auslösenden Bedingungen und darauf aufbauende Lösungsstrategien. Dadurch kann eine Eskalation der Situation mit überschießenden emotionalen Reaktionen vermieden werden. Dies ist hilfreich zur Verbesserung der Atmosphäre in der Betreuung und Verbesserung der Compliance. Ziel ist es nicht einen „schuldigen“ oder „Kranken“ zu definieren sondern den Umgang und das Zusammenleben mit Menschen mit Demenz zu verbessern.

Literatur

Gatterer, G. (2008) Sexualität in der Pflege. Österreichische Pflegezeitschrift 11, 13-17

Gatterer, G. (2010) Was ist schon normal. Themenheft: Tabus in der Altenpflege. Thema. 9, Pro Senectute, 6 – 21

Gatterer G (2014) „Gewalt an alten Menschen“ (Humer, B. Hg 2014) Schriften zur Sozialarbeit Bd. 27 Pro Mente edition

Gatterer, G. (2016) Inklusion im Pflegeheim am Beispiel der Abteilung für psychosoziale Rehabilitation und der Demenzstation im Geriatriezentrum am Wienerwald. In: Erkinger, J., Richter, V., Schmid, T. (Hrsg.) Aufbruch/Ausbruch. Baustellen der Gleichstellung. LIT, Wien.

Gatterer, G. (2017) Krisenbewältigung bei der Betreuung von Menschen mit Demenz. Praxis Ergotherapie (4/2017), Verlag modernes Lernen.

Gatterer G (2018) Demenzkranke in der Krise – Möglichkeiten der Deeskalation. Tagungsband ÖGERN 2018

Autor & Links

www.gatterer.at

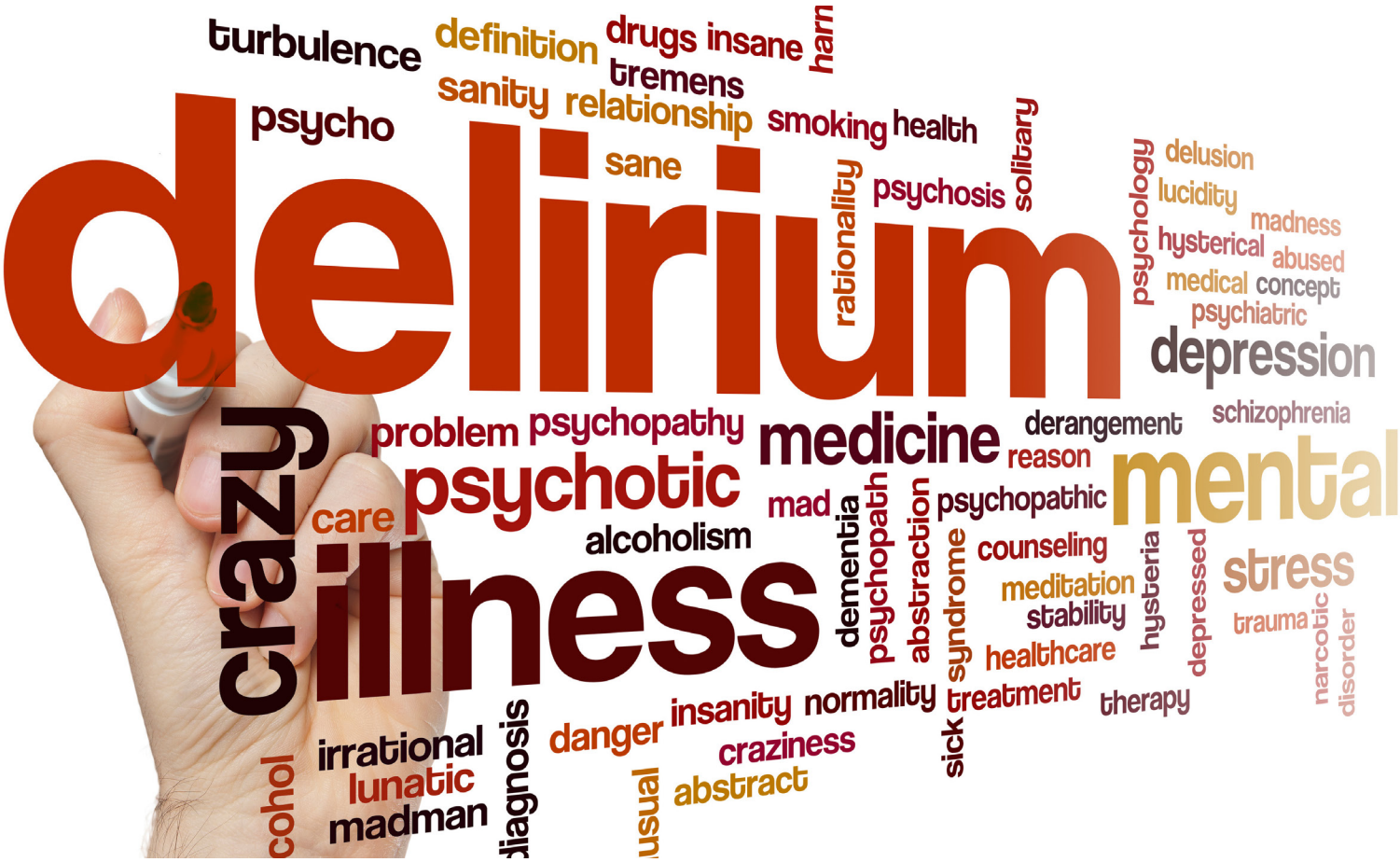
Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer
klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe
Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
Akad. Health Care Manager
Stabstelle Vernetzungsmanagement/Psychosoziale Rehabilitation.
Sozialtherapeutisches Zentrum Ybbs/Donau.
Wiener Krankenanstaltenverbund.
E-mail: gerald.gatterer@wienkav.at

Delir erkennen leicht gemacht – ein Tipp für die Praxis

In der Literatur wird die medizinische Diagnose Delir als ein über mehrere Stunden bis Tage andauernder akuter Verwirrtheitszustand bezeichnet (Müller, Wetzlmair, Schumacher, & Lechleithner, 2016; Schuurmans, Shortridge-Baggett, & Duursma, 2003). Bereits in der Antike beobachtete Hippokrates bei seinen Patientinnen und Patienten diesen Zustand und bezeichnete ihn als Phrenitis, übersetzt Entzündung des Bewusstseins (Richards, Azad, Adeola, & Clark, 2016). Um Christi Geburt wurde der Begriff Delir als Verwirrtheit bei hohem Fieber oder Kopfverletzungen erstmals beschrieben. Die Ableitung dieses lateinischen Begriffs stammt von *de lira ire*, was so viel heißt wie aus der Furche oder aus der Spur geraten (Drach, 2016, S. 13). In der Praxis werden häufig auch die Begriffe hirnorganisches Psychosyndrom, akute Verwirrtheit oder Durchgangssyndrom genannt (Singler & Frühwald, 2014).

Ein Delir weist unterschiedliche Symptome je nach Verlaufsform (Tab. 1) auf. Das hypoaktive Delir tritt mit 29% am häufigsten auf (Lechleitner, 2013), wird jedoch oftmals übersehen (Reischies, 2016, S. 45). Aufgrund seiner ausgeprägten Symptomatik wird das hyperaktive Delir, obwohl dies seltener auftritt (21%), häufiger festgestellt (Lechleitner, 2013; Hüfner & Sperner-Unterweger, 2014). Von der Mischform, die sich durch das symptomatische Auftreten beider Verlaufsformen auszeichnet, sind 43% der Patientinnen und Patienten betroffen (Hewer & Füeßl, 2016, S. 91f; Lechleitner, 2013).

Grundsätzlich tritt das Delir unabhängig vom Alter und neben geriatrischen Bereichen auch in anderen pflegerelevanten Fachabteilungen auf (Lechleitner, 2013). Weltweit variieren die Prävalenzzahlen von 53% bis 75% im Akutbereich, gegenüber 49% bis 87% im Langzeitpflegebereich (Voyer et al., 2015). Bezogen auf den österreichischen Gesund-



(C) ibreakstock

heitsbereich liegen keine systematisch erhobenen Prävalenzdaten vor (ÖGGG, 2013). Im klinischen Bereich bleiben bis nahezu 90% der Fälle unerkannt, im häuslichen Bereich sind es 46% (Thomas, 2016, S. 46f; Voyer et al., 2015).

Durch Früherkennungsmaßnahmen könnten laut Österreichischer Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) 40% der Delirien vermieden werden (ÖGGG, 2013). Bei Auftreten von folgenden vier Risikofaktoren wird vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) die Durchführung eines Delir-Screenings empfohlen (Ahmed, Leurent, & Sampson, 2014):

- 65 Jahre und älter
- bestehende Demenz
- Zustand bei einer Hüftfraktur
- Schweregrad der Erkrankung

Standardisierte Screeninginstrumente unterstützen die objektive Risikoeinschätzung und Ergebnisdokumentation bei Patientinnen und Patienten im Rahmen des Pflegeprozesses (Gupte, 2012, S. 23; Bartholomeyczik, 2007). In den vergangenen Jahren wurden fünf pflegerische Delir-Screeninginstrumente beschrieben und miteinander verglichen (Tab. 2), die sich u.a. hinsichtlich ihrer Population, Erhebungszeit und Anzahl der Fragen (=Item) unterscheiden (Lohr, 2017; Wetzlmair, 2017).

Wie in Tabelle 2 ersichtlich reduziert sich je nach Itemanzahl die Erhebungszeit. Hier sticht besonders die RADAR (Recognizing Acute Delirium as part of your Routine) hervor, die sich aufgrund ihres geringen Zeitaufwands (<1 Minute) als einfach anwendbares Instrument in der Pflegepraxis für diplomierte Pflegepersonen sowie Pflegeassistenteninnen und -assistenten zeigt (Voyer et al., 2015). Für die Pflegepraxis liegt nach Übersetzung des Originals ebenso eine österreichische Version (RADAR-A) vor (Abb. 1). Die RADAR-A eignet sich für den Einsatz im Akut- und Langzeitpflegbereich bei Patienteninnen und Patienten mit und ohne Demenz. Bei Anwendung der Skala wird die Patientin/der Patient nicht direkt befragt, sondern die Pflegeperson beurteilt durch Beobachtung das Delirrisiko anhand der drei Items der RADAR-A, die im Anschluss

Tabelle 1: Verlaufsformen eines Delirs und deren Symptome

Hypoaktives Delir	Hyperaktives Delir
Inaktiv	Motorische Unruhe
Apathisches und unauffälliges Verhalten	Ungesteuerte Bewegungen
Keine akuten Symptomveränderungen	Agitiert
Hypovigilanz	Distanzloses, nicht eingrenzbares Verhalten
	Schwer führbar

Tabelle 2: Delir-Screeninginstrumente im Vergleich

Risikoinstrumente	Item-anzahl	Erhebungszeitraum
DOSS (Schuurmans et al., 2003)	25 vs. 13	≤5 – 15 Minuten
NEECHAM (Neelon et al., 1996)	9	3 – 15 Minuten
Sour Seven Questionnaire (Shulman et al., 2016)	7	Keine Angaben
Nu-DESC (Gaudreau et al., 2005)	5	1 – 2 Minuten
RADAR (Voyer et al., 2015)	3	3 Sekunden

mit *ja* oder *nein* beantwortet werden. Für diese Einschätzung werden keine weiteren medizinischen Daten oder Informationen von Angehörigen benötigt. Da im Laufe einer 24-Stunden-Schicht viele Pflegetätigkeiten, wie zum Beispiel Medikamentenverabreichung oder Vitalzeichenkontrolle durchgeführt werden, ergeben sich häufig Gelegenheiten für das Beschreiben des Patienteninnen-/Patientenverhaltens (Wetzlmair, 2017; Voyer et al., 2015). Vor jeder Einführung eines neuen Screeninginstruments sind Schulungen erforderlich.

Autorinnen

Pia Lohr, MScN
Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Joanneum Research Health, Graz

Jutta Wetzlmair, MScN
Departement für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol

Neben der Übersetzung der Skala wurden in Studien die Verständlichkeit (Wetzlmair, 2017), die Zuverlässigkeit und die Praktikabilität der RADAR-A (Lohr, 2017) getestet. Diese Ergebnisse wurden am Pflegekongress 2017 in Wien (Lohr, Wetzlmair, & Müller, 2017; Wetzlmair & Steininger, 2017) sowie an der 1st International Conference of the German Society of Nursing Science 2018 in Berlin (Wetzlmair et al., 2018) vorgestellt. Weitere Veröffentlichungen der Studienergebnisse in internationalen Fachzeitschriften sind geplant.

Nützlicher Link

Das englische Schulungsvideo zur Anwendung der RADAR anhand von mehreren praktischen Szenarien wurde von Prof. Dr. Philippe Voyer (Entwickler der RADAR) erstellt.

Hier der Link zur Schulung: „https://www.youtube.com/watch?v=-cQfjvJ7ozQ“

Literaturverzeichnis

Ahmed, S., Leurent, B., & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing, 43, 326–333. https://doi.org/10.1093/ageing/afu022

Bartholomeyczik, S. (2007). Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. Pflege, 20(4), 211–217.

Drach, L. M. (2016). Nichts Neues unter der Sonne? Geschichte des Begriffs “Delir.” In W. Hewer, C. Thomas, & L. M. Drach (Hg.), Delir beim alten Menschen. Grundlagen - Diagnostik - Therapie - Prävention (S. 13–15). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Gupte, A. (2012). Assessmentinstrumente für alte Menschen. Pflege- und Versorgungsbedarf systematisch einschätzen. Bern: Verlag Hans Huber.

Hewer, W., & Füeßl, H. S. (2016). Diagnostische Strategie. In W. Hewer, C. Thomas, & L. M. Drach (Hg.), Delir beim alten Menschen. Grundlagen - Diagnostik - Therapie - Prävention (S. 77–85). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Hüfner, K., & Sperner-Unterweger, B. (2014). Delir in der Neurologie. Nervenarzt, 85(4), 427–436. https://doi.org/10.1007/s00115-013-3934-1

Lechleitner, M. (2013). Verwirrtheitszustände im Alter. Österreichische Ärztezeitung, (23/24), 22–29.

Lohr, P. (2017). Delir-Screening mit RADAR-A: Überprüfung der Reliabilität und Praktikabilität. Unveröffentlichte Masterarbeit, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.

Lohr, P, Wetzlmair, J., & Müller G. (2017). Delir-Screening mit RADAR-A: Überprüfung der Reliabilität und Praktikabilität. Posterpräsentation am Pflegekongress in Wien (30.11.-01.12.2017).

Müller, G., Wetzlmair, J., Schumacher, P., & Lechleithner, M. (2016). Wie valide und reliabel kann das Delirrisiko eingeschätzt werden? HeilberufeScience, 7(3), 117–127. https://doi.org/10.1007/s16024-016-0278-3

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) (2013). Delir 2013. Ein häufiges Syndrom im Alter - eine interdisziplinäre Herausforderung. http://www.alterspsychiatrie.at/bilder/publikationen/expert-papiere/Delir_Folder2013.pdf* (25.10.2016)

Reischies, F. M. (2016). Diagnostik und Klassifikation des Delirs. In W. Hewer, C. Thomas, & L. M. Drach (Hg.), Delir beim alten Menschen. Grundlagen - Diagnostik - Therapie - Prävention (S. 33–50). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Richards, R., Azad, R., Adeola, M., & Clark, B. (2016). Delirium: The 21st century health care challenge for bedside clinicians. Journal of Nursing and Education, 6(6), 8–16.

Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., & Duursma, S. A. (2003). The Delirium Observation Screening Scale: A screening instrument for delirium. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 17(1), 31–50.

Singler, K., & Frühwald, T. (2014). Delir. Der Internist, 55(7), 775–781.

Thomas, C. (2016). Epidemiologie. In W. Hewer, C. Thomas, & L. M. Drach (Hg.), Delir beim alten Menschen. Grundlagen - Diagnostik - Therapie - Prävention (S. 46–50). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., Savoie, M., Carmichael, P.-H., Richard, H., & Richard, S. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: A validation study. BMC Nursing, 14(19), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12912-015-0070-1

Wetzlmair, J. (2017). Delir-Screening mit RADAR-A: Übersetzung und Bestimmung der Inhaltsvalidität. Unveröffentlichte Masterarbeit, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.

Wetzlmair, J., & Steininger, A. (2017). Der Weg zur RADAR-A: Übersetzung und erste Ergebnisse zur Validität der österreichischen Delir-Screening Skala. Orale Präsentation, Pflegekongress in Wien (30.11.-01.12.2017).

Wetzlmair, J., Lohr, P., Steininger, A., Schulc, E., & Mueller, G. (2018). The delirium screening tool RADAR-A: Translation, validity, and reliability. Posterpresentation, 1st International Conference of the German Society of Nursing Science 2018 in Berlin (04.05-05.05.2018).

Professionell und systematisch pflegen

Bettina Maria Hojdelewicz

Der Pflegeprozess

Prozesshafte Pflegebeziehung

facultas 2018, 2., üa. Aufl., 168 Seiten
EUR 23,90 (A) / EUR 23,10 (D) / sFr 29,10 UVP
ISBN 978-3-7089-1591-3

Der Pflegeprozess ist die umfassende und systematische Planung, Durchführung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen. Dieses Lehrbuch greift die Hauptaspekte dieses besonderen Beziehungs- und Problemlösungsprozesses auf. Als Ausdruck der professionellen Pflege dient ein sinngefüllter Pflegeprozess dem zu begleitenden Menschen sowie auch den agierenden Pflegepersonen. Das Buch wendet sich an SchülerInnen und Lehrende der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, an Auszubildende und StudentInnen, aber auch an alle Personen in der Praxis, die ihr Wissen über das komplexe Geschehen des Pflegeprozesses vertiefen möchten.

facultas

private universität für gesundheitswissenschaften
medizinische informatik und technik
the health & life sciences university

RADAR-A[1]
Erkennen eines akuten Delir-Risikos im Tagesverlauf

Patientenetikett

Als Sie dem Patienten[2] seine Medikamente gegeben haben… (Ja oder Nein ankreuzen)		Datum:			Datum:			Datum:			Datum:			Datum:			Datum:			Datum:		
		Ja	Nein	Handzeichen (HZ)	Ja	Nein	Handzeichen (HZ)	Ja	Nein	Handzeichen (HZ)	Ja	Nein	Handzeichen (HZ)	Ja	Nein	Handzeichen (HZ)	Ja	Nein	Handzeichen (HZ)	Ja	Nein	Handzeichen (HZ)
1. …war der Patient somnolent?	08:00																					
	12:00																					
	17:00																					
	21:00																					
2. …hatte der Patient Schwierigkeiten Ihren Anweisungen zu folgen?	08:00																					
	12:00																					
	17:00																					
	21:00																					
3. …waren die Bewegungen des Patienten verlangsamt?	08:00																					
	12:00																					
	17:00																					
	21:00																					

Muster

© Englische Originalfassung: Voyer (2015). Regognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR)
© Deutsche Originalfassung: Wetzlmair, Lohr (2016)

[1]RADAR-A (A= Austrian Version)
[2]Zum besseren Verständnis und zur leichteren Lesbarkeit gilt bei allen personenbezogenen Bezeichnungen die gewählte Form für beide Geschlechter.

private universität für gesundheitswissenschaften
medizinische informatik und technik
the health & life sciences university

Erläuterungen zu den Items

RADAR-A Items	Hinweise
1. …war der Patient somnolent?	Hatte er die Tendenz einzuschlafen? Hatte er Schwierigkeiten wach zu bleiben?
2. …hatte der Patient Schwierigkeiten Ihren Anweisungen zu folgen?	Hat er die Medikamente genommen, als Sie ihm diese gegeben haben? Hat er seine Hand entgegengestreckt? Hat er die Medikamente zu seinem Mund geführt? Hat er das Glas Wasser genommen (oder getrunken), als Sie es ihm angeboten haben? Ist sein Blick Ihren Bewegungen oder Gesten gefolgt, während Sie mit Ihm gesprochen haben (Blickkontakt)?
3. …waren die Bewegungen des Patienten verlangsamt?	Hat er sich langsam bewegt? War der Patient verlangsamt, als er gesessen oder gegangen ist und seine Medikamente eingenommen hat?
Wenn Sie eines dieser Verhaltensmuster seit der Verteilung der Medikamente zufällig beobachtet haben, kreuzen Sie „Ja“ an. Im Zweifelsfall kreuzen Sie ebenfalls „Ja“ an.	

Die Autorinnen können für Schäden, egal welcher Art, direkte oder indirekte, die aus der Nutzung der RADAR-A entstehen, nicht verantwortlich gemacht werden. Das Instrument wird möglicherweise für einige Patienten nicht geeignet sein, und es kann die klinische Beurteilung einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson unter keinen Umständen ersetzen.

Studieren
im Herzen der Alpen.

Zukunft.
Wissenschaft.
Doktorat.

Jetzt informieren unter www.umit.at/doktorat

Die Doktorat-Studien der Tiroler Health and Life Sciences Universität UMIT sind speziell auf die Bedürfnisse von Berufstätigen ausgerichtet.

_ Management und Ökonomie im Gesundheitswesen
_ Gesundheitsinformationssysteme
_ Sportmedizin, Gesundheitstourismus und Freizeitwissenschaften
_ Public Health
_ Psychologie
_ Pflegewissenschaft
_ Health Technology Assessment
_ Technische Wissenschaften

www.umit.at

UMIT
the health & life sciences university

Fernab aller Resonanz

Derzeit ist der Begriff „Einsamkeit“ in aller Munde. Die Medien greifen das Thema auf; zuletzt sorgte das Buch des Ulmer Psychiaters Manfred Spitzer „Einsamkeit – die unerkannte Krankheit. Schmerzhaft, ansteckend, tödlich“ für lebhafte Diskussionen. Es ist traurig genug und zugleich symptomatisch, dass ein Phänomen erst dann in den Blickwinkel der öffentlichen Diskussion gerät, wenn es um das (Über-)leben geht. Tatsache ist, dass Millionen Menschen, nicht nur alte, sich einsam fühlen. Die Ursachen hierfür sind vielgestaltig. Da Einsamkeit keine Diagnose ist und zugleich niemand offen artikuliert, dass er sich verlassen fühlt, muss man auf die Suche nach Anzeichen begeben. Im Gesundheitswesen begegnen uns Einsame in unzähligen Kontexten: chronisch Kranke, Menschen mit psychischen Problemen, Alte, Sterbende, Flüchtlinge, Arme, pflegende Angehörige, … Ihnen gilt es mehr Aufmerksam zu schenken.

Der Mensch ist ein Gemeinschaftswesen; immerhin verbringt er 80 % seiner Zeit mit anderen Menschen. Wem es nicht gelingt bzw. wem es nicht vergönnt ist, die Gesellschaft mit anderen zu pflegen, obwohl dies sein Wunsch ist, leidet, denn er ist einsam. Einsamkeit bezeichnet das Gefühl, von anderen Menschen getrennt zu sein. Schwab (1997, S. 22) sieht in ihr „das quälende Bewusstsein eines inneren Abstands zu den anderen Menschen und die damit einhergehende Sehnsucht nach Verbundenheit in befriedigenden, sinngebenden Beziehungen." Einsam sein unterscheidet sich vom freiwilligen Alleinsein darin, dass es unfreiwillig und unerwünscht ist. Einsamkeit wird als belastend und äußerst unangenehm, teilweise sogar als schmerzhaft empfunden.

Das Gefühl, einsam zu sein, wird also ausgelöst durch das Fehlen mitmenschlichen Kontakts, durch einen Mangel an Zuwendung und Unterstützung und durch den Ausschluss aus sozialen Gruppen. Es wird oft begleitet von Rückzugsverhalten und von Gefühlen der Unzulänglichkeit und Hoffnungslosigkeit; Angst und Depression können die Folge sein (Sonnenmoser, 2018).

Cacioppo (2011) weist aber auch darauf hin, dass das Erleben von Einsamkeit nicht das Gleiche ist wie die soziale Isolation selber. Eine verheiratete Mutter kann sich inmitten eines erfüllenden Berufslebens und eines Privatlebens mit glücklicher Partnerschaft einsam fühlen, genau wie ein junger Student, dem seine Depression nicht erlaubt, ernsthafte Beziehungen einzugehen. Auf der anderen Seite muss sich ein allein lebender Single nicht einsam fühlen, genauso wenig wie ein 95-Jähriger, dessen Frau und Freunde verstorben sind, der aber zufrieden auf sein Leben zurückblickt. Soziale Isolation und Einsamkeit korrelieren, sie sind aber nicht dasselbe.

Einsamkeit und Gesundheit

Wenn auch Einsamkeit nicht direkt als Krankheitsursache bezeichnet wird, ist unzweifelhaft, dass sie die Gesundheit massiv beeinträchtigen und sogar zum frühzeitigen Tode führen kann. Studien zeigen den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Mortalität auf. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es meistens nicht eine alleinige Ursache für ein Symptom, eine Erkrankung oder ein Defizit gibt, sondern dass in der Regel mehrere, oft interagierende Ursachen verantwortlich sind. Darüber hinaus besteht häufig eine Wechselwirkung. Das bedeutet, dass Einsamkeit zum Beispiel eine Erkrankung mit auslöst, sie mit aufrechterhält oder sie verstärkt. Sie wird durch die Erkrankung aber selbst wiederum ausgelöst oder verstärkt (Sonnenmoser, 2018).

Simmank (2018) problematisiert diesbezüglich: „Eine Krankheit (…) ist Einsamkeit definitionsgemäß nicht. Wäre sie ein körperliches Leiden, müssten nachweislich ein oder mehrere Organsysteme in Mitleidenschaft gezogen sein. Wäre sie ein anerkanntes psychisches Leiden, dann gäbe es diagnostische Kriterien, die anhand von Verhalten, Empfinden und Gedankengängen Gesunde von Kranken trennen. Niedergeschlagen zu sein, ist eben auch keine Krankheit, sondern nur eines der Symptome etwa einer Depression. Einsamkeit ist ein Gefühl. Und als solches kann sie – wenn überhaupt – nur als mögliches Symptom einer psychischen Krankheit angesehen werden. Oder auch einfach nur so bestehen."

Zudem relativiert er gleich mehrere der in den letzten Jahren veröffentlichten Studien: (…) im März dieses Jahres erschien eine Studie im britischen Fachblatt Heart, die den Zusammenhang von gefühlter Einsamkeit und Krankheit generell infrage stellte. Die Analyse, in die die Daten von mehr als einer halben Million Britinnen und Briten einflossen, zeigte: Die Probanden, die sich einsam fühlten, hatten häufiger Herzinfarkte und Schlaganfälle und starben sogar früher als diejenigen, die sich nicht einsam fühlten. Nachdem die Forscherinnen und Forscher jedoch andere Risikofaktoren wie chronische Krankheiten, Depressionen und Gesundheitsverhalten in die Analyse aufnahmen, verschwand der Zusammenhang. Einsamkeit und Krankheit hingen nicht mehr statistisch signifikant miteinander zusammen.

Anders war es im Fall der sozialen Isolation: Sie zeigte, auch nachdem andere Risikofaktoren berücksichtigt worden waren, einen – wenn auch schwachen – Zusammenhang zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Gesichter der Einsamkeit

Wie schwer sich gesundheitliche Probleme auf soziale Kontakte auswirken können, zeigt das Beispiel einer Patientin, die lange Zeit schon an einer Autoimmunerkrankung leidet: „Dennoch zerren natürlich dauernde Müdigkeit, Erschöpfung, Verzweiflung und Angst an den Ressourcen des Körpers. Erklären, dass dies im Zusammenhang mit einer ‚unsichtbaren' Erkrankung steht, ist mühsam und stößt nicht immer auf Verständnis. (…) In den Jahren nach der Diagnose – und ohne spürbaren Therapierfolg – zog ich mich mehr und mehr zurück. Ich glaube, es fiel nicht auf. Klar, gab

es das eine oder andere Bedauern, wenn ich bei einer Aktivität nicht dabei war. Früher bin ich gerne noch nach der Chorprobe mit zum Eisessen gegangen – irgendwann rief ich nur noch ‚Tschüss, bis nächste Woche' oder begründete mein frühes Nachhausegehen mit ‚Ich bin einfach zu k. o.'" (Jahn, 2018).

Ergreifend und selbst bei professionell Tätigen Gefühle der Ohnmacht auslösend sind diesbezüglich die Bekenntnisse todkranker, sterbender Menschen:

„Ich weiss, dass ich bald sterbe, die Ärzte waren sehr ehrlich. Das macht mir nichts aus. Mich beunruhigt die Ungewissheit, wann und wie ich sterben werde. Den Tod sehe ich nicht als Knochenmann oder als Sensemann im schwarzen Gewand hinter oder neben mir gehen –mit dem könnte ich vielleicht noch reden. Ich stelle mir den Tod als hässlichen Virus vor, der sich in meinem Körper versteckt, unerreichbar ist und zu jeder Zeit ohne Vorwarnung zuschlagen kann. (…) Ein Wechselbad der Gefühle, die mit anderen schwer zu teilen sind, die man ja auch nicht belästigen will, gehört dazu. Die hilfreich gemeinten Worte der anderen (‚Du musst mehr essen', ‚Ich kenne da einen Arzt, den solltest du unbedingt konsultieren', ‚Ich habe von einer Heilerin gehört, die könnte dir vielleicht helfen') zeigen lediglich an, dass der Redner oder die Rednerin auf der anderen Seite der Kluft zwischen Leben und Tod steht. Die Einsamkeit im Alter, die Einsamkeit Sterbender, die gibt es, doch wie sie von ihnen erlebt wird, ist noch zu wenig bekannt. Die meisten Menschen wissen zu wenig darüber. In der Einsamkeit alter oder kranker Menschen, in der Einsamkeit Sterbender erleben wir mitten im Leben den Wiederhall unserer eigenen existienziellen Einsamkeit" (Levend, 2018).

Vereinsamung und soziale Isolation haben vielfach ökonomische Ursachen: Dass der Anteil an Personen mit wenigen oder überhaupt keinen sozialen Beziehungen in der Bevölkerung mit niedrigen Einkommen besonders hoch ist, wurde in den letzten 15 Jahren in mehreren sozialwissenschaftliche Untersuchungen aufgezeigt. Etwa zeigen Auswertungen des „European Quality of Life Suvey" von 2003 für zahlreiche europäische Länder, dass die Bevölkerung im unteren Einkommensbereich sehr viel weniger in soziale Beziehungsnetzwerke eingebunden ist als die Durchschnittsbevölkerung. Zum gleichen Ergebnis kommen der „European Union Survey of Income and Living Conditions" (EU-SILC) aus dem Jahr 2006 und der „European Social Survey" (ESS) aus dem Jahr 2008. Beispielsweise liegt in Deutschland und Österreich laut EU-SILC 2006 der Anteil derjenigen, die angaben, sich niemals mit befreundeten Personen zu treffen, in der Bevölkerung unterhalb der sogenannten Armutsgefährdungslinie (60 % des medianen bedarfsgewichteten Netto-Haushaltseinkommens) mehr als doppelt so hoch wie in der restlichen Bevölkerung (Eckhard, 2018).

Wachsamkeit und Reaktion

Stefan und Kollegen (2009, S. 378 ff) identifizieren eine stattliche Zahl von gesundheitlichen Risikofaktoren, durch die ein Mensch in die Situation geraten kann, ungewollte und negativ erlebte Gefühle der Trennung und Abgeschiedenheit zu anderen Menschen zu entwickeln. Als Risiken gelten:

- der Verlust einer Bezugsperson (Tod/Scheidung)
- beeinträchtigte Mobilität (Lähmung/Amputation)
- Unfähigkeit, die Wohnung zu verlassen
- Unfähigkeit, gewohnte Transportmittel in Anspruch zu nehmen
- extreme Fettleibigkeit
- Inkontinenz
- veränderte Sinneswahrnehmung (Beeinträchtigung des Sehens, Hörens und Fühlens)
- Kommunikationsbarrieren (z. B. Sprachstörung)
- mentale Beeinträchtigungen
- Armut
- Arbeitslosigkeit
- Hospitalismus
- Pensionsschock
- soziale Isolation
- beeinträchtigte Realitätswahrnehmung
- Wechsel in einen anderen Kulturkreis (unbekannte Sprache, Religion)
- Missbrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten
- beeinträchtigtes Körperbild (Hautveränderungen, Operationsnarben, anus praeter, …)
- allgemeine Schwäche

Was gilt es zu tun? Sicherlich muss es vorrangiges Ziel sein, die umfangreichen Facetten von Einsamkeit vermehrt und dabei offensiv in das Bewusstsein zu rücken. Dabei sollte gerade bei allen im Gesundheitswesen Tätigen die Wahrnehmung geschärft werden. Vorhandene therapeutische, pflegerische und Konzepte der Sozialarbeit sind geeignet, Licht ins Dunkel zu bringen und (zumindest) eine Verbesserung des Zustands zu bewirken (Hax-Schoppenhorst, 2018). Allein durch einen sensibleren Umgang mit dem Phänomen und durch das Zulassen bislang vielleicht nie gestellter Fragen

kann ein erster wichtiger Schritt getan werden. Zudem ist es zwingend, psychotherapeutische Angebote für jene zu ermöglichen, bei denen die (langanhaltende) Einsamkeit bereits Spuren hinterlassen hat, die durch eigene Energie oder Zuwendung aus dem Umfeld (so noch abrufbar) nicht zu bearbeiten sind.

Auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene ist guter Rat teuer. Unzweifelhaft können politische Entscheidungen, z. B. Armutsbekämpfung, die bessere Integration von alten Menschen, die Bereitstellung von Mitteln für innovativen Wohnungsbau, helfen, die Fahrt in die Vereinsamungs-Sackgasse zu bremsen. Es ist aber nicht damit getan, Forderungen ‚an die da oben' zu richten – im Gesamten bedarf es ebenfalls eines Perspektivenwandels!

Prof. Dr. Hartmut Rosa, an der Universität Jena lehrender Soziologe, kritisiert vehement, dass unsere Gesellschaft seit der Industrialisierung immer stärker darauf ausgelegt ist, Weltreichweite zu vergrößern, weil alle ihre Bereiche auf Steigerung ausgelegt sind. Er will die Gesellschaft, deren Beschleunigung er immer beklagt, durch zwischenmenschliche Anerkennung verbessern.

Das Gegenmittel zu der allseitigen Entfremdung sollen die „Resonanzerfahrungen" sein, mit denen Menschen in der Welt Anklang finden und sich in ihr „zu Hause" fühlen können. Resonanz ist die Grundsehnsucht nach einer Welt, die einem antwortet. Und die in jedem Menschen angelegt ist, weil wir Beziehungsmenschen sind. Die entscheidenden Fragen des Menschen sind dabei: Steht mir die Welt als etwas Antwortendes, Gütiges gegenüber? Oder als etwas Feindliches? Wenn diese Sehnsucht eingelöst wird, weil jemand aufgeht in einem bestimmten Bereich, führt er in Rosas Sicht ein gelungenes Leben. Dabei kann man Resonanzmomente in allen gesellschaftlichen Sphären erleben – in der Kunst, wenn man im Museum vor einem Bild steht, beim Singen im Chor, … oder wenn man in seiner Arbeit aufgeht (Rosa, 2018). Darin sieht er die Basis für ein Mehr an persönlicher Zufriedenheit und einem wachsenden Interesse an den Mitmenschen.

Rosa kommt zu dem Schluss: „Was wir also brauchen in dieser Gesellschaft, als einzelne Menschen und als politische Gemeinschaft, ist nicht mehr Wachstum, sind nicht höhere Innovationsraten, sondern: ein Verständnis zu gewinnen und eine politisch folgenreiche und

LEBEN mit Beatmung zu Hause?

Was kommt nach der Intensivstation? Manche Erkrankungen oder Verletzungen gehen mit einer vorübergehenden oder dauerhaften Abhängigkeit von der Beatmung über Kanüle einher. Für die Pflege zu Hause benötigt es fachlich qualifiziertes und erfahrenes Pflegepersonal. CURAplus betreut und pflegt ausschließlich invasiv beatmete Kinder und Erwachsene im häuslichen Umfeld.

- Kompetente Beratung bereits in der Klinik
- Hilfestellung bei der Adaptierung des häuslichen Umfelds
- Organisation eines Betreuungsteams zu Hause (Medizin, Pflege, Therapieberufe)
- Unterstützung bei Behördenwegen
- Fachpflege statt Personenbetreuung
- Transportbegleitung
- Stundenweise Unterstützung bis zur 24h- FACHPFLEGE
- „Reha zu Hause"
- LEBEN mit Beatmung
- Telemedizinische Anwendungen
- Enge Kooperation mit der behandelnden Klinik
- Schaffung eines vertrauten Umfelds
- Organisation der Entlassung

Der Entlassungsprozess kann mehrere Wochen dauern. Daher ist es sinnvoll, diesen so schnell wie möglich einzuleiten. ***Vereinbaren Sie einen unverbindlichen und kostenlosen Beratungstermin.***

CURAplus
MEHR ALS PFLEGE
www.curaplus.at

CURAplus ...mehr als Pflege

9020 Klagenfurt I Villacherstrasse 161
6280 Zell am Ziller I Talstrasse 2
3804 Allentsteig I Am Lagerberg 14
0664 22 78 750
office@curaplus.at

wirkmächtige Verständigung zu suchen darüber, was uns Resonanzachsen stiftet und gewährt in dieser Welt und was ihre Ausbildung und Aufrechterhaltung verhindert, was uns in Zustände dauerhafter Entfremdung zwingt, die durch den Verlust solcher Weltbeziehungen charakterisiert sind“ (Thöne, 2016).

Zugegebenermaßen ist es bis zur Erreichung solcher Zustände ein weiter Weg, dennoch dürfte es sich auf lange Sicht lohnen, ihn zu begehen, um dem Problem der Einsamkeit Einhalt zu gebieten.

„Einsamkeit […] wird zunehmend als eine unfreiwillige Kondition empfunden, die sich mit den modernen Lebensverhältnissen ausbreitet“, resümiert der Philosoph Peter Sloterdejk (zitiert in Simmank, 2018). Somit stellt sich auch die Frage, von welchen modernen Lebensverhältnissen wir auf Dauer Abschied nehmen wollen bzw. ob wir es (noch) können.

Literatur

Hax-Schoppenhorst, T. (2018). Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, begleiten und integrieren können (im Druck). Bern: Hogrefe.

Eckhard, J. (2018). Einsamkeit als Folge von Armut und Marginalisierung. In: Hax-Schoppenhorst, T.

Jahn, C. (2018). Wenn der Körper zur Last der Seele wird. Ein Erfahrungsbericht zum sozialen Rückzug bei ‚unsichtbaren Erkrankungen‘. In: Hax-Schoppenhorst, T.

Levend, H. (2018). Lebensphänomen Einsamkeit. In: Hax-Schoppenhorst, T.

Rosa, H. (2018). Was brauchen Menschen? Vom Schweigen der Welt und von der Sehnsucht nach Resonanz. In: Hax-Schoppenhorst, T.

Schwab, R. (1997). Einsamkeit. Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention. Bern: Huber.

Simmank, J. (2018). Einsamkeit – eine tückische Trenddiagnose. Zugriff am 25.04.208 unter: https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-04/psychologie-einsamkeit-manfred-spitzer-gefuehl-krankheit-alleinsein-isolation

Sonnenmoser, M. (2018). Einsamkeit und Gesundheit. In: Hax-Schoppenhorst, T. (2018) (im Druck).

Stefan, H.; Allmer, F.; Eberl, J.; Hansmann, R. (2009). POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik - Pflegediagnosen - Ziele – Maßnahmen. Wien/New York: Springer.

Thöne, E. (2016). Achtsamkeit als Trend. Langsamer machen reicht nicht. Interview mit Hartmut Rosa. Spiegel online. Letzter Zugriff am 13.03.2018 unter: http://www.spiegel.de/kultur/gesellschaft/resonanz-statt-beschleunigung-hartmut-rosas-gegenentwurf-a-1082402.html

Autor

Thomas Hax-Schoppenhorst
Öffentlichkeitsbeauftragter der LVR-Klinik Düren (D), Pädagoge; seit 25 Jahren an Pflegeschulen als Dozent tätig; Autor und Herausgeber von Büchern zu psychiatrischen Themen, Mitarbeit bei verschiedenen Zeitschriften,
thomas.hax-schoppenhorst@lvr.de

Autor

Christoph Müller
psychiatrisch Pflegender, Redakteur "Psychiatrische Pflege" (Hogrefe-Verlag), Fachautor

arscurae@web.de

Thomas Hax-Schoppenhorst
(Hrsg.)

Das Einsamkeits-Buch

Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können

hogrefe

Alltagsbewegung ermöglichen in jedem Alter

MH®Kinaesthetics ist ein Bildungssystem zur Gesundheitsentwicklung für Menschen in allen Lebenslagen, unabhängig vom Alter oder Beruf. Dieses Bildungssystem wurde in Jahrzehnte langer Bearbeitung durch Dr.in Lenny Maietta und Dr. Frank Hatch entwickelt und in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Menschen weiterentwickelt.

Die derzeitige Definition des Kernangebotes von MH®Kinaesthetics ist, dass Menschen ihre Alltagsbewegung bewusst wahrnehmen, um mehr auf sich achten zu können. Ziel ist eine entstehende höhere Bewegungsqualität und Bewegungssensibilität, welche sich positiv und nachhaltig auf die Gesundheitsentwicklung, auf das Bewegungslernen sowie auf alle Lern- und Denkprozesse auswirkt. Dies geschieht im Sinne von Gesundheitswicklung, Lernen und Steigerung der Lebens-bzw. Arbeitsqualität.

Einerseits gilt es sich in der Schwerkraft effektiver zu bewegen – d.h., das Gewicht des eigenen Körpers zu bewegen; das Gewicht des eigenen Körpers und zusätzlich das Gewicht von anderen Menschen in der Schwerkraft effektiver zu bewegen. Andererseits gilt es das Gewicht des eigenen Körpers mit dem zusätzlichen Gewicht von Gegenständen in der Schwerkraft effektiv zu bewegen. MH®Kinaesthetics bietet dafür wirkungsvolle Werkzeuge an, damit Menschen ihren Lebens- und

(C) Africa Studio

Arbeitsalltag gesundheits- und lernfördernd gestalten können. MH®Kinaesthetics wird als Instrument genutzt und in den Berufs- und Lebensalltag integriert, damit sich langfristig – bis ins hohe Alter, eine leichtere, effektivere und gesundheitsfördernde Bewegungsmöglichkeit ergibt.

Pflegende Angehörige sind durch Mehrfachbelastung einer besonderen Herausforderung ausgesetzt. Es gilt die eigene Bewegungsfähigkeit zu forcieren wie das vom Boden aufstehen, in Verkehrsmittel ein- und aussteigen, aus tiefen Polstermöbel aufstehen, das Tragen von Einkaufstaschen, das Aussteigen aus der Badewanne und viele weitere Alltagshandlungen mehr. Indem pflegende Angehörige ihre eigenen Bewegungsmuster wahrnehmen, überdenken und adaptieren können, umso leichter kann es gelingen, dies auf Andere zu übertragen. Mit wachsendem Bewusstsein für die eigene Bewegung, ist es möglich Bewegungsfähigkeiten differenzierter zu erleben. Dieses spezifische Bewegungswissen kann in Folge in der Begleitung und Betreuung im häuslichen Setting angewandt werden. „Jeder Mensch lernt individuell und selbst. Die Wahrnehmung von Unterschieden ist notwendig für das Lernen.“ (Maietta, Hatch, 2015)

MH®Kinaesthetics kann einen Beitrag leisten, um auf neue Weise Gleichgewicht kontrollieren zu lernen. Damit Menschen das Gewicht ihrer Körperteile im Gleichgewicht bewegen können braucht es die Möglichkeit, dies mit den eigenen vorhandenen Ressourcen tun zu können. Angestrebt wird, das Erleben und Ausführen von Alltagsaktivitäten mit größerer Leichtigkeit zu ermöglichen.

„Menschen lernen, die eigene Bewegung und deren sensorische Auswirkung zu erkennen und ihr zu vertrauen, damit das eigene Handeln in allen Aktivitäten, die das Leben ausmachen, ständig verbessert werden kann.“ (Hatch, Maietta 2015)

Diese MH®Kinaesthetics Unterstützungselemente wirken mitunter auch der Sturzangst entgegen. Die präventiven Sturzvermeidungsstrategien sind von großer individueller und auch sozioökonomischer Bedeutung. Die Angst vor dem Sturz ist der Türöffner für eine mögliche folgende Immobilität. Das Erleben von Immobilität ist vielschichtig: „Immobilität ist eine Beeinträchtigung der Beweglichkeit in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Sie verändert das Selbstbild des Menschen, Immobilität ist eine emotionale Belastung und führt zu Verlust an Freiheit, Unabhängigkeit und menschlicher Würde.“ (Zeller-Forster 2005) Umso wichtiger erscheint es die Gesundheitsentwicklung als lebenslangen Prozess in den Vordergrund zu stellen und die Bewegungskompetenzen gemeinsam zu erweitern. In diesem Sinne wird es möglich die Bewegungssensibilität und Bewegungsqualität nachhaltig auf das Erleben von Wohlbefinden zu beeinflussen.

Literaturnachweis

Maietta, L. & Hatch, F. W. (2015): Maietta-Hatch® Kinaestehtics für Berufe im Gesundheitswesen Zertifizierungskurs Protokollheft. Fink-Verlag, Pfullingen.

Hatch, F. W. & Maietta, L. (2014): Interview durch KMLH – Kinaesthetics-movement learning health GmbH und KG, 40 Jahre Kinaesthetics, Berlin.

Perry, A.G. Potter, P.A. & Elkin, M.K. (2012): Nursing Interventions & Clinical Skills. Elsevier, Missouri. (5. Auflage)

Resch-Kröll, U. & Hojdelewicz, B. M. (2018): Kinaesthetics in der Pflege. Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe. Facultas, Wien.

Zeller-Forster, F. (2005): Immobilität. IN: Käppeli, S. (Hrsg.) (2005): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Hans Huber, Bern.

Autorin

Mag.a Bettina Maria Hojdelewicz
DGKP, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Lektorin an Fachhochschulen, Fachbuchautorin, Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Lehre und Forschung an der FH Campus Wien

Autorin

Ulrike Resch-Kröll, MBA
DGKP, Fachbereich Anästhesie-, Intensiv- und Dialysepflege
Zertifizierte MH®Kinaesthetics-Trainerin für Berufe im Gesundheitswesen
Inhaberin und Geschäftsführende der KMLH AT/IT KG, MH®Kinaesthetics-Länderorganisation Österreich/Italien

Vergessen ist fast schon modern

Wenn Menschen mit Demenz über das Vergessen lachen können

Für gewöhnlich sprechen wir über Demenz - über Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen (bzw. der einfachen Lesbarkeit halber – über Menschen mit Demenz[1]). Gesprochen wird über den aktuellen Stand der Forschung zur Entstehung, Therapie und Prävention, wozu vorrangig medizinwissenschaftliche Stimmen gehört werden. Eine immer lauter werdende Stimme jedoch kommt von den betreuenden und pflegenden An- und Zugehörigen, die ihre hohe Belastung und die Schwierigkeiten im Umgang mit herausfordernden Situationen zum Ausdruck bringen. Auch die Politik meldet sich regelmäßig zu Wort, und behandelt die Demenz als prioritäre Aufgabe, indem sie dieser den Rang eines „Zukunftsthemas[2]“ zuweist.

Für gewöhnlich sprechen Menschen mit Demenz nicht über ihre demenziellen Beeinträchtigungen – schon gar nicht in der Öffentlichkeit. Dafür ist die Demenz viel zu schlecht beleumundet. Niemand will sie haben, denn dieses Wort Demenz. Mein Gottes Willen. Das ist ja Verlust des Verstandes. Geisteskrankheit [3], wie es ein intellektueller Lateiner mit demenzieller Entwicklung zum Ausdruck brachte.

Wir haben uns schon so daran gewöhnt, Aussagen zur Demenz aus der Außenperspektive als „natürlich“ oder „normal“ zu betrachten, ohne dabei zu berücksichtigen, was die Betroffenen selbst dazu zu sagen haben. Man könnte fast meinen, der gesamte Demenzdiskurs ist fremdbestimmt. Der ganze Diskurs? Nein! Eine Gruppe von unbeugsamen AktivistInnen hört nicht auf, den Eindringlingen Widerstand zu leisten - Widerstand gegen die sonst übliche Darstellung der Demenz aus der Außenperspektive wird zum Beispiel geleistet von der unterstützten Selbsthilfegruppe PROMENZ[4], die entschieden gegen die reduktionistische und alleinig auf Defizite ausgerichtete Darstellung zu ihrer Personengruppe aufbegehren.

Gallisches Dorf

(C) Fred

Die ExpertInnen in eigener Sache gehen sogar soweit, den Begriff Demenz zur Gänze abzulehnen - bedeutet dieser doch bekanntlich, ohne Geist zu sein - und ersetzen diesen durch den namensgebenden Kunstbegriff PROMENZ.

Sie definieren sich selbst als „Menschen mit Vergesslichkeit“, was sie als „stimmiger“ und annehmbarer für ihre Situation empfinden. Diese Stimmen lauter werden zu lassen, und sie gestärkt in der Öffentlichkeit zu vernehmen, stellt einen wesentlichen Bestandteil der dringend benötigten Entstigmatisierung von Menschen mit Demenz dar. Denn diese werden im öffentlichen Diskurs zumeist auf das letzte Stadium der Erkrankung reduziert, und somit in der Regel mit Unselbstständigkeit, Abhängigkeit, und Unmündigkeit assoziiert, sodass es kaum wunderlich ist, dass keine andere altersbedingte Erkrankung in der Bevölkerung mehr Angst auslöst.

Das Wissen über die Demenz und folglich das, was wir als Realität dazu in Betracht ziehen, stammt so gut wie ausschließlich aus der Außenperspektive. Daraus resultiert die als „disability paradox“ bekannt gewordene Differenz, die darauf verweist, dass in der Regel Angehörige und Professionelle die Lebensqualität der Personen mit Demenz schlechter einschätzen als diese selbst[5] - eine Diskrepanz mit verheerender Wirkung für die Betroffenen. Werden diese nämlich auf ihre Schwächen reduziert, und nicht die Person, sondern die Erkrankung in den Vordergrund gerückt, laufen diese Gefahr den Status als Subjekt und vollwertige, mündige Person zu verlieren. Die ständige Konfrontation mit Defiziten durch die soziale Umwelt ist deshalb nicht nur nicht repräsentativ für die Gruppe der Menschen mit Demenz, sondern zudem auch äußerst hinderlich und sollte als ernstzunehmende Barriere für Menschen mit Demenz als weit möglich geringgehalten werden.

Wer Betroffene allerdings als mündige und vollwertige Personen ansieht, und mit ihnen auf Augenhöhe kommuniziert, wird verstehen, dass sich deren Aufmerksamkeit bei der Bewältigung der demenziellen Beeinträchtigungen weniger auf die unveränderlichen Defizite, als vielmehr auf die Erhaltung der eigenen Persönlichkeit und des eigenen, durch die Demenz bedrohten Lebens richtet. Der Demenz so wenig Raum wie möglich zu geben, ist aus der Perspektive der Betroffenen daher nur logisch und als Selbstschutz zu verstehen.

Dies wird wohl auch ein Hauptgrund sein, weshalb Personen mit Demenz weder öffentlich noch privat über die Demenz sprechen, wenn nicht der geeignete Rahmen dafür besteht - die PROMENZ Gruppe bietet einen solchen unterstützten und geschützten Rahmen.

Gestärkt durch die Gruppe kann es dann schon vorkommen, dass in einer Runde von wissenschaftlichen und fachlichen ExpertInnen zur Demenz eine Expertin in eigener Sache (also eine Person mit Demenz), Witze für das Vergessen zum Besten gibt. Vergessen sei doch auch „voll im Trend“ und sogar „modern“, wenn doch sogar schon die jungen Menschen sich dafür interessieren, und immer häufiger schon selbst vergessen. Eine prickelnde Erfahrung und Auflockerung des Themas, wovon ich uns für die Zukunft viel mehr wünsche.

Literaturverzeichnis

PROMENZ - Wir vergessen. Wir erinnern. Wir helfen. Online verfügbar unter https://www.promenz.at/, zuletzt geprüft am 27.04.2018.

RH empfiehlt mehr Qualitätssicherung bei 24-Stunden-Pflege (2018). Online verfügbar unter http://orf.at/stories/2431416/, zuletzt aktualisiert am 23.03.2018, zuletzt geprüft am 27.04.2018.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumenten- (Hg.) (2017): Pflegevorsorgebericht 2016. Unter Mitarbeit von Margarethe Grasser, Karin Pfeiffer und Manuela Fuchs. Wien. Online verfügbar unter https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=449, zuletzt geprüft am 08.02.2018.

Juraszovich, Brigitte; Sax, Gabriele; Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Stewig (Hg.) (2015): Demenzstrategie Gut Leben mit Demenz. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie_abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 06.03.2017.

Müller-Hergl, Christian (2014): DCM im Kontext von Konzepten zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz. In: Christine Riesner (Hg.): Dementia care mapping (DCM). Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum. 1. Aufl. Bern: Huber (Altenpflege: Demenz), S. 15–29.

Riesner, Christine (Hg.) (2014): Dementia care mapping (DCM). Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum. 1. Aufl. Bern: Huber (Altenpflege:

Demenz).

Schönborn, Raphael (2018): Demenzsensible psychosoziale Intervention. Interviewstudie mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. Wiesbaden, Germany: Springer (Best of Pflege).

Fußnoten

[1] Juraszovich et al. 2015

[2] Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumenten- 2017: 5

[3] Schönborn 2018: 93

[4] PROMENZ - Wir vergessen. Wir erinnern. Wir helfen 27.04.2018.

[5] Müller-Hergl 2014: 18 f.

Autor

http://www.raphael-schoenborn.at/

Raphael Schönborn, MA
Sozialwirtschaft und Soz. Arbeit, BA Erziehungs- und Bildungswissenschaften, DPGKP, Sonderausbildung für Lehrtätigkeit § 65b GuKG; Lehrgangsleiter Dementia Care (Kardinal König Haus, Wien), Projektleitung ABDem (BMASK, VAEB), langjährige Praxis in der Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und deren Nahestehenden (raphael-schoenborn.at), Fort- und Weiterbildungstätigkeiten, Leiter der Gesprächsgruppe „Meine Frau hat Demenz." (Caritas, Wien)

Professionell und systematisch pflegen

Bettina Maria Hojdelewicz

Der Pflegeprozess

Prozesshafte Pflegebeziehung

facultas 2018, 2., üa. Aufl., 168 Seiten
EUR 23,90 (A) / EUR 23,10 (D) / sFr 29,10 UVP
ISBN 978-3-7089-1591-3

Der Pflegeprozess ist die umfassende und systematische Planung, Durchführung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen. Dieses Lehrbuch greift die Hauptaspekte dieses besonderen Beziehungs- und Problemlösungsprozesses auf. Als Ausdruck der professionellen Pflege dient ein sinngefüllter Pflegeprozess dem zu begleitenden Menschen sowie auch den agierenden Pflegepersonen. Das Buch wendet sich an SchülerInnen und Lehrende der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, an Auszubildende und StudentInnen, aber auch an alle Personen in der Praxis, die ihr Wissen über das komplexe Geschehen des Pflegeprozesses vertiefen möchten.

facultas

maierhofer GRUPPE

PUBLIC HEALTH
Österreichische Gesellschaft für Public Health

1. Österreichischer Demenzpreis

der Kompetenzgruppe Demenz der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)

sponsored by maierhofer

Die Kompetenzgruppe Demenz der ÖGPH wurde im Dezember 2017 von FH-Prof.in Priv.-Doz.in Dr.in Mag.a Eva Mir und Mag.a (FH) Doris Gebhard von der Fachhochschule Kärnten, Studiengänge Gesundheits- und Pflegemanagement, begründet.

„Unsere Vision ist es, die erste Anlaufstelle für Fragen rund um Demenz aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft, Praxis und Lehre zu werden. Mit dem 1. Österreichischen Demenzpreis sponsored by maierhofer wollen wir ein vorbildhaftes Projekt für Menschen mit Demenz vor den Vorhang holen und das Thema Demenz in der Öffentlichkeit sichtbar machen.“

Mag.a (FH) Doris Gebhard und FH-Prof.in Eva Mir,
Sprecherinnen der Kompetenzgruppe Demenz

„Die maierhofer Gruppe vereint führende Unternehmen im Bereich des Gesundheitswesens. Ob in der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Heilbehelfen, dem Sanitätsfachhandel oder in der bedarfsgerechten Beratung, Planung sowie Ausstattung von Pflegeheimen und Seniorenresidenzen – in unseren Tätigkeitsfeldern ist das Thema Demenz allgegenwärtig. Daher setzen wir in der maierhofer Gruppe bewusst einen Schwerpunkt zum Thema Demenz. Als Sponsor des 1. Österreichischen Demenzpreises ist es uns daher ein besonderes Anliegen, auch die Öffentlichkeit dafür zu sensibilisieren und dem Thema Breitenwirkung zu verleihen.“

Mag. Patrick Luger,
Geschäftsführender Gesellschafter der maierhofer Gruppe

Mit dem 1. Österreichischen Demenzpreis sponsored by maierhofer soll ein bereits existentes, innovatives, forschungsgeleitetes Projekt ausgezeichnet werden, das die Lebensqualität von Menschen mit Demenz nachhaltig verbessert.

Projekte können sich beziehen auf

- Verbesserung der Versorgung für Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Settings (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Gemeinde),
- Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz,
- Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe und Forschungspartizpation von Menschen mit Demenz,
- öffentlichkeitswirksame Interventionen bzw. Maßnahmen zur Förderung der ressourcenorientierten und positiven Darstellung von Menschen mit Demenz (z.B. Gesundheitskampagne zum Thema Demenz).

Die eingereichten Projekte müssen sich innerhalb Österreichs bereits in Umsetzung befinden bzw. dürfen diese nicht vor 01.01.2017 abgeschlossen worden sein.

Bewerbungskontakt

FH-Prof.in. Priv.-Doz.in. Mag.a. Dr.in. Eva Mir (geb. Brunner)
Sprecherin der Kompetenzgruppe Demenz der ÖGPH
Fachhochschule Kärnten
Hauptplatz 12
9560 Feldkirchen

T: +43 (0)5-90500-4126

e.mir@fh-kaernten.at
https://oeph.at/kompetenzgruppe-demenz
https://blog.fh-kaernten.at/kompetenzgruppe-demenz/

Zur Teilnahme eingeladen sind

- Forschungseinrichtungen,
- Vereine,
- Selbsthilfegruppen,
- Versorgungseinrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich,
- Einzelpersonen.

Die Bewerbungsunterlagen beinhalten

- eine Kurzfassung des Projekts (250 Wörter in Deutsch oder Englisch)
- eine Projektbeschreibung (2.500 Wörter in Deutsch oder Englisch) untergliedert in
  - o Ausgangslage und theoretischer Hintergrund
  - o Projektziele
  - o Methodisches Vorgehen und Umsetzung
  - o Ergebnisse und Evaluation
  - o Projektnutzen und Nachhaltigkeit
- etwaige Publikationen zum Projekt als Beilage (z.B. Journalartikel, Kongressbeiträge)
- Dissemination in Form von Öffentlichkeitsarbeit als Beilage (z.B. Presseaussendungen und -berichte)
- Lebenslauf sowie ev. Publikationsliste der Bewerber*innen

Die Bewerbungsfrist endet am 31. Oktober 2018.

Eine Fachjury bestehend aus Demenzexpert*innen wird aus allen vollständigen Einreichungen das Siegerprojekt bestimmen.

Zentrale Bewertungskriterien sind

- Innovationsgrad,
- forschungsgeleitetes Vorgehen,
- Passung Projektziele und methodisches Vorgehen,
- Nachhaltigkeit,
- Übertragbarkeit.

Das Siegerprojekt erhält ein Preisgeld in Höhe von 1.000 Euro.
Die feierliche Übergabe wird im Rahmen eines Demenzfachtages im Frühsommer 2019 in Kärnten stattfinden.

design powered by FH Kärnten

Seit wann wird Humor nicht mehr belächelt?

Kleine Geschichte des gesunden Lachens im Gesundheitswesen

Stellen Sie sich vor, Sie werden auf einer Party jemandem als Humortrainer vorgestellt. Was werden die ersten Fragen sein? „Kann man davon leben? Haben Sie was Richtiges gelernt? Oder: Jetzt mal im Ernst, was machen Sie wirklich?“ Ich träume davon, dass es in einer Generation gelingen wird, die Humorforschung in eine anerkannte Wissenschaft überführt zu haben, mit mehreren Lehrstühlen in Deutschland, als Inhalt in allen pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Berufen, und mit Partys, auf denen man sich eher schämt, wenn man Jurist, Verwaltungsdirektor oder Steuerberater ist.

Ich freue mich, für diese Zeitschrift einen kleinen Überblick darüber zu geben, in welchem Zusammenhang mein Engagement für Humor in der Pflege steht. Dazu gab es zahlreiche Vordenker, die ich kurz erwähnen möchte. Keine Angst, ich fange nicht bei Aristoteles an – obwohl der sich schon sehr für die Kraft der Komik interessiert hat. Viele große Geister von Immanuel Kant, Arthur Schopenhauer und Sigmund Freud haben sich intensiv damit beschäftigt, was diese Urkraft des Lachens auslöst, und welche Funktion sie hat.

Einer der Pioniere der Humortherapie war der Österreicher Viktor Emil Frankl. Wegen seiner jüdischen Herkunft kam er 1942 ins KZ. Er überlebte. Aufgrund seiner Erfahrungen und Beobachtungen begründete er die „Logotherapie“, die viel Wert darauf legt, sich mit dem Sinn (gr. logos) im Leben und Leiden zu beschäftigen. Denn seine zentrale Erkenntnis war, dass Menschen selbst unter den widrigsten Umständen in der Lage waren, der Situation einen „Sinn“ abzutrotzen. Frankl verabredete mit anderen Häftlingen, sich jeden Tag einen Witz zu erzählen und sagte im Nachhinein, dass die gezielte Beschäftigung mit Humor ihn davor gerettet habe, aufzugeben und zu zerbrechen. Auf seinen Gedanken bauten dann weitere Revolutionäre der Psychotherapie wie Paul Watzlawick auf, dessen „Anleitung zum Unglücklichsein“ sich immer wieder zu lesen lohnt. Frankl ist in Deutschland viel zu wenig bekannt, dabei ist er für mich einer der bedeutendsten Psychologen und der Begründer von all dem, was heute unter „Resilienz“ verhandelt wird.

Auf die Idee, sie systematischer im Krankenhaus zu nutzen, kam aber bis vor rund 30 Jahren niemand. Und dann kamen gleich drei Ideen in den USA zusammen: Norman Cousin, Patch Adams und Michael Christensen. Es war bezeichnenderweise ein Patient, der etwas an sich selber beobachtete und ins Rollen brachte. Der amerikanische Journalist Norman Cousins litt unter einer rheumatischen Erkrankung der Wirbelsäule, die stationär behandelt wurde. Von ihm stammt die wichtige Beobachtung: „Ein Krankenhaus ist kein guter Ort für kranke Menschen.“ Er buchte sich gegenüber von der Klinik ein Hotelzimmer, lud abends, wenn die Therapien vorbei waren, dorthin Freunde ein und schaute seine liebsten komischen Videos von den Marx Brothers. Dabei bemerkte er, dass er nach dem gemeinsamen Lachen weniger Schmerzmittel brauchte. Das teilte er seinen Ärzten mit, seine Biografie „Der Arzt in uns selbst“ wurde zum Bestseller und zum Startschuss für die amerikanische Lachbewegung.

Vielleicht kennen Sie den Film „Patch Adams“, in dem Robin Williams den anarchischen Medizinstudenten spielt, der versucht mit den Patienten Quatsch zu machen und dafür hochkant aus der Ausbildung fliegt. Der echte Patch Adams ist eher ein Aktivist als ein Clown und bis heute weltweit unterwegs, ob in Flüchtlingslagern, mit Straßentheater und Vorträgen. Neben der Clownerie im Krankenhaus hat eine andere Bewegung parallel stattgefunden, das Lachyoga. Auch wenn es einzelne Menschen gibt, die beides miteinander verbinden, ist das eine separate „Szene“. Dr. Madan Kataria, ein indischer Arzt, propagiert das Lachen ohne Grund. In seinen „Lachclubs“ mischt er Yogatechniken mit bewusstem rhythmischen Klatschen und Ausatmen auf „Ha-Ha-Ho-Ho“.

Der erste echte Klinikclown war aber Michael Christensen vom New Yorker Big Apple Circus, der als „Dr. Stubs“ in einem weißen Kittel und einem Gummihuhn die ersten „Clownsvisiten“ für Kinder startete. Eine seiner Mitarbeiterinnen, die Schauspielerin und Pantomimin Laura Fernandez, brachte diese Idee vor gut 20 Jahren nach Deutschland und startete mehrere regionale Gruppen und Vereine. Inzwischen ist sie die künstlerische Leiterin meiner bundesweiten Stiftung HUMOR HILFT HEILEN.

Parallel dazu entwickelte der amerikanische Sozialarbeiter Frank Farelly mit der deutschen Psychologin Eleonore Höfner die „Provokative Therapie“ und setzte den Humor in den Mittelpunkt therapeutischer Arbeit, um Patienten und Klienten zu helfen. Vor einigen Jahren begann ein Medizinstudent in Leipzig das Projekt „Arzt mit Humor“. Gemeinsam mit HUMOR HILFT HEILEN und dem Deutschen Institut für Humor werden Medizinstudenten in Humortrainings auf die besondere Arzt-Patienten Kommunikation sensibilisiert. 2017 erreichten wir einen Meilenstein: An der Uniklinik Münster haben wir das Humortraining nun fest ins Curriculum für alle Studenten integriert. Im Rahmen der Allgemeinmedizin geht es jetzt drei Stunden um „Wertschätzende und motivierende Kommunikation– Humor als Ressource im Arzt-Patienten-Gespräch“. Ob sie wollen oder nicht. Am Humor kommt bald keiner mehr vorbei.

Die Humorarbeit wird oft mit Clowns im Krankenhaus gleichgesetzt. Das war zwar historisch

der Beginn, aber es ist nur ein Teil des Potentials. Inzwischen gibt es neben den Klinik-Clowns viele Humortrainer, gut ausgebildete Humor-Therapeuten und Profis, was den helfenden Einsatz von Humor angeht. Und in der Pflege? „Pflegezeit ist Lebenszeit!“ Und das sollte für beide Seiten gelten, für Patienten und Pflegende. Aber wer hat noch Zeit? Wenn Zeit Geld ist, und gespart wird, wird am grausamsten an Zuwendung gespart, denn das fällt erst einmal nicht so auf. Ich habe selber noch an der Universitätsklinik der FU in Berlin gearbeitet, die heute zur Charité gehört. Es ist das größte Klinikum Europas. Was die wenigsten noch wissen: das Wort Charité kommt nicht von Shareholder Value. Charité kommt von Caritas, der Nächstenliebe. Sich um kranke Menschen zu kümmern, war ursprünglich im christlichen Abendland ein Akt der Barmherzigkeit. Ein Patient ist kein Kunde, sondern ein leidender Mensch. Und die wichtigste Frage sollte auch nicht sein, wie mache ich mit dem 20% Rendite, sondern: Was kann dem helfen? Deshalb glaube ich auch, dass es kein Zufall ist, sondern einer inneren Logik entspricht, wenn die Gegenbewegungen zur kommerzialisierten Medizin etwa zeitgleich entstanden sind, sowohl die Humor- als auch die Hospizarbeit wollen das Humane in der Humanmedizin stärken. Ein Krankenhaus ist ein Ort der Heilung, des Schicksals, und des Sterbens. Überraschenderweise wird auch auf Palliativstationen und in Hospizen viel gelacht. HUMOR HILFT HEILEN finanziert aktuell ein Forschungsprojekt in der Palliativmedizin der Uni Bonn und eine regelmäßige Clownsvisite auf der Palliativstation in Jena, frei nach dem Motto von Georg Bernhard Shaw: „Das Leben hört nicht auf komisch zu sein, wenn wir sterben. So wenig wie es aufhört ernst zu sein, wenn wir lachen.“

(C) xavier gallego morel

Warum zahlt das alles nicht die Kasse? Gute Frage. Bevor etwas in die Regelleistung übernommen wird, braucht es gute Studien, die Nutzen und Wirksamkeit belegen. Aber wer soll die bezahlen? Meistens wird nur geforscht, wenn es etwas zu verdienen gibt. Solange Lachen aber nicht in Pillenform zu pressen ist, sind die großen Forschungsgelder schwer aufzutreiben.

HUMOR HILFT HEILEN hat deshalb die größte Studie zu Humor in der Pflege selber finanziert und begleitet. Über 2500 Mitarbeiter des evangelischen Johanniswerkes in Bielefeld bekamen zwei Workshops von jeweils 3 Stunden. In Teams von jeweils 15 Teilnehmern wurde geübt, gespielt und reflektiert: Wie gehe ich in Kontakt mit jemandem, was unterscheidet wertschätzenden von ironischem Humor, wie kann ich mit peinlichen Situationen leichter umgehen und wie sorge ich als Pflegekraft so gut für mich, dass ein Lächeln nicht „aufgesetzt“ werden muss, sondern aus mir heraus strahlt?

Durch die unabhängige wissenschaftliche Begleitung durch die Universität Zürich konnte belegt werden: Die Schulungen wurden extrem positiv bewertet, die Stimmung stieg, und die allermeisten wünschten sich solche Schulungen viel öfter, damit der Effekt im Alltag noch mehr verankert wird.

Die Effekte wurden verbessert, wenn parallel ein Glückstagebuch geführt wurde, also jeden Tag drei schöne Momente schriftlich festgehalten wurden. Und auch für die Übergabe gab es ein schönes Ritual. Ein kleiner Stoffpinguin wurde im Stationszimmer deponiert, der

„gefüttert“ werden muss mit positiven Patientengeschichten. Denn oft gehen im Übergabestress die schönen Rückmeldungen unter, weil es vor allem um alles geht, was dringlich ist, schief lief oder noch zu erledigen ist. Im Krankenhaus spielen für die Atmosphäre auf Station untereinander und für die Beziehung zu kleinen und großen Patienten Humor und Spontaneität eine große Rolle. Viel davon lässt sich lernen und üben. Es geht nicht darum, sich zu verstellen, oder sich lächerlich oder zum Clown zu machen – im Gegenteil. Die Wahrheit und die Situation sind oft viel komischer, wenn man sich traut damit umzugehen. Humor heißt nicht, sich und den Anderen nicht ernst zu nehmen. Sondern den Stress, der natürlich dort herrscht, wo Menschen unter bedrohlichen Umständen zusammenkommen, erträglich zu machen.

Je länger ich die Humorarbeit unterstütze, desto wichtiger werden mir die Pflegekräfte. Ausgerechnet die idealistischen und hoch motivierten brennen am schnellsten aus, wenn ihre Ansprüche und die Realität aufeinanderprallen. Und die flexiblen und mehrfach Begabten wechseln das Terrain, weil sie keine Aufstiegs- und Entwicklungschancen sehen. Wenn die Lokführer oder die Piloten streiken, kommt man ein paar Tage nicht von A nach B. Aber wenn die Pflege streikt, kommt keiner mehr vom Bett aufs Klo. Und nach 12 Stunden ist jedem klar, was schlimmer ist. Alle reden von „personalisierter Medizin“, sparen aber gleichzeitig am Personal. Was mich an der Humorbewegung nervt, ist ihr Hang zur Selbstüberschätzung. Wenn es ein Allheilmittel gäbe, wäre ja alles heil. Ist es aber nicht. Oft wird in den Humorseminaren und Vorträgen zu wenig über die Rahmenbedingungen der Pflege reflektiert. Konkret erlebten wir das in einer Reha-Einrichtung, wo die Stimmung so schlecht war, dass die Mitarbeiter allem, was es „von oben“ kam, grundsätzlich misstrauten. Das führte dazu, dass der Humorworkshop nicht als Auszeit aus dem Alltag und Wertschätzung erlebt wurde, sondern zynisch kommentiert wurde mit: „Erst quetschen sie uns aus, und jetzt sollen wir auch noch dazu lächeln.“ Deshalb warne ich davor, mit Vorträgen oder „Motivationsveranstaltungen“ etwas kitten zu wollen, bevor man sich darüber unterhalten hat, woran Menschen vorher zerbrochen sind. Was kann ein Vortrag/Seminar dann leisten? Themen bewusstmachen, Ressourcen ausbuddeln und ein Umdenken anstoßen und bei den Führungskräften ein Commitment einfordern, etwas zu ändern, auf den verschiedenen Ebenen. Lärm, Neonlicht, Zeitdruck und schlechtes Essen – man muss schon ziemlich gesund sein, um im Krankenhaus zu überleben, sowohl als Patient als auch als Mitarbeiter. Doch es geht auch anders: Unter dem Stichwort «Heilende Architektur» werden bei der Konzeption vieler Krankenhäuser schon heute „gesündere“ Grundsätze berücksichtigt. Freundliche Farben, wärmeres Licht und Badezimmer, die als solche auch zu erkennen sind. Ich wäre glücklich, wenn es in jedem Krankenhaus eine kleine Keller-Disko gäbe, in der sich alle Mitarbeiter nach dem Dienst fünf Minuten lang bei lauter Musik den ganzen Stress aus dem Leib tanzen, die Dienstkleidung ablegen, ihre berufliche Rolle bewusst verlassen könnten und den Stress so nicht mit nach Hause nähmen.

Je länger ich Gesundheitspolitik beobachte, desto misstrauischer bin ich, wenn ich höre, „der Markt“ regele alles. Sicherheitsgurte haben Tausende von Menschenleben gerettet, aber sie haben sich nicht von allein durchgesetzt, sondern erst, als eine Vorschrift erlassen wurde, die unsere „Freiheit“ hinter dem Steuer einschränkt. Genauso sinnvoll wäre es, feste Mindestbesetzung für Stationen gesetzlich festzulegen. Wir haben eines der besten und teuersten Gesundheitssysteme der Welt, aber in den letzten Jahren hat sich daraus eine Industrie entwickelt, die versprach, immer effizienter und ökonomischer zu handeln, sich aber von den Bedürfnissen der Patienten abkoppelte: Es wird geröntgt und nicht geredet, es wird operiert statt abgewartet, es werden teure Medikamente entwickelt statt dafür zu sorgen, dass Prävention in den Lebenswelten Krankheiten verhindert. Die Ärzte in den Krankenhäusern sind frustriert, weil sie mehr oder minder direkt angehalten sind, Umsatz zu machen. Die Patienten fühlen sich verloren, weil sie immer schneller durch die Maschine geschleust werden. Und die Pflegekräfte und Menschen in anderen therapeutischen Berufen gehen auf dem Zahnfleisch, weil man an ihnen am einfachsten sparen kann. Zuerst geht die Motivation flöten, dann verlassen alle, die eine andere Option haben, fluchtartig das System. Deutsche Ärzte und Pflegekräfte wandern in die Schweiz und nach Skandinavien ab, weil sie hier für sich keine Perspektive sehen. Dafür werben wir mühsam wieder Personal in Osteuropa, Spanien und Griechenland an, die sich hier schwertun. Ein absurder Kreislauf, der dazu führt, dass bald keiner mehr da ist, der Deutsch als Muttersprache spricht, obwohl sich doch alle einig sind, wie

wichtig Zuhören, Sprechen und Kommunikation im Team für eine erfolgreiche Behandlung sind. Es braucht Wissen und Motivation, Teamentwicklung und Führungskultur. Das geht aber nicht, wenn jeden Tag neue Leute einspringen, weil Stellen chronisch unterbesetzt sind. Viele, die in diesem Beruf ihre Berufung gesehen haben, sind frustriert, weil die Realität nichts mit dem zu tun hat, wofür sie einmal angetreten sind. Im Gegensatz zur Ärzteschaft hat die Pflege zu wenig Standesvertreter und politisches Gewicht. Deshalb finde ich es richtig, eine Bundespflegekammer zu etablieren, die Ausbildung zu akademisieren und aufzuwerten und öffentlich mehr Druck zu machen, sich diesem großen Zukunftsthema anzunehmen, denn früher oder später sind wir alle davon abhängig, dass sich jemand um unsere Eltern, unsere Kinder oder um uns selber kümmert.

Ich hoffe, Sie konnten Ihren Blick erweitern, dass Humor mehr ist als ein Lächeln aufzusetzen. Viel mehr. Möge die Kraft der heiteren Gelassenheit immer mit Ihnen sein. Und ein letzter Gedanke zu den letzten Dingen. Humanmedizin heißt auch, dass jeder Mensch ein Recht darauf hat, nicht perfekt zu sein, nicht zu funktionieren, Hilfe zu brauchen. Die Menschen leiden manchmal mehr an den zu großen Erwartungen an das Leben als am Leben selbst. Es kann entlasten, wenn wir anerkennen, dass man eben nicht alles in der Hand hat. Und dass der Tod keine Beleidigung der medizinischen Kunst darstellt, sondern dass ein würdiges Sterben zum Leben und zur Medizin dazugehört.

Mein Lieblingscartoon dazu stammt von den Peanuts. Charly Brown ist deprimiert und sagt: „Eines Tages werden wir alle sterben.“ Und Snoopy kontert: „Stimmt – aber an allen anderen Tagen nicht!“

BUCHEMPFEHLUNGEN:

Ulrich Fey: Clowns für Menschen mit Demenz, Mabuse Verlag

HARALD-ALEXANDER KORP: Am Ende ist nicht Schluss mit lustig. Humor angesichts von Sterben und Tod. Random House

Eckart von Hirschhausen. Wunder wirken Wunder. Wie Magie und Medizin uns heilen. Rowohlt

www.humor-hilft-heilen.de

Hier finden Interessierte auch Informationen und Fördermöglichkeiten für Workshops

Autor & Link

www.hirschhausen.com

Dr. Eckart von Hirschhausen

Dr. Eckart von Hirschhausen (Jahrgang 1967) studierte Medizin und Wissenschaftsjournalismus in Berlin, London und Heidelberg. Seine Spezialität: medizinische Inhalte auf humorvolle Art und Weise zu vermitteln und gesundes Lachen mit nachhaltigen Botschaften zu verbinden. Seit über 20 Jahren ist er als Komiker, Autor und Moderator in den Medien und auf allen großen Bühnen Deutschlands unterwegs. Durch die Bücher „Arzt-Deutsch“, „Die Leber wächst mit ihren Aufgaben“,„Glück kommt selten allein…“ und „Wohin geht die Liebe, wenn sie durch den Magen durch ist“ wurde er mit über 5 Millionen Auflage einer der erfolgreichsten Autoren Deutschlands. Sein neues Buch „Wunder wirken Wunder – Wie Medizin und Magie uns heilen“ wirft einen humorvollen Blick auf die bunte Wunderwelt der Heilkunst und steht seit Erscheinen im Oktober 2016 an der Spitze der SPIEGEL-Bestsellerliste. Seit Dezember 2017 ist er mit seinem neuen Bühnenprogramm „ENDLICH“ auf Tour durch ganz Deutschland. In der ARD moderiert Eckart von Hirschhausen die Wissensshows „Frag doch mal die Maus“ und „Hirschhausens Quiz des Menschen“.

Hinter den Kulissen engagiert sich Eckart von Hirschhausen mit seiner Stiftung HUMOR HILFT HEILEN für mehr gesundes Lachen im Krankenhaus, Forschungs- und Schulprojekte. Er ist ein gefragter Redner und Impulsgeber für Kongresse und Tagungen und hat einen Lehrauftrag für Sprache der Medizin. Als Botschafter und Beirat ist er für die „Deutsche Krebshilfe“, die „Deutsche Bahn Stiftung“, „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“, die Mehrgenerationenhäuser und „Phineo“ tätig. Als Schirmherr von „Klasse 2000“, dem Programm gegen Tabakabhängigkeit „Be smart Don´t start“ und mit dem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ bringt Eckart von Hirschhausen schon lange gesunde Ideen in den Bildungsbereich. Über 5 Jahre hat er auch die Entwicklung von Schulmaterial zum Sozialen Lernen, Gesundheit und Glück gefördert. Unter dem Titel GEMEINSAM LEBEN LERNEN sind Übungen und Beispielstunden frei auf der Homepage www.humorhilftheilen.de zu finden.

Mehr über Eckart von Hirschhausen erfahren Sie unter: www.hirschhausen.com

HIRSCH HAUSEN

Endlich!

DAS *Life!*-PROGRAMM

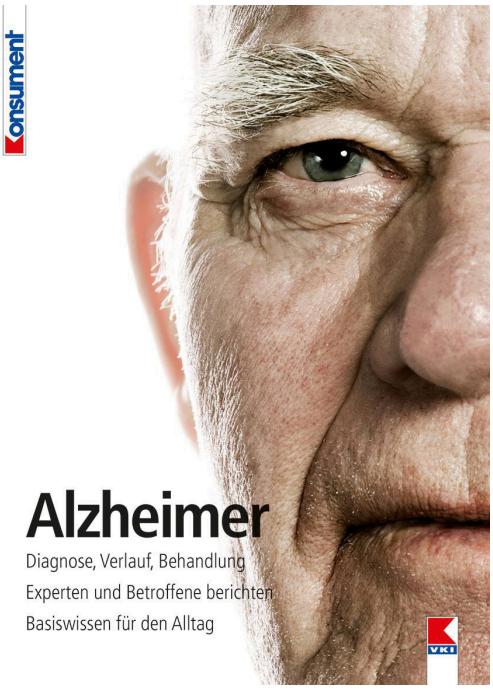
GESTALTUNG:
Dani Muno und Dirk von Manteuffel

FOTO:
Tim Ilskens

TOURBOOKING UND KONTAKT:
HERBERT MANAGEMENT

hirschhausen.com

HUMOR HILFT HEILEN



Autor: Wenzel Müller & Peter Dal-Bianco
Sprache: Deutsch
Verlag: VKI
Seitenumfang: 244 Seiten
ISBN: 978-3-99013-026-1

Alzheimer
Diagnose, Verlauf, Behandlung

Müller, Wenzel; Dal-Bianco, Peter (2017): Alzheimer. Diagnose, Verlauf, Behandlung. Experten und Betroffene berichten. Basiswissen für den Alltag. 2., aktualisierte Auflage. Wien: Verein für Konsumenteninformation VKI.

Das in der zweiten, aktualisierten Auflage erschienene Buch von Wenzel Müller und Peter Dal-Bianco zum Thema Alzheimer vermittelt einführendes, gut verständliches Hintergrundwissen über die Demenz- und Alzheimer Erkrankung, und eignet sich daher auch hervorragend für eine breite Leserschaft.

Das Buch zeichnet sich unter anderem durch den journalistischen Zugang von Wenzel Müller aus, der sich auf der Suche nach Antworten in die Rolle der Hilfesuchenden begibt. Dafür tritt er in Dialog mit dem Demenzexperten Univ.-Prof. Dr. med. Peter Dal-Bianco. Durch die langjährige praktische und wissenschaftliche Erfahrung, welche dieser als Leiter der Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen am AKH Wien und während seiner Forschungstätigkeit zur Demenz gemacht hat, kann er hilfreiche Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte zur Verfügung stellen.

So wird die Alzheimer-Erkrankung vom Auftreten erster Anzeichen bei den Betroffenen, über die Diagnosestellung, bis hin zu Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige ausgeführt, und mit praktischen Beispielen und Tipps versehen.

Das Buch zeichnet sich neben den fundierten Aussagen von Expertinnen und Experten auch dadurch aus, dass Betroffene und Angehörige zu Wort kommen können. Diese berichten über ihr Leben mit Alzheimer, und gewähren tiefe Einblicke in die zu bewältigenden Herausforderungen, wobei zudem hilfreiche Informationen für den täglichen Umgang mit der Krankheit veranschaulicht werden. Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen werden sichtbar gemacht, was ein besseres Miteinander ermöglicht.

Ein großer Teil des Buches ist der Beschreibung von Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige gewidmet. Hier geht es um rechtliche Aspekte, die von ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht bis hin zur Sachwalterschaft reichen. Dargestellt werden auch spezielle Unterstützungsangebote, die durch Schilderungen von Betreuungspersonen vorgestellt werden, und welche so Einblicke in Tageszentren, Wohngemeinschaften und stationäre Einrichtungen liefern. Zudem werden auch Beratungs- und Unterstützungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige aufgezeigt, damit diese im Umgang mit den Betroffenen mehr Sicherheit erfahren, und einen Rückhalt für die erlebten Belastungen erhalten.

Insgesamt handelt es sich um ein kompaktes Buch zur Einführung in die Thematik der Krankheit Demenz. Es folgt stets dem Servicegedanken und hat die Zielgruppe der Konsumentinnen und Konsumenten vor Augen. (Raphael Schönborn, MA)

Das Pflegevisitenbuch

4., unveränderte Auflage

Herausgeber: Christian Heering
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 352 Seiten
ISBN: 978-3456858623

Kurzbeschreibung

Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch und ein Gespräch mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess. Die Pflegevisite dient dazu, Pflegediagnosen und Ressourcen zu benennen, Pflegeziele zu vereinbaren, Pflegeinterventionen auszuwählen und Pflegeergebnisse zu evaluieren. Das Pflegevisiten-Buch bietet das umfassendste Fachbuch zum Thema. Herausgegeben wird es vom Hauptentwickler der Pflegevisite: Christian Heering.

Der Grundlagenteil des erfolgreichen Fachbuchs stellt Pflege- verständnis, Pflegeprozess, -diagnostik, -dokumentation, -konzepte und verschiedene Formen der Pflegevisite vor. Im zweiten und dritten Teil werden die praktische Umsetzung der Pflegevisite in der Akut- und Langzeitpflege sowie begleitende Instrumente und Methoden wie Fallbesprechung und reflektierte Pflegepraxis dargestellt.

Persönliches Fazit

Im ersten Teil seines Buches geht Heering auf das Pflegeverständnis, den pflegerischen Leistungsauftrag und die professionelle pflegetherapeutische Beziehung ein. Er definiert Partizipation und Empowerment. Darauffolgend beschreibt der Autor die systematische Pflegearbeit mit dem Pflegeprozess und die Pflegedokumentation. Ebenso geht er auf die Unterscheidung Pflegekonzept und Pflegediagnose ein. Im Anschluss werden die Formen der Pflegevisite in der stationären Pflege definiert. Abschließendes Kapitel stellt die Pflegevisite als internes Qualitätssicherungsinstrument in der extramuralen Pflege dar. Im zweiten Teil befasst sich Heering mit der praktischen Umsetzung der Pflegevisite anhand von Beispielen aus der Praxis. Teil Drei befasst sich mit ergänzenden Methoden und Instrumenten sowie „Do's" und „Dont's" im Theorie-Praxis-Transfer.
Fazit: Ein umfassendes Werk zur Pflegevisite, welches gut für Unterricht und Praxis anwendbar ist und mit den Beispielen und Instrumenten professionsleitend und feldübergreifend in der Pflege die Pflegevisite in ihrer Anwendung unterstützt.

Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland

Autorin: Bettina Flaiz
Sprache: Deutsch
Verlag: Mabuse Verlag
Seitenumfang: 504 Seiten
ISBN: 978-3863214067

In dieser Studie werden derzeit auch politisch brisante Themen hinsichtlich Pflege und deren Professionsentwicklung in Deutschland analysiert und der Zusammenhang zwischen Ausbildung und Professionsidentität aus soziologischer Perspektive analysiert. Im Vergleich zwischen der Professionsentwicklung in Deutschland und der in Australien zeigt die Autorin die unterschiedliche Identitätsentwicklung der Pflege auf. Flaiz beschreibt die Veränderung des Aufgabenprofils und jene im Ausbildungsbereich als der Orientierungslosigkeit der Pflegeprofession nicht förderlich und zitiert Studien, die dies belegen. Wobei von der Forscherin keine Studien nach den 1990er Jahren zur Identitätsentwicklung mehr im Deutschen Raum identifiziert werden konnten, aber eine einheitlich anerkannte Definition professioneller Identität in Deutschlandlaut Flaiz fehlt. Forschungsbedarf dazu besteht also. Die Ergebnisse aus der multiperspektivischen Forschung können neue Aspekte in den Pflegeberufsdebatten aufzeigen zumal ein Korrelieren der professionellen Identität mit einer höheren Selbstwirksamkeit, einer Burn-Out Prävention sowie einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit vermutet wird. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Faktoren der Identitätsfindung in der Pflege wird mit umfassender Literaturrecherche belegt und Zusammenhänge zur Bildung bzw. zu anderen Einflussfaktoren analysiert. Die Entwicklung in Deutschland und jene in Australien wird gegenüber gestellt und auch die möglichen Sozialtheorien werden einbezogen. In theoretischer Hinsicht greift Flaiz insbesondere das Bourdieus Habitus-Konzept auf. Die weitreichende Übertragung auf die Erzeugungsmuster der pflegerischen Performanz vor dem Hintergrund einer professionellen Identität eignet sich für die Autorin als theoretischer Bezugspunkt. Im empirischen Teil wird beschrieben wie mittels explorativem Designs die Beantwortung der Forschungsfrage zur Identitätsbildung angegangen wird. Die Datenerhebung erfolgte durch 24 episodische Interviews, Szenarien und Bildern wobei auf die direkte Fragestellung nach professioneller Identität bewusst verzichtet wurde. Je 12 Pflegepersonen in Deutschland und Australien wurden interviewt. „Professionelle Identität ist im Praxisalltag unbewusst prägend für die pflegerische Performanz." sagt Fliaz, daher möchte sie durch diese Studie nicht nur Sensibilisieren sondern Pflegefachpersonen ein Handwerkszeug zur Verfügung stellen um die eigene pflegerische Performanz systematisch selbstkritisch zu hinterfragen und Diskussionen über den eigenen professionellen Standpunkt eröffnen um eine zukünftige Weichenstellung in der Pflege zu erreichen.
Persönliches Fazit: Eine qualitative Studie, wenn auch mit 24 Interviews kann nur begrenzt das Phänomen Identitätsbildung in der Pflege im Ländervergleich abbilden, wobei aber durch diese Studie sicherlich ein guter Ansatz für weitere Forschung eröffnet wird. Ein Einbeziehen von Advanced Nursing Practice wäre wünschenswert gewesen. (Karin Eder, BSc MSc)

Erwachsenenschutzrecht für Gesundheitsberufe

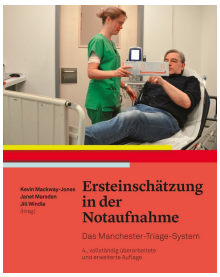
Eigene Behandlungsentscheidungen/Vorsorge/Vertretung

Autor: Halmich, Michael
Sprache: Deutsch
Verlag: Educa Verlag
Seitenumfang: 192 Seiten
ISBN: 978-3903218055

Der Schwerpunkt des Lehrbuchs für Gesundheitsberufe von Michael Halmich liegt auf dem neuen Erwachsenenschutzrecht, welches am 1.7.2018 in Kraft tritt und das Sachwalterrecht ablöst. Darüber hinaus vermittelt das Buch in gut verständlicher und übersichtlicher Weise die relevanten juristischen Aspekte zu den vielfältigen im Gesundheitswesen relevanten Entscheidungsfindungsprozessen. Dafür werden nicht nur basale Themen wie die „Rechts- und Handlungsfähigkeit von Personen" in unterschiedlichen Lebenslagen (Schwangerschaft, palliative Betreuung, etc.) erörtert, sondern auch freiheitsentziehende Maßnahmen wie die Sorgfaltspflicht und PatientInnen- und BewohnerInnenrechte behandelt. Im Kapitel „Behandlungsentscheidungen selbst treffen" wird ausgeführt, dass entscheidungsfähige Personen Gesundheitsmaßnahmen zustimmen, aber auch ablehnen können, wobei die Erklärung des Willens auch bei „stillschweigender Kommunikation als gegeben zu werten ist. Das Recht auf Unvernunft wird aufgrund der starken Verankerung des Selbstbestimmungsrechts hervorgehoben. Dafür wird die Entscheidungsfähigkeit definiert und die Verpflichtung zur Aufklärung vor Gesundheitsdienstleistungen (Diagnose, Behandlungsarten, Risiken, Folgen) thematisiert, welcher zur Sicherung des Grundsatzes der „informierten Einwilligung" sorgt. Des Weiteren wird die Verpflichtung zu Dokumentation aller Angehörigen der PatientInnen ausgeführt. Dieses stellt ein PatientInnenrecht dar, und sollte aus Gründen des Selbstschutzes (von in Gesundheitsberufen Tätigen) erfolgen – denn nicht dokumentierte Maßnahmen legen die Vermutung dar, dass diese nicht getroffen wurden. Im 3. Kapitel wird der Notfall definiert und die Hilfeleistungs- und Aufklärungspflicht bestimmt. Daran anschließend folgt das Kapitel zur „Patientenverfügung" – ein Vorsorgeinstrument, welches in der Praxis noch sehr zögerlich angenommen wird. Es handelt es sich dabei um ein PatientInnenrecht, welches der Sicherung des Selbstbestimmungsrechts für künftige Behandlungsentscheidungen dient. Über die PatientInnenverfügung lässt sich für zukünftige Krankheitssituationen bestimmen, welche medizinischen Behandlungen unterbleiben sollen – die Erklärung wird allerdings nur dann relevant, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Behandlung selbst nicht mehr entscheidungs- bzw. äußerungsfähig ist. Erörtert wird zudem, welche medizinischen Maßnahmen (Ernährung mittels Sonde, Beatmungshilfe, Wiederbelebung etc.) abgelehnt werden können, und wer die Verfügung wie errichten kann. Dafür werden auch die die verschiedenen Arten der PatientInnenverfügung (verbindliche/beachtliche) dargestellt. Im Kapitel abgebildet wird auch ein Formular zur Erstellung einer PatientInnenverfügung, welches über die Homepage der Patientenanwaltschaft frei bezogen werden kann. Für die umfassende Vorausplanung der eigenen Willenserklärung wird im 5. Kapitel „Vorsorgedialog" dieses Instrument für einen guten und gelungenen letzten Lebensabschnitt ausgeführt. Es handelt sich dabei um einen Gesprächsleitfaden und eine Dokumentation, welcher von der ExpertInnengruppe der Hospizkultur und Palliative Care (HPC) entwickelt wurde. Diese stellen ein empfohlenes Kommunikationsinstrument dar, welches beim Übertritt in eine Senioren- bzw. Pflege/Betreuungseinrichtung eingesetzt werden sollte, und die Fremdbestimmung verhindern soll. Künftig soll der VSD - Vorsorgedialog® auch in Krankenhäusern und häuslicher Betreuung Einsatz finden. Im 6. Kapitel „'DNR'/ ‚AND' et al. -Vermerke" wird der für Gesundheitsberufe relevante Grundsatz zur Lebensrettung ausgeführt und die unterschiedlichen Definitionen und Handlungsvorgaben für Reanimation in der Praxis erörtert. Die Vorsorgevollmacht wird im Kapitel 7 als weiteres Instrument zur Vorausplanung besprochen, durch welche eine entscheidungsfähige Person eine vorsorgliche Vollmachtserteilung festhalten kann und damit bestimmt, wer nach dem Verlust der Entscheidungsfähigkeit als bevollmächtigte Person auftreten darf. In den Kapiteln 8 bis 10 werden die neu geschaffenen Modelle im Rahmen des ab 1.7.2018 in Kraft tretenden Erwachsenenschutzgesetztes präsentiert. „Die selbst gewählte Erwachsenvertretung" soll eine Alternative zu bestehenden Vorsorgeinstrumenten (Vorsorgevollmacht) für gemindert entscheidungsfähige Personen darstellen. Die „Gesetzliche Erwachsenenvertretung" soll ab 1.Juli 2018 nächsten Angehörigen weitergehende Befugnisse als bislang einräumen, und den Rückgriff auf eine gerichtliche Erwachsenenvertretung (vormals Sachwalterschaft) unnötig und nicht möglich machen. Die „Vom Gericht bestellte Erwachsenenvertretung" soll zukünftig nur noch als letztes Mittel der Vertretung in Betracht gezogen werden und war bislang unter dem Begriff der „Sachwalterschaft" bekannt. Neu ist nicht nur der Name, sondern auch inhaltlich haben sich die Befugnisse der gerichtlichen ErwachsenenvertreterInnen auf bestimmte Vertretungshandlungen beschränkt, sodass die Wirkungsdauer begrenzt ist, und eine gerichtliche Bestellung für „alle Angelegenheiten" nicht mehr erfolgen können soll. In den weiteren Kapiteln wird für besondere Ausnahmesituationen im Leben die gesetzliche Vertretung durch einen Kurator ausgeführt und Behandlungsrelevante Sondervorschriften, wie Suchtmittel zur Therapie, ELGA, Impfung etc. ausgeführt. Abschließend werden Kontakt-, Auskunfts- und Beratungsstellen genannt, welche Betroffenen mit Informationen zur Seite stehen. Dieses kompakte Fachbuch eignet sich als Einführungs-, aber auch als Nachschlagewerk für Angehörige von Gesundheitsberufen, vermittelt gezielte Informationen und stellt eine hilfreiche Begleitung für die Praxis dar. (Raphael Schönborn, MA)

Ersteinschätzung in der Notaufnahme

4., unveränderte Auflage



HerausgeberIn:
Kevin Mackway-Jones,
Janet Marsden,
Jill Windle
Seitenumfang: 248 Seiten
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
ISBN: 978-3456858395

Kurzbeschreibung

Das Manchester-Triage-System ist eines der weltweit verbreitetsten Systemen, um Notfallpatienten in ihrer Behandlungsdringlichkeit einzuschätzen, einzustufen und klinisch zu priorisieren. Kein anderes System ist in Europa so etabliert: Weit mehr als 25 Mio. Patienten werden alljährlich nach diesem übersichtlichen und verständlichen System in Notfallambulanzen von Pflegenden eingeschätzt. Das System unterstützt den Neuling in der Pflege genauso wie den Experten. Es zeigt die Bedürfnisse des Patienten auf und hilft bei der Organisation der Behandlungsprozesse. – Das praktische Handbuch: führt in das System der Ersteinschätzung ein strukturiert die Ersteinschätzung anhand von 50 Notfallsituationen von Abszess bis Zahnschmerz sortiert alle Indikatoren innerhalb der Dringlichkeitsstufen nach dem ABCD-Prinzip unterstützt den Anwender mit übersichtlichen Flussdiagrammen, Farbleitsystemen und knappen tabellarischen Übersichten über die wichtigsten Notfallsituationen erläutert und definiert die zentralen Notfallsymptome in einem verständlichen Glossar wurde für den deutschsprachigen Markt von Experten überarbeitet und angepasst wurde in der vierten Auflage um veränderte kindliche Temperaturindikatoren und das „Unwohlsein beim Kind“ sowie um neue Indikatoren zum „Sepsisverdacht“ und zu „gefährlichen Fremdkörpern“ ergänzt. „Ersteinschätzung in der Notaufnahme» – das Wesentliche für Pflegende und Ärzte, um Notfallsituationen gekonnt einschätzen, richtige Prioritäten setzen und notwendige Maßnahmen einleiten zu können“.

Persönliches Fazit

Wer schon einmal in einer Notaufnahme gearbeitet hat, der weiß, wie überlaufen diese Einrichtungen sind. In den großen Ambulanzen strömen täglich hunderte PatientInnen zu den Anmeldeschaltern, um ärztliche und pflegerische Hilfe in Notsituationen zu erhalten. Doch ohne ein System zur Einstufung der Dringlichkeit arten solche Szenarien in einem absoluten Chaos aus. Das Manchester Triage System bietet hierbei einen optimalen Support. Das Buch selbst ist einfach aufgebaut und sollte stets als Nachschlagewerk zur Klassifizierung der Situation dienen. Schon nach einigen Übungstagen mit dem Buch gehen die Standardeinschätzungen routiniert von der Hand. Das Buch bietet von der ersten bis zur letzten Seite interessante Informationen. Dieses Werk sollte auf jeden Fall auch in der Ausbildung eine tragende Rolle spielen! (MG)

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Herausgeberin: Anne Meißner
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 368 Seiten
Verlag: Hogrefe Verlag
ISBN: 9783456857480

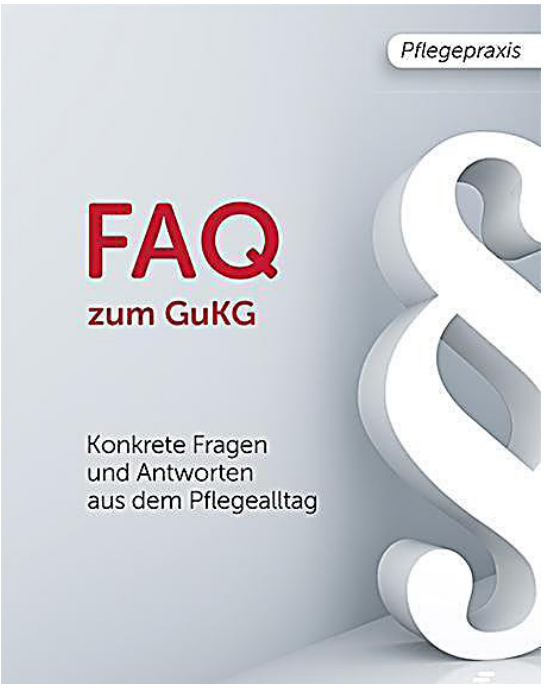
Kurzbeschreibung

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Sozialgesetzgebung zu begutachten und begründete Empfehlungen für einen Pflegegrad abzugeben, sind entscheidende Schritte für Betroffene, damit sie Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz beziehen können. Gleichzeitig dreht das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit bisher Wohlbekanntes um 180 Grad. Die Veränderungen verunsichern alle Beteiligten. In der Praxis sind Pflegegrade den Betroffenen verständlich zu erklären oder begründet in Frage zu stellen. Auf Hochschulebene ist das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit und dessen Bedeutung für die berufliche Pflege zu vermitteln. Auf Forschungsebene sind die Besonderheiten bei der Anwendung zu untersuchen. Deshalb ist es notwendig, das Thema Begutachtung von Pflegebedürftigkeit aus Sicht von Wissenschaft und Recht verständlich darzustellen. Gleichzeitig gilt es, der Praxis klare Fakten an die Hand zu geben, damit im Einzelfall optimal argumentiert und unterstützt werden kann. Das umfassende Fachbuch von Anne Meißner klärt offene Fragen für Pflegegutachter, Pflegepraktiker, Pflegemanager, Lehrende und Studierende. Es bietet einen Überblick über ausgewählte Aspekte rund um das neue Verfahren, wie:

- die Entwicklung der Pflegebegutachtung
- das Handlungsfeld der Gutachtenerstellung
- die rechtlichen Grundlagen der Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit
- die Elemente und Fallstricke des Begutachtungsprozesses
- die fachlichen Grundlagen der Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit

Persönliches Fazit

Was ist ein Pflegebedarf? Wie wird die Notwendigkeit von Hilfsmittel richtig analysiert? Was sind die Eckpfeiler in der Sachwalterverständigentätigkeit? Dies sind nur ein paar Punkte, die dieses Sammelsurium an Informationen liefert. Die Herausgeberin schafft es mit diesem Werk ein perfektes Basis- und Nachschlagewerk für die Sachverständigentätigkeit herausgzugeben. Während sich der erste Abschnitt mit den beruflichen und rechtlichen Grundlagen des Sachverständigers beschäftigt, taucht man im zweiten Teil gleich direkt in die pflegefachliche Materie ein. Dabei gibt es umfangreiche Kapitel über den kulturellen und sozialen Kontext von Pflegebedürftigen und eine wirklich große Menge an Fallbeispielen. Das letzte Drittel des Buches hält für die Leserschaft Empfehlungen und Ausblicke parat. Alle Inhalte beziehen sich auf die Situation in Deutschland, können aber in vielen Bereichen auch für andere Länder genutzt werden. Besonders interessant: das neue EU-DSG wurde in dieses Werk implementiert. Damit ist diese Publikation definitiv am Puls der Zeit. Für uns eine absolute Pflichtlektüre, wenn Sie im Bereich Pflegebedarf und Sachverständigung arbeiten wollen. (MG)



FAQ zum GuKG

Autor: Paul Resetarics
Verlag: Facultas Verlag
Seiten: 2016 Seiten
Sprache: Deutsch
ISBN: 978-3-7089-1652-1

Kurzbeschreibung

In den vorliegenden FAQ zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sind über 100 Anfragen der letzten Jahre an das Bundesministerium für Gesundheit und die jeweiligen Antworten darauf angeführt. Behandelt wurden Fragen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der Pflegeassistenzberufe sowie ausgewählter Medizinischer Assistenzberufe. Mit den FAQ zum GuKG steht erstmals eine Sammlung berufsrelevanter Anfragen und Antworten das GuKG betreffend zur Verfügung.

Persönliches Fazit

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist die gesetzliche Basis des professionellen pflegerischen Tuns. Es deklariert ganz klar die Dos and Don'ts, Tätigkeitsfelder und Bestimmungen, die für den Berufsalltag bindend sind. Wer aber das GuKG gelesen hat, weiß aber auch, dass es hierbei auch viele exemplarische Aufzählungen gibt und Punkte, die man in verschiedenen Richtungen interpretieren kann. Hier kommt dann das Bundesministerium für Gesundheit ins Spiel. Diese Institution erhält unzählige Anfragen, die es zu beantworten gilt. Die Empfehlungen, die dann zurückgesendet werden, sind eine wertvolle Informationsquelle, die uns alle im Berufsleben betreffen. Paul Resetarics, Mag., MSc Chief Nursing Officer (CNO) hat nun 105 dieser Empfehlungen zusammengefasst und bei Facultas als Buch veröffentlicht. Hierbei geht es nicht nur um den pflegerischen Alltag eines/einer diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn, sondern auch um Personen mit Assistenzberufen, die erst seit kurzem ein größeres Gesetz (MAB-Gesetz) erhalten haben, aber auch um Lehrpersonen im Gesundheitswesen. Viele Antworten, die man mühsam recherchieren musste, sind mit diesem Buch nun endlich der breiten Masse zugänglich. Für mich wird mit diesem Buch ein kleiner Traum war, denn es gab viele Nächte, in denen ich solche Bescheide/Empfehlung zu bestimmten Fragen stundenlang gesucht habe. Einziger Verbesserungswunsch: Man hätte die 105 Fragen zur Vereinfachung und besseren Auffindbarkeit mit Zwischenüberschriften kategorisieren können. Ich persönlich würde mich über eine Fortsetzung dieses Werkes freuen, da es eine absolute „must have" Publikation für jede Person ist, die nicht im Graubereich arbeiten mag, sozusagen eine gesetzliche Nachschlagfibel, mit 105 wertvollen Antworten. Hierzu kann man dem Autor nur sagen: DANKE! (MG)

Über den Autor

Paul Resetarics, Mag., MSc Chief Nursing Officer (CNO), Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Studium der Pflegewissenschaft, Studium der Pflegepädagogik, Vortragstätigkeit an Fachhochschulen, Fachbuchautor.

Aus der Praxis – für die Praxis

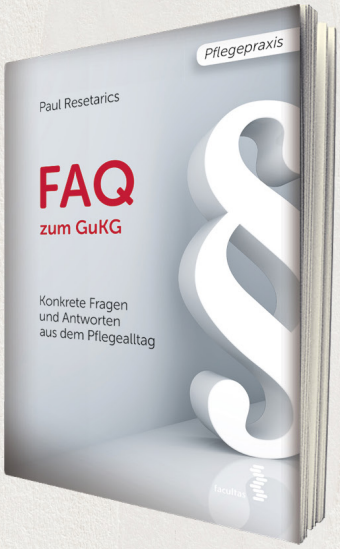
Unsere handlichen Begleiter für den Berufsalltag

Gerald Handl

Hygiene im Pflegealltag

facultas 2017, 224 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1553-1

ISBN 978-3-7089-1598-2
e-ISBN 978-3-99030-681-9



ISBN 978-3-7089-1652-1
e-ISBN 978-3-99030-683-3

ISBN 978-3-7089-1596-8
e-ISBN 978-3-99030-682-6

... weitere Titel in Vorbereitung.

facultas.at

facultas

STOMA Service und Beratung

Unsere diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Kontinenz- und Stomaberaterinnen beraten Sie gerne persönlich.

ABSOLUTE DISKRETION

Ihr Stoma sollte mindestens 1x jährlich von einer Stomafachkraft begutachtet werden!

Sprechstundentermine unter stomaberatung@bstaendig.at oder Tel 05 99 789 18

- Persönliche Beratung und fixe Sprechstunden
- Einschulung und laufende Kontrolle Ihres Stomas
- Beratung und Einschulung zur Stoma-Irrigation
- Zuschneiden der Stomaversorgung bei Bedarf
- Stomaprodukte aller Hersteller
- Abholstellen für Stomaware in 30 bständig Filialen
- Portofreie Lieferung
- Regelmäßige Informationsveranstaltungen

BERATUNG Tel **05 99 789 18** E-Mail **stomaberatung@bstaendig.at**

BESTELLUNG Tel **0800 300 320** E-Mail **bestellung@bstaendig.at**

Verrechnung mit allen Krankenkassen

bständig

Unsere Ausbildungen für Health Professionals

Start im Herbst 2018
Online-Studium

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

_ Attraktives Weiterbildungsangebot für Pflegefachpersonen

_ Brücken bauen zwischen Informatik und klinischer Anwendung

_ Online-basiert und berufsbegleitend Kompetenzen erwerben

_ Studieren in einer interdisziplinären Gruppe

_ In drei Semester zur Akademischen Expertin/zum Akademischen Experten

_ In fünf Semester zum Master-Abschluss (Master of Arts)

Informationen und Anmeldung unter: www.umit.at/him

www.umit.at

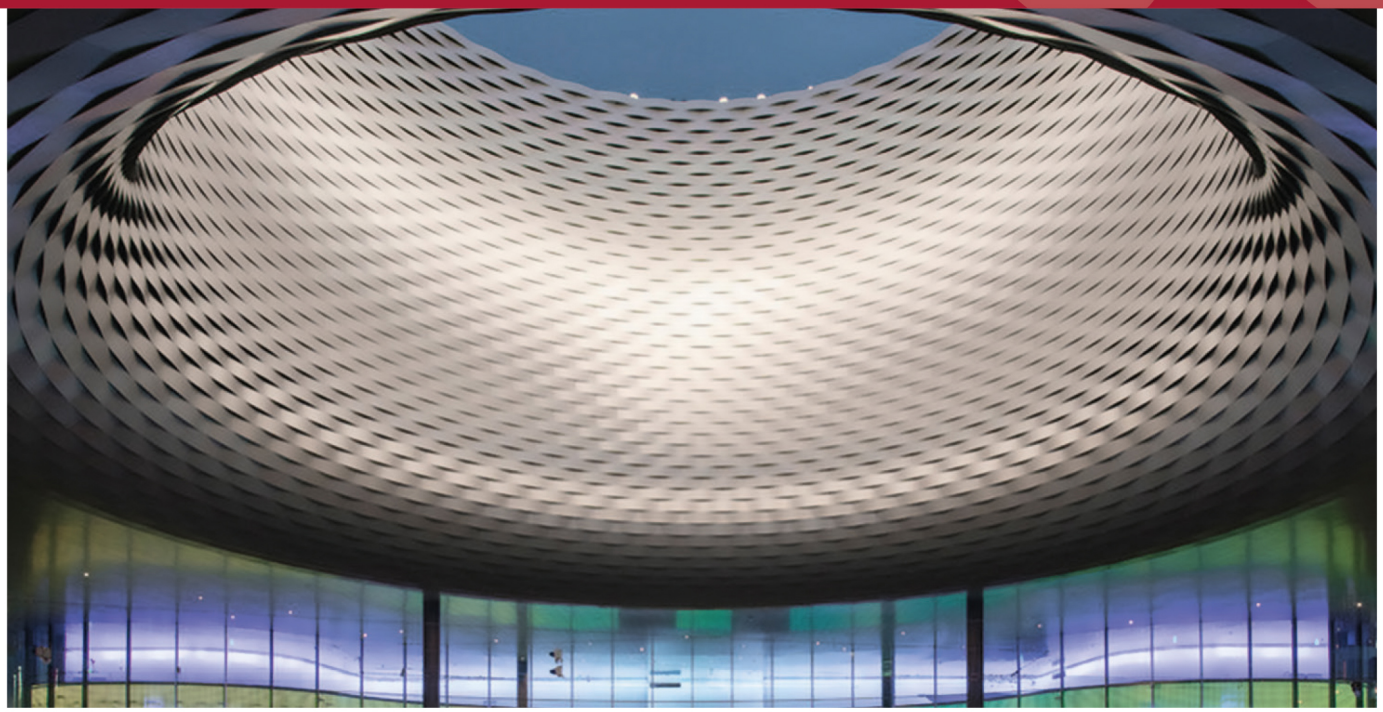
UMIT
the health & life sciences university

iPDc
working together to develop practice

ENHANCING PRACTICE CONFERENCE 2018

Leading and Facilitating within Practice Development in Healthcare

22nd – 24th August 2018 | Basel | Switzerland



Welcome to the EP Conference 2018!

The international community of Practice Development is meeting in Switzerland for the first time!

The conference provides an opportunity to network with leading practitioners, researchers, and academics in the field of Practice Development from across the globe and learn how to enhance healthcare practices across sectors, settings, and specialties. Through a consistent and delicate balance of theory and application, delegates will leave energized with knowledge and tools for immediate translation into practice in the workplace.

Join us for a hands-on, reflective journey of learning and transformation.

Keynote Speakers

- **Prof Dr Brigitte Biehl-Missal**
- **Prof Dr Michael West**
- **Prof Dr Thomas D. Seeley**
- **Barbara Gysi**
- **Dr Donna Brown**
- **Prof Brendan McCormack**

Registration under: www.epc2018.org

Local Hosts

Universitätsspital Basel

INSELGRUPPE

UniversitätsSpital Zürich