Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Herbst 2018

imc
FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA
"Ich möchte das Gesundheitswesen in Zukunft mitgestalten"
Katharina, Studierende
CHECK IN
www.fh-krems.ac.at
KREMSGENIAL GESUNDHEIT STUDIEREN
LEHRGANG
• Intensivpflege
• Krankenhaushygiene
BACHELOR
• Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen
• Ergotherapie
• Gesundheits- und Krankenpflege
• Hebammen
• Musiktherapie
• Physiotherapie
MASTER
• Advanced Nursing Practice NEU
• Angewandte Gesundheitswissenschaften NEU
• Management von Gesundheitsunternehmen
• Musiktherapie

BILDUNG & MANAGEMENT

05 **I`m on Training**
Dr. Christoph Zulehner

08 **Professionelle Pflegebeziehung 2018 Reloaded**
Mag.ª Bettina Maria Hojdelewicz

11 **Neue Technologien und die Pflege**
Dr. Andreas Klein

GESUNDHEITSPOLITIK

19 **(Un)sichtbarkeit von Pflege**
Prof.in Dr.in Sabine Bartholomeyczik

27 **Wie arbeitet die Pflege international und welche Perspektiven zeigen sich für Österreich?**
Priv.-Doz.in Mag.ª Dr.in Anna Maria Dieplinger
Univ.-Prof Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink

35 **Das Gesundheitsberufsregister in Österreich**
Mag. Alfred Schatz

39 **Paternalistisches Miteinander hinter sich lassen**
Christoph Müller

43 **Fachkräftemangel in der Pflege: Mehr vom Gleichen wird nicht helfen**
MMag.ª Dr.in Elisabeth Rappold
Dr.in Doris Pfabigan
Mag.ª Carina Brauneis

55 **MHW Österreich International bei Katastrophen helfen**
Josef Riener, MSc

FACHWISSEN

59 **Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung**
Priv.-Doz.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH
Univ.-Ass.in Mag.ª Dr.in Christiane Kreyer

65 **Therapeutic Touch**
Rosemarie Buchmayer, MSc

69 **Hoffnung ist Power**
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin

73 **Stellt selbsthergestellte Sondenkost (sSK) eine Gefahr dar?**
Prof.in Christel Bienstein

79 **Informelle außerfamiliäre Helferinnen und Helfer**
Dr.in Paulina Wosko
Priv.-Doz.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH

PRAXISPROJEKT

85 **Aromapflege bei Xerostomie**
Erika Gößnitzer, MSc

ERLEBEN

89 **Es schmeckt wieder!**
Sonja Schiff, MA

93 **Professionelle als Opfer**
Lea Strietholt
Christoph Müller

97 **Zu Besuch bei Ärzte ohne Grenzen**
Markus Golla, BScN

107 **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) Mag. Katrin Schützenauer

(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

JAHRESTAGUNG PFLEGE & RECHT 2018

Das Wichtigste für das Pflegejahr an einem Tag!

Die aktuellsten und relevantesten Rechtsfragen für Heimleitung, Pflegedienstleiter, administrative Leiter und Verantwortliche von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen sowie deren Berater und viele andere – von Topexperten aufbereitet!

Montag, 8. Oktober 2018
WIFI OÖ, Panoramasaal
Wiener Straße 150, 4021 Linz
9.00–16.30 Uhr

EUR 390,– exkl. USt

Themen

- Der neue Datenschutz im Pflegealltag
- Abschaffung des Pflegeregresses
- Angleichung der Rechtsstellung von Arbeitern und Angestellten
- Gewalt, Mobbing und Belästigung im Pflegealltag
- Aktuelle Fragen aus dem Berufsrecht der Pflege

Greifeneder

Mayr

Tagungsleitung und Moderation:

Dr. **Martin Greifeneder,** Richter am Landesgericht Wels
Dr. **Klaus Mayr,** LL.M., Sozialpolitische Abteilung der AKOÖ

Vortragende:

Dr. **Werner Pilgermair,** Datenschutzexperte mit Spezialisierung auf den Gesundheits- und Sozialbereich
Mag.ª **Petra Smutny** LL.M, Rechtsanwältin und Mediatorin
Dr. **Martin Greifeneder,** Richter am Landesgericht Wels, Schriftenleitung ÖZPR
MR DDr.in **Meinhild Hausreither,** Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, und Konsumentenschutz, Leiterin der Abteilung Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe
Dr. **Klaus Mayr,** LL.M., Arbeiterkammer OÖ, Schriftleitung ÖZPR

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!
www.manz.at/rechtsakademie

RECHTSAKADEMIE MANZ

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Markus Golla, BScN

Für die Pflege war es dieses Jahr ein spannender Sommer. In allen deutschsprachigen Ländern wird von Pflegenotstand, Personalmangel, Personalschlüssel, Untergrenzen, Pflegelehre und anderen Themen geschrieben, berichtet und geredet. Ob sich dadurch etwas ändern wird, das wird uns die Zeit zeigen.

Doch was können wir aktiv tun, um Veränderung zu bringen?

Wir können nicht darauf warten, dass es andere für uns erledigen, es aber auch nicht metaphorisch „mit Heugabeln und Fackeln“ erstreiten, denn die Zeiten solcher Revolutionen sind vorbei. Wenn uns also keiner rettet und wir es nicht auf einem schnellen Weg erzwingen können, was tun wir dann? Können wir überhaupt eine große Veränderung erwirken, ohne uns selbst zu verändern? Beginnt das ganz Große nicht erst im ganz Kleinen? Wo fangen wir an? Warum sind wir in die Pflege gegangen? Was sehen wir in unseren Patient/innen? Was macht Pflege wirklich aus und was bringt uns an unserem Tun wirklich Freude?

Sie wollten jetzt sicherlich keinen Fragenkatalog zur Einstimmung auf die neue Ausgabe lesen.

Aber genau diesen Fragen haben wir uns in den letzten Wochen gestellt und wollen Ihnen darüber ausführlich berichten. Über die Pflege in Kriegsgebieten, dem internationalen Vergleich, aber auch über die vulnerablen Gruppen, die ohne uns nicht weiter wissen. Wir haben uns in einigen Bundesländern mit allen Playern des Gesundheitswesen zusammengesetzt und siehe da, wir haben alle die selben Fragen und hoffen alle auf die selben Ergebnisse.

Lesen Sie nun wieder eine kunterbunte Ausgabe von Pflege Professionell und vielleicht finden Sie in dem einen oder anderen eine Antwort auf eine Ihrer ganz persönlichen Fragen.

Markus Golla

Herausgeber

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

(C) magele-picture

I’m on Training

Sinnvolle Beschriftung oder unsinnige Schutzbehauptung?

Wenn für die einen die Urlaubszeit beginnt, ist dies für manch andere oftmals der erste Einstieg in die Arbeitswelt. Sie werden Ferialpraktikanten, studentische Hilfskräfte oder Holiday Worker genannt. Gar nicht so selten stellt ihr Einsatz überhaupt erst sicher, dass mehr arrivierte Mitarbeitende in ihren wohlverdienten Urlaub fahren können, als dies die Ausfallsquote streng genommen erlaubt. Zur Überraschung vieler: Nicht selten auch im Gesundheitswesen.

Eines ist ihnen allen gemeinsam: Sie wollen ihre ersten beruflichen Erfahrungen sammeln, eintauchen in die Arbeitswelt und sich dabei die Kasse etwas aufbessern. Die Einsatzgebiete sind vielfältig und es sind nicht immer nur einfache Dienstleistungsbereiche auf die sie losgelassen werden. Um den Klienten und ihnen selbst einen ausreichenden Schutz zu bieten, werden sie beschriftet und mit den unterschiedlichsten Buttons markiert. Da prangen dann schon mal bis zu handtellergroße Hinweisschilder auf der Dienstkleidung um ... ja um was eigentlich?

Wir alle haben schon unsere Erfahrungen mit ihnen gemacht. Nicht selten sind es gerade diese guten Ferial-Geister, die einen erfrischend anderen und herzlichen Charakter in das beschlagene Dienstleistungsgrau einbringen. Unbedarft geben sie ihr Bestes und zeigen dort Empathie, wo sich außerhalb des Ferienbetriebs schon längst Routinen und zertifizierte Standards den Weg gebahnt haben. Und wären sie nicht mit neongelben und orange leuchtenden Stickern beschriftet, würden wir oftmals gar nicht auf die Idee kommen, einem Beginner

gegenüber zu stehen. Da stellt sich einem Dienstleistungsneurotiker wie ich einer bin, schon die Frage nach dem Zweck dieses Kennzeichnungsirrsinns. Bei genauerer Betrachtung muss dieser Markierung nämlich jeder Sinn abgesprochen werden. Den Beweis für diese These trete ich gerne an:

Versetzen wir uns zunächst in die Rolle der Kunden. Das ist leicht und darin sehen wir schnell unsere eigene Expertise. Wie gerne geben wir den kritischen, anspruchsvollen und in die Materie Eingelesenen. Umso mehr stellt sich die Frage, worin für uns als Klient der Vorteil zu sehen ist, dass unser Gegenüber als „Aushilfsjobber" gekennzeichnet ist? Wenn wir als Kunden schon solche Fachgrößen sind, würde sich dann nicht eher die Möglichkeit eines interessanten Austausches anbieten? Die wenigsten Dienstleistungen rangieren nämlich auf dem Niveau der Raketenwissenschaft. Und dann sogar die Überraschung: Da brillieren nicht selten genau diese Ferial-Jobber mit der Wohltat einschlägigen Wissens und der Fähigkeit dieses verständlich zu transportieren.

Gewiss es ist auch bisweilen so, dass bei Aspiranten und Urlaubs-Aushilfen inhaltliche Lücken bestehen. Die lassen sich aber entweder durch ein gutes Gespräch lösen oder erstaunlich einfach durch den Beistand avancierter Kollegen. Und da wünsche ich uns dann nochmals viel Glück. Denn auf eine echte fachliche Kanone zu treffen, ist im Dienstleistungsmetier schon mal einer homöopathischen Verdünnung gleichzusetzen.

Bleibt die Begegnungsqualität. Da kann ich beruhigen: Die Kulturleistung des wertschätzenden Miteinanders kann getrost unabhängig von Urlaubskalender, Alter und Erfahrung gesehen werden.

Ist Ihnen schon aufgefallen, dass uns langsam die Argumente ausgehen? Oder handelt es sich bei den Ferial-Beschriftungen gar um einen Appell an uns Klienten: „Führe Dich bitte ausnahmsweise nicht wie der Poloch auf der Du sonst bist!" Eine denkbar traurige Veranlassung, finden Sie nicht?

Bleibt noch der Blickwinkel des Volontärs. Versetzen wir uns doch in die (ferial-)praktizierende Rolle und stellen wir uns ganz kritisch die Frage, ob wir selbst gerne, gekennzeichnet wie tropisches Obst, unserer Aufgabe nachgehen würden. Ich frage mich um alles in der Welt, worin der Sinn einer solchen Maßnahme besteht. Oder ist es gar die subtile Botschaft an uns selbst: „Schont mich bitte denn ich habe keine Ahnung!" oder „Seid nett zu mir weil mir jegliche Erfahrung fehlt!", noch schlimmer: „Ich bin neu und deshalb habe ich das Recht darauf keine Ahnung zu haben!" Dann handelt es sich bei den „Learning-Buttons" um eine unsinnige Schutzbehauptung und den erbärmlichen Versuch sich mit einer billigen Ausrede aus dem Dienstleistungsstaub zu machen. Aber so einfach wollen wir es uns dann doch nicht machen. So einfach können wir es niemandem machen!

Ich gestehe, ich bin auch kein Freund der Fahrschul-Beschriftung. In einem streitbaren Gespräch hat mir kürzlich mein

(C) ChristArt

Gegenüber gestanden, es würde Fahrschulautos mit besonderer Vorsichtig und ungewöhnlich großem Abstand begegnen. Meine Nachfrage, ob es nicht generell sinnvoll wäre, anderen Verkehrsteilnehmern mit der gebotenen Rücksicht zu begegnen, erntete nur verständnisloses Kopfschütteln und blieb unbeantwortet. Und spätestens dann, wenn wir die Beispiele zuspitzen, müssen wir zugeben, dass wir uns ertappt fühlen. Auch ich stelle da keine Ausnahme dar.

Aber was bleibt dann noch übrig an Kriterien? Viel ist es nicht. Möglicherweise der Aspekt des Lernens? Wir beschriften also nicht Newcomer, Ferial-Jobber und Greenhorns sondern Lernende. Ein besonders schönes Bild, denn dann ergäbe sich in Anbetracht der Notwendigkeit des lebenslangen Lernbedarfes, eine ganz andere Sichtweise: Dann wären die Arrivierten und Erfahrenen unter uns eingeladen, immer dann den On-Training-Button anzustecken, wenn sie Gefahr laufen in der Routine zu versinken. Gar kein schlechtes Bild. Stellen wir uns das einmal vor: Erfahrene Dienstleister und Experten stecken sich selbstkritisch den Greenhorn-Sticker an die Dienstkleidung. Zum einen um zu zeigen, dass wir immer Lernende bleiben und zum anderen um die Ferial-Jobber endlich von ihrer Bürde zu befreien. Vielleicht sollten wir dazu sogar einen besonderen Tag ins Leben rufen. Den Tag des lebenslangen Lernens. Nachdem es aber ohnehin schon mehr Anlässe gibt, als das Jahr Tage anzubieten hat und Lernen nicht auf einen Tag beschränkt sein sollte, könnten wir daraus ein Ganzjahresprogramm machen. Oder wir lassen das mit den Buttons überhaupt bleiben.

Autor & Links

www.seges.at

www.christophzulehner.com

Dr. Christoph Zulehner
ist Speaker, Strategieexperte, Unternehmensberater und Faker. Seit über dreißig Jahren beschäftigt er sich mit wissensorientierten Organisationen und ihren Menschen. 2017 hat er das Buch "Make the Fake. Warum Erfolg die Täuschung braucht" (erschienen im Oriol Verlag) herausgebracht und ist mit den Themen "Make the Fake" und "Ko-Kompetenz - die Zukunft der Zusammenarbeit" erfolgreich als Keynote-Speaker tätig. www.christophzulehner.com

(C) bluedesign

FORSCHUNGSWELTEN 2019

10. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflegeforschung

SAVE THE DATE!

4. bis 5. April 2019

Hochschule Osnabrück - Campus Lingen

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.forschungswelten.info

Professionelle Pflegebeziehung 2018 Reloaded

Professionelle Pflegebeziehungen zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und erkrankten Menschen sind etwas Besonderes. Die Beziehungsgestaltung wird umso wichtiger, je länger der zeitliche Rahmen der professionellen Pflege ist, je abhängiger die Pflegebedürftigkeit macht und je erschwerter sich das Verhältnis zur Umwelt gestaltet. Eine gelungene und positive Beziehung zwischen erkrankten Menschen und Pflegenden trägt zum Wohlbefinden bei und hat einen positiven Einfluss auf den Genesungsprozess.

Um dem Begriff der pflegerischen Professionalität gerecht werden zu können, müssen Pflegepersonen fähig sein, die durch Theorie und Wissenschaft erworbenen Erkenntnisse zu verstehen und diese mit dem individuellen Erfahrungswissen und dem subjektiven Erleben der zu begleitenden Menschen zu verbinden um so informierte Entscheidungen bezüglich ihres Handelns treffen zu können. Dabei ist die Fähigkeit, die Perspektive der Betroffenen zu erfassen und in das eigene Handeln zu integrieren eine der besonderen Herausforderungen, für die die Pflege genuin steht. Die besondere Situation des Vorhandenseins von Krankheit und damit verbundenem Empfinden des Lebens sind maßgebliche Einflussfaktoren für pflegerisches Handeln. Es ist bedeutungsvoll, wie die erkrankten Menschen ihre Wirklichkeit subjektiv erleben. Dieses individuelle Erleben einer Situation stellt die Basis für die Pflegediagnostik dar und ist damit von deutlicher praktischer Relevanz (Schrems 2008).

Die Anwendung von Pflegediagnostik beinhaltet ein fundiertes Wissen zum Gesundheits- und Krankheitserleben. Dafür ist kritisches Denken nötig. Kritisches Denken ist die Kunst, über das eigene Denken nachzudenken; Die Fähigkeit zu kritischem Denken bestimmt das Handeln im Rahmen des Pflegeprozesses und ist Instrument sowie Ausdruck professioneller Pflege (Wilkinson, 2011). Eine adäquate Pflegediag-

(C) drubig-photo

nostik im Rahmen der Pflegeplanung spart Zeit und Energie und sichert damit die Zufriedenheit der erkrankten Menschen sowie die Zufriedenheit der Pflegepersonen.

Für eine gelungene Pflegebeziehung und einen gelungenen Problemlösungsprozess im Rahmen der Pflegediagnostik ist weiters auch die grundsätzliche Organisationsform in der professionelle Pflege stattfindet, von Bedeutung. Für die Pflegetheoretikerin Orlando (1990, 1996) gilt, dass automatisch abgespultes pflegerisches Handeln, wie es im Rahmen einer Funktionspflege erfolgt, keinen Anspruch auf Professionalität erheben kann.

Professionelle Pflege beinhaltet die Perspektive der zu begleitenden Menschen, ihr Krankheitserleben, die eigene kritische Reflexionsbereitschaft sowie lebenslanges Lernen im Kontext einer fürsorglichen Pflegebeziehung (Wilkinson, 2011). Professionelle Fürsorge bedeutet die Verbindung von Fachkompetenz und Fürsorge.

Die Präsenz der kritisch denkenden Pflegeperson ist ein wichtiger Bestandteil des Beziehungsprozesses. Mehr noch: Ein gelebter effektiver und individuell abgestimmter Pflegeprozess ist ohne Präsenz der professionell Pflegenden nicht möglich. Zusätzlich ist gerade das subjektive Krankheitserleben der Betroffenen (handlungs-)entscheidend.

Zahlreiche Pflegetheoretikerinnen unter anderem Watson (1996, 2008), Benner und Wrubel (1988), sowie Swanson (1991, 1993) erkannten schon früh die Notwendigkeit des In-Beziehung-Tretens als Notwendigkeit für den gelungenen Beziehungs- und Genesungsprozess. Ein Beziehungsprozess ohne direkten Bezug zum erkrankten Menschen hat eine fehlende Vertrauensbildung und das generelle Fehlen einer Pflegebeziehung zur Folge.

Grundlegendes Ziel in der Gesundheits- und Krankenpflege ist es, professionelle Pflegebeziehungen zu gestalten. Die Akademisierung des Pflegeberufes leistet einen Beitrag dazu, dass individuelle Pflegebeziehungen auf professioneller Ebene gelebt werden können. Durch die akademische Ausbildung wird komplexes Wissen gelehrt und Kompetenzen vermittelt, die den Pflegepersonen helfen, diese in die jeweilige Pflegebeziehung und Pflegesituation einzubringen und professionelle Fürsorge im pflegetheoretischen Sinn zu leben.

Literaturnachweis

Benner, Patricia & Wrubel, Judith (1988): The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness. Addison-Weley, California.

Hojdelewicz, Bettina M. (2018): Der Pflegeprozess, Prozesshafte Pflegebeziehung. Facultas, Wien (2. Auflage).

Orlando, Ida J. (1996): Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Hans Huber, Bern.

Orlando, Ida J. (1990): The dynamic nurse-patient relationship. National League for Nursing, New York/USA.

Schrems, Berta (2008): Verstehende Pflegediagnostik. Facultas, Wien.

Swanson, Kristen M. (1993): Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. Journal of Nursing Scholarship 25 (4), 352–357.

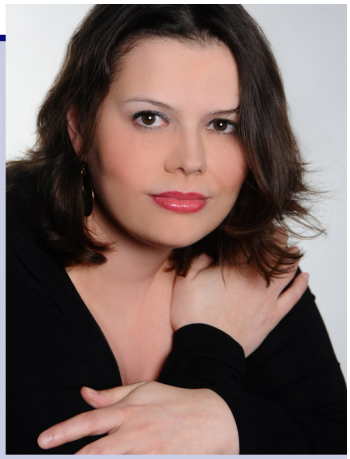
Swanson, Kristen M. (1991): Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research 40, 161–166.

Watson, Jean (2008): The Philosophy and Science of Caring. University Press, Colorado.

Watson, Jean (1996): Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Hans Huber, Bern.

Wilkinson, Judith M. (2011): Nursing Process and Critical Thinking. Pearson, New York (5. Auflage).

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

Neue Technologien und die Pflege

Beschleunigte technologische Entwicklungen

Entwicklungen im Bereich neuer Technologien gehen mit einer derart rasanten Geschwindigkeit voran, dass dadurch auch die Produkt- und Innovationszyklen deutlich reduziert werden. Bereits ein kurzer Blick in die Entwicklungen der letzten Jahre – erst recht der letzten Jahrzehnte – macht rasch deutlich, dass Vieles von dem, was kürzlich noch unvorstellbar erschien, längst alltägliche Realität geworden ist. Kann man sich heute Smartphones mit ihren unzähligen Einsatz- und Schnittstellenmöglichkeiten, Laptops, PCs, Navigationssysteme, unterschiedlichste Kommunikationssysteme usw. kaum noch aus dem Alltag wegdenken, so wissen wir zugleich, dass diese künstlichen Systeme eine Errungenschaft erst der letzten Jahre sind. Das Smartphone, von manchen ironisch mittlerweile als „Fernbedienung unseres Lebens" bezeichnet, hatte gerade einmal vor etwa 10 Jahre das Licht der Welt erblickt. Ebenso offensichtlich ist jedoch, dass wir bei Vielem erst am Anfang stehen. Die Forschungs- und Entwicklungslabore arbeiten allerorts auf Hochtouren, um im Konkurrenzkampf neuer Innovationen Schritt zu halten oder Trendsetter zu sein. Dabei kommt diesen Entwicklungsprozessen der Umstand kumulativer Prozesse zugute: Was schon da ist, braucht nicht mehr erfunden zu werden – es kann als Grundlage für weitere Entwicklungsschritte genutzt werden. Dies beschleunigt Entwicklungszyklen, etwa in den Bereichen Leistung, Effizienz, Qualität, Quantität, Miniaturisierung, Sicherheit erheblich. Rückfälle und Enttäuschungen sind freilich immer möglich und häufig die Tagesordnung, aber insgesamt weist die Richtung steile Tendenzen auf. Ob sich diese Tendenzen irgendwann abflachen werden, ist derzeit wohl nicht seriös zu beantworten. Die jeweiligen Entwicklungsschienen sind selbst für Kenner der Branche kaum noch überschaubar.

Sämtliche Lebensbereiche sind von diesen Entwicklungen tangiert, auch wenn dies den Einzelnen meist nicht bewusst ist. Das „digitale Hamsterrad“, wie es Richard David Precht einmal genannt hat, ist längst mitten im Alltag angekommen. Selbst so uralte grundlegende Unterscheidungen wie Natur und Kultur, Natur und Technik, natürlich und künstlich, Innen und Außen, Realität und Virtualität, Öffentlichkeit und Privatheit, Arbeit und Freizeit, Ich, Du und Wir werden allmählich brüchig. Von diesen Entwicklungen ist auch das Gesundheitssystem nicht ausgenommen, ja es wird hierdurch sogar neu justiert und umgestaltet. Dabei ergeben sich grundlegende Umstellungsprozesse, die sich bereits jetzt abzeichnen. Ein Beispiel vorweg: Mittels Deep Learning (oder neuronale Netze), Big Data und Content Analytics samt Artificial Intelligence lassen sich radiologische Auswertungen effizienter und treffsicherer auswerten als bisher. Ebenso kann durch künstliche Systeme Hautkrebs bereits jetzt besser erkannt werden als von Experten. Ähnliches gilt für drohende Herzinfarkte. Von Hybrid-OPs, 3-D-Druck, Bioprinting oder Roboter-OPs ist hier noch gar nicht die Rede. Laut ASVG § 133 (2) soll ja bekanntlich „die Krankenbehandlung ausreichend“ und „zweckmäßig“ sein, aber „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Vielfältige technologische Unterstützungsoptionen sollen dieses Ziel aktuell und künftig noch besser erreichbar machen. Selbst wenn Erstanschaffungen teilweise kostspielig sein mögen, rechnet sich ihr Gesamtoutput schlussendlich, insbesondere im Blick auf Qualität und Quantität von Leistungsangeboten. Zukunftsvisionen und möglichen Einsatzszenarien sind kaum Grenzen gesetzt. Wie gesagt, stehen wir bei Vielem allererst am Anfang.

Das „digitale Selbst“

Durch den enormen Zuwachs an digitalen Schnittstellen für die Interaktion des Subjekts mit der Umwelt und mit sich selbst und den damit einhergehenden Veränderungsprozessen im Blick auf Informationsbeschaffung, Informationsgenerierung und Informationsauswertung ergeben sich veritable Umstellungsprozesse für die jeweiligen Akteure im Gesundheitswesen. Wenn wir heute bereits vom „digitalen Ich“ oder „digitalen Selbst“ sprechen, dann ist dies kein Euphemismus mehr oder eine hypertrophe Selbstinszenierung futuristischer Cyborg-Vorstellungen, sondern die Nutzung vielfältigster digitaler Angebote für die eigene Lebensgestaltung. Durch das eigene Entwerfen von Lebensmöglichkeiten und Lebensrealisierungen finden immer mehr digitale Angebote den Weg zum Einzelnen in seinem Umgang mit Gesundheitsangeboten. Längst hat die IT-Industrie den kaum ausschöpfbaren Gesundheitsmarkt als ihre Domäne entdeckt und investiert Unsummen in Entwicklungen, die letztlich dem Individuum und dem gesamten Gesundheitssystem zugutekommen sollen, aber natürlich auch den ökonomischen Unternehmensinteressen. Dabei bestehen bereits jetzt enorme Möglichkeiten für den Einzelnen, gewissermaßen sein gesamtes Alltagsleben in gesundheitsrelevanter Perspektive so screenen bzw. tracken zu lassen, dass aus dieser umfassenden Analyse relevante Schlüsse für das eigene Agieren im Alltag gezogen werden können. Hierfür ist es meist schon ausreichend, wenn man ein aktuelles Smartphone mit entsprechenden Schnittstellen besitzt. Hinzu kommen aktuell kaum noch überschaubare Angebote im Bereich der Wearables, die direkt mit den entsprechenden Devices aufgrund von implementierten Sensoren kommunizieren. Dieses Setting, verbunden mit Online-Analyse-Tools und Social-Media-Anbindungen, erlaubt eine umfassende Auswertung körperrelevanter Parameter mit dazugehörigen Angeboten (bzw. Anweisungen) für eine verbesserte Körper- und Geistesleistung, also insgesamt für eine bessere Gesundheitsperformance. Mittlerweile ist hier von „Selftracking“, „Lifelogging“ und „Quantified-Selfer“ die Rede. In vielen Fällen reicht es aber auch schon, sich mit seinen gesundheitsrelevanten Fragen mittels PC, Notebook, Tablet oder Smartphone an einschlägige Foren oder Online-Auskunftsstellen zu wenden, um einen tieferen Einblick in den eigenen Gesundheits- oder Krankheitszustand zu erhalten. Das, was am eigenen Leben messbar ist, wird auch messbar und auswertbar gemacht, in Online-Profilen gespeichert und ausgewertet und in einen Zusammenhang gebracht. Der Einzelne kann (oder sollte) fortan auf diese Auswertungen mit einem adaptierten Verhalten reagieren. Ob Gewicht, Körpergröße, Puls, Blutdruck, Herzrhythmus, Schlafphasen und -gewohnheiten, Nahrungsaufnahme, körperliche Ertüchtigung, sexuelle Betätigung, äußere und innere Stresssituationen oder -parameter, Glücks- oder Unglücksempfinden, Wohlbefinden, Menstruationszyklen, Medienverhalten, Trinkverhalten, künftig auch einfach gestaltete Blutzuckermessungen oder andere relevante – etwa metabolische Daten – alles kann online zusammengeführt und zu einem

personalisierten Gesamtpaket geschnürt werden, das zu einem „gesünderen“ Lebensstil qua Selbstmanagement beiträgt.

Im Blick auf pflegerelevante Entwicklungen sind Sensoren und ihre gezielten Anbindungen und Kommunikationsstränge besonders attraktiv. Im AAL-Bereich (Ambient Assisted Living) etwa können Sensoren die Pflegeleistungen erheblich erleichtern, da beispielsweise über Stürze, Nässe, Unruhe, Medikamenteneinnahme, Flüssigkeitsaufnahme, Vitalparameter u.v.m. informiert und so eine gezielte (ärztliche oder pflegerische) Intervention durchgeführt werden kann. Umgekehrt ermöglichen diese Angebote ein zunehmend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben für Betroffene. Optionen dieser Art sind natürlich sowohl im extra- wie im intramuralen Bereich einsetzbar. Wir kommen darauf noch zurück.

Eine heikle Frage ist indes, wie weit sich Pflegende selbst über Sensoren tracken lassen sollten, um ihre eigenen Gesundheitsfaktoren zu kennen. Denn immerhin besteht ja nach ICN-Ethikkodex und gemäß aktueller Ausbildungsverordnung des GuKG eine (Selbst-) Verpflichtung von Pflegenden, auf ihre eigene Gesundheit zu achten. Wie weit diese Verpflichtung reicht oder reichen sollte, ist freilich unbestimmt. Die zahlreichen und noch zu erwartenden digitalen Angebote lösen jedenfalls auch etliches Unbehagen aus und stellen vor ethisch wichtige Fragen. Eine zunehmende Durchdigitalisierung von Lebenswelten scheint nämlich durchaus auch die eigenen persönlichen Handlungsspielräume zu reduzieren und eine Diktatur von Zahlen und Parametern heraufzubeschwören. Irgendwann muss man sich ja dann die Frage gefallen lassen, warum man etwa auf die gesundheitsrelevanten Vorgaben von elaborierten (evidenzbasierten) Systemen verzichtet, sich also gerade nichts Gutes tun will. Die Antwort unter Rückgriff auf die eigene Selbstbestimmung, sich auch etwas Schlechtes antun zu dürfen, erscheint dann zumindest prekär – wenngleich in ethischer Hinsicht durchaus erwägenswert („Recht auf Gesundheit“ impliziert keine „Pflicht zur Gesundheit“). Zu einem gesellschaftlichen Druck zu gesundheitskonformen Verhalten könnte es hingegen sehr wohl kommen, da diejenigen, die sich stets gesundheitskompatibel verhalten, immer weniger einsehen, warum sie für die anderen permanent finanziell aufkommen sollen.

Jedenfalls wird man durchaus sagen können, dass digitale Angebote die Themen „Health Literacy“ und „Empowerment“ befördern und so zu einer gewissen Gesundheitskompetenz und -verantwortung beitragen – wie immer diese dann auch aussehen mag und welche Folgeprobleme damit verbunden sind. Freilich ist mit dieser Entwicklung auch eine Umstellung im Arzt-Patienten-Verhältnis verbunden, so dass ein klassischer (und hoffentlich alsbald veralteter) Paternalismus einem Verhältnis auf Augenhöhe weicht – nämlich als Partner. Dieses partnerschaftliche Verständnis, das auch für die Pflege von besonderer Relevanz ist, hat gleich mehrere Vorteile, die hier allerdings nicht erörtert werden können.

(C) ipopba

Neue Technologien und ihre Relevanz für das Gesundheitssystem

Eine kurze Auflistung soll darstellen, welche technologischen Entwicklungen derzeit und künftig beforscht werden. Dabei haben zahlreiche dieser Entwicklungen auch Folgen für pflegerisches Handeln und für den Pflegeberuf insgesamt.

- Telemedizinische Optionen
- Sensorik, Tracking, eHealth und Datenauswertung (auch AAL-Bereich)
- Robotik
- Künstliche Intelligenzsysteme, Supercomputer (Watson), Big Data, Content Analytics und alltagstaugliche Umsetzungen
- Autonome Systeme (Fahrzeuge, Geräte, assistive Komponenten usw.)
- Verschmelzung von Gewebe und Technologie
- 3D-Druck und Bioprinting
- Gentechnologische Verfahren und Synthetische Biologie (einschl. Personalisierte Medizin)
- Brain-Computer-Interfaces, Neurochips, tiefe Hirnstimulation
- Neuro-Enhancement, Emotionserkennung
- Bionik, Exoskelette
- Gamification, VR- und AR-Welten in Therapie, Ausbildung, Kommunikation usw.
- Nanobots, smarte Tabletten usw.
- Pharmakologische Neuansätze und Durchbrüche

Die einzelnen Bereiche, die für sich wiederum zahlreiche Verzweigungen, Vernetzungen und Überschneidungen aufweisen, können hier nicht detailliert erörtert werden. Grundsätzlich geht es stets um Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung bei möglichen (aber nicht immer gewährleisteten) Einsparungspotenzialen. Damit einher gehen Umstellungsprozesse auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsplayer. So werden veränderte und/oder neue Kompetenzen erfordert und ein Arbeitskräftemangel könnte durch Technologien abgepuffert werden. Ein Beispiel hierfür wäre etwa Japan, wo ein notorischer Pflegepersonalmangel durch Roboter kompensiert werden soll und kann. Vorausgesetzt ist dabei jedoch, dass Technologien, insbesondere Roboter, von allen Beteiligten gut angenommen werden. In asiatischen Ländern lässt sich diesbezüglich eine entsprechende Hochschätzung und Akzeptanz beobachten, während europäische Bevölkerungen eher distanziert auf diese Entwicklungen reagieren.

Dass Digitalisierung, die ja nun auch von der aktuellen österreichischen Regierung ganz oben auf die Agenda gesetzt wurde, auch einen erheblichen Effekt auf die Arbeitswelt haben wird, ist längst offensichtlich. Gestritten wird lediglich darüber, ob hierdurch eine Zunahme von Arbeitsplätzen oder eine Wegrationalisierung die Folge sein wird. Letzteres scheint für etliche Berufe jedenfalls nicht unwahrscheinlich. Pflegeberufe stehen hier in einem besonderen Spannungsfeld, denn einerseits ist ein Mangel an Pflegepersonal zu erwarten (z.B. durch höhere Lebenserwartung), der durch künstliche Systeme abgefedert werden könnte. Andererseits bestehen durchaus Befürchtungen um künftige Pflegearbeitsplätze. Nun ist es freilich so, dass Menschen die grundlegende anthropologische Veranlagung mitbringen, mit anderen Menschen zu tun haben zu wollen. Das menschliche Gegenüber, hier repräsentiert durch die Pflege, ist für Pflegebedürftige

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

geradezu ein Must-Have. Pflegeberufe zeichnen sich u.a. dadurch aus, dass sie diejenigen sind, die am intensivsten und intimsten mit Patienten zu tun haben. Darum kommt ihnen eine eminente Rolle im zwischenmenschlichen Umgang mit Patienten zu. Vor diesem Hintergrund könnte es durchaus sein, dass gerade diese Kompetenzen künftig vermehrt ins Zentrum rücken (sollten), während andere (eher technische) Tätigkeiten sinnvoll an assistive künstliche Systeme delegiert werden könnten. Dieses Delegieren hätte mehrfache Entlastungen für Pflegende zur Folge (etwa auch Zeitersparnis und Körperschonung) samt qualitativ und quantitativ hochwertiger Versorgung für Patienten. Denn es ist durchaus nicht unrealistisch, dass gerade manche sog. Hard Skills von technischen Systemen effizienter bewerkstelligt werden. Für die Pflege würden folglich die bislang eher als Soft Skills betitelten Kompetenzen in den Vordergrund rücken und damit die eigentlich typischen menschlichen Qualifikationen. Schwer einzuschätzen ist jedoch der Umstand, ob auch künftige Generationen von Pflegebedürftigen die angesprochene anthropologische Veranlagung (es mit Menschen zu tun haben zu wollen) in vergleichbarer Weise bewerten. Künftige Pflegebedürftige könnten eventuell technisch gestützte Interaktionen den persönlichen vorziehen, sind erstere doch weniger konfliktträchtig. Menschliche Beziehungen sind hingegen stets spannungsreich und konfliktbeladen.

An dieser Stelle müssen auch Grundfragen erörtert werden, nämlich nach dem generellen Status von Gesundheitsberufen. Und hier muss letztlich damit ernst gemacht werden, dass stets der Patient mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt zu stehen hat. Es geht also schlussendlich nicht darum, wie wir bestimmte Berufe um jeden Preis am Leben erhalten, sondern darum, was Patienten für ihre Gesundheitsversorgung brauchen. Es macht ja wenig Sinn, bestimmte Berufe um ihrer selbst willen – als Selbstzweck – weiterzuführen, sondern diese sind stets funktional zu bestimmten, nämlich in ihrer Funktion für Betroffene bzw. Patienten. Sie sind eben Dienstleistungen. Wie schon anfangs angedeutet, sind hier nicht nur Pflegeberufe im Gesundheitssystem von diesen Entwicklungen tangiert, sondern auch ärztliche Berufe oder z.B. Verwaltungsdienstleistungen. Auch ein eventueller Mangel an Rettungsfahrern könnte u.U. durch selbstfahrende (autonome) Fahrzeuge kompensiert werden. Derartige Fahrzeuge hätten zudem fundamentale Bedeutung für die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und würden das Set an Angeboten für ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben deutlich erweitern.

Insbesondere der Robotik-Bereich mit seinen weiteren Verästelungen (etwa KI, Big Data, Sensorik, Telemedizin usw.) dürfte sich als besonders relevant für die Pflege erweisen. Dass die Pflegerobbe „Paro“ längst ein Hit, insbesondere bei Pflegebedürftigen mit Demenzerkrankung, geworden ist, braucht kaum noch erwähnt zu werden. Und das, obwohl diese Robbe gar nicht sehr viel „kann“. Nicht sehr viel anders sieht es mit „Hobbit“ aus, der derzeit in österreichischen Pflegeeinrichtungen getestet wird. Vielleicht sollte man sich künftig überhaupt wieder abgewöhnen, von „Pflegerobotern“ zu sprechen, da Pflege eben mehr und anderes ist als das, was Roboter (derzeit) tun und können. Man sollte wohl eher von assistiven Technologien, Assistenzsystemen oder Assistenzrobotern sprechen. Und genau das sollen sie auch sein – und bleiben: Unterstützung für bestimmte Tätigkeiten. Aber für diese Unterstützungsleistungen lässt sich eine Vielzahl von Verwendungsbereichen angeben, wie etwa Unterstützung bei der Kommunikation, bei Gesundheitsparametern, bei Ernährung und Intimpflege, Sicherheit und Überwachung, Erinnerung und Assistenz bei alltäglichen Verrichtungen wie Einkauf, Haushalt, Bewegung und Mobilität, Flexibilität, Kontaktnahmen, Ämterwege, Medikamente, als Umbetthilfen, bei Reinigungsarbeiten, Dienstleistungen, Spielen u.v.m.

Es wurde bereits erwähnt, dass asiatische Bevölkerungen im Unterschied zu europäischen eher positiv-neugierig auf künstliche Systeme reagieren. Aber auch hierzulande steigt die Akzeptanz gegenüber Robotern zumindest dann, wenn bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sind, wie etwa die Förderung von Autonomie, Unabhängigkeit, Mobilität, Orientierungsfähigkeit, Wahrung der Intimsphäre, Datensicherheit, Abwehr von stationären oder ambulanten Aufnahmen, Gesundheitsmonitoring und Prävention, Erleichterung der Kontaktmöglichkeiten, Qualitätssteigerung, Reduktion von Ängsten, Verlässlichkeit und Usability. Die durchaus auch kulturell geprägte Distanz weicht etwa dann, wenn die Vorteile bestimmter Systeme eingesehen und erprobt werden können. Und dies nicht nur bei Pflegebedürftigen, sondern auch beim Personal. Ähnliche Umstellungsprozesse gab es in der Vergangenheit permanent und so wurde auch das Automobil irgendwann gerne als Ersatz von Kutschen

o.dgl. akzeptiert – bei ebenfalls anfänglichem Widerstand. Selbst solche für manche Menschen skurril anmutenden Systeme wie Gehirn-Computer-Schnittstellen (Brain-Computer-Interfaces: BCI) können umgehend gut akzeptiert werden, wenn dadurch für bestimmte Patienten (etwa Locked-In-Patienten, Parkinson, Lähmung, Schlaganfall, Tremor, Alzheimer, Epilepsie, Depression, Abhängigkeitssyndrome usw.) plötzlich eine sinnvolle Interaktion mit der Umwelt möglich wird. Ich breche an dieser Stelle die angerissenen Überlegungen ab.

Abschließende Bemerkungen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen dürfte deutlich geworden sein, dass technologische Entwicklungen dieser Art ein enormes Potenzial, auch und gerade für die Pflege, in sich bergen. Ebenso deutlich dürfte aber auch sein, dass erheblicher Klärungsbedarf über bestimmte Fragen besteht. Insbesondere sind es gesamtgesellschaftliche Herausforderungen und ethische Fragen, die der Diskussion bedürfen. Diese Themenbereiche können hier aber nur noch angedeutet werden. Dabei besteht eines der Probleme schon darin, dass diese Entwicklungen derart beschleunigt vor sich gehen und unübersichtlich stattfinden, dass man kaum angemessen darauf reagieren kann, erst recht nicht mit notwendigen öffentlichen und wissenschaftlichen Diskursen. Aktuelle Diskurse sind häufig dadurch geprägt, dass sie lediglich auf einzelne Aspekte, nicht jedoch auf Gesamtentwicklungen fokussieren. Volkswirtschaftliche Gesichtspunkte etwa werden meist überhaupt marginal erörtert, da kaum verlässliche und belastbare Daten zur Verfügung stehen. Eine umfassende Stakeholderanalyse oder Technologiefolgeabschätzung mitsamt Verträglichkeitsprüfung sind hier ebenfalls kaum greifbar. Vorteile (Nutzen) und Risiken bzw. Gefahren müssen allererst sorgsam und differenziert abgewogen werden, was bislang noch aussteht. Wer sind die Gewinner und wer die Verlierer (die es fast immer auch gibt)? Auch Verantwortungsfragen sind häufig noch nicht abschließend geklärt (z.B. jene der Hersteller). Der kurzsichtige Slogan: „Nicht Waffen töten, sondern Menschen töten!“ unterschätzt das inhärente Potenzial (der Slogan ist ohnehin in sich schon brüchig, weil Projektile töten, nicht Waffen überhaupt oder Menschen an sich). Darüber hinaus muss über Sicherheitsnetze und kleine Umsetzungsschritte gesprochen werden, die bei Bedarf eine rechtzeitige Intervention erlauben. Zudem sollte davor gewarnt werden, etwa Ökonomen die Entscheidungshoheit zu überlassen, da sie die ethischen Dimensionen häufig unterschätzen (wie die Vergangenheit reichlich zeigt).

Abschließend müssen diese Entwicklungen parallel zu ihrer Konstruktion und Produktion ethisch und kritisch begleitet werden, wozu etwa die vier ethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress sehr gut herangezogen werden können und die sich im Gesundheitswesen als äußerst leistungsfähig empfohlen haben. Dabei handelt es sich um die Prinzipien der Selbstbestimmung (und der Menschenwürde), des Nichtschadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit. Diese vier Prinzipien müssen jeweils differenziert erörtert und sorgsam gegeneinander abgewogen werden. Dies kann hier nicht mehr detailliert geleistet werden, sollte jedoch als Hintergrunddiskurs permanent präsent sein.

Literatur

Die hier angebotene Literatur ergänzen einzelne Themen des Aufsatzes bzw. fungieren als entsprechende Referenzen. Dabei handelt es sich an etlichen Stellen lediglich um einen segmentierten Ausschnitt aus der z.T. in manchen Bereichen beinahe unüberschaubaren Literaturfülle.

Autor

Dr. Andreas Klein

Dr. Andreas Klein ist Dozent (PD) und Univ.Lektor an der Universität Wien und Eigentümer von Ethik Consulting Klein GmbH. Er studierte, promovierte und habilitierte Evangelische Theologie an der Universität Wien. Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen im Bereich Ethik, vor allem Ethik im Gesundheitswesen und Medizinethik, neue Technologien und ihre ethischen Herausforderungen in Gesellschaft und Gesundheitswesen, Digitalisierung, Gehirn- und Verhaltensforschung mit ethischen Implikationen, Willensfreiheit.

Arbeitsplätze der Zukunft siehe u.a.: http://winfuture.de/news,76098.html; http://winfuture.mobi/news/83948; http://www.wiwo.de/technologie/digitale-welt/kuenstliche-intelligenz-gefaehrden-roboter-den-arbeitsmarkt/10303106.html; http://www.wiwo.de/erfolg/trends/arbeiten-der-zukunft-wenn-der-roboter-die-befehle-gibt/10617042.html; http://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/2013/12/26/technologie-jeder-zweite-job-wird-durch-automatisierung-wegfallen/; http://www.berliner-zeitung.de/wirtschaft/automatisierung-roboter-ersetzen-menschen-in-der-haelfte-aller-berufe,10808230,26741978.html.

Baldus, Manfred (2016): Kämpfe um die Menschenwürde. Die Debatten seit 1949, stw 2199, Berlin.

Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. (62009): Principles of biomedical ethics, Oxford u.a.

Berger, Roland und Partner GmbH (1997): Telematik im Gesundheitswesen – Perspektiven der Telemedizin in Deutschland, München (Studie für das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie und Bundesministerium für Gesundheit).

Carter, Adrian u.a. (2012): Addiction neuroethics: The promises and perils of neuroscience research on addiction, International research monographs in the addictions, New York.

Clausen, Jens (2006): Ethische Aspekte von Gehirn-Computer-Schnittstellen in motorischen Neuroprothesen, IRIE 5, 25-32.

Clausen, Jens u.a. (Hg.) (2008): Die „Natur des Menschen" in Neurowissenschaft und Neuroethik, Würzburg.

Dittmar, Ronny u.a. (2009): Potenziale und Barrieren der Telemedizin in der Regelversorgung, GGW 9, 16-26.

Fliegende Drohnen im Gesundheitsdienst (etwa Defikopter): http://m.welt.de/regionales/duesseldorf/article119384183/Defibrillator-Drohne-soll-bei-Herzattacke-retten.html; http://mobil.krone.at/phone/kmm__1/app__CORE/sendung_id__96/story_id__426079/story.phtml; http://www.pressetext.com/news/20141030021; http://mobil.devicemed.de/artikel/415864.

Gehirn&Geist 7-8/2013, 32-37.

Glende, S. / Klemcke, S. / Nedopil, C. (o.J.): Risiken der Robotikakzeptanz – Identifikation und Entwicklung von Lösungsansätzen (abrufbar unter: http://www.youse.de/documents/Risiken_der_Robotikakzeptanz_-_Identifikation_und_Entwicklung_von_Lsungsanstzen_Robot-Era_Vollversion_AAL-Kongress_2013_final.pdf).

Glende, Sebastian u.a. (2013): Risiken der Robotikakzeptanz – Identifikation und Entwicklung von Lösungsansätzen, in: BMBF u.a. (Hg.): Lebensqualität im Wandel von Demografie und Technik. 6. Deutscher AAL-Kongress mit Ausstellung 22. – 23. Januar 2013, Berlin, Tagungsbeiträge, Berlin.
Gloy, Karen (2017): Die Frage nach der Gerechtigkeit, UTB 4858, Paderborn.

Haas, Peter (2005): Kritische Thesen zu patientenbezogenen Anwendungen der Gesundheitstelematik, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48, 771-777.

Haas, Peter (2006): Gesundheitstelematik: Grundlagen, Anwendungen, Potenziale, Berlin/Heidelberg.

Haas, Peter / Hartinger-Klein, Beate / Klein, Andreas (2013): Gesundheitstelematik: medizinische, ökonomische und ethische Gesichtspunkte, ZfME 59, 19-31.

Häcker, J. / Reichwein, B. / Turad, N. (2008): Telemedizin. Markt, Strategien, Unternehmensbewertung. Oldenbourg-Verlag, München.

Härle, Wilfried (2008): Begründung von Menschenwürde und Menschenrechten, Freiburg i.Br. u.a.

Hildt, Elisabeth (2012): Neuroethik, München/Basel.

Hilgendorf, Eric (2013): Problemfelder der Menschenwürdedebatte in Deutschland und Europa und die Ensembletheorie der Menschenwürde, ZEE 57, 258-271.

Illes, Judy / Sahakian, Barbara J. (Hg.) (2011): The Oxford Handbook of Neuroethics, Oxford.

Jähn, Karl / Nagel, Eckhard (2003): eHealth, Berlin / Heidelberg.

Johner, Christian / Haas, Peter (Hg.) (2009): Praxishandbuch IT im Gesundheitswesen: Erfolgreich einführen, entwickeln, anwenden und betreiben, München.

Kant, Immanuel (1784): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung, Berlinische Monatsschrift, H. 12, 481-494 (Akademieausgabe Bd. VIII, 33ff).

Kant, Immanuel (21786): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, GS IV (Akademieausgabe), 385-463.

Klein, Andreas (2011): Neuroethics, in: Felnhofer, Anna u.a. (Hg.): Ethik in der Psychologie, UTB 8465, Wien, 193-202.

Klein, Andreas / Hartinger-Klein, Beate (2014): Können Patienten ihre eigene Gesundheitsversorgung steuern?, in: Albin und Eva Krczal (Hg.): Aktuelle Fragen im Gesundheitsmanagement 2, FS Josef Dézsy, Wien, 27-44.

Kreß, Hartmut (2010): Patientenautonomie und ärztliche Verantwortung im Licht dialogischer Ethik, abgedruckt unter: http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_patientenautonomie_arzt_ dialogik_6.11.2010.pdf.

Krings, Bettina-Johanna u.a. (2012): ITA-Monitoring „Serviceroboter in Pflegeeinrichtungen (abrufbar unter: http://www.itas.kit.edu/pub/v/2012/epp/krua12-pre01.pdf).
Krippner, Hans-Jürgen (2002): Internetgestützte Delphi-Studie zur gesundheitsökonomischen Bewertung telematischer Anwendungen in der Medizin, Köln.

Ladwig, Bernd (2011): Gerechtigkeitstheorien zur Einführung, Hamburg.

Lauterbach, Karl / Lindlar, Markus (1999): Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telemedizin in Deutschland – Gutachten, Bonn 1999.

Levy, Neil (2007): Neuroethics. Challenges for the 21st century, Cambridge u.a.

Lindlar, Markus (2001): Gesundheitsökonomische Aspekte der Robotik und Telematik in der Medizin: eine Delphi-Studie, Köln, Univ. Diss., Köln.

Mazal, Wolfgang (1992): Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung. Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, Wien.

Menschen mit Lähmungen können wieder gehen: http://www.chip.de/news/Hirnforschung-Gelaehmte-lernen-laufen_72069600.html.

Meyer, Sibylle (2011): Mein Freund der Roboter: Servicerobotik für ältere Menschen – eine Antwort auf den demographischen Wandel?, Berlin.

Müller, Oliver u.a. (2009): Das technisierte Gehirn. Neurotechnologien als Herausforderung für Ethik und Anthropologie, Paderborn.

Neue Tätigkeiten im Krankenhausalltag, die durch Roboter durchgeführt werden können: http://winfuture.de/news,56273.html.

Neuroethics: https://link.springer.com/journal/12152.

Precht, Richard David (2013): Anna, die Schule und der liebe Gott. Der Verrat des Bildungssystems an unseren Kindern, München.

Schulenburg, Johann Matthias Graf v.d. u.a. (Hg.) (1995): Ökonomische Evaluation telemedizinischer Projekte und Anwendungen, Gesundheitsökonomische Beiträge 22, Baden-Baden.

Schwartländer, Johannes (2000): Art. Menschenwürde/Personwürde, Lexikon der Bioethik 2, 683-688.

Smarte Tabletten und Mini-Roboter (Nanobots) siehe u.a.: http://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/2013/10/31/menschen-koennen-ueber-chips-in-medikamenten-kontrolliert-werden; http://winfuture.de/news,37363.html; http://winfuture.de/news,71198.html; http://www.stern.de/gesundheit/mikrochip-tabletten-zur-patientenueberwachung-digitale-pille-laesst-daten-durch-den-magen-gehen-1883336.html; http://www.chip.de/news/Mini-Roboter-im-Koerper-Medizin-Bots-schwimmen-durch-Blut-und-Augen_73952470.html.

Wallner, Jürgen (2007): Health Care zwischen Ethik und Recht, Wien, 35.

Wehkamp, Karl-Heinz (2009): Akzeptanz der Gesundheitstelematik als ethische Herausforderung, in: Lohmann, Heinz / Preusker, Uwe K. (Hg.): Kollege Computer: Moderne Medizin durch Telematik, Heidelberg u.a., 143-148.

Wetz, Franz Josef (2005): Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwertes, Stuttgart.

Wootton, Richard (2001): Clinical review. Recent advances – Telemedicine, BMJ 323, 557-560.

Zu IBMs Watson siehe u.a.: http://www-05.ibm.com/de/watson/index.html.

Zu Maschinen als nicht-triviale Maschinen siehe u.a.: Foerster, Heinz von (41998): Entdecken oder Erfinden. Wie läßt sich Verstehen verstehen?, in: Gumin, H. / Meier, H. (Hg.): Einführung in den Konstruktivismus, Veröffentlichungen der Carl Friedrich von Siemens Stiftung, Bd. 5, München / Zürich, 41-88; ders. (1990): Kausalität, Unordnung, Selbstorganisation, in: Kratky, K.W. / Wallner, F. (Hg.): Grundprinzipien der Selbstorganisation, Darmstadt, 77-95; ders. (71996): Erkenntnistheorien und Selbstorganisation, in: Schmidt, S.J. (Hg.): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus, stw 636, Frankfurt a.M., 133-158.

imh

KONFERENZEN
SEMINARE
Wissen, das bewegt

3. – 5. Oktober 2018
Schlosspark Mauerbach, Mauerbach bei Wien

28 ÖGKV PFP®
(Pflegefortbildungs-punkte)

ForumSpital

Forum Pflege

Die modernen Wege der Pflege: Stehen wir vor einem Paradigmenwechsel?

Es erwarten Sie spannende Vorträge und Diskussionen zu folgenden Themen:

- Wo stehen wir heute? Update und Status quo GuKG Novelle
- Evidenzbasiertes Nursing: Von der Theorie in die Praxis
- Primärversorgung: Wo positioniert sich die Pflege?
- Der Umgang mit Demenz-/Delir-Patienten und ihren Angehörigen

Workshop 5. Oktober 2018

„Manchmal wird es ganz schön heftig“
Gewaltprävention und Deeskalation in der Pflege

www.imh.at/forumpflege

Für weitere Informationen kontaktieren Sie:
Stephanie Heinisch
Customer Service, imh GmbH
E-Mail: anmeldung@imh.at
Tel.: +43 (0)1 891 59 – 212

Unsere Partner:

SCHACHINGER healthcare
SCHACHINGER techlog
SCHACHINGER TRCplus
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
carecenter Software GmbH
FUTURE SHAPE

(Un)sichtbarkeit von Pflege

Sichtbarkeit

Zählt man im Frühsommer 2018 die Talkshows, Reportagen und Meldungen in den Nachrichten bundesdeutscher Medien über das Thema Pflege, dann sollte man meinen, dass Sichtbarkeit voll hergestellt ist, so viel wurde noch nie in den Medien, allen voran dem Fernsehen über Pflege in Deutschland berichtet. Der ehemalige Präsident des Deutschen Pflegerates, dem Zusammenschluss fast aller deutscher Pflegeberufsverbände, wurde im März 2018 von dem neuen Gesundheitsminister sogar zum Pflegebeauftragten berufen. So viel Sichtbarkeit der Pflege war nie – in Deutschland zumindest. Warum dann noch etwas kritisieren, wie es in dem Titel anklingt?

Dazu sollen ein paar Stichworte vorab genannt werden, die sich auf die Art der öffentlichen Diskussion beziehen:

Allem voran wird politikerseits der Personalmangel beklagt, wobei dies für die Langzeitpflege, insbesondere die stationäre Versorgung schon länger gilt, aber glücklicherweise seit einiger Zeit von Politikern auch für die Akutpflege wahrgenommen wird. Im Vordergrund der Debatte steht, wir würden ja alle alt und benötigten dann auch Hilfe und ganz offensichtlich fehlen Pflegende, insbesondere solche mit Ausbildung. Die öffentlich diskutierten Strategien zur Abhilfe beziehen sich oft darauf, den Einstieg in die Altenpflegeausbildung im Hinblick auf Voraussetzungen möglichst niedrig zu halten, also niedrigster Schulabschluss und vor allem auch die Ablehnung einer generalistischen Ausbildung, die höhere Einstiegsvoraussetzungen mit sich bringt. Die zweite Stellschraube für genügend Personal in der Altenpflege sollte eine möglichst niedrige Quote an qualifizierten Pflegenden mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung sein, bisher gebieten die Regularien hierfür eine mindestens 50% Quote. Unterstützt werden diese Strategien vor allem durch den mächtigen Arbeitgeberverband privater Träger von Langzeitpfle-

(C) magele-picture

geeinrichtungen (bpa).

Dazu passt eine kürzlich veröffentlichte Äußerung des deutschen Präsidenten der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Ingo Kramer, der mit dem Statement zitiert wurde, dass Schulnoten und wissenschaftliches Verständnis nicht die entscheidenden Kriterien für gute Pflege seien, sondern Herzenswärme und Geduld (Ärzteblatt 2018). Da ähnliche Gegenüberstellungen von prominenter Seite immer wieder zu lesen und zu hören sind, sollte die Frage einmal ausführlicher diskutiert werden, warum Wissen und theoretische Kenntnisse einen Gegensatz zu wichtiger Motivation und Beziehungsgestaltung in der Pflege darstellen. Heißt das, dass Studierte per se keine Geduld und „Herzenswärme“ hätten? Heißt das, dass Menschen mit Empathie zu dumm zum Studieren sind? Außerdem scheint sich hinter derartigen Argumenten die Vorstellung zu verbergen, dass Pflege Studieren immer heißt, sich der Medizin stärker anzunähern. Herr Kramer wird nämlich noch folgendermaßen zitiert: „Wenn wir sie [die Pflegeinteressierten, SB] mit Anforderungen eines Studiums ‚Medizin light’ abschrecken und überfordern, verschärfen wir den Pflegenotstand.“ Pflegewissenschaft scheint für ihn nicht zu existieren, wissenschaftliches Wissen im Gesundheitswesen scheint ausschließlich medizinisches zu sein, für Pflegende natürlich in „Light„-Form.

Seit Bestehen der Pflegeversicherung 1994/95 wurde in Deutschland öffentlich wahrgenommen, dass Langzeitpflege etwas Einfaches sei, das vor allem erfahrene Frauen eigentlich ohne wesentliche Ausbildung gut leisten könnten. Verstärkt wurde diese Vorstellung dadurch, dass beruflich Pflegende im Konzept des Sozialgesetzbuches XI (SGB XI), das die Pflegeversicherung regelt, erst eingesetzt werden sollten, wenn Angehörige die Pflege nicht bewältigen können. Die 20 Jahre dieser Pflegeauffassung führten dazu, dass auch Pflegepraktiker oft meinten, dies sei tatsächlich Pflege. Für Politiker war die Beschreibung im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) ohnehin maßgeblich.

Fatal ist die nach wie vor bestehende Unterscheidung in sog. „Grundpflege“, die Unterstützung bei Alltagshandlungen, und die „Behandlungspflege“, die delegierte Übernahme eigentlich den Ärzten zugeordneter Maßnahmen. „Grundpflege“ ist demzufolge einfach, kann an Hilfskräfte abgegeben werden, während „Behandlungspflege“ zwar keine Pflege ist, da sie aber arztnahe Aufgaben umfasst, hat sie einen höheren Status, verleiht etwas von dem ärztlichen Image an die Pflegenden (Müller 2001).

Es ist positiv hervorzuheben, dass inzwischen nicht mehr vereinzelte, willkürlich ausgewählte Maßnahmen mit wenig begründeten Pflegezeiten zu einer Einstufung führen (Bartholomeyczik et al. 2001), sondern eine deutlich differenziertere Beschreibung des pflegerelevanten Zustands der Pflegebedürftigen (GKV 2011). Öffentliche positive Hervorhebungen dieser Pflegediagnostik, wie ich es nennen möchte, mit dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) beziehen sich vor allem darauf, dass die Pflege nun den Menschen mit Demenz besser gerecht werden könne. Grundsätzlich ist das sicher nicht falsch, aber die Aussage ist auch ein bisschen gefährlich, suggeriert sie doch, dass das alte System für pflegebedürftige Menschen ohne Demenz ausreichend war. Das allerdings halte ich für einen groben Denkfehler, denn all die Pflegeberichte mit den Hinweisen auf Unzulänglichkeiten und Vernachlässigungen in der Pflege alter Menschen haben gezeigt, dass es massive Probleme gibt, die sich keineswegs nur auf Menschen mit Demenz beziehen (z.B. MDS 2017).

Zweifellos ist zu begrüßen, dass in den vergangenen Jahren zunehmend Forschung zur Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz durchgeführt wurde, dass es Rahmenempfehlungen (Bartholomeyczik et al. 2007) und einen Expertenstandard (DNQP 2018) gibt und eine unüberschaubare Anzahl von Buchveröffentlichungen dazu erschienen sind. Grundsätzlich aber halte ich es für einen Fehler, pflegebedürftige alte Menschen in zwei Gruppen aufzuteilen, nämlich die mit und jene ohne Demenz. Diese Dichotomisierung verdeckt, dass es fließende Übergänge gibt. Sie verdeckt, dass auch Menschen, bei denen keineswegs eine kognitive Beeinträchtigung im Sinne einer Demenz festzustellen ist, durch dauernden Personalwechsel irritiert werden, dass sie Zuwendung, Berührung, Geduld benötigen, dass auch sie gelebte Beziehungen (DNQP 2018) als elementaren Bestandteil der Pflege benötigen.

Damit sind wir eigentlich schon bei dem Thema angelangt, das mir am wichtigsten ist: nämlich die Pflegeinhalte, die Notwendigkeit pflegerischer Versorgung für kranke und pflegebedürftige Menschen, warum dies Pflege ist, die anders nicht geleistet wird, aber in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsprofessionen

entscheidend zu Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beiträgt. Dies wird öffentlich fast gar nicht diskutiert, Pflegen als inhaltlich notwendige professionelle Aufgabe im Gesundheitswesen kommt bei allem Jammern und Fordern kaum vor.

Strategien gegen Personalmangel

Politische Strategien zur Behebung des Personalmangels wurden in der neuen deutschen Bundesregierung 2018 ganz plötzlich in den Vordergrund von Debatten gerückt, so wurde mit Stolz verkündet, dass 8 000 neue Stellen für die stationäre Altenpflege geplant seien. Dies wurde sosehr ins Lächerliche gezogen, da die groß klingende Zahl nicht einmal eine Stelle pro Altenheim bedeutet hätte, dass inzwischen immerhin 13 000 Stellen geplant sind, was eine Stelle pro Altenheim bedeutet. Das sind inhaltlich wenig fundierte, sondern nur zur Beruhigung der Wähler erfundene Zahlen, die wenig verändern werden. Wesentlich vielversprechender klingt der Auftrag an ein Forschungsinstitut, eine wissensbasierte Personalbedarfsberechnung für die Langzeitpflege auf Basis von Pflegebedarf zu entwickeln.

Pflegende im Krankenhaus scheinen aus Sicht von Gesundheitspolitikern immer noch vor allem für die Arztassistenz vorgesehen zu sein. Wie sonst wäre zu erklären, dass nur ausgewählte sechs Fachbereiche als pflegesensitiv angesehen werden sollen und für diese solle eine Personaluntergrenze festgeschrieben werden. M.E. gibt es keinen bettenführenden Krankenhausbereich ohne Pflegenotwendigkeit, Patienten kommen ins Krankenhaus, weil sie neben der ärztlichen Therapie auch Pflege benötigen, sonst könnten medizinische Therapien auch ambulant durchgeführt werden. Am absurdesten sind die geplanten „Personaluntergrenzen“, die sich an einem Prozentsatz der am schlechtesten personell besetzten Krankenhäuser ausrichten soll, entweder an der Obergrenze der 10% oder 25% am schlechtesten besetzten Häuser (Simon 2018). Angesichts der vielfach beschriebenen Tatsache, dass im internationalen Vergleich bis zu 100 000 Pflegepersonal-Stellen in allen Krankenhäusern Deutschlands fehlen (Simon 2015), dass auf Europa-Ebene nachgewiesen ist, welche Bedeutung die Anzahl und vor allem auch die Qualifikation Pflegender für die Gesundheit von Patienten bedeutet (Aiken et al. 2014), klingen derartige Pläne geradezu absurd.

Ein äußerst beliebtes Thema in den Talkshows oder anderen öffentlichen Medien ist die Empfehlung, das Image des Pflegeberufs müsse verbessert werden, indem man die Rahmenbedingungen verbessere (Rüddel CareTRIALOG 2018). Und dies wird hier von jemandem propagiert, der sich vehement gegen eine gründliche Verbesserung der Erstausbildung eingesetzt hat.

Zunehmend wird gefordert, Pflegende nach Tarif und einheitlich zu bezahlen, wovon man sich eine große Attraktivitätssteigerung verspricht. In diesem Zusammenhang wird auch davon gesprochen, dass der Mindestlohn (derzeit 8,84 Euro, soll ab 2019 auf > 9 Euro steigen) kein Maßstab für die Pflege sein dürfe. Wenn dies so angesprochen wird, spielt er offensichtlich in der (Alten-)Pflege eine Rolle. Ohne es genauer zu wissen, gehe ich davon aus, dass dies für angelernte Helferinnen gilt. Dennoch ist dies schlichtweg ein Skandal. Es gibt aber auch offizielle Angebote an dreijährig ausgebildete Pflegende, die stundenweise in der ambulanten Pflege arbeiten wollen, zwischen 10 und 15 Euro zu bezahlen. Für solche Bezahlungen wäre kein Handwerker hinter dem Ofen hervorzuholen, aber in den Frauenberufen der Pflege muss es erst zu katastrophalen Verhältnissen

(C) Marco2811

führen, bis dies politikerseits wahrgenommen wird.

Die Funktion Pflegender scheint sich also im Bild der Öffentlichkeit nach wie vor darin zu erschöpfen, entweder einen Beruf auszuüben, für dessen Qualität ein gutes Herz und zwei starke Hände ausreichen und Wissen/ Denken eher schädlich zu sein scheinen, oder nicht ernst genommen zu werden, weil sie nur „Handlangerdienste“ für die Ärzte übernehmen sollten.

Zum Pflegeverständnis und zur Unsichtbarkeit

Zunehmend habe ich den Eindruck, dass ein fachliches Pflegeverständnis im Selbstverständnis zu kurz kommt und daher die Notwendigkeit der fachgerechten Pflegeinhalte unsichtbar bleibt.

Über Pflegeinhalte wird in den Medien selten berichtet, allenfalls über damit verbundene Skandale wie Misshandlungen, Vernachlässigung, Mangelernährung etc und über die physischen und psychischen Belastungen durch die Pflegearbeit. Positive Beispiele gibt es selten, vor allem wenig über positive Wirkungen von Pflege, wissenschaftliche Ergebnisse aus dem Bereich der Pflege kommen schon gar nicht vor.

Ein kurzer Hinweis auf die in den 1980er Jahren in den USA hervorgetretenen Magnetkrankenhäuser soll die Bedeutung von Pflegekonzepten und Pflegeinhalten hervorheben. Diese Krankenhäuser wurden als Magnetspitäler bezeichnet, weil sie in Zeiten eines verbreiteten Personalmangels auffielen, indem sie Pflegepersonal magnetisch anziehen konnte und dieses offenbar auch blieb. Magnetkrankenhäuser sind durch etliche Rahmenbedingungen gekennzeichnet, die neben flachen Entscheidungsstrukturen und einem Qualitätsmanagement mit Erfolgsmessungen beinhalten, dass die Leitung des Hauses die Pflege und ihre professionelle Entwicklung fördert und für sie überall eintritt, dass die Pflegenden fähig sind, autonom zu arbeiten und eine hohe Motivation für die Qualität ihrer Arbeit zeigen und interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders gewürdigt wird (McClure et al. 1983). Diese Strukturen, in denen Pflegeinhalte offenbar gefördert werden, erbringen neben der größeren Arbeitszufriedenheit der Pflegenden auch gesundheitliche Vorteile bei den Patienten durch z.B. eine geringere Dekubitusrate, weniger Stürze und eine geringere 30-Tage-Mortalität (Petit et al. 2015).

Pflegeverständnis: Ein Beispiel

Zum Pflegeverständnis möchte ich ein einfaches Beispiel bringen:

In einem Altenheim geisterte eine Bewohnerin, die mit Rollator noch recht mobil war, nachts durch die Gänge, war verwirrt und desorientiert, hustete ständig, war fürchterlich aufgeregt und nicht zu beruhigen. Die einzige diensthabende Pflegende wusste sich nicht anders zu helfen als den Notarzt zu rufen, der die Bewohnerin ins Krankenhaus einwies. Der diensthabende Arzt dort diagnostizierte eine erhebliche Exsikkose und Mangelernährung trotz Übergewicht, Desorientierung mit Verdacht auf Demenz und einen Reizhusten. Der Arzt verordnete eine Infusion sowie Hustenmedikation. Nach 2 Tagen wurde sie wieder ins Altenheim entlassen mit besserer Orientierung. Wenige Wochen später passierte Ähnliches wieder.

Worum geht es? Die Bewohnerin benötigte zwar wegen einer umfassenden Arthrose weitgehende Hilfe und war deshalb in ein Altenheim gezogen, war aber trotzdem noch relativ mobil. Hier spielt eine Rolle, dass sie selbständig essen konnte und außerdem übergewichtig war, daher galt sie im Zusammenhang mit der Ernährung als nicht pflegebedürftig. Die Pflegenden waren froh, dass sie sich beim Essen um andere Bewohner kümmern konnten. Für intensivere Gespräche mit Fragen nach der subjektiven Perspektive der Bewohnerin blieb keine Zeit, das wurde aber auch nicht als problematisch angesehen.

Dadurch entging den Pflegenden, dass die Bewohnerin Schluckstörungen hatte und sie daher möglichst nichts trank und ihre vollen Gläser wegkippte. Der Flüssigkeitsmangel führte zu zeitweiser Desorientierung. Auch mit der Nahrung bei den Mahlzeiten war sie vorsichtig und aß eher zu wenig. Obwohl das Übergewicht blieb, wurde ihr ihre Kleidung zu weit. Auch das fiel niemandem auf, weil sie sich teilweise selbst anziehen konnte und niemand nach der Passgenauigkeit der Kleidung schaute. Der angebliche „Reizhusten“ stand mit der Dysphagie in Verbindung und könnte sich bald in eine Aspirationspneumonie entwickeln.

Das Verständnis von Pflege begrenzt sich hier offenbar darauf, Pflegebedürftige bei den Alltagshandlungen zu unterstützen, die sie nicht mehr selbst tun können. Hier schlägt sich das merkwürdig verkürzte Verständnis von „Grundpflege“ nieder, denn wenn sie es noch könnten (z.B. selbständig essen), müssen Pflegende nichts tun. Auch eine kommunikative Beziehungsgestaltung scheint wohl erst für Menschen mit Demenz erforderlich. Offensichtlich aber

ist es gefährlich, Pflege auf handwerkliches Tun zu reduzieren. Dann wird zu wenig beobachtet, Pflegediagnostik findet nicht statt, auf Basis fundierten Wissen und personenzentrierter Kommunikation reflektierte Entscheidungen zu treffen, scheint nicht nötig. Es hätte auffallen müssen, dass die Bewohnerin nur sehr zurückhaltend mit ihrem Essen umging, Anzeichen von Schluckstörungen hätten beobachtet werden können. Vor allem hätte eine personenzugewandte Pflege eine kommunikative Beziehung erbringen können, die die subjektive Perspektive der Bewohnerin sichtbar gemacht hätte. So hätte die Angst der Bewohnerin vor Flüssigkeiten und ihre Ablehnung bestimmter Speisen deutlich und Maßnahmen ergriffen werden können. All dies hätte vor dem Hintergrund der möglicherweise dramatischen gesundheitlichen Folgen von Mangel an Flüssigkeit und Nahrung die Pflegenden alarmieren müssen. Dazu allerdings bedarf es vertiefter und umfangreicher Kenntnisse zu diesem Themenbereich (vgl. DNQP 2017).

Sieht man sich in diesem Fall die Kostenseite an, so erstaunt, wie wenig diskutiert wird, dass jede Notaufnahme aus einem Altenheim in ein Krankenhaus immens teuer ist und darüber hinaus wahrscheinlich zusätzliches Leid verursacht. Viel wichtiger scheint die Diskussion zu sein, dass mehr qualifiziertes Personal für die Altenpflege viel zu teuer sei abgesehen davon, dass es nicht zu finden sei.

Bei dem genannten Beispiel handelt es sich noch nicht einmal um schwierige Besonderheiten in bestimmten Pflegesituationen, sondern um grundständiges Wissen und Handeln, das von jeder ausgebildeten Pflegeperson zu erwarten wäre. So sehr die bereits erwähnte Pflegeversicherung (SGB XI) in Deutschland zu loben ist, weil sie das Thema Pflege hervorgehoben hat und Teile der Langzeitpflege finanziert, so katastrophal ist ihre Wirkung mit der darin bis Ende 2016 festgelegten Definition von Pflegebedürftigkeit. In ihr wurde genau die kritisierte Pflegeauffassung niedergelegt – und alles, was in einem Gesetz steht, ist für Laien, also auch Politiker, eine festgelegte Definition. Pflegen bestand demnach aus dem Handeln in den Kernelementen Körperpflege incl. An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Teile der Mobilität. Jedes selbständige Handeln alter Menschen in diesen Bereichen bedeutete, dass sie keine Unterstützung benötigen. In diesem Begriff waren weder Anlässe noch Ziele als notwendig angesehen, vorausschauendes Handeln kam nicht vor, präventives pflegerisches Handeln noch weniger. Glücklicherweise gilt seit 1,5 Jahren ein neuer Gesetzestext, häufig als „neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff“ bezeichnet, obwohl er sich erstmals einer recht alten fachlichen Auffassung annähert, also keinesfalls neu ist

Weiterentwicklungen der Pflege

Kernaufgaben der Pflege sind – unabhängig vom jeweiligen Setting – die Förderung von Selbständigkeit und Selbstpflegefähigkeit und die Unterstützung der Krankheitsbewältigung bzw. die Bewältigung eines Lebens mit einer chronischen Krankheit (Bartholomeyczik 2010). Das bedeutet jegliche negativen Folgen des Krankseins zu verhindern (z.B. einen Dekubitus, Sturz etc.), bedeutet aber auch vorausschauend und im weiteren Sinne präventiv zu handeln. Diese Aufgaben selbständig und verantwortlich erfüllen zu können, setzt neben vertieften Sachkenntnissen voraus, das Handeln reflektieren und begründen zu können, vorausschauend denken zu können und Kenntnisse individuell fallbezogen umsetzen zu können. Immer geht es um das Kranksein und seine Folgen und nicht primär um die Ursachen von Krankheiten wie in der Medizin.

Die meisten Expertenstandards des DNQP haben zum Ziel, dieses pflegerische Grundwissen mit den daraus folgenden Kompetenzen in machbare Empfehlungen zur Erhaltung eines Mindestqualitätsniveaus in der Pflege umzusetzen. Vor diesem Hintergrund ist es äußerst bedenklich, wenn Arbeitgebervertreter der Langzeitpflege ständig behaupten, die Ansprüche in den Standards seien unrealistisch hoch, gleichzeitig aber erweiterte Bildungskonzepte ablehnen. Das Argument für Letzteres ist dann immer wieder, mit höheren Bildungsanforderungen könne man kein Personal für die Altenpflege gewinnen. Dass sich hier eine Abwärtsspirale auftut, scheint nicht gesehen zu werden: „anspruchslose“ Pflegeanforderungen ohne Beziehungsgestaltung und Begründungs- und Bewertungsnotwendigkeiten machen die Arbeit für viele unattraktiv, alternative Arbeitsmöglichkeiten gibt es viele, kenntnisreiche und reflektierende Pflegende verlassen die Altenpflege, die Bewerbungslage wird immer schlechter. Die völlige Fehleinschätzung der Altenpflege zeigt sich immer wieder, wenn bei größeren Betriebsschließungen mit drohender Arbeitslosigkeit für viele Frauen, als Alternative die Arbeit in der Altenpflege empfohlen wird.

Insgesamt aber benötigen wir dringend die Erweiterung des Pfle-

gehandelns angesichts unseres teuren, fragmentierten und offensichtlich an vielen Stellen unzureichenden Gesundheitswesens. Zu nennen sind Konzepte wie z.B. präventives Handeln in Form präventiver Hausbesuche (dip 2008, dip 2018), Schulgesundheitspflege (Kocks 2008, Schmitt et al. 2012) wie sie derzeit mit Bezug auf Auslandserfahrungen erprobt wird, Case- und Caremanagement in einem multiprofessionellen Rahmen (Ewers et al. 2000), Beratung und Anleitung zur Förderung der Selbstbestimmtheit und Selbständigkeit sind elementare Notwendigkeiten jeglicher pflegerischer Versorgung – und eigentlich keine Erweiterung des Pflegehandelns, obwohl es manchmal so scheint (Segmüller 2015). Ansätze zu neuen Berufszuschneidungen im Krankenhaus mit erweiterten Verantwortlichkeiten Pflegender und Aufgabenbeschreibungen für akademisch gebildete Pflegende finden sich in der Ergebnisdarstellung zu einem Modellprojekt in Rheinland-Pfalz (Stemmer et al. 2016).

Wie an den wenigen angegebenen Veröffentlichungen, die allesamt deutschsprachig sind, zu sehen ist, handelt es sich keineswegs um ganz neuartige Konzepte und sie werden in den deutschsprachigen Ländern sehr wohl diskutiert, aber es beginnt gerade erst, dass die Grenzen von der Wissenschaft zur Praxis überquert werden. Es wird sich zeigen, wie lange sich noch ein Modellprojekt an das andere reiht, bis endlich nachhaltige Umsetzungen greifen. Ein gutes Beispiel sind die bereits erwähnten präventiven Hausbesuche, die zwar in zwei Modellprojekten im Abstand von 10 Jahren positive Effekte zeigen, aber nicht in die Regelversorgung überführt werden (dip 2018).

Die genannten Konzepte nähern sich zu Teilen den Advanced Nursing Practice-Rollen (ANP), wie sie international umgesetzt und diskutiert werden und auch im deutschsprachigen Raum langsam nicht mehr zu übersehen sind (Schober et al. 2008, de Jong 2009). Vorausgeschickt werden muss, dass der Begriff der ANP oder ähnliche (Advanced Practice Nursing, Nurse Practitioner, Advanced Expertise, Clinical Nurse Specialist) keine einheitliche Definition aufweisen. Einigkeit herrscht, dass die Kompetenz dazu durch einen Masterstudiengang erworben werden soll, dass es um eine vertiefte Expertise geht und mit Kompetenzen zu kritischer Forschungsrezeption und -weiterführung verbunden sein sollen. Die Inhalte können vielfältig sein, so gehört z.B. die Arbeit einer Hebamme in den USA zum Advanced Nursing Care, aber auch Case Management oder vertiefte Expertise in bestimmten Fachbereichen (Schober et al. 2009). Angesichts des in vielen Ländern bestehenden ärztlichen Versorgungsmangels in ländlichen Gebieten wird das Konzept auch hierzulande oftmals als „Hausarztkompensation“ diskutiert. Hier allerdings ist Vorsicht geboten, denn es geht nicht darum, ein Studium „Medizin light“ anzubieten. Dies findet sich eher in dem explizit die Arztfunktionen stützenden Studiengängen, die auch so heißen „Physician Assistant“ (DGPA 2018). Es geht auch nicht um eine Arztassistenz wie sie etwa im Projekt AGnES konzipiert wurde, wo die Pflegende in arztarmen Regionen hausärztliche delegierbare Aufgaben bei Hausbesuchen übernehmen sollte (van den Berg 2007). Allerdings wird gerade bei den Modellen in der ambulanten Versorgung übersehen, dass sehr viele von Hausärzten wahrgenommene Aufgaben durchaus Pflegeaufgaben sind oder sich zumindest mit diesen überschneiden wie z.B. Beratungen, Unterstützungen und Monitoring von chronisch kranken Menschen, präventive Maßnahmen im häuslichen Umfeld.

In der Schweiz gibt es positive Vorbilder für die Advanced Practice Nurse-Rollen (ANP) und nicht nur für das Krankenhaus gute Beispiele (Spichiger et al. 2018). In der Schweiz allerdings werden MasterabsolventInnen des INS (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel) bereits seit 2003 eingesetzt. (Spirig 2010) In Deutschland ist die Entwicklung

(C) Zerbor

sehr viel zögerlicher.

Ärztliches Definitions- und Kontrollmonopol

Ein Aspekt scheint mir für die Unsichtbarkeit einer eigenständigen professionellen Pflege von großer Bedeutung zu sein: das ist die verinnerlichte und häufig noch gut funktionierende Hierarchie verbunden mit der Idee, dass Pflegen der ärztlichen Anordnung bedarf. Das ist zwar mit den Regelungen der Pflegeversicherung eigentlich aufgehoben, die allerdings verkörperte – wie beschrieben - ein Pflegeverständnis für Angehörige von Pflegebedürftigen, denen etwas handwerkliches Geschick und vor allem Geduld und eine unterstützende Motivation unterstellt wurde. Der ärztlicherseits noch weit verbreitete Anspruch, Normen und Werte als einzige Kompetente im Gesundheitswesen monopolartig definieren zu können, sitzt tief. Anders ist wohl kaum die Skepsis der wichtigsten medizinischen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer gegenüber akademischer Pflegebildung zu verstehen, die sich z.B. in der Ablehnung der Empfehlungen zur akademischen Bildung von Gesundheitsberufen des Wissenschaftsrates finden (Ärzteblatt 2012). Selbst die Hochschulrektorenkonferenz hat 2017 in einer Entschließung die primärqualifizierende Bildung in den Gesundheitsberufen empfohlen (HRK 2017).

Auch wenn es in Deutschland bereits 14 Jahre her ist, dass die DRG-Finanzierung für die Krankenhäuser eingeführt wurde, zeigt die Unsichtbarkeit der Pflege in dem Konzept der Fallpauschalen die ausschließlich ärztliche Sicht auf die Gesundheitsversorgung. Pflege ist darin vorrangig ein Kostenfaktor, der mit einem weitgehend unzureichenden System abgebildet wird. Der später eingeführten erlösrelevanten PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) baut leider auch nur auf der unzureichenden PPR auf und kann allenfalls in Teilen besonders hohen Pflegeaufwand sichtbar machen.

Mir scheinen auch Vorbehalte gegen Tandempraxen, in denen Arzt und Pflegende mit je spezifischen Schwerpunkten gleichberechtigt zusammenarbeiten (Herber et al. 2008), oder Gesundheitszentren, in denen mehrere Gesundheitsberufe kooperieren, aber eigenverantwortlich und selbständig handeln, vor diesem Hintergrund interpretiert werden zu müssen. Integrierte Versorgung ist (war?) ein großes Thema, sie hat aber kaum zu einer Integration von selbständigen Praxen unterschiedlicher Gesundheitsberufe geführt (z.B. Gesundes Kinzigtal 2018)

Fazit

Mehr Geld und mehr Personal in der Pflege allerorten sind von ganz großer Bedeutung, alleine können sie aber nur wenig Nachhaltiges bewirken. Ohne eine inhaltliche Weiterentwicklung der Pflege, ohne vermehrte Selbständigkeit pflegerischer Entscheidungen auf Basis kritischer Reflexionen mit den Kompetenzen zur Übernahme persönlicher Verantwortung kann sich die Pflege nicht weiterentwickeln. Im Sinne der Pflegenden und der Patienten muss sich hier dringend Entscheidendes verändern, damit die pflegerische Versorgung eine Zukunft hat.

Literatur

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh,M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Anne Scott, P., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W. for the RN-4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet, 383, (9931): 1824–1830

Ärzteblatt (2018): https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94641/Arbeitgeber-warnen-vor-ueberforderten-Berufsanfaengern-in-der-Pflege [abgerufen 19.06.2018]

Ärzteblatt (2012): https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50936/Nicht-jeder-Krankenpfleger-muss-studieren [abgerufen 30.06.2018]

Bartholomeyczik, S., Hunstein, D., Koch, V., & Zegelin-Abt, A. (2001). Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung (Vol. Wissenschaft 59). Frankfurt am Main: Mabuse. 2. erw. Aufl. 2016

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., et al. (2007). Rahmenempfehlungen

Autorin

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Krankenschwester, Dipl. Soz., Dr.rer.pol., habil. Pflegewissenschaft, Univ.-Professorin Epidemiologie-Pflegewissenschaft seit 2001, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, davor Professorin Fachhochschule Frankfurt am Main seit 1993.

zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Bartholomeyczik, S. (2010). Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Soll-Vorstellungen. In J. Klauber, M. Geraedts, Friedrich, J. (Hrsg.), Krankenhausreport 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 209-221

DG-PA (2018). https://www.pa-deutschland.de [abgerufen 30.06.2018]

Dip (Hrsg.)(2008). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche.

Dip (Hrsg.)(2018). Präsenz. Prävention für Senioren zu Hause. Abschlussbericht eines Modellvohabens. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pr%C3%A4SenZ-DIP-Projektbericht_Endfassung_Druckversion_final.pdf [abgerufen 27.06.2018]

De Jong, A. (2009). Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure. Die Schwester Der Pfleger, (9), 698-701

DNQP (Hrsg.)(2017). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2017. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück

DNQP (Hrsg.)(2018). Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück

Gesundes Kinzigtal (2018). https://www.gesundes-kinzigtal.de/gesellschafter/ [abgerufen 30.06.2018]

GKV-Spitzenverband (Hrsg.)(2011). Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf [abgerufen 30.06.2018]

Herber, O.R., Rieger, M.Q., Schnepp, W. (2008). Die Bedeutung des Tandempraxen-Konzeptes für die Professionalisierung der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 13 (3), 234-245

HRK (2017). Entschließung der 23. Mitgliederversammlung der HRK am 14. November 2017 in Potsdam Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. https://www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/primaerqualifizierende-studiengaenge-in-pflege-therapie-und-hebammenwissenschaften/ [abgerufen 30.06.2018]

Kocks, A. (2008). Schulgesundheitspflege. Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. Pflege & Gesellschaft, 13 (3), 246-260

McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., Wandelt, M. (1983). Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. Kansas City, MO: American Academy of Nurses; 1–135

MDS (2017). Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)(Hrsg.). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/mds-pflege-qualitaetsberichte.html [abgerufen 30.06.2018]

Müller, S. (2001). Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern: Huber

Petit, D.D., Regnaux, J.P. (2015). Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Jul 17;13(6):168-219. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2262.

Schmitt, S., Görres, S. (2012). Schulgesundheitspflege in Deutschland? Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. Pflege 25 (2), 107-117

Schober, M., Affara, F. (2008). Advanced Nursing Practice (ANP). Bern: Huber

Segmüller, T. (Hrsg.)(2015). Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Rückblick auf 20 Jahre Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse

Simon, M. (2015). Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hochschule Hannover

Simon, M. (2018). Ad absurdum geführt. Personaluntergrenzen. Die Schwester, der Pfleger, 57 (6), 72-75

Spichiger, E., Zumstein-Shaha, M., Schubert, M., Herrmann, L. (2018). Gezielte Entwicklung von Advanced Practice Nurse-Rollen für spezifische Patient(inn) engruppen in einem Schweizer Universitätsspital.

Spirig, R. (2010). 10 Jahre Advanced Nursing Practice in der Schweiz: Rückblick und Ausblick. Editorial. Pflege 23 (6), 363 – 366

Stemmer, R., Remmel-Faßbender, R., Schmid, M., Wolke, R. (Hrsg.)(2016). Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen. Heidelberg: medhochzwei

Van den Berg, N., Meinke, C., Heymann, R., Dreier, A., Terschüren, C., Hoffmann, W. (2007). Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. Pflege & Gesellschaft, 12 (2), 118-134

Wie arbeitet die Pflege international und welche Perspektiven zeigen sich für Österreich?

Die berufliche Pflege ist einer der Gesundheitsfachberufe, welcher ein eigenständiger Heilberuf ist, was bedeutet, dass die Berufsangehörigen „ihre Tätigkeiten gemäß Kenntnisstand der jeweiligen Profession selbständig und in eigener Verantwortung ausüben“ dürfen (Meyer 2015). Davon ausgenommen sind heilkundliche Tätigkeiten, die dem Arzt/der Ärztin vorbehalten bleiben bzw. dessen/deren Anordnung bedürfen (ebenda).

Vor dem Hintergrund der sich ändernden Anforderungen an die berufliche Pflege und einem weiteren Anstieg der pflegebedürftigen Personen ergibt sich der Bedarf einer veränderten Pflegepraxis. Dieser Veränderung wurde in Österreich mit der Novelle des GuKG begegnet. Jedoch wird eine gleichzeitige Akademisierung der bisher ausgebildeten diplomierten Pflegenden benötigt, um dem veränderten Bedarf in der Pflegepraxis zu begegnen. Ebenfalls benötigen Pflegende in höheren fachlichen Positionen wie auch Managementstellen spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten auf Master- und Doktoratsniveau, um den komplexen Anforderungen gerecht werden zu können.

Das Ziel muss eine Versorgung der PatientInnen auf höchstem pflegerischem Niveau sein. Um diesen Auftrag zu erfüllen, bedarf es eines Kompetenz- und Qualifikationsmixes (Skill- und Grademix) in der Pflege, um auch zukünftig dem Pflegebedarf der PatientInnen gerecht zu werden bei gleichzeitig geringeren Personalressourcen.

Pflege International und Österreich

Während man in den USA schon ab dem ersten Drittel des 20. Jahrhunderts und in UK ab Ende der 1950er Jahre an Universitäten Pflege studierte, war es im deutschsprachigen Raum eine Ausbildung ähnlich einem Lehrberuf (Röhrs, 1987, S. 304 zit. nach Janig, 2008, S. 76) Auch heute ist die Pflege noch nicht vollständig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Bachelor, Master und Doktorat) an Hochschulen oder Universitäten verankert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits im Jahr 1988 empfohlen, die Pflegeausbildung an Hochschulen zu verorten (Stöcker, 2005, S.18). Ergebnisse von Studien der WHO zeigen, dass Deutschland und Österreich in vielen Bereichen noch deutlichen Aufholbedarf haben. In anderen europäischen Ländern ist der Aufgabenbereich der Pflege erweitert und vertieft worden (Reinhard, 2012, S. 48). Gerade in Österreich sind wir durch den zukünftig zu erwartenden steigenden Pflege- und Versorgungsbedarf gefordert, hier rasch nachzuziehen. Neue Aufgabenfelder und Tätigkeitsbereiche können von der Pflege in der akuten/chronischen und sektorenübergreifenden Pflege- und Gesundheitsversorgung übernommen werden.
Im Rahmen eines pflegewissenschaftlichen Symposiums in Salzburg wurden zu den Themen Forschung, Lehre und Praxis von Beil-Hildebrand (2011) folgende zukünftige Perspektiven erarbeitet:

- das Grade-Mix und Skill-Mix unter Berücksichtigung eines Primary Nursing,
- die Etablierung von neuen Berufsfeldern im Gesundheitswesen,
- der Transfer von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis,
- die erhöhte Verantwortung und Rechenschaftspflicht
- sowie die verzweifelte Suche nach Lösungen für den Pflegepersonalmangel.

(Beil-Hildebrand, 2011)

Perspektiven für die Pflege in Österreich

Die teilweise bestehende und künftig noch verstärkte Delegation von medizinischen Tätigkeiten an die Pflege zeigt neue Aufgabenfelder, Tätigkeitsbereiche und Möglichkeiten. International zeigt sich, dass die Tätigkeitsfelder der Pflege je nach Spezialisierung und Fort- und Weiterbildung ausgeweitet werden können. So ist es in den skandinavischen und angloamerikanischen Ländern üblich, dass die Pflege Tätigkeiten in der Primär- und Sekundärversorgung durchführt (Dieplinger, 2017).

Um die Tätigkeitsbereiche der Pflege hier auszubauen bedarf es einer kontinuierlichen Entwicklung und Förderung der professionellen Einsatzmöglichkeiten. Der Einsatz von neuen Berufen in der Versorgung und im Gesundheitswesen kann in einer durchgängigen akademischen Ausbildung vonstattengehen. Hier ist besonders ein effizienter Einsatz der Qualifikationen und in weiterer Folge eine neue Definition dieser Berufe nötig. Für die Praxis bedeutet dies, dass es eine Veränderung im Qualifikationsmix geben wird. Um diese Bildungsveränderung für die Pflegeberufe umzusetzen, kann das Vorbild des International Council of Nursing (ICN, 2017) herangezogen werden:

1. Nursing Support Worker (angelernte Hilfskräfte)
2. Licensed Practical Nurse (Assistenzpersonal mit Ausbildung)
3. Registered Nurse (grundständige Pflegeausbildung zur Berufsberechtigung)
4. Nurse Specialist (dreijährige Berufsausbildung mit Weiterqualifikation oder Bachelor)
5. Advanced Nurse Practitioner (Master und Doktorat) (Sahmel, 2014)

Die künftigen Herausforderungen in der Pflege werden sein, dass die Weiterentwicklung von Berufsbildern und Tätigkeitsprofilen in stationären und ambulanten Settings neu definiert wird. lt. Evans und Bräutigam, 2015:

- neue Tätigkeitsfelder für nicht oder gering qualifizierte Beschäftigte (z.B. Assistenz- und Serviceaufgaben oder Spezialdienste wie PatientInnenbegleitdienste)
- über die Neudefinition von Tätigkeitsfeldern für Angehörige bestehender Berufe
- (z.B. Stationsmanagement / Stationssekretariat)
- die Übertragung von Aufgaben vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst, sowie von der Pflege auf assistierende Berufe und
- Integration akademischer, berufsbegleitend erworbener Qualifikationen (z.B. Advanced Nurse Practitioner, Case-Management, etc.) (Evans, Bräutigam, 2015)

Es ist davon auszugehen, dass die künftige Zunahme medizinischer und pflegerischer Versorgungsbedarfe der Bevölkerung mit einer Steigerung der Komplexität der Versorgung einhergeht. Die Folge ist, dass in Zukunft eine Neuverteilung der Aufgabenfelder in der Pflege stattfinden muss. Spezielle Tätigkeitsbereiche, die über die Delegation hinausgehen und weitere eigenständige Aufgaben, werden von ExpertInnen für die Zukunft in der Versorgung empfohlen (vgl. Hoffmann et al., 2013, Dreier et al., 2015).

Die Gesundheitsversorgung wird die nächsten Jahrzehnte in Österreich eine große Herausforderung darstellen. Die Pflege wird hier besonders gefragt sein, eine große Rolle hierbei zu spielen. Das heißt, dass die Versorgung von Menschen im klinischen wie im häuslichen Umfeld nicht ohne eine Veränderung der Berufsstruktur und Ausbildung der Pflege einhergehen kann. Der veränderte epidemiologische Wandel (Anstieg der chronischen und altersbedingten Erkrankungen), der Generationenwechsel der VersorgerInnen (47% der HausärztInnen werden künftig in Pension gehen), die Umkehr des Geschlechterverhältnisses (60% der MedizinerInnen – AbsolventInnen sind Frauen), der Generationenwechsel, Veränderungen generell in der Familienstruktur (mehr Singlehaushalte), der Bedarf an multiprofessioneller Versorgung (-sforschung) und die Änderung der Familienstruktur von Ärztinnen/Ärzten (AlleinerzieherInnen, flexible Arbeitszeitmodelle werden künftig gefordert sein) zeigen schon heute, wo der demographische Wandel uns zwingt, Veränderungen nicht nur anzudenken, sondern umzusetzen. Dem gegenüber stehen die gesellschaftlichen Herausforderungen, die in einer zunehmenden Digitalisierung, in Service von Medizin und Kommunikation, veränderten Berufsbildern und Ausbildung, Urbanisierung, Generation Y und einem Empowerment in der Gesundheitskompetenz, wo „Doktor Google“ erst vor einem Besuch in der Ordination befragt wird (Osterbrink, 2017).

Um all diesen wirklich großen Herausforderungen nur im Ansatz gerecht zu werden, bedarf es einer klaren transparenten und kritischen Auseinandersetzung mit den strukturellen Schwächen des österreichischen Gesundheitswesens. Sektorale Trennungen, Versorgungsdefizite an den Schnittstellen, mangelnde Vernetzung der Subsysteme im Gesundheitswesen, uneinheitliche Dokumentation von Leistungen und Diagnosen, fehlende Outcome-Messungen und Wirksamkeitsnachweise, keine (aktuell wenige) definierte Qualitätsstandards, Schwachstellen in einer integrierten Versorgung (Eger, Sandholzer, 2007). Eine abgestimmte Versorgung kann in einer PatientInnenorientierung, kontinuierlichen, sektorenübergreifenden

und integrierten, interprofessionellen Weise nach standardisierten Behandlungskonzepten (-pfaden) umgesetzt werden (Burkert, 2014)

Konzepte zu einer primären Versorgung werden in Österreich von verschiedenen Perspektiven diskutiert. Auf jeden Fall sollen diese in bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden, um dadurch das Gesundheitssystem besser steuern zu können (Lotsenfunktion). Hauptzielgruppe der Versorgung werden chronisch und multimorbid Erkrankte sein. Ziel ist die Minimierung einer stationären Versorgung nach dem Prinzip ambulant vor stationären und präventiven edukativen Aufgaben (Osterbrink, 2017). Welche Rolle letztlich die Pflege in der Primärversorgung spielt ist durch das derzeitige Gesundheits- und Krankenpflegegesetz vorgegeben und räumt hier weitreichende Kompetenzen ein. Zukünftig wird in Österreich Pflege in einer kooperativen Arbeit nicht Arzt-ersetzend tätig sein. Der Einsatz von Pflegenden bietet daher die Möglichkeit, ein weites Leistungsspektrum in Arztpraxen zu erweitern. Das Fachwissen der Gesundheits- und Krankenpflege ermöglicht eine qualitätsgesicherte und bedarfsorientierte Betreuung im Rahmen der Primärversorgung. Die Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in jedem Lebensabschnitt, bei Kindern und Jugendlichen (Einbindung der Eltern in das Therapiekonzept z.B. Diabetes), Beratung über die Anwendung von Pflegehilfsmitteln (z.B. Lagerung nach Schlaganfall), Verbandwechsel bei Wunden, Verabreichung von Infusionen und Injektionen nach Anordnung der Ärztinnen/Ärzte, Erklärung zur richtigen Einnahme von Medikamenten, etc. (Osterbrink, 2017).

Länder	Triage	Standardisierte Diagnostik	Standardisierte therapeutische Maßnahmen	Management chronischer Erkrankungen	Verschreibung von Medikamenten (ANP)	Prävention & Gesundheits-förderung
Verein. Königreich		X	X	X	X	
Finnland		X		X	X	X
Schweden *		X	X	X		X
USA	X	X	X	X	X	X

Tätigkeitsbereiche ausgewählter Länder, eigene Darstellung, 2017;
*nur bei PatientInnen mit Diabetes mellitus

Internationale Beispiele zeigen, dass die Pflegekräfte in Arztpraxen (Allgemeinmedizin) einen wichtigen Beitrag leisten können und akademisch ausgebildete Pflegende (inkl. Spezialschulungen) in der Lage sind, hausärztliche Tätigkeiten im Rahmen der Routineversorgung zu übernehmen, ohne dass negative Konsequenzen für die PatientInnen zu erwarten sind (Abuzahra, 2016). Die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch die Pflege ist in vielen Ländern gelebte Praxis. In Österreich zeigt die Situation, dass - meist ausgelöst von Ärztinnen-/Ärztemangel und Versorgungsdefiziten - die Pflege ausbildungsfremde Tätigkeiten übernimmt, um die PatientInnenversorgung zu garantieren (Abuzahra, 2016, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, 2016, S. 15f).

Lösungsansätze zu dieser Problemsituation werden in der Fokussierung auf akademische Ausbildung gesehen. Die auf universitärem Niveau vermittelten Kompetenzen ermöglichen einen fachlich und methodisch qualifizierten Umgang mit pflegerischen Instrumenten. Zielperspektive stellt eine Anreicherung der Beschäftigung durch Ausweitung des Tätigkeitsfelds der akademisierten Pflege dar. Mit diesem Ansatz wäre eine Präzisierung von Primärleistungen, welche von ärztlicher bzw. pflegerischer Seite erbracht werden, verbunden, um die mannigfaltigen Vorteile einer Erweiterung des Leistungsspektrums durch Pflegekräfte nutzen zu können (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, 2016, S. 17).

Aus internationaler Sicht gibt es in der Pflege zwei Kompetenzlevel: General Practice Nurses (auch Primary (Health) Care Nurse genannt) und jenes der Advanced Nurse Practitioners. In einer Studie (Osterbrink, et al., 2017) konnte gezeigt werden, dass eine Tendenz zum vermehrten Einsatz von Advanced Nurse Practitioners besteht. Der Umfang der übernommenen Tätigkeiten reichte von einigen einfachen Aufgaben bis hin zum umfassenden Management inklusive Diagnostik, Therapie, PatientInnenschulungen und Beratungen (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, 2016). Aiken et al. (2014) konnte zeigen, dass mit einem Anstieg der Beschäftigung akademisch ausgebildeter Pflege in Krankenhäusern die 30 Tages Mortalität um 5% gesunken ist. Diese Studie umfasste 168

Krankenhäuser in Pennsylvania und 232.342 PatientInnen (Aiken et al., 2014).

Ausbildung für Pflegende in Österreich

Die Tätigkeitsfelder der beruflich Pflegenden sind international wesentlich umfassender. Hier kann im Vergleich zu Österreich festgestellt werden, dass hier viele Best Practice Beispiele für die Pflege abgeleitet werden können. In allen Bereichen - ob akute oder chronische Versorgung - die Arbeitsbereiche der Pflegenden sind vielfältig. Um diese Durchgängigkeit einer pflegerischen Versorgung garantieren zu können, benötigen die beruflich Pflegenden eine entsprechend akademische Ausbildung, die von der grundständigen Berufsausbildung bis hin zu einem Masterstudium und Doktorat reichen. Hier zeigt sich ganz klar ein sehr großes Potential der Versorgung durch die Pflegenden. Ob in einem Angestelltenverhältnis in einer Klinik, Primary Health Care Center oder in einer eigenständigen Praxis, die Tätigkeitsfelder international sind in den USA, UK oder skandinavischen Ländern wesentlich vielschichtiger als dies in Österreich derzeit unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen möglich ist (Dieplinger, 2017).

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungen hat 2016 und 2017 eine Studie im Vergleich von medizinischen und pflegerischen Tätigkeitsbereichen in Auftrag gegeben. Hier zeigte sich ganz klar, dass es keinen qualitativ negativen Unterschied macht, wenn die Pflegenden mit einer zusätzlichen Ausbildung zur Advanced Nurse Practitioner in der Versorgung eigenständig eingesetzt werden. Durch Schulungen und mit der Möglichkeit, im Bedarfsfall AllgemeinmedizinerInnen zu kontaktieren, kann der Tätigkeitsbereich für Pflegende ausgedehnt werden. Es zeigt sich sowohl im klinischen als auch patientInnenrelevanten Outcome, dass die PatientInnenzufriedenheit tendenziell bei den Gruppen, die von den Pflegenden betreut wurden, höher sind. Anzahl und die Dauer der Konsultationen sind tendenziell ebenso in den von Pflegenden betreuten Gruppen höher (vgl. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, 2016, S. 70ff).

Sowohl in den USA, UK und den skandinavischen Ländern ist die akademische Ausbildung der beruflich Pflegenden über Jahrzehnte Tradition. Um tatsächlich einen Versorgungsengpass in der Zukunft vermeiden zu können, sollten wir, wie international vorgelebt, der Pflege wesentlich mehr berufliche Möglichkeiten einräumen als dies jetzt der Fall ist. Mehr eigenständige Aufgabengebiete in der Klinik, Verortung in der Praxis, besonders bei der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen, Abrechnungsmöglichkeiten mit den Versicherungsträgern (ähnlich wie Hebammen), Ausbau der primären Versorgungszentren, usw. (Osterbrink et al., 2017)

Derzeitige Ausbildungen zum Master Advanced Nursing Practice (ANP) gibt es in Österreich als Weiterbildungsmaster mit 90 ECTS und als universitären Master mit 120 ECTS. Für ein aufbauendes Doktoratsprogramm sind 300 ECTS (Bachelor mit 180 ECTS und Master mit 120 ECTS) Voraussetzung.

Das Institut für Pflegewissenschaft und -Praxis hat im Frühjahr mit einem Studiengang Master ANP mit 38 TeilnehmerInnen gestartet. Im Oktober 2018 beginnt wegen der großen Nachfrage ein weiteres universitäres Masterstudium ANP (120 ECTS), welches Pflegende für ein Doktoratsstudium (Doctor of Nursing Practice DNP) vorbereitet.

Das Studium bietet zwei Schwerpunkte (acute care und chronic care), ist berufsbegleitend und ist in einer kombinierten Online-Präsenz mit Online-Lerninhalten gestaltet. Das Studium wurde nach den Kriterien der American Association of critical care Nurses (Bell, AACN, 2017) konzipiert.

Notwendige Qualifikation der Pflege nimmt zu - Teams, PatientInnen und Klinik profitieren

Dass ohne weitergehende Qualifizierung bestimmte pflegerische Aufgaben nicht mehr zu stemmen sind, wird allerorten breit diskutiert. „Unsere AbsolventInnen erweitern und ergänzen das Kompetenzspektrum der pflegerischen Teams und erhöhen dessen Wirkungsgrad. Sie qualifizieren die Schnittstelle zur Medizin, sind in der Lage, analytisch zu dokumentieren und so optimierend und innovativ auf Pflegeprozesse und Clinical Pathways zu wirken“, so Jürgen Osterbrink, Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis und Vizedekan für Studium und Lehre an der Paracelsus Universität.

Grundvoraussetzung und Basis für diese Tätigkeiten stellt ein Bachelorabschluss dar. Viele Pflegende sind bereits mit einem Bachelor ausgestattet in Kliniken tätig. Allerdings ist diese Qualifikation für eine zentrale Gruppe von Pflegenden nicht verfügbar gewe-

sen, denn im Gegensatz zu den primärqualifizierenden Studienprogrammen gab es für die Gruppe der bereits seit Jahren aktiven Pflegenden kaum Angebote sich mit einem Bachelor nachzuqualifizieren. Für diese Gruppe existiert an der PMU das Bachelorstudium Pflegewissenschaft Online. Das „Online“ im Titel ist hier weniger ein Werbebegriff sondern wirklich Programm, denn das Studium findet zum allergrößten Teil Online im Netz bzw. in virtuellen Settings statt, und ermöglicht den Pflegenden ein Studium komplett vereinbar mit den spezifischen Anforderungen wie der Dienstplangestaltung und natürlich auch mit den Bedürfnissen der Familie.

Ganz aktuell startet ein Programm bei dem über ein spezielles Assessmentverfahren die beruflichen Kompetenzen und Erfahrungen in den Studiengang einfließen können. Mit dieser individuellen Anrechnung der beruflichen Kompetenzen kann nun die immense Erfahrung der Studierenden gewertet werden, und dazu auch das Studium verkürzt werden.

Die Option über einen speziellen Kurs auch ohne Matura oder Abitur zum Online-Studium Pflegewissenschaft zugelassen zu werden ist bereits seit mehreren Jahren implementiert und sehr erfolgreich. Auch diese Neuerung erlaubte vielen äußerst kompetenten und erfahrenen Pflegenden überhaupt erst den Zugang zu den Hochschulen.

Nach dem Abschluss des Studiums können die AbsolventInnen nun ausgestattet mit einer breiten wissenschaftlichen Basis voller Zuversicht in ein Masterstudium starten. Dass der Nutzen für die Teams auf den Stationen noch größer als allgemein angenommen ausfällt, hat mehrere Gründe. Zum einen ist ein Masterstudium Advanced Nursing Practice ganz auf die praktische Arbeit der PatientInnen ausgerichtet. Zum anderen sind AbsolventInnen sehr gut in der Lage, pflegewissenschaftliche Inhalte und Leistungen an den Schnittstellen zur Medizin, zur Organisation und zur Verwaltung transparent darzustellen. Der Beitrag, den die Pflege zum klinischen Gesamtergebnis positiv beeinflussen kann, ist messbar und belegbar (vgl. Aiken et al., 2014). So sind viele der bisherigen AbsolventInnen der an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität vorangegangen Masterstudiengänge in Führungspositionen, haben eigene Aufgabenfelder in der Klinik und Praxis übernommen und verfügen über eine hohe pflegerelevante und wissenschaftliche Kompetenz. Masterstudierende sind in weiterer Folge eines Studiums im Ph.D. Jahrgang vertreten. Es werden aber auch BewerberInnen von Extern zum Doktoratsprogramm (Nursing and Allied Health Sciences; Doctor of Philosophy Ph.D.; www.pmu.ac.at/phd-pflege.html) zugelassen. Ab 2019 wird ein Doktoratsstudium Doctor of Nursing Practice (DNP) erstmalig im deutschsprachigen Raum angeboten. Im Gegensatz zur patientinnen- / patienten- und familienzentrierten Junior Advanced Nursing Practice mit einem Master Degree geht es bei den Senior Advanced Nursing Practitioners um eine Evaluierung der Pflege auf lokaler, regionaler und

nationaler Ebene.

Weitere Informationen finden Sie unter:
https://www.pmu.ac.at/onlinestudium.html

www.pmu.ac.at/master-anp

https://www.pmu.ac.at/dnp-pflege-und-gesundheitsversorgung.html

https://www.pmu.ac.at/phd-pflege.html

Persönliche Anfragen werden auch gerne per Email anna.dieplinger@pmu.ac.at oder telefonisch +43 (0)662 2420 – 80360 beantwortet.

Autorin

Priv.-Doz.in Mag.a Dr.in Anna Maria Dieplinger
Abteilungsleitung Masterstudiengänge, Doktoratsstudiengänge und Universitätslehrgänge Paracelsus Medizinische Universität Institut für Pflegewissenschaft und –Praxis, Postdoc für Versorgungsforschung und Palliative Care, Expertin für Gendermedizin, Lehrende an Universitäten und Fachhochschule und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwester

Autor

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink
RGN, MN(HP), Ph.D

Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis
Vizedekan für Studium und Lehre, Director des WHO CC
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Osterbrink absolvierte die Ausbildung zum Krankenpfleger sowie die Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege. Nach Abschluss des Masterstudiums der Pflegewissenschaften an der Universität Glasgow (Großbritannien) erlangte er den PhD (Gesundheits- und Pflegewissenschaften) an der Universität Leuven (Belgien). 2010 wurde ihm die Ehrendoktorwürde der University of North Florida, Jacksonville verliehen.

Seit 2007 ist Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Osterbrink Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg. Seit 2003 ist er ebenfalls Professor (Tenure) für Pflegewissenschaft an der Universität von North Florida, Jacksonville. Professor Osterbrink ist Mitglied in verschiedenen Beratungsgremien von Zeitschriften sowie klinischen und wissenschaftlichen Initiativen.

Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Themenbereich der Versorgungsforschung hier insbesondere „ Schmerzmanagement“ sowie „Standardisierung von Schmerztherapien“. Er ist der wissenschaftliche Leiter des Deutschen Schmerzstandards (www.dnqp.de) und Projektleiter mehrerer mehrjähriger Forschungsprojekte (z.B. www.schmerzfreie-stadt.de).

Prof. Osterbrink ist Mitglied mehrerer internationalen Vereinigungen.

Seit Januar 2016 ist das Institut für Pflegewissenschaft und -praxis unter der Leitung von Professor Osterbrink WHO Collaborating Centre for Nursing Research and Education.

Literatur

Abuzahra, M. et al., (2016). Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung.

Aiken et.al. (2016). Nursing skill mix in European hospital: cross-secional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., for the RN4CAST consortium (2014). Nurse Staffing and education and hospital mortality in nine European Counties: a retrospective observational study. Lancet, 383, 1824–30. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8. dl. 2017

Beil-Hildebrand, M.B. (2011). Beruf – Berufung – Profession: die internationalen Bestrebungen der Pflegebildung und –praxis. Symposium-Reader des 1. Pflegewissenschaftlichen Symposiums in Salzburg: Forschung – Lehre – Praxis am 17.10.2011. Salzburg: Paracelsus Medizinische Privatuniversität. Online verfügbar unter: http://www. beil-hildebrand.de/publikationen.html

Bell, L. (2017). American Association of critical care Nurses Scope and Standards for Acute Care Nurse Practitioner Practice, USA 2017

Burkert, N. (2014). Ambulatory Care Sensitive conditions, Campbell BMJ 1998

Dieplinger, A. (2017), Versorgungsforschung pflegewissenschaftliche und methodologische Perspektiven dargestellt an durchgeführten Projekten in Österreich 2012 bis 2016

Dreier, A., Rogalski, H., Homeyer, S., Oppermann, R., Hoffmann, W. (2015) Neue Versorgungs- und Qualifikationsansätze im demografischen Wandel: Die künftigen Aufgabeteilungen im Gesundheitswesen

Eger, Sandholzer (2007). Integrierte Versorgung in Österreich, eine Bestandsaufnahme, Wiener Gebietskrankenkasse

Europäische Gemeinschaften (2009). ECTS-Leitfaden. Eberhardt, D. (2014). Der Blick für das Wesentliche. Pflegepraktiker zu Akteuern einer Evidence-basierten Praxis ausbilden. PADUA, 9(4), 213-221.

Evans, M., Bräutigam, Ch. (2015). Professionalisierung als reflexive Arbeitsgestaltung zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, (2016) Projektleitung. Abuzahra, M. et al., (2016). Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis

Hoffmann, W., Berg, N. van den, Dreier, A. (2013). Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen. Das „Greifswalder 3-Stufen-Modell", Bundesgesundheitsblatt, 56 (4), S. 555-561.

International Council of Nurses (ICN) (2017). Nurses: A Voice to Lead – Achieving the Sustainable Development Goals. Accessed on: 6 Nov., 2017. Available at: http://www.icn.ch/publications/2017-nursing-a-voice-to-lead-achieving-the-sustainable-development-goals/

Janig, H. (2008). Gesundheit und Pflege an Fachhochschulen – mögliche Auswirkungen akademischer Ausbildung. In E. Rásky (Hrsg.). Gesundheitsprofi(l) für die Pflege. (S. 74-87). Fakultas. Wien

Meyer, G., Balzer, K. & Köpke, S. (2013). Evidence-based nursing practice—Opinions on the status quo. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität, 107, 30-35.

Osterbrink, J. (2017). Gesundheitsversorgung 2022, Vortrag PMU Salzburg

Osterbrink J., Dieplinger A., Nestler N. et al. (2017). Studie im Auftrag für die Arbeiterkammer Salzburg, Pflegerische Tätigkeitsfelder aus internationaler Perspektive - Eine Analyse zur Erhebung der Tätigkeitsfelder der Pflege in ausgewählten Ländern (USA, UK, Skandinavien), Institut für Pflegewissenschaft und –praxis Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Reinhart, M. (2012). Pflegerische Bildungswege in Europa, Heilberufe, 64(2), 46-48. Doi: 10.107/s00058-012-0249-8

Sahmel, K. H., (2014). Kritische Debatte zur Generalitischen Pflegeausbildung, Einspruch gegen den Versuch eine grundlegende und kritische Debatte über die „Generalistische Pflegeausbildung" zu verhindern. http://www.dbva.de/does/buendnis/Mai_2014/Kritische%20Debatte%20zur%20Generalistischen %20Pflegeausbildung.pdf, dl. 22.10.2014

Stöcker. G. (2005). Europäisierung der Gesundheits- und Pflegeausbildung. In M. Landenberger et al. (Hrsg.) Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Schlütersche. Hannover.

Bettina Hojdelewicz, Ulrike Resch-Kröll

Kinaesthetics in der Pflege

Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe

facultas 2018, 216 Seiten, broschiert
EUR 29,90 (A) / 29,10 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-1592-0

Mit Filmen zum Buch!

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

Keine Spitzen-Medizin ohne Spitzen-Pflege!

MASTER-STUDIENGANG ANP
Start Oktober 2018

Immer ältere, schwerer erkrankte Patienten bei immer kürzerer Verweildauer: Enge Zusammenarbeit in Teams aus hoch qualifizierten Pflegenden und Medizinern ist längst unverzichtbar.

Unsere Absolventen sind in der Lage, Pflegeprozesse innovativ zu beeinflussen. Sie qualifizieren die Schnittstelle zur medizinischen Versorgung und vollziehen die Wandlung der Gesundheits- und Krankenpflege zur eigenständigen, akademisch fundierten Praxisdisziplin.

Familienfreundlich studieren im Virtuellen Hörsaal

Die PMU hat lebendige Formate für Online-Studiengänge entwickelt. Nur geringe Teile des Studiums bestehen aus statisch vermittelten Inhalten; vieles passiert ‚live' und dialogorientiert im Virtuellen Hörsaal. Unsere Studiengänge ermöglichen so ein berufsbegleitendes Online-Studium auf hohem akademischem Niveau.

Berufsbegleitend online studieren:

BACHELORSTUDIUM Pflegewissenschaft
Abschluss: Bachelor of Science in Nursing (BScN)
3 Jahre (3 Kompetenzlevel), 180 ECTS

MASTERSTUDIUM Pflegewissenschaft
Abschluss: Master of Science in Nursing (MScN)
4 Semester (2 Studienjahre), 120 ECTS

MASTERSTUDIUM Advanced Nursing Practice (acute/chronic care)
Abschluss: Master of Science in Advanced Nursing Practice (MScANP). 2 Jahre, 120 ECTS

DOKTORATSSTUDIUM in Nursing & Allied Health Sciences
Abschluss: Doctor of Philosophy (Ph.D.)
3 Jahre (Vollzeit) oder 6 Jahre (Teilzeit), 180 ECTS

Mehr Infos:
www.pmu.ac.at/pflege

PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

(C) Sebastian Duda

Das Gesundheitsberufsregister in Österreich

Wer, Was, Wo & Wann ? Die 4 W-Fragen zur Registrierung

Seit 1. Juli 2018 müssen sich Angehörige nicht ärztlicher Gesundheitsberufe in ein zentrales Berufsregister eintragen lassen. Hierzu zählt auch die Gesundheits- und Krankenpflege, für die bereits im österreichischen Pflegebericht 2006 eine Registrierung empfohlen wurde. Grund dafür war, dass zu diesem Zeitpunkt nur lückenhafte Angaben zur Quantität verfügbarer Pflegepersonen existierten (Gratzer & Schwaiger, 2015, S. 58).

Ein Ziel der Registrierung ist es demnach, die tatsächlichen Humanressourcen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten belastbar abzubilden. Dadurch können etwaige Versorgunglücken erkannt und Bedarfsplanungen fundamental begründet durchgeführt werden. Insbesondere für die Primärversorgung müssen nicht ärztlichen Gesundheitsberufe in ausreichender Qualität und Quantität sichergestellt werden (Riedel, 2016, S. 382).

Darüber hinaus soll das Register für Arbeitnehmer, Patienten und Dienstgeber die Transparenz hinsichtlich der Qualifikation und Schwerpunktsetzung eingetragener Personen erhöhen (Gratzer & Schwaiger, 2015, S. 60).

Wer muss sich in das Gesundheitsberufsregister eintragen lassen?

Als registrierungspflichtig gelten gem. §1 Abs 2 des Gesundheitsberufsregister-Gesetzes Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Die Verpflichtung besteht sobald der Beruf in Österreich ausgeübt wird, selbst dann, wenn das ehrenamtlich geschieht. Personen die im Ausland leben, den Beruf jedoch in Österreich ausüben, müssen ebenfalls einen Antrag stellen. Wer sich nicht registrieren lässt, ist somit auch nicht berufsberechtigt. Eine Registrierung in Österreich gilt nicht als Berufsberechtigung im Ausland nicht.

Von der Registrierungspflicht betroffen sind:

- Biomedizinische Analytikerin und Biomedizinischer Analytiker
- Diätologin und Diätologen
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
- Ergotherapeutin und Ergotherapeut
- Logopädin und Logopäde
- Orthopistin und Orthopist
- Pflegeassistentin und Pflegeassistent
- Pflegefachassistentin und Pflegefachassistent
- Physiotherapeutin und Physiotherapeut
- Radiolologietechnikerin und Radiologietechniker

Was ist vom Antragsteller einzureichen?

Für Personen, die zum Stichtag 1. Juli 2018 ihren Beruf nicht ausgeübt haben gilt § 15 des Gesundheitsberufsregister-Gesetzes in vollem Umfang. Einzubringen sind daher ein Identitätsnachweis, ein Staatsbürgerschaftsnachweis, eine Wohnsitzmeldung, ein Nachweis der Berufsberechtigung/ Qualifikation, sowie der Vertrauenswürdigkeit und der gesundheitlichen Eignung. Über die gesundheitliche Eignung entscheidet ein ärztliches Zeugnis. Nachweise über die Vertrauenswürdigkeit und die gesundheitliche Eignung dürfen nicht älter als 3 Monate sein. Last but not least können auch Belege über die zur Berufsausübung nötigen Sprachkenntnisse eingefordert werden, sofern diese aus den Unterlagen nicht abgeleitet werden können. Für Personen die zum Stichtag bereits aktiv im registrierungspflichtigen Beruf arbeiteten, ist der Aufwand etwas geringer. Sie können bei ihrem Antrag auf das ärztliche Attest, den Strafregisterauszug und den Nachweis von Sprachkenntnissen verzichten (Gesundheitsberufsregister-Gesetz, www).

In jedem Fall sind die Dokumente im Original oder in beglaubigter Abschrift zu erbringen. Wenn die Dokumente nicht in deutscher Sprache vorliegen, sind diese gerichtlich beeidet zu übersetzen. Da mit dem Eintrag in das Berufsregister auch ein Berufsausweis ausgestellt wird, ist dem Antrag Passfoto beizulegen.

Erfüllt ein Antragsteller alle Anforderungen muss die Behörde eine Eintragung in das Berufsregister vornehmen.

Wo ist der Antrag auf Registrierung zu stellen?

Zuständig sind die Arbeiterkammer oder die Gesundheit Österreich GmbH. Da es bei der Registrierstelle keine Wahlfreiheit gibt, müssen die Antragsteller ihre Zugehörigkeit kennen. Freiberufler, ehrenamtlich Tätige und Angestellte die nicht Mitglied der Arbeiterkammer sind, müssen ihre Anträge bei der Gesundheit Österreich GmbH stellen. Das gilt auch für Absolventinnen und Absolventen einer Fachhochschule die zum 01. Juli 2018 noch nicht berufstätig waren.

Mitglieder der Arbeiterkammer, sowie Arbeitssuchende können sich eben dort registrieren lassen. Für Absolventinnen und Absolventen von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ist ebenfalls die Arbeiterkammer zuständig.

Der Antrag ist nicht am Wohnort, sondern in Niederlassungen am Dienstort zu stellen. Er kann persönlich oder online eingebracht werden, wobei für den Onlineantrag eine Bürgerkarte oder eine Handysignatur benötigt wird (Gesundheit Österreich GmbH, www).

Bis wann hat die Registrierung zu erfolgen?

Berufseinsteiger oder Personen die zum Stichtag ihren Beruf nicht ausgeübt haben, müssen sich jedenfalls vor Antritt eines Arbeitsverhältnisses registrieren lassen. Wer am 01. Juli 2018 bereits im registrierungspflichtigen Beruf tätig war, darf sich längstens bis zum 30. Juni 2019 Zeit lassen. Bei einem Pensionsantritt bis einschließlich Juni 2019, kann ganz auf die Registrierung verzichtet werden.

Mehr Transparenz und Qualität durch das Gesundheitsberufsregister?

Wer alle Voraussetzungen zur Berufsausübung in Österreich erfüllt, wird in den Gesundheitsberufsregister eingetragen und erhält einen Berufsausweis. Dieser weist neben dem Namen und der Berufsqualifikation auch den Status der Registrierung aus. Die Registrierung gilt nämlich nur für 5 Jahre und muss dann erneuert werden. So wird sichergestellt, dass die abgebildeten Daten regelmäßig aktualisiert werden. Des Weiteren kann jedermann in einem öffentlich zugänglichen Teil des Gesundheitsberufsregisters einsehen. Dort werden die Daten der eingetragenen Personen dargestellt, die insbesondere über die berufliche Qualifikation Auskunft geben. Von dieser Transparenz könnten vor allem Patienten und Dienstgeber profitieren. Zu berücksichtigen ist, dass die Registrierung auch ruhend gestellt werden kann. In diesem Fall besteht kein Recht

zur Berufsausübung in Österreich. Dieser Fall tritt ein, wenn nicht innerhalb der Toleranzfrist um Verlängerung der Registrierung ansucht wird. Ursprünglich wurde angedacht, dass auch die Registrierung von Personen die ihren Fort- und Weiterbildungspflichten nicht nachkommen, ruhend gestellt werden könnte (Erläuterungen zum Gesundheitsberufsregister-Gesetz, www). Für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind gem. § 63 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz immerhin 60 Fortbildungsstunden innerhalb von 5 Jahren normiert. Im tatsächlich verabschiedeten Gesetz wurde dieser Zugang jedoch nicht weiter verfolgt. Die Kontrolle der Fort- und Weiterbildung obliegt weiterhin den Berufsangehörigen selbst und gegebenenfalls deren Arbeitgebern (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit- und Konsumentenschutz, www).

Die Registrierung mag für mehr Transparenz sorgen, ob sie, wie oftmals postuliert wurde, einen Beitrag zur Qualitätssicherung leistet kann bleibt abzuwarten.

Abschließend ist noch die Frage nach der Kostentragung zu klären. Die gute Nachricht lautet, dass die Registrierung dem Antragsteller nicht in Rechnung gestellt wird. Die Kosten trägt somit der Steuerzahler. Andere Aufwendungen, etwa für Atteste oder Beglaubigungen, bleiben allerdings beim Antragsteller.

Quellen:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit- und Konsumentenschutz. Fort- und Weiterbildung. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitssystem/professional/gbr/berufsangehoerige/fortbildung-weiterbildung [05.07.2018]

Erläuterungen zum Gesundheitsberufsregister-Gesetz. Verfügbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00690/fname_424001.pdf [5.7.2018]

Gesundheit Österreich GmbH. Gesundheitsberufsregister. Verfügbar unter: https://goeg.at/GBR [5.7.2018]

Grazer & Schweiger (2015). Registrierung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe – Nutzen für alle! Österreichische Pflegezeitschrift für Pflegerecht. (2), 58-59.

Rechtsinformationssystem des Bundes. Gesundheitsberufsregister-Gesetz. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20009644/GBRG%2c%20Fassung%20vom%2005.07.2018.pdf [5.7.2018]

Riedl, M. (2016). Planvoller Aufbau von Humanressourcen im Gesundheitswesen Österreichs, bitte warten! Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der Österreichischen Sozialversicherung. (9), 382.

Autor

Mag. Alfred Schatz
Pflegewissenschafter und Hochschullehrer.
Lehrtätigkeit an der FH-Burgenland

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

Paternalistisches Miteinander hinter sich lassen

Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe zu Fixierungen

Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe hat aufhorchen lassen. Am 24. Juli 2018 haben die höchsten Richter der Bundesrepublik Deutschland eine Entscheidung veröffentlicht, dass freiheitsentziehenden Maßnahmen klare Grenzen setzt. Es stellt nicht nur klar, dass die Fixierung einen Eingriff in das Grundrecht auf die Freiheit der Person darstellt. Wenn eine freiheitsentziehende Maßnahme länger als 30 Minuten andauert, so hat es einen Richtervorbehalt zu geben.

Für Krankenhäuser, insbesondere psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, ist diese Gerichtsentscheidung mit einschneidenden Konsequenzen verbunden. Denn bislang reichte es im Zusammenhang mit einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung aus, wenn ein Arzt die Fixierung angeordnet hat. Nun muss sich der Arzt seine Entscheidung richterlich bestätigen lassen. Die Amtsgerichte sind aufgefordert, tägliche Bereitschaftsdienste in der Zeit von 6:00 bis 21:00 Uhr zu gewährleisten.

Unter Pflegenden befürchtet man seit dem höchstrichterlichen Urteil, nun keine sich selbst oder andere gefährdenden seelisch erkrankte Menschen fixieren zu dürfen. Übergriffe auf psychiatrische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden nun zunehmen, man habe einfach nur noch Angst. Die subjektive Angst ist sicher nachzuvollziehen. Doch gilt auch weiterhin beispielsweise der rechtfertigende Notstand. Wenn dieser gegeben ist, haben Pflegende auch weiterhin die Möglichkeit, auffällige Menschen ihrer Freiheit zu berauben.

Signalwirkung

Die Signalwirkung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts ist wichtig. Denn die Verfassungsrichter haben einmal mehr unterstrichen, dass die Selbstbestimmung des Menschen ein genauso hohes Gut wie die Freiheit des Einzelnen ist. Für Pflegende, aber auch Menschen aus anderen helfenden Berufen ist es ein Moment, die Zeiten eines paternalistisches Miteinanders zwischen pflegenden und gepflegten Menschen hinter sich zu lassen.

Es spricht für die Verfassungsrichter, dass sie zwischen kurzfristigen, bis zu 30 Minuten dauernden Fixierungen und längeren, darüber hinausgehenden Freiheitsentziehungen unterscheiden. Damit zeigen sie, dass sie sich mit dem Freiheitsentzug als Intervention beschäftigt haben. In der psychiatrischen Versorgung gibt es immer wieder Menschen, die nur eine kurze Intervention brauchen, um sich zu beruhigen, aus Krisensituationen herausfinden zu können. Es macht Sinn, mit mit dem Thema sehr sorgsam und differenziert umzugehen.

Der Begriff der Selbst-oder der Fremdgefährdung muss eine ausgeprägtere Kontur bekommen. Wenn die Bedingungen für eine Freiheitsentziehung enger gefasst werden, so müssen diese natürlich immer besser begründet werden. Es reicht nicht aus, die Sturzgefahr eines gerontopsychiatrisch veränderten Menschen als Begründung zu liefern. Es reicht nicht aus, eine verbale Aggressivität, die möglicherweise in Tätlichkeiten zu kippen droht, als Grund herbeizuziehen. Je konkreter die Krisensituation beschrieben ist, umso einfacher ist es, dass Pflegende und Mediziner sich für ihre Entscheidung und ihr Vorgehen in einer akuten Notsituation gegenüber den Patienten und Richtern zu rechtfertigen.

Kooperation von Ärzten und Pflegenden

Mediziner und Pflegende sind aufgefordert, mehr miteinander im Gespräch zu sein. Im unmittelbaren Geschehen muss gehandelt werden. Die verschiedenen Berufsgruppen müssen sich darüber verständigen, welche Begründungen einen massiven Einschnitt in das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen rechtfertigen. Die Zeiten sind vorbei, in denen Pflegende fixiert haben, um mehr Ruhe zu haben.

Dies zeigt natürlich an anderen Stellen, was wirklich nötig ist. Mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 steigen die Ansprüche an

(C) Thomas Reimer

die (psychiatrisch) Tätigen. Sie müssen ein breiteres Handlungsrepertoire haben, um angespannte Situationen und Krisen meistern zu können. Es reicht nicht aus, das in Deeskalationstrainings eingeübte Verhalten zu erproben. Auf der Ebene der Interventionen sind beispielsweise die Intensiv-Betreuungen zu schärfen.

Im „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG) des Landes Nordrhein-Westfalen, das im Jahre 2017 novelliert worden ist, werden 1:1-Betreuungen während freiheitsentziehender Maßnahmen als unverzichtbar definiert. Sowohl in den Kommentierungen, als auch aus dem Gesundheitsministerium und den Bezirksregierungen heraus hört man, dass diese intensiv-pflegerische Maßnahmen von qualifiziertem Personal durchgeführt werden müssen. Dies ist unbedingt zu begrüßen.

Diese Grundhaltung findet sich bisher noch nicht flächendeckend an der pflegerischen Basis wieder. Intensiv-Betreuungen werden häufig von Pflegenden aus dem Springer-Pool oder von Auszubildenden durchgeführt. Um einer Häufung von 1:1-Betreuungen gerecht zu werden, verabreden Verantwortung tragende Mediziner und Pflegende, mit unmittelbarem Sichtkontakt in Beobachtungszimmer hineinzublicken. Dies ist aus fachlicher Sicht unzureichend. Denn statt gegenüber politischen Verantwortlichen und Kostenträgern zu signalisieren, dass es eine große Schere zwischen den Maßstäben und unter anderem den personellen Ressourcen gibt. Über eine Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Fort-und Weiterbildungen bezüglich Intensiv-Betreuungen zu sprechen, dies fällt Pflegemanagern sicher selten ein.

Unmoralische Handlung

„Mentale Wachheit, die Bereitschaft, sich einzulassen, das Erkennen von Zustandsveränderungen, die Fähigkeit zu vertrauen und Neugierde gelten ... als Fertigkeiten, die notwendig sind, um psychiatrische Intensivbetreuungen durchführen zu können.“(Lienhardt, Rabenschlag & Panfil, 2018) Dies zeigt, dass es sich bei einer Intensivbetreuung um eine komplexe Hilfeleistung handelt. So müsste es selbstverständlich erscheinen, dass nur qualifizierte Pflegende die Aufgabe übernehmen. Pflege steckt in einem Dilemma. Pflegende müssen sich dafür rechtfertigen, dass eine Tätigkeit, die mit der Behandlungspflege gleichzusetzen ist, in der Praxis eher abgetan wird.

Die Verfassungsrichter unterscheiden in dem konkreten Urteil zwischen Fünf-Punkt-und Sieben-Punkt-Fixierungen. Eine Fixierung ist grundsätzlich eine unmoralische Handlung. Pflegende sind dauernd aufgefordert, in die Schuhe der Betroffenen zu schlüpfen, um tragfähige Entscheidungen über die Notwendigkeit einer freiheitsentziehenden Maßnahme vertreten zu können. Die Feinfühligkeit dem subjektiven Erleben einer Fixierung gegenüber kann

daher als ein Qualitätsmerkmal für einen qualifizierten Pflegenden angesehen werden.

Mit den betroffenen Menschen aushalten

Beeindruckend ist für den psychiatrischen Praktiker, dass das Bundesverfassungsgericht den 1:1-Intensiv-Betreuungen eine Schlüsselrolle zuspricht. Es zeigt, dass bei aller Inhumanität einer freiheitsentziehenden Massnahme der Blick auf den Menschen zentral ist. Wenn Menschen in Krisen sind, dann brauchen sie ein Gegenüber an ihrer Seite. Vor allem geht es darum, die Ausnahmesituationen mit den betroffenen Menschen auszuhalten.

Natürlich hat die 1:1-Intensiv-Betreuung haftungsrechtliche Aspekte für professionell Pflegende. Wer konsequent einen Menschen im Blick hat, der erkennt die unzähligen Risiken, die mit freiheitsentziehenden Massnahmen verbunden sind. Die Unruhe der fixierten Menschen hat immer einmal wieder zur Folge, dass sich die Betroffenen an den Extremitäten verletzen. Dies wird weitgehend ausgeschlossen, wenn jemand an der Seite der Menschen ist. Viel wichtiger ist, dass frühzeitig die internistischen Komplikationen freiheitsentziehender Massnahmen erkannt werden. Kardiologische Notfälle sind keine Seltenheit.

Natürlich ist der Deeskalation Vorrang vor der Durchführung freiheitsentziehender Massnahmen zu geben. Dies gelingt nicht immer, wenn Menschen sich in Krisen empfinden. Den 1:1-Intensiv-Betreuungen ist unbedingt große Aufmerksamkeit zu schenken, wenn über Interventionsmöglichkeiten Pflegender nachgedacht wird. Dass es sich in Deutschland durchsetzt, dass diese komplexe Intervention nur von Fachkräften durchgeführt werden darf, ist zu begrüßen.

Fazit: Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 setzt Maßstäbe für den Umgang mit psychisch veränderten Menschen. Es zeigt, dass Pflegende, insbesondere in der psychiatrischen Versorgung, aufgefordert sind, das professionelle Know-How zu konkretisieren und zu schärfen.

Literatur

Lienhardt, A., Rabenschlag, F. & Panfil, E. M. Die Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in der Deutschschweiz - eine deskriptive Querschnittstudie. Pflege 2018: 1-11.

Autor

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

arscurae@web.de

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

Fachkräftemangel in der Pflege
Mehr vom Gleichen wird nicht helfen

„In ganz Österreich werden die Stimmen lauter, die einen immer spürbarer werdenden Mangel an qualifizierten Pflegepersonen beklagen“, wird in einer österreichischen Pflegezeitschrift berichtet und weiter ausgeführt, dass diese Situation verschärft wird „durch teilweise drastisch sinkende Bewerber/innenzahlen an den Schulen […] bei gleichzeitiger sinkender Eignung der Bewerber/innen für die sehr herausfordernde Ausbildung.“ Niemand, der mit der Situation in der Akut- und Langzeitpflege vertraut ist, wird dieser Beschreibung widersprechen. Nur – diese Zeitungsmeldung ist aus dem Jahr 2010. Im Zuge der in Amerika ab dem Jahr 2007 beginnenden „Bankenkrise“, die sich in den Folgejahren zu einer globalen Finanzkrise auswuchs, wurden oftmals Einsparungen auch im Gesundheitswesen betroffener Länder vorgenommen (Buchan et al. 2014). Dies hatte negative Auswirkungen auf die Personalsituation und führte unter anderem dazu, dass Pflegepersonen aus dem Beruf ausstiegen. Das Ergebnis diesbezüglicher Analysen der European Federation of Nurses Associations (EFN) ist ernüchternd: „Ten years later, doing more with less, has created increased unsustainable workloads with a high price being paid for employees and employers“. (De Raeve 2018)

Damals wie heute wurde in Österreich davon gesprochen, dass das Image der Pflegeberufe verbessert werden und die Attraktivität der Pflegeberufe erhöht werden müsse. Von politischer Seite ist laut Regierungsprogramm 2017–2022 geplant, Maßnahmen zu setzen, um Gesundheitsberufe „von der Ausbildung hin zur Berufsausübung“ interessanter zu machen. Auch im Zielsteuerungsvertrag, der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung für die Periode bis 2021 abgeschlossen wurde, ist festgehalten, dass der Nachwuchssicherung in Bezug auf Verfügbarkeit und Einsatz von Gesundheitspersonal sowie Maßnahmen, die die Attraktivität der Pflege steigern, besondere

(C) kamasigns

Aufmerksamkeit gewidmet werden muss (BMGF 2017b, S. 16).

Um das zu diskutieren ist es notwendig, (tatsächliche) „Attraktivität“ und „Image“ (Wahrnehmung in der Bevölkerung) des Pflegeberufes zu unterscheiden. Zum einen ist der Pflegeberuf in einer Weise gestaltet und organisiert (hinsichtlich Arbeitsbedingungen, Bezahlung, Karrieremöglichkeiten usw.), die vielen Menschen nicht attraktiv zu sein scheint. Zum anderen besteht das Problem, dass das, was für viele in der Pflege tätige Menschen (trotzdem) attraktiv und „schön“ an ihrem Beruf ist, ungenügend kommuniziert und vermittelt wird. Die Berufe im Gesundheits- und Krankenpflegebereich hinterlassen insgesamt „positiven Eindruck“ bei der Bevölkerung, sie gelten als wichtig, verantwortungsvoll, unentbehrlich, abwechslungsreich und zukunftssicher, aber sie sind in den Augen der österreichischen Bevölkerung nur durchschnittlich angesehen und werden als sehr belastend eingeschätzt; kaum eine/r der Befragten möchte selbst einen Gesundheits- und Krankenpflegeberuf ausüben (Schwaiger 2010).

In diesem Kontext wird häufig die Umsetzung von Imagekampagnen diskutiert, um Pflege nach außen sichtbar zu machen. Diese Maßnahme könnte zwar kurzfristig realisiert werden, wird von Experten und Expertinnen jedoch nicht als prioritär eingestuft, da die Effekte von Informationskampagnen umstritten sind (Simoens et al. 2005).

Wir möchten hier mit Bomball argumentieren, dass es unerlässlich ist, an zwei Voraussetzung für sinnvolle Imagekampagnen zu arbeiten (Bomball et al. 2010):

Der Pflegeberuf muss attraktiv sein (hinsichtlich Bezahlung, Bedingungen, Entwicklungsmöglichkeiten u. dgl.).

Das „Schöne“ bzw. Erstrebenswerte dieses Berufs muss adäquat kommuniziert werden, damit er der Bevölkerung – insbesondere jungen Menschen – als ein gangbarer Berufsweg erscheint.

Dazu wollen wir vorerst auf Studien eingehen, die sich mit dem Image der Pflege auseinandersetzen sowie mit den Einstellungen von Schülerinnen und Schülern aus unterschiedlichen Schultypen zur Option, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Damit soll sichtbar gemacht werden, was junge Menschen davon abhält, in diesem Bereich zu arbeiten. Ebenso deutlich gemacht werden soll, dass es nicht zielführend ist, nur an der „Ausbildungsschraube“ zu drehen, um den Fachkräftebedarf zu decken, und dass auch die derzeit viel diskutierte rasche Einführung einer Pflegelehre voraussichtlich ebenso wenig dazu beitragen wird.

Anschließend soll thematisiert werden, dass Pflegepersonen eine hohe Bindung an den Beruf und ihr Berufsethos haben, dass die vorherrschenden Rahmenbedingungen und mangelnde Anerkennung für ihre Leistungen zu Überlastung, Frustration und zu Überlegungen führen, den Beruf zu verlassen. Dass professionelle Pflegepersonen eine hohe Bindung an ihren Beruf und ihr Berufsethos haben, ist ein enormes Potenzial, das Organisationen und darüber hinaus unserer gesamten Gesellschaft zugutekommt. Aus unserer Sicht wird den bereits im Beruf stehenden Pflegepersonen und ihren Arbeitsbedingungen zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Arbeitsbedingungen in der Pflege haben mehrfache Relevanz: Sie prägen die Qualität der geleisteten Arbeit maßgeblich, sie beeinflussen, ob Pflegepersonen im Beruf gehalten werden können, und haben Einfluss darauf, ob junge Menschen, Männer oder bzw. Umsteiger/-innen für den Beruf gewonnen werden können.

Image der Pflegeberufe in Österreich

Eine im Jahr 2010 veröffentlichte Studie, die 500 Personen zum Ansehen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe befragte, hat gezeigt, dass die österreichische Bevölkerung aller Alters- und Bildungsgruppen den Pflegeberufen eine hohe Verantwortung sowie einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft zuschreibt. Ebenso sind die Befragten davon überzeugt, dass Pflegepersonen bedeutenden Einfluss auf einen positiven Krankheitsverlauf haben. Nichtsdestotrotz genießt die Gesundheits- und Krankenpflege in der Gesellschaft nur ein durchschnittliches Ansehen. Zwar wird der Beruf als zukunftssicher und auch abwechslungsreich gesehen, gleichzeitig nimmt die österreichische Bevölkerung auch die negativen Aspekte dieses Arbeitsfeldes wahr: Nachtarbeit, Überstunden, die Gefahr, an Burnout zu erkranken, sowie Zeitdruck im Dienst. Der Wunsch, selbst in der Pflege zu arbeiten, ist bei Männern und bei Frauen nur gering ausgeprägt. Nur 14 % aller befragten Personen würden den Beruf „sehr gerne“ ausüben (Schwaiger 2010, S. 5).

Einstellungen von Schülerinnen und Schülern zum Pflegeberuf

Die oben genannten Ergebnisse stammen aus einer repräsentativen Befragung, die in ganz Österreich durchgeführt wurde

(Schwaiger 2010). Wie sieht es aber aus mit der Einstellung von Schülerinnen und Schülern als potenziellen Berufsanwärtern/-anwärterinnen zur Möglichkeit, einen Pflegeberuf zu ergreifen? In Deutschland wurde dazu im Jahr 2009 eine quantitative und qualitative Erhebung durchgeführt, in die Schülerinnen und Schüler aus unterschiedlichen Schultypen, Lehrpersonen und Eltern einbezogen waren. Lehrpersonen und Eltern wurden deshalb in die Studie miteinbezogen, weil insbesondere letztere großen Einfluss auf die Berufswahl ihrer Kinder ausüben. In der Studie wurde auch ganz grundsätzlich nach Einflussfaktoren auf die Berufswahl gefragt (Bomball et al. 2009).

Entscheidend für die Berufswahl sind für Schülerinnen und Schüler in erster Linie Einkommenschancen, die Nachhaltigkeit und Sicherheit des Arbeitsplatzes, die Qualität der Arbeit (interessant und sinnvoll) sowie Aufstiegsmöglichkeiten. Die Eltern fokussieren bei Berufsempfehlungen für ihre Kinder vor allem auf die Qualität der Arbeit (interessante und sinnvolle Tätigkeit), die Realisierung der Interessen und Neigungen ihrer Kinder, sichere und gesunde Arbeitsplätze sowie ein hohes Maß an Selbstständigkeit (ebda.).

All diese Aspekte, die Schülerinnen und Schüler zu einer Berufswahl motivieren, sehen anscheinend weder die Lernenden noch ihre Eltern bei Pflegeberufen gegeben. Pflegeberufe gehören für beide Gruppen nicht zu den „In"-Berufen oder zu den potenziell in Frage kommenden Berufen. Vielmehr werden Pflegeberufe allgemein, insbesondere jedoch die Altenpflege, die es zur Zeit der Befragung in Deutschland noch als eigene Ausbildung gab, explizit zu den „Out"-Berufen gezählt (ebda.). Studienautor und –autorinnen betonen, dass das Image der Pflegeberufe bei Schülerinnen und Schülern aller Schultypen sowie bei ihren Eltern vom gängigen gesellschaftlichen Bild geprägt ist. Übereinstimmend mit den Ergebnissen aus Österreich messen die befragten Eltern dem Pflegeberuf grundsätzlich eine wichtige und zukunftsorientierte Bedeutung bei, thematisieren aber in einem weit höheren Ausmaß vermeintlich geringe Einkommenschancen, restriktive Rahmenbedingungen sowie die mit der Berufsausübung verbundenen Belastungen.

Schülerinnen und Schüler nennen vor allem fehlendes Interesse und fehlende persönliche Voraussetzungen und assoziieren mit dem Pflegeberuf tätigkeitsbezogene Inhalte, die sie mit negativen Attributen verbinden. Explizit betonen rund 15 Prozent der Lernenden, dass der Pflegeberuf keinen Spaß mache und Langeweile mit sich bringe. Nur 1 Prozent der befragten Burschen und 8,8 Prozent der Mädchen können sich uneingeschränkt vorstellen, einen Pflegeberuf zu ergreifen.

Die Studienautor und -autorinnen bringen zur Sprache, dass sich vor allem Burschen in der anonymen Befragung zum Teil zu massiven Abwertungen hinreißen ließen, und führen dazu auch „die harmloseren" Beispiele an: „Ein Dreckjob meiner Meinung nach, zu viel Arbeit, viel zu wenig Gehalt." Schon weniger human äußert ein anderer der männlichen Befragten: „kranke, alte, kaputte, senile, eklige Leute, auf die ich im Beruf nicht klar kommen würde." Ein männlicher Gymnasialschüler denkt bei Pflegeberufen an „stinkende Leute, kreischende Kinder, alte Leute, Ekel, Hintern abputzen, Depressionen, langweilig, Langeweile, Öde, […] alte Leute sauber machen, Bett machen, Essen vorkauen und langweilige Spiele spielen" (Bomball et al. 2009, S. 54).

Diese zum Teil inhumanen Aussagen der Schülerinnen und Schüler werten nicht nur die Arbeit von Pflegepersonen ab, sondern auch die pflegebedürftigen Menschen. Wie schon erwähnt, sind die beschriebenen Einstellungen von Schülerinnen und Schülern gegenüber dem Pflegeberuf und gegenüber pflegebedürftigen Menschen durch gesellschaftliche Leitbilder geprägt. Diese orientieren sich in den westlichen reichen Industrienationen an Funktionsfähigkeit, Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit und darüber hinaus immer stärker an der Gesundheit des Menschen. Das bringt mit sich, dass das Bild, das Schülerinnen und Schüler von alten Menschen haben, mit negativen Aspekten konnotiert ist (Pfabigan 2010). Diese negativen Bilder und der geringe soziale Status von alten pflegebedürftigen Menschen übertragen sich offensichtlich auf die Arbeitskräfte, die mit dieser Gruppe von Menschen arbeiten. (Krenn 2003, S. 58)

Folgt man diesen Überlegungen, so lässt sich der Schluss ziehen, dass eine Imagekampagne nicht den gewünschten Erfolg erzielen wird, solange erstens die Rahmenbedingungen nicht wahrnehmbar verändert werden und solange zweitens in der öffentlichen Diskussion alten und vor allem pflegebedürftigen Menschen das Stigma der (ökonomischen) Last, die sie für die Restgesellschaft bedeuten, auferlegt wird und das Altern als Makel der Person gilt (Pfabigan 2010).

Was den Beruf für Pflegepersonen attraktiv macht

Was motiviert aber nun jene Menschen, die den Pflegeberuf ergreifen? Dieser Frage ist eine im Jahr 2016 in Deutschland durchgeführte Studie nachgegangen, die sich darüber hinaus damit beschäftigt hat, was Pflegepersonen im Alltag motiviert, was sie belastet, ob sie sich wieder für den Pflegeberuf entscheiden würden und ob sie ihren Beruf weiterempfehlen würden. Dazu wurden 4.439 Personen, die in Pflegeberufen arbeiten, befragt. (Schafenberg 2016)

Als die wichtigsten Gründe, den Pflegeberuf zu ergreifen, geben 98 Prozent der befragten Personen an, mit Menschen arbeiten wollten, und 96 Prozent, dass sie etwas Sinnvolles mit ihrer Arbeit bewirken wollen. Für die Beantwortung wurde sehr häufig auch das offene Textfeld genutzt. Die Aussagen der Studienteilnehmer/-innen machen deutlich, dass es ihnen nicht nur wichtig ist, Kontakt zu Menschen zu haben, sondern sie beispielsweise dabei zu unterstützen, „mit ihrem Altwerden und Kranksein noch gut zu leben“, oder „alten Menschen einen angenehmen, selbstbestimmten Lebensabend zu ermöglichen“ (Scharfenberg 2016, S. 19).Freude und Spaß an der Arbeit zu haben und für den Beruf besonders geeignet zu sein sind weitere Aspekte, die oft genannt werden. Nur vereinzelt wird als Motivation zur Berufswahl die Suche nach einer krisensicheren Arbeit genannt (ebda.).

Aus dem Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun, schöpft die Mehrheit der Befragten auch im Berufsalltag die Motivation. Was es bedeutet, etwas Sinnvolles zu tun, wird beispielsweise so definiert: „In einem „reichen“ Land sich um die Menschen zu kümmern, die für die Gesellschaft nichts mehr leisten können, aber schon viel geleistet haben und nun keinen mehr haben, der sich um sie kümmert oder kümmern kann“ (Scharfenberg 2016, S. 19). Die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen sowie das Gefühl, eigenverantwortlich arbeiten zu können, sind ebenso wichtige Motivationsfaktoren im Berufsalltag. Dem Arbeitgeber oder den Vorgesetzten verbunden fühlen sich nur wenige der befragten Personen (ebda.).

Ein hoher Prozentsatz, nämlich 85 Prozent der Pflegepersonen, sind stolz auf ihre Arbeit. Stolz macht sie unter anderem, dass sie eine hohe Verantwortung tragen, das Leben anderer maßgeblich beeinflussen, mit kleinen Dingen manchmal Großes bewirken und einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag leisten, dass sie für Menschen in Krisen oder am Ende des Lebens da sind, über breitgefächertes Wissen und Können verfügen, aber auch, wenn sie als Führungskraft für gute Arbeitsbedingungen sorgen können, – um nur einige Aspekte zu nennen, die zum Arbeitsstolz beitragen (ebda.).

Belastungen im Pflegealltag „Man arbeitet am Limit“

Belastet fühlen sich die befragten Pflegepersonen vor allem dadurch, dass sie nicht genügend Zeit für die einzelnen Tätigkeiten haben, was dazu führt, dass sie die pflegebedürftigen Menschen vernachlässigen müssen. Pflegepersonen empfinden es als unvereinbar mit ihrem Berufsethos, dass sie zu wenig Zeit für Zuwendung haben und die Menschlichkeit im Beruf vielfach verloren geht. Nicht fachgerecht und menschlich pflegen zu können aufgrund der Bedingungen wird als hohe Belastung empfunden. Dieser Aspekt wird noch häufiger genannt als der durch den Personalmangel entstehende Zeitdruck in der Arbeit, der ja letztendlich zu dieser Art von Belastung führt. Auch der hohe Dokumentationsaufwand und das Ausüben pflegefremder Tätigkeiten werden als belastend empfunden (ebda.). Das ist nicht weiter verwunderlich, da dies ja auch den Zeitdruck weiter verschärft.

Die Befragten haben nicht das Gefühl, dass sich die hohe Verantwortung, die sie tragen, im Gehalt oder in der Wertschätzung ihrer Arbeit widerspiegelt. Viele der Befragten fühlen sich von ihren Vorgesetzten nicht ausreichend unterstützt: „Man arbeitet am Limit, schafft seine Aufgaben notdürftig doch noch irgendwie, aber statt Einsicht seitens der Arbeitgeber und vielleicht Verständnis/ Anerkennung durch Patienten/ Angehörige erhält man nur Druck.“ (ebda. S. 23).

Es erstaunt wohl niemanden, dass diese Bedingungen dazu führen, dass sich über zwei Drittel der Befragten seelisch und körperlich belastet fühlen. Viele der befragen Personen befürchten, den Pflegeberuf nicht mehr lange durchhalten zu können (ebda. S. 23). Die Studienautorin hebt hervor, dass sich in diesem Punkt die Studienergebnisse in den Bereichen Akutpflege und Langzeitpflege nicht unterscheiden (ebda.).

Diese Ergebnisse spiegeln sich im European Working Conditions Survey (EWCS) wieder. Laut aktuellen Daten ist die Arbeitsintensität in der EU nirgends so hoch wie im Gesundheitsbereich. Die Kategorien, die hier besonders herausstechen, sind Arbeiten unter hohem Zeitdruck, die Notwendigkeit,

Gefühle verbergen zu müssen, sowie gestiegene körperliche Anforderungen (Eurofound 2017).

Unter diesen Umständen ist auch nicht verwunderlich, dass die Hälfte aller Befragten den jungen Menschen davon abraten würde, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Die Studienteilnehmer/-innen hatten auch die Möglichkeit, in einem Textfeld eigene Gründe anzuführen. Zwar werden hier auch restriktive Arbeitsbedingungen genannt, aber im Vordergrund steht das Thema mangelnde Anerkennung und Wertschätzung sowohl vonseiten der Politik und Gesellschaftals auch vonseiten der Arbeitgeber/-innen, Pflegeheimbewohner/-innen und Angehörigen. Die Ansicht „pflegen kann jeder“, die in der öffentlichen Diskussion oftmals durchscheint, wird von den Pflegeberufsangehörigen als Affront wahrgenommen im Sinne einer fehlenden Wertschätzung und Anerkennung ihrer Leistungen und deren Funktion für die Gesellschaft generell (Schafenberg 2016, Krenn 2003).

Pflegelehre als Lösung für den drohenden Fachkräftemangel?

In einem Newsletter der Wirtschaftskammer Österreich vom 8. 6. 2018 wird gefordert, dass die Pflegelehre „schnellstmöglich eingeführt werden muss, damit sich der hohe Bedarf an Pflegekräften in naher Zukunft decken lässt“. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Vorschlag, der auch von anderen Stellen eingebracht wird, auf die Pflegeassistenzberufe bezieht, da lt. GuKG 2016 § 117 (27) vorgesehen ist, den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ab 2024 nur mehr auf der Fachhochschule auszubilden. Aus unserer Sicht sprechen einige stichhaltige Argumente gegen eine Pflegelehre der Pflegeassistenzberufe:

Es liegt der empirische Nachweis vor, dass Personen, die eine höhere Schulbildung und theoretische Qualifizierung absolviert haben, ressourcenschonender mit beruflichen Belastungen und Anforderungen im Pflegebereich umgehen können (z. B. Buchegger-Traxler, 2014).

Unterschiedliche Studien zeigen, dass die Mehrheit aller 14-jährigen Pflichtschulabgängerinnen/-abgänger den Besuch einer weiterführenden berufsbildenden mittleren oder höheren Schule, jedoch nur ein Drittel von ihnen einen Lehrberuf anstrebt (z. B. Hofer 2009).Dieser Trend wird auch in der Schulstatistik des Jahres 2015/16 der Statistik Austria sichtbar: Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die einen Lehrberuf ergreifen, nimmt seit Jahrzehnten laufend ab.

Gerade BHS-Modelle als Ausbildungsweg für die Pflegeassistenzberufe erscheinen als guter Weg, den Abschluss einer Berufsausbildung mit der Hochschulreife zu verbinden und so Karriereperspektiven und Aufstiegsmöglichkeiten zu eröffnen. Ein BHS-Modell würde zudem unmittelbar an die Sekundarstufe II des heimischen Bildungswesens anschließen, ohne dass ein zeitlicher Verlust in Kauf genommen werden müsste.

Für eine Lehrausbildung müsste als Meister/Meisterin des Faches eine Person des gehobenen Dienstes vertraglich für die Ausbildung zuständig sein, z. B. eine Pflegedienstleitung oder eine andere Person des gehobenen Dienstes. Im Moment ist nicht klar, wer in der Praxis diese Rolle übernehmen soll, zumal viele Organisationen aufgrund der dünnen Personaldecke eine adäquate Praktikumsanleitung und –begleitung schon gegenwärtig kaum leisten können. Das führt dazu, dass sich Auszubildende in Pflegeberufen oftmals als „billige Arbeitskräfte“ missbraucht sehen (Scharfenberg 2016).

Oftmals wird als positives Beispiel das Schweizer Modell der „Fachangestellten Gesundheit“ herangezogen. Doch dieser Vergleich ist nicht wirklich zulässig, da die Hauptaufgabe dieser im Rahmen eines Lehrberufs ausgebildeten Berufsgruppe in der Schweiz nicht die pflegerische Versorgung ist, sondern die Unterstützung und Entlastung der Gesundheitsberufe bei der medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Versorgung der Patientinnen und Patienten und bei deren Betreuung. Darum ist der Beruf der „Fachangestellten Gesundheit“ eher mit den in Österreich geschaffenen Beruf der medizinischen Fachassistenz vergleichbar und eine Berufsanerkennung des FaGe zur Pflegeassistenz in Österreich ohne Ergänzungsausbildung gar nicht möglich.

Letztlich stellt sich uns die Frage, ob das Berufsfeld tatsächlich attraktiver wird, wenn es für Personen, die eine schulische Ausbildung nur schwerlich schaffen, geöffnet und mittels „Anlernberuf“ ein niederschwelliger Zugang geschaffen wird. Wird hier nicht vielmehr das vermittelt, was Berufsangehörige als grobe Abwertung ihrer anspruchsvollen Tätigkeit sehen, nämlich „pflegen kann jede/r“?

Maßnahmen zur Sicherung des Pflegepersonals - Wo ansetzen?

Die hohe Bindung, die Pflege-

personen an ihren Beruf haben, und ihr berufliches Selbstverständnis, das an der Sorge und dem Wohlergehen der kranken und pflegebedürftigen Personen orientiert ist, stellen ein enormes Potenzial für Organisationen und die Gesellschaft dar. Darauf, dass Pflegepersonen an dieser Motivation festhalten und ihre Arbeitsfähigkeit auch in gesundheitlicher Hinsicht erhalten können, sollte aus unserer Sicht der zentrale Fokus liegen, wenn es darum geht, einem drohenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die Verantwortung für das Gelingen dieses Vorhabens tragen mehrere Ebenen: die (Berufs-)Politik, die Träger und Einrichtungen, aber auch die Pflegenden selbst.

Gesetzgebende politische Ebene

Auf politischer Ebene besteht beispielsweise die Möglichkeit, über rechtliche Vorgaben, Finanzmittel, durch die Schaffung verbindlicher Qualitätskriterien sowie über die Weiterentwicklung von Berufsgesetzen steuernd einzugreifen. In diesem Sinn wurden im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 die Pflegeassistenz und die Pflegefachassistenz als neue Berufe eingeführt. Der Gesetzgeber erhofft sich damit eine Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals, eine verbesserte Versorgungssituation sowie eine Entlastung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Ärzteschaft (Pfabigan/Rappold 2018). Im Moment gilt es, diesen Berufen eine Chance zu geben und nicht im Vorhinein Maßnahmen zu treffen, die das eher verhindern.

Eine weitere Maßnahme, die im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 gesetzt wurde, ist das Überführen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bildungsbereich. Dies war eine fachliche und sachliche Notwendigkeit, denn pflegerische und übertragene medizinisch-diagnostische bzw. medizinisch-therapeutische Aufgaben nehmen an Komplexität zu, Wissen verändert sich rascher, Patienten/Patientinnen, Klienten/Klientinnen, Bewohner/-innen, aber auch Angehörige haben viel mehr (und komplexere) Fragen, die von den Pflegepersonen kompetent beantwortet werden müssen. Seitens der Ärzteschaft werden zunehmend mehr und komplexere Aufgaben an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege delegiert. Nicht gelungen ist eine zeitliche Erweiterung der Ausbildung auf 3,5 oder 4 Jahre, was den gestiegenen Anforderungen entspräche und in einigen europäischen Ländern bereits implementiert wurde (z. B. Belgien [1], Bulgarien [2], Irland [3]).

Was den derzeitigen Personalmix betrifft, fällt auf, dass in den österreichischen Bundesländern die Relationen insbesondere zwischen DGKP und Pflegeassistenz sehr unterschiedlich sind. Dies zeigt die Abbildung 1am Beispiel der Fondskrankenanstalten.

Aber nicht nur zwischen österreichischen Fondskrankenanstalten ist der Personaleinsatz sehr heterogen, sondern auch zwischen Pflegeheimen. Anzumerken ist, dass der in Abbildung 1 dargestellte Personalmix auch jene DGKP umfasst, die in Funktionseinheiten arbeiten, welche eine Spezialausbildung voraussetzen (z. B. Intensivpflege). Rund 20 bis 25 Prozent aller DGKP eines Bundeslandes arbeiten in einem dieser Bereiche, auch dies ist mit zu berücksichtigen. Eine große Spannbreite gibt es weiters bezüglich der Anzahl der Pflegepersonen pro 100 Betten: Durchschnittlich arbeiten in Österreich 97,6 DGKP pro 100 Betten, in Wien sind es 115, während in Vorarlberg 83,1 DGKP pro 100 Betten arbeiten (BMGF 2017a). Seit der GuKG-Novelle 2016 werden von verschiedenen Seiten Überlegungen angestellt, ob es nicht möglich wäre, einen beträchtlichen Teil der diplomierten Pflegepersonen durch Pflegefachassistenz zu ersetzen.

Wenn es jedoch um ein adäquates Verhältnis zwischen Diplompflegekraft, Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz geht, müssen die Kompetenzbereiche und

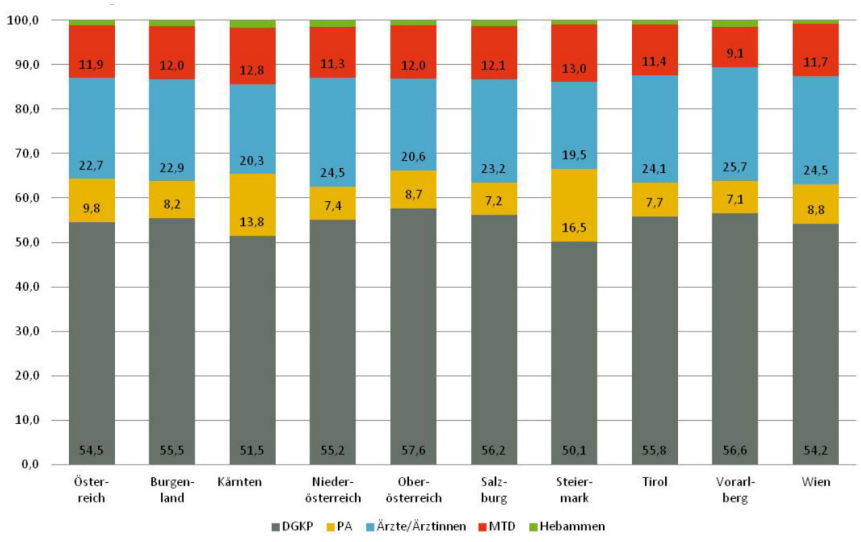


Abbildung 1: Personalmix in österreichischen Fondskrankenanstalten, 2015
Quelle: Statistik Austria, Darstellung GÖG

Arbeitsaufgaben anderer Gesundheitsberufe berücksichtigt werden: Wenn mehr Tätigkeiten aus dem medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Bereich (GuKG 2016, § 15) an DGKP delegiert werden sollen, steigt quantitativ deren Arbeitsaufwand. Diese würden dann trotz Etablierung der Pflegefachassistenz nicht entlastet. Wenn gleichzeitig die Anzahl der diplomierten Fachkräfte reduziert wird, würde damit die Intentionen des Gesetzgebers ad absurdum geführt, nämlich eine verbesserte Versorgungssituation sowie eine Entlastung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erreichen.

In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe der Politik, eine nationale Datengrundlage zu schaffen, um einen gesamtheitlichen und systemischen Blick auf das österreichische Pflegewesen zu ermöglichen. Eine systemische Betrachtung schließt beispielsweise auch die Ausbildungsthematik sämtlicher Pflegeberufe mit ein. Jedenfalls sind Vorkehrungen zu treffen, um keinen Mangel an diplomierten Pflegepersonen zu erzeugen, indem Ausbildungsplätze reduziert werden.

Gesellschaftspolitische Entscheidungen bestimmen maßgeblich über die Qualität der Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Neben der Weiterentwicklung von Berufsgesetzen und der Einführung von Qualitätskriterien sind insbesondere auch finanzielle Aspekte von besonderer Bedeutung. Ökonomische Knappheit in einem Pflegebereich wirkt sich unmittelbar auf das Personal aus. Die finanzielle Ausstattung insbesondere der Langzeitpflege ist ein Spiegelbild des Stellenwerts alter und kranker Menschen in der Gesellschaft.

Berufspolitische Ebene

Neben der Gesetzgebung kommt auch allen Berufs- und Interessenvertretungen eine wichtige gestaltende Aufgabe zu. Sie leisten ob ihrer fachlichen Kompetenz einen wichtigen Beitrag in der öffentlichen Diskussion zum Thema Pflege und treten auf politischer Ebene für die Interessen der Berufsangehörigen - und damit der Bevölkerung - ein. Ebenfalls zu den berufspolitischen Aufgaben gehört das Aufzeigen und Sichtbarmachen möglicher Wirkungen von Reformen oder Personalmix-Veränderungen auf die Versorgungs- und Arbeitsqualität im Gesundheitsbereich; damit wird der Politik ermöglicht, informierte und faktenbasierte systemische Entscheidungen zu treffen.

Bezüglich der Bemühungen, das Ansehen und den Status der Pflegenden zu verbessern, um dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken, könnten mit der Teilnahme an internationalen Initiativen wie beispielsweise Nursing now [4] sicher positive Effekte erreicht werden. Diese Aktion ist eine weltweite Kampagne, die zunächst drei Jahre läuft. Sie wurde vom Weltbund der Pflegenden (International Council of Nurses/ICN) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Ziel ins Leben gerufen, die gesellschaftliche Bedeutung der professionell erbrachten Pflegearbeit aufzuzeigen und dem Pflegepersonalmangel zu begegnen. Aus jedem Land kann eine Delegation der Initiative „Nursing Now“ beitreten, was von Österreich noch nicht wahrgenommen wurde.

Eine weitere internationale Aktion ist Proud to be a Nurse[5], bei der es darum geht, Pflegende zu unterstützen, „stolz auf den eigenen Beruf [zu] sein“ und dies auch zu kommunizieren. Wenn sich die Berufsverbände für ein positives Image der Pflegeberufe sowie für eine Verbesserung von deren Arbeitsbedingungen einsetzen, handeln sie anwaltschaftlich für die Berufsgruppe und letztendlich für die gesamte Bevölkerung.

Die Ebene der Trägereinrichtungen

Den Trägereinrichtungen kommt die Aufgabe zu, an die politische Ebene zu kommunizieren, welche Rahmenbedingungen für einen gesellschaftlich gewünschten Pflege- und Betreuungsstandard benötigt werden. Diese Standards sind zu definieren und auszuhandeln. Das bedeutet, nicht nur „Mehr“ zu wollen, sondern das, was benötigt wird, zu begründen und sichtbar zu machen. Es bedeutet aber auch zu thematisieren, was passiert, wenn dieses „Mehr“ nicht zur Verfügung steht. In diesem Aushandlungsprozess muss das Wesen der Pflege –nämlich der Aspekt des Caring – wieder in den Mittelpunkt gerückt werden. Caring, das sich durch personalen Kontakt, Beziehung und Fürsorge auszeichnet, ist untrennbarer mit der Qualität der Pflegeleistung verbunden. Zwar spielen technisch-instrumentelle Aufgaben in der pflegerischen Versorgung eine (quantitativ) wichtige Rolle, aber berufliche Pflege kann keinesfalls auf technisch-instrumentelles Handeln reduziert werden. Wenn dem gesellschaftlichen Anspruch nach Caring nachgekommen werden soll, bedeutet das zwingend, eine transparente Auseinandersetzung bezüglich bestehender divergierender Erwartungen zu führen (z. B. kurze Verweildauer von Patienten/Patientinnen, erhöhte Arbeitsdichte, Pflegeorganisationsformen wie Primary

Nursing, Skill Mix, hohe Pflegebedürftigkeit), um Erwartungen und tatsächliche Möglichkeiten miteinander abzustimmen und transparent zu machen.

Diese Diskussionen sind nicht nur auf politischer Ebene zu führen, sondern auch innerhalb der jeweiligen Trägerorganisationen. Anbieterorganisationen tragen Verantwortung dafür, dass Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen bleiben. Wie von der European Federation of Nurses Associations (EFN) diagnostiziert wirkt es sich negativ auf die Personalsituation und auf Arbeitssituation und Pflegequalität aus, wenn immer mehr Leistungen und höhere Qualität bei gleichzeitig restriktiver Finanz- und Personalentwicklung gefordert werden. Ständig knappe Personalressourcen und damit verknüpft unsichere Dienstpläne sowie das Nicht-Umsetzen des beruflichen Selbstverständnisses können zur inneren Kündigung und/oder zum Burnout führen, dies wiederum verknappt zusätzlich die Personalressourcen (Krajic et al. 2005). Eine Studie im Auftrag der AK Niederösterreich belegt, dass ein erheblicher Teil der Angehörigen von Gesundheitsberufen von Burnout bedroht ist (Brunner 2010). Die Arbeit wird zur Belastung und verliert ihren Sinn bei Divergenz zwischen den vorhandenen Ressourcen und den Anforderungen (Moldaschl 2010).

Aus den von der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführten Pflegepersonalbedarfsprognosen für die Länder Kärnten, Vorarlberg und Salzburg (Rappold et al. 2017, Zsifkovits et al. 2013, Rappold et al. 2014) ist bekannt, dass Pflegepersonen in einem höheren Ausmaß einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, als es durchschnittlich in Österreich üblich ist. Das mag mit anderen privaten Verpflichtungen zu tun haben - gerne werden Kinderbetreuung bzw. fehlende Betreuungsangebote als Grund angeführt. Umgekehrt ist Teilzeitbeschäftigung nicht immer selbstgewählt, sondern häufig den Flexibilitätsanforderungen der Organisation geschuldet. Für die betroffenen Pflegepersonen – zumeist Frauen - bedeutet das oftmals, ihren Lebensunterhalt nur mit Mühe bestreiten zu können und im Alter mit geringen finanziellen Mitteln auskommen zu müssen (BMASK 2013).

Personalbindung bedeutet, Mitarbeiter/-innen in der Organisation zu halten und das Älterwerden im Beruf zu ermöglichen: „Vom Lebensabschnittsjob für junge Erwachsene, v. a. Frauen, zum Beruf mit lebenslanger Perspektive“ (Krajic et al. 2003, S. 35). Die Altersspannen zwischen den Mitarbeitenden werden immer breiter, was Führungskräfte vor neue Herausforderungen stellt. Generationengerechtes Führen ist heute State of the Art und bedeutet, die Anliegen und Bedarfe aller Mitarbeitenden in ihrer jeweiligen Lebensphase nach Möglichkeit zu berücksichtigen (flexible Arbeitszeiten, Jobsharing, Sabbaticals, Altersteilzeit, zusätzliche freie Tage für ältere Mitarbeiter/-innen[6]). Organisationen müssen dazu den notwendigen Spielraum geben. Dennoch: Bei all der Mitarbeiterorientierung darf nicht übersehen werden, dass primär die Bedarfe der zu Pflegenden im Vordergrund stehen.

Dass Anerkennung und Wertschätzung zentrale Aspekte sind, die zur Arbeitszufriedenheit und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit beitragen, wurde in den vorangegangenen Ausführungen deutlich gemacht. Buxel unterscheidet auf Basis seiner Untersuchungen zwei Perspektiven der Wertschätzung, die Pflegepersonen derzeit vermissen (Buxel 2011):

Wertschätzung im Sinne der Bedeutung und Achtung des Pflegeberufs im Vergleich zu ärztlichen und therapeutischen Berufen sowie zum Management von Einrichtungen Wertschätzung ihrer Leistungen im Alltag Einrichtungen tragen wesentlich zur Attraktivierung des Arbeitsfeldes bei. Dazu zählt auch die Möglichkeit von Fachkarrieren nicht nur für DGKP, sondern auch für Angehörige der Sozialbetreuungsberufe und Assistenzberufe. Des Weiteren sollten ein systematisches Bewerber-Management, (Ein-) Schulungsprogramme und kompetenzorientierter Personaleinsatz eine Selbstverständlichkeit für Trägereinrichtungen im Gesundheitsbereich sein. Spezielle Maßnahmen für Wiedereinsteiger/-innen oder Quereinsteiger/-innen (wie finanzielle Förderungen, Selbsterhalter-Stipendien usw.) sind ebenso wichtig. Konkurrenzfähige Gehälter in angemessener Relation zu anderen Gesundheitsberufen tragen zur Arbeitszufriedenheit bei. Eine leistungsgerechte Entlohnung kann auch zu einem Image-Gewinn führen, da sich darin der gesellschaftliche Wert einer Tätigkeit maßgeblich widerspiegelt (Nöbauer 2013, Benedix/Medjedovic 2014). Dagegen wird eine ungleiche Entlohnung zwischen Akut- und Langzeitbereich von Pflegepersonen, die im letztgenannten Bereich tätig sind, als Abwertung ihrer Arbeit und als Ungerechtigkeit empfunden.

Ebene der Berufsangehörigen

Die Attraktivität des Berufes kann nur dann erhöht werden, wenn Berufsangehörige positiv über den

Beruf sprechen, als Rollenmodelle fungieren und für den Beruf begeistern. Das bedeutet einerseits, fachliche Kompetenz (weiter) zu entwickeln und im jeweiligen Fachbereich zu kompetenten Pflegenden im Sinne von Patricia Benner zu werden und nicht auf dem Wissen der Diplomprüfung stehen zu bleiben. Auszubildende in der Pflege im Berufspraktikum gut zu begleiten prägt nachweislich deren Sichtweise auf den Beruf und führt zu einem besseren Umgang mit beruflichen Anforderungen und Belastungen sowie weiterführend zu einer höheren Zufriedenheit, welche einen unmittelbaren Einfluss auf den Berufsverbleib hat (Buchegger-Traxler 2014). Zu den Aufgaben der Trägereinrichtungen gehört, Mitarbeiter/-innen im Beruf zu halten. Häufig werden von diesen „lange Dienste“ gewünscht. Genau in der Diskussion um die Tagesarbeitszeit zeigt sich die Ambivalenz von Pflegepersonen. Einerseits möchten sie dem Berufsethos gerecht werden, anderseits sollen die Dienste möglichst komprimiert sein. Studien zeigen jedoch, dass nach acht Stunden die Gefahr von Fehlern steigt (Caruso 2014, Blasche et al. 2017, Geier-Brown 2012). Zudem ist kritisch zu hinterfragen, ob Pflegende nach neun oder mehr Stunden Arbeit tatsächlich noch mit der gleichen professionellen, empathischen Haltung schwer dementen Menschen begegnen können. Aus dem Arbeitsklima-Index der AK geht hervor, dass 41 Prozent der DGKP sich sehr stark bzw. stark durch Zeitdruck belastet fühlen. „Nach einem 9- bis 10-Stundentag“, schreibt uns eine Beschäftigte, „fühle ich mich oft wie ausgepresst. Dann merke [ich], dass ich kaum was getrunken oder gegessen habe oder den ganzen Tag nicht auf der Toilette war.“ (Böhm R. 2006, S. 17)

Pflegepersonen fühlen sich gegenüber den ihnen anvertrauten Menschen stark verpflichtet. Als Einzelperson ist es sehr schwer, die Interessen und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen anwaltschaftlich durchzusetzen. Ungenügend Zeit empfinden Pflegepersonen als eine Bedrohung für ihr Berufsethos. Dies wird auch durch das Ausüben pflegefremder Tätigkeiten (also jenen, die nicht zwingend einen Pflegeberuf voraussetzen) verstärkt. Auf diese Situationen gilt es hinzuweisen, sie müssen sichtbar gemacht werden. Dies ist im Kollektiv leichter: Gewichtige Berufs- und Interessenverbände können der „Pflege eine Stimme“ geben (Buresh et al. 2006), daher ist eine Mitgliedschaft in diesen Verbänden auch in dieser Hinsicht von Bedeutung.

Zusammenfassung

Gesellschaftliche Anerkennung als wesentliche Voraussetzung für die Attraktivierung des Pflegeberufs

Fehlende organisationale und gesellschaftspolitische Anerkennung und Wertschätzung der beruflichen Leistungen von Pflegenden in Kombination mit den hohen physischen und psychischen Anforderungen des Berufes werden in zahlreichen internationalen Studien als zentrale Gründe genannt, warum viele Pflegepersonen aus dem Beruf aussteigen wollen (Hasselhorn 2005, Glaser 2005, Buxel 2011, Schafenberg 2016, Scheiber 20018 usw.). Buxel stellt in einer Studie aus dem Jahr 2011 zu Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitszufriedenheit von Pflegenden fest, dass 90 % der Befragten der Meinung sind, dass sich die Politik nicht ausreichend um die arbeitsplatzbezogenen Bedürfnisse kümmert (Buxel 2011). Warum Imagekampagnen schon bei früheren Bemühungen, den Fachkräftebedarf in der Pflege zu decken, nicht den gewünschten Erfolg brachten, liegt mitunter daran, dass soziale Anerkennung und Wertschätzung erst dann an Glaubwürdigkeit gewinnen, wenn über die symbolische Ebene hinaus auch materielle Ressourcen zur Verfügung gestellt und/oder entsprechende institutionelle Maßnahmen getroffen werden (vgl. Honneth 2010). Mit anderen Worten: Anerkennung und Wertschätzung gegenüber Pflegepersonen und den ihnen anvertrauten Menschen wird auch dadurch ausgedrückt, dass Arbeitsbedingungen so beschaffen sind, dass ausreichend Zeit für qualitätsvolle Pflege möglich ist und dass die Leistungen, die Pflegende auf individueller und gesellschaftlicher Ebene erbringen, auch entsprechend kommuniziert und entlohnt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die möglichen Maßnahmen zur Sicherung des Pflegepersonals mannigfaltig sind. Werden diese jetzt nicht umgesetzt, wird in den nächsten Jahren tatsächlich ein erheblicher Personalmangel entstehen, der zu einem Pflegenotstand (Krajic et al. 2005) führen kann. Davon wird zunächst die Langzeitpflege und erst zeitverzögert der akutstationäre Bereich betroffen sein. Daher ist es an der Zeit, dass alle Beteiligten (Politik, Berufspolitik, Trägereinrichtungen, beruflich Pflegende) innerhalb ihrer Möglichkeiten aktiv zu einer Lösung beitragen und den Pflegeberuf tatsächlich und wahrnehmbar attraktiver machen.

Literatur

Benedix, Ulf; Medjedovic, Irena (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus der Sicht der Beschäftigten. Reihe Arbeit in Wirtschaft in Bremen, No. 6.

Blasche, Gerhard;Bauböck, Verena-Maria; Haluza, Daniela (2017): Work-related self-assessed fatigue and recovery among nurses. In International Archives of Occupational and Environmental Health, 90, 197–205. DOI 10.1007/s00420-016- 1187-6.

BMGF (2017a): Krankenanstalten in Zahlen 2016. Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/0/9/CH1163/CMS1289376034962/oesterreich_2016.pdf

BMGF (2017b): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021,_urschrift.pdf.

Böhm Renate (2006): Arbeitsklima-Index Gesundheitsberufe, Arbeiterkammer Salzburg. (http://www.initiative-elga.at/ELGA/Gesundheitssystem_Daten_Fakten_Infos/Arbeitsklima_Gesundheitsberufe_06_AK_Studie.pdf) (4.8.2018)

Bomball, Jaqueline; Schwanke, Aylin; Stöver, Martina; Schmitt Svenja, Görres, Stefan (2010): „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Im Auftrag des Norddeutsche Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Ergebnisbericht, Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp), Abt. 3: Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap). Universität Bremen, Bremen

Brunner, Andrea; Bürg, Tanja Maria et al. (2010): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen. Niederösterreich. Pressetext. AK-Niederösterreich und NÖ Ärztekammer

Buchan, James; Glinos, Irene A.; Wismar Matthias (2014): Introduction to health professional mobility in a changing Europe: In: Health Professional Mobility in a Changing Europe. Hg. Buchan, James, et al., Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 3–17

Buchegger-Traxler, Anita (2014): Der Einfluss der Ausbildung auf Zufriedenheit und Berufsverbleib in der Altenarbeit Oberösterreich. SWS-Rundschau, S. 331-343.

Bundeskanzleramt (2017): Zusammen für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017-2022. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/documents/131008/569203/Regierungsprogramm_2017–2022.pdf/b2fe3f65-5a04-47b6-913d-2fe512ff4ce6 (3.8.2018)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2013): Mobile Pflege und Betreuung - sicher und gesund. Ein Leitfaden für die Ermittlung von physischen und psychischen Belastungen.

Buresh, Bernice; Gordon, Suzanne (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen. Hg. v. March Britta, Zegelin Angelika, Büscher Andreas, Huber, Bern

Busse, Reinhard (2013): Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes? https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Berlin_2013.11.11.rb_RN4Cast-Web.pdf (7.8..2018)

Buxel, Holger (2011): Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen und Auszubildenden in Pflegeberufen. Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für

Autorin

MMag.ª Dr.in Elisabeth Rappold
Studium der Soziologie und Pflegewissenschaft; Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin; Seit 2000 Mitarbeit an und Leitung von unterschiedlichen Forschungs- und Umsetzungsprojekten im Bereich des Gesundheits- und Pflegewesens wie beispielsweise Berufsentwicklung, Bedarfsprognosen, Pflegedokumentation, Praxisentwicklungsprojekte in der Akut- und Langzeitpflege sowie fachliche Beratung, Moderation und Lehrtätigkeit. elisabeth.rappold@chello.at

Autorin

Dr.in Doris Pfabigan
Studium der Philosophie, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Langjährige Tätigkeit in der stationären und ambulanten Langzeitpflege, seit 2002 Mitarbeit in unterschiedlichen Forschungs- und Umsetzungsprojekten zu Migration, Gesundheitsthemen, Palliative Care, Ethik in der Akut- und Langzeitpflege, Curriculum- und Praxisentwicklung sowie als Lektorin an unterschiedlichen Bildungseinrichtungen tätig. doris.pfabigan@gmx.at

Autorin

Frau Mag.ª Carina Brauneis
Studium der Pflegewissenschaften (Diplomarbeit zum Thema „Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern mit chronischen Krankheiten“).

Seit November 2017 Projekt- und Organisationsassistentin. Mitwirkung in unterschiedlichen Projekten und Aufträgen hinsichtlich Ergebnissicherung, Organisation, Datenmanagement, Konzeptarbeit und Prozessbegleitung. carina@brauneis.com

das Personalmanagement und –marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. https://docplayer.org/8531853-Jobwahlverhalten-motivation-und-arbeitsplatzzufriedenheit-von-pflegepersonal-und-auszubildenden-in-pflegeberufen.html (5.8.2018)

Caruso, Claire (2014): Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 39(1):16-25.

Eurofound (2017): Developments in working life in Europe 2016: Eur-WORK annual review. Luxenbourg. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/wpef17006.pdf (5.8.2018)

De Raeve Paul; Adams, Elisabeth (2018): Why the European Pillar of Social Rights should keep nurses a profession. In: Open access government. July: 14-16 (http://edition.pagesuite-professional.co.uk/html5/reader/production/default.aspx?pubname=&edid=c87a648a-a957-47e9-ad00-77139ed62ae1&pnum=12 S., 12) (13.8.2018)

Geiger-Brown J, Rogers VE, Trinkoff AM, Kane RL, Bausell RB, Scharf SM. (2012): Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. In: Chronobiol Int. Mar;29(2):211-9.

Glaser, Jürgen; Höge, Thomas; (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd18.html (10.8.2018)

Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in :und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Deutschland. https://tu-dresden.de/mn/psychologie/wop/ressourcen/dateien/risiko/dateien/pflegepersonal.pdf?lang=de (5.8.2018)

Honneth, Axel (22003): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Krajic, Karl; Nowak, Peter; Rappold, Elisabeth (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Krajic, Karl; Vyslouzil, Monika; Nowak, Peter (2003): Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Krenn, Manfred (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. Qualitative Studie im Auftrag des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes http://www.forba.at/data/downloads/file/36-FORBA%20FB%203_2003.pdf (6.8.2018)

Moldaschl, Manfred (2010a): Effizienzhumanismus. Was Sozialwissenschaften zu (aus) brennenden Teams beitragen. Papers and Preprints : the Department of Innovation Research and Sustainable. Bd. 6. Chemnitz University of Technology, Chemnitz

Moldaschl, Manfred (2010): Widersprüchliche Arbeitsanforderungen. Ein nichtlinearer Ansatz zur Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit. In: Lehrbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Hg. v. Faller, Gudrun. Huber, Bern: 82-94

Nöbauer, Brigitta (2013). Chancen und Potenziale zur Gewinnung von InteressentInnen für die Altenbetreuung und - pflege. In Nöbauer, Brigitta (Hg.): Personalmanagement in der Altenbetreuung, MitarbeiterInnen gewinnen und entwickeln (S. 39-75). Linz: Wagner Verlag.

Pfabigan Doris, Elisabeth Rappold (2018): Quo vadis? – Pflege zwischen Vision und Wirklichkeit. http://pflege-professionell.at/fachmagazin (5.8.2018)

Pfabigan, Doris (2008): Pflegeethik- Interdisziplinäre Grundlagen. Wien/Münster, LIT

Rappold, Elisabeth; Juraszovich Brigitte; Zsifkovits Johannes (2014): Prognose des Pflegepersonalbedarfs für den Gesundheitsbereich im Land Kärnten. Unveröffentlichter Ergebnisbericht

Rappold, Elisabeth et al. (2014). Prognose des Pflegepersonalbedarfs für den Gesundheitsbereich im Land Kärnten - Ergebnisbericht. Wien, Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs-GmbH. Im Auftrag des Amtes der Kärntner Landesregierung, unveröffentlicht

Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2017): Pflegepersonalbedarfsprognose Vorarlberg. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Rottenhofer, Ingrid, et al. (2013): Pflegpersonalprognose Salzburg Sozialbereich. Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung. Wien, Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.

Rottenhofer, Ingrid, et al. (2013): Prognose des Pflegepersonalbedarfs im Gesundheits- und Sozialbereich des Bundeslandes Salzburg. Wien, Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

Scharfenberg, Elisabeth (2016): Was beschäftigt Pflegekräfte? http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf (5.8.2018)

Schwaiger, Karl (2010): Zukunft - Pflege - Österreich, mit positivem Pflege-Image und positiver Image-Pflege dem drohenden Mangel in der Pflegeversorgung in Österreich begegnen. Pflegenetz 04, S. 4-6.

Simoens, Steven; Mike, Villeneuve; Jeremy, Hurst (2005): Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers Nr 19. OECD, Paris

Statistik Austria (2017): Schulstatistik des Jahres 2015/16 file:///C:/Users/Doris/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/bildung_in_zahlen_201516_schluesselindikatoren.pdf (6.8.2018)

[1] http://www.ahs-dg.be/desktopdefault.aspx/tabid-5436/9416_read-51011/

[2] https://www.studyinbulgaria.com/nursing/

[3] https://www.dcu.ie/courses/undergraduate/snhs/nursing-general.shtml

[4] http://www.nursingnow.org/

[5] https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2018/Junge-Pflege-Kongress-2018-in-Bochum-ein-voller-Erfolg.php

[6] http://edition.pagesuite-professional.co.uk/html5/reader/production/default.aspx?pubname=&edid=c87a648a-a957-47e9-ad00-77139ed62ae1&pnum=12,S. 16

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 Stoma-versorgung bei Bedarf**
- **Stomaprodukte aller Hersteller**
- **Abholstellen für Stomaware in 30 bständig Filialen**
- **Portofreie Lieferung**
- **Regelmäßige Informations-veranstaltungen**

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

MHW Österreich
International bei Katastrophen helfen

Kinder in Nepal nach dem Erdbeben 2015

Ausbildung für die Mitarbeit in einer Ambulanz

Der Verein MHW Österreich wurde 2016 als moderne, rein ehrenamtliche Organisation zur Hilfeleistung bei Katastrophen im Ausland gegründet, in der Folge wurde auch eine Partnerschaft mit dem MHW Deutschland e.V. vereinbart. Das MHW ist keine klassische Einsatz-organisation wie Feuerwehr oder Rettungsdienste. Als kleines und flexibles Einsatzteam (Emergency Response Team, ERT) bieten wir als ergänzende Unterstützung kurzfristige medizinische und humanitäre Hilfe im Ausland. Das ERT ist auf modularer Basis auf-gebaut und kann je nach Auftrag mit verschiedenen Aufgaben in den Einsatz gehen. Die Teams werden lage- und auftragsabhängig zusammengestellt und ausgerüstet. Das ERT ist für mindestens 4 Tage (96 Stunden) mit der notwendigen Ausrüstung und Einsatzmaterial autark ausgestattet.

Das MHW Österreich ist ein unabhängiges Netzwerk von Helfern und Experten zur Durchführung von internationalen Aktivitäten, Projekten und Hilfseinsätzen. Bei Einsätzen im Ausland sind Mitarbeiter verschiedenster Qualifikation notwendig. Egal ob diplomiertes Pflegepersonal, Sanitäter, handwerkliche Berufsgruppen uvm. Wir sehen es als unserer Kernaufgabe, interessierten und motivierten Mitarbeitern eine Möglichkeit und eine konkrete Plattform zu bieten, ihre Know-How und ihre Erfahrungen in diesen Bereichen einzubringen.

Unsere Aufgaben:

- Lieferung von medizinischen Hilfsgütern (Spenden) vorwiegend nach Süd- und Osteuropa
- Netzwerk von und für MHW Mitglieder: Experten und Fachpersonal für internationale Hilfseinsätze und Projekte
- Unterstützung und Beratung von Mitgliedern, die sich in der Katastrophenhilfe engagieren wollen.
- Ausbildung von Mitarbeitern die in der Auslandshilfe tätig werden wollen:

- Medizinische Logistik (Hilfslieferungen)
- Internationale medizinische Auslands- und Katastrophenhilfe
- Internationale Projektbeteiligungen durch Mitarbeit

MEDLOG Einsätze sind normalerweise geplante Einsätze die 2 – 4 Tage dauern. Hier werden Krankenhäuser und Pflegeheime beliefert, die im Vorfeld ausgesucht werden und die dementsprechenden Hilfsmittel organisiert werden.

Es ist uns ein Anliegen, dass die Hilfe direkt ankommt und auch dort einsetzbar ist. Der letzte MEDLOG Einsatz war in Bosnien hier wurden Pflegebetten in ein örtliches Pflegeheim transportiert und übergeben. Das belieferte Pflegeheim ist privat geführt und erhält keine öffentlichen Mittel. Die MitarbeiterInnen waren über die Lieferung sehr erfreut und konnten die Pflegebetten sofort einsetzen.

Für derartige Hilfslieferungen benötigen wir zwischen drei und fünf Mitglieder, die sich im Bereich Logistik, Grenzkontrollen und Zoll auskennen oder es erlernen wollen. Bei jedem Einsatz ist ein erfahrener Teamleader und das Backoffice besetzt. Der Teamleader ist für die Durchführung verantwortlich und leitet den Einsatz vor Ort. Das Team im Backoffice ist für jegliche Unterstützung und Kontrolle des Einsatzes da und rund um die Uhr erreichbar bis alle Mitarbeiter vom Ausland wieder zurück sind.

Eine Apotheke in Kathmandu, der Hauptstadt Nepals im Jahre 2015

Medizinische Hilfe in Ecuador nach dem Erdbeben 2016

Die medizinische Ausstattung in südosteuropäischen Ländern außerhalb der EU und besonders in nicht so gut entwickelten Ländern außerhalb Europas ist teilweise erheblich einfacher und älter als bei uns. Medizinisches Gerät, das bei uns aus Gründen der Bedienung oder der Betriebskosten ausgeschieden wird ist nach

vorheriger Abklärung als Spende willkommen, hier wird das MHW mit dem MEDLOG tätig.

ERT MED: Mögliche Einsätze des ERT sind ungeplante, rasch auftretende zumeist basismedizinische Hilfe, meist mit einer Dauer von zwei bis sechs Wochen. Die Teamgröße ist abhängig von der Aufgabe, von 3 – 12 Mitarbeiter je nach Anforderung. Solche ERT Einsätze werden normalerweise in Zusammenarbeit mit dem MHW Deutschland durchgeführt.

Das ERT Konzept wurde von erfahrenen Katastrophenhelfern in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Technik, Kommunikation, Management, Logistik und Einsatzführung entwickelt. Um die Kompatibilität im internationalen Einsatz zu sichern, wurden bei der Planung die Richtlinien der EU und der UN (Vereinten Nationen) für Hilfseinheiten berücksichtigt.

Aufgrund eines Ereignisses, wo ein Einsatz möglich werden kann, wird dieses beobachtet und die Mitglieder informiert. Kommt es zu einem Einsatz wird ein bei Bedarf ein Erkundungsteam mit zwei oder drei Mitarbeitern entsendet. Dieses hat die Aufgabe, die Situation vor Ort zu erkunden und mögliche Einsatzbereiche mit den Behörden zu klären.

Je nach Einsatzanforderung werden dann die MHW Mitglieder in Österreich informiert und vorbereitet. Interne Facebook Seiten, WhatsApp und SMS sind hier die Medien die genutzt werden. In der Vorbereitung werden die möglichen Teammitglieder über die Situation, mögliche Gefahren, das Einsatzziel und notwendige Impfungen informiert.

Bei einer Präsentation über medizinische Soforthilfe am Wiener Hauptbahnhof lernten sich der Organisator, Markus Golla und Mitarbeiter des MHW Österreich kennen. Nun geht man 2019 gemeinsame Wege...

Ein ERT wird üblicherweise für die Dauer von zwei Wochen entsendet. Bei Bedarf kommt dann ein weiteres Team zur Ablösung. Nach Beendigung des Einsatzes gibt es eine Nachbesprechung um Feedback zu geben und Verbesserungen zu ermöglichen. Beim ERT-MED Einsatz liegt der Schwerpunkt im medizinischen Bereich. Das Team wird aus einem Teamleader, Arzt, Pflegepersonal, Sanitätern sowie einem Logistiker bestehen.

Hilfsprojekte: Andere mögliche Arten von Einsätzen könnten Hilfsprojekte sein, hier kommt es ebenfalls darauf an, welche für Anforderungen bestehen. Solche Hilfsprojekte entstehen meistens aus zuvor geleisteten Einsätzen des ERT nach Katastrophen.

Damit diese Einsätze durchgeführt werden können bedarf es ausgebildeter Mitarbeiter. Es ist nicht anzuraten, einfach in einen internationalen Einsatz zu gehen, ohne dass man Vorkenntnisse über die Thematik hat.
Was muss man wissen, um bei solchen Einsätzen mitarbeiten, diese begleiten und durchführen zu können?

Ein verlängertes Wochenende (2,5 Tage) ist notwendig, um einen HULOG Einsatz zu begleiten. Sechs Tage dauert die Ausbildung, um einen internationalen Einsatz teilzunehmen zu können. In den letzten Jahren wurden bereits verschiedene Lehrgänge zusammen mit unseren deutschen Partnern durchgeführt. Für heuer ist im Herbst ein weiteres Vorbereitungswochenende in Österreich geplant. Ergänzend nehmen MHW Mitglieder an internationalen Übungen teil. Es soll den Mitgliedern ermöglicht werden das Erlernte zu verfestigen. Die letzte Übung fand im Frühjahr 2018 in Malta statt, es nahm ein Team von vier Personen teil.

Sie sind Arzt, DGKP, Pflegefachkraft, Sanitäter oder Logistiker und möchten gerne in der internationalen Katastrophenhilfe mitarbeiten? Melden Sie Sich bei uns und wir informieren Sie gerne über mögliche Varianten der Mitarbeit.

Wir freuen uns über eine E-Mail Ihrerseits!

office@mhw-austria.eu

Mehr auch auf Facebook: @mhwoesterreich

PFLEGEGRUPPE

Personalbereitstellung
Direktvermittlung
Integrationsleasing

Zu viel Arbeit und zu wenig Personal?

(C) Photographee.eu

Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung

Die Hospizbewegung sowie Angebote aus dem Kontext Palliative Care wurden unter Anderem auch vor dem Hintergrund entwickelt, eine Versorgung am Lebensende zuhause (wieder) möglich zu machen (vgl. Heller et al. 2013). So wurden vielfältige Unterstützungsangebote und Dienste initiiert, die schließlich Eingang in die Gesetzgebung sowie Gesundheitssystemgestaltung gefunden haben. Praxis wie Forschung zeigen jedoch, dass ein Sterben zu Hause voraussetzungsvoll ist – vor allem braucht es nämlich Angehörige, die diesen Wunsch aktiv unterstützen (Pleschberger & Wenzel 2011).

Angehörige spielen nicht nur als Unterstützung für die betroffenen „Patientinnen und Patienten“ eine wichtige Rolle (Pleschberger 2013) sondern auch „um Ihrer selbst willen“: Das Konzept Palliative Care stellte von Anfang an die „Patienten und ihr soziales Umfeld“ in den Mittelpunkt (WHO 1990). Dies umfasst auch sämtliche Aspekte der Trauerarbeit, während der Begleitung und nach dem Tod der betroffenen Menschen. Konzeptionell hat es diesbezüglich von Beginn an Konsens in der Hospizbewegung und Palliative Care gegeben (Heller et al. 2013).

In die Praxis umgesetzt werden die Ansprüche derzeit unter dem breiten Schlagwort „Angehörigenarbeit“. Dahinter verbergen sich vielfältige Interventionen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie wenig systematisch, kaum evaluiert und somit auch stark abhängig von den individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen der jeweiligen Mitarbeiter/innen, bzw. dem Entwicklungs- und Reflexionsgrad des Dienstes sind (Bödiker, Graf und Schmidbauer 2011). Diese Problematik besteht nicht nur im deutschsprachigen Raum sondern auch international (Stajduhar et al. 2010). Ausgehend von Großbritannien und Australien sind in den vergangenen Jahren allerdings wichtige Entwicklungen

in diesem Bereich zu verzeichnen. Es ist uns ein Anliegen, diese mit Blick auf die häusliche Hospiz- und Palliativversorgung auch für den deutschsprachigen Raum zugänglich zu machen.

Kommunikation mit Angehörigen – Transdisziplinäres Forschungsprojekt

Im Mittelpunkt von Angehörigenarbeit steht eine gute Kommunikation. Auf diese wurde in der Hospizarbeit und Palliative Care stets viel Augenmerk gelegt – in Schulungen ebenso wie in der täglichen Praxis. Allerdings erfolgt die Kommunikation in der Regel fokussiert auf die Sterbenskranken, während den Bedürfnissen der Angehörigen selber weniger Beachtung geschenkt wird. Nicht selten tragen Phänomene der Überlastung von Angehörigen dazu bei, dass häusliche Versorgung an ihre Grenzen stößt (vgl. Kreyer und Pleschberger 2014, 2015).

Aus dieser Beobachtung heraus entstand die Idee für das Projekt KOMMA. Es geht darum, Angehörigen mehr Gehör zu schenken, und ein besseres Verständnis ihrer Bedürfnisse durch systematisches Erfassen zu gewinnen. Darauf aufbauend können „passende" Maßnahmen und Angebote der Unterstützung für diese Gruppe entwickelt und angeboten werden. Oberstes Ziel ist es, dass das Familiensystem gestärkt und unterstützt wird. Damit sie sich auf die gemeinsame Aufgabe häuslicher Palliativversorgung einlassen kann.

Seit März 2016 wird das Projekt KOMMA durchgeführt, gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW im Rahmen der Initiative „Pflege inklusiv". Das transdisziplinäre Forschungsprojekt ist eine Kooperation der Hospizbewegung Düren – Jülich e. V. mit den Wissenschaftspartnern Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH in Wien (GÖ FP) und der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol (UMIT). Darüber hinaus sind drei Dienste im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW als Praxispartner beteiligt.

Die Verbesserung der Angehörigenarbeit soll mittels einer systematischen Erfassung der Bedürfnisse von Angehörigen erfolgen. Daher sollte der Einsatz eines wissenschaftlich geprüften Einschätzungsinstrumentes „The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT-tool)", als Teil eines Ansatzes der in England entwickelt wurde, erprobt werden (s.u.). Zunächst war eine Übersetzung und Validierung ins Deutsche erforderlich (1. Projektjahr), es folgten die Modellierung der Intervention in den beteiligten Diensten sowie die Implementierung und wissenschaftliche Begleitforschung (Projektjahre 2 und 3).

Dieses Projekt ist als transdisziplinäres Forschungsprojekt konzipiert (Dressel et al. 2014). Es nimmt darüber hinaus Anleihen von klinischen Studiendesigns, die komplexe Interventionen zum Gegenstand haben, etwa den Ansatz einer engmaschigen Prozessevaluation (Moore et a. 2015). Grundlegend ist ein enges Zueinander von Wissenschaft und Praxis über den gesamten Prozess hinweg. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung liegen mit Ende des Jahres 2019 vor.

Das CSNAT-Tool & KOMMA

Die Arbeitsgruppe um Prof. Gunn Grande und Dr. Gail Ewing (University of Manchester und Cambrigde) arbeitet seit vielen Jahren an der Entwicklung eines geeigneten Assessmentinstrumentes. CSNAT (Carer Support Needs Assessment Tool) ist ein Ansatz, mit dem systematisch Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Palliativversorgung erhoben werden können. Es ist ein evidenzbasiertes Instrument, dem gute Augenschein-, Inhalts- und Kriteriumsvalidität bescheinigt wird (Ewing & Grande, 2013). Es ist auch in der Lage, Veränderungen von Bedürfnissen im Zeitverlauf abzubilden (Ewing, Brundle, Payne, & Grande, 2013). Das Instrument ist effektiv, die Belastung pflegender Angehörigen konnte durch die Anwendung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant reduziert werden (Aoun et al., 2015). Zugang zu dem Bogen wird über einen Lizenzvertrag mit den Universitäten Cambridge und Manchester erteilt, in dem Aspekte wie gemeinnütziger Einsatz, Verständnis des Ansatzes zum korrekten Einsatz nachgewiesen werden muss.

CSNAT ist ein Screening Instrument, mit dem 14 zentrale Bereiche von Bedürfnissen Angehöriger abgedeckt werden. Es ist in zwei Bereiche geteilt: 7 Fragen beziehen sich auf Unterstützungsbedürfnisse Angehöriger in Bezug auf die Pflege und Versorgung der erkrankten Person. 7 weitere Fragen behandeln direkte persönliche Bedürfnisse der Angehörigen selbst. Zusätzlich gibt es eine offene Frage, damit weitere Bedürfnisse genannt werden können. Zu jeder Frage gibt es vier Antwortkategorien, mit denen die

(C) CandyBox Images

Angehörigen das Ausmaß der benötigten Unterstützung angeben können. CSNAT ist ein Selbsteinschätzungsinstrument (sog. carer-led Instrument), d.h. Angehörige schätzten ihre Unterstützungsbedürfnisse selbst ein und geben auch die Dringlichkeit der einzelnen Bereiche an. Wird von den Angehörigen in einer oder mehreren Kategorien Unterstützungsbedarf angegeben, so wird dies in einem Gespräch von einer Pflegeperson aufgenommen (Ewing & Grande, 2013).

Letzterer Aspekt weist auch darauf hin, dass der Reflexionsbogen weniger ein „Tool“ denn Ausdruck eines Ansatzes („approach“) für nutzerorientierte Angehörigenarbeit ist, in dessen Mittelpunkt die Stärkung der Angehörigen selbst liegt. Die Idee des Empowerment aus der Gesundheitsförderung ist dafür handlungsleitend. Deshalb erfolgt das Assessment nicht über ein Abfragen von Bedürfnissen durch Professionelle sondern auf Basis einer Selbsteinschätzung, die Grundlage für ein Gespräch mit den Professionellen ist. Ziel dieses Gespräches ist, dass Angehörige mithilfe des Reflexionsbogens aktuellen Unterstützungsbedarf formulieren können, und gemeinsam mit den Professionellen mögliche Linderung bzw. Lösungen überlegen. Auch die Auseinandersetzung mit den Bereichen in denen aktuell weniger bzw. gar keine Unterstützung benötigt wird, hat einen positiven stärkenden Effekt auf Angehörige, wie die Praxiserfahrungen zeigen. Studien zum CSNAT-Approach aus Großbritannien und Australien untermauern die Praktikabilität und Handhabbarkeit ebenso wie eine positive Resonanz bei den Angehörigen, die mithilfe des Reflexionsbogens eine Unterstützung bei der Formulierung ihrer persönlichen Bedürfnisse erhalten (Ewing, Austin, & Grande, 2015).

Der in England entwickelte Ansatz CSNAT („Carer Support Needs Assessment Tool“) wurde im Rahmen des Projektes gemäß den sog. ISPOR-Kriterien [i] übersetzt und validiert (vgl. Kreyer, Bükki, Pleschberger o.A.). Dabei wurde besonders auf sprachliche Passung im gesamten deutschen Sprachraum geachtet, und entsprechende Validierungsschritte in der Schweiz, Österreich und mehreren Teilen Deutschlands vorgenommen (ebd.). Die deutschsprachige Version wird unter der Bezeichnung KOMMA-Bogen bzw. KOMMA-Ansatz geführt, wobei es sich hier um ein Akronym für „Kommunikation mit Angehörigen“ handelt.

KOMMA-Einsatz und Implementierung in die Praxis

Für die Implementierung von KOMMA wurden in den Diensten Multiplikatorinnen nominiert nominiert. Vom wissenschaftlichen Team wurde ein Schulungskonzept erarbeitet. Demnach wurden zunächst die Multiplikatorinnen geschult, um in der Folge ihren Kolleginnen und Kollegen den KOMMA-Ansatz näher zu bringen, und wichtige Fragen und Aspekte für den Einsatz in der Praxis des Dienstes zu bearbeiten. Kontinuierlicher Austausch mit der Projektkoordination, dem wissenschaftlichen Team sowie den anderen Multiplikatorinnen war im Projektverlauf eingeplant und

angeboten. Nach den Schulungen folgte eine 6-monatige Beobachtungsphase (Oktober 2017 bis April 2018), die Gegenstand der Evaluierung im engeren Sinne war.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Die Sinnhaftigkeit des Ansatzes samt KOMMA-Bogen liegt auf der Hand, und ist über internationale Studien abgesichert (s.o.). Für die wissenschaftliche Begleitforschung im Projekt KOMMA wurde der Fokus daher auf Fragen der Implementierung gelegt: Wie kann es gelingen, dass KOMMA in die Praxis häuslicher Hospiz- und Palliativdienste integriert und angewandt wird? Wie kann ein Umdenken stattfinden, hin zu einer nutzerorientierten Sichtweise, in der die Angehörigen im Assessment ihre Schwerpunkte einbringen?

Dazu wurde ein mixed-methods Design entwickelt, mit dem die unterschiedlichen Perspektiven zur Implementierung von KOMMA bei jedem Praxispartner eingeholt wurden (Anwenderinnen, Multiplikatorinnen, der Leitung & Organisation, Angehörige) sowie eine Analyse der Patientendokumentationen und der KOMMA-Bögen durchgeführt wird. Handlungsleitend für die Entwicklung des Designs sowie der Analyse ist die Normalization Prozess Theory (May et al. 2009).

Zwischenergebnisse

Die Beobachtungsphase für den Praxiseinsatz ist mittlerweile abgeschlossen. Es wurden im Projektzeitraum 26 Personen als Multiplikatorinnen oder Anwenderinnen für KOMMA ausgebildet und mehr als 170 KOMMA-Gespräche auf Basis eines Assessments durch den KOMMA-Bogen geführt. Die Datenerhebung der Begleitforschung ist in der letzten Phase und mit der Auswertung der vorhandenen Daten wurde begonnen. Daher sollen an dieser Stelle lediglich zwei Eindrücke gegeben werden:

Die Heterogenität der Praxispartner in NRW stellt, der unterschiedlich strukturierten Palliativ- und Hospizdienste entsprechend, für die Übertragbarkeit eine besondere Herausforderung dar. Dank des kontinuierlichen Dialogverfahrens zwischen Wissenschaft, Projektträger und Praxis konnte bisher der Ansatz so adaptiert werden, dass die Anwendung handlungsorientiert für alle Akteure Wege aufzeigt. Für Angehörige ebenso wie die Mitarbeiterinnen der Dienste hat sich der KOMMA-Ansatz als ein systematisierender Faktor in der Arbeit entpuppt, wie das folgende Zitat abschließend unterstreicht:

„Gerade die Angehörigen müssen sich oft selbst die Erlaubnis geben, hinzuschauen, was sie brauchen, und da hilft KOMMA schon sehr, um nach dem Ausfüllen darüber zu sprechen. Die Angehörigen sagten dann: ‚Das war toll, da stand was, ich konnte den Fragebogen durchlesen und sagen, ja, das passt für mich, und das brauche ich gerade nicht.‘“ (Fokusgruppe 3).

Sowohl spezialisierte Palliativpflegepersonen (in den sog. SAPV-Diensten) als auch hauptamtliche Koordinatorinnen von ehrenamtlichen Hospizdiensten wurden in dem Projekt als Anwenderinnen von KOMMA geschult und eingesetzt. Wer sich in der Hospiz- und Palliativversorgung für die Angehörigenarbeit tatsächlich „zuständig“ fühlt, das wurde zu einer wichtigen Frage in der Versorgungspraxis, insbesondere dann, wenn beide Dienste involviert waren. Dass diese Frage nicht darüber beantwortet werden kann und soll, wer für Angehörigenarbeit „bezahlt“ wird, das liegt auf der Hand. Tatsächlich handelt es sich um eine grundlegenden Baustein der Hospizarbeit und Palliative Care, der gerade auch in den Verhandlungen mit Finanzierungsträgern bislang im Hintergrund gestanden hat. Es ist zu hoffen, dass ein systematisches Herangehen auch hilft, diese Arbeit besser nachweisen zu können, um sie schließlich auch besser finanzieren zu können.

Am 7. November 2018 findet in Leverkusen eine Fachtagung statt, bei der der KOMMA-Ansatz vorgestellt.

(https://www.komma.online/)

Wir hoffen, bis zum Ende des Jahres die Vorgangsweise im Zusammenhang mit der Lizenzierung des Bogens im deutschsprachigen Raum zu klären. Zentrales Anliegen dabei ist es, einen niederschwelligen Zugang bei Sicherung der Qualität (Verständnis des Ansatzes und korrekte Anwendung) schaffen zu können. Ziele ist eine weite Verbreitung des Ansatzes KOMMA in der häuslichen Hospizarbeit und Palliative Care.

Literatur

Aoun, S. M., Grande, G., Howting, D., Deas, K., Toye, C., Troeung, L., . . . Ewing, G. (2015). The impact of the carer support needs assessment tool (CSNAT) in community palliative care using a stepped wedge cluster trial. PloS one, 10(4).

Bödiker ML, Graf G, Schmidbauer H. (Hg.) (2011): Hospiz ist Haltung – Kurshand-

buch Ehrenamt. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

Dressel G, Berger W, Heimerl K, Winiwarter V (Hg.) (2014): Interdisziplinär und transdisziplinär forschen. Praktiken und Methoden. Transcript: Bielefeld.

Ewing, G., & Grande, G. (2013). Development of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: a qualitative study. Palliative medicine, 27(3), 244–256.

Ewing, G., Austin, L., & Grande, G. (2015). The role of the Carer Support Needs Assessment Tool in palliative home care: A qualitative study of practitioners' perspectives of its impact and mechanisms of action. Palliative medicine.

Ewing, G., Brundle, C., Payne, S., & Grande, G. (2013). The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for use in palliative and end-of-life care at home: a validation study. Journal of pain and symptom management, 46(3), 395–405.

Heller A, Pleschberger S, Fink M, Gronemeyer R. (2013): Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. 2. Aufl. (2012). Ludwigsburg: der hospiz verlag,

Kreyer C. Pleschberger S. (2015): Bewältigungsherausforderungen Angehöriger in der häuslichen Palliativversorgung. Eine Einzelfallstudie. Pflegewissenschaft 17, 645-654

Kreyer C., Bükki J., Pleschberger S. (o.A.): Translation, cultural adaption & validation oft he CSNAT for German-speaking countries (KOMMA-Kommunikation mit Angehörigen). Submitted to BMC Palliative Care, July 2018

Kreyer C., Pleschberger S. (2014): „Um Normalität in einer instabilen Situation ringen" – Selbstmanagementstrategien von Familien in der Palliative Care zu Hause. Eine Metasynthese. Pflege 27 (5), 307-324

May C. (2013a): Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. Social Science and Medicine 78, 26-33

Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardemann W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J (2015): Process evaluation of complex interventions. Medical Council guidance. British Medical Journal 350.

Pleschberger S, Wenzel C. (2011): Das Sterben zu Hause verantworten - die Perspektive der Angehörigen. In: die hospiz zeitschrift 3/13, Nr. 49, S. 15-18.

Pleschberger S. (2013): Angehörige in End-of-Life Care – die Vielfalt ihrer Rollen und Herausforderungen. Public Health Forum; 21 (Heft 80): 18-20

Stajduhar K, Funk K, Toye C, Grande G, Aoun S, Todd C. Home based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). Palliative Medicine 2010; 24 (6), 573-593.

World Health Organization (WHO) (1990): Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P, Translation ITFf, Cultural A: Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health 2005, 8(2):94-104.

Fußnote

[i] Es handelt sich hierbei um Regeln für die gute Praxis zur Übersetzung und kulturellen Anpassung, die im Rahmen von Messung patientenorientierter Ergebnisse entwickelt wurden. Federführend war hierfür die Fachgesellschaft „International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)" (vgl. Wild et al. 2005).

Autorin

Priv. Doz.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH

DGKS; Gesundheits- und Pflegewissenschafterin; Leiterin der Abteilung Gesundheitsberufe an der Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Forschung, Lehre und Publikation zu den Themen Hospizarbeit und Palliative Care, Pflege und Versorgung im Alter, Forschung mit vulnerablen Gruppen, Bedarfsorientierte Entwicklung von Gesundheitsberufen;
Sabine.pleschberger@goeg.at

Autorin

Univ.-Ass.in Mag.a Dr.in Christiane Kreyer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität für Medizinische Informatik, Technik und Gesundheitswissenschaften (UMIT), Hall i.T., Department Pflegewissenschaft & Gerontologie; Trainerin für Problem based Learning, Absolventin Internat. Palliativlehrgang, Arbeitsschwerpunkte: Angehörige in der häusliche Palliativversorgung, Pflege Angehöriger in Palliative Care, SelfManagement (Bewältigungshandeln), qualitative Forschungsmethoden
Christiane.kreyer@umit.at

Das Lehrbuch für Pflegeforschung und ihre Methoden

Hermann Brandenburg et al. (Hrsg.)

Pflegewissenschaft 2

Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2018.
464 Seiten, 59 Abbildungen, 55 Tabellen, kartoniert
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85739-8
Auch als eBook erhältlich

Die lehr- und forschungserfahrenen Herausgeber des Lehrbuchs für Pflegeforschung

- orientieren Forschungsanfänger und Bachelorstudierende über die Pflegeforschung und den Forschungsbegriff
- führen verständlich in die Methodendiskussion und Forschung ein
- reduzieren die Komplexität konkurrierender Ansätze durch exemplarische Auswahl zentraler Forschungsmethoden
- geben einen Einblick in das natur- und sozialwissenschaftliche Methodenspektrum der Pflegeforschung und ergänzen (nicht-) empirische Ansätze
- leiten zur kritischen Analyse, Rezeption und Anwendung von Studien und ausgewählten Methoden an
- erleichtern das selbstgesteuerte Lernen durch Übungsbeispiele, Lesetipps und Glossarbegriffe
- fördern den Umgang mit englischsprachiger Literatur und erleichtern den Zugang zu pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

hogrefe

(C) Pfeifer-Rabe

Therapeutic Touch

Die Verknüpfung mit der Comfort-Theorie in der professionellen Pflege

In der Gesundheits- und Krankenpflege gibt es bereits gut etablierte Pflegekonzepte. Wie aber kann Therapeutic Touch/Therapeutische Berührung als komplementäres Pflegekonzept integraler Bestandteil der professionellen Pflege und eine indizierte Anwendung zu einem Selbstverständnis werden?

Die Comfort-Theorie könnte hierfür wegweisend sein, weil sie speziell für die Praxis konzipiert wurde und ein anwendungsorientiertes Fundament für eine patiententinnen- und patientenzentrierte Pflegepraxis bietet. Kolcaba (2014), die Entwicklerin der Comfort-Theorie, schaffte für Comfort einen theoretischen Bezugsrahmen mit Aspekten der Philosophie und Ethik und entwickelte Instrumente für Comfortmessungen. Sie zeigte dabei die Bedeutung der Pflege auf und spricht von Comfort-Care. Comfort wird hier beschrieben als „ein energiespendendes Erleben, wobei Bedürfnisse nach Linderung, Behaglichkeit und Transzendenz in vier Erlebensbereichen (physisch, psychospirituell, sozial und umgebungsbezogen) erfüllt werden.“ (Kolcaba, 2014, S. 34)

„Sorgen und kümmern repräsentieren in der Kombination vermutlich am ehesten den Begriff „Caring“, […] und ist […] „Kernstück unseres beruflichen Handelns“. (Schnepp, 2016, S. 74 & 81)

Comfort-Care beinhaltet mehr, als aus der Pflicht heraus zu handeln. Vielmehr bedeutet es individualisiertes, pflegerisches Handeln, verbunden mit Mitgefühl, Achtung vor dem Menschen und zum Besten der Patientinnen und Patienten zu wirken (Staudacher, 2014). Stoddart (2014) spricht von sogenannten „care and comfort rounds“. Diese haben einen zentralen Stellenwert für eine qualitativ hochwertige Pflege, weil eine personenzentrierte, humane und qualitativ hochwertige Versorgung im Mittelpunkt steht. Die Ergebnisse von einem Akutkrankenhaus, in dem „care and comfort rounds“ implementiert wurden, zeigen, dass es zu einer verbesserten Patientinnen- und Patientenversorgung kommt, die Patientinnen und Patienten zufriedener sind, sich besser aufgehoben fühlen und die Rufanlagen weniger benützt werden (Stoddart, 2014). „Nursing students […] said, they had a unique and exciting learning experience.“ (Stoddart, 2014, S. 20). Im Rahmen solcher

Pflegevisiten können die unterschiedlichen Bedürfnisse erhoben und Comfort-Interventionen angeboten werden. Diese fördern die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten und stärken sie, um mit oftmals stark belastenden Situationen umgehen zu lernen. Um physischen Comfort zu erleben, kann zum Beispiel eine gute Schlafposition ermöglicht oder Schmerzen durch eine entsprechende Positionierung und/oder Analgetikagabe gelindert werden. Eine Comfort-Intervention auf der psychosozialen Ebene bedeutet Angst zu lindern, Hoffnung zu geben, zu beruhigen, die letzte Lebensphase empathisch zu begleiten oder Angehörige in den pflegerischen Kontext miteinzubeziehen. Eine Comfort-Intervention kann eine entspannungsfördernde Maßnahme, eine beruhigende Umgebung oder eine Anwendung von Therapeutic Touch sein (Kolcaba, 2014). Dazu gibt es unterschiedliche Techniken, wie die Chelation, Lymphchelation, Reversechelation, Lungentechnik, das Brainbalancing und andere, die mit direkter Berührung am Körper erfolgen. Das Clearing wird als eine Methode im Non-Touch Bereich beschrieben. Die Auswahl einer bestimmten Behandlungsweise erfolgt nach einem Assessment und wird je nach Indikation getroffen. Eine positive Wirkung kann bei Ängsten, Schmerzen, Übelkeit, Stress (dies führt zu einer Reduktion des Stresshormons Cortisols) und weiteren erzielt werden (Wiederkehr, 2016).

Therapeutic Touch wirkt, weil der Mensch ein offenes Energiesystem darstellt und der Energieaustausch zwischen Menschen als ein gegebenes, natürliches Phänomen zu bewerten ist, stellte die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Krieger (2012) fest. Ebenso besagt auch ein physikalischer Grundsatz, dass der Mensch ein offenes System darstellt und „mit seiner Umgebung in Kontakt steht. Es ist also möglich, Stoffe bzw. Materie auszutauschen, sowie auch Energie […]“. (Kristen, o.J.)

Die Studie von Vanaki, Matourypour, Gholami, Zare, Mehrzad und Dehghan (2015) soll veranschaulichen, wie Therapeutic Touch wirken und mit der Comfort-Theorie verknüpft werden kann. Die Forscherinnen und Forscher untersuchten, ob bei Brustkrebspatientinnen die Chemotherapie-induzierte Übelkeit durch die Anwendung von Therapeutic Touch reduziert werden kann. Als Studiendesign wählten sie eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie. Die Untersuchung erfolgte mit einer Kontroll-, Placebo- und Interventionsgruppe bei 108 Patientinnen mit einem Durchschnittsalter von 49 Jahren. Zur Einschätzung der Übelkeit wurde die visuelle analoge Skala (VAS) verwendet und die drei Kriterien Dauer, Häufigkeit und Intensität am Morgen, zu Mittag, am Nachmittag und in der Nacht innerhalb von 24 Stunden nach der Chemotherapie eingeschätzt. Die Anwendung von Therapeutic Touch erfolgte 15-20 Minuten vor dem Erhalt der Chemotherapie. Die Dauer einer Behandlung betrug ca. 21 Minuten. In der Placebogruppe wurde ebenso im Energiefeld gearbeitet, jedoch

(C) Pfeifer-Rabe

weiter als 20 cm vom Körper entfernt. Das Ergebnis dieser Studie zeigte, dass die Übelkeit bei den Patientinnen in der Interventionsgruppe mit Therapeutic Touch signifikant niedriger war als in der Kontroll- und Placebogruppe.

Kolcaba (2014) nimmt Bezug zu einer qualitativen Studie über Comfort von Arrudas (1992) und hebt hervor, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung und -therapie es besonders wichtig sei, auf die Comfort-Bedürfnisse einzugehen, um mit den stark belastenden Symptomen umgehen zu können. Die Art und Weise, wie Comfort durch die Pflegepersonen umgesetzt wird, wird nicht nur von der Intensität der Beschwerden bestimmt, sondern ist auch abhängig von der Prognose, um situationsgerecht und sinnerfüllt nach den Prinzipien von Comfort-Care zu pflegen.

Wenn Übelkeit reduziert werden kann, wirkt sich dies auf alle Aktivitäten des täglichen Lebens positiv aus. Die Ergebnisse von Vanaki et al. und Kolcaba verdeutlichen, dass die Anwendung von Therapeutic Touch eine hochwirksame pflegerische Comfort-Intervention darstellt. Die Comfort-Theorie kann mit Therapeutic Touch gut verknüpft werden und ist für die gemeinsame Nutzung in der professionellen Pflege fundiert begründbar. Beide sind in besonderer Weise auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ausgerichtet.

Literatur

Kolcaba, K. (2014): Pflegekonzept Comfort. Theorie und Praxis der Förderung von Wohlbefinden, Trost und Entspannung in der Pflege. Bern: Hogrefe.

Krieger, D. (2012): Therapeutic Touch. Die Heilkraft unserer Hände. Bielefeld: Kamphausen Verlag & ion GmbH.

Kristen, Y. (o. J.): https://www.uniulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/nawi.inst.251/Didactics/thermodynamik/INHALT/DEF.HTM. (1.3.2017).

Schnepp, W. (2016): Caring – ein Stiefkind in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft? In: Kleibel, V./Urban-Huser, C. (Hg.) (2016): Caring-Pflicht oder Kür? Gestaltungsspielräume um eine fürsorgliche Pflegepraxis. Wien: Facultas.

Staudacher, D. (2014): Comfort-die „Spitze des Pflegebewusstseins." Zur Aktualität und Bedeutsamkeit von Katherine Kolcabas Comfort-Pflegekonzept. In: Padua 9. Jg., H. 1, S. 47-51.

Stoddart, K. (2014): Care and Comfort rounds: Improving Standards. In Nursing Mangagement. Volume 20, Number 9, pp. 18-24.

Vanaki, Z./Matourypour, P./Gholami,R./ Zare, Z./Mehrzad,V./Dehghan,M. (2015): Therapeutic touch for nausea in breast cancer patients receiving chemotherapy: Composing a treatment. In: Complementary Therapies in Clinical Practice, Volume 22, pp. 64-68.

Wiederkehr, G. (2016): Energetische Modelle und Methoden-Therapeutische Berührung. Unterlagen der Weiterbildung gemäß § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). 21. Überarbeitung. Wien, S. 38-73.

Autorin

Rosemarie Buchmayer, MSc
Akad. Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, FH-Lektorin
DGKP - Komplementäre Pflege-Therapeutic Touch
Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und
FH- Studienstandort am Sozialmedizinischen Zentrum Ost, Wien

Netzwerk demenzfreundlicher 3. Bezirk
Netzwerk demenzfreundlicher 9. Bezirk
Netzwerk demenzfreundlicher 23. Bezirk

Wahrnehmen – Kontakte knüpfen – Beraten

Ziel der Netzwerke demenzfreundlicher Bezirke ist es, auf allen Ebenen der Gesellschaft die Inklusion von Menschen mit Demenz zu ermöglichen und Maßnahmen zu planen, wie in einem Bezirk durch Information, Beratung und Vernetzung von Angeboten die soziale Teilhabe ermöglicht werden kann.

» Aufmerksam sein für Menschen mit Vergesslichkeit

» Akzeptanz fördern

» Menschen mit Vergesslichkeit zu Wort kommen lassen

» Über Angebote im 3., 9. und 23. Bezirk beraten

» Gesellschaftliches Engagement stärken

Wir...

- **wollen, dass Menschen mit Vergesslichkeit am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.**
- **gestalten eine demenzfreundliche Umgebung, um den Alltag zu erleichtern**
- **sind AnsprechpartnerInnen für Betroffene und Angehörige**

Kontakt:

3. Bezirk: Vera Langer | vera.langer@cs.at 01/717 53-3800
9. Bezirk: Human Vahdani | human.vahdani@cs.at 01/717 53-3600
23. Bezirk: Petra Hausteiner | petra.hausteiner@cs.at 01/8882608 2611

alzheimer austria
Unterstützung für Angehörige und Betroffene

CARITAS SOCIALIS

FONDS SOZIALES WIEN
Stadt Wien

Hoffnung ist Power

Die thailändische Gruppe in der überfluteten Höhle hat im Frühsommer 2018 gleich nach Entdeckung angegeben, dass sie zuversichtlich waren, gefunden und gerettet zu werden. Auch die Retter haben ausgesagt, dass sie die Hoffnung nicht aufgegeben haben, dadurch haben sie Kraft und Energie gefunden, weiterzumachen.

Hoffnung ist eine der grossen menschlichen Ressourcen, in allen Epochen, Lebenslagen, Religionen spielt sie eine Rolle. Dabei wird erst seit wenigen Jahrzehnten wissenschaftlich über Hoffnung gearbeitet – früher war sie eher ein Thema der Philosophie; z.B. bei Ernst Bloch (Das Prinzip Hoffnung). Inzwischen gibt es eine interdisziplinäre „Hoffnungsforschung" – verwandte Konzepte finden sich in manchen Bereichen, etwa beim Kohärenzgefühl, bei der Selbstwirksamkeit, beim Coping oder der Placeboforschung.

Hoffnung erscheint inzwischen als Erfolgsfaktor des Lebens, den hoffenden Menschen geht es besser, sie nutzen mehr Möglichkeiten, suchen Wege, mit Problemen fertig zu werden. Offenbar kommen wir mit einer kleinen Hoffnungsausstattung auf die Welt, das meiste wird dann aber gelernt – je nachdem, wie wir Lebenserfahrungen interpretieren (Glas halb voll oder halb leer). Im Laufe des Lebens deuten wir viele Ereignisse und gehören so eher zu den Menschen, die rasch aufgeben – oder zu der Gruppe mit mehr Selbstwert und Sinngefühl. Dies ist eine recht stabile Eigenschaft, eine Lebenseinstellung im Zusammenspiel von Kognition und Emotion.

Vernetzung

Hoffende Menschen aktivieren ihr soziales Umfeld, sie sind gut vernetzt, wollen selbst Einfluss nehmen und gestalten. Sie setzen sich realistische Ziele und motivieren sich selbst – sie entwickeln einen „Plan B“, wenn es nicht klappt. Diese stete Neuausrichtung ist auch der Unterschied zu einfachem Optimismus, Hoffnung bleibt, beinhaltet auch die Möglichkeit des Scheiterns, sie passt sich an.

Die „Hoffnung stirbt zuletzt“ heisst es, gerade in der letzten Lebensphase ist Hoffnung wichtig: auf ein sanftes Hinübergleiten, auf ein sinnvolles Leben und bei Gläubigen auf ein neues Dasein. Spezifische Geschichten aus dem Palliativbereich finden sich in einer Hoffnungsbroschüre zum kostenlosen Download (www.caritas-paderborn.de/Hoffnung).

Hoffnung darf nicht verwechselt werden mit einer Schönfärberei oder Wunschdenken nach dem Motto „alles wird gut“. Wenn Menschen sich Illusionen hingeben, dann verdrängen sie die Realität, bei negativen Entwicklungen wird der Überlebenswille zerstört.

Medikament Hoffnung

Auch in Pflege und Medizin ist die enorme Wirkung von Hoffnung längst erkannt, Kranke genesen eher, Schwerkranke können sogar gesunden. Offenbar werden hilfreiche neuro-hormonale Kreisläufe in Gang gebracht, die Hirnforschung wird hier weitere Erkenntnisse liefern. Hoffnung schützt die Menschen, lässt Therapien besser ertragen und richtet den Blick in das Kommende.

Pflegende können viele Wege nutzen, um Hoffnung zu unterstützen. Zunächst ist wichtig, die Sichtweise des Patienten/Angehörigen einzuschätzen. Es gibt spezielle Assessments zur Hoffnung, diese sind aber in der Versorgungspraxis ungebräuchlich. Wichtig sind Gespräche, um das Hoffnungspotential einzuschätzen – manchen Pflegenden und Ärzten sei einfach geraten, Hoffnung nicht vorschnell zunichte zu machen (leider geschieht dies oft). Ich wünsche mir eine „hoffnungsgestützte Pflegeplanung“, mit Rückmeldeschleifen, Fallbesprechungen u.ä..

Karin Klas, Stefanie Mayrhofer (Hg.)

50 komplexe Fallsituationen

Ein Arbeitsbuch für Studierende und Lehrende
der Bachelorstudiengänge
Gesundheits- und Krankenpflege

facultas 2018, 136 Seiten, broschiert
EUR (A) 22,90 / EUR (D) 22,30 / sFr 29,70 UVP
ISBN 978-3-7089-1698-9

Mit Platz für Notizen

Lernen mit Fallsituationen

Dieses Buch enthält 50 praxisnahe Fallsituationen aus unterschiedlichen Themenfeldern und Fachgebieten zur Analyse und Bearbeitung. Sie dienen zur Übung von ganzheitlicher Betrachtung und strukturierter Analyse, trainieren das Erkennen von Zusammenhängen und die Ableitung des pflegerischen Handlungsbedarfs anhand des Pflegeprozesses.

Ein kompakter Begleiter durch das Studium Gesundheits- und Krankenpflege zum Lernen und Lehren sowie für die Prüfungsvorbereitung.

facultas

Möglichkeiten der Hoffnungsaktivierung

Es gibt viele Quellen von Hoffnung: durchgemachte Krisen (was hat Ihnen geholfen?), wichtige Bezugspersonen/Freunde, der Glaube, Hobbies und Ablenkungen wie Musik oder Texte . Die Pflege hat viele Möglichkeiten der Wohltaten über kleine Freuden im Alltag, über Berührungen und Erleichterungen. Ein gutes Schmerzmanagement unterstützt Hoffnung – Schmerzen lassen alles viel schlimmer erscheinen als es ist und die Lebensqualität sinkt. Eine ähnliche Funktion wie Hoffnung hat Humor - auch dazu gibt es seit einigen Jahren zahlreiche Beiträge. Eine Grundlage für Zuversicht ist das Vertrauen in die Betreuer, Pflegende und Ärzte sollten „wahr“ bleiben und auch die Angehörigen in eine Hoffnungsplanung einbeziehen.

Hoffnungsspaziergang

Im Rahmen der bekannten Klinikspaziergänge zur Mobilitätsförderung habe ich 2017 einen „Hoffnungsspaziergang“ entwickelt (www.stiftung-pflege.de). Die elf Poster greifen Aspekte von Zuversicht auf u.a.: ein Kerzenlicht, ein neuer Morgen, Blick zurück, Dankbarkeit, Blick nach vorne, ein Regenbogen und vor allem Natur. Grün ist die Hoffnung – diese Ansicht resultiert aus dem stetigen Werden und Vergehen der Natur. Die Poster sollten ergänzt werden durch „hoffnungsvolle Orte“ der Einrichtung, einer Kunstbetrachtung, einem Blick aus dem Fenster, der Kapelle usw..Inzwischen hängen Bilder in Krankenhäusern, Wartezonen, Arztpraxen, Hospizen oder Altenheimen. Zur Zeit überlegen wir in einer Klinik, die Bilder des Spazierganges auch als Postkarten auszugeben, für bestimmte Patienten, verbunden mit einem Gespräch.

Hoffnungsunterstützung wertet Pflegearbeit auf

Meine ersten Erfahrungen zum Thema Hoffnung machte ich als „Schwesternschülerin“ 1970, ich heiratete vorzeitig meinen Mann, schwer krebskrank und von den Ärzten als „hoffnungsloser (!) Fall bezeichnet. Immerhin haben wir 20 Jahre eine gute Ehe geführt, bevor er 1991 starb. Ich denke, dass unsere Zuversicht diese Zeit ermöglicht hat, trotz vieler Operationen und anderer Therapien.

In diesen ganzen Jahrzehnten habe ich mich mit der Wirkung von Hoffnung beschäftigt, 1999 habe ich ein sehr gutes US-Buch zur Hoffnung übersetzen lassen und eine deutsche Fassung herausgegeben. Das Buch von Farran,C., Herth, K.A., Popovich,J.M. ist leider lange vergriffen – alle drei sind Pflegewissenschaftlerinnen.

Um von dem Image als „Handlanger“ weg zu kommen, sollte die interaktive Seite der Pflegearbeit viel deutlicher präsentiert und dokumentiert werden.

Inzwischen sind mehrere Bücher aus anderen Disziplinen zur Hoffnung auf dem Markt, in den letzten Jahren haben viele Journale das Thema aufgegriffen - ich wünsche mir aber sehr, dass die Hoffnungsunterstützung von der Pflege entdeckt und umgesetzt wird. Wir haben den meisten Kontakt zu Patienten und Angehörigen. Ich kann mir viele förderliche Interventionen vorstellen, möchte ganze Einrichtungen auf Ermutigung einstellen und „hoffe“, dass endlich Forschung dazu in Gang kommt. Es ist schwierig, dafür Finanzen

zu erhalten – wenn „Hoffnung“ als Tablette verkauft werden könnte, sähe dies anders aus. Gerne unterstütze ich Projekte oder Abschlussarbeiten in diesem Bereich.

Literatur

Zegelin, A. (2009): Hoffnung-Energiequelle in schwierigen Zeiten. Die Schwester/Der Pfleger 48 (3)290-294

Zegelin, A. (2018): Hoffnungsunterstützung – eine Pflegeaufgabe. Pflegezeitschrift 71 (5) 29-31

Literaturliste unter: www.angelika-zegelin.de/Materialien

Autorin

Prof. Dr. Angelika Zegelin
Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin
Vorm. Universität Witten/Herdecke
angelika.zegelin@uni-wh.de

Monika Reiter, Ruth M. Fenzl, Isabel Hollinger, Michael Aiglesberger, Martina Paminger

Deckt alle Themenbereiche laut GuGK 2016 (BGBl. Nr. 75/2016) ab!

Pflegeassistenz

Lehrbuch für die Pflegeassistenz und das 1. Jahr der Pflegefachassisten

Pünktlich zum neuen Ausbildungsjahr:
Die neue Lerngrundlage für die Pflegeassistenz-Ausbildungen

In zwölf Lernfeldern beschreibt dieses Buch die Themenbereiche der Pflegeassistenzausbildung bzw. des 1. Ausbildungsjahres der Pflegefachassistenz. Die themenorientierte Darstellung fördert das vernetzte Denken: Zukünftige Pflegende lernen, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen und so individuell bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Mit vielen Übungsaufgaben, Fallbeispielen, Abbildungen und Wissenscheck am Ende der Kapitel!

facultas 2018, 560 Seiten, broschiert
EUR 49,90 (A) / 48,50 (D) / sFr 60,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1602-6

facultas

(C) Lichtmaler

Stellt selbsthergestellte Sondenkost (sSK) eine Gefahr dar?

Hintergrund

In Deutschland nimmt die Anzahl chronischer Erkrankungen deutlich zu. [1] Hierzu gehören auch Menschen, die nicht in der Lage sind ihre Nahrung auf natürliche Art und Weise aufzunehmen. Bereits 2004 erhielten mehr als 100.000 Menschen über Monate und Jahre ihre Ernährung durch eine PEG (Perkutane endoskopische Gastrostomie Sonde) mittels industriell hergestellter Sondenkost. Die auf dem Markt angebotene Sondenkost ist ein diätetisches Lebensmittel, welches keiner Verschreibungspflicht unterliegt.

Während die Pharmaindustrie sich in den letzten 20 Jahren auf diesem Gebiet deutlich erweiterte und damit einen jährlichen Umsatz von 300 - 600 Millionen Euro pro Jahr erzielte, gerieten Angebote der natürlichen Ernährung durch eine PEG immer mehr in den Hintergrund. Medizinfachhändler und Unternehmen eröffneten zunehmend eigene Ernährungsteams und Pflegende eröffneten Francaise-Unternehmen und beraten und berieten die Betroffenen und ihre Angehörigen, wie die Ernährung mittels industriell hergestellter Sondenkost erfolgen kann und sollte. Neben der damit möglichen Ernährung bedeutet es aber auch, dass ein Mensch evtl. jahrelang diese Flüssignahrung erhält und von natürlicher Nahrung ausgeschlossen ist. Pro Monat entstehen der Krankenkasse Kosten in der Höhe zwischen 300 – 600 Mill. Euro.

Besonders Personen mit einer schweren Dysphagie nach einem Schlaganfall, mit Kiefer-, Zungen und Kehlkopfkrebs sowie Personen im Wachkoma sind auf eine Ernährung mittels PEG angewiesen. Auch die Gruppe der Menschen mit dementiellen Verläufen wird im fortgeschrittenen Stadium häufig mittels PEG ernährt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass mehr als 100.000 (70% aller Patienten mit Sondenkost) Menschen mittels industriell gefertigter Sondenkost versorgt werden, welche keine spezielle Ernährung aufgrund zusätzlicher Leiden benötigen, sondern bei ihnen nur der Schluckakt auf Grund

neurologischer oder anatomischer/ funktioneller Besonderheiten nicht mehr funktioniert.

Aufmerksam wurde die Autorin durch Diskussionen der Krankenkassen, dass die Finanzierung dieser Sondenkost nicht mehr übernommen werden sollte. Für Familien, die Kinder oder Erwachsene zu Hause oder in stationären Einrichten haben bedeutet diese, dass die monatlichen Kosten der Versorgung ihres Angehörigen damit drastisch steigen würden.

Viele dieser Familien befinden sich bereits aufgrund der Erkrankung ihres Angehörigen in einer prekären finanziellen Situation, welche durch eine Nichtrezeptierung nochmals deutlich ansteigen würden.

Während viele Familien ihre Kinder, die Förderschulen besuchen und auf eine Ernährung durch eine PEG angewiesen sind, ihrem Kind natürliche Lebensmittel mit in die Schule geben, welche dort kleingemixt wird und dem Kind durch die Sonde verabreicht wird, findet dieses Vorgehen auch bei erwachsenen Personen, z.B. die in einem Zustand des Wachkomas leben, besonders im häuslichen Umfeld statt.

Eltern möchten, dass ihre Kinder, wie die Geschwisterkinder ein möglichst natürliches Leben erfahren, hierzu gehört besonders die Teilhabe an der familiären Ernährung.

Menschen, die auf Grund eines Schädel-Hirn-Traumas, z.B. nach einem schweren Motoradunfall in diese Situation geraten sind, haben keine physischen Probleme natürliche Nahrung zu verarbeiten, sie können diese nur nicht schlucken.

Menschen die sehr pflegebedürftig sind und eine PEG-Ernährung erfahren, werden häufig mittels kontinuierlicher Sondenkostgabe ernährt. Ein Gefühl eines natürlichen Appetits wird damit unterbunden, Geschmacksangebote über den Mund unterbleiben, die Teilnahme an einem Tisch mit einem gemeinsamen Essen unterbleibt. Damit wird der soziale Ausschluss befördert und weitere Anreize zur lebensweltlichen Teilnahme unterbleiben.

Die Ernährung ist ein zentraler Faktor, der maßgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Menschen nimmt, diese so zu gestalten, dass der soziale Anschluss und die natürlichen Versorgungsmöglichkeiten erhalten und gefördert werden, bildete die Grundlage das nachfolgend beschriebenen Projektes.

Fragestellungen

Es wurde den Fragen nachgegangen:

1. Ist eine Ernährung von Menschen, die auf eine Versorgung durch eine PEG angewiesen sind, auch mittels natürlicher Lebensmittel möglich (selbsthergestellter Sondenkost, sSK)?“
2. „Kann die Lebensqualität von Menschen mit funktionalen Schluckstörungen, die auf die Ernährung durch eine PEG angewiesen sind durch die Gabe natürlicher Lebensmittel (sSK) gesteigert werden?“

Methodisches Vorgehen

Die Studie gliederte sich in zwei Schwerpunkte. Zum einen beschäftigten wir uns mit der fachlich-inhaltlichen Versorgungsmöglichkeit von Menschen mit PEG[2], zum anderen mit der ökonomischen Bedeutung und dessen quantitativer Umfangs [3].

Literaturanalyse

Um die erste Fragestellung zu beantworten wurden in den Jahren 2003 -2004 und 2016 umfassende Literaturrecherchen durchgeführt. Es wurde analysiert:

- welche Personengruppen erhalten industriell gefertigte Sondenkost,
- wie umfänglich sind die jeweiligen Gruppen der davon betroffenen Menschen
- welche Kost erhalten diese (Standard oder spezielle Kost)
- welche Anforderungen müssen an eine sSK gestellt werden
- welche Komplikationen sind bekannt

Experteninterviews

Darüber hinaus wurden 8 Experteninterviews, ebenfalls zu den oben angegebenen Fragen, durchgeführt. Dieses mit:

- Gastroenterologen
- Ernährungswissenschaftlerinnen
- Pflegeexpertinnen
- Krankenkassenvertreterinnen
- Angehörigeninterviews

Um die zweite Frage beantworten zu können wurde ein Fragebogen entwickelt, der sich an pflegende Angehörige wandte.

16 Angehörige beantworteten den Fragebogen (7, die bereits ihre Angehörigen per sSK ernährten, 8, die noch keine Erfahrung damit gewonnen hatten). Bei den Antwortenden handelte es sich um Angehörigen von Kinder mit schwersten Behinderungen,

Wachkoma-Patienten, Menschen mit schweren Apoplex. Die Fragestellungen bezogen sich auf:

- Wie wird die sSK verabreicht
- Welche Erfahrungen haben Sie mit der sSK gemacht
- Welche Vor- und Nachteile von sSk sehen sie
- Wie stellt sich die Belastung von Angehörigen durch die Ernährung ihres Angehörigen mittels sSK dar

Institutioneninterviews
Weiterhin wurden Befragungen von Institutionen durchgeführt:

- Alten- und Pflegeeinrichtungen
- Behinderteneinrichtungen
- Krankenhäuser (neurologische Abteilung)
- Hospize

Alle Daten wurden zusammengeführt und ergaben wichtige Hinweise auf die oben gestellten Ausgangsfragen.

Ergebnisse

Literaturanalyse
Die Literaturanalyse ergab, dass sich 56 wissenschaftliche Studien mit der Gabe von natürlichen Lebensmittel durch eine PEG auseinandersetzten. Diese wurden im Zeitraum von 1997 – 2004. Eine zweite Recherche 2016 ergab, dass sich inzwischen zwei weitere Studien mit dieser Fragestellung beschäftigt hatten.

Nach Sichtung des wissenschaftlichen Gehaltes der Studien konnte festgehalten werden, dass es keine Hinweise auf Nachteile durch eine natürliche Ernährung gab [4]. Vorausgesetzt wird ein hygienischer Umgang mit der erstellten Nahrung [5] und der sofortigen Verabreichung nach ihrer Erstellung [6]. Eine weitere Voraussetzung ist die Möglichkeit der pflegenden Angehörigen passende Nahrung für ihren Angehörigen zuzubereiten.

Positiv wurde vermerkt, dass Personen mit Diabetes besser einzustellen seien, dass weniger Diarrhöen und Erbrechen auftraten und damit auch weniger Aspirationspneumonien [7].

Die Auswertung der Geschäftsberichte der Unternehmen, die Sondenkost herstellen ergab, dass die Anzahl derjenigen, die von einer Ernährung durch eine PEG betroffen sind insgesamt 130.000 Menschen betreffen, davon 70% (ca. 100.000) die mittels Standard - Sondenkost ernährt werden. Insgesamt verteilen sich die Betroffenen auf folgende Krankheitsbilder:

- Neurologische Erkrankungen (36%-42%)
- Onkologische Erkrankungen (ca. 20%)
- kognitive Beeinträchtigungen, z.B. Demenz (ca. 22%)
- schwere geistige u. a. körperliche Behinderungen (ca. 6,5%)
- Gastrointestinale Erkrankungen (2%-10%)
- Stoffwechselerkrankungen (ca. 5%)
- operative Eingriffe (ca. 1%)
- AIDS (ca. 0,7%)

Spezialisiert wurde untersucht für welche Menschen eine standardisierte Sondenkost zutraf und welche Menschen eine spezielle Sondenkost erhalten. Menschen mit gastrointestinalen Erkrankungen, Stoffwechselproblemen und nach operativen Eingriffen wurden nicht in die weiteren Betrachtungen einbezogen. Besonders interessierten die Personen, die in der häuslichen Umgebung versorg werden (ca. 20 - 30%)[8].

Auswertung der Befragung der ExpertenInnen
Die meisten Experten sahen kein Problem bei der eigenen Herstellung dieser Sondenkost. Auch wurde ein Vergleich mit Gläschen Kost für Kinder herangezogen, die auch selbst hergestellt werden kann, aber häufig aus hygienischen Gründen nicht mehr empfohlen wird. Industriell hergestellte Sondenkost sei bilanziert. Allerdings würde die normale Ernährung auch nicht bilanziert. so dass vor allem auf das individuelle Vertragen und das Körpergewicht der Betroffenen zu achten sei.

Um Ungleichgewichtigkeiten auszugleichen könne man die Sondenkost mit Zusätzen anreichern, ohne den ursprünglichen Geschmack allzu sehr zu verfremden. So könnte, dass mit einfachen, im Handel erhältlichen Vitaminpräparaten die selbsthergestellte Sondenkost angereichert werden könne oder Multivitaminsäfte zur Grundlage der Verflüssigung der Nahrung zu nehmen.

Auch der notwendige Anteil von Flüssigkeit zur Gängigkeit der Sondenkost würde den notwendigen Flüssigkeitsbedarf eines Menschen nicht überschreiten.

Weiterhin wäre es denkbar, spezielle Rezepte zu erarbeiten und den Pflegenden an die Hand zu geben.

Auswertung der Angehörigenbefragung
Die sieben Angehörigen, die selbsthergestellte Sondenkost verabreichen, tun dies mehrmals täglich, fünf von ihnen gaben an, dies zu allen Mahlzeiten zu tun. Die Beantwortung der Frage, wie aufwändig die Zubereitung der selbsthergestellten Sondenkost

empfunden wurde entsprach einem mittleren Aufwand. Die Angehörigen nannten die nachfolgenden aufgeführten Vorteile der selbsthergestellten Sondenkost.

Die sieben Angehörigen, die selbsthergestellte Sondenkost verabreichen, tun dies mehrmals täglich, fünf von ihnen gaben an, dies zu allen Mahlzeiten zu tun. Zur Beantwortung der Frage, wie aufwändig die Zubereitung der selbsthergestellten Sondenkost empfunden wird, wurde eine Skala von eins (kein Aufwand) bis sechs (extremer Aufwand) eingesetzt. Median und arithmetisches Mittel lagen bei drei, was einem mittleren Aufwand entspricht. Die Angehörigen nannten die in der nachfolgenden Tabelle 14 aufgeführten Vorteile der selbsthergestellten Sondenkost.

- mehr Normalität im Alltag
- weniger Durchfälle
- seltener Erbrechen
- keine Abhängigkeit von Rezeptierung
- keine Begründung für Rezeptierung notwendig
- angenehmerer Geschmack beim Aufstoßen
- Teilnahme an den Familienmahlzeiten

Im Freitext gaben die Befragten an, dass sie schließlich wüssten, was ihrem Angehörigen immer geschmeckt habe, dass man die Nahrung vorher auf die Zunge geben könne um den Geschmacksinn der Angehörigen zu stimulieren. Außerdem solle alles so normal ablaufen wie immer. Aber auch die Angehörigen, die keine selbsthergestellte Sondenkost verabreichen, glauben, dass die o.g. Vorteile zutreffen. Als problematisch wurde von den Befragten, die selbsthergestellte Sondenkost verabreichen, das Verstopfen der Sonde, die geringere Haltbarkeit und die hohe Belastung durch die Zubereitung angesehen.

Herausforderungen selbsthergestellter Sondenkost

Die Argumente gegen selbsthergestellte Sondenkost, stützen nicht die Alternative der industriell hergestellten Sondenkost, sondern sollen die Chancen und Möglichkeiten im Sinne einer Risikoanalyse für den Einsatz selbsthergestellter Sondenkost vervollständigen. Die Argumente gegen die selbst hergestellte Sondenkost aus der internationalen Literatur nehmen Bezug auf die Schwierigkeiten,

- einzelne Nährstoffe zu bilanzieren,
- der Kontaminationsgefahr,
- der höheren Viskosität und
- der schlechteren Verfügbarkeit.

Diese Argumente können jedoch bei Berücksichtigung der zuvor genannten Grundanforderungen überwunden werden und bieten kein haltbares Gegenargument gegen selbst hergestellter Sondenkost, sondern stellen eher eine Herausforderung dar.

Machbarkeitsstudie

In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob die Gängigkeit selbsthergestellter Sondenkost gegeben ist. Im Zeitraum von Juni bis September 2015 wurden von 23 TeilnehmerInnen[9] 233 Mahlzeiten erstellt. Hierzu führte jede Person ein Studienbuch, indem sie die jeweilig erstellte Mahlzeit beschrieben, fotografierte im festen und im zerkleinerten Zustand. Die TeilnehmerInnen waren in vier verschiedene Gruppen unterteilt (Frühstück, Mittagessen, Abendessen, Zwischenmahlzeit). Jede Person war aufgefordert 10 Mahlzeiten zu erstellen.

Allen wurde ein Mixer [10] zur Verfügung gestellt. Sowie eine PEG-Sonde und eine Bolus Spritze.

Das Ergebnis war eindeutig. Es bestätigte die Annahme, dass eine natürliche Ernährung sondengängig ist und dabei die tägliche Flüssigkeitsmenge nicht überschritten, eher unterschritten wurde (pro Mahlzeit wurde zwischen 100 – 350 ml benötigt).

Auch nach der Zerkleinerung waren die meisten Mahlzeiten wohlriechend und appetitlich.

Probleme bei der Zerkleinerung entstanden besonders bei kleberigen Substanzen (Gummibärchen, Mozzarella-Käse, Rosinen) sowie bei unbehandeltem Mais, Chips, Müsli und Reis in kleinen Mengen.

Fazit

Selbsthergestellte Sondenkost kann Menschen verabreicht werden, die Sondenkost benötigen und über eine physiologische Stoffwechsel- und Verdauungsfunktion verfügen. Bei dieser Zielgruppe handelt es sich um Menschen mit neurologischen Erkrankungen, Behinderungen, Essstörungen, Traumata ohne weitere Komplikationen, kognitiven Beeinträchtigungen und therapiebedingter Sondenernährung ohne weitere Komplikationen. Dieses bestätigte die durchgeführte Literaturanalyse, die Experteninterviews und die Befragung pflegender Angehöriger.

Die Machbarkeitsstudie gab Aufschluss über die funktionalen Möglichkeiten der Verabreichung

selbsthergestellter Sondenkost.

SSK kann vor allem im häuslichen Bereich eingesetzt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Eltern von behinderten Kindern bzw. pflegende Angehörige von Menschen im Wachkoma die eigene Herstellung von Sondenkost gern aufgreifen. Von diesen Gruppen ist bekannt, dass sie ein hohes Engagement aufweisen und selbsthergestellte Sondenkost hier bereits angewendet wird.

Bei der Herstellung, Lagerung und Verabreichung selbsthergestellter Sondenkost sind machbare Hygienemaßnahmen einzuhalten.

In einem weiteren Schritt soll nun eine klinische Studie erfolgen, die Menschen mit einem Schlaganfall und Kehlkopfkrebs einschließen soll.

Literatur

Bischoff SC, Arends J, Dörje F, Engeser P, Hanke G, Köchling K, Leischker AH, Mühlebach S, Schneider A, Seipt C, Volkert D, Zech U, Stanga Z, DGEM Steering Committe. Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich. S3–Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und AKE. Aktuel Ernaehr Med 2013; 38: e101-54.

Borghi R, Dutra Araujo T, Airoldi Vieira RI, Theodoro de Souza T, Waitzberg DL. ILSI Task Force on enteral nutrition; estimated composition and costs of blenderized diets.

Bucher H, Hufnagel G. Versorgungssituation von Patienten mit einer Ernährungssonde in Sachsen-Anhalt. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Sachsen-Anhalt. http://www.aerzteblatt.de

Elia M, C.R , Shaffer J, Micklewright A, Wood S, Wheatley C, Holden C, Meadeows N, Thomas A, Stratton R, & Scott D. Annual report oft he british artificial nutrition survey (BANS).1999.

Hebuterne X, Bozzetti F, Moreno Villares J.M, Pertkiewicz M, Shaffer J, Staun M, Thul P & von Gossum A. Jome enteral nutrition adults: a European multicentre survey. Clinical Nutrition 22.: 264 – 266.2

Machado de Sousa LR, Rodrigues Ferreira SM, Madalozzo Schieferdecker ME. Physicochemical and nutritional characteristics of handmade enteral diets. Nutr Hosp 2014; 29: 568-74.

Fußnoten

[1] Statistisches Bundesamt 2018 im Durchschnitt 27% der Bevölkerung sind chronisch erkrankt

[2] Bienstein C, Haas U, Nonn R. Department Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke

[3] Walger G, Neise R, Breil C. Institut für Unternehmer – und Unternehmensentwicklung Universität Witten/Herdecke

[4] Elia et al., 1999

[5] Bischoff et al.,2013, Machado de Sousa et al., 2014

[6] Perez Mendesz&Gracia-Mayor, 2001

[7] Borghi et al., 2013

[8] Hebuterne et al. 2003

[9] Studierende des Studiengangs „Innovative Pflegepraxis der Universität Witten/Herdecke

[10] Thermomix TM 31

Autorin

Prof. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V.
Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke,
Gesundheits- und Krankenschwester

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

Informelle außerfamiliäre Helferinnen und Helfer

Die Angehörigen von Alleinlebenden

Immer mehr Menschen leben in einem Einpersonenhaushalt, insbesondere im Alter. Die Gründe dafür sind unterschiedlich: Zum Beispiel leben Personen im mittleren Erwachsenenalter immer „seltener in langjährigen Ehen und bleiben häufiger kinderlos“ (Böger, Huxhold & Wolff, 2017, S.258). Auch sind familiale Netzwerke durch sinkende Geburtenraten kleiner geworden, und aufgrund der geografischen Mobilität hat sich „die Wohnentfernung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern vergrößert“ (ebd.). Alleine zu leben ist also längst kein Einzelfall mehr, und im Alter besonders häufig: So wohnten in Österreich im Jahr 2016 etwa 500.000 (32 %) Menschen über 65 Jahre alleine (Statistik Austria, 2017). Diese Entwicklung deckt sich mit den Daten aus anderen europäischen Ländern, wie aus der Eurostat Erhebung (31,6% der 65+) hervorgeht (Statistisches Bundesamt, 2015).

Wenn Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei allein lebenden älteren Menschen zunimmt, ist der Verbleib in der häuslichen Umgebung bedroht. Trotz vielfältiger flächendeckender Angebote ist das Versorgungssystem weiterhin ganz wesentlich auf das Vorhandensein der tragenden Säule pflegender bzw. pflegebereiter Angehöriger ausgerichtet (Payne et al., 2010). Doch was passiert, wenn allein lebende hochaltrige Menschen keine Angehörigen im Nahbereich haben? In solchen Fällen stellen Freundinnen/Freunde, Bekannte oder Nachbarinnen/Nachbarn, sogenannte informelle außerfamiliäre Helfer/innen, oftmals eine wesentliche Ressource dar (Pleschberger & Wosko, 2017). Folglich bezeichnen wir als informelle Helfer/innen ausschließlich jene Personen, die in keinem Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Betreuten stehen oder im Sinne eines erweiterten Familienbegriffs als Angehörige verstanden werden könnten (vgl. Pleschberger & Wosko, 2015).

Über diese Form der Hilfe ist bislang allerdings noch wenig bekannt. Insbesondere darüber, wie informelle außerfamiliäre Unterstützungsarrangements gestaltet sein müssen, damit ein Verbleib von allein lebenden älteren Menschen im eigenen Zuhause bis zuletzt gelingen kann. Für die Gestaltung von Therapie, Pflege und Betreuung dieser Zielgruppe ist dieses Wissen allerdings essentiell. Im Forschungsprogramm OPLA beschäftigen wir uns nun schon seit mehreren Jahren mit dieser Thematik, aktuell führen wir eine Längsschnittstudie durch, bei der sowohl die Perspektive der Alleinlebenden als auch ihrer informellen außerfamiliären Helfer/innen erhoben wird (https://goeg.at/OPLA_Projekt).

In diesem Beitrag wollen wir auf Basis unserer bisherigen Studien zu diesem Thema sowie der Literatur einen Einblick in die Herausforderungen geben, mit denen informelle Helferinnen und Helfer konfrontiert sind, wenn sie sich auf das Wagnis einlassen, und Sorge(verantwortung) für eine andere Person übernehmen (mit der sie nicht verwandt sind). Zur Beschreibung des Vorgehens sei

Studie: Lebensqualität im Alter bis zuletzt

- Exploratives qualitatives Forschungsdesign.
- Retrospektive narrative Interviews mit informellen Helfer/inne/n (n=15), 52-84a (ø 62,8), die „bis zuletzt“ die Pflege für allein lebende Personen im Alter zwischen 57 und 96 Jahren (ø 80,5) übernommen haben.
- Informelle Helferinnen und Helfer aus Wien (6), Niederösterreich (4) und der Steiermark (5).
- Leitfadeninterviews mit beteiligten Professionellen (n=8) zu ausgewählten Verläufen (Case Studies).
- Kombination aus inhaltsanalytischer Auswertung und verlaufsbezogener Analyse.

Abbildung 1: Basisinfos zur Studie „Lebensqualität im Alter bis zuletzt“ (Pleschberger, Wosko & Pfabigan, 2014)

Studie: Die Perspektive allein lebender hochaltriger Menschen auf die Zukunft und das Lebensende

- Sekundäranalyse von Daten der Österr. Hochaltrigenstudie (n=17 aus 40) (Ruppe & Stückler, 2015)
- Kriterium: alleinlebend, alleinstehend
- Rekodierung & vertiefende Analyse
- Selektive Nacherhebung: 9 qualitative Interviews
- 80 – 96a (ø 84,3), weiblich (n=19), männlich (n=7)
- Thematische Analyse
- Kontrastieren von 26 Interviews (17 + 9)

Abbildung 2: Basisinfos zur Studie „Die Perspektive allein lebender hochaltriger Menschen auf die Zukunft und das Lebensende“(Pleschberger & Wosko, 2017b)

auf Abb. 1 und 2 verwiesen.

Die Anfänge von informellen außerfamiliären Unterstützungsbeziehungen

Bei nicht verwandten Helferinnen und Helfern gestalten sich die Unterstützungsarrangements und Versorgungsverläufe sehr unterschiedlich, und sind immerzu vom jeweiligen Grad der persönlichen Verbundenheit abhängig (Pleschberger, Wosko & Pfabigan, 2014). Im Vergleich zu familialen Beziehungen können außerfamiliale Netzwerke selbst gewählt werden. Die Unterstützung durch Freundinnen/Freunde wird dabei besonders wertgeschätzt, da diese als unvoreingenommen gelten, gute Kenntnis über die persönlichen Entwicklungen und Gefühlszustände der Betroffenen haben, sowie weniger Gefühle der Verpflichtung empfinden (Stiehler, 2005; Bögner, Huxhold & Wolff, 2017).

Informelle außerfamiliäre Hilfearrangements entwickeln sich meist aus kleinen Unterstützungsleistungen, welche im Verlauf der Zeit an Intensität gewinnen (Nocon & Pearson, 2000). Häufig fängt es mit der Bitte an, zum Einkaufen mitzufahren, Kleinigkeiten aus dem Supermarkt oder Medikamente aus der Apotheke zu besorgen oder auch die Betroffenen ins Krankenhaus zu begleiten. Wo vorhanden, wird darum gebeten, sich um den Garten zu kümmern, den Rasen zu mähen, die Blumen zu gießen oder auch das Haustier zu füttern, falls beispielsweise eine Krankenhauseinweisung ansteht (Pleschberger & Wosko, 2017a).

Nachbarschaftsbeziehungen weisen vor dem Hilfebedarf eher einen oberflächlichen Charakter auf und werden erst infolge einer Notsituation zu tragfähigen Beziehungen (Barker, 2002). Bei bereits länger bestehenden bzw. engeren Nachbarschaftsbeziehungen oder Bekanntschaften kann es auch zum direkten Aussprechen der Bitte um Unterstützung kommen:

„Dann hat sie gesagt: „Du Roswitha, ich kann das nicht, kannst du mir da helfen?“(...) Also so hat sich das eigentlich entwickelt.“ (Int.3, Nachbarin)

Unter Freundinnen bzw. Freunden entwickelt sich der Unterstützungsprozess fließend. Diese sind stärker in den Lebens- bzw. Alltagsverlauf integriert und zumeist gut über die Schwierigkeiten und Probleme informiert. Aufgrund einer gemeinsamen Vergangenheit, Interessen oder Unternehmungen existiert oft ein Fundament für gegenseitige Unterstützung und Zusammenhalt. In schweren Situationen begleiten Freundinnen und Freunde einander und geraten so in die Rolle einer informellen Helferin bzw. eines informellen Helfers:

„Eh, da ist er vom Krankenhaus zu irgendeiner Untersuchung gekommen und beim Rausgehen ist er zusammengebrochen und von da an ist eigentlich sein Spitalsaufenthalt notwendig geworden oder die Zeit, wo er nicht alles allein hat machen können. Also wo eben gewisse Sachen waren, die er halt dann allein nicht geschafft hat. (...) Wir haben ihn halt laufend besucht, da haben wir halt hin und wieder einmal eine Wäsche gewaschen oder was organisiert oder was eingekauft oder was er halt gebraucht hat. (...) also so hat sich das entwickelt, nicht? (Int.8, Freund)

Das Zitat unterstreicht, wie sich die gegenseitige Unterstützung im Freundeskreis verändern kann, und zu einer Hilfebeziehung wird.

Sorgen – Betreuen – Pflegen

Häufig stehen zu Beginn der Unterstützungsbeziehungen Aufgaben im Vordergrund, welche mit weniger Aufwand einhergehen, wie eben das Gießen der Blumen, die Mitnahme in die Stadt oder kurze Besuche um der Einsamkeit der allein lebenden Menschen entgegen zu wirken. Im weiteren Unterstützungsverlauf zeigen sich dann vermehrt Unterschiede bei der Übernahme von Aufgaben zwischen Freundinnen/Freunden und Nachbarinnen/Nachbarn. Während Freundinnen/Freunde mehr direkte Pflegeaufgaben übernehmen und Betroffene bei der Körperpflege, bei Bankangelegenheiten und beim Transport unterstützen, übernehmen Nachbarinnen/Nachbarn vermehrt Tätigkeiten rund um den Haushalt (Lapierre & Keating, 2013). Bei all diesen Tätigkeiten in den informellen außerfamiliären Unterstützungsbeziehungen ist jedoch stets das gegenseitige Vertrauen die Grundlage.

Mit Fortschreiten der Erkrankung bzw. mit dem stetigen Abfall des Gesundheitszustandes werden die Hilfesituationen nicht nur häufiger, sondern auch umfangreicher. Dies kann bis zu mehreren Besuchen pro Tag reichen:

„Ein, zwei Mal, ist ja nicht weit, bin ich immer schnell runter gelaufen. Ja, ja, das habe ich immer gemacht, weil man sieht nur ob alles rennt, wenn man dort ist und fragt.“ (Int.11, Nachbarin)

Zudem werden mit sukzessiver Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Aufgaben anspruchsvoller und in manchen Fällen auch unangenehmer, wie beispielsweise beim Umgang mit Inkontinenzeinlagen oder der Körperpflege. Schwierig wird es insbesondere dann, wenn sich die Situation rapide verschlechtert und Entscheidungen über den weiteren Verlauf getroffen werden müssen. Kann ein Verbleib im eigenen Zuhause gewährleistet werden? Was alles traut man sich als Freund/in oder als Nachbar/in bei der Begleitung der allein lebenden Person zu? Und wann ist der Zeitpunkt, an dem informelle außerfamiliäre Helfer/innen an ihre Grenzen gelangen? Im Betreuungsverlauf kommen immer wieder neue Herausforderungen auf die Betreuenden zu, für welche diese oft nicht gerüstet sind. An dieser Stelle spielt das Hinzuziehen von professionellen Diensten eine wichtige Rolle. Diese tragen zur Entlastung der informellen Helferinnen und Helfer bei und ermöglichen so den Verbleib der allein lebenden älteren Person im eigenen Zuhause bzw. können diesen zumindest erheblich verlängern (Nocon & Pearson, 2000).

Und was hab ich davon? Aspekte der Reziprozität

Die Motive, aufgrund welcher sich informelle außerfamiliäre Personen zur Unterstützung von nicht verwandten Personen entschließen sind sehr unterschiedlich, wobei emotionale Reziprozität, vorwiegend als Erklärung angeführt wird. Oftmals ist es ein komplexes Geflecht von gegenseitigem Geben und Nehmen, denn es besteht auf beiden Seiten das große Anliegen der anderen Person etwas zurückgeben zu wollen bzw. sich zu revanchieren. Auch das Gefühl der Dankbarkeit motiviert die Helfer/innen immer wieder aufs Neue.

„Die schönen Erlebnisse sind klein und immer wieder. Einfach die Dankbarkeit, die man sieht, auch wenn's ein Mensch ist, der aus seinem Leben heraus sehr schwer Danke sagen kann oder sich helfen lassen will, spürt man ja dann doch, dass man irgendwo Gutes getan hat und dass man dem Menschen schon irgendwo Würde gegeben hat, indem man ihm geholfen hat." (Int.6, Nachbarin)

Materielle Reziprozität als Motiv der Unterstützungsleistung wird häufig von den informellen Helfer/innen abgelehnt (vgl. Nocon & Pearson, 2000). Dies aufgrund der Sorge, das Engagement würde als „Erbschleicherei" oder „Bereicherung" betrachtet werden. Daher wird in der Öffentlichkeit häufig über das Engagement nicht gesprochen. Wodurch informelle

(C) aytuncoylum

außerfamiliäre Unterstützungsarrangements weiterhin in der Gesellschaft als ein Randphänomen angesehen werden. Burns et al. (2013) sprechen nicht umsonst vom „unsichtbaren Pflegenetzwerk".

Resümierend kann zum Aspekt der Motivlagen festgehalten werden, dass Motive wie soziale Verpflichtung, Mitleid gegenüber Betroffenen oder Nächstenliebe zum Kernmotiv der emotionalen Reziprozität zusammenfließen. Auch wenn materielle Reziprozität, zumindest unterbewusst, in Hilfebeziehungen eine Rolle spielen dürfte, sind Empathie, Altruismus und Freundschaft die Triebfedern eines informellen Unterstützungsarrangements. Nicht zuletzt sind die meisten Leistungen, die informelle außerfamiliäre Helferinnen und Helfer übernehmen nur schwer mit materiellen Werten aufrechenbar (Pleschberger, Wosko & Pfabigan, 2014).

Ausblick

Die hohe Fragilität des häuslichen Verbleibs von allein lebenden älteren Menschen, wenn der Hilfe- und Pflegebedarf zunimmt, ist evident. Insbesondere diese Betroffenengruppe läuft schnell Gefahr „institutionalisiert" zu werden, wenn es nicht starke Gegenkräfte dazu gibt. Angesichts der demografischen Veränderungen erscheint es daher sinnvoll, das Engagement der informellen außerfamiliären Helferinnen und Helfer besser zu verstehen, um dieses zukünftig unterstützen und fördern zu können. Derzeit ist in der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung allerdings ausschließlich von Angehörigenarbeit die Rede, und selbst diese findet in wichtigen Aspekten der häuslichen Pflege und Betreuung, wie beispielsweise Finanzierungsmodellen, kaum Beachtung.

Zahlreiche Studien belegen, dass Lebensqualität und Würde im Alter in der Regel mit einem Verbleib in der häuslichen Umgebung in Verbindung gebracht wird (vgl. z.B. Hanratty et al., 2013). Informelle außerfamiliäre Helferinnen und Helfer stellen eine wichtige Ressource/Stütze dar, wenn es um die Ermöglichung einer möglichst langen Verweildauer der allein lebenden hochaltrigen Menschen im eigenen Zuhause geht. Jedenfalls bedarf es einer größeren Sensibilität auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheits- und Sozialberufen. Von daher ist es wichtig die bestehenden Konzepte zu erweitern, bzw. An- und Zugehörige differenziert zu betrachten. Ausgehend aber immer auch davon, was Betroffene selbst denken und brauchen.

Literatur

Barker JC. (2002): Neighbors, friends and other nonkin caregivers of community-living dependent elders. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 57(3): 158-167

Bögner A, Huxhold O,Wolff JK. (2017): Wahlverwandschaften: Sind Freundschaften für die soziale Integration wichtiger geworden? In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C. (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 257-271

Burns CM, Abernethy AP, Dal Grande E, Currow DC. (2013): Uncovering an invisible network of direct caregivers at the end of life: a population study. Palliat Med. 2013 Jul;27(7):608-15

Hanratty B, Addington-Hall J, Arthur A, Cooper L, Grande G, Payne S, Seymour J. (2013): What is different about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care. BMC Family Practice 14:22

Lapierre TA, Keating N. (2013) Characteristics and contributions of non-kin carers of older people: a closer look at friends and neighbours. Ageing Soc, 33(8): 1442-1468

Nocon A, Pearson M. (2000): The roles of friends and neighbours in providing support

Payne S, Hudson P, Grande G, Oliviere D, Tishelman C, Pleschberger S, Firth P, Ewing G, Hawker S, Kerr C. (2010): White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. Eur J Palliat Care 17(5): 238-245

Pleschberger S, Wosko P, Pfabigan D.(2014): Lebensqualität im Alter bis „zuletzt". Die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonenhaushalten. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/8/2/CH3434/CMS1451945687728/soziale-themen_seniorinnenpolitik_lebensqualitaet-wuerde-umit-studie_einpersonenhaushalte.pdf (21.07.2018)

Pleschberger S, Wosko P. (2015): Informelle außerfamiliäre Hilfe für alleinlebende Menschen im Alter und Versorgung am Lebensende. Literaturübersicht. Z Gerontol Geriatr. 2015 Jul;48(5):457-64

Pleschberger S, Wosko P. (2017a): From neighbour to carer: An exploratory study on the role of non-kin-carers in end-of life care at home for older people living alone. Palliative Medicine 31(6): 559 -565

Pleschberger S, Wosko P. (2017b): Wie denken allein lebende hochaltrige Menschen über eine Vorsorgeplanung? Zu den Ergebnissen einer qualitativen Studie. Praxis Palliative Care, 37:4-7

Ruppe G, Stückler A. (2015): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1.Erhebung 2013/2014, Wien und Steiermark.

Statistik Austria (2017): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2016. Familien- und Haushaltsstatistik 2016.https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/111815.html (20.07.2018)

Statistik Austria (2018): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2017. Lebensformen nach Geschlecht und Alter. Jahresdurchschnitt 2017 https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/023305.html (20.07.2018)

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2015): Die Generation 65+ in Deutschland. Wiesbaden

Stiehler S. (2005): Der Freund als Helfer – eine vernachlässigte Ressource. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 36(4): 385-408

Autorin

Dr.in Paulina Wosko
Pflegewissenschafterin; Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Gesundheitsberufe an der Gesundheit Österreich GmbH, Wien; Forschung, Lehre und Publikation zu den Themen Versorgung im Alter, End-of-life Care, HIV/AIDS, Forschung mit vulnerablen Gruppen. paulina.wosko@goeg.at

Autorin

Priv. Doz.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH
DGKS; Gesundheits- und Pflegewissenschafterin; Leiterin der Abteilung Gesundheitsberufe an der Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Forschung, Lehre und Publikation zu den Themen Hospizarbeit und Palliative Care, Pflege und Versorgung im Alter, Forschung mit vulnerablen Gruppen, Bedarfsorientierte Entwicklung von Gesundheitsberufen;
Sabine.pleschberger@goeg.at

Damit die Verständigung klappt.

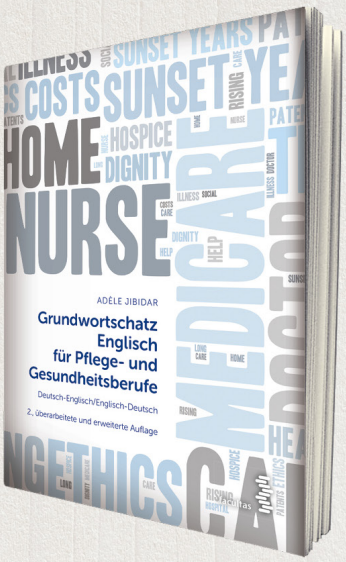
Grundbegriffe, hilfreiches Fachvokabular, Phrasen und Beispieldialoge für die Praxis

Cinzia Hirschvogl

Grundwortschatz Rumänisch

für Pflege und Betreuung

Rumänisch – Deutsch, Deutsch – Rumänisch
facultas 2018, 152 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1646-0



ISBN 978-3-7089-1488-6

ISBN 978-3-7089-1326-1

ISBN 978-3-7089-1340-7

... weitere Titel in Vorbereitung.

www.facultas.at

facultas

Praxisprojekt - Aromapflege bei Xerostomie

Mein Name ist Erika Gößnitzer. Ich bin Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, das Studium zum Master of Science in Palliative Care habe ich im Jahr 2013 erfolgreich in Salzburg an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität abgeschlossen und arbeite seit 1982 im Pflege und Betreuungszentrum Tulln.

Die Förderung der Gesundheit schwerkranker Menschen ist mir seit vielen Jahren ein Anliegen, weshalb ich immer wieder neue, innovative Möglichkeiten und Wege suche, um schwerkranken Menschen eine Verbesserung ihrer Gesundheit und Lebensqualität zu ermöglichen.

Ich beschäftige mich seit dem Jahr 2002 mit den komplementären Möglichkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Seitdem wurden unterschiedliche Verbesserungen durch die Aromapflege bei einzelnen Menschen in ihrer Erkrankung gefunden.

Ein grundlegendes Bedürfnis des Menschen ist es, einen gesunden und gepflegten Mund zu haben, es ist die Voraussetzung für das Wohlbefinden des Menschen im Alter, bei Krankheit oder Behinderung (vgl. Gottschalck, 2007,25).

Von der Mundtrockenheit, auch Xerostomie genannt spricht man, wenn eine stark eingeschränkte Speichelproduktion vorliegt. Als eine häufige Ursache kann hier die Chemotherapie genannt werden.

Es kommt aufgrund der Mundtrockenheit zu einer Unlust und Abneigung, Nahrungsmittel in den Mund zu nehmen. Die Sprache ist beeinträchtigt und meist ist auch eine Prothesenunverträglichkeit vorhanden. Daraus resultiert eine Gewichtsreduktion, womöglich als zusätzlicher Faktor, weil aufgrund der Grunderkrankung der Zustand einer Mangelernährung schon vorliegt. Dies soll auszugsweise die weitreichenden Folgen einer nicht adäquaten Nahrungszufuhr aufzeigen. Wobei die Unlust zu essen wiederum nur ein Faktor von vielen ist, die eine Mundtrockenheit mit sich bringen kann und die die Lebensqualität beeinträchtigt.

Die Gesundheitsförderung einer intakten Mundschleimhaut trägt demzufolge wesentlich zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität der erkrankten Menschen bei und ist damit ein überaus wichtiger Aspekt. Durch die konsequente Anwendung der Mundspülung besserte sich die Xerostomie und die schwerkranken Menschen konnten wieder essen. Eine gesunde Mundschleimhaut ermöglicht den erkrankten Menschen wieder viele positive Erlebnisse.

Resultierend aus den langjährigen Erfahrungen wurde im Jahr 2006 gemeinsam mit einem Patienten eine Mundspülung bei Xerostomie (Mundtrockenheit) nach dessen Chemotherapie, die er besonders wirkungsvoll empfand, entwickelt. Diese speziell entwickelte Grapefruit-Milch-Mundspülung fand im Laufe der Jahre vermehrt Anwendung bei anderen Menschen mit Xerostomie und wurde durch die daraus gewonnenen Erfahrungen kontinuierlich weiterentwickelt. Mein Ziel ist es, den schwerkranken Menschen Gesundheit zumindest teilweise wieder zu ermöglichen.

Die Grapefruit-Milch-Mundspülung wird seit 2006 im Pflege und Betreuungszentrum Tulln angewendet. Aufgrund dieser jahrelangen Erfahrungen führte ich im Rahmen meiner Ausbildung zum Master of Science eine Studie zu diesem Thema durch. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung in der Aromapflege und basierend auf wissenschaftlicher Evidenz hat sich die Masterthesis mit der empirischen quantitativen Studie über Xerostomie in Bezug auf Aromapflege beschäftigt.

Die Studie wurde vom 01. April – 31. Dezember 2012 im Hospiz Rosenheim, im Mobilen Palliativteam Tulln und in der Onkologischen Tagesklinik im Krankenhaus Tulln im Einverständnis mit allen PatientInnen durchgeführt.

Die Auswahl der ProbandInnen erfolgte, nach der Begutachtung des behandelnden Arztes der behandelnden Ärztin, hinsichtlich der Diagnose Xerostomie

Das Ziel dieser empirischen quantitativen Studie war, die Wirksamkeit der Grapefruit-Milch-Mundspüllösung zu belegen.

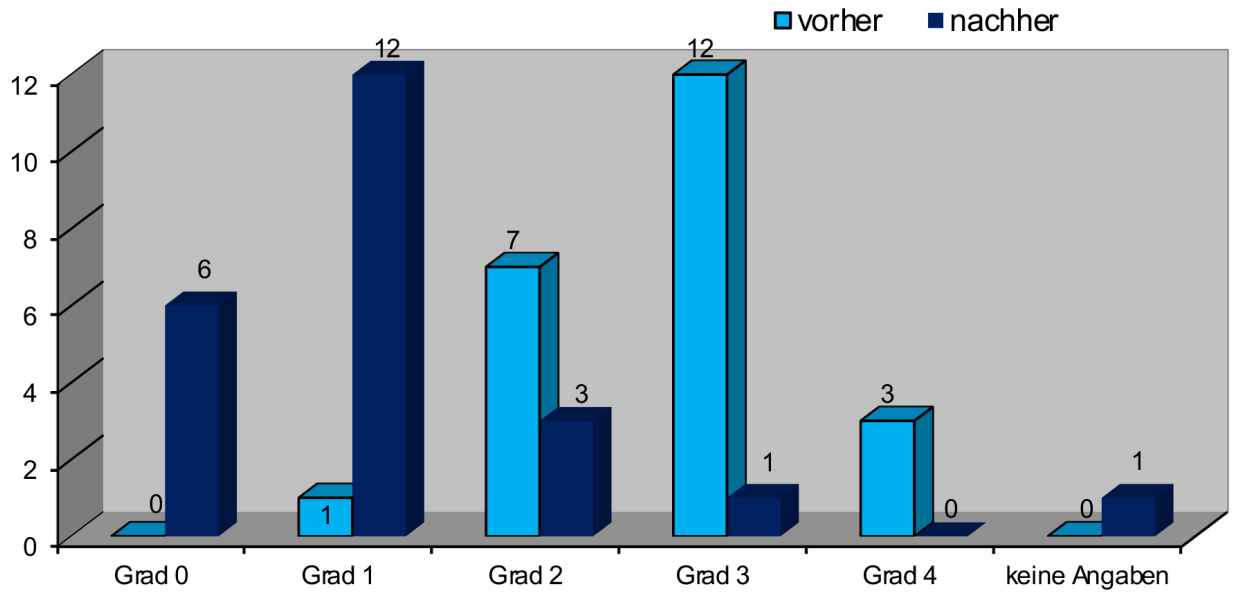


Abb:. Vergleich der Xerostomie vor und nach der Anwendung

Das Resultat der Studie zeigte ein Ergebnis, das in der praktischen Durchführung schon lange zu erkennen war: 95,7% der ProbandInnen erlebten eine relevante Verbesserung der Xerostomie sowie eine Gesundung der Mundschleimhaut und konnten wieder Nahrung ohne Beschwerden zu sich nehmen.

Weitere ausführliche Informationen sind in der Masterthesis „Aromapflege bei Xerostomie“ vom August 2013 nachzulesen.

Projekterläuterungen

Ausgangspunkt des Projektes

Die aggressive Therapie bei malignen Erkrankungen bringt viele verschiedene Nebenwirkungen auf gesundes Gewebe mit sich. Dadurch wird die Mikroflora der Mundhöhle empfindlich gestört. Akut oder chronisch können Komplikationen auftreten, eine davon ist die Veränderung der Speichelproduktion, die Mundtrockenheit, auch Xerostomie genannt. Die Lebensqualität und die gesamte Gesundheit sind durch eine gestörte Mundfunktion beeinträchtigt. Es gibt Veränderungen in den Ernährungsgewohnheiten und dies führt oft zu einem veränderten Körperbild. Probleme beim Sprechen, Kauen, Abbeißen und Schlucken sowie ein vermindertes Geschmacksempfinden werden oft durch Xerostomie hervorgerufen (vgl. Gottschalck, 2007).

Bleiben die Symptome der Veränderung der Mundschleimhaut unbehandelt bzw. unbeachtet, kann es langfristig zu schwerwiegenden Folgen kommen, wie Therapieabbruch, Angst, Depression, reduzierter Allgemeinzustand.

Symptome und Folgen der Mundtrockenheit sind:

- Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens
- Fissuren an Lippen und Mundschleimhaut
- Mundgeruch (Foetor ex ore)
- Chronisches Durstgefühl
- Probleme beim Kauen, Schlucken und Sprechen
- Schwierigkeiten beim Tragen von Prothesen
- Erhöhte Infektionsanfälligkeit
- Einschränkung der Remineralisierung der Zahnsubstanz, da der Speichel fehlt. Dadurch besteht eine erhöhte Gefahr von Karies.
- Veränderte Essgewohnheiten
- Verstärkte Blutungsneigung

Xerostomie nach einer Chemotherapie ist ein sehr weitläufiges und wichtiges Thema bei schwerkranken Menschen und hat einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und die persönliche Lebensqualität des einzelnen Menschen.

Idee, Anspruch, Zielsetzung

Seit dem Jahr 2002 beschäftige ich mich mit dem Thema komplementäre Pflege Aromapflege und versuche immer wieder strukturiert eigene und innovative Wege in der Gesundheitsförderung zu gehen. Die Aromapflege stellt im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege eine komplementäre Wissensgrundlage dar. Darauf basierend lassen sich zahlreiche Möglichkeiten ableiten, um schwerkranke Menschen in

einer Lebensphase mit vielen Ängsten, Sorgen und Nöten zu begleiten und Lebensqualität zu ermöglichen.

Besonders im Bereich der Mundpflege, insbesondere nach einer Chemotherapie, ist dies ein wichtiger Aspekt. Von grundlegender Bedeutung ist ein strukturiertes Wissen hinsichtlich der Physiologie der Mundschleimhaut und deren Veränderungen. Die Idee dahinter war für mich immer die Frage: „Gibt es eine Mundspüllösung mit ätherischem Öl, die natürlicher schmeckt als die schulmedizinischen Mundspülungen, die eine Verbesserung der Mundtrockenheit bewirkt und durch den natürlichen Geschmack von den schwerkranken Menschen gerne verwendet wird“?

„Meine bisherige Erfahrung mit Mundpflegepräparaten lässt andere Präparate daneben oft schlecht aussehen. Die Grapefruit-Milchmischung ist ein Genuss“ (Dokumentation eines Probanden während der Studie).

Zielsetzung meiner Tätigkeit ist immer wieder die Förderung der Gesundheit soweit als möglich für den schwerkranken Menschen zu erreichen.

Praktische Umsetzung, Erfahrungen, Auswirkungen

An der empirischen quantitativen Studie, Aromapflege bei Xerostomie, nahmen 31 Personen teil, 8 Personen vom Pflege und Betreuungszentrum Tulln (4 Männer und 4 Frauen), 21 Personen vom Mobilen Palliativteam Tulln (MPT) (8 Männer und 13 Frauen) und 2 Personen von der Onkologischen Tagesklinik Tulln (2 Frauen). Das durchschnittliche Alter der ProbandInnen betrug 64 Jahre, mit einem Minimum von 42 und einem Maximum von 84 Jahren.

Die Auswahl der ProbandInnen erfolgte, nach der Begutachtung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, hinsichtlich der Diagnose Xerostomie.

Alle PatientInnen, bei denen im Zeitraum der Studie (1. April – 31. Dezember 2012) die Diagnose Xerostomie gestellt wurde, erklärten sich bereit an der Studie teilzunehmen. Die PatientInnen wurden über das Recht, die Zustimmung jederzeit zu widerrufen, verständlich aufgeklärt. Die Reihenfolge erfolgte per Zufall des Eintreffens zur Begutachtung. Der Zeitraum der Durchführung betrug bei den einzelnen ProbandInnen vierzehn Tage.

23 ProbandInnen beendeten die Studie, und die Resultate zeigten einen sehr positiven Trend. Eine ProbandIn gab keine Verbesserung der Xerostomie an, alle anderen 22 ProbandInnen hatten laut Einschätzungsbogen eine stark relevante Verbesserung der Xerostomie, das sind 95,7%, im Zeitraum der Studie empfunden.

Die ProbandInnen wollten auch im Anschluss an die Studie die Mundspülung weiter durchführen und werden durch die regionalen Apotheken versorgt.

Im Hinblick auf die vielen schwerkranken Menschen, die uns immer wieder begegnen, wäre es wichtig, auch komplementäre Pflegemaßnahmen in Zukunft verstärkt anzubieten, damit der erkrankte Mensch die verschiedensten Möglichkeiten zur Förderung seiner Gesundheit erlebt.

Anwendung der Grapefruit-Milch-Mundspüllösung

Die Beschreibung und Anweisung über die genaue Anwendung der Mundspüllösung bekamen die ProbandInnen vor Ort im Pflege und Betreuungszentrum Tulln, im MPT und in der Onkologischen Tagesklinik.

„Ich hatte keinen Geschmacksinn in der Mundschleimhaut, alles schmeckte nach Sand und außerdem tat alles Süße und Salat im Hals weh. Ich konnte nichts essen, was mir schmeckte. Durch die Grapefruit-Milch-Mundspülung ging es langsam aufwärts. Inzwischen kann ich das gut gekochte geschmackvolle Essen wieder richtig genießen“! (Dokumentation einer Probandin, die einen Monat im Hospiz lebte)

Im Pflege und Betreuungszentrum Tulln brachte die jeweils zuständige DGKP den ProbandInnen die Mundspülung. Im MPT brachte die jeweils zuständige Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson den ProbandInnen die fertige Ölmischung, den Anwendungsbogen und den Plastikbecher mit Deckel. Die Herstellung der Mundspüllösung nach dem Rezept der Autorin erfolgte in einer öffentlichen Apotheke. Die ProbandInnen der Tagesklinik Tulln holten sich die fertige Ölmischung, den Anwendungsbogen und den Plastikbecher mit Deckel im Pflege und Betreuungszentrum Tulln ab. Die fertige Ölmischung reicht für zehn Tage, während der Studie wurden somit zwei Flaschen der Ölmischung benötigt. Die Milch wurde von den ProbandInnen selbst hinzugefügt.

Abschließend ist nochmals anzumerken, dass Aromapflege mit ihren ganzheitlichen Angeboten als Ergänzung und Unterstützung zu den herkömmlichen Pflegemaßnahmen gesehen werden muss. Damit diese als professionelle

Pflegearbeit verstanden wird, ist es wichtig, forschungsgestützte und evidenzbasierte Konzepte in diesem Bereich weiterzuentwickeln um diese dann zur Förderung der Gesundheit des Menschen anzuwenden.

Das Projekt Aromapflege als Förderung der Gesundheit gibt es im Rosenheim seit dem Jahr 2002 mit dem Einverständnis des zuständigen Arztes, der Pflegedienstleitung und des Verwaltungsdirektors.

Das Projekt „Aromapflege bei Xerostomie“ fand im Jahre 2006 seinen Ursprung, die empirische quantitative Studie wurde von der Autorin im Jahr 2012 durchgeführt. Seit dem Jahr 2006 wird die Grapefruit-Milch-Mundspüllösung mit Erfolg im Pflege und Betreuungszentrum Tulln und von privaten Personen umgesetzt.

Grapefruit-Milch-Mundspüllösung bei Xerostomie

Wirkung:
Die Grapefruit-Milch-Mundspüllösung wirkt schmerzlindernd, antiseptisch, hautstoffwechselanregend, entzündungshemmend, epithelisierend, regenerierend und immunstärkend auf die Mundschleimhaut.

Der hohe Anteil von Beta-Carotin im Sanddornöl gibt dieser Mischung die orangerote Färbung.

Zubereitung:
Die Ölmischung schütteln, 1 Esslöffel (10ml) davon in einen verschließbaren Becher geben und mit ca. 90 ml Milch auffüllen.

Tagsüber im Kühlschrank aufbewahren. Diese Zubereitung jeden Tag neu vorbereiten.

Anwendung:
Mindestens 5x täglich die Mundspülung durchführen. Dazu die zubereitete Grapefruit-Milch-Mundspüllösung schütteln, einen Schluck nehmen und die Mundhöhle gut spülen. Anschließend ausspucken. Wieder im Kühlschrank aufbewahren.

Bei Beschwerden am Zungengrund und in der Speiseröhre kann ein Schluck der Mischung nach der Spülung eingenommen werden.

Über den Zeitraum der Anwendung dieser Mundspülung, werden keine anderen Salben oder Spülungen in der Mundhöhle verwendet.

Rezept zur Herstellung in der Apotheke:
„Grapefruit-Milch-Mundspüllösung“

100 ml Johanniskrautöl (Hypericum perforatum)

10 gtt Grapefruit (Citrus paradisi)

10 gtt Sanddornöl (Hippophae rhamnoides)

Die Milch (90 ml) wird bei der Zubereitung hinzugefügt.

Autorin

Erika Gößnitzer, MSc
Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Aromatologin §64 GuKG, Studium Master of Science in Palliative Care an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg

(C) Lukas Gojda

Es schmeckt wieder!

Wenn eine Dysphagie-Patientin ein Kochbuch schreibt.

(C) Wildbild für Verlag Anton Pustet

Menschen, denen wir in der stationären Pflege begegnen, sind oft in akuten Ausnahmesituationen. Nicht selten werden Patienten unvermutet und plötzlich aus ihrem gesunden Leben geworfen, hinein in ein Leben mit Krankheit und auch Krankheitsfolgen. Es ist die Aufgabe der Akteure des Gesundheitssystems, Patienten den Weg zurück in den Alltag zu leiten. Dass aber dieser Weg zurück in ein normales Leben nicht am Klinikausgang endet, sondern von den Betroffenen auch danach häufig enorme Bewältigungsarbeit geleistet werden muss und auch geleistet wird, macht die Dysphagie-Patientin Claudia Braunstein derzeit eindrücklich sichtbar. Sie hat ein Kochbuch geschrieben für Menschen mit Schluckbeschwerden und damit einen Verkaufsrenner gelandet.

Claudia Braunstein, 1962 geboren, ist verheiratet und Mutter von vier Kindern, als es sie im Juli 2011 aus ihrem Leben schleudert. Plattenepithelkarzinom am rechten Zungenrand. Ob sie sich je wieder auf normalem Weg ernähren wird können, ist ungewiss. Doch Claudia Braunstein bezeichnet sich nicht ohne Grund als „Stehauffrau“. Sie kämpft sich zurück ins Leben, in einen beinah normalen Alltag und sie setzt sich das Ziel, dass lustvolles und gutes Essen wieder Teil ihres Alltages werden muss.

2012 eröffnet sie einen Food-Blog für Menschen mit Schluckbeschwerden und gibt ihm den poetischen Namen „Geschmeidige Köstlichkeiten“. Der Blog wird vielfach prämiert. 2015 erhält Claudia Braunstein den Jurypreis beim Food Blog Award Deutschland, im gleichen Jahr ist sie Finalistin beim österreichischen AMA Food Blog Award und 2016 sogar Finalistin beim German Food Blog Award.

Als Exotin unter den Food-Bloggern macht Claudia Braunstein aber nicht nur bei Prämierungen Furore, auch ihre Leserinnen und Leser adeln sie Monat für Monat, denn der Blog “Geschmeidige Köstlichkeiten” wird monatlich von 20.000 Menschen besucht und viele Betroffene bedanken sich bei Claudia Braunstein für Engagement und Rezepte.

2018 erscheint “Es schmeckt wieder! Viskose Gaumenfreuden”, ein Kochbuch für Menschen mit Schluckbeschwerden.

Interview mit Claudia Braunstein

Lesen Sie hier ein Interview mit Claudia Braunstein über ihren Weg zurück in den Alltag, über ihre Wahrnehmung bezüglich Pflege, ihre Motivation ein Kochbuch zu schreiben und warum sie sich wünscht, dass ihr Kochbuch auch Pflegepersonen lesen.

Sie betreiben seit Jahren erfolgreich einen Food-Blog für Menschen mit Schluckbeschwerden. Jetzt haben Sie für diese Zielgruppe sogar ein Kochbuch herausgegeben. Steht hinter diesen Aktivitäten eine persönliche Geschichte?

Ich würde sagen eine sehr persönliche Geschichte. Im Sommer 2011 wurde bei mir ein Plattenepithelkarzinom am Zungenrand diagnostiziert, was den Verlust eines Teiles meiner Zunge zur Folge hatte. Ich trug vorübergehend ein Tracheostoma und hatte eine PEG-Sonde, da ich mich über Wochen nicht oral ernähren konnte. Mit Hilfe intensiver logopädischer Betreuung, großem Willen und viel Training, habe ich wieder eine orale Nahrungsaufnahme erlernt. Bis heute leide ich an Dysphagie und kann viele Nahrungsformen nicht aufnehmen. Dazu gehören stärkehaltige Nahrungsmittel, wie etwa Nudeln, Reis oder Brot, weil ich diese mit meiner verkürzten Zunge nicht abtransportieren kann. Fasriges Fleisch, hartes Gemüse oder Obst, Schnittlauch und noch vieles mehr steht nicht mehr auf meinem Speiseplan. Meine Ernährung würde ich zwischen breiig und bröckelig einstufen, kommt auch auf die Tagesverfassung an. Diese Einschränkungen und auch ein Gespräch mit der Partnerin eines ebenfalls Betroffenen, waren der Grund, meine Rezepte im Internet zu veröffentlichen.

Welche Bedeutung hatte gutes Essen in Ihrem Leben vor der Diagnosestellung?

Gutes Essen war in meinem Leben vor der Erkrankung ein sehr großer Faktor. Daran hat sich auch nichts geändert, allein das Angebot ist ein wenig eingeschränkter und anders.

Nach Ihrer Operation konnten Sie längere Zeit nicht essen, wurden über eine Sonde ernährt. Erinnern Sie sich noch an jenen Moment, an dem Sie das erste Mal wieder etwas gegessen haben. Was war es? Welche Bedeutung hatte dieser Moment für Sie?

Dieser Moment ist mir auch heute noch sehr präsent. Ich durfte gut eine Woche nach der Operation das erste Mal mit einem Teelöffel essen. Die Erwartung war sehr groß und endete in einer bitteren Enttäuschung, denn es wurde mir ein Schoko-Sahnepudding serviert und ich hatte da schon seit Jahren nichts Süßes gegessen, weil ich es einfach nicht mochte. Ja, ich bin tatsächlich in Tränen ausgebrochen, weil ich mich so ekelte. Das konnte natürlich niemand so richtig nachvollziehen.

Von der Diagnose über die Operation bis zum Weg zurück in den Lebensalltag wurden Sie von vielen Professionisten des Gesundheitssystems unterstützt. Welchen Beitrag haben dabei Pflegepersonen geleistet?

Das Personal auf der Station war über Wochen hinweg so etwas wie meine erweiterte Familie. Die Abteilung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie an den Salzburger Landeskliniken ist eine relativ kleine Station, deshalb kennt man sich sozusagen nach wenigen Tagen. Ich habe in diesen sehr leidvollen Wochen so viel Wertschätzung, Unterstützung und auch Emotionen erhalten, dass ich auch heute noch gerne an diese Zeit denke, obwohl ja mein gesundheitlicher Zustand sehr zu wünschen ließ und meine Aussichten auch nicht sonderlich charmant waren.

Sie haben sich zurück gekämpft ins Leben. Auf vieles wurden Sie wahrscheinlich von den Professionisten des Gesundheitssystems vorbereitet. Auf welche Herausforderungen wurden Sie nicht vorbereitet?

Ich war technisch gut für den Alltag zu Haue gerüstet, zum Beispiel was die Sondennahrung anbelangte. All die sozialen Belange, wie Pensionsantrag, hatte meine Mutter übernommen und deshalb war die Hilfe des Sozialdienstes nicht notwendig. Ich denke, ich war auf meinen neuen Alltag nicht wirklich vorbereitet, was aber nicht am Klinikpersonal lag. Ich hätte mir damals jemanden gewünscht, der selber betroffen ist und einfach Erfahrungen weitergeben kann. Das hat eindeutig gefehlt. Diesen Weg habe ich selbst dann eingeschlagen und eine Selbsthilfegruppe gegründet. Ich bin lange Zeit als Betroffenenbegleiterin in der Klinik unterwegs gewesen. Habe sogar eine Fortbildung zur Psychoonkologin gemacht und hätte diese Tätigkeit gerne beruflich ausgeübt. Leider bin ich aber an der Bürokratie gescheitert. Für eine Betroffene als Expertin, selbst wenn sie eine Ausbildung gemacht hat, ist in unserem Gesundheitssystem kein Platz. So bleibt es halt beim Ehrenamt.

Warum dieses Kochbuch? Welchen Beitrag wollen Sie damit leisten?

Ein Kochbuch war eigentlich vor sechs Jahren mein Ziel. Die Umsetzung scheiterte daran, dass sich kein Verlag für dieses, nicht so populäre Thema, interessierte. Nach mehreren Absagen war mein Wunsch nach einem Buch erledigt. Mein Blog war ja inzwischen bekannt, ich schreibe mittlerweile seit drei Jahren einen zweiten Blog, einen virtuellen Bauchladen in dem auch mein Leben mit Behinderung eine Rolle spielt. Ich thematisiere dort auch Reisen mit Dysphagie. Voriges Jahr durfte ich dann in einer bekannten TV -Sendung über mein Schicksal berichten, das ja nicht nur wegen

(C) Claudia Braunstein

meiner Erkrankung in den letzten Jahren vor der Diagnose sehr tragisch war. Nach dieser Fernsehsendung standen plötzlich vier Verlage vor meiner Türe. Nach langem Zureden habe ich mich für die Veröffentlichung durch den Salzburger Traditionsverlag Anton Pustet entschieden.

Ich möchte durch mein Kochbuch natürlich vor allem Menschen mit Dysphagie unterstützen und auch zeigen, dass so eine verdammte Erkrankung mit all ihren Langzeit- und Spätfolgen, die den Alltag auch tatsächlich beeinträchtigen, kein Grund sein muss sich selbst auf das Abstellgleis zu stellen. Es mag sehr abwegig klingen, aber der Krebs hat mir zu einem neuen Leben verholfen, das aber bei weitem nicht zu verachten ist, es ist nur anders.

Es ist Ihnen ein Anliegen, dass Ihr Kochbuch auch Pflegepersonen erreicht. Welche Pflegepersonen sollten Ihr Kochbuch lesen und warum?

Ich würde mir wirklich sehr wünschen, dass „Es schmeckt wieder!“ auch von Fachpersonal gelesen, verwendet und empfohlen wird. Ich denke gerade in der Pflege wirft sich oft die Frage auf, was Patienten mit Schluckstörungen zu Hause essen können. Ich bearbeite das Thema ja nicht fachmännisch, sondern aus meinen eigenen, langjährigen Erfahrungen.

Haben Sie Vorstellungen davon, wie Pflegepersonen Ihr Buch in der Pflegearbeit einsetzen könnten?

Das kommt vermutlich darauf an, wo und wie die Pflege stattfindet. Oft gibt es ja auch noch pflegende Angehörige, die über jeden Tipp sehr froh sind. Gerade die Frage „Was soll ich denn dann kochen?“ höre ich sehr oft. Da könnte mein Kochbuch vielleicht einmal ein Standardwerk werden, das man einfach empfiehlt. Angehörige und auch Betroffene interessieren sich oft nicht für fachliche Hintergründe, sondern nur für die Umsetzung.

Sie sind ja auch in der Selbsthilfe für Menschen mit Schluckbeschwerden tätig. Gibt es etwas, was Sie als Dysphagie-Patientin uns Pflegepersonen mitteilen wollen?

Ja, doch. Ich kann nur ans Herz legen einmal die Speisen zu kosten, die man den Patienten so vorsetzt, nur weil die Konsistenz passt. Nicht schlucken können, heißt nicht, dass man keinen Genuss mehr verspüren möchte. Ich würde mir generell wünschen, dass Schluckstörungen enttabuisiert werden, dass man Patienten Mut zuspricht und Selbstwert mitgibt.

Abschließend zurück zu Ihrem Kochbuch „Es schmeckt wieder!“ Verraten Sie uns Ihr Lieblingsrezept?

Diese Frage musste ja jetzt fast kommen. Eigentlich sollte ich natürlich sagen, dass alle 200 Rezepte meine Lieblingsrezepte sind. Ich persönlich esse aber tatsächlich am liebsten Tartar in allen Varianten. Davon gibt es ein paar Rezepte.

Nun sind Foodblog und Kochbuch fertig. Was ist Ihr nächstes Projekt?

Die Blogs noch weiter ausbauen, eine größere Reise ist in Planung und ich denke sehr darüber nach,

meine persönliche Krankengeschichte nieder zu schreiben, die oft nicht ganz reibungslos war. Damit sollte ich mich eher beeilen, bevor die Erinnerungen immer mehr verschwimmen, was ja auch gut ist.

Als Pflegepersonen ein Kochbuch empfehlen

Wie das Interview mit Claudia Braunstein eindrücklich zeigt, muss nach einer schweren Erkrankung zuerst die Gesundheit zurückerobert werden, danach aber auch der Alltag.

„Es schmeckt wieder! Viskose Gaumenfreuden“ richtet sich an Menschen mit Dysphagie, die lernen müssen, genau diesen Alltag wieder positiv zu bewältigen. Ob Schluckbeschwerden bei vorübergehenden Zahnproblemen, ob eine einfache Halsentzündung oder ob eine schwerwiegendere Erkrankung im Mund- oder Halsbereich, das Kochbuch von Claudia Braunstein bietet Betroffenen unschätzbare Unterstützung. Gesundes und lustvolles Essen ist auch bei Einschränkungen möglich, so der Mut machende Tenor des Buches.

Wer nun glaubt das Kochbuch „Es schmeckt wieder! Viskose Gaumenfreuden“ wäre nur etwas für Menschen mit Kau- und Schluckproblemen, der irrt übrigens. Es finden sich viele Gerichte, von Aufstrichen, Suppen und Gemüsegerichten bis Desserts und Getränke, die auch „Normalesser“ schmecken, wie auch Kindern oder betagten Menschen.

Die Lieblingsrezepte der Autorin dieses Artikels, eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, sind übrigens Schoko-Hummus und Paprika-Kokos-Suppe.

(C) Wildbild für Verlag Anton Pustet

Es schmeckt wieder! Viskose Gaumenfreuden.
Claudia Braunstein
156 Seiten
Verlag Anton Pustet
ISBN 978-3-7025-0883-8

Blogseite: https://geschmeidigekoestlichkeiten.at

Autorin & Links

www.careconsulting.at

www.vielfalten.com

Sonja Schiff, M.A.
Gerontologin, diplomierte psychiatrische Pflegefachkraft, Altenpflegeexpertin, Bloggerin und Autorin.

(C) L.Klauser

Professionelle als Opfer

Sarah spürt den Schrecken noch immer in den Knochen. Es ist erst wenige Wochen her, dass sie in den Nachtdienst kommt und Kollegen ihr erzählen, was glücklicherweise nicht passiert ist. Im Laufe des Tages hatten Jugendliche auf der Station offenbart, dass eigentlich Gruseliges in der vorherigen Nacht hätte passieren sollen. Auf der jugendpsychiatrischen Sucht-Station hatten mehrere Jungen und Mädchen geplant, die junge Krankenschwester mit einer Stichwaffe zu bedrohen, sich die Tür der geschlossenen Station öffnen zu lassen und sie eventuell als Geisel zu nehmen. Was sie davor bewahrt hat, ist ein sehr überlegtes Verhalten in der vorherigen Nacht gewesen, das sie aufgrund einer spürbar zweifelhaften Atmosphäre auf der Station durchgezogen hat. Sie hat immer wieder die Gruppen auseinandergezogen, die sich am späten Abend im Tagesbereich der Station bildeten. Sie ist im ersten Teil der Nacht vor allem um das Dienstzimmer herum geblieben. Das Bauchgefühl hat gesiegt.

Es ist gut, dass Sarah ihrem Bauchgefühl gefolgt ist. Niemand mag sich ausmalen, was passiert wäre, hätten die Jugendlichen ihre geplante Aktion verwirklicht. Sarah ist einem Trauma entgangen, das ein markantes Zeichen in ihrer Arbeits-und Lebensbiographie hätte setzen können. Genaue Zahlen zu Übergriffen in pflegerischen Arbeitskontexten gibt es nicht. Die Statistiken der Unfallversicherungen dokumentieren mehrere tausend Beschäftigte, die durch Übergriffe verletzt werden. Gleichzeitig gehen sie von einer Dunkelziffer von ungefähr 50 Prozent aus (1).

Subjektiv haben Pflegende, besonders in den psychiatrischen Versorgungskontexten den Eindruck,

dass die Aggressionen und die Gewalt, die sie durch die betreuten Personen erfahren, zugenommen hat. Dieser Eindruck rührt daher, dass durch eine veränderte Praxis von Zwangsmedikationen in der Folge einer Gesetzgebung, die die Selbstbestimmung von in der Psychiatrie untergebrachter Menschen mehr zur Geltung bringt, die Übergriffe robuster geworden sind. Gleichzeitig haben besonders die Pflegenden an der unmittelbaren Front weniger Handlungsoptionen und sind zum Aushalten ungewohnten Verhaltens gezwungen.

Wenn dieses ungewohnte Verhalten und die wenigen Handlungsoptionen nun ausgehalten werden müssen, kann es zu einem Angriff auf Mitarbeiter im Gesundheitswesen durch Patienten kommen. Die Folgen werden oft vernachlässigt. Gegenstände die zerstört werden, sind ersetzbar. Aber nicht ersetzbar ist die psychische Belastung die durch so einen Vorfall ausgelöst werden kann. In einer Mitarbeiterbefragung bei Menschen, die einen Angriff erlebt haben, wurden nach dem Angriff, Niedergeschlagenheit, Angst, Schuldgefühle, Versagensängste, Hassgefühle und Wut angegeben. Die Wut wurde vor allem gegen sich selbst, da die Pflegenden glaubten, die Lage nicht richtig unter Kontrolle gehabt zu haben und die Leitungen und Kollegen ausgerichtet, da viele Mitarbeiter sich nicht ausreichend unterstützt fühlten. Das Ergebnis der Befragung zeigte ganz klar, dass Menschen die im Gesundheitswesen durch Patienten angegriffen wurden, eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln können (3).

Für den Handlungskontext der Rettungskräfte hat es eine Untersuchung gegeben, die nach einer Bestätigung der Zunahme von Aggressionen und Gewalt gegen Feuerwehrleute und Rettungskräfte gesucht hat. Die subjektiven Eindrücke der Feuerwehrleute und Rettungskräfte konnten nicht bestätigt werden. Was bestätigt werden konnte, war das häufige Nicht-Melden entsprechender Ereignisse an die Unfallkassen. Was bei der Bochumer Forschungsarbeit nachdenklich stimmt, ist die Tatsache, dass die Aggressionen männlich dominiert sind und die Handelnden mehrheitlich zwischen 20 und 39 Jahren alt sind (2).

Es ist nicht möglich vorherzusehen, wann jeder einzelne Mensch zu Aggressionen und Gewalt greift und welche Population gewaltbereiter ist, als eine andere. Es gibt jedoch gewisse Risikofaktoren, die herausgefunden wurden. So wird beschrieben, dass vor allem der Umgang mit Patienten zu Gewalt führen kann. Patienten mit einer Schizophrenie und Menschen, die schon einmal Gewalttätig waren, zeigen ein erhöhtes Risiko dies wieder zu tun. Auch die Erkrankung der schizophrenen Psychosen und der Suchterkrankungen führen zu einem erhöhten gewaltpotenzial. Zudem wird der Risikofaktor der Arbeitsumgebung und der unvertrauten Pflegekräfte beschrieben. Als letzter Risikofaktor werden das Personal und die Organisation benannt. Vor allem unfreiwillige Einweisungen, Fixierungen, lange Behandlungsverläufe, aber auch fehlende Wertschätzung der Mitarbeiter können zu Gewalt und Aggressionen gegenüber den Mitarbeitern führen (4).

Für Stefan, der erst vor kurzem auf einer forensischen Station mit einem Messer von einem psychotisch veränderten Menschen angegangen worden ist, sind die Diskussionen um Gewaltpotentiale und Voraussehbarkeiten ein Nebenschauplatz. Er hat eine Attacke abwehren können, da er seinem Gegenüber körperlich überlegen war. Das Blinken des Messers erinnert er immer wieder. Es jagt ihm den einen oder anderen Schrecken in die Glieder.

Wenn es in psychiatrischen Institutionen oder anderen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege um Aggressionen durch untergebrachte Menschen geht, so bleiben subjektive Aspekte bei den Opfern häufig unerwähnt. Auf den Stationen oder in den Wohnbereichen hören sie gutgemeinte Ratschläge, wie sie das Drama hätten vermeiden können. Vorgesetzte weisen darauf hin, dass es psychotherapeutische Krisenangebote gibt, die in Anspruch genommen werden können. Mit dem Eintrag in das Verbandsbuch und dem Ausfüllen des Unfallbogens für die Berufsgenossenschaft erscheinen die formalen Angelegenheiten erledigt. Auch wenn es hinlänglich als Kunstfehler beschrieben wird, wenn keine teamorientierte Supervision zu den Ereignissen stattfindet, so bleibt diese Form der Unterstützung oft aus.

Stefan sind nach dem traumatischen Ereignis die subjektiven Sichtweisen mehr als bewusst. Er wird vom Erlebten eingeholt, fällt dann ins Grübeln. Er spürt die Antriebsarmut und die Lustlosigkeit. Er fühlt eine Angst, die er

im Gespräch nicht konkretisieren kann. Noch viel schlimmer erscheint es ihm, dass ihm Fakten bewusst werden, die ihm vor dem Ereignis nie in den Sinn gekommen wären.

Nachdem die Klinik, in der er arbeitet, es abgelehnt hat, den untergebrachten Menschen anzuzeigen, sieht er sich er sich damit konfrontiert, nicht ausreichend Unterstützung zu bekommen. Er sieht sich in die Rolle eines Einzelkämpfers gedrängt. Die Last des Erlebten liegt auf seinen Schultern, so empfindet er. Als seine unmittelbare Vorgesetzte ihm gegenüber sagt, dass in diesem Arbeitsumfeld mit Übergriffen gerechnet werden müsse, fühlt er sich geohrfeigt. Wahrscheinlich könne er froh sein, dass er nicht unmittelbar die Frage nach seinen Schuldanteilen gestellt bekam.

Heike sieht sich einem ganz anderen Übergriff gegenüber. An einem heißen Sommernachmittag nutzt ein untergebrachter Mensch die Gelegenheit, sexuell die Grenzen zu überschreiten. Er kommentiert nicht nur die der Jahreszeit angemessene luftige Kleidung, sondern gibt ihr einen Klaps auf den Po. Im Affekt gibt sie dem Untergebrachten eine Ohrfeige. Was folgt, hat sie sich nicht ausmalen können.

Heike musste einen Angriff auf sich aushalten und wusste sich nicht weiter zu helfen, als sich zu wehren. Für sie war es Notwehr, da eine Grenze für sie, überschritten wurde. Jedoch sah ihr Chef dieses ganz anders. Sie erhielt eine Abmahnung und musste die Station wechseln, da sie einen Patienten körperliche Gewalt zugefügt hatte. Ihre Version der Situation hörte sich ihr Chef nicht an. Heike wurde darauf hingewiesen, dass sie bei einem erneuten Deeskalationstraining mitmachen solle, damit sie Situationen besser

(C) patila

deeskalieren kann und es nicht zu Gewalt gegen einen Patienten komme. Heike fühlte sich leer, sie fühlte innere Ablehnung und zeigte sich ängstlich in Kontakten mit Untergebrachten, männlichen Patienten.

Deeskalationstrainings sind eine Prävention gegen Gewalt auf Mitarbeiter. Das Deeskalationstraining baut darauf auf, dass gefährliche Situationen, die eskalieren können, durch konkrete Ansprache und Kommunikation entschärft werden. Möglich ist es auch, den körperlichen Einsatz zu nutzen, z.B. durch Fixierungen und Isolation, wenn die Deeskalation nicht funktioniert. Das wichtigste Ziel ist es, dass Gewalt möglichst verhindert wird (5). Es gibt nur wenige Studien, die belegen, dass ein Deeskalationstraining signifikant gegen Angriffe auf Mitarbeiter hilft. Meist sind die Daten schwierig zu erheben.

Doch auch alle Präventionen werden Heike in ihrer Situation nicht weiter helfen. Denn Heike hat eine psychische Belastung davon getragen. In Kontakten mit männlichen Patienten zeigt sie sich ängstlich und eingeschüchtert. Sie vermutet immer wieder, dass jemand sie sexuell belästigen könnte und sie sich wehren möchte, dann aber eine erneute Abmahnung bekommen könne. Sie fühlt sich wenig wertgeschätzt, da ihr Chef die Arbeit die sie macht, kontrolliert und sie beobachtet. Heike entschließt sich zu kündigen und in einer neuen Klinik neu anzufangen. Zusätzlich nutzt sie eine ambulante Psychotherapie für sich, um mit dem erlebten fertig zu werden.

Andreas hätte gut darauf verzichten können, dass er Herrn Meier nach dem erfolgreich vollzogenen Suizid im Fensterkreuz aufgefunden hat. Es war ihm nicht unmittelbar aufgefallen. Das verwinkelte Zimmer ermöglichte nicht den direkten

Blick. Kollegen hatten immer einmal von solchen Erlebnissen erzählt. Er hoffte, dass ihm eine solche Erfahrung erspart bliebe. Mit seinem Gefühlschaos kommt er nun nicht zurecht.

Es liegt nahe, Andreas einen Gang zum Psychotherapeuten zu empfehlen. Seine Pflegedienstleiterin hat ihm einen Zettel in die Hand gedrückt. „Rufen Sie einmal jemanden von der Liste an. Wir haben mit denen vereinbart, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeitnah einen Krisentermin bekommen“, hat sie ihm gesagt. Eine Frage nach seinem Wohlbefinden hat sie nicht gestellt. Gleichzeitig hat er vermisst, dass die Pflegedienstleiterin mit ihm darüber nachgedacht hat, wie dem therapeutischen Team auf der Station geholfen werden könnte.

Man sollte meinen, dass es selbstverständlich wäre, entsprechende Fragen zu stellen, um beispielsweise einem Anspruch aus einem Träger-Leitbild gerecht zu werden: „Qualität für Menschen.“ Man sollte meinen, dass es zu einem Procedere nach besonderen Vorkommnissen in Kliniken Verfahrensanweisungen gibt, in denen sich gemachte Erfahrungen wie wissenschaftliches Wissen verdichten. Andreas hat dies nicht erlebt. Mit der Psychotherapeuten-Liste wartete die nächste Überraschung auf ihn. Als er versuchte, die eine oder andere Psychotherapeutin zu erreichen, entgegnete man ihm: „Wieso stehe ich auf einer solchen Liste? Diese Liste muss überholt sein? Ich kann erst in sechs bis neun Monaten Hilfe anbieten.“

Dabei empfand Andreas den Wunsch nach Hilfe als einen unmittelbaren. Diese Bedürftigkeit wurde in der Supervisionssitzung nach dem Ereignis auch nicht befriedigt. Ein Konflikt zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen stand im Zentrum der Diskussion. Der erfolgreiche Suizid wurde noch nicht einmal erwähnt.

Die oben genannten Beispiele, werden viele Pflegekräfte kennen oder so ähnliche Situationen erlebt haben. Auch die Diskussion um Gewalt und Aggressionen wird ein ständiges Thema in psychiatrischen Einrichtungen sein. Genaue Zahlen zu Angriffen auf Mitarbeiter, gibt es nur wenige, da unterschiedliche Grundlagen in die Studien mit einbezogen werden. So wird „die Gewalt“ in den Studien unterschiedlich bewertet und definiert. Zu erwähnen wäre jedoch eine US- amerikanische Studie, die eine Analyse aller Daten von US- amerikanischen Kliniken, von 2007-2013 erhoben hat. Hier wurden 14877 Verletzungen analysiert. Es gibt keine nachweisebare Veränderung und die meisten Betroffenen waren Pflegekräfte (6).

Der Artikel soll darauf aufmerksam machen, dass psychiatrisch Pflegende ständigen Aggressionen und Gewalt von Patienten, seien es Drohungen, Sachbeschädigungen aber auch den körperlichen Angriffen, ausgeliefert sind. Präventive Maßnahmen sind Wichtig und können viele Situationen deeskalieren. Jedoch gelingt dies nicht immer. Auch Pflegende sind Menschen, die psychisch durch Gewalterfahrungen belastet werden können. Wichtig ist es jedoch, dass auch Mitarbeiter in Kliniken, Hilfsangebote bekommen und über das erlebte Reden können. Nur weil die Pflegenden „die Professionellen“ sind, heißt das nicht, dass diese Menschen keine Hilfe von Außerhalb in Anspruch nehmen dürfen. Supervisionen und Kriesenmanagements sind daher von großer Bedeutung für das Wohlbefinden von Mitarbeitern.

Fußnoten

(1) https://www.gesundheitsdienstportal.de/risikouebergriff/content/01_notwendigkeit/03_umfang_problem/index.htm

(2) http://www.kriminologie.ruhrunibochum.de/images/pdf/Abschlussbericht_Gewalt_gegen_Einsatzkraefte.pdf

(3) Richter, D. (2007). Patientenübergriffe–Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag. https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Patientenuebergriffe_Psychische-FolgenfuerMitarbeiter.pdf

(4) https://www.researchgate.net/profile/Albert_Nienhaus/publication/24238891_Violence_and_aggression_in_care-related_jobs-a_literature_overview/links/0dec53071708a6a7e000000.pdf

(5) https://www.researchgate.net/profile/Dirk_Richter/publication/247467694_Gewaltsituationen_in_der_psychiatrischen_Pflege_

(6) S-3 Leitlinien: Verhinderung von Zwang..

Autor

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

arscurae@web.de

Autorin

Lea Strietholt
psychiatrische Pflegende, Studentin: Psychiatrische Pflege
lea-strietholt@web.de

Zu Besuch bei Ärzte ohne Grenzen

Sie errichten Krankenhäuser und Versorgungseinrichtungen, wo kein anderer wagt, seine Arbeit zu verrichten. 2015 starben bei einem Bombenmanöver der USA in Afghanistan über 30 Personen. Luftangriffe auf Krankenhäuser von diversen Kriegsfraktionen sind seither kein Einzelfall. Dennoch weichen sie nicht zurück, helfen Menschen dort, wo es auch für sie gefährlich ist. Wer einmal damit begonnen hat, kennt das Leid an vorderster Front. Es gibt keine Fake-News und keine verschönten Bilder. Man ist einfach mitten im Geschehen. Trotzdem haben sie alle das gewisse Etwas in den Augen: Die Liebe zu den Menschen ohne wenn und aber. Es war uns eine besondere Ehre mit diesen Menschen ein paar Tage in Amman zu verbringen...

Alles begann durch den Krieg im Irak. Die Bewohner des Landes hatten durch den Konflikt im eigenen Land nahezu alles verloren. Es gab ab diesem Zeitpunkt keine medizinische Versorgung und notwendige Operationen waren außerhalb jeglicher Reichweite. Aus diesem Grund errichtete Ärzte ohne Grenzen im Jahre 2006 ein Krankenhaus in Amman. Seit 2006 hatten dadurch Flüchtlinge aus dem mittleren Osten die Möglichkeit, sich im Bereich Orthopädie, plastische und Gesichtschirurgie in Jordanien versorgen zu lassen. Die Installierung einer solchen Einrichtung kam zu diesem Zeitpunkt genau richtig, denn nur wenige Jahre später kam es in dieser Region zu weiteren Kriegen: 2008 im Gazastreifen, 2011 der arabische Frühling und der Krieg in Syrien und zu guter Letzt 2015 in Jemen.

Was wird im Krankenhaus in Amman operiert?

50% der Operationen sind im Bereich Orthopädie. Sie sind das Ergebnis von Bombenexplosionen, Schusswunden und Knochendefekten. Hierbei wird wie üblich mit Fixationen (interne und externe) gearbeitet. Ein großes Augenmerk gibt es auch auf Rekonstruktionen, Nervenoperationen und Handchirurgie, damit die Verwundeten Körperfunktionen zurückerhalten. Die meisten Opfer haben natürlich schwere Verbrennungen am ganzen Körper. Dies machte den plastischen Chirurgiebereich in Amman zu einer absoluten Notwendigkeit. Viele der Menschen waren durch Bombenanschläge und Explosionen stark verbrannt und konnten durch diese Beeinträchtigungen kaum essen oder sprechen. Ohne einer Hautrekonstruktion wären diese beiden Lebensnotwendigkeiten für die Patienten unmöglich. Die meisten Opfer von Brandverletzungen sind Frauen und Kinder. Viele dieser multikomplexen Traumata sind natürlich auch im Gesichtsbereich zu finden. Aus diesem Grund kommen einmal im Monat Experten aus anderen Regionen. Die Kranio-Maxillo-Faziale Chirurgie stellt in Amman die dritte und letzte Säule der angebotenen Operationsfelder dar. Im Zeitraum 2006-2011 kam es insgesamt zu über 11.000 Operationen. Ein Ende des Einsatzes ist nicht in Sicht...

Welche anderen Angebote gibt es in Amman noch?

Im Rahmen der Verletzungen und hygienischen Zustände (Eine Wunde in der Wüste keimfrei zu halten, ist keine Herausforderung, sondern eher ein Ding der Unmöglichkeit.) kommt es in den Flüchtlingscamps zu chronischen Infektionen. Jeder fünfte Patient wird in Amman mit einer solchen Infektion

eingeliefert, die Hälfte davon besitzen eine Antibiotikaresistenz. Ärzte und Apotheker suchen hier täglich an neuen Möglichkeiten, diesen vulnerablen Gruppen zu helfen. Es wird nahezu täglich an neuen Behandlungsplänen gearbeitet. Dass diese Patienten sehr lange im Krankenhaus verweilen, brauchen wir Ihnen ja nicht zu erzählen. Hier spricht man von Wochen und Monaten.

Im Laufe der Zeit wurden weitere Bereiche im Krankenhaus implementiert. So gibt es seit einigen Jahren ein Mikrobiologie-Labor, welches eine qualitativ hochwertige bakteriologische Analyse von Patientenproben einschließlich der Erkennung von Antibiotikaresistenz anbietet. Doch auch hier wird auch geforscht. Das Labor bietet Unterstützung der laufenden Forschung und Datensammlung auf dem Gebiet der orthopädischen Chirurgie von einem mikrobiologischen Standpunkt aus und ist gleichzeitig ein Ausbildungszentrum für Mitarbeiter von Ärzte ohne Grenzen.

Die meisten Patienten benötigen nach den Eingriffen eine Physiotherapie, die auch weit nach den Operationen stattfinden muss. Viele Menschen erhalten eine Prothese, mit denen sie ihren Bewegungsablauf völlig neu erlernen müssen. Gerade bei Kindern müssen diese Übungen auf eine spielerische Weise erfolgen, damit diese nicht den Mut verlieren. Ein Lächeln und Spaß an der Arbeit unterstützt bei dieser Herausforderung.

Viele der Opfer sind Kinder, welche durch die traumatischen Erlebnisse eine psychosoziale Betreuung dringend benötigen. Hierbei geht es nicht nur um Psychotherapie und Schmerzmanagement, sondern auch darum, dass diese Kinder wieder in einen normalen Alltag finden. Die meisten Kinder halten sich durch ihre Verbrennung für Ausgestoßene. Sie wollen am Alltagsleben nicht mehr teilnehmen, da sie sich für Verbrennungen und fehlende Gliedmaßen schämen. „Man ist nicht mehr wie die anderen und gehört nicht mehr dazu.“ hören wir als Erklärung. Aus diesem Grund gibt es im Krankenhaus von Amman eine kleine Schule, Morgentherapie und spezielle Aktivitäten am Nachmittag, die besonders im Bereich Musik und Kunst viele Möglichkeiten bietet.

Durch diese Vielfalt an speziellen Umständen ist das Krankenhaus in Amman eine reichhaltige Quelle für Forschungsergebnisse, die in diversen Journals veröffentlicht werden. Antibiotikaresistenzen und Gesichtschirurgie stehen hierbei im Vordergrund. Mittlerweile wurden die Ergebnisse in elf Journals publiziert. Doch dies ist erst der Anfang, denn auch in Amman halten die neuen Technologien Einzug (3D Printing, künstliche Haut, etc.)

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

Magst du uns ein wenig über dich erzählen?

Ich arbeite mit dem Projekt seit 2006 und war 4 Jahre lang freiwillig mit Ärzte ohne Grenzen unterwegs. Ich bin palästinischen Ursprungs jedoch in Jordanien aufgewachsen. Bis jetzt hatte ich vier verschiedene Jobs, obwohl ich vom eigentlichen Beruf her Krankenschwester bin. Ich war auch mal Caretaker, sozusagen „Aufpasserin“ für Patienten. Das habe ich fast länger gemacht als meinen normalen Beruf, weil wir erst vor kurzem unser Team vergrößert haben. Bisher gab es aber auch genug freiwillige Aktivitäten die ich zusätzlich gemacht habe, zum Beispiel Kinder unterrichten. Abends haben mein Mann und ich freiwillig für die Kinder gekocht damit die Kinder ein gutes Frühstück haben.

Maria: Die Kinder lieben sie.

Den Beruf muss man auf jeden Fall ernst nehmen, aber man sollte auch Spaß haben, lachen und glücklich sein. Die Patienten sind nicht nur irgendwelche Patienten, sondern kommen aus Kriegsländern, haben schwierige Geschichten und Hintergründe, die unvorstellbar sind. Daher ist es wichtig, auch Lachen zu können.

Was hast du davor gemacht?

Ich war in vielen Krankenhäusern Krankenschwester in Jordanien, darunter auch das französische rote Kreuz und der Halbmond.

Gibt es für dich einen Unterschied ob du hier bei MSF arbeitest oder in einem jordanischen Krankenhaus?

Der größte Unterschied zu den alten Krankenhäusern ist , dass Patienten kommen und nach 1-2 Wochen wieder gehen. Hier sind die Patienten im Durchschnitt 4 Monate da und kommen danach auch immer wieder. Die meisten Patienten kenne ich über ein Jahr und es sind mittlerweile Freunde geworden. Für einige bin ich sogar Familie, denn in den anderen Krankenhäusern läuft alles ganz anders. Da werden die Patienten von deren Eltern, Familien oder Freunden besucht. Oft bleiben diese sogar bei den Kranken. Hier in diesem Krankenhaus kommt niemand. Sie kommen alleine, denn die meisten haben ihre Familie verloren. Kinder und Frauen kommen überwiegend mit einem „Caretaker“, der meist ein Familienmitglied ist. Das war es aber auch schon.

Ein weiterer großer Unterschied ist, dass die Patienten hier einen wesentlich größeren emotionalen Support benötigen. Alle haben hier tiefe psychische Wunden und benötigen erheblich mehr Hilfe und professionelle Unterstützung. Dies fängt damit an, dass man alle auf eine eigene Weise zum Lachen bringen sollte. Oft ist dies gar nicht so einfach und eine größere Herausforderung als ein Wundverband.

Wie lange dauert in Jordanien die Ausbildung zur Krankenschwester?

KP: Vier Jahre. Um eine gute Krankenschwester oder Krankenpfleger zu sein, braucht man vier Dinge. Kunst: Man verwendet keine Instrumente, wie Ärzte. Man muss künstlerisch begabt sein. Erfahrung: um auch zu wissen,

Krankenpflegerin Khawla

...wird von den meisten Personen im Krankenhaus in Amman „die gute Seele“ genannt. Es spielt keine Rolle, wo man auf sie trifft. Sie verbreitet Freude am Gang und in den Zimmern. Schnell erkennen wir, dass sie eine liebevolle Leichtigkeit und ehrliche Güte besitzt und wirklich alles 100% im Blickfeld hat. Sie reagiert auf jede Kleinigkeit sofort und versiert. Geben ohne sich selbst aufzugeben, professionell agieren aber sich nicht abgrenzen. Für uns ist das eine Kunst, die gerade in dieser Arbeitssituation so unvorstellbar erscheint. Wir hätten ihr beim Interview noch stundenlang zuhören können, wären unsere Seiten im Magazin nicht limitiert.

wie man den Schlüssel in das Herz des Patienten bekommt. Methodik: Man muss wissen, wie man mit den Patienten umgeht, da sie alle verschieden sind. Und zu guter Letzt natürlich fundiertes Wissen.

Die Ausbildung findet wo statt?

KP: Bei uns sind das ganz normale Universitätskurse und die praktische Ausbildung erfolgt in Krankenhäusern. Wenn es dort besonders schwere Fälle gibt, kann man sich gut vorbereiten. Die Fallbeispiele sind teilweise schwieriger als jeder Patient. Wir müssen in der Ausbildung außerdem Leichen sezieren und haben am Ende noch eine militärische Ausbildung.

In Österreich ist der Berufsstand der Krankenpflege nicht allzu hoch angesehen. Wie wird der Beruf in Jordanien wahrgenommen?

KP: Das Problem hatten wir Ende 90er, Anfang 2000, wo mich jeder gefragt hat, was machst du, warum wirst du Krankenschwester? Jetzt ist es ganz anders. Die Leute haben sich durch den umliegenden Krieg verändert. Nun haben wir das Gegenteil: Der Beruf ist sehr angesehen und viele Menschen wollen, dass auch ihre Kinder Krankenpfleger werden.

Wie ist aktuell hier die Zusammenarbeit mit den Ärzten? Ist das auf einer Augenhöhe?

In anderen Spitälern hatte ich oft das Problem, dass manche Ärzte, ganz besonders die Fachärzte nicht auf mich gehört haben oder sie wollten mit Pflegepersonen gar nichts zu tun haben. Hier ist es egal, ob du Pflegeperson, Reinigungsdienst oder Arzt bist. Wir arbeiten alle auf Augenhöhe und sind wie eine Familie.

Eine typische europäische Frage, weil es in den Köpfen der Europäer fest verankert ist. Lassen sich männliche Patienten von Krankenschwestern gerne pflegen?

Es ist schon hin und wieder passiert, dass sie sich hier von mir nicht pflegen lassen. Man muss aber trotzdem mit Liebe reagieren. Ich bin da nicht beleidigt und versuche auch nicht Pflegehandlungen trotzdem zu machen. Ich sag einfach „OK wie du willst." und hole einen männlichen Kollegen.

Habt ihr viele männliche Krankenpfleger?

Hier in meiner Abteilung sind wir zwei Frauen und vierzehn Männer. Sonst ist es üblicherweise je die Hälfte Männer und Frauen.

Wenn MSF hier schließt, weil das Projekt z.B. fertig ist, was möchtest du dann machen?

Man weiß nie was passiert, aber ich weiß, dass ich immer im humanitären Bereich arbeiten werde, weil mein Herz besonders den Kindern und älteren Menschen gehört.

Könntest du dir vorstellen, mit Ärzte ohne Grenzen auch in ein komplett anderes Land zu gehen?

Ja, ich würde sogar sehr gerne wo anders unterstützen. So viel ich kann, gebe ich und das auch gerne in anderen Ländern.

Nun noch ein heikler Punkt als Abschluss. Wir haben in Europa viele Vorurteile, gerade was den Islam bzw. die Religion betrifft. Was würdest du den Leuten, vor allem den Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, gerne mitgeben?

Zuerst möchte ich sagen, dass man nicht mit einem Blick aburteilen soll. Es ist wichtig, dass man so viel gibt, wie man kann. Jede Religion, egal ob christlich, muslimisch oder andere sagen, dass man den anderen helfen soll. Wir alle sollten so viel geben und helfen, wie wir können. Diese Kinder, alte Menschen und all die Verletzten können nichts dafür was ihnen passiert ist.

Patient Alim aus Syrien

„Warum bleiben die Leute nicht in ihrem Heimatland?“, „Unsere Großeltern sind auch in unserer Heimat geblieben und nicht geflüchtet. Sie haben alles wieder aufgebaut.“, „Das sind doch alles Wirtschaftsflüchtlinge.“, „Die kommen doch nur um die Frauen zu vergewaltigen und wollen nicht arbeiten.“

Sätze die wir im deutschsprachigen Raum tagtäglich hören und lesen, nicht nur von der Bevölkerung, sondern auch von Pflegefachkräften und Ärzt/Innen. Doch wie ist es, wenn man „da unten“ bleibt? Was kann man alles mit einem Augenzwinkern verlieren? Ärzte ohne Grenze ermöglichte uns zwei Interviews mit Menschen, die hiergeblieben sind.

Ich kann mich noch erinnern als ob es gestern war. Ich war mit meiner Frau und den Kindern zu Besuch bei meinem Schwager. Er hatte damals ein schönes Haus in Mossul und wir waren gern dort. Ich bin beim Anschlag in einem kleinen Zimmer gesessen. Plötzlich gab es eine Explosion und ich verlor von einer Sekunde auf die andere alles. Eines meiner Kinder wurde am ganzen Körper verbrannt, mein drittes Kind starb und mein dreijähriger Sohn verlor seine Hand. Meine Frau wurde durch den Anschlag schwer verletzt. Durch die Detonation habe ich meine Finger verloren und die Druckwelle hat mich nahezu taub gemacht und mein rechtes Auge ist nun blind. Mein linkes Bein ist schwer verletzt und ich werde nun durch Ärzte ohne Grenzen versorgt.

War da schon Krieg?

Ja

Warum seid ihr dann geblieben? Viele andere sind geflüchtet, wäre das keine Option gewesen?

Es gab absolut keinen Ausweg. Alle Wege waren gesperrt und damit war ein Flüchten nicht möglich.

Hätte es eine Möglichkeit gegeben, hättet ihr einen Fluchtversuch gestartet?

Wir wären auf jeden Fall geflüchtet, hätten wir die Möglichkeit gehabt. In unserem Wohngebiet war gerade der IS an der Macht. Die Regierung kam und befreite die Region, doch die Nebengebiete wurden von der IS belagert. Daher gab es keine Fluchtmöglichkeit. Wir hätten durch IS Gebiet müssen und wären sicher erschossen worden oder schlimmeres.

Wie bist du dann hierher gekommen?

Ich habe mich nach der Explosion in Mossul an mehrere Organisationen gewandt. Keine konnte mir helfen. Zum Glück habe ich dann einen Arzt der „Ärzte ohne Grenzen“ getroffen, der mich hierher geschickt hat. Es ging von Anfang an unkompliziert und einfach.

Du hast nie aufgegeben und immer weitergesucht?

Ja natürlich. Ich habe bei den anderen Organisationen und Spitälern viel Geld ausgegeben und trotzdem konnte man mir nicht helfen. Hier bin ich aber gut aufgehoben und versorgt.

Wie geht es dir nun mit der ganzen Situation?

Es geht mir sehr gut. Besonders am Anfang war meine Psyche wirklich am Ende. Der psychologische Support hier hat mich wieder aufgerichtet. Alle hier haben nicht nur meinen Körper, sondern auch meine Seele repariert.

Ich finde es bewundernswert, wie du trotz deiner Geschichte lächeln und strahlen kannst.

Es ist ein langsamer Prozess und hat wirklich lange gedauert. Aber sowas braucht Zeit und Ärzte ohne Grenzen hat wirklich alles richtig gemacht.

Was ist wichtig für dich und was würdest du dir für die Zukunft wünschen?

Ich kann lachen und ich strahle, aber nach der Explosion sehe ich keine Zukunft mehr. Vielleicht kann ich irgendwann in meine Heimat zurückkehren, um zu sehen, ob sich die Situation gebessert hat. Trotzdem ist meine ganze Familie tot oder behindert und kann kein normales Leben mehr führen. Alles nur wegen des IS. Was soll ich da für eine Zukunft sehen?

Patient Bassam aus Jemen

Wir waren in der Nähe einer Tankstelle, als der IS begann, diese zu bombardieren. Vor der Explosion gab es kein Entrinnen. Mein Sohn erlitt am ganzen Körper schwere Verbrennungen. 1 ½ Jahre sind wir dann in Jemen von einem Spital ins andere. Es gab keine Erfolge. Keiner konnte uns helfen. Dann hatten wir das Glück Kontakt mit Ärzte ohne Grenzen zu haben.

Wie lange seid ihr schon hier?

Nun werden es durchgehend 6,5 Monate.

Wisst ihr schon, wie lange ihr hierbleiben müsst?

Wir wissen es noch nicht genau. Entweder gehen wir erstmal nach Hause und kommen wieder her, um weitere OPs zu machen oder die notwendigen OPs werden gleich durchgeführt. Dann bleiben wir natürlich hier.

Hat sich die Situation zu Hause geändert?

Nein

Wie ist das für euch?

Es wird immer schwieriger und die Situation dort immer schlechter. Daher sind wir uns nicht sicher, ob wir dorthin überhaupt wieder hingehen können. Wir sind aus einer Gegend die derzeit absolut unbewohnbar ist. Leider ist der Rest der Familie noch in Jemen.

Fortsetzung folgt...

Wie werden die Patient/innen ausgewählt? Warum geht ein Arzt zu Ärzte ohne Grenzen und nicht an eine Universitätsklinik? Wie geht das Leben von Schwerstverletzten nach der Behandlung weiter?

Lesen Sie mehr über dieses Thema in der nächsten Ausgabe von Pflege Professionell.

Alle Fotos (C) Katrin Schützenauer

Numbers
1-20

مركز
التعليم

EXIT

Pflegewissenschaft 2

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Herausgeber/innen:
Hermann Brandenburg,
Eva-Maria Panfil,
Herbert Mayer,
Berta Schrems
Verlag: Hogrefe Verlag
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 464 Seiten
ISBN: 978-3456857398

Kurzbeschreibung

Das lehr- und forschungserfahrene Herausgeberteam des einführenden Lehrbuchs für Pflegeforschung orientiert Bachelor und Masterstudierende der pflegebezogenen Studiengänge über das Feld der Pflegeforschung und die Facetten des Forschungsbegriffs. Sie führen verständlich in die Methodendiskussion und Forschung ein und reduzieren die Komplexität konkurrierender Ansätze durch exemplarische Methodenauswahl. Darüber hinaus geben sie einen Einblick in das natur- und sozialwissenschaftliche Methodenspektrum der Pflegeforschung und ergänzen empirische und nicht-empirische Ansätze. Das Herausgeberteam leitet zur kritischen Analyse, Rezeption und Anwendung von Studien und ausgewählten Methoden an, erleichtert das selbstgesteuerte Lernen durch Übungsbeispiele, Lesetipps und Glossarbegriffe und fördert den Umgang mit englischsprachiger Literatur sowie den Zugang zu pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

Persönliches Fazit

Wenn Sie nach einem perfekten Nachschlagewerk und Lehrbuch zum Thema Pflegewissenschaft suchen, kommen sie an dieser Lektüre auf keinen Fall vorbei. Das umfangreiche Werk wurde nun ein weiteres Mal überarbeitet, ergänzt und mit tollen neuen Inhalten gefüllt. Die meisten Kapitel bieten eine Menge Beispiele, die das Thema verständlich darstellen. Die einzelnen Abschnitte sind perfekt gewählt und bieten zu Beginn eine Übersicht, was in diesem Kapitel gelernt werden kann. Am Ende gibt es dazu eine passende Literaturübersicht. Das gesamte Werk ist einfach und verständlich geschrieben und ermuntert zum Lesen, Lernen und Üben. Der Glossarbereich wurde komplett überarbeitet und bietet eine gute Zusammenfassung der wichtigsten Begrifflichkeiten. Als Masterstudent habe ich mich über die neuen Kapiteln „Mixed-Methods“ und „Metareviews“ besonders gefreut. Dieses einzigartig Buch sollte Pflichtlektüre für jedes Pflegewissenschaftenstudium sein! (MG)

Gewaltfreie Pflege

Praxishandbuch zum Umgang mit aggressiven und potentiell gewalttätigen Patienten

Autoren:
Johannes Nau,
Nico E. Oud,
Gernot Walter
Verlag: Hogrefe Verlag
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 104 Seiten
ISBN: 978-3456858661

Kurzbeschreibung

Pflege-, Sozial und Gesundheitsberufe sehen sich zunehmend an vielen Stellen des Gesundheitswesens mit aggressiven und potentiell gewalttätigen Patienten konfrontiert. Sie müssen daher nach Möglichkeiten suchen, um Aggressionen vorzubeugen, aggressive Ausbrüche zu verhindern und iM Fall von Gewalttätigkeit Schaden von sich und anderen abwenden. Dazu liefert das Praxishandbuch wissenschaftlich fundierte Grundlagen sowie kurz gefasste und leicht lesbare Assessments Tools und Techniken.

Persönliches Fazit:

Sie hatten sich wohl ein ehrgeiziges Ziel vorgenommen. Johannes Nau, Nico Oud und Gernot Walter hatten vor einigen Jahren das Praxishandbuch „Aggression und Aggressionsmanagement“ mit über 600 Seiten herausgegeben. Mit dem neuen Buch „Gewaltfreie Pflege“ hatten sie die Absicht, ein Format für die Jackentasche zu schaffen. Kurzum: es ist ihnen gelungen. Auf den knapp 100 Seiten finden sich alle wichtigen Informationen, die der Praktiker oder die Praktikerin braucht. Dabei ist Gewalt in der Pflege kein einfaches Phänomen, bei dem man mit übersichtlichen Rezepten Lösungen parat hat. Schon früh machen Nau, Oud und Walter zurecht darauf aufmerksam: „Die Entstehung des Ereignisses hat nämlich vor allem etwas mit dem Setting zu tun, in dem Menschen in eine Patienten-, Bewohner oder besondere Verantwortungsrolle geraten sind. Diese Situationen sind häufig mit krisenhaften Ereignissen verbunden, fordern den ganzen Menschen in seiner Bewältigungsfähigkeit und stellen nicht selten eine Überforderung dar.“ (S. 17) Um der Ökonomisierung im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, deuten die Autoren an, welche finanziellen und immateriellen Kosten im pflegerischen Alltag auf die Einrichtungen zukommen, weil aufgrund fehlender Qualifizierung nicht angemessen auf Situationen reagiert werden kann. Dies wirkt auf den ersten Blick befremdlich, macht aber deutlich, wie notwendig Investitionen in die Fort-und Weiterbildung von professionell Pflegenden mit dem Blick auf herausforderndes Verhalten von Patientinnen und Patienten sind. (CM)

Mobbing und Bullying unter alten Menschen

Was tun, wenn alte Menschen sich drangsalieren

Autoren: Robin P. Bonifas
Verlag: Hogrefe Verlag
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 152 Seiten
ISBN: 978-3456857671

Kurzbeschreibung

Gibt es alte Menschen, die ihre Bewohner drangsalieren, schikanieren und tyrannisieren? Ja, der Autor beschreibt diese mit dem englischen Begriff „Bullying“. Er zeigt, wie man Bullying-Verhaltensweisen erkennen, verstehen und etwas dagegen tun kann, um die Opfer zu schützen. Das Fachbuch schärft das Bewusstsein von Pflegenden für Bullying-Verhaltensweisen in alltäglich Pflegeinteraktionen mit detaillierten, step-by-step Assessment und Interventionsstrategien, effektiven Coping-Strategien, um Folgen für Bullying-Betroffene zu minimieren, pro-sozialen Aktivitäten, um Empathie und zivilen Umgang zu fördern und um Lernaktivitäten, Fallstudien, Formblättern, Fragebögen und Richtlinien zur Verfügung zu stellen.

Persönliches Fazit

Wenn Patient/innen bzw. Klient/innen untereinander gemein werden, ist es oft nicht so einfach diese Situation zu lösen. Wie kann man hier agieren und sinnvoll vermitteln? Was ist überhaupt eine Schikane und ist sie immer aus reiner Boshaftigkeit? Wie kann ich die Situation professionell und fundiert analysieren und auflösen?

Fragen die in diesem Werk kurz und einfach beantwortet werden. Die angebotenen Interventionsmöglichkeiten werden schlicht und auf einfachem Wege erklärt. Jedes Kapitel endet mit einer Zusammenfassung. Besonders betonen wollen wir hier das Empathie-Training, welches in der Publikation ausführlich erklärt wird. Dabei geht es aber nicht nur um die Bewohner/innen, sondern auch um das Personal, welches Teil der Gesamtheit ist.

Dieses Buch bringt die Thematik kurz und bündig der Leserschaft nahe und sollte in jeden Pflegeheim oder Betreuungseinrichtung in der Bibliothek stehen. Denn solche Situationen kann es einfach überall geben. (MG)

Umgang mit sexueller Gewalt in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Autor/innen:
Marc Allrogen
Jelena Gerke
Thea Rau
Jörg M. Fegert
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 110 Seiten
Verlag: Hogrefe Verlag
ISBN: 978-3801728397

Kurzbeschreibung

Kinder und Jugendliche, die in pädagogischen Einrichtungen leben, haben nicht nur überdurchschnittlich häufig bereits in der Vergangenheit Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt gemacht, sondern haben auch ein erhöhtes Risiko, Opfer sexualisierter Gewalt zu werden oder selber sexuell aggressives Verhalten zu zeigen. Sexualisierte Gewalt an oder durch Bewohner und Bewohnerinnen einer pädagogischen Einrichtung stellt eine Herausforderung für die dort tätigen pädagogischen Fachkräfte dar. Häufig besteht eine große Unsicherheit, wie in diesen Situationen zu handelt ist. Hier will der Leitfaden Abhilfe schaffen.

Der Band stellt unterschiedliche Formen und Folgen sexualisierter Gewalt, Hintergründe zur Entstehung sowie Risiko- und Schutzfaktoren dar. Der Schwerpunkt des Leitfadens liegt auf Empfehlungen zur Prävention von sexueller Gewalt unter Gleichaltrigen und mit sexuellen Übergriffen durch Erwachsene. Dabei werden sowohl pädagogische, psychiatrisch-psychotherapeutische als auch formal-juristische Aspekte berücksichtigt. Zudem wird auf Themen wie Selbstschutz und Übergriffe gegenüber Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eingegangen. Konkrete Handlungsschritte und praktische Arbeitshilfen in Form von Entscheidungsbäumen werden zur Verfügung gestellt. Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen wird anhand von Fallbeispielen aufgezeigt. Damit stellt das Buch eine unverzichtbare Hilfe für alle Fachkräfte in pädagogischen Einrichtungen dar.

Persönliches Fazit

Dieses Orientierungshilfe in diesem schweren Thema ist eine absolute Unterstützung, wie man in einer solchen Situation handeln sollte. Hierbei erklärt die Publikation essentielle Inhalte wie Schweigepflicht, Handlungsschritte und Interventionen. Der Anhang ist gefüllt mit Literaturverweisen, Internetseiten, Anlaufstellen und bietet eine Handlungsmatrix, die direkt auf die relevanten Kapitel verweist. (MG)

Gynäkologisch-onkologische Pflege

Bedürfnisse der Patientinnenund interprofessionelle Praxis

Herausgeberinnen:
Beate Senn,
Hanna Mayer
Verlag: Hogrefe Verlag
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 344 Seiten
ISBN: 978-3456858401

Kurzbeschreibung

Für Patientinnen in der gynäkologischen Onkologie ist ein verlässliches sicherheitsgehendes „Netz“ der interprofessionellen Zusammenarbeit besonders wichtig. Denn ihre Situation ist durch eine große Symptomvielfalt mit körperlichen und seelischen Aspekten geprägt. Um ihre vielfältigen Belastungen lindern zu können, ist die Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Fachdisziplinen unbedingt erforderlich. Wie kann es gelingen, dass Patientinnen in der gynäkologischen Onkologie eine Versorgung „aus einem Guss“ erleben, obwohl viele verschiedene Berufsgruppen beteiligt sind? Welche Rolle nimmt hierbei Pflegefachpersonen, Advanced Practice Nurses und den weiteren beteiligten Professionen zu? Wie können Fachpersonen den Anforderungen einer optimalen Zusammenarbeit zum Bestender Patientinnen im Alltag gerecht werden? Dieses Buch thematisiert erstmals in einer deutschsprachigen Publikation interprofessionelle Zusammenarbeit in der gynäkologischen Onkologie. Die einzelnen Kapitel fokussieren unter anderem die Perspektive der betroffenen Patientinnen, die Grundlagen interprofessioneller Zusammenarbeit aus arbeitspsychologischer Sicht, interprofessionelles Wissen zu Anatomie, Physiologie, und Therapie in der gynäkologischen Onkologie, das Leben mit dem kranken weiblichen Körper und viele andere Themen...

Persönliches Fazit

Eine Gratulation an die Herausgeberinnen! Dieses Werk bietet wirklich alles. Es beschäftigt sich auf der einen Seite mit den medizinisch & pflegerischen Basics und bietet andererseits Grundlagen zum Thema Patientinnenedukation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und vieles mehr. Doch wer nun glaubt, dass es sich hierbei um ein reines Grundlagenbuch handelt irrt. Fachspezifisch vertiefend und über den Tellerrand blickend bietet das Buch schon nach wenigen Kapiteln eine Vielfalt an Expertinnenthemen. Diese Publikation stellt eine umfangreiche Sammlung an Informationen, Forschungsergebnissen, Modellen und notwendigen Verständnisgrundlagen dar, die im Bereich der gynäkologischen Onkologie eine absolute Pflichtlektüre darstellt! (MG)

Neue Technologien in der ambulanten Pflege

Wie Smartphones die Pflegepraxis gestalten

Autorin:
Sabine Daxberger
Verlag: Mabuse Verlag
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 136 Seiten
ISBN: 978-3-86321-391-6

Kurzbeschreibung

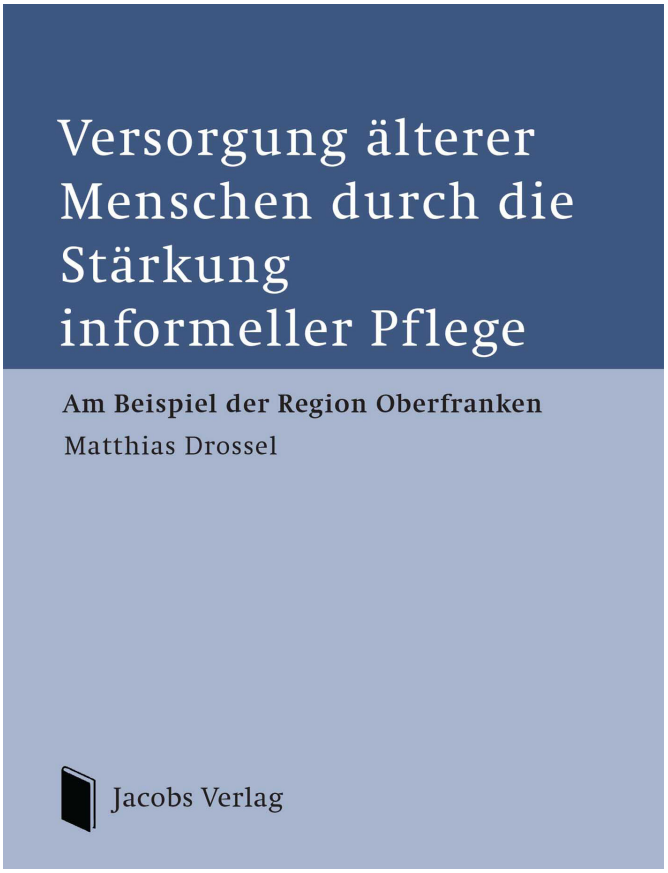
Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen und insbesondere in der Pflege erfordert eine Auseinandersetzung Pflegender mit neuen Technologien, die über die Fähigkeit zur Anwendung hinausgeht. Die Autorin eröffnet verschiedene Perspektiven auf den Technikeinsatz in der Pflege und erarbeitet Gründe für dessen Notwendigkeit.

Am Beispiel der ambulanten Pflege in Österreich wird gezeigt, wie sich die Pflegepraxis im Kontext des Einsatzes von Smartphones zur Kommunikation und Dokumentation konkret gestaltet.

Dieses Buch regt PraktikerInnen zur Reflexion an und gewährt wissenschaftlichem Publikum systematisch generierte Einblicke in eine zukunftsorientierte Thematik.

Persönliches Fazit

Die neuen Technologien bieten gerade in der Hauskrankenpflege eine Vielzahl an Möglichkeiten. Dies könnte auch eine Chance für die Pflege sein, die derzeit noch nicht wirklich genutzt wird. Diese Publikation beschäftigt sich mit dem Nutzen, aber auch mit dem möglichen Schaden, den diese Digitalisierung mit sich bringt. Mensch und Technologie im Einklang? Oder vielleicht doch nicht. Bringen die neuen Apps wirklich Neuerungen für den Beruf? Fragen, die in diesem Werk beantwortet werden. Hierbei wird immer wieder Bezug zu den Forschungsergebnissen genommen. Sollte Sie sich mit den neuen Technologien des Gesundheitswesens beschäftigen, so darf dieses Werk auf keinen Fall in Ihrer Privatbibliothek fehlen. (MG)



Versorgung älterer Menschen durch die Stärkung informeller Pflege

Am Beispiel Region Oberfranken

Autor: Matthias Drossel
Verlag: Jacobs Verlag
Sprache: Deutsch
Seitenumfang: 200 Seiten
ISBN: 978-3-89918-263-7

Kurzbeschreibung

In dieser Studie werden die Hilfe- und Unterstützungsbedarfe informell Pflegender bei der Versorgung Pflegebedürftiger zu Hause vorgestellt. Eindrucksvoll wird die umfassende Studienlage zu soziodemografischen Veränderungen und Herausforderungen dargestellt. Ein besonderer Fokus auf eine Randregion Bayerns – Oberfranken. Besonders gut stellt der Autor den Zusammenhang von Fachkräfteknappheit und weiteren positiven Faktoren, die eine Pflege durch informell Pflegende mit sich bringt, dar. Informelle Pflege bezeichnet der Autor dabei Nachbarn, Freunde und Angehörige und den s.g. ‚Graubereich', z. B. osteuropäische Personen in illegalen Beschäftigungsverhältnissen.

Dr. Drossel beschreibt informelle Pflege als einen wichtigen Teil der Versorgung im Kontext von Ambulantisierung des Gesundheitsbereichs. Besonders in strukturschwachen ländlichen (Rand-)Regionen wie Oberfranken, die zusätzlich von Urbanisierungstrends und Landflucht geplagt sind, ist dies große Herausforderung.

Methodologisch und methodisch orientiert sich die Studie an der Grounded Theory. In einem vierschrittigen Forschungsprojekt wird sich der Thematik erst angenähert, dann differenziert Ansätze elaboriert und anschließend die Operationalisierung mit Experten überlegt. Die differenzierte Auseinandersetzung mit den Hilfe- und Unterstützungsbedarfen der informell Pflegenden ist die Grundlage für eine regionalpolitische Planung von sozialpolitischen Maßnahmen. Die Ergebnisse können helfen, ein Gesamtkonzept, das den Ambulantisierungsansatz und eine Entwicklung einer sich füreinander interessierenden, engagierenden Gesellschaft verfolgt, zu erstellen.

Persönliches Fazit:

Ein Megatrend, der hier aus einer anderen Perspektive untersucht wird. Die Einführungen helfen einem einen umfassenden Einblick in die Thematik zu erhalten. Viel Inhalt, dennoch komprimiert und gut lesbar. Statt Defizitorientierung wird in dieser Studie nach wirklichen Hilfen- und Unterstützungen gesucht. Die Vorgehensweise der Forschungsschritte, die detailreich beschrieben wird, hilft dem Leser sich dem Forschungsgebiet anzunähern. Besonders hervorzuheben ist, dass die erarbeiteten Faktoren in einen Vorschlag für ein Gesamtkonzept, einerseits zur Ambulantisierung, andererseits zum Aufbau einer Region mit Menschen, die sich füreinander interessieren und im Alltag engagieren. Dr. Drossel führt hier ein Beispiel aus dem Emsland in Deutschland an. 21 € die gut investiert sind.

Über den Autor

Dr. Matthias Drossel ist Gesundheits- und Krankenpfleger. Er studierte Medizinpädagogik und Pflegewissenschaften mit dem Schwerpunkt Bildungsmanagement und promovierte am Lehrstuhl für Pflegewissenschaft am Department Gerontologie und Demografie an der UMIT, Hall in Tirol. Als Gesamtschulleiter der Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe und Professor für Didaktik und Fachdidaktik im Studiengang der Medizinpädagogik (ab Oktober 2018) an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera widmet er sich in den Forschungsschwerpunkten: Lehrer-/Schülergesundheit, Curriculare Forschungen, Fachdidaktik und Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich.

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.

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.

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/

design powered by FH Kärnten

Die neue
Inkontinenz Versorgung

TEXIBLE Wisbi

PFLEGE MIT FOKUS

Die intelligente Betteinlage alarmiert Sie automatisch per App oder Rufsystem sobald die betreute Person auf einer nassen Unterlage liegt oder das Bett verlässt. Mit der optimalen Pflegeunterstützung wissen Sie jederzeit wie es Ihrem liebsten geht.

TEXIBLE

www.TEXIBLE.at

Interdisziplinäre Betrachtung

Vorankündigung

Durch alle historische Epochen hindurch und für alle Kulturen und Gesellschaften stellt die Hoffnung ein Phänomen dar, welches eng mit dem Dasein, dem Schicksal und dem Nachdenken der Menschen über sich selbst verbunden ist. Das Thema Hoffnung im Alter wird in diesem Buch aus unterschiedlichen Wissensgebieten und Professionen beleuchtet, um es interdisziplinär aufzuarbeiten.

Das Buch ist für Studierende und Lehrende aus gerontologischen und psychologischen Studiengängen ebenso geeignet wie aus den Fachrichtungen (Sozial-)Pädagogik, Theologie und Pflegewissenschaften, für MitarbeiterInnen aus Gesundheitsberufen gleichermaßen wie für ehrenamtlich tätige und bürgerschaftlich engagierte Menschen.

Mit Beiträgen von Hanne Seemann, Brigitte Dorst, Angelika Zegelin, Corinna Schmohl, Willi Stroband, Margot Klein, Jürgen Rieck

Harald Blonski (Hrsg.)
Hoffnung im Alter
Eine interdisziplinäre Betrachtung
ca. 192 Seiten • ca. 29,95 Euro
ISBN 978-3-86321-344-2
erscheint im Sommer 2018

Harald Blonski ist Pädagoge (M.A.), Diplom-Sozialpädagoge (FH), Diplom-Psychogerontologe Univ. (postgrad.) und Auditor für QM-Systeme. Er verfügt über langjährige Leitungserfahrung in der stationären Altenhilfe. Derzeit ist er als Lehrbeauftragter an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung NRW in Münster, als Dozent an diversen Fachseminaren im Gesundheits- und Sozialbereich sowie als Organisationsberater und Leiter von Auditteams tätig.

Ich möchte vorbestellen:

____ Expl.
Harald Blonski (Hrsg.)
„Hoffnung im Alter“
ca. 29,95 Euro
Bestellnr. 202344
(portofreie Lieferung im Inland)

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel., Fax: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____
(Freiwillige Angabe zu statistischen Zwecken)

Datum, Unterschrift: _____

Ich möchte gerne den Newsletter von Mabuse!

E-Mail: _____

Mabuse-Verlag
Postfach 90 06 47
60446 Frankfurt am Main
buchversand@mabuse-verlag.de
Tel.: 069 - 70 79 96 16
Fax: 069 - 70 41 52

Mabuse-Verlag
www.mabuse-verlag.de

GÖD
GESUNDHEITS-
GEWERKSCHAFT

WERTSCHÄTZUNG
DER PFLEGEBERUFE
statt Verunsicherung!

„Eine **Pflegelehre** mit 15 Jahren würde geltendes EU-Recht verletzen!"

Reinhard Waldhör fordert
verbesserte Rahmenbedingungen
zur **Attraktivierung** des Pflegeberufes!

www.gesundheitsgewerkschaft.at

© stock.adobe / contrastwerkstatt

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