Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Winter 2018

Art of Fake
Dr. Christoph Zulehner

Angehörigenpflege in Österreich
Mag. Robert Haslacher
Mag.ª Sabine Schrank

Wie Sie garantiert die falschen Mitarbeiter/innen finden
Prof. Dr. Uwe Kanning

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 Art of Fake
Dr. Christoph Zulehner

11 Risikomanagement für medizinische Netzwerke
Univ.-Lekt. Mag. Dr. Dr. Engelbert Mach, PhD
FH-Prof. Dipl.- Ing. Jörg Pogatscher
Harald Lepuschitz, B.Sc., M.Sc.,

15 Wie Sie garantiert die falschen Mitarbeiter/innen finden
Prof. Dr. Uwe Kanning

17 Schoolnurses - Die Chance für eine bessere Kindergesundheit in Österreich
Andrea Gundolf, M.Ed.

25 Curriculare Besonderheiten mit technischen Schwerpunkten bei der Ausbildung nichtärztlicher Gesundheitsberufe
Univ.-Lekt. Mag. Dr. Dr. Engelbert Mach, PhD

27 Der Nachtdienst in steirischen Pflegeheimen
Wolfgang Schwab, B.Sc. ,M.Sc.

33 Mit Sterben, Tod und Trauer umgehen lernen
Mag.ª Ursula Halbmayr-Kubicsek, MSc

39 Der Patient als Cyborg

41 Die helle und die dunkle Seite der DSGVO
Karin Grössing

PFLEGEGESCHICHTE

45 „Offen bleibt die Frage der geburtshilflichen Versorgung der jüdischen Bevölkerung."
Dr.in Anja Peters

RÜCKBLICK

56 Von Normalien und Anderland
Karin Eder, BSc MSc

GESUNDHEITSPOLITIK

63 Österreichische Demenz-Expertise vernetzen
FH-Prof.in Priv.Doz.in Mag.ª Dr.in Eva Mir
Univ. Prof.in Dr.in Stefanie Auer
Mag.ª Beate Czegka, MAS
Mag.ª Dr.in Petra Plunger, MPH
MMag.ª Dr.in Elisabeth Rappold
Mag.ª(FH) Dr.in Doris Gebhard

FACHWISSEN

69 Angehörigenpflege in Österreich
Mag. Robert Haslacher
Mag.ª Sabine Schrank

77 Was Kreuzfahrtschiffe mit Demenz-Pflege zu tun haben
Christoph Müller

81 Rosmarin - Das Gedächtniskraut
Mag.ª Katrin Schützenauer

89 Neuropsychiatrische Pflege
Mag. Rüdiger Bauer BSc

95 ESGENA Konferenz 2018 & die Kompetenzen der Endoskopiepflege in Österreich
Denise Schäfer

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

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) pixelaway

(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

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

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Markus Golla, BScN

Für unser Redaktionsteam war es ein großartiges Jahr. Die neue Ausgabe von „Pflegende Angehörige“ wurde von über 100.000 Personen gelesen, das neue Peer-Review Magazin „LLiG - Lehren & Lernen im Gesundheitswesen“ bricht alle Rekorde, der Wochennewsletter mit Pressemeldungen aus dem Gesundheitswesen ist jede Woche voll gefüllt mit unterschiedlichen Themen und die vier Ausgaben von Pflege Professionell bestückt mit spannenden Themen und namhaften Autor/innen.

Wir statteten Ärzte ohne Grenzen einen Besuch in Jordanien ab, besuchten eine Menge Veranstaltungen mit interessanten Inhalten und konnten über 500 Personen bei unserem eigenen Symposium begeistern. Dies motivierte uns so sehr, dass wir unseren Redaktionsevent gleich um einen zweiten Tag erweitern.

Das 4. Pflegesymposium von Pflege Professionell widmet sich dem Motto „Zeit für die Pflege“...

Prof. Christel Bienstein, Univ.Prof. Dr DDr. Körtner, Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepp, Prof. Dr. Maria Müller Staub, Dr. Berta Schrems, MMag. Dr. Elisabeth Rappold, Peter Ullmann MSc (Präsident DNAPN), Dr. Christoph Zulehner, Barbara Hahn BSc, Assoc.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Müller, MSc., PD Dr. Mag. Anna Dieplinger, Dr. Georg Psota, Dr. Michael Halmich, Mag. Gabriele Graumann, Dr. Andrea Kdolsky, Vicky De Klerk-Rubin (Tochter von Naomi Feil), Erich Schützendorf, Birgit Meinhard Schiebel, Rüdiger Bauer, Gerhard Schoßmeier u.v.m. präsentieren Ihnen Inhalte aus den Bereichen **„Berufspolitik & Handlungsfelder“, „Hauskrankenpflege“, „Pflegende Angehörige/Zugehörige“, „ANP/APN“, „Ausbildung & Sonderausbildung“** und **„Pflegemanagement“**. Zusätzlich wird es noch einige Überraschungen geben.

Durch den enormen Vorbereitungsaufwand für das neue Symposium mussten wir den zweiten Teil des „Ärzte ohne Grenzen“-Berichts in die nächste Ausgabe verlegen.

Wir wünschen Ihnen allen eine wunderbare und besinnliche Weihnachtszeit und freuen uns, Sie auch 2019 wieder als Leserschaft begrüßen zu dürfen.

Markus Golla

Herausgeber

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

Art of Fake
Die schönsten Faker-Geschichten

Zugegeben, mein ersten Buch „Make the Fake – Warum Erfolg die Täuschung braucht“ hat auch die eine oder andere ablehnende Reaktion hervorgebracht. „Betrug“ und „Lüge“ gehörten zu jenen Begriffen die hier wenigstens zitiert werden dürfen. Es waren aber auch noch andere Kaliber darunter. Durchaus von Kritikern, die das Buch gar nicht gelesen haben konnten. Es lebe das Vorurteil!

Und weil mir die Faker dieser Welt so am Herzen liegen war es mir ein ganz besonderes Anliegen Beispiele zu sammeln. Beispiele die uns Faker stärken und uns das Gefühl vermitteln zu einer Gemeinschaft zu gehören, die alles andere als etwas Böses im Schilde führt. Ganz im Gegenteil: Wahre Faker sind aufrichtig, engagiert und immer auch mit einem Augenzwinkern am Werke.

Zu meiner Überraschung hat es gar nicht so lange gedauert gutes Material zu finden. Dabei hielt die eine oder andere Geschichte, selbst für mich, ganz wunderbare Überraschungen bereit.

So sind sie entstanden: „Die schönsten Faker-Geschichten“ die im Frühjahr 2019 erscheinen werden. Es sind Geschichten aus allen Branchen. Geschichten von Frauen und Männern. Geschichten von Prominenten und Menschen wie du und ich. Als kleinen Vorgeschmack veröffentlicht PflegeProfessionell exklusiv für seine Leserinnen und Leser eine dieser Geschichten. Verbunden mit einem ganz besonderen Bonus: Die ersten zehn Einsender, die erraten um welchen Faker es sich in dieser Geschichte handelt, erhalten nach erscheinen des Buches ein signiertes Exemplar zugesandt.

Lassen Sie sich also bezaubern von einer der achtzehn Geschichten die, wenn Sie mich fragen, sogar als Weihnachtserzählung durchgehen könnte...

(C) sges

Der Perlenhändler

Gestatten Sie mir zu Beginn eine Frage: Welchen Wert messen Sie Calciumcarbonat bei? Leider können Sie mir jetzt nicht direkt antworten. Aber vielleicht erlauben Sie mir zu raten. Dann würde ich tippen: Es kommt ganz darauf an. Einmal angenommen, Sie haben kleine Kinder und fahren mit ihnen zum ersten Mal ans Meer. Am Strand entdeckt eines Ihrer Kinder die Schale einer Meeresmolluske, vulgo: eine Muschel. Es ist eine besonders schöne, außen grau-weiß gestreifte und innen silbrig schimmernde Muschel. Ihr Sprössling hebt sie auf und bestaunt nicht nur deren Farbe und Form, sondern fühlt auch sogleich das einzigartig feine Material in der kleinen Hand. Mit leuchtenden Augen und vor Staunen geöffnetem Mund rennt der oder die Kleine zu Ihnen, um den Fund zu präsentieren. Im Wesentlichen handelt es sich bei so einer Molluskenhülle um Calciumcarbonat. Doch um so etwas zu lernen, haben Ihre Kinder ja noch viel Zeit.

Als liebevolle Eltern bewundern Sie die Muschel natürlich ausgiebig. Sie versichern, dass diese schöne Muschel selbstverständlich mit nach Hause darf. Sie wird im Kinderzimmer einen Ehrenplatz bekommen. Erst als Ihre Kinder wissen wollen, was diese Muschel wohl wert sei, kommen Sie in Verlegenheit. Sie sind pädagogisch up to date und wollen Ihren Kindern keine Märchen erzählen. Deshalb suchen Sie nach einer einfühlsamen Erklärung für die Tatsache, dass dieses Stück Calciumcarbonat so gut wie nichts wert ist. Solche Muscheln gibt es an Europas Stränden zu Millionen. Während Sie noch nach einer Erklärung suchen, denken Sie vielleicht: Dass so etwas Schönes wie diese Muschel praktisch wertlos ist, kann ein kleines Kind noch nicht verstehen.

Am frühen Abend machen Sie mit der ganzen Familie einen Spaziergang durch den Badeort, in dem Sie sich einquartiert haben. Vor dem Schaufenster eines Juweliers bleiben Sie fasziniert stehen. In der Auslage findet sich ein Paar Ohrringe mit leuchtend weißen Perlen. Auf dem Preisschild steht neben einer netten Summe der Hinweis: „Echte Perlen, keine Zucht.“ Jetzt haben Sie die leuchtenden Kinderaugen – und Ihre Kinder können gar nicht verstehen, was mit Ihnen los ist. Was soll an einer weißlichen Minikugel, die man durch die Scheibe nicht mal anfassen kann, so begeisternd sein? Eine durchaus berechtigte Frage! Denn auch hier handelt es sich lediglich um ein Stück Calciumcarbonat. Genau wie bei der Muschel vom Strand. Für Perlen sind Menschen jedoch mitunter bereit, ein ganzes Monatsgehalt hinzublättern. Während Sie also angestrengt nach einer Erklärung suchen, denken Sie vielleicht: Dass so eine winzige Kugel dermaßen teuer ist, kann ein kleines Kind noch nicht verstehen.

Perlen: Die ersten 7.500 Jahre

Am Valentinstag 1969 bekam Hollywoodstar Elizabeth Taylor von ihrem damaligen Ehemann Richard Burton eine außergewöhnlich große und berühmte Perle geschenkt. Burton hatte sie beim Auktionshaus Sotheby's für 37.000 US-Dollar ersteigert. Nach heutiger Kaufkraft sind das mehr als 250.000 Dollar. Die Filmdiva brachte die weiß schimmernde Perle zu Cartier und ließ sie in ein Collier mit Rubinen und Diamanten einarbeiten. Über das Ergebnis soll sie so begeistert gewesen sein, dass sie in ihrer Villa einen Freudentanz aufführte. Das ist doch erstaunlich, wenn man bedenkt, dass es sich bei einer Perle letztlich um nichts als eine unerwünschte Ablagerung im Inneren von Meeresgetier handelt. Kalkablagerungen in unseren Badezimmern rücken wir mit Essigreiniger zu Leibe. Bei der Perle scheinen sich die Weltkulturen dagegen einig zu sein, dass es sich um eines der wertvollsten Geschenke der Natur an die Menschheit handelt.

Auf der arabischen Halbinsel haben französische Archäologen jüngst eine Perle ausgegraben, die bereits um 5500 vor unserer Zeitrechnung als Schmuck gedient haben soll. Die erste schriftliche Erwähnung von Perlen datiert etwa zweieinhalbtausend Jahre später und stammt aus einem chinesischen Geschichtsbuch. Danach erhielt ein gewisser König Yu Perlen vom Fluss Huai als Tribut. Was der König mit den kleinen runden und eigentlich nutzlosen Kügelchen anstellte, wird in dem Text nicht erwähnt. Vielleicht war es ja selbsterklärend. In Ozeanien scheint die Perle jedenfalls seit Menschengedenken als Schmuck gedient zu haben. Im alten Indien und Persien war sie als Zierde nicht weniger begehrt. Reliefs und Portraits zeigen Könige und Königinnen, Prinzen und Prinzessinnen mit Perlen geschmückt wie Christbäume mit Lametta. Den ersten regelrechten Hype um die Perle gab es dann im alten Rom.

Im europäischen Mittelalter prunkte die Kirche mit sündhaft teuren Perlen an Kelchen und Monstranzen, während sie in ihren Predigten die Armut pries. Die Fürsten zur Zeit des Absolutismus stellten ihre Perlen dann mehr in eigener Sache zur Schau. Der Geldadel des aufkommenden Industriekapitalismus machte das dem echten Adel nach. Im 20. Jahrhundert gerieten Perlen schließlich in die Hände ganz normaler reicher Leute. Jetzt schlug die große Stunde der Händler und Juweliere. Perlen wurden zu einem Konsumgut für den gehobenen Massengeschmack. Dazu trug wesentlich bei, dass die Japaner in den 1920er-Jahren die Perlenzucht perfektioniert hatten. Neben der sehr seltenen, ohne menschliche Einwirkung entstandenen Perle gibt es seitdem die Zuchtperle.

Als Liz Taylor von Richard Burton ihren Wuchtklunker überreicht bekam, war die Perle in den USA bereits allgegenwärtig. So sehr, dass die weiße Perlenkette langsam aber sicher in die Nähe der Spießigkeit rückte. Höchste Zeit für etwas Neues, dachte sich da ein New Yorker Geschäftsmann. Er hatte auf Reisen in der Südsee tief dunkle, anthrazitfarben schimmernde Perlen entdeckt, sogenannte schwarze Tahiti-Perlen. Die Einheimischen verwendeten sie schon seit Jahrhunderten als Schmuck. Fasziniert von der Schönheit dieser Perlen wollte er sie in den USA verkaufen. Er reiste immer wieder in die Südsee und nahm sich Jahre Zeit, um eine Zucht schwarzer Perlen zu organisieren. Dann klapperte er mit Kostproben der schwarzen Perle die New Yorker Juweliergeschäfte ab – und stieß nirgendwo auf das geringste Interesse. Amerikanerinnen wollten nur weiße Perlen, hieß es. Seine schwarze Perle wurde nur ausgelacht. Warum es wohl Perlweiß heiße und nicht Perlschwarz, bekam er zu hören. Was für ein Spinner!

Berufliche Veränderung durch Zufall

Damit wird es endgültig kompliziert. Es ist ja schon schwierig genug, Ihren Kindern zu erklären, warum Calciumcarbonat als wunderschöne Muschel wertlos sein soll, als kleine Kugel aus dem Inneren einer Meeresmolluske jedoch den Wert einer Doppelhaushälfte haben kann. Aber erklären Sie einmal einem Vierjährigen, warum das früher in Amerika nur für weiße Perlen galt und nicht für die so herrlich in allen Schattierungen von Grau bis Schwarz schimmernden Exemplare. Die amerikanischen Juweliere der Sechzigerjahre nannten die grauen und schwarzen Perlen allen Ernstes „junk pearls“: Müll, Schrott, Ausschuss. Dass es bei diesem Urteil nicht blieb, lag einem klugen Geschäftsmann und seiner Idee. Er gab nämlich nicht auf! Mit einem Fake verhalf er der schwarzen Perle zum Durchbruch auf dem amerikanischen Schmuckmarkt.

Am besten, ich erzähle Ihnen jetzt die ganze Geschichte dieses Perlenhändlers und Fakers. Sie enthält nämlich auch einige interessante Hinweise darauf, was Calciumcarbonat – und überhaupt jeden Stoff, jede Substanz, jedes

Produkt und jeden Gegenstand – in den Köpfen von Menschen wertvoll oder wertlos erscheinen lässt. Doch beginnen wir am Anfang: Der Geschäftsmann hatte es in der Südsee ursprünglich gar nicht auf Perlen abgesehen, sondern wollte Uhren verkaufen. Wie so manch andere spätere Businessgröße machte sich auch er als kleiner Händler selbstständig. Es tobte der Zweiten Weltkrieg und das US-Militär war ein Großabnehmer aller möglichen Produkte. Er fand eine Nische, indem er die Soldaten im Pazifik mit wasserdichten Armbanduhren versorgte. Das Geschäft brummte. So lernte er während weniger Jahre fast die gesamte Südsee kennen, denn überall waren amerikanische Truppen stationiert. Der Geschäftsmann kaufte die Uhren in großen Mengen günstig ein und brachte sie mit satter Marge an die kämpfende Truppe.

Mit Kriegsende brach dieser Markt zusammen. So hatte er dummerweise noch massenhaft Uhren auf Lager. Auf der Suche nach neuen Kundenkreisen stieß er in seinem pazifischen Absatzgebiet auf diverse Japaner. Diese waren zwar scharf auf seine Uhren, konnten sie so kurz nach der Niederlage ihres Landes jedoch nicht in Dollar bezahlen. So boten sie Perlen als Bezahlung an. Durch diesen Zufall wurde er vom Uhrenhändler zum Perlenhändler – denn schließlich musste er die Perlen, mit denen seine japanischen Kunden gezahlt hatten, in den USA wieder zu Dollar machen. Nach einiger Zeit kam er auf den Geschmack, und das sowohl ästhetisch als auch geschäftlich: Er begann sich für Perlen zu begeistern – und merkte, dass sich dieses Naturprodukt der Südsee in den USA teuer verkaufen ließ.
Irgendwann fragte sich der frisch gebackene Perlenhändler, warum schwarze Perlen eigentlich nur auf Tahiti als Schmuck getragen wurden. Er sah in ihnen etwas ganz Besonderes – und ahnte als Quereinsteiger in sein Business eben noch nicht, dass die Juweliere in den heimischen USA darin „junk“ erkennen wollten. Rückblickend lässt sich sagen: Er hatte eine andere Perspektive: Er sah eine Seltenheit, wo andere einen Makel sahen. Er ließ den Gedanken an „Schrott“ gar nicht erst zu. Vielleicht hatte er ja sogar schon eine Marketingstory im Kopf, in der Tahiti eine gewisse Rolle spielte. Immerhin handelt es sich um einen alten Sehnsuchtsort des Westens, man denke nur an die Gemälde von Paul Gauguin. Eigentlich stimmte damit ja alles: Er hatte eine seltene Kostbarkeit zu bieten, die noch dazu aus einem exotischen Paradies stammte. Warum scheiterte er trotzdem so kläglich beim ersten Versuch, die schwarze Perle in den USA zu verkaufen?

Werte sind reine Glaubenssache

Das ursprüngliche Desinteresse der amerikanischen Juweliere an der schwarzen Perle ist gar nicht so leicht zu erklären. Der Geschäftsmann war nämlich keineswegs der Erste, der dem Westen mit schwarzen Perlen

(C) JWS

kam. Bereits der europäische Hochadel des 19. Jahrhunderts liebte dunkle Perlen. Insbesondere die russischen Blaublüter rissen sich um die schwarze Tahiti-Perle. Im 20. Jahrhundert kam die Farbe Schwarz beim Perlenschmuck dann aber wieder aus der Mode. Und damit wären wir bei einem Schlüsselbegriff für das Verständnis der Zusammenhänge: Mode. Wenn zunächst niemand seine Perlen haben wollte, dann lag das schlicht daran, dass sie nicht in Mode waren. Früher haben Ökonomen versucht, Werte mit dem subjektiven Nutzen einer Sache für ein Individuum zu erklären: Was mir persönlich nützlich ist, das hat für mich einen Wert. Wobei Repräsentation oder Distinktion selbstverständlich auch ein Nutzen sein kann. In jüngerer Zeit betonen die Sozialwissenschaften mehr den narrativen Charakter von Wirtschaft, wie von Gesellschaft überhaupt. Was wir als wertvoll, gut und richtig empfinden, hängt davon ab, an welche Geschichten wir glauben. Wenn jemand glaubt, dass ein bestimmter Stein magische Kräfte hat, dann wird er anders damit umgehen, als wenn er ihn für ein schnödes Stück Mineral hält. Und wer überzeugt ist, dass ein bestimmtes schwarzes Notizbuch das berühmte von Hemingway und Chatwin ist, der wird möglicherweise mehr dafür bezahlen als für einen stinknormalen Block. Je vollständiger unsere Grundbedürfnisse befriedigt sind und je größer der Überfluss, in dem wir leben, desto mehr können wir es uns erlauben, uns eitlen Moden hinzugeben. Werte existieren ohnehin nur in unseren Köpfen. Sie sind abhängig davon, an welche Geschichte wir jeweils glauben.

Das wusste auch unser Perlenhändler – vielleicht nicht in der Theorie, aber doch in der praktischen Konsequenz. Ihm war klar, dass er einen Weg finden musste, um die schwarze Perle in Mode zu bringen. Was die Juweliere nicht glauben wollten, sollten dann eben gleich die Kundinnen glauben: Die schwarze Perle ist etwas ganz Seltenes und Besonderes! Wer sich abheben will, der trägt jetzt Schwarz – Weiß ist out! Er heuerte einen Fotografen an, der schwarze Perlen inmitten von Diamanten, Rubinen und anderen kostbaren Edelsteinen fotografierte. Sie waren eingefasst in Gold, Silber oder Platin. Dann buchte er ganzseitige Anzeigen in führenden Modemagazinen und verwendete dafür die Fotos. Der vielleicht entscheidende Trick dabei war die Selbstverständlichkeit, mit der sich schwarze Perlen da unter teuerstem Schmuck fanden. Gleichzeitig gelang es ihm, einen der angesehenen New Yorker Juweliere zu überreden, schwarze Perlen in seinem Schaufenster zu präsentieren. Und zwar zu einem viel höheren Preis als weiße Perlen.

Der Fake funktionierte! Es dauerte nicht lange, da fragten reiche Amerikanerinnen ihre verblüfften Stammjuweliere nach schwarzen Perlen. Nachdem die Juweliere sich vom ersten Schrecken erholt hatten, fanden sie heraus, wo sie schwarze Perlen bekommen konnten: bei ihm – und nur bei ihm. Der Mann, der den Bedarf geweckt hatte, war auch der einzige, der ihn decken konnte. Er beherrschte den größten Teil der Wertschöpfungskette, denn ihm gehörten auch die Zuchtfarmen! Bald rissen sich wohlhabende Kundinnen in ganz Amerika um Ohrringe und Ketten mit schwarzen Perlen. Die Luxusjuweliere Tiffany und Cartier nahmen sie in ihr Angebot auf. Stars wie Audrey Hepburn zeigten sich mit schwarzen Perlenketten. Das war Anfang der Siebzigerjahre. Als er im April 2011 im Alter von 88 Jahren starb, widmete ihm die New York Times einen ausführlichen Nachruf. Da galt er längst als einer der berühmtesten Perlenhändler der Welt. Und seinen Durchbruch verdankte er einem ganz außergewöhnlichen Fake.

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

ART OF FAKE

CHRISTOPH ZULEHNER

DIE SCHÖNSTEN FAKER-GESCHICHTEN

Ab Frühjahr 2019 im Buchhandel

Risikomanagement für medizinische Netzwerke

Die Notwendigkeit der Entwicklung von IT-Netzwerkinfrastrukturen in Krankenhäusern/Kliniken

Die Komplexität von Medizinprodukten hat in den letzten Jahren sowohl innerhalb, als auch außerhalb der Gesundheitseinrichtungen durch steigende Anforderungen an Interoperabilität und Flexibilität dramatisch zugenommen. Daher erscheint es dringend notwendig, sich mit dieser Thematik näher auseinanderzusetzen. Insbesondere stellt das Zusammenwirken mehrerer, unter Umständen von verschiedenen Herstellern stammenden Medizinprodukte, Betreiber von Gesundheitseinrichtungen mitunter vor große Herausforderungen. Besondere Anforderungen werden hierbei an IT-Abteilungen gestellt. Dabei müssen sich Gesundheitseinrichtungen einerseits dem allgegenwärtigen Kostendruck fügen, andererseits wachsen steigernde Anforderungen durch das Vorhandensein unterschiedlicher proprietärer Lösungen.

Um im klinischen Alltag Medizinprodukte, die nicht bereits schon durch ihre Zweckbestimmung für den interoperablen IT-Netzwerkbetrieb zugelassen sind, in ein übergreifendes IT-Netzwerk zu integrieren, werden oft improvisierte Anpassungen von BetreiberInnen in Eigenverantwortlichkeit realisiert. Derartige Anwendungen außerhalb des bestimmungsgemäßen Gebrauchs machen jedoch oft die vom Hersteller erklärte Richtlinienkonformität ungültig. Die beteiligten Produkte können somit ihre CE-Zulassung verlieren, womit der Betreiber zum Alleinverantwortlichen für die auftretenden Risiken wird, oftmals, ohne sich dessen bewusst zu sein. Innerhalb und außerhalb der Gesundheitseinrichtungen entstehen durch diese beschriebene mangelnde Modularität der vernetzbaren Medizinprodukte entsprechende Abhängigkeiten, die ökonomisch nachteilig sind und zum Auftreten vermeidbarer Risiken führen.

Grundlage dieser Gedanken basiert auf der Philosophie der IEC80001-1 und richtet sich an jene Akteure (Betreiber, Dienstleister, Hersteller), die auf einer gemeinsamen standardisierten Basis, Verantwortlichkeiten für die Integration von Medizinprodukten in IT-Netzwerke zur Anwendung im Funktionsbereiche innerhalb eines Krankenhauses vereinbaren wollen. Dem Betreiber solcher IT-Netze wird empfohlen, eine verantwortliche Person als „Medical IT-Risk-Manager“ zu benennen. Diese Person sollte entsprechend der Zweckbestimmung ein Netzwerkteam aus den Bereichen Medizintechnik, Informationstechnik und Anwender aufbauen.

Was bringt die Norm für klinische Gesundheitseinrichtungen bzw. welchen Nutzen hat die Gesundheitseinrichtung durch diese Norm?

Durch die Anwendung der Norm erhöht das Krankenhaus die Transparenz seines IT-Netzwerkes, das durch die Einbindung von Medizinprodukten zu einem medizinischen IT-Netzwerk wird. Die Norm beschreibt ein Lebenszyklus-Modell für ein medizinisches IT-Netzwerk und hilft so, mögliche Risiken bei der Einbindung von Medizinprodukten frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren. Dadurch trägt ihre Umsetzung wesentlich zu dem möglichst sicheren Betrieb des medizinischen Netzwerkes während der gesamten Lebensdauer des Netzwerks und der angeschlossenen Medizinprodukte bei. Eine höhere Qualität, senkt in weiterer Folge die Kosten.

An wen ist die IEC 80001-1 adressiert?

Die IEC 80001-1 richtet sich mit heutigem Stand vorwiegend an Krankenhäuser (Betreiber, Anwender), bindet aber auch Hersteller von Medizinprodukten und Anbieter von IT-Produkten in den Risikomanagementprozess mit ein. Der Begriff IT-Produkte ist hierbei nicht auf die Hardware beschränkt. Dies können auch Softwarelösungen im Gesundheitswesen sein, die selbst nicht unter das Medizinproduktgesetz fallen.

Müssen Medizinproduktehersteller die IEC 80001-1 erfüllen, bevor sie ihre Medizinprodukte in den Markt bringen zu dürfen? Nein, die IEC 80001-1 richtet sich nicht an Medizinproduktehersteller, sondern an die Betreiber eines medizinischen IT-Netzwerkes. Sie geht davon aus, dass die Medizinprodukte, die in das IT-Netzwerk integriert werden sollen, bereits ordnungsgemäß in Verkehr gebracht worden sind.

Welche Kernziele verfolgt die IEC 80001-1?

Die IEC 80001-1 gibt Hilfestellung, wie die “wesentlichen Eigenschaften”

- Sicherheit (für Patienten, Anwender und dritte Personen)
- Wirksamkeit medizinischer Prozesse
- Daten – und Systemsicherheit

eines medizinischen IT-Netzwerks sichergestellt werden können, um so dem Gesundheitsdienstleister die zuverlässige Erbringung der Gesundheitsdienstleistung zu ermöglichen.

Warum wurde, die IEC 80001-1 als reiner Prozess-Standard definiert?

Um die Anwendung der IEC 80001-1 für eine Vielzahl von Betreibern (Healthcare Delivery Organizations) und für verschiedene Kommunikationstechnologien zu ermöglichen hat sich die IEC 80001-1 dafür den prozessualen Ansatz entschieden. Nach IEC 80001-1 kann durch den reinen Prozess-Charakter (technologieunabhängig) die Norm für einen größeren Zeitraum (z.B. 5 Jahre) ohne Änderungsbedarf gültig bleiben.

Welche zusätzlichen Dokumente werden neben der IEC 80001-1 benötigt?

Nachdem die IEC 80001-1 sich auf die Beschreibung der Aufga-

ben, Verantwortlichkeiten und Aktivitäten beschränkt, werden dafür keine weiteren Dokumente benötigt. In der tatsächlichen Implementierung im Allgemeinen aber auch in speziellen Umgebungen sind die Details in der Reihe IEC 80001-2-x dargestellt. Somit hat die Normengruppe IEC 80001 den gleichen systematischen Aufbau wie das Regelwerk der EN 60601 und wird im Hinblick auf spezielle Umgebungen und bei Nutzung besonderer Technologien erweitert. Dadurch stehen zusätzliche Dokumente, wie z.B. Checklisten und Erfahrungsberichte zur Verfügung.

Welcher Zusammenhang besteht zwischen der IEC 80001-1 und der IEC/EN 60601-1?

Die IEC 80001-1 richtet sich in erster Linie an medizinische IT-Netzwerke und deren Betreiber. Die IEC 60601-1:2005 richtet sich an Hersteller medizinischer elektrischer Geräte und ist unter der Medizingeräterichtlinie 93/42/EWG aber auch unter der neuen Medical Device Directive 2017/745 gelistet.

Die Hauptaufgabe der IEC/EN 60601-1 ist die konstruktive Gewährleistung eines sicheren Medizinproduktes und die dazu erforderlichen aufwändigen und somit langwierigen Prüfungen vor dem Inverkehrbringen. Diese Tatsache erklärt auch die Schwierigkeiten, die sich aus der Abänderung eines Medizinproduktes ergeben. Im Vergleich dazu betrachtet die IEC 80001-1 das Risikomanagement über den gesamten Lebenszyklus, sodass die Tatsache, dass es sich bei IT Netzwerken um hoch komplexe und dynamische Prozesse handelt, dazu führt, dass das Netzwerk in regelmäßigen Abständen betrachtet werden muss. Zur Sicherstellung dieses Erfordernisses wird in der Norm der MED-IT-Risikomanager definiert, der die Durchführung des Risikomanagement-Prozesses verantwortlich ist. Somit stellt die Funktion eine zentrale Rolle in dem Prozess dar, die ihre Aufgaben nur durch regelmäßigen Informationsaustauch und somit einer ganzheitlichen Betrachtung mit allen beteiligten externen und internen Personen erfüllen kann. Intraklinisch haben dabei neben den offensichtlichen medizintechnischen, technischen Abteilungen und der IT Abteilung die AnwenderInnen eine große Bedeutung, da erst mit einem korrekten NutzerInnenverhalten die Einhaltung der Sicherheitsstandards gewährleistet werden kann. Offensichtliche Beispiele dafür sind Usernamen und Passwörter, die auf den Monitoren notiert sind, oder ungeschützte und unbeaufsichtigte Geräte bei Visiten.

Zusammenfassung

Die IEC 80001-1 ist eine Norm, welche Empfehlungen für einen Risikomanagementprozess in Medizinischen IT-Netzwerken (MIT) mit angeschlossenen Medizinprodukten geben soll. Ziel dieser Empfehlung ist der Aufbau und Betrieb von stabilen und sicheren IT-Netzwerken in Gesundheitseinrichtungen. Eben diese Empfehlungen richten sich vor allem an Betreiber dieser Einrichtungen, weisen Verantwortlichkeiten innerhalb einer Funktionseinheit zu und geben deren Interaktion

(C) puhhha

vor. Eine zentrale Rolle in diesem Zusammenhang nimmt ein MIT Risiko-Manager ein, der seitens einer verantwortlicher Stelle einer Gesundheitseirichtung (z.B.: Geschäftsführung) beauftragt wird und die Anstrengungen in Richtung Risikomanagement entwickeln soll/muss.

Auf diese Art wird Wissen, welches oft nur an dezentralen Stellen vorhanden ist, gesammelt und in der zentralen Risikomanagement-Akte dokumentiert. Jedes gefundene Bedrohungsszenario kann daher analysiert und nach seiner Wahrscheinlichkeit und deren eingeschätzten Folgen bewertet werden. Im Anschluss daran wird festgelegt, ob ein bestehendes Restrisiko ggf. tragbar ist und/oder welche Gegenmaßnahmen umgesetzt werden sollen/müssen. Der Dialog, der während des Informationsaustausches entsteht, nützt allen Akteuren und trägt maßgeblich dazu bei, Medizinische IT-Netzwerke stabiler und sicherer zu betreiben. Die Umsetzung dieser Norm erfordert einen entsprechenden Mehraufwand an Personal und Dokumentation. Ein stabiles und sicheres Netzwerk stellt die Basis für reibungslosen Routinebetrieb, aber insbesondere auch für Innovation im Bereich der vernetzten Medizingeräte dar. Die IEC 80001-1 fordert alle Beteiligten zur Kommunikation auf und bietet so eine Chance, aus einer Kooperation heraus die besten Entscheidungen im Sinne der verantwortlichen Organisation zu treffen.

Autor

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

Autor

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

Autor

Ing. Harald Lepuschitz B.Sc. M.Sc
Primäre Ausbildung als Wirtschaftsingenieur (HTL). Studium Clinical Engineering, sowie weiterführendes Masterstudium mit Schwerpunkt Technisches Management an der FH-Campus Wien. Berufliche Expertise im Bereich Betriebsführung, Facility Management und Infrastrukturservices für Industrieanlagen und Anlagen in Gesundheitseinrichtungen. Seit November 2017 Teil des Teams der Forschungsgruppe im High-Tech-Operationssaal mit angrenzender Intensivstation (OPIC) am FH-Standort in Wien-Favoriten als wissenschaftlicher Mitarbeiter.

(C) Gina Sanders

Wie Sie garantiert die falschen Mitarbeiter/innen finden

Die richtige Personalauswahl gehört auch im Pflegebereich zu den wichtigsten Investitionen in die Leistungsfähigkeit einer jeden Organisation. Seit mehr als 50 Jahren gibt es in der Psychologie Forschung zu der Frage, mit welchen Methoden sich die Eignung von Bewerberinnen und Bewerbern am besten feststellen lässt. Jährlich erscheinen mehr als 700 wissenschaftliche Publikationen rund um das Thema Personalauswahl. Ein Blick in die Praxis zeigt allerdings, dass so gut wie nichts von diesen Erkenntnissen umgesetzt wird. Fast könnte man den Eindruck gewinnen, als würden die Verantwortlichen es darauf anlegen absichtlich die falschen Personen einzustellen. Und das sieht dann ungefähr so aus:

1. Fehlende Anforderungsanalyse

Im Vorfeld der Auswahl wird nicht sorgfältig analysiert, welche fachlichen, persönlichen und sozialen Kompetenzen zukünftige OP-Schwestern, Stationsleitungen oder Mitglieder der Pflegedirektion im Detail aufweisen müssen. Vielmehr gibt man sich mit einigen Worthülsen wie „Führungskompetenz“, „Belastbarkeit“ oder „Teamfähigkeit“ zufrieden und hofft darauf, dass sich geeignete Personen irgendwie von allein zu erkennen gäben.

2. Dysfunktionales Personalmarketing

Bei den Stellenausschreibungen verfolgen die Verantwortlichen das Ziel möglichst viele Menschen anzusprechen, auf dass der Bewerberpool schön groß werden möge. Dies erreicht man am einfachsten, indem die Vorzüge des Arbeitgebers übertrieben positiv dargestellt werden und man gleichzeitig nur sehr geringe Anforderungen an die Eignung der Kandidaten/innen formuliert. Dahinter steht die Logik, dass große Bewerbergruppen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, hierin geeignete Personen zu finden. Leider ist aber die Größe der Bewerbergruppe viel weniger entscheidend als ihre Zusammensetzung. Wenn unter 10 Bewerbungen 3 Personen geeignet sind, dann ist dies viel besser, als wenn sich unter 20 Personen 4 Geeignete befinden. Im ersten Fall beträgt die Wahrscheinlichkeit per Zufall geeignete Personen zu finden 33 %, im zweiten Fall nur 20 %. Die Aufgabe der Personalauswahl eine geeignete Person zu identifizieren ist im zweiten Fall also deutlich herausfordernder als im ersten. Unprofessionelles

Personalmarketing schaut nur auf die Menge der Bewerbungen und schadet damit dem gesamten Auswahlverfahren.

3. Sichtung von Bewerbungsunterlagen nach Großvätersitte

Die meisten Unternehmen achten bei der Sichtung von Bewerbungsunterlagen seit Jahrzehnten auf die immer gleichen Kriterien. Tippfehler im Anschreiben deuten sie als Hinweis auf mangelnde Gewissenhaftigkeit. Lücken im Lebenslauf werden als Ausdruck einer zu geringen Zielstrebigkeit und Selbstkontrolle interpretiert. Menschen, die Teamsportarten betreiben, erscheinen ihnen als besonders sozial kompetent u.v.m.. Die Forschung zeigt, dass keine dieser klassischen Deutungen zutreffend ist. De facto verraten Bewerbungsunterlagen so gut wie nichts über die Persönlichkeit eines Menschen, sondern eher etwas über die fachliche und intellektuelle Eignung.

4. Vorstellungsgespräch statt Einstellungsinterviews

Seit Jahrzehnten zeigt die Forschung, dass Einstellungsinterviews vor allem dann die berufliche Leistung eines Menschen gut prognostizieren können, wenn die Verantwortlichen mit hoch strukturierten Interviewleitfäden arbeiten: Zu jeder interessierenden Kompetenz werden mehrere Fragen formuliert. Zu jeder Frage existiert ein Punkteraster zur Bewertung der Antworten. Die Bewertung erfolgt durch mindestens zwei Personen unabhängig voneinander. Die Alltagspraxis des Interviews sieht jedoch völlig anderes aus. Wie vor 50 Jahren kommen sinnlose Standardfragen zum Einsatz (Was sind ihre Stärken? Wie würde ihre Führungskraft Sie beschreiben? Warum soll ich Sie einstellen?), die bei jedem einzelnen Bewerber mit individuellen Fragen kombiniert werden, die sich der Interviewer im Laufe des Gesprächs selbst ausdenkt. Nach dem Gespräch entscheidet das Bauchgefühl, wer die Stelle bekommt.

5. Blindes Vertrauen im Hinblick auf die eigene Menschenkenntnis

Ein wichtiger Grund, warum sich die Verantwortlichen nicht an Forschungsergebnissen orientieren, ist neben der mangelnden Kenntnis der Befunde das grenzenlose Vertrauen in die eigene Urteilsbildung. Man vertraut darauf, gute Leute irgendwie aus dem Bauch heraus identifizieren zu können. Seit gut hundert Jahren zeigt die Forschung in der Psychologie jedoch, dass die menschliche Urteilsbildung in sehr hohem Maße fehlerbehaftet ist. Je mehr man sich auf seine vermeintliche Menschkenntnis verlässt, desto größer ist die Gefahr für systematische Fehlentscheidungen: Gut aussehende Bewerber/innen werden systematisch überschätzt. Große, kräftige Personen erscheinen führungsstärker als kleine und zarte. Übergewichtige Menschen erleben wir als weniger leistungsorientiert und solche, die mit einem ungewohnten Akzent sprechen, haben von vornherein schlechte Karten. Leider verschwinden solche systematischen Fehler der Personenbeurteilung keineswegs mit zunehmender Erfahrung, denn lernen kann nur, wer seine eigenen Fehler als solche erkennt.

Wer solchen und vielen, vielen weiteren Fehlern der Personalauswahl nicht erliegen will, der muss alte Zöpfe abschneiden, kritisch mit der eigenen Urteilsbildung ins Gericht geben und sich vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse professionelles Know-how aneignen.

Autor

Prof. Dr. Uwe P. Kanning

Dipl.-Psych., Professor für Wirtschaftspsychologie an der Hochschule Osnabrück. Autor und Herausgeber von 30 Fachbüchern und Testverfahren. Träger zahlreicher Auszeichnungen, zuletzt 2016 „Professor des Jahres“ (Unicum Beruf), 2017 „vierzig führende HR Köpfe“ (Personalmagazin). Arbeitsschwerpunkte: Personaldiagnostik und fragwürdige Methoden der Personalarbeit.
http://www.hs-osnabrueck.de/prof-dr-uwe-p-kanning

(C) fotogestoeber

Die grundlegende Idee von Schulgesundheitspflege im internationalen und europäischen Raum ist es, den Gesundheitszustand von Schülerinnen und Schüler nachhaltig zu bewahren und fördern. Mit der Integrierung von Schoolnurses werden nicht nur Schulkinder unterstützt, sondern auch ihr soziales Umfeld. Langfristig lassen sich damit Gesundheitsausgaben reduzieren. Die Zunahme chronisch kranker Kinder im österreichischen Schulsystem sowie Inklusion, Migration und Vulnerabilität, lassen besonders im Hinblick auf das Ganztagsschulsystem bzw. der Zusammenlegung von Schulstandorten zu Bildungscluster einen Bedarf an Gesundheitsexpertinnen und -experten in Form von Schoolnurses aufkommen.

Schoolnurses

Die Chance für eine bessere Kindergesundheit in Österreich

Derzeit leiden von insgesamt 1,2 Millionen Schulkinder in Österreich ca. 190.000 an einer chronischen Erkrankung. Dazu zählen z. B. Asthma bronchiale, Diabetes, Epilepsie, Rheuma juvenile, Mukoviszidose, das Adrenogenitale Syndrom und Krebs. Anstelle von Unterstützung erfahren Kinder und Jugendliche in der Schule oftmals Diskriminierung. Sie erhalten keine Gelegenheit in Schulen aufgenommen zu werden oder sind von Veranstaltungen ausgeschlossen (Martin 2015: o. S.).

Expertinnen- und Expertengruppen kritisieren die derzeitige Situation in Österreichs Schulen. Sie befürworten eine Integrierung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (DGKP) als positive Entwicklungsmöglichkeit (Damm, Hutter 2012: 82f).

Lehrerinnen bzw. Lehrer erkennen ein Zuständigkeitsproblem in Bezug auf die medizinisch-pflegerische Versorgung von Kindern und stehen vor der Frage, welche Person für die Insulinverabreichung eines Kindes mit Diabetes in der Schule zuständig und verantwortlich ist (Hopfinger 2017: o. S.).

Bildung, Armut und Gesundheit sind nicht nur eng miteinander verknüpft, sondern beeinflussen zu einem hohen Maß das spätere Leben der heranwachsenden Kinder. Chronische, oft lebenslang

beeinträchtigende Krankheiten im Erwachsenenalter, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, jedoch auch andere organische Störungen und psychosoziale Beeinträchtigungen, haben meist ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter (Hurrelmann 1994: 1-29).

Das Setting Schule und insbesondere die schulische Ganztagsbetreuung haben das Potential, wichtige Gesundheitsdeterminanten und damit in weiterer Folge Gesundheit und Wohlbefinden der Lernenden positiv zu beeinflussen, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind (Spath-Dreyer et al. 2013: 3).

In Bildungseinrichtungen wird ein Großteil der Bevölkerung über viele Jahre hinweg erreicht. Die Bedeutung der Schule besteht außerdem, da in diesem Bereich Gesundheitsbildung umgesetzt werden kann und Wissen bzw. Verhaltensweisen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit bereits im Kindesalter gelernt werden können (Naidoo, Wills, 2003: 279).

Schulen sind soziale Orte, die bei einer entsprechenden Ausstattung und optimalen Rahmenbedingungen zur Verbesserung der psychischen Widerstandsfähigkeit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien beitragen können. Insbesondere in schwierigen sozialen Lebenssituationen kann hier Unterstützung und Förderung erfolgen. Im Bereich Schule besteht aufgrund der bereits vorliegenden Strukturen die Möglichkeit, Gesundheitsförderung zu implementieren und ein gesundes Heranwachsen der Kinder zu fördern bzw. Armut entgegenzusteuern (Greene et al. 2013: 16). Im österreichischen Schulsystem finden bereits Angebote an Gesundheitsförderung und Prävention statt. Diese Maßnahmen sind jedoch unzureichend, da sie erforderliche Bedarfe übersehen bzw. zu wenig zielgerichtet stattfinden (Altgeld 2011: 56-59).

Den Bedarf von Schoolnurses erkannten auch die politisch entscheidungstragenden Personen in Österreich. In der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) vom Jahr 2016 wurden für die neuerdings akademisierte Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) neue Kompetenzbereiche geschaffen. Unter anderem umfasst ein Teil der pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege z.B. die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung. In der Gesetzesnovelle 2016 ist neben der Familiengesundheitspflege auch die Schulgesundheitspflege als neuer Aufgabenbereich für DGKP verankert.

Eine Bedarfserhebung bzgl. Schoolnurses in Kärntens (Ö) Primarschulwesen in den Jahren 2016/2017 hatte zum Ziel, die Notwendigkeit einer Integrierung der Berufsgruppe in Kärntens Primarschulsystem zu erheben. Ergebnis der Recherchen ist, dass Expertinnen und Experten den Einsatz von Schoolnurses in Kärntens Primarschulen befürworten (Gundolf 2017: 104ff). Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte mittels der Schneeballmethode. Die Auswertung erfolgte nach Mayring und Fenzl (2014: 543-548).

Schoolnurses International und in Europa

Die Berufsgruppe der Schulgesundheitspflegerinnen und -pfleger, in Europa und International oft als Schoolnurses (m/w) bezeichnet, ist in den meisten Ländern Europas seit Jahrzehnten für Gesundheitsbelange im multiprofessionellen Team in der Schule sowie in Gesundheitsfragen für Lernende, deren Eltern und Lehrende tätig. In Europa, wie z.B. in Dänemark, Finnland, Irland, Schweden, Polen, Portugal etc. wird Schulgesundheitspflege bereits seit Jahrzehnten erfolgreich umgesetzt. Damm (2017) verweist auf das WHO Surveys des Jahres 2010 wenn sie meint, dass die Gesundheitsversorgung für europäische Schulkinder in den meisten Fällen von Schoolnurses (76 %) durchgeführt wird, gefolgt von Schulärztinnen und -ärzten (65 %) sowie Psychologinnen und Psychologen (43 %) (Damm 2017: 16).

Kompetenz- und Tätigkeitsbereiche von Schoolnurses in Europa sind:

- körperliche, soziale und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen,
- Ernährung, Bewegung, Suchtprävention (Alkohol, Tabak und illegalen Drogen),
- Sexualaufklärung und sexuelle Gesundheit, psychische Gesundheit,
- Unfall- und Gewaltprävention (z.B. frühe Erkennung von Missbrauch, Gewalt, Mobbing, etc.),
- die Mitwirkung an einer gesundheitsfördernden Umgebung in der Schule (z. B. Hygiene, Ernährung, Belichtung, Belüftung und Möblierung),

- Infektionsvorbeugung und Impfungen (Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes),
- die Erkennung von gesundheitlichen und sozialen Problemen im Frühstadium sowie von Lebens- und Lernbedingungen, die beeinträchtigend wirken auf Schulleistungen,
- Unterstützung und Beratung chronisch kranker bzw. behinderter Kinder und Jugendlichen
- die Früherkennung der Bedürfnisse von gefährdeten (vulnerablen) Kindern und Jugendlichen,
- die Erkennung von unzureichender Zahngesundheit und Weiterleitung an entsprechende Zuständigkeiten (Möller 2016: 10).

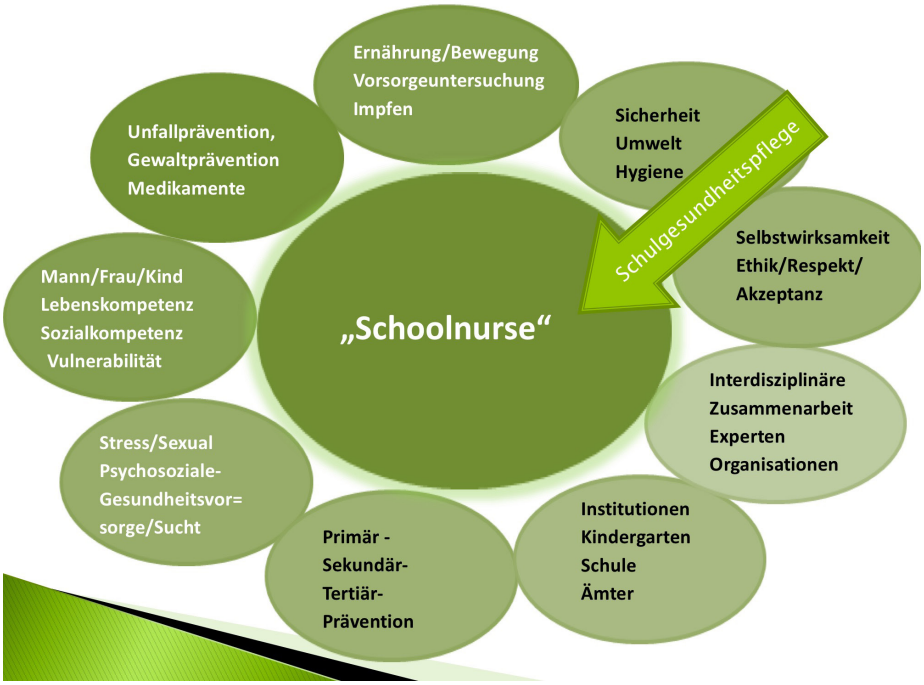


Abbildung: Cluster Schoolnurse; eigene Darstellung in Anlehnung an Kocks (2009)

Möller (2016) beschreibt den prozentuellen Beschäftigungsanteil einer Schoolnurse folgendermaßen:

„1) Gesundheitliche Versorgung im Sinne einer Akutversorgung und der Erbringung ausgewählter Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (inkl. Dokumentation und Verwaltung)	30 %
2) Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Initiierung bewährter und qualitätsgesicherter Projekte	20 %
3) Früherkennung im Sinne individueller Hilfestellungen für Schülerinnen bzw. Schüler und ihre Eltern bei gesundheitlichen Auffälligkeiten, Problemen	20 %
4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule im Sinne einer Mitarbeit am landesspezifischen Eingliederungsprogramm inklusive einer Beratung des Schulpersonals und der betroffenen Familien	15 %
5) Ansprech- und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten im Sinne eines Zugangs zu besonders gefährdeten und schwer zugänglichen Gruppen mittels kontinuierlicher Präsenz und Vermittlung frühzeitiger Hilfen	15 %
6) Die interdisziplinäre außerschulische Kooperation im Sinne einer Zusammenarbeit mit außerschulischen Netzwerkpartnerinnen und -partner im Gesundheits- und Bildungsbereich.“ (Möller 2016: 14)	

Eine auf Österreich abgestimmte Variante der Schulgesundheitspflege könnte helfen, im Lande nicht nur die Effizienz in der Leistungserbringung zu steigern, sondern auch die Betreuungsqualität von Lernenden anzuheben. Vorausgesetzt, dass die Kompetenzen von Schoolnurses ausbildungsadäquat verteilt werden und diese dann weitgehend selbstständig innerhalb multidisziplinärer Zusammenarbeit ausgeübt werden dürfen (Damm, Hutter 2012: 83).

Vorteile, die sich mit der Integrierung von Schoolnurses in Bildungszentren ergeben:

Die Effizienz eines Einsatzes von Schoolnurses ist belegbar. Eine Studie von Morton und Schulz (2004) zeigt auf, dass mit der Anwesenheit von Schoolnurses eine beachtliche Reduktion der Krankheitsfälle nachgewiesen werden konnte, die auf Initiativen der Berufsgruppe zurückzuführen ist (Morton, Schulz 2004: 16).

Borup und Holstein (2008) befragten in einer groß angelegten Studie (n= 5205) Kinder und Jugendliche im Alter zwischen elf und fünfzehn Jahren in Dänemark. In die Untersuchung gelangten Schulkinder, die mehrmals gesundheitliche Beschwerden äußerten. Schülerinnen und Schüler wurden zu den Auswirkungen der Gesundheitsinitiativen befragt und gaben an, ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein erhalten zu haben. Sie erlebten einen Benefit für sich und fanden die Gesundheitsinitiative nützlich. Es wurde auch eine Diskussion mit Eltern und Freunden angeregt bzgl. Gesundheitsbelange. Vom Angebot der Schoolnurses profitieren vermehrt Lernende aus niedrigen sozialen Schichten und häufig erkrankte Kinder. Diese Personen suchen öfter Schoolnurses auf, beachten ihren Rat und diskutieren deren Aussagen in der Gruppe häufiger. Der Dialog kann als nachhaltig und gesundheitsfördernd bezeichnet werden (Borup, Holstein 2008: 32-36).

In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Kindern in Österreichs Schulen ist ein Verbesserungsbedarf gegeben. Der Bedarf von pflegerischer Unterstützung im Schulsystem besteht aufgrund einer Zunahme von chronisch kranken Kindern und längeren Schulzeiten. All diese Faktoren mit Ärztinnen und Ärzten aufzufangen würde mit einer enormen Kostenbelastung verbunden sein, abgesehen davon, dass die Berufsgruppe keine Qualifikation in der Pflege mitbringt.

Zusätzlich entstehen z.B. hohe Rettungstransportkosten, verdeckte Kosten im derzeitigen System sowie hohe finanzielle Belastungen von Eltern chronisch kranker Schulkinder, um einen sicheren Schulalltag zu gewährleisten. Diese Kosten wären mit der Anwesenheit einer DGKP behebbar. Dies zeigt auch das Beispiel der Korneuburger Gemeinde-Kinder-DGKP. Daran kann man erkennen, dass sich relativ bescheidene finanzielle Investitionen in eine DGKP mittel- und langfristig rechnen. Eine bedeutsame politische Frage ist, ob es für Österreich leistbar ist, an der Gesundheit unserer Kinder zu sparen (Damm 2017: 17f).

Dabei ist zu bedenken, dass jeder Euro, der während der frühen Kindheit in gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen investiert wird, die Ausgaben im Gesundheits- und Sozialsystem um acht bis zehn Euro reduziert (Vavrik 2012: 21).

Eltern von chronisch kranken und beeinträchtigen Kindern müssen oft für einen Schulbesuch bzw. Kindergartenplatz große Anstrengungen hinnehmen. Betroffene Eltern haben Ängste bzgl. dem Verlust des eigenen Arbeitsplatzes und stellen sich die Frage der Finanzierung von anfallenden Gesundheitskosten für ihr Schulkind. Eltern fordern eine Kostenübernahme von Seiten der öffentlichen Hand. In fast allen Bundesländern ist derzeit ein Teil der Betreuungskosten des Kindes von den Eltern selbst zu tragen. Lehrende sind im Übrigen mit der Situation konfrontiert, zusätzlich zu den Anforderungen ihres Berufsalltags Tätigkeiten übernehmen, welche nicht zu ihrem Kompetenzbereich zählen. Geringe Zeitressourcen, zu wenig Fachwissen bzgl. der Erkrankung sowie die Angst vor falschen Entscheidungen ohne rechtliche Absicherung führen dazu, dass Pädagoginnen bzw. Pädagogen die Übernahme der Tätigkeiten ablehnen. Am 28. Mai 2015 fand zu diesem Thema eine parlamentarische Enquete zu diesem Thema statt (Hintermayer 2016: 17ff).

Eine Verbesserung der derzeitigen Situation für Schulkinder, deren Eltern und des pädagogischen Personals kann nur anhand von zusätzlicher gesundheitlich-pflegerischer Beratung und Schulung erzielt werden. Chronische Erkrankungen von Schulkindern können zu lebensbedrohenden Auswirkungen führen. Die Kenntnis der Lehrenden in Bezug auf Handlungsweisen im Notfall und die Bereitstellung der Notfallmedikation sind für den weiteren gesundheitlichen Verlauf nach der Krisensituation entscheidend (Bachinger 2017: 2f).

In den Jahren 2016/2017

durchgeführte qualitative, problemzentrierte Expertinnen- und Experteninterviews mit insgesamt zwölf Personen, darunter vier Lehrende, vier Direktorinnen von diversen Kärntner Volksschulen sowie vier entscheidungstragende Personen der Gesundheits- und Bildungsabteilungen der Kärntner Landesregierung ergaben, dass Expertinnen bzw. Experten für Gesundheitsfragen im Kärntner Primarschulsystem fehlen. Besonders im Bezug auf chronisch kranke Kinder, Erste Hilfe Maßnahmen und in der Prävention fehlt speziell ausgebildetes Gesundheitspersonal. Schoolnurses wären laut allen befragten Personen eine wichtige Unterstützung für Kinder im Schulsystem, ebenso für Eltern und Lehrende. Besonders im Hinblick auf rechtliche Fragen wie z.B. gesundheitlichen Unterstützungsleistungen, zeigte sich eine Unsicherheit der Lehrenden. Hier fühlen sich beide Gruppen, also Lehrende und Direktorinnen bzw. Direktoren, in ihrer Unsicherheit alleingelassen. Alle befragten Personen erkannten einen Bedarf in Kärnten und befürworten eine Integrierung von Schoolnurses im Bildungssystem (Gundolf 2017: 104ff).

(C) Photographee.eu

Zwei Gründe sprechen für den Einsatz von Schoolnurses an Österreichs Schulen:

„1. Der Großteil der notwendigen Unterstützungsleistungen in Schulen ist pflegerischer Natur, Schulärztinnen und -ärzte sind hingegen Ärztinnen und Ärzte und haben keine Ausbildung in Pflege. So wie ärztliche Tätigkeiten geregelt sind, sind es auch die pflegerischen: professionelle Pflege kann (und darf) nicht jeder durchführen.

2. Schulärztinnen und -ärzte sind nur zu bestimmten Zeiten in der Schule – Kinder brauchen aber Unterstützung beispielsweise nicht nur am Donnerstag zwischen 11 und 13 Uhr, sondern im Schulalltag täglich. Aufgrund ihrer eingeschränkten Anwesenheit und des Anforderungsprofils stehen Schulärztinnen und -ärzte auch nur eingeschränkt für wichtige Aufgaben wie Gesundheitsförderung/Prävention, psychosoziale Unterstützung, interdisziplinäre Zusammenarbeit usw. zur Verfügung. Kurzum: Schulärztinnen und -ärzte sind nicht ausreichend für eine erfolgreiche Schulgesundheitspflege“. (Damm 2017: 16f)

Internationale Erfahrungen mit Schoolnurses zeigen, dass sie anders als Schulärztinnen und -ärzte auch intensivere psychosoziale Betreuungen der Lernenden wahrnehmen können. Sie helfen dabei, Krankheit und schulisches Leben zu vereinbaren. Mit der Integrierung von Schoolnurses im Setting Schule besteht die Chance einer Anhebung der Betreuungsqualität von Schulkindern und gleichzeitig eine Kostenreduktion im österreichischen Gesundheitssystem (Czypionka et al. 2011: 1).

Die Umsetzung von Schulgesundheitspflege sollte folgend organisiert werden: „Zuerst ist alle Energie auf die Erlangung eines politischen Auftrags für eine Reform zu richten und dann mithilfe der Expertise der Gesundheit Österreich GesmbH (GÖG) ein strukturierter Aushandlungsprozess mit klarer Zielsetzung und Zeitplan zu beginnen. Bei der Zielsetzung gibt es bereits wertvolle Vorarbeiten der WHO/EU, die Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards für die Schulgesundheitspflege erarbeitet haben, die nun in den verschiedenen Ländern entsprechend ihren regionalen Gegebenheiten und den dort vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden können. Dieses Rahmenpapier kann eine überaus wichtige Orientierung bei den zu erwartenden intensiven Diskussionen z.B. mit der Ärztekammer darstellen“. (Damm 2017:18)

Qualifikation und Integrierung von Schoolnurses

International und im europäischen Raum ist der Beruf „Schoolnurse“ seit Jahrzehnten gewachsen und erfolgt als akademische Weiterbildung meist auf Masterebene nach einer Ausbildung zur DGKP. Neben der Qualifizierung ist der gezielte Einsatz der Berufsgruppe ausschlaggebend für eine gelingende Schulgesundheitspflege.

Ab Beginn der Beschäftigung von Schoolnurses sollte ein selbständiges und ganztägiges Betätigungsfeld gewährleistet sein und eine Vernetzung mit Gesundheitsämtern, Kinderärztinnen und -ärzten, Kliniken und Krankenkassen etc. hergestellt werden, um einen optimalen Nutzen der Gesundheitsleistungen erzielen zu können. Bei der Integrierung von Schoolnurses in Kärntens bzw. Österreichs Bildungseinrichtungen bietet sich ein Blick auf das Best Practice Beispiel Schulgesundheitspflege von Brandenburg und Hessen (DE) an.

Die Weiterbildung von DGKP zu Schoolnurses sollte im Hinblick auf die Professionalisierung der Berufsgruppe in Österreich mit einem einheitlichen Curriculum auf Master-Niveau z.B. an Fachhochschulen in Österreich angeboten werden. Einerseits um dem anspruchsvollen Tätigkeitsprofil von Schulgesundheitspflegerinnen und -pfleger zu genügen und um andererseits eine internationale Anschlussfähigkeit gewährleisten zu können.

Gleichzeitig sollte die Umsetzung von Schulgesundheitspflege anhand eines Implementierungskonzepts bedarfsorientiert erfolgen unter Einbeziehung aller schulinternen und -externen Kooperationspartnerinnen bzw. -partner. Es fehlt zum Zeitpunkt noch eine Entscheidung der politisch verantwortlichen Personen für eine Integrierung von Schoolnurses in Österreich sowie in Kärntens Schulen.

Die Fokussierung auf die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse betroffener Schulkinder, deren Eltern und Lehrenden in Kärnten und Österreich würde diese Entscheidung erleichtern.

Fazit

Investitionen in Österreichs Kindergesundheit sind notwendig:

„Eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, ist auf eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder dringend angewiesen. Bestmögliche Förderung der Gesundheit von Anfang an gehört zu den Grundrechten aller Kinder“. (Österreichische Liga für das Kind 2013)

Literatur:

Altgeld, T. (2011): Empowerment und Partizipation als Basis für erfolgreiche Gesundheitsförderung in sozialen Systemen. In: Dür, Wolfgang/ Felder-Puig, Rosemarie (Hrsg.): Lehrbuch. Schulische Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.

Bachinger, G. (2017): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte zum Gesetzesentwurf des Bildungsreformgesetzes. Online: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_10516/fname_630158.pdf. Letzter Zugriff am 26. 07. 2018.

Borup, I./ Holstein, B. (2008): Self-reported symptoms and outcome of health promotion at school: crosssectional study of 11 – 15 – year olds. In: Nordic Journal für Pflegeforschung. Band: 28. 2. Ausgabe 32 -36 Online: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/010740830802800208 letzter Zugriff am 19.09.2018.

Czypionka, T./ Kraus, M./ Riedel, M./ Röhrling, G. (2011): Health Workforce. Status quo und neue Berufsbilder. In: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Beilage zur Fachzeitschrift soziale Sicherheit erstellt durch das Institut für höhere Studien. IHS HealthEcon. I/ Frühjahr 2011. 1. Online: https://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw11_1d.pdf letzter Zugriff am 02.05.2018.

Damm, L./ Hutter, H. -P. (2012): Integrationsjournal Juni 2012. Der Stadtschulrat für Wien informiert. Unterstützende Systeme für SchülerInnen im Pflichtschulbereich in Wien: 82-84ff.

Online: http://lehrerweb.wien/fileadmin/user_files/redakteure/lw_spezial/ssr/doc/integration/integrationsjournal_juni_12.pdf letzter Zugriff am 04.07.2018.

Damm, L. (2017): Es ist Zeit für ein Umdenken – die Schul-Gesundheitsschwester in Österreich. ÖSTERREICHISCHE PFLEGEZEITSCHRIFT. Heft 1, 2017. Online: http://www.childadvocacy.at/wp-content/uploads/2014/10/Damm_O%CC%88PZ-1-2017_Interview.pdf letzter Zugriff am 18.07.2018.

Geene, R./ Lehmann, F./ Höppner, C./ Rosenbrock, R. (2013): Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene, Raimund/ Höppner, Claudia/ Lehmann, Frank (Hrsg.): Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbuch zur Kindergesundheit. 1. Aufl. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. Online: https://www.hsmagdeburg.de/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/AHW/files/kinder_stark_machen_2_.pdf letzter Zugriff am: 15.07.2018.

Gundolf, A. (2017): Die Schoolnurse und ihre Kompetenzen ~ eine Bereicherung für das Primarschulsystem. Online: file:///Users/andreagundolf/Desktop/05_-_A._Gundolf_Masterthesis%20(2).pdf letzter Zugriff am 28.09.2018.

Hintermayer, G. (2016): Inklusion von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen im Schulsystem. ÖSTERREICHISCHE PFLEGE-ZEITSCHRIFT. Heft 5, 2016. Online: https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Publikationslisten/%C3%96PZ_5_2016_Final.pdf. Zugriff am 18.07.2018.

Hopfinger, P. (2017): Gleiche Rechte für chronisch kranke Kinder. O. S. Online: http://www.gleicherechtefuerchronischkrankekinder.at/ letzter Zugriff am 26.07.2018.

Hurrelmann, K. (1994): Familienstress, Schulstress, Freizeitstress: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.

Kocks, A. (2009): wie kommt der Apfel in die Schule? Gesundheitspflege und Gesundheitsförderung in der Schule. Die Grundschulzeitschrift: 14-21. Seeze: Friedrich.

Martin, K. (2015): Chronisch krank in der Schule. Im Schulsystem wird auf chronisch kranke Kinder noch zu wenig Rücksicht genommen. Die Volksanwaltschaft nimmt sich nun der Problematik an und unterstützt eine Bürgerinitiative. O. S. Online: https://medonline.at/2015/chronisch-krank-in-der-schule/ letzter Zugriff am 05.07.2018.

Mayring, P. A. E./ Fenzl, T. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N./ Blasius, J. (Hrsg.): Handbuc. Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer.

Möller, I. (2016): Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. In: Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband (Hrsg.): 10-16, 26, 27, 53. Potsdam. Online: http://www.hage.de/files/curriculum_fuer_schulgesundheitsfachkraefte.pdf. letzter Zugriff am 09.07.2018.

Morton, J. L.; Schultz, A. A. (2004): Healthy Hands: Use of Alcohol Gel as an Adjunct to Handwashing in Elementary School Children. Band 20, Heft 3: 161 – 167. Online: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10598405040200030601 letzter Zugriff am 26.09.2018.
Naidoo, J./ Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.). 1. Auflage der deutschen Ausgabe. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Österreichische Liga für das Kind (2013 o. S): Politische Deklaration zur Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich. Online: http://www.kinderjugendgesundheit.at/publikationen-reader/politische-deklaration-zur-kinder-und-jugendgesundheit-in-oesterreich.html letzter Zugriff am 18.05.2018.

Spath-Dreyer, I./ Neuhold, C./ Atzler, B./ Friedrich, K./ Kuhness, D./ Reis-Klingspiegl, K. (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung zur Ganztagsschule. Identifizierung und Analyse möglicher Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung von 10 bis 14-jährigen SchülerInnen. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH: 3. Online: http://www.ifgp.at/files/Bericht_GFA_Ganztagsschule_final.pdf letzter Zugriff am 24.04.2017.
Vavrik, K. (2012): Kinder und Jugendliche wissen, was sie brauchen. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention, gesundes Österreich: 14 Jahrgang (2): 21. Online: http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/magazin-gesundes-oesterreich/ausgaben-2012/magazin-gesundes-osterreich-ausgabe-2-2012/2012-07-06.8211267487 letzter Zugriff am: 24.07.2018.

Autorin

Andrea Gundolf, M.Ed.
Sonderausbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege sowie Nierenersatztherapie
Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege

Derzeit Studium Akad. Gesundheits- und Pflegemanagement
andrea@gundolf.at

rdb.at
wo MANZ auch findet

Jahresabonnement 2019 EUR 101,–
6 Hefte pro Jahr (inkl Versand im Inland)
Einzelheft EUR 20,20

www.oezpr.manz.at

Kennenlern-Abonnement 2019:
2 Hefte EUR 10,–

„The One and Only“: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht

MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH
TEL +43 1 531 61 100 FAX +43 1 531 61 455 *bestellen@manz.at*
Kohlmarkt 16 · 1010 Wien www.manz.at

MANZ

(C) Gorodenkoff

Curriculare Besonderheiten mit technischen Schwerpunkten bei der Ausbildung nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Herausforderung mehr Frauen für diese Bildungszweige zu begeistern

In einer technisierten Gesellschaft wird die Auseinandersetzung mit technischen Einflüssen zunehmend bedeutsamer. Dabei geht es nicht nur um die Ausbildung technikmündiger Gesellschaftsmitglieder, sondern auch um die Implementierung stetiger Innovationen. In Entwicklungsprozessen solcher technischen Neuerungen macht sich der Mensch natürliche Gesetzmäßigkeiten nutzbar, greift durch die technischen Anwendungen in die Natur ein und verändert diese nach seinem Ermessen. Natur und Technik stehen dadurch in enger kaum zu trennenden Verbindung zu einander.

Dabei ist das Zusammenspiel des technischen Allgemeinverständnisses in disziplinär angelegten (beruflichen) Realbegegnungen von Studierenden mit der beruflichen Lebenswelt bis dato eher selten. Die von Studierenden wahrgenommenen Phänomene sind zumeist hybrider Natur und nicht einer einzelnen Disziplin zuzuordnen. Besonders natürliche und technische Phänomene sind häufig eng miteinander verbunden. Daher sollte eine institutionell initiierte Auseinandersetzung im Studium (im Besonderen an einer Fachhochschule) dieser Verknüpfung folgen, jedoch dabei aber disziplinübliches methodisches Vorgehen berücksichtigen.

Zu diesem Zweck macht es durchaus Sinn, ein didaktisches Konzept „Natur und Technik“ zu entwickeln, um ein besseres Verständnis für Technikzusammenhänge für den beruflichen Alltag herzustellen. Dieses Konzept soll Studierenden einen professionellen Zugang zur Interdisziplinarität ermöglichen, indem es durch didaktische Grundprinzipien und Handlungsprinzipien jene Unterstützung für professionelles Handeln in diesem Zusammenhang geben soll. Prozesse zur Problemlösung sollten dabei in Anlehnung an pragmatisch-konstruktivistische Lernsettings immer im Zentrum stehen.

Diese Idee könnte dazu beitragen, dass interdisziplinäre Problemlösefähigkeit angebahnt, d.h. Wissen und Fertigkeiten aus unterschiedlichen Disziplinen und Fachrichtungen, zur Problemlösung besser verknüpft werden und somit einen innovativen didaktischen Ansatz zur Vermittlung von

etwa MINT-Bildung [1] liefern. Ein solches Konzept entbindet aber nicht von einer Disziplinorientierung, denn jede Interdisziplinarität erfordert auch Disziplinarität. Insofern müssen sich diese Konzepte auch in Bildungsprozessen ergänzen.

Interdisziplinarität wird somit zu einem Forschungs- und Arbeitsprinzip, ohne die hybride Problemstellungen der Gegenwart und Zukunft nicht gelöst werden können. Ein solch komplexes Zusammenspiel im Zuge der Lösung von Problemstellungen erfordert mehr denn je eine ausreichende natur- und technikwissenschaftliche Bildung. In diesen Zusammenhängen muss es daher Ziel sein, Bildung grundzulegen, die zum interdisziplinären Denken und zum Nachvollziehen oder Lösen von Problemen befähigt.

Auch der Aufbau von Problemlösekompetenz in unterschiedlichsten Fachrichtungen ist eines der wesentlichsten Ziele von Fachhochschulen, insbesondere deswegen, da diese Bildungseinrichtungen speziell für den praxisbezogenen Ausbildungsschwerpunkt für zukünftiges Personal auf akademischem Niveau ausgerichtet sind.

Aus diesem Grund bilden Konzepte und Bildungsformate an Fachhochschulen konkret mit Schwerpunkt „technischer“ Problemlösekompetenz jene Chance, sich von anderen universitären Einrichtungen drastisch zu unterscheiden. Auf Basis dieser Erkenntnisse und der Notwendigkeit Menschen mit diesen Skills für die berufliche Zukunft fit zu machen, haben FH´s die Chance diese am Bildungsmarkt fehlenden Kompetenzbereiche zu etablieren.

Wir am Departement Technik, im Studiengang Clinical Engineering, nehmen diese Herausforderungen nicht nur an, sondern bereits seit geraumer Zeit wahr und widmen uns z.B. seit November 2017 mit unserem in Zentraleuropa einzigen Forschungs-OP samt angeschlossener intensivmedizinischer Einheit auf höchstem technischen, als auch pädagogischem Niveau diesen komplexen Fragestellungen. So finden einzigartige Veranstaltungen wie etwa ein Notfall-Symposium, welches speziell für Handlungsaktionen für den Pflegebereich ausgerichtet wurde, statt. Hier können angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei kontrollierten Bedingungen absolut realitätsnah sämtliche Handlungsaktionen des intraklinischen Nofallmanagements, ohne Gefahr für Leib und Leben, trainieren.

Ein fachlich kompetentes Team mit medizinischem und vor allem medizintechnischem Kow-How sind Teil des am Department Technik angesiedelten Kompetenzzentrums OPIC an der FH-Campus Wien.

Neben fachlich-methodischen Kompetenzen, sollen Studierende besonders auch sozial-kommunikative Kompetenzen wie etwa Konfliktfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion, Teamfähigkeit, Rollendistanz etc. lernen. In begleitenden Berufspraktika wird Studierenden die Möglichkeit geboten in technisch spezialisierten Bereichen, wie etwa in medizintechnischen Abteilungen in Gesundheitseirichtungen, oder bei Planungsbüros für Gesundheitsgroßprojekte etc., die erworbenen Kenntnisse unter fachlicher Anleitung zu vertiefen und entsprechend umzusetzen.

Fußnote

[1] MINT: Bezeichnet eine Zusammenfassung von Unterrichts- und Studienfächern bzw. Berufen aus den Bereichen Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft und Technik.

Autor

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

(C) Tres Delinquentes

Der Nachtdienst in steirischen Pflegeheimen: Kritische Situationen, schlechte Besetzung

Diplomiertes Pflegepersonal hat österreichweit im Nachtdienst oftmals ethisch schwierige Entscheidungen zu treffen. Schlechte Besetzung, Zeitdruck und fehlende Handlungsempfehlungen erschweren die Situationen. Unnötige Krankenhausaufenthalte hochbetagter, multimorbider Menschen sollen verhindert werden. Wie setzt sich der Personalschlüssel zusammen und wie lässt er sich rechtfertigen? Ein Bericht aus der Steiermark, stellvertretend für ganz Österreich.

Personalausstattung und Betreuungssituation in steirischen Pflegeheimen

Um die Personalausstattung im Nachtdienst zu verstehen, muss zunächst Grundsätzliches zum Personalschlüssel in steirischen Pflegeheimen gesagt werden. Als Folge des österreichischen Föderalismus hat jedes Bundesland eine eigene Gesetzgebung für die Rahmenbedingungen von Pflegeheimen. Teilweise sind diese sehr genau und deutlich ausformuliert, z.B. in der Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (WWPG §4ff). Dort gibt es einen eindeutigen Schlüssel, der besagt, bei welcher Höhe der Pflegestufe von Bewohnern/Bewohnerinnen wie viele vollzeitbeschäftigte Betreuungs- und Pflegepersonen angestellt sein müssen. Zusätzlich wird dort festgelegt, welche Qualifikationen die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen haben müssen: maximal 20% Hilfspersonal, minimal 30% Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege.

Teilweise sind diese Rahmenbedingungen auch nur sehr vage formuliert, etwa im Salzburger Pflegegesetz:

„Die Träger von Senioren- und Seniorenpflegeheimen haben sicherzustellen, dass ihnen für die Leistungserbringung eine ausreichende Zahl an angestelltem, fachlich qualifizierten Pflegepersonal und nicht pflegendem Hilfspersonal entsprechend der Anzahl der Bewohner sowie der Art und dem Ausmaß der diesen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung steht und dass die Pflegeleistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal im Sinn des GuKG erbracht werden.“ (Salzburger Pflegegesetz PG, §18[1])

In diesem Pflegegesetz wird auch im Weiteren weder auf genaue Zahlen eingegangen noch die Verteilung der Qualifikationen quantifiziert. Durch die neun verschiedenen Personalausstattungsschlüssel in den verschiedenen österreichischen Bundesländern ergeben sich sehr unterschiedliche Personalstände, die aus pflegefachlicher Sicht nicht erklärbar sind.

Das folgende Rechenbeispiel veranschaulicht dies anhand der Bundesländer Steiermark, Oberösterreich und Wien, da diese vergleichbare Modelle haben. Je nach Pflegestufe gibt es einen zugewiesenen Personalschlüssel:

Pflegestufe	Steiermark	Wien	Oberösterreich
1	1 : 13,2	1 : 20	1 : 12
2	1 : 8,2	1 : 7	1 : 7,5
3	1 : 4,3	1 : 2	1 : 4
4	1 : 2,6	1 : 1,75	1 : 2,5
5	1 : 2,2	1 : 1,5	1 : 2
6	1 : 1,7	1 : 1,125	1 : 1,5
7	1 : 1,6	1 : 1	1 1,5

(PAVO 2017 §1, WWPG §4 [1], Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung§16 [3])

An folgendem Beispiel sieht man die unterschiedliche Personalausstattung bei gleicher Bewohnerstruktur/Bewohnerinnenstruktur. Außerhalb der Klammer steht die Bewohnerzahl/Bewohnerinnenzahl, innerhalb das Personal nach Schlüssel.

Es ist hier deutlich erkennbar, dass in einem Wiener Pflegeheim bei gleicher Zusammensetzung der Bewohner/Bewohnerinnen 50% mehr vollzeitäquivalentes Personal eingestellt werden muss als in einem steirischen. Der Grund dafür ist die willkürliche Festlegung der einzelnen Länder ohne pflegefachliche Argumentation. Selbst die Ende 2017 beschlossene, stufenweise Verbesserung des Personalstandes in steirischen Pflegeheimen bis Februar 2020 verändert in der Relation zu anderen Bundesländern nicht viel (Bündnis für gute Pflege 2017).

Pflegestufe	Steiermark	Wien	Oberösterreich
1	2 (0,15)	2 (0,1)	2 (0,16)
2	3 (0,37)	3 (0,4)	3 (0,4)
3	6 (1,40)	6 (1,5)	6 (1,5)
4	8 (3,08)	8 (3,2)	8 (3,2)
5	8 (3,64)	8 (4)	8 (4)
6	7 (4,12)	7 (4,66)	7 (4,66)
7	2 (1,25)	2 (1,33)	2 (1,33)
Personal:	14,01	21,03	15,25

Personalausstattung im Nachtdienst

Die Personalausstattungsverordnung für Pflegeheime in der Steiermark macht mit der neuen Version von Anfang 2018 erstmals Angaben über die Abdeckung in der Nacht. Quantitative und qualitative Vorgaben werden zwar gemacht, sind aber aufgrund der hohen Bandbreite unzureichend. So ist etwa für die Anzahl von 31 bis zu 100 Bewohnern/Bewohnerinnen dieselbe Personalbesetzung vorgesehen (Bündnis für gute Pflege 2017). Bis 2018 gab es keinerlei Vorgaben für die Besetzung in den Nachtstunden, weder in qualitativer noch in quantitativer Hinsicht. Eine öffentlich zugängliche Berichterstattung über die regelmäßig stattfindenden Heimkontrollen der Abteilung

8 (Gesundheit, Pflege und Wissenschaft) des Landes Steiermark gibt es nicht. Im Tätigkeitsbericht der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft 2014/2015 ist zu lesen, dass für diese Kontrollaufgabe für die gesamte Steiermark lediglich 5 vollzeitäquivalente Dienstposten zur Verfügung stehen, wodurch 2015 nur ca. 75% der notwendigen Routinekontrollen durchgeführt werden konnten (Tätigkeitsbericht der PPO 2014/2015).

Es wurden daher von mir alle Pflegeheime in der Steiermark angeschrieben, mit der Bitte, mitzuteilen, wie groß das jeweilige Haus sei und welche Personalausstattung im Nachtdienst üblich ist. Es wurde eine gesamte Rücklaufquote von 28,17% erreicht.

Die Zahl der zu versorgenden Bewohner/Bewohnerinnen unterscheidet sich, wie erwartet, von Einrichtung zu Einrichtung sehr stark. 62,8 Bewohner/Bewohnerinnen wohnten im Durchschnitt in jedem Haus. Eine Pflegeperson betreut zwischen 14 und 55 Bewohner/Bewohnerinnen in der Nacht. Fast die Hälfte aller Häuser hat gar kein diplomiertes Personal im Nachtdienst, sondern praktiziert ein System mit telefonischer Rufbereitschaft. Vor allem kleinere Pflegeheime müssen ihre Dienstpläne auf diese Weise gestalten, da das notwendige Personal sonst im Tagdienst fehlen würde. 32,6 Bewohner/Bewohnerinnen betreut eine Pflegefachkraft im Schnitt pro Nachtschicht. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass, je größer ein Pflegeheim ist, desto größer ist die Anzahl der zu betreuenden Menschen pro Mitarbeiter.

Wichtig ist zu erwähnen, dass jedes Haus eigene Dienstzeiten haben kann und somit manche Nachtdienste 8, andere bis zu 12 Stunden umfassen. In einigen Häusern endet der Spätdienst um 19 Uhr und in manchen gibt es einzelne Pflegekräfte des Tagdienstes, die bis 22 Uhr ihren Dienst versehen. Das bedeutet in der Betreuung in den frühen Abend- und Nachtstunden einen erheblichen Unterschied je nach Dienstzeitmodell.

Die Arbeiterkammer Oberösterreich befasste sich in einem Forschungsbericht ausführlich mit der Betreuungssituation in österreichischen Pflegeheimen im Allgemeinen (Staflinger 2016). Im Zuge dessen wurden auch Gründe für eine Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren gesucht, obwohl sich die Betreuungsschlüssel in den meisten Bundesländern kaum bis gar nicht verändert haben. Hauptgrund neben der Bürokratisierung stellt die stark veränderte Bewohner-/Bewohnerinnenstruktur dar (Staflinger 2016). Die Anzahl der Bewohner/der Bewohnerinnen mit Demenz ist sehr stark angestiegen, die Erkrankung findet aber in der Bewertung des Pflegeaufwands kaum Beachtung. In der Gutachterfibel der österreichischen Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung dagegen wird klargestellt, dass für eine demenzielle Erkrankung ein so genannter „Erschwerniszuschlag“ gebührt.

Dieser fixe Zeitwert beträgt 25 Stunden pro Monat und ist nicht variabel (ÖBAK 2017). Das bedeutet in der Praxis, dass Menschen mit Demenz, einer Erkrankung, die sehr intensive Betreuung und Zuwendung erfordert, nicht einmal eine Stunde Pflegeaufwand pro Tag mehr zugesprochen bekommen als geistig gesunde Menschen. Der Forschungsbericht der Arbeiterkammer Oberösterreich skizziert den tatsächlichen Mehraufwand bei Menschen mit Demenz anhand von Fallbeispielen aus der Pflegepraxis und kommt zu dem Schluss, dass 25 Stunden pro Monat ganz eindeutig viel zu wenig sind.

Der starke Ausbau der 24-Stunden-Betreuungen und der Hauskrankenpflege in den letzten Jahren hat es für viele Menschen nicht mehr notwendig gemacht, ins Pflegeheim umziehen zu müssen. Der Wunsch der meisten Österreicher und Österreicherinnen, im eigenen Wohnumfeld alt werden zu dürfen, ist sozial und auch ökonomisch betrachtet sehr zu begrüßen. Andererseits bedeutet das für die Pflegeheime, dass vermehrt jene Menschen neu als Klientel hinzukommen, die zu Hause aufgrund des hohen physischen oder psychischen Pflegeaufwands nicht mehr zu betreuen sind. Das sind insbesondere Personen mit Demenzerkrankung, deren Pflegebedarf in Stunden eindeutig zu gering eingeschätzt wird, wodurch sich die von der Arbeiterkammer Oberösterreich festgestellte Arbeitsverdichtung in österreichischen Pflegeheimen in den letzten Jahren erklärt.

Was bedeutet das nun für die steirischen Pflegeheime im Nachtdienst? Menschen mit Demenz leiden oft an einer Tag-Nacht-Umkehr, sind also vermehrt in den Nachtstunden wach und bei Sturzgefahr akut selbstgefährdet.

Sie haben oft einen starken Bewegungsdrang trotz ihrer Orientierungslosigkeit und reagieren auf Ansprache mitunter paradox oder aggressiv. Dass es eine große Mehrbelastung zusätzlich zu den Routinearbeiten darstellt, wenn eine Pflegeperson für durchschnittlich 32,6 Bewohner/Bewohnerinnen zuständig ist, liegt

auf der Hand. Die Art der Personalbedarfsberechnung scheint hier nicht zufriedenstellend, zumal es, wie bereits oben dargestellt, in der Steiermark derzeit nur unzureichende Vorgaben zur Personalbesetzung in den Nachtstunden gibt.

Dies bedeutet für die Nachtdienstbesetzung, dass lediglich ab 101 Bewohnern/Bewohnerinnen eine diplomierte Fachkraft verpflichtend vor Ort anwesend sein muss, während in allen anderen Fällen eine Rufbereitschaft als ausreichend angesehen wird. Diese muss den Arbeitsort innerhalb von 30 Minuten erreichen können, ein Zeitraum, der für den Akutfall zu lange sein kann. In Pflegeheimen mit bis zu 30 Bewohnern/Bewohnerinnen ist eine Pflegeperson im aktiven Nachtdienst ausreichend. Wenn beispielsweise übergewichtige Personen zu Boden stürzen und durch eine Pflegeperson allein nicht wieder mobilisiert werden können, müssen die Bewohner/Bewohnerinnen bis zu 30 Minuten ausharren, bis eine weitere Pflegefachkraft zu Hilfe kommt. Außerdem ist es bei einer ergonomischen und rückenschonenden Arbeitsweise nicht empfehlenswert, übergewichtige Menschen (ungeachtet der Pflegeheimgröße) zur Dekubitusprophylaxe allein zu positionieren.

5 bis 30 Menschen	31 bis 100 Menschen	ab 101 Menschen
1 Pflegeperson	1 Pflegepersonen	1 diplomierte Pflegeperson + 1 weitere Pflegeperson
+ 1 Pflegeperson in Rufbereitschaft (davon eine Person DGKP)	+ 1 DGKP in Rufbereitschaft wenn keine der 2 aktiven Pflegepersonen DGKP ist	+ 1 Pflegeperson in Rufbereitschaft

(Theoretischer Personal-IST Stand)
(Bündnis für gute Pflege 2017)

Ein weiteres Problem der neuen Personalausstattungsverordnung ist der große Spielraum, den die Vorgaben zulassen. So muss ein Pflegeheim mit 31 Bewohnern/Bewohnerinnen zwei Pflegepersonen in den Nachtstunden bereitstellen (Schlüssel 1:15,5), während es auch möglich ist, dass ein Pflegeheim mit 100 Bewohnern/Bewohnerinnen ebenfalls nur zwei aktive Nachtdienste hat (Schlüssel 1:50). Diese Auslegung der Grenzwerte führt zu einem beachtlichen Unterschied in der Betreuungsqualität zwischen den steirischen Pflegeheimen.

Welcher Personalschlüssel ist nun zielführend und könnte zur Personalberechnung in der Steiermark und auch in den anderen österreichischen Bundesländern verwendet werden? In Deutschland wurde diese Frage schon

(C) sudok1

öffentlich gestellt und Bayern hat als erstes Bundesland reagiert. Das Bayrische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gab 2015 eine Verwaltungsvorschrift heraus, nach der mindestens eine Pflegeperson für 30 Bewohner/ Bewohnerinnen zur Verfügung stehen muss (Opolony 2015). In Baden-Württemberg gilt ebenfalls seit 2015 die Regelung von einer Pflegekraft pro 45 Bewohner/ Bewohnerinnen (Landespersonalverordnung 2015). Ansonsten gibt es deutschlandweit derzeit keine gesetzlichen Regelungen für den Nachtdienst in Pflegeheimen.

In einer Studie der Universität Witten/Herdecke wurde erhoben, dass in Deutschland eine Pflegeperson für durchschnittlich 51,6 Bewohner/Bewohnerinnen zuständig ist, von denen 40,3 versorgt werden müssen. Diese umfangreiche Studie kommt am Ende zur Empfehlung, mindestens zwei bis drei Pflegende pro 50 Bewohner/Bewohnerinnen einzusetzen (Schlarmann und Bienstein 2015).

Sowohl die von mir erhobenen Zahlen aus der Steiermark als auch die deutschen Zahlen sind also weit von den Empfehlungen der Pflegewissenschaft entfernt. Hier besteht (von politischer Seite) akuter Bedarf nachzubessern und bestenfalls auch eine österreichweit einheitliche Lösung zu finden.

Literaturverzeichnis:

Bündnis für gute Pflege in steirischen Pflegeheimen (2017): Bündnis für gute Pflege. Neues Verrechungsmodell für die steirische Pflegeheimlandschaft.

Die Regierung des Landes Baden-Württemberg (2015): Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen. Landespersonalverordnung LPersVO.

Opolony, Bernhard (2015): Vollzug des Pflege- und Wohnqualitätgesetzes (PfleWoqG) sowie der hierzu erlassenen Rechtsverordnung (AVPfleWoqG). Hg. v. Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung (ÖBAK) (Hg.) (2017): Gutachterfibel. Bundespflegegeld.

PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Land Steiermark: Tätigkeitsbericht 2014 und 2015. Hg. v. Land Steiermark Abteilung 8.

Schlarmann, Jörg große; Bienstein, Christel (2015): Die Nacht in deutschen Pflegeheimen 2015. Ergebnisbericht. Hg. v. Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke.

Staflinger, Heidemarie (2016): Der OÖ Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen - Herausforderungen - Entwicklungsbedarf. Forschungsbericht. Hg. v. Arbeiterkammer Oberösterreich. Linz.

Wiener Landesregierung (2005): Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen. Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG

Autor

Wolfgang Schwab BSc MSc
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Bachelor- und Masterstudium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft (MedUni Graz), Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegedienstleitung Stellvertretung ("Haus am Ruckerlberg", Diakoniewerk Steiermark)

Email: wolfgang.schwab.graz@gmail.com

Die neue Lerngrundlage für die Pflegeassistenz-Ausbildungen ist da!

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!

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

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

Pflegeassistenz

Lehrbuch für die Pflegeassistenz und das 1. Jahr der Pflegefachassistenz

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

Lernfeld 1: Mein Beruf – Meine Rechte – Meine Pflichten (Rechtliche Grundlagen, Berufsbilder, Kommunikation, Modelle, Ethik)
Lernfeld 2: Das Wunder Mensch (Gesundheit, Krankheit, Fachbegriffe, Pharmakologie, Hygiene, Infektionslehre)
Lernfeld 3: Pflege in Bewegung (Sich bewegen, pflegen, kleiden, Basale Stimulation®)
Lernfeld 4: Safety first (Erste Hilfe)
Lernfeld 5: Der ewige Kreislauf (Essen und Trinken, Ausscheiden)
Lernfeld 6: Aus der Mitte (Existenzielle Erfahrungen, Sinne und Sinneseinschränkungen, Schlaf und Schlafstörungen)
Lernfeld 7: Jetzt wird's ernst (Pflegemodelle, Pflegeassessment, Pflegeprozess, Pflegedokumentation)
Lernfeld 8: Er – sie – es (Inkontinenz, Geschlecht, Transkulturelle Pflege)
Lernfeld 9: Neuro-logisch (Grundlagen psychischer Erkrankungen, Depression, Demenz, Pflege bei neurologischen Erkrankungen)
Lernfeld 10: Chronisch krank – was nun? (Pflege, Gewalt, Abhängigkeit, Diabetes mellitus)
Lernfeld 11: Lebensqualität bis zuletzt (Palliative Care, Pflege von verstorbenen Menschen)
Lernfeld 12: Gut organisiert (Gesundheitssystem, Organisation, Medizinprodukte, Heimaufenthalts-gesetz, Arbeitnehmerschutz, GBRG, Berufspolitische Vertretung)

facultas.at

facultas

Mit Sterben, Tod und Trauer umgehen lernen

End-of-Life Care im Rahmen des generalistischen Fachhochschulstudiums Gesundheits- und Krankenpflege

Die Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase, die Pflege Verstorbener und die Begleitung trauernder Angehöriger in unterschiedlichen Settings zählen zu den bedeutenden Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Um im Rahmen pflegerischer Tätigkeiten eine hochwertige End-of-Life Care anbieten zu können, brauchen Pflegende fachliches Wissen und eine entsprechende palliative Haltung (Pleschberger, Heimerl 2005). Der Umgang mit sterbenden Menschen und deren Familien sowie die Konfrontation mit Verstorbenen stellt hohe Anforderungen an die Pflegenden, die von starken Emotionen begleitet werden (Jenull-Schiefer et al. 2006; Widegger et al. 2011). Besonders jüngere Pflegepersonen benötigen entsprechende Ausbildung, um mit Emotionen in der End-of-Life Care besser umgehen zu können (Jenull-Schiefer et al. 2006; Peters et al. 2013). Studien weisen darauf hin, dass im Kontext der Tabuthemen „Tod und Sterben“ Pflegepersonen unter 30 Jahren stärker belastet sind und eine höhere emotionale Dissonanz aufweisen als ältere, erfahrene Pflegende (Jenull et al. 2008; Widegger et al. 2011). Zudem zeigen Studien auf, dass sich Pflegende inadäquat auf Anforderungen der End-of-Life Care vorbereitet fühlen (Pinha, Barbosa 2010). Negative Emotionen in palliativen Situationen können zum Rückzug und zur Vermeidung des Kontaktes bei der Pflege sterbender Menschen führen. Die Folge kann eine unzureichende und fehlerhafte Betreuung in der Sterbephase sein (Mutto et al. 2010).

Im Rahmen der Grundausbildung

(C) Photographee.eu

zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sollen die Studierenden befähigt werden, soziale, kognitive und emotionale Fähigkeiten für die End-of-Life Care zu entwickeln (Pleschberger, Heimerl 2005). Gerade jüngeren Menschen fehlen häufig persönliche Erfahrungen mit sterbenden Menschen (Widegger et al. 2011). Tod und Sterben ist für junge Menschen in den Medien präsent, aber die Konfrontation mit Sterbenden oder Verstorbenen findet im realen Leben kaum statt (Jenull-Schiefer et al. 2006). Eine Befragung von Studierenden der Pflege im ersten Semester zeigte, dass etwa ein Drittel der Befragten über keinerlei Erfahrung mit dem Thema „Tod und Sterben" verfügt. Der Vorgang des Sterbens wurde als unbekannt und Angst machend dargestellt. Die Vorstellung, mit sterbenden und verstorbenen Menschen im Praktikum konfrontiert zu werden, löste Furcht und Unsicherheit aus. Besonders die Vorstellung einen Leichnam zu berühren, führte zu Unbehagen. Lehrende haben die Aufgabe, im Rahmen der hochschulischen Grundausbildung, diese Ängste und Befürchtungen wahrzunehmen, aufzugreife, zu thematisieren und zu bearbeiten. Denn die Studierenden benötigen im Umgang mit dem Thema „Tod und Sterben" entsprechende Copingstrategien, um die Eindrücke im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen zu bewältigen (Halbmayr-Kubicsek 2015). Die duale Ausbildung im Rahmen des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege bringt mit sich, dass Studierende vom ersten bis zum sechsten Semester Praktika in unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens absolvieren. Im Rahmen dieser Praktikumseinsätze sind die Studierenden mit sterbenden Menschen, deren Zugehörigen und mit der Pflege Verstorbener konfrontiert (Widegger et al. 2011). Pleschberger und Heimerl (2005) konstatieren, dass die Basis einer palliativen Haltung bereits in der Grundausbildung vermittelt werden soll, damit die Studierenden befähigt werden, adäquat mit den Herausforderungen in der End-of-Life Care umzugehen. Pflegerische Ausbildung soll dazu beitragen, nachhaltig eine positive Einstellung im Umgang mit sterbenden Menschen und deren Familien zu entwickeln.

End-of-Life Care im Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich

In Österreich besteht seit 2008 die Möglichkeit, die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege an einer Fachhochschule zu absolvieren. Die Fachhochschule Campus Wien bot zu diesem Zeitpunkt den ersten Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege an. Derzeit bieten in Österreich elf Fachhochschulen diesen Studiengang an. Für diese Studiengänge gibt es kein einheitliches Curriculum. Jede Fachhochschule entwickelt ein eigenes Curriculum, das individuell durch die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung (AQ) Austria geprüft und genehmigt wird (AQ Austria 2015). Den gesetzlichen Rahmen zur Curriculumsentwicklung bietet die FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (Schwamberger, Biechl 2014). Auf Grund unterschiedlicher Studienpläne und Curricula der einzelnen Fachhochschulen sind die Strukturen, Inhalte und Rahmenbedingungen der Lehrveranstaltungen zum Thema „Palliative Care" sehr unterschiedlich. So werden Lehrveranstaltungen mit palliativ-relevanten Themenschwerpunkt zwischen dem zweiten und vierten Semester angeboten. Einige Studiengänge bieten zusätzlich für interessierte Studierende im sechsten Semester ein Wahlfach mit palliativem Schwerpunkt an. Die Vorlesungszeit variiert dabei zwischen einer halben und zwei Semsterwochenstunden (SWS). Das entspricht neun bis 36 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten. Der Workload wird mit ein bis zwei ECTS Punkten angegeben. In der konventionellen dreijährigen Diplomausbildung waren für das Fach „Palliativpflege" 60 Unterrichtseinheiten vorgesehen, die sich auf alle drei Ausbildungsjahre aufteilten. Diese Aufteilung bedeutete, dass bereits vor dem ersten Praktikumseinsatz Grundlagen von Palliative Care vermittelt werden konnten. Denn Widegger et al. (2011) zufolge, kann es bereits im ersten Praktikumseinsatz zu einer Begegnung mit sterbenden und verstorbenen Menschen kommen.

Dass die Konfrontation mit Tod und Sterben Ängste bei den Studierenden auslösen kann, konnte in verschiedenen Studien (Charalambous, Kaite 2013; Halbmayr-Kubicsek 2015; Mutto et al. 2010; Ohlrogge 2012; Parry 2011) bestätigt werden. Das bedeutet, je früher innerhalb der Ausbildung auf Aspekte der End-of-Life Care eingegangen wird, desto eher kann bei den Studierenden der Angst vor der Konfrontation mit Sterbenden entgegengewirkt werden. Dies ist kaum möglich, wenn die Lehrveranstaltung „Palliative Care" erst in einem späteren Semester abgehalten wird.

Gemäß Mutto et al. (2010) lassen sich Studierende mit wenig Ausbildung in End-of-Life Care kaum auf die Pflege sterbender Menschen

(C) pictworks

ein und erledigen nur die notwendigsten Tätigkeiten. Daher ist eine fundierte und umfassende Ausbildung in Palliative Care essenziell. Es stellt sich die Frage, ob die von Pleschberger und Heimerl (2005) geforderten Kompetenzen, in einer Vorlesungszeit von neun bis 17 Unterrichtseinheiten vermittelt werden können. Pleschberger und Heimerl (2005) formulieren folgende Ziele für den Palliativpflegeunterricht in der pflegerischen Grundausbildung:

- „Das Konzept Palliative Care und seine Ausprägungen in der Umsetzung kennen."
- „Die Entwicklung einer auf die Palliative Care Philosophie ausgerichtete Haltung fördern, indem Möglichkeiten gegeben werden, sich mit Erfahrungen und Emotionen zu Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen."
- „Den Pflegebedarf von unheilbar kranken und sterbenden Menschen und seinen Bezugspersonen einschätzen können."
- „Adäquate pflegerische Maßnahmen und Verhaltensweisen bei der Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen kennen."
- „Den Bedarf spezialisierter Expertise bei der Einschätzung, Planung und Durchführung von Palliativpflege erkennen, diese organisieren sowie damit kooperieren können." (Pleschberger, Heimerl 2005, S 22)

Für eine Aufteilung der Gesamtvorlesungszeit mit palliativ-relevanten Inhalten sowie die Abhaltung der Lehrveranstaltung in einem höheren Semester spricht, dass auf Erfahrungen aus den praktischen Einsätzen aufgebaut werden kann und durch Reflexion dieser Erfahrungen auch neue Erkenntnisse generiert werden könnten. Fittkau-Tönnesmann (2007) betont auch die Bedeutung des gegenseitigen Austauschs. Die gemeinsame Reflexion unterstützt dabei, Sicherheit in der End-of-Life Care zu erlangen und eröffnet neue Lösungsansätze. Voraussetzung für diese Art des Lernens ist die Offenheit, von den mannigfaltigen Erfahrungen anderer zu profitieren. Auch Pleschberger und Heimerl (2005) betonen die Bedeutung des gegenseitigen Austausches von Erfahrungen und Emotionen in Zusammenhang mit Sterben, Tod und Trauer. Die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit diesen Themen fördert die Entwicklung einer auf die Palliative Care Philosophie ausgerichteten Haltung.

Durch die Kombination von praktischen Erfahrungen und theoretischem Input wird auch das kumulative Lernen im Sinne der kognitivistischen Lerntheorie unterstützt (Meir 2006). Gemäß der Theorie von Benner „From Novice to Expert" unterstützt eine Aufteilung der Vorlesungszeit in mehrere Semester die Entwicklung von Kompetenzen. Abstrakte Inhalte aus der Theorie können in jedem Ausbildungsabschnitt mit Erfahrungen aus der Praxis verknüpft werden und die Studierenden entwickeln sich im Bereich von Palliative Care von der Anfängerin bzw. vom Anfänger im ersten Semester zur fortgeschrittenen Anfängerin bzw. zum fortgeschrittenen Anfänger am Ende des Studiums (Benner 2012). Bei der Auseinandersetzung mit ethisch-moralischen Aspekten der End-of-Life Care spielen persönliche Eindrücke und Erfahrungen eine wesentliche Rolle, da es dabei um die erfahrungsbezogene Gestaltung von Lernprozessen geht (Popp 2001).

Um für die Lehrveranstaltung ausreichend praktische Erfahrung im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen verfügbar zu haben, ist es sinnvoll die Lehrveranstaltung „Palliative Care“ eher im mittleren Studienabschnitt, also im dritten oder vierten Semester zu verorten. Wird die Vorlesung zu palliativ-relevanten Inhalten eher in der Mitte des Studiums abgehalten, verbleibt den Studierenden noch ausreichend Zeit, um das Gelernte umzusetzen. Für einen späteren Vorlesungstermin spricht auch, dass im dritten oder vierten Semester die Studierenden schon über ausreichend theoretisches, medizinisches Wissen verfügen, um einen Bezug zu palliativ-relevanten Krankheiten und Symptomen herzustellen. Eine eher spätere Verortung der Lehrveranstaltung „Palliative Care“ setzt aber voraus, dass die Studierenden bereits am Beginn des Studiums, am besten vor dem ersten Praktikumseinsatz, auf die Konfrontation mit den Themen „Tod und Sterben“ vorbereitet werden. Dies wäre im ersten Semester im Rahmen von Lehrveranstaltungen wie „Dimensionen pflegerischen Handelns, „Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege“, „Pflegerisches Basiswissen“ oder im Kontext von „Praktikumseinführung und Reflexion“ möglich. In drei bis vier Unterrichtseinheiten könnte dabei auf Befürchtungen und Ängste vor der Konfrontation mit der End-of-Life Care eingegangen werden.

Auch Ludwig (2018) weist auf die Bedeutung der Curriculumsentwicklung in der pflegerischen Grundausbildung hin. Die Curricula sollten so gestaltet werden, dass eine Vorbereitung auf das Thema „End-of-Life Care“ bereits im ersten Theorieblock stattfindet. Dadurch kann einer emotionalen Überforderung der Studierenden am Beginn der Ausbildung entgegengewirkt werden. Auch Studien zeigen auf, dass entsprechende Vorbereitung durch die Hochschule hilfreich ist, um den Herausforderungen in der End-of-Life Care gewachsen zu sein (Halbmayr-Kubicsek 2017; Huang et al. 2010; Mutto et al. 2010; Ohlrogge 2012).

Bedeutung der praktischen Anleitung Studierender im Kontext der End-of-Life Care

Sowohl eine fundierte Ausbildung in End-of-Life Care als auch eine kompetente Begleitung im klinischen Praktikum, unterstützen eine positive Einstellung zur End-of-Life Care (Allchin 2006; Charalambous, Kaite 2013; Halbmayr-Kubicsek 2017; Ohlrogge 2012; Parry 2011; Sampaio et al. 2015). Ausreichend vorbereitende Gespräche und Reflexion mit erfahrenen Praxisanleitungen erleichtern den Umgang mit sterbenden und verstorbenen Menschen im Rahmen der praktischen Ausbildung. Dazu braucht es gut ausgebildete Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, die die Problematik des Umgangs mit Tod und Sterben bei jungen, unerfahrenen Studierenden erkennen und die Begleitung empathisch und verständnisvoll übernehmen (Halbmayr-Kubicsek 2017). Denn die Pflege sterbender Menschen gehört, Sampaio et al. (2015) zufolge, zu den stressvollsten Erfahrungen professionell Pflegender. Daher sollte „Studierende im Kontext der End-of-Life Care begleiten“ in der Praxisanleitungsausbildung thematisiert werden (Halbmayr 2017).

Für die praktische Ausbildung bedeutet dies auch, dass die klinische Anleitung der Studierenden von Pflegepersonen durchgeführt wird, die über ein hohes Kompetenzniveau verfügen. Die anleitenden Pflegenden sollten zumindest über die Stufe kompetent Pflegende verfügen. Dies entspricht einer Berufserfahrung von zumindest zwei bis drei Jahren im gleichen Berufsfeld. Erfahrene Pflegende bzw. Pflegende auf Expertenniveau können darüber hinaus den Studierenden vielschichtige Sichtweisen in der Betreuung Sterbender vermitteln und umfassendes Erfahrungswissen in die Anleitung einbringen (Benner 2012).

Studierende der Pflege auf die Betreuung sterbender Menschen vorzubereiten und sie dabei zu begleiten und zu unterstützen, bedeutet auch, ihnen einen Weg zu einer palliativen Haltung im Sinne eines humanistischen und holistischen Menschenbildes aufzuzeigen. Dieser Verantwortung sollten sich Lehrende sowie Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in ihrer Arbeit mit Studierenden bewusst sein. Qualitativ gute theoretische Ausbildung und praktische Begleitung im Kontext der End-of-Life Care sind ein wertvoller Beitrag für eine nachhaltige Palliativkultur in allen pflegerischen Settings (Halbmayr-Kubicsek 2017, S 536).

Literaturverzeichnis

Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (AQ Austria) (2015): Fachhochschul-Akkreditierungsverordnung. Online unter: https://www.aq.ac.at/de/akkreditierung/dokumente-verfahren-fh/FH-AkkVO-2015.pdf (14.03.2016)

Allchin L. (2006): Caring for the Dying – Nursing Student Perspectives. In: Journal of Hospice and Palliative Nirsing, Vol. 8, No. 2, 112-117

Benner P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Hans Huber Verlag, Bern

Caralambous A., Kaite C. (2013): Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences. In: BMC Health Services Research 2013, 13:63, 1-13

Fittkau-Tonnesmann B. (2007): Aus-, Fort- und Weiterbildung – die Herausforderung für Palliativmedizin und Hospizarbeit. In: Der Gynäkologe 12, 2007, S 977-982

Halbmayr-Kubicsek U. (2015): Tod und Sterben begegnen – Befürchtungen und Er-wartungen Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege in Bezug auf die künftige Konfrontation mit Sterben und Tod. In: Pflegewissenschaft 11/2015, 596-603

Halbmayr-Kubicsek U. (2017): Tod und Sterben begegnen – End-of-Life Care im Rahmen des Pflegestudiums. In: Pflegewissenschaft 11/12-2017, 528-538

Huang XY., Chang JY., Sun FK., Ma WF. (2010): Nursing students´experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. In: Journal of Clinical Nursing, 19, 2280-2290

Jenull B., Brunner E., Mayr M. (2008): Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. In: Pflege 2008; 21: 16-24

Jenull-Schiefer B., Mayr M., Mayring P. (2006): Hinter jeder Tür der lauernde Tod. Institutionalisiertes Sterben. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39; 308-314

Ludwig O. (2018): Pflege am Ende des Lebens – Eine Herausforderung für Azubis und Studierende. In: Pflegezeitschrift, Jg. 71, Heft 5, S 59

Meir S. (2006): Didaktischer Hintergrund – Lerntheorien. Online unter: https://lehrerfortbildung-bw.de/moodle-info/schule/einfuehrung/material/2_meir_9-19.pdf (15.03.2016)

Mutto E.M., Errázquin A., Rabhansl M.M., Villar M.J. (2010): Nursing Education: The Experience, Attitudes, and Impact of Caring for Dying Patients by Undergraduate Agentinian Nursing Students. In: Journal of Palliative Medicine, Vol 13, No 12, 2010, 1445-1450

Ohlrogge C.S. (2012): Der Umgang mit sterbenden Menschen aus der Sicht von Auszubildenden in Pflegeberufen. Masterarbeit. Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Evangelische Hochschule, Darmstadt

Parry M. (2011): Student nurses´ experience of their first death in clinical practice. In: International Jounal of Palliative Nursing, Vol 17;9, 446-453

Pleschberger S., Heimerl K. (2005): Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. In: Pleschberger S., Heimerl K., Wild M. (HG.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2., aktualisierte Auflage, Facults, Wien, 15-29

Peters L., Cant R., Payne S., O'Connor M., McDermott F., Hood K., Morphet J., Shimoinaba K. (2013): How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. In: The Open Nursing Journal 2013; 7: 14-21

Pinho L.M.O., Barbosa M.A. (2010): The professor-student relationship in coping

with dying. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP Vol. 44 (1), 106-111

Popp S. (2001): Das sokratische Gespräch – Eine Methode der diskursiven Begriffsklärung. sowi-online e.V., Bielefeld. Online unter: http://www.sowi-online.de/praxis/methode/sokratische_gespraech_eine_methode_diskursiven _begriffsklaerung.html (21.03.2016)

Sampaio A., Comassetto I., Faro A., Santos R., Monteiro F (2015): The experience of nursing students facing death and dying. In: Invest Educ Enferm. 2015; 33(2); 305-314

Schwamberger H., Biechl R. (2014): GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 7. Auflage. Verlag Österreich

Widegger S., Schulc E., Them C. (2011): Emotionsarbeit in der End-of-Life Care. In: Pflegewissenschaft 02/11, 100-112

Autorin

Mag.ª Ursula Halbmayr-Kubicsek, MSc
Lehr- und Forschungspersonal
FH Gesundheitsberufe OÖ
Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege
Campus Gesundheit am Ordensklinikum Linz

Zentrum Lebensenergie e.U.
Institut für Weiterbildung im Gesundheitswesen

Weiterbildung gemäß § 64 GuKG

Komplementäre Pflege - Therapeutic Touch

Ziel der Weiterbildung ist die professionelle Anwendung der komplementären Pflegemethode **Therapeutic Touch** in der Pflegepraxis und die Integration ins Gesundheitssystem.

• Der Schwerpunkt der Weiterbildung liegt im Erlernen und Anwenden von bioenergetischen Heiltechniken, welche symptom- und organspezifisch zum Einsatz kommen.
Viele Techniken stammen von der renommierten Kalifornischen Lehrerin, Heilerin und Forscherin am Sektor der Energiemedizin, Rosalyn L. Bruyére, DD und ihrem Partner Ken Weintrub (Qi Gong).

• Sie erlernen gesundheitsfördernde Methoden wie Qi Gong, Meditation, Visualisierung, Herzmeridian- und Atemübungen, Continuum Movement, Stimmtraining, Körperreisen.

• Sie hören fachspezifische Vorträge über Forschung und Wirkungsweisen am Sektor der Energiemedizin, Bioenergetik, Energiefelder und Energiezentren, chinesisch-asiatischen Medizin und diskutieren über Erkenntnisse der Gehirn- und Bewusstseinsforschung, Epigenetik und Ethik.

• Sie beschäftigen sich mit Geschichte, Entwicklung und Studien von Therapeutic Touch, Healing Touch und Sichtweisen des Pflegemodells nach Martha Rogers (USA).

• Sie werden befähigt, auf Basis von Pflegediagnosen wie beispielsweise Energie/Kraft, Schmerzen, spirituelles Wohlbefinden, Erschöpfung, Angst und Einsamkeit folgerichtige Maßnahmen an Klienten zu setzen und diese nachvollziehbar zu dokumentieren.

• Sie planen erforderliche Schritte zur Integration der erlernten Inhalte in das jeweilige Berufsfeld oder/und organisieren den Weg in Ihre Selbständigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Zielgruppen

• Angehörige des Gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistenten, Pflegefachassistenten
• Mediziner/in, Seelsorger/in, Physiotherapeut/in, Hebammen
• Interessierte an Energiemedizin und Komplementäre Pflege

Methodik – Qualität

• Fach- und 50 % praxisbezogene Einheiten
• Fachspezifische Vorträge der ExpertInnen
• Demonstration und Anleitung der praktischen Techniken
• Flexibles und individuell angepasstes Konzept
• Persönliche und fachliche Begleitung, Selbststudium
• Maximal 16 Teilnehmer/innen

Die Weiterbildung ist für Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege von der Landessanitätsbehörde gemäß § 64 GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBl. I Nr. 108/1997) anerkannt.

15.Lehrgang 2019 – 2020

1.Modul: 14. - 17.2.2019
2.Modul: 15. - 17.3.2019
3.Modul: 11. - 12.4.2019
4.Modul: 17. - 19.5.2019
Supervisionstag: 22.6.2019
5.Modul: 04. - 07.7.2019
6.Modul: 13. - 15.9.2019
7.Modul: 15. - 17.11.2019 Retreat Kloster Laab im Walde
Supervisionstag: 7.12.2019
8.Modul: 16. - 19.1.2020
9.Modul: 12. - 13.2.2020
Feier & Zeugnis: Samstag, 15.Februar 2020

9.00 – 17.00 Uhr

Abschluss

• Zeugnis gemäß § 64 GuKG
• Ausbildungsbestätigung mit gesamt 480 Stunden

Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung berechtigt gemäß § 11 Abs. 2 GuKG zum Führen der Zusatzbezeichnung „Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch“.

Veranstaltungsort

Praxis Webgasse 45/2/2/21, 1060 Wien.

Erreichbarkeit

Direkt U3 Zieglergasse oder U6 Westbahnhof 5 min. Gehen

Lehrgangsleitung Gabriele Wiederkehr, MSc

Vereinbaren Sie sich einen persönlichen Gesprächstermin.
Einzelsitzung zum Kennenlernen der Methode möglich.

Anmeldung

www.zentrum-lebensenergie.at
info@zentrum-lebensenergie.at
Telefon: +436505118767

Kosten

EUR 3.940.- inkl. Mwst.
Enthalten sind Skripten, Prüfungsgebühr, Pausengetränke, Obst.
Teilbeträge möglich

Förderung

Vertragsbedienstete mit Hauptwohnsitz Wien: www.waff.at
Weiters:
https://erwachsenenbildung.at/bildungsinfo/kursfoerderung/

Auf ein erfolgreiches gemeinsames Weiterbildungsjahr!

Stand: Wien, November 2018.

Der Patient als Cyborg

„Digitalisierung ändert alles. – Und nichts“, wie Karl-Heinz-Land postuliert. Der Serienunternehmer, Investor und Top-Berater hat die Digitalisierung zu seinem Herzensthema gemacht – verdeutlicht durch den in seiner Hand implantierten RFID-Chip, der ihm nicht nur Türen öffnet und im Öffi-Verkehr das Bezahlen erleichtert, sondern auch die Visitenkarte stets parat hält. Lands Bücher – allesamt Bestseller – tragen Titel wie „Erde 5.0“, „Digitaler Darwinismus“ oder „Digitale Markenführung“. Seine These: Alles, was technisch möglich ist, wird passieren – und alles, was bequem ist, wird sich durchsetzen.

Beim 11. Pflege Management Forum vom 7. bis 8. März 2019, das im Zeichen der Digitalisierung steht, wird sich der deutsche Visionär den digitalen Anforderungen und Bedürfnissen von Führungskräften im Pflege- und Gesundheits- sowie im Sozialbereich widmen. Denn durch die steigende Lebenserwartung sind die stetig wachsenden Bereiche Gesundheit und Pflege besonders betroffen.

Die Pflege wird künftig ein weites Betätigungsfeld für Roboter bieten. Davon konnte sich Karl-Heinz Land in Japan überzeugen. „Wie soll eine 50-Kilo-Frau einen 80-Kilo-Patienten wenden, ohne selbst Schaden zu nehmen? Roboter werden hier in Zukunft eine große Rolle spielen.“

Auch sogenannte Exo-Skelette – überziehbare Skelette –, die Querschnittgelähmten und Reha-Patienten (wieder) eigene Schritte ermöglichen, sind ein weiteres Einsatzfeld digitaler Techniken.

Fiebermessen durch die Brille

Eine andere spannende Einsatzmöglichkeit ist Augmented Reality (AR). „Die Krankenpflegerin betritt ein Zimmer – und sieht in ihrer AR-Brille eingeblendet: Das ist Herr Müller, der hat heute Geburtstag, außerdem muss er eine Spritze bekommen.“ AR-Technologie könne die Krankenpflege weitaus stressfreier – und sicherer – machen. Auch die Temperatur einzelner Patienten, aber auch Alarme auf anderen Zimmern, kann Pflegekräften derart übermittelt werden.

Kosten solche Techniken nicht jede Menge Geld? Müssen kleine Spitäler darauf verzichten? „Gerade die Kleinen werden es sich leisten müssen“, sagt der Experte, denn die Effizienz schlage sich vor allem im Bereich der Administration und Büroarbeit nieder, die jede Menge Zeit und Ressourcen kostet. Fest steht auch: Die neuen digitalen Techniken werden das Ansehen der Pflege erhöhen. „Ich verstehe überhaupt nicht, warum Pflegekräfte nicht das Ansehen genießen, das diesem Beruf zusteht, wo diese sich doch leben-

den Menschen widmen“, wundert sich Land.

Der Alarm vom Unterhemd

Die wichtigste Neuerung ist die Erfassung und Verarbeitung von Vitaldaten. Datensparsamkeit funktioniert in dieser digitalen Welt nicht mehr“, sagt Karl-Heinz Land. Er spricht in diesem Zusammenhang von Datensouveränität – die über reinen Datenschutz weit hinausgehe. In Zukunft bestimmt jeder selbst, ob, wann, wie und wem die eigenen Daten zur Verfügung stehen. Genau das nämlich sei Digitalisierung 5.0: die Autonomisierung – während es bei 4.0 noch um reine Automatisierung ging. „5.0 – das sind vollautonome cyberphysische Systeme, die mir einen Terminvorschlag für ein EKG übermitteln, sobald das Pflaster auf meiner Brust oder der Chip in meiner Unterwäsche – bzw. im Körper – Unregelmäßigkeiten in der Herzfrequenz misst“, sagt Land. Bis zu fünf Tage könne ein drohender Herzinfarkt so vorhergesagt werden.

In einer elektronischen Gesundheitsakte wie der ELGA sind Gesundheitsdaten abrufbar. In Deutschland gibt es Vergleichbares nicht. Land ist aber überzeugt: „Die Verschwendung ist so enorm, dass das erzwungen werden muss.“ Sicherheit sei kein Thema mehr – seit es digitale Techniken wie die Blockchain gibt. Eine Regierung dürfe an solche Daten dennoch nicht heran, so Land. Und wer nicht mitmachen will, macht einfach nicht mit – wird aber damit rechnen müssen, in Zukunft höhere Versicherungsbeiträge zu zahlen.

Karl-Heinz Land ist Gründer der Digital und Strategieberatung neuland, die laut Ranking der Zeitschrift „brand eins“ wiederholt zu den besten Deutschlands zählt. Er ist Co-Autor des Bestsellers „Digitaler Darwinismus”; im Sept. 2018 erschien sein neuestes Buch „Erde 5.0 – Die Zukunft provozieren“.

Am 7. / 8. März 2019 ist er Key-Note Speaker beim Pflege-Management Forum in Wien.

https://businesscircle.at/pflege

BUSINESS circle

EU-DSGVO
Datenschutz-Grundverordnung

Die helle und die dunkle Seite der DSGVO
Ein Erlebnisbericht

Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist mit 25. Mai 2018 in Kraft getreten, bereits zuvor gab es ein Datenschutzgesetz zum Schutz personenbezogener Daten. Gemessen an den negativen Schlagzeilen im Zusammenhang mit der DSGVO könnte der Eindruck gewonnen werden, Datenschutz wäre etwas komplett Neues. Die Datenschutz-Thematik vergangener Zeiten drang meist dann ins Bewusstsein der Menschen, wenn „schon wieder etwas passiert“ war, nämlich eine Datenschutzverletzung durch Datenmissbrauch.

Bei meinen Interviews von Österreicher*innen stellte sich heraus, dass viele die DSGVO für eine Schikane halten, ohne genau zu wissen, was die EU-Verordnung genau beinhalte oder die Beweggründe für ein einheitliches EU-Recht bekannt waren. Meinem ersten Eindruck nach, kam die Abwehr in erster Linie dadurch zustande, weil der EU-Verordnung eben diese beiden Buchstaben „EU“ vorgesetzt sind, wodurch sich so manche Bürgerin und so mancher Bürger bevormundet fühlt. Es gab aber auch jene, die mit österreichischem Charme meinten: „aber geh, wird schon nicht so schlimm sein“ und damit es das auch wirklich nicht ist, wird die Verbindlichkeit der Verordnung ein wenig aufgeweicht.

Die DSGVO vereinheitlicht nun die Regelungen für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch private Unternehmen und öffentliche Stellen EU-weit. Die DSGVO gilt unmittelbar in allen EU-Mitgliedstaaten. Es sind jedoch punktuell begleitende, innerstaatliche Gesetzgebungsmaßnahmen zulässig.

Wozu soll die DSGVO gut sein?

Manche mögen an der Sinnhaftigkeit einzelner Erwägungsgründe (gesamt 173) und der 99 Artikel, welche die DSGVO umfasst zweifeln und übersehen dabei, dass es bei der DSGVO zahlreiche „Öffnungsklauseln“ und weiterhin ein nationales Datenschutzgesetz gibt.

Der Prozess der Umsetzung der DSGVO ist nicht starr, sondern veränderlich, was bedeutet, dass es bereits bei der Analyse der Prozesse zu weitreichenden Veränderungen für und im Unternehmen kommen kann. Das verpflichtende Verfahrensverzeichnis macht anschaulich, was genau bei der Datenerfassung, Bearbeitung, Speicherung, Weiterleitung und Löschung passiert, vor allem auch, durch wen und auf welcher gesetzlichen Grundlage.

So kann sich bei der Analyse der Prozesse auch zeigen, dass manche Prozesse einfacher zu gestalten sind als bisher und auf diese Weise Mehrgleisigkeiten wegfallen.

Entscheidende Vorteile für Unternehmen:

- Übersicht und Kontrolle über firmeninternen Datenbestand
- Wettbewerbsvorteil durch vertrauensvollen Umgang mit Daten
- Positives Firmenimage durch transparente Prozesse

Bewusstsein schaffen

Meines Erachtens liegt ein unschätzbar großer Vorteil bei der DSGVO-Umsetzung in der Bewusstmachung im Umgang mit Daten, nicht nur zum Schutz der eigenen, sondern auch der Fremddaten d.h. den mir anvertrauten Informationen eine Person betreffend.

Die wesentlichen Eckpfeiler der DSGVO sind:

- Stärkung der Betroffenenrechte - mehr Transparenz; Einwilligung gilt nur falls freiwillig, aktiv und eindeutig.
- Neuer Fokus auf die Datensicherheit - verpflichtende angemessene Sicherheitsvorkehrungen; Datenmissbräuche und Sicherheitsverletzungen müssen den Aufsichtsbehörden gemeldet werden.
- Bestellung von Datenschutzbeauftragten im öffentlichen Bereich, damit Auskunftwerber*innen unmittelbar an der richtigen Stelle ihre Anliegen kundtun können, somit besteht ein enger Zusammenhang mit den genannten Betroffenenrechten

Betroffenrechte umfassen konkret:

- Auskunftsrecht
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Löschung („Recht auf Vergessenwerden“)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht
- Benachrichtigung bei Datenschutzverletzungen

Verstärkte Eigenverantwortung und Pflichten von Unternehmen:

- Führung eines Datenverarbeitungsverzeichnis
- Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Daten (z.B. Verschlüsselung der Daten)
- Informationspflichten
- Meldung von Datenschutzverletzungen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten in bestimmten Fällen
- Datenschutz-Folgenabschätzung bei Verarbeitungen mit voraussichtlich hohem Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen
- Dokumentationspflichten

Datenverarbeitung für persönliche/familiäre Zwecke ist von der DSGVO ausgenommen.

Datenschutz geht uns alle an

Ohne Überzeugung, dass Datenschutz uns alle angeht und ohne den nötigen guten Willen auch seitens von EPU (Ein-Personen-Unternehmen) und KMU (kleine und mittlere Unternehmen), wird die erfolgreiche DSGVO-Umsetzung weit hinter ihren Möglichkeiten zurück bleiben, unbestritten ist dies mit viel Arbeit für Unternehmen verbunden.

Voraussetzung für eine erfolgreiche DSGVO-Umsetzung ist die Unterstützung durch die Unternehmensführung, es muss ein klares Bekenntnis, eine Befürwortung vorhanden sein. Wenn Führungskräfte sich nicht eindeutig zur DSGVO bekennen, werden Mitarbeiter*innen wenig bis gar kein Verständnis aufbringen können, sondern die Arbeit an den Prozessen als zusätzlichen willkürlichen Arbeitsauftrag sehen und im schlimmsten Fall sogar boykottieren.

Im weltweiten Netz bieten mittlerweile unzählige selbsternannte und tatsächliche Expert*innen ihre Dienste an, aber auch wenn das Thema outgesourct wird, kommt kein Unternehmen umhin, sich um die Bewusstmachung („Awareness“) bei ihren Mitarbeiter*innen zu kümmern.

DSGVO zum Thema machen - beruflich

Meine berufliche Auseinandersetzung mit der DSGVO war durch die Projektbeauftragung gegeben.

10 Schritte zur DSGVO

Alles hat im März 2018 mit einem klaren Auftrag der Geschäftsführung zur Umsetzung der DSGVO begonnen. Zeit und Raum, sowie ein Projektkundiger aus dem IT-Bereich wurden extra zur Verfügung gestellt. Wir haben sämtliche Informationskanäle genützt, die uns zur Verfügung standen, ebenso Erfahrungsberichte anderer Unternehmen. Wir haben nicht nur eng mit der Rechtsabteilung der Wirtschaftskammer zusammengearbeitet, sondern auch auf das vielfältige Wissen firmeninterner Mitarbeiter*innen zurückgegriffen. So haben wir es gemeinsam mit viel Arbeit geschafft, den Anforderungen der DSGVO gerecht zu werden.

1. Schritt: Projektbeauftragung und Information aller Mitarbeiter*innen.
2. Schritt: Beginn der Recherchearbeit zur DSGVO, Berichte, Empfehlungen, Anleitungen, Teilnahme an Veranstaltungen intern wie extern.
3. Schritt: Analyse der Prozesse jeder einzelnen Abteilung und

sämtlicher Tätigkeitsfelder, was neben der schriftlichen Erfassung zur größten Herausforderung wurde, denn durch das alltägliche Tun, stellt sich unweigerlich ein gewisser Automatismus ein, hier lag die Geburtsstunde der Bewusstmachung.

4. Schritt: Anlegen des Datenverarbeitungsverzeichnis, wo festgehalten wurde, wer erhebt, bearbeitet, speichert oder leitet Daten weiter, zu welchem Zweck und wie lange werden Datensätze gespeichert, basierend auf welcher gesetzlichen Grundlage.
5. Schritt: Überprüfung und Überarbeitung sämtlicher Verträge und Formulare auf DSGVO-Konformität z.B. Dienstvertrag, Vermittlungsauftrag, Werkvertrag, Organisationsvertrag und Ergänzung selbiger um Zustimmungserklärungen und dem DSGVO-Informationsschreiben, damit Vertragspartner*innen wissen, was mit den bekanntgegebenen Daten passiert. Im Zuge dessen, wurde weitgehend auf die Erfassung sensibler Daten verzichtet bzw. auf das zwingend erforderliche Maß reduziert.
6. Schritt: intensive Zusammenarbeit mit IT-Verantwortlichen vor allem im Bezug zur sicheren Datenübertragung vom Außendienst zum Innendienst und umgekehrt, ein spezielles Programm wurde entwickelt, implementiert und Mitarbeiter*innen wurden in mehreren Schritten darauf eingeschult.
7. Schritt: Einholung und Prüfung der Auftragsverarbeiter-Verträge, denn durch die DSGVO hat nicht nur der Verantwortliche (vormals „Auftraggeber“) stärke Verantwortung, sondern auch Auftragsverarbeiter (vormals „Dienstleister“).
8. Schritt: Ausarbeitung von TOM (technisch-organisatorische-Maßnahmen) d.h. Datenschutz und Datensicherheit durch datenschutz-freundliche Voreinstellungen (privacy by design & privacy by default), Data Breach Notification (Meldung von Datenschutzverletzungen), Zutritts-und Zugriffsmanagement zu IT-Infrastruktur und Räumlichkeiten, Risikofolgeabschätzung.
9. Schritt: Prozessbeschreibung und Erstellung diverser Formulare zu Auskunfts-und Löschbegehren.
10. Schritt: Bestellung eines Datenschutzbeauftragten sowie Einführung und Unterweisung. Umsetzung eines Schulungskonzepts inkl. DSGVO-Skriptum, IT-Richtlinien, Notfallplänen sowie fortlaufende Überprüfung der erworbenen Kenntnisse.

Datenminimierung wurde zur großen Herausforderung. Die Konzentration auf Daten, welche unbedingt zur Vertragserfüllung benötigt werden und Daten löschen, welche die gesetzliche Aufbewahrungsfrist überschritten. Manche Daten waren mehrfach abgelegt, digital und physisch im Aktenschrank. Der große Zeitaufwand, der mit dem Löschprozess verbunden war, wurde den Mitarbeiter*innen je nach Abteilung individuell zur Verfügung gestellt.

Awareness und Schulungen

Es liegt in der Verantwortung eines Unternehmens, Mitarbeiter*innen zu informieren und zu schulen und wenn es gelingt, jeder einzelnen Person bewusst zu machen, worin

(C) ryzhi

der Sinn der DSGVO liegt, dann ist viel gewonnen, nicht nur für das Unternehmen, sondern auch für die Gesellschaft.

Das Wissen um Datenschutz, der verantwortungsvolle, sensible Umgang mit personenbezogenen Daten, beschränkt sich nicht nur auf den Arbeitsplatz, denn jeder Mensch ist auch fern von einem Arbeitsplatz Datenträger*in.

DSGVO zum Thema machen - privat

Bei der privaten Auseinandersetzung mit der DSGVO sind rasch folgende Fragen aufgetreten:

- Welches Unternehmen hat welche Daten von mir, wozu, wer noch, wie lange und wurde ich nach dem 25.5.2018 darüber informiert?
- Welche meiner Datensätze sind wichtig für eine Vertragserfüllung?
- Wie ist das bei bestehenden Verträgen und wie bei zukünftigen Verträgen?
- Welche Datensätze sind für ein Dienstverhältnis wichtig und wie lange?
- Was macht ein Unternehmen mit Bewerbungsunterlagen, wenn es zu keiner Stellen-Besetzung kommt?
- Wo habe ich in den letzten Jahren Daten von mir bekannt gegeben, die schon längst gelöscht werden könnten?

Besonders der letzte Punkt hat mich intensiv beschäftigt, denn bei der Anzahl meiner Lebensjahre, wurde beispielsweise so manche Mitgliedschaft erworben und auch wieder aufgekündigt. Wurden z.B. meine Daten sieben Jahre nach der Kündigung gelöscht, auch ohne dass ich explizit auf das „Recht auf Vergessen werden“ hingewiesen habe? Will ich mir die Mühe machen, dem nachzugehen? Wo macht es Sinn? Wo ist es mir wichtig?

Allein die Tatsache, dass mir diese Möglichkeit zur Verfügung steht, lässt mich eine DSGVO-Befürworterin sein.

Conclusio:

Datenschutz ist wichtig, schon lange und zukünftig noch mehr!

Meldungen von Datenverletzungen durch große Unternehmen sind erst recht ein guter Grund, wachsam und achtsam zu sein und nicht zu resignieren, sondern für Betroffenenrechte einzutreten und sich konsequent für Datenschutz stark zu machen. Datenschutz darf keine individuelle Interpretationssache sein, deshalb macht eine einheitliche EU-Verordnung Sinn.

Wer seine Betroffenenrechte gering schätzt, gibt sehr wenigen Menschen, sehr viel Macht über sehr viele Menschen (in Anlehnung an Stefan Thurner, Komplexitätsforscher).

Literaturempfehlung:

Datenschutz-Grundverordnung, Praxishandbuch: Hg. Dr. Rainer Knyrim, 2016

EU-Datenschutz-Grundverordnung und Datenschutz-Anpassungsgesetz 2018: Hg. Dr.in Claudia Rosenmayr-Klemenz, WK Österreich, Jänner 2018

Quellennachweis: www.wko.at

Autorin

Karin Grössing
seit 1980 Diplomierte Gesundheits-und Krankenpflegerin mit Zusatzqualifikationen und vielfältiger Erfahrung. Seit Sommer 2018 in leitender Funktion bei der Hilfswerk Personaldienstleistungs-GmbH.

„Offen bleibt die Frage der geburtshilflichen Versorgung der jüdischen Bevölkerung.“

Jüdische Patientinnen und Hebammen unter der „Reichshebammenführerin“ 1933-1945

Mit dem Machtantritt der NSDAP 1933 erlebte das deutsche Gesundheitssystem einen dramatischen Umbau. Das sofort nach der Regierungsübernahme verabschiedete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) machte von Anfang an klar, dass Selektion und Eliminierung vermeintlich oder tatsächlich genetisch bedingter Krankheiten oberste Prämisse war; Ziel jeglicher Behandlung war nicht mehr die Gesundung des Individuums, sondern die Schaffung des „gesunden Volkskörpers“.

Nicht nur eugenische, sondern rassistische und antisemitische Ausgrenzung waren ebenso prägend für die Umgestaltung des Gesundheitswesens. In Preußen hatte die „Säuberung“ bereits im Februar 1933 begonnen, als der Arzt Dr. Leonardo Conti (1900-1945) zum „Kommissar zur besonderen Verfügung“ ernannt und mit der Entfernung oppositioneller und jüdischer Ärztinnen und Ärzte beauftragt wurde.[1] In den folgenden Jahren wurden die Befugnisse jüdischer und jüdischstämmiger Medizinerinnen und Mediziner zunehmend beschränkt und ihnen im Juli 1938 schließlich die Approbationen entzogen.[2]

Der in der NS-Ärztehierarchie so rasant aufsteigende Leonardo Conti war der Sohn der Hebamme Nanna Conti (1881-1951). Aufgewachsen in einem bildungsbürgerlichen, nationalkonservativen preußischen Elternhaus in Leipzig und Lugano kam sie früh mit den Schriften des rechtsexremen Verlegers Theodor Fritsch in Kontakt und bewegte sich im Umfeld des Alldeutschen Verbands, bevor sie nach dem Ersten Weltkrieg zunehmend mehr ins rechtsextreme Spektrum rückte und 1930 der NSDAP beitrat. Nanna Conti war mindestens seit 1918 in den Hebammenverbänden der Weimarer Republik aktiv und als rechtsextrem bekannt. Diverse Artikel in den Hebammenjournalen zeugen von den Auseinandersetzungen zwischen den gewerkschaftsnahen sozialdemokratischen Hebammen und dem völkischen Flügel in den Hebammenverbänden, deren Gesicht Nanna Conti war.[3]

Währenddessen war Conti als freiberufliche Hebammen in eigener Praxis und vermutlich auch in der Privatklinik des jüdischstämmigen Arztes Professor Dr. Jürgen Wolff (1874-1941) tätig. Im Gedenkbuch für die jüdischen Kassenärztinnen und -ärzte Berlin (2009) heißt es zur Beziehung Wolffs zu Nanna Conti:

(…) Wolff verpachtete die Klinik an einen »arischen« früheren Domänenpächter. Die Klinik ging 1936 in Konkurs; das Inventar wurde für 6.000 bis 8.000 RM verschleudert. Das NS-Klinikpersonal hatte die Situation ebensowenig erleichtert. Beispielsweise hatte 1934 die spätere Leiterin der Reichshebammenschaft, Nanna Conti, nach 20-jähriger Klinikzugehörigkeit als Oberschwester ihren Chef, Dr. Bruno Wolff, wegen »illegaler Abtreibungen« angezeigt. Sein Freund und Skatbruder Hüttmann[4], ebenfalls ein ambitionierter Nazi, hatte ihn jedoch vor der drohenden Verhaftung gewarnt. Für etwa zwei Monate nach Marienbad in die Tschechoslowakei geflüchtet, bis er freigesprochen worden war.[5]

Der Sohn Wolffs, Prof. Dr. Frederick Wolff[6], erinnerte sich 2012 an Nanna Conti als „chief operating nurse“. Diese Bezeichnung wäre durch eine häufige Assistenz bei Kaiserschnitten zu erklären.

Ein vager Hinweis Nanna Contis auf eine mögliche Kliniktätigkeit findet sich in einem Beitrag in der ADHZ 1930, in dem sie sich äußerst kritisch zu Narkosen während unauffällig verlaufender Entbindungen äußerte:

(…) Die durch Betäubungsmittel lahmgelegte Gebärmutter arbeitet auch nach der Geburt nicht kraftvoll weiter; der Arzt bemüht sich um die blutende Frau, die Hebamme um das scheintote Kind. Ich habe in letzter Zeit gerade wieder solchen Anschauungsunterricht in derartigen „Geburten mit Schmerzlinderung“ genossen, wenn ich auch aus begreiflichen Gründen Einzelheiten hier nicht angeben kann, so daß es einmal ausgesprochen werden muß, daß eine solche Entwickelung [sic] der Geburtshilfe niemals ein Segen für die werdende Mutter ist, sondern alles andere. Die Gebärende selbst hat nicht die Vorbildung, um diese Zusammenhänge zu begreifen, im Gegenteil: der Arzt, der den Schmerz lindert und die Zange macht, ist in ihren Augen ihr Retter; die Gebärende ist auch ohnehin in ihren Schmerzen nicht voll urteilsfähig. Die Hebamme wird vielleicht versuchen, dem Stören und Zerstören des wunderbaren natürlichen Geburtsverlaufs entgegenzutreten; sie wird es nur in bescheidenem Maße können, denn sie ist vielfach finanziell abhängig von dem Arzte.[7]

Diese Passage ist erklärlich, wenn sie angestellt oder als Belegheb-amme in einer Klinik gearbeitet hätte, da sie als Freiberuflerin nicht in einem unmittelbaren finanziellen Abhängigkeitsverhältnis gestanden hätte. Frederick Wolff erinnert sich auch, dass sein Vater Leonardo Contis Studium unterstützte, was die „vielfache“ Abhängigkeit erklären würde. Nanna Conti selbst gab 1937 an, etwa die Hälfte ihrer Tätigkeit in Privatkliniken ausgeübt zu haben.[8]

Im Jahr darauf berichtete sie über ihre Erfahrungen mit Schälblaseninfektionen[9] bei Neugeborenen. Darunter befand sich der Fall eines Kindes, das zwischen 1913 und 1923 in einer Privatklinik geboren wurde.[10] Nanna Conti berichtete über einen Konflikt mit dem ärztlichen Leiter:

(…) Auf meinen ängstlichen Hinweis, die Bläschen sähen doch schälblasenverdächtig aus, meinte Dr. W., der Arzt der Klinik, angeborene Schälblasen gäbe es nicht, und ich sei mit den Selbstquälereien bald für die Nervenheilanstalt reif.[11]

Dieser Absatz weist auf fachliche wie persönliche Konflikte zwischen Nanna Conti und dem Arzt W. – vermutlich Bruno Wolff – hin. Der Vorfall beschäftigte Conti noch nach Jahren: Anfang 1942 wies sie in der DDH auf einen kurz zuvor berichteten, gleichartigen Fall hin und erwähnte ihr eigenes Erlebnis.[12]

Wolff muss unter den zunehmenden Demütigungen und dem sich abzeichnenden Niedergang seiner Klinik sehr gelitten haben, zumal er sich selbst nicht als Jude definierte, ausgesprochen deutsch-national eingestellt war und durchaus Sympathien für den Nationalsozialismus hegte[13]. Er wurde herzkrank und litt an Depressionen. Im Juli 1939 floh er mit seiner Frau nach Belgien, wo er 1941 starb.[14]

Der Berliner Medizinhistoriker Dr. Manfred Stürzbecher erinnerte sich 2010 in einem Telefonat an Berichte ehemaliger jüdischer Bewohnerinnen und Bewohner des Viertels, nach denen Nanna Conti unter den jüdischen Familien einen guten Ruf als Hebamme genoss und gerne gerufen wurde.[15] In der Zeitschrift der Fachschaft Deutsche Hebammen beschrieb sie 1937 ein dramatisches Wochenbett in den 1910er Jahren:

In einer jüdischen Familie lag das erste, recht große Kind in Vorderhauptslage; es wurde eine schwierige Zange, die ein jüdischer Arzt machte. Während der Zange war ein hörbares Knacken zu vernehmen. Das Kind kam lebenskräftig zur Welt, die Besichtigung des Dammes durch den Frauenarzt, den 2. Arzt, der die Narkose gemacht hatte, und durch mich ergab einwandfrei, daß nicht der kleinste Einriß im im Damm vorhanden war, man kann sagen, zu unserer aller Überraschung. Das Befinden der jungen Mutter im Wochenbett war gut. Nach beendigtem Wochenbett, wenn ich nicht irre am 11. oder 12. Tage, wollte ich mich verabschieden und wurde von der Wochenpflegerin mit der Schreckensmeldung empfangen, es läge ein totaler Dammriß vor. Ich wollte dies zunächst überhaupt nicht glauben, mußte mich dann aber tatsächlich davon überzeugen. Dieser Fall führte zu einer sehr unangenehmen Klage zwischen der Familie und dem Frauenarzt, dem aber der 2. Arzt und ich bescheinigten, daß bei der Geburt nicht der mindeste Dammriß vorhanden gewesen war. Wie war dieser Fall zu erklären? Es wurde angenommen, daß eine größere Verletzung zwischen Scheide und Mastdarm durch die schwierige Zange und die Lage des Kindes entstanden war und daß diese Verletzung in Eiterung gekommen und den Damm einschließlich des After-Schließmuskels sozusagen durchgefressen hätte. (…)[16]

Abgesehen von einer interessanten medizinhistorischen Darstellung ist der Bericht insofern bemerkenswert, als die Religion der Patientin und ihres Arztes in keinerlei Zusammenhang zum Geschehen stand, aber dennoch von Nanna Conti erwähnt wurde. Sie schrieb 1934, dass 20-30% ihrer Patientinnen jüdisch gewesen wären.[17] Conti gab an, dass ihr schon früh eine im Vergleich zur restlichen Bevölkerung hohe Zahl missgebildeter Neugeborener in diesen Familien aufgefallen wäre, gab jedoch zu, dass die Zahl insgesamt zu klein für Rückschlüsse wäre. Ihren eigenen Zahlen zufolge müsste sie grob geschätzt wenigstens 300-500 jüdische Kinder entbunden haben.[18]
Ihre Schwiegertochter Elfriede Conti erzählte 1982, dass ihre Schwiegermutter „sehr anerkannt“[19] gewesen wäre. Sämtliche jüdische Familien hätten sie als Hebamme gerufen, selbst nachdem sie sich um 1920 öffentlich antisemitisch geäußert hätte. Auch wäre sie zu Beschneidungen durch den Oberrabbiner hinzugerufen worden, da sie die Rituale genau gekannt hätte. Man hätte sie sogar mit Vornamen angesprochen.[20] Sollten diese Überlieferungen stimmen, hätte Nanna Conti in ihrem Auftreten sorgfältig zwischen Beruf und politischem Engagement getrennt und ihren jüdischen Patientinnen keinen Grund gegeben, an ihrer Professionalität zu zweifeln.

Häufig bettete Nanna Conti ihre antisemitischen Ausfälle in Tagungsberichte ein. So schrieb sie 1934 über die Bevölkerungsentwicklung in Österreich 1934: „Die Einwanderung vom Balkan, besonders jüdischer Elemente, ist stark und übersteigt die Auswanderung, so daß, ähnlich wie im alten Rom und auch wie im Deutschland der Nachkriegsjahre, die Einwohnerzahl steigt, aber die rassische Zusammensetzung sich verschlechtert.“[21]

Als sie über ihre Teilnahme an der wallonischen Hebammentagung 1935 in Brüssel berichtete, führte sie bzgl. der Äußerung eines Arztes, dass er auch Entbindungen von Laienhebammen („Pfuscherinnen“) betreuen würde, aus:

(…) Der betreffende Arzt machte auf mich einen durchaus jüdischen Eindruck im Aussehen, Art des Sprechens und in dem Inhalt seiner Ausführungen, doch wurde mir erklärt, daß er „streng katholisch sei“ und eine konfessionelle Hebammenschule leite. Einige Menschen fangen wohl schon an, die jüdische Gefahr zu sehen, die Allgemeinheit aber noch nicht. Es ist mir aufgefallen, wie wenig Juden ich im ganzen sah und daß auch unter den Ärzten, außer dem hier genannten Sprecher, anscheinend nur noch ein Jude vorhanden war, der über geschlechtliche Fragen zu sprechen pflegte (…)[22]

Währenddessen standen die jüdischen Hebammen oder solche mit jüdischen Wurzeln in Deutschland vor dem beruflichen Aus. Das 1938 beschlossene Reichshebammengesetz (RHG)[23] war Ausdruck einer Entwicklung seit 1933, die Kirsten Tiedemann (2004) als einen „Prozess tiefgreifender Umstrukturierungen des Berufes“ beschrieb, den sie als „nationalsozialistisch modifizierte Form einer an bürgerlichen Berufen orientierten Professionalisierung“ bezeichnete[24]: Der Arbeitsbereich der Hebamme wurde auf Beratungstätigkeiten und die Meldepflicht, also eine diagnostische Tätigkeit, erweitert, ihre Ausbildung reichseinheitlich festgelegt, Fortbildungen verpflichtend, eine rudimentäre Berufsethik wurde im RHG verankert und mit dem Tätigkeitsmonopol wurden eindeutige Vorbehaltstätigkeiten definiert. Ein weiteres wesentliches

Element war die Verknüpfung der Niederlassungserlaubnis mit der Mitgliedschaft in der nun in „Reichshebammenschaft“ umbenannten Berufsorganisation. Mit der sechsten Durchführungsverordnung zum RHG konnte die politische Zuverlässigkeit einer Schülerin überprüft werden.[25]

Das Gesetz sicherte zunächst jeder Frau im Deutschen Reich Hebammenhilfe während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu[26] und verpflichtete die Hebammen zur Hilfeleistung unabhängig von Zahlungsfähigkeit und Stand der Schwangeren, der Gebärenden oder Wöchnerin und ihrem Kind. Gleichzeitig bestimmte § 3, dass jede Schwangere oder Kreißende und auch ein hinzugezogener Arzt oder eine Ärztin eine Hebamme zur Geburt rufen musste, wobei nach § 4 nur ausgebildete Hebammen mit Niederlassungserlaubnis oder in Anstellung Geburtshilfe leisten durften.[27] Damit war das Tätigkeitsmonopol der deutschen Hebammen, wie es heute noch existiert, gesichert. Allerdings stellte Nanna Conti die Hilfestellung bei Jüdinnen durch nichtjüdische Frauen unterschwellig in Frage, indem sie anmerkte: „(…) Offen bleibt die Frage der geburtshilflichen Versorgung der jüdischen Bevölkerung. (…)“[28] Nichtsdestotrotz waren die Hebammen zur Geburtshilfe bei jüdischen Frauen verpflichtet.[29]

Das Reichshebammengesetz schloss Jüdinnen de facto von der Berufsausbildung und -ausübung aus. Ausnahmen waren nur in den engen Grenzen der Geburtshilfe jüdischer oder „jüdischstämmiger“ Hebammen für ebenso kategorisierte Frauen möglich.[30] Der allgegenwärtigen Diskriminierung und dem zunehmenden Terror durch die Nationalsozialistinnen und Nationalsozialisten um sie herum waren diese Hebammen und ihre Patientinnen ohnehin ausgesetzt. Während des Verfahrens über die Rückgabe beschlagnahmter Vermögenswerte durch die Alliierten stellte die Berliner Kommission für Ansprüche auf Vermögenswerte den nationalsozialistischen Charakter und die Exklusion jüdischer Hebammen 1954 ausdrücklich fest.[31]

Aufgrund falscher Angaben durch die Verbandsfunktionärinnen entschied die Kommission jedoch zugunsten des Nachfolgeverbands und übertrug den nach 1945 wieder aufgebauten Hebammenverbänden das bis 1945 erworbene Vermögen.[32]

Wenn man nach den Konsequenzen von Nanna Contis Handeln als „Reichshebammenführerin“ fragt, stellt sich auch die Frage nach dem Schicksal ihrer jüdischen Kolleginnen, für deren Ausgrenzung sie als oberste Hebammenfunktionärin, mutmaßliche Mitverfasserin des Reichshebammengesetzes und Schriftleiterin[33] der Hebammenzeitung mitverantwortlich war.

Zunächst stellte sich heraus, dass es äußerst schwierig ist, die Namen jüdischer Hebammen zu ermitteln, zumal im „Altreich“ angeblich nur vier jüdische Hebammen freiberuflich tätig waren: zwei in Berlin, eine in Bayern und eine in Norddeutschland. Einige andere befanden sich bereits im Ruhestand. Mischlinge wären nur wenige Hebammen gewesen. Die jüdischen Anstaltshebammen konnten mit Sondergenehmigung weiterhin in jüdischen Krankenhäusern arbeiten.[34]

Die Zahlen scheinen angesichts der großen jüdischen Gemeinden vor allem in Berlin zu niedrig angesetzt, wo es mutmaßlich mehrere jüdische Hebammen gab. Das Jüdische Adressbuch für Groß-Berlin von 1929/1930 führt allerdings keine Hebammen in seinen gewerblichen Seiten.[35] Getaufte, vormals jüdische Hebammen wurden dort allerdings nicht erfasst.

Im Vereinsregister sind mehrere Verbände aufgeführt, die bedürftige Wöchnerinnen unterstützten, darunter der Frauen-Verein der Berliner Logen U. O. B. B. mit einem Mütter- und Säuglingsheim in der Brunnenstraße und einem Entbindungsheim in der Elsasser Straße.[36] Zumindest im Entbindungsheim müssen Hebammen angestellt oder hinzugerufen worden sein. Da es sich um eine konfessionelle Einrichtung handelte, kann man davon ausgehen, dass jüdische Hebammen bevorzugt wurden.

Der Kölner Franz Keens (2007) erinnerte sich im Kölner Stadtanzeiger an die am 06.12.1887 geborene Hebamme Irma Klinger, die in der Agrippastraße 33 lebte:

(…) Die jüdische Hebamme konnten wir noch 1939 auf dem jüdischen Friedhof Bocklemünd beerdigen. Der Taxifahrer, der uns hinbrachte, sagte, dass er uns schon ein paar Straßen vorher aussteigen lassen müsse, damit er und wir nicht in Schwierigkeiten kämen. Der Vater Klinger behielt bis zum Tode seinen typisch jüdischen Humor. Als in der Toreinfahrt ein großer Hundehaufen lag, meinte er ganz trocken: „Dat hät bestemp ne Jüd jedonn“.[37]

Leider wurden die entsprechenden Unterlagen des Gesundheitsamts beim Einsturz des Kölner Stadtarchivs 2009 zerstört. Sicher war aber auch diese Hebamme von den Restriktionen betroffen.[38]

Vergleichsweise gut ist das Schicksal der Hebamme Adele Spitzer dokumentiert, die am 21.11.1876 in Budapest geboren wurde. Sie lebte ab 1900 mit ihrem Mann und vier Kindern in Karlsruhe und absolvierte 1904 in Heidelberg die Hebammenausbildung. Seit 1922 besaßen alle Familienangehörigen die deutsche Staatsbürgerschaft. Sie musste mit ihrem Mann und zwei unverheirateten Kindern 1939 in ein „Judenhaus“ ziehen. Adele Spitzer litt an Diabetes mellitus und war auf Insulin angewiesen, das ihr als Jüdin verweigert wurde. Sie vergiftete sich am 01.10.1940 mit Schlaftabletten. Ihr Mann Emmanuel[39] starb am 08.10.1942 im Internierungslager Nexon in Südfrankreich. Eine ihrer Töchter wurde mit ihrer Familie wahrscheinlich in Auschwitz ermordet, die übrigen drei Kinder überlebten.[40]

Wie weitreichend die Folgen des nationalsozialistischen Denkens in rassistischen und antisemitischen Kategorien waren, zeigt der Lebensweg der 1891 geborenen Bielefelder Anstaltshebamme Emmy Augustin. Augustin entstammte einer weit verzweigten Pfarrersfamilie. Sie war 1914 in das Diakoniesemi-nar Magdeburg-Sudenburg des Evangelischen Diakonievereins eingetreten und hatte nach Stationen in der Krankenpflege 1926 das Hebammenexamen abgelegt.[41] Seitdem arbeitete sie in der städtischen Entbindungsklinik in Bielefeld. Ihre Schwester Luise war ebenfalls Diakonieschwester und leitende Schwester der Diakonieschwestern in der Bielefelder Bezirksfürsorge.[42] Bereits im August 1933 wurde beiden gekündigt, da die Eltern ihres Großvaters mütterlicherseits ursprünglich jüdisch waren. Sie hatten sich 1805 taufen lassen. Der sechs Jahre später geborene Großvater der Schwestern Augustin wurde evangelisch erzogen und wie zahlreiche seiner Nachkommen Pfarrer.[43] Nach der nationalsozialistischen Einstufung war Emmy Augustin somit jedoch „Vierteljüdin“. Trotz ihres Einsatzes als Kriegskrankenschwestern im ersten Weltkrieg mussten sie und Luise Augustin ihre Stellen im Frühjahr 1935 verlassen. Liselotte Katscher (1990) zufolge unterstützte der Diakonieverein beide Mitglieder tatkräftig.[44] Emmy Augustin arbeitete später als leitende Schwester in einer Entbindungsklinik in Frankfurt am Main und übernahm 1946 die Leitung eines Berliner Altenheims.[45] Sie starb 1983.

Ab 1938 gehörten auch die österreichischen Hebammen zum Deutschen Reich. Bisher sind drei jüdische Hebammen in Wien bekannt. Der am 05.04.1871 in Nagy-Van geborenen Emilie Pfeifer[46] und der am 01.06.1874 in Tarnow in Galizien geborenen Sara Patlaschenko[47] wurde die Niederlassungserlaubnis entzogen. Beide Hebammen wehrten sich selbstbewusst dagegen, sodass sie ab 1940 wenigstens Jüdinnen weiter entbinden durften. Während Pfeifer immerhin ein Schild mit der Bezeichnung „Jüdische Hebamme“ an ihrer Wohnung anbringen durfte, war dies Patlaschenko verboten. Die am 08.01.1897 in Wien geborene Hebamme Irma Kornfein arbeitete als Klinikhebamme im Rothschildspital und war somit wenigstens von diesen Schikanen nicht betroffen.[48]

Emilie Pfeifer wurde am 29.11.1941 in Kaunas in Litauen[49] unmittelbar nach der Ankunft des Deportationszugs mit 1.000 Wiener Jüdinnen und Juden erschossen. Sara Patlaschenko wurde am 18.09.1942 im Vernichtungslager Maly Trostinec in der Nähe von Minsk wahrscheinlich sofort nach ihrer Ankunft erschossen oder vergast.[50] Irma Kornfein wurde am 01.04.1942 in das KZ Theresienstadt und am 12.10.1944 in das KZ Auschwitz verschleppt. Dort verliert sich ihre Spur.[51]

Eine ambivalente Rolle nahm die am 24.09.1879 in Wien geborene Hermine Baron ein, die seit 1906 niedergelassen war.[52] Nach der Eingliederung Österreichs in das Deutsche Reich trat Baron in die NSDAP ein, im Mai 1938 auch in die NS-Frauenschaft. Mit ihrem Eintritt erklärte sie unter anderem, „deutsch-arischer Abstammung“ und „frei von jüdischem Rasseeinschlag“ zu sein.[53] Im November – noch bevor ihr Aufnahmeantrag in der NSDAP registriert worden war – wurde in der Reichskartei eine „Warnkarte“ für Baron angelegt, um eine Mitgliedschaft dauerhaft zu verhindern, da die Gauleitung Wien erfahren hatte, dass Barons Vater Jude gewesen war und Baron folglich als „Mischling 1. Grades“ galt.[54]

Baron besaß seit 1934 zusätzlich einen Gewerbeschein für den Verkauf „hygienischer Artikel“, nachdem sie zuvor wegen Inserierens in einer Zeitung zu einem Bußgeld verurteilt worden war.[55] Ab April 1941 wurde nun wiederum wegen Anzeigen in Zeitungen gegen Baron ermittelt. Auslöser war ein

Brief Nanna Contis an das Wiener Hauptgesundheitsamt:

Wie wir mehrfach festgestellt haben, inserieren Wiener Hebammen in dortige Tageszeitungen. So ist z.B. ein Inserat der Hebamme Frau H. B a r o n , Wien 9, Tendlergasse 6, Ruf B 43-7-44 , in der Kleinen Volkszeitung vom 23.März 1941 (Nr. 82) aufgefallen. Dieselbe Hebamme inserierte ein anderes Mal wieder, dass sie „hygienische Artikel“ verkauft.

Wir sehen Inserate von Hebammen als standesunwürdig an,und bitten das Hauptgesundheitsamt Wien, solche Inserate nicht mehr zu erlauben.

Im übrigen wurden unseres Wissens Inserate von Hebammen durch das Propaganda-Ministerium bereits seit 1933 verboten , jedoch ist diebetreffende [sic] Anordnung nicht in unserem Besitz. - Erfahrungsgemäß sind es auch nicht die besten Hebammen, welche inserieren. - Ein dreimaliges Inserieren einer Hebamme nach deren Niederlassung,oder nach einem Wohnungswechsel,sehen wir als zulässig an.[56]

Es fällt auf, dass Nanna Conti sich selbst mit einer derartigen lokalen Angelegenheit befasste und sich zudem bezüglich der rechtlichen Grundlagen nicht sicher war. Conti führte auch nicht aus, ob sie Vorbehalte gegen die Art von „hygienischen Artikeln“ hatte, die Hermine Baron vertrieb. Der Verkauf von Gegenständen, die der Verhütung einer Schwangerschaft dienten, war seit Januar 1941 untersagt.[57]

Angesichts der ausdrücklichen exemplarischen Nennung Barons, die nun auch noch als „Mischling“ galt und versucht hatte, unter Verschweigen ihrer Abstammung Parteimitglied zu werden, war dies wahrscheinlich der Versuch, eine unerwünschte Hebamme aus dem Beruf zu drängen. Aufgrund von Barons Gewerbeschein und einer Auskunft des „Reichsverbands der deutschen Zeitungsverleger“, nach der solche Anzeigen nicht gesetzwidrig wären, musste das Verfahren 1942 eingestellt werden.[58] Das Leben Barons in den folgenden Jahren lässt sich derzeit nicht rekonstruieren.

Am 24.06.1945 erhängte Hermine Baron sich in ihrer Wohnung. Eine Aktennotiz dazu lautet: „(…) Das Motiv dürfte gewesen sein, daß sie als Mischling 1. Grades der NSDAP angehört hatte. (…)“[59] Möglicherweise führten sowohl die anhaltende Repetition antisemitischer Klischees als auch das Stigma der zumindest versuchten Kollaboration dazu, dass Baron ihrem Leben ein Ende setzte.

Mit der Besetzung Belgiens 1940 waren auch die 50.000 dort lebenden Jüdinnen und Juden vom nationalsozialistischen Terror betroffen. Im Februar 1942 erkundigte sich das belgische Ministerium für Inneres und Volksgesundheit bei der deutschen Militärverwaltung, ob die beiden jüdischen Hebammenschülerinnen Elisabeth Marx und Renée Weiss ihre Ausbildung bis zum 15.09.1942 an der Ecole Universitaire d‘Infirmières in Brüssel zu Ende bringen dürften. Man sicherte auch zu, dass die beiden Schülerinnen nur „israelitische Frauen“ entbinden würden.[60] Nichtsdestotrotz wurde ihnen die Weiterführung des Kurses verboten. Die Deutsche Elisabeth Charlotte Marx wurde am 10.10.1911 in Witten geboren. Sie war wie die am 23.02.1919 in Anderlecht geborene Renée Gisèle Weiss Krankenschwester. Beide gaben keine Religionszugehörigkeit an.[61] Während das weitere Schicksal von Renée Weiss unbekannt ist, lassen sich die letzten Lebensmonate von Elisabeth Marx anhand der belgischen Deportationslisten rekonstruieren: Sie war mit dem Belgier Charles Vankelecom verheiratet.[62] Am 12.09.1942 wurde sie in das Transitlager Mechelen verschleppt und am 15.09.1942 zusammen mit ihrer Mutter nach Auschwitz deportiert, wo sie am 17.09.1942 ankam. Die Transportliste führte sie als Krankenschwester und Hebamme.[63] Nach Kriegsende wurde sie für tot erklärt.[64]

Es ist juristisch nicht einwandfrei zu klären, inwiefern die einheimischen Hebammen in den besetzten Ländern dem Reichshebammengesetz und der Kontrolle durch die Reichshebammenschaft unterstanden. Einer Radiosendung (1983), in der mehrere ehemalige Hebammen interviewt wurden, zufolge wurden in Schlesien zwei Jüdinnen von der Ausbildung ausgeschlossen. In diesem Fall müsste es sich um die Hebammenlehranstalt in Breslau gehandelt haben. Hier sind aber weder Namen noch Zeitpunkt bekannt, so dass eine Überprüfung der Angaben derzeit aussichtslos ist.[65]

Während christliche Hebammen in den besetzten osteuropäischen Ländern so weit wie möglich aus dem Beruf gedrängt wurden und gegenüber den aus dem Deutschen Reich entsandten Hebammen benachteiligt wurden, waren jüdische Hebammen unmittelbar bedroht. Sie wurden in Ghettos zwangseingewiesen, in Konzentrationslager verschleppt

und ermordet.[66]

Eines der wenigen überlieferten Schicksale einer jüdischen polnischen Hebamme stellt die Lebensgeschichte von Rachel Herszenberg aus Lodz dar.[67] Rachel Herszenberg (1901 in Lodz – 1977 in New York) war ausgebildete Krankenschwester und Hebamme und seit Anfang der 1920er Jahre in Lodz freiberuflich tätig. Nach der Besetzung Polens und der Einverleibung der Stadt Lodz in den „Warthegau“ nahm Herszenberg zunächst eine Stelle in einer Entbindungsklinik an. Die Klinik lag innerhalb des 1940 geschaffenen Ghettos „Litzmannstadt“. Die geburtshilflichen Bedingungen im Ghetto waren katastrophal; ein Großteil der dort geborenen Kinder starb. Nach dem Abtransport der nicht arbeitsfähigen Gefangenen in das Vernichtungslager Kulmhof 1942 wurde jede Schwangerschaft zu einem Risiko für die verbliebenen Frauen. Die Entbindungsklinik wurde zu einer Abtreibungsklinik. Herszenberg arbeitet dort als Assistentin. Währen der Auflösung des Ghettos 1944 schaffte Herszenberg es, sich und ihre Familie in das „Aufräumkommando“ zu manövrieren. Ihre Tochter Dr. Salomea Kape (geb. 1926) erinnert sich an zwei heimliche Geburten während dieser Zeit, bei denen ihre Mutter Hilfe leistete. In einem Fall weist ihr Bericht zumindest Anzeichen für einen Infantizid auf, um die Mutter des Kindes und die anderen Frauen des Kommandos zu schützen. Herszenberg erlebte mit ihrer Familie die Befreiung des Ghettos durch die sowjetische Armee im Januar 1945. Aufgrund des um sich greifenden Antisemitismus in Polen in den 1960er Jahren emigrierte sie mit ihrem Mann 1968 zu ihrer Tochter in die USA.[68]

Nanna Conti selbst berichtete von zahlreichen Gesprächen in Belgien und Frankreich zur Reform des Hebammenwesens[69], und der Hebammen-Kalender 1943 führte unter den Mitgliedern der Reichshebammenschaft „Hebammen fremder Nationalität, die der Reichshebammenschaft unterstehen“ auf.[70] Die Internationale Hebammenvereinigung [IMU, heute International Confederation of Midwives/ICM] wurde Nicht zuletzt war Conti seit 1942 amtierende Generalsekretärin der IMU und somit in erster Linie dem Wohlergehen aller Hebammen verpflichtet. Man muss also von einer berufsständischen Verantwortung der Reichshebammenschaft und Nanna Contis persönlich auch für die jüdischen Hebammen ausgehen, die unter deutscher Verwaltung lebten und ausgegrenzt und ermordet wurden.

Einer Zeitzeugin zufolge beteiligten sich nichtjüdische Hebammen an der Durchführung des Holocausts, indem sie in staatlichem Auftrag Jüdinnen auf der Suche nach verborgenem Schmuck vaginal untersuchten.[71] Diese Aussage gilt es noch zu überprüfen. Zudem stellte die kanadische Autorin Gina Roitman, die 1948 in Passau als Kind von Shoah-Überlebenden geboren wurde, 2013 eine Dokumentation über eine Hebamme vor, die laut den Aussagen eines Zeitzeugen jüdische Neugeborene tötete.[72] Sollten diese Vorwürfe zutreffend sein, wären dies so eklatante Verstöße gegen das Berufsethos gewesen, dass die bisherige Hebammengeschichte bis in die 1950er Jahre und das berufliche Selbstverständnis der Hebammen[73] grundlegend überprüft werden müssten.

Es ist bemerkenswert, dass Nanna Conti 1935 einen Artikel über das Hebammenwesen in Palästina zusammenfasste, aus dem eindeutig hervorging, dass die Qualität der Geburtshilfe durch den Einsatz europäischer, jüdischer Hebammen gestiegen war. Conti stellte also die Fähigkeiten jüdischer Hebammen an sich nicht in Frage.[74]

Einer Hebamme konnte nach § 8 RHG die Anerkennung bei Entzug der bürgerlichen Ehrenrechte entzogen werden oder auch, wenn anhand „schwerer strafrechtlicher Verfehlungen“ oder „gröblicher Verletzung ihrer Berufspflicht“ festgestellt wurde, dass ihr die „erforderliche Eignung oder Zuverlässigkeit“ fehlte.[75] Es gab aber bereits vor der Verabschiedung des Gesetzes vereinzelt Bestrebungen, unangepasste Hebammen aus dem Beruf zu drängen: Im Oktober 1938 beantragte die Kreisleitung der NSDAP in Arnstadt in Thüringen zu überprüfen, ob man der Hebamme Frieda Lückemann in Neustadt die Niederlassungserlaubnis entziehen könnte, da diese nicht nur der „jüdischen Reisevertreterin Selma Kleeblatt, Erfurt“ mehrfach Unterkunft gewährt hatte, sondern sich darüber hinaus kritisch zur Behandlung der jüdischen Deutschen geäußert hatte.[76] Es entspann sich ein intensiver Briefwechsel zwischen verschiedenen Behörden und Lückemann, in dem diese ihre Unschuld und ihr Unwissenheit darüber, dass Kleemann eine Jüdin sei, beteuerte.[77] Im Zuge des Verfahrens äußerte sich auch Nanna Conti: Zwar sagte sie, dass Lückemann sich bereits einige Verfehlungen, wie üble Nachrede und Falschaussage, zuschulden hatte kommen las-

sen;[78] sie berücksichtigte aber auch die Möglichkeit, dass Lückemann tatsächlich nicht geahnt hatte, dass Kleemann jüdisch sei, zumal der Name „nicht unbedingt jüdisch“ sei und Kleemann von der Konfirmation ihres Sohnes erzählt hätte. Infolgedessen riet sie zu einer milderen Bestrafung durch strenge Verwarnung und Geldstrafe.[79]

Es ist bemerkenswert, dass Conti zwar im Grunde zugunsten der Beschuldigten urteilte, jedoch dennoch eine Maßregelung empfahl. Dies spricht dafür, dass hier eine unliebsame Kollegin verwarnt werden sollte. Darüber hinaus ist die Causa ein Beleg dafür, in welchem Ausmaß Conti über die Vorgänge in den Landesfachschaften informiert war. Frieda Lückemann wurde nach Bittstädt in einen Hebammenbezirk strafversetzt, der wegen seiner Größe und Infrastruktur für eine ältere Frau nur mühsam zu bedienen war. Lückemann trat die Stelle nicht an und war für ein Jahr arbeitslos, bevor sie einen neuen Bezirk in Kerpsleben übernehmen konnte.[80] Ihr weiterer Lebensweg ist derzeit nicht bekannt.

Selma Kleeblatt, geboren am 30.07.1877 in Aachen als Selma Salomon, wurde im September 1942 über Weimar, Halle und Leipzig in das Ghetto Theresienstadt verschleppt, wo sie 1943 starb.[81]

Nanna Contis Nachfolgerin als Präsidentin des Weltverbands war die Vorsitzende des französischen Hebammendachverbands Union Nationale des Syndicats des Sage-Femmes, Clémence Mosse. Conti schrieb den Namen häufig „Mossé“. Conti zufolge war Mosse Katholikin jüdischer Herkunft.[82] Am 18.05.1942 übernahm Nanna Conti das Amt der Generalsekretärin der IMU von Prof. Daels[83] in Gent. Eine Wahl fand nicht statt. Angeblich war es Daels‘ Wunsch, das Amt abzugeben und das Sekretariat nach Berlin zu verlegen, um die Fortsetzung der bisherigen Arbeit der IMU im Krieg zu gewährleisten.[84] Conti versprach eine engagierte Verbandsführung:

Die bisher schon von der Reichshebammenschaft gepflegten internationalen Beziehungen werden künftighin in Berlin, vom Generalsekretariat der Internationalen Hebammenvereinigung, gewissenhaft und mit wirklicher Begeisterung für die gute Sache gepflegt und ausgebaut werden.[85]

Nach der Übergabe der Geschäftsführung verlegte Nanna Conti hinter dem Rücken der amtierenden Präsidentin Mosse die Geschäftsstelle der IMU nach Berlin und stahl de facto die Unterlagen des Weltverbands:[86]

Nun hat Herr Professor Daels mir gegenüber vor kurzem auch selbst den Wunsch geäussert, das Generalsekretariat abzugeben und nach Deutschland zu geben. Vielleicht ist dieser Wunsch nur seiner vorübergehenden Stimmung entsprochen; jedenfalls will ich unbedingt das Eisen schmieden, solange es heiss ist. (…) Die nominelle Vorsitzende der internationalen Hebammenvereinigung ist leider Mlle. Mossé, Paris, eine Jüdin, die jetzt zur katholischen Kirche übergetreten ist. Ich möchte sie in Paris nicht sehen und sie auch nicht wissen lassen, dass ich das General-Sekretariat nach Berlin bringe.Wahrscheinlich machen wir es so,dass Prof.Daels es mir schriftlich vertretungsweise übergibt.Das Weitere wird sich schon finden. (…) Mlle. Mossé wurde im Übrigen durch eine regelrechte Schiebung, deren Urheberin Miss Pye, die englische Hebammen-Vorsitzende, war, überhaupt in ihr Amt als Leiterin des […?] Paris gebracht. (…) Es sollte der nächste internationale Hebammenkongress 1941 in Rom sein; er wurde verschoben auf 1942 und wird ja selbstverständlich nicht stattfinden können. Auf diese Weise ist es gekommen, dass die Jüdin Mossé formell [handschriftlich: noch] die Präsidentin der internationalen Hebammenvereinigung ist; sie hat aber weder das Bestreben dafür zu arbeiten, noch hat sie Geldmittel, noch hat sie ein Büro. Seit 1936 wurde praktisch alle internationale Arbeit für die Hebammen [handschriftlich: in] unserer hiesigen Geschäftsstelle durchgeführt[87]

Aus dem Brief erschließt sich nicht, ob Nanna Conti bereits früher Antipathien gegenüber Clémence Mosse und Edith Pye hegte. Wahrscheinlich störte sie sich bereits früher an der jüdischen Herkunft von Mosse, thematisierte diese aber aus diplomatischen Gründen innerhalb des Verbands nicht. Clémence Mosse starb 1955. Laut ihrer Nachfolgerin im französischen Verband, Marie-Anne Frey, war es der von Nanna Conti so verachteten Mosse ein Anliegen, dass die IMU wieder aufgebaut werden sollte. Sie vermachte der IMU ihre Wohnung und Geld, um dort die neue Geschäftsstelle einzurichten.[88] Ob die IMU/ICM das Erbe antrat, ist nicht bekannt.

Der Bund Deutscher Hebammen (heute Deutscher Hebammenverband e.V.) bekannte sich als Nachfolgeorganisation der Reichshebammenschaft 2001 in

einer Erklärung den Ausschluss der jüdischen Hebammen und das daraus resultierende Berufsverbot.[89] Ein offizielles Gedenken des Verbands an die ermordeten und vertriebenen Kolleginnen oder eine Entschuldigung gegenüber den Überlebenden für die Diskriminierung und den mangelnden Schutz durch Berufsschwestern und -organisation erfolgte jedoch nicht. Die Geschichte des jüdischen Hebammenwesens in Deutschland, Österreich und den besetzten Ländern stellt nach wie vor ein Forschungsdesiderat dar.

Autorin

Dr.in Anja Katharina Peters, Dipl.-Pflegewirtin (FH)

Promotion am Institut für Ethik und Geschichte der Universität Greifswald, Studium der Pflege und Gesundheit, Ausbildung zur Kinderkrankenschwester, Berufserfahrung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der hochschulischen Lehre; derzeit hauptberuflich als wissenschaftliche Mitarbeiterin für eine Abgeordnete tätig, nebenberuflich Lehr und Forschungstätigkeit; persönlicher Schwerpunkt: historische Pflege- und Hebammenforschung.

„Dieser Beitrag basiert auf den entsprechenden Kapiteln meiner 2014 verteidigten und 2018 als Buch veröffentlichten Dissertation über Nanna Conti. Der Text wurde hierfür neu strukturiert, redaktionell bearbeitet und ergänzt."

Fußnoten

[1] Vgl. Peters (2018), S. 94 f.

[2] Vgl. Makowski (2018), https://www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/32349, 25.07.2018.

[3] Vgl. Peters (2018), S. 31 ff.

[4] Vorname und Lebensdaten unbekannt.

[5] Schwoch (2009), S. 903.

[6] Geb. 1920 als Friedrich Wolff, 1939 von den Eltern in Großbritannien eingeschult, Professor emeritus an der George Washington University, USA. Prof. Wolff bestätigte alle Angaben bei Schwoch in einem Telefonat am 30.01.2012. Der Kontakt kam durch die freundliche Vermittlung Dr. Ruth Jacobs zustande, die sich für das Gedenken an die vertriebenen und ermordeten jüdischen Ärztinnen und Ärzte in Berlin-Schönberg im Rahmen des Gedenkbuchs und der Dauerausstellung „Wir waren Nachbarn" engagiert.

[7] Conti (1930), S. 366.

[8] Vgl. Sammlung, Rott, Kasten 140, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, I. Korrektur 3. 6. 1937.

[9] Ältere, volkstümliche Bezeichnung für Pemphigus neonatorum.

[10] Nanna Conti nennt als Zeitraum das zweite Jahrzehnt ihrer Berufstätigkeit; vgl. Conti (1931), S. 448.

[11] Ebd.

[12] Vgl. N. C.: Angeborene Pocken und Schälblasen, in: DDH, 57. Jg. 1942, S. 18.

[13] Vgl. Schwoch (2009) S. 902 f. und Telefonat mit Frederick Wolff am 30.01.2012.

[14] Vgl. Schwoch (2009), S. 903.

[15] Telefonat mit Dr. Stürzbecher am 12.10.2010. Er erinnerte sich auch lebhaft an ein Heft mit von Nanna Conti verfassten „Lebenserinnerungen", das bei der Auflösung der Medizinischen Zentralbibliothek „unter die Räder gekommen wäre". Trotz intensiver Nachforschungen konnte dieses Heft nicht ausfindig gemacht werden.

[16] N. C.: o. T. (1937), S. 179.

[17] Vgl. N. C.: Mißbildungen (1934) S. 534.

[18] Vgl. Peters (2018), S. 64 und 69.

[19] ZeS, Gesprächsprotokoll, S. 3.

[20] Ebd.

[21] N. C.: Fragen (1934), S. 414.

[22] Conti: Gast (1935), S. 539.

[23] Hebammengesetz vom 21. Dezember 1938 (RGBl. I S. 1893).

[24] Tiedemann (2006), S. 93.

[25] Vgl. Sechste Verordnung zur Durchführung des Hebammengesetzes. Aus- und Fortbildung der Hebammen. Vom 16. September 1941. (RGBl. I S. 561.), in: Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind (Hg.): Sammlung der gesetzlichen Vorschriften auf dem Gebiete des Hebammen- und Wochenpflegerinnenwesens, Berlin 1943, S. 11.

[26] Vgl. RHG § 1.

[27] Vgl. Conti, Hebammen-Gesetz (1939), S. 66.

[28] Vgl. a.a.O., S. 67.

[29] Vgl. N. C. (1942), S. 24. Ebenso stand jüdischen Patientinnen im Notfall ärztliche Hilfe zu. Von materieller Unterstützung waren sie hingegen fast vollständig ausgeschlossen; vgl. a.a.O., S. 23 f.

[30] Vgl. § 7 (4) RHG.

[31] Vgl. Peters (2018), S. 337.

[32] Vgl. ebd. S. 338.

[33] „(…) Kein Heft der Zeitschrift erscheint, an dessen Inhalt und an dessen Gestaltung sie nicht maßgebend beteiligt ist." Anonym: Conti (1941), S. 104.

[34] Vgl. Conti, Hebammen-Gesetz (1939), S. 67.

[35] Vgl. Jüdische Gemeinde: Adressbuch (1929). In den Unterlagen der jüdischen Archive in Berlin sind Hebammen verzeichnet.

[36] Jüdisches Adressbuch, S. 416-448.

[37] Keens (2011).

[38] Ihr Grab befindet sich auf dem jüdischen Friedhof Köln-Bocklemünd, Flur 20A/2476 ; vgl. NS-Dokumentationszentrum Köln, Grabliste Jüdischer Friedhof Köln-Bocklemünd.

[39] Geb. 18.04.1867 in Zombor in Österreich-Ungarn.

[40] Vgl. Stadtarchiv & Historische Museen Karlsruhe, Gedenkbuch für die Karlsruher Juden, Eintrag Spitzer, Adele, ID: 4105. Danke an Professor Dr. Robert Jütte für den Hinweis.

[41] Vgl. Katscher (1990), S. XXI.

[42] Vgl. a.a.O., S. 190 f.

[43] Vgl. ebd.

[44] Vgl. a.a.O., S. 192 ff.

[45] Vgl. a.a.O., S. XXI.

[46] Vgl. Wiener Stadt- und Landesarchiv (WStLA), M.Abt.212, A 2: 5017/40.

[47] Vgl. a.a.O., M.Abt. 212, A 2: 3912/40.

[48] Vgl. a.a.O., M.Abt. 212, A 2: 4462/41; alle drei Hebammen wurden zuerst anonymisiert in Ledebur, Hebammen in Wien, S. 150 genannt. Nach Rücksprache mit dem Wiener Stadt- und Landesarchiv habe ich ihre Namen im Interesse der Erinnerung an die jüdischen Opfer des NS genannt und ihr weiteres Schicksal dargestellt. Hermine Baron, deren Verhalten zwischen Anpassung und Ausgrenzung retrospektiv schwierig zu beurteilen ist, wurde a.a.O. ebenfalls erstmalig dargestellt.

[49] Kowno; vgl. http://www.doew.at/ausstellung/shoahopferdb.html, 24.04.2012.

[50] Vgl. http://www.deathcamps.org/occupation/maly%20trostinec_de.html, 24.04.2012.

[51] Alle Todes- und Deportationsdaten vgl. die Opferdatenbank des Dokumentationsarchivs des österreichischen Widerstands: www.doew.at, 24.04.2012.

[52] Vgl. WStLA, M.Abt. 212, A 1: 2003/45.

[53] BArch Berlin, BArch (ehem. BDC), NS Frauenschaft/Deutsches Frauenwerk, Baron, Hermine, 29.9.79.

[54] Vgl. a.a.O., BArch (ehem. BDC), PK, Baron, Hermine, 24.9.79.

[55] Vgl. a.a.O.

[56] WStLA, M.Abt. 212, A 1: 2003/45.

[57] Vgl. Reichsminister des Innern: Polizeiverordnung über Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung der Schwangerschaft, in: DDH, 56. Jg. 1941, S. 39.

[58] Vgl. ebd.

[59] Vgl. ebd.

[60] Vgl. Archives Nationales, Paris, Schreiben des Ministeriums des Innern und der Volksgesundheit an Herrn Oberstabsarzt Dr. Holm vom 17.2.42.

[61] Vgl. Dossin, Jodenregister.

[62] Vgl. ebd.; während sie in den belgischen Akten unter Marx geführt wird, ist sie in der Datenbank in Yad Vashem unter ihrem Ehenamen verzeichnet: vgl. http://db.yadvashem.org/names/nameDetails.html?itemId=7854554&language=en, 30.04.2012.

[63] Vgl. Dossin, Deportation Lists.

[64] http://db.yadvashem.org/names/nameDetails.html?itemId=3864192&language=en, 30.04.2012.

[65] Vgl. WDR 3, Hebammen im Dritten Reich; bzgl. einer Liste der Hebammen-Lehranstalten vgl. Anonym: Die Hebammen-Lehranstalten in Deutschland., in: Deutscher Hebammen-Kalender für das Jahr 1942, Dreiundfünfzigster Jahrgang, Osterwieck am Harz und Berlin 1942, S. 377-379.

[66] Vgl. Lisner (2017), S. 229-246. Siehe auch Lisner/Peters (2014), S. 164-197.

[67] Kape/Lisner/Peters (2013), S. 71-74.

[68] Ebd.

[69] Vgl. Conti, Rückblick 1943, S. 237 f.

[70] Vgl. Anonym: Die Organisation der Reichshebammenschaft, in: Deutscher Hebammen-Kalender für das Jahr 1943. Vierundfünfzigster Jahrgang, Osterwieck am Harz und Berlin 1943, S. 355.

[71] Vgl. WDR 3, Hebammen im Dritten Reich.

[72] Vgl. Roitman: Mother (Dokumentation 2013).

[73] In den Vorabsprachen über einen Artikel für den Newsletter der ICM ging die zuständige Redakteurin Ende 2012 selbstverständlich davon aus, dass ein solcher Artikel die heroischen Taten tapferer Hebammen unter den schwierigen Kriegsbedingungen darstellen würde. Dass Hebammen in Verbrechen gegen die Menschlichkeit verwickelt gewesen sein könnten, war nicht vorstellbar.

[74] Vgl. N. C.: Hebammenwesen (1935), S. 662.

[75] Vgl. RHG, § 8. (1) 2. und (2) 2.

[76] Vgl. Thüringisches Staatsarchiv Rudolstadt; vgl. auch Gibas (2006), S. 159 ff. Die Verfolgung der beiden Frauen wurde hier erstmals anonymisiert skizziert. Frieda Lückemann wurde am 12.12.1878 als Kind des Ehepaars Hofmann in Erfurt geboren, war evangelisch, verheiratet und kinderlos und nicht Mitglied der NSDAP; vgl. ThStA Rudolstadt, Bl. 37.

[77] Vgl. a.a.O.

[78] Eine Auseinandersetzung zwischen Lückemann und einer weiteren Hebamme 1939, vermutlich ein Konflikt konkurrierender Hebammen, vgl. a.a.O., Bl. 40.

[79] Vgl. a.a.O.,Bl. 46-48.

[80] Vgl. a.a.O., Bl. 74-82.

[81] Vgl. http://db.yadvashem.org/names/nameDetails.html?itemId=4812771&language=en, 07.09.2013.

[82] Vgl. Archives Nationales, Paris, cote AJ/40/60 dossier «Personnel sanitaire et maison de santé (1940-1943)», Brief von Nanna Conti an Herrn Oberstabsarzt Dr.Holm, 1.Mai 1942. Die in meiner Dissertation zitierten Dokumente aus dem französischen Nationalarchiv wurden von Dr. Yves Louis recherchiert und großzügig zur Verfügung gestellt. Vgl. auch Peters (2018), S. 187.

[83] 1882-1974, Professor für Gynäkologie an der Universität Gent, flämischer Nationalist, Flucht in die Schweiz 1945, 1946 in Belgien wegen Kollaboration zum Tode verurteilt, Rückkehr nach Belgien 1959 und Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit; vgl. Peters (2018), S. 171, Fußnote 22.

[84] Vgl. Conti, Nanna: Besuch (1942), S. 171-172, und Krause, Elfriede: Arbeitsbesprechung (1942), S. 264. Das Ereignis war sogar einigen überregionalen Zeitungen zumindest eine kurze Meldung wert; vgl. Anonym: ohne Titel (1942), S. 2.

[85] Conti, Besuch (1942), S. 172.

[86] Das Wissen um diesen Vorgang ging in der ICM schnell verloren. Die wenigen Akten, die sich heute im Bestand der Wellcome Collection befinden tragen die Vermerke „Records 1929-1953 do not survive“ und „gaps in archive due to inter-war documents being destroyed in Ghent during WWII“; vgl. Peters (2018), S. 196.

[87] Archives Nationales, Paris; Brief von Nanna Conti an Herrn Oberstabsarzt Dr. Holm vom 1.Mai 1942.

[88] Vgl. Wellcome Collection, SA/ICM/R/3. Möglicherweise bezog sich die französische Delegierte Marthe Jay auf dieses Erbe, als sie während des Internationalen Hebammen-Kongresses 1950 in Rom anregte, eine internationale Vereinigung zu gründen (?) und für das neue Hauptquartier in Paris ein Zimmer mit Telefon zur Verfügung stellte; vgl. B. A. (1951), S. 215.

[89] Vgl. Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hg.): Rolle (2006), S. 5.

Bibliographie Jüdische Hebammen und die Reichshebammenschaft

Anonym: ohne Titel. In: Hamburger Tageblatt, Nr. 136 (19.5.1942), S. 2.

Anonym: Frau Nanna Conti sechzig Jahre alt. In: DDH, 56. Jg. (1941), S. 103-104.

Anonym: Die Organisation der Reichshebammenschaft. In: Deutscher Hebammen-Kalender für das Jahr 1943. Vierundfünfzigster Jahrgang, Osterwieck am Harz und Berlin (1943), S. 355-361.

Archives Nationales, Paris, cote AJ/40/60 dossier «Personnel sanitaire et maison de santé (1940-1943)», Brief von Nanna Conti an Herrn Oberstabsarzt Dr.Holm, 1.Mai 1942.

Archives Nationales, Paris, Schreiben des Ministeriums des Innern und der Volksgesundheit an Herrn Oberstabsarzt Dr. Holm vom 17.2.42.
B. A.: Internationaler Hebammen-Kongreß in Rom vom 24. bis 26. September 1950. In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift (1951), S. 214-15.
Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hg.): Zur Rolle der Berufsorganisation der Hebammen im Nationalsozialismus. Stellungnahme des Bundes Deutscher Hebammen e.V., Karlsruhe (2006).

Bundesarchiv Berlin (BArch Berlin), BArch (ehem. BDC), NS Frauenschaft/Deutsches Frauenwerk, Baron, Hermine, 29.9.79, und PK, Baron, Hermine, 24.9.79.

Conti, Nanna: Als Gast der belgischen Hebammen und die Tagung der belgischen Hebammen. In: Zeitschrift der Reichsfachschaft Deutscher Hebammen, 3. Jg. (alte Folge 50. Jg., 1935), S. 538-540.

Conti, Nanna: Besuch in Belgien und Frankreich. In: Die Deutsche Hebamme, 57. Jg. (1942), S. 171-172.

Conti, Nanna: Das neue Hebammen-Gesetz. In: Zeitschrift der Reichsfachschaft Deutscher Hebammen, 54. Jg. (1939), S. 66-70.

Conti, Nanna: II. [Zeitfragen des Hebammenwesens]. In: Allgemeine Deutsche Hebammen-Zeitung, 45. Jg. (1930), S. 366.

Conti, Nanna: Schälblasenerkrankungen in der Praxis. In: Allgemeine Deutsche Hebammen-Zeitung, 46. Jg. (1931), S. 448.

Datenbank der Holocaust-Gedenkstätte Yad Vashem: http://db.yadvashem.org.

Die jüdische Gemeinde (Hg.): Jüdisches Adressbuch für Groß-Berlin Ausgabe 1929/30, Teil 2 Men – Z, Berlin 1929.

Hebammengesetz vom 21. Dezember 1938 (RGBl. I S. 1893). In: Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind (Hg.): Sammlung der gesetzlichen Vorschriften auf dem Gebiete des Hebammen- und Wochenpflegerinnenwesens, Berlin 1943, S. 1-4 und Zeitschrift der Reichsfachschaft Deutscher Hebammen, 54. Jg. (1939), S. 1-4.

Gibas, Monika (Hg.): „Arisierung“ in Thüringen. Entrechtung, Enteignung und Vernichtung der jüdischen Bürger Thüringens 1933–1945, Erfurt 2006

Hebammengesetz (RHG) vom 21. Dezember 1938. In: ZdRDH, 54. Jg. (1939), S. 1-4.
Kape, Dr. Salomea; Lisner, Dr. Wiebke; Peters,

Anja K.: Rachel Herszenberg. Die Hebamme von Lodz. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 11 (2013), S. 71-74.

Kaserne Dossin – Gedenkstätte, Museum und Dokumentationszentrum Holocaust und Menschenrechte: Jodenregister und Deportation Lists.

Katscher, Liselotte: Krankenpflege und ›Drittes Reich‹. Der Weg der Schwesternschaft des Evangelischen Diakonievereins 1933-1939. Stuttgart 1990.

Keens, Franz: Mahnmal der Schande. In: http://www.ksta.de/jks/artikel.jsp?id=1194960703661, 22.02.2011.

Krause, Elfriede: Arbeitsbesprechung der Oberinnen. In: Die Deutsche Hebamme, 57. Jg. (1942), S. 264.

Lisner, Wiebke: Midwifery and racial segregation in Occupied Western Poland, 1939-1945. In: German History. The Journal of the German History Society 35 (2017), S. 229-246.

Lisner, Wiebke; Peters, Anja: German Midwifery in the “Third Reich”. In: Benedict, Susan; Shields, Linda (Hg.): Nurses and Midwives in Nazi Germany. The “Euthanasia Programs”. New York; London 2014, S. 164-197.

Makowski, Elisa: »An seine alten Erfolge konnte er nicht anknüpfen« - Heute vor 80 Jahren entzogen die Nationalsozialisten jüdischen Ärzten die Approbation. In: https://www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/32349, 25.07.2018.

N. C.: Bevölkerungspolitische Fragen und Sorgen. In: ZdRDH, 2. Jg. (alte Folge 49. Jg., 1934), S. 414.

N. C.: Hebammenwesen in Palästina, in: ZdRDH, 3. Jg. (alte Folge 50. Jg., 1935), S. 662.

N. C.: Leitfaden des geltenden Fürsorgerechts. In: Die Deutsche Hebamme, 57. Jg. (1942), S. 22-24.

N. C.: Mißbildungen bei Neugeborenen in jüdischen Familien. In: ZdRDH, 2. Jg. (alte Folge 49. Jg., 1934), S. 534.

N. C.: o. T. [Ergänzung zu vorhergehenden Beiträgen]. In: ZdRDH, 5. Jg. (alte Folge 52. Jg., 1937) S. 179.

NS-Dokumentationszentrum Köln, Grabliste Jüdischer Friedhof Köln-Bocklemünd.

Opferdatenbank des Dokumentationsarchivs des österreichischen Widerstands: www.doew.at, 24.04.2012.

Peters, Anja Katharina: Nanna Conti (1881-1951) – Eine Biographie der Reichshebammenführerin. Berlin 2018.

Reichsminister des Innern: Polizeiverordnung über Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung der Schwangerschaft, in: DDH, 56. Jg. (1941), S. 39.

Roitman, Gina: My Mother, the Nazi Midwife and Me (Dokumentationsfilm, Kanada 2013).
Schwoch, Rebecca (Hg.): Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus. Ein Gedenkbuch. Berlin; Teetz 2009.

Sechste Verordnung zur Durchführung des Hebammengesetzes. Aus- und Fortbildung der Hebammen. Vom 16. September 1941. (RGBl. I S. 561.). In: Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind (Hg.): Sammlung der gesetzlichen Vorschriften auf dem Gebiete des Hebammen- und Wochenpflegerinnenwesens, Berlin 1943, S. 11-15.

Sozialpolitisches Archiv der Universität Bremen, Sammlung Leibfried (ZeS), Ordner US Doc-Center Hanna Conti, Leonardo Conti, Kurt Klare, Kurt Blome (Gesprächsprotokoll).

Stadtarchiv & Historische Museen Karlsruhe, Gedenkbuch für die Karlsruher Juden, Eintrag Spitzer, Adele, ID: 4105.

The ARC www.deathcamps.org: http://www.deathcamps.org/occupation/maly%20trostinec_de.html, 24.04.2012.

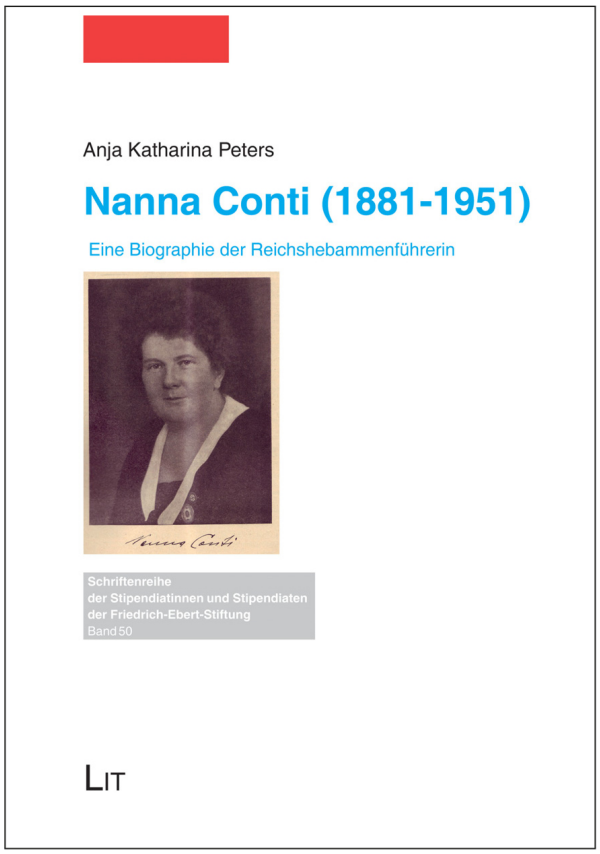
Thüringisches Staatsarchiv Rudolstadt (ThStA Rudolstadt), Thüringisches Kreisamt Arnstadt Nr. 5747.

Tiedemann, Kirsten: Professionalisierung unter dem Zeichen von Hammer und Zirkel (1945-1989). In: Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hg.): Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. Karlsruhe 2006, S. 79-112.

Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin: Sammlung, Rott, Kasten 140, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, I. Korrektur 3. 6. 1937.

WDR 3 (Archiv): Hebammen im Dritten Reich, Sendung vom 19. Juni 1983.
Wellcome Collection, SA/ICM/R/3.

• NEU • NEU • NEU • NEU •



Anja Katharina Peters

Nanna Conti (1881-1951)

Eine Biographie der Reichshebammenführerin

Die „Reichshebammenführerin“ Nanna Conti (1881 – 1951) wirkte grundlegend am „Reichshebammengesetz“ mit. Bis heute haben aufgrund dieses Gesetzes deutsche und österreichische Hebammen das Monopol auf die komplikationslose Entbindung. In ihre Verantwortung fallen aber auch die Verdrängung der jüdischen Hebammen aus dem Beruf und die Beteiligung der Hebammen an der Biopolitik der Nazis. Was immer sie leistete, stand unter dem Zeichen des Hakenkreuzes. Ihre Biographie ist die einer nationalsozialistischen Funktionärin.

„Frau Peters hat eine exzellente Arbeit verfasst und damit bewiesen, dass eine medizingeschichtliche Biographie zur historischen Grundlagenforschung beitragen kann.“
Prof. Dr. Dr. Mariacarla Gadebusch Bondio, TU München

Dr. Anja K. Peters arbeitet in Neubrandenburg als wissenschaftliche Mitarbeiterin einer Abgeordneten. Zudem forscht und lehrt sie zur Pflege- und Hebammengeschichte.

Schriftenreihe der Stipendiatinnen und Stipendiaten derFriedrich-Ebert-Stiftung, Bd. 50, 408 S., 44,90 €, br, ISBN 978-3-643-13985-6

LIT Verlag Berlin – Münster – Wien – Zürich – London
Fresnostr. 2 D-48159 Münster Tel. +49 (0) 2 51 / 620 32 -22 Fax +49 (0) 2 51 / 922 60 99 E-Mail: bestellung@lit-verlag.de

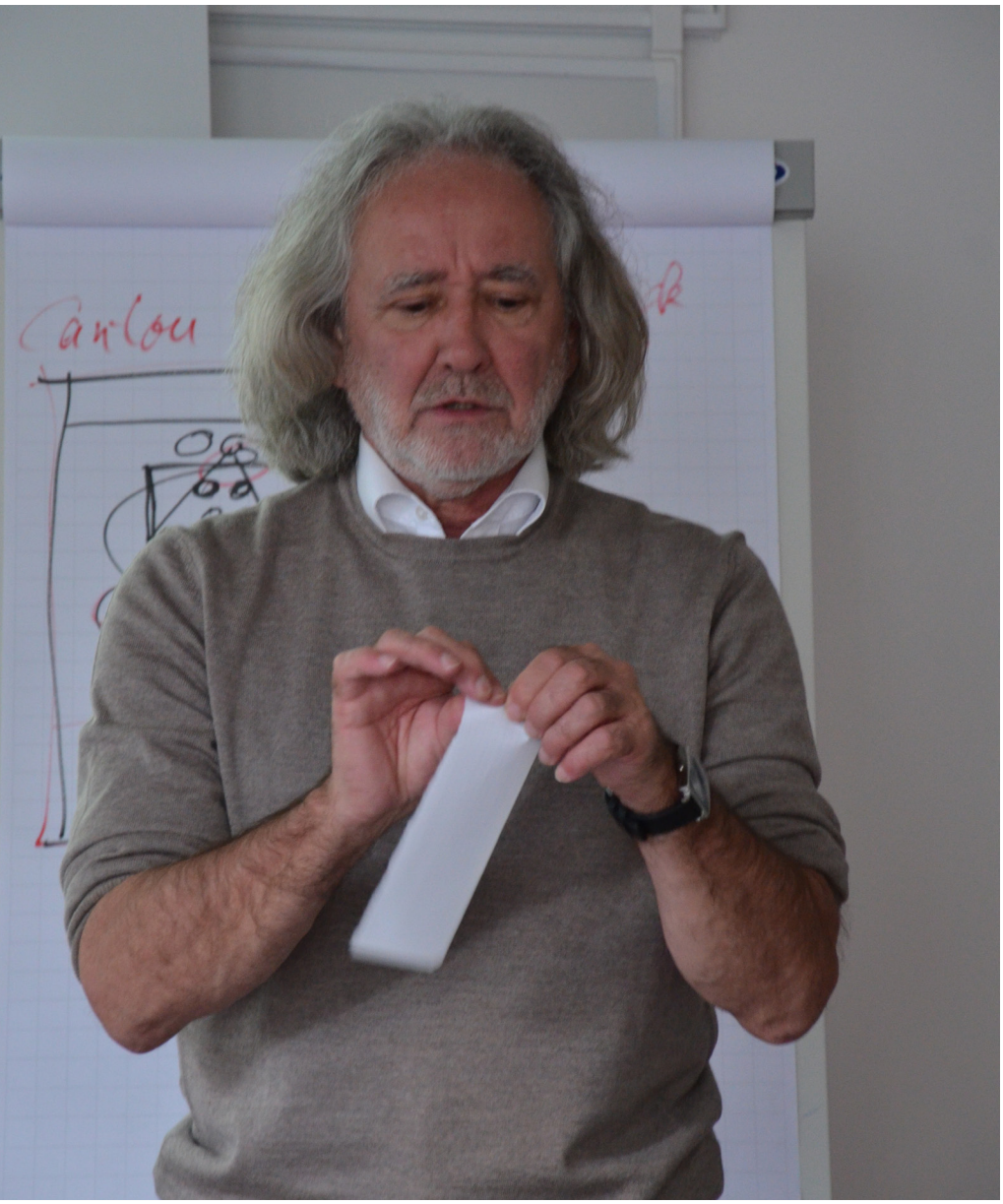
Zahlung per Bankeinzug
Lassen Sie Ihre Rechnungsbeträge bequem abbuchen.
Bei Bankeinzug erfolgt die Lieferung **versandkostenfrei**. Teilen Sie uns die Bankverbindung ggf. in zwei separaten E-Mails mit.

LIT VERLAG
Fresnostr. 2
D-48159 Münster

____ Exemplar(e) von **Anja Katharina Peters, Nanna Conti (1881-1951)**
408 S., br, ISBN 978-3-643-13985-6, 44,90 €

Name: .....
Straße: .....
PLZ, Ort: .....
Tel.: .....
IBAN: .....
BIC: .....
E-Mail: .....
(bitte unbedingt angeben)

.....
Datum Unterschrift



Von Normalien und Anderland

Erich Schützendorf, oder: dem Mensch als Mensch begegnen

Das BFI Salzburg steht schon seit vielen Jahren für innovative Ausbildungen in den Gesundheitsberufen. An der Weiterbildungsakademie Pflege werden stets neue Maßstäbe gesetzt. Diesmal gab es einen ganz besonderen Event zum Thema „Demenz“. Kein geringerer als Erich Schützendorf präsentierte zwei Tage das „Anderland“. Um diesmal „einmal ANDERS“ zu berichten, entschlossen wir uns für einen Bericht aus der Teilnehmerinnenperspektive.

Zwei Tage, zwei Perspektiven

„Menschen haben das Recht auf unvernünftige Selbstbestimmung im Alter auch wenn sie verwirrt sind.“

Gleich am ersten Tag wurde die Thematik des sogenannten herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz behandelt. Wobei Schützendorf schon auf die Schwierigkeit der Bezeichnung hinweist, denn was soll denn „herausfordernd“ bedeuten!? Die Menschen sind anstrengend, aggressiv, laut,... das ist es, auch wenn es durch die Verwendung anderer Worte nun besser klingt. Es ist nicht nur die Sprache, die lenkt. Ja, sie lenkt, aber wenn dies so einfach wäre, warum hat dann Gendern nicht schon lange etwas bewirkt?! Also geht es um viel mehr. Es geht um die Beziehung zum Menschen selbst und die Beziehungsarbeit in der Pflege. Vierzig Jahre, so Schützendorf, hat er sich damit beschäftigt und versucht, einen Ansatz aufzuzeigen.

Perspektivensicht Tag eins – „Überleben im Meer der Verrücktheit“

In vielen Fallbeispielen wurde die Perspektive der Pflegeperson erarbeitet, was braucht die Pflege um gute Beziehungsarbeit zu leisten? Wie muss diese aussehen? Wann ist man wirklich in einem Bezug zum Anderen und wann steht man im wahrsten Sinne des Wortes nur daneben?

Schützendorf vergleicht die Welt der Menschen mit Demenz mit dem Meer der Ver-rücktheit. Der Geist ist ver-rückt. Alles ist anders. Er vergleicht die Pflegeperson mit einem Schwimmer oder Taucher im Meer. Wie lange kann ich die Luft anhalten? Wie lange kann ich beim Anderen sein? Was braucht es dafür?

Anhand von diversen Fallbeispielen, Videoanalysen, die sehr hilfreich sind beim Verstehen der Perspektivensicht wird in der Gruppe erarbeitet worum es wirklich geht. Der Beziehungskontakt,

der nur dann möglich wird, wenn sich die Pflegeperson auf den Menschen mit Demenz (MmD) ohne Vorurteile einlässt. Zeit lässt, beobachtet und nicht anhand ihrer eigenen normalen Normen wertet.

Schützendorf liest aus der Geschichte des kleinen Prinzen, die Stelle mit der Rose, die im Glassturz ist und sich schönmacht. Er vergleicht die Situation mit der des MmD, der Zeit braucht und nimmt die Metapher der Dornen der Rose für jene herausfordernden Verhaltensweisen, die MmD an den Tag legen wie

- die Langsamkeit, auf die man sich als Pflegeperson einstellen muss,
- die Vorhersehbarkeit, weil MmD oft Wortwiederholungen haben oder Handlungen immer wieder machen.

Er fragt danach, wieviel Pflegepersonen aushalten können, ja – glauben zu müssen.

„Dürfen wir MmD leiden lassen? Dürfen wir sie reden lassen ohne zu Antworten?“

„Es gibt nichts schwierigeres, als Beziehungen. Ein Mensch kann einem den Morgen verzaubern und den Abend versauen.“

Beziehungen sind Geben und Nehmen. Leiden und Leiden lassen, keine Beziehung kommt ohne dem aus. Pflegebeziehungen verlaufen genauso. Aber Schützendorf warnt, denn niemand steckt Kränkungen einfach weg. Auch wenn es der Pflegeperson selbst bewusst ist, dass eigentlich nicht sie selbst gemeint war.

In Beziehungen kommt kein Mensch ohne Rückzahlungen oder Kontoausgleich aus – wo ist die Grenze!? Zu Gewalt im Pflegealltag kommt es deshalb, weil diese Problematiken nicht besprochen werden. Gewaltausbrüche dürfen nicht zur Strategie werden! Sie sind kein akzeptables „Rettungsboot“! Natürlich weiß die Pflege aus fachlicher Sicht, dass MmD nichts für ihr Verhalten diesbezüglich können, aber die Pflegepersonen müssen sich eingestehen, dass sie darunter leiden. Diese Fakten müssen besprochen werden, nicht geleugnet, denn Leugnung ist krankhaft!

„Im Meer der Verrücktheit muss die Pflegeperson, als Festlandbewohner, Rettungsboote und Inseln benutzen, um nicht unter zu gehen.“

Anhand von vielen Filmen, die in der Gruppe analysiert werden, zeigt Schützendorf nachvollziehbar auf, wie lange durchgehende Beziehungsarbeit in der Pflege möglich ist und wie wichtig auch Eigenzeit ist. Denn nur das selbst herausnehmen aus Beziehungssituationen ermöglicht mit zusätzlich ausreichend Zeit zur Analyse das Erkennen von Handlungsmustern und das Setzen notwendiger Schritte. Schritte um die Beziehungsarbeit zu ermöglichen und die Eigenzeit zur Regeneration nicht mit einem schlechten Gewissen zu nehmen. Denn ohne Eigenzeit („Rettungsboot“) kann keine gute Beziehungsarbeit ermöglicht werden. In den Diskussionen der Gruppe wird deutlich, wie schwer es als Pflegeperson ist, sich diese Eigenzeit zuzugestehen. Aber wie wichtig diese ist, um nicht unter zu gehen und zu ertrinken (im wahrsten Sinne des Wortes). Schützendorf zeigt hier wichtige Wege auch hinsichtlich Gewaltprävention auf, die zu gehen wichtig sind. Pflegepersonen müssen lernen, wohlwollend auf sich selbst zu achten. Ein Perspektivenwechsel ist überlebensnotwendig in der Pflege!

Rettungsboote wie

- Passivität (nicht immer muss Aktivität stattfinden) und
- Stille (Ruhe als Erholungsmöglichkeit),
- Sprache (ein Austausch mit anderen Pflegenden) sowie
- Funktionalität (Arbeitsvorgänge, die keine Beziehungsarbeit beinhalten),
- Radio oder Fernseher auf der Station (hilft der Pflege, nicht dem MmD, der braucht eher Ruhe) oder
- Fitnessräume (Aggressions-Entladungs-Stationen)

ermöglichen bei sich selbst zu sein, Eigenzeit zu nehmen und Kraft für weitere Beziehungspflege zu schöpfen. Jede einzelne Pflegeperson muss sich selbstreflektiv darüber bewusst sein, wie lange sie beim MmD bleibt ob sie zur Verabschiedung reden muss oder einfach gehen kann. MmD brauchen Halt. Sie mögen es, gehalten zu werden, nicht gestreichelt. Pflegende müssen sich auf ihr Gefühl verlassen dürfen, sie müssen ihr Handeln reflektieren und nicht verurteilen.

„Ich begegne dem Mensch als Mensch, nicht als Experte! Das Eintauchen ins Meer der Verrücktheit ist eine Frage der Tiefe.“

Denn Experten haben Macht, aufgrund ihres Wissens, aber zeigen keine Gefühle. Das Zeigen der Gefühle in der Beziehungspflege, auch wenn es das Gefühl der Hilflosigkeit ist, ist wichtig. Pflegende müssen wissen, was brauchen sie selbst um beim Menschen zu sein? Welche Hilfsmittel („Taucheranzüge“) können sich Pflegepersonen bedienen? Wie lange kann die intensive Beziehungsarbeit

geleistet werden? Es sollte in Sekunden und Minuten gedacht werden. Achtsamkeit, Passivität und Gefühle zulassen.

„MmD brauchen die Passivitäten des täglichen Lebens – nicht die Aktivitäten des täglichen Lebens."

Pflegepersonen haben den Anspruch Verfügbar sein zu müssen. Permanente Verfügbarkeit ist in einer Beziehung allerdings für Schützendorf unmöglich.

„Man braucht Inseln und Rettungsboote um im Meer der Verrücktheit nicht unter zu gehen."

„Rettungsboote" und „Inseln" müssen bekannt und überlegt sein und im Sinne der Eigenzeit für sich selbst von Pflegenden genützt werden um zu Verhindern, dass Krankheit, als letzte Flucht, letzter Ausweg für einen Rückzug notwendig wird. Denn die Belastungen im Pflegeberuf sind oft groß, wenn die Pflegenden lernen, auch während der Arbeit für sich selbst da zu sein, nehmen sie nicht alles mit nach hause. Ein Ausbalancieren ist wichtig und es ist die Verantwortung der Führung, so Schützendorf, dafür zu sorgen, dass die MitarbeiterInnen auch Eigenzeit für sich in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit zur Mitgestaltung muss gegeben sein um individuelle Insel-Lösungen zu generieren, auch die Kosten dafür müssen vom Unternehmen getragen werden.

„Wir müssen anfangen Biotope aus unseren Wohnbereichen für MmD zu machen, nicht MmD in unsere Welt zu stecken."

Auch MmD haben Selbstheilungskräfte, die ihnen nicht genommen werden sollten. Problematisch daran ist oft, dass diese neuen

Handlungen dann den Ablauf, die Strukturen und die Mitbewohner wie das Pflegepersonal stören, da sie meist als herausforderndes Verhalten gesehen werden. Wie z.B. Herumgehen, Rufen, wiederholende Sätze oder Wörter, usw. Hier müsste Raum geschaffen werden für das Pflegepersonal, um dies aushalten zu können, wie z.B. schalldichte Räume für wirkliche Eigenzeit. Denn dann kann auch Halt und Kraft gegeben werden, wenn MmD diese suchen, sie zeigen es dann auch in ihrem Verhalten (weinerliches, suchendes Verhalten). Es braucht dazu ein Umdenken in der gesellschaftlichen Vorstellung von Würde. Würde hängt in unserer Gesellschaft von Verstand und Rationalität ab. Dies ist aber nicht vereinbar mit dem Verständnis von Würde für MmD! In ethischen Fallbesprechungen und im Betrachten der Alltagsethik muss auch im Sinne von einer Vermeidung von Grenzüberschreitungen im Team gemeinsam ausverhandelt werden, wie die Grenzen gesteckt werden und welches Leiden auf beiden Seiten – Team und MmD – vertretbar ist. Dies sind immer Einzelfall-Entscheidungen, von Mensch zu Mensch für beide.

MmD werden ohnehin ausgegrenzt, da sie in unserer Gesellschaft, in unserer Welt nicht zurechtkommen. Schützendorf postuliert, den Raum für MmD so einzurichten, wie diese/r es braucht. Im Sinne der Würde sollte überlegt werden was dem Menschen jetzt gut tut nicht was dem vorher gesunden Menschen gutgetan hat.

Schützendorf zeigt, dass durch das Schaffen von speziellen Räumlichkeiten, die auf die Bedürfnisse des MmD ausgerichtet sind, (immer Einzelfallbezogen!), die Menschen jene Wertschätzung erfahren, die sie brauchen. Schafft man einen Raum, wo jene MmD, die sich gerne ausziehen, dies auch tun können, so sind diese wertgeschätzt, dieses herausfordernde Verhalten ist nicht störend und Pflegepersonen können aktiv sich einlassen auf die Beziehung, wenn sie diesen Raum betreten. Sie sind nicht immer damit kon-

frontiert und daher fällt für beide Parteien der Stress (das Konfliktpotential) weg.

„Wir dürfen MmD gegen ihren Willen waschen aber wir müssen uns nachher wieder versöhnen!“

MmD nehmen die Welt anders wahr. Sie erkennen Gegenstände nicht und verstehen ihre Funktionalität nicht mehr. Dies kann Stress auslösen. Ebenso besteht die Gefahr, dass MmD kleinste Verletzungen aus ihrer Kindheit (es sind nicht immer die großen traumatischen Erlebnisse) immer wieder durchleben! MmD erinnern nicht, sie durchleben die Situationen, das ist oftmals viel schlimmer. Mit behutsamer Beziehungsarbeit begleitet man als Pflegeperson den MmD die kognitiven Stufen wieder hinunter um ihnen auf ihrer Ebene zu begegnen. Aber MmD dürfen nie mit ihrer Unsicherheit zurückgelassen werden!

Fazit Perspektivensicht Pflegeperson:
Die Rettungsboote die uns guttun müssen wir immer dahingehend überprüfen, ob die dem Menschen (mD) gut tun!

Perspektivensicht Tag zwei – „Von Anderland und Normalien“, ein liebevoller Blick auf den Menschen mit Demenz (MmD)

Schützendorf verweist auf den Kompromiss nach Habermas, nach dem Bedürfnisse im Diskurs auf Augenhöhe ausverhandelt werden müssen. Gerade hier bedarf es auch der Beachtung der Bedürfnisse von MmD. Hierbei besteht allerdings eine große Schwierigkeit, denn es reicht nicht sich mit dem mutmaßlichen Willen (Was hätte sich die Person gewünscht/hätte sie gewollt, als sie noch bei Verstand war?) zu beschäftigen, denn MmD bewegen sich vom Verstande weg. Das bedeutet aber auch, dass dich die Bedürfnisse im laufe der Zeit mit verändern. Welche Bedürfnisse sollen denn nun beachtet werden?! Grundsätzlich jene, die dann vorrangig sind, so Schützendorf. Denn um MmD ihre Würde zu lassen muss man sie nicht mit unserem Würdeverständnis der Rationalität und der Höhe des Verstandes beurteilen, sondern die Bedürfnisse erfüllen, die sie als Mensch jetzt haben.

Rationalität und Funktionalität gelten in unserer Welt, nicht in Anderland.

Laut Schützendorf ist es provokant, an Kant’s Würdeverständnis festzuhalten, wenn man MmD begegnen möchte. Denn Kant hat Würde an Rationalität festgemacht. Für Kant es war die Kognition, die die Persönlichkeit bzw. die Person selbst ausgemacht hat. Eine gefährliche Vorstellung für Schützendorf, denn auch MmD haben eine Persönlichkeit und ein Recht auf Autonomie.

Zweck-freies Tun (Spielen) so wie Schiller es postuliert, „der Mensch ist erst da ganz Mensch wo er spielt“, muss auch als wichtig erachtet werden. Der Würdebegriff muss auch daran gemessen werden, ob Spielen möglich wird. Nicht nur anhand des Vorhanden sein von Verstand und Rationalität.

„Es geht darum den Blick des MmD auszuhalten und mit ihm zurück zu blicken, re-spectare“.

Respekt zu erweisen, Autonomie zu erhalten.

„Man begegnet den MmD wie in Normalien, statt wie in Anderland, das ist das Problem.“

Nietsche hat in seinen Schriften die apollonische und die dionysische Welt beschrieben, welche in Balance sein muss, damit der Geist zufrieden und ausgeglichen ist. Für Schützendorf sind dies (anthropologisch betrachtet) „Normalien“ (Vertrautheit, Rationaliät, Planbarkeit, Funktionalität, Erfolg,...) und „Anderland“ (Poesie, Träume, Land der Sinne, Lust, Gefühle, Phantasie,...). Für MmD ist die dionysische Welt wichtiger als die apollonische, die Balance ist gestört. Damit dieses Ungleichgewicht wieder ausgeglichen wird, MmD auch Mensch bleiben können, muss die Pflege den Part des Apollonischen ausgleichen. Begegnen muss man diesen MmD allerdings auf dionyischer Ebene, um sie zu erreichen. Ein Beispiel ist das Anklopfen an der Türe. In Anderland gibt es andere Höflichkeitsformen als in Normalien! MmD suchen wo das Klopfen herkommt. Wenn ich da bin, nehme ich behutsam direkt Kontakt auf. Klopfen kann verwirren.

„Körperpflege (Pflegehandlungen) bedeutet fertig gemacht werden für Normalien.“

Der Mensch bleibt ein sexuelles Wesen bis zum Tod. Erotik und Sexualität sind oft irritierend in der Pflege bei MmD, selten aber gefährlich. Derzeit wird leider nur der Missbrauch und das Negative thematisiert, aber das positive daran wird selten besprochen. Der erotischen Reise im Kopf steht bei MmD der Verstand nicht mehr im Wege und dann „reisen“ MmD oft. Bedrohlich wird es nur dann, wenn die Wahnvorstellungen so weit gehen, dass die Pflegepersonen darin vorkommen. Supervision kann gut Schutz geben. Wenn Pflegepersonen gut damit umgehen können, kann Erotik/Flirten eingesetzt werden in der

Pflegebeziehung. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die Pflegepersonen mit der offensten Toleranzgrenze nicht dann die Norm für alle KollegInnen darstellen. SexualtherapeutInnen sollen auf jeden Fall auch in die Betreuung einbezogen werden, wenn nötig. Die Probleme mit der Sexualität von MmD haben oft die Angehörigen, wenn diese gut aufgeklärt werden, nimmt das viel Stress aus der Beziehung. Denn oftmals wird das Weltbild der Angehörigen zerstört. Dies muss immer mit bedacht werden.

„'Professionelle Distanz' ist Unsinn!"

MmD wünschen sich Nähe. Wenn die Pflegenden Kuscheln können und dies für sie in Ordnung ist, dann ist es das Schönste was an Nähe gegeben werden kann. Begegnungen und Nähe, sowie Erotik und Sexualität für MmD sollten gefördert werden und nicht verhindert (immer natürlich auch im Sinne des Schutzbefohlenem keine Frage). Zimmer müssen umgestaltet werden.

„Anderland liegt leicht verrückt gleich neben Normalien."

Anderland hat andere Zeitmessungen, hier wird nicht chronologisch gemessen, sondern in Ereigniszeiten. Die Anderländer machen die Zeiten von ihren Bedürfnissen abhängig, manchmal ist Zeit nachts die Schränke zu sortieren. Angstzeit ist dann, wenn sie Angst haben, das kollidiert manchmal mit den Normaliern, die chronologisch vorgehen und dann z.B. Mittagessenszeit ist, wenn eigentlich Angstzeit in Anderland ist. Normalier versuchen immer etwas zu bewirken. Angst weg zu bekommen schaffen sie aber oft nicht.

Pflegende müssen sich überlegen, wessen Anwalt sie sind. Wessen Bedürfnisse sie decken wollen. Es ist wichtig, MmD dort zu begegnen, wo sie sind.

„Muss man den Verstand ansprechen um sich zu verständigen?"

Auch die Sprache in Anderland ist anders. Die Worte sind dieselben, aber der Sinnzusammenhang ist ein anderer. Normalier haben einen Gen-Defekt, so Schützendorf, sie haben ein Frage-Gen und müssen immer Fragen stellen, obwohl Anderlandier diese abstrakten Fragen nicht verstehen. Sprache ist das schlechteste Transportmittel in der Beziehung mit MmD. Sprache kann fordernd, reglementierend, fragend oder erklärend sein, dies ist aber nichts was in der Kommunikation mit MmD funktioniert aufgrund deren kognitiver Lage. Sucht man ein ethnologisches Verständnis von Anderland im Sinne eines Kulturverständnisses so kann mittels Hermeneutik das Verhalten von MmD gut gedeutet werden.

„In Ruhe Alt werden dürfen."

Alter wird heute oftmals als Krankheit gesehen, statt als Lebensphase. Aktivierende Pflege als „Muss" ist oftmals der falsche Weg. Warum hat der Mensch kein Recht auf Nachlassen und Rückzug im Ruhe-Stand fragt Schützendorf berechtigter Weise. In Ruhe alt werden dürfen wäre ein Erfolg. Verwöhnen in einer Pflegebeziehung ist oftmals erst im Hospiz als gerechtfertigt angesehen, warum nicht schon früher?

„MmD sind nicht gruppenfähig und im Prinzip brauchen sie auch nicht die Gemeinschaft, sie brauchen aber uns."

MmD sind hoch sensibel. Kommt ein Normalier ins Anderland so spüren MmD gleich die Schwingungen. Wenn wir den Raum betreten, dann achtsam, behutsam und aufmerksam. Jede Pflegeperson muss sich selbst überlegen, betritt sie Anderland als Herrscher oder als Ethnologe?!

Wir wollen uns nicht mit MmD verständigen, sondern mit ihnen Kommunizieren. Die hermeneutische Interpretation, der hermeneutische Zirkel als Sinn-Entdeckung, nicht zum Funktionsverständnis. Funktionalität entspricht einer gewissen Lieblosigkeit. Kann Pflege nicht auch sinnlich zum Essen oder Baden, oder zum Anziehen, verführen?! Die kleinen Glücksmomente wieder zum Vorschein bringen. Denn Normalier verführen nicht, sie erklären. Das Verstehen funktioniert bei Anderländer aber nicht. Es ist vergleichbar einer kindhaften Begegnung, aber nichts Kindisches.

MmD ver-rücken mit ihren Automatismen, aber aus der Biografie heraus kann gut interpretiert werden, was MmD dann machen. Dinge, die MmD nicht verstehen, werden versucht zu begreifen. Spielend setzt sich der Mensch handelnd in Bezug zu Gegenständen die er nicht versteht und versucht sie so zu begreifen. Dies ist nicht würdelos! Obwohl – was keinen Zweck hat, hat für Normalier oft keinen Sinn...

Am Ende des Seminars musste die Gruppe versprechen sich öfter gegen das Funktionale und für die spielerische Seite zu entscheiden.

„MmD haben die Macht in Anderland!"

Schützendorf stellt die provokante Frage, ob es immer zur sensori-

schen Deprivation kommt, wenn keine Aktivierung mit MmD unternommen wird, oder ob es auch möglich ist, den Menschen alleine in seinen Beobachtungen zu lassen. Er gibt als Beispiel einen MmD der beim Fenster hinaussieht und den Baum mit all seinen Facetten als Freund in Ruhe betrachtet und dabei zufrieden ist.

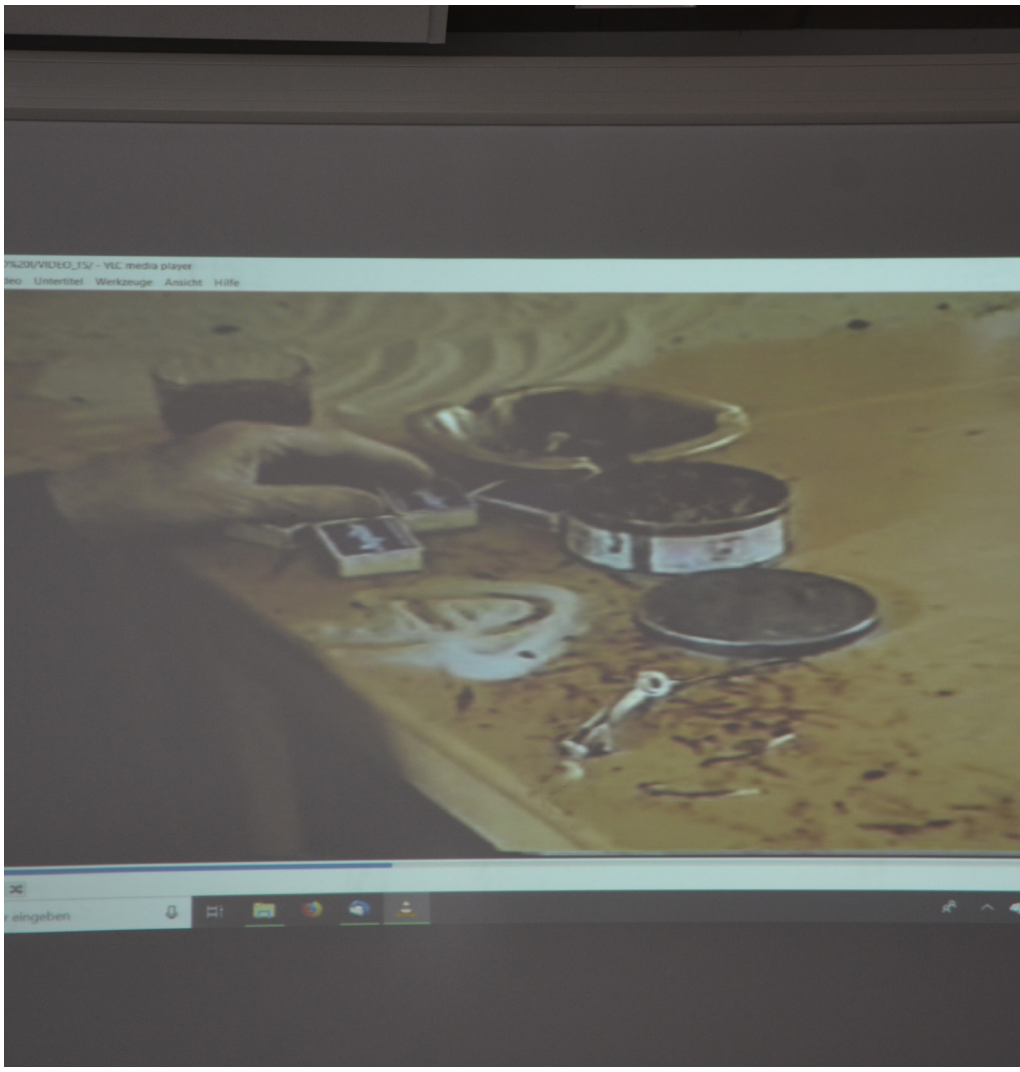
Pflegende sollten Reisebegleiter sein aus Normalien, wenn Anderländer einmal nach Normalien kommen wollen/müssen. Sie sollten keine Herrscher oder Missionare sein, die zwar wissen was gut ist für den Menschen aber schlecht Gefühle zeigen können.

„MmD machen lassen – denn wer Macht hat, der macht."

Wir grenzen MmD oft aus und begegnen ihnen in unseren Pflegeeinrichtungen dann wieder mit den gleichen Bedingungen an denen sie schon vorher gescheitert sind. Nicht das Leben in homöopathischen Dosen ins Pflegegeheim bringen sondern MmD ins Leben bringen.

„Die Voraussetzung für Achtsamkeit ist nichts tun und warten."

Fazit:
Zwei sehr lehrreiche und wundervolle Tage der Achtsamkeit mit einem Menschen dem ich hohen Respekt zolle, der Menschen als Mensch begegnet und eine Lebensverfügung statt einer Patientenverfügung verfasst hat, damit Leben und Genuss bis ans Lebensende ermöglicht werden kann.



Biotop für MmD – so sollte ein Tisch in Anderland aussehen.

Autorin

Karin Eder, BSc, MSc
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Advanced Practice Nurse, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule St. Pölten, Leitung der Weiterbildung Pflege bei Demenz.

Österreichische Demenz-Expertise vernetzen

Exemplarische Ausgestaltungen der Demenzstrategie „Gut Leben mit Demenz“

Demenzerkrankungen stellen global und national eine Public Health Priorität dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ruft mit dem 2017 veröffentlichten globalen Aktionsplan zu Demenzerkrankungen die Mitgliedstaaten auf, nationale Strategien und Konzepte zur Demenzprävention, -früherkennung, -behandlung und -forschung zu entwickeln und umzusetzen. Dieser Forderung trägt die Österreichische Demenzstrategie „Gut Leben mit Demenz“ (Juraszovich et al., 2015) Rechnung. Rund 70 Personen aus Politik, Wissenschaft und Praxis entwickelten gemeinsam mit Menschen mit Demenz im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit sieben Wirkungsziele mit 21 zugeordneten Handlungsempfehlungen. Diese sollen die Lebenssituation von Betroffenen und von deren An- und Zugehörigen verbessern. Abbildung 1 veranschaulicht die sieben Wirkungsziele, weitere Informationen finden sich auf der Website www.demenzstrategie.at (Zugriff am 05.09.2018).

Zur Unterstützung des Wirkungszieles 7 „Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung“ wurde im Dezember 2017 die Kompetenzgruppe Demenz innerhalb der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) begründet (Mir & Gebhard, 2018). Die Kompetenzgruppe ist ein interdisziplinäres, österreichweites Netzwerk aus Forschenden und relevanten Stakeholdern aus der Praxis. Ziel ist es, eine dauerhafte Struktur zum Austausch von Ideen und Erkenntnissen zu schaffen, gemeinsame Forschungsideen und -projekte zu entwickeln sowie Forschungsergebnisse zu kommunizieren. Entsprechend der Handlungsempfehlung 7c wird großer Wert auf eine zielgruppengerechte Wissenschaftskommunikation gelegt und innovative Wege des Wissenstransfers sollen hier beschritten werden. Der kontinuierliche Dialog mit relevanten Stakeholdern aus Wirtschaft, Praxis und Politik wird als bedeutsam erachtet. Darüber hinaus will die Kompetenzgruppe Demenz mit ihrer Arbeit aufzeigen, welche Fragestellungen und Themenkomplexe im Rahmen einer nationalen Forschungsagenda (Handlungsempfehlung 7b) von besonderer Relevanz sind. So stellt in diesem Zusammenhang etwa das bislang vernachlässigte Thema „Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz“ einen Schwerpunkt dar. Wichtige Beiträge liefert die Kompetenzgruppe Demenz auch zum Wirkungsziel 2 „Information breit und zielgruppenspezifisch ausbauen“: Die Handlungsempfehlung 2b ruft hier zu breiter Öffentlichkeitsarbeit etwa in Form von Informationsreihen, öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten und Veranstaltungen auf. Mit der Ausschreibung des 1. Österreichischen Demenzpreises, der von der maierhofer Gruppe unterstützt wird, holt die Kompetenzgruppe Demenz österreichische Demenzprojekte vor den Vorhang und nimmt die Preisvergabe zum Anlass, im Frühsommer 2019 einen Demenzfachtag zu veranstalten. Hier wird eine ressourcenorientierte Sicht auf das Thema Demenz im Vordergrund stehen, um ein Zeichen gegen die Pathologisierung der Demenz zu setzen.

Im Rahmen der 21. wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH (23. und

Abbildung 1. Die sieben Wirkungsziele der Österreichischen Demenzstrategie (GÖG, eigene Darstellung)

24. Mai 2018) haben Mitglieder der Kompetenzgruppe Demenz ihre aktuelle forschungsbezogene Arbeit vorgestellt (Gebhard et al., 2018) und damit ihre Beiträge zu den diversen Wirkungszielen und Handlungsempfehlungen der Österreichischen Demenzstrategie aufgezeigt. Dabei wurden das Projekt DEMDATA, das Projekt „Orientierungshilfe für die Entwicklung von Demenzkompetenz in Spitälern“, die Initiative „Demenz braucht Kompetenz“, das Programm „Demenzfreundliche Apotheke“, sowie ein Input zur Relevanz von Forschungspartizipation von Menschen mit Demenz präsentiert. Die folgende Zusammenfassung gibt einen Einblick in die Inhalte.

Das Projekt DEMDATA, das vom österreichischen Wissenschaftsfond (FWF) gefördert wird (I 2361-1327, https://www.donau-uni.ac.at/de/department/kmp/projekte/id/23673/index.php, Zugriff am 10.09.2018) bietet aufschlussreiche Erkenntnisse hinsichtlich der Prävalenz von Demenzerkrankungen in österreichischen Pflegeheimen (Auer et al., 2017, 2018): Die 571 österreichischen Studienteilnehmenden sind im Schnitt 85 Jahre alt und 73.4% sind weiblich. Kognitive Testungen ergaben für 85.2% der untersuchten Bewohner*innen Hinweise auf demenzielle Veränderungen (leichte bis schwerwiegende Formen), während lediglich für 58.8% eine Demenzdiagnose in der Bewohner*innenakte aufzufinden war. Das Aufzeigen dieser eklatanten Diskrepanz in den demenzbezogenen Grundlagendaten verdeutlicht, wie wichtig die systematische Erhebung von Prävalenzdaten zu Demenz ist – eine Forderung, die sich im Wirkungsziel 7 „Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung“ wiederfindet. Erst durch verlässliche Daten zur Anzahl der Betroffenen können Versorgungsstrategien und -angebote langfristig geplant und umgesetzt werden; im Falle des Projekts DEMDATA wird es erst darauf basierend möglich, eine „Bestmögliche Langzeitbetreuung von Menschen mit Demenz“ (Handlungsempfehlung 5a) zu gewährleisten.

Ebenso im Rahmen des Wir-

(C) Ocskay Mark

kungszieles 5 „Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten“ ist die Orientierungshilfe für die Entwicklung von Demenzkompetenz in Spitälern (Juraszovich & Rappold, 2017) anzusiedeln. Mit der Handlungsempfehlung 5b wird nämlich festgesetzt, dass Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst werden sollen. Die Orientierungshilfe soll Entscheidungsträger*innen und Führungskräfte im Setting Krankenhaus für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren qualitätsvolle Begleitung sensibilisieren. Ausgehend von Maßnahmen für die fünf Kategorien (1) Personal, (2) Partnerschaftlichkeit, (3) Assessment und Risikoidentifikation, (4) individualisierte Betreuung und Versorgung sowie (5) demenzgerechte Umgebung und Ausstattung werden Beispiele aus der Praxis aufgezeigt, an denen sich Krankenhäuser auf dem Weg zu Demenzkompetenz orientieren können. Die Orientierungshilfe steht unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/9/1/CH1513/CMS1478687320585/demenzkompetenz_kh_orientierungshilfe.pdf (Zugriff am 07.09.2018) als kostenloser Download zur Verfügung.

Die 2014 ins Leben gerufene Initiative Demenz braucht Kompetenz der tirol kliniken (Czegka, 2018) leistet neben der Sicherstellung und Gestaltung demenzgerechter Versorgungsangebote (Wirkungsziel 5) einen wichtigen Beitrag zum Wirkungsziel 3 „Wissen und Kompetenz stärken“. Einen wesentlichen Leitgedanken stellt die Sensibilisierung und Befähigung der Mitarbeitenden in Hinblick auf das Thema Demenz dar. Das Wissen um die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz und die Stärkung vorhandener Demenzexpertise in den Häusern der tirol kliniken gelten als zentrale Ansatzpunkte für Interventionen. So setzt sich die Initiative aus zahlreichen Bausteinen zusammen. Zum Beispiel wird über alle Standorte hinweg ein multiprofessionelles Schulungskonzept zum Thema Demenz/Delir umgesetzt, ein Memory-Netzwerk und eine Memory Expert*innengruppe sind aktiv, ein Informationsbogen und eine Checkliste „Gut vorbereitet ins Krankenhaus“ wurden erarbeitet, demenzspezifische Plakate und Broschüren wurden veröffentlicht, demenzspezifische Veranstaltungen finden regelmäßig statt. Zahlreiche Informationen rund um die Initiative können unter www.demenz.tirol-kliniken.at (Zugriff am 07.09.2018) abgerufen werden. Bis Ende 2018 werden 3000 Mitarbeitende ein Angebot des Schulungskonzeptes in Anspruch genommen haben, über 200 Memory Beauftragte und Memory Nurses gewährleisten die Umsetzung und Weiterentwicklung der Initiative vor Ort (Czegka, 2018).

Initiative Demenz braucht Kompetenz der tirol kliniken
(C) tirol kliniken/Kirchner

„Wissen und Kompetenz stärken“ (Wirkungsziel 3) ist auch für das Programm Demenzfreundliche Apotheke (Plunger et al., 2016) ein zentrales Anliegen. So wurde eine Fortbildungsreihe zur Sensibilisierung der Apothekenmitarbeitenden hinsichtlich der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und von betreuenden Angehörigen implementiert. Nachdem es sich bei Apotheken um niederschwellig zugängliche Gesundheitseinrichtungen handelt, sind sie wichtige,

häufig erste Anlaufstellen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Das Programm Demenzfreundliche Apotheke leistet demnach auch einen wichtigen Beitrag zum Wirkungsziel 2 „Information breit und zielgruppenspezifisch ausbauen“: Kompetente Beratung und Betreuung der Betroffenen sowie von deren Angehörigen durch Apothekenmitarbeitende stellt ein wichtiges niederschwelliges Informationsangebot (Handlungsempfehlung 2d) dar. Demenzspezifische Informationsveranstaltungen, Infoecken, Büchertische und Filmabende in den Apotheken sind weitere Maßnahmen, die umgesetzt werden konnten. Dadurch kann das Thema Demenz im kommunalen Umfeld stärker sichtbar gemacht, soziale Teilhabe und Wertschätzung für die Betroffenen und deren Angehörige gefördert werden (Wirkungsziel 1 „Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen“). Die Broschüre „Ins Gespräch kommen über Demenz. Toolbox“ (Plunger et al., o.J.) bietet eine Zusammenschau unterschiedlicher Materialien und der Programmerkenntnisse.

Die einzelnen vorgestellten Projekte beziehen sich auf die zentralen Versorgungssettings für Menschen mit Demenz, nämlich die Kommune, das Krankenhaus und das Pflegeheim. Egal in welchem Setting Initiativen und Forschungsprojekte zum Thema Demenz angesiedelt sind, ist ein Aspekt immer als zentral zu erachten: die Partizipation, also die Teilhabe der Betroffenen am Forschungsprozess selbst. Dem Ansatz der Partizipativen Gesundheitsforschung folgend (Wright, 2013) stellt sich dabei die Frage, wie den Menschen, deren Leben erforscht wird, ein Maximum an Partizipation ermöglicht werden kann bzw. in welchem Ausmaß dies für Menschen mit Demenz sinnhaft möglich ist (Gebhard, 2018). Eine gezielte Auseinandersetzung mit Methoden der Forschungspartizipation für Menschen mit Demenz könnte dazu beitragen, dass innerhalb der Forschungslandschaft der Handlungsempfehlung 1d „Partizipative Wissenschaft - Forschung mit allen umsetzen“ nachgekommen werden kann. Dieser Aspekt muss für Forschende zukünftig handlungsleitend sein und integraler Bestandteil der für Österreich zu entwickelnden nationalen Forschungsagenda werden.

Die Zusammenschau der Projekte und Initiativen macht deutlich, welcher Vielfalt an Ansätzen es bedarf, um die Wirkungsziele der Demenzstrategie in der Alltagswelt von Menschen mit Demenz umzusetzen. Das Wirkungszieles 7 „Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung“, dessen Bearbeitung sich die Kompetenzgruppe Demenz primär verschrieben hat, bildet dabei

„Memory Nurses“ (C) tirol kliniken/Seiwald

den Dreh- und Angelpunkt für die Informierung aller anderen Wirkungsziele. Die zentrale Bedeutung von Forschung streicht auch der globale Aktionsplan für Demenz (WHO, 2017) heraus: Darin wird zur Verdoppelung der Forschungstätigkeit im Zeitraum 2017 bis 2025 aufgerufen. Die Kompetenzgruppe Demenz möchte durch die Zusammenführung der Expertisen aus Praxis und Forschung einen relevanten Beitrag zur Erfüllung dieser Handlungsaufforderung leisten, um damit die Versorgungs- und Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Österreich nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Literatur

Auer S., Linsmayer, E., Beránková, A., Pascher, P., Firlinger, B., Prischl, D., Ratajczak, P., Span, E. & Holmerova, I. (2017). DEMDATA: The Austrian-Czech institutional long term care project – design and protocol of a two-centre cross sectional study. BMC Health Services Research 17:296. Online in Internet: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2244-x. Zugriff am 08.11.2018.

Auer, S.R., Höfler, M., Linsmayer, E., Beránková, A., Prieschl, D., Ratajczak, P., Šteffl, M. & Holmerová, I. (2018) Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. BMC Geriatrics 18:178. Online in Internet: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-018-0870-8. Zugriff am 11.09.2018.

Czegka, B. (2018). Initiative Demenz braucht Kompetenz. In ÖGPH, T.E. Dorner & C. Lackinger (Hrsg.), Abstract-Band. Health in all Societies (S. 52). Wien: SVD GmbH.

Gebhard, D. (2018). Partizipative Demenzforschung: Menschen mit Demenz als Co-Forschende – geht das? In ÖGPH, T.E. Dorner & C. Lackinger (Hrsg.), Abstract-Band. Health in all Societies (S. 52). Wien: SVD GmbH.

Gebhard, D., Mir, E., Auer, S., Czegka, B., Plunger, E. & Rappold, E. (2018). Demenz als Public Health Priorität – Aktuelle Trends und Best Practice aus Österreich. In ÖGPH, T.E. Dorner & C. Lackinger (Hrsg.),

Autorin

Eva Mir (geb. Brunner)
FH-Prof.in Priv.-Doz.in Mag.a Dr.in
arbeitet seit 2008 als Fachhochschulprofessur für Angewandte Sozialwissenschaften an den Studiengängen Gesundheits- und Pflegemanagement der Fachhochschule Kärnten. Im Mai 2014 hat sie sich an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd (Deutschland), an der sie 2010 als w3-Gastprofessorin gearbeitet hat, habilitiert (Titel der kumulativen Habilitationsschrift: Psychologische Gesundheitsförderung im Studien- und Arbeitskontext. Beiträge zur Förderung der Gesundheit von im Gesundheitswesen Tätigen). Die Venia Legendi wurde ihr für das Fachgebiet „Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention" verliehen. Eva Mir hat weitreichende Lehr- und Forschungsprojekterfahrungen und beschäftigt sich unter anderem mit Gesundheitsförderung für Studierende und für Menschen mit Demenz.
e.mir@fh-kaernten.at

Autorin

Univ. Prof.in Dr.in Stefanie Auer
Professorin für Demenzforschung an der Donau-Universität Krems seit 2015 und wissenschaftliche Leiterin der österreichischen MAS Alzheimerhilfe seit 2001. Den Kern ihrer Forschungstätigkeit bildet die Entwicklung evidenzbasierter nicht-pharmakologischer therapeutischer Interventionen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Seit 2001 entwickelte sie das gemeindenahe Versorgungsmodell der Demenzservicestelle. Dieses Modell wird derzeit in Kooperation mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und dem Land Oberösterreich für den roll-out vorbereitet. Die Entwicklung neuer Messinstrumente für Praxis und Wissenschaft sowie die wissenschaftliche Effektprüfung neuer Versorgungsmodelle im institutionellen Umfeld bilden weitere Forschungsschwerpunkte. Die Forschungsergebnisse wurden in verschiedenen hochrangigen Fachjournalen publiziert. Sie ist Mitglied zahlreicher internationaler Arbeitsgruppen, darunter „Interdem", einer Arbeitsgruppe zur Förderung nicht-pharmakologischer Therapieforschung sowie der Demenzarbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO). Stefanie.Auer@donau-uni.ac.at

Autorin

Mag.a Beate Czegka, MAS
Seit 2013 Abteilungsvorstand der Abteilung Pflegemanagement der Tirol Kliniken GmbH - Aufgabenbereich: Zukunftsorientierte, häuserübergreifende Konzept- und Strategieentwicklung für den Pflegebereich, seit 2014 Koordinatorin der Initiative Demenz braucht Kompetenz.

Von 2003 bis 2013 Pflegedirektorin im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien und im Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt. Fünf Jahre Erfahrung im extramuralen Bereich als Abteilungs- und Pflegedienstleiterin bei der NÖ Volkshilfe / Gesundheits- und Pflege Service (1997 bis 2002). Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium der Handelswissenschaften und ULG Krankenhausmanagement (WU Wien), MAS Gesundheitsmanagement (DUK); beate.czegka@tirol-kliniken.at

Abstract-Band. Health in all Societies (S. 50). Wien: SVD GmbH.
Juraszovich, B. & Rappold, E. (2017). Demenzkompetenz im Spital. Eine Orientierungshilfe. Wien: Gesundheit Österreich.

Juraszovich, B., Sax, G., Rappold, E., Pfabigan, D. & Stewig, F. (Hrsg.).(2015). Demenzstrategie Gut Leben mit Demenz. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.

Mir, E. & Gebhard, D. (2018). Österreichische Demenz-Expertise vernetzen: Die Kompetenzgruppe Demenz stellt sich vor. In ÖGPH, T.E. Dorner & C. Lackinger (Hrsg.), Abstract-Band. Health in all Societies (S. 56). Wien: SVD GmbH.

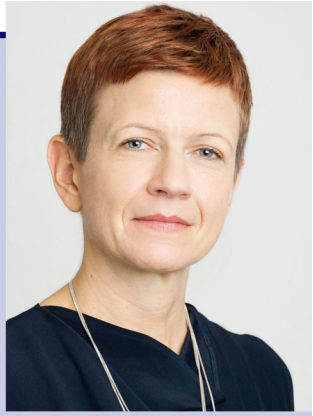
Plunger, P., Tatzer, V.C. & Heimerl, K. (o.J.). Ins Gespräch kommen über Demenz. Toolbox. Online in Internet: https://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/Toolbox_ins_Gespraech_kommen.pdf. Zugriff am 07.09.2018.

Plunger, P., Tatzer, V.C., Heimerl, K. & Reitinger, E. (2016). Dementia-friendly pharmacy: A doorway in the community in Vienna and Lower Austria. In K. Wegleitner, K. Heimerl & A. Kellehear (Eds.), Compassionate Communities: Case studies from Britain and Europe (pp. 137-152). Oxon: Routledge.

WHO (2017) Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=1AE39A6523EFA2446E7A407A3CCB3D65?sequence=1. Zugriff am 05.09.2018.

Wright, M.T. (2013). Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. Prävention und Gesundheitsförderung, 3 (8), 122–131.

Autorin



Mag.ª Dr.in Petra Plunger MPH
Studium der Pharmazie in Graz, MPH Master of Public Health an der Johns Hopkins University, Doktoratsstudium Palliative Care an der Alpen Adria Universität Klagenfurt;
2013 bis 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Palliative Care und Organisations Ethik, IFF, AAU; seit 1.9.2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft, Wien, Apothekerin; Forschungsschwerpunkte: Dementia Care, Public Health, Gesundheitsförderung und Alter(n) petra.plunger@univie.ac.at

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@goeg.at

Autorin

Mag.ª(FH) Dr.in Doris Gebhard
Doris Gebhard arbeitet seit 2009 im Bereich der Lehre und Forschung an der Fachhochschule Kärnten und ist aktuell als Senior Researcher am Studienbereich Gesundheit und Soziales tätig. Im Jahr 2018 hat sie im Fach Gesundheitsförderung promoviert und befasst sich schwerpunktmäßig mit dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung mit speziellem Fokus auf dort betreute Menschen mit Demenz.
d.gebhard@fh-kaernten.at

Angehörigenpflege in Österreich

Innerhalb der letzten Jahre hat sich keine größere Studie österreichweit mit der Situation pflegender Angehöriger in Österreich beschäftigt. Badelt et al. (1997) und Pochobradsky et al. (2005) führten im Auftrag des Sozialministeriums bereits zu dieser Thematik Studien durch bzw. auch das Institut für Pflegewissenschaft (2012, 2014), welches im Rahmen zweier Studien erstmals die Situation pflegender Kinder und Jugendlicher in Österreich beleuchtete.

Um einen tieferen Einblick in den Lebensalltag pflegender Angehöriger zu erhalten beauftragte das Sozialministerium im Jahr 2017 eine entsprechende Studie nach einem zweistufigen Vergabeverfahren mit vorheriger Bekanntmachung im Oberschwellenbereich nach BVergG 2006 idgF. Das Institut für Pflegewissenschaft wurde in Kooperation mit dem Institut für Soziologie mit der Durchführung einer Studie zur „Situation pflegender Angehöriger“ beauftragt. Ein Schwerpunkt wurde insbesondere auch auf die Situation pflegender Angehöriger von demenziell beeinträchtigten Pflegebedürftigen im häuslichen und stationären Setting gelegt. Der Endbericht dieser Studie liegt nun vor:

Auf Basis der Studie von Nagl-Cupal, Kolland, Zartler, Mayer, Bittner, Koller, Parisot und Stöhr (2018) ist davon auszugehen, dass - ohne der ca. 3,5 Prozent pflegenden Kinder und Jugendlichen (Nagl-Cupal et al. 2012), rund 950.000 erwachsene Menschen in Österreich informell in die Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person involviert sind. Dies schließt die Hauptpflegeperson mit ein aber auch Personen aus deren privatem Umfeld, die auf die eine oder andere Art ebenfalls Verantwortung übernehmen. Gemessen an der Gesamtbevölkerung Österreichs ist das eine Quote von rund 10%, die sich entweder zu Hause oder in der stationären Langzeitpflege um einen pflegebedürftigen Menschen kümmern (Nagl-Cupal et al. 2018 S.170f). Zählt man jenen Personenkreis, der Pflegegeld bezieht hinzu, sind in Österreich rund 1,4 Millionen Menschen von Pflege unmittelbar betroffen.

„Die Motivation zur Pflege ist eine Kombination aus gefühltem, innerem Verantwortungsgefühl und äußeren Umständen, die andere Optionen nur schwer oder gar nicht umsetzbar machen. Das Gefühl, pflegen „zu müssen“, heißt dabei nicht, dass Pflege ausschließlich negativ erlebt werden muss“ (Nagl-Cupal et al. 2018, S.237). Die Ergebnisse der Studie zeigen auch auf, dass Pflege auch viele positive Aspekte beinhaltet.

Die vorliegende Studie gliedert sich in einen quantitativen und einen qualitativen Teil sowie daraus abgeleitete Empfehlungen.

Im Rahmen des qualitativen Studienteils wurden unter anderem soziodemographische Merkmale von pflegenden Angehörigen aber auch von Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern, Gründe für die Pflegebedürftigkeit, Art und Häufigkeit der erbrachten Hilfen, persönliche Beweggründe der Pflegeübernahme, negative und positive Aspekte der Pflege pflegender Angehöriger erfasst. Die methodische Vorgehenswese orientierte sich an einer deskriptiv-quantitativen Studie mittels Selbstausfüll-Fragebogen. Dieser wurde an die Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher versendet, verbunden mit der Bitte, ihn an jene Person aus dem Familien- bzw. Freundeskreis weiterzugeben, die sich am meisten um den bzw. die pflegegeldbeziehende Person kümmert. Grundlage für die quantitative Erhebung bildet eine repräsentative Stichprobe der Personen, die Pflegegeld beziehen, geschichtet über alle Pflegegeldstufen – unter Berücksichtigung der beiden Settings „zu Hause“ und „Stationäre Langzeitpflege“. Die Stichprobenziehung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Mit Stichtag 30.9.2017 lebten in Österreich insgesamt 451.301 Personen, die Pflegegeld der Stufen 1-7 bezogen (Nagl-Cupal et al. S.25). Aus dieser Personengruppe wurde eine ca. 2,5%-ige Zufallsstichprobe gezogen. Somit wurden an etwa 11.300 Personen Fragebögen verschickt. 3.196 Fragebögen wurden bis zum Ende der Erhebungsphase in Papierform an das Institut für Pflegewissenschaft retourniert. 120 Angehörige haben den Fragebogen online ausgefüllt und schlussendlich 3.246 Frage-

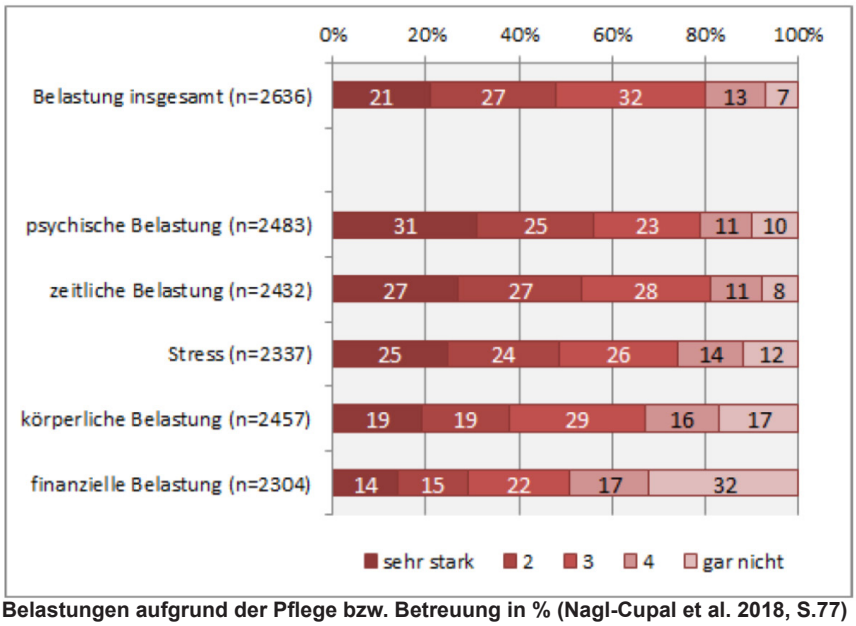
Pflegegeldstufe	Zu Hause	Stationären Langzeit-pflege	Gesamt
1	2.385	36	2.421
2	1.998	113	2.112
3	1.436	198	1.634
4	1.550	339	1.949
5	980	502	1.482
6	614	359	974
7	625	291	916
Gesamt	*9.589*	*1.897*	*11.487*

Größe der gezogenen Stichprobe vom Oktober 2017 (absolute Zahlen) (Nagl-Cupal et al. 2018, S.28)

bögen in die Auswertung miteinbezogen werden. Die Rücklaufquote beträgt 28,8% (Nagl-Cupal et al. S.32f).

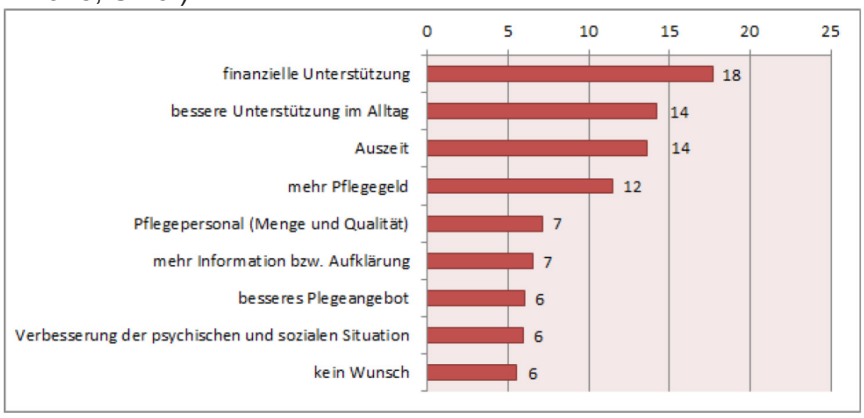
Zentrale Ergebnisse aus dem quantitativen Studienteil

- Pflege durch Angehörige ist nach wie vor „weiblich“. Der Anteil der Frauen beträgt in der häuslichen Pflege 73%, in der stationären Langzeitpflege 63%.
- Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen liegt knapp über 60 Jahre.
- 40% der Angehörigen in der stationären Langzeitpflege sind erwerbstätig, Angehörige zu Hause knapp über 30%. Von den nicht Vollzeit erwerbstätigen Angehörigen gaben im Falle einer Pflege zu Hause 28% an, eine Berufstätigkeit wegen der Pflege bzw. Betreuung aufgegeben bzw. eingeschränkt zu haben.
- Während von den pflegenden Angehörigen zu Hause am häufigsten „mehrere Erkrankungen oder altersbedingter Kräfteverfall“ (42%; bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen) als Ursache der Pflegebedürftigkeit der gepflegten Person angeführt wird, spielt in der stationären Langzeitpflege eine „ärztlich diagnostizierte Demenz“ die größte Rolle (43%), knapp gefolgt von „mehreren Erkrankungen oder altersbedingtem Kräfteverfall“ (39%) (Nagl-Cupal et al. 2018 S.44 ff).
- Die Ergebnisse zeigen, dass das Belastungsempfinden von pflegenden Angehörigen hoch ist: Die generelle Einschätzung der durch die Pflege bzw. Betreuung hervorgerufenen Belastung im häuslichen Setting ergibt, dass 21% der pflegenden Angehörigen insgesamt „sehr stark“ belastet sind, weitere 27% sich „stark“ belastet fühlen. Im stationären Bereich empfinden 6% der pflegenden Angehörigen eine „sehr starke“ Belastung, weitere 15% eine „starke“ und 33% eine „mittlere“ Belastung (Nagl-Cupal et al. 2018 S.77f).



Belastungen aufgrund der Pflege bzw. Betreuung in % (Nagl-Cupal et al. 2018, S.77)

- Allgemein lassen sich positive Aspekte der Pflege feststellen, wobei Pflege zu Hause für Angehörige mit etwas stärkeren positiven Aspekten verbunden ist als im stationären Setting. Dies betrifft insbesondere die Aspekte einer intensiveren Beziehung zur gepflegten Person. Pflegende Angehörige geben aber auch häufig an, dass sie sich durch die Pflege gebraucht fühlen, etwas zurückgeben oder sich persönlich weiterentwickeln können (Nagl-Cupal et al. 2018 S.162).
- Die Wünsche pflegender Angehöriger zur Verbesserung ihrer Situation sind abhängig vom Setting: Für Angehörige, die zu Hause pflegen, stehen finanzielle Aspekte (z.B. Valorisierung des Pflegegeldes), eine bessere Unterstützung bei der Bewältigung des Pflegealltags sowie die Möglichkeit, sich eine Auszeit von der Pflege nehmen zu können, im Vordergrund. Angehörige von Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbeziehern in der stationären Langzeitpflege wünschen sich am häufigsten Personalaufstockung sowie eine Verbesserung der konkreten Pflegeangebote (Nagl-Cupal et al. 2018, S.10f).



10 wichtigste Wünsche von pflegenden Angehörigen in % (n=1.008) (Nagl-Cupal et al. 2018, S,108)

- Auch bezüglich des Wunschs, wie die Befragten im Bedarfsfall selbst gepflegt werden möchten, unterscheiden sich die pflegenden Angehörigen je nach Setting. Während zu Hause pflegende Angehörige am liebsten zu Hause, durch Angehörigenpflege und mobile Dienste gepflegt werden möchten (39%), werden von Angehörigen in der stationären Langzeitpflege alternative Pflegeformen (Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen) am häufigsten genannt (36%). Ohne die beiden Settings zu trennen, zeigt sich, dass von allen pflegenden Angehörigen 68% bei Bedarf gerne zu Hause gepflegt werden möchten (Nagl-Cupal et al. 2018, S.11).
- Hinsichtlich der Dauer des Bezugs von Pflegegeld konnten die Autorinnen und Autoren festhalten, dass 28% der gepflegten Personen erst seit maximal zwei Jahren Pflegegeld beziehen, 39% seit drei bis sechs Jahren, 33% seit zumindest sieben Jahren. 61% der gepflegten Personen gaben hinsichtlich der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit der gepflegten Personen an, dass sich diese langsam ergeben hat, bei 39% wurde diese plötzlich ausgelöst (Nagl-Cupal et al. 2018 S.41).
- Pflegende Angehörigen, die mit der gepflegten Person nicht im gleichen Haushalt wohnen, wurden darüber hinaus auch nach der Häufigkeit des Aufsuchens dieser Person gefragt. Ein Drittel der pflegenden Angehörigen gab an die gepflegte Person „mehrmals täglich“ aufzusuchen, 22% geben ein „tägliches“ Aufsuchen an, ein weiteres Drittel ein Aufsuchen, das „mehrmals wöchentlich“ stattfindet (Nagl-Cupal et al. 2018 S.51).
- Beinahe ein Fünftel (19%) aller befragten pflegenden Angehörigen gibt an die Pflege allein, ohne weitere informelle oder formelle Hilfe zu bewältigen. Allerdings zeigt sich auch, dass bei jeweils einer deutlichen Mehrheit der pflegenden Angehörigen in beiden Settings zumindest eine weitere Person aus dem privaten Umfeld in die Pflege involviert ist. Im Falle einer Pflege zu Hause beträgt dieser Prozentsatz 67%, im stationären Setting 71% (Nagl-Cupal et al. 2018 S.10).

Der qualitative Studienteil

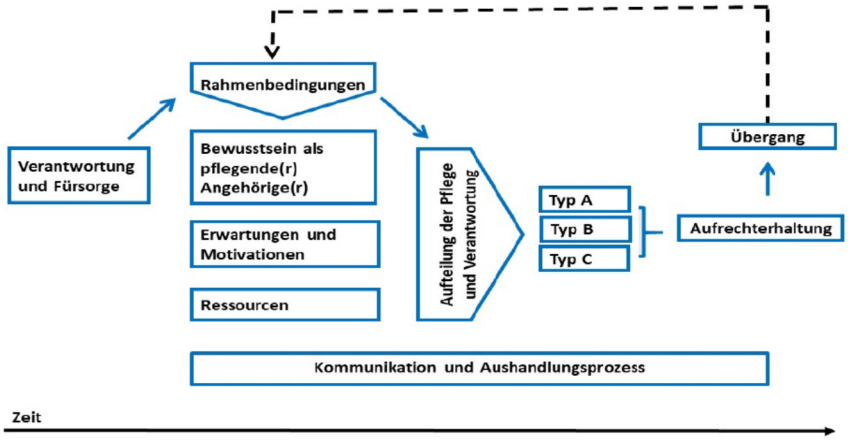
Im Rahmen des qualitativen Studienteils wurden drei Fragestellungen beantwortet: (1) Wie wird die Pflege eines pflegebedürftigen Familienmitglieds innerhalb eines familiären Netzwerks entwickelt und aufrechterhalten? (2) Wie wird dabei mit unterschiedlichen Herausforderungen umgegangen und (3) wie werden Übergänge zwischen verschiedenen Pflegearrangements und -settings bewältigt? (Nagl-Cupal 2018 S.11)

Zur Erhebung der Prozesse in den Unterstützungsnetzwerken von Pflegebedürftigen und der Abbildung unterschiedlicher Sichtweisen, wurden multiple Perspektiven erfasst: Daten von jeweils mindestens drei pflegenden Angehörigen bzw. Unterstützerinnen und Unterstützern derselben pflegebedürftigen Person wurden erhoben. Es wurden problemzentrierte Interviews mit insgesamt 46 pflegenden Angehörigen (29 Interviewpartnerinnen, 17 Interviewpartner) und drei Pflegebedürftigen aus insgesamt 15 Unterstützungsnetzwerken geführt. Zur Darstellung der informellen Netzwerke dienten Ecomaps.

Pflege betrifft häufig die gesamte Familie und oft das unmittelbare soziale Netzwerk

Damit einhergehend lässt sich feststellen, dass von Pflegebedürftigkeit nicht nur die pflegebedürftige Person selbst und „die/der“ pflegende Angehörige betroffen ist, sondern meistens auch die ganze Familie. Familie macht hier allerdings nicht vor dem „klassischen“ Familienbegriff halt, sondern umschließt jene Personen, die im Fall von Hilfsbedürftigkeit von der pflegebedürftigen Person bzw. nahen Angehörigen als „Familie“ bezeichnet werden. Dies kann unter Umständen enge Verwandte aus-, aber Freundinnen und Freunde sowie nahestehende Bekannte wiederum einschließen (Nagl-Cupal et al. 2018 S.238).

Die Herstellung als auch die Aufrechterhaltung der Pflege ist ein dynamischer Prozess, der permanent in Veränderung ist und vielfältige Kompetenzen von jenen erfordert, die diese Aufgaben übernehmen. Wenn eine nahestehende Person pflegebedürftig wird, so beginnt die Herstellung des Unterstützungsnetzwerks, innerhalb bestimmte Rahmenbedingungen: Bewusstsein als pflegende(r) Angehörige(r), Erwartungen und Motivationen sowie vorhandene bzw. benötigte Ressourcen (Nagl-Cupal et al. 2018 S.12). Die Rahmenbedingungen werden in einem permanenten Kommunikations- und Aushandlungsprozess verhandelt.



Herstellung und Aufrechterhaltung des Unterstützungsnetzwerkes (Nagl-Cupal 2018, S.187)

Die vorliegende Studie streicht die Bedeutung familiärer Netzwerke im Rahmen der Pflege insbesondere heraus und auch, dass es unterschiedliche „Typen" von familiären Pflegenetzwerken gibt:

Der Netzwerktyp A zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass die Hauptverantwortung für die Pflege und Organisation der Pflege in den Händen einer Person lag. In diesem Zusammenhang wurde die Hauptverantwortlichkeit im Unterstützungsnetzwerk klar definiert und die Interviewpartnerinnen bzw. -partnern waren sich darüber einig. Den Großteil der Pflege leistete die hauptverantwortliche Person und koordinierte die anderen Personen und Unterstützungs- und Pflegeleistungen im Unterstützungsnetzwerk (Nagl-Cupal 2018 S.201).

Im Netzwerktyp B war die Hauptverantwortung auf mehrere Personen gleichmäßig im Unterstützungsnetzwerk aufgeteilt. Von den Angehörigen wurde die Pflegesituation sehr ähnlich beschrieben. Die Verantwortung für die Pflege bzw. die Organisation von Pflegeleistungen wurde hier im Kommunikationsprozess so abgestimmt, dass die am Unterstützungsnetzwerk beteiligten Personen deren Aufteilung als weitgehend gerecht empfanden und darüber einig waren (Nagl-Cupal 2018 S.207).

Netzwerktyp C war ebenso wie Netzwerktyp B, eine Aufteilung der Verantwortung und Pflege auf mehrere pflegende Angehörige gemein. Jedoch divergierten im Unterschied zum Netzwerktyp B die Wahrnehmungen innerhalb des Unterstützungsnetzwerks über die Aufteilung der Pflegeleistungen zwischen den beteiligten pflegenden Angehörigen. Die Entscheidungsprozesse waren individueller und wurden von den Angehörigen des Unterstützungsnetzwerks weniger übereinstimmend beschrieben (Nagl-Cupal 2018 S.214).

Empfehlungen der Studienautorinnen und Studienautoren aufgrund der Ergebnisse der Befragungen und des Workshops mit Expertinnen und Experten

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger bzw. pflegebedürftiger Menschen umgesetzt: Maßnahmen zur sozialversicherungsrechtlichen Absicherung pflegender Angehöriger, Ausbau der Qualitätssicherung der häuslichen Pflege und der damit verbundenen Hausbesuche und Beratungstätigkeiten für pflegenden Angehörige, das Pflegekarenzgeld, die Etablierung und Förderung der 24-Stunden Betreuung sowie der Ausbau der mobilen Dienste. Um die Situation pflegender Angehöriger weiter zu verbessern, werden folgende Aspekte empfohlen (Nagl-Cupal et al. 2018 S.240f):

- Angehörige als zentrale Gruppe wahrnehmen, wertschätzen und stärken
- Angebotsvielfalt flexibel, kurzfristig und stundenweise abrufen können
- Informationen und Beratung problemzentriert, zugehend und zum richtigen Zeitpunkt anbieten
- Ressourcenorientiert beraten und begleiten
- Demenz als zentrale Herausforderung und starke Belastung weiter im Blick haben
- Situation pflegebedürftiger Kinder stärker berücksichtigen
- Alternative Betreuungsformen ausbauen
- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf weiter fördern
- Valorisierung des Pflegegeldes und höhere Zuschüsse für vorhandene Dienste und Hilfsmittel
- Rahmenbedingungen für geteilte und sichtbare Pflegeverantwortung schaffen

Nachdem pflegende Angehörige sowohl psychisch als auch physisch mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind, unterstützt das Sozialministerium bereits durch zahlreiche Maßnahmen. Insbesondere werden die Ergebnisse der Studie zur Ange-

hörigenpflege in Österreich für die Weiterentwicklung des österreichischen Pflegevorsorgesystems und zukünftige Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger maßgeblich von Bedeutung sein. Gegenwärtig werden seitens des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Zusammenhang mit den Empfehlungen der Studienautorinnen und Studienautoren bereits erste Maßnahmenumsetzungen geprüft. Die Umsetzung der im Rahmen der Studie abgegebenen Empfehlungen ist darüber hinaus auch Gegenstand von Arbeitsgesprächen mit den Ländern und anderen wichtigen Stakeholdern. Mit der Umsetzung der österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz" nimmt sich das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Zusammenarbeit mit Ländern, Sozialversicherungen, Expertinnen und Experten, Betroffenen und vor allem durch Einbindung einer breiten Öffentlichkeit diesem wichtigen Thema an.

Darüber hinaus erscheint es insbesondere weiterhin wichtig pflegende Angehörige über die zahlreich bestehenden Hilfsangebote zu informieren und gleichzeitig zu ermutigen, bei der Betreuung pflegebedürftiger Familienmitglieder Hilfe und Unterstützung anzunehmen.

Weiterführende Informationen

Die aktuelle Studie kann kostenlos entweder über das Broschürenservice des Sozialministeriums in gedruckter Form bestellt werden, oder als Download unter folgenden Link aufgerufen werden:

https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=664

Weitere Informationen zu bundesweiten Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige erhalten sie unter:

www.pflegedaheim.at

Folder „Unterstützungen für pflegende Angehörige": https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=331

Folder „Gut leben mit Demenz":

https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=357

Die Website www.demenzstrategie.at dokumentiert den Umsetzungsstand von Maßnahmen, die in der österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz" fixiert wurden und gibt auch einen Überblick über Unterstützungsan-

Autorin

Mag.ª Sabine Schrank
ist Mitarbeiterin der Gruppe IV/B für Pflegevorsorge im Sozialministerium. Als Pflegewissenschafterin verfügt sie über umfassende Erfahrungen im Langzeitpflegebereich und begleitet Maßnahmen für die Weiterentwicklung und Neugestaltung der Pflegevorsorge, insbesondere der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege und in Umsetzung der Demenzstrategie.
E- Mail: sabine.schrank@sozialministerium.at.

Autor

Mag. Robert Haslacher
hat das Studium der Rechtswissenschaften in Graz absolviert und arbeitet seit Oktober 2013 im Sozialministerium in der Abteilung IV/B/4. Diese Abteilung beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung des österreichischen Pflegesystems – im Mittelpunkt steht neben dem Pflegegeld auch die Unterstützung pflegender Angehöriger. E-Mail: robert.haslacher@sozialministerium.at

gebote bei Demenz für pflegende Angehörige.

Literatur

Badelt Ch., Holzmann-Jenkins A., Matul C., Österle A. (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien

Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Kainbacher, M., Koller, M. und Mayer, H. (2012): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Einsicht in die Situation gegenwärtiger und ehemaliger pflegender Kinder in Österreich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.

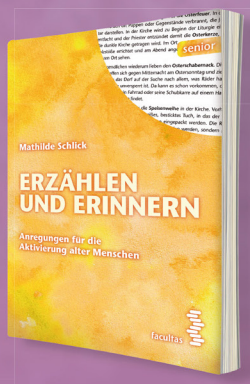
Nagl-Cupal, M., Daniel, M. und Hauprich, J. (2014): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Konzeptentwicklung und Planung von familienorientierten Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.

Nagl-Cupal, M., Kolland, F.; Zartler, U., Mayer, H.; Bittner, M.; Koller, M.; Parisot, V. und Stöhr, D. (2018) Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.

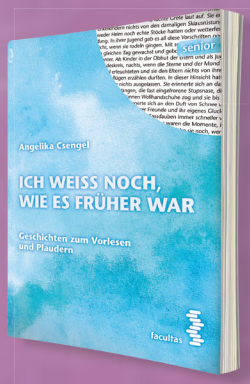
Pochobradsky, E., Bergmann, F., Brix-Samoylenko, H., Erfkamp, H. & Laub, R. (2005): Situation pflegender Angehöriger Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen u. Konsumentenschutz. Wien

Erinnern – Entspannen – Gespräche anregen

facultas senior: Materialien für Altenbetreuung und Demenztraining



ISBN 978-3-7089-1605-7



ISBN 978-3-7089-1606-4

erscheint im März 2019

ISBN 978-3-7089-1821-1

Erhältlich im Buchhandel und auf facultas.at/senior

facultas

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

(C) Aaron Amat

Was Kreuzfahrtschiffe mit Demenz-Pflege zu tun haben

DNQP veröffentlicht Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung

Im emsländischen Papenburg werden seit vielen Jahren beeindruckende Kreuzfahrtschiffe gebaut. Die Tatsache, dass Papenburg nicht unmittelbar an der Nordseeküste liegt, hat zur Folge, dass die Ozeandampfer unvollendet durch die nicht allzu tiefe Ems ins niederländische Eemshaven gezogen werden, um dort endgültig den Schiffsreedern übergeben zu werden. Nach der Schiffstaufe kann das Kreuzfahrtschiff dann seine vollständige Kraft und Lebendigkeit entfalten.

Mit dem Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, den das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im März 2018 veröffentlicht hat, scheint es vergleichbar zu sein. Die Pflege-Expertinnen und Pflege-Experten des DNQP haben einen Expertenstandard auf den Weg gebracht, der seine eigentliche Fülle noch entfalten kann. Er kann schon zum jetzigen Zeitpunkt als richtungsweisend und überzeugend beschrieben werden.

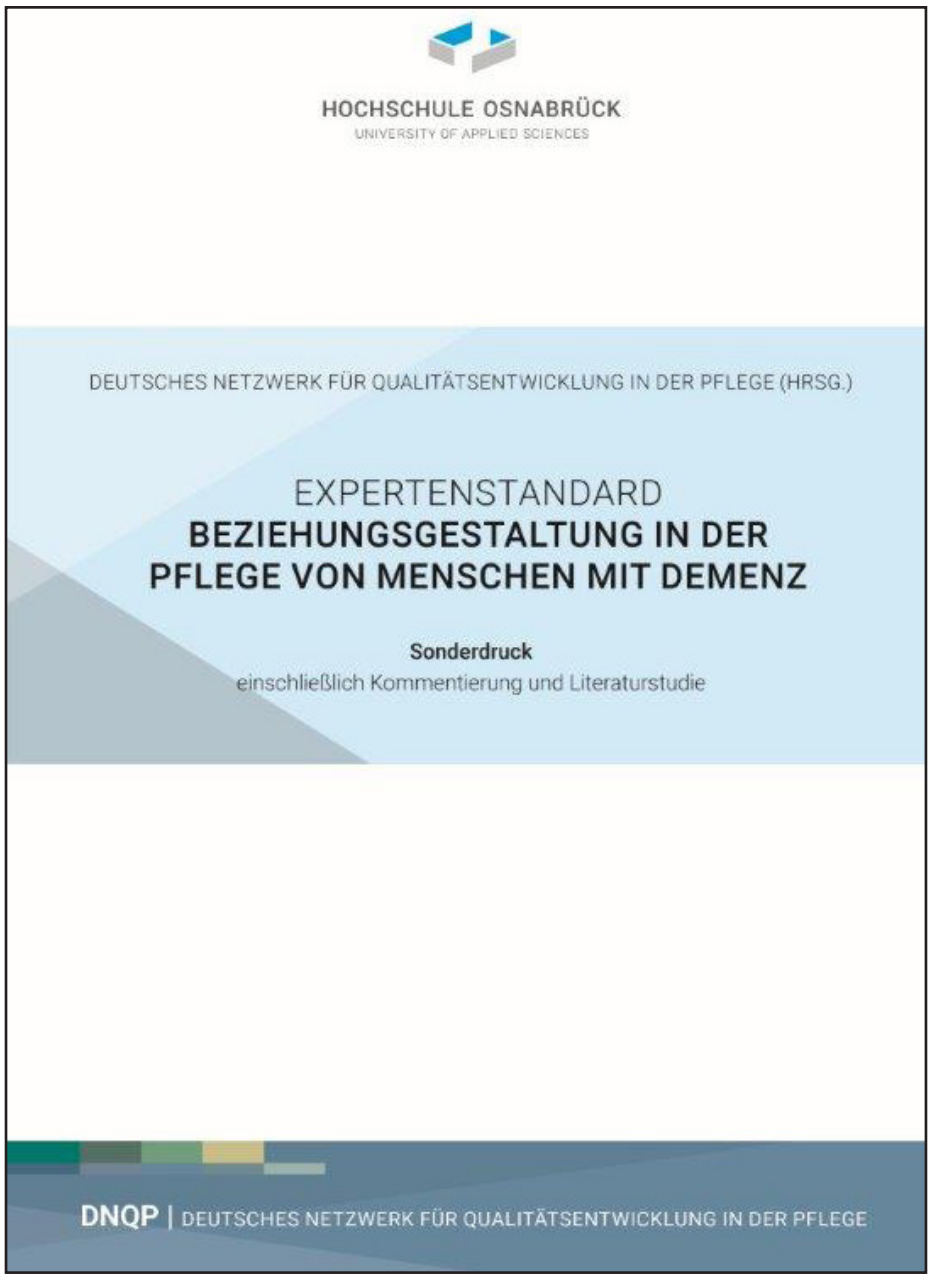
Denn die Autorinnen und Autoren des DNQP-Standards „Beziehungsgestaltung“ konkretisiert

einen sehr weiten und tiefgehenden Beziehungsbegriff. Dies wird bereits deutlich, wenn die Pflegewissenschaftlerin Martina Roes beispielsweise schreibt, „dass Pflege von Menschen mit Demenz sich in Grenzbereichen zwischen Körper und Leib sowie Gefühl und Emotion bewegt“ (S. 19). Roes geht unter anderem davon aus, „dass eben nicht nur die Fähigkeit zu denken, zu reflektieren oder verbal zu kommunizieren uns als Person konstituiert, sondern sich das Subjekt auch durch das Körpergedächtnis (z. B. Gestik und Mimik) in jeder Situation ausdrückt“ (S. 19).

Revolutionäres

Für die pflegerischen Praktiker hat diese Sichtweise etwas Revolutionäres. Denn das DNQP macht auf diese Weise deutlich, dass die Reduzierung auf die kognitiven Fähigkeiten eines dementiell veränderten Menschen zu kurz greift. Apropos Reduzierung auf einzelne Begriffe: Was liefert der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung“ wirklich Neues?

Der Expertenstandard bringt die Verstehenshypothese in die Diskussion ein. Statt die Defizite eines dementiell veränderten Menschen in den Vordergrund zu rücken, favorisiert der Expertenstandard das Verstehen einer individuellen Lebensgeschichte „unter Einbeziehung des Menschen mit Demenz und seiner Angehörigen“. Wer diesen Ansatz ernst nimmt, der kann nicht mehr mit kollektiven Unterstützungsmaßnahmen in einem stationären Setting antworten. Das Verstehen des individuellen Lebensweges wird als Prozesskriterium innerhalb des Expertenstandards wahrgenommen. Dies zeigt einen ernsthaften Willen, sich immer wieder mit dem



Menschen, der begleitet wird, auseinanderzusetzen.

Bei den Prozesskriterien des Expertenstandards findet sich auch die Frage nach der Wirksamkeit beziehungsfördernder und beziehungsgestaltender Maßnahmen, die zum Wohle der betroffenen Menschen gestaltet werden. Dies setzt nicht nur voraus, dass pflegerische Praktiker personen-zentrierte, beziehungsfördernde und beziehungsgestaltende Interventionen kennen. Es verlangt gleichzeitig eine Offenheit, das eigene Handeln evidenzbasiert reflektieren zu wollen und zu können.

Der Überprüfbarkeit stellen

Öffnet dies etwa der Akademisierung pflegerischer Praxis die Tore? Diese Frage zu verneinen wäre mit einer fatalistischen Grundhaltung pflegerischer Praktiker gleichzusetzen. Die pflegerischen Interventionen brauchen eine inhaltliche Strukturierung und müssen sich in der Gegenwart immer

mehr der Überprüfbarkeit stellen. Es ist den Autorinnen und Autoren des Expertenstandards gelungen, der Akademisierung der Pflege die Türen zu öffnen. Indem pflegerische Interventionen qualitativ wie quantitativ nachweisbar werden, wird das Benchmarking der unterschiedlichen Professionen, die dementiell veränderte Menschen begleiten, offensichtlich.

Bei den Ergebniskriterien des Expertenstandards lässt aufhorchen, dass der Erfolg pflegerischen Arbeitens nicht an kognitiven Fertigkeiten gemessen wird. So heißt es dort: „Der Mensch mit Demenz zeigt Anzeichen für den Erhalt und die Förderung seines Gefühls, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Menschen verbunden zu sein“ (S. 31). Der pflegerische Praktiker mag fragen: Was will ich mehr? Doch auch dort geht es bei aller Subjektivität um objektivierende Parameter. Über den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung“ gibt es dort sicher noch manche Hausaufgabe zu machen.

In der Kommentierung des Expertenstandards thematisieren die Verantwortlichen die personenzentrierte Haltung. Sie unterstreichen, dass Pflegende in der Regel im Kontext der Einrichtung handeln. Ihr Handeln sei zumeist ein Spiegel der Institution. Anders könnte man auch sagen, dass es nicht reichen kann, Lippenbekenntnisse auszusprechen, sondern die eigene Glaubwürdigkeit durch Handeln greifbar zu machen.

Hohe Hürden

Verbale und nonverbale Interaktions-und Kommunikationsvarianten sollen nach den Vorstellungen des Expertenstandards den Pflegenden bewusst sein. Die Hürden liegen hoch für die professionell Pflegenden. Denn weder in unterschiedlichen Ausbildungscurricula, noch in Fort-und Weiterbildungsprogrammen werden die Fertigkeiten in der Deutung körpersprachlicher Interaktion geschärft.

Dies erscheint mindestens so spannend wie die Erläuterungen der Kommentierung zur Verstehenshypothese. Sie verlangen, in die Schuhe der dementiell veränderten Menschen zu schlüpfen: „Im Mittelpunkt steht das Verhalten, das Erscheinen und die Befindlichkeiten aus der Position der Person selbst als sinnvoll und problemlösend soweit als möglich nachzuvollziehen. Möglichst nachzuvollziehen deshalb, da Verstehenshypothesen immer intersubjektive Konstrukte darstellen, die sich auch als falsch oder unpassend erweisen können“ (S. 43).

Von den Pflegenden verlangt es Geduld und Ausdauer im Umgang mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind. Es braucht die Bereitschaft und Fähigkeit, Menschen beobachten zu können und aus dem Wahrgenommenen Schlüsse ziehen zu wollen und zu können. Die Beobachtung von Menschen schafft eine Vertrautheit mit gewohnten Verhaltensweisen seines Gegenübers, schärft jedoch gleichzeitig die Sensibilität für Verhalten, das ungewohnt zu sein scheint. In der Begegnung mit dementiell veränderten Menschen kann dies als eine Schlüsselqualifikation beschrieben werden.

„Je weiter die Demenz voranschreitet, desto mehr ist die Aufrechterhaltung der Konversation selbst das Ziel aller Konversation. Die Inhalte treten zurück. Rhythmische Dialoge, Wiederholungen und Stereotypen, u.a. durchsetzt mit stimmungsgeprägten Äußerungen und das Verlieren des roten Fadens kennzeichnen die Kommunikation. Zunächst fallen inhaltliche, dann formale und zuletzt lautliche Einbrüche der Äußerungen auf. Die normativen Skripte konventioneller Kontakte brechen zusammen.“ (S. 56).

Wenn der Expertenstandard so eindrücklich kommentiert wird, wird offensichtlich, wie anspruchsvoll pflegerisches Arbeiten mit dementiell veränderten Menschen sein kann. Mit traditionellen Interventionsmustern professionell Pflegender kann dies sicher nicht beantwortet werden. Bemühte Pflegende brauchen Zeit und Kraft, um herausforderndes Verhalten dementiell veränderter Menschen zu vermeiden.

Zeitgemäß

Der Expertenstandard verlangt von dem professionell Pflegenden, aber auch den versorgenden Institutionen eine Menge. Es lässt sich einfach schreiben, dass es notwendig ist, „situationsbezogen auf subjektive Realitäten zu reagieren“ (S. 58). Die Frage, die sich beim Durcharbeiten des Expertenstandards, der Kommentierung und der Literaturstudie stellt, ist diejenige nach dem Danach. Von einem Paradigmenwechsel zu sprechen ist sicher nicht falsch. Bei diesem Paradigmenwechsel mitschwingen zu können, muss eine Anpassung der Rahmenbedingung der Versorgung dementiell veränderter Menschen zur Konsequenz haben.

Zeitgemäß kann der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung“ sicher genannt werden. Auf der einen Seite sind es Beziehung und Interaktion, die er ausführlich

thematisiert. Beeindruckend ist die Schwerpunktsetzung mit dem Blick auf Stimmung und Affekt. Stimmung und Affekt sind nicht nur bestimmende Themen in der Psychotherapie-Forschung. Mit der weniger werdenden Fähigkeit infolge dementieller Entwicklungen, Stimmung und Affekt beeinflussen zu können, wird dies auch ein Gradmesser für das Wohlbefinden eines kognitiv schwächer werdenden Menschen.

Die Zeitgemäßheit wird aber auch an der ausführlichen und praxisorientierten Literaturstudie deutlich. Die Autorinnen und Autoren nehmen unterschiedliche Bindungstheorien unter die Lupe. Sie deuten an, wie wichtig die Auseinandersetzung mit der Lebensqualität dementiell veränderter Menschen ist. So ist es auch nicht verwunderlich, dass der Einsatz von Puppen in der Begleitung von Menschen mit Demenz einen breiten Raum einnimmt. Sie werden als ein „mögliches Kommunikations-und Interaktionsangebots“ verstanden (S. 125).

Puppen könnten von Pflegenden „als mögliches Vehikel genutzt werden, um mit Menschen mit Demenz in Kommunikation zu treten und so eine Beziehung aufzubauen“ (S. 125). Die Artikulationsfähigkeit der Betroffenen werde verbessert (S. 126), Bedürfnisse nach Bindung würden erfüllt (S. 126).

Verhalten des Personals als Katalysator

Umwelt-Umgebung-Person-Interaktionen sind ein vernachlässigtes Thema im Zusammenhang mit dementiell veränderten Menschen. Dies macht der Expertenstandard sicher auch deutlich und deutet an, wie in der Praxis das Eine oder das Andere mehr Aufmerksamkeit braucht. Sowohl die soziale Umwelt als auch die unmittelbare Umgebung seien von hoher Bedeutung für Menschen mit Demenz und würden als wichtige Komponenten mit Einfluss auf die Lebensqualität betrachtet (S. 156). Mit Neugier liest man die Andeutung von Studien, die beobachteten, „dass ein Kernelement des sozialen Prozesses sich durch das Prinzip der An-und Abwesenheit des Personals auszeichnete“ (S. 159). Das Verhalten des Personals sei Katalysator für das Verhalten der zu pflegenden Menschen (S. 159).

Um auf die Kreuzfahrtschiffe zurückzukommen – wenn die Schiffe in Eemshaven auf Hochglanz gebracht werden, dann hat dies unbedingt mit dem Entwicklungspotential des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung“ gleichgesetzt werden. Für die innere Ausstattung des Expertenstandards, für das Beleben der Hülle sind professionell Pflegende in gleichem Maße wie die Pflegeeinrichtungen verantwortlich. Die Innengestaltung kann nicht die Werft leisten. Sie kann das Gerüst liefern. Nichts anderes hat das DNQP gemacht. Was sie darüber hinaus geleistet hat: der Expertenstandard stellt auch viele Fragen an die Begleitung psychisch veränderter Menschen bzw. leidender Menschen an den Grenzen des Lebens.

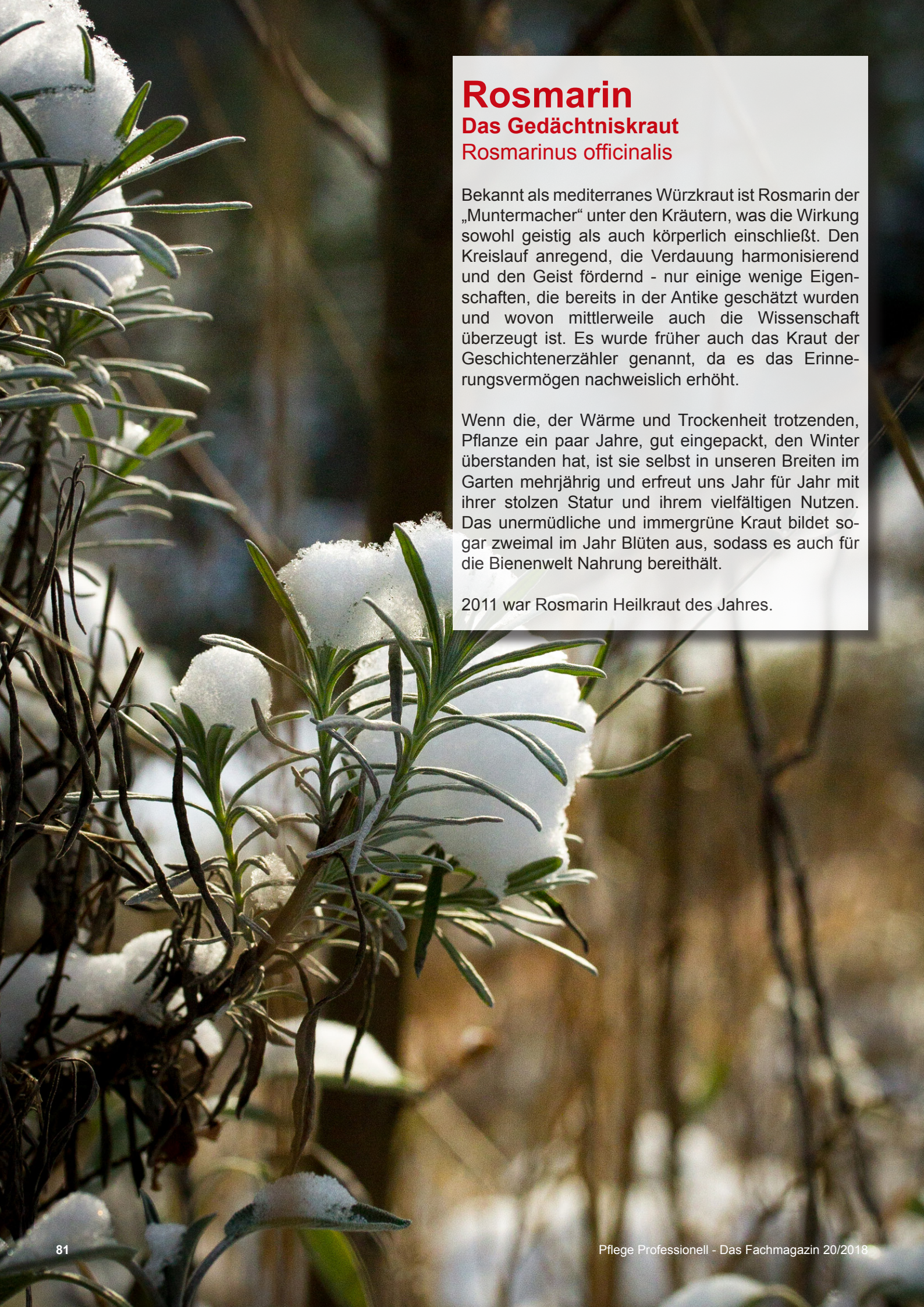
Bibliographische Angaben

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, Eigenverlag, Osnabrück 2018, ISBN 978-3-00-057470-2, 224 Seiten, 20 Euro.

Autor

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

arscurae@web.de



Rosmarin

Das Gedächtniskraut

Rosmarinus officinalis

Bekannt als mediterranes Würzkraut ist Rosmarin der „Muntermacher“ unter den Kräutern, was die Wirkung sowohl geistig als auch körperlich einschließt. Den Kreislauf anregend, die Verdauung harmonisierend und den Geist fördernd - nur einige wenige Eigenschaften, die bereits in der Antike geschätzt wurden und wovon mittlerweile auch die Wissenschaft überzeugt ist. Es wurde früher auch das Kraut der Geschichtenerzähler genannt, da es das Erinnerungsvermögen nachweislich erhöht.

Wenn die, der Wärme und Trockenheit trotzenden, Pflanze ein paar Jahre, gut eingepackt, den Winter überstanden hat, ist sie selbst in unseren Breiten im Garten mehrjährig und erfreut uns Jahr für Jahr mit ihrer stolzen Statur und ihrem vielfältigen Nutzen. Das unermüdliche und immergrüne Kraut bildet sogar zweimal im Jahr Blüten aus, sodass es auch für die Bienenwelt Nahrung bereithält.

2011 war Rosmarin Heilkraut des Jahres.

Namensherkunft

„rosmarinus“ (lat.) = „Tau des Meeres“ - wobei hier keine Dokumentation über den Ursprung bzw. es auch keine sinnvolle Herleitung des Namens existiert. „officinalis“ abgeleitet aus dem französischen „officine“ für „Labor, Apotheke“ bezeichnet Pflanzen mit einer arzneilichen Wirkung und wurde erst zu später Zeit von Carl Linné geprägt (1733).

weitere Namen

Kranzkraut, Antonkraut, Lieblingskraut, Mariae Reinigungskraut, Weihrauchkraut, Brautkleid, Gedenkemein, Kid, Meertau.

Beschreibung

Der Rosmarin, zur Familie der Lippenblütler (Lamiaceae) gehörend, ist ein mehrjähriger, bis zu 2m hoher, immergrüner Halbstrauch.

Die Blätter sitzen an den stark verzweigten, sparrigen Ästen, schmal-lineal, fast nadelig, ledrig. Im Mai bis Juni, manchmal sogar nochmal im September entspringen Blüten aus den Blattachseln in Scheinquirlen, an denen zwei Staubblätter weit herausragen und gern von Bienen für den Nektar besucht werden. Rosmarin zählt zu den Tiefwurzlern.

Ursprünglich kommt der Rosmarin aus dem Mittelmeergebiet und gelangte durch die Benediktinermönche über die Alpen in unsere Breiten. Er hat geringe Ansprüche an den Boden, liebt einen sonnigen, nicht allzu feuchten Standort. Im Winter sollte der Rosmarin gut eingepackt werden, da er starke Fröste nicht verträgt. Der Rückschnitt von mediterranen Kräutern kann bis zum Frühling warten, da das eigene Holz und Laub ebenfalls isoliert.

Rosmarin hat einen kräftig-würzigen und weihrauchähnlichen Duft und einen herb-bitteren, harzigen Geschmack und wird daher auch dem Element Feuer und dem Planeten Mars und der Venus zugewiesen.

Historisches

Bei den Ägyptern, Griechen und Römern hatte der Rosmarin eine kultische Bedeutung. Die Siegerkränze der Gladiatoren hatte Rosmarin dabei. Auch wurden die Götterstatuen mit Rosmarinzweigen verziert.

Bereits in der Antike war der Rosmarin sehr beliebt. Sowohl als Würzpflanze als auch als Heilmittel.

Sokrates ließ im antiken Griechenland seinen Studenten Rosmarinkränze tragen um ihr Gehirn zu stärken und das Gedächtnis zu verbessern.

Einige Zeit verschwand der Rosmarin aus der Volksheilkunde. In diversen Aufzeichnungen fand man nur bei Dioskurides den Rosmarin als helfendes Mittel bei Gelbsucht.

Erst wieder im Mittelalter wurde in vielen Kräuterbüchern der Rosmarin ausführlich beschrieben und als Heilkraut empfohlen. „Im Kräuterbuch von Matthioli wurde der Rosmarin bei Verdauungsproblemen sowie bei Beschwerden an Leber und Milz empfohlen. Auch wurde es als Kraut beschrieben, welches imstande ist das Hirn und die Sinne zu stärken. Angewendet wurde Rosmarin gesotten in Wein, als Pulver sowie als Dampfbad. Im Gart der Gesundheit (1485) wurde Rosmarin auch bei Wurmbefall, schwachem Gemüt und Gelbsucht.“ (http://www.kraeuter-buch.de/kraeuter/Rosmarin.html, 5.6.2016)

Ein Destillat aus den frischen Blüten soll die Schönheit der damals 72 Jahre alten ungarischen Königin Isabelle im 15. Jhdt. belebt haben. Das sog. „ungarische Königinnenwasser“ bestand

aus 100g Rosmarinblättern, 20g Minzeblättern die mit 40%igem Alkohol übergossen wurden und an einem warmen Standort 3 Wochen ziehen konnten. Gefiltert und gemischt mit Rosenwasser im Verhältnis 1:1 ergab eine erfrischende Pflege von schlecht durchbluteter, altersmüder Haut, die aber auch für unreine und fette Haut gut ist.

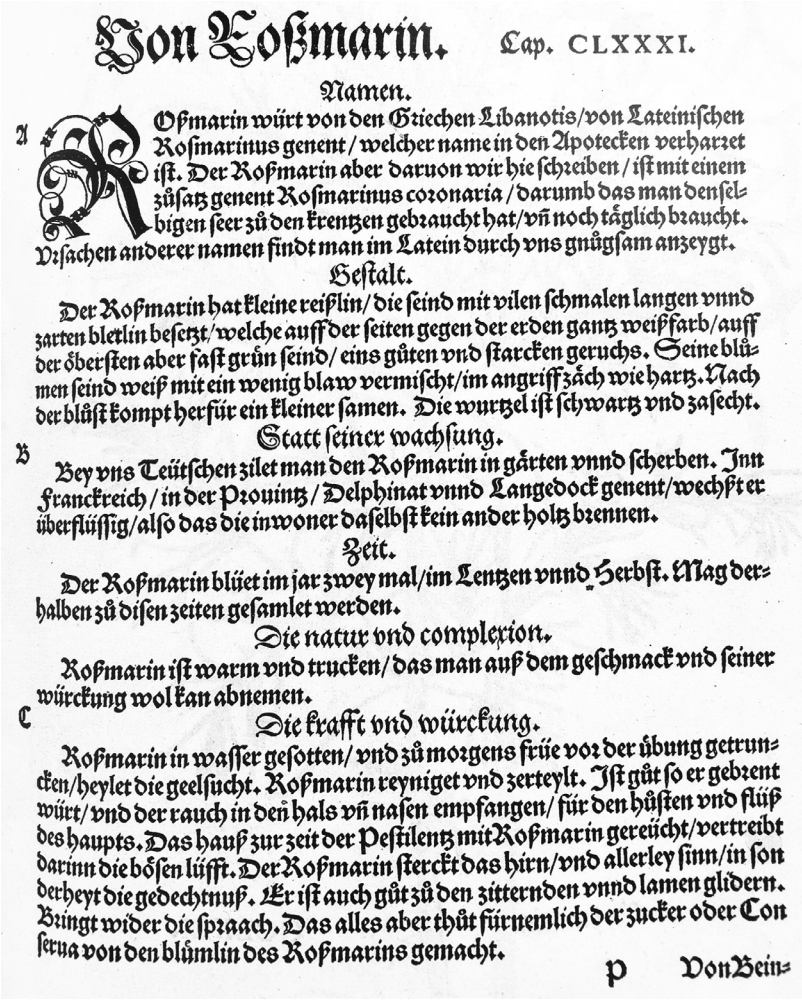
Eines der ersten destillierten Parfums bestand aus den ätherischen Ölen der Rosmarinpflanze. Dieser Duft wollte ewige Jugend verleihen und aphrodisierend wirken.

Rosmarin ist auch im „Essig der vier Räuber“ enthalten, was als Wundermittel zur Pestzeit galt.

Sebastian Kneipp empfahl täglich ein Glas Rosmarintrunk, um das allgemeine Wohlbefinden zu fördern. Dieser Trunk wurde hergestellt, indem in eine Flasche trockenen Weißwein 2 Zweige Rosmarin hinzugefügt wurden, welcher dann für zwei Wochen ziehen durfte.

Auch in der TCM ist der Rosmarin relevant. Die Pflanze soll regulierend auf das Qi wirken und verspricht daher vor allem bei Durchblutungsstörungen, Depressionen, Verdauungsproblemen, Reizdarm sowie bei Parkinson und Katarrhen. Verantwortlich für die heilende Wirkung ist hier u.a. der Inhaltsstoff Campher.

Rosmarin wurde im Jahr 2011 zur Heilpflanze des Jahres gekürt.



Von Roßmarin. Cap. CLXXXI.

Namen.

A Rosmarin würt von den Griechen Libanotis/von Lateinischen Rosmarinus genent/welcher name in den Apotecken verharzet ist. Der Roßmarin aber daruon wir hie schreiben/ist mit einem zůsatz genent Rosmarinus coronaria/darumb das man denselbigen seer zů den krentzen gebraucht hat/vñ noch täglich braucht. Vrsachen anderer namen findt man im Latein durch vns gnůgsam anzeygt.

Gestalt.

Der Roßmarin hat kleine reißlin/die seind mit vilen schmalen langen vnnd zarten blerlin besetzt/welche auff der seiten gegen der erden gantz weiß farb/auff der öbersten aber fast grün seind/eins gůten vnd starcken geruchs. Seine blůmen seind weiß mit ein wenig blaw vermischt/im angriff zäch wie hartz. Nach der blůst kompt herfür ein kleiner samen. Die wurtzel ist schwartz vnd zasecht.

Statt seiner wachsung.

B Bey vns Teütschen zilet man den Roßmarin in gärten vnnd scherben. Inn Franckreich/in der Prouintz/Delphinat vnnd Langedock genent/wechst er überflüssig/also das die inwoner daselbst kein ander holtz brennen.

Zeit.

Der Roßmarin blüet im jar zwey mal/im Lentzen vnnd Herbst. Mag derhalben zů disen zeiten gesamlet werden.

Die natur vnd complexion.

Roßmarin ist warm vnd trucken/das man auß dem geschmack vnd seiner würckung wol kan abnemen.

C Die krafft vnd würckung.

Roßmarin in wasser gesotten/vnd zů morgens früe vor der übung getruncken/heylet die geelsucht. Roßmarin reyniget vnd zerteylt. Ist gůt so er gebrent würt/vnd der rauch in deñ hals vñ nasen empfangen/für den hůsten vnd flüß des haupts. Das hauß zur zeit der Pestilentz mit Roßmarin gereücht/vertreibt darinn die bösen lüfft. Der Roßmarin sterckt das hirn/vnd allerley sinn/in sonderheyt die gedechtnuß. Er ist auch gůt zů den zitternden vnnd lamen glidern. Bringt wider die sprraach. Das alles aber thůt fürnemlich der zucker oder Conserua von den blůmlin des Roßmarins gemacht.

p Von Bein-

Sagenumwobenes & Brauchtum

In der Antike wurde der Rosmarin bereits als aphrodisierende Pflanze angesehen; er wurde mit Aphrodite, der Liebesgöttin in Verbindung gebracht und galt als Symbol für Liebe und Fruchtbarkeit. Man nannte den Rosmarin auch „Libanotis“, was so viel, wie „Weihrauch der Armen“ bedeutet.

Im Mittelalter galt Rosmarin unter anderem als Symbol für Ewigkeit, Treue und Wohlstand. Bis heute schenkt man in einigen Ländern daher Rosmarinzweige zur Hochzeit, damit die Ehe ewig halte.
Auch gibt es den Brauch, dem Bräutigam bei der Hochzeit einen Rosmarinzweig anzustecken, damit er treu bleibt. Wenn er dann nach der Hochzeit in der Erde Wurzeln schlägt, soll es für eine glückliche Ehe sorgen.

Andererseits stand der Rosmarin dem Tod sehr nahe. In alten Zeiten wurde an den Orten, an denen die Verbrennungen der Leichname stattfand, Rosmarin- und Olivenzweige ausgestreut. Vermutlich auch um den Leichengeruch zu übertünchen. Es wurde den Toten beim Begräbnis beigegeben - und das bereits bei den Pharaonen.

Ein Lied aus dem 16. Jahrhundert zeigt den Bezug zum Tot vom Rosmarin:

Ich hab heute Nacht geträumet
wohl einen schweren Traum,
es stand in meinem Garten
ein Rosmarienbaum

Der Friedhof ist der Garten,
das Blumenbeet ist das Grab,
und dass das grüne Bäumlein
keine Blätter und Blüten hat.
Blüten tat ich sammeln
in einem irdnen Krug,
der glitt mir aus den Händen
und zerschlägt mit auf der Strass.

Aus den Scherben tropfen
Tränen,
Tränen – rosarot,
Weiß jemand, was der Traum soll
bedeuten?
Sag, Herzliebster, sag, Liebster
bist du tot?

Der Symbolik der Erinnerung bediente sich Shakespear ebenfalls in seinem Werk. Ophelia übergab ihrem Hamlet das Kraut mit den Worten: „There´s Rosemary, that´s for remembrance.“

Hauptinhaltsstoffe

- Ätherische Öle (u.a. Campher),
- Flavonoide
- Phenole (u.a. Carnosol)
- Tannin
- Rosmarinsäure
- Gerb- und Bitterstoffe
- Harze
- Terpene.

Wirkung

Rosmarin hat eine Vielzahl an positiven Eigenschaften, darunter wirkt er antiseptisch, antimikrobiell, entzündungshemmend, anregend, schmerzstillend, kreislaufunterstützend, krampflösend, verdauungsfördernd, leberstärkend, nervenanregend und durchblutungsfördernd. Dem Kraut wird auch eine krebshemmende und radikalfangende (Antioxidans) Eigenschaft nachgesagt.

Das Aroma des Rosmarins hat eine starke Wirkung auf den Hippocampus, welcher das Schaltzentrum des limbischen Systems ist und die Funktion für die Filterung von wichtigen Informationen hat, was die Stärkung des Gedächtnisses und die Konzentrations- und Motivationsförderung erklärt.

Nebenwirkung

In den ersten Monaten der Schwangerschaft, bei Säuglingen, Epilepsie oder Bluthochdruck wird Rosmarin nicht empfohlen.

Das ätherische Öl gilt als hautreizend, daher ist hier besondere Vorsicht geboten und die Nutzung immer nur in vermengter Version (mit anderen Ölen, fetten Stoffen).

Volksheilkunde

In der Volksheilkunde wird der Rosmarin bei Rheumatismus, Arthritis, Muskelverletzungen, Schuppen, Haarausfall angewandt. Rosmarin wird auch zur Konzentrationsförderung genutzt und bei niedrigem Blutdruck verabreicht.

innerlich

Das im Rosmarin enthaltene ätherische Öl wirkt beruhigend auf die Muskeln im Magen-Darm-Bereich.

Rosmarin wird meist in Form von Tee, Tinktur und Wein verabreicht bzw. eingenommen.

Getrocknete Blätter des Rosmarins enthalten Wirkstoffe, die Keime im Mund abtöten und somit auch Schmerzen reduzieren. Dafür mehrere Minuten getrocknete Blätter in der Nähe des betroffenen Zahnes kauen. Die ätherischen Öle kommen so an die Entzündung heran und die schmerzstillende Wirkung setzt nach kurzer Zeit ein.

Das mediterrane Kraut hat zudem noch einen hormonellen Einfluss, da es zyklusregulierend, schmerzlindernd während der Menstruation ist und klimakterische Beschwerden lindert.

äußerlich

Rosmarin äußerlich angewandt in Form von Bädern, Salben, Einreibungen oder Umschlägen löst Krämpfe, lässt Wunden und Entzündungen rascher heilen und lindert Kopfschmerzen.

Rosmarin-Zitrus-Haarkur

1 Ei, 1 TL Honig, 2 EL Zitronensaft aufwärmen und mischen. Sobald es abkühlt 2 Tropfen Rosmarinöl und 1/4 Tasse Olivenöl hinzugeben. Im Haar verteilen, ca. 15min wirken lassen und lauwarm ausspülen.

Es ist hilfreich bei trockenem aber auch fettigem Haar, da es die Kopfhaut durchblutet und somit die Talgproduktion ausgleicht.

Im Anschluss daran oder auch ausschließlich kann mit einem Rosmarinwasser (Zubereitung wie Tee und auf angenehme Temperatur abkühlen lassen) gespült werden.

Rosmarinöl gegen kalte Hände und Füße

Dafür zerstoßene Rosmarinblätter in ein verschließbares Glas geben, mit kaltgepresstem Öl bedecken und ca. 6 Wochen an einem sonnigen Ort ziehen lassen. Danach in ein dunkles Gefäß abfüllen, dunkel und kühl lagern und bei Bedarf die betroffenen Stellen einreiben. Die darin enthaltenen ätherischen Öle bringen Kreislauf und Blutzirkulation in Schwung.

Duftmischung zum Munterwerden
1 TL getrocknete Zitronenschalen (unbehandelte), Rosmarin, Angelikawurzel. Ein kleines Säckchen mit den zerkleinerten Teilen füllen und morgens kurz reiben und unter die Nase geben. Um eine intensivere Wirkung zu erzielen, kann das Säckchen auch noch mit ätherischen Ölen von Zitrone, Grapefruit, Rosmarin und Angelikawurzel beträufelt werden.

rosmarin in Arbeit... ;o)

rosmarin im mörser

Auch eine elektrische Duftlampe mit Zeitschaltung kann abends vorbereitet werden.

Bei Kopfschmerzen oder Seekrankheit nimmt man 6 Tropfen ätherisches Öl vermischt es mit einem Esslöffel Olivenöl und massiert damit die Schläfen ein.

Kulinarik

Neben den vielen heilsamen Anwendungen ist Rosmarin als das ultimative Würzkraut für mediterrane Speisen bekannt.

Nachfolgend einige zusätzliche Ideen:

Rosmarin-Thymian-Orangen-Honig als Grillbeize

500 ml regionaler Blütenhonig, dünn geschnittene Schalen einer Bio-Orange, 2 Zweige Rosmarin, 1 Zweig Thymian

Honig in einem Topf leicht erwärmen und zusammen mit den Orangenschalen, Rosmarin und Thymian in ein Einmachglas geben, abkühlen lassen und verschließen. Trocken gelagert, hält die Mischung einige Monate - also genau richtig für die Grillsaison. Vor dem Grillen Fisch oder Fleisch mit dem Honig einstreichen - macht neben dem besonderen Geschmack das Grillgut auch noch knusprig.

Rosmarin-Nüsse

150 g Walnüsse oder wahlweise andere Nüsse, 1 Zweig Rosmarin, 1 EL Olivenöl, Salz.

Die Mandeln in einer Pfanne kurz anrösten und von der Herdplatte nehmen. Klein geschnittenen Rosmarin, Öl und Salz hinzufügen gut durchmischen. Bei ca. 50°C im Backrohr auf einem Backblech für 30min trocknen, anschließend abkühlen lassen und als Snack, Zusatz zu Reis, Grillgemüse o.ä. reichen.

Rosmarinsalz

Das klassische Rosmarinsalz darf in keiner Küche fehlen, da es fast allen pikanten Speisen und Salaten die bekannt herbe Note verleiht.

Dafür 1/3 zerkleinertes Kraut mit 2/3 unjodiertem Salz (vorzugsweise Ursalz) vermischen und in Gläser abfüllen.

Tipp: das Salz ist nicht zur zum Würzen von Speisen nützlich, sondern kann auch für ein kreislaufanregendes Bad bzw. vor dem Duschgang zum Einreiben auf befeuchteter Haut genutzt werden.

Homöopathie

In Form von Urtinktur wird Rosmarin zur Behandlung von Verdauungsbeschwerden wie Magenkrämpfe, Blähungen und Völlegefühl verwendet.

Aroma

Rosmarinaroma wirkt reinigend, aufhellend und wird oftmals bei Trauer und Tod verräuchert. Bei Raumenergie, die „müde“ und unbewegt wirkt, wiederbelebt und stimuliert Rosmarin diese wieder. Dies betrifft sowohl eine Verräucherung als auch ein Verdampfen von ätherischen Ölen.

Johann Künzle empfielt durch Ausdünstung stickige und verdorbene Krankenzimmern durch Rosmarindämpfe zu reinigen.

Dazu ein Sträußchen Rosmarin zusammengebunden anzünden

und glosend im betroffenen Bereich verräuchern.

Wissenschaftliche Bestätigung

Diverse Studien haben bereits eine antioxidative und antibakterielle Wirkung, sowie Effekte gegen Krebs, Entzündungen, Diabetes und Schmerzen beschrieben.

Schon eine frühere Studie bescheinigte Rosmarin eine Stärkung des Gedächtnisses und des Erinnerungsvermögens. Damals testeten die Forscher der britischen Northumbria University diese Wirkung allerdings nur an älteren Erwachsenen. Nun legten sie nach und untersuchten, ob Rosmarin auch das Gehirn von Kindern fördert.

Dafür mussten 40 Schüler im Alter zwischen 10 und 11 Jahren diverse Gedächtnistests absolvieren. Die eine Gruppe in einem Raum, in dem vorher Rosmarin-Aroma versprüht wurde. Die anderen in einem unbehandelten Zimmer.

Und tatsächlich: Die Kinder, die dem Duft ausgesetzt waren, erzielten um fünf bis zu sieben Prozent bessere Ergebnisse in den Experimenten als die Vergleichsgruppe. Laut der Forscher war der Unterschied am deutlichsten bei Tests, bei denen sich die Probanden an bestimmte Worte erinnern sollten. Wie Rosmarin genau auf das Gehirn wirkt, können die Wissenschaftler allerdings bisher nicht erklären. Sie vermuten, dass bestimmte Neurotransmitter im Gehirn, die mit dem Gedächtnis in Zusammenhang stehen, durch Düfte beeinflusst werden.“ (https://www.welt.de/kmpkt/article164211356/Das-bringt-es-dir-wenn-du-an-Rosmarin-schnueffelst.html, 14.08.2017)

Eine weitere neuere Studie zeigt: „Wer regelmäßig Rosmarin zu sich nimmt, schneidet in Gedächtnistests besser ab, ist weniger ängstlich und schläft besser. ... Auch auf die Alzheimererkrankung, Depressionen und Ängste soll Rosmarin positiv wirken. Iranische Forscher der Kerman University of Medical Sciences haben nun erneut untersucht, wie sich Rosmarin auf die Gedächtnisleistung, Ängste, Depressionen und Schlafqualität von jungen Erwachsenen auswirkt. ... Die Effekte dieser Nahrungsergänzung wurden mit Gedächtnistests und standardisierten Befragungsbögen zu Depressions- und Angstsymptomen sowie der Schlafqualität vor Beginn der Einnahme und nach Ende des Behandlungsmonats ermittelt. Nahrungsergänzung mit Rosmarin In sämtlichen Bereichen verbesserten sich die Werte der Studenten, die Rosmarin eingenommen hatten, gegenüber den Studenten, die das Placebo erhalten hatten. ... Die Bewertungen der Schlafqualität besserten sich allerdings messbar in der Rosmaringruppe im Durchschnitt um zwei Punkte mit der Behandlung, die Werte der Placebogruppe blieben dagegen stabil. Auch in verschiedenen Gedächtnistests verbesserten sich die Studenten der Rosmaringruppe messbar..., die der Pla-

cebogruppe dagegen nicht ... Die positiven Effekte von Rosmarin werden vor allem verschiedenen ätherischen Ölen und seinen anderen aromatischen Bestandteilen zugesprochen, beispielsweise Kampher oder Phenolen wie Carnosol oder Rosmarinsäure. Das Fazit der Forscher: Speziell bei einer Erkrankung, die sich auf Schlaf, Ängste, Depressionen und das Gedächtnis auswirkt, wie beispielsweise der Alzheimerdemenz, wäre die Rosmarin-Ergänzung zumindest eine Option, die nach Absprache mit dem Arzt auch unbedenklich sein sollte. (red, 11.8.2018) Originalpublikation: Effects of Rosmarinus officinalis L. on memory performance, anxiety, depression, and sleep quality in university students: A randomized clinical trial.“ (https://derstandard.at/2000085051533/Rosmarin-hilft-gegen-Aengste-schlechten-Schlaf-und-Depressionen, 11.08.2018)

Eine positive Monographie existiert auch für das ätherische Öl von Rosmarin bei äußerlicher Behandlung in Form von Einreibungen und Bädern („6-10% in semi-solid and liquid dosage forms, 2-3 times daily, Use as bath additive: 10-27 mg per litre One bath every two to three days, Recommended bath temperature is 35 – 38 °C, for 10 to 20 minutes.“) bei rheumatischen Beschwerden und Linderung von Dyspepsie und leicht krampfartigen Störungen des Magen-Darm-Traktes bei Verabreichung des Öls oral (2 Tropfen tgl.).

Quellen

Etymologisches Wörterbuch der botanischen Pflanzennamen von Helmut Genaust, Nikol (ISBN: 978-3-86820-149-9), 2012, S. 543.

Heilpflanzen – Praxis heute: – Band 1 Arzneipflanzenportraits von Siegfried Bäumler, Urban & Fischer (ISBN: 978-3437572722), 2. Auflage, 2012, 2. 507ff

Räuchern mit heimischen Kräutern: Anwendung, Wirkung und Rituale im Jahreskreis von Marlis Bader, Goldmann Verlag (ISBN: 978-3442218110), 2008, S. 151ff

Das grosse Kräuter Heilbuch von Kräuterpfarrer Johann Künzle, Albatros (ISBN: 3-491-96162-9), S. 452

New Kreüterbuch – Das Kräuterbuch von 1543 von Leonhart Fuchs, Taschen Verlag (ISBN: ISBN 978-3-8365-3790-2), 2017, Kap. CLXXXI

Heilkosmetik aus der Natur: pflegende Salben, Öle und Essenzen selber machen von Myriam Veit, Franckh Kosmos Verlag (ISBN: 978-3440149812), 2016, 2. Auflage, Sa. 104

Das große Buch der Pflanzenwässer – pflegen, heilen, gesund bleiben mit Hydrolaten von Susanne Fischer-Rizzi, AT Verlag (ISBN:978-3038006992), 2014, S. 261ff

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2009/12/WC500018312.pdf, 03.09.2018

http://www.gesundheit.de/lexika/heilpflanzen-lexikon/rosmarin-anwendung, 5.6.2016

Autorin & Links

www.gartenstrawanzerin.at

Mag. Katrin Schützenauer
Magistra (Management und Unternehmensführung)
Schriftführerin FUER Königstetten
Diplomierte Kräuterpädagogin

Alltagsbeschwerden sanft lindern mit den Tipps & Tricks aus der maudrich Naturapotheke

- Bewährte Hausmittel neu entdecken
- Medikamente reduzieren
- Perfekt geeignet für Pflege und Betreuung zu Hause

Erhältlich im Buchhandel und unter facultas.at

maudrich

Neuropsychiatrische Pflege

Die Neurowissenschaften haben in den letzten Jahren große Leistungen vollbracht. Die Erkenntnisse werfen ein völlig neues Bild auf die Entwicklung, Funktionsweisen und damit Verhaltensweisen von Menschen. Dies betrifft auch die psychiatrischen Störungen. Auch das Wissen um die Bedeutung des frühen Bindungsstils von Menschen und damit die Disposition zu psychischen Erkrankungen ist erstaunlich gewachsen. Viele Hirnforscher wie z.B. Joachim Bauer (2004,2006), Lou Cozolino (2007), Daniel Siegel (2010), Eric Kandel (2008), Gerhard Roth (2009), Gerald Hüther (2011), Alfred Spitzer (2012) haben im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren die Forschungsergebnisse der neurobiologischen Forschung in mehreren Büchern übersichtlich und klar nachvollziehbar zusammengestellt. Ebenso hat die Psychotherapie diese Forschungsergebnisse entdeckt und ihre Grundlagen für die Praxis neu geordnet Klaus Grawe (2004).

Der Aufsatz versucht erste Gehversuche, der es ermöglichen soll, neue Praxisanwendungen zu entwickeln und pflegerische Wirksamkeit zu begründen. Zum Ende wird als Beispiel die psychiatrisch pflegerische Vorgehensweise bei Depression skizziert. Dies könnte auch an anderen Krankheitsbildern wie der PTSD, der Angststörungen, der dissozialen Persönlichkeitstörung, der Borderline Persönlichkeitstörung und hypothetisch der Entstehung psychotischer Symptomatik geschehen. In meinem neuen Buch „Beziehungspflege“ wird dies bereits ausführlich dargestellt.

Eine wesentliche Tatsache ist es, dass unsere Gehirnstrukturen sehr sensibel sind für Umwelteinflüsse.

Anfang des 20. Jahrhunderts hatte ein Pionier der Hirnforschung Raymond y Cajal herausgefunden, dass das menschliche Gehirn aus einer großen Menge von Gehirnzellen besteht. Er erkannte, dass diese Zellen sich im Laufe des Heranwachsens immer mehr miteinander vernetzen und im Alter sich diese Vernetzungen wieder auflösen. Er folgerte daraus, dass die Gehirnstruktur, wenn sie einmal angelegt ist, sich über eine längere Zeit stabilisiert und später diese sich wieder lichtet. Dies war und blieb eine Vorstellung der meisten Mediziner über sehr lange Zeit. Heute wissen wir etwas anderes. Auch das Gehirn des alten Menschen ist noch fähig neue Nervenzellverbindungen zu bilden. Alle Menschen besitzen diese Fähigkeit bis ins hohe Alter. Das Gehirn verändert sich, wenn wir es zulassen, ständig (vgl. Hüther 2009, 2011).

Der amerikanische Nobelpreisträ-

(C) Orlando Florin Rosu

ger für Medizin E. Kandel (Kandel 2008, 2009), konnte in seinen Forschungen zum Gedächtnis aufzeigen, dass durch Lernen neue synaptische Verschaltungen im Gehirn entstehen, wenn sich der Ausdruck von Genen in Nervenzellen (Genexpression) verändert. Dies geschieht, wenn die Reize, durch die Lernen ermöglicht werden soll, ausreichend stark oder ausreichend dauerhaft sind. Er nennt dies Langzeitpotenzierung. In Kandel´s Thesen zum Verhältnis zwischen Gehirn und Geist wird deutlich, dass alle motorischen und psychischen Funktionen vom Gehirn ausgehen und dass Veränderungen im Gehirn auch durch Umwelteinflüsse stattfinden und soziale Reize dabei eine große Rolle spielen. Damit kann ein Rahmen für die neurobiologische und damit psychotherapeutische Wirkungsweise von psychiatrischer Pflege beschrieben werden (vgl. Bauer R., 2010, 2011, 1998/1999). L. Cozolino, ein amerikanischer Neurobiologe beschreibt dies so: „Unser Gehirn ist das neurobiologische Protokoll der Beziehungen unseres Lebens“, (Cozolino 2007).

Gehirn und Gesundheit

Gerhard Roth (in Kandel: 2008) stellt den Zusammenhang zwischen psychiatrischen Erkrankungen, neuronaler Plastizität und Gehirnfunktion klar: „Was die neurobiologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen betrifft, so wurde aufgrund des Einsatzes Bild gebender Methoden, insbesondere der funktionellen Kernspintomographie, aber auch aufgrund verfeinerter neurophysiologischer und neuropharmakologischer Methoden gezeigt, dass alle psychischen Erkrankungen mit deutlichen Veränderungen der neuroelektrischen und neurochemischen Aktivität bestimmter Hirnzentren einhergehen. Dabei sind immer vorrangig diejenigen Zentren des limbischen Systems betroffen, die im gesunden Menschen die affektiven und emotionalen Zustände bestimmen.“

Er hält weiter fest, dass aufgrund von traumatischen Erlebnissen „Fehlverdrahtungen“ im limbischen System entstehen. Diese stören die Balance zwischen Emotion und kognitiver Kontrolle und daraus können vielfältige psychische Abnormitäten entstehen.

Roth beschreibt auch die möglichen Vorstellungen der Wirkung von Beziehungen im limbischen System. Es könnte im cingulären und orbitofrontalen Cortex zu einer „Ich-Stärkung“ kommen und damit könnten die Impulse der Amygdala (Angstzentrum) besser gedämpft werden.

Eine zweite Wirkung könnte durch das Auflösen der amygdalären Netzwerke eintreten und die dritte wäre das Installieren von Ersatzschaltungen im limbischen System. Dies könnte durch die Fähigkeit des Gehirns zur neuronalen Plastizität zustande kommen.

Der Ansatzpunkt einer psychiatrischen Pflege aus Sicht der neuronalen Plastizität wäre demnach die Arbeit an der persönlichen Geschichte des limbischen Systems (Beziehungszentrum des Gehirns) jedes einzelnen Menschen.

Beispiel Depression (vgl. Grawe 2004)

Die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse über Veränderungen eines Gehirns in der Depression sind für die Anwendung durch psychiatrische Pflege ausreichend.

Die neuronalen Störungen bei Depressionen konzentrieren sich auf folgende Gebiete des Gehirns:

(C) Bits and Splits

- Der präfrontale Kortex
- Der anteriore cinguläre Kortex
- Der Hippocamous
- Die Amygdala

Damit die Störungen in den jeweiligen Gebieten verständlich werden, werden zunächst die normalen Funktionen beschrieben.

Der präfrontale Kortex ist der entwicklungsgeschichtlich jüngste Teil des menschlichen Gehirns. Es ist der Teil des Gehirns, der uns zu Menschen macht. Er macht einen großen Teil unserer Persönlichkeit aus. In ihm liegen unsere Werte und Ziele, an denen wir unser Verhalten ausrichten, also unsere Ethik und unsere Moral. Dort sitzen unsere Empathie, Emotionsregulation und Emotionskontrolle und unsere vernünftigen Entscheidungen. Des Weiteren sitzt dort die Fähigkeit die Konsequenzen von Handlungen abzusehen. Eine Verletzung oder Störung im präfrontalen Kortex zieht immer Veränderungen in der Persönlichkeit nach sich.

Der präfrontale Kortex ist zweigeteilt. In der linken Seite sitzen positive Ziele und er wird aktiviert bei positiven Ereignissen. In der rechten Seite sitzen negative Ziele und er wird bei negativen Ereignissen aktiviert. Je nach den erlebten Lebensereignissen eines Menschen, ist dann entweder die linke oder rechte Seite „stärker“. Dies wird dann zum Persönlichkeitsmerkmal.

Bei depressiven Menschen ist die rechte vordere Seite gegenüber der linken Seite dominant, denn die linke vordere Seite ist unteraktiviert. Daraus resultiert eine gewisse Unfähigkeit die negativen Gedankenketten, die depressive Menschen oft haben, gezielt durch positive Gedanken zu ersetzen. Der orbitale (über den Augenhöhlen liegende) und der ventrale (im hinteren Teil über den Augenhöhlen liegend) Präfrontalkortex sind auch an Belohnung und Bestrafung beteiligt. Die linke Seite reagiert auf Belohnung, die rechte auf Bestrafung. Bei Depressiven reagiert die rechte Seite auf Bestrafung sehr heftig, die linke Seite auf Belohnung gar nicht. Insgesamt ist der präfrontale Kortex bei Depressiven hypoaktiviert, was die normalen Funktionen erschwert.

Die präfrontale Hypoaktivierung geht mit Volumenverringerung der grauen Masse einher. In Untersuchungen zeigte sich eine Volumenminderung bis zu 30%. Andere Untersuchungen weisen einen Verlust bis zu 49% auf. Vor allem dann wenn in der Familie viele depressive Menschen gefunden wurden. Dieser Verlust kommt durch „Nichtbenutzung, zustande und es scheint, dass die Minderung bei „wieder Benutzen“ reversibel ist.

Betrachtet man solche Substanzminderungen, erscheint es nicht mehr schwer, die Unfähigkeit zu klarem Denken, zu aktivem Problemlösen und zu vernünftigem Handeln zu verstehen. Es gibt aber Möglichkeiten den präfrontalen Kortex durch pflegerische Interventionen zu aktivieren, worauf ich weiter unten noch eingehen werde.

Der anteriore cinguläre Kortex (ACC)

Der ACC liegt anatomisch hinter dem präfrontalen Kortex. Der ACC ist immer aktiviert, wenn wir mit uneindeutigen Situationen konfrontiert werden oder wenn die eigene Emotion eine Handlung erforderlich macht, die aber negative Konsequenzen haben könnte. Er ist eine Art Überwachungssystem, das dann aktiviert wird, wenn es „brenzlig oder knifflig“ wird. Er stellt dann im Normalfall die Verbindung zu Hirnarealen her, die benötigt werden, um Problemlösungen herbeizuführen.

Bei Depressiven ist der ACC chronisch unteraktiviert. Dies verhindert die Bereitstellung von Ressourcen zur Problemlösung. Bei unteraktiviertem ACC hat der Mensch „resigniert“. Es kommt zu keiner Willensanstrengung mehr, um sich selbst aus dem „Sumpf“ zu ziehen. Bei abklingenden Depression nimmt die Aktivität des ACC dann wieder zu.

Der Hippocampus

Der Hippocampus ist eine sehr wichtige Struktur unseres Gehirns. Wir benötigen ihn, um zu lernen, Gedächtnis zu bilden, Erfahrungen zu speichern und mit angemessenen Emotionen auf Umweltreize zu reagieren. Das Volumen des Hippocampus von Depressiven schrumpft um bis zu 19%. Der Hippocampus ist leider sehr stressanfällig, weil in seinen Zellen sehr viele Gluccocorticoidrezeptoren (Cortisolrezeptoren) sitzen. Diese Rezeptoren sind eigentlich ein Teil des Regelkreises, der den Stresspegel senkt. Doch dieser Mechanismus funktioniert bei Depressiven nicht, so dass es zu einem dauerhaft erhöhten Cortisolspiegel kommt. Es spricht sehr viel dafür, dass es zu den erhöhten Cortisolspiegeln bei Depressiven durch psychosozialen Stress kommt, der dann den Hippocampus noch stärker schädigt.

Hippocampuszellen können aber wieder nachwachsen. Bei Experimenten mit Ratten konnte gezeigt werden, dass 5000 bis 10000 Zel-

len pro Tag neu entstehen können. (Spitzer, M. 2012)..

Die Amygdala

Die Amygdala, auch Mandelkerne genannt, sind ein sehr alter Teil des Gehirns. Sie sind Teil unseres „Reptiliengehirns“. In den Mandelkernen sitzen die menschlichen angeborenen Affekte, wie Wut, Angst, Freude, Neugier, Ekel und Überraschung. In den meisten Fällen werden sie jedoch mit Angst und Schrecken in Verbindung gebracht. Sie sind auch der Ausgangspunkt einer unkontrollierten Stressreaktion.

Depressive haben meist durch Folge von Überaktivierung vergrößerte Mandelkerne, die dadurch immer sensibler werden und immer schneller auf vermeintliche Bedrohung reagieren und dann Stress auslösen. Auch die Reaktion auf angstbesetzte Gesichter oder traurige Gesichter ist stärker. Pflegende sollten also auf ihre Mimik im Kontakt mit Depressiven achten. Denn immer wenn die Mandelkerne aktiviert werden, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie wieder aktiviert werden und Stress auslösen. Der einzige Hirnanteil der „Macht“ über die Amygdala hat, ist der präfrontale Kortex (Le Doux 2012). Er könnte die Amygdala in ihrer Aktivität herunterfahren. Leider hat der präfrontale Kortex bei Depressiven aber eine Unteraktivierung und einen Substanzverlust. Dies hat wiederum Konsequenzen für eine neuropsychiatrische Pflege.

Schlussfolgerungen für die neuropsychiatrische Pflege

Die zentrale Steuerung von Emotionen, Antrieb, Willen zur Veränderung, Reduzierung von Angst und die Hinwendung zur positiven sinnvollen Lebensentwicklung liegt im präfrontalen Kortex. Dieser ist auf seiner linken vorderen Seite, in der Menschen Positives erleben unteraktiviert und auf der rechten Seite, in der Menschen Negatives erleben, überaktiviert. Die Überaktivierung rechts sorgt möglicherweise für eine Unteraktivierung des ACC, der nun keine Ressourcen mehr aktivieren kann. Insgesamt sind eine Substanzminderung im gesamten präfrontalen Kortex und eine Unteraktivierung vorhanden. Der präfrontale Kortex ist aber, der einzige Hirnteil, der „Macht“ über die Amygdala hat und ihr „sagen könnte“, dass sie ihre Überaktivität herunterfahren soll, damit der Hippocampus, der verkleinert ist und keine gute Stressantwort geben kann, sich erholen und wieder neue Zellen bilden kann, um wieder mit situationsangemessenen Emotionen zu reagieren.

Nach dieser Überlegung müsste die erste Strategie die Aktivierung (Use it or loose it – alles was aktiviert wird erhöht die Wahrscheinlichkeit, wieder aktiviert zu werden – Hebbsch´ses Gesetz) des präfrontalen Kortex, vor allem auf der linken Seite sein, damit die Unteraktivierung sich verbessert und wieder Übergewicht über die rechte überaktivierte Seite gewinnt, um auch die Unteraktivierung des ACC zu verbessern. Durch Aktivierung des präfrontalen Kortex ergibt sich dann möglicherweise eine verbesserte Fähigkeit wieder „Macht“ über die Amygdala zu gewinnen und den Cortisolausstoß zu verringern, der zu einer verringerten Stressantwort durch den Hippocampus führt und durch den er gleichzeitig geschädigt wird (vgl. Roth 2008, siehe oben).

Doch wie kann man den präfrontalen Kortex und vor allem seine linke Seite aktivieren.

Aus einer australischen Studie (Stratford et al.), die 2009 publiziert wurde, wird ersichtlich, dass der vordere Teil des Gehirns während einer Therapiesitzung sehr aktiv ist. Therapiesitzungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Patient die ungeteilte Aufmerksamkeit und das große Interesse des Therapeuten hat. Er sich verstanden und ernst genommen fühlt. Cozolino weist auf Studien hin, die Erweiterungen des präfrontalen Kortex, der Insula und des ACC belegen, wenn Patienten ihre eigenen Emotionen reflektieren und mit anderen darüber sprechen können (Cozolino 2007).

Stirnhirnarbeit

Pflegende sollen demnach ihrem depressiven Patienten mit freundlichem Gesicht begegnen, um nicht sofort die rechte vordere Stirnseite zu aktivieren. Die Pflegenden sollen großes, echtes Interesse und ungeteilte Aufmerksamkeit an dem Patienten zeigen, weil dadurch die vordere Seite des Gehirns aktiviert wird und sie sollen, sehr empathisch mit dem Patienten vor allem über positive Emotionen wie Freude, Bindung, Stolz, andere wichtige Menschen sprechen. Nach den Fakten sollten sich damit der präfrontale Kortex und der ACC aktivieren lassen. Dies könnte nicht nur die Überaktivierung der rechten vorderen Seite und die Unteraktivierung des gesamten präfrontalen Kortex verbessern, sondern auch die Fähigkeit der präfrontalen Kortex verbessern hemmend auf die Amygdala zu wirken und so die Stressreaktionen zu verringern.

Gibt es eine Möglichkeit den Hippocampus anzuregen, damit er eine verbesserte Stressantwort

geben kann und damit auch eine verbesserte situationsangemessene Emotionssteuerung erfolgen kann? Ja!

So banal wie es klingen mag, aber der Hippocampus ist aktivierbar durch Lernen.

Hippocampusarbeit

In einfachem Sinne gesagt ist Hippocampusarbeit Lernen. Wir sollten dabei sehr kreativ sein. Lernen beginnt mit einer reizvollen, anregenden Umgebung. Spitzer berichtet, dass bei Ratten die Schaffung einer solchen Umgebung bereits Nervenzellenneuwachstum im Hippocampus sichtbar war (Spitzer, M. 2012) Öde Flure und Zimmer in den psychiatrischen Kliniken sind nicht geeignet diesen Prozess auszulösen.

Wir sollten den Patienten dazu bringen neue Dinge zu lernen, die er bislang nicht konnte. Dies können ein kompliziertes Kartenspiel sein, das Erlernen einer handwerklichen Technik, das Lernen von fremden Sprachen oder die Auseinandersetzung mit etwas anspruchsvollerer Mathematik. Sollten dann neue Zellen im Hippocampus entstehen, müssen diese „beschäftigt“, in der Sprache der Neuronen, mit anderen Neuronen vernetzt werden.

Es gibt aber noch eine weitere Möglichkeit dem Stress entgegenzuwirken, den der größte Teil der Depressiven erlebt. Weiter oben wurde bereits das Neuropeptid Oxytozin erwähnt. Moberg beschreibt das Oxytozin als „Stresskiller“ schlechthin (Moberg 2003,2011).

Oxytozinarbeit

Bei Erinnerung an positive Lebensereignisse, werden nicht nur das Oxytozinsystem im Hypothalamus angeregt und die linke vordere Stirnhirnhälfte aktiviert, sondern ein weiteres System Oxytozin produzierender Neurone wird in Gang gesetzt, das zu wichtigen Schaltzentralen Verbindung hat. Vor allem sind hier zu nennen der Hippocampus und die Amygdala. Am Hippocampus hat das Oxytozin positive Wirkung, indem es ihn anregt neue Zellen zu bilden. Die Amygdala wird durch das Oxytozin beruhigt. Durch Oxytozinarbeit wird also ebenfalls „entstresst“. Eine weitere Variante kommt nun durch das Oxytozin ins Spiel. Oxytozin kooperiert sehr stark mit Dopamin, dem Antriebs- und Motivationshormon und so erfährt der Patient u.U. wieder mehr Motivation der Depression zu entkommen und sich mit neuem Lernen auseinanderzusetzen, was wiederum dem Hippocampus helfen könnte. In den Bereichen, in denen die neuropsychiatrische Pflege bisher Anwendung findet, versuchen die Pflegenden in ihren Bezugspflegegesprächen, so viele positive Lebensereignisse des Patienten herauszufinden wie möglich, um in den weiteren Gesprächen immer wieder darauf Bezug zu nehmen.

Dass die drei beschriebenen pflegerischen Interventionen wirksam sind, kann bisher in der Praxis beobachtet werden, in den Bereichen in denen die neuropsychiatrische Pflege bereits Anwendung findet. Wissenschaftliche Nachweise stehen noch aus. Aber vielleicht kann die Psychiatrische Pflegewissenschaft durch die neuropsychiatrische Sichtweise eine weitere Orientierung finden.

Autor

Mag. Rüdiger Bauer BSc
Krankenpfleger, Fachpfleger für psychiatrische Pflege, Fachpfleger für Psychotherapie und Psychosomatik, ehem. Pflegedienst- und Weiterbildungsleitung, ehem. Bildungsreferent, Verlagsleiter, Dozent,

Rüdiger Bauer

Beziehungs-pflege

Kongruente Beziehungsarbeit für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsberufe

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

hogrefe

ESGENA Konferenz 2018 & die Kompetenzen der Endoskopiepflege in Österreich

Im Rahmen der 26. Woche der United European Gastroenterolgy Week, fand vom 20 – 22 Oktober die diesjährige ESGENA Konferenz in Wien statt. Ziel der ESGENA-Konferenz ist es, Gastroenterologie- und Endoskopiepflegepersonen international zu vernetzen.

Gastgeber war in diesem Jahr die IVEPA, der österreichische Interessensverband für endoskopisches Pflege- und Assistenzpersonal. Die IVEPA ist der Organisator nationaler Ausbildungen, Kurse und Kongresse (IVPEA, 2018). Die Europäische Gesellschaft für Gastroenterologie und Endoskopie, kurz ESGENA, konzentriert sich durch die Förderung von Kommunikations- und Bildungsaktivitäten auf die Weiterentwicklung der Endoskopie und Gastroenterologie. Weitere Aufgabenfelder sind die regelmäßige Entwicklung und Implementierung von Guidlines und Stellungnahmen zu Aspekten der Endoskopie. Dies erfolgt unabhängig oder in Zusammenarbeit mit der Europäischen Gesellschaft für Gastrointestinale Endoskopie (ESGENA, 2018).

Während der UEG Week Vienna 2018, gab es eine Vielzahl von Highlights. Die UEG erhielt 3.705 Abstracts für den diesjährigen Kongress. Davon wurden insgesamt 2.214 angenommen. Die Standards zur Annahme der Abstracts waren erneut extrem hoch. Die hohe Anzahl an Einsendungen gepaart mit dem hohen Standard der eingereichten Abstracts bestätigt, dass die UEG Week das wichtigste Forum für die Präsentation der gastrointestinalen Forschung ist (Tilg, 2018).

Die Konferenz wurde am Samstag mit Vorträgen der Präsidentinnen Marjon de Pater, Niederlande und Wendy Waagenes, Dänemark unter dem Motto „Quality makes the difference“ eröffnet.

Die entspannte Atmosphäre unterstützte den kollegialen Austausch und half Sprachbarrieren zu überwinden. Die ESGENA-Konferenz umfasste hochmoderne Vorträge und Poster. Die großen Themen waren, Entwicklung der Endoskopiepflege, Patientensicherheit, Edukation und Management. Praktische Skills wurden in Workshops mit Hands-on-Training an Bio Simulatoren und Live-Übertragungen trainiert. Aktuelle Nachrichten über neue Trends und Entwicklungen, sowie Präsentationen über

interessante Projekte und Studien in Gastroenterologie und Endoskopie, sorgten für einen globalen Kontext. Der Austausch mit Pflegepersonen aus der ganzen Welt, kombiniert mit der Möglichkeit, an dem medizinischen Programm der UEG Week teilzunehmen, machte die ESGENA-Konferenz auch dieses Jahr zu einer außergewöhnlichen Bildungsveranstaltung. Die Arbeitsgruppe der ESGENA feilt bereits an den kommenden internationalen Veranstaltungen, beispielsweise den ESGE-Days in Prag oder die ESGENA-Konferenz in Barcelona.

Die ESEGNA Konferenz ist für jede Gesundheits- und Krankenpflegeperson der Gastroenterologie und Endoskopie das Event des Jahres.

Die Aufgaben der Endoskopiepflege

Die ESGENA Konferenz zeigte deutlich welch hohen Stellenwert die Gastroenterologie- und Endoskopiepflege in anderen Ländern einnimmt. In Großbritannien, Irland, Skandinavien und den Niederlanden, praktizieren bereits Pflegepersonen als EndoskopikerInnen. International nimmt die Patientenedukation einen großen Platz ein. Gastroenterologie- und Endoskopiepflegepersonen stehen den Patientinnen und Patienten als GesundheitsberaterInnen gegenüber. Sie sind als eigenverantwortliche Experten ihrer Fachdisziplin tätig.

Eine berufliche und innere Haltung, die ein bewusstes Verständnis und Reflexion des Rollenbildes des gehobenen Dienstes erfordert. Die Endoskopiepflege ist im internationalen Kontext weit mehr als die Assistenz des ärztlichen Personals bei Eingriffen. Die Frage, die sich stellt, ist: Arbeiten Endoskopiepflegpersonen in Österreich auch im Rahmen ihrer pflegerischen Kernkompetenzen, oder sind sie lediglich als Assistenten der Ärzte tätig?

Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes

Die prä- und postinterventionelle Überwachung der Patientinnen und Patienten, zählt zu den Kernaufgaben der Endoskopiepflege. Fest steht, es braucht keinen gehobenen Dienst um die Patientinnen und Patienten zu monitorisieren und Parameter für die Dokumentation abzuschreiben. Es braucht jedoch die DGKP, um die gewonnen Daten interpretieren und eine professionelle Einschätzung des Gesundheitszustandes vornehmen zu können. Die systematische Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten, sind die ersten und zwingenden Schritte, um die Sicherheit und Qualität endoskopischer Interventionen zu gewährleisten.

Anamnese

Vor jedem Untersuchungsbeginn muss seitens der Pflege ein Anamnesegespräch erfolgen. Dies reicht von der Identifikation der Patientinnen und Patienten, über die Abklärung der Intervention bis hin zur Erfassung der Symptomatik. Besonders bei Patientinnen und Patienten, die eine moderate Sedierung wünschen, muss eine sedierungsorientiere Anamnese durchgeführt werden. (Irlbeck, 2016).

Die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, mittels der ASA-Klassifikation, hat sich bereits in Österreichs Endoskopien etabliert. Meistens wird die Bestimmung alleine vom Arzt getroffen. Dabei sind es oftmals die Pflegepersonen, welche die Patientinnen und Patienten systemisch befragen. Wenn der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten von Pflegepersonen anhand der ASA-Klassifikation eingestuft wird, sollte die Pflege ihre Einschätzung gegenüber dem Arzt äußern. Die Pflege kann gegebenenfalls auch dazu raten, das Anästhesie Team hinzuzuziehen.

Gesetzlich liegt die Verantwortung beim praktizierenden Arzt. Es obliegt also der Pflegeperson selbst, welchen Stellenwert ihr Beruf in der Praxis einnehmen soll. Beispielsweise in der gemeinsamen Entscheidungsfindung als multiprofessionelles Team. Laut dem GuKG Paragraph 16, haben Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im multiprofessionellen Versorgungsteam das Vorschlags- und Mitwirkungsrecht (Halmich, 2017).

Pflegediagnostik, am Beispiel der Pflegediagnose ANGST

Die Einschätzung der Angst mittels Assessments und angstlösenden Gesprächen vor Untersuchungsbeginn, ist in vielen internationalen Endoskopien aus der Praxis nicht wegzudenken. Angst spielt im Setting der Endoskopie für Patientinnen und Patienten eine große Rolle. Patienten informieren sich bereits im Vorfeld über Untersuchungen und Erkrankungen. Dabei entstehen Vorstellungen, die angsterregend sein können. Pflegepersonen müssen auf solche Angstvorstellungen eingehen.

„Habe ich Schmerzen während der Untersuchung?“

„Werde ich nach der Sedierung wieder wach?“

„Welche Diagnose erwartet mich nach der Untersuchung?“

Pflegepersonen nehmen durch die Patientennähe eine Schlüsselrolle im Assessment der Angst und in der Angstlinderung ein. Durch systematisches Erfassen der Angst und evidenzbasierten Maßnahmen zur Angstreduktion, leisten Endoskopiepflegepersonen einen wertvollen Beitrag im multiprofessionellen Team. Dadurch können die Patientenzufriedenheit erhöht und die Behandlungsergebnisse verbessert werden (Fumasoli, et al., 2012).

Während des Anamnesegespräches kann die Angst verbal durch Assessments erfasst werden. Da Zeit in der Praxis eine große Rolle spielt, kann mit folgenden Skalen und einer einzigen Fragestellung die Angst festgestellt werden:

Visuelle Analogskala (VAS)
Numerische Rating-Skala (NRS)
Faces Anxiety Scale, eine Gesichterskala für Angsterleben
Für Patientinnen und Patienten ist es wichtig über ihre Ängste zu sprechen und diese auch benennen zu können.

„Wovor haben Sie Angst?“

„Ich habe Angst, dass ich während der Untersuchung aufwache.“

Die Einschätzung der Angst kann unter anderem die Entscheidung betreffend die Sedierungsart beeinflussen. Sie kann Auskunft geben, ob eine Monosedierung ausreichend ist, oder ob Betroffene ein anxiolytisches Medikament, z. B. Midazolam, benötigen. Das Medikament muss an den Patienten angepasst werden und nicht der Patient an das Medikament.

Wissensmanagement

Es braucht keine 3-jährige Ausbildung um eine Biopsiezange zu öffnen und wieder zu schließen. Professionelle Endoskopiepflege bedeutet, Veränderungen zu erkennen und zu benennen, Guidlines spezifisch anzuwenden und zu wissen, warum und mit welcher Konsequenz Interventionen stattfinden. Dahinter steht nicht nur eine moralische Arbeitshaltung. Im GuKG Paragraph 14, Absatz 12, lautet es: „Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, umfassen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement.“ (Halmich, 2017)

Patientenedukation und Patientengespräche

Die Endoskopiepflege wird als handwerkliche Tätigkeit wahrgenommen. Einige Pflegepersonen fühlen sich oft juristisch unsicher, fachlich nicht kompetent genug und verweisen bei Fragen der Patientinnen und Patienten auf das ärztliche Personal. Patienten- oder Angehörigengespräche erfolgen in der Praxis, wenn sie überhaupt stattfinden, zufällig, unsystematisch und nicht dokumentiert. Dabei ist das Sprechen, die Beratung, Information und Schulung, eine der häufigsten Interaktionen des pflegerischen Handelns. Denken

Sie nur an die vielen Gespräche, welche Sie mit Patienten und deren Angehörigen zwischen Tür und Angel führen. Patienten wissen oft sehr wenig über den Umgang mit ihrer Erkrankung. Die Aufgabe der Ärzte bezieht sich hier auf die Krankheit und ihre Therapie. Die Aufgabe der Pflege sollte sich auf den alltäglichen Umgang mit der Krankheit fokussieren (Segmüller, Zegelin, 2015).

Die systematische Patientenedukation muss einen festen Platz in der österreichischen Endoskopiepflege finden. Wenn Betroffene von Beschwerden berichten, müssen diese von Pflegepersonen klassifiziert werden können und folglich den Patientinnen und Patienten als Berater gegenüberstehen. Als Berater helfen die Pflegepersonen den Betroffenen ihr Verhalten, ihre Wahrnehmung, ihre Einstellung so zu ändern, dass eine Lösung des Problems möglich wird (Norwood, 2002).

Fragen zum vorliegenden Problem:

- Wie äußert sich das Problem?
- Welche Symptome stören die Beratenen?
- Seit wann äußern sich die Symptome?
- Welche Versuche wurden unternommen, das Problem zu lösen?
- Wieso scheint das Problem jetzt besonders schwerwiegend?

Fragen zum Beratungsergebnis:

- Wie lautet das gewünschte Beratungsergebnis?
- Versteht der Beratene den vermittelten Inhalt?

Die gewonnenen Informationen können außerdem anschließend mit dem ärztlichen Personal besprochen werden. Informationen sind die wichtigsten Ressourcen betreffend einer individuellen Therapieempfehlung. Ein weiteres praktisches Beispiel wäre die pflegerische Aufklärungsambulanz für Koloskopievorbereitungen:

- Welche Abführlösung eignet sich für die Betroffenen am Besten?
- Welche Nahrungsmittel sollen vor dem Abführen vermieden werden?
- Zu welchem Zeitpunkt muss die Abführlösung getrunken werden?
- Was ist bei der Nachsorge zu beachten?

Für Patientenedukation und Patientengespräche mögen die Zeit und die starren Handlungsvorgaben ein Hindernis sein. Doch die Gespräche können handlungsbegleitend stattfinden, etwa bei der Vorbereitung der Patientinnen und Patienten. Diese Handlungsbegleitung schmälert die Qualität des Gespräches nicht. Pflegende müssen lernen, den Beratungsbedarf zu erkennen und den Zeitbedarf selbstbewusst zu reklamieren. Wichtig ist es, die Gespräche auch anschließend zu dokumentieren (Segmüller, 2015).

Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung

Seit der GuKG-Novelle 1997, trägt der gehobene Dienst die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankpflege. Der Name ist allerding nicht Programm. Noch immer konzentrieren sich die Pflegepersonen hauptsächlich auf die Krankheit, anstatt auch die Gesundheit der Patientinnen und Patienten ins Auge zu fassen. Dabei sollte der theoretische Ansatz der Salutogenese als Fundament der Arbeit dienen. Pflegepersonen sollten ihre Aufmerksamkeit auf die Frage richten: „Was hält den Menschen gesund?“ Um die Gesunderhaltung zu ermöglichen ist das Kohärenzgefühl unabdingbar. Damit ist die Überzeugung gemeint, Situationen beherrschen zu können. Um diese Einstellung leben zu können, benötigen Betroffene verschiedene Komponenten wie Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit und Verstehbarkeit. Die pflegerische Arbeit sollte im besten Sinne kohärenzstiftend sein (Schiffer, 2001).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Gesundheitskompetenz, ein Theorieansatz der WHO. Eine reife Stufe von Gesundheitskompetenz umfasst das optionale Handeln. Damit ist gemeint, dass Betroffene aus eigener Kompetenz verschiedene Möglichkeiten wählen können (Kickbusch, et al., 2013).

Professionelle Pflege muss die Patientinnen und Patienten darin befähigen, die Kompetenz zu besitzen, um ihre eigene Gesundheit zu steuern. Unabdinglich für diesen Aufgabenbereich, ist eine professionelle Patientenedukation.

Mitwirkung an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen

Endoskopiepflege ist eine Profession, die auch in Österreich erforscht werden muss. Evidence-based Practice ist das Stichwort. Die pflegerische Arbeit muss benennbar, erkennbar und transparent werden. Die Implementierung der aktuellen Forschungsergebnisse in die Praxis, ist das Fundament der professionellen Endoskopiepflege.

Delegation und Subdelegation

Zeitmangel ist die pauschale Erklärung für alle nicht ausgeführten Tätigkeiten. Zum größten Teil erklärt es die Misere, warum Endoskopiepflegepersonen ihren Kernkompetenzen nicht nachkommen können. Der Personalstand entspricht selten den Empfehlungen der aktuellen Guidelines. Häufig arbeitet eine Pflegeperson pro Raum alleine. Die Aufbereitung des Raumes, die Vorbereitung, die Sedierung, die Assistenz bei Interventionen, die Überwachung der Patientinnen und Patienten, die Nachsorge. Tätigkeiten die laut internationalen Empfehlungen für mindestens zwei Pflegepersonen konzipiert sind, drängen die Endoskopiepflege täglich ans Limit des Möglichen. Nur unter schwierigsten Bedingungen, versucht die Endoskopiepflege, trotz mangelnder Personal- und in weiterer Folge fehlender Zeitressourcen, die Qualität aufrecht zu halten. Trotz Risikomanagement sind permanenter Stress und Zeitdruck jedoch Faktoren, welche Fehler begünstigen und das Personal krank machen. Die Interventionen werden komplexer und aufwendiger. Das Patientenklientel wird stetig multimorbider. Trotz des Wandels hat sich an den Strukturen wie Personalschlüssel, Räumlichkeiten und Dienstzeiten, seit vielen Jahren nichts geändert. Umso wichtiger ist es, den Fokus der Endoskopiepflege neu zu definieren. Um mehr Zeit für die Endoskopiepflege zu schaffen, können viele Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen übernommen werden:

- Die Organisation an das Sekretariat
- Die Aufbereitung der Räume, zwischen den Untersuchungen und nach Tagesende, an Abteilungshelfer
- Die Aufbereitung der Endoskope an Pflegeassistenzberufe
- Bei komplexen Interventionen oder sehr kranken Patientinnen und Patienten, ist anzudenken das Anästhesie Team hinzuzuziehen

Fazit

Viele der beschriebenen Kernkompetenzen, sind bereits ein fixer Bestandteil der alltäglichen Pflegepraxis, jedoch wird diese Arbeit unsystematisch durchgeführt, ist unsichtbar und findet sich nicht in der Pflegedokumentation wieder. Die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen müssen sich über ihre professionellen Handlungskompetenzen bewusst sein. Die Endoskopiepflege hat oft das subjektive Empfinden für ihre eigenverantwortlichen Tätigkeiten keine Zeit zu haben. Zeit hat man nicht, Zeit nimmt man sich. Eine Floskel, die wie ein Schlag ins Gesicht sein mag. Doch es liegt auch in der Verantwortung der Pflege, den Zeitbedarf selbständig zu reklamieren. Wir geben den

Ärztinnen und Ärzten die Zeit, vor Untersuchungsbeginn mit den Patientinnen und Patienten zu sprechen. Oft muss die Pflege lange Wartezeiten auf das ärztliche Personal aussitzen. Wenn wir dafür Zeit haben, warum dann nicht für unsere pflegerischen Kernkompetenzen? Wenn wir den Ärztinnen und Ärzten die Zeit geben können, dann müssen wir auch uns die Zeit nehmen, um für unseren eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich Platz zu schaffen. Das Bewusstsein dafür, muss auch in den Fortbildungen und der Weiterbildung geschaffen werden. Auch hier konzentriert sich der Großteil der Wissensvermittlung auf die Assistenzarbeit. Es steht außer Frage, wie wichtig diese Bildungsmaßnahmen sind. Die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, umfassen den größten Teil der täglichen Praxis. Abgesehen davon, charakterisieren sie die Profession der Endoskopiepflege. Die Tätigkeiten im mitverantwortlichen Bereich sind spannend, fordernd und facettenreich. Auch die Kompetenz bei Notfällen, ist ein äußerst wichtiges Arbeitsfeld der Endoskopiepflege, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der Endoskopie müssen als eigenständige Profession tätig werden. Andernfalls wird sich über kurz oder lang die Frage stellen, ob die einfache Assistenz nicht auch von billigeren Arbeitskräften, beispielsweise von operationstechnischen AssistentInnen, ausgeübt werden kann. Selbst seit Jahren als Gesundheits- und Krankpflegerin an einer Endoskopieabteilung tätig, bin ich mir über die hindernden Rahmenbedingungen bewusst. Endoskopiepflegepersonen arbeiten täglich am Limit und gegen die Zeit. Gründe sind Personalmangel, enge Handlungsvorgaben und starre Prozesse. Eine wichtige Rolle spielen hier die Führungspositionen, die für die Rahmenbedingungen verantwortlich sind.

Doch was können wir als Endoskopiepflegepersonen aktiv beisteuern?

Markus Golla, Herausgeber von Pflege Professionell schrieb einst: „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?“

Es obliegt jeder Endoskopiepflegeperson selbst zu entscheiden, ob sie nur als Assistenzkraft oder als Angehörige einer eigenständigen Profession auftreten und arbeiten möchte.

Literaturnachweis

ESGENA (2018): About ESGENA. https://esgena.org/about-esgena/

Fumasoli A., Häner G., Eggert A., et al. (2012): Angst professionell erfassen. https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Publikationen/2012/fumasoli_angst_2012.pdf

Halmilch M. (2017): Recht für Diplom-Pflegepersonal in Ausbildung. Educa Verlag, Wien

Irlbeck T., Zwißler B., Bauer A. (2016): ASA-Klassifikation – Wandel im Laufe der Zeit und Darstellung in der Literatur. Springer Medizin Verlag, Berlin

IVEPA (2018): Interessensverband für endoskopisches Pflegepersonal und Assistenzpersonal Österreich. http://www.ivepa.at

Kickbusch I., Pelikan J., Apfel F., Tsouros Agis (2013): Health Literacy. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1

Norwood S. (2002): Pflege-Consulting – Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle (1. Auflage).

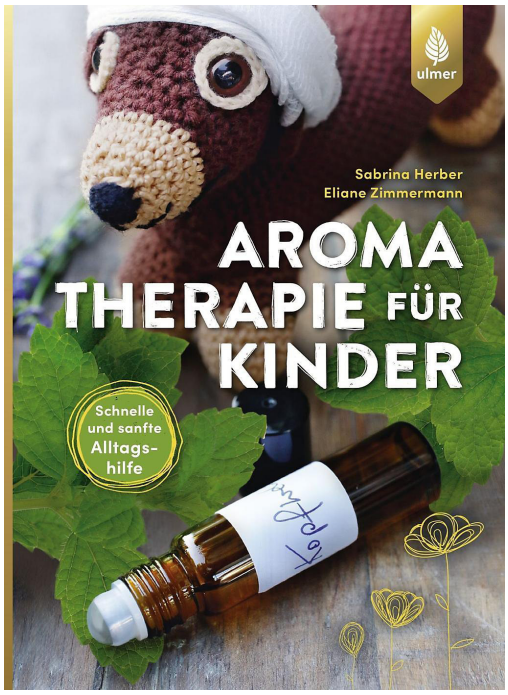
Schiffer E. (2001): Wie Gesundheit entsteht - Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz Taschenbuch, Weinheim und Basel

Segmüller T., Zegelin A., Bienstein C., et al. (2015): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Marbuse-Verlag, Frankfurt am Main

Tilg H. (2018): UEG Week Vienna 2018 – Review. https://www.ueg.eu/epaper/UEG_Week_Congress_Review_2018/

Autorin

Denise Schäfer
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Fachbereich Gastroenterologie, Hepatologie & Endoskopie), Studentin der FH Krems (Advanced Nursing Practice), Auslandskorrespondentin im Vorstand der IVEPA, Arbeitsgruppe Education der European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates



Autoren: Sabrina Herber, Eliane Zimmermann
Sprache: Deutsch
Verlag: Eugen Ulmer KG
Seitenumfang: 144 Seiten
ISBN: 978-3-8186-0070-9

Aromatherapie für Kinder

Schnelle und sanfte Alltagshilfe bei Kinderkrankheiten

Kurzbeschreibung

Ob Bauchkoliken, Milchzähnchen-Auas, Wachstumsschmerzen, Schnupfennase, Bettmonster-Attacken, Konzentrationsschwierigkeiten, Pickel oder Liebeskummer … Aromatherapie hilft Babys, Kindern und Jugendlichen bei vielen Alltagsbeschwerden – unkompliziert und ohne Nebenwirkungen. Seit über 20 Jahren nutzen die beiden Mütter und Aromaprofis die naturreinen ätherischen Öle mit Erfolg. In diesem Buch fassen sie bewährte Rezepturen für Eltern und Heilpraktiker zusammen. Über 100 Rezepte sind genau auf die Altersstufen von 0 bis 16 Jahren abgestimmt und lassen sich ganz einfach zu Hause umsetzen. Mit vielen Extras vom praktischen Dosierkärtchen bis zur Reiseapotheke.

Persönliches Fazit

Man merkt bereits bei der Aufmachung des Buches, dass viel Liebe und auch Know-How drinnen steckt.
Zwei Expertinnen haben sich einem Thema gewidmet, das seit Menschengedenken alle Eltern beschäftigt: Wie schaffe ich es, die tagtäglichen Wehwehchen meiner Kinder in den Griff zu bekommen und sie so in ihrem Heranwachsen auf natürliche Weise zu unterstützen.

Einstiegs gleich einen guten Überblick über die nutzbaren ätherischen Öle und Hydrolate und vor allem, mit welchen Irreführungen man beim Kauf konfrontiert wird und was die ausschlaggebenden Kriterien für qualitativ hochwertige Produkte sind.

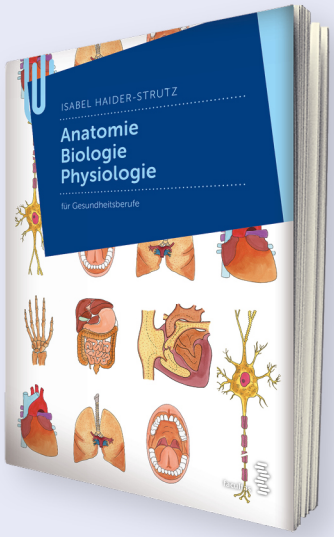
Toll aufbereitet sind die häufigsten Beschwerden von Säuglingsalter – aber auch einige Tipps für die Schwangerschaft – bis hin zur Pubertät und deren Behandlungsmöglichkeiten, die mit sehr einfachen Schritten hergestellt und in den Alltag integriert werden können.

Abrundend bietet das Buch auch noch Auszüge aus wissenschaftlichen Studien, was die vorweg empfohlenen Anwendungen fundiert untermauert. Das Buch ist sowohl für Einsteiger als auch bereits Kundige mit ätherischen Ölen geeignet.

Ein absolutes „Must-Have“ für jeden Haushalt mit Kindern und auch Kinderbesuchen. (KS)

Den menschlichen Körper verstehen

Neu: Lehrbuch Anatomie für Gesundheitsberufe – auch als Lernpaket!

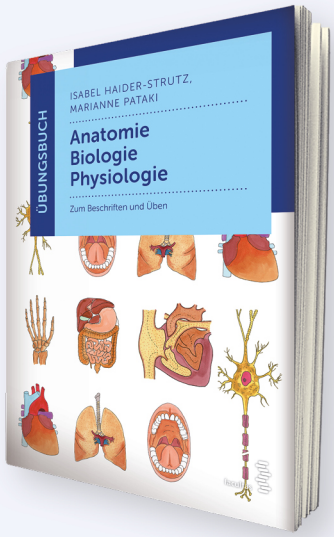


Isabel-Haider-Strutz

Anatomie – Biologie – Physiologie
für Gesundheitsberufe

facultas 2018, 312 Seiten, broschiert
EUR 36,90 (A) / 35,90 (D) / sFr 45,30 UVP
ISBN 978-3-7089-1583-8

Vom Aufbau des menschlichen Körpers bis zu den Funktionsabläufen des gesunden Organismus: Das neue Lehrbuch führt in die biologisch-chemischen Grundlagen ein und baut Anatomie-Wissen für Gesundheitsberufe gezielt und verständlich auf. Mit 170 Abbildungen, über 380 Wiederholungs- und Übungsfragen sowie zahlreichen Beispielen und Kernaussagen. Mit allen Inhalten aus dem Grundlagenfach Biologie, Anatomie, Physiologie. Für alle Ausbildungsjahre geeignet!



Isabel Haider-Strutz, Marianne Pataki

Übungsbuch Anatomie – Biologie – Physiologie
Zum Üben und Beschriften

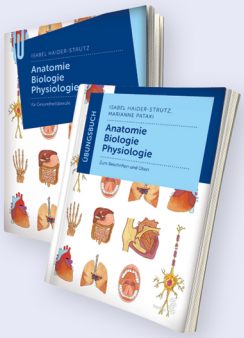
facultas 2018, 104 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1711-5

Die ideale Ergänzung zum Lehrbuch und die perfekte Prüfungsvorbereitung

Eine Möglichkeit zum Üben, Überprüfen von bereits Erlerntem und zum Erkennen von Wissenslücken – das ist die Idee hinter diesem Buch. Die Abfolge der Kapitel orientiert sich an jener des dazugehörigen Lehrbuches *Anatomie, Biologie und Physiologie* für Gesundheitsberufe. Mit Bildern zum Beschriften, Lückentexten, Zuordnungsfragen, „Richtig oder Falsch"-Aufgaben und Übersetzungen von Fachbegriffen. Im Schlussteil sind die richtigen Antworten zu finden.

Auch im Paket erhältlich!

EUR 49,90 (A) / 48,50 (D) / sFr 60,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1712-2



facultas

Der Moment, auf den wir täglich hinarbeiten.

Ihre Spende rettet Leben!

Sofortige Hilfe in unserem Spital in Sierra Leone rettete Francis das Leben. Momente wie diesen gibt es nur dank Ihrer Spende.

Jeder Beitrag macht unsere Hilfe stärker.

www. aerzte-ohne-grenzen.at/helfen
Erste Bank AT43 2011 1289 2684 7600

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN