Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sommer 2019

23. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegekongress

5. – 7. Juni 2019
Congress Salzburg

Hintergrundbild © Tourismus Salzburg GmbH

Die Vielfalt der Pflege
Pflege 4.0

ÖGKV-FV

www.oegkv.at

GOURMET CARE

UNIQA

sodexo QUALITY OF LIFE SERVICES

BILDUNG & MANAGEMENT

05 **Forensische Pflege ist anders und mehr als psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug**
Harald Joachim Kolbe, MScN

11 **Fallarbeit in der Pflege - Denken in zwei Systemen**
Mag. Dr. Berta M. Schrems

17 **Wie gelingt Lehren und Lernen in rein online-gestützten Lernsettings?**
Prof. Dr. Elske Ammenwerth

21 **Alltäglichkeit beschädigter Humanität**
Christoph Müller

25 **Krankenpflege ist einer der gefragtesten sozialen Berufe**
Andrea Lehwald

29 **Theorie und Praxis (in) der Pflege**
Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel

37 **Was Sie schon immer über das klinische Assessment wissen wollten…**
Assoc.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Müller, MSc

41 **Demenz: Geschichte — Gegenwart — Zukunft**
Chefarzt Dr. Georg Psota

FACHWISSEN

45 **Selbstbestimmung und unterstützende Sorge als ethisch leitende Maßstäbe der Kommunikation im Kontext ambulant psychiatrischer Krisenversorgung**
Prof. Dr. Markus Witzmann, BBA, MSM, MA
Christoph Müller

55 **Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen**
Tobias Münzenhofer

59 **Von grauer Theorie zu bunter Praxis**
Christoph Müller

63 **„Emotionale Lebens-geschichterln“**
Interview mit Prof. Erwin Böhm

ERLEBEN

67 **Zu Gast bei Ärzte ohne Grenzen - Teil 2**
Markus Golla, BScN

81 **Helfen ohne „wenn“ und „aber“**

84 **Wandern mit Blutkrebs**

85 **Eine Reise in das Anderland**
Erich Schützendorf

87 **Zehn Zentimeter Zucker**
Gudrun Kalchhauser, MSc

90 **Leserbrief**

91 **Rezensionen**

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) kaninstudio
(C) 2019 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

Ausbildungsbücher

Bücher für Personen, die sich in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf befinden. Juristisches Basiswissen für den Berufseinstieg.

DGKP

PFA

PA

weitere Berufe ...

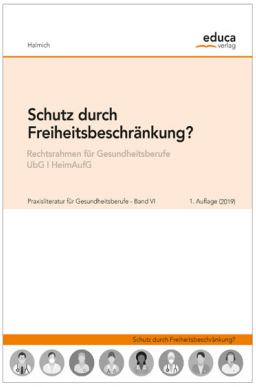
Praxisbücher

Bücher für Gesundheitspersonal, Führungskräfte, Lehrende und Interessierte am Gesundheitswesen.

Erwachsenenschutz

Patientenverfügung

Recht in Palliative Care
(erhältlich ab Juni 2019)



Schutz durch Freiheitsbeschränkung? UbG, HeimAufG (in Planung)

Juristische Seminare / Fortbildungen

Der Autor dieser Bücher, Dr. Michael Halmich LL.M., bietet auch juristische Fortbildungen und Seminare in Ihrer Institution an. Die Themenpalette erstreckt sich über das gesamte Gesundheitsrecht mit Schwerpunktsetzung u.a. im Recht in der Pflege.

medrecht@halmich.at
www.halmich.at

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Im letzten Jahr sind wir Ihnen einige Forsetzungen schuldig geblieben. Dies wollen wir in dieser Ausgabe endlich nachholen. Doch auch unsere Forensikausgabe 2019 hat noch so einige Nachwirkungen. So gibt es den einen oder anderen Artikel, der verspätet bei uns eingetroffen ist, einen Leserinnenbrief, den wir natürlich publizieren, aber auch jede Menge neues Material.

In der folgenden Ausgabe werden wir uns wieder vermehrt anderen Themen widmen. Doch auch auf der Webseite hat sich viel getan. So gibt es eine neue Rubrik mit jeder Menge bevorstehender Interviews, Neues vom großen Pflege Professionell Symposium 2019 und hunderte Pressemitteilungen die nahezu wöchentlich herausgegeben werden.

Das die Leserzahl von Ausgabe zu Ausgabe steigt, spornt uns natürlich an. Die 100.000 Downloads pro Ausgabe sind längst überschritten und unser Repertoire wird am Ende des Jahres durch ein viertes Magazin (Pflege Professionell, Pflegende Angehörige, LLiG) erweitert.

Das Schönste ist es aber Leserinnen und Leser auf Pflegeveranstaltungen zu treffen, um mit ihnen über Artikel und Pressemeldungen zu diskutieren. Der persönliche Kontakt und ihr Feedback ist unser Antrieb dem Arbeitsaufwand entgegenzutreten.

Für all dies möchten wir ihnen danken!

Markus Golla, BScN

Markus Golla

Herausgeber

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

Forensische Pflege ist anders und mehr als psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug

Forensische Pflege ist eine pro-aktive und gesellschaftlich relevante Aufgabe in der Schnittstelle von Recht und Gesetz, Gesundheit, Lebensqualität und Ausgestaltung einer neuen Normalität mit dem Ziel der öffentlichen Sicherheit (1). Sie integriert Erkenntnisse aus Pflegewissenschaft und Forensik, um den Pflegeprozess auf die Gesundheit und das Wohlbefinden einzelner Patienten und ihrer Familien sowie auf Gemeinschaften anzuwenden, um beim Überbrücken der Lücke zwischen dem Gesundheitswesen und dem Strafsystem zu helfen (2). Pflegebedürftige Personen können sowohl Täter, Opfer, deren Angehörige sowie auch die Gesellschaft sein (3), denn „als gesellschaftliche Aufgabe ist es ebenso wichtig pro-aktiv in der Politik, der öffentlichen Verwaltung, der Justiz, dem Gesundheits- und Bildungswesen tätig zu werden, also überall dort, wo die forensisch-pflegerische Expertise nötig ist“ (ebd.).

Patientenzimmer

Forensische Pflege kann in vielen unterschiedlichen Settings, und sollte nur von eigens dafür qualifizierten Pflegenden geleistet werden (4). Die Qualifizierungen sollten als Spezialisierung auf Masterniveau erfolgen, so die Empfehlung der International Association of Forensic Nursing (IAFN). Qualifizierungen für folgende Rollen und Aufgaben forensisch Pflegender wurden bislang entwickelt (die Originaltitel wurden beibehalten, da z.Tl. keine eindeutigen Übersetzungen existieren):

1. Sexual Assault Nurse / Sexual Nurse Examiner
2. Legal Nurse Consultant
3. Nurse Expert Witness
4. Medical Legal Nurse Consultant
5. Nurse Death Investigator/ Nurse Coroner
6. Correctional Nurse
7. Forensic Psychiatric Nurse
8. Forensic Clinical Nurse Specialist
9. Forensic Gerontology Specialist
10. Disaster Management Nurse

Babylonische Sprachverwirrung im deutschsprachigen Raum

Diese Aussagen und Empfehlungen der IAFN scheinen im Widerspruch zur forensisch-psychiatrischen Pflege im z.B. deutschen Maßregelvollzug zu stehen. Dort wird von Forensischer Pflege, Psychiatrischer Pflege im Maßregelvollzug, Forensisch-psychiatrischer Pflege, Forensisch-psychiatrischer Pflege im Maßregelvollzug, Pflege- und Erziehungsdienst, Pflege-pädagogischer Dienst u.v.m. gesprochen (5). Und all dies scheint synonym verwendet zu werden. Auch die Qualifikationen der Beschäftigten weisen eine große Spannbreite auf: Assistenzkräfte, dreijährig examinierte Fachpersonen, fachweitergebildete Personen sowie Pflegespezialistinnen und Pflegespezialisten mit Hochschulqualifikation (6). Zudem arbeiten diese Personen fast ausschließlich mit psychisch kranken oder suchtkranken Rechtsbrechern in einem hoch gesicherten, stationären Setting.

Diese Unterschiede zwischen dem angloamerikanischen und dem deutschsprachigen Raum sind einerseits mit den im Vergleich zu Europa unterschiedlichen sozio-kulturellen und geschichtlichen Entwicklungen im Hinblick auf ein anderes Verständnis von Recht und Gesetz, Gemeinschaft, Gesundheitsversorgung und insbesondere Pflege erklärbar (7). Andererseits ermöglichen die rechtlichen Rahmenbedingungen andere Entwicklungen, bis hin zur Anerkennung der Forensischen Pflege als bedeutende Profession mit einem spezifischen gesellschaftlichen Fokus und Beitrag (siehe oben; vgl. 8).

Unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Aussagen und Empfehlungen der IAFN wird nachfolgend die These belegt, dass Forensische Pflege anders (9) und mehr als psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug ist. Dieses „anders und mehr“ wird anhand folgender Phänomene entfaltet: Das Wort, der Ort, die Institution, der Auftrag, das Menschenbild, ein Teilbereich der Psychiatrie, die Öffentlichkeit, die Rollen und Aufgaben forensisch-psychiatrisch Pflegender.

Das Wort

Das Wort „forensisch“ wird aus dem lateinischen Begriff „forum“ hergeleitet und bedeutet „Markt“. Auf dem antiken Marktplatz im Rom, dem forum romanum, befand sich das Gericht. Dort wurde öffentlich Recht gesprochen und vollstreckt.

Heute wird der Begriff „Forensische Psychiatrie“ im Sinne von strafrechtlich relevanten Tatbeständen auf Grundlage einer psychischen Anlasserkrankung und im Sinne der durch Strafgerichte

angeordneten freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Begutachtung und Therapie verwendet. Synonym findet auch der Begriff ‚Maßregelvollzug' als Institutionsbezeichnung Anwendung.

Der Ort

In Deutschland ist eine forensisch-psychiatrische Klinik eine hoch gesicherte Fachklinik mit besonderen baulichen und elektronischen Sicherheitsvorkehrungen (10). Ihre räumliche und personelle Ausstattung erfolgt entsprechend den Anforderungen an die Sicherung sowie eine sachgerechte Therapie psychisch kranker sowie suchtkranker Straftäter (ebd.). Beispiele dafür sind:

Schleusen

Schleusen sichern den Zugang zu den Kliniken und ggfs. für besonders gesicherte Stationen. Die Türen sind nur einzeln zu öffnen, das bedeutet: Erst wenn eine Tür verschlossen ist kann die nächste Tür geöffnet werden. Es können nicht beide Türen gleichzeitig offen sein.

Personennotrufgeräte

Mitarbeitende tragen ein Personennotrufgerät mit unterschiedlichen Alarmfunktion. Damit können sie in Ausnahmesituationen Alarm auslösen und Hilfe anfordern. Der Alarm werden informiert per Display alle Mitarbeitenden, von wem und wo der Alarm ausgelöst wurde. „So kann zeitnah von allen Stationen Unterstützung geleistet werden.

Kameras

Zum Schutz der Mitarbeitenden und auch der Patienten zeichnen Kameras sowohl Bewegungen im Außen- wie auch im Innengelände auf.

Behandlungsgespräche

Sicherheitsmauern und -zäune

Viele Forensische Kliniken sind mit hohen Sicherheitsmauern oder –zäunen umgeben. Diese sollen verhindern, dass jemand von außen eindringen oder von innen fliehen kann.

International sind Forensisch Pflegende vorrangig gemeindeorientiert und damit in zahlreichen unterschiedlichen Settings tätig.

Die Institution

Das ‚Psychiatrische Krankenhaus' im Sinne z.B. des § 63 StGB „ist nicht identisch und kaum auch nur annähernd mit einem Krankenhaus im Sinne des allgemeinen Krankenhaus- bzw. des Sozialrechts (nach KHG bzw. § 107 Abs. 1 SGB V) vergleichbar. Es ist zunächst und in erster Linie eine Vollzugsbehörde, also eine nach öffentlichem bzw. besonderem Verwaltungsrecht tätige staatliche oder mit Hoheitsrechten beliehene private Einrichtung, die den strafrechtlich angeordneten Freiheitsentzug zur präventiven Gefahrenabwehr durchzuführen, ‘zu vollziehen', hat" (11). Der krankheitsbedingten Gefährlichkeit einer Person soll durch eine präventive Unterbringung in Verbindung mit Behandlungsangeboten entgegengewirkt werden.

Die Handlungen und Maßnahmen der Institution und der in ihr tätigen Mitarbeiter gegenüber den darin strafrechtlich untergebrachten

Personen „sind rechtlich als Realhandlungen bzw. als Verwaltungsakte zu verstehen. Sie richten sich im Kernbereich hoheitlichen Handelns, dem Schutz Dritter und dem Umgang mit der Anlass-Erkrankung, nach (Landes-) Maßregelvollzugsrecht und sind entsprechend nach §§ 109 ff. StVollzG vollinhaltlich gerichtlich überprüfbar“ (ebd.).

Der Auftrag

Ziel der Maßregeln ist, durch unterschiedliche Behandlungsangebote die Gefährlichkeit der Patientinnen und Patienten zu reduzieren, und so ihre Wiedereingliederung und ein straffreies Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Solange und soweit die Behandlung bei den Einzelnen noch keine ausreichende Sicherheit schaffen kann, gewährleisten bauliche, technische und organisatorische Sicherungsvorkehrungen den Schutz der Allgemeinheit (12).

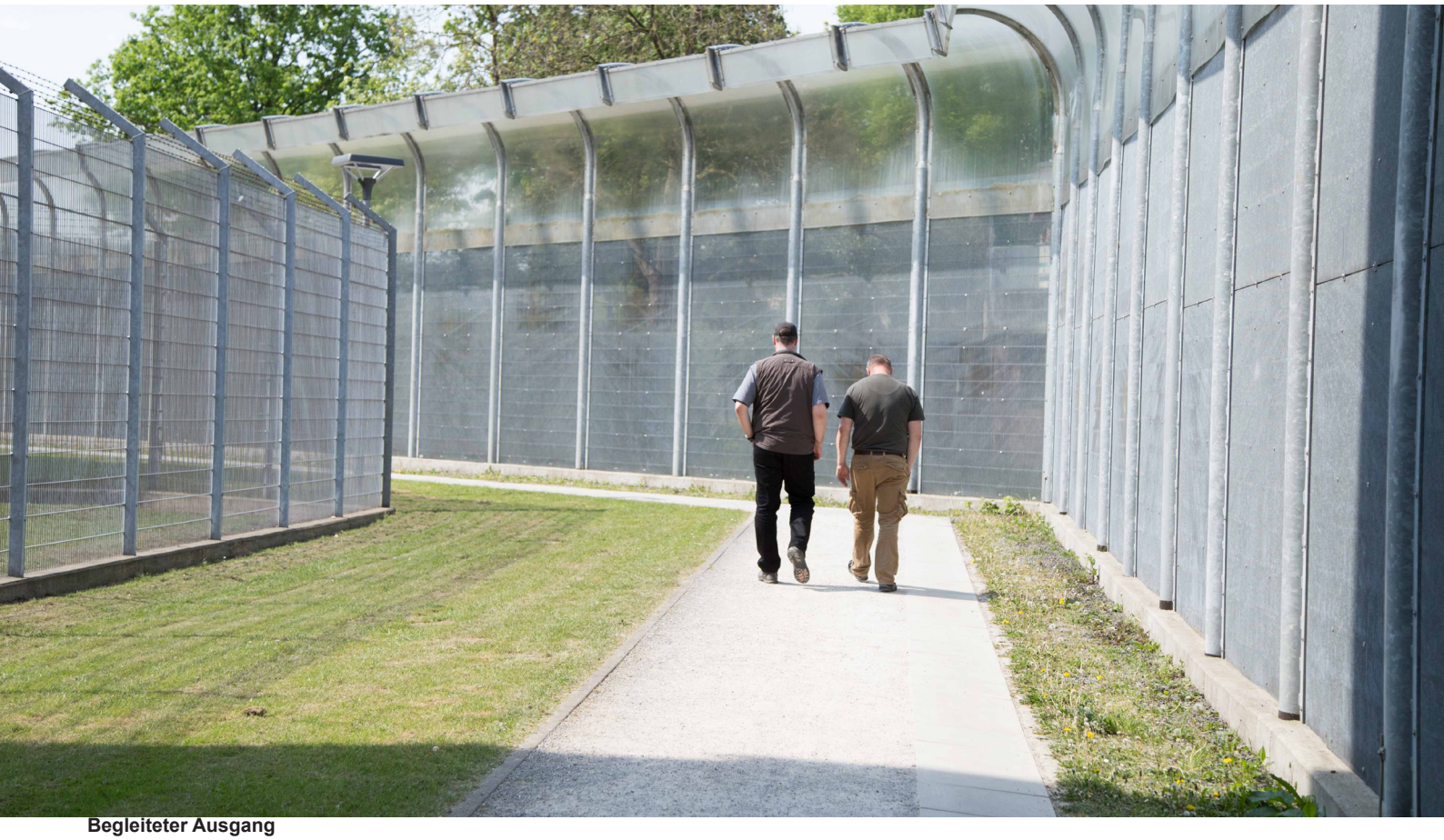
Durch die Begriffe „Besserung und Sicherung“ wird der Überzeugung Ausdruck verliehen, dass Therapie der beste Weg zur Gewährleistung der Sicherheit der Bevölkerung vor Wiederholungstaten psychisch kranker Rechtsbrecher ist.

Manche Pflegewissenschaftler sehen im Spannungsfeld von Besserung und Sicherung einen unvereinbaren Auftrag, der gleichzeitig das zentrale Moment der forensischen Pflege sei (13). Andere Autoren argumentieren, dass eben die Realisierung des Spannungsfeldes unter den jeweils gegebenen Bedingungen das zentrale Merkmal der forensischen Pflege sei (14). Der kanadische Pflegewissenschaftler David Holmes präzisiert diese Ansicht noch, indem er den Begriff der Gouvernmentalität in die Diskussion einführt (15). Er beschreibt forensische Pflege wie folgt: „Forensische Pflege basiert nicht nur auf äußeren Zwängen, sondern auch auf Techniken der Selbstbeherrschung der Patienten. Es geht nicht darum, Macht auszuüben, sondern Patienten dazu anzuleiten und Verhaltensveränderungen zu erwirken, die für Ihr Wohl und das Aller am besten sind“.

Das Menschenbild

Im Unterschied zum Strafvollzug behandlet der Maßregelvollzug Rechtsbrecher, die aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung, einer Intelligenzminderung oder einer Suchterkrankung eine Straftat begangen haben (17). Sie wurden zum Zeitpunkt ihrer Straftat von einem Gericht als nicht oder vermindert schuldfähig eingestuft und gelten weiterhin als gefährlich für die Allgemeinheit, bis zur Übernahme der Verantwortung für sich selbst und Andere (18).

In Erweiterung zum Menschenbild in der Psychiatrie, wo das Individu-



Begleiteter Ausgang

um mit seinen Wünschen und die Auswirkungen einer Erkrankung auf den Alltag im Mittelpunkt stehen, müssen im Maßregelvollzug noch die Unterbringung und die Gefährlichkeit einer Person je nach Situation und mitgedacht werden (19).

Die Kunst der Forensischen Pflege besteht darin, sich auf einen Pflegbedürftigen einzulassen und das eigene Handeln so zu regulieren, dass in unserem Falle im Maßregelvollzug untergebrachte Personen sich angenommen fühlen und die Pflege sich sowohl an ihren Vorstellungen und Wünschen orientiert, aber gleichzeitig auch am übergeordneten (öffentlichen) Auftrag.

Dabei sind Pflege und Behandlung ein Aushandlungsprozess, ein kontinuierliches Balancieren zwischen zum Teil wechselnden Rahmenbedingungen, den eigenen Vorstellungen und Ansprüchen sowie den Wünschen und Bedürfnissen der untergebrachten Personen sowie der Teammitglieder. Diese Tatsache macht die forensische Pflege nicht gerade einfach. Gerade dies macht aber auch den besonderen Reiz der forensischen Pflege aus (20).

Ein Teilbereich der Psychiatrie

Die Forensische Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Begutachtung, der Diagnostik, der Behandlung und mit der Unterbringung von psychisch kranken und suchtkranken Straftätern befasst. Die Legitimation dieses Bereichs resultiert aus der Annahme, dass psychisch und suchtkranke, persönlichkeitsgestörte und intelligenzgeminderte Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung eine Straftat begangen haben, für sich und andere gefahrvolle Menschen sind und bleiben, bis zur Übernahme der Verantwortung für sich selbst und andere (18).

Die Öffentlichkeit

Während sich die institutionelle Psychiatrie von der Ausgrenzung über die Integration psychisch kranker und suchtkranker Menschen hin zu einem gesamtgesellschaftlichen, die Inklusion fördernden Projekt entwickelt hat, „ist das Problem der Forensik ernster“ (21). Die Institution wird oft als „Ort des Bösen“ betrachtet, von dem es sich zu unterscheiden gilt. Die fehlende Nachvollziehbarkeit und Verstehbarkeit von Taten weckt bei gleichzeitig bestehendem medialen Druck die Illusion, „mit einem Täter … nichts gemein zu haben“ (ebd.), was wiederum die Distanzierung zu forensisch untergebrachten Personen und der Institution an sich verstärkt. Die Unwissenheit um sachdienliche Informationen und Fakten führt darüberhinausgehend dazu, psychisch kranke Rechtsbrecher „als böse“ zu bezeichnen und „dadurch Verantwortung und Handlungsfreiheit auflösen zu wollen“ (ebd.).

Rollen und Aufgaben forensisch-psychiatrisch Pflegender

Mit den oben aufgeführten Qualifikationen und Rollen Forensisch Pflegender ist flächendeckend in Deutschland nur die forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug vergleichbar (Punkt 7). Sie stellt ein komplexes Aufgaben- und Handlungsfeld innerhalb hoch gesicherter stationärer Settings dar. Die tagtäglich zu leistende Arbeit wird im Spannungsfeld von sozialer Kontrolle und pflegerischer Sorge (22) als fürsorglicher Zwang erbracht (23). Fürsorglicher Zwang bedeutet, dass in spezifischen Situationen erst unter den Bedingungen von Zwang Freiheit und Autonomie ausgebildet werden können (24). Für jedes Elternteil mit einem Kind im Teenageralter wird dies selbsterklärend sein.

Zu den Kernaufgaben Pflegender gehören das Setting und Milieumanagement (25). Unter Berücksichtigung der Krankheit, der Gefährlichkeit sowie der individuellen Probleme und Ressourcen der Patienten wird ein Therapeutisches Setting geplant, gestaltet und genutzt, in dem die Patienten häufig zum ersten Mal lernen können, Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen. Zudem bietet das Stationsmilieu den Patienten die Möglichkeit, eine feste Tagestruktur als Orientierung und Unterstützung bei der sinnvollen Tagesgestaltung einzuüben und sozial anerkannte Werte und Normen kennenzulernen, zu verinnerlichen und zu leben. Dies erfolgt in der Regel eingebunden in Alltagshandlungen, an die pflegerische Einzel- und Gruppenangebote geknüpft sind. Durch die Begleitung und Unterstützung der Alltagsgestaltung erhalten Pflegende zeitnah und anhand von praktischen Beispielen Einblicke in den Therapieerfolg und können Deliktbearbeitung und Krankheitsbewältigung „im Kleinen“ und situationsspezifisch leisten. Gemeinsam mit z.B. an einer Schizophrenie erkrankten Person kann ein Früherkennungsplan erarbeitet werden (26). Das bedeutet, dass als Teil des Behandlungsplans zum einen mit dem Patienten erarbeitet wird, mit welchen Symptomen akute Krankheitsepisoden oder Deliktverhalten beginnen, und zum anderen, was er selbst oder das Personal dann tun können.

Diese Informationen fließen sowohl in die dynamische Kurzintervallrisikoerfassung sowie in die

kriminaltherapeutische Behandlungsplanung ein (27). Im Klinikalltag werden relevante Risiken und Ressourcen sowie die kleinschrittige Beurteilung der Effektivität von Behandlungsangeboten kontinuierlich eingeschätzt. Durch das systematische Zusammenführen behandlungsrelevanter Beobachtungen im interdisziplinären Team können mehr Verhaltensweisen einer Person strukturiert beobachtet und in die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung integriert werden. Insbesondere die Beurteilung dynamischer Merkmale ermöglicht es, auch kurzfristige, risikorelevante Veränderungen im Behandlungsverlauf sichtbar zu machen. Darüber hinaus liegt eine große Stärke des Verfahrens auch in der Ressourcenorientierung.

„Ressourcenorientierung“ und „Selbstbefähigung“ sind zentrale Konzepte, die sowohl in der Kriminaltherapie (28) als auch in der aktuellen pflegewissenschaftlichen Forschung im Maßregelvollzug (29) zunehmend Berücksichtigung finden. Die 4. Bundeskonferenz der forensisch-psychiatrischen Pflege zum Thema

Autor

Harald Joachim Kolbe, MScN
Pflegewissenschaftler (MScN) und Organisationsethnologie mit Schwerpunkt „Totale Institutionen“, arbeitet seit Dezember 2014 im Bereich Bildungsmanagement der LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie. Zuvor hat er das vom Europäischen Sozialfond (ESF) geförderte und im LWL-Maßregelvollzug umgesetzte Projekt „Modulare Handlungskompetenzen für die Forensische Psychiatrie“ geleitet.

„Ich spreche forensisch. Und Du?“

Auf Augenhöhe begegnen, miteinander arbeiten wird diese Konzepte am 17./18. Juni 2019 im LWL-Industriemuseum Henrichshütte in Hattingen erlebbar machen. Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund:

Wie kann es Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, mit Hilfe von Empowerment und Recovery gelingen, ihr Leben mit möglichst wenig Unterstützung von außen wieder selbst in die Hand zu nehmen, die Behandlung nach ihren Vorstellungen zu gestalten und dabei straffrei zu bleiben?

Ist mehr Selbstbestimmung und Selbstbefähigung in den hoheitlichen Strukturen einer forensischen Klinik möglich?

Wie kann eine Recovery-Haltung, die eine Gefährlichkeitsreduktion und Rehabilitation für möglich hält und die Perspektive eines zufriedenen Lebens auch bei sogenannten „schwierigen Patienten“ nicht aus den Augen verliert, umgesetzt werden?

Vielleicht ist die Veranstaltung auch für Sie von Interesse?!

Fallarbeit in der Pflege - Denken in zwei Systemen

In den Kognitionswissenschaften besteht die These, dass der Mensch über zwei Denksysteme mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten verfügt. Prominente Vertreter dieser Zweisystemtheorie sind die Nobelpreisträger Daniel Kahnemann und Amos Tversky (Kahneman 2011). Das Denksystem 1 arbeitet automatisch und schnell, mit wenig Kontrolle. Es entspricht dem `Sehen und wissen, was es bedeutet´. Das Denksystem 2 hingegen arbeitet langsam und kontrolliert. Es entspricht der Reflexion. Die Wahrnehmungen des Denksystems 1, z.B. ein ungewöhnliches Geräusch im Zimmer nebenan, stellen die Quelle für System 2 dar, z.B. das Nachdenken, was das Geräusch bedeuten könnte, ob eine Handlung gesetzt werden muss und welche Folgen die Handlung haben könnte. Im Denksystem 2 richtet sich die Aufmerksamkeit auf die geistigen Aktivitäten des Denkens; es benötigt Zeit. Die Operationen bedeuten Aufmerksamkeit, basieren auf subjektiven Erfahrungen und dienen dem Treffen von Entscheidungen. Das langsame Denksystem 2 kann das schnelle Denksystem 1 durch das kritische Hinterfragen von Wahrnehmungen, Beurteilungen und Entscheidungen verändern, indem es die automatischen Funktionen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses (um-)programmiert. Wird das ungewöhnliche Geräusch durch ein Nachdenken über dessen Bedeutung als ungefährlich programmiert, ist beim nächsten Auftreten kein Hinterfragen nötig, es kann ignoriert werden. Es wird ein Bewusstsein über eine bestimmte Situation geschaffen und als Erfahrung gespeichert, auf die zu einem späteren Zeitpunkt zurückgegriffen werden kann. Das ist kurzgefasst ein Ziel der Fallarbeit.

Situationsbewusstsein

Das Denksystem 2 schärft das sogenannte Situationsbewusstsein (situation awareness). Es handelt sich dabei um das Wissen, worum es in einer Situation geht („knowing what´s going on“) (Stubbings et al. 2012; Wickens 2008). Das Situationsbewusstsein umfasst Wahrnehmungen in einem bestimmten Raum und zu einer gegebenen Zeit, die Bedeutung dieser Wahrnehmungen sowie mögliche Folgen. Dazu sind drei ineinander verwobene Kompetenzen nötig.

1. Wahrnehmung der aktuellen Situation (Sammeln von Daten)
2. Verständnis der aktuellen Situation (Interpretation der Daten)
3. Vorhersehen möglicher Konsequenzen (Vorwegnahme künftiger Zustände) (Endsley 1999).

Das Situationsbewusstsein wird von individuellen und kognitiven Aspekten, wie persönlichen Fähigkeiten, Vorurteilen, Erinnerungen und der Art der Informationsverarbeitung beeinflusst. Ebenso spielen die Geartetheit der Situation sowie die Komplexität der Aufgabe, deren Standardisierung und Systemfaktoren wie Stress und Arbeitsbelastung eine Rolle (Stubbings et al. 2012). Wesentlich ist aber, dass das Situationsbewusstsein gelernt werden kann. Es kann auf einer höheren Ebene in der Selbst- und Fremdbeobachtung,

d.h. mittels Reflexion der Wahrnehmungen aus dem Denksystem 1 im Denksystem 2 entwickelt werden. Die beiden Denksysteme werden in der Fallarbeit genutzt, um das Situationsbewusstsein und die situative Kompetenz, die Problemlösungsfähigkeit und damit die berufliche Handlungskompetenz zu fördern und zu entwickeln.

Blinde Flecken und fehleranfällige Heuristiken

Die Wahrnehmung und die Erfassung der Bedeutung von Pflegephänomenen im Denksystem 1 durch Beobachterinnen und Beobachter hängt von deren beruflichen Handlungskompetenz sowie der Neuheit und Komplexität der Aufgabe ab. Sind die beobachtenden Personen sehr erfahren bzw. handelt es sich um wiederkehrende und einfache Situationen, wird vorrangig mit dem Denksystem 1 gearbeitet. Es wird kein Lehrbuch benötigt, sondern auf vorhandene Informationen und Erfahrungen zurückgegriffen. Sind Beobachterinnen oder Beobachter jedoch wenig erfahren oder handelt es sich um außergewöhnliche oder komplexe Situationen, wird sehr wahrscheinlich das Denksystem 2 aktiviert. Es wird darüber nachgedacht, was in der Situation der Fall ist. Dies kann auf verschiedene Weise erfolgen; einmal indem Beobachterinnen und Beobachter auf die eigenen Erfahrungen zurückgreifen und ein andermal, indem sie nicht nur die eigenen, sondern auch die Erfahrungen anderer nutzen. Im ersten Fall verhalten sie sich selbstreferentiell, d.h. sie greifen auf sich selbst zurück. Ist die Reflexion auf das Vorhandene gerichtet, kann damit eher wenig Fortschritt erzielt oder Neues kreiert werden, d.h. der Zugewinn an Wissen ist gering. Der Rückgriff auf die eigenen Erfahrungen reicht möglicherweise für die Deutung neuer oder komplexer Situationen nicht aus. Darüber hinaus ist die Selbstreflexion mit Fehlinterpretationen und Gefahren verbunden, weil blinde Flecken die Sicht aufs Ganze verstellen und trügerische Heuristiken lauern.

Die menschliche Wahrnehmung weist sogenannte blinde Flecken auf. Blinde Flecken basieren auf Unwissenheit - der Mensch weiß nicht, was er nicht weiß - und auf begrenzter Aufnahmefähigkeit - der Mensch kann nicht sehen, was er nicht sieht. So wird in Entscheidungssituationen auf Erfahrungen, auf Bekanntes, auf mehr oder weniger rational begründbares Wissen zurückgegriffen. Das heißt, die Grenze der Beobachtung ist der/die Wahrnehmende. Die blinden Flecken können im besten Fall erlebt, aber nicht gewusst oder gesehen werden. Eine Erweiterung mittels dem Denksystem 2 ist hier nicht möglich, da dieses ja wiederum nur das eigene Wissen und den eigenen Blickwinkel enthält. Es benötigt eine Außensicht. Auch die Heuristik oder mentalen Shortcuts beziehen sich auf das Denksystem 1 als die natürliche Art des Denkens: sehen und wissen, was es bedeutet. Sie basieren auf Analogien, z.B. von sich selbst auf andere oder von einem Fall auf den anderen zu schließen. Weitere klassische Beispiele für mentale shortcuts sind Assoziationen mit bestimmten Begriffen oder Situationen, die nicht immer stimmen müssen und im Positiven zur Vorsicht, aber im Negativen zu Zweifel und Unsicherheit führen können, oder sich mit dem Gegebenen zufrieden zu geben, ohne dass mögliche Alternativen geprüft werden oder der sogenannte Rückschaufehler (hindsight bias), der die Tendenz bezeichnet, den persönlichen Einfluss für vergangene Ereignisse zu überschätzen, wenn alles gut läuft, und zu unterschätzen, wenn etwas nicht gelingt (Facione 2015).

Heuristiken sichern auf der einen Seite das Überleben und unterstützen effektives und effizientes Handeln bei begrenzten Ressourcen wie Zeit, Informationen, Evidenzen oder bei unklaren Zielvorgaben. Es sind dies Situationen, die zum Alltag im Gesundheitswesen gehören; schnelles Handeln, lückenhafte Informationen, verschiedene Vorstellungen zum Problem bzw. zu den Zielen kennzeichnen nicht nur Notfallsituationen. Die Suche nach der besten oder optimalen Lösung benötigt Zeit, die in Entscheidungssituationen oft nicht gegeben ist. Die Situation zwingt dazu, nicht nach der besten, sondern nach der zufriedenstellendsten Lösung zu suchen. Grundsätzlich werden mit Heuristiken gute Ergebnisse erreicht, doch zeigen verschiedenste Experimente und Untersuchungen, dass diese Art des Denkens auch fehleranfällig ist (Johansen/O'Brien 2015; Kahneman 2011; Thompson 2003; Wood 2014). Die Regeln der Wahrscheinlichkeit werden unbeachtet und Teile von Informationen ignoriert. Auch externe Faktoren, wie die Umgebung, Störungen bzw. Ablenkungen oder die Arbeitsbelastung begünstigen neben kognitiven und emotionalen Faktoren, wie individuelles Wissen, Erfahrungen, Einstellungen oder Stresstoleranz (Johansen/L. O'Brien, 2016) die Fehlerrate. Das Wissen um diese Fehlerquellen verpflichtet zur kritischen Prüfung von Entscheidungen, besonders dann, wenn sie für andere gefällt werden.

Kritisches Denken und Komplexität

Eine Möglichkeit, die blinden Flecken und die trügerischen Heu-

ristiken aufzudecken, stellt das kritische Denken dar. Kritisches Denken bedeutet sehr allgemein die fundierte und aktive Interpretation und Evaluation von Beobachtungen, Kommunikationen, Informationen, Argumentationen und Schlussfolgerungen (Fisher 2007). Kritisches Denken ist ein Instrument, mit dem das eigene Denken hinterfragt und beurteilt wird, um mögliche Fehler oder individuelle Verzerrungen in der Wahrnehmung erkennen zu können bzw. um ihnen frühzeitig auf die Spur zu kommen. Das Kernstück des kritischen Denkens ist jedoch die Selbstkontrolle, die der Überprüfung der eigenen kognitiven Aktivitäten dient (Facione 2018). In der Pflege steht das kritische Denken im Zusammenhang mit der Professionalisierung, in der die begründete Urteils- und Entscheidungsfindung einen zentralen Stellenwert erhält. Ausgangspunkt ist auch hier die Tatsache, dass Menschen die Welt nicht abbilden, wie sie ist, sondern sie nur auf Basis ihrer individuellen Vorerfahrungen wahrnehmen können. Eine andere Notwendigkeit des kritischen Denkens ergibt sich aus der zunehmenden Komplexität pflegerischer Aufgaben, basierend auf dem Anspruch, den Menschen in seiner Ganzheit und Einzigartigkeit zu betrachten. Faktoren, die die Komplexität in der Pflege erhöhen, sind neben den Klient(inn)en oder Patient(inn)en, eine zu interpretierende Situation und deren Kontext, das biografische (individuelle Lebensgeschichte), das soziale (Pflegepersonen, Angehörige anderer Disziplinen) sowie das räumliche Umfeld (Institution, Zuhause). Die zu interpretierende Situation kann durch verschiedene Kombinationen der nachstehend angeführten Entwicklungen im Gesundheitswesen hervorgerufen werden: wie Co- und Multimorbidität, einhergehend mit Alterserscheinungen und daraus resultierende psychische und physische Einschränkungen; organisatorische Entwicklungen, wie Qualitätsprogramme, gekürzte Aufenthaltsdauern, Sparprogramme, und daraus resultierende Probleme im stationären und ambulanten Bereich; demografische Entwicklungen wie die Alterung der Gesellschaft, das Schwinden des privaten und professionellen Pflegepotenzials und daraus resultierende Versorgungs- und Finanzierungsprobleme. Das Zusammenwirken dieser verschiedenen Faktoren ergibt ein komplexes Geflecht, auf das mit dem Denksystem 1 nicht in seiner Ganzheit zugegriffen werden kann. Soll dann in diesem Geflecht die Situation einer involvierten Person oder mehrerer involvierten Personen verstanden werden, gilt es die Situation zum Fall zu machen. Dazu ist das Denksystem 2 nötig, das mittels Fallarbeit aktiviert werden kann.

Fall und Fallarbeit

Zur Frage, wann ein Fall ein Fall für die Fallarbeit ist, ist es wichtig festzuhalten, dass der Mensch kein Fall ist, weil ein Fall aus mehreren Einzelphänomenen besteht, die Tatsachen entsprechen, d.h. einen Sachverhalt darstellen. So muss eine Person, die der Pflege bedarf, nicht notwendigerweise einen Fall darstellen. Unter einem Fall ist „eine Abfolge konkreter Begebenheiten (Ereignisse, Vorkommnisse, Geschehnisse) von und mit handelnden Individuen (Menschen oder Figuren) in einem spezifischen situativ-geschichtlichen Kontext“ (Steiner 2004, 15) zu verstehen. Wenn nun eine bestimmte Person Teil einer Situation mit mehreren handelnden Personen in einem bestimmten Kontext ist, dann kann eine Person Teil eines Falles sein. Thematisch ist dies durch das Zusammenwirken von mehreren Elementen, die sich vom Gewohnten abheben, gegeben. Edmund Steiner gibt im folgenden Zitat sehr deutlich an, wann eine Situation zum Fall wird: „[…] eine Differenzerfahrung zwischen Eigenem und Anderem: was als etwas Fremdes, Auffälliges die Aufmerksamkeit auf sich zieht, was sich der Einordnung in vertraute Denk- und Erklärungsmuster widersetzt, wird frag-würdig. Es wird zum ‚Fall‘. Dieser ‚Fall‘ wirft Fragen auf, er stört die Routinen alltäglicher Abläufe, er löst Befremden und Erstaunen aus, verursacht Zweifel und veranlasst zu Nachforschungen.“ (Steiner, 2014, 245)

In der Fallarbeit werden konkrete Pflegesituationen vor dem Hintergrund theoretischer Erkenntnisse und organisatorischer Rahmenbedingungen einer Lösung zugeführt. Erfolgt dies im Setting der Fallbesprechung, bilden die Erfahrungen der Beteiligten eine weitere Grundlage. Es kann über die Grenzen der einzelnen Beteiligten, die ihre blinden Flecken an jeweils anderen Stellen haben, hinausgedacht werden. Das Ziel ist die Entwicklung und Förderung der Problemlösungsfähigkeit der Handelnden sowie die Stärkung der pflegerischen Kernkompetenzen. Letzteres gründet in der Entwicklung eines Situationsbewusstseins und der situativen Kompetenz als zentrale Anforderungen beruflichen Handelns. Mittels Fallarbeit soll bei der Auswahl einer passenden Entscheidung aus einer Vielzahl an Alternativen und Wissensquellen die Unsicherheit über ein Ergebnis so gering wie möglich gehalten werden, damit Fehler vermieden werden. Um dies zu erreichen sind besondere Kompetenzen und

passende Rahmenbedingungen nötig.

Notwendige Kompetenzen und Rahmenbedingungen zur Fallarbeit

Entscheidungsfindung in der Pflege ist ein komplexer Prozess. Fallarbeit unterstützt eine reflektierte Entscheidungsfindung und erfordert Kompetenzen auf mehreren Ebenen. Grundlegend ist die klinische Kompetenz, die sich im wechselseitigen Zusammenspiel von Theorie und Praxis begründet. Da Handlungen in der Pflege nur unvollständig standardisiert werden können, ist neben dem theoretischen Begründungswissen auch hermeneutisches Fallverstehen erforderlich. d.h., die sinnhafte Deutung von individuellen und pflegefachlich relevanten Phänomenen im gegebenen Kontext, auf Basis von Zeichen und Symptomen und vor dem Hintergrund des Vorverständnisses. Die Schaffung eines Arbeitsbündnisses zwischen der Pflegeperson und der zu pflegenden Person in der professionellen Pflegebeziehung erfordert persönliche Kompetenz, mit dem Ziel eines „Ein-Verständnisses". Dies geschieht durch das Einordnen eines individuell erlebten Phänomens in einen größeren Erfahrungs- bzw. Erkenntnishorizont. Dazu ist einerseits eine analytische Distanz und andererseits eine subjektive Betroffenheit nötig, um im Einzelfall empathisch, angemessen und fachlich richtig entscheiden und handeln zu können. In diesem Prozess ist die Pflegeperson ein verbindendes Mittleres, indem sie zwischen der pflegefachlichen Relevanz und der individuellen Bedeutung eines Phänomens vermittelt (Schrems 2018). Da in der Pflege in vielen Fällen eine Entscheidungsnotwendigkeit gegeben ist, die zum einen nicht immer mit der Aufrechterhaltung der Autonomie der Betroffenen in Einklang steht und zum anderen mit unvollständigen Informationen konfrontiert ist, ist eine ethisch-moralische Kompetenz nötig. Es wird eine stellvertretende Deutung vorgenommen, d.h. es muss für andere entschieden, geurteilt und gehandelt werden. Darüber hinaus ist auch eine organisatorische Kompetenz nötig, um sich im Regelwerk der Einrichtung bewegen und den Entscheidungsspielraum ausloten zu können.

Auf organisatorischer Ebene sind Strukturen zu schaffen, die das Fallverstehen möglich machen. Dies erfordert Rahmenbedingungen in Form von Zeit, Raum und Konzept. Ziele, Inhalte und Methoden der Fallarbeit müssen abgestimmt und kongruent sein. Auf der Prozessebene sind das Öffnen von Wissenszugängen und das Aufzeigen von Möglichkeiten der Ver-/Anwendung sowie eine lernfreundliche Umgebung erforderlich. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sind ausgebildete und erwachsene Personen, d.h. es kann und soll inhaltlich wie methodisch auf Erfahrungen aufgebaut werden. Letztendlich sind auf der Ergebnisebene Evaluation und Feedback die Voraussetzungen für die Fallarbeit als Lerninstrument zur kontinuierlichen Weiterentwicklung (Schrems 2019).

Literatur

Endsley, Mica R. (1999): Level of automation effects on performance, situation awareness and workload in a dynamic control task. In: Ergonomics, 42, H. 3, S. 462-492

Facione, P. (2015): Critical Thinking: What It is and Why it Counts. In: http://www.insightassessment.com/Resources/Independent-Critical-Thinking-Research/pdf-file/Critical-Thinking-What-It-Is-and-Why-It-Counts-PDF (19.03.2015) H. S.

Facione, Peter A (2018): Critical Thinking: What It Is and Why It Counts. https://www.insightassessment.com/Resources/Importance-of-Critical-Thinking/Critical-Thinking-What-It-Is-and-Why-It-Counts/Critical-Thinking-What-It-Is-and-Why-It-Counts-PDF. [Abfrage: 30.04.2019]

Autorin

www.berta-schrems.at

Mag. Dr. Berta M. Schrems

Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, Studium der Soziologie (Mag. Dr. rer. soc. oec) und der Philosophie (M.A.), Habilitation in der Pflegewissenschaft (Priv. Doz. der Universität Wien), Weiterbildungen in Personal- und Organisationsentwicklung sowie Qualitäts- und Projektmanagement. Freiberuflich tätig in Lehre, Beratung und Forschung mit den Schwerpunkten Wissenschaftstheorie, Forschungsethik (im Speziellen Vulnerabilität), Pflegediagnostik und Fallarbeit. Mitherausgeberin der PFLEGE - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. www.berta-schrems.at

Fisher, Alec (2007): Critical Thinking. An Introduction. Cambridge: Cambridge University Press

Johansen, Mary L./O'Brien, Janice, L (2015): Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. In: Nursing ForumH. S. Early view DOI: 10.1111/nuf.12119

Kahneman, Daniel (2011): Thinking, Fast and Slow. London: Penguin Books

Schrems, Berta (2018): Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Facultas

Schrems, Berta (2019): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. 3. überarbeitete Auflage. Wien: Facultas

Steiner, Edmund (2004): Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall. Ein Beitrag zur Theorie fallbezogenen Lehrens und Lernens in Professionsausbildungen mit besonderer Berücksichtigung des Semiotischen Pragmatismus von Charles Sanders Peirce. https://www.ewi.tu-berlin.de/fileadmin/i49/dokumente/1143711480_diss_steiner.pdf. [Abfrage: 30.03.2019]

Stubbings, L./Chaboyer, W./McMurray, A. (2012): Nurses' use of situation awareness in decision-making: an integrative review. In: Journal of Advanced Nursing, 68, H. 7, S. 1443-1453

Thompson, Carl (2003): Clinical experience as evidence in evidence based practice. In: Journal of Advanced Nursing, 43, H. 3, S. 230-237

Wickens, Christopher D. (2008): Situation Awareness: Review of Mica Endsley's 1995 Articles on Situation Awareness Theory and Measurement. In: Human Factors, 50, H. 3, S. 397-403

Wood, Timothy J. (2014): Is it time to move beyond errors in clinical reasoning and discuss accuracy? In: Advances in Health Science Education: Theory and Practice, 19, H. 3, S. 403-407

In Kooperation mit:

UMIT
the health & life sciences university

WIENER ROTES KREUZ
AKADEMIE

LEITEN WILL GELERNT SEIN

Das Gesundheitssystem in Österreich steht ständig vor neuen Herausforderungen und Entwicklungen. Gerade für Leitungspersonen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ist es wichtig, adäquat darauf zu reagieren.

In Kooperation mit unserem universitären Partner „UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik" bietet das Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes optimale Weiterbildungsmöglichkeiten an.

»Fundierte Fachkenntnisse über pflegewissenschaftliche und betriebswirtschaftliche Zusammenhänge in drei Semestern«

Universitätskurs Basales und mittleres Pflegemanagement – wo Praxis auf Theorie trifft.

Der Lehrgang gliedert sich in 480 Unterrichtseinheiten, die im Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes abgehalten werden, und 120 Stunden Praktikum. Das Praktikum ist selbstorganisiert und kann in verschiedenen Gesundheitssozialen Einrichtungen absolviert werden. Grundlage für den Universitätskurs ist das GuKG § 64 und die GuKG-Weiterbildungsverordnung.

Nach erfolgreichem Abschluss des Universitätskurses werden den AbsolventenInnen 30 ECTS Credits durch die UMIT per Zertifikat verliehen. Die ECTS-Credits können sich die Absolventen/innen auf weiterführende Bildungsangebote an der UMIT anrechnen oder anerkennen lassen. Dies kann zu einer verkürzten Studienzeit führen.

TERMIN

13.09.2019 – 13.11.2020
Berufsbegleitend, Termine auf Anfrage

KONTAKT

Mag. Günter Puchner, MBA, MAS
telefonisch von Mo-Fr 9:00–13:00 Uhr unter +43(0)1 795 80–8211 oder per E-Mail unter guenter.puchner@wrk.at, http://akademie.wrk.at

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen!

(C) UMIT

Wie gelingt Lehren und Lernen in rein online-gestützten Lernsettings?

Erfahrungen mit dem Universitätslehrgang Health Information Management

Lebenslanges Lernen – na klar, aber wie?

Es gibt kaum einen Beruf, in dem nicht ständige Weiterqualifikation notwendig wäre – ganz nach dem Motto „Lebenslanges Lernen“. Dies gilt natürlich und insbesondere auch für den Pflegeberuf, welcher sich ständig steigenden Anforderungen durch rechtliche, technische, methodische oder fachliche Veränderungen ausgesetzt sieht.

Zu diesen steigenden Anforderungen gehört auch die Notwendigkeit, sich mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen auseinander zu setzen. International wird derzeit intensiv daran gearbeitet, die Kompetenzen zu beschreiben, welche Pflegepersonen bezüglich der Digitalisierung besitzen müssen. Ein Beispiel für internationale Empfehlungen zu notwendigen Kompetenzen für Pflegepersonen ist die TIGER-Initiative (https://www.himss.org/professionaldevelopment/tiger-initiative), welche auch einige online-Ressourcen anbieten, um mehr über Digitalisierung zu lernen.

Lebenslanges Lernen ist eine schöne Idee, aber oft im beruflichen Alltag schwer umsetzbar. Natürlich kann man zu fast allen Themen mehrtägige Kurse besuchen. Aber können in dieser kurzen Zeit wirklich relevante Kompetenzen vermittelt werden? Eher nicht.

Zunehmend werden daher online-gestützte Kurse angeboten, welche über einen längeren Zeitraum ermöglichen, zu lernen und

sich weiterzubilden. Online-gestütztes Lernen hat den Vorteil, dass man unabhängig von Zeit und Ort lernen kann, also dann, wenn es halt passt. Online-Lernen birgt aber auch mehrere Herausforderungen: Wie kann ich mich mit anderen Lernenden vernetzen, um nicht ganz alleine lernen zu müssen? Wie finde ich im Alltag freie Zeiträume, um online zu lernen? Und: Wie kann ich anwendbare Kompetenzen erwerben und nicht nur Informationen auswendig lernen?

Die Universität UMIT beschäftigt sich seit 2016 mit den Möglichkeiten des online-gestützten Lernens im Bereich der beruflichen Weiterbildung. Wir wollten insbesondere Pflegepersonen und anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen die Möglichkeit bieten, sich zum Thema der Digitalisierung im Gesundheitswesen online-gestützt weiterzubilden, und dies zeit- und ortsunabhängig. Dabei war uns besonders wichtig, dass gemeinsames Lernen und der Austausch mit Mitlernenden trotzdem möglich bleibt. Der Universitätslehrgang Health Information Management beruht auf diesem Ansatz.

Wir möchten nun kurz über unser Konzept berichten und über die ersten Erfahrungen nach zwei Jahren. Die Kernfrage lautet: Ist online-gestütztes Lernen möglich und effektiv?

Online-gestütztes Lernen: Universitätslehrgang Health Information Management

Der Universitätslehrgang Health Information Management vermittelt seit 2017 anwendungsorientiert Kompetenzen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zielgruppen sind Pflegepersonen, Ärzte, Medizinische Dokumentare, Informatiker, Manager und andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen. Das Konzept beruht auf 100% online-gestütztem Lernen, ohne verpflichtende Präsenzzeiten an der Universität. Nur so ist unserer Überzeugung nach eine längere und kompetenzorientierte Weiterbildung für berufstätige Personen möglich. Zum Aufbau eines Gruppengefühls und einer vertrauensvollen Atmosphäre finden einmal im Semester freiwillige Netzwerktage an der UMIT statt.

Gemeinsam Kompetenzen entwickeln

Das Motto beschreibt die Philosophie des kooperativen Lernens: „Gemeinsam Kompetenzen erwerben“.

Inhaltlich umfasst der Universitätslehrgang 10 jeweils 6-wöchige online-Module, z.B. zu den Themen IT-gestütztes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, zu Informationssystemen des Gesundheitswesens und deren Interoperabilität, zu eHealth, und zu Informationssicherheit und Datenschutz.

Das Konzept des Universitätslehrgangs beruht auf Prinzipien des aktiven Lernens, des selbst-regulierten Lernens und des gemeinsamen Lernens, gemäß dem Motto: Gemeinsam Kompetenzen erwerben. In jedem Modul sind daher Lernaufgaben zu bearbeiten, welche praxisnah den Erwerb und die Anwendung konkreter Kompetenzen fördern. So ist z.B. ein Projektplan für ein IT-Projekt zu erstellen, ein klinischer Prozesse zu modellieren und IT-gestützt zu optimieren, eine Datenbanke zu konzipieren und abzufragen, oder eine IT-Architekturen zu bewerten. Dieses gemeinsame Lernen und praxisnahe Lernen kommt besonders den Bedürfnissen berufstätiger Personen entgegen.

Erste Erfahrungen aus Sicht der Studierenden

Derzeit studieren ca. 30 Studierende aus dem gesamten DACH-Raum im Universitätslehrgang. Der erste Durchgang wurde durch eine wissenschaftliche Studie begleitet, welche z.B. Kompetenzgewinn und Lernzeiten untersuchte. Ebenso wurden die Studierenden befragt, wie sie das gemeinsame Lernen empfinden. Hier einige Erkenntnisse:

Die Teilnehmer zeigen sich grundsätzlich sehr zufrieden mit dieser Art des Lernens. Das gemeinsame Lernen und die Unterstützung durch die Gruppe wird als sehr positiv bewertet (Zitat: „Das Studium ermöglicht mir, mein Lernen zeitlich flexibel zu gestalten und trotz Online-Form funktionieren Austausch, Diskussion und gemeinsames Lernen in der Gruppe sehr gut. In kurzer Zeit ist so über Ländergrenzen hinaus eine unterstützende Lerngemeinschaft entstanden“.

Der persönliche Kompetenzzuwachs ist deutlich sichtbar. Die intensive und aktive Auseinandersetzung mit den Lerninhalten

(C) Erste Absolventinnen und Absolventen des Universitätslehrgangs Health Information Management.

und mit den anderen Teilnehmern führt wie erhofft zu einer guten Durchdringung des Stoffes. Die erworbenen Kompetenzen können teilweise direkt im beruflichen Alltag umgesetzt werden (Zitat: „Durch den praxisnahen Aufbau des Studiums kann ich das Gelernte schnell in meiner täglichen Arbeit anwenden.“) Bereits drei Teilnehmer haben sich weiterentwickelt und neue berufliche Herausforderungen im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen angenommen.

Die durchgängige und aktive Beteiligung der Teilnehmer am Kursgeschehen spiegelt sich auch in den Lernzeiten wieder, welche individuell unterschiedlich über den gesamten Tag (und teilweise abends und nachts) verteilt liegen und im Durchschnitt 10 – 15 Stunden die Woche umfassen. Je nach Engagement, Interesse und Vorwissen können auch niedrigere oder höhere Lernzeiten festgestellt werden, die Spannbreite ist recht groß.

Wie gelingt online-gestütztes Lernen?

Auf Basis unserer Erfahrungen und auch auf Basis aktueller sozio-konstruktivistischer Lerntheorien würden wir folgende Erfolgsfaktoren für online-gestützte Weiterbildungen zusammenfassen:

Der online-Kurs sollte den fachlichen Austausch in der Gruppe fordern und fördern. Gemeinsames Diskutieren von Inhalten und Standpunkten ist essentiell für nachhaltiges Lernen.

Der online-Kurs sollte dabei das asynchrone, also zeitversetzte, Diskutieren und Kooperieren ermöglichen. Jeder Teilnehmer kann sich so beteiligen, wann er Zeit hat. Asynchrone Diskussionsforen, Wikis, Glossare und vergleichbare Tools sind hier das Mittel der Wahl.

Der online-Kurs sollte die aktive Bearbeitung des Stoffes fördern, z.B. über praxisnahe Lernaufgaben, Fallbeispiele oder Diskussionen. Statt des passiven Lesens/Hörens von Inhalten sollte das aktive Erarbeiten/Diskutieren von Inhalten im Vordergrund stehen. Nur so können anwendungsorientierte Kompetenzen vermittelt werden.

Die Teilnehmer sind bereit und in der Lage, regelmäßige Lernzeiten einzuhalten, an mindestens 4 – 5 Tagen die Woche.

Die Gruppengröße sollte klein sein, um den Aufbau eines Gruppengefühls zu unterstützen. Die Literatur empfiehlt zwischen 10 und 20 Personen als optimale Größe für derartige online-Kurse. Spezielle Angebote wie Netzwerktage unterstützen dabei die Sozialisierung der Gruppe und fördern das vertrauensvolle gemeinsame Lernen.

Im Universitätslehrgang versuchen wir, diese Erkenntnisse umzusetzen. Basierend auf Rückmeldungen der Teilnehmer wird das Konzept laufend evaluiert und adaptiert. Wer mehr dazu wissen will: Auf der Webseite www.umit.at/him findet sich weitere Details sowie Statements der aktuellen Teilnehmer.

Übrigens: Weitere Tipps zur Wahl geeigneter online-gestützter Angebote haben wir in einem Blog (https://www.informatik-aktuell.de/management-und-recht/karriere/online-gestuetzte-weiterbildungen-zukunft-des-lernens.html) veröffentlicht.

Fazit

Effektive und spannende Weiterbildungen für Pflegepersonen sind in online-Form genauso gut und vielleicht sogar besser möglich als in Präsenzform. Eine aktivierende Kursgestaltung und hohes Engagement bei allen Beteiligten erlaubt es, neben Wissen auch anwendbare Kompetenzen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen zu vermitteln.

Fact Sheet:
Berufsbegleitende Weiterbildung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen: Universitätslehrgang Health Information Management (online-gestützt, Abschluss: Master of Arts oder Akademische Expertin/Akademischer Experte): Infos und Anmeldung unter www.umit.at/him, Start im September 2019

Für den Einstieg in das Thema Digitalisierung: Zertifikatslehrgang Informationsmanagement und eHealth in der Pflege an der UMIT (3 Tage, Präsenz): Infos unter www.umit.at/pflegeinformatik; der nächste Lehrgang findet 25. – 27. März 2020 statt.

Autorin

Univ.Prof. Dr. Elske Ammenwerth
UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik und Technik Tirol,
Eduard Wallnöfer Zentrum I,
A-6060 Hall in Tirol,

Mail: elske.ammenwerth@umit.at

Marlene Pfeifer-Rabe, Bettina Maria Hojdelewicz, Daniela Durchschlag

Onkologische Gesundheits- und Krankenpflege

Menschen mit malignen Erkrankungen ganzheitlich begleiten

Menschen mit maligner Erkrankung sind mit einer Vielzahl von psychischen, physischen und sozialen Belastungen konfrontiert. Eine professionelle psychoonkologische Unterstützung der Betroffenen und ihrer Zugehörigen ist wichtiger Bestandteil des gesamten Betreuungs- und Versorgungsprozesses. Professionell Pflegenden kommt dabei eine Schlüsselrolle in der ganzheitlichen Betreuung zu, um dem Erleben maligner Erkrankung ebenso wie möglichen Körperbildveränderungen und dem professionellen Symptommanagement kompetent zu begegnen.

facultas 2019, 216 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / 24,20 (D) / sFr 30,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1805-1

facultas

Alltäglichkeit beschädigter Humanität

Team Wallraff sorgt für Aufschrei nach Reportage in psychiatrischen Einrichtungen

Es ist wieder einmal so weit. Undercover ist das Team Wallraff in psychiatrische Kliniken sowie ein Wohnheim für psychisch erkrankte Menschen gegangen. Schreckliche Bilder haben sie vom Alltag in den Einrichtungen aufgenommen. Sie zeigen Aufnahmen von Menschen, die in einem fensterlosen Kellerraum eingesperrt werden oder Aufnahmestationen verdreckt sind. Es sei ein Skandal und unerträglich, so sind die Klagen zu hören. Es scheint wieder einmal die Stunde zu sein, um mit dem Finger auf diejenigen Einrichtungen zu zeigen, die nun als schwarze Schafe identifiziert worden sind.

Was ist denn mit den vielen anderen psychiatrischen Einrichtungen? Verantwortliche in Wohnheimen und Krankenhäusern vergewissern sich, dass es diese Missstände in der eigenen Einrichtung nicht gibt. Gegenseitig wird sich auf die Schultern geschlagen, dass die untergebrachten Menschen doch professionell und zeitgemäß versorgt werden. Als Qualitätsmerkmale gelten u.a. die Umsetzung des Safewards-Konzepts, das milieutherapeutische Impulse gegen Zwang und Gewalt setzen will, die Durchführung von Deeskalationstrainings, mit dem Mitarbeitende Aggressionen bewältigen sollen, und die Umsetzung pflegezentrierter Gruppen.

Hürden höher gelegt

Dem Team Wallraff kann natürlich vorgeworfen werden, seine Kritik zu plakativ formuliert zu haben. Der Psychiater Jann E. Schlimme muss sich nun sicher gefallen lassen, als Netzbeschmutzer zu gelten. Eine Frage, die trotz allem im Raume steht: Wie viel Wahrheit steckt in den Film-Aufnahmen des Team Wallraffs? Wie alltäglich sind die Vorgänge, die dort gezeigt wurden?

Beispiel Fixierungen. Viele Statistiken und Qualitätsberichten können belegen, dass freiheitsentziehende Maßnahmen in psychiatrischen Kliniken und Wohneinrichtungen deutlich reduziert werden konnten.. Dafür gibt es Gründe in und außerhalb der Psychiatrie. So sind in den neuen Landesgesetzen zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen (PsychKHGs) die Anwendung von Fixiergurten und Bettgittern, die Isolierung und die Zwangsmedikation deutlich erschwert worden. Auch auch

(C) Marco2811

fachlich sind z.B. in der Pflege die Hürden für freiheitsentziehende Maßnahmen deutlich höher gelegt worden, an ihrer Stelle sind vielerorts Intensivbetreuungen getreten.

An den Intensivbetreuungen wird deutlich, wie die Integrität und Humanität im psychiatrischen Alltag gewahrt werden können. Glaubt man den Vordenkern der Soteria-Bewegung, Loren Mosher und Luc Ciompi, so geht es bei den 1:1-Begleitungen vor allem um ein Dabei-Sein und ein Mit-Sein mit Menschen, die in psychischen Krisen herausforderndes Verhalten zeigen.

Jegliche Sensibilität fehlt

Die Berichterstattung von Team Wallraff zeigt eines. Psychiatrisches Handeln, insbesondere psychiatrisch-pflegerisches Handeln muss immer auch mit einer ethischen Grundhaltung verbunden sein. Der Medizinethiker Giovanni Maio betont in seinem Buch „Mittelpunkt Mensch“, dass Missbrauch der Psychiatrie vorliege, „wenn das Handeln am psychisch kranken Menschen nicht im Sinne des Kranken, sondern im Sinne des sozial Wünschenswerten und im Sinne einer Vernünftigkeitskontrolle erfolgt“ (Maio, 2017, S. 259). Beispielsweise werde die Zwangsbehandlung dann zu einem Problem, „wenn mit ihr eine moralische Bewertung des Denkens, Fühlens und Handelns des Kranken verknüpft ist“ (Maio, 2017, S. 259). Schaut man sich die Aufnahmen des Teams Wallraffs an, so lassen diese Bilder sicher an der Bereitschaft zweifeln, als psychiatrisch Pflegende in die Schuhe der Betroffenen zu schlüpfen.

Fragen der Menschlichkeit und der Ausstattung einer Wohneinrichtung stellen sich, wenn ein Mensch hält sich Stunden, vielleicht Tage in einem Kellerraum auf, der keine Fenster, keinen Abort und keine Rufanlage hat. Dass möglicherweise das Licht dieses Raumes nur von außen ein-und ausgeschaltet werden kann, dies spitzt die Situation nur zu. Diese Räume sind natürlich indiskutabel. Es sind Örtlichkeiten, die erkennen lassen, dass professionell Pflegenden jegliche Sensibilität für das Gegenüber fehlt.

Mit einer gelebten Sensibilität geht auch die Auseinandersetzung mit einer persönlichen Ethik einher. Eine ethische Grundhaltung zu entwickeln, heißt für einen psychiatrisch Pflegenden unter anderem, dass er oder sie die seelische Erkrankung eines betroffenen Menschen nur als einen Teil seines Gegenübers wahrnimmt. Das psychotische Erleben oder die affektive Störung, dies macht nicht den ganzen Menschen aus. Genauso wenig macht der Darmkrebs oder der gebrochene Knochen den Menschen aus, dem ich begegne.

> „Es bedeutet eben einen Unterschied, ob der behandelnde Arzt den psychisch erkrankten Menschen als eine bedauernswürdige Person betrachtet oder ob er fähig ist, in ihm eine besondere und einzigartige Persönlichkeit zu erkennen. Wenn wir danach fragen, worin ein ethisch vertretbares dem psychisch kranken Menschen gegenüber bestehen kann, ist es anzuerkennen, dass man dem Patienten nicht gerecht wird, wenn man ihn auf die einschränkenden Merkmale reduziert, die ihm die Krankheit auferlegt hat. Viele psychisch kranke Menschen sind zwar in vielerlei Hinsicht durch ihre Krankheit geprägt, aber sie sind eben nicht ihre Krankheit“ (Maio, 2017, S. 262).

Hier die Bösen, hier die Guten?

Die Berichterstatterinnen und Berichterstatter des Team Wallraff haben den schlimmen Zuständen in Frankfurt-Höchst, in Stuttgart und in Baar-Wanderath unter anderem das Sankt-Marien-Hospital in Herne gegenübergestellt. Dort wird seit vielen Jahren eine sozialpsychiatrisch orientierte und gewaltfreie Arbeit gemacht. Damit haben die Journalistinnen und Journalisten Schwarz-Weiß-Malerei betrieben. Hier sind die Bösen, hier sind die Guten. Dies führt zu einer Spaltung, die der Entwicklung einer am Bedarf und den Bedürfnissen orientierte Handlungsweise sicher im Wege steht.

Psychiatrisch Pflegende tragen eine große Verantwortung. Psychiatrisch Pflegende begegnen Menschen, die den Alltag mit den Extremen kennen. Die Berichterstattung des Team Wallraffs stellt die Fragen unter anderem an psychiatrisch Pflegende, wie die verletzte Humanität wiederhergestellt werden kann. Jede Einzelne und jeder Einzelne kann die Bilder zum Anlass nehmen, sich selbst Fragen zu stellen, die eigentlich öfter von außen gestellt werden müssten.

Was hätte ich bei der letzten Aufnahme eines Menschen mit extrem herausforderndem Verhalten tun können, um eine freiheitsentziehende Maßnahme zu vermeiden? Ist es notwendig, möglicherweise mehr Medikation zu verabreichen als ärztlich angeordnet ist? Ist es sinnvoll, die eine oder andere Regel auf der Station durchzusetzen – auch wenn es nur um das Ausgeben eines frischen Kaffees geht?

„Gewisse Grundprinzipien bilden die Grundlage der Behandlung psychischer Erkrankungen und sind wesentlich für das Erreichen der gemeinsamen Behandlungsziele: Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient sollte bewusst gestaltet werden. Der Therapeut sollte unter anderem Verständnis, Echtheit, Einfühlungsvermögen und Geduld mitbringen, der Patient Vertrauen Motivation und positive Erwartungen. Die Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten sollte

von Respekt, Einfachheit, Klarheit und Beständigkeit geprägt sein“ (Haußleiter, 2016, S. 31).

Das Team Wallraff zeigt auch, dass sich in den vergangenen Jahrzehnten etwas nicht geändert hat. Die zeitgenössische Gesellschaft ist froh, dass die Verrückten in vermeintlichen Schutzräumen begleitet und versorgt werden. Wenn gelegentlich mit dem Zeigefinger mitleidvoll und erschrocken darauf geschaut werden kann, dann ist alles gut. Die Aufsichtsinstanzen – ob Heimaufsicht oder Besuchskommissionen – scheinen viele Missstände zu dulden.

Psychiatrisch Pflegende sollten sich der ethischen und moralischen Dimensionen des eigenen täglichen Arbeitens bewusst sein und die Betroffenen wirklich nicht aus den Augen verlieren. Vielmehr sollten sie einen Gedanken besonders vor Augen haben: „Besteht das Ziel der Pflege darin, das individuelle Wohl besonders verletzlicher Menschen zu gewährleisten, sollten Pflegende die innere Bereitschaft aufweisen, den Vertrauen der Patient(inn)en gerecht zu werden. Denn für besonders verletzliche Menschen ist es äußerst bedeutsam, dass Pflegende vertrauenswürdig sind“ (Sellman, 2017, S. 93).

Literatur

Haußleiter, I. S. (2016). Ziel und Sinn psychiatrischer Behandlungen: Überlegungen zu Motivation und Ziel (S. 28-34). In Juckel, G. & Hoffmann, K. (Hrsg.). Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Maio, G. (2017). Mittelpunkt Mensch – Lehrbuch der Ethik in der Medizin (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Sellman, D. (2017). Werteorientierte Pflege – Was macht eine gute Pflegende aus? Grundlagen ethischer Bildung für Pflegende. Bern: Hogrefe.

Welzer, H. (2007). Täter – Wie aus ganz normalen Menschen Massenmörder werden. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Autor

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

arscurae@web.de

(C) Syda Productions

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

(C) Coloures-Pic

„Krankenpflege ist einer der gefragtesten sozialen Berufe.“

Andrea Lehwald ist Expertin im Gesundheitswesen und hat mit mehr als 80 Krankenhäusern in Deutschland und in der Schweiz zusammengearbeitet Sie weiß genau wovon sie redet wenn sie sagt, dass jedes Krankenhaus durchaus in der Lage ist, den Fachkräftemangel in der Pflege intern in den Griff zu bekommen. Sie müssen einfach nur die richtigen Strategien anwenden.

Das scheint schwierig zu sein, da wir ja sonst keinen Fachkräftemangel hätten, ist aber im Grunde sehr einfach.

Die Autorin des Buches „Krankenpflege- Personal finden und binden“ kennt die Sorgen und Nöte in den Krankenhäusern nur zu gut. Sie ist selbst Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege und absolvierte mehrere Studiengänge zum Fachtrainer für soziales Coaching, bevor sie von Krankenhäusern und Unternehmen als Beraterin, Seminarleiterin und Vortragsrednerin gebucht wurde. Dabei hat sie nie die Kernprobleme der „Kollegen“ auf den Stationen der Krankenhäuser aus den Augen verloren.

„Ohne die Pflegekräfte kann kein Krankenhaus und keine Pflegeeinrichtung betrieben werden. Ich spreche hier sowohl die Krankenpflege als auch die Altenpflege an. Die geringe Wertschätzung, die diesem Beruf entgegengebracht wird, ist einfach nicht akzeptabel. Probleme auf verschiedenen Ebenen führen dazu dass der Fachkräftemangel immer größer wird. Ich arbeite nicht nur in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen selbst daran, dass sich das ändert, sondern ich möchte auch erreichen dass die Medien endlich damit anfangen diesen wertvollen Beruf wieder in ein positives Licht zu rücken. Wir brauchen junge, engagierte Menschen, die es lieben, einen sozialen und anspruchsvollen Beruf zu erlernen. Aber bei so einem schlechten Berufsimage ist das nur schwer machbar. In den letzten Jahren sind fast ausschließlich Negativschlagzeilen propagiert worden, was stark dazu beiträgt, dass noch weniger junge Menschen diesen Beruf erlernen und ausüben möchten.

Ich suche bewusst das öffentliche Interesse, damit der Pflegeberuf endlich wieder in ein gutes Licht gerückt wird.

Das kann schon bei der Bewerbersuche beginnen.

Diese wertvollen Tipps sind sehr einfach umzusetzen, machen bei den Bewerbern einen guten Eindruck und signalisieren Interesse seitens des Krankenhauses.

Je professioneller Sie auf einen Bewerbungsanschreiben reagieren, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit dass der Bewerber sich für Ihr Krankenhaus entscheidet.

1. **Signalisieren Sie Wertschätzung von Anfang an.** Schon im Bewerbungsverfahren können Sie dem Bewerber zeigen dass er Ihnen wichtig ist.

(C) peter schreiber.media

Zeigen Sie schon beim Erstkontakt, dass er willkommen ist und bringen Sie ihm damit Wertschätzung entgegen.

2. **Bestätigen Sie den Eingang der Bewerbung innerhalb von 24 Stunden.** Auf eine zügige Antwort kommt es an. Wer auf Jobsuche ist, Zeit investiert und die Hoffnung auf eine neue Stelle hat, erwartet ein schnelles Feedback.
3. **Halten Sie den Bewerber stets auf dem aktuellen Stand.** Jeder Kandidat möchte den aktuellen Stand seiner Bewerbung wissen, damit er sich entweder weiter umschauen oder sich auf eine neue Position in Ihrem Hause einstellen kann. Nichts ist unattraktiver als in einer Warteschleife zu verharren.
4. **Ein kurzer Bewerbungsprozess mit viel persönlichem Kontakt erhöht die Chance, dass der Bewerber nicht abspringt.** Potentielle Kandidaten möchten so schnell wie möglich Bescheid wissen ob sie eine Chance auf den neuen Job haben oder nicht. Ein zu langer Bewerbungsprozess hat zur Folge, dass das Interesse an der neuen Stelle verloren gehen könnte.
5. **Stellen Sie das zukünftige Team vor.** Wer sich auf eine neue Stelle bewirbt, möchte vorher wissen mit wem er später zusammenarbeitet. Ein gut vorbereitetes Treffen mit dem zukünftigen Team, schafft zusätzliches Vertrauen und erhöht die Chance, dass der Bewerber sich direkt wohl fühlt und sich für die Stelle entscheidet. Eine kurze Vorstellung durch einen Vertreter des Teams schon während des Vorstellungsgesprächs hebt Sie von der Masse ab und hinterlässt einen positiven Eindruck.

Suchen Sie die Besten? Dann zeigen Sie sich von Ihrer besten Seite!

Autorin

Andrea Lehwald

Unternehmensberaterin, Fachbuchautorin, Fachtrainerin für soziales Coaching, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Führungskräfteseminare in Krankenhäusern, Seminare zum Thema Personalmarketing und Personalbeschaffung, Beraterverträge für Firmen aus dem Gesundheitswesen und der freien Wirtschaft,Trainings und Mitarbeiterschulungen in Unternehmen, Prozessoptimierungen auf Intensivstationen, Einzelcoachings (auch telefonisch), Speaker

info@klinikfachberatung.de

Strategien gegen die Fachkraft-Krise

Pflege MANAGEMENT

- Kompetent: Expertenrat aus erster Hand
- Praktisch: die erfolgreichsten Strategien
- Realistisch: Konzepte zum Nachmachen

Andrea Lehwald

Krankenpflege-Personal finden und binden

Wie Sie ein attraktiver und begehrter Arbeitgeber werden

136 Seiten, 17,0 x 24,0 cm, Hardcover

ISBN 978-3-89993-994-1

€ 29,95 [D] · € 30,80 [A]

Pflegenotstand, Pflegekollaps ... keine Fachkräfte mehr! Die Hilferufe aus der Branche verstummen nicht. Doch einige Kliniken schweigen – sie haben Personal, führen sogar Wartelisten.

Andrea Lehwald arbeitet – gemeinsam mit ihrem Expertenteam – seit vielen Jahren in der strategischen Fachberatung für Kliniken. Mit diesem Buch legt sie ihr gebündeltes Expertenwissen vor: die erfolgreichsten Strategien, um den Personalmangel in Kliniken zu bekämpfen.

Im Fokus stehen dabei realistische Konzepte, praxiserprobte Strategien und wertschätzende Führungsarbeit. Nur so kommt das Räderwerk aus Arbeitsklima, Aufgabenverteilung, Kommunikation und Budgetgrenzen wieder in Gang.

Dieses Buch bietet Betreibern und Leitungskräften das, was sie dringend benötigen: Praxiserprobte Handlungsleitlinien um Mitarbeiter zu binden, zu motivieren und zugleich den Krankenstand zu senken.

»Wussten Sie schon, dass es deutlich kostengünstiger ist, wenn Ihr Personal mehr Spaß an der Arbeit hat?«

Andrea Lehwald

ist Krankenschwester, Fachtrainerin für soziales Coaching, Mentorin und Unternehmensberaterin.

schlütersche

Dein Erfolgskonzept zum Gerne-Lernen

Das I care Lernpaket bietet dir all das Wissen, was du für deine Ausbildung brauchst.
Lerne auch mobil: Mit der I care Wissen to go App kannst du jederzeit und überall lernen, nachschlagen und dich gezielt auf die Prüfung vorbereiten.

Im Set 20 € sparen!

I care Pflege
2015.
1464 S., 1282 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 165651 3
69,99 € [D]

I care Anatomie, Physiologie
2015.
632 S., 565 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 165611 7
34,99 € [D]

I care Krankheitslehre
2015.
1368 S., 1360 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 165711 4
54,99 € [D]

I care Wissen to go App

Kostenlos downloaden – für Android und iOS!

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Georg Thieme Verlag KG, Sitz- und Handelsregister Stuttgart, HRA 3499, phG: Dr. A. Hauff.

19P9P1

I care – die Produktfamilie für deine Pflegeausbildung. www.thieme.de/icare

Thieme

Theorie und Praxis (in) der Pflege - Schlaglichter

Die „Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft“ feiert ihr dreißigjähriges Bestehen (vgl. Bartholomeyczik 2019). Anlass (wieder einmal) über das Verhältnis von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis nachzudenken. Ein altes Thema – immer wieder neu zu bedenken.

Die ersten, die sich täglich der Tatsache stellen müssen, dass das, was sie in der Schule lernen nicht mit dem übereinstimmt, was in der Praxis geschieht, sind die Auszubildenden in der Pflege (vgl. Sahmel (Hrsg.) 2019). Die an den Lernprozessen beteiligten Personen – Auszubildende, PraxisanleiterInnen, Pflegende – arbeiten in Verhältnissen, die oftmals den theoretischen oder gar den pädagogischen Ansprüchen widersprechen. Pflege befindet sich in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld und die Pflegeausbildung kommt nicht darum herum, „die Ambivalenz der gesellschaftlichen Entwicklung in ihrem konflikthaften Charakter als integralen Bestandteil ihres Lernfeldes zu definieren“ (Panke-Kochinke 2000, S.137). Etwas einfacher kann man das als Konflikt zwischen Theorie und Praxis thematisieren.

Wir sollten uns der Tatsache stellen, dass es in der Pflege und den anderen Gesundheitsberufen (und nicht nur hier) ein Theorie-Praxis-Problem gibt. Im Lernort Schule wird (in der Regel) eine Thematik systematisch von einem Lehrenden vermittelt. Dieser Inhalt steht (zumeist) in einem theoretischen Zusammenhang, welcher sich den Lernenden im Verlaufe der Lernprozesse erschließen soll. Im theoretischen Unterricht ist (meist) Raum für die Entfaltung von Handlungsketten, Begründungszusammenhängen und die Erörterung von Problemen und Widersprüchen.

Dem gegenüber ist das Lernen in „der“ Praxis durch viele Zufälligkeiten charakterisierbar, es kann gezielt im Rahmen von Anleitungen stattfinden oder es kann en passant erfolgen. Zumeist sind diese Lernprozesse eingebettet in Arbeitsprozesse, die durch institutionelle Zwänge, ökonomischen Druck und Ähnliches bestimmt sind, und in denen es meist keinen Raum und keine Zeit für Nachfragen gibt.

Die Diskrepanz zwischen in der Theorie Gelehrtem und in der Praxis Erlebtem kann Auswirkungen

(C) flytoskyft11

auf die Motivation der Lernenden (im Sinne von Ernüchterung und Frustration) haben. Wird sie thematisiert, so kann sie allerdings auch konstruktive Wirkungen haben. Dann müssen allerdings möglichst alle Beteiligten – Auszubildende, Lehrende, Mentoren und MitarbeiterInnen in der Praxis – in einen Austausch treten. Dabei sollten sowohl die Barrieren zwischen den beiden Polen Theorie und Praxis thematisiert werden, etwa die Sprache und die wissenschaftliche Analyse und Kritik des Handlungsfeldes, als auch die Erfahrungen der Auszubildenden mit den Diskrepanzen zwischen Schule und Station aufgearbeitet werden.

Gehen wir nun über die pädagogische Problematik hinaus ins Grundsätzliche.

Anneke de Jong hat darauf hingewiesen, dass derjenige, der von einer „Kluft“ zwischen „Theorie“ und „Praxis“ spricht, verpflichtet ist, diese drei Begriffe zu definieren. Alltagssprachlich verbinden wir mit dem Wort „Kluft“ die Vorstellung von Lücken und Rissen; an der Oberfläche wirken diese Risse außerordentlich breit und tief, am Grund einer Kluft jedoch erweisen sich diese Risse als schmal und eng. Im übertragenen Sinne folgt hieraus die Notwendigkeit, sowohl die Brüchigkeit zwischen den beiden Seiten deutlich herauszustellen als auch den tieferen Zusammenhang zwischen beiden zu analysieren. Schließlich ist es wichtig, Wege aufzuweisen, wie die Kluft überwunden werden kann.

Der zweite Begriff, die „Theorie“, wird in unterschiedlicher Bedeutung genutzt: „Theorie als Rahmenbedingung für das Denken über ein Thema im Sinne von Hypothesen, Voraussetzungen; Theorie verstanden als ein durch Forschung bewiesenes Ergebnis; Theorie verstanden als die Ausbildung lenkend, als Schule.... Auffallend ist, dass zuerst in der Reihenfolge das Wort Theorie genannt wird. Das deutet auf eine, wenn auch unbewusste, Rangordnung hin. Jene Autoren, die sich mit der Kluft zwischen Theorie und Praxis beschäftigen, sind im allgemeinen Wissenschaftler, Theoretiker, Forscher und Lehrer - in der Praxis tätige Pflegekundige schreiben nicht so viel: sie handeln.“ (de Jong 1999, S.70).

Und was bedeutet „Praxis“ in diesem Zusammenhang? Wenn über „Praxis“ gesprochen wird, so fällt auf, dass vor allem „Theoretiker“ sprechen. Es bleibt prinzipiell die Tatsache bestehen, dass jede Beschäftigung mit Praxis auf der Basis von Theorie erfolgt. Dies ist so lange nicht problematisch, wie es zu einem Austausch zwischen beiden Seiten kommt. Substanzieller Bestandteil eines solches Austausches ist allerdings auch die Thematisierung der Barrieren zwischen Theorie und Praxis. Diese liegen z.B. in der Sprache. „Die Theoretiker verwenden eine komplizierte und schwer verständliche Sprache, in der sie auf psychologische und soziologische Begriffe Bezug nehmen.... Miller meint, dass der Pflegetheoretiker die Pflege so sieht, wie sie sein müsste, während der Praktiker die Pflege so erlebt, wie sie in ihrer ganzen Komplexität ist. Viele Theoretiker bauen solche Idealmodelle auf, die unmöglich zu verwirklichen sind. Wenn der Theoretiker danach strebt, alles so umfassend und abstrakt wie möglich zu erklären, so erklärt er letzten Endes eigentlich nichts“ (Geust 1991, S.399).

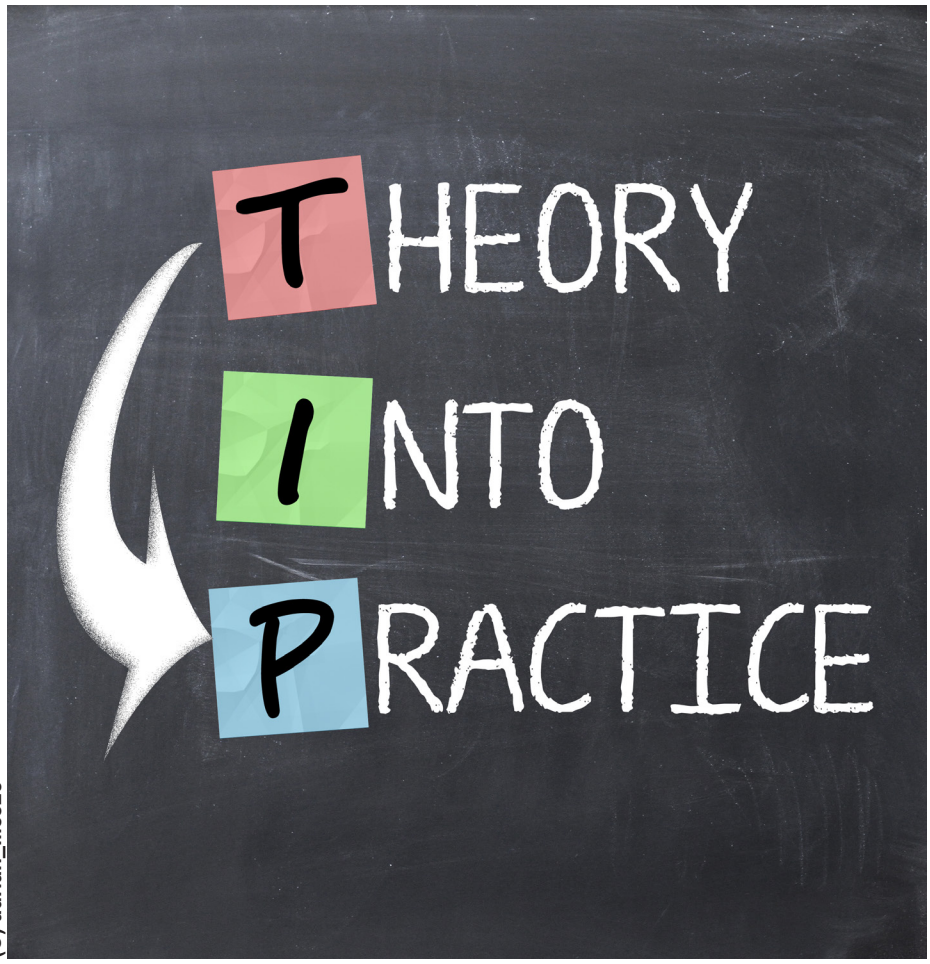
Auch die Art der Fragen, die Theoretiker und Praktiker stellen, ist grundlegend unterschiedlich. „Der Praktiker stellt praktische Fragen zu Methoden und Prinzipien und ihrer Verwendbarkeit in der Pflegearbeit, während der Theoretiker sich für den theoretischen Grund, auf den die Pflegearbeit sich gründet, interessiert. Der Theoretiker arbeitet oft als Unterrichtender und ist an generellen Theorien interessiert. Der Praktiker wiederum ist an solchen Theorien interessiert, die er in seiner Arbeit verwenden kann, wenn er besondere Probleme hat“ (Geust 1991, S.399).

Das wesentliche Bindeglied zwischen beiden Wissensformen stellt die Kommunikation dar. „Probleme, die sich in der Beziehung zwischen praktischem und theoretischem Wissen ergeben, liegen in der fehlenden Dialektik der beiden Wissensformen. Das Problem der verschiedenen Sprachwelten in Praxis und Wissenschaft ist eine Ursache für die fehlende Dialektik. Zentrale Bedeutung kommt der Frage zu, wie und durch wen Forschungsergebnisse in die Praxis eingebracht werden können. Für das Überwinden der Sprachbarriere bieten sich verschiedene Möglichkeiten an: Die Praktiker erlernen die Sprache der Wissenschaft; die Theoretiker passen sich der Sprache der Praktiker an, oder Experten besetzen die Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis.“ (Henke 2002, 53f.)

Aber funktioniert diese Kommunikation? Betrachten wir die beiden Seiten etwas genauer.

Was ist unter „Praxis“ zu verstehen? Im Akutkrankenhaus geht es in der Regel um die pflegerische

Versorgung von Patienten; dabei wird das System durch die Medizin dominiert und ist den Postulaten von Technisierung, Beschleunigung und Effizienz unterworfen. In Langzeitpflegeheimen verbringen Bewohnerinnen und Bewohner meist ihren Lebensabend; in den letzten Jahren hat sich der Trend verstärkt, dass schwerst-pflegebedürftige und multimorbide Personen (meist nicht freiwillig) in diese Einrichtungen kommen. Zwar soll die Reform des Sozialgesetzbuches XI bewirken, dass die Selbstbestimmung und Autonomie-Förderung der Klienten in den Vordergrund pflegerischen Handelns zu rücken ist, was jedoch dann schwierig wird, wenn etwa die Hälfte des Personals nicht über eine Fachausbildung verfügt. Schließlich geht es im ambulanten Bereich um die vertraglich zumeist auf einzelne Segmente festgelegte medizinisch-pflegerische Versorgung sehr unterschiedlicher Menschen, die in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben wollen.



(C) adrian_ilie825

Insgesamt ist die Ökonomisierung des Gesundheitssystems in den vergangenen Jahren deutlich vorangeschritten. Seit den 1990er Jahren ist es zu vielfältigen Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitssystems gekommen. Insgesamt wird dabei das massive Eindringen des Neoliberalismus (auch) in das Gesundheitssystem in Deutschland deutlich: Der Staat dringt auf Kostendämpfung in einem immer teurer werdenden System, die großen Akteure (Pharmaindustrie, Krankenkassen, private Träger von Krankenhäusern und Wohlfahrtsverbände) wehren sich erfolgreich gegen staatliche Eingriffe, die wachsenden Defizite müssen von den Versicherten über etwa als „Selbstbeteiligung“ deklarierte Zuzahlungen übernommen werden. Die Gewinne der privatisierten Krankenhaus-Konzerne steigen kontinuierlich.

Die größten Einsparungen in den Kliniken wurden beim Pflegepersonal vorgenommen. Dies hat gravierende Auswirkungen auf die Pflegekräfte. Es ist ein steter Abbau der anfänglich hohen beruflichen Motivation im Verlaufe der zunehmenden Belastungen durch fehlendes Personal beobachtbar. Aber es ist nicht nur der Personalabbau, der hier gravierende Auswirkungen auf die Arbeit in der Praxis hat. „Pflegearbeit ist intensiv, mit hoher Genauigkeit, ständiger Konzentration verbunden und gleichzeitig überaus zerrissen. Die notwendige Konzentration auf eine Aufgabe wird ständig unterbrochen. Diese Zerrissenheit ist das tägliche Chaos auf der Station, bei dem die Krankenschwester gleichzeitig verschiedenen Vorgesetzten und den Anforderungen der Funktionseinheiten Rechnung tragen muß, unterschiedlichen Bedürfnissen der PatientInnen genügen möchte und von Angehörigen ebenfalls gefordert wird. Keine Arbeit kann in der erforderlichen Zeit hintereinander weg ausgeführt werden. Die ständige Hetze ist mit der Erfahrung verbunden, die Arbeit nicht in der vorgesehenen Zeit erledigen zu können. Entsprechend häufig fallen Überstunden an.“ (Bartholomeyczik 1993, 103f.) Außerdem ist Pflege körperliche Schwerarbeit.

In einer neueren Untersuchung haben Höhmann et al. 2016 hervorgehoben, „dass sowohl die objektiven Arbeitsbelastungen als auch das subjektive Belastungs-

erleben im Pflegebereich konstant bleiben und im Vergleich mit anderen Berufsgruppen überdurchschnittlich hoch sind“ (Höhmann et al. 2016, 75f.).

Noch größer ist der anhaltende Pflegenotstand (vgl. Sahmel 2018) in der Altenpflege. Zwar ist Alter keine Krankheit, aber die Gefahr der Erkrankung nimmt im Alter deutlich zu. Wichtig dabei ist die Multimorbidität, also die Tatsache, dass vor allem ältere Menschen oftmals an mehreren Krankheiten leiden.

Neben den organischen Krankheiten spielen grundlegende psychische Veränderungen eine zunehmende Rolle. Im Alter steigt vor allem das Risiko des Auftretens einer Demenz. Gerade diese Erkrankung ist mit Vorstellungen von apokalyptischem Ausmaß verknüpft, die Thomas Klie folgendermaßen umschreibt: „Der Kern der Persönlichkeit werde zerstört, heißt es. Das Phänomen Demenz wird in die Hierarchie der menschlichen Tragödien eingeführt und auf Platz eins des Rankings von Schrecken und Leid positioniert. Die Angst vor Demenz wird zur Angst vor dem Leben, davor, kein Mensch mehr zu sein. Nicht nur den Menschen, auch die Familie zerstört Alzheimer. Dem Zerfall und Erlöschen des Menschen zusehen zu müssen, mit dem man Jahrzehnte verheiratet war, wird zur Geißel der Angehörigen.“ (Klie 2014, 41)

Nach übereinstimmenden Untersuchungen lässt sich ein deutliches Ansteigen der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den nächsten Jahrzehnten prognostizieren.

Wer wird diese Menschen zukünftig pflegen?

Über 70 Prozent der pflegebedürftigen älteren Menschen leben zu Hause und werden von ihren Angehörigen versorgt. Die Familie ist „die größte Pflegestelle der Nation“ (Klie 2014, 47). „In den meisten deutschen Familien wird die Pflege allein von den Familien geschultert, und dies meist über Jahre hinweg. Meistens pflegen die Frauen, als Partnerinnen, Töchter oder Schwiegertöchter. Pflege und Sorgetätigkeit ist weiblich, im privaten wie im beruflichen Kontext.“ (Klie 2014, 54)

Es ist schwer prognostizierbar, welche Auswirkungen die Veränderungen der Strukturen von Familien in den kommenden Jahren haben werden. Auch ist empirisch schwer aufzuweisen, wie viele weitere Belastungen durch die Pflege von Angehörigen auf die Frauen (und auch Männer) innerhalb der Familie zukommen und wie viele Überforderungen es gibt bzw. geben wird. Der offensichtlich steigenden Zahl an hilfebedürftigen Älteren wird jedoch in der Zukunft voraussichtlich eine geringere Zahl an hilfebereiten Jüngeren gegenüberstehen.

Immerhin fast 30 Prozent der alten Menschen leben gegenwärtig in Pflegeheimen, obwohl sie dies nicht wollen. Dabei haben sich Altenheime in den letzten Jahren weitgehend in Altenpflegeheime mit einem extrem hohen Anteil schwerstpflegebedürftiger, multimorbider und gerontopsychiatrisch veränderter Bewohnerinnen und Bewohner gewandelt.

Die Zustände in diesen Heimen lassen sich nicht einheitlich bewerten. Die Tatsache, dass viele alte Menschen nicht in ein Heim gehen möchten, korreliert mit negativen Ergebnissen von Prüfberichten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen über die Zustände in Altenheimen. So wird immer wieder berichtet über Mängel bei der Flüssigkeitsversorgung, Probleme bei der Inkontinenzversorgung, Mängel bei der Dekubitusprophylaxe, nicht sachgemäßer medikamentöser Versorgung und freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Das Thema Gewalt ist Bestandteil der Praxis der Pflege (bzw. sollte es sein). In einer Reihe von aktuellen Untersuchungen (vgl. Bonillo et al 2013; Beine/Turczynski 2017; Osterbrink/ Andratsch 2015) wurden erschreckende Formen der Gewalt im familialen Bereich, in Krankenhäusern und in Altenpflegeheimen aufgedeckt. Es gibt strukturelle, physische und psychische Formen von Gewalt – vor allem aber versteckter Gewalt, die in der Regel nicht zur Anklage kommt.

Allerdings ist auch hier vor Verallgemeinerungen zu warnen! Die Zustände in Altenpflegeheimen sind nicht überall menschenunwürdig, es gibt eine große Zahl von professionell Pflegenden und von Helferinnen und Helfern, die sich um eine qualitativ gute Pflege bemühen. Aber: die Rahmenbedingungen sind äußerst problematisch. Pflegeeinrichtungen sind finanziell unterversorgt und es gibt zu wenig Personal. Diese Probleme werden nach übereinstimmenden Prognosen noch zunehmen: Der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal in Deutschland übersteigt bereits heute klar das Angebot – und es ist nicht absehbar, wie der Personalbedarf in der Zukunft gedeckt werden kann.

Soviel zu den Schlaglichten, die hier auf die vielschichtige Praxis geworfen werden sollten. Und wie sieht es nun auf der anderen Seite, der Theorie aus?

Zunächst einmal gilt es festzustellen, dass in den vergangenen drei Jahrzehnten in Deutschland eine breite Entwicklung der Disziplin Pflegewissenschaft stattgefunden hat. „Die Pflege hatte sicherlich eine längere Geschichte als die Pflegewissenschaft. Sie hat sich im Laufe vieler Jahrhunderte von der Nächstenliebe zu einem Beruf entwickelt und ist nun seit einigen Jahrzehnten auf dem Wege der Professionalisierung bzw. zur Disziplin. Ein wesentlicher Schritt dorthin ist der eingeleitete Prozess der Akademisierung.“ (Schroeter 2019, S.19)

Die Akademisierung der Pflege geht einher mit einer gründlichen Diskussion über die Bezugsdisziplin. Dabei spielt die Rezeption us-amerikanischer Theoretikerinnen heute nicht mehr eine so große Rolle, wie noch in den Anfängen der Entwicklung. Die eigenständige Pflegeforschung schreitet voran. Allerdings ist innerhalb der letzten Jahre in der deutschen Diskussion eine Entkoppelung der Forschung von der Theoriediskussion feststellbar (vgl. Mayer 2019, S.112).

Pflegewissenschaft ist inzwischen zu einer wissenschaftlichen Disziplin geworden, zumindest gemessen an den drei grundlegenden Maßstäben einer Wissenschaft Stichweh, zitiert nach (Stemmer 2016, S.27):

- sie verfügt über „einen Set von Fragestellungen, Forschungsmethoden und paradigmatischen Problemlösungen“,
- sie hat einen eigenständigen Kommunikationszusammenhang – etwa in wissenschaftlichen Fachzeitschriften, Fachkongressen und einer eigenen Fachgesellschaft – entwickelt sowohl gegenüber anderen wissenschaftlichen Disziplinen als auch in Auseinandersetzung mit diesen,
- als schwierig erweist sich allerdings die Frage nach ihrem „spezifischen Wissenskorpus“ (Stemmer 2016, S.27).

Was macht eigentlich die Pflegewissenschaft aus? Natürlich gibt es Themenfelder und auch spezifische Forschungsgegenstände, die als zur Disziplin gehörig akzeptiert werden. Was allerdings fehlt, ist ein eigenes Paradigma, eine „kognitive Identität des Faches“ (Schroeter 2019, S.23). Görres und Friesacher stellten 1998 die Frage nach dem spezifischen Gegenstandsbereich der Pflegewissenschaft (zit. nach Schroeter 2019, S.24). Remmers sucht auch 2016 noch „das Originäre der Pflegewissenschaft“ (Remmers 2016, S.37). „Kriterien für den Aufbau einer pflegewissenschaftlich eigenständigen Wissensbasis, eines eigenen theoriengeleiteten Problemlösungsbestands ergeben sich… aus einer kritischen, empirisch informierten Rekonstruktion pflegeberuflichen Handelns in sehr verschiedenen organisationalen und institutionellen Kontexten .“ (Remmers 2016, S.37) Und Stemmer ergänzt: „Nicht nur fehlt eine theoretische Grundlage für eine mögliche Systematisierung pflegewissenschaftlicher Wissensbestände, sondern vielfach auch für eine pflegetheoretische Begründung von Forschungsfragen oder eine pflegetheoretische Einbettung der Interpretation von Ergebnissen von Pflegeforschung.“ (Stemmer 2016, S. 29)
Pflegewissenschaft, so der zentrale Anspruch, soll Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft sein. Eine Ausrichtung auf Praxis und Handeln „ist erforderlich, um dem steigenden Problemdruck in der Praxis zu begegnen, tragfähige Lösungskonzepte für die sich durch den Strukturwandel der Gesellschaft und die gesundheitspolitischen Umstrukturierungen ergebenden Modernisierungs- und Professionalisierungserfordernisse zu erarbeiten und zu einer angemessenen pflegerischen Versorgung und Betreuung beizutragen, die den Problemen und dem Bedarf heute dominanter Patientengruppen gerecht wird“ (Schaeffer / Bartholomeyczik 1999, 42).

Aber wie weit soll dieser Anspruch gehen? Am Beispiel der Nationalen Expertenstandards lässt sich zeigen, in wieweit Forschung, Praxis und Evaluation in einen fruchtbaren Austausch treten können (vgl. Bartholomeyczik et al. 2019). Allerdings wie dann weiter? Soll „die“ Wissenschaft „der“ Praxis zeigen, wie es besser geht? Sicherlich nicht. Auf der anderen Seite formulieren Schnell und Dunger (2019, S.107) theoretische Ansprüche an professionell Pflegende, deren Umsetzung in die Praxis sich als eher problematisch erweisen dürften, wenn ein Verständnis von Praxis zugrunde gelegt wird, wie es im ersten Teil dieses Artikels aufscheinen sollte:

"A dream you dream alone is only a dream. A dream you dream together is reality." John Lennon

APN & ANP
2019
5. internationaler
Kongress
Advanced Practice Nursing
&
Advanced Nursing Practice

New Generation
Advanced Practice Nurse 2.0

"
A Dream you Dream alone is only a Dream.
A Dream you Dream together is Realty."
John Lennon

Ort: Frankfurt University of Applied Scienes
Datum: 5. bis 6. September 2019

Kongresssprache: Deutsch / Englisch

www.dnapn.de

Kooperationspartner cooperation partners
5. Internationaler APN & ANP Kongress

Universität Basel
Medizinische Fakultät Departement Public Health
Pflegewissenschaft Nursing Science
Frankfurt University of Applied Sciences
Advanced Practice Nursing Practice Deutsches Netzwerk G.E.V.
swissANP
Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
VFP APSI Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft Association suisse pour les sciences infirmières Swiss Association for Nursing Science
Berner Fachhochschule Gesundheit
UMIT university for health sciences, medical informatics and technology
the health & life sciences university
FHS St.Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Hochschule für Angewandte Wissenschaften München
careum Hochschule Gesundheit
Teil der Kalaidos Fachhochschule
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences
DGEA
Georg-Streiter-Institut für Pflegewissenschaft
akademie für weiterbildung der FHOÖ
luzerner kantonsspital LUZERN SURSEE WOLHUSEN
DGF Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.
imc FH KREMS UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA
Stadt Zürich Stadtspital Waid
Ernst-Abbe-Hochschule Jena University of Applied Sciences
Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH
MSB Medical School Berlin Hochschule für Gesundheit und Medizin
MSH Medical School Hamburg University of Applied Sciences and Medical University
UKSH Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Landeskrankenhaus Gesundheitszentrum Glantal
Evangelische Hochschule Nürnberg
Registrierung beruflich Pflegender

Praxisentwicklung

Anwendbarkeit von theoretischem Wissen (und Forschungsergebnissen) erkennen

Bedingungen zur Umsetzung theoriebasierter Pflegekonzepte

Fähigkeit zur Umsetzung durch stärkere Auseinandersetzung mit Theoriediskurs und gegenstandsbezogenen Theorien

Methodenentwicklung

Umsetzung theoriebildender Studien, die situativ oder gegenstandsbezogen anzuwenden sind

Weiterentwicklung angemessener Methoden der Theorieentwicklung

Verstärkter Einbezug theoretischer Überlegungen in die Konzeptionen komplexer Studien mittels quantitativer Methoden

(Schnell/Dunger 2019, S.107)

Entwickeln sich Theorie und Praxis immer weiter auseinander?

Und wäre es nicht sinnvoller, die Suche nach einer disziplinären Identität fortzusetzen? Schon vor langer Zeit wurde vorgeschlagen, eine „Kritische Theorie der Pflege“ voranzutreiben (vgl. Sahmel 2015). „Theorien der Pflege sollten als kritische Theorien entwickelt werden. In einem solchen Ansatz werden die gesellschaftlichen und historischen Bedingungen sowie die Herrschaftsverhältnisse, unter denen Pflege ausgeübt wird, mitreflektiert und ziehen Konsequenzen auf der Handlungsebene nach sich. Eine kritische Theorie hat immer auch ein emanzipatorisches Interesse, denn sie strebt die Aufklärung der Praxis über sich selbst an. Sie ist aber keine Praxistheorie in dem Sinn, dass sie zu einer Rechtfertigungslehre der bestehenden Praxis wird. Es müssen vielmehr eine wünschenswerte Praxis entworfen sowie die Ziele und Mittel formuliert werden, wie diese Praxis zu erreichen ist. Als Zielvorstellung würde eine kritische Theorie Mündigkeit und Emanzipation nicht nur für die einzelne Pflegekraft oder den einzelnen Patienten fordern, sondern für den gesamten Beruf. Kritische Theorien bedingen immer auch Parteinahme und Wertung. Das bedeutet für die Theorien der Pflege, dass sie nicht abgehoben und `objektiv` entwickelt werden sollten, sondern mit dem Ziel, eine bessere Praxis zu schaffen, die nach parteilichen und emanzipatorischen Maßstäben kritischer Vernünftigkeit gestaltet wird. Die Pflegeforschung hätte dann die Voraussetzungen und Bedingungen für Mündigkeit zu untersuchen“ (Bischoff 1994, S.218f.).

Entscheidend wird sein, ob der seit langem anhaltende Pflegenotstand eher technologisch begriffen und als bewältigbares Problemfeld hingenommen wird, oder ob die Phänomene von wachsenden Versorgungsengpässen, Unzufriedenheit, burn out und Gewalt in der Pflege kritisch eingebunden gesehen werden in das Ganze der gegenwärtigen Gesellschaft und sodann als „Versagen der staatlichen Fürsorge“ kritisiert werden. Es bedarf innerhalb der Kritischen Pflegewissenschaft einer Analyse der Bedeutung von Ökonomisierung und Rationalisierung sowie der Ausweitung der Anforderungen an die Pflege bei gleichzeitigem Rückgang der zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen für die Arbeit der Pflege wie auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich! Einen ersten Baustein auf dem Weg zu einer Kritischen Theorie der Pflegewissenschaft stellt die fundierte Monographie „Theorie und Praxis pflegerischen Handelns“ von Friesacher (2008) dar. Hieran sollte angeknüpft werden, auch wenn der Eindruck entstehen könnte, damit die Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Pflege zu vergrößern.

Ich komme zum Schluss meiner kursorischen Ausführungen. Schon 2011 hat Hanna Mayer festgestellt: „Pflegewissenschaft konfrontiert die Praxis mit einer Art von Wissen, die nicht unbedingt dem entspricht, was dort als „praxisbezogen“ aufgefasst wird, d.h. nicht den Anspruch der unmittelbaren Anwendung hat, also keine Handlungsanleitung nach sich zieht. Diese Art von Wissen kann einerseits sehr bereichernd sein (im Sinne einer Erweiterung der Perspektive), andererseits irritierend (weil es alte Denkmuster und darauf aufbauende Lösungen in Frage stellt). … Die Praxis setzt mit ihrem Anspruch der Anwendbarkeit des Wissens als Legitimation und als eine Voraussetzung für deren Akzeptanz die Pflegewissenschaft ihrerseits unter Druck, denn dieser Anspruch steht oft im Widerspruch zu den Anforderungen der Wissenschaftlichen Gemeinschaft, sich als Wissenschaft primär an Erkenntnisgewinn und an wissenschaftlichen Kriterien zu orientieren. Dieser Druck kann jedoch auch positive Auswirkungen haben: Die Pflegewissenschaft wird gezwungen, sich mit dem Anspruch der Scientific Communi-

ty kritisch auseinander zu setzen und daraus eine Neudefinition dessen zu entwickeln, was die Qualität einer Praxiswissenschaft ausmacht.“ (Mayer 2011, S.154f)

Und bezüglich der angesprochenen „Kluft“ zwischen Theorie und Praxis kommt Mayer zu folgender konstruktiver Schlussfolgerung: „Es bleibt ein Spannungsgefüge, das sich nicht ausschließlich in der viel zitierten Kluft zwischen Theorie und Praxis manifestiert, sondern eines, das innerhalb beider Bereiche für Spannung sorgt. Und mit dieser Spannung umzugehen, sie konstruktiv und bewusst in die Entwicklung von Pflegepraxis wie die der Pflegewissenschaft zu integrieren, wird eine Herausforderung sein, der sich sowohl die PaktikerInnen als auch die WissenschaftlerInnen zu stellen haben.“ (Mayer 2011, S.162)

Es ist noch ein langer Weg …

Literatur:

Bartholomeyczik, Sabine (1993). Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. Rebecca Palm / Martin Dichter (Hrsg.) Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. Bern (Huber) 2013, S.99-111

Batholomeyczik, Sabine (2019). Über die Anfänge der DGP: Die Gründung des Deutschen Vereins zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung (DVP) vor 30 Jahren. Pflege & Gesellschaft, 24, 1, S.5-18

Bartholomeyczik, Sabine et al. (2019). Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards. Pflege & Gesellschaft, 24, 2, S.122-138

Beine, Karl H. / Turczynski, Jeanne (2017). Tatort Krankenhaus, München (Droemer)

Bischoff, Claudia (1994). Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 2.Aufl. Frankfurt/New York (Campus)

Bonillo, Marion et al. (2013). Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention. Stuttgart (Kohlhammer)

Friesacher, Heiner (2008). Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, Göttingen (V&R unipress)

Geust, Brigitta (1991). Die Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Pflege. Die Schwester/Der Pfleger, 30, 5, S.398ff.

Henke, Inge (2002). Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege. Stefan Görres et al. (Hrsg.). Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung in Bremen“ im Diskurs – wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Lage (Jacobs) 2002, S.45-55

Höhmann, Ulrike et al. (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. Klaus Jacobs et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart (Schattauer) 2016, S.71-89

Jong, Anneke de (1999). Wie kommt theoretisches Wissen in die Pflegepraxis? Veronika Koch (Hrsg.). Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Bern (Huber), S.69-78

Klie, Thomas (2014). Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München (Pattloch)

Mayer, Hanna (2011). Die Problematik praxisorientierter Forschung und forschungsorientierter Praxis. Silvia Käppeli (Hrsg.). Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Bern (Huber) 2011, S.149-163

Mayer, Hanna (2019). Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 24, 2, S.110-122

Osterbrink, Jürgen / Andratsch, Franziska (2015). Gewalt in der Pflege, München (Beck)

Panke-Kochinke, Birgit (2000). Fachdidaktik der Berufskunde Pflege. Bern (Huber)

Remmers, Hartmut (2016). Eine Einordnung der Pflegewissenschaft in die Scientific Community. Hermann Brandenburg et al (Hrsg.). Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft, Bern (Hogrefe) 2016, S.35-43

Sahmel, Karl-Heinz (2015). Lehrbuch Kritische Pflegepädagogik. Bern (Hogrefe)

Sahmel, Karl-Heinz ((2018). Pflegenotstand – ist das Ende der Menschlichkeit erreicht? Pflegezeitschrift, 71, 6, S.18- 20

Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.) (2019). Die Praktische Pflegeausbildung auf dem Prüfstand. Herausforderungen und Perspektiven. Stuttgart (Kohlhammer) (im Druck)

Schnell, Martin W. / Dunger, Christine (2019). Zur Bedeutung der Pflegetheoriebildung aus phänomenologisch-hermeneutischer Sicht. Pflege & Gesellschaft, 24, 2, S.101-11ß

Schroeter, Klaus R. (2019). Die Pflege und ihre Wissenschaft(en) – im Spagat zwischen Professionalisierung und disziplinübergreifender Wissenschaftspraxis. Pflege & Gesellschaft, 24, 1, S.18- 31

Stemmer, Renate (2016). Stand der Pflegewissenschaft in Deutschland. Hermann Brandenburg et al (Hrsg.). Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft, Bern (Hogrefe) 2016, S.27-34

Autor

Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel
Apl. Professor an der UMIT/Department Pflegewissenschaft
Kontakt: karl-heinz.sahmel@t-online. de

Neue Webseite: www.pflegepädagogik-sahmel.de

(C) UMIT

Was Sie schon immer über das klinische Assessment wissen wollten…

Das klinische Assessment durch gehobene Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beinhaltet das systematische Erheben und Interpretieren klinischer Informationen durch Anamnese und körperliche Untersuchungen. Die erhobenen subjektiven und objektiven Befunde im klinischen Assessment bilden die Basis für eine Einschätzung der Patient/inn/en, Bewohner/innen bwz. Klient/inn/en. Aus der Zusammensetzung aller erhobenen Informationen werden pflegerelevante Schwerpunkte abgeleitet und priorisiert, um gemäß des Pflegeprozesses systematisch zu dokumentieren und zu handeln. Die Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, welche im klinischen Assessment geschult sind, können konkretere Angaben zu ihren Einschätzungen formulieren, was ebenso die weiteren Entscheidungen von multiprofessionellen Berufsgruppen erleichtert.

Die Ermittlung des Körperzustandes und das Erkennen von psychischen und physiologischen Zustandsveränderungen spielten bereits in den 90iger Jahren bei Benner eine wesentliche Rolle im Pflegealltag. Aufgrund der Spezialisierung in der Pflege bilden Assessmentfertigkeiten heute umso mehr die Grundlage für fachgerechte Interpretation von patientenbezogenen Daten und befähigen deshalb Pflegepersonen, wesentliche Herausforderungen kompetenter zu gestalten. Zu den Fertigkeiten zählen neben der Anamnese die Methoden der körperlichen Untersuchung - diese umfassen Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation. In klinischem Assessment geschulte Pflegepersonen können bei gesundheitlichen Veränderungen von Patient/inn/en, Bewohner/innen bzw. Klient/inn/en konkreter nachfragen und zielgerechter untersuchen, Maßnahmen schneller einleiten und die Beurteilungen anderen Gesundheitsberufsgruppen kompetent rapportieren. Somit können einerseits ein umfassendes Bild der jeweiligen Patient/inn/ensituation vermittelt, andererseits die Prozessabläufe in den unterschiedlichen Gesundheitssettings optimiert werden. Dies führt unter anderem zu einer erhöhten Patient/inn/en-, Bewohner/innen- bzw. Klient/inn/ensicherheit und -zufriedenheit.

Pflegende mit differenzierten Kenntnissen der körperlichen Untersuchung beeinflussen maßgeblich Entscheidungen in der Pflege. Allerdings sind theoretisches Wissen und praktische Fähigkeiten eine Voraussetzung für eine fachgerechte und korrekte Anwendung. Eine substantielle Herausforderung für Hochschulen und Studierenden der Pflege ist die pädagogische Vermittlung der speziellen Inhalte. Diesen Herausforderungen stellt sich das Team des Departments für Pflegewissenschaft und

Gerontologie an der UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol, seit nun zwei Jahren. Neben der Implementierung eines Moduls Clinical Assessment im Rahmen des Masterstudiums Advanced Nursing Practice, bietet das Department einen Zertifikatslehrgang in Clinical Assessment als Basis- und Aufbaukurs an.

JETZT ANMELDEN!

Zertifikatslehrgang Clinical Assessment

Das Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie bietet mehrmals jährlich Basis- sowie Aufbaukurse in Clinical Assessment an. In den Zertifikatslehrgängen, die in Kooperation mit der FHS St. Gallen durchgeführt werden, werden Theorien und Praxis des klinischen Assessments vermittelt.

In diesen praxisorientierten Fortbildungen erwerben die Teilnehmer/innen wichtige Kompetenzen für die diagnostische Pflegeintervention und können nach Abschluss der Fortbildung sowohl im Pflegeprozess relevante Daten von Bewohner/inne/n, Klient/inne/n bzw. Patient/inne/n systematisch erfassen als auch entsprechend interpretieren und kommunizieren.

In 2 x 2 Präsenztagen inkl. Vor- und Nachbereitungsphasen erlernen die Teilnehmer/innen das systematische Erheben einer Anamnese und die körperliche Untersuchung sowie die daraus resultierende klinische Einschätzung der Patient/inn/en. Ein besonderer Fokus wird dabei auf die Anwendungsmöglichkeiten im Berufsalltag gelegt. „*Durch die Abwechslung von theoretischem Input und praktischen Übungen werden die Inhalte optimal vermittelt. Man hat sofort Lust, die neuen Handgriffe in der Praxis auszuprobieren*," war der einhellige Tenor der Kursteilnehmer.

ZLG Clinical Assessment Basiskurs

24.-25.Mai & 13.-14.Juni 2019, UMIT, Hall in Tirol (Restplätze frei!)

07-08.Jänner & 29.-30.Jänner 2020, Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Wien

31.Jänner-01.Februar & 21.-22. Februar 2020, UMIT, Hall in Tirol

25.-26.Mai & 29.-30.Juni 2020, Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Wien

04.-05.September & 09.-10. Oktober 2020, UMIT, Hall in Tirol

ZLG Clinical Assessment Aufbaukurs

05.-06.September & 11.-12. Oktober 2019, UMIT, Hall in Tirol

22.-23.Mai & 19.-20.Juni 2020, UMIT, Hall in Tirol

13.-14.November 18.-19.Dezember 2020, UMIT, Hall in Tirol

Weiterführende Informationen und das Anmeldeformular des Zertifikatslehrgangs finden Sie unter www.umit.at/ca

Ermäßigungen für ÖGKV-Mitglieder, UMIT-Student/inn/en und -Absolvent/inn/en sowie Gruppenrabatte ab 3 Personen werden angeboten.

Autorin

Schumacher Petra
BScN, MScN, diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Master- & Bachelor-Studium der Pflegewissenschaft an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol. Derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dissertantin im Doktoratsstudium Pflegewissenschaft, sowie stellvertretende Organisatorin der Master-Studiengänge am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT, petra.schumacher@umit.at

Autor

Müller Gerhard
Assoc.-Prof., Mag., Dr. phil., MSc, diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegewissenschafter, Studium der Pflegewissenschaft, Promotion und Habilitand an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol. Derzeit interimistischer Leiter des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie und Leiter des Masterstudiums an der UMIT, gerhard.mueller@umit.at

Studieren in Tirol Studenten- und Studentinnen-TIPP

Beim Studieren ist man stets mit einer großen Menge an neuen Inhalten und Eindrücken konfrontiert, die das Gehirn erstmal verarbeiten muss. Umso wichtiger ist es, einen Studiumsort zu wählen, der für die eigene Person genau richtig ist. Doch auch die Umgebung und der Wohnort beim Studieren ist für einen erfolgreichen Abschluss förderlich.

Dass Tirol mit seiner Natur und Berge verzaubert, ist unabstreitbar. Diesen Ausgleich findet man gerade in Hall/Tirol und kann ihn als eine Energietankstelle für die Herausforderungen im Studium nutzen. Natur und Kulinarik als Ladestation für Körper und Geist.

Ein besonderer Studientipp ist hierbei das Gasthaus Ebner, welches durch seine familiäre Art Studierenden und Vortragenden als zweites Zuhause dient. Hier treffen sich Professoren und Professorinnen, Gastdozenten und Gastdozentinnen und Studierende zu einem entspannten Tagesausklang in einer einzigartigen Atmosphäre.

Gasthof Ebner
Karl Zanger-Straße 17,
6067 Absam
Tel.: +43 (0) 5223 579233

Dieser charmante Gasthof mit Zimmern ist 1,6 km vom Bahnhof Hall in Tirol Kurhaus und 12 km sowohl von Schloss Ambras als auch von den Swarovski Kristallwelten entfernt. Dieser Gasthof mit traditioneller Tiroler Küche serviert ein kostenloses Frühstücksbuffet für Hotelgäste. Es gibt eine Brennerei und eine Brauerei und es werden Verkostungen angeboten. Haustiere sind willkommen.

Unsere Redaktion hat die Studienjahre dort genoßen und möchte sich hiermit bei der wunderbaren Gastgeberfamilie bedanken.

Auch wenn sie nicht in Hall/Tirol studieren. Der Gasthof Ebner ist auf jeden Fall einen Ausflug oder eine Reise wert!

FROM PIONEERS TO LEADERS

Erfolgreich gestartet: Erster konsekutiver Masterstudiengang für Hebammen und MTDs

Gesunde Mischung von praxisbezogener Lehre, beruflichem Know-how & angewandter Forschung

Doktorabler Master

Im Herbst 2018 startete erstmals in Österreich an der IMC FH Krems der berufsbegleitende Masterstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften".

Dieses neue Studienangebot richtet sich an Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Hebammen und der medizinisch-technischen Dienste. Es stehen auch dieses Jahr wieder 25 Studienplätze zur Verfügung, die durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) finanziert werden. Zielgruppen sind nicht nur Bachelor-Absolventinnen und -absolventen der oben genannten Berufe, sondern auch **ehemalige Studierende der „früheren" Hebammen und MTD-Akademien.** Mit dem neuen Masterstudium wurde erstmals für diese Berufsgruppen die gläserne Decke für ein darauf aufbauendes Doktorratsstudium durchstoßen.

Praxisprojekte stehen im Fokus

„Studierende konzipieren ein Praxisprojekt aus dem eigenen Berufsumfeld mit dem Ziel das eigene praktische Handeln wissenschaftlich fundiert weiterzuentwickeln", betont die Studiengangsleiterin, Prof. (FH) Mona Dür, PhD.

Pioniere, wie wir: Studierende verändern Realitäten in ihrem Berufsalltag

„Das Besondere an diesem Studiengang ist, dass wir durch den direkten Theorie-Praxis-Transfer Pionierarbeit in unseren Berufsfeldern leisten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird stringent gefördert und praktiziert," tönt es aus den Reihen der Studierenden. Diese ziehen ein sehr positives Resümee nach dem ersten Studienjahr: Die Studierenden organisieren bereits jetzt die ersten multiprofessionellen Veranstaltungen für den österreichischen Gesundheitssektor.

AUF EINEN BLICK!

Masterstudium: Angewandte Gesundheitswissenschaften

- **Zugangsvoraussetzungen:** Der Masterstudiengang richtet sich an Absolventinnen und Absolventen der Hebammen, MTD-Ausbildungen (ehemalige Akademien), sowie an Bachelor-Absolventinnen und Absolventen der oben genannten FH-Studiengänge. Weitere Zugangsvoraussetzungen unter: www.fh-krems.ac.at
- **Dauer:** 2 Jahre (120 ECTS)
- **Organisationsform:** berufsbegleitend
- **Abschluss:** Master of Science in Health Studies (MSc)
- **Studienbeitrag:** 363,36 Euro + ÖH Beitrag/Semester (für EU und EWR Staatsbürger/innen)

Demenz:
Geschichte - Gegenwart - Zukunft

Geschichte des Vergessens

Inzwischen ist es fast 120 Jahre her, dass der Psychiater Alois Alzheimer, damals noch Assistenzarzt an der sog. „Städtischen Heilanstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt, Auguste Deter fragte: „Wie heißen Sie?“ — „Auguste.“ — „Familienname?“ — „Auguste.“ — „Wie heißt Ihr Mann?“ — „Auguste.“ Dieser Dialog aus dem Jahre 1901 sollte später in die Medizingeschichte eingehen. Doch als Alois Alzheimer nach dem Tod von Auguste Deter die Ergebnisse seiner histopathologischen Untersuchungen als einen „eigenartigen, schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde“ auf der 37. Tagung der „Südwestdeutschen Irrenärzte“ (3. November 1906) vorstellte, gab es nicht einmal eine Diskussion darüber. Zwar wurde die bis dahin unbekannte präsenile Hirnatrophie einige Jahre später von Emil Kraepelin in seinem „Lehrbuch der Psychiatrie“ (1910) als „Alzheimersche Erkrankung“ benannt. In Vergessenheit geriet die sogenannte „Krankheit des Vergessens“, die Demenz vom Alzheimer-Typ, trotzdem.[1]

Noch im Jahr 1970 waren in der Datenbank Pubmed der National Institutes of Health lediglich 13 Publikationen zur Alzheimer-Demenz zu finden und bis in die 1980er Jahre hinein wurde das Demenzsyndrom in Lehrbüchern nur kurz abgehandelt. Die Demenz blieb lange Zeit ein Randthema der Psychiatrie, wie auch der Neurologie. Erst Ende der 1980er Jahre kam es zu einem Umdenken. Dazu beigetragen hat sicherlich das tragische Schicksal der Hollywood-Ikone Rita Hayworth, die in den USA zum „öffentlichen Gesicht der Alzheimer-Krankheit“ wurde. Erste Symptome zeigten sich bereits 1971. Doch diese führte man fälschlicherweise auf chronischen Alkoholmissbrauch zurück und erst zehn Jahre später wurde die Diagnose Demenz vom Alzheimer-Typ gestellt. Ihre Tochter Yasmin Aga Khan, die Rita Hayworth bis zum Tod im Mai 1987 pflegte, rief gemeinsam mit dem damaligen US-Präsidenten Ronald Reagan im Jahr 1982 die erste „National Alzheimer’s Disease Awareness Week“ in den USA aus.[2] Ronald Reagan wurde später selbst zum Betroffenen und wandte sich 1994 mit ungewohnt offenen Worten an die US-amerikanische Bevölkerung: „Ich beginne nun die Reise, die mich zum Sonnenuntergang meines Lebens führt, in der Gewissheit, dass über Amerika immer wieder ein strahlender Morgen heraufdämmern wird.“ Dies war ein enorm wichtiges Outing für die Alzheimer- bzw. Demenzforschung.[3]

Gegenwart des Stigmas

Heute gilt die Demenz als eine der wichtigsten globalen Versorgungsherausforderungen unserer alternden Gesellschaften. Weltweit sind derzeit zwischen 50 und 60 Millionen Menschen betroffen. Nicht zuletzt aufgrund unserer weiter ansteigenden Lebenserwartung bis zum Jahr 2040 rechnet man für das Jahr 2040 mit knapp 100 Millionen Betroffenen. Laut WHO-Prognose werden Demenzerkrankungen, insbesondere die Alzheimer-Demenz, bereits 2030 an dritter Stelle der sog. Krankheitslast stehen.[4]

Trotzdem hält sich das öffentliche Bewusstsein für Demenz leider weiterhin in Grenzen. Die rezente Studie „Was weiß und denkt die deutsche Bevölkerung über Demenz“[5] zeigt, dass die Mehrheit nicht weiß, was Demenz überhaupt ist. 80% der Befragten verspüren zwar Mitleid gegenüber den Betroffenen, aber 25-50% auch Angst, Verunsicherung und Unbehaglichkeit. 99% sehen im Zusammenleben mit den Betroffenen eine hohe Belastung. Dieses Ergebnis überrascht nicht, bedeutet Demenz nach seinem lateinischen Ursprung „de mens“ doch so viel wie „ohne Geist“ bzw. „ohne Verstand“ sein — also genau das, wovor wir uns laut einer internationalen Studie am meisten fürchten, wenn es um das Älterwerden geht.[6] Auch das Sozialbarometer der Volkshilfe zum Thema Demenz (2018) hat ergeben, dass die Diagnose Demenz zu sozialem Ausschluss und Diskriminierung führt. 74% der Befragten sind überzeugt, dass Demenz-Erkrankte und ihre Angehörigen bereits aufgrund ihrer Diagnose soziale Kontakte verlieren und vom öffentlichen Leben ausgeschlossen werden. 48% gaben an, dass sie die Diagnose Demenz so lange als möglich geheim halten würden, wenn sie persönlich betroffen wären.[7]

Demenz ist nach wie vor eine „verrufene Krankheit“ und deshalb nicht nur menschliches Schicksal, sondern auch soziales Schicksal. Asmus Finzens „Stigma als zweite Krankheit“ gilt insbesondere für die Demenz — ebenso wie Heinz Katschnigs (1989) abgewandelte Feststellung zur Schizophrenie: „Jeder weiß, welchen Schrecken die bloße Erwähnung des Wortes Demenz hervorruft. Er hat gelernt, es nur vorsichtig oder überhaupt nicht zu verwenden. Offenbar hat der Begriff ein Eigenleben entwickelt, das der heutigen Realität der Krankheit in keiner Weise entspricht““.[8] Wie Arno Geiger trefflich bemerkt: „Das ist Demenz. Oder besser gesagt: Das ist das Leben — der Stoff, aus dem das Leben gemacht ist. Alzheimer ist eine Krankheit, die, wie jeder bedeutende Gegenstand, auch Aussagen über anderes als nur über sich selbst macht. Menschliche Eigenschaften und gesellschaftliche Befindlichkeiten spiegeln sich in dieser Krankheit wie in einem Vergrößerungsglas.“[9] Vorurteile und Stigmatisierung sind die größten Hindernisse für eine erfolgreiche Behandlung. Als Folge werden dementielle Symptome erst viel zu spät erkannt und die Betroffenen wie auch ihre Angehörigen suchen bzw. finden und bekommen meist erst viel zu spät angemessene Hilfe.

Zukunft der Versorgung

Die Zukunft einer bedarfsgerechten Versorgung basiert auf einer frühen Diagnose und Behandlung (auch rechtzeitige Information, Beratung, Betreuung), einer mobilen medizinischen Versorgung, der Vernetzung sämtlicher HandlungspartnerInnen, einer adäquaten Pflegegeldeinstufung, neuen Wohnformen sowie auf dem Abbau von bürokratischen Hürden — und von Vorurteilen. Denn Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

leiden nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern auch unter der gesellschaftlichen Reaktion auf ihre Erkrankung. Und da die Demenzerkrankung nicht nur die PatientInnen selbst betrifft, sondern in hohem Maße auch deren Angehörige und Betreuende, ist für die Behandlung bzw. Betreuung und Begleitung ein umfassendes therapeutisches Konzept erforderlich.[10]

Insgesamt braucht es eine Versorgung dort, wo Demenzerkrankungen stattfinden: mitten in der Gesellschaft, und zwar gemäß dem sozialpsychiatrischen Achsenmodell auf den „6 Achsen des Lebens“ (nach Kalousek, Psota & Sepandj): (1) Medizinische Versorgung (Psyche & Körper), (2) Wohnen, (3) Tagstruktur, (4) Angehörige, (5) Professionelle Helfer, (6) Ethische, rechtliche, finanzielle Aspekte.[11]

(ad 1) Die Versorgung auf der ersten Achse, d.h. des psychischen und somatischen Zustandsbildes der Demenz-Erkrankten, beinhaltet eine sorgfältige Diagnostik (einschließlich Differentialdiagnostik), die Behandlung von somatischen Erkrankungen, eine bedarfsgerechte Gesamtmedikation und schließlich die Behandlung der Demenz und der assoziierten Störungen des Erlebens, Befindens und Verhaltens (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia; kurz: BPSD). Denn die Leitsymptome der Demenz betreffen nicht nur den kognitiven Bereich (Abbau der Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit und Orientierung, Sprache sowie des Denkvermögens), sondern umfassen auch psychische Symptome (Störungen des Affekts (Euphorie, Depression, Angst), Schlaflosigkeit, Wahnvorstellungen, Misstrauen, Halluzinationen, Miss-Identifikationen) sowie verhaltensbezogene Symptome (Apathie, Aggression, Unruhe, Agitation, Enthemmung). Diese nicht-kognitiven Symptome sind sehr häufig und werden von den Angehörigen und Betreuenden, aber auch von den Betroffenen selbst, als besonders belastend empfunden. Nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten bzw. psychosoziale Interventionen sind — neben der medikamentösen Behandlung — in allen Demenzstadien wichtige Bestandteile der Behandlung.

(ad 2) 80% aller Demenz-Erkrankten leben im außer-stationären Bereich; vier von fünf leben sogar zu Hause. Das Verbleiben in der eigenen Wohnung schafft nicht nur Sicherheit und Kontinuität, sondern ist auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive ressourcenschonender. Die Versorgung auf der zweiten Achse „Wohnen“ erfordert deshalb demenzgerechte Wohngemeinschaften, ebenso wie demenzgerechte Stationen in Pflegeheimen. Ein „Leben mit Demenz“ zu Hause erfordert eine entsprechende medizinische Versorgung, insbesondere durch mobile medizinische Angebote.

(ad 3) Ein Leben mit Demenz ist in besonderem Maße auf eine kontinuierliche Tagesstruktur angewiesen, die mit Inhalt gefüllt sein sollte. Die Versorgung auf der dritten Achse „Tagesstruktur/ Inhalt“ umfasst deshalb die Strukturierung des Tagesablaufes sowie die Strukturierung von Betreuungseinheiten. Es gilt, differenzierte Angebote in Tageseinrichtungen für einen differenzierten Bedarf zu schaffen. Zentral ist hier auch die zeitliche und personelle Kontinuität.

(ad 4) Entscheidend ist auch die Unterstützung der Angehörigen — die vierte Achse der Versorgung von Demenz-Erkrankten, in der realen Versorgung ist dies sogar eher die erste Achse. Denn die Mehrheit der Betroffenen wird von ihren Angehörigen betreut und gepflegt. Dabei sind zwei von drei

(C) Photographee.eu

betreuenden Angehörigen bereits über 60 Jahre alt. Zusätzlich zu der oft hohen emotionalen und teils auch körperlichen Anstrengung leisten diese Hilfe und Unterstützung für Demenz-PatientInnen, die sich selbst nur selten als hilfsbedürftig erleben. Außerdem werden die krankheitsassoziierten Verhaltensveränderungen als große Belastung empfunden. Angehörigenberatung ebenso wie Selbsthilfegruppen sind integraler Bestandteil einer funktionierenden Versorgung. Es geht um Information, Beratung, Betreuung (psychiatrisch, psychotherapeutisch) sowie Case Management und Vernetzung. Die Vermittlung krankheitsbezogenen Wissens, Erarbeitung praktischer Problemlösungen (insb. bei Verhaltensstörungen), Anleitung in finanziellen/rechtlichen Fragen sowie entlastende Interventionen und Verringerung der Belastung durch Pflegeplanung, Fallmanagement, ambulante Helfer verbessern das Wohlbefinden, die Stimmung und das Belastungserleben der Angehörigen.

(ad 5) Ähnliches gilt für die Versorgung auf der fünften Achse „Professionelle HelferInnen“. Für die Betreuung und Pflege von Demenz-Erkrankten brauchen diese Information, Ausbildung, Beratung, Case Management und Vernetzung sowie teilweise auch Supervision.

(ad 6) Das erweiterte sozialpsychiatrische Achsenmodell berücksichtigt auch die rechtlichen und ethischen Aspekte der Versorgung von Demenz-Erkrankten. Diese umfassen eine allfällige Erwachsenenvertretung, eine faire Beurteilung des Pflegegeldbedarfs und den Abbau von bürokratischen Erschwernissen und Hindernissen, die letztlich nur zu Therapieabbrüchen und erhöhten Kosten führen. Die ethischen Aspekte beziehen sich auf den Umgang und die Kommunikation in der Versorgung von Demenz-Erkrankten. Die Grundsätze lauten hier: Wertschätzung, Respekt, Achtsamkeit und Flexibilität, und zwar im Denken und Handeln.

Insgesamt gilt: Bei entsprechend umsichtiger Behandlung bzw. Betreuung können die Betroffenen und ihre Angehörigen über viele Jahre ein würdevolles Leben führen, trotz der unaufhaltsamen Reise ins Vergessen. Entscheidend ist die Würde von erkrankten Menschen. Immer und überall.

[1] Maurer K, Ihl R, Frölich L (1993). Alzheimer: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Berlin: Springer; Dobel S (2014). Alzheimers 150. Geburtstag: Der Mann, der das Vergessen entdeckte. Ärzte Zeitung (14.6.2014).

[2] Lerner BH (2006). When Illness Goes Public: Celebrity Patients and How We Look at Medicine. Baltimore: Johns Hopkins University Press; Meißner T (2019). Der prominente Patient: Krankheiten berühmter Persönlichkeiten. Berlin: Springer (siehe Kapitel: „Rita Hayworth: Ihr Gehirn verwirrte die Ärzte“, 83-5)

[3] Psota G & Horowitz M (2016). Das weite Land der Seele: Über die Psyche in einer verrückten Welt. Wien: Residenz Verlag, S. 35.

[4] Wancata J et al (2015). Hochrechnungen über die zukünftige Zahl Demenzkranker: Zu wenig Berücksichtigung weiter steigender Lebenserwartung? Psychiatria Danubia 27:452-57; Psota & Horowitz (2016).

[5] Knesebeck O et al (2014). Emotional reaction toward people with dementia: population survey in Germany. International Psychogeriatrics 26:435-441.

[6] GfK (2007). Turning losses into gains (International survey: Views on Aging and Fears of Old Age). New York: GfK Roper Consulting.

[7] Volkshilfe (2018). Sozialbarometer Demenz. Wien.

[8] Finzen A & Schomerus G (2014). Stigma Demenz und die Folgen: Über Risiken und Nebenwirkungen psychiatrischer Diagnosen. Psychiatrische Praxis 41:394-6.

[9] Geiger A (2010). Der alte König in seinem Exil. München: Hanser Verlag, S. 57.

[10] DGPPN & DGN (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Berlin: Springer.

[11] Psota G (2015). Sozialpsychiatrische Aspekte der Demenz. Psychiatria Danubina, 27: 432-38.

Autor

Chefarzt Dr. Georg Psota

Dr. Georg Psota, Chefarzt der Psychosozialen Dienste in Wien, ist Vorsitzender von pro mente Wien, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und biologische Psychiatrie (ÖGPB) sowie Ordentliches Mitglied im Landessanitätsrat Wien und Mitglied des Beirates für psychische Gesundheit. Er ist Autor von Das weite Land der Seele: Über die Psyche in einer verrückten Welt (2016), Angst: Erkennen, Verstehen, Überwinden (2018) sowie zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen.

(C) Mangostar

Selbstbestimmung und unterstützende Sorge als fachlich ethisch leitende Maßstäbe der Kommunikation im Kontext ambulant psychiatrischer Krisenversorgung

Menschen erleben im Laufe ihres Lebens unterschiedliche Ausprägungen von psychischen Belastungen bis hin zu seelischen Krisensituationen. Seelische Krisen zeichnen sich dadurch aus, dass die eigenen, zur Verfügung stehenden und gewohnten Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen, Überforderung und Ausweglosigkeit überhandnehmen und sich bis zum psychischen Notfall zuspitzen können. Unter Berücksichtigung vorliegender Studien, wie der Münchner Krisenstudie im Jahre 2003, benötigen pro Jahr 900 von 100.000 Menschen sofortige professionelle Unterstützung wegen psychischer Krisen. Experten gehen davon aus, dass es eine hohe, bis dato unklare Dunkelziffer gibt, denn Studien erfassen nur die Fälle, die Hilfe suchen.

Erhebliche Risiken für den einzelnen Menschen in seelischen Krisensituationen können durch falsche oder nicht bewältigbare Lösungsansätze, der Krise zu begegnen entstehen: So kann die unbewältigte Krise in Suchtverhalten oder länger dauernden körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen münden. Besonders hervorzuheben ist der nicht selten entstehenden Todeswunsch betroffener Menschen in Krisensituationen. Laut der o.g. Münchner Krisenstudie liegt die Zahl derer bei 13,2 %, die sich zu konkreten Suizidgedanken weiterentwickeln und Suizidversuche nach sich ziehen.

Schleuning und Menzel schreiben: „Krisen, egal in welchem Bereich des Lebens, sind immer kritische Höhepunkte eines problematischen Geschehens. Sie treten auf, wenn das Missverhältnis zwischen Spannungen und Belastungen einerseits, Lösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten andererseits einen Gipfel erreicht hat, an dem nichts mehr geht. Das bisherige Repertoire zur Lösung eines Konfliktes oder Spannungsverhältnisses ist erschöpft und greift nicht mehr … An Stelle überlegten, erprobten, reifen Handelns treten Aktionen, die aus dem Rahmen des Gewohnten fallen und häufig mit schädigendem Verhalten einhergehen“ (Schleuning & Menzel, 2019, S. 60).

Diese Erklärung macht deutlich, dass in krisenhaften Situationen etwas aus der Balance geraten ist. Die betroffenen Menschen haben keine eigenen Möglichkeiten mehr, mit den Emotionen und etwaigen Reaktionen zurechtzukommen. In dem Moment, in dem ihnen dies bewusst wird, neigen sie zu Kurzschlussreaktionen oder suchen sich Hilfe – etwa beim psychiatrischen Krisentelefon.

Für die betroffenen Menschen ist es entscheidend, mit welchem Verständnis von Krise die Menschen, die als Gesprächspartner(innen) am Telefon zur Verfügung stehen, ihre Unterstützung anbieten. Alle Krisen haben nach Schleuning und Menzel gemeinsame Merkmale. Das Erkennen dieser Merkmale helfe, das im Einzelfall chaotisch und unüberschaubar wirkende Geschehen zu erfassen und zu beschreiben (Ebd., S. 61). Krisen sei gemeinsam, „dass sie ein dynamisches Geschehen sind, welches beeinflussbar ist“ (Ebd., S. 61).

Krisen erstreckten sich in der Regel über einen überschaubaren, absehbaren Zeitraum, hätten ein Anfang und ein Ende (Ebd., S. 61). Der Krise liegen meist ein klar benennbarer Auslöser zu Grunde (Ebd., S. 61). Der Auslöser sei ein unangenehm erlebtes Ereignis oder eine länger anhaltende schwierige Entwicklung, die zu einer Überforderung führt (Ebd., S. 61).

Wer mit diesem Grundverständnis in die Beziehungsarbeit mit den Betroffenen einsteigt, dem fällt es grundsätzlich schon einmal leichter, Krisenbegleitung zu gewährleisten. Krise wird als ein punktuelles Ereignis wahrgenommen, der betroffene Mensch wird nicht als personifizierte Dauerkrise betrachtet. Für den betroffenen Menschen ist es in diesem Moment darüber hinaus wichtig, in einem Gegenüber ein offenes Ohr zu finden. Sinn macht es, einem Menschen in einer Krise Fertigkeiten und Tools an die Hand zu geben, mit denen das subjektiv empfundene Leiden möglichst in Eigenverantwortung oder auch mit einem Minimum an Unterstützung vermindert werden kann.

Um Menschen in seelischen Krisen ein niederschwelliges Versorgungsangebot bereitstellen zu können, wurden verschiedene Versorgungsansätze im Laufe der vergangenen Jahre national und international erprobt. In Bayern gibt es seit 2002 einen Krisendienst für den Bezirk Mittelfranken und seit 2007 den Krisendienst Psychiatrie München welcher seit 2015 die gestufte Ausweitung des Angebots auf ganz Oberbayern umgesetzt hat. Auf Basis der Erkenntnisse der beiden genannten Krisendienste hat der Freistaat Bayern im Rahmen der Entwicklung des Psychiatrie-Kranken- und Hilfegesetzes (BayPsychKHG) die Etablierung eines bayernweit tätigen Krisendienstes beschlossen und im Gesetz verankert. Das oberbayerische Modell des Krisendienst Psychiatrie Oberbayern soll hierzu Pate sein.

Einbettung der Krisenversorgung im Versorgungssystem und die Bedeutung von Kommunikation

Der Krisendienst Psychiatrie ist eingebettet in die psychiatrische Regelversorgung. Somit tätig im Kontext der Psychiatrie. Der Begriff Psychiatrie leitet sich vom griechischen Wort „Psyche“ ab und bedeutet „Seele“. Eine erfolgreiche Behandlung psychischer Störungen besteht in der Regel aus dem Zusammenwirken verschiedener geeigneter Therapien. Einen wichtigen Anteil daran haben Gespräche – die Psychiatrie gilt damit als sprechende Disziplin.

Die Bedeutung von Sprache bzw. der Möglichkeit der Kommunikation zwischen Betroffenen (Nutzer) und Fachpersonal des Krisendienstes ist besonders hervorzuheben. Der Artikel beleuchtet ethisch, fachliche Grundlagen von Kommunikation welche als unverzichtbare Gütekriterien für ein gutes Gelingen aktiver Krisenversorgung/-bewältigung im Rahmen des ambulanten Krisendienstes wesentlich beitragen. Dabei gehen die Autoren davon aus, dass psychiatrische Krisenintervention im Besonderen auf der Befähigung zur direkten Kommunikation zwischen Krisenhelfer und dem Hilfesuchenden beruht.

Welche Kommunikationsbarrieren zeigen sich in der Praxis

Seit Inbetriebnahme des Krisendienstes Psychiatrie Oberbayern zeigen sich Problemfelder und unterschiedlichste Barrieren, wel-

che das angestrebte qualitative Niveau der niederschwelligen Hilfe erschweren. Blicken wir zuerst einmal auf den Begriff der Barriere bei seelischen Erkrankungen und verdeutlichen diesen, anhand von Überlegungen, die der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker im Jahre 2017 aufgestellt hat (Überlegungen zu einer Checkliste für den Personenkreis mit seelischer Behinderung im Sinne des §2 Sozialgesetzbuch). Der Angehörigenverband macht unter anderem auf die Reizüberflutung im privaten und öffentlichen Raum aufmerksam. Die Angehörigen ermahnen, sich zu vergegenwärtigen, mit welchen akustischen und visuellen Reizüberflutungen die betroffenen Menschen im Alltag kämpfen müssen und welche Wirkung diese besonders in angespannten Lebenssituationen oder Krisen haben können.

Es erscheint nachvollziehbar, wenn für den psychisch erkrankten Menschen viele Laute, Geräusche und Ansagen irritierend wirken können. Darüber hinaus auch Farben an den Wänden oder Leuchtbilder von Menschen fehlinterpretiert werden können, die Wahrnehmungsstörungen als Symptome haben. So erscheint es unverzichtbar, sich als Krisenhelfer zu vergegenwärtigen, dass die Barrieren bei psychisch erkrankten Menschen unsichtbar sein können und somit auch von den Helfenden nur schwerlich erkannt werden.

Wer das Bewusstsein dieser nicht sichtbaren Behinderungen hat, dem fällt es sicher leichter, in die Schuhe der Betroffenen zu schlüpfen. Dem psychisch angeschlagenen Menschen fällt es nicht leicht, den Krisendienst zu kontaktieren. Mit diesem Schritt überwindet er schon eine große Hürde. Im Angesicht der Krise macht es im Kontakt mit dem hilfesuchenden Menschen dann beispielsweise Sinn, selbst ruhig und in einer einfachen Sprache zu reden. Die ruhige und einfache Sprache ist eine erste Möglichkeit, mit Menschen mit Migrationserfahrung in Kontakt zu kommen, deren Seele aus der Balance geraten ist.

In dem Vortrag mit dem Titel „Vielfalt in der medizinischen Versorgung aus ethischer Sicht“ in Berlin (2017) beschreibt Ilhan Ilkilic Konfliktfelder im interkulturellen Kontext. Diese sind sprachliche Barrieren, die kulturelle Praxis sowie die moralische Diversität. Als Beispiele für sprachliche Barrieren werden: Verletzung der Intimsphäre der Patienten, die Schweigepflicht, die Authentizität des Gesprächs oder -semantische Schwierigkeiten aufgezeigt. Nachdem Psychiatrische Krisenintervention im Besonderen auf der Befähigung zur direkten Kommunikation zwischen Krisenhelfer und dem Hilfesuchenden beruht, sollte die Sicherstellung einer barrierefreien Kommunikation zentrales Anliegen der verantwortlichen Akteure sein.

Sorge

In der Stellungnahme „Hilfe durch Zwang?“ (2018) beschreibt der Deutsche Ethikrat sein Verständnis der professionellen Sorge wie folgt: „Professionelle Sorge soll einerseits selbstverständlich stets das Wohl der Sorgeempfänger befördern oder wenigstens erhalten und andererseits ihre Selbstbestimmung gerade auch dann achten, wenn ihre selbstbezogenen Entscheidungen für andere schwer oder gar nicht nachvollziehbar sind. In Spannung geraten diese gleichermaßen grundlegenden Ziele immer dann, wenn der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Sorgeadressaten verlangt, eine schwere Selbstgefährdung dieser Person in Kauf zu nehmen. Dies sind die Situationen, in denen infrage steht, ob die

(C) Gajus

Verletzung der Selbstbestimmung in der Form von Zwang wohltätig ist.“ (Deutscher Ethikrat, 2018, S.194)

In den Verwaltungsvorschriften (Entwurf, 2018) zum BayPsychKHG wird auf die besondere Stellung der Krisendienste verwiesen, indem diese präventiv seitens der Behörden hinzugezogen werden sollen, wenn zu klären ist, ob ein Mensch aufgrund einer psychischen Störung selbst- und/oder fremdgefährdend ist bzw. ob die Durchführung von Zwangsmaßnahmen (wie der gesetzlichen Unterbringung in einem Krankenhaus) angezeigt ist. Der Krisendienst soll durch geeignete Hilfe bei der Vermeidung einer gesetzlich angeordneten Unterbringung unterstützen.

Dabei sollen zu allererst die eingeleiteten Maßnahmen verhindern, dass ein Mensch mit psychischer Krankheit sich entweder selbst Schaden zufügt oder ihm durch die Ablehnung einer medizinischen Behandlung ein Schaden entsteht. Der Schutz der Allgemeinheit vor sozial herausforderndem oder bedrohlichem Verhalten psychisch erkrankter Menschen kann Thema des Krisendienstes sein, jedoch immer unter dem Aspekt präventiven Handelns und der Vermeidung von zwangsweiser Unterbringung.

Vulnerabilität

Menschen, die aufgrund ihrer Vulnerabilität auf Hilfe angewiesen sind, werden oft durch professionelle Sorgebeziehungen im Gesundheits- und Sozialwesen begleitet. Sorgehandlungen an Personen, deren Vulnerabilität das übliche Maß deutlich übersteigt, sind in ihrer gewöhnlichen Lebensführung erheblich eingeschränkt und in dieser Weise weniger als andere in der Lage, für ihre Interessen zu sorgen. Wesentlich für die Überwindung einer solchen Situation kann sein, dass sich die betroffene Person nicht allein gelassen fühlen.

Ziel kann sein, durch Gespräche oder andere Maßnahmen Belastungen zu mildern und neue Perspektiven zu erarbeiten. Die eigenen Ressourcen zu stärken und zu versuchen, die Situation der Krise zu erfassen und aufzuarbeiten. Bei der Bewältigung von psychiatrischen Krisensituationen kann es erforderlich sein, dass die ganze individuelle Lebensführung des einzelnen nicht mehr gewährleistet und dieser vollumfänglich auf Hilfe angewiesen ist.

Der Deutsche Ethikrat weist in seiner Stellungnahme „Hilfe durch Zwang“ darauf hin, dass besonders bei vulnerablen Personen darauf zu achten ist, dass diese nicht durch die Annahme von Hilfe Dritter oder durch das Erleben von nicht selbstbestimmten Handlungen mit einem Verlust des Selbstvertrauens und der Selbstachtung der Person einhergehen. Denn damit stünde die Erfahrung der eigenen Würde als Mensch auf dem Spiel (Deutscher Ethikrat, 2018, S. 50). Es gilt somit immer die persönliche Verantwortung des professionellen Akteurs in unmittelbarer Sorgebeziehung zu einem Adressaten verantwortungsvoll im Blick zu haben.

Die direkte Einbeziehung des Betroffenen wird seitens des Deutschen Ethikrat in seinen Grundsätzen und Empfehlungen der Stellungnahme „Hilfe durch Zwang?“ betont. Hier heißt es: „Der für den Betroffenen zu erwartende Nutzen der Zwangsmaßnahme muss die für ihn damit verbundenen Nachteile deutlich überwiegen. Dabei soll sowohl auf das zukünftige als auch auf das aktuelle Wohlergehen des Betroffenen abgestellt werden. Das erfordert nicht selten schwierige Beurteilungen und Abwägungen, in die maßgeblich die Perspektive der betroffenen Person einschließlich ihrer Ängste, Bedürfnisse und Wünsche im persönlichen Lebenszusammenhangeinbezogen werden muss“ (Deutscher Ethikrat, 2018, S. 231).

Eine wesentliche Bedingung hierzu ist die Möglichkeit der Kommunikation bzw. das Gespräch zwischen Behandler und Betroffenen. Dies gilt im Besonderen auch für die Personengruppen, die entweder der deutschen Sprache nicht fähig sind oder aufgrund des Vorliegens einer Behinderung nicht ohne Hilfsmittel kommunizieren können.

Fallbeispiel

Das exemplarische Fallbeispiel (aus der Praxis einer Krisendienstleitstelle) soll vor allem dem Optimierungsbedarf der Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Nutzern und Behandlern des Krisendienstes bei fremdsprachlicher Klientel, die sich in einer seelischen Krise oder Notlage befinden, veranschaulichen:

Eine telefonische Anfrage eines Bewohners einer Pension an einem Wochenende an die Krisendienstleitstelle: Er bitte um Mithilfe im Rahmen einer schwierigen Situation, wisse sich nicht zu helfen, es gehe um den Mitbewohner (KL) in der Pension; KL komme aus Syrien. KL mache schon seit Wochen einen schlechten Eindruck, esse wenig und sei nachts häufig „umtriebig“. Vor mehreren Monaten sei KL auch in einer psychiatrischen Klinik gewesen.

Nun habe der Anrufer bei einem gemeinsamen Essen in der Pension bei KL Schnittwunden an den Unterarmen entdeckt. Da KL neben seiner Landessprache nur sehr wenig Englisch spreche, welches der Anrufer aber nicht beherrsche, habe der Anrufer Landsleute des KL befragt, die Übersetzung zu übernehmen. Er bittet um Hilfe, er habe sehr große Angst, dass KL sich etwas antue. Seitens des Krisendienstes konnte eine telefonische Beratung des KL in englischer Sprache aufgrund Verständigungsprobleme nicht durchgeführt werden; auch der Zugriff auf englisch- oder deutsch sprechende Landsleute war über das Telefon nicht möglich. Ein Einsatz durch den Krisendienst, konnte aufgrund fehlender Zustimmung seitens KL auch nicht durchgeführt werden. Dem Anrufer (Mitbewohner von KL in der Pension) wurde empfohlen die Polizei zu informieren, damit diese prüfe, ob KL zur Abklärung einer bestehenden Suizidalität klinisch eingewiesen werden müsse oder die Polizei den Krisendienst vor Ort hinzuziehe. Eine Rückmeldung über dem weiteren Verlauf zu dem Fall liegt dem Krisendienst nicht vor.

Die Fallbeschreibung macht deutlich, dass der Krisendienst keine direkte Hilfe anbieten konnte. Einerseits wegen fehlender Sprachkompetenz und aufgrund fehlender Einwilligung zu einem Hausbesuch (wohl begründet durch fehlende Möglichkeit, im Gespräch ein entsprechendes Commitment herzustellen). Durch das Fehlen kommunikativer Hilfen wie Dolmetscher oder IT-gestützte Dolmetschersysteme konnte in dem aufgezeigten Fall der als

(C) 3D Generator

Aufgabe zugewiesen Auftrag der präventiven Krisenhilfe nicht erfüllt werden. Die auch zugewiesene Aufgabe der möglichen Einschätzung von akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung konnte weder telefonisch noch durch einen Hausbesuch vorgenommen werden. Dem Krisendienst war es nur möglich, auf die Polizei zu verweisen bzw. diese einzuschalten.

Patientenwohl als ethischer Maßstab der Kommunikation

Unter Patientenwohl wird verstanden: „Patientenwohl umfasst objektivierbare (medizinische Parameter, Zugänglichkeit der Leistung), subjektive (Behandlungszufriedenheit, Berücksichtigung subjektiver Präferenzen) und intersubjektive Dimensionen (wechselseitige Anerkennung, Respekt, Achtsamkeit). Sie stehen oft in einem Spannungsverhältnis.“ (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 37). Als die drei zentralen ethischen Kriterien werden darin benannt: selbstbestimmungsermöglichende Sorge, die Gewährleistung guter Behandlungsqualität und die Beachtung von Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit.

Selbstbestimmung

Selbstbestimmung zeigt verschiedene Aspekte auf. „Um von einer selbstbestimmten Entscheidung sprechen zu können, muss eine Person über Handlungsmöglichkeiten („anders können“) verfügen, unter denen sie aufgrund von Überlegungen („Gründe haben“) wählen kann. Ferner erfordert Selbstbestimmung das Bewusstsein der eigenen Urheberschaft („Ich bin es“), dass die Zurechenbarkeit einer gewählten Handlungsweise begründet“ (Ebd., S. 39).

Um dieses >Selbstbestimmt sein< ausüben zu können, die eigenen Entscheidungen treffen zu können, muss der einzelne die Gründe und Konsequenzen der Entscheidung verstehen. Dies stellt in der direkten Versorgungssituation hohe Anforderungen an die Behandler und die Patienten bzw. im Falle des Krisendienstes an die Nutzer dieses Dienstes. Zentrales Medium hierzu ist die Kommunikation und das gemeinsame Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Behandler und Nutzer, welche es ermöglicht, angst- und

schamfrei die Gründe für die vorliegende Krisensituation zu schildern, um mögliche Behandlungsbereitschaft zu erzeugen und Behandlungswege aufzuzeigen. Dies setzt, im besonderen Maße bei der Leitstelle des Krisendienstes, da es sich um ein telefonisches Angebot handelt, ein großes Maß an guter Kommunikation, Empathie und Aufmerksamkeit sowie Fachwissen und Erfahrung bei den Handelnden voraus.

Seelische Krisensituationen haben viele Facetten und zeigen sich in unterschiedlicher Ausprägung. Vom Beziehungskonflikt in einer Partnerschaft bis hin zur Bilanzierung eines ganzen Lebens mit dem Ziel, dieses zu beenden. Entsprechend zeigt sich die Notwendigkeit der Behandler, schnell und umfassend die jeweilige Situation zu erfassen, sich darauf einzustellen, im Kontakt mit dem Gegenüber (dem Nutzer) zu bleiben, damit in der gegebenen Beziehung, mit Hilfe der Kommunikation auch Hilfestellung ermöglicht wird. Aus ethischer Perspektive reicht es nicht aus, nur auf dem rechtlich gebotenen Respekt der Selbstbestimmung eines jeden zu bestehen und ihn an der Ausübung seiner Selbstbestimmung nicht zu hindern. Es ist ethisch vielmehr geboten, sich um die Selbstbestimmung eines jeden Patienten zu bemühen, diese zu fördern und herzustellen. Ohne die Möglichkeit geeigneter Kommunikation zwischen Nutzer und Behandler ist dies sowohl für das Team der Leitstelle Krisendienst als auch die aufsuchenden Teams nicht möglich.

Unterstützende Sorge

Nach Ansicht der Autoren kann unter zugewandter, unterstützender Sorge eine patientenzentrierte Haltung bei handelnden Akteuren verstanden werden, die dem einzelnen zukommt (Patient/Nutzer), wenn diese nicht mehr vollumfänglich selbstbestimmt handlungsfähig sind und der Assistenz Dritter bedarf. Der Deutsche Ethikrat verweist bei dem Begriff Sorge auch auf den in der internationalen Literatur verwendeten Begriff Care, der unter anderem Dimensionen umfasst, wie mitmenschliche Zuwendung, Anteilnahme, Ermutigung (zur jeweils noch möglichen Selbstbestimmung).

Damit werde dem Patienten Sicherheit und Vertrauen zu sich selbst gegeben, Anleitung und Unterstützung, aber auch Versorgung und die Übernahme von Verantwortung für den anderen, soweit dies erforderlich sei (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 42).

Die Fachkräfte im Krisendienst Psychiatrie haben neben dem respektvollen Umgang sowie der Förderung und Wiederherstellung der Selbstbestimmung jedes einzelnen auch eine zugewandte, unterstützende Sorge bzw. patientenzentrierte Haltung herzustellen. Dies umfasst auch das Erkennen und Ableiten notwendiger Konsequenzen, bei fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit des einzelnen bzw. erforderlichen Handelns bei Gefahr im Vollzug für das menschliche Leben oder für die Entstehung von Gefahrensituationen Dritter. Auch dies ist ohne die Möglichkeit geeigneter Kommunikation zwischen Nutzer und Behandler sowohl für das Team der Leitstelle Krisendienst als auch die aufsuchenden Teams nicht möglich.

Gelingende Kommunikation als Grundvoraussetzung

Was sind zentrale Aspekte gelingender Kommunikation? Der Deutschen Ethikrat beschreibt diese wie folgt:

- neben Inhalt der Gespräche sind auch die Art und die Rahmenbedingungen entscheidend. Es werden Tugenden und Kompetenzen hervorgehoben, wie Wohlwollen, Aufrichtigkeit, Einfühlsamkeit, Zuwendung und Orientierung auf größtmögliche Selbständigkeit, die den gesamten Kommunikationsprozess prägen sollen.
- interkulturelle Behandlungssituationen werden dabei nicht nur durch sprachliche Barrieren, sondern auch durch kulturelle Unterschiede beeinträchtigt. In einem ethisch angemessenen Entscheidungsprozess bedarf es der Berücksichtigung differierender moralischer Wertvorstellungen.
- ebenso werden auf geeignete räumliche, zeitliche und personelle Ressourcen verwiesen sowie auf das Training kommunikativer Kompetenzen und das Vermitteln nützlicher Konzepte für eine gute und zielführende Gesprächsgestaltung. (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 47)

In der Leitstelle und in den aufsuchenden Teams des Krisendienstes arbeiten medizinische und psychologische, pädagogische und pflegerische Fachkräfte, welche je nach gegebener individueller Krisensituation professionell Rahmenbedingungen herstellen müssen, die eine gelungene Kommunikation mit dem einzelnen ermöglicht. Dabei steht das Wohl des einzelnen im Vordergrund. Die Befähigung zur Kommunikation ermöglicht eine zielgerichtete, selbstbestimmte und/oder unterstützende Sorge für den einzelnen und somit die Bereitstellung

(C) Rassco

adäquater Hilfen. Um dies zu ermöglich bedarf es neben einer personenzentrierten Haltung, geeigneter Kommunikations- und Fachkompetenz (inklusive des Wissens um kultursensible Aspekte) auch der Bereitstellung entsprechender Ressourcen wie Arbeits- und Rahmenbedingungen im Versorgungsalltag welche eine geeignete und ruhige Kommunikationssituation ermöglichen. Im Einzelfall ist es erforderlich, besonders in psychiatrischen Krisensituationen, denen wesentlich durch ein „helfendes Gespräch" begegnet wird, eine Basis zur Aufnahme eines solchen erst zu ermöglichen. Dies erfolgt durch die Bereitstellung sprachlicher Unterstützer, wie Dolmetscher bzw. Sprach- und Kulturmittler.

Auch die Thesen von Ilhan Ilkilic (2017) unterstreichen unter anderen folgendes zu Verbesserung einer kultursensiblen Kommunikation und eines kultursensiblen Handelns in der medizinischen Versorgung (Auszug):

- Die ethische Rechtfertigung des ärztlichen und pflegerischen Entscheidens und Handelns hängt nicht nur von den Standesregeln, sondern auch von dem Wohlbefinden des Patienten ab, der von diesem Handeln betroffen ist.
- Diese Rechtfertigung bedarf einer angemessenen Verständigung über das Wertesystem und die Patientenpräferenzen, die nur durch eine gelungene Kommunikation erreicht werden kann.

Gerade in der Beziehung zu Menschen mit Migrationshintergrund ist es von Bedeutung, dass die helfende Person erst einmal die eigene Beschreibung des Eigenen und des Fremden wagt. Erst in dem Moment, in dem für die helfende Person das Eigene eines ihm begegnenden Phänomens bewusst ist, erst dann kann das Phänomen im Anderen erkannt werden. Der seelisch leidende Mensch mit Migrationshintergrund leidet möglicherweise nicht nur darunter, dass durch die migrationsbedingte Entwurzelung eine Entortung stattgefunden hat. Verortung hat rationale wie emotionale Seiten. Verortung gibt Sicherheit. Heimat kann beim Leben in der Fremde nicht zwingend erfahren werden. Verortung in der Fremde findet in kleinen Schritten statt.

So erscheint es sinnvoll, sich in der Begegnung mit migrationserfahrenen Menschen vor allem an Phänomenen zu orientieren. Heimatlosigkeit und Verortung, Scham und Schuld, sich als Frau und Mann in der Fremde erfahren – dies sind nur mögliche Impulse.

Bei der Abwägung des Eingriffs in Grund- und Menschenrechtlich verankerte Güter, wie dem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit oder die Begrenzung von Freiheit bedarf es der stetigen Klärung des Vorliegens der Selbstbestimmungsfähig bzw. Urteilsfähigkeit des Betroffenen um entsprechende Maßnahmen zu rechtfertigen. Nur durch die Möglichkeit der Kommunikation bzw. das Gespräch zwischen Fachkraft und Betroffenen kann dies ausreichend hergestellt werden. Es gilt im Besonderen für die Personengruppen, die entweder der deutschen Sprache nicht fähig sind oder aufgrund des Vorliegens

einer Behinderung nicht ohne Hilfsmittel kommunizieren können.

Zentrales Ziel sollte also sein, durch eine verbesserte Kommunikation, die sowohl die ethischen Maßstäbe der selbstbestimmungsermöglichenden Sorge als auch der notwendigen fachlichen Anforderungen berücksichtigt, die Therapieadhärenz und Therapieerfolge beim einzelnen (Patienten oder Krisendienstnutzer) zu verbessern, sowie Fehler an den Versorgungsschnittstellen und mögliche Fehlinterventionen zu vermeiden.

Bei der Begleitung in einer Krise ist zu überlegen, ob das Gezeiten-Modell nicht eine Schablone bietet, an der sich Helfende und Hilfebedürftige gemeinsam orientieren können. Das Gezeiten-Modell bietet eine Metaphorik an, die lebensnah wirkt. Der Ausgangspunkt des Gezeiten-Modells ist die menschliche Erfahrung psychischer Erschütterungen. Ausgehend von den menschlichen Erfahrungen geht es unter anderem darum, „das Erleben ihrer Probleme zu kontrollieren“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 42). Menschen müsse Zeit gegeben werden, „zu reflektieren, so dass sie aus ihrer eigenen Erfahrung lernen können“ (Ebd. S. 42).

Nach Meinung von Barker und Buchanan-Barker ist menschliches Erleben in fließender Natur (Ebd., S. 42). Die Vorstellung eines Ozeans der Erfahrung erinnere, „dass das Leben eine Entwicklungsreise ist, die alle Menschen auf dem Weg durch die verschiedenen Stadien ihres Lebens machen“ (Ebd., S. 42). Die Lebensreise gebe die Gelegenheit Dinge zu entdecken und berge viele Risiken. Metaphorische Stürme und die Gefahr auf Grund zu laufen oder mit dem Schiff zu sinken sind als reale Bedrohungen zu verstehen (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 45). Für Barker und Buchanan-Barker ist die Seetauglichkeit mit dem Gesundheitszustand der betroffenen Menschen zu vergleichen (Ebd., S. 45).

Bleibt man in der Bildhaftigkeit, so ist in der Krise mit dem betroffenen Menschen zu erarbeiten, wo denn seine Erholungsinseln sein können. Die Betroffenen müssen gleichzeitig eine Möglichkeit eröffnen, wie sie sich den Weg zu den Erholungsinseln vorstellen können. Diesen Grat gehen zu wollen, sorgt sicher im trialogischen Miteinander zu Missverständnissen. Denn die Bedürfnisse der Betroffenen unterscheiden sich oft von denen der professionellen Helfer und der Angehörigen.

Da es mit dem Gezeiten-Modell ja auch darum geht, die eigene Geschichte der betroffenen Menschen zurückzugewinnen, können sich die Krisenhelfer lediglich als Lotsen oder Navigationshelfer verstehen. Kommen die Ozean-Schiffe vor die Elbmündung bei Cuxhaven, so steigen Lotsen zu, damit die Schiffe, die Menschen und die Waren unbeschadet nach Hamburg kommen. Mit den Krisenhelfern ist es kaum anders. Sie helfen über die eine oder andere Passage hinweg, lassen die Souveränität beim Kapitän, beim Betroffenen selbst.

Während eines Begleitungsprozesses ist das Momentum der Resonanz nicht zu vernachlässigen, den der Soziologe Hartmut Rosa eingeführt hat. Dem Begriff der Resonanz setzt er die Entfremdung entgegen. Der psychisch erkrankte Mensch hat sich oft von den Menschen um ihn herum, aber auch von sich selbst entfremdet. Der Resonanz-Begriff zeigt, dass ein wechselseitiges Geschehen stattfinden muss.

Resonanz hat etwas damit zu tun, dass infolge eines Miteinanders etwas in Schwingung und Bewegung kommt. Bei der akuten Krisenhilfe wird dies gerade für den Helfenden spürbar, wenn er beim telefonischen Kontakt oder bei der aufsuchenden Hilfe den Willen zum Aufeinanderzugehen mitbekommt. Aus einem scheinbar unauffälligen Knistern wird ein immer lebhafterer Diskurs. Menschen berühren einander – nicht zwingend haptisch.

Empfehlungen

Für das Screening in der Leitstelle, als auch die Entsendung eines mobilen Einsatzteams oder das Angebot einer persönlichen Beratung in einer der Beratungsstellen des Krisendienst Psychiatrie sind: im Besonderen ausreichende Sprachkenntnisse des Klienten(-systems) oder die Verfügbarkeit fachlich geeigneter Dolmetscher/Sprachmittler zwingend erforderlich. Für die handelnden Akteure im Kriseninterventionssystem muss gewährleistet sein, dass sie sowohl die aufgezeigten ethischen als auch fachlichen Anforderungen gewährleisten können; im Besonderen in der Situation akuter psychiatrischer Krisen bzw. zur Abklärung und Einleitung geeigneter Hilfemaßnahmen im Falle von Selbst- und Fremdgefährdung (auch im Sinne der Garantenstellung, dass eine fachlich fundierte Einschätzung abgegeben werden kann; z.B. bei Veranlassung des Hinzuziehens von Sicherheitsbehörden bzw. der Veranlassung der Überprüfung öffentlich/rechtlicher Unterbringung

bei Gefahrensituationen für Dritte).

Es sollten Schulungsmöglichkeiten vorgehalten werden, die sowohl die personenzentrierte Haltung (Tugenden) und Gesprächskompetenzen fördern. Um interkulturellen Behandlungssituationen besser begegnen zu können müssen vorhandene sprachliche Barrieren abgebaut und kultursensible Kompetenzen gefördert werden. Ebenso bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen, wie die Bereitstellung räumlicher, technischer, zeitlicher und personeller Ausstattung, die für eine gute und zielführende Gesprächsgestaltung sorgen bzw. diese ermöglichen. Hierzu zählt im Besonderen auch die Verfügbarkeit geeigneter Dolmetscher/Sprachmittler. Um dem Besonderen Bedarf an interkultureller Kompetenz gerecht zu werden, ist auch im Einzelfall die Möglichkeit der Hinzuziehung von Kulturvermittlern erforderlich.

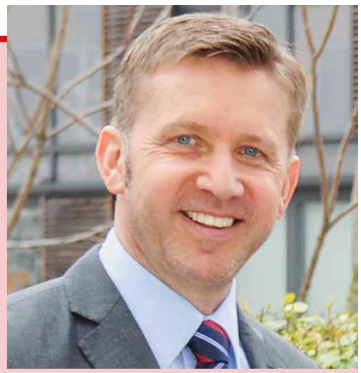
Menschen mit Sinnesbehinderung sollten, wie alle Bürger, Zugangsmöglichkeiten zu den Leistungen des ambulanten Kriseninterventionssystems haben. Hierzu bedarf es der Bereitstellung entsprechender Kommunikationssysteme, die es sinnesbehinderten Menschen und den Behandlern ermöglichen im Krisenfall die direkte Kommunikation aufzunehmen und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen einzuleiten.

Schlussbetrachtung

Zusammenfassend kann, angelehnt an die Aussagen des Deutschen Ethikrates festgestellt werden, dass „die für das Patientenwohl notwendige selbstbestimmungsermöglichende Sorge, die Respektierung und Achtung des Patienten als Person mit eigenen Vorstellungen, Wünschen, Interessen, einer eigenen Geschichte und mit eigenen Rechten zum Ausgangspunkt hat. Die Selbstbestimmung des Patienten und damit seine Entscheidungen nach ausführlicher Information zu respektieren, stellt die unumgängliche Voraussetzung der Behandlung dar. Voraussetzung hierfür ist stets ein Arzt-Patient- bzw. Pflegende-Patient- oder Therapeut-Patient-Verhältnis, das von Vertrauen und Empathie getragen wird und zugewandte Kommunikation, partnerschaftliche Entscheidungsprozesse und Therapieabsprachen im Sinne des Adhärenz-Konzepts umfasst.“ (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 47)

Um diesen fachlich und ethisch aufgezeigten Anforderungen gerecht zu werden, ist es unumgänglich die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine gelungen gute Kommunikation zwischen Nutzer und Behandler zu optimieren. Die Förderung des Patientenwohls als ethischer Maßstab sollte als Leitlinie für die verantwortlichen Akteure herangezogen werden, um Schaden für den einzelnen abzuwenden und Möglichkeiten der selbstbestimmten Teilhabe auch für Menschen mit sprachlichen Barrieren in psychischen Krisensituationen zu ermöglichen.

Autor



Prof. Dr. phil. Markus Witzmann, BBA, MSM, MA
Leiter des Studiengangs Master Mental Health (MMH) und mit Schwerpunkt im Studiengang Master Advanced Nursing Practice (ANP) an der Hochschule München tätig; er vertritt die Kliniken des Bezirks Oberbayern in der Steuerungsgruppe des Krisendienst Psychiatrie Oberbayern und ist Geschäftsführer des Autismuskompetenzzentrums Oberbayern und Geschäftsführer des Ambulant Psychiatrischen Pflegedienst München.

Autor

Christoph Müller
psychiatrisch Pflegender, Mitglied Team „Pflege Professionell“, Fachautor
cmueller@pflege-professionell.at

Literatur

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2018): Entwurf Verwaltungsvorschriften Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. https://www.verkuendung-bayern.de/gvbl/jahrgang:2018/heftnummer:14/seite:583 (abgerufen am 03.01.2019)

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2016/deutscher-ethikrat-fordert-das-patientenwohl-als-massstab-fuer-das-krankenhaus-zu-verankern/ (abgerufen am 11.04.2019)

Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. https://www.ethikrat.org/pressekonferenzen/veroeffentlichung-der-stellungnahme-hilfe-durch-zwang-professionelle-sorgebeziehungen-im-spannungsfeld-von-wohl-und-selbstbestimmung/ (abgerufen am 11.04.2019)

Ilkilic (2017): Vielfalt in der medizinischen Versorgung aus ethischer Sicht. https://docplayer.org/69722800-Vielfalt-in-der-medizinischen-versorgung-aus-ethischer-sicht.html (abgerufen am 26.12.2018)

Schleuning, G. / Menzel, S. (2019). Ins Leben verrückt – Das Atriumhaus als Pionier einer offenen Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Schleuning, G. / Welschehold, M. (2003). Die Münchner Krisenstudie – Psychiatrische Notfallversorgung: Strukturen und ihre Nutzung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Statistisches Bundesamt (Destatis), Mikrozensus (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit

Weiterführende Literatur

Bayerische Bezirketag (2016): Psychiatrie in Bayern.

https://www.bay-bezirke.de/data/pdf/baybt_broschuere_psychiatrie-in-bayern.pdf (abgerufen 26.12.2018)

Verband der bayrischen Bezirke (2012). Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung vom Verband der Bayerischen Bezirke. https://www.bay-bezirke.de/data/download/ambulante-krisenversorgung_rahmenkonzept.pdf (abgerufen am 11.04.2019)

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (2000). Rahmenkonzept für ein ambulantes Kriseninterventionssystem.

Bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin (ohne Jahresangabe). Empfehlungen/Auftragsbogen für Dolmetscherdienste. www.bayzent.de/01_bayzent_cms3/wp-content/uploads/2016/.../Auftragsbogen.pdf (abgerufen am 27.12.2018)

Brieger, P. (2018): Psychiatrische Versorgung in Deutschland – ein Überblick. In Bundesgesundheitsblatt, 2(62), 121-127. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2861-5 (abgerufen am 11.04.2019)

Bundesärztekammer (Hg.) (2015a): 118. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf (abgerufen am 27.12.2018)

Bundesverfassungsgerichts (BVerfG). Beschluss vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09 (BVerfGE 128, 282)

DFPP – Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (Hg.) (2016): Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der akutpsychiatrischen stationären Versorgung. https://www.dfpp.de/archiv/dfpp/SN-DFPP_FEM-AkutpsychVersorgung.pdf [abgerufen am 08.07.2018]

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hg.) (2018). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-09.pdf [abgerufen am 15.10.2018].

D'Amelio et al. (2006). Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. Notfall und Rettungsmedizin, 2 (9), 194-204.

Hegemann, T. & Salman, R. (Hg.) (2010): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Ilkilic, I. (2017). Vielfalt in der medizinischen Versorgung aus ethischer Sicht. https://docplayer.org/69722800-Vielfalt-in-der-medizinischen-versorgung-aus-ethischer-sicht.html (abgerufen am 26.12.2018)

Ilkilic, I. (2014). Interkulturalität in der Ethikberatung. In: M. Coors, T. Grützmann & T. Peters (Hg.): Interkulturalität und Ethik - Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen: Edition Ruprecht.

Ilkilic, I. (2008): Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51(8), 857-864.

Ilkilic, I. (2006): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Bochum: Zentrum für mediznische Ethik.

Ilkilic, I. (2002): Der muslimische Patient - Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Münster: Lit.

Lehmann, P. (2013). Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten (S. 77-104). In Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Rössler, B. (2011). Autonomie. In R. Stoecker, C. Neuhäuser & M.L. Raters (Hg.). Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart: Metzler.

Rupp (2003). Notfall Seele - Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrischen-psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention. Stuttgart: Thieme.

Steinfath (2016). Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen – eine philosophische Einführung. In H. Steinfath & C. Wiesemann (Hg.). Autonomie und Vertrauen - Schlüsselbegriffe der modernen Medizin. Wiesbaden: Springer.

Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011) Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.

Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen

Der DNQP Pflegeexpertenstandard ´Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen´ sagt, dass jeder Patient mit chronischen Schmerzen ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhält, das zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt.

Wie erkennt man Schmerzen bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen, wenn es einen Unterschied macht, aus welcher Kultur man kommt und ob man nach Schmerzen frägt oder ob es wo wehtut? Die kognitiven Einschränkungen oder der Verlust der Fähigkeit, sich verbal verständlich zu machen, bedürfen bei demenziell Erkrankten Menschen sowie auch im hohen Alter häufig eines anderen Zugangs zur Beurteilung ihrer Schmerzen.

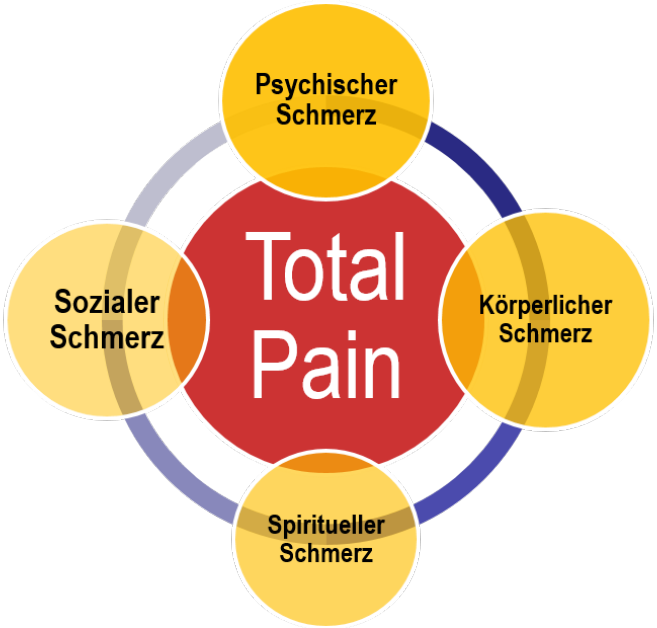
Zielgruppenspezifische Schmerzbeobachtungen und Schmerzeinschätzungen sollen hierbei auf lautsprachliche, mimische, verhaltensbedingte und physische Äußerungen der Klienten eingehen können. Neuesten Studien zufolge, zeigen 50 % aller Pflegeheimbewohner Schmerzen, dabei erhalten 20 % keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie. Als Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung sollte in jedem Fall eine effiziente Schmerzerfassung und ein darauf fußendes Schmerzmanagement im Team gelebt werden. Mit einem guten Schmerzmanagement verringert sich die Zahl der Patienten, die unruhig sind und herausforderndes Verhalten zeigen, erheblich. Schmerzreize werden im Alter

(C) Tobias Münzenhofer

eher stumpf wahrgenommen, der Schmerzeintritt erfolgt langsamer.

Die Schmerzschwelle ab der ein Reiz als schmerzvoll wahrgenommen wird und die Schmerztoleranz, sind je nach Demenzform unterschiedlich ausgeprägt. Ist die persönliche Schmerztoleranz überschritten, wird diese bei Menschen mit kognitiven Störungen weniger durch die körpereigene Hemmung unterdrückt, wodurch eine deutlichere Schmerzmimik im Vergleich gesunder gleichaltriger zu erkennen ist. Demenziell Erkrankte Menschen verlieren irgendwann das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie können den Schmerz nicht ihrem Körper, einem Organ oder einer Krankheit zuordnen. Sie zeigen ausgeprägte Mimik und vegetative Symptome. Durch den kognitiven Bedeutungsverlust, was ein Schmerz ist, könnten Demenzkranke z. B. auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend darauf reagieren.

Es kann vorkommen, dass sie laut „Aua“ rufen, wenn sie Angst haben, sich einsam fühlen oder z. B. durch eine zu schnelle Bewegung erschrecken. Die Laute und die gemeinten Inhalte verlieren ihre Verbindung. Allgemein erleben alte Menschen den Schmerz oft als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld und wollen keinen zur Last fallen. Dabei tun sie sich oft schwer damit, erstens den Begriff ‚Schmerz‘ als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben.



Cicely Saunders hat deshalb bereits in den 60iger Jahren das Konzept des völligen Schmerzes oder Leids definiert, das sogenannte Total Pain Konzept.

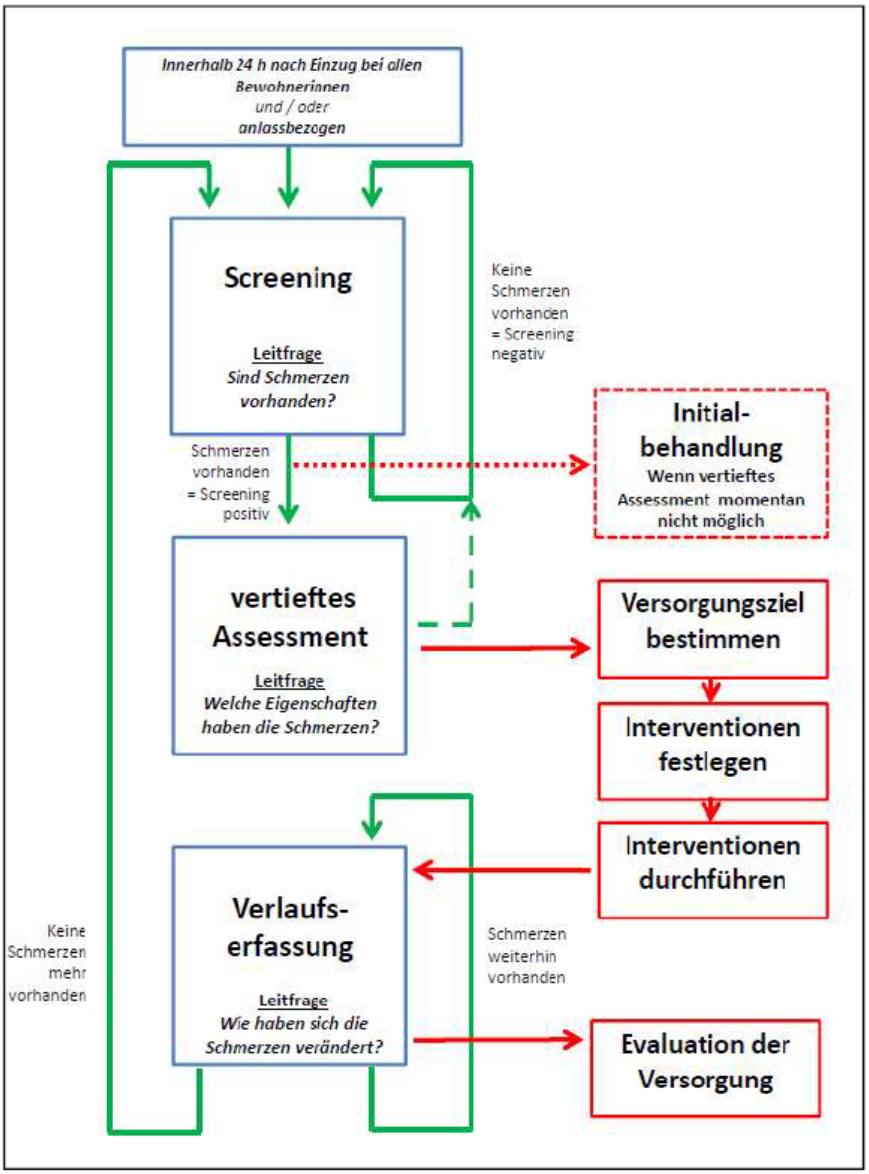
Das Wort Schmerz hat in vielen Sprachen somit unterschiedliche Bedeutungen und ist abhängig von der jeweiligen kulturellen wie religiösen Betrachtungsweise des Schmerzes. Das Phänomen Schmerz ist sprachlich nur schwer definierbar, da eine Vielzahl der Schmerzbegriffe zusätzlich Emotionen beinhalten. Schmerz ist nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis. Es ist nicht nur der Schmerz, der das Leben bestimmt, sondern es ist auch das Leben, das die Intensität und die Bewertung des Schmerzes mitbestimmt.

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) wurde entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening-Verfahren zur Feststellung kognitiver Defizite zu bieten. Diesen MMST abgeleitet ergeben sich je nach Punktewert folgende Empfehlungen, welche Schmerzeinschätzung geeignet sein könnte:

Mini-Mental-Test Auswertung	Hinweis	Empfehlung zum Assessment
30 bis 28 Punkte: keine Demenz		nummerische Rating-Skala
27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	25 % der Patienten können die nummerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	nummerische Rating-Skala
24 bis 18 Punkte: leichte Demenz	57 % der Patienten können die nummerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	nummerische Rating-Skala + verbale Rating-Skala
17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz	Goldstandard: Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung ↓↑	verbale Rating-Skala
Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz	Prüfen ob kognitiver Bedeutungsverlust vorliegt was ein Schmerz ist. ↑↓	verbale Rating-Skala + BEurteilung Schmerzen bei Demenz

© 2019 demenzpflege-dozent-muenchen.de; Tobias Münzenhofer

Abbildung 1 Ablauf des Schmerzassessments (Steuergruppe – eigene Grafik 2016)



Bei der nummerischen Rating-Skala (NRS) wird der Patient aufgefordert, seine Schmerzen einer Skala von 0-10 zuzuordnen. Bei kognitiv eingeschränkten Schmerzklienten reichen die üblichen Schmerz-Assessments wie die NRS oft nicht aus, um Schmerzen erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Bei der verbalen Rating-Skala (VRS) beschreibt der Patient seine Schmerzintensität als Ausdruck zwischen „kein, mäßig, mittelstark, stark, unerträglich". Die BESD-Skala zur BEurteilung des Schmerzes bei Demenz ist eine deutsche Übersetzung der PAINAD-Scale mit den Beobachtungskategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung.

Bei der Einschätzung eines schmerzassoziierten Verhaltens konnte sich der BESD gegenüber anderer Fremdeinschätzungen durchsetzen. Dies liegt vor allem daran, dass im Vergleich anderer Assessments viele evidenzbasierte Ergebnisse vorliegen und sich diese am besten in unser Gesundheitssystem übertragen lassen. Der BESD gilt u.a. als am besten geeignet, wenn man den Patienten in seinem Verhalten nicht so gut kennt. Als weitere empfohlene Instrumente zur Fremdeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen können der BISAD, ECPA, ZOPA oder Doloplus-2 aufgezählt werden.

Die Schmerzselbsteinschätzung sollte immer als Goldstandard angesehen werden und gegenüber allen Fremdeinschätzungen bevorzugt oder / und parallel angewandt werden.

Die wichtigste Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist die vertrauensvolle interdiszipli-

näre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus Pflege-Schmerzexperten, Schmerztherapeuten, Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und dem Schmerzbetroffenen selbst, um gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreichen zu können.

Für eine gute Schmerzeinschätzung braucht es die Gefühlswahrnehmung und Intuition. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit Teamkollegen im Austausch zu bleiben. Durch Erfahrungswerte Einzelner können subjektive Eindrücke gewonnen werden die durch Erfahrung zu einer messbaren (Schmerz-) Größe und Parameter werden.

Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt. Fallbesprechungen sind ein adäquates Mittel. Dazu müssen sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird, und gesundheitliche Veränderungen umgehend mitgeteilt werden

Die S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (11.7.2018) gibt 62 weitere praxisnahe wie evidenzbasierte Empfehlungen zur Implementation eines zielgruppenspezifischen Schmerzmanagement.

Autor

Tobias Münzenhofer
staatl. annerk. Altenpfleger, Gerontopsychiatrischer Pflegefachdozent und # Fachpfleger, Trainer, Teamcoach, QM-Auditor, Praxisanleiter, Algesiologische Fachassistenz, Verfahrenspfleger nach Werdenfelser Weg

Christine Fichtinger, Esther Matolycz

Fallbeispiele

für die Pflegeassistenzausbildungen

Für Unterricht und Prüfungsvorbereitung
Aufgrund der neuen Ausbildungs- und Prüfungsstrukturen liegt der Fokus in den Pflegeassistenzausbildungen nicht mehr auf segmentiertem Lernen, sondern auf der Anleitung zum anwendungsorientierten Handeln. Die 105 Fallbeispiele in diesem Buch ermöglichen ein schrittweises Erarbeiten und Reflektieren des Theorie-Praxis-Transfers und bereiten somit nicht nur auf die Prüfung, sondern auch auf das Pflegehandeln selbst vor. Je nach Unterrichtsgestaltung können Lehrende dabei individuelle Schwerpunkte setzen.

facultas 2019, 144 Seiten, Manual, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1810-5

facultas

Von grauer Theorie zu bunter Praxis

Mit einer Zechen-Kneipe Lebendigkeit in den Alltag Dementer bringen

Das Lächeln verschwindet nur selten aus dem Gesicht von Christina Hanf. Sie ist Altenpflegerin im Malteserstift St. Bonifatius in der Essener Innenstadt. Geht sie mit den Bewohnerinnen und Bewohnern des Wohnbereichs „Zollverein“ um die Ecke, so stehen sie mitten im Zentrum der Ruhrgebiet-Metropole. Dort sind sie in der Gefahr, schnell überfordert zu sein. Die vielen Menschen und vielen Reize erleben sie nicht, wenn sie in die Zechen-Kneipe im eigenen Wohnbereich gehen.

Sie müssen nur wenige Schritte gehen, wenn sie etwas erleben wollen, was sie zumeist aus der eigenen Biographie kennen. Es wäre ein ganz gewöhnliches Lebensumfeld für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, wenn dort nicht eine Kneipe wäre. Im Malteser-Stift Sankt Bonifatius haben die Frauen und Männer ein besonderes Angebot. Eine Zechen-Kneipe gehört zu ihrem Alltag. Dort schaut es so aus, wie es die Menschen in früheren Jahren in Altenessen, Karnap oder Rüttenscheid gewöhnt waren.

Eine Theke mit Stehhockern davor bestimmt das Bild. An der Wand hängt ein Spielautomat. Die älteren Menschen hocken an einem Tisch, sprechen miteinander und trinken miteinander etwas. Aus der Altenpflegerin und Wohnbereichsleiterin Christina Hanf wird dann wie im Handumdrehen eine Gastwirtin. Ihr Grinsen wird immer breiter, während sie den Bewohnerinnen und Bewohnern das eine oder andere Pils einschenkt.

Nicht bloß aus Höflichkeit, sondern wegen der angenehmen Atmosphäre, die unmittelbar spürbar ist, setzt sich der Besucher in die Runde und bringt sich in die Erzählungen ein. Es ist ein Interesse am Besucher als Person zu spüren und an dem, was er alltäglich macht. Es ist eine lebhafte Gruppe. Die Einen fragen ganz neugierig, die Anderen sind eher Zuhörer.

In dem Flur vor der Zechen-Kneipe herrscht ein reges Treiben. Bewohnerinnen und Bewohner laufen dort umher. Wenn sie in die Zechen-Kneipe schauen, so sind die Reaktionen ganz unterschiedlich. Es gibt wenige, die eher resonanzarm in die Szene blicken. Es gibt eine Mehrheit, die lächeln und irgendwie das

Gefühl haben, dass in der Kneipe etwas Angenehmes passiert.

Christina Hanf ist überzeugt von der Idee der Zechen-Kneipe. Sie hat sich viele Jahre mit den Ideen des österreichischen Krankenpflegers Erwin Böhm beschäftigt. Böhm hat ein „psychobiographisches Pflegemodell“ entwickelt. Dieses Pflegemodell will die älter und gebrechlicher gewordenen Menschen in der ihnen vertrauten Lebenswelt abholen. In jeder das Hier und Jetzt belastenden Krisensituation wird auf das Früher als identitätssichernde Funktion zurückgegriffen, so plädiert Böhm immer wieder für seine Idee einer Begleitung von gerontopsychiatrisch veränderten Menschen.

Christina Hanf geht es darum, dass sich Menschen, die das eigene häusliche Umfeld hinter sich lassen mussten, in ihrem neuen Daheim wohl fühlen. Dies scheinen die älteren Menschen im Wohnbereich Zollverein des Malteser-Stiftes Sankt Bonifatius zu tun. Denn es ist erstaunlich ruhig an diesem Nachmittag.

Christina Hanf sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheinen die nötige Ruhe zu haben, um mit dem einen oder anderen auffälligen Verhalten umgehen zu können. Wenn es auftrete, so Hanf, dann scheint etwas an den pflegerischen Interventionen nicht zu stimmen. Sie sehe dann ihre Aufgabe darin, die Kolleginnen und Kollegen zusammenzurufen, um zu klären, wo es hakt. Am Nachmittag, während ich in der gemütlichen Runde in der Zechen-Kneipe sitze, tauchen keine schwierigen Situationen aus.

In der Zechen-Kneipe gibt es Pils, aber natürlich auch Limonade und Mineralwasser, Kaffee und Tee. Es soll sich jeder wohlfühlen, vielleicht auch in der Vorstellung leben, nur für kurze Zeit nach der Schicht in der Kokerei am Ort zu verweilen, um in die heimische Bergbausiedlung zu gehen. Grundsätzlich stellt sich die Frage, welche Wirkung Initiativen wie die Zechen-Kneipen haben. Dass Christina Hanf und ihr Team etwas Heilendes machen, dies glauben sie auch. Sie vermieden es, die Verwirrten zu verwirren, bleibt Hanf in einem Jargon, für den der Pflegetheoretiker Böhm steht. Esther Sternberg, eine Neuro-Forscherin aus den USA, konstatiert, dass Erinnerungen an Ereignisse und Orte wichtig für die Selbstwahrnehmung eines Menschen seien. Sie bildeten ein sich ständig veränderndes Bild von sich selbst.

Pflegende sind in der Regel pragmatische Menschen. So haben sie die Ausstattung der Zechen-Kneipe teilweise von einer Brauerei und einem Verlagshaus gestiftet bekommen. Anderes haben sie auf dem Flohmarkt oder im Internet gefunden. Gute Ideen müssen nicht teuer sein, geht mir durch den Kopf, als ich höre, dass die Einrichtung der Zechen-Kneipe bloß einen dreistelligen Betrag gekostet hat.

Es stellt sich die Frage, welche Musik die Menschen in der Zechen-Kneipe im Malteser-Stift Sankt Bonifatius hören. Hanf lächelt wieder einmal. Natürlich sei die Musik zu hören, die die Menschen hören wollten. Es sei ja ihre Wirtsstube. Während sie dies erzählt, zeigt sie noch das kleine Kino des Wohnbereichs. Dort schauen die Pflegenden mit den Bewohnerinnen und Bewohnern Filme der 1950er-, der 1960er- und der 1970er-Jahre. Die DVDs der „Immenhof“-Filme und der „Sissi“-Filme garantieren immer gute Stimmung im Wohnbereich Zollverein.

Über Milieutherapie sprechen Pflegende oft im Alltag. Diese Diskurse erscheinen jedoch häufig wenig konkret. Die Zechen-Kneipe macht graue Theorie zu bunter Praxis. Esther Steinberg unterstreicht mit einer Bemerkung, was mich bewegt. In jedem Augenblick seien es “mikroskopisch kleine Heilungsvorgänge”, die zum Wohlbefinden beim Einzelnen führten.

Die fremde Umgebung ist gewöhnlich für dementiell veränderte Menschen ein Stressfaktor. Indem die Pflegenden mit der Wirtsstuben-Umgebung und dem Kino für eine Vertrautheit sorgen, vermindern sie auf eine ganz alltägliche Weise das Stresserleben. Taucht Stresserleben einmal auf, so vervielfacht es sich. Quasi mit einem Domino-Effekt überträgt es sich auf Bewohnerinnen und Bewohner, die bis dahin noch ruhig geworden sind. Als teilnehmender Beobachter fällt mir auf, dass die Zechen-Kneipe zu verhindern scheint, dass Domino-Steine nacheinander umfallen.

Apropos Alltag – anfänglich haben Hanf und ihr Team die Idee gehabt, die Kneipen-Türen nur zu bestimmten Zeiten zu öffnen. Es sollte ein besonderes Erlebnis sein. Dies hätte jedoch zur Folge gehabt, dass die Zechen-Kneipe immer wieder ein singuläres Erlebnis gewesen sei. Es hat sich gezeigt, dass ein dauerndes Offenstehen der Türen einen positiven Effekt auf die Stationsatmosphäre hat. Manche essen ihr Mittagessen gerne in der Wirtsstube. Andere nutzen den Raum, um sich etwas aus der Gruppe herauszuziehen.

Die Gruppe in der Zechen-Kneipe lebt. Es wird gequatscht. Es wird

Karten gespielt. Pflegende wechseln die Rolle, vielleicht auch die Perspektive, wenn sie sich unter die Gruppe mischen. Plötzlich sind sie auch einmal Kellner oder Gastwirt. Dies vereinfacht irgendwie auch den Zugang zu den Menschen, die im Malteser-Stift Sankt Bonifatius leben. Natürlich geschieht dies stilecht. Statt des weißen Kasacks trägt der Pflegende plötzlich eine lederne Kellnerschürze. Eine institutionelle Umgebung vermittelt oft Kühle. Die Zechen-Kneipe tut alles andere. Pflegende haben nicht nur Kreativität gezeigt, sie haben einen festen Willen gezeigt, ein überzeugendes Konzept umzusetzen. Das Pflegeheim bekommt ein ganz eigenes Profil.

Für die Angehörigen der im Pflegeheim lebenden Menschen scheint die Zechen-Kneipe ein Qualitätsmerkmal zu sein. Für manche sei es schon etwas anderes, sich bei einem Besuch mit dem untergebrachten Menschen in einer Kneipen-Umgebung zu begegnen. Dies sei mit einem natürlicheren Gefühl verbunden, als wenn der ältere Mensch auf seinem Pflegebett hocke, während die Angehörigen sich überall Stühle zusammensuchten. Ich bin überzeugt, dass die Pflegenden ganz einschneidend die Choreografie des Pflegeheims verändert haben.

Menschen, die ein Pflegeheim ihr Zuhause nennen können, müssen immer wieder in die Schablone einer Einrichtung passen. Mit der Zechen-Kneipe wird mit dieser „Tradition“ gebrochen. Die Einrichtung lässt sich auf dasjenige ein, was die in ihr lebenden Menschen als Matrix vorgeben. Das Milieu überfordert niemanden mehr – egal, wie verwirrt oder gebrechlich jemand ist.

Autor

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

arscurae@web.de

imh

KONFERENZEN
SEMINARE
Wissen, das bewegt

www.imh.at/pflegemodelle

Fachkonferenz

Pflege neu aufgestellt?

25. – 26. Juni 2019 | Wien

Politische Entscheidungen | Fachkräftemangel | Innovative Versorgungsmodelle

- **Politische Entscheidungen:** Praktische Folgen für die 24-Stunden Betreuung, Pflegeheime und ambulanten Dienste
- **Zahlen – Daten – Fakten – Prognosen** zur Pflegebedarfsberechnung
- **Personalmangel:** Die Pflegelehre als Lösung?
- **Die Gestaltung von Schnittstellen:** Case&Care Management und ELGA
- **Innovative Versorgungsmodelle:** Neue Konzepte in Zeiten des demographischen Wandels

18 ÖGKV PFP®
(Pflegefortbildungs-punkte)

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

Unser Partner:

SCHACHINGER healthcare
Branchenlogistik weitergedacht.

SCHACHINGER techlog
Branchenlogistik weitergedacht.

„Emotionale Lebens-geschichterln“

Erwin Böhm über die Aktualität seines „Psychobiographischen Pflegemodells“

Mit dem „Psychobiographischen Pflegemodell“ hat sich der Krankenpfleger und Psychiatrie-Experte einen Namen gemacht. Seine eigene Rolle sieht er im Aufrütteln der pflegenden Einrichtungen und als Ermunterer, sich wirklich den Menschen und ihren Geschichten zuzuwenden. Mit den Büchern „Verwirrt nicht die Verwirrten“ und „Ist heute Montag oder Dezember?“ hat er schon vor Jahrzehnten darauf aufmerksam gemacht, dass die Altenpflege mit einem dynamischen, kreativen und anspruchsvollen Konzept verbunden ist und es um eine Erkundung bedeutsamer individueller Gefühle gehe. Christoph Müller hat mit Erwin Böhm gesprochen.

Christoph Müller: Ein zentraler Begriff im „Psychobiographischen Pflegemodell“ ist das Nostalgie-Syndrom. Sie sagen selber, dass dieser Terminus wandelbar ist. Wie wird sich der Begriff in den nächsten Jahren ändern?

Erwin Böhm: Nicht der Begriff wird sich ändern, sondern die Zeit ändert sich und mit ihr die Prägungen und Copings. Dies bedeutet, dass sich in den nächsten Generationen ganz andere (Symptome) Copings als heute ergeben werden. Wobei man sagen muss, dass das Nostalgiesyndrom (Heimweherkrankung) vorwiegend bei einer Neuaufnahme und im Alter akut wird. Wenn im Alter die kognitive Leistung weniger wird, nimmt die emotionale Leistung wieder zu und es kommt zur Nostalgie. Klar ist, dass sich demnach auch die Settings, die wir den Klienten anbieten, ändern müssen.

Christoph Müller: Mit dem Sozialpsychiater Klaus Dörner haben Sie das Paradigma „Gutes bewirken statt Gutes tun“ geprägt. Dörner hat in den vergangenen Jahren seine Ideen zum dritten Sozialraum konturiert. Was heißt es für Sie, im dritten Sozialraum Gutes für zu pflegende Menschen zu bewirken?

Aus der Warm-Satt-Sauber-Pflege

Erwin Böhm: Gutes bewirken heißt für mich vor allem, einen Weg aus der Warm-Satt-Sauber-Pflege zu finden. Die Klienten durch Schlüsselreize so weit zu bringen, dass sie selbst etwas für sich tun und nicht das Pflegepersonal. Auch dieser Vorgang geht nur, wenn wir Stories aus der Gefühlsbiographie der Klienten erhoben und interpretiert haben. Welcher Impuls führt zu einem Lustgewinn und zu einer Unlustvermeidung? Ferner geht es um die Abschaffung von infantilen Reizen, die zu einer vorzeitigen Regression führen. Alte Leute sind keine Kinder, folglich brauchen wir keine „kindlichen“ Impulse als Therapie anbieten. Der dritte Sozialraum heißt für mich „Primum nihil nocere“. Es wäre schön, wenn die Pflege wenigstens nicht schaden würde.

Christoph Müller: Schlüsselreize haben Sie schon früh als entscheidenden Begriff in die Begleitung älterer Menschen eingebracht. Sie gehen von einem klaren Reiz-Reaktions-Schema aus. Wieso fällt

es psychiatrisch Pflegenden so schwer, beispielsweise die Wichtigkeit der Mensch-Umwelt-Interaktion wahr-und ernstzunehmen?

Erwin Böhm: Das Reiz-Reaktions-Schema oder die klassische Konditionierung ist wie sie richtig sagen der Ausgangspunkt für eine Assoziationskette, an der ich nun schon über 5o Jahre lang arbeite.

Das Psychobiographische System als Formel: ist eine biographische Erweiterung

A
B---P---SCH---U------ E—C
G

Worterklärung
B=Biographie P=Prägung SCH=Schlüsselreiz U=Umkehrphänomen A=Affekt E=Emotion G=Gefühl C=Coping

Erst aus dieser Assoziationskette heraus werden die Eigenarten (Symptome) und die psychischen Eigenarten eines Menschen (mit der „ärztlichen Diagnose Demenz“) zur verstehenden Pflege.

Damit wird aber auch eine Hypothetische Pflegediagnose möglich. Diese ermöglicht uns Fragen wie:

- Wann und wodurch dekompensiert der Klient?
- Wo liegen die Seelennahrungsmängel?
- In welchem Gefühlsareal liegen die Leitsymptome?
- Was verhindert beim Klienten das Unlustgefühl?
- Was fördert ein Lustgefühl?
- Wie kann man Symptome ohne Psychopharmaka in den Griff bekommen?
- Wie bekommt man den Klienten aus dem Bett reaktiviert?

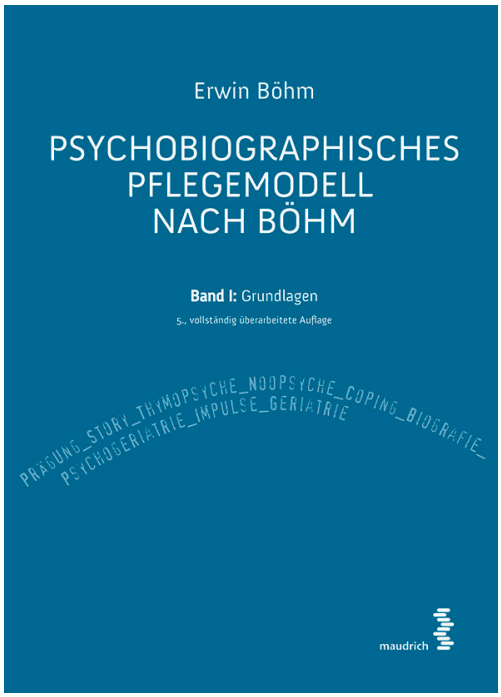
Diese Assoziationskette dient ferner zur:

- Erkennung der Leitsymptome sowie deren biographischen URSACHEN
- Wann und wodurch welcher Schlüsselreiz zu einer zerebralen Dekompensation (aber auch Besserung des Psych. Zustandes) führen kann?
- Wir erkennen durch die Formel in welchen Gefühlsbereich die Seelennahrungsmängel aus der Kindheit und Jugend im Alter zu liegen kommen?
- Welche Vorgänge zu einem Unlustphänomen führen?
- Welche SCH zum Fluchtverhalten oder zur Regression in die Infantilität führen können?
- Welche SCH sogar einen Destruktionstrieb auslösen?
- nach der Ursache einer Paranoia im Senium oder gar einer seelischen, später körperlichen Verwahrlosung

zu beantworten.

Erst nach der Erhebung einer biographischen Ursachenforschung (in der Kombination mit der Interaktion und Gefühlsparameter) sind in der Folge adäquate Impulsiden an denkbar

Ich glaube das der Mensch heute zu Tage vorwiegend ein ICH bezogenes Lebewesen ist. Und dass das DU und vor allem das WIR nur zu noopsychisch angelernten Verhaltensregeln wurden.



Christoph Müller: In der gegenwärtigen stationären Akutversorgung, aber auch in der Langzeitpflege bleibt aufgrund begrenzter Liegezeiten und nur fragmentarischer Behandlung die einzelne Person des zu versorgenden Menschen außen vor. Was macht für Sie die Faszination der Biographie eines Menschen aus?

Erwin Böhm: Dass die Liegezeiten so kurz sind, hat doch den Vorteil, dass die Pflege die Klienten nicht mehr regredieren kann. Für mich ist die Seele eine Ansammlung von biographischen Ereignissen, die der Mensch ein Leben lang sammelt und prägt. Es sind vorwiegend die Emotionen aus der Biographie, die für die Pflege so interessant wären. Denn vieles sind nicht Krankheitsgeschichten, sondern emotionale Lebens-geschichterln. Wie heißt es da „Emotionen haben keine Amnesie"? Damit wird die (tiefenpsychologische oder historische) Biographie-Erhebung und Interpretation zum Krimi. Der psychiatrisch Pflegende wird zum Kommissar und damit der Beruf interessanter spannender.

Christoph Müller: Für die Umsetzung des „Psychobiografischen Pflegemodells" sind Pflegende und Betreuende mit einem sozialhistorischen Interesse nötig. Diese Pflegenden müssen eine große Leistung vollbringen, wenn sie Phänomene hermeneutisch einordnen müssen. Was müssen Pflegende leisten, wenn sie bei der Versorgung von Menschen unter 60 Jahren psychosoziale Interventionen umsetzen wollen?

Erwin Böhm: Das banale Leben ist die Einfachheit des Daseins, aber die Biographie ist das Wesentlichste daraus. Dies vor allem dann, wenn im hohen Alter die erlebten Ereignisse des Lebens als Biographie der Jahre zusammengezählt werden. Da aber das Leben (und damit jede menschliche Biographie) bei jedem Schizophrenen, Oligophrenen und allen anderen Menschen auch eine Kehrseite hat, wird sie doch etwas undurchsichtiger als man glaubt.

Die Hinterseite der Biographie wird und wurde in den diversesten tiefenpsychologischen Schulen verankert. Leider ist das Verständnis für diesen Zweig der Ganzheitspflege weit weg vom Menschen, Selbst Pflegepersonen haben manchmal Angst etwas über ihre Seele in Erfahrung zu bringen. Darf ich fragen, wer von Ihnen interessierte sich schon, was in hinter dem Vorhang, hinter den Kulissen auf denen sie ihr Leben spielen, wirklich abspielt? Allerdings würden sie sich ihr Leben oft erleichtern, wenn sie wüssten, wer sie sind und warum sie so agieren wie sie agieren.

Sozialhistorisches und tiefenpsychologisches Wissen

Erst wenn man ein bisschen eine Ahnung über die eigenen Seelenhintergründe (tiefenpsychologische Kenntnisse) besitz sollte man und kann man auf andere Menschen losgelassen werden. Pflegende benötigen nicht nur sozialhistorisches, sondern auch tiefenpsychologisches Wissen. Obwohl ich der erste männliche Lehrer in einer psychiatrischen Diplom-Schule in Österreich war, ist es mir nicht gelungen, in die Ausbildung wenigstens die Grundzüge einbringen zu können. Dies führte dazu, dass ich meine eigene Schule errichtete, die sich heute ENPP nennt.

Christoph Müller: Wenn man aufmerksam das „Psychobiografische Pflegemodell" durcharbeitet, wird einem bewusst, was sie eigentlich in Erinnerung rufen. Sie schreiben davon, dass sie Gefühle in Erinnerung rufen wollen. In diesem Zusammenhang nennen Sie einen Begriff wie Leiblichkeit. Es klingt wie der Protest gegen einen Mainstream, der von Affektkontrolle statt Affektregulation beherrscht wird. Stimmen Sie dem zu?

Erwin Böhm: Na ja, ich rufe nicht die Erinnerungen herbei. Dies machen seine Umgebung und die Pflegeperson. Wir interpretieren nur mit einer wesentlichen Frage. WARUM reagiert der Klient und mit welchem COPING (Pflege würde dazu störendes, uneinsichtiges Verhalten sagen). Es bedeutet, dass Pflege in der Lage ist, positive oder negative Gefühle Emotionen und Affekte auszulösen. Ist es nicht so, dass sich auch die psychiatrische Pflege um die vorwiegend körperliche Pflege (Leiblichkeit) kümmert, obwohl sie sich um die Seele kümmern sollte?

Man darf nicht vergessen: Menschen haben eine Biographie. Institutionen haben eine Biographie. Aber auch Pflegemodelle haben eine Biographie. Dies bedeutet, dass die somatische Ausbildung zu einen somatischen Pflege-Verhalten führt. Damit ist der schwierigste Anteil, mein Modell in die Tat umzusetzen, die „Ideologie" einer Station. Es ist schwer, Menschen von einer verwahrenden akzeptierenden Pflege zu einer der Reversibilitätstheorie entsprechend umzupolen. Dies insbesondere da in allen alten Mauern auch alte Gedanken (Rituale) vorherrschen, die schwer veränderbar sind.

„Erkrankung Nostalgie“

Christoph Müller: Nach Ihren Worten ist das Daheim der „Ort der primären Prägung“. Es ist mit Gefühlen und Erfahrungen verbunden, die uns nie mehr verloren gehen. Inwieweit hat sich das Daheim aus Ihrer Sicht verändert?

Erwin Böhm: Alle jungen Leute reden davon, dass ihr DAHEIM die ganze Welt ist. Es kann schon sein, aber „die Erkrankung Nostalgie“ kommt spät im Leben. Heimweh bekommen sie im Alter trotzdem, wenn sie in einem fremden Land fremden Ritualen gegenüberstehen. Wie tief die Nostalgie absinkt, kann man mit einem Parameter (Interaktionsparameter) messen und daraus therapeutische Schlüsse ziehen.

Christoph Müller: Die Geschichten sind das Faszinosum für Sie, wenn Sie auf die Bewohner – Beobachtung in der Pflege-Einrichtung eingehen und eine Idee dafür entwickeln, wie auch Pflegedokumentation anders gestaltet werden kann. Wie kann dies gelingen?

Erwin Böhm: Leider genügt es nicht, meine Fachbücher zu lesen. Es ist einer der Gründe, warum wir als ENPP eine Fort- und Umbildungsorganisation ins Leben gerufen haben. Es bedeutet, dass unsere Dozenten auf jene Stationen gehen, die von sich aus wünschen, einen neuen Weg in der Anti-Demenz-Pflege zu gehen. Seit mehr als 15 Jahren geht der ENPP mit seinen von mir geschulten Dozenten in jene Institutionen, die aus einer „Demenz Station“ eine rehabilitative Station machen wollen und unterrichten damit vor Ort. Da sich Reden nicht mit Handeln deckt, machen diese Dozenten auch Praxistage, an denen zu sich ändern wollenden Stationen und führen diese bis zum ENPP Pflegequalitätssignum.

Christoph Müller: Herzlichen Dank für das Interview, lieber Herr Böhm.

ENPP - Europäisches Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung

Das Europäische Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung ist ein europaweit aktives fachliches Netzwerk. Sein Ziel ist die Absicherung der fachlichen und wissenschaftlichen Zukunft des psychobiographischen Pflegemodells nach Prof. Erwin Böhm durch

- die internationale Verbreitung des Modells (Öffentlichkeitsarbeit, Kongressaktivitäten und Publikationen)
- die didaktische Vermittlung der Theorie (Seminare, Kurse)
- den fachlichen Austausch
- die wissenschaftliche Weiterentwicklung
- die praktische Anwendung der Theorie (Projektbegleitung, Praxisanleitung, Zertifizierung).

Zu Besuch bei Ärzte ohne Grenzen Teil 2

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

DEM PROJEKTIL IST ES EGAL WEN ES DURCHBOHRT.

UNS AUCH – WIR RETTEN.

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

seit 25 JAHREN

Unsere Prämisse ist das Leben, unabhängig von Herkunft, Gesinnung oder Religion. Frei von politischen oder wirtschaftlichen Einflüssen. 100% unabhängig.

Jetzt per SMS spenden an
0664 660 1000

Der zweite Teil der Reportage beschäftigt sich mit den Ärzten und Patientinnen in Jordanien. Für uns vervollständigte sich dadurch das Gesamtbild, dass wir mit unserer Leserschaft teilen wollen.

Also, könnten Sie mir bitte etwas zu Ihrer Person erzählen?

Mein Name ist Dr. Hanna Janho. Ich bin orthopädischer Chirurg und ich arbeite nun seit 5 Jahren mit MSF. Ich habe mein Studium am Royal Medical Service hier in Jordanien abgeschlossen. Ich habe einige Stipendien bekommen, 2 Benefizstipendien und eines habe ich in Dortmund absolviert. Zurzeit arbeite ich Vollzeit für MSF.

Sie sind jetzt seit 5 Jahren hier?
Ja, seit 5 Jahren.

Hier in diesem Krankenhaus?
Nun ja, das Projekt hat nicht in diesem Krankenhaus begonnen, es begann im Red Krankenhaus. Wir sind vor 3 Jahren hierher übersiedelt. Wir behandeln Patienten, die im Krieg verletzt wurden. Sie kommen hauptsächlich aus Jordanien, aus Syrien, dem Irak und Amman.

Werden Sie noch für längere Zeit hier bleiben, oder haben Sie andere Pläne?

Die Sache ist die, das Projekt wird stetig erweitert. Wir nehmen immer mehr Patienten an, da die Gegend noch immer eine „heiße Zone“ ist. Sie wird noch immer als Kriegsgebiet bezeichnet. Demnach haben wir auch immer mehr Patienten zu versorgen. Also denke ich, dass ich hier bleiben werde.

Um ehrlich zu sein, ist es ein schöner Beruf. Es geht darum, Menschen zu helfen, die die Operationen wirklich brauchen.

Ich habe gelesen, dass es nicht Ihre Absicht war, das gesamte

Chirurg Dr. Hanna Janho

Jung, engagiert und voller Tatendrag. Obwohl er eine Ordination und eine eigene Privatklinik besitzt, steht er fast jeden Tag in der MSF Klinik in Amman, um Menschen aus Kriegsgebieten zu operieren.

Wir durften ihn vor einer langen OP interviewen und ihn den gesamten Weg begleiten.

Projekt zu begleiten.

Das ganze Projekt war unsicher, weil es eigentlich im Irak hätte starten sollen. Aufgrund der Situation im Irak, wurde es allerdings nach Amman verlegt.

Was hat Sie motiviert, hier zu arbeiten?

Natürlich, um Menschen zu helfen.

Aber Sie könnten auch ein berühmter Chirurg sein.

Dr. Ich bin ein berühmter Chirurg, also bin ich hier. (lacht)

Nun, ich kenne viele Ärzte, die noch immer lieber in einer Professur an einer Universitätsklinik arbeiten.

Ja, ich weiß. Ich leite auch eine Privatklinik. Seit einem Jahr führe ich eine private Ordination. Aber mein Vollzeit- Arbeitsplatz ist hier bei MSF und ich habe nicht vor, mich zurückzuziehen.

Sie haben auch eine Privatklinik?

Ja.

Aber wie klappt das zeitlich, wenn Sie hier eine Vollzeitstelle haben?

Ich betreue meine Klinik nach meiner Arbeitszeit hier, abends von 17:00 bis 19:00 und manchmal an Wochenenden. Wir führen hier nur plastische und rekonstruktive Operationen durch, wir nehmen keine Akutfälle an. Also müssen wir keine Bereitschaftsdienste oder Nachtdienste absolvieren, außer es geht um einen Notfall nach einer Operation.

Sind hier in der Nacht Ärzte anwesend?

Ja, es sind Ärzte anwesend. Sie arbeiten in 2 Schichten von 7 bis 19:00, bzw. von 19:00 bis 7:00. Dienstübergabe ist also um 7:00 und um 19:00.

In Österreich, speziell in Wien gibt es viele Privatkliniken, in denen nachts nur 1 Arzt anwesend ist.

Hier gibt es 2 Stockwerke, das 2. und das 3., die Patienten zur Nachsorge nach Operationen, oder medikamentenpflichtige Patienten annehmen. Auf jedem Stockwerke sind durchgehend 2 Ärzte anwesend.

2 Ärzte? Das ist hervorragend! Wie viele Operationen pro Tag führen Sie durch?

Das kommt darauf an. Orthopädische Eingriffe dauern meist länger, plastische Operationen nehmen nicht so viel Zeit in Anspruch. Heut habe ich beispielsweise 2 Operationen am Plan, eine wird 4 bis 5 Stunden dauern, die andere weniger als 1 Stunde.

Werden Sie als nächstes den längeren Eingriff durchführen?

Ja, genau. Zuerst die schwierige Arbeit, dann die schnelle. (lacht)

Fast track, also (lacht). Der letzte Krieg hier in der Umgebung begann 2015. Wird die Anzahl an Patienten jetzt weniger?

Nein, eigentlich stieg sie an.

Tatsächlich?

Die Sache ist die, wir bringen immer mehr Patienten aus verschiedenen Gegenden hierher. Als Jordanien sein Grenzen geschlossen hat, konnten wir syrische Patienten nicht mehr behandeln, also kamen Patienten aus dem Jemen oder dem Irak. Es ist sehr kompliziert.

Gibt es seit der Schließung der Grenze keine Möglichkeit mehr, syrische Patienten aus Syrien hierher zu bringen?

Nun, im Zuge unseres Projektes können wir Ausnahmen machen. Wir müssen auch immer wieder Kinder behandeln, die Opfer von häuslicher Gewalt in Flüchtlingslagern geworden sind.

Die Patienten aus den Flüchtlingslagern können Sie hierher bringen?

Ja, wir können die Kriegsopfer und die Kinder holen.

Ich habe gelesen, dass Sie auch Forschungsergebnisse hier im Krankenhaus veröffentlichen?

Nicht direkt hier im Krankenhaus. Hier wird alles im Namen von MSF veröffentlicht. Es ist sozusagen das Epizentrum. Aber Veröffentlichungen sind in Planung.

Also Sie planen nur.

Ja, es gibt hier zu viele Patienten und zu viele schwierige Fälle.
Soll ich Ihnen etwas über die Patienten hier erzählen?

Ja, bitte. Über den Patienten der nächsten OP vielleicht?

Okay! Er ist 14 Jahre alt. Er wurde von einer Kugel bzw. einem Schrapnell verletzt, welches an der Seite in den Körper eingedrungen ist und die Nerven an seiner oberen Hüfte verletzt hat. Er hat sich bereits zu Hause einiger Operationen unterzogen, die jedoch alle nutzlos waren. Seine Verletzung liegt etwa ein Jahr zurück und jetzt behandeln wir ihn hier.

Und diese Operation wird 4 bis 5 Stunden dauern?

Ich hoffe, weniger. Wir wissen leider nichts über die vorangegangenen Eingriffe. Möglicherweise müssen wir mit einer Fibrose rechnen, oder anderen Wundheilungsstörungen rund um den verletzten Nerv. Wir kennen die Art der Verletzung nicht genau. Es könnte ein Schnitt sein oder eine isolierte Verletzung. Wenn wir eröffnen, sehen wir den Nerv und dann können wir eine Entscheidung über die zukünftige Behandlung treffen.

Es könnte also auch sein, dass mehrere Eingriffe nötig sein?

Nicht an ein und demselben Nerv. Möglicherweise müssen wir einen Nerventransfer durchführen, oder den verletzten Teil direkt wiederherstellen. Es kommt darauf an, was wir im Inneren sehen.

Wird auch die Rehab hier stattfinden?

Wir können Physiotherapie hier durchführen. Wir haben ein Team von etwa 10 Physiotherapeuten, die sehr gut ausgebildet sind und sich speziell mit den Verletzungen unserer Patienten sehr gut auskennen. Die meisten arbeiten schon 6 oder 7 Jahre hier und haben schon so gut wie alles gesehen.

**Das klingt sehr interessant.
Ich hoffe für Sie und Ihren Patienten, dass die Operation vielleicht doch nur 4 Stunden dauern wird.**

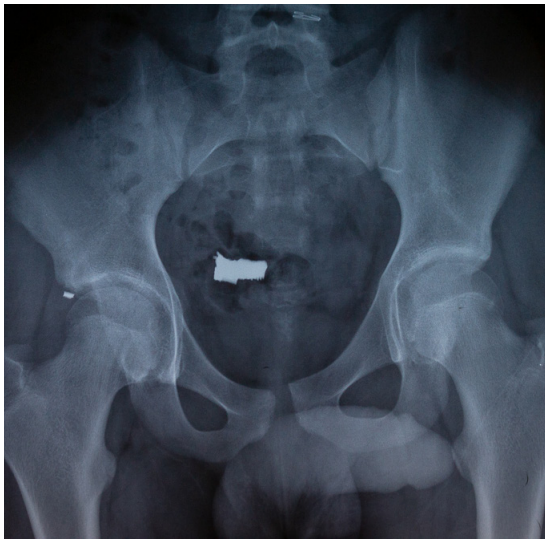
Er ist noch jung, daher besteht noch nicht so viel Muskelmasse. Also wird es vielleicht nicht ganz so schwierig. Aber ich glaube, dass es doch harte Arbeit sein wird, da die Verletzung an der Wurzel des Nervs liegt, nicht in der Mitte oder am Ende, sondern an der Wurzel.

Aber die Kugel wurde bereits in seiner Heimat entfernt?

Nein, die Kugel steckt noch immer in seinem Becken. Er hatte noch eine Verletzung im Bauchbereich, die in seiner Heimat behandelt wurde.

Und Sie werden die Kugel auch nicht entfernen?

Nein. Wir würden möglicherweise noch mehr verletzen, während wir die Kugel entfernen, also lassen wir sie wo sie ist.



Die Operation dauerte mehrere Stunden. Leider konnte dem Patienten in diesem Fall nicht geholfen werden.

Wer holt die notdürftigen Personen aus den Kriegsgebieten oder Flüchtlingscamps? Die Ärztin Dr. Israa Al Jumaily nahm sich die Zeit unsere Fragen zu beantworten.

Könnten Sie mir zunächst etwas über Sie persönlich erzählen?

Mein Name ist Dr. Israa Al Jumaily. Ich arbeite seit November 2014 an diesem Projekt mit, davor war ich im Irak tätig. Ich bin Allgemeinmedizinerin.

Und was ist Ihre Hauptaufgabe hier?

Meine Hauptaufgabe ist es, mit anderen NGOs ein Netzwerk aufzubauen, um Bescheid zu wissen, ob und wo es Menschen gibt, die unsere Hilfe benötigen. Wir arbeiten mit verschiedenen Partnern und gemeinnützigen Organisationen zusammen, um MSF sichtbarer zu machen und noch mehr Patienten behandeln zu können.

Sobald ein Patient zu uns kommt, beginnen wir mit der Evaluation, ob er bei uns auch die bestmögliche Betreuung bekommen kann und er unseren Kriterien entspricht. Sofern er den Kriterien entspricht, machen wir Fotos oder Videos, bzw. nehmen die Untersuchungen vor, die unsere Chirurgen benötigen, um eine Entscheidung über den Fall treffen zu können. Danach nehmen wir eine medizinische und chirurgische Beurteilung vor und geben die Fallakte an unser Institut weiter. Wir sind auch ein Teil der Aufnahmeabteilung. Üblicherweise schicken wir die Unterlagen auch an das Prüfungskommitee. Dieses Komitee tagt jeden Dienstag und wenn anschließend der Chirurg sein Entscheidung fällt, müssen wir dem Patienten Beschied geben. Falls der Patient von einer Organisation zu uns geschickt wurde, müssen wir natürlich auch diese informieren.

Wie darf ich mir das vorstellen? Fahren Sie dort hin? Oder rufen Sie an?

Wir haben 2 Kliniktage pro Woche, Dienstag und Donnerstag. Wenn der Patient in oder in der Nähe von Aman lebt, können wir ihn dort an einem der genannten Tage empfangen. Weiters reisen wir natürlich auch, manchmal auch direkt zu den Camps. Ich fahre meistens in dieselben Camps, am häufigsten nach Asarak. Wir möchten den Patienten den Transport vereinfachen. Viele Betroffene leiden an Verletzungen oder Schmerzen in den Beinen, somit ist es für diese sehr schwierig mit dem Bus zu fahren. Der Bus ist das günstigste öffentliche Verkehrsmittel. Wir möchten unsere Patienten nahe an ihrem Zuhause oder zumindest ihrer Heimatstadt, oder dem Camp, in dem sie sich aufhalten erreichen, um ihre Situation zu

beurteilen. Wir reisen in das Camp von Mafrak, oder die Hauptstadt Urbit, aber wenn nötig auch an jeden anderen Ort, den wir erreichen können. Wir brauchen nur einen Raum mit einfachen Sesseln und eventuell einem Bett, um den Patienten untersuchen zu können. Manchmal folgen wir den Betroffenen auch zu ihnen nach Hause, um eine Erstuntersuchung vorzunehmen. Falls der Patient für zur Behandlung gerechtfertigt beurteilt wird, arrangieren wir die Aufnahme. Entsprechend den Bedürfnissen des Patienten, den verfügbaren Betten und Chirurgen und entsprechend dem individuellen Fall, stellen wir jeden Monat einen Zeitplan für den jeweils nächsten Monat auf. Dann beginnen wir mit dem Patienten zu sprechen – über die Regeln im Krankenhaus, über seine Rechte und Pflichten. Nachdem viele Nationalitäten vertreten sind, muss man den Patienten die Regeln bewusst machen und auch, dass diese befolgt werden müssen. Beispielsweise darf im Krankenhaus nicht geraucht werden. Weiters informieren wir den Patienten darüber, wann er aufgenommen wird und wen er im Krankenhaus konsultieren wird.

Wenn der Betroffene dann in die Klinik kommt, sollte alles klar sein. Wenn der Patient entlassen wird, betreuen wir ihn üblicherweise noch 2 bis 3 Monate, bis sich der maximale Erfolg eingestellt hat. Manchmal brauchen Patienten auch einen zweiten Aufenthalt im Krankenhaus. Wir sind natürlich auch für diese Fälle und die formalen Bestätigungen zuständig. Wenn die Nachbehandlung abgeschlossen ist, geben wir dem Patienten unsere Telefonnummer und versichern ihm, auch zukünftig verfügbar zu sein, sofern Bedarf besteht.

Manchmal brauchen die Menschen in den Camps, speziell im Amfrak Camp Unterstützung beim Transport. Die Patienten halten sich oft eine lange Zeit im Krankenhaus auf, von einer Woche bis zu 4 Monaten. Sie möchten dazwischen natürlich ihre Familien sehen. Also organisieren wir über die jeweilige Organisation den Transport.

Führen Sie dann den Transport des Patienten zurück in das Camp durch, oder den Transport der Familie zum Krankenhaus?

Normalerweise nehmen wir Kontakt mit unseren Partnern in den Camps auf und bringen den Patienten ins Camp, manchmal für 2 Wochen, manchmal auch nur für ein paar Tage. Die Betroffenen brauchen die psychosoziale Unterstützung ihrer Familien.

In sehr speziellen Fällen, in denen der Patient unmöglich das Krankenhaus verlassen kann, wird die Familie mit Hilfe unserer Partner ins Krankenhaus gebracht. Dies ist dann aber nur in Form von Tagesbesuchen möglich.

Was das Saktari Camp betrifft brauchen wir eine spezielle Erlaubnis der UNHCR und des Security Teams vor Ort, falls die Familien das Camp verlassen möchten. Den Patienten selber betrifft das nicht, er kann aus medizinischen Gründen jederzeit ins Krankenhaus gebracht werden.

Zu Beginn unseres Gespräches haben Sie von bestimmten Kriterien gesprochen…

Ja, wir haben spezielle Kriterien.

Nach welchen Kriterien beurteilen Sie?

Ich weiß nicht wie viel Sie schon über unser Projekt wissen. Das Projekt wurde 2006 rund um die Bedürfnisse der irakischen Bevölkerung zu dieser Zeit gestartet. Die Situation im Irak war damals sehr schwierig, also versuchte man zu beurteilen, welcher Bedarf an plastischer bzw. rekonstruktiver Chirurgie besteht. Damals bestand ein großer Mangel. Aufgrund der gefährlichen Situation im Irak eröffnete man das Krankenhaus hier, weil hier Frieden herrscht und hoffentlich auch zukünftig herrschen wird.

Es gibt eine Liste an Operationsmethoden, die wir hier durchführen können und mittlerweile kommen nicht mehr nur Patienten aus dem Irak sondern auch aus dem Gazastreifen, dem Jemen, Syrien oder Libyen. Wir müssen nicht expandieren, aber der Bedarf ist da. Wir haben – wie schon erwähnt – eine Liste an Operationsmethoden und wir kennen die Kapazitäten unserer Chirurgen. Die Orthopädie ist ein weitläufiges

Fachgebiet. Wenn die Patienten plastische Operationen benötigen, nehmen wir diese nur im Hinblick auf Funktionalität und die Entwicklung der Funktionalität vor, nicht zu kosmetischen Zwecken. Wir behandeln keine Patienten, die nur eine kosmetische Operation benötigen würden. Wir versuchen den Mittelweg zwischen den Bedürfnissen der Patienten und unseren Möglichkeiten hier zu finden um den Patienten die bestmögliche Behandlung zu garantieren.

Wie ist das Verhältnis zwischen Patienten und verfügbaren Betten? Gibt es tatsächlich zu viele Patienten?

Nein. Üblicherweise bekommt jeder Patient, der den Kriterien entspricht auch eine Fallakte. Und es gibt eine Warteliste sowie eine Prioritätenliste – niedrige, mittlere und hohe Priorität. Es werden zunächst die Fälle mit der höchsten Priorität, dann diejenigen, die am längsten warten und schlussendlich die Fälle mit niedriger Priorität gereiht. Weiters müssen wir uns nach den Chirurgen richten, die manchmal Urlaub nehmen. Wenn z.B. der plastische Chirurg abwesend ist, müssen wir die Anzahl an Patienten und Operationen verringern. Viele Patienten brauchen nicht nur eine Operation, sondern vielleicht 2 oder 3 bis hin zu 11 weitere Aufenthalte. Somit muss der behandelnde Chirurg auch während der Wiederaufnahme verfügbar sein. Wenn ein Chirurg sehr ausgelastet ist, müssen Wiederaufnahmen auch manchmal verschoben werden. Bei neuen Fällen ist es einfacher.

Wie lange ist diese Warteliste normalerweise, ohne die Prioritätsfälle? Wie lange muss man warten? 1 Monat, 2 Monate?

Orthopädische Patienten müssen längstens 4 Monate warten. Die Patienten für die plastischen Operationen müssen etwas länger warten, da wir nur einen plastischen Chirurgen haben, im Gegensatz zu 4 orthopädischen Chirurgen. Für die kieferorthopädischen Patienten gibt es gar keine Warteliste, obwohl wir auch nur einen Kieferorthopäden haben. Die Fälle sind einfach unüblicher.

Also gibt es verschiedene Wartelisten? Orthopädische, plastische und Prioritätenlisten?

Unsere Kollegen versuchen für jeden Monat einen passenden Plan aufzustellen. Die Patienten kommen aus dem Irak, dem Gazastreifen, aus Aman, Syrien und aus Jordanien. Eigentlich sind wir vorrangig für die Patienten aus Syrien und Jordanien zuständig, aber manchmal kommen sie aus dem Irak, aus Ägypten, dem Jemen, Somalia oder dem Sudan. Manchmal werden auch Iraker oder Syrer aus der Türkei zu uns gebracht. Üblicherweise sollte jedes Land für seine Leute arbeiten – die Iraker für die Iraker, die Syrer für die Syrer. Wir behandeln hauptsächlich Jordanier, aber wir haben viele Verbindungen. Somit werden auch andere Patienten, die den Kriterien entsprechen zu uns gebracht.

Wenn Sie Ihre Arbeit hier beenden, werden Sie dann eine Pause einlegen, oder ganz aufhören? Was wird Ihr nächstes Projekt sein? Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, würden Sie in Afrika arbeiten wollen, oder in Europa?

Ich weiß es nicht. Dieses Projekt hier ist ganz anders, als viele andere Projekte und es läuft über eine sehr lange Zeit. Ich mag meine Arbeit hier bei MSF, besonders weil wir wirklich für alle Patienten da sein können, die uns brauchen. Es geht nicht um Nationalität, nicht um Religion oder um irgendwelche anderen Dinge, die Menschen voneinander unterscheiden. Das war mein Traum seit ich 1992 das Medizinstudium in Bagdad abgeschlossen habe. Damals war es mein Traum, Menschen bedingungslos helfen zu können. Der Ort, an dem ich das Gefühl hab das auch wirklich zu tun, ist MSF. Ich habe keine Zukunftspläne, weil ich eben hier arbeite. Aber wenn es wo anders einen Ort gibt, an dem ich Menschen helfen kann, werde ich es tun. Aufgrund

meiner Erfahrungen mit anderen NGOs und dessen, was ich über MSF höre, ist MSF wirklich absolut neutral. Das lässt mich gut fühlen und meine Mission hier zu Ende bringen. Selbst wenn die Mission abgeschlossen sein sollte, werde ich mit MSF weiter arbeiten – aber möglicherweise nicht im Irak.

Eine letzte Frage: Sie sagten, es gäbe Unterschiede bei den Patienten und dass Sie ihnen die Regeln im Krankenhaus erklären müssten. Gibt es wirklich so große Unterschiede?

Jeder Patient kommt aus einem anderen Land. Und selbst wenn sie aus demselben Land stammen, sind die Menschen unterschiedlich und bestehen oft auf ihre Traditionen und üblichen Handlungsweisen. Wir haben auch oft mit sehr einfachen Menschen zu tun, die wir auf einiges aufmerksam machen müssen. Wir können keine Gespräche über Politik oder Religion führen, oft nicht einmal über Fußball, weil die Leute oft so fanatisch sind. Wir wollen nicht streiten. Wir sind alle zusammen Opfer dessen, was in unseren Heimatländern passiert ist. Somit ist es nicht angebracht, im Krankenhaus darüber zu sprechen. So können wir alle unser Leben so gut wie möglich weiterleben. Wir müssen uns dessen bewusst sein. Jeder kommt aus einem anderen Land oder gehört einer anderen Religion an – die sind aber keine Themen im Krankenhaus. Wir möchten nicht, dass die Patienten sich gegenseitig verletzen, weder mit Worten, noch mit Taten. Es besteht auch die Möglichkeit sich an das Pflegepersonal zu wenden. Das sollt überall die Regel sein, nicht nur im Krankenhaus.

Ja, das sollte so sein…

Diese Leute sind Opfer ihrer Einfachheit. Wir haben diese Regeln aufgestellt, weil wir die Wahrheit kennen. Es gibt Themen, über die nicht gesprochen wird und die Patienten müssen sich an Termine halten. Wenn man einen Termin bekommen hat, muss man ihn auch wahrnehmen. Sollte jemand verhindert sein, muss er sich im Vorhinein entschuldigen, damit jemand anderer den Termin bekommen kann. Wenn man einen Termin verpasst, so ist er verloren. Manche Leute nehmen Termin nicht wahr, weil sie nichts kosten. Diese Leute verdienen unsere Behandlung nicht. Wir müssen diesen Leuten auch sagen, dass es nicht richtig ist, sich so zu verhalten. Wir haben Unterstützer, die Fonds für unser Projekt eingerichtet haben und wir wollen nicht, dass aufgrund solcher Vorfälle vielleicht die Mittel gekürzt werden.

Nur weil es nichts kostet, heißt es nicht, dass man bedingungslos gehorchen muss, aber es gibt gewisse Regeln, zum Beispiel striktes Alkohol- und Rauchverbot. Ebenso sollen die Patienten auch die vorgeschriebene Physiotherapie absolvieren. Manche Leute tolerieren diese nur schlecht.

Danke, dass Sie sich Zeit für diese Interview genommen haben und alles Gute!

Sehr gerne!

Alle Fotos (C) Katrin Schützenauer

Übersetzung von

Evelyn Widhalm

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

YIXUE

WEI LING YI
GROSSMEISTER
und YiXue Meisterschüler

WIEN
Sa 15. & So 16. Juni 2019

Fakultät für interdisziplinäre Forschung (IFF)
Schottenfeldgasse 29 / 3. Stock · 1070 Wien

'Wir leben glücklich durch Bewusstsein'

YIXUE Seminare & Events für Körper, Herz & Seele

Samstag, 15. Juni, 14 - 19 Uhr · Sonntag, 16. Juni, 11 - 16 Uhr
Seminar mit Übungspraxis und Energieübertragung
Beitrag: 36 Euro pro Tag *(Ermäßigung möglich)*
Anmeldung und Information Gabriele Wiederkehr
FON +43 650 / 51 18 767 | **EMAIL** info@zentrum-lebensenergie.at

www.yixue.de

Im Jahr 2015 wurde Manal verletzt, als eine Rakete in der nordirakischen Stadt Kirkuk explodierte. Sie hatte schwere Verbrennungen und Muskelkontrakturen an Stirn, Nacken, rechtem Ohr, Augenlid, rechtem Ellbogen und Handgelenk.

Bevor Manal nach Jordanien kam, gab es für sie keine Operation. Das Mädchen hatte Schwierigkeiten, das rechte Auge zu schließen. Es blieb beim Schlafen immer etwas geöffnet. So gab es für die 11 jährige keinen wirklich regenerierenden Schlaf.

Im Krankenhaus von Ärzte ohne Grenzen massierten die Physiotherapeuten ihr Auge und brachten ihr bei, wie dies alleine geht. Seit der Operation und der intensiven Physiotherapie kann Manal nun die Augen schließen und endlich richtig schlafen. Nun ist sie auch wieder in der Lage Melodien auf der Gitarre auszuwählen. Seit ihrer Ankunft im Krankenhaus in Amman hat die 11-jährige Manal viele Freunde gefunden. Dies geschah bei Aktivitäten die das psychoszialen Teams organisierte.

Jeden Montag, wenn Isabel, die Musiklehrerin, die jungen Patienten unterrichtet, liebt Manal es besonders, die Gitarre zu spielen.

MEDECINS SANS FRONTIERES
أطبّاء بلا حدود

DAWN OF RECOVERY
PHOTO EXHIBITION

In recognition of more than 10 years of reconstructive surgery for victims of war in the Middle East, Médecins Sans Frontières presents the photo exhibition Dawn of Recovery, with images by Alessio Mamo and words by Marta Bellingreri.

فجر الشفاء
معرض صور

بعد أكثر من 10 سنوات من الجراحة التقويمية لضحايا الحرب في الشرق الأوسط، تقدّم لكم أطباء بلا حدود إلى معرض الصور فجر الشفاء. صور أليسيو مامو وكلمات مارتا بلينغريري.

Aisha war gerade sechs Monate alt, als zu Hause in Ibb im Jemen eine umgestürzte Kerze in ihrem Bett zu lodern begann. Sie erlitt schwere Verbrennungen an der linken Seite des Gesichts und Armes.

Nach vier Operationen im Jemen wurde sie in Amman im Krankenhaus von Ärzte ohne Grenzen mehrfach plastisch operiert, um die Narben und Muskelkontrakturen zu reduzieren.

Aisha hat eine Pause von drei bis sechs Monaten zwischen jeder Operationsrunde. In dieser Zeit geht sie mit ihrem Vater zurück nach Jemen.

„Ayyoush geht es besser“, sagt ihr Vater. „Ich liebe es, sie tanzen zu sehen und wenn wir in Jemen zu Hause sind, dann tanzt sie so oft sie kann.“

Aisha oder Ayyoush, wie die Krankenschwestern sie gerne nennen, trägt immer hübsche, bunte Kleider und einen Strohhut mit Rosen auf dem Kopf.

Bei Tagesausflügen vom Ärzte ohne Grenzen-Krankenhaus zum Kindermuseum oder zu einem der vielen Spielplätze in Amman liebt das achtjährige Aisha das Sammeln von Rosen und Ballons.

Zusammen mit Noor, der Ergotherapeutin des Krankenhauses, übt Aisha, wie sie mit der linken Hand Knöpfe macht und aufhebt, Linien und Kreise zeichnet und mit der Schere schneidet.

Fotos von Allesio Mamo
Mit freundlicher Genehmigung von „MSF - Ärzte ohne Grenzen“

(C) Hanna Noori

Helfen ohne „wenn“ und „aber“

Sich selbst immer wieder in Gefahr bringend, um anderen Menschen zu helfen. Selbstlos Spendengelder und Sachspenden mit LKWs an die unterschiedlichsten Orte der Welt bringend, damit Menschen eine Überlebenschance haben. Dies ist die Geschichte von Georg Jachan.

„Meine Frau hat mich 2015 motiviert nach Nickelsdorf zu gehen, um dort mein Arabisch wieder auf Vordermann zu bringen. Ich durfte damals mit den Kremser Kollegen des Roten Kreuzes, später dann mit den KollegInnen aus Zwettl, an die Grenze, um für flüchtende Personen zu übersetzen. Zu Beginn war ich das „Mädchen für alles“, später leitete ich so manche Nacht in Wieselburg.“, beginnt Georg Jachan mit seinem Bericht. Kurze Zeit später kam es zu Versorgungsengpässen in Slavonski Brod. Die Kinder in den Camps hatten dort weder Babynahrung, noch Windeln. Der Bezirkskommandant des Kremser Roten Kreuzes stellte Georg Jachan zwei Autos zur Verfügung und schon war die erste Spendenaktion geboren. Es folgte eine Aktion nach der anderen. Durch die Transporte in Kriegsgebiete ging der gemeinsame Weg mit dem Roten Kreuz zu Ende, um so keine internationalen Projekte zu gefährden. Von hier an war der gebürtige Gföhler auf sich gestellt.

Doch dies war erst der Anfang einer Reise. Ein Rettungsauto für Norwest-Syrien (Afrin), Lebensmittel für Mossul, Medikamente für Idomeni, Kindergewand für die

Ukraine, Essensausgabe in Moria, die Liste der Aktion ist mittlerweile endlos. Es blieb nicht nur bei Sachspenden und Lebensmittel. Georg Jachan begann Krankenhäuser auszustatten oder Kinderheime zu bauen. Nebenbei hilft er den österreichischen Obdachlosen mit regelmäßigen Aktionen.

Dabei achtet er immer ganz genau, dass die kompletten Spendengelder für das Richtige ausgegeben werden, ohne dass sich jemand daran bereichert. Die Spenden werden von der Pfarre Gföhl gesammelt, die Materialspenden werden mit Freunden und Freiwilligen auf diverse LKWs verlagert. Dann geht es ab in die Krisengebiete. Oft änderte sich die Reiseroute, da Brücken oder Wege einen Tag vorher gesprengt wurden. Dies macht jede Reise zu einer neuen Herausforderung. Sicherheit gibt es nie.

„Wenn man mit Lebensmittel und Gewand Vorort auftaucht ist es nicht immer einfach. Kinder würden für eine Handvoll Schokolade töten. Da wurde mir zum ersten Mal bewusst, wie schwierig es ist Sachen zu verteilen.“ Mittlerweile ist er in seinem Tun sehr routiniert. Er kennt die wichtigen Begebenheiten und die Don’ts in anderen Ländern. Ungefährlich ist es trotzdem nicht. So wurden die Convoys in der Ukraine mehrmals beschossen und so manche Wüste im Irak oder syrischen Raum entpuppte sich als Minenfeld. „Wir waren oft genug in einer Greyzone oder mit einem Militärkaplan mitten an der Front.“

Nicht jeder Checkpoint ist erfreut einen solchen Convoy zu erblicken und oft Bedarf es großer Überredungskunst oder eine Packung Zigaretten, um weiterfahren zu dürfen. Wirkliche Regeln gab es in

Hilfsaktion Bangladesh
(C) Georg Jachan

Hilfsaktion Irak
(C) Georg Jachan

Hilfsaktion Syrien
(C) Hannah Noori

Zerstörung in den Kriegsgebieten
(C) Georg Jachan

Hilfsaktion Rumänien
(C) Georg Jachan

Hilfsaktion Mossul
(C) Hannah Noori

den meisten Ländern nie und das Elend ist der ständige Begleiter. Wie Georg Jachan diese Bilder jemals wieder vergessen könnte, ist für die meisten ein Rätsel. Seinen Ausgleich findet er mit seiner Frau, seinen Hunden und Reptilien. Gerade solchen humanitären Einsatz braucht die Welt, damit sich etwas ändert.

Spenden bitte ausschließlich über das Konto der Pfarre Gföhl

IBAN:
AT71 2027 2000 0071 9955
BIC:
SPZWAT21XXX

Wandern mit Blutkrebs

Anlässlich des „World Blood Cancer Day" am 28. Mai brachen Betroffene und deren Angehörige gemeinsam mit Experten zu einer Wanderung im Lainzer Tiergarten auf. Dabei ging es um einen Informationsaustausch, der den Umgang mit der Krankheit erleichtern soll und gleichzeitig den Wert einer gut erhaltenen Fitness betont. Veranstaltet wurde das erste Info-Angebot dieser Art von der Myelom- und Lymphomhilfe Österreich und Abbvie.

Die Diagnose Blutkrebs trifft die Betroffenen und ihre Angehörigen meist völlig unerwartet und unvorbereitet. Sie sind unsicher, was auf sie zukommt. Deshalb bekräftigt Elfi Jirsa, Präsidentin der Selbsthilfegruppe „Myelom- und Lymphomhilfe Österreich" die Notwendigkeit einer intensiven Arzt-PatientenKommunikation: „Vertrauen und das Gefühl, gut aufgehoben zu sein, spielen eine große Rolle. Der Betroffene muss Fragen stellen und auch Antworten bekommen. Denn Blutkrebs ist eine das Leben verändernde Erkrankung und darauf müssen sowohl der Betroffene als auch sein Umfeld vorbereitet werden."

Direkter Draht zu Experten

Der Kontakt zwischen Betroffenen, Angehörigen und Experten fand in einem gesundheitsfördernden Setting statt, denn der Erhalt der Fitness ist bei Blutkrebserkrankungen für einen positiven Krankheitsverlauf entscheidend. Deswegen standen Bewegung, Fitness und gesunde Ernährung bei der Blutkrebswanderung durch den Lainzer Tiergarten ebenso im Fokus wie persönliche Gespräche. Die Teilnehmer hatten die niederschwellige Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich auszutauschen. Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen widmeten sich dabei den Anliegen der Betroffenen und gaben Tipps für einen positiven Umgang mit der Krankheit.

Als Ansprechpartner zur Verfügung standen Univ.-Prof. Dr. Heinz Ludwig (Leiter des Wilhelminenkrebsforschungsinstituts, ehem. Vorstand der I. Medizinischen Abteilung im Wilhelminenspital Wien), Mag. Philipp Schützl (Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe im AKH Wien), Markus Golla, BScN (Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Studiengangsleitung FH Krems im Bereich Gesundheits- & Krankenpflege) sowie Mag. Béatrice Drach, MPH (Sportwissenschaftliche Beratung).

Tipps für die eigene Gesundheit

Univ.-Prof. Dr. Heinz Ludwig gab den Betroffenen Ratschläge, wie sie selbst den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen können: „Die Frage, was jeder einzelne tun kann, um sich gesund zu halten, bleibt trotz der rasanten Fortschritte in der Krebstherapie von überragender Bedeutung. Positive menschliche Interaktionen – also Liebe in jeder Form – gehören zu jenen Elementen, die sich vorteilhaft auf die körperliche und geistige Gesundheit auswirken können." Prof. Ludwig nennt zudem eine optimistische Lebenseinstellung, lustvolle Bewegung, eine vernünftige Ernährung sowie die unaufhörliche Auseinandersetzung mit der Welt und sich selbst als weitere Faktoren, die man in Eigenverantwortung forcieren kann. Abschließend betont Mag. Ingo Raimon, General Manager des Mitveranstalters AbbVie Österreich, den Zweck der Veranstaltung: „Der Patient steht für uns immer im Mittelpunkt – nicht nur bei der Therapie, sondern auch bei allen krankheitsbegleitenden Maßnahmen. Leider wird dieser Aspekt oft noch unterschätzt. Aktionen wie diese sollen helfen, das Leben der Betroffenen – und nicht nur ihre Krankheit – in den Mittelpunkt zu rücken."

Myelom- und Lymphomhilfe Österreich

www.myelom-lymphom.at/

Eine Reise in das Anderland

Ein ethnologischer Blick auf die Menschen mit Demenz.

Man kann auf sehr unterschiedliche Art und Weise in ein fremdes und unbekanntes Land reisen. Als Tourist, der den Einheimischen nicht allzu nahe kommen will und sich in eine All inclusive Anlage zurückzieht, als Eroberer, der die Rechte der Einheimischen außer Kraft setzen, als Entwicklungshelfer, der die Menschen aus ihrem Elend herausholen, als Missionar, der sich um das Seelenheil kümmern will. Oder als Ethnologe, also als Völkerkundler, der ein fremdes Land betritt und sich von der Andersartigkeit faszinieren lässt. Er staunt, er reagiert, er macht mit und vor allem: er beobachtet und versucht sich in die fremden Sinnzusammenhänge hineinzuarbeiten.

Der Ethnologe löst sich von den Ansichten und Gewissheiten seines Herkunftslandes. Wenn er Normalien hinter sich lässt, dann löst er sich von der Welt der Rationalität, der Logik, der Funktionalität, der Plan- und Berechenbarkeit, der Nützlichkeit, der Zweckmäßigkeit und der Zielgerichtetheit. Er lässt die Schönheiten von Anderland auf sich wirken: Fantasie, Traumhaftes, Poesie, Zweckfreiheit, Spielerisches, Kindhaftes, Sinne und Sinnlichkeit und Gefühle. Wenn ihm dieser Wechsel gelingt, und dazu bedarf es keiner großen Anstrengung, denn die andere Lebenswelt existiert – leider unbeachtet und wenig geschätzt - auch in Normalien, dann wird ihm schnell klar, dass in Anderland Personen und Persönlichkeiten leben, für die der Verstand nicht alles ist.

Die Anderländer sind in der Lage mit ihrem Alltag ganz gut zurecht zu kommen, sie wissen, was ihnen gut tut, sie sind um ihr Wohlbefinden bemüht sind und sie besitzen zum Erstaunen vieler Normalier sogar Resilienz, also Bewältigungsstrategien, um mit dem Verlust des Verstandes leben zu können.

Der Verfasser dieses Artikels kann das mit Dokumentationsaufnahmen aus Anderland belegen. Dabei hat er bei seinen Forschungen einen ziemlich einfachen Trick angewendet: Er hat die Menschen nicht abgeholt, wo sie standen, um sie irgendwo hinzubringen, wo sie gar nicht hin wollten, vielmehr ist er ihnen dort begegnet, wo sie sich befanden.

Anderland ist ohne Zweifel ein faszinierendes Land, aber leider ist es so, dass der Aufenthalt für einen Menschen aus Normalien dort nicht immer ganz einfach ist. Die Anderländer können nämlich, wenn man einmal ihr Vertrauen erworben hat, sehr anhänglich sein. Dann suchen sie ständig Nähe und Geborgenheit und natürlich wissen sie, wie sie beides einklagen können. Diese Eigenschaft überfordert viele Reisende und dann, wenn sie nicht aufpassen, überschreiten sie schnell die Grenze ihrer Belastbarkeit und fangen an zu leiden.

Deshalb sollte man es zumindest am Anfang bei kürzeren Besuchen belassen. Bei längeren Aufenthalten in Anderland empfehlen sich regelmäßige Unterbrechungen, damit man in Normalien Kraft für den nächsten Besuch tanken kann.

Ob eine kurzer oder langer Aufenthalt, Anderland ist auf jeden Fall eine Reise wert.

Autor

Erich Schützendorf
Referent und Autor, war bis zu seiner Pensionierung 40 Jahre Fachbereichsleiter für Fragen des Älterwerdens an einer deutschen Volkshochschule, Lehrbeauftragter für Soziale Gerontologie und Dozent an Fachseminaren für Altenpflkege.

ENI2019

European Nursing Informatics

HOCHSCHULE FLENSBURG
5. - 6. SEPTEMBER 2019

Brücken bauen - Grenzen überwinden
Innovationen in der ambulanten und stationären Pflege

CALL FOR ABSTRACTS

WWW.KONGRESS-ENI.EU

hpsmedia

IEMG
Institut für eHealth und Management im Gesundheitswesen

Hochschule Flensburg
University of Applied Sciences

Foto: Pressestelle Hochschule Flensburg

Zehn Zentimeter Zucker

Frau M. sitzt in einem Lagerungssessel auf dem Gang – auf einer internen Abteilung, irgendwo in einem Klinikum – irgendwo in Österreich. Genau dort, wo es immer so viel Arbeit gibt, und wo die Zeit zum Reden kurz geworden ist.

Frau M. ist schon angekleidet, denn sie wird heute entlassen. Ihre wenigen Habseligkeiten stehen in einem Plastikbeutel neben dem Lagerungssessel.

Vor Frau M. ist ein Tischchen montiert. Ein Schnabelbecher steht vor ihr, gefüllt mit kühlem Wasser. Sie ist dement und das, was sie sagt, ergibt nicht immer Sinn. Und manches Mal erzählt sie von früher – und dem, was sie gemacht hat. Aber, nur selten hört ihr jemand zu.

Keiner weiß zu sagen, wer Frau M. das Stück Gugelhupf gebracht hat. Auf einer Serviette liegt die gelbliche flaumige Köstlichkeit vor ihr – am Rand mit Schokolade überzogen. Freudig nimmt sie die Süßigkeit, leert mit großem Ernst Wasser aus dem Schnabelbecher darüber, bis sich die Mehlspeise vollgesogen hat – und klatscht mit den Fingern andächtig auf die Oberfläche.

Als sie von der Pflegeassistentin Sonja entdeckt wird, lächelt sie zufrieden. Ihr Gesicht ist voll mit Schokolade und auch an ihren Händen und unter ihren Fingernägeln kann man die dunkle Leckerei finden.

Rasch ist eine Waschschüssel geholt und vorsichtig entfernt die Pflegende das Kuchenstück, das nun leider nicht mehr für den Verzehr geeignet ist.

„Haben Sie genug gegessen?“, fragt Sonja, während sie mit warmem Wasser und einem Waschlappen die Wangen der Patientin säubert.

„Ich hab das erste Stück gegessen, aber mehr kann ich nicht“, behauptet Frau M.

Hatte sie tatsächlich zwei Stück gehabt?

Die Pflegende entsorgt den Kuchenrest und beginnt auch mit dem Reinigen der Hände.

„Wer hat denn diesen Gugelhupf gemacht?“, fragt sie, um mit der

(C) 5ph

(C) New Africa

Patientin ins Gespräch zu kommen.

„Ich“, behauptet die Patientin stolz – obwohl das wohl kaum stimmt.

„Ah, haben Sie ein gutes Rezept?“, fragt Sonja.

„Ja… ein ganz gutes“, Frau M. strahlt. „Eines, mit acht Eiern.“

„Mit acht Eiern? Da haben Sie sicher eine große Gugelhupfform“, beide grinsen.

„Eine ganz große Form hab ich. Für einen Gugelhupf, wenn alle am Sonntag heimkommen“, verrät die Patientin.

„Wow“, Sonja ist beeindruckt. „Ein Gugelhupf mit Germ oder Backpulver?“

„Mit Backpulver“, sagt Frau M. und ihre Augen leuchten. „Dann kommt Mehl dazu. Vierzig.“

„Vierzig Dekagramm Mehl?“, will Sonja wissen.

Frau M. nickt. „Und Zehn Meter Zucker.“

„Zehn Meter Zucker? Wirklich? Das ist aber sehr süß“, Sonjas Mundwinkel wandern eindeutig ein wenig nach oben.

Wieder nickt Frau M., schüttelt aber sofort den Kopf.

„Nein, nicht Meter. Ich bin so zerstreut. Nein, natürlich zehn Zentimeter Zucker.“

Die Praktikantin, die sich zu Sonja und Frau M. gesellt hat, schüttelt den Kopf.

Sonja schaut nachdenklich. „Haben Sie das abgewogen oder haben Sie mit einem Maß gearbeitet?“, fragt sie endlich.

„Ich habe ein Küchenmaß zu Hause“, bestätigt Frau M.

Sonja erinnert sich daran, dass ihre Großmutter ein Gefäß zum Abmessen von Flüssigkeiten verwendet hatte. Sie hatte sich als Kind immer gefragt, wozu das Gefäß innen so viele Striche gehabt hatte. Konnte es sein, dass Frau M. die Menge des Zuckers darin gemessen hatte?

Die Patientin nimmt das Gespräch wieder auf. „Dann soviel (sie zeigt etwa einen Zentimeter mit dem Zeigefinger und Daumen ihrer rechten Hand) davon und dann noch einmal zehn Zentimeter Zucker.“

„Wovon so viel?“, fragt Sonja und wiederholt die Geste. „Milch, Backpulver, Vanillezucker, Zitronenschale, Butter? Wovon?“

„Mhm“, antwortet Frau M. „Das alles.“

„Alles gut verrühren. Und die Schokolade kommt nicht drauf, sondern rein“, erklärt die Patientin weiter und ist endlich ganz in ihrem Element. „Vorher mit ein wenig Butter schmelzen lassen und wenn sie wieder hart ist, in die Masse hinein geben. Alles fest rühren, bis die Schokolade zu kleine Stücken zerbrochen ist. Die Stückchen werden gut im Teig verteilt.“

„Blödsinn“, murmelt die Praktikan-

tin.

„Wieso muss die Schokolade vorher weich gemacht werden?“, will Sonja wissen.

„Weil sie dann besser zerfällt“, behauptet Frau M.

Es entsteht eine kleine Pause, bevor Sonja fragt. „Weil… Sie Kochschokolade verwendet haben?“

„Genau.“ Frau M. lächelt vor sich hin.

Nun beginnt sie, ihre Hände unkontrolliert vor sich zu bewegen.

„Und dann machst du … das so, und so…“, murmelt Frau M.

Die Bewegungen ergeben keinen Sinn und passen nicht zum vorangegangenen Gespräch.

„Ich glaub, das Rezept probiere ich aus“, sagt Sonja. „Dankeschön.“

Frau M. lächelt und ihr Blick geht ins Leere.

„Das… war doch alles Blödsinn, oder?“, fragt die Praktikantin.

Sonja nimmt die Waschschüssel und entfernt sich von Frau M.

„Zehn Zentimeter Zucker?“, die Praktikantin schüttelt den Kopf. „Das ergibt doch keinen Sinn.“

„Doch, das könnte schon richtig sein“, bestätigt Sonja. „Im Ernst, ich wette, das ist ein tolles Rezept… Wir brauchen nur noch sehen, wie viel Butter da hineingehört und vielleicht ein wenig den Zucker reduzieren. Der Rest sollte eigentlich passen“, sagt sie und nimmt sich vor, dieses Rezpet auszuprobieren.

Erklärung:

Das Küchenmaß ist ein altes ursprünglich auf ein regionales Maß um Leipzig beschränktes volumenmaß. Es fand sich im Mehlhandel.

1 Küchenmaß galt als eine halbe „Leipziger Metze“ (was „2/4 preußischer Metze“ oder 128 ½ Pariser Kubikzoll entsprach) Das sind 2 9/11 Liter.

Autorin

Gudrun Kalchhauser, MSc
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium ANP an der Donau-Universität Krems 2017 beendet; Sonderausbildungen Palliative Care und Psychoonkologie; seit 2006 auf der Radioonkologie am Universitätsklinikum Krems; seit 1996 freiwillige Mitarbeiterin bei Roten Kreuz; Lehrsanitäterin seit 1998; Erarbeitung der Lehrunterlagen EH-Spezial (Menschen mit geistiger Behinderung); international drei Mal in Indien tätig gewesen; Buch: „Weil es dich gibt“ (richtet sich an pflegende Angehörige)

LESERBRIEF

Sehr geehrte Redaktion!

Als in der forensischen Psychiatrie in der Schweiz tätige Pflegefachpersonen, haben wir die Ausgabe: ‚Pflege Professionell Frühling 2019' mit Freude zur Kenntnis genommen. Es ist schön, dass einem kleinen aber wichtigen Arbeitsfeld der psychiatrischen Pflege ein ganzes Heft mit unterschiedlichsten Aspekten gewidmet wird.

Besonderes Interesse hat der Beitrag „ Das Pflegefachpersonal als Rückgrat der forensischen Psychiatrie" geweckt.

Diesen Beitrag wollen wir zum Anlass nehmen, um einen fachlichen Diskurs über das Selbstverständnis der in der forensischen Psychiatrie tätigen Pflegenden anzustossen. In dem Beitrag wird die „Produktion von Sicherheit" (S. 31 Abs.2) als eine der wichtigsten Aufgabe der forensischen Psychiatrie beschrieben. Dies geschähe einerseits durch eine rückfallverhindernde Therapie und andererseits durch den Schutz der Bevölkerung vor gewaltbereiten Patienten. Die Aufgaben der Pflegenden bestünden im Management der Station, in der Gestaltung eines therapeutischen Milieus (S.32, Abs.7) und in der Verantwortung für die Sicherheit auf der Station. Und in der Tat gehört dies zu den Aufgaben der Pflegenden in der forensischen Psychiatrie. Leider wird hier einseitig der Aspekt der Gefährlichkeit von Patientinnen und Patienten betont, während ihr Leiden z.B. ihre doppelte Stigmatisierung als Menschen, die eine Straftat begangen haben und psychisch erkrankt sind, nicht in den Blick genommen wird. Dies ist für die angestrebte Resozialisierung aber ein sehr bedeutender Faktor, auf den nicht nur die psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen sondern auch die Pflegenden mit ihrer Arbeit Einfluss nehmen z.B. im Rahmen der pflegerischen Beziehungsgestaltung, der Steuerung des Pflegeprozesses, des Einbezugs bedeutsamer Dritter , der Nutzung personenzentrierter Konzepte wie Recovery-Orientierung, Empowerment, Shared Decision-Making (expl Drennan 2014, Trost 2018). Neben der dyadischen Pflegebeziehung nutzen die Pflegenden dazu auch die Gestaltung des therapeutischen Milieus, wobei die Sicherheit auch eine wichtige Rolle spielt. Anders als in dem oben genannten Beitrag dargestellt, geht es aber nicht nur um die physische Sicherheit also den Schutz vor möglicherweise auftretender Gewalt, sondern auch um die psychische Sicherheit. Eine von Shepherd und Kollegen (2016) durchgeführte Metasynthese zeigt auf, dass die empfundene Sicherheit, die sich sowohl in der physischen Umgebung als auch in stabilen therapeutischen Beziehungen widerspiegelt, von zentraler Bedeutung für die persönliche Recovery von forensischen Patientinnen und Patienten ist. Die empfundene Sicherheit in diesem Sinn, ist mehr als nur der Schutz körperlicher Unversehrtheit. Neuere Publikationen zum Thema Milieugestaltung (Delaney 2018) greifen genau diesen Aspekt auf und beschreiben die Notwendigkeit, dass Pflegende- in allen psychiatrischen Milieus-, über Wissen zu Konzepten wie traumainformed care (Isobel & Edwards 2017) verfügen, um die Erfordernisse psychologischer Sicherheit besser zu verstehen.

In derlei Konzepten und Interventionsmöglichkeiten spiegelt sich also eine grundlegend andere Haltung wider als in dem eher tradierten Verständnis, das in dem Beitrag „ Das Pflegefachpersonal als Rückgrat er forensischen Psychiatrie" transportiert wird.

Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen Leserbrief veröffentlichen würden, so dass sich eine fachinhaltliche Diskussion zum Selbstverständnis der Pflegenden in der forensischen Psychiatrie entwickeln kann.

Freundliche Grüsse, im Namen der Fachverantwortlichen Pflege in der Klinik für Forensische Psychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel,

Dr. Susanne Schoppmann
Psychiatrische Pflegefachfrau und Pflegewissenschaftlerin
Abteilung Entwicklung & Forschung Pflege, MTD & Soziale Arbeit

AutorInnen: Marianne Müller
Seiten: 300 Seiten
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
ISBN: 978-3456859507

Statistik für die Pflege
Handbuch für Pflegeforschung und Pflegewissenschaft

Das instruktive und erfolgreiche Handbuch führt Pflegestudierende und -dozierende verständlich in die Statistik und ihre Teilgebiete ein. Die erfahrene Dozentin für Datenanalyse erläutert, was Statistik ist, wozu es Statistik braucht und wieso sie anspruchsvoll ist. Sie beschreibt anschaulich die Grundlagen der Datenanalyse in der Pflegewissenschaft und ihre Bedeutung im Zeitalter von „Big Data“. Detailliert stellt sie Teilgebiete und Elemente der Statistik dar, von der deskriptiven Statistik, Planung einer Studie und Wahrscheinlichkeitsmodellen über Schätzungen, Tests, kategorielle Daten bis hin zu Regressions- und Varianzanalysen. Das Buch schließt mit ergänzenden Kapiteln zu Reliabilität und Validität, Hauptkomponenten- und Faktorenanalysen sowie häufigen Methoden und Fehlern in der Statistik.

In der zweite Auflage wurde, nebst Korrekturen und Aufwertungen des Layouts, Lösungen zu allen im Buch angeführten Aufgaben angefügt. Die Themen Skalenbildung und Mehrebenenmodelle wurden vertieft und ein Unterkapitel zum Thema Metaanalysen ergänzt. Cartoons mit Lupita und literarische Wortspiele mit Anagrammen bieten neben der komplexen Materie der Datenanalyse einen alternativen Zugang zur Welt der Statistik.

Persönliches Fazit

Schon wieder ein Statistikbuch für die Pflege? Im ersten Moment denkt man sich „Nicht noch eins“. Bei den meisten Statistikbüchern hat man eher das Gefühl, man brauche im Vorfeld einen Bachelorabschluss in Mathematik. Doch wer sich mit der Materie auskennt, der wird dieses Werk wertschätzen. Von Beginn an werden die grundlegendsten Sachen einfach erklärt. Was sind relative Häufigkeiten? Wie sieht eine Normalverteilung aus? Wie berechnet sich der Mittelwert? Dies wäre in der Masse der Bücher natürlich nichts besonderes. Doch dieses Werk bietet einfach mehr. Punkte wie BIAS, Mehrwegvarianzanalysen oder die Berechnung vom Crohnbach Alpha wird nur in wenigen Büchern erklärt und dies ist nur ein kleiner Bruchteil, den dieses Werk einfach und sinnvoll erklärt. Es wird das große Ganze in der Forschung und Statistik erklärt. In nahezu jedem Kapitel finden sie Auszüge aus dem SPSS, Übungsbeispiele und jede Menge Grafiken.

Damit ist dieses Werk kein Sammelsurium an mathematischen Formeln, sondern ein Begleitwerk, um sich in der Wissenschaft zurechtzufinden. Die neuen Unterkapitel erweitern diese Publikation um neue wichtige Themen, da man auf jeden Fall verstehen sollte. Fazit: Ein wichtiges Werk, wenn sie den Weg der Forschung und Wissenschaft gehen. (MG)

Spurenlesen im Sprachdschungel
Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen

Demenz schränkt neben den Gedächtnisleistungen und der Orientierungsfähigkeit auch die verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit ganz erheblich ein: Demenzkranke Menschen haben Wortfindungsstörungen und Verständnisprobleme. Einige erfinden Geschichten, um ihre Gedächtnislücken zu vertuschen, andere wiederholen sich ständig. Viele Menschen mit Demenz durchschauen uns, wenn wir etwas vor ihnen verbergen wollen. Einige reagieren aufgeregt und aggressiv, weil sie unsere Körpersprache missverstehen. Und bei fast allen übertragen sich nonverbale Anzeichen für Stress, schlechte Laune und Aufregung. Wie kann man das vermeiden? Und wie kann man ohne zusätzlichen zeitlichen Aufwand gute Beziehungsarbeit leisten und gegenseitige Verständigung herstellen? Das Praxishandbuch der erfahrenen Kommunikationstrainerin und -forscherin Svenja Sachweh vermittelt Pflegenden und allen anderen, die täglich mit demenzkranken Menschen arbeiten, an Hand von authentischen Gesprächsausschnitten und Bildern aus der Altenpflege, wie sie effektiv mit den Betroffenen kommunizieren und schwierige Situationen meistern können. Die zweite überarbeitete Auflage wurde um Kapitel zum Motivieren von Menschen mit Demenz erweitert, um neue Beiträge zu den Themen Trösten, kreative Konfliktlösungen, Dialekt und Demenz ergänzt und bezüglich des Umgangs mit Wahrheit und Scheinwelten vertieft.

Autorin: Svenja Sachweh
Sprache: Deutsch
Umfang: 448 Seiten
Verlag: Hogrefe
ISBN: 978-3456857497

Persönliches Fazit

Die Kommunikationsbücher für die Betreuung und Pflege bei Menschen mit Demenz scheinen dieses Jahr aus dem Boden zu sprießen. Doch dies ist eines der Werke, welches sich bei den Neuerscheinungen von anderen abhebt. Das Werk erläutert auf den ersten Seiten Basisinformationen im Bereich Gehirn und eingeschränkte Gehirntätigkeiten bei Demenz. Das Kapitel „Veränderungen der verbalen Kommunikationsfähigkeit“ präsentiert ausgiebig die Problematik und kombiniert dies mit kleinen Kommunikationsbeispielen und einer großen Sammlung an visuellen Beispielen. Doch die nonverbale Kommunikation hat ihr eigenes Kapitel erhalten. Auch hier wurde wieder mit einer großen Bilderreihe die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz visuell gearbeitet. Der zweite Teil des Buches erörtert wissenswertes im Bezug auf herausfordernde Situationen und Konfliktpotentialen. Wissenschaftliche und praktische Erkenntnisse werden in dieser Publikation zusammengeführt. Kommunikationsmethoden (ROT, Validation, u.a.) werden ausführlich erklärt und nicht in den Himmel gehoben, sondern kritisch bewertet.

Das neue Kapitel „Motivation“ begeistert hierbei mit zahlreichen Beispielen aus der Praxis. Fazit: Wenn sie mit Menschen mit Demenz arbeiten sollte sie auf jeden Fall diese Publikation nicht in ihrer Sammlung fehlen. (MG)

Herausgeber: Manuel Trachsel
Verlag: Hogrefe Verlag
Seiten: 152 Seiten
Sprache: Deutsch
ISBN:9783456858586

Nicht verzagen trotz Muskelhypotonie

Perspektiven bei Entwicklungsverzögerungen

Muskelhypotonie bzw. eine Entwicklungsverzögerung kann beispielsweise vorkommen, wenn es sich um ein Frühchen handelt, oder bei Kindern mit Anpassungs-, Bewegungsstörungen und bei genetischen Syndromen. Dieses Buch gibt einen höchst professionellen und empathischen Einblick in die Diagnose Muskelhypotonie und Entwicklungsverzögerung. Die berufliche oder familiäre Interaktion mit muskelhypotonen entwicklungsverzögerten jungen Menschen ist besonders anspruchsvoll und erfordert Erfahrung, Verständnis, Ruhe und das Gespür für das optimale Timing von allen Beteiligten. Durch die Darstellung von persönlichen Fallbeispielen in Kombination therapeutischen Handlungsweisen, praktischen Tipps und Hilfs- bzw. Fördermittel für den Alltag ist dieses Buch eine absolute Bereicherung. Weiters gibt es Antworten auf Fragen, mit denen sich die betroffenen Familien früher oder später beschäftigen werden müssen. Zudem schenkt es einem Mut in sein eigenes Gespür und Vertrauen in seine eigene Wahrnehmung. Da die liebevolle Zuwendung zum Kind in den Mittelpunkt des Handelns gestellt wird, werden Familien aufgefangen und erlangen Verständnis für die besondere Situation des Kindes.

„Muskelhypotonie bedeutet nicht das Ende einer sensomotorischen Entwicklung, sondern steht am Anfang eines langsamen Weges.“ (Seiler, 2017)

Aufbau des Buches

Das Buch wurde in neun Kapitel eingeteilt. Hierbei wurde folgende Bereiche unterteilt „Frühe Störungen werfen lange Schatten“, „Muskeltonus, Vitalität und Antriebsschwäche“, „Eltern auf der Suche nach Antworten“, „Auf den Stufen des Emporkommens“, „Zwischen Vermutung und Schockdiagnose“, „Die schwierige Eingliederung in Kita und Schule“, „Therapien bei Muskelhypotonie“, „Erprobte Tipps von Eltern“ und „Kleines Wörterbuch zur Entwicklungsverzögerung“.

Persönliches Fazit

Dieses Buch ist absolut empfehlenswert für alle die mit Muskelhypotonie bzw. Entwicklungsverzögerung zu tun haben, da es sowohl ein Sachbuch für Ärzte, Therapeuten und Pädagogen ist als auch ein verständlich zu lesender Ratgeber für Familien mit besonderen Kindern.

Über die Autorin

Christiane Seiler ist Ergotherapeutin, Castillo Morales®-Therapeutin, Bobath-Therapeutin, Dozentin für Berufe im Gesundheitswesen und Autorin zum Thema „Muskelhypotonie und Entwicklungsverzögerung“. Dieses Buch ist ihr mittlerweile drittes Werk zu diesem Thema und entstand aus dem Erfahrungsschatz jahrzehntelanger neurophysiologischer Frühbehandlung von Kindern mit Muskelhypotonie und der Elternbegleitung von Kindern mit und ohne genetische Syndrome. (M.Seiringer)

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Pflegende sind täglich mit herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz konfrontiert, welche die Lebensqualität von Angehörigen, Pflegenden und Betroffenen selbst beeinträchtigt. Herausfordernde Verhaltensweisen zeigen sich u.a. als Apathie, Agitiertheit, Aggression, Kotschmieren, Urinieren, Schlaf-Wach-Rhythmus-Umkehr, Schreien und Rufen oder Bewegungsunruhe. Um mit ihnen angemessen umgehen zu können, muss man sie verstehen. Das Praxishandbuch:

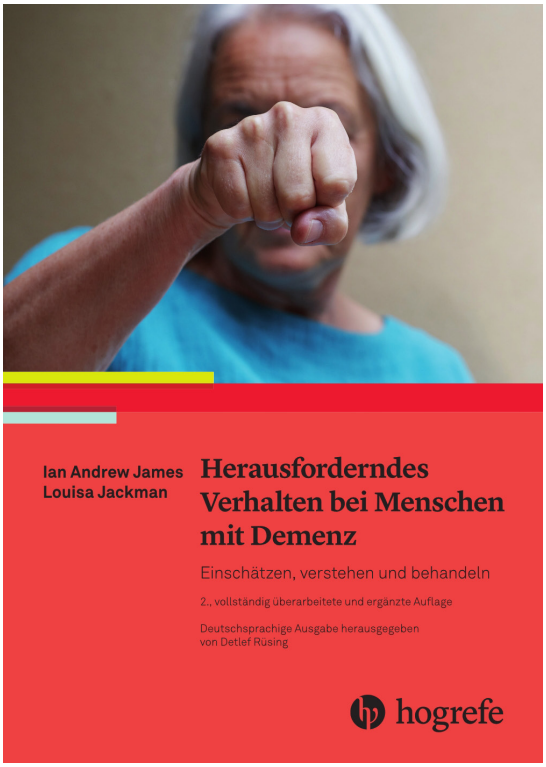
- bietet eine detaillierte Darstellung aggressiver und nicht aggressiver herausfordernder Verhaltensweisen
- stellt anschaulich mit Modellen und Beispielen dar, wie herausfordernde Verhaltensweisen eingeschätzt und erklärt werden können
- analysiert und kritisiert die Rolle und den Einsatz von Neuroleptika bei Demenzen
- gibt einen Überblick über mögliche psychologische und nicht-pharmakologische Interventionen, wie Aromatherapie, Bewegung, Musiktherapie, Psychotherapie, Realitätsorientierung, Reminiszenztherapie, sensorische Stimulation und kognitive Anregung, tiergestützte Therapie, Werkzeugkisten-Ansatz sowie Umgebungsanpassung und Verhaltensmanagement.

Die zweite, vollständig überarbeitete Auflage wurde um neuere Studien und Praxisrichtlinien erweitert. Neue Kapitel über kontroverse Themen im Verhaltensmanagement von Menschen mit Demenz wurden ergänzt, wie z.B. Lügen und Täuschen, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Sexualität und LGBT-Themen, tiergestütze Therapie, Gewalt und Rassismus gegenüber Teammitgliedern.

Persönliches Fazit:

Darf man einen Menschen mit Demenz anlügen, um ihn von dort abzuholen wo er ist? Was bringt der Einsatz von Puppen oder macht dies keinen Sinn? Fixierung bei Menschen mit Demenz, was löst sie aus und was muss man beachten. Fragen die dieses Buch erneut perfekt beantwortet. Das Werk bietet ein Samnmelsurium an wichtigen und essentiellen Informationen zum Thema „Verhalten bei Menschen mit Demenz“. Hierbei werden nicht nur die menschlichen und pflegerischen Aspekte beleuchtet, sondern informieren auch über Entscheidungsprozesse bei relevanten Themen.

Die Publikation zeigt durch regelmässige Fallbeispiele, dass es sich hier nicht um ein theoretisches Werk, sondern ein praxisnahes Begleitwerk für den Alltag handelt. Zahlreiche Assessments und Fragebögen geben der Leserschaft das notwendige Werkzeug, um eine Veränderung in ihren Alltag zu bringen. Fazit: Auf jeden Fall lesenswert und informativ. (MG)



AutorInnen: Ian Andrew James, Louisa Jackmann
Seiten: 264 Seiten
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
ISBN: 978-3456858265

Zeit für Pflege

4. Pflegesymposium Pflege Professionell

32 Vorträge aus den Bereichen „Beruf Pflege & Handlungsfelder 2020“, „Pflegende Angehörige / Zugehörige & Demenz“, „Hauskrankenpflege & Caremanagement“, „Pflegemanagement“, „Sonderausbildungen & Ausbildungen der Zukunft“ und „ANP“ mit internationalen Vortragenden, Überraschungsgästen, VR Pflege Raum

inkl Podiumsdiskussion, Medizin/Pflegekabarett u.v.m.

TAGESKARTEN oder SYMPOSIUMSKARTEN!

imc | FH KREMS UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

6./7.Nov 2019

Programm & Anmeldung

www.pflege-professionell.at