Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Herbst 2019

Wie steht die österreichische Politik zum Pflegeberuf?

Welchen Wert hat Pflege?
Ist Pflege am Ende?

Was bringt die Zukunft?
Haben wir Einfluss darauf?

imc | FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

#kremsgenial studieren

Bachelor-Studium

Gesundheits- und Krankenpflege

- 2.300 Praxisstunden sind fester Bestandteil des Studiums.
- In der Regel können unsere Absolventinnen und Absolventen aus 2-3 Jobangeboten wählen.
- 98% unserer Absolventinnen und Absolventen empfehlen uns weiter.
- 30% der Studierenden absolvieren einen Teil ihres Praktikums im Ausland.

www.fh-krems.ac.at

BILDUNG & MANAGEMENT

05 **Pflege und VR**
Natalie Horvath, BSc. MA.

13 **Berufliche Pflege ist wertvoll!**
Prof.$_{in}$ Dr.$_{in}$ Angelika Zegelin

17 **Managementkompetenz trifft auf Pflegemanagement**
Dr. Christian Pirker

23 **Beatmung – die lukrativste Form des Sauerstofftransports**
Dr. Matthias Thöns

28 **Health for future - Neue Aktionsbündnis für Gesundheitsberufe**

GESUNDHEITSPOLITIK

29 **Ing. Norbert Hofer (FPÖ)**

33 **Mag. Werner Kogler (Die Grünen)**

37 **Sebastian Kurz (Die neue Volkspartei)**

41 **Dr. Ivo Hajnal (KPÖ)**

45 **Dr. Peter Pilz (JETZT)**

50 **Mag.$_{a}$ Beate Meinl Reisinger (NEOS)**

55 **Dr.$_{in}$ Pamela Rendi-Wagner (SPÖ)**

59 **Fayad Mulla (Wandel)**

RÜCKBLICK

63 **Wenn wir es nicht ändern...**
Markus Golla, BScN

FACHWISSEN

69 **Vulnerabilität in der professionellen Pflegebeziehung**
Mag.$_{a}$ Dr.$_{in}$ Berta M. Schrems

73 **Pflege ist Psychoonko - logisch?!**
Mag.$_{a}$ Marlene Pfeifer-Rabe

77 **Fieber bei Kindern**
Brigita Schwarz, BScN MSc

87 **Erinnerungslücken schließen**
Anna Sophie Gruber BScN
Petra Schuhmacher, BScN MScN

93 **Christoph‘s Pflegecafe**

95 **Spitzwegerich - König des Weges**
Mag.$_{a}$ Katrin Schützenauer

INTERDISZIPLINÄR

101 **Musiktherapie**
Prof. Priv.Doz. Mag. Dr. Gerhard Tucek

107 **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

Pflege selbst bestimmt

5. Pflegesymposium Pflege Professionell

17./18.September 2020

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Markus Golla, BScN

Eigentlich war es als Entspannungssommer geplant, doch davon haben wir uns ziemlich schnell verabschiedet. Die österreichische Regierung hatte zu Neuwahlen aufgerufen, der Unmut in der eigenen Berufsgruppe hat einen neuen Höhepunkt erreicht und in Deutschland gab es neue Ideen von Minister Spahn. Der Pausenmodus war also innerhalb kürzester Zeit abgestellt.

Der Sommer im Zeichen der Sommergespräche

Also haben wir unsere Koffer gepackt und sind durch einige Bundesländer Österreichs gereist, um mit Pflegepersonen zu sprechen, Politiker*innen zu treffen und um ein Resümé publizieren zu können. Die Erwartungshaltung war nicht besonders groß, denn es war Sommer, heiß und nahezu waren alle auf Urlaub. Zumindest war dies unsere Meinung ...

Schnell wurden wir eines besseren belehrt. Volle Versammlungsräume, in denen Praxisexpert*innen, Landespolitiker*innen, Gewerkschafts- und Berufsverbandsmitglieder und sogar Selbsthilfegruppen über die Zukunft und positive Ideen diskutieren wollten. Es wurde nicht gejammert, es ging nicht um Geld, sondern um einen Schulterschluss der besonderen Art.

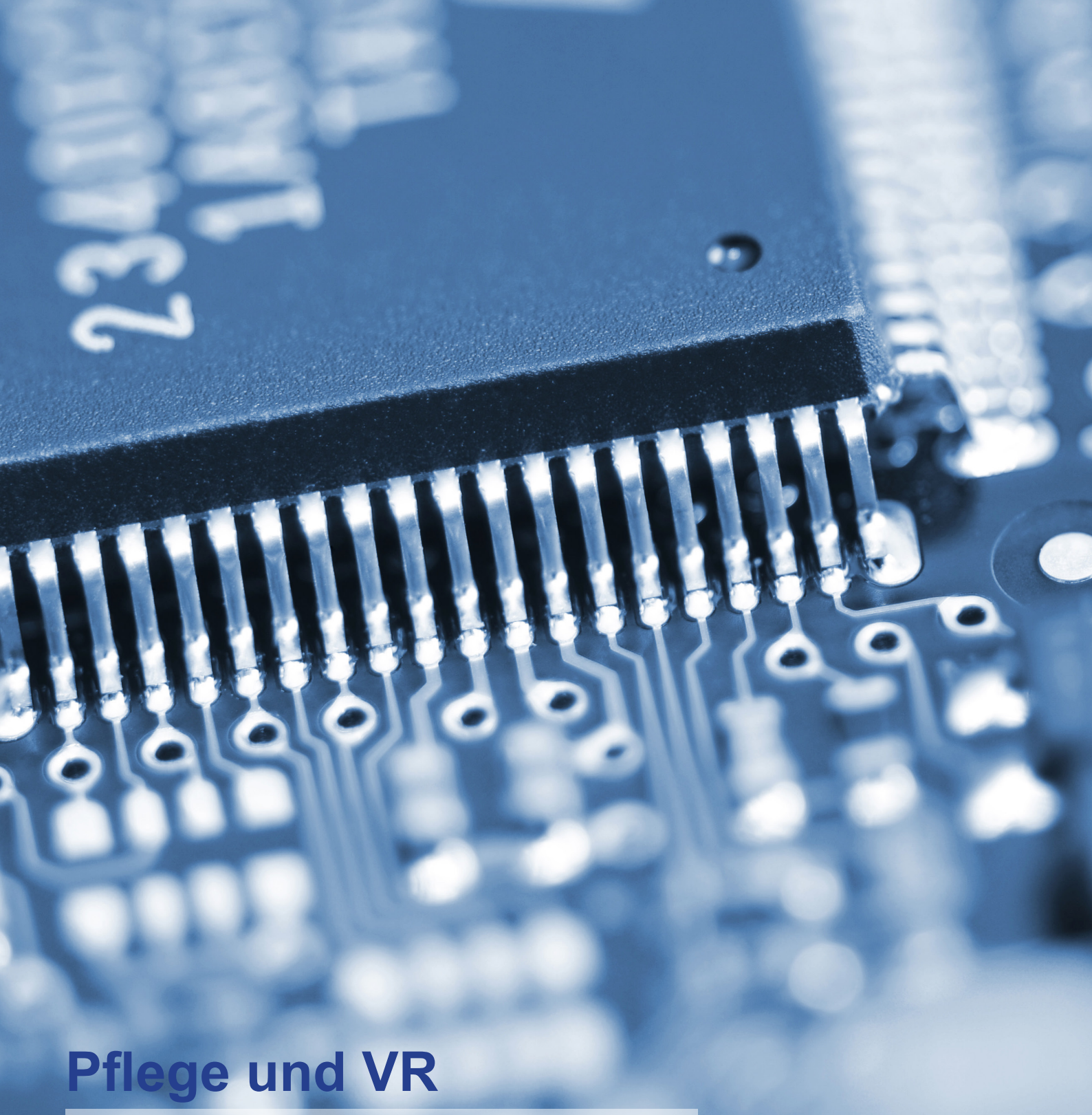
Dies wäre natürlich nicht ohne organisatorische Akteure gegangen. Hierfür wollen wir uns ganz besonders bei Reinhard Waldhör, Michael Tesar, Josef Zellhofer, Martha Staudinger, Michaela Schaller, Josef Weiss, Federico Harden, Birgit Seidl, Michael Urschitz, Maria Grander, Ines Viertler, Branko Novakovic, Horst Muhr, Gabriele Graumann, Waltraud Rohrer, Ronald Rabitsch, Sandra Nussbaumer, Lukas Ertler, Ursula Frohner u.v.m. bedanken! Durch den Einsatz von Katrin Schützenauer konnten wir die meisten Versammlungen zusätzlich bildlich weitergeben und in einem Bericht verpacken. In der Zwischenzeit durften wir mit Goran Andric die sechs Spitzenpolitiker*innen für unsere Interviews ablichten. Gemeinsam bewegen, gemeinsam neue Wege gehen.

Wir wünschen allen Leser*innen eine schöne Herbstzeit und hoffen, Sie beim 4.Pflegesymposium an der FH Krems begrüssen zu dürfen. Das Programm ist wie immer großartig.

Markus Golla

Herausgeber

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



Pflege und VR

Werden virtuelle Trainings bald auch in der Pflege-Branche zur alltäglichen Realität?

Virtual Reality – schon lange kein neuer Begriff mehr. Genauso wie die Tatsache, dass VR verstärkt im Bildungssektor Einzug hält. Doch kann sich dieses Medium auch für Schulungen und Trainings in der Pflege durchsetzen?

Welche Möglichkeiten der Markt aktuell bietet, worin der Mehrwert solch virtueller Trainings liegt und wie sich die Schulungs-Zukunft damit gestalten lässt, soll in diesem Artikel genauer unter die Lupe genommen werden.

(C) JackF

Vom Luxusgut „VR-Brille“ zum autarken Mittelklasse-Produkt für Jedermann

Der ständig zunehmende Digitalisierungsgrad sowie die aktuelle Entwicklung der Industrie 4.0 prägen die heutige Gesellschaft maßgeblich. Besonders die Themen Virtual Reality (VR) und Augmented Reality (AR) sind seit 2012 unaufhaltsam im Vormarsch (KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, 2016, S. 2). Nichtsdestotrotz stecken diese Technologien nach wie vor in den Kinderschuhen. Die Hauptproblematik ist durch die Tatsache begründet, dass bisher qualitativ hochwertige VR-Brillen mit einem Preis von 1000€ aufwärts für „Jedermann“ in den meisten Fällen zu teuer waren. Es gibt zwar VR-Halterungen für Smartphones um rund 100€, aber die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass deren Wiedergabe-Qualität für einen dauerhaften Einsatz einfach noch nicht ausreicht. Dementsprechend steigt der Anteil an Mittelklasse-Modellen, die zumeist auch vollkommen autark – also ohne per Kabel verbundenen PC – funktionieren und gezielt auf Design, Marketing und Trainings ausgerichtet sind (Bastian, 2018). So sind schon dieses Jahr Brillen wie z.B. die Lenovo Mirage Solo oder auch die HTC Vive Focus für 400 – 600€ erhältlich. Diese funktionieren nicht nur autark, sondern können auch in größerer Stückanzahl parallel miteinander, beispielsweise für Gruppen-Schulungen, eingesetzt werden. Für Lehreinrichtungen also der perfekte Zeitpunkt, um in Hardware zu investieren und sich so langfristig im VR-Bildungssektor etablieren zu können.

Einfache Bedienung, schnelle Anwendung – für VR bedarf es keiner hohen Technikaffinität mehr

Neben der Tatsache, dass VR-Brillen durch deren Preis-Gestaltung nun auch für das breite Publikum immer zugänglicher werden, werden auch die dahinter liegenden Software-Programme immer einfacher bedienbar und das Demo-Angebot immer vielfältiger. So können heutzutage direkt über die Brille oder gekoppelte Smartphones in VR-App-Stores, wie Steam, die gewünschten Spiele, Videos und Trainings gekauft beziehungsweise teilweise sogar kostenfrei heruntergeladen werden. Aktuell stehen rund 30.000 verschiedene VR-Inhalte zur Auswahl. Zum Zeitpunkt der Abfrage (Stand 17.05.2019) befanden sich 11.386.887 Steam-Mitglieder online, wovon 2.820.073 aktiv gespielt haben (VALVE Software,

Abbildung 1: Steam VR (Bastian, 2018a)

2019). Dies zeigt nicht nur wie groß bereits der Anwender-Markt ist, sondern auch, dass es heutzutage keiner „Raketenwissenschaft" mehr bedarf, um VR – beispielsweise im Unterricht – einsetzen zu können. Brille online bestellen, VR-Inhalte downloaden, Brille aufsetzen und loslegen – klingt nicht nur einfach, sondern ist es auch! Das Potential von Virtueller Realität als Unterrichtsmittel der Zukunft ist daher nicht mehr nur technikaffinen Lehrenden vorbehalten, sondern kann bereits jetzt in jeglichem (Aus-)Bildungssektor angewendet werden.

In welchen Einsatzgebieten sich VR bereits jetzt etabliert hat

Die Einsatzmöglichkeiten von VR-Brillen sind vielfältig – sowohl im Freizeitbereich als auch zu kommerziellen Nutzung. Aktuell liegt der Schwerpunkt von VR-Anwendungen allerdings noch in der Unterhaltungsbranche. Hier existiert bereits eine Vielzahl an VR-Programmen, beispielsweise in Form von Spielen. Aktuell werden Bewegungen in diesen virtuellen Welten durch Controller oder Kopfbewegungen gesteuert, aber auch die Übertragung von gesamten Körperbewegungen ist bereits in der Entwicklung (Krizsak, 2017a). Zukünftig wird mit dem fortschreitenden Entwicklungsstand der Technik allerdings auch ein starker Anstieg der VR-Anwendungen im betrieblichen Sektor erwartet. Bereits jetzt werden Head-mounted-Displays in der Luftfahrt, dem Militär, der Industrie und der Medizin verwendet. Vor allem der Einsatz in der Gesundheitsbranche ist zwar noch relativ neu, hat sich aber bereits als äußerst hilfreich erwiesen: Studien haben bereits gezeigt, dass die - durch die VR-Brillen stattfindende - visuelle Entkoppelung zur Schmerzlinderung bei (zahnärztlichen) Behandlungen, zur Linderung von Phantom-Schmerzen nach Amputationen, zur Steigerung der mentalen Gesundheit, aber auch zur Bewältigung von Ängsten, Traumata und Phobien positiv beitragen kann. Zudem findet diese Technologie auch bereits bei der Aus- und Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal sowie zur Unterstützung bei Operationen Anwendung (Krizsak, 2017b). Da der Einsatz von VR ebenfalls zu Zeit- und Kostenersparnissen sowie zur Steigerung von Effizienz und Qualität beitragen kann, wird zudem eine starke Forcierung weiterer Entwicklungen in den Bereichen der Werbung (B2B-Produktvorstellungen), Arbeit und Lehre (virtuelle Meetings, Aus- und Weiterbildung), dem Tourismus (virtuelle Reisen) sowie der Forschung und Entwicklung (Prototyping) erwartet (KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, 2016, S. 8 ff.)

Virtual Reality als Lehrmittel der Zukunft!?

Schon lange ist der Zusammenhang zwischen Lernerfolg und dem Interaktions- sowie Immersionsgrad bekannt (siehe Abbildung 2). Bereits eine gesteigerte Immersion - also ein so intensives Eintauchen in eine virtuelle Welt, dass diese als real empfunden wird – führt zu einer verbesserten Aufnahme von Lehrinhalten. Kommt noch die Möglichkeit von Interaktion, durch beispielsweise virtuelle Rollenspiele in den Anwendungen hinzu, kann der Lernerfolg verbessert werden (Hansen & Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik, 2009, S. 434).

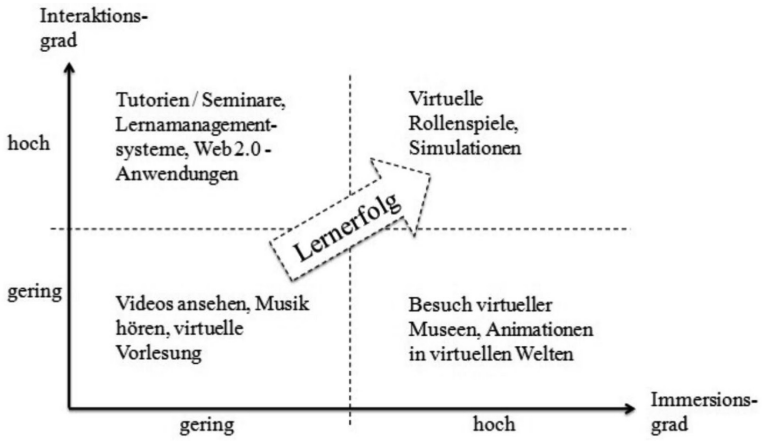


Abbildung 2: Strukturmodell für Lehr-/Lernarrangements in virtuellen Welten (Hansen & Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik, 2009, S. 434)

Hinzu kommt die Möglichkeit, Umgebungen zu simulieren, die in der Realität nicht bzw. nur schwer zugänglich sind oder ein großes Gefahrenpotential beherbergen. So können Auszubildende virtuell „vor Ort“ geschult werden, ohne dass dabei der laufende Betrieb unterbrochen werden muss. Angefangen von Labors, über Krankenhäuser, chemischen/biologischen/pharmazeutischen Unternehmen bis hin zu Forschungseinrichtungen oder örtlich weit entfernenten Umgebungen/Gebäuden kann alles virtuell dargestellt und für Schulungen genutzt werden. Geübt werden kann in den Simulationen ohne Verbrauch von Ressourcen unbegrenzt oft und ohne Gefahrenpotential für die Auszubildenden und deren Umfeld: Schweißen so oft, bis die Schweißnaht perfekt sitzt; Chemikalien zusammenführen, bis die gewünschte Reagenz entsteht; Patienten betreuen, bis deren Versorgung perfekt läuft; die Möglichkeiten sind nahezu grenzenlos und werden in Zukunft weiter wachsen. Immersion und Interaktion können auf diese Weise in VR perfekt gefördert werden, wodurch sich dieses Tool als perfektes Lehrmittel präsentiert. Zudem gibt VR den Auszubildenden die Chance, Dinge selbst auszutesten und dabei auch Fehler machen zu dürfen. Obwohl aus Fehlern häufig sehr nachhaltig gelernt wird, ist dies in „kritischen“ Umgebungen, wie beispielsweise Labors und ähnlichem, in der Realität zu gefährlich. Dem entgegen wirkt VR als vermeintlich „sichere“ Lernumgebung; ganz nach dem Motto: „Fehler machen erlaubt!“, solange daraus für die Realität gelernt wird. Ein Ansatz, der den Auszubildenden viel Druck nehmen kann.

Nichtsdestotrotz spielt der soziale Kontakt eine essenzielle Rolle im Leben des Menschen. Vor allem bei Kindern ist der Austausch mit Gleichaltrigen zur Förderung der sozialen Kompetenzen, aber auch als auch Motivator für die Aus- und Fortbildung im schulischen Bereich unerlässlich (Urhahne, 2008, S. 160 ff.). Auch wenn in VR bereits mit anderen realen Personen kommuniziert werden kann, so fehlt der zwischenmenschliche Kontakt inklusive non-verbaler Kommunikation, die nur real spür-, erleb- und sichtbar ist und auch in Zukunft niemals zu 100% simuliert werden können wird. Auf Grund dessen bietet sich VR zwar als optimale Lern-Ergänzung sowohl im heimischen als auch im schulischen Umfeld an, sollte jedoch nicht als „Schulklassen-Ersatz“ herangezogen werden.

Auch im Bereich der Gesundheitsausbildung ist VR bereits angekommen!

Schon heute werden VR-Applikationen zu Lehrzwecken jeglicher Fachrichtungen ergänzend eingesetzt. Da allein im medizinischen Sektor die Vielfalt an verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten sowohl für Patienten als auch für medizinisches Personal bereits dermaßen groß ist, soll hier nun das Hauptaugenmerk auf die „virtuelle“ Aus- und Weiterbildung von Ärzten und insbesondere Pflegepersonal gelegt werden.

Dieter Lerner und Thomas Luiz (2019) haben in ihrem Paper bereits die Vor- und Nachteile vom Lernen mit virtuellen Pflegebedürftigen zusammengefasst und zudem verschiedene Typen virtueller Patienten klassifiziert. Abgesehen von einer erhöhten Lerneffizienz und Lerneffektivität, ermöglicht die Verwendung VR einen uneingeschränkten Zugang zu einer unbegrenzten Anzahl an Patienten, auch mit seltenen Krankheiten, ohne dass die Gefahr von echten Verletzungen dieser besteht. Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte, sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sich auch mit Situationen vertraut machen können, die in der Realität nicht häufig vorkommen und daher schwer lernbar sind. Alle Anwendungsfälle können so lange geübt werden, bis diese gefestigt sind. Fehler machen ist – im Gegensatz zum Umgang mit realen Patienten- dabei erlaubt; das Lernen daraus natürlich essenziell.

Abbildung 3: Virtueller Patient zum interaktiven Üben von Untersuchungen, dem Stellen von Diagnosen und Abgeben von Behandlungs-Empfehlungen („MedicActiV | The first digital simulation platform for health training“, 2019)

Die Art und Weise wie und mit welchen Hilfsmitteln VR dafür eingesetzt werden kann, sind dabei vielfältig: Angefangen von „einfachen“ Fallpräsentationen (vordefinierte Sequenzen, denen der User folgt) bis hin zum virtuellen Menschen - ein mit künstlicher Intelligenz ausgestatteter virtueller Patient - der auf Sprache und nonverbale Interaktion reagieren kann (Lerner & Luiz, 2019). Hinzu kommen VR-Anwendungen, die beispielsweise die Anatomie des Menschen und mögliche Abweichungen inklusive Beschriftung dreidimensional und bewegbar darstellen, ebenso wie Simulationspuppen, die während der Behandlung (Operation, Reanimation, etc.) Feedback, auch in haptischer Form, liefern. Die Anzahl an Möglichkeiten, Apps, Simulationen und Anbietern allein im medizinischen Bereich sind bereits so groß, dass es schwierig ist, immer am aktuellen Stand zu bleiben. Besteht Interesse an einem Überblick über die Möglichkeiten, empfehlen sich VR-Veranstaltungen wie Messen und Konferenzen. Sucht man gezielt bestimmte VR-Lösungen, so wird man durch eine kurze Internet-Recherche bereits eine Vielzahl an Anbietern finden.

In jedem Fall ist der Einsatz von VR im medizinischen Bereich bereits angekommen und hat sich – auch durch Studien (z.B.: Virtual patients in nursing education, 2019) bereits untermauert - als äußerst hilfreiche Ergänzung zur herkömmlichen Lehre beweisen können.

Nichtsdestotrotz muss man sich dabei eine Frage stellen:

Welche Gefahren birgt das Lernen in virtuellen Welten?

Durch die Entkoppelung von physischen und den virtuell simulierten Bewegungen führt der Einsatz von VR-Brillen bei den Benutzerinnen und Benutzern häufig zu Kopfschmerzen und der sogenannten Motion-Sickness (urspr. Reisekrankheit), die von Übelkeit, Erbrechen und Schweißausbrüchen begleitet werden können. Bis dato existieren noch keine Studien darüber, ob dies auch langfristig negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Anwenderinnen und Anwender haben kann (Danneberg, 2017). Dies ist insbesondere bei Demos, bei denen man sich mittels Controller „eigenständig“ bewegen kann (Teleportieren) oder bei Spielen, bei denen man (teilweise sehr heftig) bewegt wird (Rollercoaster-Demos, Weltraum-Touren, etc.) der Fall. Da solche Bewegungen bei Lehr- und Schulungsinhalten jedoch in den meisten Fällen gar nicht notwendig sind, kann das Risiko von Motion-Sickness in diesen Fällen dementsprechend gering eingeschätzt werden.

Hinzu kommt die Problematik, dass man bei Standalone-Brillen schwer bis gar nicht nachvollziehen und/oder kontrollieren kann, was der VR-User aktuell sieht und macht. Im Vergleich zu den aktuell noch „handelsüblichen“ VR-Brillen (die per Kabel mit einem PC verbunden sind und dessen Inhalt auch für Personen, die gerade nicht in den virtuellen Welten abgetaucht sind, über einen PC-Monitor dargestellt werden kann), sieht bei den mobilen Versionen nur der User selbst, was aktuell geschieht. Dementsprechend schwer ist es, parallel dazu etwas zu erklären und Hilfestellungen zu geben. Sind die Demos zusätzlich mit Audio-Inhalten wie Musik oder Erzählungen unterlegt, ist eine Überforderung des Users so gut wie vorprogrammiert.

Ein nicht unerhebliches Risiko birgt außerdem die Tatsache, dass in virtuellen Welten gefahrlos Dinge probiert werden können, die in der Realität zu kritischen Resultaten führen können. Beispielsweise können virtuell Chemikalien zusammengemischt werden, die gefährliche Reaktionen wie Explosionen hervorrufen – im Gegensatz zur Realität ohne, dass dem „Chemiker“ dabei etwas passiert. Wird in Folge dessen das Risiko solcher Handlungen auch in der Realität unterschätzt, so kann dies verheerende Folgen haben. Die Gefahr, dass die Schüler und Studenten daraus Schlussfolgerungen ziehen, wie z.B. sie seien unverwundbar oder Gefahren falsch wahrnehmen/einschätzen, muss daher immer sorgfältig berücksichtigt werden. Mit solchen Demos ist daher äußerst behutsam umzugehen, ebenso wie eine Sensibilisierung auf die realen Gefahren vorab unerlässlich ist! Nichtsdestotrotz überwiegt definitiv der Vorteil des gefahrlosen Ausprobierens dem Risiko des Falsch-Einlernens.

Ausblick in eine nicht allzu weit entfernte Zukunft

Mindestens genauso rasant wie sich alles rund um die Thematik VR in den letzten Jahren entwickelt hat, werden auch die zukünftigen Entwicklungen voranschreiten. Wohin genau uns diese Reise jedoch genau führen wird, steht noch in den Sternen bzw. findet vielmehr noch hinter den verschlossenen Türen von Forschungs- und Entwicklungsinstituten statt. Auf Grund der jüngsten Fortschritte lassen sich

jedoch Schlüsse auf mögliche VR-Aussichten ziehen. So ist beispielsweise die HTC Vive Pro Eye mit integriertem Eye-Tracking vor kurzem bereits auf den Markt gekommen. Dadurch kann nun auch in virtuellen Welten beobachtet, untersucht und analysiert werden, wohin genau der User seinen Fokus richtet. Gerade im Bereich der Planung, Ausbildung aber auch der Forschung ein Zusatz, der erheblichen Mehrwert bietet. Denn damit kann unter anderem genau verfolgt und kontrolliert werden, ob die „richtigen" (der Ausbildung/ den Vorschriften entsprechenden) Bereiche betrachtet werden.

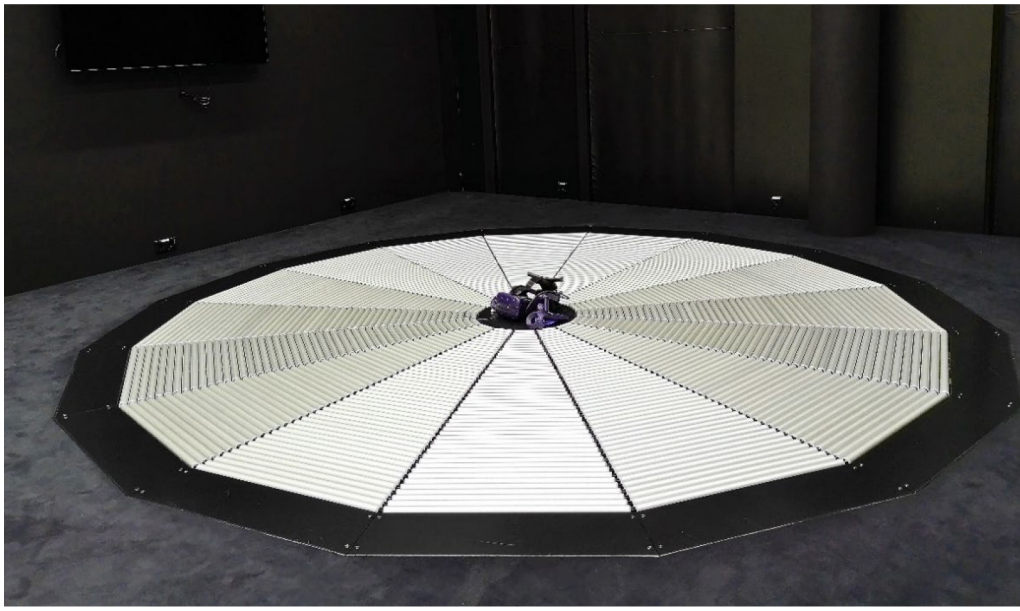


Abbildung 4: OmniDeck-Installation im eVRyLab an der IMC FH Krems (eigene Aufnahme)

Zudem wird es immer wichtiger die virtuellen Welten möglichst real zu gestalten und so die Immersion zu erhöhen. Dies beinhaltet gemäß unserer Physiologie nicht nur visuellen und auditiven Input, wie es in VR heutzutage State of the Art ist, sondern auch Bewegungen und alle anderen Sinneseindrücke, wie Fühlen, Riechen und eventuell auch Schmecken. Demzufolge ist zu erwarten, dass in naher Zukunft versucht werden wird, all diese Sinne (gleichzeitig) zu bedienen. In Bezug auf das reale Fühlen von virtuellen Objekten gibt es über Handschuhe bereits die Möglichkeit haptisches Feedback zu erzeugen. Diese sind aktuell jedoch noch ziemlich klobig, schwer und teuer. Mit Verbesserungen und Verfeinerungen kann jedoch in sehr absehbarer Zeit gerechnet werden. Ähnlich verhält es sich mit realen, physiologischen Bewegungen in VR: es gibt bereits eine Vielzahl an Versuchen, Menschen eine möglichst natürliche Fortbewegung in virtuellen Umgebungen zu ermöglichen. Hauptproblem dabei ist zumeist die reale räumliche Begrenzung durch Wände, Möbel und ähnlichem. Auf Grund dessen wird aktuell mit Laufbändern oder laufband-ähnlichen Simulatoren versucht diese VR-Locomotion zu integrieren. Die natürlichste Bewegung findet dabei definitiv auf Laufbändern statt, wie beispielsweise dem OmniDeck von Omnifinity (MSE Engineering, Schweden). Dieses besteht aus 16 Einheiten (siehe Abbildung 4), die sich angepasst an die Position und Geschwindigkeit der VR-Brille (Hier HTC Vive pro, kabellos) entgegengesetzt zur Laufrichtung des Users bewegen, sodass dieser stets am Deck bleibt bzw. in die Mitte zurückbefördert wird. Dadurch ist es möglich, sich beliebig weit in jegliche Richtung „frei" zu bewegen. Je nach Einstellung ist dies sogar im leichten Joggen möglich. Vorteil dabei ist die Tatsache, dass durch die reale Fortbewegung die für VR typische Motionsickness (zu Deutsch Reisekrankheit, die durch Teleportation - eine rein virtuelle, simulierte Bewegung – häufig entsteht) verhindert wird. Zudem kann auf diese Art und Weise die Immersion deutlich erhöht und die Möglichkeiten an Aus- und Weiterbildungen erweitert werden. Nichtsdestotrotz muss erwähnt werden, dass der Preis dafür dementsprechend hoch ist und es sich dabei um eine stationäre Anlage handelt, sodass ein Transport und (Wieder-)Aufbau nur mit sehr viel Aufwand und Zeit möglich ist.

In Europa gibt es aber mittlerweile bereits, vor allem an Hochschulen, eine Handvoll dieser Installationen. So beispielsweise auch an der IMC Fachhochschule Krems in Österreich, wo dafür extra ein ganzer Lehrsaal zum sogenannten eVRyLab umgebaut wurde. Dieses bietet neben dem OmniDeck eine große Anzahl an weiterem VR-Equipment und dient aktuell der Forschung (Projekt „Scan2VR) und soll zukünftig auch in der Lehre eingesetzt werden. In enger Zusammenarbeit mit den Business- und Gesundheitsdepartments der Fachhochschule werden bereits Möglichkeiten analysiert, wie das eVRyLab beispielsweise die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege unterstützen kann.

Für weitere Informationen steht Ihnen die FH-Homepage (https://

www.fh-krems.ac.at/forschung/department-of-business/#c3785) zur Verfügung. Bei Fragen oder Interesse an einem Besuch des eVRyLabs können Sie das Team gerne unter der E-Mail-Adresse evrylab@fh-krems.ac.at kontaktieren.

Literatur

Bastian, M. (2018, Dezember 29). Virtual Reality 2018: Das sind die drei wichtigsten Trends. Abgerufen 17. Mai 2019, von News zu VR, AR und KI | Into Mixed Reality website: https://mixed.de/virtual-reality-2018-das-sind-die-drei-wichtigsten-trends/

Georg, C. (2019). Virtual patients in nursing education: Teaching, learning and assessing clinical reasoning skills (Dissertation). Abgerufen von https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46562/Thesis_Carina_Georg.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Hansen, H. R., & Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik (Hrsg.). (2009). Business services: Konzepte, Technologien, Anwendungen; 9. Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik, Wien, 25. - 27. Februar 2009. Bd. 2: ... Wien: Österr. Computer-Ges.

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. (2016, April). Neue Dimensionen der Realität: Executive Summary zur Studie der Potenziale von Virtual und Augmented Reality in Unternehmen. Abgerufen von https://atlas.kpmg.de/api/assets/content/public/download-virtual-und-augmented-reality-1488384300473.pdf

Krizsak, C. (2017a, Januar 16). Wie sieht die Zukunft von Virtual Reality aus? Abgerufen 19. November 2017, von VR-World website: https://vr-world.com/zukunft-von-virtual-reality-im-jahr-2017/

Krizsak, C. (2017b, März 23). Wie Virtual Reality die Medizin revolutioniert. Abgerufen 19. November 2017, von VR-World website: https://vr-world.com/wie-virtual-reality-die-medizin-revolutioniert/

Lerner, D., & Luiz, T. (2019). Nah an der Realität. intensiv, 27(02), 64–69. https://doi.org/10.1055/a-0821-3183

MedicActiV | The first digital simulation platform for health training. (o. J.). Abgerufen 26. Juni 2019, von https://www.medicactiv.com/en/

Urhahne, D. (2008). Sieben Arten der Lernmotivation: Ein Überblick über zentrale Forschungskonzepte. Psychologische Rundschau, 59(3), 150–166. https://doi.org/10.1026/0033-3042.59.3.150

VALVE Software. (2019, Mai 17). Steam - Die Ultimative Online Gaming Plattform. Abgerufen 17. Mai 2019, von https://store.steampowered.com/about/

Autorin

Natalie Horvath, BSc. MA.
Wissenschaftliche Angestellte, Institut für Digitalisierung, IMC Fachhochschule Krems, Bachelor in Biomedical Engineering mit der Spezialisierung Gesundheits- und Rehabilitationstechnik (FH Technikum Wien) und Master in Management von Gesundheitsunternehmen (IMC FH Krems)

Derzeit Mitarbeiterin im Projekt „Scan2VR“ an der IMC FH Krems
natalie.horvath@fh-krems.ac.at

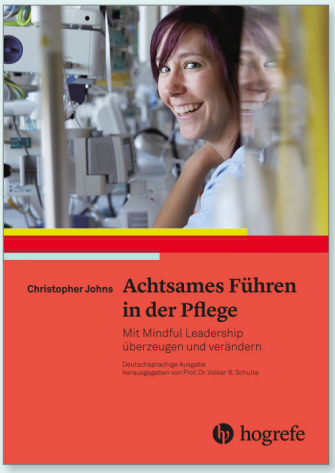
Neues aus der Pflege

Marilynn E. Doenges / Mary Frances Moorhouse / Alice C. Murr

Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

6., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2018. 1488 S., 29 Abb., 10 Tab., Gb
Eine Faltkarte liegt bei
€ 79,95 / CHF 99.00
ISBN 978-3-456-85831-9

Das praktische und erfolgreichste Handbuch zum Pflegeprozess hilft Pflegenden, Merkmale und Ursachen von Pflegediagnosen zu erkennen, Daten des Pflegeassessments zu ordnen und Pflegediagnosen mit einheitlichen Begriffen zu benennen.



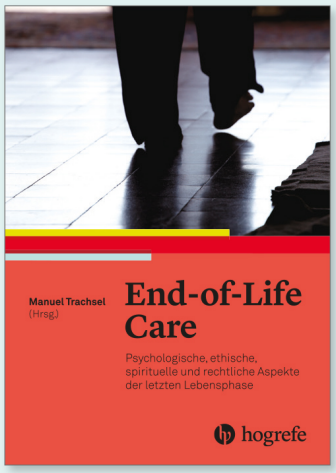
Christopher Johns

Achtsames Führen in der Pflege

Mit Mindful Leadership überzeugen und verändern

2018. 208 S., 14 Abb., 19 Tab., Kt
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85716-9
Auch als eBook erhältlich

Johns legt das erste Fachbuch zur achtsamen Führung für Pflegende vor, das „Leadership" als Kompetenz für alle leitendende Pflegende fordert und fördert. Der Autor befürwortet einen achtsamen und reflektierten Führungsstil und baut auf seine Arbeiten aus dem Bereich der „reflektierten Pflegepraxis" auf.



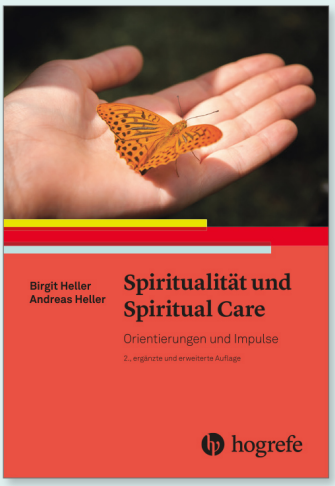
Manuel Trachsel (Hrsg.)

End-of-Life Care

Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte der letzten Lebensphase

2018. 152 S., 7 Abb., 8 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-85858-6
Auch als eBook erhältlich

Das Kurzlehrbuch zur End-of-Life Care spannt einen breiten Bogen über zentrale Themen und beleuchtet psychologische, ethische, spirituelle, philosophische und rechtliche Aspekte des Sterbens.



Birgit Heller / Andreas Heller

Spiritualität und Spiritual Care

Orientierungen und Impulse

2., erg. u. erw. Aufl. 2018.
304 S., 4 Abb., 2 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-85868-5
Auch als eBook erhältlich

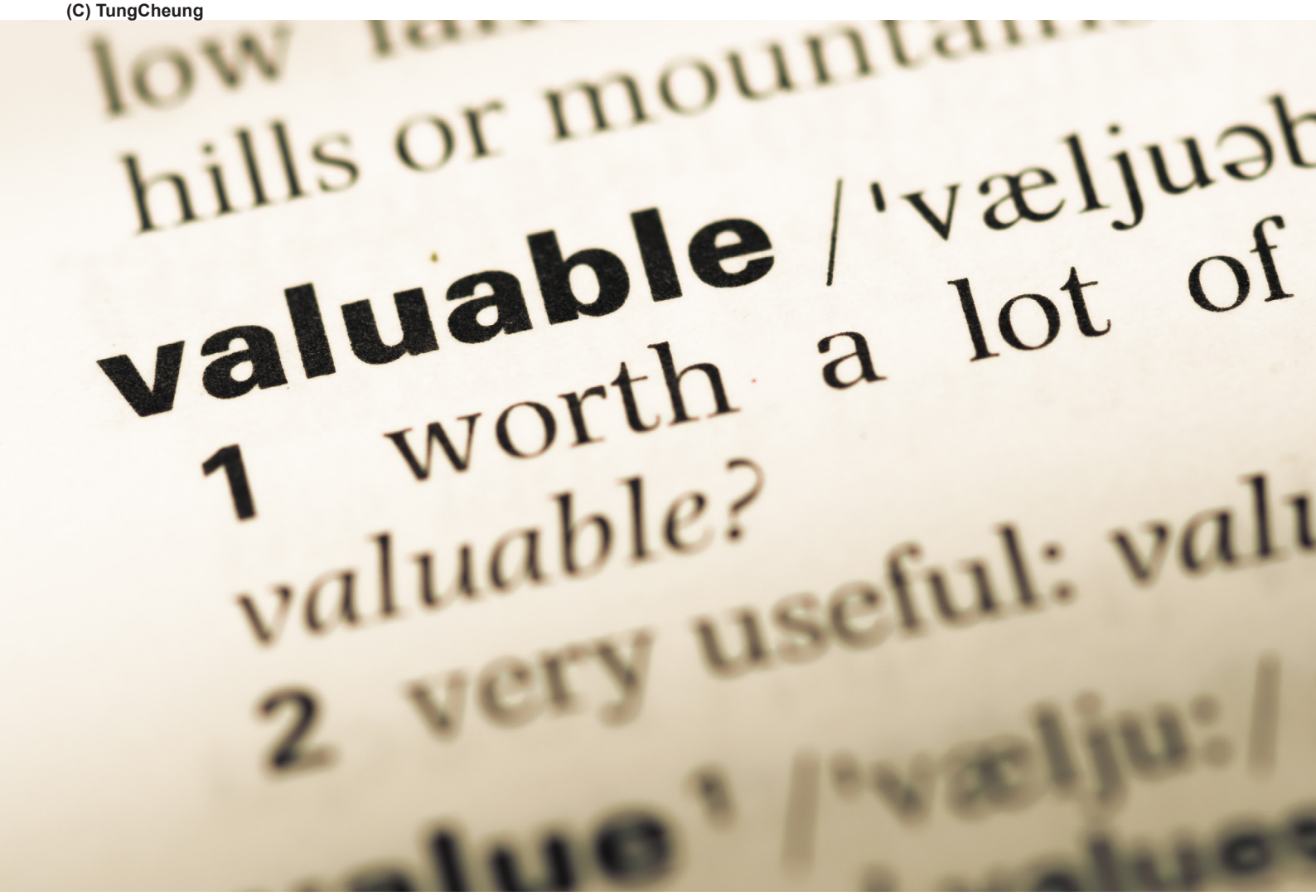
Ein klares, kluges und schönes Buch zum Wesen des sorgenden und Sinn suchenden Menschen, zur Essenz des Lebens und der Schärfung des Bewusstseins für Wesentliches, wenn Gesundheit und Leben auf dem Spiel stehen.

70 Jahre Hogrefe Verlag

www.hogrefe.com

hogrefe

(C) TungCheung



Berufliche Pflege ist wertvoll!

Stellen Sie sich vor, niemand kommt…hilfebedürftige Menschen bleiben einen ganzen Tag allein. Sie leiden unter Schmerzen, bekommen keine Flüssigkeit, liegen in ihren Ausscheidungen, sie werden nicht überwacht, niemand spricht mit ihnen, Komplikationen werden nicht erkannt, Medikamente nicht verabreicht. Mit Sicherheit gäbe es Tote, manche Kranke würden aus dem Bett fallen, andere würden sich verschiedene Schläuche ziehen. Ärzte sehen Patienten oft nur wenige Minuten, Pflegerinnen sind aber rund um die Uhr für Patienten/Bewohner da. Es geht hier um unaufschiebbare komplexe Bedürfnisse, um einen unmittelbaren menschlichen Kontakt.

Dies ist sicher auch ein Grund, warum Pflegende nicht streiken (ein anderer Grund liegt in ihrer mangelnden Organisation). Ganz anders sieht aber die öffentliche Wahrnehmung von Pflege aus, nämlich als „handliche“ Tätigkeit, die jeder machen kann. Im deutschen TV ging es neulich in einer Talkshow um einfache Arbeiten, ohne Sprachkompetenz: Fleischindustrie, Altenpflege, Erntehilfe und Baubranche wurden in einem Atemzug genannt. Am gleichen Tag wurde in einer anderen Sendung eine Altenpflege-Ausbildungsklasse gezeigt, diese demonstrierten ihre „Waschprüfung“ – untermauert durch Aussagen der LehrerInnen. Ich möchte damit sagen, dass wir auch selbst schuld sind an diesem schiefen Bild von Pflegearbeit – wir machen nicht deutlich, wofür da Wissen und Fähigkeiten gebraucht werden. Das Buch „Der Pflege eine Stimme geben“ (Buresh/Gordon 2006) ist für mich das wichtigste Pflege-Buch überhaupt. Die beiden US-Journalistinnen bescheinigen der Pflege weltweit Leisetreterei und Bescheidenheit – Pflegende haben kein Gesicht, werden als Engel dargestellt, als duldende Masse. Sie zeigen viele Wege auf,

um professionelle Pflegearbeit zu schildern, etwa durch vorüberlegte Fallbeispiele (Storytelling). Sie rufen auf, sich einzumischen, Lobbyarbeit aufzubauen, in die Öffentlichkeit zu gehen – das Buch ist äusserst lehrreich. Wir brauchen eine positive Darstellung der Pflegeberufe in den Medien, ein gutes Beispiel ist „Pfleger Bert“ auf dem Youtube-Kanal. Es geht um eine TV -Aufnahme in einer Uniklinik-Notaufnahme. Ich hab ihn später kennengelernt, er zeichnet sich durch Professionalität aus, durch menschliches und humorvolles Arbeiten.

Der Pflegeberuf leistet eine sinnvolle und menschliche Arbeit – überall auf der Welt und zu allen Zeiten. Niemals können Roboter diese einzigartige Verbindung zwischen körperlichen, seelischen, sozialen, spirituellen Gegebenheiten hinbekommen – absehbar zumindest nicht in den nächsten 200 Jahren. Pflege antwortet ja in „situativer Resonanz“ unmittelbar auf Bedürfnisse – das ist schwer programmierbar. Die modernen Neurowissenschaften liefern viele Argumente für eine professionelle Pflege: alles hängt miteinander zusammen und es ist nicht egal, wie wir miteinander umgehen. Menschen bewegen sich besser, wenn sie individuelle Ziele haben, sie essen besser, wenn sie Wertschätzung erfahren, sie haben weniger Beschwerden, wenn sie Freude spüren. Pflegende brauchen viele Kompetenzen, ich bin jemand der meint, dass wir viel mehr pathophysiologisches Wissen brauchen, mehr Wissen über Medikamente. In vielen Fällen chronischer Krankheit mit kleineren Problemen kann der Arzt durch professionelle Pflege ergänzt oder in der Routine auch ersetzt werden. Daneben natürlich mehr Pflegewissen, durch Forschung kommt ständig einiges dazu – wie kann Menschen geholfen werden, trotz Einschränkungen in ihren Alltag zurückzukommen, einen positiven Lebensentwurf umzusetzen. Ich halte „Alltag“ für etwas sehr wichtiges, es hört sich unspektakulär an, ist aber ein hohes individuelles Gut – deswegen orientieren sich ja die bekannten Pflegemodelle auch an den täglichen Aktivitäten. Dabei stellt die Diffusität eine besondere Herausforderung dar, nie ist der Ablauf standardisierbar, nicht auf den Stationen, nicht in der ambulanten Pflege. Die Bezeichnungen in Richtung „Gesundheit“ halte ich für einen Irrweg – in Pflegezusammenhängen ist kaum ein Mensch gesund, besonders die pflegenden Angehörigen nicht. Zu bedenken ist stets, dass hinter jedem Patienten eine Familie „steckt“, auch sie sollte eigentlich Adressat von professioneller Pflege sein. Das System nimmt immer Einfluss auf die Versorgung. Wenn ein Mensch nur eine Stunde lang nicht für sich selbst sorgen kann entstehen sofort Risiken, auch insofern beinhaltet Pflegehandeln i m m e r Prävention, Schlimmeres muss verhütet werden. Dabei kann jeder Mensch auch plötzlich pflegebedürftig werden, nicht nur Alte, auch Jugendliche, Politiker, Rennfahrer, Schauspielerinnen oder Millionäre.

Insbesondere die Altenpflege wird gesellschaftlich weit unter Wert verkauft. Die Alten ziehen heute erst in ein Heim ein wenn sie sehr krank sind, weitreichende pflegerisch-medizinische Kompetenzen sind nötig. Ausserdem verbringen Menschen hier ihre letzte Zeit, sie ziehen ihre Lebensbilanz und brauchen dazu kluge und warmherzige Begleitung. Ich kann nur „den Hut ziehen“ vor soviel versammelter Biografie und Erfahrungen eines gelebten Lebens. Schiff (2014) hat in einem bemerkenswerten Buch dargestellt, was sie von den alten Menschen lernen konnte. Pflegende brauchen viel mehr Wissen aus der Psychologie und Pädagogik, aus der Soziologie – überhaupt aus vielerlei Bereichen. Von Mitte der 60er Jahre bis Mitte der 90er Jahre war ich mit Pflegeausbildung beschäftigt, tatsächlich lernten wir viel medizinisches Halbwissen, etwa alle Knöchelchen und alle Muskeln mit Ansatz und Ursprung, es gab strenge Prüfungen. Eigentlich war all dies hilflos, Pflege als eigener Gegenstand war kaum entdeckt – wir waren lediglich die Helfer der Ärzte. Auch durch medizinischen Fortschritt und demografischen Wandel wurde Pflege zunehmend bedeutsamer.

Heute kenne ich keinen anderen Beruf, der soviele verschiedene Arbeitsmöglichkeiten bietet wie die Pflege, auch international. Unter derselben Berufsbezeichnung kann in der Psychiatrie, in der Endoskopie, in der Hauskrankenpflege, in der Gynäkologie, in der Altenpflege, in der Beratung, in der Intensivpflege usw. gearbeitet werden – alles völlig unterschiedlich. Berufspflegende sind überall willkommen, es ist leicht, den Arbeitgeber zu wechseln, wenn die Bedingungen schlecht sind. In den letzten Jahrzehnten sind zig neue Arbeitsplätze hinzugekommen – eigentlich ziehen sich Pflegefragen durch fast alle Gesellschaftsbereiche. Es gibt unendliche Aufstiegs-und Karrieremöglichkeiten, auch die dringend notwendige Akademisierung hat neue Horizonte eröffnet.

Pflegende repräsentieren für Hilfebedürftige die ganze Welt ! Die abhängigen Menschen können sich ja nicht aktiv einbringen, sind angewiesen, bei alleinlebenden

zu Pflegenden ist die „häusliche“ Versorgung oft der einzigste Kontakt nach „draussen“, sie liefert hoffentlich Wertschätzung, Erinnerung, Ermutigung und Identitätsstiftung. Eine Riesen- Verantwortung. Dieses „stellvertretende Handeln“ ist der eigentliche Kern aller Professionen, etwas zu übernehmen was diese Person im Moment nicht kann und dies auch noch im Sinne dieses Individuums zu übernehmen, dies braucht Einfühlung und Intelligenz. Ohne Beziehungsaufnahme ist Pflege nicht möglich. Professionelle müssen in der Lage sein, zwischen Regelwissen/Wissenschaft und Einzelfall die richtigen Entscheidungen zu treffen, dies trifft auf Heilen, Rechtsprechen, Lehren, Sinn finden zu.

Leider ist die Berufsgruppe Pflege in den deutschsprachigen Ländern zu schwach, um ihre Stärken herauszustellen. Aus diesem Grund ist berufliche Pflege in den letzten Jahrzehnten überall reduziert worden, obwohl der Bedarf deutlich gestiegen ist – all dies geschah ohne grossen Protest. Vermutlich auch, weil viele Berufsangehörige die Mechanismen des Gesundheitswesens nicht kennen. Im allgemeinen reagieren Pflegende mit Jammern und Klagen (Zegelin 2017), mit kleinen Aktionen und örtlichen Bündnissen. Dabei hätten wir als grösste Berufsgruppe im Gesundheitsbereich alle Macht die Interessen der Patienten/ Bewohner/Angehörigen durchzusetzen und auch die Arbeitsbedingungen für die Pflegeberufe zu verbessern. Ich wünsche mir sehr, dass der „schlafende Riese“ endlich erwacht. Es gibt viele Beispiele aus anderen Ländern, die eine stolze, selbstbewusste und organisierte Pflege zeigen – Pflegeberufe, die bis in die höchsten Ebenen der Politik mitmischen.

Immerhin sind in den letzten Jahren Studien durchgeführt worden, die zeigen, dass ein Mangel an Anzahl und Qualität des Pflegepersonals für die Patienten schlimme Folgen hat (u.a. Aiken..). Wünschenswert wären Forschungen, die Auswirkungen guter Pflege zeigen. Gut informierte und früh selbstständige Patienten, Kranke, die weniger (Spät-) Komplikationen erleiden, weniger die Einrichtungen in Anspruch nehmen, weniger chronifizieren, früher wieder arbeiten, positiv mit Krankheiten leben usw.. sind auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten interessant. Pflege wird stets als Kostenfaktor geführt, nicht als Wertschöpfungselement. Dies ist ein grosses Problem im gesamten Sozialwesen, die Ausrichtung schwankt zwischen volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Aspekten – im Grunde ist es egal, ob eine Bank, ein Supermarkt oder ein Beerdigungsunternehmen geführt wird. Dies führt auch dazu, dass Pflegemanagerinnen die Argumente fehlen – eine Riesenlücke in der Forschung.

Dabei kann heutzutage kaum gezeigt werden, was „Gute Pflege“ eigentlich ausmacht, dadurch dass die Pflegeberufe am Limit arbeiten, hetzen, immer mehr Hilfspersonal beaufsichtigen müssen werden die Werte von Pflege nicht deutlich . Zumindest könnte im eigenen Radius klar gemacht werden, worum es in der Pflege eigentlich geht. Etwa durch Einladungen der Ärzte ins Stationsteam „Auf einen 10-Minuten-Kaffee“, dies muss gut vorbereitet werden. Ich konnte vielfach solche kleinen Projekte anregen. Auslöser war für mich in der Uni-Zeit eine Bitte des Lehrstuhlinhabers für Allgemeinmedizin, er fragte, ob ich mal eine halbe Stunde Zeit hätte, um ihm den Unterschied zwischen „Krankenschwester und Arzthelferin (bei Niedergelassenen)“ zu erklären. Dabei ist mir klargeworden, dass die Berufsgruppen untereinander kaum informiert sind.

Abschliessend möchte ich auf Caring-/Comforting-Konzepte (Kolcaba 2014) eingehen, sie stellen Fürsorge, Wohltun und Linderung in den Mittelpunkt – gehen also auf den Kern von Pflegearbeit ein. Es sind viele Kleinigkeiten der Zuwendung, Hoffnungsunterstützung und auch körperlichen Erleichterung durch Erfrischung, Lagewechsel, manchmal nur Zuhören, Nicken, Lächeln oder Berührung. Es ist schon lange klar, dass Patienten sich diese Form von Pflege wünschen – immer wieder zeigen Zufriedenheitsbefragungen diese Elemente. Heutzutage ist dies im Pflegenotstand verwischt – trotzdem täten wir alle gut daran, diese Aspekte unseres Berufes mehr zu betonen, einen Rahmen dafür zu fordern und auch mit allen Mitteln im Interesse der zu Pflegenden durchzusetzen. Lown (2004), ein bekannter Herzchirurg sagte: Jeglicher Fortschritt der Medizin bleibt nutzlos, wenn die Pflege nicht sichergestellt ist. Wir haben allen Grund stolz zu sein!

Literatur

Aiken

Buresh,B.;Gordon,S. (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Huber

Kolcaba,K. (2014): Pflegekonzept Comfort.Hogrefe

Lown, B. (2004): Die verlorene Kunst des Heilens. Suhrkamp

Schiff, S. (2014): 10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte. Edition e

Sullivan, E.J.: Einfluss nehmen, Hogrefe 2016

Zegelin, A. (2017): Raus aus dem Jammertal, DSDP 5

Zegelin, A. (2018): Die Zeit des Schweigens muss vorbei sein, DSDP 10

Autorin

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

(C) Sissi Furgler

Mag. Dr. Christian Pirker
Unternehmensberater, Managementtrainer und Keynote Speaker. Er arbeitet im Dreieck der Bereiche Führung, Digitalisierung und Change Management.

Aktuelle Seminare zu den Themen „Pflege 4.0“, „Effektives Pflegemanagement“, „Gesundheitsförderung“ und „Lernende Organisation“.

E-Mail: chp@christianpirker.com

Managementkompetenz trifft auf Pflegemanagement

Ich beschäftige mich seit den 1990er-Jahren mit dem Thema Management. Seit den frühen 2000er-Jahren gibt es einen speziellen Blick auf das Thema Managementkompetenz. Seit 2007 ist Pflegemanagement ein Thema.

In den letzten Jahren folgte eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Effektives Lernen im Management“. Ausgangspunkt der tiefgehenden Beschäftigung war die eigene Dissertation zum Thema „Managementkompetenz“ mit der Fragestellung: Was ist Managementkompetenz? Wie bzw. wo wird die Managementkompetenz vermittelt? (Pirker 2017)

Dabei ging es primär um die Klärung des Begriffs „Managementkompetenz“. Das Ergebnis sind die acht „Elemente der Managementkompetenz“ (Abbildung 2). (vgl. Pirker 2017, S. 94 ff.) Danach ging es um die Fragen: „Wo wird Managementkompetenz vermittelt?“ und „Wie wird Managementkompetenz vermittelt?“ (vgl. Pirker 2017, S. 105 ff.)

In einem nächsten Schritt ging es in der Beratung, im Training, im Coaching und in den Keynotes und Vorträgen um die Frage: Wie kann man die neuen Erkenntnisse aus der Managementlehre auf das Pflegemanagement übertragen? (Pirker 2019a, 2019c)

Management und Managementkompetenz

Der Begriff „Management“ stammt aus den USA und wurde im Europa der Nachkriegszeit immer häufiger verwendet. Dabei wird im Gegensatz zu anderen Kulturkreisen die Frage nach dem Unterschied zwischen „Management“ und „Leadership“ im Grunde gar nicht bzw. wesentlich seltener gestellt. (Pirker 2017, S. 15)

Fredmund Malik geht davon aus, dass – zumindest stark vereinfacht – jeder, der im weitesten Sinne managt, auch ein Manager ist. Jeder, der für die Leistung anderer Verantwortung trägt, jeder der die Leistungserbringung anderer beeinflussen kann, sei eben ein Manager. (vgl. Malik 1992, S. 54) Das gilt ebenso für das Pflegemanagement.

Nach Hans Ulrich (1919–1997) dominieren in der praxisorientierten Managementlehre zwei Umschreibungen von Management: (Ulrich 2001, S. 104)

- Einmal die unzählige Male reproduzierte Definition: Management = „getting things done through other people“
- dann die aufzählende Definition: Management = Organisieren, Planen, Entscheiden, Menschenführen (oder

Abb. 1: Ressourcen bzw. Wissen in Nutzen transformieren (Pirker 2017, S. 20)

eine andere Aufzählung von „Funktionen“)

Im Sinne der ersten Umschreibung steht die Definition von Fredmund Malik, wenn er allgemein Management als die Transformation von Ressourcen in Nutzen sieht. Für die Wissensgesellschaft hat er die Definition von Management noch einmal konkretisiert als die Transformation von Wissen in Nutzen.

Der Zweck einer Managementlehre liegt nach Hans Ulrich „in der Bereitstellung von Wissen für praktisches Handeln; ohne die Hoffnung, ihre Aussagen seien für Menschen außerhalb der Wissenschaft nützlich, gäbe es keine Managementlehre“ (Ulrich 2001, S. 115). Somit müssen die Themen, mit denen sich die Managementlehre beschäftigt, einen klaren Bezug haben zu den Problemen, die sich den Managern stellen. (vgl. Ulrich 2001, S. 115 f.)

Fredmund Malik kritisiert, dass nur wenige Manager eine systematische Managementausbildung haben. Das ist umso bemerkenswerter, weil Management der wichtigste Massenberuf einer modernen Gesellschaft ist. (vgl. Drucker 2002, S. ii) Somit wäre Management praktisch ein Beruf ohne definitive Ausbildung.

Linda Hill betont, dass die neuen Manager durch Erfahrung lernen, was es heißt, ein Manager zu sein. (vgl. Hill 2003, S. 9) Ähnlich beschreibt es Henry Mintzberg:

„Nach vielen Jahren auf der Suche nach diesen heiligen Gralen ist es an der Zeit einzugestehen, dass Management weder eine Wissenschaft noch ein Beruf im klassischen Sinne ist; es ist eine praktische, situationsgebundene Tätigkeit, die vorrangig von der Erfahrung lebt.“ (Mintzberg 2011, S. 23)

Fredmund Malik geht noch einen Schritt weiter: „In keinem anderen Beruf liegt die Ausbildung so im Argen wie im Management.“ (Malik 2000, S. 55) Die Manager, die an Universitäten waren, besitzen ihr Wissen in dem jeweiligen akademischen Fach, aber sie werden dort nicht zu Managern ausgebildet. Henry Mintzberg beschreibt das ähnlich: „Die so genannte Managementausbildung krankt daran, dass es sich bei ihr um eine betriebswirtschaftliche Ausbildung handelt, welche die Aufgaben eines Managers nur verzerrt widerspiegelt.“ (Mintzberg 2005, S. 11)

Nach Malik gibt es nur zwei Organisationen, die ihre zukünftigen Manager bzw. Führungskräfte wirklich systematisch auf ihre Managementaufgabe vorbereiten:

- das Militär
- und die Kirche.

Die Militärakademien und die Pontifikalakademie der katholischen Kirche sind demnach die einzigen echten Ausbildungsstätten für Manager. (vgl. Malik 2000, S. 55 ff.) Doch wo erhalten Manager im Allgemeinen – die meisten Manager waren weder auf einer Militärakademie noch auf der Pontifikalakademie – und in der Mehrzahl ihre Managementkompetenz? Wie und wo wird ihnen Managementkompetenz vermittelt?

Die Frage nach der Managementkompetenz wurde von mir im Rahmen meiner Dissertation empirisch untersucht. Dabei identifizierte ich acht Elemente der Managementkompetenz. (Pirker 2017)

(C) Philip Steury

System und Steuerung	• Systemisches Management • Umgang mit überraschenden Situationen • Lebensfähigkeit
Fachliches	• Expertise • Instrumente • Kosten
Persönlichkeit	• Selbstentwicklung • Reflexion • Demut
Team	• SMARTE Ziele erreichen • Teamentwicklung • Motivation
Interaktion	• Kommunikation • Wertschätzung • Vertrauen
Verantwortung	• Ehrlichkeit • Charakter • Qualität
Kunde und Markt	• Kundennutzen • Marketing • Preise
Lernen und Zukunft	• Integriertes Lernen • Effektives Lernen • Innovation

Abb. 2: Die Elemente der Managementkompetenz (Pirker 2017, S. 95)

„System und Steuerung“ ist das erste Element. Das ist kein Zufall, weil es einerseits in der empirischen Untersuchung immer wieder genannt wurde und andererseits logischerweise an erste Stelle steht, weil es im Management nach Hans Ulrich um das Management von Institutionen geht. Somit wurde das empirisch bestätigt. Hier ist in der Praxis ein besonderer Punkt der Reflexion und oftmals des Perspektivenwechsels. „Welches System?“ und „Wie steuern?“ sind ganz wesentliche Fragen im Management. In vielen Fällen wir hier erstmals bewusst und konsequent eine systemische Perspektive eingenommen.

Obwohl Managementkompetenz mehr ist als fachliche Kompetenz, wurde in der Studie klar, dass es nicht ganz ohne das „Fachliche“ geht. So ist das Element „Fachliches“ eine Kategorie der Managementkompetenz. Das „Fachliche“ spielt insbesondere in der Pflege eine große Rolle.

Die Wahl des nächsten Begriffes war nicht ganz einfach, aber letztlich wurde klar, dass „Persönlichkeit“ der richtige Begriff ist. Die Persönlichkeit eines Managers spielt im Alltag die entscheidende Rolle, wenn es um die Arbeit, die Motivation, die Leistung und die Zielerreichung geht. Hier spielt in der Praxis das Stichwort „Pflege mit Herz“ immer wieder eine entscheidende Rolle. Eine Stationsleiterin in Deutschland sagte mir zum Thema „Persönlichkeit“: „Der demütige Manager, das finde ich ein gutes Bild.“

In modernen Organisationen geht es immer wieder um „Teams“ und die Interviewpartner haben sehr viele Aspekte von Teams und die Bedeutung des Managements und der Entwicklung von Teams angesprochen. Im Pflegemanagement geht es oft um die Frage des Teamworks. Hierzu gab es in der Pause des Pflege-Sommergesprächs in Klagenfurt eine spannende Diskussion zum Thema „Wie schaffen wir es zukünftig in den Teams besser zusammenzuarbeiten?“ Eine Stationsleiterin betonte, dass es „im Themenfeld Teambuilding, Teamentwicklung und Reflexion immer wieder unangenehme Situationen gibt, wo persönliche Defizite aufkommen und die Teamleitung dann Entscheidungen treffen muss, wie es weiter geht.“

„Interaktion“ ist eine Kategorie, die dafür entscheidend ist, ob in der Organisation bzw. im Unternehmen erfolgreich gehandelt werden kann. Die Interaktion mit anderen Menschen, mit Managern, Mitarbeitern und Kollegen, mit Teams und der Organisation als Ganzes, mit Kunden, Lieferanten und Stakeholdern im Allgemeinen ist wohl ein Dauerthema in der Arbeit eines Managers. In einem Coaching hat mir eine Pflegemanagerin gesagt: „Ich kann meinen Pflegekräften nicht alles recht machen, aber sie vertrauen mir absolut und das ist das Wichtigste.“

In Zeitungen liest man immer wieder, wie verantwortungslos Manager seien. Aber kann man überhaupt ohne „Verantwortung“ als Manager langfristig erfolgreich sein? Wenn man die Nachrichten genau liest und hört, dann erkennt man bereits, dass es ohne Verantwortung nicht geht. Die Interviewpartner im Forschungsprojekt haben das Wort Verantwortung

immer wieder genannt und immer wieder betont, wie wichtig Verantwortung für Manager ist. Das gilt im Besonderen für das Pflegemanagement. Hier geht es nicht um irgendwelche Produkte oder abstrakte Dienstleistungen, sondern um Menschen. Verantwortungsvolles Handeln stellt für Pflegepersonen einen permanenten Imperativ dar. Im Rahmen des Pflege-Sommergesprächs in Klagenfurt habe ich, im Anschluss an die Veranstaltung, mit einem jungen und besonders engagierten Krankenpfleger gesprochen. Ich habe ihm meinen Respekt ausgedrückt, für seine mutige Haltung in einer schwierigen Situation, von der er im Rahmen des Sommergesprächs berichtet hat. Er meinte darauf: „Ich bin doch für die Menschen verantwortlich."

Das Thema „Kunde und Markt" wurde oft ausgeblendet. Dennoch wurde es zu einer eigenen Kategorie, weil der Kunde und der Markt so oft ausgeblendet oder zu wenig beachtet werden. „Das einzige, was stört, ist der Kunde" und „Kunde droht mit Auftrag" sind lustige Sprüche in Managementseminaren, aber immer wieder bitterer Ernst im beruflichen Alltag. Umso mehr müssen Manager darauf achten, dass sie den Kunden und den Markt nicht aus den Augen verlieren. Eine pflegerische Teamleiterin in Deutschland meinte in einem Gespräch: „Im Bereich Kunde und Markt bin ich leider nicht kompetent. Dazu habe ich in meiner Ausbildung nichts gehört."

„Lernen und Zukunft" ist eine Kombination, die Ursache und Wirkung benennt. Ohne Lernen keine Zukunft, ist die Kurzbeschreibung dazu. Die Themen „Lernen" und „Zukunft" wurden von den Interviewpartnern in fast jedem Interview angesprochen. Die Bedeutung des Lernens ist Managern absolut klar. Eine Pflegemanagerin meinte zu diesem Thema: „Wir brauchen entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung. Allerdings brauchen wir ebenso ein begleitendes Coaching im Pflegemanagement." Eine Stationsleiterin war besorgt, dass „in Zukunft die Patienten zu kurz kommen."

Managementkompetenz in der Pflege

Das Thema „Managementkompetenz in der Pflege" wurde in den letzten Jahren in unterschiedlichen Kontexten behandelt. Ich habe versucht, die Erkenntnisse der Managementlehre auf das Pflegemanagement zu übertragen. Das ist teilweise gut gelungen, allerdings haben sich im Pflegemanagement viele neue Fragen aufgetan. Diese gilt es Stück für Stück zu behandeln und entsprechende Antworten zu finden.

Es zeigt sich, dass das effektive Lernen im Management eine echte Herausforderung unserer Zeit ist. Das gilt ebenso für das Pflegemanagement. Weiters ging es darum, die Managementpädagogik (Pirker 2018b) in der Pflege zu verbreiten. Das geschieht nach dem Prinzip des Erfahrungsorientierten Lernens (EOL) mit dem Ziel des effektiven Lernens von Individuen, Teams und Organisationen. #ELF10

Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege hat es in Bezug auf das Thema entsprechende Resonanz gegeben. Das gilt sowohl in Richtung Unternehmensberatung, als auch in Richtung Seminare, Coaching und Keynotes. Es gab dazu entsprechende Beiträge in Fachzeitschriften, etwa „Wie viel Managementkompetenz braucht die Pflege?" (Pirker 2019a) in der Österreichischen Pflegezeitschrift und „Pflegemanagement. Vielschichtig mit Unschärfe." (Pirker 2019c) in der deutschen Zeitschrift „Die Schwester – Der Pfleger". Das Thema Pflegemanagement wird nunmehr unter den beiden Gesichtspunkten der Managementkompetenz und der Managementpädagogik ganz anders und neu diskutiert. Dabei wird ein kritischer und empirischer Ansatz verfolgt, frei von Wünschen, Träumen und Tabus.

Die Arbeit der letzten Jahre hat gezeigt, dass die großen Probleme im Pflegemanagement einerseits ähnlich sind, wie in anderen Fachbereichen und andererseits wieder sehr spezifisch sind. Obwohl es spezielle Studiengänge in Pflegemanagement gibt, zeigt sich, dass viele Pflegemanager/-innen beklagen, dass sie unzureichend über Managementkompetenz verfügen. (vgl. Pirker 2019c, S. 54) Ganz prägnant war die Aussage einer erfahrenen Pflegemanagerin in einem Coaching: „Ich habe in meinem Studium wirklich viel gelernt. Aber ich habe mich noch nie mit Management an sich beschäftigt." Dazu kommt ein besonders starkes Hemmnis für die Umsetzung eines effektiven Pflegemanagements. In der Praxis gibt es in Pflegeeinrichtungen oftmals finanzielle und wirtschaftliche Restriktionen, die es den Pflegemanager/n/-innen schwer möglich machen, gut zu arbeiten und ihre Aufgabe zu erfüllen.

Zuletzt wurde noch der Kompetenzbegriff in der Pflege thematisiert. In der Ausgabe 3/2019 der Österreichischen Pflegezeitschrift hat man sich für den Themenschwerpunkt „Reflexion: Pflegerische Kompetenz" entschieden. Ich wurde eingeladen, einen grundlegenden Beitrag zum Thema zu verfassen. Das Ergebnis hatte den Titel „Der

(C) EtiAmmos

Kompetenzbegriff in der Pflege“ und hat einige positive Rückmeldungen gebracht. Die Themen „Kompetenz“ im Allgemeinen und „Managementkompetenz“ im Speziellen sind in der Gesundheits- und Krankenpflege angekommen. Die Praxis erweist sich als schwierig, was immer wieder an den Rahmenbedingungen (Ausbildung, Institutionen) liegt. Dabei geht es auch um eine entsprechende Bewusstseinsbildung:

„Im Pflegemanagement gibt es noch erhebliches Verbesserungspotenzial in mehreren Bereichen, vor allem in der ‚Vermittlung von Managementkompetenz‘ und deren Integration in bestehende Studienpläne. […] Ein wesentliches Hemmnis für die Umsetzung eines effektiven Pflegemanagements in der Praxis sind finanzielle und wirtschaftliche Restriktionen in vielen Pflegeeinrichtungen.“ (Pirker 2019c, S. 54)

Um das Thema Kompetenzen in der Pflege besser handhaben zu können und das Bewusstsein für das Thema zu schärfen, wurde das KWD-Modell entwickelt. (vgl. Pirker 2019d, S. 24 f.)

„Kompetenzen sind Handlungsdispositionen, die Handlungsfähigkeit („Können“) und Handlungsbereitschaft („Wollen“) sowie die Zuständigkeit („Dürfen“) miteinschließen. Nur wenn alle drei Dimensionen gegeben sind, kann man in der Pflege von Kompetenz sprechen. Somit geht der Begriff der Kompetenz weit über die Begriffe „Fähigkeiten“ und „Qualifikation“ hinaus.“ (Pirker 2019d, S. 25)

Aktuell läuft ein Forschungsprojekt über die Effektivität der akademischen Pflegemanagementausbildung im deutschsprachigen Raum. Hier gibt es eine empirische Studie, an der sich Pflegemanager/-innen noch beteiligen können, bis der Grad der „Sättigung“ im Sinne der „Grounded Theory“ erreicht ist. (Girtler 2001, Mayring 2002)

Das Pflegemanagement hat neben der Managementkompetenz noch weitere Herausforderungen, etwa die Fragen der Digitalisierung (Pflege 4.0, Wie viel Digitalisierung braucht die Pflege?, Pirker 2018a), der Kompetenzentwicklung (Pirker 2019d) und Personalentwicklung, der Frage der Gesundheitsförderung (gesundheitsfördernde Organisation, Salutogenese und Stressbewältigungsstrategien) sowie dem Umgang mit der weiter steigenden Dynamik und Komplexität (Dynaxity, Rieckmann 1997) mit den Lösungsstrategien Systemisches Management, Change Management (Pirker 2019b) und der Lernenden Organisation (Senge 1990). Dazu braucht es in der Pflege teilweise noch weitere empirische Forschung und entsprechende praktische Theorien.

Zusammenfassung und kritischer Ausblick

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zur Managementkompetenz werden nun insbesondere in der Praxis der Managementpädagogik umgesetzt. (Unternehmensberatung, Managementtraining, Coaching, Keynotes und Impulsvorträge) Das gilt für verschiedene Fachbereiche, eben auch für die Pflege und das Pflegemanagement.

Dazu gibt es neue wissenschaftliche Publikationen, die sowohl die acht „Elemente der Managementkompetenz“ behandeln, als auch die Fragen der Managementpädagogik. Einerseits sind es konkrete Anwendungen von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen. An-

dererseits sind es entsprechende Erweiterungen durch neue Fragestellungen aus der Praxis des Pflegemanagements. (Impulse) Das macht die Arbeit in diesem Bereich besonders spannend.

Die aktuelle Herausforderung besteht in der Vermittlung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Praxis, in der Bewusstseinsbildung und der Stärkung der Pflegemanager/-innen durch entsprechende praktische Theorien. Dabei geht es um Klarheit, Kompetenz und Konsequenz.

Literatur

Drucker, P.: The Effective Executive. The definitive guide to getting the right things done, New York 2002.

Girtler, R.: Methoden der Feldforschung, 4. Aufl., Wien, Köln, Weimar 2001.

Hill, L. A.: Becoming a Manager. How New Managers Master the Challenge of Leadership, 2. Aufl., Boston 2003.

Malik, F.: Strategie des Managements komplexer Systeme. Ein Beitrag zur Management-Kybernetik evolutionärer Systeme, 4. Aufl., Bern, Stuttgart, Wien 1992.

Malik, F.: Führen, Leisten, Leben. Wirksames Management für eine neue Zeit, 8. Aufl., Stuttgart, München 2000.

Mayring, Ph.: Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5. Aufl., Weinheim, Basel 2002.

Mintzberg, H.: Manager not MBAs. A hard look at the Soft Practice of Managing and Management Development, San Francisco 2005.

Mintzberg, H.: Managen, 2. Aufl., Offenbach 2011.

Pirker Ch.: Eine systemisch-konstruktivistische Untersuchung der Managementkompetenz, Dissertation, Klagenfurt 2017.

Pirker, Ch.: Industrie 4.0 trifft auf starke Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 4/2018a, S. 25–27.

Pirker, Ch.: Die vier pädagogischen Dimensionen des Managements. Von der Managementkompetenz zur Managementpädagogik. In: Lechner, E. (Hrsg.): Pädagogisch-Bildungsgeschichtliche Statements VI, abgegeben am 14. September 2018 im „Historischen Klassenzimmer“, Klagenfurt-Wölfnitz, Klagenfurt 2018b, S. 35–40. (= Retrospektiven in Sachen Bildung, R. 2, Studien, Nr. 97)

Pirker, Ch.: Wieviel Managementkompetenz braucht die Pflege? In: Österreichische Pflegezeitschrift, 1/2019a, S. 31–34.

Pirker, Ch.: Die Eckpfeiler des Change Management – Dynamik und Komplexität erfolgreich meistern. In: Fachgruppe UBIT: Zukunft: Faktor Mensch? Impulse für ein gelungenes HR-Management, Wien 2019b, S. 105–114.

Pirker, Ch.: Pflegemanagement. Vielschichtig mit Unschärfe. In: Die Schwester – Der Pfleger, 5/2019c, S. 52–55.

Pirker, Ch.: Der Kompetenzbegriff in der Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 3/2019d, S. 23–26.

Rieckmann, H.: Managen und Führen am Rande des 3. Jahrtausends, Frankfurt/Main 1997.

Senge, P.: The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization, New York 1990.

Ulrich, H.: Systemorientiertes Management. Das Werk von Hans Ulrich, Studienausgabe, Bern, Stuttgart, Wien 2001.

Beatmung – die lukrativste Form des Sauerstofftransports

Während in Ethikzirkeln zur Intensivmedizin wiederholt auf die begrenzten finanziellen Mittel und die damit folgende Einschränkung notwendiger Versorgung diskutiert wird, bedroht seit Jahren die Übertherapie eine gute Versorgung. Übertherapie ist definiert als eine Behandlung, die voraussehbar den Patienten mehr schädigt als nützt bzw. seinen Therapiezielen nicht dient. Übertherapie in der Intensivmedizin am Lebensende wird von namhaften Experten mittlerweile auf 50-90% geschätzt. Selbst Papst Franziskus sprach vor der World Medical Association über die notwendige Vermeidung von Übertherapie.[1]

Fallbeispiel aus einem Bericht der Tochter:

Bei meinem 91jähriger Vater, demenzbetroffen und mit fehlendem Lebenswillen ging es am 24.03.2019 wegen starker Bauchschmerzen in die Klinik. Um 22:00 Uhr, also nach ca. 10 Stunden, Unmengen von Untersuchungen und nach wie vor höllischen Schmerzen, wurde er notoperiert. Die ganze Behandlung erfolgte letztlich ohne rechtswirksame Einwilligung.

Die nun folgende Intensivbeatmung mit allerlei schmerzhafter Eingriffe war äußerst leidvoll, er wurde ohne richterliche Genehmigung am Bett festgegurtet, alle Gespräche zur Umsetzung seines Willens scheiterten, ein Ethikkonsil wurde nicht einmal angeboten.

Der Zustand meines Vaters war unglaublich leidvoll. Er hatte unfassbar viel Wasser im Gewebe. Trotz permanentem Morphin-Tropf war er fixiert. Seine Arme, Beine und Hände waren so dick. Seine Fersen waren ganz schlimm blutig „geschubbelt“, sein großer Zeh ganz schlimm entzündet. Sein Gesicht war ganz eingefallen, sein Bauch irgendwie aufgetrieben und knallhart. Nachdem der Zweitmeinungsgutachter eingeschaltet

wurde und wir die Klinikdirektion und den Chefarzt ultimativ auf die Behandlungswünsche hinwiesen, konnten wir letztlich erreichen, dass die Beatmung am 39. Tag eingestellt wurde.

Man erklärte uns noch, dass das Sterben an sich bis zu 30 Stunden dauern könne und dass man uns nicht empfehlen würde während dieser Zeit meinem Vater beizuwohnen. Es käme manchmal zu Reaktionen, die aussähen, als würde der Patient nach Luft ringen. Dabei könnten eben „Bilder" entstehen, die der Angehörige nicht mehr vergessen kann und die ihn ein Leben lang belasten. Meine Mutter hätte meinen Vater trotzdem gerne in seinen letzten Stunden begleitet. Sie hat sich aber dagegen entschieden, weil sie Angst vor ihrer Reaktion bei möglichen Erstickungssymptomen hatte. Sie befürchtete, dass sie dann doch wieder darum gebeten hätte meinem Vater zu „helfen".

Wir haben deshalb das Krankenhaus am 02.05. gegen 13:00 Uhr verlassen und ständig auf den Anruf der Klinik gewartet. Am darauffolgenden Donnerstag haben wir alle fast die Nerven verloren. So rief ich hochbesorgt um 11:00 Uhr im Krankenhaus an, um mich nach dem Zustand meines Vaters zu erkundigen. Nachdem ich verbunden wurde, hatte ich dann wieder diesen Oberarzt S. am Apparat, der mir mitteilte: „Ihr Vater ist heute um 00.35 Uhr verstorben. Hat man Sie nicht angerufen?"

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen bezeichnet Übertherapie als „... das zentrale medizinische und ökonomische Problem." Prof. Hecken, der Vorsitzende des gemeinsamen Bundesausschusses beklagt massive Fehlanreize in Kliniken, Chemotherapie in den letzten Lebenstagen, unnötige Operationen und zu lange geriatrische Klinikaufenthalte[2]. Auf den Punkt bringt es der Berliner Ärztekammerpräsident, Dr. Jonitz „Die Verwandlung der Krankenhäuser in betriebswirtschaftliche Unternehmen ist eine Fehlentwicklung historischen Ausmaßes…. Nicht mehr der kranke Mensch steht heute im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, sondern die Anzahl und der Fallwert seiner Diagnosen und ärztlichen Eingriffe.[3]

Als Ursachen gelten: [4]

- ökonomische Fehlanreize,
- Wissenslücken, Fehlglauben von Patienten und Angehörigen,
- das Ungleichgewicht der Arzt-Patientenrolle, Angst vor Rechtsfolgen bei Unterlassen denkbarer Therapieoptionen

Viele Fachärzte führen zu vermehrten Facharztbesuchen, viele Intensivstationen führen zu mehr Intensivbehandlungen. Wo primär gewinnorientierte und nicht mehr dem Gemeinwohl verpflichtete Konzerne Behandlungspräferenzen nach den Erlösmöglichkeiten bestimmen können, kommt es zu einem Überangebot hochpreisiger und technikbasierter Behandlungsverfahren.

Problem Intensivmedizin

Wir alle sind froh über innovative intensivmedizinische Behandlungsstrategien, Menschen können heute über kritische Phasen gebracht werden, denen früher sicher der Tod drohte. Der Nutzen moderner Intensivmedizin ist allerdings bei multimorbiden Hochbetagten oder bei schweren zerebralen Defiziten meist unklar bis fehlend. Doch auf deutschen Intensivstationen werden zunehmend multimorbide, ältere Patienten aufgenommen, mit minimaler Lebensqualität und schlechter Prognose.[5] So wird jüngst in der Altersgruppe von 75–85 Jahre eine Zunahme von 90% festgestellt.[6] Die genaue Altersstruktur der Intensivpatienten ist unbekannt, 75% befinden sich im Rentenalter, bis zu 30% jenseits des 80. Lebensjahres.

Jeder zweite Deutsche stirbt in der Klinik, wiederum jeder zweite von diesen auf der Intensivstation. Dies betrifft vor allem ältere Menschen.[7] Der Altersschnitt der Intensivpatienten liegt bereits im Rentenalter, jeder 4. leidet unter fortgeschrittenem Krebs.

Viele Pflegekräfte sind unzufrieden mit Therapieentscheidungen am Lebensende. Zwar gehen der Mehrzahl der Sterbefälle (ca. 80%) auf der Intensivstation Therapiezieländerungen mit Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen voraus[8], besonders belastend wird es allerdings empfunden, wenn diese notwendigen Entscheidungen verzögert werden.[9]

Die Beatmungszahlen in den Kliniken steigen dramatisch. In den Jahren 2006 bis 2016 nahmen die Beatmungsfälle durch Langzeitbeatmete um 347 % zu. Die Patienten waren zumeist multimorbide, es bestand neben dem Lungenversagen eine Vielzahl von internistischen und neurologischen weiteren Erkrankungen. Fast jeder 4. Patient hatte ein Nierenversagen bis hin zur Dialysepflichtigkeit.[10]

Dabei gibt es die Besonderheit in der Gebührenordnung, dass Beatmungen bis 24 Stunden nicht

gesondert vergütet werden. Wird jedoch nur eine Minute länger beatmet, können bei bestimmten Diagnosen über 25.000 € berechnet werden.[11] Über diese unter Ärzten auch „Beatmungshürde“ genannte 24. Stunde hinaus gibt es medizinisch nicht erklärbare Häufungen.[12] Mir sind Berichte großer Kinderkliniken bekannt, in denen Oberärzte mit Zetteln aus der Verwaltung über die Station laufen und bestimmen, wie lange welches Kind noch mindestens beatmet werden muss.

So werden mittlerweile in Deutschland mehr als 1500 Menschen über 90 Jahre langzeitbeatmet[iii], die häuslich Intensivversorgten haben seit 2003 um den Faktor 80! zugenommen (von 500 in 2003 auf derzeit über 40000). Dabei findet eine fachärztliche Therapiebegleitung oder der Versuch zur Entwöhnung kaum noch statt, obgleich die Beatmung nach Aussagen der zuständigen Fachgesellschaft bei rund 70% der Patienten wieder beendet werden könnte.[13] Eine aktuelle Untersuchung zeigt, dass diese Zustände leidvoll sind, die Lebensqualität ist miserabel und ein Großteil der so Betroffenen wäre aufgrund des Leidenszustandes lieber tot. [iv] Nur 8,2% der Intensivpatienten werden nach Behandlungszielen befragt.[v] (also 91,8% mutmaßlich rechtswidrig behandelt). Dies hat leidvolle Folgen. Die Therapie wird 12 mal häufiger noch in der Sterbephase ausgeweitet, sie werden kurz vor dem Tod 11 Mal häufiger operiert. Chancenlose Wiederbelebung bekommen sie am Ende 145 Mal häufiger. Bei Patienten ohne Willensermittlung werden 32 Mal häufiger teils schlimme Leiden dokumentiert aber nicht behandelt. So wundert es nicht, dass ganz aktuell Wissenschaftler den Anteil an Übertherapie am Lebensende auf 50-90% schätzen. [vi]

Nur 40 % der Menschen überlebt längerfristig eine Beatmung von über zwei Wochen.[14] Von den wenigen Überlebenden schaffen es gerade einmal 12% zurück in ihr altes Leben, der übergroße Rest bleibt mehr oder weniger geistig und körperlich schwerbehindert. [15]

Noch ein Jahr nach der Beatmung leidet ein großer Teil der wenigen Überlebenden an geistigen Störungen, vergleichbar mit einer mittelschweren Demenz[16], auch Angst und Depression sind häufig. Einigkeit besteht bei Intensivmedizinern, dass manche Zustände sehr leidvoll sind: „Zustände schlimmer als der Tod“ hieß es kürzlich in einer Intensivzeitschrift. [1] Dies sieht auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte nach Beratung durch Fachexperten so. Ein Säugling mit schwerem Hirnschaden durfte gegen den Willen seiner Eltern sterben, weil der Leidenszustand durch fortgesetzte intensivmedizinische Maßnahmen (v.a. Absaugen) als unverhältnismäßig eingestuft wurde. Es bestand keine Aussicht auf Besserung des sehr schwerwiegenden Hirnschadens.[17]

So gilt eigentlich, dass es das generelle Ziel der Intensivmedizin ist, einen kritischen Zustand zu überbrücken. Intensivmedizinische Lebensverlängerung – das steht in den Leitsätzen der Fachgesellschaft – ist bei irreversiblem Koma nicht indiziert.[18]

Pflegepersonal und Ärzte empfinden eine enorme Gewissensnot, es kommt zum Zweifeln an der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns. So gaben 91% der Befragten in einer Untersuchung an, Übertherapie erlebt zu haben. Diese ging mit einem fast um den Faktor vier erhöhten Risiko für burn out[19],[20] und einer siebenfach erhöhten Kündigungsbereitschaft[21] einher. In einer aktuellen deutschen Befragung nahmen ärztliches und nichtärztliches Personal von Kliniken der Maximalversorgung Übertherapie „manchmal bis eher oft“ war. Signifikant häufiger empfand dies Pflegepersonal. Als ziemlich belastend wurde die fortgesetzte kurative Behandlung ohne Aussicht auf Heilung empfunden.

Nicht zu vergessen ist das Leiden der Angehörigen. Ein erschreckend hoher Anteil von ihnen leidet an psychiatrischen Symptomen. [22]

Gesetzentwurf in Deutschland

Mitte August wurde aus dem Gesundheitsministerium in Berlin eine Pressemeldung zu einem neuen Gesetzentwurf herausgegeben. Man wolle die extreme Ausweitung der Heimbeatmung begrenzen, Fehlanreize abbauen und für eine bessere Qualität sorgen. Bundesminister Spahn setzt sich im Besonderen dafür ein, dass das Weaningpotential stets ermittelt wird. Denn wer Beatmung nicht braucht, soll nicht erst aus der Klinik in eine Langzeitbeatmung verlegt werden.

Zu einem Aufschrei aus der Intensivpflege- und Behindertenszene kam es jedoch, weil auch die in D mögliche häusliche Intensivpflege nur noch die Ausnahme sein soll. In Windeseile wurde eine Petition erstellt, die binnen weniger Tage bereits über 100.000 Unterstützer bekam. Leider suggeriert die Petition im Wesentlichen, Minister Spahn wolle mit dem Gesetz das Prinzip ambulant vor stationär

ablösen, Behinderten letztlich vorschreiben, wo sie zu leben haben.

Daher sei an dieser Stelle der Entwurf einmal in Detail erläutert:

1. Es wird erstmals ein Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege geregelt.
2. Es soll strenge Qualitätsanforderungen geben (es geht um Patienten, die „in dauernder Lebensgefahr stehen und ständiger fachkompetenter Überwachung bedürfen“ - das ist und war immer Leistungsvoraussetzung)
3. Die Eigenanteile der Versicherten werden vermindert.
4. Leistungserbringer müssen Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern abschließen, die besondere Anforderungen erfüllen und ein Qualitätsmanagement durchführen (bislang muss nicht einmal ein Arzt vorbeischauen!!!???).
5. Es soll Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene geben (nicht wie bisher Einzelverhandlungen mit Vertragsunsicherheit)
6. Krankenhäuser können an andere Krankenhäuser zur Beatmungsentwöhnung überweisen (anstatt in die Sackgasse Beatmungs-WG ohne Anreiz auf Entlassung).
7. Vor Entlassung eines Beatmungspatienten muss unabhängig geschaut werden, ob die Beatmung nötig ist bzw. ausgeleitet werden kann.
8. Krankenhäuser, die sich nicht daran halten, werden bestraft. Wie kann man gegen diese Punkte etwas haben, wenn es einem um das Wohl der Betroffenen geht???
9. In Ausnahmefällen soll Intensivpflege auch zuhause oder sonst einem Ort erbracht werden dürfen.

Zum letzten wirklich diskussionswürdigen Punkt hat sich Minister Spahn nun bereits mehrfach öffentlich geäußert, dass der Entwurf nicht in Stein gemeißelt ist. Er hat bereits angekündigt, dass die Patienten, die zuhause versorgt werden wollen, es auch weiterhin so bekommen.

Es ist schon bemerkenswert, dass die Szene nicht aufschrie, als belegt wurde, dass einem großen Teil der Intensivpflegedienste der Patientenwille egal ist, dass Lebensqualität und Mobilität der meisten Langzeitbeatmeten hundsmiserabel ist, dass sich ein großer Teil derjenigen, die man befragen kann dahingehend äußert, „hätte ich das gewusst, wäre ich lieber tot gewesen“ und das eben viele solche Menschen ohne jede Entwöhnungsbemühung teils in Kellerräumen mit qualitativ fragwürdiger Pflege einzig und alleine in dieser Situation gehalten werden.

Ich bin stolz in einem Land zu leben, wo schwerstbehinderte zur Schule gebracht werden und arbeiten gehen, Urlaub machen können und sie einklagbare Rechtsansprüche haben.

Jedem ALS Patienten, der sich beatmen lassen möchte, steht das Recht zu, auch auf eine 1:1 Betreuung (und ich gehe davon aus, dass das so bleibt und auch für andere gelten wird, die das selber wollen). Aber wir müssen auch akzeptieren, dass 90% der ALS Betroffenen sagen, ich möchte das nicht. Und ein wesentliches Prinzip ist Gerechtigkeit. Es gibt keine Behinderten erster Klasse (mit Trachealkanüle, 24/7 Fachpflege 1:1 zuhause) und zweiter Klasse (keine Trachealkanüle, im Höchstfall 3 X 25 Min. Pflege täglich).

Fußnoten

[1] Hillman, K., Athari, F., & Forero, R. (2018). States worse than death. Current opinion in critical care.

[1] Papst Franziskus in einem Grußwort am 16.11.2017 im Vatican an die World Medical Association beim Meeting on End-of-Life Questions

[2] https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/974381/gba-kritisiert-massive-fehlanreize-in-kliniken.html

[3] https://www.aerzteblatt.de/archiv/190684/Oekonomie-und-Ethos-im-Gesundheitswesen-Die-Maer-der-Kostenexplosion

Autor

Dr. med. Matthias Thöns

Palliativnetz Witten e.V.
Wiesenstr. 14
58452 Witten
email@sapv.de
www.zweitmeinung-intensiv.de

[4] Brownlee S, Chalkidou K, Doust J et al: Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5

[5] Hartog, C. S., Hoffmann, F., Mikolajetz, A., Schröder, S., Michalsen, A., Dey, K., ... & Bercker, S. (2018). Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life care ". Der Anaesthesist, 67(11), 850-858.

[6] Michels G. et al: Geriatrische Intensivmedizin - Konsensuspapier der DGIIN, DIVI, DGAI, DGGG, ÖGGG, ÖGIAIN, DGP, DGEM, DGD, DGNI, DGIM, DGKliPha und DGG. Z Gerontol Geriat https://doi.org/10.1007/s00391-019-01584-6

[7] FultonAT,GozaloP,MitchellSLetal (2014)Intensive care utilization among nursing home residents with advanced cognitive and severe functional impairment. JPalliatMed17(3):313–317

[8] Hartog CS, Schwarzkopf D, Riedemann NC et al (2015) End-of-life care in the intensive care unit: a patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response. PalliatMed29(4):336–345

[9] PiersRD,AzoulayE,RicouBet al (2011)Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA306(24):2694–2703

[10] Karagiannidis, C., Strassmann, S., Callegari, J., Kochanek, M., Janssens, U., & Windisch, W. (2018). Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift.

[11] Vergütungssätze von stationärer Intensivbeatmung nach DRG:

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

[12] Biermann, A., & Geissler, A. (2014). Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern: eine Analyse von DRG-Anreizen und Entwicklungen in der Beatmungsmedizin (Vol. 7). Universitätsverlag der TU Berlin.

[iii] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103450/Zahl-der-Beatmungspatienten-in-Deutschland-nimmt-exponentiell-zu?fbclid=IwAR3xFIOzl41nbSVVjkG62rq13CtWCj5QAKrk_F3xBhp99c1dcfl3N2yF4no

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

[iv] Huttmann, S. E., Magnet, F. S., Karagiannidis, C., Storre, J. H., & Windisch, W. (2018). Quality of life and life satisfaction are severely impaired in patients with long-term invasive ventilation following ICU treatment and unsuccessful weaning. Annals of intensive care, 8(1), 38.

[v] Scheunemann, L. P., Ernecoff, N. C., Buddadhumaruk, P., Carson, S. S., Hough, C. L., Curtis, J. R., ... & Arnold, R. M. (2019). Clinician-Family Communication About Patients' Values and Preferences in Intensive Care Units. JAMA internal medicine, 179(5), 676-684.

[vi] Druml, W., & Druml, C. Übertherapie in der Intensivmedizin. Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin, 1-7.

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

[15] Desarmenien, M., Blanchard-Courtois, A. L., & Ricou, B. (2016). The chronic critical illness: a new disease in intensive care. Swiss medical weekly, 146(4142).

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

[17] Gard and Others v the United Kingdom App no 39793/17 (27.06.2017)

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

[19] Bhatt, M., Lizano, D., Carlese, A., Kvetan, V., & Gershengorn, H. B. (2017). Severe burnout is common among critical care physician assistants. Critical care medicine, 45(11), 1900-1906.

[20] Lambden, J. P., Chamberlin, P., Kozlov, E., Lief, L., Berlin, D. A., Pelissier, L. A., ... & Prigerson, H. G. (2019). Association of Perceived Futile or Potentially Inappropriate Care With Burnout and Thoughts of Quitting Among Health-Care Providers. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 36(3), 200-206.

[21] Schwarzkopf D, Ruddel H, Thomas-Ruddel DO et al (2017) Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians.CritCareMed45(3):e265–e273

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

Health for Future
Neues Aktionsbündnis für Gesundheitsberufe

Wenn der Planet krank ist, kann der Mensch nicht gesund sein – eigentlich völlig klar, doch im deutschen Gesundheitswesen setzt sich diese Erkenntnis erst jetzt durch. Allerdings mit Macht – denn die am 24. August gelaunchte Webpage „Health for Future“ (https://healthforfuture.de/) sammelte innerhalb von 24 Stunden bereits über 150 Unterschriften unter einem Aufruf zur Beteiligung an der weltweiten Klima-Streik- und Aktionswoche vom 20. bis 27. September. Zu den Erstunterzeichnern gehörte auch Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflege-Tags.

Die nach dem Vorbild von „Fridays4Future“ gegründete Initiative, die unter anderem von Eckart von Hirschhausen, dem Astrophysiker Harald Lesch und dem Pharmakologen Detlev Ganten unterstützt wird, bietet eine Aktionsplattform für Mitarbeiter aus allen Bereichen und Sektoren des Gesundheitssystems, Pflegenden wie Ärzten, Therapeuten wie Krankenkassen. Geplant sind Demonstrationen und Mahnwachen für den „medizinischen Notfall Erde“.

Ziel ist es, in der Gesellschaft bewusst zu machen, dass „der Klimawandel die vielleicht wichtigste gesundheitliche Herausforderung dieses Jahrhunderts“ ist, wie das medizinische Fachjournal „Lancet“ schrieb. Dazu gehört nicht nur, mit Notfallplänen für Kommunen, Krankenhäuser und Heime den ärgsten Folgen künftiger Hitzewellen zu begegnen, sondern auch, das besondere Vertrauen und die Achtung zu nutzen, die den Gesundheitsberufen in der Gesellschaft entgegengebracht werden – um Patienten und Politik für mehr Klimaschutz zu mobilisieren.

Das ist auch das Ziel der 2017 gegründeten „Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit“ (KLUG), einem Verein, dem sowohl engagierte Einzelpersonen aus dem Gesundheitsbereich als auch Ärzteverbände und Patientenvertreter angehören. Er bemüht sich um die Vernetzung von Akteuren und stellt Hintergrundmaterialien zur Verfügung. „Health for Future“ ist ein Spin-Off von KLUG.

Nachdem das Klimathema von der deutschen Ärzteschaft lange Zeit ignoriert wurde, hat der Deutsche Ärztetag nun auf Druck engagierter Mediziner beschlossen, die Klimakrise zum Hauptthema des nächsten Ärztetages 2020 zu machen. Auch soll der nächste „Countdown“-Klimabericht von „Lancet“, der jährlich erscheint und die Wechselwirkungen zwischen Klima und Gesundheit anhand von Indikatoren überwacht, in diesem Herbst auch in Deutschland vorgestellt werden, mit Unterstützung der Bundesärztekammer.

Die Wissenschaftler der internationalen Lancet-Kommission betonen übrigens auch, dass Handeln in der Klimakrise gleichzeitig große Gesundheitschancen mit sich bringt, zum Beispiel durch eine fleischarme Ernährung, die Verbesserung der Luftqualität oder nicht-motorisierte Bewegung. Jeder Schritt ist ein Fortschritt....

Der Aufruf kann gezeichnet werden unter https://healthforfuture.de/
Weltweite Klimaaktionswoche: 20. – 27. September 2019
Mehr Infos über Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit:
https://www.klimawandel-gesundheit.de

(C) FPÖ

Im Interview mit Ing. Norbert Hofer (FPÖ)

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Das wird ein zentraler Punkt neben der Absicherung und Weiterentwicklung des Pensionssystems und des Gesundheitssystems im Wahlkampf der FPÖ sein,

Die FPÖ bekennt sich zu dem durch einen Ministerratsvortrag im Dezember 2018 festgelegten Masterplan Pflege und dessen Eckpunkten. Im Zentrum steht eine menschenwürdige und hochwertige Pflege nach dem Stand der Pflegewissenschaft und Medizin. In diesem Zusammenhang müssen die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen in Österreich höchste Priorität haben.

Wir bekennen uns zur dauerhaften Abschaffung des Pflegeregress gegenüber Pfleglingen und Angehörigen, der 2017 bzw. 2018 gesetzlich umgesetzt wurde.

Wir lehnen die Wiedereinführung des Pflegeregress, wie sie etwa durch die ÖVP, - Gemeindebundpräsident Riedl auf die 13. und 14. Pensionszahlung an die in stationärer Pflege befindlichen Personen nach der Nationalratswahl beabsichtigt sind, entschieden ab.

Wir lehnen die Einführung einer Pflegeversicherung, wie sie durch die ÖVP nach der Nationalratswahl beabsichtigt ist, entschieden ab.

Wir bekennen uns zur dauerhaften jährlichen Valorisierung des Pflegegeldes in allen Stufen.

Was haben Pflegekräfte davon sie zu wählen?

Die Pflegekräfte sind für die Erhaltung und Weiterentwicklung unseres österreichischen Pflegesystems der zentrale Faktor neben einer Absicherung der notwendigen finanziellen Mittel

für die Pflege. Deshalb stehen für die FPÖ die Pflegekräfte im Mittelpunkt ihrer sozialpolitischen Initiativen im Bereich Pflege.

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Hier sollte auf der Grundlage des Masterplan Pflege folgende Eckpunkte umgesetzt werden:

- Harmonisierung im Bereich der Dienste
- Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung
- Teilbarkeit von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen
- Freiwilliges Soziales Jahr im Bereich der Pflegevorsorge
- Bundesweite Imagekampagne zur Attraktivierung der Pflegeberufe
- Durchlässigkeit der Berufsbilder/Berufsausbildung

Was wollen Sie für pflegende Angehörige tun?

Hier sollte auf der Grundlage des Masterplan Pflege folgende Eckpunkte umgesetzt werden:

- Vorbereitung einer Imagekampagne als Wertschätzung der pflegenden Angehörigen
- Maßnahmen zur Attraktivierung der Pflege und Betreuung zu Hause
- Zuwendungen für die Kosten der Ersatzpflege
- Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
- Besondere Unterstützung für pflegende Kinder und Jugendliche
- Schaffung und Unterstützung von Assistenzsysteme zur Erhöhung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Die österreichischen Pflegekräfte brauchen eine starke Berufsvertretung, - eine eigene Kammer erscheint uns auf der Grundlage der Erfahrungen mit dem bisherigen Kammerstaat in Österreich nicht die richtige Lösung. Vielmehr sollte man sich dafür einsetzen, dass bereits bestehende auf Freiwilligkeit basierende Berufsvereinigungen ein Mitbestimmungsrecht im österreichischen Pflege- und Gesundheitssystem bekommen, damit ihrer Interessen gut vertreten sind und sie ihre Sichtweise in allen einschlägigen Fragestellungen und Meinungsbildungsprozessen einbringen können.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

Die Akademisierung des Pflegeberufs allein hat bisher zu keiner Verbesserung der Deckung der Nachfrage nach Pflegekräften beführt. Deshalb ist ein Ausbildungsangebot beizubehalten bzw. anzustreben, das unterschiedliche Ausbildungs- und Abschlussmodule anbietet und so auch auf die unterschiedlichen Berufskarrieren von Personen, die in der Pflege tätig sind abgestimmt sind.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

Die Einführung eines Lehrberufs Pflege ist für uns eine wichtige Ergänzung der bisher bereits bestehenden Ausbildungsschienen, und sollte umgesetzt werden.

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige Pflegepraxis eröffnen?

Diese Möglichkeit sollte ernsthaft geprüft werden, um hier weitere Angebote und Berufsentwicklungschancen für Personen, die in Pflegeberufen arbeiten, zu schaffen.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

Hier sollten auf der Grundlage des Masterplan Pflege folgende Eckpunkte umgesetzt werden:

- Ausbau und Umsetzung der integrierten Versorgung unter Berücksichtigung der Verschränkung von Medizin und Pflege
- Maßnahmen zur Umsetzung der österr. Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz
- Erweiterung der Angebote der Hospiz- und Palliativbetreuung
- Harmonisierung im Bereich der Dienste
- Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung
- Teilbarkeit von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen
- Freiwilliges Soziales Jahr im Bereich der Pflegevorsorge
- Vorbereitung einer Imagekampagne als Wertschätzung der pflegenden Angehörigen
- Maßnahmen zur Attraktivierung der Pflege und Betreuung zu Hause
- Zuwendungen für die Kosten der Ersatzpflege
- Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
- Besondere Unterstützung für pflegende Kinder und Jugendliche
- Bundesweite Imagekampagne zur Attraktivierung der Pflegeberufe
- Durchlässigkeit der Berufsbil-

der/Berufsausbildung
- Schaffung und Unterstützung von Assistenzsysteme zur Erhöhung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Neben den oben bereits angeführten Maßnahmen, die auf der Grundlage des Masterplan Pflege umgesetzt und permanent erweitert werden sollten sind noch folgende Rahmenbedingungen zu schaffen:

- Dauerhafte finanzielle Absicherung der Pflegekosten aus Mitteln des Budgets
- Umschichtung von freiwerdenden Budgetmitteln aus einer Reduktion des Überangebots an Akutbetten in Krankenanstalten hin zur Finanzierung der stationären Pflege und der Pflege zu Hause.
- Dies soll erreicht werden durch einen Abbau der Akutbetten, einer Bündelung der Kompetenzen und Finanzströme im Gesundheitswesen, die so genannte „Finanzierung aus einer Hand“. Damit würden wir – wie vom Rechnungshof bestätigt – jährlich bis zu 4,75 Milliarden Euro einsparen und damit Mittel für die Pflege freiwerden.

Aktuell der Bund zahlt 2,638 Milliarden Euro jährlich als Pflegegeld an die Anspruchsberechtigten aus. Dazu kommen 340 Millionen Euro zur Abdeckung der Kosten des Pflegeregress, 252 Millionen Euro für die Finanzierung des Pflegefonds, 112 Millionen für die 24-Stunden-Betrreuung der Pfleglinge, 83,5 Millionen Euro für die pflegenden Angehörigen und sechs Millionen für die Hospiz- und Palliativbetreuuung.

Dazu kommt, dass der Pflegefonds, die 24-Stunden-Betreuung und die Hospiz- und Palliativbetreuung kofinanzierte Projekte mit den österreichischen Bundesländern sind, mit aktuell über eine Weiterentwicklung bzw. Reform dieser Angebotspalette ein sozialpolitischer Dialog im Sinne des kooperativen Bundesstaates ein Dialog zu führen ist.

Darüber hinaus sind auch gemeinsame sozialpolitische Adaptierungen in den derzeit von den Ländern und Gemeinden angebotenen Bereichen Mobile Dienste, Stationäre Dienste und teilstationäre Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege, Alternative Wohnformen und Case&Care Management aufzusetzen und fortzuführen.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Die Berufsvereinigungen der Pflegeberufe müssen im Gesetzgebungsprozess als gleichberechtigte Partner eingebunden werden, damit keine einseitigen, nur durch einen bestimmten standespolitischen Standpunkt unterstützten Ergebnisse herauskommen.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte,..) von Pflegekräften. Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Diese Problematik sollte im Rahmen der Umsetzung des im Dezember 2018 festgelegten Masterplan Pflege umfassend und unter Einbindung der Berufsvereinigung der Pflegekräfte gelöst werden.

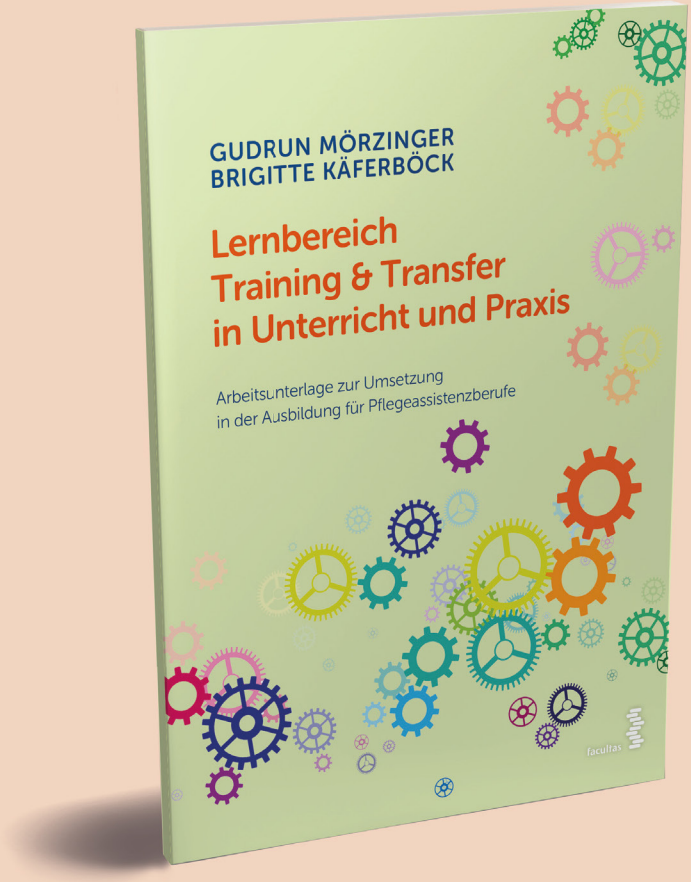
Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal)

Die Pflege wird in Zukunft europa- und weltweit an Bedeutung in unserem Sozial- und Gesundheitssystem gewinnen. Es wäre daher egoistisch, sich darauf zu verlassen, dass man einfach aus anderen Ländern Pflegekräfte rekrutiert und dann dort mittel- und langfristig einen Pflegenotstand produziert. Vielmehr sollte unsere Gesellschaft und damit die politischen Verantwortungs- und Entscheidungsträger dem Pflegeberuf und dem Pflegesektor jenen Stellenwert vermitteln, dass einerseits mehr junge Menschen in unserem Land eine Ausbildung im Pflegesektor beginnen, andererseits Personen in den unterschiedlichsten Lebensabschnitten auch als „Quereinsteiger“ in den Pflegeberuf nach einer durch die öffentliche Hand zu finanzierende und zu organisierende Pflegeausbildung einsteigen.

Danke für das Interview.

Interviewpartner: Markus Golla

Praxis-Handbuch zum dritten Lernort



Gudrun Mörzinger, Brigitte Käferböck

Lernbereich Training & Transfer in Unterricht und Praxis

Arbeitsunterlage zur Umsetzung in der Ausbildung für Pflegeassistenzberufe

facultas 2019, 106 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-1715-3
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP

Die Arbeitsunterlage stellt ein praxisorientiertes Handbuch für Lehrende im LTT dar. Sie soll Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der Ausbildung zu Pflegeassistenzberufen in der Planung und Umsetzung dieses dritten Lernortes unterstützen. Ein besonderer Fokus liegt auf dem notwendigen spezifischen Methodeneinsatz des LTT Schule sowie LTT Praxis.
Aufbauend auf dem ersten Teil „Ein dritter Ort des Lernens“ bietet es neben konkreten inhaltlichen Vorlagen Planungsgrundlagen, die eine zeitliche, personelle, räumliche und in weiterer Folge finanzielle Kalkulation ermöglichen. Je nach Bedarf und Schwerpunkt kann somit eine individuelle Ausrichtung an den vorhandenen Lernorten Schule und Praxis stattfinden.

facultas.at

facultas

Im Interview mit Mag. Werner Kogler (DIE GRÜNEN)

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Ja. Die Grünen haben in den letzten Monaten intensiv am Programm #Grüne_Pflege gearbeitet. Am 12. September werden wir die Ergebnisse zu sechs Arbeitsthemen in der gleichnamigen Enquete öffentlich präsentieren. Dabei werden ExpertInnen ebenso wie Grüne PolitikerInnen zu den Bereichen Pflegeberufe, demenzfreundliches Österreich, pflegende Kinder und Jugendliche, pflegende Angehörige und Zugehörige, Gerechtigkeit für 24-StundenbetreuerInnen sowie zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vertreten sein.

Was haben Pflegekräfte davon Sie zu wählen?

In der Pflege ist es höchste Zeit, weg von Sprechblasen und Überschriften und hin zu konkreten Aktionen zu kommen. Unser Pflegesystem braucht eine langfristige und solidarische finanzielle Absicherung. Außerdem müssen wir dafür sorgen, dass der Fachkräftemangel in der Pflege endlich in Angriff genommen wird. Die Rahmenbedingungen zu schaffen, dass genügend Menschen Pflegeberufe ergreifen und in diesen auch langfristig tätig sein können, ist eine zentrale Herausforderung der nächsten Regierung. All jene, die im Pflegeberuf tätig sind, können sich darauf verlassen, dass wir unsere Stimmen im Nationalrat dafür lautstark nutzen werden.

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Ein wichtiger Schritt wäre eine bedarfsorientierte, transparente und verbindliche österreichweite Personalberechnung. Die Grundlage dafür sollen österreichweit geltende Qualitätsziele für die Langzeitpflege sein. Pflegekräfte wünschen sich zu Recht mehr Zeit für Team- und Fallbesprechungen, Austausch mit KollegInnen, ausreichend Zeit für den Beziehungs-

aufbau zu den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Bei verbindlichen Qualitätszielen muss auch festgelegt werden, dass niemand nachts alleine in einem Wohnbereich oder auf einer Station arbeiten sollte.

Weiters werden wir uns dafür einsetzen, dass die finanziellen Nachteile für MitarbeiterInnen in der Langzeitbetreuung und –pflege durch eine Gleichstellung mit dem Akutbereich österreichweit aufgehoben werden.

Was wollen Sie für pflegende Angehörige tun?

Ohne das hohe Engagement pflegender Angehöriger wäre unser Pflegesystem weder finanzierbar noch organisierbar. Der Staat erspart sich hier massive Kosten und sollte daher zumindest einen namhaften Teil dieses Geldes für die Unterstützung, fachliche Betreuung und Entlastung von pflegenden Angehörigen investieren. Wir Grüne setzen uns für einen Rechtsanspruch auf Pflegekarenz und Pflegeteilzeit ein. Weiters sollte es auch einen Rechtsanspruch auf Ersatzpflege geben und die Inanspruchnahme dafür erleichtert werden.

Zudem ist es wichtig, dass es ein flächendeckendes Angebot an mobilen, teilstationären und stationären Angeboten sowie neuen Wohnformen gibt, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine für sie passende Form der Unterstützung und Hilfe zu finden. Neben dem grundsätzlichen Angebot an Pflege- und Betreuungsdiensten braucht es aus Grüner Sicht auch einen Ausbau der zugehenden Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Das größte Problem aktueller Unterstützungsangebote ist deren geringe Bekanntheit bzw. die bürokratischen Hürden zur Inanspruchnahme. Ein österreichweites Pflegetelefon mit Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit ist eine wichtige Unterstützung.

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Derzeit gibt es keine Standesvertretung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe analog etwa der Ärztekammer. Es gibt zwar ein Berufsregister, aber das ist aufgeteilt auf die Arbeiterkammer für im angestellten Dienstverhältnis Tätigen und auf die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) für die selbständig Tätigen. Es wäre sinnvoll, alle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, egal, in welcher Form sie tätig sind, in einer starken Interessensvertretung zu organisieren. Diese muss jedoch parteipolitisch unabhängig sein.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

Skandinavische Länder und Großbritannien sind uns bei der akademischen Ausbildung der Pflegekräfte um einiges voraus. In diesen Ländern übernimmt die akademisierte Pflege auch im niedergelassenen Bereich zunehmend Tätigkeiten von der Medizin. Dies hat sowohl qualitative als auch wirtschaftliche Vorteile. Daher ist es natürlich wünschenswert, dass Österreich hinsichtlich der Akademisierung aufholt.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

Die Grünen lehnen die Einführung der Pflegelehre ab. Im Pflegebe-

reich gibt es bereits zahlreiche Berufsbilder. Ein zusätzliches ist nicht notwendig und wäre auch nicht die adäquate Antwort auf den großen Personalengpass. Der Umgang mit schwer erkrankten, multimorbiden und sterbenden Menschen ist eine körperliche, aber vor allem eine große seelische Belastung. Es ist fraglich, ob 15-jährige Jugendliche, die sich selber gerade in einer wichtigen Entwicklungsphase befinden, damit permanent konfrontiert werden sollten. Es ist zu befürchten, dass wenige tatsächlich in den Beruf einsteigen bzw. darin lange verweilen werden.

Um die Lücke zwischen Pflichtschule und Antrittsalter für Pflegeausbildungen zu beseitigen halten es die Grünen für sinnvoller, BHS-Modelle mit dem Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialberufe für Jugendliche zu schaffen.

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige Pflegepraxis eröffnen?

Die Gesundheits- und Krankenpflege soll in Zukunft neue wichtige Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen. Das ist das Ziel der Pflege-Kampagne „Nursing Now“ der WHO. Die Entwicklung geht dahin, dass Pflegefachpersonen verstärkt in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung tätig sein werden. Dazu müssen auch neue innovative Versorgungskonzepte entwickelt werden. Pflegepraxen könnten dabei eine Möglichkeit sein, um sie zu schaffen, bedarf es einer Initiative des Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

Die Kompetenzerweiterung und die Enthierarchisierung unter den Gesundheitsberufen, wie sie in nordischen Ländern gelebt wird, ist auch uns ein wichtiges Anliegen. Die Weiterentwicklung der Demenzstrategie Österreich spielt auch in der Pflege eine wichtige Rolle. Um die Pflegeberufe dafür gut auszubilden, sind die Angebote zu Validation und Demenzbetreuung zu erweitern, um sowohl im Akutbereich wie im Pflegebereich (auch extramural) mit den Herausforderungen der Demenzerkrankungen adäquat umgehen zu können.

Wir waren in der Vergangenheit immer mit der Berufsvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege in engem Kontakt und haben die Anliegen dieser Berufsgruppe im Parlament vertreten. Wir werden das auch in Zukunft wieder tun.

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Der Mangel an Fachkräften ist nicht nur der wachsenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen geschuldet, sondern auch den Rahmenbedingungen. Die Arbeit in der Pflege ist mit hohen psychischen und physischen Belastungen verbunden. Viele Pflegekräfte verlassen den Beruf nach wenigen Jahren, oft aus gesundheitlichen Gründen. Unser aller Ziel muss es sein, dass Berufe in der Pflege so gestaltet sind, dass sie von möglichst vielen Menschen ergriffen werden, unabhängig von der jeweiligen Lebenssituation. Bereits in der Pflege tätige Menschen sollten darin unterstützt werden, länger in Pflege- und Betreuungsberufen tätig sein zu können und auch zu wollen. Hierfür braucht es Maßnahmen, die an den Ausbildungen ansetzen und konkrete Entlastungen im Beruf. Zusätzlich sollte es die Möglichkeit zur berufsbegleitenden Ausbildung in einem Pflegeberuf geben.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Erst im Jahr 2016 wurde das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz novelliert und das Berufsbild der Pflege stark erweitert. In vielen Bereichen blieb aber die oft nicht sinnvolle Bindung an die ärztliche Anordnung bestehen. Ausschließlich in Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen können Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ohne ärztliche Anordnung tätig werden. Im internationalen Vergleich übernehmen akademisch ausgebildete Pflegeberufe weit mehr von den ärztlichen Tätigkeiten. In Österreich gibt es diesbezüglich noch großen Aufholbedarf. Grundlage für eine solche Entwicklung ist die schrittweise Enthierarchisierung der Gesundheitsberufe.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte) von Pflegekräften. Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Die Grünen würden es begrüßen, wenn es in der Gesundheits- und Krankenpflege unterschiedliche Ausbildungsgänge gäbe, die in spezifischen Settings angesiedelt sind. Beispielsweise Community Nurse, Family Nurse oder auch School Nurse. Die Etablierung ist eine Frage der Prioritätensetzung und Finanzierung, wobei wir darin ein wichtiges Anliegen der Gesundheitsvorsorge sehen. Die Verordnung- und Weiterverordnungskompetenz, die im GuK- Gesetz leider gänzlich fehlt, wäre auch aus Grüner Sicht anzustreben. Gerade für die mobile bzw. die Hauskrankenpflege ist es sehr wichtig, um Verbandsmaterial und Wundauflagen unbürokratisch verordnen zu können.

Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal)

Aufgrund des bereits bestehenden Fachkräftemangels wird Österreich neben der Intensivierung verschiedener Ausbildungswege in Österreich natürlich auch auf Fachkräfte aus dem Ausland zurückgreifen. Die Nostrifizierung von Abschlüssen ausländischer Pflegekräfte gehört dafür vereinfacht und beschleunigt, sofern eine fachliche und sprachliche Eignung vorliegt.

Danke für das Interview. Was wollen Sie unserer Leserschaft abschließend mitgeben?

Als Pflegekräfte leisten Sie einen immens wichtigen Beitrag in unserer Gesellschaft. Die beste Form der Anerkennung und Wertschätzung ist aus Grüner Sicht, dass Sie gute Rahmenbedingungen für Ihre Arbeit vorfinden. Dafür werden wir uns einsetzen.

Fotos (C) Goran Andric
Interviewpartner: Markus Golla

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

Im Interview mit Sebastian Kurz (Die neue Volkspartei)

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Selbstverständlich. Wir haben in Österreich mittlerweile 461.000 pflegebedürftige Menschen und rund eine Million Angehörige, die im Bereich der Pflege tätig sind. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung in einem noch nie dagewesenen Ausmaß. Wir wollen, dass alle Österreicherinnen und Österreicher in Würde altern können – dazu haben wir bereits ein umfangreiches Pflegekonzept vorgelegt.

Was haben Pflegekräfte davon, Sie zu wählen?

Ich war in den letzten Wochen sehr viel in Österreich unterwegs und konnte mit zahlreichen Pflegekräften in den einzelnen Bundesländern ins Gespräch kommen. Ein Punkt, der immer wieder erwähnt wurde, ist die Bürokratie. Pflegekräfte wollen Menschen helfen und unterstützen – und nicht unzählige Formulare ausfüllen oder die meiste Zeit am Computer verbringen. Hier werden wir in den nächsten Jahren definitiv ansetzen.

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Pflegefachkräfte leisten wertvolle Arbeit für die Gesellschaft. Ich bin der Meinung, dass wir den Pflegeberuf in seiner Gesamtheit aufwerten müssen. Auf der anderen Seite müssen wir im System Bürokratie abbauen und Innovationen fördern, damit neue Technologien Pflegekräften entlasten können. Das heißt weniger Büroarbeit und damit mehr Zeit bei den Pflegenden.

Was wollen Sie für pflegende Angehörige tun?

Was pflegende Angehörige leisten, kann nicht hoch genug geschätzt werden. Daher brauchen sie unsere bestmögliche Unterstützung.

Wir wollen die Kapazitäten für Kurzzeitpflege und tageweise mobile Betreuung ausweiten. Die Möglichkeiten der Mitversicherung in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung müssen ausgebaut werden und junge pflegende Angehörige brauchen unsere besondere Unterstützung.

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Die zentrale Frage ist eher: Wie können wir das Image der Pflege verbessern? Es braucht einen Zusammenschluss, der eine Kommunikation auf Augenhöhe ermöglicht. Eine Pflichtmitgliedschaft in einer etwaigen Kammer sehe ich jedoch kritisch.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

Wir wollen durch eine neue Pflegelehre und eine neue höhere Pflegelehranstalt die Lücke an Ausbildungsangeboten schließen. Junge Menschen sollen die Chance haben, die Reife- oder Diplomprüfung in Kombination mit einer Ausbildung im Pflegebereich zu absolvieren. Dadurch können sie an einer Universität oder Fachhochschule ihr Wissen vertiefen und einen akademischen Grad erlangen. Wir brauchen aber natürlich auch vor allem jene, die einen Pflegeberuf ohne Studium wählen. Daher ist der Lückenschluss so wichtig.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

Schon heute sind wir mit einem Mangel an Pflegepersonal konfrontiert. Da es aber eine Lücke im Ausbildungssystem gibt, gehen viele der Interessenten andere berufliche Wege. Die Pflegelehre soll vor allem jenen eine Möglichkeit bieten, die sich bereits nach dem Pflichtschulabschluss für die Pflege interessieren.

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige Pflegepraxis eröffnen?

Wir begrüßen neue Möglichkeiten, die sicherstellen, dass es künftig keinen Mangel an Pflegekräften gibt. Ein solches Modell müsste man im Detail prüfen und evaluieren.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen Sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

Es ist an der Zeit, aus vielen einzelnen Regelungen ein nachhaltiges und öffentlich finanziertes Gesamtkonstrukt zu schaffen. Das derzeitige Einstufungssystem ist ineffizient und geht oft an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen vorbei. Es braucht daher eine Erhöhung des Pflegegeldes verbunden mit einem System, das auf die Bedürfnisse und die individuelle Situation der Einzelnen eingeht.

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt, wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Ich glaube, es gibt mehrere Bereiche mit Handlungsbedarf: Das sind einerseits die Ausbildungsmöglichkeiten, wie vorhin bereits angesprochen. Darüber hinaus müssen wir Ehrenamtliches Engagement in der Pflege – wie

beispielsweise ein freiwilliges soziales Jahr – erleichtern und bessere Möglichkeiten für den beruflichen Wiedereinstieg in der Pflege schaffen. Da der Bedarf aber – wie von Ihnen erwähnt – in den nächsten Jahren so rasant steigt, werden wir auch gezielt qualifizierte Pflegekräfte aus europäischen Nachbarländern anwerben müssen.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Seit Beginn meiner politischen Tätigkeit lege ich Wert darauf, politische Herausforderungen nicht nur im eigenen „Dunstkreis“ zu besprechen. Mein Team und ich treffen bewusst regelmäßig Menschen aus den unterschiedlichsten Bereichen, um über verschiedene Blickwinkel zu diskutieren oder auch einfach nur zuzuhören. Beim Thema Pflege sind für mich Besuche direkt in Pflegeheimen oder Gesundheitseinrichtungen sehr wertvoll. Wir müssen uns ein offenes Ohr für die Expertise jener haben, die tagtäglich in der Praxis mit der Thematik konfrontiert sind.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte,..) von Pflegekräften. Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Was die Weiterverschreibungsmöglichkeiten betrifft, ist es für uns wichtig, den Weg der Entbürokratisierung im Auge zu behalten. Diesen Punkt müssen wir uns im Detail genau ansehen. Man wird eine Lösung finden, bei der nicht ausschließlich der Arzt die Möglichkeit hat, medizinische Produkte zu verschreiben.

Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal)

Wie bereits gesagt, werden wir in naher Zukunft nicht ohne Fachpersonal aus dem europäischen Ausland auskommen. Hier muss unser Fokus darauf liegen, gezielt Pflegekräfte anzuwerben, aus Ländern mit denen in der Vergangenheit bereits positive Erfahrungen mit gut ausgebildeten Pflegekräften gemacht wurden.

Danke für das Interview. Was wollen Sie unserer Leserschaft abschließend mitgeben?

Einen großen Dank an alle Pflegekräfte, egal ob als pflegende Angehörige, in der mobilen oder stationären Pflege. Es ist unglaublich was Sie alle leisten. Mit ihrer Arbeit tragen Sie tagtäglich dazu bei, Menschen ein Altern in Würde zu ermöglichen und dafür gebührt ihnen volle Anerkennung und Wertschätzung.

Fotos (C) Katrin Schützenauer
Interviewpartner: Markus Golla

Hillrom™

educa verlag

Juristische Literatur für die Gesundheits- und Sozialbranche

Inkl. neuer Rechtslage 2019

Praxisbuch zum Recht in der Palliative Care

Behandlungsentscheidungen, Patienten- und Berufsgruppenrechte, Therapie und Betreuung am Lebensende, Strafrechtliche Aspekte, rechtlicher Umgang mit Sterbenden und Toten für:

- (Not) Ärzte
- Pflegepersonal, Sanitäter
- Hebammen, Physiotherapeuten
- Patienten, Angehörige, Vertreter ...

€ 32,–

Buch erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

(C) KPÖ

Im Interview mit Dr. Ivo Hajnal (KPÖ)

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Pflege ist kein Thema, das sich auf den Wahlkampf reduziert. Pflege ist ein Thema, das immer aktuell und von höchster Dringlichkeit ist.

Was haben Pflegekräfte davon sie zu wählen?

Die Wahlplattform der „Alternativen Listen, KPÖ, Linke und Unabhängigen“ setzt sich ein für bezahlbares Wohnen, sozial verträgliche Klimaschutzmaßnahmen, sowie eine 30h-Woche bei vollem Lohnausgleich. Wir treten an gegen die gesellschaftliche Spaltung und fordern eine gerechtere Verteilung des in Österreich erwirtschafteten Wohlstands. Unsere Wahlplattform fühlt sich eng verbunden mit den Anliegen und Zielen der heimischen Gewerkschaften, das bedeutet wir sind ganz klar auf der Seite der ArbeitnehmerInnen und wir setzen alles daran insbesondere die Arbeitsbedingungen und Löhne von Pflegekräften zu verbessern.

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Die Pflege- bzw. Personalschlüssel müssen überdacht werden. Dieses System zur Berechnung der Personalausstattung in der stationären Langzeitpflege ist völlig veraltet und wird der Realität im Pflegealltag nicht mehr gerecht. Es führt dazu, dass viele Pflegestationen personell unterbesetzt sind und das Pflegepersonal dadurch völlig überlastet ist.

Außerdem ist es wichtig noch mehr kostenlose und niederschwellige Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Supervisionsangebote für Pflegekräfte einzurichten, da diese den Pflegenden Sicherheit, Kompetenz und Fachwissen für ihre berufliche Tätigkeit verleihen.

Was wollen Sie für pflegende

Angehörige tun?

Erfreulich ist der längst überfällige Gesetzesbeschluss des Parlaments, das Pflegegeld jährlich in Höhe der Pensionsanpassung in allen Stufen zu erhöhen. Allerdings war man nicht bereit, den Verlust an Kaufkraft des Pflegegeldes seit seiner Einführung 1993 wieder auszugleichen. So beträgt etwa der Inflationsverlust des Pflegegeldes in allen Stufen rund 26 Prozent. Der Wertverlust bleibt damit für die nächsten Jahre bestehen und ist so ein gutes Geschäft für den Finanzminister, der sich hunderte Millionen jedes Jahr erspart und das zu Lasten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Mit Nachdruck fordern wir den Ausgleich des Wertverlustes sowie die Herabsetzung der notwendigen Stundenanzahl der unteren drei Pflegestufen in einem absehbaren Zeitraum. Unsere Plattform fordert eine Erhöhung des Pflegegeldes in Form einer automatischen jährlichen Indexsicherung, die Möglichkeit des Erwerbs von Pensions- und Versicherungszeiten für pflegende Angehörige für die Zeit der Pflege, eine Ausweitung der Pflegekarenz und den Ausbau von Pflegekapazitäten zur vorübergehenden Betreuung bei Krankheit oder Urlaub der Pflegenden.

Zudem braucht es in allen Gemeinden Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Die BeraterInnen sollen notfalls auch zu den Betroffenen nach Hause kommen um mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Es ist oft nicht einfach für pflegende Angehörige die Bürokratie der Pflegegeldansuchen zu überblicken oder sich alleine einen Eindruck von den diversen Unterstützungsangeboten zu machen.

Wir sind auch der Meinung, dass Personen, die aufgrund der Pflegetätigkeit ihren Beruf aufgegeben haben, nach Beendigung des pflegebedingten Berufsausstieges finanzielle Unterstützung und Wiedereinstiegshilfen in Form von Kursen erhalten sollen.

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Die Arbeiterkammer leistet bereits jetzt eine hervorragende Arbeitnehmervertretung im Sinne der Pflegekräfte. Doch laut den Daten der Statistik Austria sind in Österreich über 80.000 Menschen in Pflegeberufen tätig, hinzu kommen dann noch über 60.000 24h-BetreuerInnen, welche häufig in eine Form der Scheinselbstständigkeit gedrängt werden. Wir sprechen also von über 140.000 Berufstätigen, die direkt mit der Betreuung und Pflege von Personen befasst sind. Im Verhältnis dazu hat die Ärztekammer nur knapp 43.000 Mitglieder. Es ist daher erforderlich, eine Anstellungspflicht für alle Pflegekräfte (z.B. durch Landespflegegesellschaften) zu schaffen, um die 60.000 prekären Pflegekräfte aus der Scheinselbständigkeit herauszuholen. Dann wäre die AK und die Gewerkschaften für alle Pflegekräfte zuständig und es gäbe eine einheitliche Interessenvertretung.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

Die Akademisierung der Pflege bietet für alle Personen in Pflegeberufen die Chance einer beruflichen Weiterentwicklung und es ist dadurch auch möglich sich in einzelne Fachbereiche zu vertiefen. Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass die Pflege durch diese Akademisierung eine Aufwertung als Forschungsdisziplin erfährt. Wir sprechen daher ja auch von den Pflegewissenschaften. Was es jedoch zu bedenken gilt ist, dass es weiterhin auch ausreichend niederschwellige Weiterbildungsangebote geben muss, da es in den Pflegeberufen auch viele Menschen gibt, die keine akademische Höherqualifizierung anstreben, und das ist auch legitim.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

Die Pflegelehre sehen wir skeptisch. Als PflegerIn trägt man sehr viel Verantwortung und man muss psychisch belastbar sein. Eine Pflegelehre ist daher eigentlich erst sinnvoll, wenn die Lehrlinge ein Mindestalter von 17 bis 18 Jahren haben. Dies ist auch Voraussetzung bei den meisten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen.

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige Pflegepraxis eröffnen?

Wir hinterfragen das Prinzip des privaten Gewinns bei solchen Pflegepraxen. Viel eher müssen öffentlich, mobile und stationäre Pflege ausgebaut werden.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

In Schweden bemüht man sich sehr um attraktive Arbeitsbedingungen und Ausbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte zu schaffen. Und dennoch hat auch Schweden das Problem einer Abwanderung von Fachkräften nach Norwegen, da dort die Löhne noch etwas höher

sind. Daher versucht Schweden ebenso wie Österreich Personal aus dem Ausland bzw. Personen mit Migrationshintergrund für Pflegeberufe zu begeistern und zu qualifizieren. Das alleine deckt den Fachkräftebedarf allerdings nicht, daher ist hilft nur eines: es braucht neben besseren Arbeitsbedingungen dringend eine höhere Entlohnung der Pflegeberufe. Nur so kann man erreichen, dass mehr Menschen in dieser Berufssparte arbeiten möchten und weniger Pflegekräfte in andere Berufe abwandern.

Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal)

In erster Linie sollen alle Maßnahmen getroffen werden um die Pflege zu einem attraktiven Beruf für bereits ansässige Personen zu machen. Junge Menschen, aber auch QuereinsteigerInnen mit bereits fortgeschrittenerem Einstiegsalter, sollen wieder mit großer Motivation und Selbstbewusstsein diesen Beruf erwählen und ausüben. Die regierenden Politiker sollen nicht glauben, dass der Status Quo in punkto Entlohnung und Arbeitsbedingungen ausreichend ist. Nur, wenn sich trotz gravierender Verbesserungen der Bedarf an Pflegekräften nicht decken lässt, sollte Personal aus dem Ausland angeworben werden. Man darf ja nicht vergessen, dass diese Fachkräfte in den Herkunftsländern vor Ort fehlen und man den Fachkräftemangel eigentlich nur von einem Land ins nächste Land verlagert.

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Um einem Pflegenotstand vorzubeugen benötigt es verschiedene Ansätze. Zum einen ist es sinnvoll alles daran zu setzen, dass Menschen so lange als möglich zuhause in ihren vier Wänden betreut werden. Die meisten pflegebedürftigen Personen möchten ja auch lieber zuhause in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und nicht in ein Heim übersiedeln, wenn sie pflegebedürftig werden. Doch gerade für einkommensschwache Personen ist Hauskrankenpflege oft nicht leistbar und nicht selten erfolgt der Umzug ins Heim aus Kostengründen, weil dort die öffentliche Hand für den Heimplatz zuzahlt.. Der Grazer Gesundheitsstadtrat und KPÖ-Spitzenkandidat der steirischen Landesliste Robert Krotzer hat ein Klententarifmodell ausgearbeitet und in Graz bereits umgesetzt. Den Betroffenen bleibt dadurch die Höhe der Mindestpension in der Höhe von 885 Euro erhalten und zwar unabhängig vom Betreuungsausmaß, das sie zuhause in Anspruch nehmen. Dafür sorgen Ausgleichszahlungen der Stadt Graz, die im neuen Klententarifmodell für die mobile Pflege und Betreuung sowie die Hauskrankenpflege vorgesehen sind. Durch dieses Modell müssen die Menschen gar nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt einen Heimaufenthalt erfahren, was in Summe trotz aller Ausgleichszahlungen dennoch Kosten im Pflegebereich einspart. Diese Kosteneinsparungen im Langzeitpflegebereich sollten wiederum zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Attraktivierung des Pflegeberufes investiert werden.

Gerade in den Wohn- und Pflegeheimen ist ein Fachkräftemangel zu beobachten, daher muss der Berufsstand der Pflege durch bessere Entlohnung und familien- und freizeitfreundlichere Dienstplangestaltung aufgewertet werden. Da der Pflegeberuf eine körperlich und vor allem auch psychisch sehr belastende Tätigkeit darstellt, sind entsprechende Angebote der Supervision und Burn-Out-Prophylaxe dringend notwendig. Außerdem sollte das System des Pflegeschlüssels hinterfragt werden, da dies dazu führt, dass gerade Wohn- und Pflegeheime personell oft viel zu knapp ausgestattet sind.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Es steht der Ärztekammer in unseren Augen eigentlich nicht zu, dass sie sich einmischt, wenn es sich um nicht interdisziplinäre Bereiche des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes handelt. Hier muss eine klare Abgrenzung her, denn Pflegende sind nicht einfach die Handlanger von Ärzten. Der Pflegeberuf ist ein eigener Berufsstand, der mit aufwendigen und umfassenden Ausbildungen erlernt wird. Pflegekräfte dürfen sich hier ruhig eines gewissen Selbstbewusstseins gewahr werden.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte,..) von Pflegekräften.

Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Es wäre wünschenswert, wenn jede Schule eine eigene „school nurse“ hätte. In anderen Ländern ist dies bereits selbstverständlich. Es kann ja auch nicht jederzeit und überall ein/e SchulärztIn anwesend sein. Die Weiterverschreibung von bereits einmal ärztlich verordneten Inkontinenzprodukten oder anderen pflegerisch notwendigen Materialien sollte eigentlich selbstverständlich sein, denn mit diesen Produkten arbeitet die Pflege ununterbrochen in ihrem Berufsalltag. Da das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz die Kompetenzbereiche sehr genau definiert, sollte man ruhig dementsprechend auch deutlich mehr Befugnisse in die Hände der Pflege geben.

Was wollen Sie unserer Leserschaft abschließend mitgeben?

Die Wahlplattform der „Alternativen Listen, KPÖ, Linke und Unabhängigen“ orientiert sich ganz klar an den Interessen des ArbeitnehmerInnenschutzes. Wir möchten die Pflegeberufe zu einem noch attraktiveren Berufsfeld machen indem wir uns für bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne einsetzen. 30h bei vollem Lohnausgleich ist eines unserer zentralen Mottos, denn wir sind überzeugt, dass es eine gute work-life-balance braucht.

Interviewpartner: Johannes Wölflingseder

facultas senior

Denksport

Die Denksport-Übungen motivieren zur Konzentration und regen verschiedene Denk- und Gedächtnisfunktionen an.

ISBN 978-3-7089-1818-1

ISBN 978-3-7089-1880-8

ISBN 978-3-7089-1708-5

Aktiv & Konzentriert

Die Hefte „Aktiv & Konzentriert“ enthalten Konzentrations- und Aktivierungsübungen vielfältiger Art. Jede Übung ist in verschiedenen Schwierigkeitsstufen enthalten und kann so individuell angepasst werden.

ISBN 978-3-7089-1710-8

ISBN 978-3-7089-1648-4

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

facultas

Im Interview mit Dr. Peter Pilz

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Ja, die Pflege ist für mich ein wichtiges Thema. Es geht nämlich um knapp 470.000 Menschen, die Pflegegeld beziehen, es geht um ihre Angehörigen und um die Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten. Die Pflege wurde die vergangenen Jahre unterfinanziert und die Probleme wurden verschwiegen. Es braucht daher konkrete Verbesserungen, wie die Valorisierung des Pflegegelds, die ich mitbeantragt habe, und es braucht eine Vision, wie ein Pflegesystem der Zukunft aussehen soll, das den Menschen, die Pflege brauchen, die optimale Versorgung - und das den Beschäftigten einen guten Arbeitsplatz - garantiert.

Was haben Pflegekräfte davon, sie zu wählen?

Ich trete für eine deutliche Aufwertung der Pflege ein. Das bedeutet erstens eine spürbare nachhaltige Erhöhung des Einkommens und zweitens eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Bei beidem wird direkt oder indirekt Steuergeld verwendet, von daher gibt es einen großen politischen Gestaltungsspielraum. Den will ich nutzen. Es geht nicht nur um Wertschätzung und Dank, sondern um verbesserte Arbeitsbedingungen und bessere Entlohnung für Pflegekräfte. Die Pflege braucht Zeit, deshalb ist es dringend notwendig diese auch mit den Pflegebedürftigen zu ermöglichen, anstatt im Minutentakt Aufgaben abhandeln zu müssen.

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Indem in die Arbeitsabläufe in der Pflege wieder ausdrücklich Zeit für die menschlichen Kontakte eingepreist wird, die den besonderen Charakter eines Pflegeberufs ausmachen. Er besteht eben aus mehr als aus einer Abfolge tech-

nischer Handgriffe. Und indem ich mich dafür einsetze, dass deutlich mehr Geld für die Pflege – zum Beispiel über den Pflegefonds – bereitgestellt wird, das dafür verwendet werden muss, die Entlohnung spürbar und deutlich zu verbessern.

Was wollen Sie für pflegende Angehörige tun?

Ich habe bereits Anträge im Nationalrat gestellt, die auf die Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger abzielen. Das Recht auf Pflegekarenz, eine Verlängerung der Dauer von Ersatzpflege und ein besseres Frühwarnsystem, wenn es um die 40.000 pflegenden Jugendlichen geht (young carer). Ich finde es nicht akzeptabel, dass Jugendliche pflegen müssen und mit ihren vielen kleinen und sehr großen Sorgen von der Politik so alleine gelassen werden. Da braucht es mehr als eine Telefonnummer, es braucht konkrete Unterstützung.

Meine hier genannten Anträge wurden übrigens allesamt entweder durch die Regierungsfraktionen ÖVP und FPÖ vertagt oder niedergestimmt.

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Ich denke, dass wir zur Bewältigung der Probleme in der Pflege nicht neue Institutionen brauchen, sondern mehr Geld und kämpferische Gewerkschaften beziehungsweise Beschäftigte. Allerdings trete ich für eine spürbare Demokratisierung in der Pflege ein. Daher habe ich einen Antrag für eine Sozialwahl bei den Sozialversicherungen eingebracht. Ähnlich wie bei der Arbeiterkammerwahl sollen die Verantwortlichen nicht von der Politik geschickt werden (was dieses ewige Umfärben nach sich zieht), sondern direkt von den Versicherten gewählt werden. Schließlich bezahlen wir alle ja unsere Beiträge. Deren Verwendung muss demokratisch kontrolliert werden.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

Ich sehe zwei Seiten. Auf der einen Seite braucht der Pflegeberuf Fachkräfte. Der Fachkräftemangel betrifft daher die Pflege wesentlich. Und Fachkräfte brauchen eine gute und seriöse Ausbildung – und übrigens auch die Möglichkeit, permanent weiter zu lernen.

Auf der anderen Seite denke ich, dass dies nicht zwangsläufig in Form eines akademischen Studiums erfolgen muss. Eine geordnete, klar gegliederte Ausbildung an den Pflegefachschulen ist meines Erachtens nach viel wert.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

Ich bin gegen die Pflegelehre mit 15 J. – wie übrigens die meisten Fachleute. Denn einem 15 oder 16-jährigen den täglichen Kontakt mit dem möglichen Tod der Patientinnen und Patienten zuzumuten – davon halte ich nichts. Für das Ausüben des Berufs – und auch für das Erlernen - braucht es schon eine gewisse Reife. Wenn dann wäre für mich ein Start mit theoretischer Ausbildung ab 15 j. und ab 17 Jahren dem vollen Einstieg in den Lehrberuf Pflege inklusive den tagtäglichen Schicksalen und auch dem Thema Tod vorstellbar.

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige

Pflegepraxis eröffnen?

Ich bin dafür, dass wir zuerst einmal das staatliche, steuerfinanzierte Pflegesystem in den Griff bekommen und deutlich attraktiver machen. Jede und jeder von uns kann von heute auf morgen zum Pflegefall werden. Und dann muss eine staatlich organisierte Pflegeversorgung bereitstehen. Zusätzliche private Angebote können gegeben sein, aber derzeit nicht das Hauptproblem. Der Staat muss eine hohe Qualität der Pflege für seine BürgerInnen garantieren können.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

Ich habe mir das Pflegesystem der nordischen Länder genau angesehen und es analysiert. Was wir daraus lernen können: Dort wird die Pflege kommunal organisiert. Die Leute vor Ort wissen halt am besten, wie es geht. Es gibt dort keinen künstlichen Markt mit zig Hilfsorganisationen, die sich mühsam koordinieren müssen. Pflege funktioniert dort aus einer Hand mit einer ersten Telefonnummer vor Ort, von wo aus dann alles weitere in die Hand genommen wird. Der Standard der Pflege ist in allen Regionen gleich hoch.

Nun kann man das System in Österreich nicht von einem Tag auf den anderen verändern. Aber die Tendenz für eine Veränderung ist aus meiner Sicht klar. Die Aussage, mobil vor stationär, muss bedeuten, dass es eine aus Steuern finanzierte bedürfnisnahe Versorgung für alle braucht, die gleiche Leistungen unabhängig von Region und Geldbeutel bringt.

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Die Lösung ergibt sich aus all dem, was ich in meinen früheren Antworten schon aufgeführt habe: Mehr, und zwar deutlich mehr, Geld für die Pflege, das ich aus Vermögenssteuern erwirtschaften will, eine Verbesserung der Pflegeberufe beim Einkommen und bei den Arbeitsbedingungen. Und es braucht Vereinfachungen im Dschungel der Hilfsorganisationen und Zuständigkeiten.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Die Ärztekammer hat das Recht, in Form von Begutachtungen und Beratungen auf Gesetze Einfluss zu nehmen. Die Beschäftigten in der Pflege müssen ihre Interessen selber in die Hand nehmen, sich organisieren und dann Einfluss nehmen. Da gibt es ja durchaus Ansätze. Selbstorganisation in der Pflege ist wichtig, und es gibt auch politische Kräfte in diesem Land, die darauf sensibel reagieren. Geschenkt bekommt man in der Pflege indessen nix. Daran würde auch eine Pflegekammer nichts ändern.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte,..) von Pflegekräften. Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Ich bin eher skeptisch, wenn auf eine Krise – und die gibt es im Bereich der Pflege – mit neuen Berufsbildern reagiert wird. So wie man School Nurses versteht, geht es darum, im Bereich der Vorsorge mehr zu tun. Das unterstütze ich natürlich. Allerdings habe ich da keine Hoffnungen, dass durch School Nurses oder durch den neuen Studiengang der „Advanced Practice Nurses“ die Zahl der Pflegefälle signifikant sinken wird. Dennoch: Vorsorge ist wichtig, und je mehr Qualitätszeit ein Mensch zur Verfügung hat, umso besser.

Kurzum: Ich würde mir die Argumente für die neuen Berufsbilder anhören, mit den Betroffenen reden und dann entscheiden, wie deren positive Beitrag zu einem sehr guten Pflegesystem aussehen kann.

(Hintergrund dazu: https://pflege-professionell.at/die-zukunft-der-advanced-practice-nurse-in-oesterreich)

Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal).

Da kann das skandinavische Modell wiederum modellgebend sein. Dort ist die Ausbildung vereinheitlicht und standardisiert – nach einem sehr hohen Standard. Wer – egal woher er oder sie kommt – in diesen Berufen arbeiten möchte, muss diese Ausbildungen durchlaufen oder vergleichbare Standards mit sich bringen.

So wünsche ich es mir auch in

Österreich.

Danke für das Interview. Was wollen Sie unserer Leserschaft abschließend mitgeben?

Sie sollen sich nicht mit billigen Wahlkampfslogans abspeisen lassen, wenn es um die Pflege geht. Klar ist, dass jede Verbesserung etwas kosten wird. Wenn wir eine qualitativ hochwertige Pflege für alle wollen, kann dies nur steuerbasiert passieren.

Wer also die Pflege verbessern will, muss sagen, woher er das Geld dafür nehmen möchte. Achten Sie darauf – und treffen Sie dann ihre Entscheidung.

Fotos (C) Goran Andric
Interviewpartner: Markus Golla

CURAPLUS FAMILY CARE
kinder.pflege.zuhause

Säuglinge, Kinder und Jugendliche pflegen, Familien begleiten.
CURAplus ist seit 7 Jahren auf die Pflege und Begleitung von schwerstranken und beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen, sowie Erwachsenen spezialisiert.
Ab Herbst 2019 wird der Bereich der Familienpflege von der Intensivpflege abgekoppelt, um sich speziell den Jüngsten, sowie deren FAMILIEN zu widmen.

Vertrauen gewinnen, Sicherheit schaffen!
Unser Ziel ist es durch unsere Tugenden: Zuverlässigkeit, Expertise, Individualität und Vernetzung - betroffene Familien ein Umfeld zu schaffen, in dem sie durch Vertrauen und Expertenwissen, Sicherheit im Umgang, sowie einer zuverlässigen Pflege- und Betreuugssituation, eines sein können - FAMILIE.

Gleichzeitig geben wir Kinderkrankenpflegepersonen, sowie KollegInnen mit SAB Kinderintensivpflege, die Möglichkeit, ihren Job so zu leben, wie sie das gerne möchten. Ein sicherer Arbeitsplatz mit Vollbeschäftigung und Bezahlung deutlich über dem SWÖ-KV und flexible Arbeitszeitmodelle ermögliche eine familienzentrierte Arbeit für unsere Familien, in der die eigene Familie nicht zu kurz kommt.

Schenkt uns euer Vertrauen, geschätzte Familien. Werdet Teil eines innovativen Teams, liebe KollegInnen. Lasst uns die häusliche Pflege und Begleitung von Kindern/Jugendlichen und deren Familien gemeinsam weiterentwickeln und zusammen etwas großartiges entstehen lassen.

kinderpflege@curaplus.at 0676 / 61 26 605

www.CURAplus.at

JETZT
LISTE PILZ

»MACHT BRAUCHT KONTROLLE«

ÖSTERREICH BRAUCHT PILZ

www.partei.jetzt

Kardinal König Haus

Dementia Care – Wissen und Kompetenzen stärken

Demenz – eine Priorität für unser Gesundheits- und Sozialsystem

Demenz ist der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit. Die Anzahl der Menschen mit Demenz soll sich bis ins Jahr 2050 verdoppeln. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Sozial- und Gesundheitswesen sind mit wachsenden Anforderungen konfrontiert.

Bildung

Bildung ermöglicht Sensibilisierung und Qualifizierung. Das Wissen und die Handlungskompetenzen der Mitarbeitenden lassen sich erweitern und die Lebensqualität aller Beteiligten fördern.

Interprofessioneller Lehrgang Dementia Care

Der Lehrgang richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich und ist eine anerkannte Weiterbildung „Pflege bei Demenz“. Er umfasst insgesamt 200 Unterrichtseinheiten und Hospitationen. Praxisprojekte können optional durchgeführt werden.

Einladung zur Informationsveranstaltung des Lehrgangs Dementia Care 2020

Wo: Kardinal König Haus
Kardinal-König-Platz 3, 1130 Wien
www.kardinal-koenig-haus.at

Wann: 21. November 2019, 14.00 bis 17 Uhr

Anmeldung und Information:

Nina Zuckerstätter, MSc
Telefon: +43-1-804 75 93-621
E-Mail: dementiacare@kardinal-koenig-haus.at

Bewerbungen sind bis zum 9. Dezember 2019 bei Nina Zuckerstätter (dementiacare@kardinal-koenig-haus.at) möglich. Weiterführende Informationen unter https://www.kardinal-koenig-haus.at?va=26665

Im Interview mit Mag. Beate Meinl-Reisinger (NEOS)

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Das Thema „Pflege“ ist eines der brennenden Zukunftsthemen und muss daher auch im Wahlkampf den Stellenwert bekommen, den es verdient hat. Allerdings verlangt es eine ehrliche und respektvolle Debatte. Aufgrund der hohen Bedeutung haben wir seit Anfang 2019 im Rahmen eines Pflegeprozesses eine Veranstaltungsreihe in den Bundesländern gemacht. Unter einer breiten Beteiligung von Betroffenen, Angehörigen, medizinischen Fachpersonal und Experten haben wir gemeinsam die Grundlage für unseren politischen Positionen erarbeitet. Gerade bei einem so sensiblen Thema ist es notwendig zuerst zuzuhören, dann aber auch endlich ehrliche und nachhaltige Reformen umsetzen.

Was haben Pflegekräfte davon sie zu wählen?

Wir haben während der letzten Wochen durch unseren Pflegeprozess bewiesen, dass wir ein verlässlicher Partner sind. Wir wollen die Rahmenbedingungen für Betreuungs- und Pflegekräfte verbessern, damit sich auch mehr jungen Menschen für diesen Beruf entscheiden. Hier geht es um bessere Strukturen, mehr Unterstützung, verbesserte Arbeitsbedingungen und einen anderen Stellenwert im Gesundheitssystem. Zudem sehen wir die Pflege künftig auch viel stärker in der Prävention, am besten in mit der Primärversorgung eingebunden.

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Die wesentlichste Stütze im Bereich der Betreuung und Pflege sind neben den pflegenden Angehörigen die Fachkräfte. Neben einer besseren Bezahlung braucht es mehr Aus- und Fortbildungsangebote sowie Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Der

Mangel an Fachkräften wird durch unattraktive Rahmenbedingungen verstärkt. Egal ob selbständig oder unselbständig, braucht es für die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich einen „Pflege-Leistungskatalog“ – auch zur besseren Abrechnung mit der Kasse. Generell gilt es die Zusammenarbeit mit Ärzten zu verbessern, Eigenverantwortung bzw. Kompetenz zu stärken, Finanzierungsangebote für Berufsumsteiger anzubieten, Karrierelaufbahnen zu ermöglichen und die Ausbildung für leitendes Personal zu intensivieren.

Was wollen Sie für pflegende Angehörige tun?

Wir haben oft gehört, dass – neben dem Gefühl allein gelassen zu sein – die fehlende Information über die Erkrankung, den Umgang mit Erkrankten und die Frage, woher man Utensilien und technische Hilfsmittel für den Pflegeaufwand bezieht, wesentliche Anliegen der pflegende Angehörige sind. Wir schlagen eine fachkundige Auskunftsperson – eine sogenannte Community Nurse – vor, sie kann einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung und Unterstützung leisten. Noch bevor die Entscheidung gefallen ist einen Angehörigen zu pflegen, sollte klar gemacht werden, was es eigentlich bedeutet, einen Angehörigen zu pflegen und was auf einen zukommt. Eine Community Nurse kann Hausbesuche übernehmen und vor Ort beraten bzw. die Situation auf Versorgungssicherheit einschätzen. Zudem werden pflegende Angehörige zu wenig gehört. In Analogie zu den Selbsthilfegruppen soll eine unabhängige Interessensvertretung, deren Mitgliedschaft freiwillig ist, aufgebaut werden, die sich bei den zuständigen Behörden, Entscheidungsträgern und Organisationen für Anliegen einsetzen kann.

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Der ÖGKV (Anm. Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegerverband) leistet hervorragende Arbeit und ist für uns ein Role-Model wie Interessenvertretung ohne Zwangsmitgliedschaft funktionieren kann. Wenn alle an einem Strang ziehen, kann viel bewegt werden. Klar ist, dass es eine starke Vertretung für diesen Berufsstand braucht.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

Ich halte es für ganz entscheidend diese Chance der Weiter- und Fortbildung zu geben und Pflegewissenschaften stärker mit der Praxis zu verknüpfen. Diplomierte Pfleger sollen in der Lage sein, Verantwortung über 1-2 Einrichtungen zu übernehmen. Dies bedingt die Forderung, dass in Zukunft auch direkt mit den Kassen abgerechnet werden kann. Dies ist außerdem ein Schritt zu Entlastung von Ärzten, ganz besonders im ländlichen Bereich, das auch Hausbesuche abgenommen werden können.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

Da bin ich skeptisch. Die meisten Experten sprechen sich gegen die sogenannte Pflegelehre aus, da junge Menschen für diesen emotional und körperlich fordernden Beruf zu diesem Zeitpunkt oft noch nicht geeignet sind. Generell braucht es eine Verbesserung in Richtung einer aufbauenden und durchlässigen Ausbildung mit Spezialisierungen – ähnlich eines

modularen Baukastensystems. Als Grundlage einer Ausbildung kann auch bereits in jungen Jahren die Verwaltung von Arbeitsplätzen und wirtschaftliche Grundlagen vermittelt werden.

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige Pflegepraxis eröffnen?

Ja, es braucht eine Aufwertung der Kompetenzen und die Möglichkeit der direkten Verrechnung mit den Kassen.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

Wir haben im Gesundheits- und Pflegebereich leider tatsächlich enormen Aufholbedarf gegenüber den nordeuropäischen Ländern. Darum drängen wir auf eine flächendeckende Primärversorgung nach nordeuropäischem Zuschnitt. Nach unseren Vorstellungen sollen künftig sämtliche Gesundheitsberufsgruppen auf Augenhöhe in Primärversorgungseinheiten oder -netzwerken zusammenarbeiten.

Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal)

Das gemeinsame Europa ist eine Chance und ein Fakt - auch in der Pflege. Wichtig ist diesbezüglich aber, dass die Qualifikation entsprechend passt, wobei es ausländischen Fachkräften erleichtert werden muss, ihre Qualifikation in Österreich anzurechnen.

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Eine Maßnahme ist zu wenig, das muss ein Bündel von Lösungen sein. Wir setzen auf eine Stärkung der Prävention, wobei der Pflege eine wichtige Rolle zukommen könnte. So kann der Beginn der Pflegebedürftigkeit verzögert werden. Gleichzeitig müssen, wie bereits betont, die Ausbildung und das Berufsbild von Pflegefachkräften massiv verbessert werden.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Wir versuchen seit jeher in den Gesetzwerdungsprozessen die Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe voranzutreiben. So wichtig die Expertise der Ärztekammer auch ist, sie ist nur ein Blickwinkel.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte,..) von Pflegekräften. Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Wir haben im Rahmen unseres Pflegeprozesses oft gehört, dass es Gesetze gibt, diese aber nicht zur Anwendung kommen. Sowohl die School Nurse als auch die Weiterverschreibungsmöglichkeiten sind dringend notwendig. Ich halte es bei der School Nurse vor allem für wichtig, dass hier gesamtheitlich gedacht wird. Es braucht eine umfassende Bedarfsanalyse bevor entschieden wird, wo es School Nurses oder eine Primärversorgungseinheit braucht und was dadurch abgedeckt werden soll.

Danke für das Interview. Was wollen Sie unserer Leserschaft abschließend mitgeben?

Ich möchte all jenen meine Hochachtung zum Ausdruck bringen, die täglich in der Pflegearbeit tätig sind. Und ich möchte mich bei allen bedanken, die einen Beitrag während des Pflegeprozesses geleistet haben. Neben den Erfahrungen und Wünschen Betroffener und Angehöriger durften wir auch die Expertise u.a. des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegerverbandes (ÖGKV), Caritas, Rotes Kreuz, Hilfswerk, Diakonie und Volkshilfe in unsere Positionen einfließen lassen. Es hat sich gezeigt, dass es gerade bei so einem sensiblen Thema wie Pflege bedeutend ist, zuerst zuzuhören und miteinander zu reden, um so politische Positionen erarbeiten zu können. Das möchte ich mitnehmen. Wir NEOS stehen für eine Neuaufstellung des Pflege- und Betreuungssystems in dem alle Player auf Augenhöhe und unterstützend agieren. Das ist unser Anspruch.

Fotos (C) Goran Andric
Interviewpartner: Markus Golla

neos.eu

neos

29. September

SELBSTBESTIMMTE PFLEGE DAHEIM

MACHT SONST KEINER

BEATE MEINL-REISINGER

IMPRESSUM: NEOS, Neustiftgasse 73-75, 1070 Wien

(c) Astrid Knie

Im Interview mit Dr. Pamela Rendi-Wagner (SPÖ)

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Unbedingt! Die soziale Absicherung der Pflege ist ein drängendes Zukunftsthema. Wir haben Antworten für 450.000 Betroffene und ihre Angehörigen. Diesen Menschen sagen wir: Wir kümmern uns um euch. Wir garantieren euch ein Recht auf Pflege. Es ist unsere Aufgabe, euch zu helfen und für euch da zu sein.

Was haben Pflegekräfte davon sie zu wählen?

Wer in der Pflege arbeitet, leistet einen unschätzbaren Dienst an den Menschen in unserer Gesellschaft. Ich will, dass unsere Pflegekräfte für diese Arbeit eine gute Ausbildung, gute Rahmenbedingungen und eine ordentliche Bezahlung erhalten!

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Zu unseren Vorschlägen gehören u.a. die Entlastung durch mehr Personal, faire Bezahlung, Bonus für schlechte Arbeitszeitlage sowie eine sechste Urlaubswoche ab dem 40. Lebensjahr. Durch ein Bundesgesetz wollen wir zudem die Qualitätsstandards und die Arbeitsbedingungen in der 24-Stunden-Betreuung besser absichern.

Was wollen Sie für pflegende Angehörige tun?

Ich will pflegende Angehörige u.a. durch Pflegeservicestellen zeitlich entlasten – hier können alle Informations- und Beratungsangebote an einem Ort genutzt werden. Außerdem werden wir für eine bessere Unterstützung durch zeitlich flexible Dienste sorgen, die auch die Zeiten am frühen Morgen, späten Abend, an Wochenenden und Feiertagen abdecken können. Weitere Vorschläge sind: Rechtsanspruch auf Pflegekarenz und Pflegeteilzeit; die Ausweitung

der Pflegefreistellung, um einen nahen Angehörigen bei akuter Krankheit oder anderen Krisen zu unterstützen, auch wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt leben; ungekürztes Pflegegeld für Familien mit schwer behinderten Kindern und eine psychosoziale Beratung/Begleitung sowie psychotherapeutische Unterstützung.

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Wir haben mit der Registrierung der Gesundheitsberufe die Möglichkeit geschaffen, dass alle Pflegekräfte in ganz Österreich in einer Liste zusammengefasst und öffentlich einsehbar sind. Die Anknüpfung der unselbständig tätigen Pflegekräfte bei der Arbeiterkammer sinnvoll und ausreichend. Es bedarf daher keiner eigenen Pflegekammer.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

Der Nationalrat hat bereits im Juli 2016 mit den Stimmen von SPÖ, ÖVP und Grünen eine Ausbildungsreform auch mit der Akademisierung der Pflegekräfte beschlossen. Es gibt jetzt drei Berufsbilder, neben Pflegeassistenz gibt es die Pflegefachassistenz, die weiterhin an Krankenpflegeschulen ausgebildet werden sowie die gehobenen Pflegefachkräfte, die akademisch an Fachhochschulen ausgebildet werden. Die damit einhergehende bessere Ausbildung, höhere Pflegequalität und die Durchlässigkeit der Berufe war wichtig und notwendig, um den Beruf zu modernisieren und an internationale Entwicklungen anzuschließen.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

15-Jährige Burschen und Mädchen durch eine Lehre als Pflegekräfte einsetzen zu wollen, ist der falsche Zugang, um weiterhin eine zukunftsfähige und qualitätsvolle Pflegeversorgung sicherzustellen. Fakt ist: In einem derart jungen Alter ist man den physischen und psychischen Herausforderungen des Pflegeberufs schlicht und ergreifend nicht gewachsen. So gut und wertvoll die Lehre in anderen Bereichen ist, für die Pflege ist sie keine geeignete Ausbildungsform – abgesehen davon, dass die EU-Gesetzgebung einen derartigen Einsatz am Krankenbett vor vollendetem 17. Lebensjahr gar nicht zulassen würde

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige Pflegepraxis eröffnen?

Nein. Wir wollen eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegepersonal als gleichberechtigte Partner in Primärversorgungeinrichtungen.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

Unser Pflegekonzept sieht hier verschiedene Ansätze vor. Entscheidend ist aber der Ausbau der Leistungen und die Übernahme der Kosten durch den Staat, sodass der Pflegefall nicht zur Armutsfalle wird.

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Ich will die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung der Pflegekräfte verbessern, aber auch den Zugang zur Pflegeausbildung über Berufsbildende Höhere Schulen ermöglichen.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Wir fordern: Keine Gesetze ohne Begutachtung. Alle gesellschaftlichen Gruppen sollen die gleichen Chancen auf Mitsprache haben.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte,..) von Pflegekräften. Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Wir wollten die Weiterverschreibung bestimmter Pflegeprodukte bereits bei der letzten Novelle regeln, dies scheiterte an der ÖVP. Ich unterstütze diese Forderung. Auch der Einsatz von Schulschwestern ist sinnvoll muss aber auch mit dem Bildungsbereich akkordiert werden.

Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal)

Wir wollen verstärkt auf heimische Pflegekräfte setzen. Daher ist es wichtig, die Ausbildungsplätze aufzustocken und die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich attraktiver zu machen.

Danke für das Interview. Was wollen Sie unserer Leserschaft abschließend mitgeben?

Wir haben Antworten für Personen, die auf Pflege angewiesen sind, und ihre Angehörigen. Antworten, die Sicherheit geben, Schutz bieten und den Menschen Würde und Respekt garantieren. Auch wenn Pflege eine emotionale Herausforderung bleibt, finanziell wird sie mit uns keine Belastung mehr sein.

Fotos (C): Max
Interviewpartner: Markus Golla

Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz
Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H. Medizinische Universität Graz
KAGes
ERST EINSCHÄTZUNG GRAZ

Pflege in Notaufnahme und Ambulanzen

08. und 09. November 2019

LKH-Univ. Klinikum Graz,
Seminarzentrum
8036 Graz, Auenbruggerplatz 19

Anmeldung und Programm:
www.klinikum-graz.at/MTS

rdb.at
wo MANZ auch findet

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

www.oezpr.manz.at

Kennenlern-Abonnement 2019:
2 Hefte EUR 10,–

„The One and Only“: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht

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

MANZ

(C) Wandel

Im Interview mit Fayad Mulla (Wandel)

Wird bei Ihnen „Pflege“ ein Thema im Wahlkampf werden?

Hinwendung zum Menschen, vor allem in schwierigen Situationen, ist ein Hauptschwerpunkt unseres Wahlprogramms: Gute Arbeit, gerechte Löhne, deutliche Reduktion der Arbeitszeit, eine 1:5 Lohnregelung – der/die bestbezahlte MitarbeiterIn soll nicht mehr als den fünffachen Lohn des neuen Mindestlohns von 2.000 Euro netto verdienen. Zweiter relevanter Punkt für uns: Massiver Kampf gegen eine Zweiklassenmedizin und genügend Zeit für KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen, sich um PatientInnen zu kümmern. Wir wollen ein Ende der Ausbeutung im Beruf.

Was haben Pflegekräfte davon sie zu wählen?

Der Wandel zeichnet in seinem Utopie-Papier, nachzulesen unter www.derwandel.at/konkrete-utopie-konkrete-politik/, eine gute Zukunft für alle, wie sie sein kann, wenn wir grundlegende Spielregeln in unserer Giergesellschaft ändern. Das geht nicht von heute auf morgen, aber wir werden jede politische Entscheidung an unseren Zielen messen. Pflegekräfte stehen heute unter besonderem Druck: Erwartungshaltungen, die aus Zeitgründen oft nicht erfüllt werden können, teilweise prekäre Arbeitsverhältnisse sowie eine Bezahlung, die nicht dem Wert der Arbeit entspricht. Nur wenn wir das Gesamtsystem ändern, werden wir die Ressourcen haben, ein gutes Leben für alle zu ermöglichen. Gerade Pflegekräfte haben daher sehr viel davon, den Wandel zu wählen. Zudem gehen wir mit drei Versprechen in die Wahl, von denen das zweite Versprechen ist: Wir stimmen mit NEIN bei jeder Privatisierung und Kürzung im Bildungs-, Pflege-, Sozial- und Gesundsheitsbereich. Daran kann und soll man uns messen.

Wie wollen Sie die Arbeitssituation für Pflegefachkräfte verbessern?

Je nach Arbeitsplatz müssen unterschiedliche Maßnahmen gesetzt werden. In den Krankenhäusern muss genügend Personal zur Verfügung stehen. Vielen Pflegekräften droht ein Burn-Out. Es gibt genügend Geld, aber eine äußerst schlechte Struktur. Alle Krankenhäuser sollen möglichst alles anbieten, somit entstehen im niedergelassenen Bereich absolute Parallelstrukturen. Finnland hat beispielsweise nur die Hälfte an ÄrztInnen – bei annähernd gleicher Bevölkerung – und einen besseren Gesundheits-Output. Die Politik aller traditionellen Parteien scheut echte Reformen und deckelt lieber das Budget für die Krankenanstalten. Ausbaden müssen das die MitarbeiterInnen und letztendlich auch die PatientInnen. Bei der Hauskrankenpflege kann der Einsatz telemedizinischer Dienste vieles erleichtern – auch die Zusammenarbeit von Pflege und Arzt. Generell müssen zum einen Löhne im Pflegebereich deutlich an deren Bedeutung angepasst werden, zum anderen prekäre Arbeitsverhältnisse verboten werden. Die Menschen im Pflegebereich gehören zu den wahren Leistungsträgern und das muss auch in Form von verkürzter Arbeitszeit und eben höheren Löhnen bei ihnen ankommen.

Was wollen Sie für pflegende Angehörige tun?

Natürlich gehört das Pflegegeld laufend an gestiegene Aufgaben und die Inflation angepasst. Es braucht eine massive Erhöhung der finanziellen Unterstützungen. Portierungen mit dem Einsatz von Telemedizin, vor allem für chronisch Kranke, haben gezeigt, dass pflegende Angehörige – wenn sie eingebunden werden – intensiv und auch mit viel Wissen mithelfen. Moderne Techniken gepaart mit Wertschätzung erleichtert auch für Angehörige die Arbeit. Moderne Technik ermöglicht die Zusammenarbeit zwischen PatientInnen, ÄrztInnen, Pflegepersonal und Angehörigen. Pflegetätigkeit für Angehörige ist Arbeit im besten Sinn des Wortes, eine Pensionsanrechnung sollte selbstverständlich sein.

Wie stehen Sie zu einer Pflegekammer? Pro oder Kontra?

Pflegekräfte sind durch die Arbeiterkammer und auch andere Einrichtungen, wie den Krankenpflegeverband, zunächst einmal gut vertreten. Bestehende Einrichtungen können bei gutem Willen voll in Entscheidungsfindungen eingebunden werden – bis hin zu einem Vetorecht. Sieht die Mehrheit der Pflegekräfte das anders und will von einer eigenen Kammer vertreten werden, steht ihnen das natürlich offen.

Wie stehen Sie zur Akademisierung der Pflege?

In unserem heutigen System hilft eine Akademisierung für die Anerkennung von Berufsgruppen. In Zukunft sollte jede Arbeit, die der Gesellschaft etwas bringt, gleich wichtig und damit auch gleich bezahlt sein. Wir müssen die Grenzen der Formalkriterien für die Beurteilung des Wertes von Menschen überwinden.

Wie stehen Sie zum Lehrberuf Pflege?

Jede Ausbildung ist grundsätzlich sinnvoll, vor allem wenn sie Theorie und Praxis verbindet. Es müssen aber immer entsprechende Aufschulungsmöglichkeiten geboten werden, von der Lehre bis zur Fachhochschule.

Dürfen Ihrer Meinung nach Pflegekräfte eine eigenständige Pflegepraxis eröffnen?

Jede Entbürokratisierung macht hier Sinn. Warum sollten also Pflegepraxen verboten sein? Sinnvoll ist, endlich die Primärversorgungseinheiten (PVE) umzusetzen. Die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, Pflegekräften und anderen DienstleisterInnen muss fern von Standesdünkeln im Sinne der PatientInnen organisiert werden.

Wir hinken gegenüber den nordischen Ländern bei der Pflege um viele Jahre hinterher. Wie sehen sie hier von ihrer Seite her Unterstützungsmöglichkeiten?

Generell kann die Pflege in Zukunft mehr Aufgaben als bisher, also Maßnahmen, die derzeit ÄrztInnen vorbehalten sind, übernehmen – bis hin zur Erst-Triage, was am Gesundheitstelefon (1450) ja bereits geschieht. Voraussetzung dafür ist aber ein entsprechendes Angebot an gut ausgebildeten Pflegekräften. Das wiederum hängt mit einer gerechten Entlohnung zusammen. Es muss sich im Denken folgender Grundsatz durchsetzen: „Jeder Mensch und jeder Beruf, der wertschätzend ausgeübt wird, ist gleich viel wert."

Wie sehen Sie die Nutzung von Fachkräften aus dem Ausland? (Nicht gemeint sind die 24 Betreuungen, sondern diplomiertes oder akademisiertes Personal)

Einfacher ist es, wenn wir den Bedarf in Österreich decken kön-

nen, das betrifft auch integrierte MigrantInnen. Bei Bedarf sollen auch Pflegekräfte aus dem Ausland (nicht nur dem EU-Ausland) beschäftigt werden können, wenn sie die entsprechende Ausbildung haben und die Sprache können. Gleichzeitig müssen wir darauf achten, dass wir aus diesen Ländern die qualifizierten Arbeitskräfte, die dort genauso und oft viel dringender benötigt werden, nicht abwerben.

Die Pflege rutscht in einen Pflegenotstand. Jeden Tag gibt es 29 Pflegefälle mehr in Österreich. Das heißt wir haben zwischen 2017 und 2050 einen Zuwachs von 400.000 zu Pflegenden bei sinkenden Pflegefachkraftzahlen. Wo glauben sie liegt die Lösung?

Wir müssen an mehreren Schrauben drehen: Es braucht einerseits anständige Löhne, verkürzte Arbeitszeit und eine staatliche Jobgarantie, damit wir auch genügend Pflegekräfte haben. Andererseits muss das Gesundheitssystem insgesamt effizienter werden. Ernstzunehmende Studien ergeben, dass wir jährlich durch eine bessere Koordination des Angebots (intramural und extramural), den Abbau des Föderalismus sowie einer Finanzierung aus einer Hand zumindest zwei Milliarden Euro pro Jahr einsparen können, ohne die Versorgung zu verschlechtern. Das weiß man seit Jahren, die traditionelle Politik ist aber zu schwach oder zu feige das umzusetzen. Wir haben also Ressourcen, die wir für die Herausforderungen der älter werdenden Gesellschaft heranziehen können.

Die Ärztekammer schafft es immer wieder bei den Gesetzen der Gesundheits- und Krankenpflege mitzubestimmen. Dies gilt auch für Paragraphen, die nichts mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu tun haben. Wie würden sie dies ändern?

Die Ärztekammer muss erkennen, dass sie nicht alleinig für die Gesundheit der Menschen verantwortlich ist. Verantwortlich ist zunächst einmal der Mensch selbst und dann alle DienstleisterInnen in ihrem jeweiligen Fachgebiet. Immer mehr PatientInnen wenden sich TherapeutInnen zu, weil sie diesen mehr vertrauen als nicht gesamtheitlich denkenden ÄrztInnen. Für die PatientInnen wird das oft teuer. Diese Zweiklassenmedizin gehört jedenfalls abgeschafft. In einem demokratischen Miteinander, wie der Wandel es versteht, gibt es keinen Platz für Standesdünkel. Offene Zusammenarbeit ist gefragt. Dafür wollen wir sorgen.

Trotz Gesetz GuKG Novelle 2016 gibt es noch immer keine School Nurses und keine Weiterverschreibungsmöglichkeiten (Inkontinenzprodukte,..) von Pflegekräften. Wann und was wird sich da unter ihrer Regierung ändern?

Natürlich macht eine Pflegekraft an Schulen Sinn, sie soll mit dem Schularzt zusammen arbeiten. Genauso Sinn macht eine koordinierende „Gemeindepflegekraft“. Weiterverschreibungsmöglichkeiten gibt es ja gesetzlich, sie sollen unbürokratisch und ohne Widerstand der ÄrztInnen umsetzbar sein.

Was wollen Sie unserer Leserschaft abschließend mitgeben?

Als einzige neue Partei, neben denen die immer antreten, haben wir es heuer bundesweit auf den Wahlzettel geschafft. Allein das ist schon ein starkes Zeichen, dass es sehr viele Menschen in Österreich gibt, die auch eine andere Politik, Gesellschaft und Wirtschaft wollen. Ein System, bei dem das Gemeinwohl an vorderster Stelle steht. In der Profitwahn und permanentes Verlangen nach immer mehr und immer schneller nicht mehr alles bestimmen. Eine Welt, in der Mensch, Tier und Umwelt über allem stehen. Das ist unsere Vision und dafür setzen wir uns jetzt schon seit sieben Jahren völlig ehrenamtlich und bedingungslos ein. Bei dieser Wahl haben wir alle die Chance zu zeigen, dass viele von uns einen Wandel wollen. Diese Chance, ein so starkes Zeichen zu setzen, so dass es auch die alten Parteien verstehen, werden wir so schnell nicht wieder bekommen. Also trauen wir uns alle was. Es gibt viel zu gewinnen.

Interviewpartner: Johannes Wölflingseder

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

„Wenn wir es nicht ändern...“

Alles begann mit einem einfachen Posting auf Facebook.

Ich bin niemand der politisch ist und ich sehe auch nicht das Magazin als politisches Magazin. Unsere Redaktion sendet auf der einen Seite Presseaussendungen weiter (ohne sie umzuschreiben), damit sich jeder ein Bild aus erster Quelle machen kann. Wir veröffentlichen Fachartikel aus den unterschiedlichsten Ländern, interdisziplinär und ohne Limitierung und ab und an bitten wir Politiker/innen zu einem Interview.

Ständig werde ich deswegen gefragt, warum die Politik nicht auf uns hört, die Pflege nicht bei politischen Themen mitspricht, man unsere Arbeitsbedingungen nicht sieht.

Aber sehen WIR sie? Für mich gibt es kaum eine Berufsgruppe, die so zerstritten ist, wie es die Pflege ist. Streitigkeiten im Team auf der Station, Station gegen Station, Haus gehen Haus, Träger gegen Träger, Bundesland gegen Bundesland. Oberflächlich sind wir uns natürlich

(C) photoschmidt

alle einig, doch die Wirklichkeit sieht anders aus. Persönliche Interessen und Karriereweg versus Herdendenken.

Kommt jemand mit einer Innovation, sehen ihn/sie viele als Feindbild, denn wir wollen es lieber so machen, wie wir es immer gemacht haben. Wird jemand eine Führungskraft, gehört er/sie auf einmal nicht mehr zum Team und ist „der Feind“. Studierende werden auf vielen Praktikumsstellen empfangen mit „Wirst du eine richtige Diplomierte oder studierst du?“. Dabei handelt es sich um junge Menschen, welche in die Pflege wollen.

Ist es nicht egal, welche Ausbildung (PA, PFA, DGKP, FH, Uni, FSB, …), die Jungen begonnen haben, um in einem sozialen Beruf zu arbeiten. Sollten wir nicht jedes Mal sagen: “Cool, dass du dich für diesen Weg entschieden hast.“ Wäre es nicht besser, den Führungskräften den Rücken zu stärken, weil sie bereit sind, sich um die Organisation des Ablaufes zu kümmern. Wenn dann mal etwas von ihnen nicht so läuft, dann auch den Mut zu haben, ihnen das direkt und trotzdem wertschätzend zu sagen? Wer glaubt, dass Pflegedirektor/innen ein unlimitiertes Entscheidungsrecht haben, der glaubt auch noch an den Weihnachtsmann. Es sitzt immer jemand darüber, der andere Interessen hat und nicht aus der Pflege kommt. Wir sprechen den Leuten, die nicht mehr am Bett arbeiten, ihre Pflegekompetenz ab, wir sprechen den Leuten, die am Bett arbeiten, ihre organisatorische und Entscheidungskompetenz ab. Warum ist das so?

Wie wäre es, wenn wir uns einig wären? Wie wäre es, wenn wir die Wertschätzung jeder/jedem anderen Kollegin/Kollegen entgegenbringen würden. (Und davon sind wir kilometerweit entfernt) „Proud to be a nurse“ ist kein Profilbildaufkleber in Facebook, es ist eine wertschätzende Berufshaltung, die wir in Österreich nur bedingt haben.

Erst wenn es alle kapiert haben, dass unser Gesundheitswesen einen Schulterschluss braucht, erst wenn es alle kapiert haben, dass Pflege eine einige Berufsgruppe sein muss, erst dann können wir beginnen, zu verändern, erst dann kann es heißen:
WIR SIND PFLEGE!

Und genau das ist es was wir brauchen für Patient/innen, pflegende Angehörige, Pflegefachkräfte und alle anderen Disziplinen im Gesundheitswesen, sonst wird es für uns ALLE kein Happy End geben. Let‘s go to work ...

Es folgten tausende Likes, Zuschriften und E-Mails mit der Bitte, dem Posting Taten folgen zu lassen. Doch wie einfach ist es das Thema Berufshaltung in einer Berufsgruppe zu diskutieren, die sich so uneinig ist, dass es zu diesem Posting gekommen ist? Und vor allem, was sollte man den Leuten erzählen? Würden Pflegefachkräfte nach dieser „Provokation“ darüber sprechen wollen? Wer würde zu einer solchen Veranstaltung kommen?

Die Redaktion stand vor einem Berg Fragen und zu Beginn schien es keine schnellen Antworten zu geben. Es wurden Telefonate geführt, Unmengen an Kaffee getrunken und am Ende des Tages hatte man ein klares Bild, von dem was man vorhatte: „Wir rufen offiziell zu Sommer Pflegesommergesprächen in unterschiedlichen Bundesländern auf.“ Eine Aktion, die mitten im Hochsommer startete und primär über die sozialen Medien verbreitet wurde. Ohne Geld, Teilnahmebestätigungen und einem Buffet gingen wir an den Start. Damit waren eigentlich wichtige Komponenten für so manche Pflegeperson aus dem Rennen. Es ging also rein um ein Mitmachen des Mitmachens Willen. Es folgten 1001 Ausreden, warum man nicht an diesen Terminen Zeit und Motivation hatte. Unsere persönlichen Top3:

- Der Veranstaltungsort hat kein entsprechendes Ambiente.
- Es schreckt die Basispflege ab, wenn man bei Nichterscheinen EUR 20,- bezahlen muss (Wir haben bei Anmeldung und einfachem Nichterscheinen ohne Abmeldung mit EUR 20,- „gedroht“.).
- Wenn dort nicht über Geld geredet wird, dann komme ich nicht. Alles andere interessiert mich nicht.

Anhand der ersten Rückmeldungen rechneten wir mit leeren Räumen und einem gemütlichen Sit-in mit ein paar auserwählten Freunden. Schnell wurde die Redaktion eines Besseren belehrt. Schon bei der ersten Veranstaltung in St. Pölten erfreute man sich eines gut gefüllten Veranstaltungsraumes. Pflegefachkräfte aus den unterschiedlichsten Settings und Positionen diskutierten gemeinsam mit den drei Veranstaltern Pflege Professionell, der Gewerkschaft und dem ÖGKV. Im ersten Teil der Veranstaltung ging es um Fakten und Fehlinformationen. Alle Seiten berichteten von diversen Ereignissen und der Realität, die nur selten in den Medien abgebildet wird. Hierbei wurde aber nicht über Kollektivverträge, Arbeitsbedingungen oder Personalschlüssel diskutiert, vielmehr ging es um die Zusammenarbeit, die Probleme durch fehlenden Nachwuchs, das gemeinsame Verständnis für den Beruf und aus welchem Grund die Kommunikation zwischen Pflege und Politik nicht funktioniert. Nach einer kurzen Pause folgte dann die gemeinsame Definition von Zielen und Vorhaben. Aus dem gemeinsamen Brainstorming entstanden sechs Ziele, die es zum Umsetzen galt. Aus einem Vorhaben generierte sich einen Tag später die „#NoJuS“-Challenge, welche in den sozialen Medien weitergetragen wurde: „30 Tage kein Jammern und Sudern“. Dies beinhaltete die Zusatzregel, jeden Tag einer Pflegeperson (oder Ärzten, Therapeuten, Reinigungskräfte, ...) einer anderen Station auf die Schulter zu klopfen, um ihr mitzuteilen, wie cool es ist, dass sie da ist und dass man sich wirklich über alle Kolleg*innen freut. Nicht immer eine leichte Aufgabe, aber wer Wertschätzung von anderen erwartet, der sollte erstmal Wertschätzung zu den anderen bringen.

St. Pölten - 22. Juli - Rund 50 Personen aus den unterschiedlichsten Bereichen und Funktionen und diskutierten über mögliche gemeinsame Ziele für die Zukunft.

Klagenfurt - 12. August - Auch in Klagenfurt kam es zu einem regen Austausch. Diesmal war sogar die örtliche Politik anwesend und diskutierte mit über 80 Personen, über gemeinsame Ziele.

Es folgte die Veranstaltung in Kärnten. Zu Beginn stand alles unter keinem guten Stern. Es gab kaum Anmeldungen, die nächste Hitzewelle kündigte sich an und es schien kein wirklicher Erfolg zu werden. Doch es zeigte sich abermals anders. Innerhalb weniger Tage kam es zu so vielen Anmeldungen, dass der Veranstaltungsort gewechselt werde musste. Diesmal kamen zusätzlich zu den Pflegexpert*innen und Führungskräften, Teilnehmer*innen aus der Politik und hohen Ämtern. Ab der ersten Minute wurde kräftig besprochen, diskutiert und schnell fand man gemeinsame Ziele, für eine Verbesserung der Zukunft. Auch hier gab es keine Hierarchie, sondern ein Miteinander und kritisches aber konstruktives Bewerten der IST-Situation. Die positive Stim-

Klagenfurt - 12. August - Nicht nur Fachkräfte und Politiker*innen waren in Kärnten zur Diskussion gekommen. Eine örtliche Selbsthilfegruppe nahm begeistert teil und erzählte von ihren Erfolgen und Zielen.

Innsbruck- 23. August - Die Anwesenden befanden die Situation in Tirol als gut und sind mit der Ist-Situation durchaus zufrieden. Natürlich ist man bereit, sich mit den anderen Bundesländern und sich auszutauschen. In Tirol ist auf jeden Fall alles unter Kontrolle.

#NoJuSChallenge
30 Tage kein Jammern und Sudern, egal wie hart es ist. Im Gegenzug jeden Tag einer anderen Pflegeperson auf die Schultern klopfen und ihr (ehrlich) sagen warum man sie toll findet.

#WhyNurseChallenge
Warum sind Sie stolz eine Pflegefachkraft zu sein? Kennen Sie Personen, die ebenso stolz sind? Nominieren Sie diese zwei Personen.

mung brachte wieder eine Menge eigener und gemeinsamer Ziele zustande. Erneut entstand eine Social Media Challenge. Diesmal wurden Pflegefachkräfte zu einer „#WhyNurse“ Aktion aufgefordert, in der man in kurzen Worten erklärt, warum man stolz ist, eine Pflegefachkraft zu sein. Durch die gemeinsamen Gespräche kam es auch zum Commitment 2020 ein großes Pflegesymposium in Kärnten zu organisieren. Der Abend hätte endlos weitergehen können, denn die Diskussionsfreudigkeit war auch nach drei Stunden nicht erschöpft.

Einige Tage später füllten sich auch die Räumlichkeiten in Tirol. Obwohl der Veranstaltungsraum als „ausgebucht“ galt, kamen noch weitere spontane Gäste, um über Gesundheits- und Krankenpflege mitzusprechen. Die Tiroler Pflegelandschaft präsentierte sich zufrieden und es wurde über Pflegekonzepte zur Selbstverwirklichung diskutiert. Die anwesenden Pflegedirektionen hörten die meiste Zeit gespannt zu und auch der Nachwuchs war diesmal zahlreich vertreten.

Die Veranstaltung in Oberösterreich war eigentlich mit „Strafverschärfung“: Keine Teilnahmebestätigung, keine Buffet, Freitag später Nachmittag und absolut sommerliches Wetter. Dies hielt aber über 80 Pflegefachpersonen nicht ab zur Auftaktveranstaltung „Pflege Sommergespräche“ zu erscheinen. Die positive Energie und der Ideenreichtum schien in Oberösterreich keine Ende zu finden und das obwohl die dortigen Arbeitsverhältnisse um ein Vielfaches schlechter scheinen als in vielen anderen Bundesländern. Die Stimmung war von der ersten Minute an mitreißend. Durch den Ideenpool entstand eine geplante

Veranstaltung und die Idee für einen neuen Pflegepreis 2020. Die Hashtags (#) aus Niederösterreich und Kärnten wurden abermals für wichtig befunden und auch die Resonanz für neues war hier ausgesprochen gut.

Das Finale der Pflege-Sommer-Gespräche gab es in Wien. Hier wurde vom Kuratorium der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser ein Veranstaltungsraum zur Verfügung gestellt. Die Diskussionen hatten einen klaren Fokus auf „Ausbildung“, „Berufsbild nach außen“ und „Wertschätzung innerhalb der Berufsgruppe“. Hierbei kamen auch pflegende Angehörige und extra angereiste Fachkräfte aus dem Burgenland zu Wort. In diesem Rahmen wurden auch die Ziele und Lösungen der anderen Bundesländer erstmals in einer kleinen Zusammenfassung präsentiert. Bei einem gemütlichen Abendessen versuchten dann die Veranstalter eine kleine Sommerbilanz zu ziehen.

Diese Veranstaltungsreihe sollte aber nicht falsch interpretiert werden. Hier geht es nicht darum, die finanzielle Vergütung aufzubessern oder die Veränderung des Personalschlüssels auf manchen Stationen, damit die Menschen wieder menschwürdig pflegen und selbst leben können. Diese Punkte sind natürlich wichtig. Doch um die Herausforderung der Zukunft zu meistern bedarf es wesentlich mehr.

Alle 24 Stunden wächst, zum Beispiel, in Österreich der Versorgungsauftrag um 29 Personen. Rechnet man dies auf Personal um bräuchten wir jedes Jahr 1.000 Pflegefachkräfte mehr, als im Vorjahr. Bei zusätzlich sinkender Geburtenrate ist dies eine Hürde, die uns ohne Lösungen das Genick brechen wird und keine Gehaltserhöhung der Welt löst besagten Mangel. Es ist aber kein deutschsprachiges Problem, denn wenn man in die Welt hinausblickt, stehen 90% aller Länder vor dieser Problematik. Eine Challenge, die sich nicht mit einem Hashtag (#) lösen lässt. Es braucht also mehr …

Oberösterreich - 30. August - Trotz Freitag Nachmittag und Hochsommer war der Veranstaltungsraum am Kepler Universitätsklinikum voll mit positiver Energie und tollen Ideen für die Pflege

Oberösterreich - 30. August - Schulterschluss wie er sein sollte: ÖGKV, GÖD, Younion, ÖGB ARGE FGV, CURAplus und Pflege Professionell gemeinsam am Moderationspult. Dies ist erst der Anfang.

60% der Berufsgruppe (oder mehr) wird sich diesem Weg nicht anschließen, denn Veränderung ist nicht für jeden eine angenehme Option. Wer will sich schon dauernd mit neuen Inhalten und Strukturen beschäftigen. Man will arbeiten gehen, nach seinem Dienst alles hinter sich lassen und jeden ersten im Monat sein Geld auf dem Konto haben. Der Rest interessiert nur bedingt, solange es nicht den eigenen Wirkungskreis beeinflusst. Die anderen sollen sich darum kümmern, die anderen sollen Lösungen finden, die am

Wien - 2.September - In Wien war die Zukunft der Ausbildung ein essentielles Thema.

Wien - 2.September - Mit rund 50 Pflegeexpert*innen aus Wien endeten die Pflege-Sommergespräche. Wir freuen uns schon jetzt auf die nächste Runde.

bequemsten sind. Auch diese Einstellung hat ihre Daseinsberechtigung, denn letztendlich ist es „nur“ ein Beruf.

Pflege braucht Innovator*innen, Querdenker*innen, Expert*innen die bereit sind gegen den Strom zu schwimmen, auch wenn es von der eigenen Berufsgruppe viel Gegenwehr gibt. Diese Visionär*innen müssen sich vernetzen und Lösungsoptionen finden, diese nach außen kommunizieren, bis auch die letzte Person in der Bevölkerung und Politik nicht die Augen verschließen kann, denn Lösungen FÜR die Pflege, kann es nur AUS der Pflege geben.

Die Veranstaltungsreihe war nur der erste Schritt um diese Menschen zu finden, Pflegefachkräfte die bewegen wollen, auch wenn es hierfür in der ersten Zeit weder Lob noch Anerkennung geben wird. In der Wirtschaft werden solche Menschen oft Gamechanger genannt. Und wir haben bei diesen Treffen einen Menge davon gefunden **„#Pflege-Changer“**.

Es ist Zeit für einen innovativen Schulterschluss, es ist Zeit für Pflege.

Die Ergebnisse der fünf Veranstaltungen ...
... werden nun ausgewertet und in den nächsten Wochen auf unserer Webseite publiziert.Was wir aber jetzt schon präsentieren dürfen.

- 2 #Hastags
- 2 große Veranstaltungen 2020 (Kärnten und Oberösterreich)
- Jede Menge positive Bilder
- Die Gewissheit, dass diese große Gruppe weitermacht
- Die neue Webseite „www.pflege-changer.at“, auf der alle Aktionen ab Oktober präsentiert und angekündigt werden

#Pflege-Changer

Vulnerabilität in der professionellen Pflegebeziehung

Eine Synopsis zum Vortrag am 6. November 2019 im Rahmen des 4. Pflege Professionell Symposiums - Zeit für Pflege

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Vulnerabilität in Gesundheitsberufen scheint selbstverständlich. Die Verletzlichkeit[1] des Menschen ist täglich Brot im Gesundheitsbereich, bestimmen doch Krankheit, Gebrechlichkeit, Leiden und Sterben der zu Pflegenden weitgehend den Daseinszweck der Pflegenden. Dennoch findet diese Auseinandersetzung bislang eher in theoretischer als in praktischer Hinsicht statt. Dass das Phänomen der Vulnerabilität aber an Bedeutung gewinnt, wird nicht nur an der steigenden Anzahl an Publikationen erkennbar, sondern auch an der aktualisierten Definition der NANDA-I-Pflegediagnosen: „Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung (clinical judgement) einer menschlichen Reaktion auf Gesundheitszustände / Lebensprozesse oder die Vulnerabilität eines Individuums, einer Familie, Gruppe oder Gemeinschaft für diese Reaktion.“ (Gallagher-Lepak 2017) Um herauszufinden, was „die Vulnerabilität eines Individuums, einer Familie, Gruppe oder Gemeinschaft für diese Reaktion“ bedeutet, muss das Konzept der Vulnerabilität verstanden und in den Pflegeprozess integriert werden. Dies ist keine zusätzliche Aufgabe oder weitere Checkliste, die mehr Zeit als angemessen benötigt, sondern ein Kernelement des gesamten Pflegeprozesses.

Zwei Formen der Vulnerabilität

Vulnerabilität beschreibt sehr allgemein die Unfähigkeit, sich aufgrund interner oder externer Faktoren vor einem möglichen Schaden zu schützen. Doch Vulnerabilität ist nicht alleine eine Unfähigkeit, sondern ein qualitatives Merkmal des Erlebens einer besonderen Empfindung, des Verletzlichseins. Auf der konzeptionellen Ebenen werden hierzu zwei Formen von Vulnerabilität unterschieden; die allen Menschen gemeinsame oder anthropologische Vulnerabilität und die spezifische Vulnerabilität, die sich aus bestimmten Lebensumständen oder -lagen ergibt. Die anthropologische Vulnerabilität als menschliche Grundeigenschaft bedeutet, dass Menschsein mit Verletzlichsein gleichzusetzen ist. Vulnerabilität liegt in der Natur des Menschen. Von Geburt an ist der Mensch auf Hilfe angewiesen, er muss sich vor Krankheit, Natur- und Umweltkatastrophen schützen, zudem ist das Leben endlich. Doch der Mensch muss sich auch vor anderen Menschen schützen. Das andere Gesicht der Verletzlichseins ist das des Verletzens. Menschenrechte, Grundgesetze, berufsspezifische

(C) Chris Titze Imaging

Gesetze und Ethikkodizes zeugen von dieser Notwendigkeit. Die spezifische Vulnerabilität hingegen gibt an, dass manche Menschen aufgrund ihrer Lebenssituation vulnerabler sind als andere. Z.B. sehr junge und sehr alte, kranke, arme Menschen oder Menschen in Ausnahmesituationen. Es sind die Lebensumstände, die zu einer spezifischen Vulnerabilität führen und diese verstärken können, wenn interne Faktoren wie Krankheit, körperliche Abweichung, kognitive Einschränkungen oder Trauer nach dem Verlust eines geliebten Menschen mit externen Faktoren wie Armut, Bildungsrückstand, Migrationsstatus oder rechtliche bzw. infrastrukturelle Benachteiligung zusammenwirken. Vulnerabilität ist daher nur bedingt eine Eigenschaft eines Individuums, sondern vielmehr ein Phänomen, dass situations- bzw. kontextabhängig ist.

Pflegende sind nicht nur mit der allgemeinen, sondern auch mit der spezifischen Vulnerabilität konfrontiert. Für sie gilt, die anthropologische Vulnerabilität anzuerkennen und die spezifische Vulnerabilität wahrzunehmen und diese durch das pflegerische Handeln nicht zu verstärken, denn auch für Pflegende gilt, dass sie verletzen können. Dies kann sich sowohl in der Pflegehandlung als auch durch ein Untätigsein bzw. durch Unachtsamkeit zeigen. Extreme sind der Missbrauch und die Gewaltausübung gegenüber zu Pflegenden und auch gegenüber Pflegenden. Auch wenn dies nicht alltäglich vorkommt, lässt sich doch beobachten, dass Gewaltausübungen auf beiden Seiten zunehmen (Edward et al. 2014; Edward et al. 2016; Eggert et al. 2017). In dieser beobachtbaren Verrohung liegen mitunter Gründe für die Nichtbeachtung der Vulnerabilität des Gegenübers. Die ethische Komponente von Vulnerabilität liegt in ihrer Universalität, alle sind in gleicher Weise davon betroffen, woraus sich im sozialen Zusammenleben eine elementare Verantwortung für andere ergibt. Für Pflegende erwächst daraus jedoch eine ganz besondere Verantwortung, da sie nicht nur mit der allgemeinen und der spezifischen Vulnerabilität von zu Pflegenden und deren Angehörigen konfrontiert sind, sondern auch mit der eigenen Vulnerabilität einen Umgang finden müssen. Verantwortliches Handeln vollzieht sich in der Interaktion, für die Pflege in der professionellen Pflegebeziehung, d.h. in einer vertrauensvollen und arbeitsfähigen Beziehung zwischen der Pflegefachkraft und den zu Pflegenden. Die Basis dazu ist der Dialog, der prozesshaft in der Begegnung zwischen mindestens zwei Personen stattfindet. In der Begegnung und im Dialog wird sozusagen die Beziehung aufgebaut (Uhrenfeldt et al. 2018). Doch auch der Dialog weist Möglichkeiten der Verletzung auf, weil auch Worte verletzen können (Butler 2006). Sprache wird in Pflegegesprächen zu einer Handlung, die Folgen haben kann, im Positiven wie im Negativen.

Der Umgang mit Vulnerabilität in der Pflegepraxis

Wie kann nun in der alltäglichen Praxis die klinische Beurteilung der Vulnerabilität erfolgen und dem Phänomen Vulnerabilität begegnet bzw. ein ethisch verantwortungsvoller Umgang gefunden werden? Grundlegende Anforderungen an die Akteure sind die ethische Sensibilität, d.h. ein ethisches Problem erkennen und ein Verständnis für die Situation der Patientinnen und Patienten entwickeln, und die moralische Handlungskompetenz, als die Fähigkeit, mit Intelligenz, Fachlichkeit und Mitgefühl zu entscheiden und ein Bewusstsein für die moralischen Implikationen von Entscheidungen und den Einfluss des Handelns auf andere Menschen zu entwickeln. Es sind dies Komponenten der professionellen Kompetenz, die in der professionellen Pflegebeziehung die Wahl der Mittel bestimmen. Dabei wird das Ethische nicht durch Theorien und vorgefertigten Standards bestimmt, sondern in der unmittelbaren Begegnung herausgefordert, indem die Begegnung dem Bewusstsein vorausgehend zuerst erlebt und dann erst mit Begriffen versehen wird. Und so wird die Begegnung und in einem weiteren Sinne die professionelle Pflegebeziehung zum Ort des Ethischen (Stegmaier 2013).

Respekt vor der Andersheit

Die professionelle Pflegebeziehung hat ihren Ausgangspunkt darin, dass jemand Pflege benötigt und andere diese bieten können. Damit werden Pflegende in eine stärkere Position versetzt und diejenigen, die der Pflege bedürfen in eine gewisse Abhängigkeit. Die erste Bedingung für eine gelingende Pflegebeziehung ist, sich der Asymmetrie der Beziehung bewusst zu sein, die Unterschiedlichkeit wahrzunehmen und die Differenz zu respektieren (ethische Sensibilität). Die Wahrnehmung der Andersheit des Anderen, wie dies Emmanuel Levinas in seiner Ethik der Begegnung (Levinas 2014) ausdrückt, bietet eine Möglichkeit des Zugangs zum Anderen. Eine offene Anamnese und die Krankengeschichte aus dem Munde von den zu Pflegenden tragen zum Gelingen einer professionellen Pflegebeziehung bei (moralische Handlungskompetenz).

Wahrnehmung der Vulnerabilität

Andere in ihrer Andersheit wahrzunehmen beinhaltet auch die Erfassung von internen und externen Faktoren, die für die vulnerable Situation verantwortlich sind. Ebenso muss erfasst werden, welche Faktoren im Rahmen des Pflegeprozesses die Vulnerabilität verstärken könnten bzw. was getan werden kann, diese zu vermindern. Dazu ist ein verstehender Zugang notwendig, in dem die Situation nicht nur aus der Perspektive der pflegefachlichen Relevanz verstanden wird (ethische Sensibilität). Der verstehende Zugang im Rahmen des Pflegeprozesses bedeutet, die individuellen Bedürfnisse von zu Pflegenden vor dem Hintergrund der pflegefachlich relevanten Aspekte zu interpretieren und einer Lösung zuzuführen (Schrems 2018). Das vermittelnde Dritte sind nicht fertige Standards oder Handlungsanweisungen, sondern die Pflegepersonen, die im individuellen Fall entscheiden, sich mit den zu Pflegenden abstimmen und im „Ein-Verständnis" handeln (moralische Handlungskompetenz).

Offenheit im Dialog

Ein verstehender Zugang erfordert Offenheit im Dialog von beiden Seiten. Dabei gilt es zu beachten, dass mit den mitunter sehr intimen Fragen im Rahmen von Pflegegesprächen und Handlungen im Rahmen des Pflegeprozesses das vorhandene Potenzial an Vulnerabilität für zu Pflegende erhöht werden kann. Beispiele dazu sind Fragen zur Körperpflege, zur Ausscheidung, zur Familiensituation, zur räumlichen Ausstattung oder zur finanziellen Situation. Auch das Stellen einer Diagnose, sofern sie mitgeteilt wird, kann verletzend sein, wenn z.B. eine eingeschränkte Kompetenz zur Selbstpflege bzw. der Pflege von Angehörigen diagnostiziert wird. Hier rückt der verletzende Aspekt der Sprache in den Vordergrund (ethische Sensibilität). Gleiches gilt für die Durchführung von Pflegeinterventionen, die den Intimbereich bzw. die Privatsphäre betreffen. Sich dessen bewusst zu sein und damit umgehen zu können, sind Aspekte der moralischen Handlungskompetenz.

Akzeptanz der eigenen Vulnerabilität

Pflegende sind ebenso wie alle Menschen verletzlich. So sind sie z.B. im Rahmen des Pflegeprozesses mit Fragen zur Ehrlichkeit in der Mitteilung bzw. mit der Überbringung von unangenehmen Botschaften konfrontiert, die sie möglicherweise ihre eigene Verletzlichkeit erleben lassen. Pflegenden kann potenziell eine spezifische Verletzlichkeit zugeschrieben werden, bedingt durch die emotionalen Belastungen, die Wahrnehmung des Leidens von zu Pflegenden und der professionellen Verpflichtung einer angemessenen Pflege (ethische Sensibilität) unter erschwerten Bedingungen. Kann aufgrund von knappen Ressourcen, Personalmangel oder veralteten Standards nicht entsprechend den Vorstellungen einer professionellen Pflege gehandelt werden, entsteht moralischer Stress, dem es adäquat zu begegnen gilt, damit er nicht zum Disstress bzw. zu einer krankmachenden Belastung wird. Die normative Pflicht für Pflegende besteht darin, bei ethischen Konflikten oder Missständen in den Dialog zu treten, Beratung anzunehmen und sich professionell und ethisch weiterzubilden (moralische Handlungskompetenz). Damit ist nicht nur dem eigenen Wohlergehen gedient, sondern auch jenen Menschen, denen die beste Pflege zugutekommen soll.

Autorin

www.berta-schrems.at

Mag. Dr. Berta M. Schrems, M.A., Priv. Doz.
Gesundheits- und Krankenpflege-ausbildung, Studium der Soziologie und der Philosophie, Habilitation in der Pflegewissenschaft, Weiter-bildungen in Personal- und Organisationsentwicklung sowie Qualitäts- und Projektmanagement. Freiberuflich tätig in Lehre, Beratung und Forschung. Mitherausgeberin der Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. www.berta-schrems.at

Literatur

Butler, Judith (2006): Hass spricht. Zur Politik des Performativen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Edward, K L/Ousey, K/Warelow, P/Lui, S (2014): Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. In: British Journal of Nursing, 23, H. 12, S. 653-659

Edward, K L/Stephenson, J/Ousey, K/Lui, S/Warelow, P/Giandinoto, J A (2016): A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. In: Journal of clinical nursing, 25, H. 3-4, S. 289-299

Eggert, Simon /Schnapp, Patrick / Sulmann, Daniela (2017): Gewalt in der stationären Langzeitpflege. Quantitative Bevölkerungsbefragungin der stationären Langzeitpflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_06_13_AnalyseGewaltStationaerePflege_vf.pdf. [Abfrage: 13.02.2019]

Gallagher-Lepak, Susan (2017): Die Grundlagen der Pflegediagnosen. In: Kamitsuru, H. (Hrsg.): NANDA International, Inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015 - 2017. Kassel: Recom, 44 - 55

Levinas, Emmanuel (2014): Totalität und Unendlichkeit: Versuch über die Exteriorität. Freiburg im Breisgau: K. Alber

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

Stegmaier, Werner (2013): Emmanuel Levinas zur Einführung. Hamburg: Junius

Uhrenfeldt, L/Sørensen, EE/Bahnsen, IB/Pedersen, PU. (2018): The centrality of the nurse-patient relationship: A Scandinavian perspective Journal of clinical nursing

Fußnote

[1] Im Folgenden werden die Begriffe Vulnerabilität und Verletzlichkeit synonym verwendet.

Berta Schrems

Fallarbeit in der Pflege

Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche

Dieses Buch behandelt Methoden praktischer Fallarbeit, den Case Report als Publikationsform und Case Studys als Forschungsdesign. Nach allgemeinen Begriffsklärungen wird in die Methodik der Fallarbeit eingeführt, ihre Grundelemente werden theoretisch dargestellt und durch Beispiele aus der Praxis illustriert.

facultas 2019, 3., überarbeitete Auflage,
192 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1812-9

facultas

(C) Africa Studio

Pflege ist Psychoonko - logisch?!

Wovon Krebspatient*innen profitieren

Menschen mit Krebserkrankungen stehen vor einer Vielzahl von Herausforderungen: sie leiden unter einer hohen Symptombelastung und den vielfältigen Nebenwirkungen der Behandlung des umfassenden Therapieregimes. Sie erleben viele körperliche aber auch seelische Umbrüche und Übergänge. Dabei handelt es sich um Phasen mit stabilen Perioden, aber auch um Phasen mit großen Bedrohungen. Das wahre Ausmaß der erlebten Bedrohung und körperlichen Bedeutung kann wohl kaum von nicht persönlich Betroffenen nachvollzogen werden (Pfeifer et al., 2019). „When you have cancer, you are bombarded by sensations from within which are not anchored in meaning. They float in a world without words, without meaning. You cannot call a particular sensation a 'symptom' or a 'side effect' or a 'sign'. It is extremely anxiety (…)" (Corbin, 2003, p. 264)

Besagte Übergänge sind Anpassungsprozesse, die im Rahmen von Veränderungsprozessen stattfinden (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). Solche Veränderungen sind beispielsweise die Diagnosestellung, der Therapiebeginn, die zunehmende Hilfsbedürftigkeit, vielfältige Unpässlichkeiten, das Wiederauftreten des Tumors und das Wahrnehmen der Bedrohung des möglichen Todes (Boehmke & Dickerson, 2006; Drevdahl & Dorcy, 2012; Missel & Birkelund, 2011; Schumacher & Meleis, 1994).

Die psychische Belastung von Krebskranken spielt demnach eine wichtige Rolle. Herausgerissen aus den eigenen Rollen und Lebenszielen, ändern sich die Lebenspläne. Konfrontiert mit einer lebensbedrohlichen Diagnose und dem damit verbundenen Verlust von Selbstbestimmung

und Selbstvertrauen, stehen Patient*innen aber auch ihre Angehörigen unter enormem emotionalem Druck (Senf & Demmerle, 2014). Die Belastungen reichen von nachvollziehbaren Ängsten, Sorgen und Verstimmung, bis hin zu depressiven Reaktionen, Selbstwertproblemen, Überforderung, sozialen und finanziellen Problemen. Ein hoher Prozentsatz krebskranker Menschen entwickelt im Verlauf der Erkrankung eine psychische Beeinträchtigung.

Zahlreiche Studien untermauern dies: Patient*innen und ihre Angehörigen erleben durch belastende Symptome, Therapien und Ungewissheit hinsichtlich des Krankheitsverlaufs negative Belastungen (Reeve, Lynch, Lloyd-Williams & Payne, 2012; Reinke et al., 2008; Schulman-Green et al., 2012). Diese erhöhten emotionalen Belastungen bedeuten ein hohes Maß an negativem Stress (Kusch et al., 2013). Dieser negative Stress wird auch als Distress bezeichnet. Er umfasst „ein breites Spektrum von unangenehmen emotionalen Erfahrungen psychischer, sozialer oder spiritueller Art, die von normalen Gefühlen der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst, bis hin zu stark einschränkenden Problemen wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und spirituellen Krisen reichen.“ (NCCN, 2018; Mehnert et al., 2006, p. 216).

Das Ziel muss eine Reduktion dieser Belastung sein, um dadurch ein Höchstmaß an Selbständigkeit und Lebensqualität zu erhalten bzw. wiederzugewinnen. Je höher die Belastung ist, desto spezialisierter muss die psychosoziale Versorgung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sein.

Im Kontext einer onkologischen Erkrankung ist mittlerweile die positive Wirkung einer psychosozialen bzw. psychoonkologischen Betreuung und Begleitung von onkologischen Patient*innen „unbestritten“. (Senf & Demmerle, 2014, p. 41) Der psychoonkologische Behandlungsbedarf wird jedoch nicht immer erkannt (GÖG, 2018).

Die Disziplin Psychoonkologie beschäftigt sich mit der Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Entwicklung, Übergängen im Verlauf der Krebserkrankung, sowie mit individuellen und sozialen Prozessen der Krankheitsbewältigung und -verarbeitung. Die dabei übergeordneten Ziele psychoonkologischer Interventionen bestehen in der Förderung der Krankheitsverarbeitung durch die Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien, in der Stärkung von Ressourcen, der Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität, sowie dem Erkennen und der Behandlung psychischer Belastungsreaktionen, sowohl bei betroffenen Patient*innen, als auch bei den Angehörigen und Mitgliedern des Behandlungsteams (Sperner-Unterweger, 2011). Psychoonkologische Betreuungsangebote umfassen daher gestufte psychosoziale Interventionen. Psychosoziale Aspekte spielen bei jeder Art von Betreuung von Krebskranken eine wichtige Rolle. Somit haben neben den psychoonkologisch ausgebildeten Fachpersonen entsprechend zahlreiche weitere Akteure eine führende Rolle in der psychoonkologischen Versorgung (Medizin, Gesundheits- und Krankenpflege, Sozialberatung, Seelsorge, Physiotherapie, diätologische Beratung u. a.) (Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie, 2014).

Zentrale Themen bei der Bewältigung, Verarbeitung und Betreuung der onkologischen Erkrankung sind tragende Beziehungen zu Vertrauens- und Fachpersonen (vgl. Chabloz-Süssenbach, Sailer Schramm, Stoll, Spirig, 2016)(Giesinger et al., 2011). So gehört unter anderem die psychoonkologische Begleitung und Beratung von Patient*innen und ihren Angehörigen zu den Aufgabenschwerpunkten der Pflegefachkraft in der Onkologie (Jähnke & Stäudle, 2016). Die Bedürfnisse der Patient*innen können von Pflegepersonen besonders genau wahrgenommen werden.

In der Literatur wird zunehmend beschrieben, dass Pflegepersonen in der psychoonkologischen Betreuung von Tumorpatient*innen und ihrer Angehörigen eine Schlüsselrolle einnehmen (Ratsak & Schiebel-Piest, 1992; Holland, 2002; Mehnert et al., 2003; Röttger, 2003; Hausmann, 2005). Denn „eine mitfühlende, fachkundige Pflegeperson kann in der Krankheitsphase viel zur Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichtes des Patienten [sic!] beitragen.“ (Meerwein & Bräutigam, 1997, p. 178) Dabei übernehmen die Pflegenden eine große Verantwortung. In der Zusammenarbeit mit psychoonkologischen Diensten erfüllen Pflegefachpersonen oftmals die Funktion eines „Gatekeepers“ (Jähnke & Stäudle, 2016, p. 642), denn von ihrer Einschätzung und der Weitergabe an das ärztliche Behandlungsteam sowie von den Absprachen mit diesem kann abhängen, ob eine spezialisierte psychoonkologische Fachperson hinzugezogen werden muss. Empirische Untersuchungen legen dar, dass das psychoonkologische Potenzial aufseiten der Pflegenden besser anerkannt und ausgeschöpft wird (Maguire et al., 1996;

Muthny et al., 1998). Dazu gehört vor allem die hohe Feldkompetenz, die oft längere zeitliche Kontinuität sowie die Verknüpfung des organisch-onkologischen Bereiches mit dem psychosozialen Bereich. Demnach sind Pflegepersonen in der psychoonkologischen Versorgung ein fixer Bestandteil (Pouget-Schors, 2009).

Pflegepersonen werden in der psychoonkologischen Praxis als das „ausführende Organ“ (Ratsak & Schiebel-Piest, 1992, p. 7) bezeichnet denn das Berufsbild der Pflege ist durch große und andauernde Nähe zu Patient*innen gekennzeichnet. Der enge und häufige Kontakt zwischen den Pflegenden und den Patient*innen und das kontinuierliche Miterleben ermöglicht eine Nähe, in der Angst, Hoffnungen oder Hilflosigkeit angesprochen werden können (Hausmann, 2005). Dieser enge Kontakt ermöglicht es auch, Wünsche offen zu äußern und Fragen zu stellen (Fleck-Václavik, 2017).

Pflegende bringen viel Potenzial für das Agieren in der Psychoonkologie mit. Ein grundlegendes Umdenken und Erkennen der Wichtigkeit der psychoonkologischen Betreuung und Begleitung durch Pflegepersonen ist eine große Herausforderung für den onkologischen Bereich. Pflegepersonen müssen somit neben der fachlichen, über eine hohe soziale und kommunikative Kompetenz verfügen (Margulies et al., 2017). Deshalb sind vertiefte psychoonkologische Kenntnisse für Pflegepersonen unabdingbar (Jähnke & Stäudle, 2016). Der Einsatz von Pflegepersonen mit psychoonkologischen Weiterbildungen, sowie das Einbinden psychoonkologischer Themen in die Curricula der Pflege, aber auch das Voneinander-Lernen und Voneinander-Profitieren auf der Station (Senf & Demmerle, 2014) sind wichtige Meilensteine in der Entwicklung einer umfassenden psychoonkologischen Versorgung.

Literatur bei der Verfasserin

Autorin

Mag.a Marlene Pfeifer-Rabe
DGKP (Psychoonkologie), mehrjährige Erfahrung im hämato-onkologischen Bereich Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

FH-Lektorin/Lehrerin Gesundheits- und Krankenpflege am FH-Studienstandort SZO der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Sozialmedizinischen Zentrum Ost der Stadt Wien
Vorstandsmitglied und Lehrgangsleitung Pflege der Weiterbildung Psychoonkologie der ÖGPO

Die neue Lerngrundlage für die Pflegeassistenzausbildungen

Die Themenbereiche der Ausbildung wurden zur Förderung der Vernetzungskompetenz in neun Lernfeldern bearbeitet. Ziel des Buches ist es, den zukünftigen Pflegenden die Kompetenz zu vermitteln, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen, um individuell auf deren Bedürfnisse abgestimmte Pflege und Betreuung zu ermöglichen.

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

Pflegefachassistenz

Lehrbuch für das 2. Jahr der Pflegefachassistenz

facultas 2019, 304 Seiten, broschiert
EUR 39,90 (A) / 38,80 (D) / sFr 48,– UVP
ISBN 978-3-7089-1804-4
e-ISBN 978-3-99030-898-1

Lernfeld 1. Meine Rechte – Meine Pflichten
Lernfeld 2. Gut beraten
Lernfeld 3. Gut organisiert
Lernfeld 4. Neuro-logisch
Lernfeld 5. 0–18 Jahre
Lernfeld 6. Chronisch krank – was nun?
Lernfeld 7. Noch viel zu tun
Lernfeld 8. Schreibwerkstatt
Lernfeld 9. Gut auf die Praxis vorbereitet

facultas.at

facultas

Fieber bei Kindern

Was Sie schon immer wissen wollten, aber bisher nie zu fragen wagten …

Fieber bei Kindern ist ein häufiger Grund für Kontakte mit dem Gesundheitssystem. Es wird geschätzt, dass gesunde – das heißt nicht chronisch kranke Kinder – in den ersten 18 Lebensmonaten etwa acht fieberhafte Infekte durchmachen (NICE Clinical Guideline, 2017). In Arztpraxen und Krankenhausambulanzen finden etwa 15% –25% der Konsultationen aufgrund von Fieber statt. Nur wenige dieser Kinder (in der Primärversorgung unter 1%) fiebern aufgrund ernsthafter bzw. potentiell bedrohlicher Infektionen (Barbi, Marzuillo, Neri, Naviglio, & Krauss, 2017). In den meisten Fällen wird Fieber durch selbstlimitierende virale Infekte verursacht.

Bei diesen Kontakten mit dem Gesundheitssystem haben Pflegepersonen Gelegenheit, über die physiologische Funktion von Fieber aufzuklären, Eltern[1] über wirksame Methoden zur Unterstützung des Wohlbefindens fiebernder Kinder zu informieren, und auch nicht empfohlene Interventionen zur Fiebersenkung mit ihnen zu diskutieren (Clarke, 2014; Sullivan & Farrar, 2011). Damit Pflegepersonen das tun können, müssen sie über physiologisches Grundlagenwissen in Bezug auf die menschliche Temperaturregulation verfügen und auch Vor- und Nachteile der verschiedenen Messmethoden, die derzeit gültigen Empfehlungen in Bezug auf die Pflege fiebernder Kinder, sowie die häufigsten Ängste in Bezug auf Fieber kennen.

Mit diesem Artikel möchte ich das derzeit durch empirische Forschung gesicherte Wissen in Bezug auf normale Körpertemperatur, Methoden zur Temperaturmessung und die Pflege fiebernder Kinder, sowie Empfehlungen verschiedener Guidelines zusammenfassen.

Fieber: Wissen und Wahrnehmung

Fieber ist ein Symptom, über das es viel Erfahrungswissen, aber relativ wenige auf empirische Forschung gestützte Daten gibt. Forschungslücken bestehen unter anderem in Bezug auf die Fragen, welche Körpertemperaturbereiche „normal“ sind, bzw. ab welcher Temperatur von Fieber zu sprechen ist (Hausmann et al., 2018), welche Methoden der Temperaturmessung bei Kindern verschiedener Altersgruppen am effektivsten sind (Barbi et al., 2017) und wie kindliches Unbehagen durch Fieber (Distress) durch Eltern interpretiert wird. Unwohlsein durch Fieber ist schwer definierbar und nicht objektiv messbar, weshalb auch die Wirkung von Antipyretika auf das Wohlbefinden, bzw. auf die Reduktion von fieberbedingtem Distress schwer beurteilbar ist (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Fiebernde Kinder fühlen sich in der Regel nicht wohl, sie können weinerlich und weniger aktiv sein und sie wollen häufig wenig oder gar nichts essen. Das kann für Eltern besorgniserregend sein. Das Symptom Fieber wird sehr unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt: Fieber wird als natürliche Abwehrreaktion des Körpers gesehen, aber auch als unmittelbare Bedrohung für das Kind – besonders, wenn die Körpertemperatur sehr rasch ansteigt und nur kurzfristig durch Antipyretika gesenkt werden kann (Kelly et al., 2016). Dementsprechend unterschiedlich sind auch die Vorstellungen und Erwartungen von Eltern, ab welcher Körpertemperatur Antipyretika angezeigt sind bzw. verabreicht werden sollten.

Übermäßige Sorgen und Fehlannahmen in Bezug auf Fieber wurden von Schmitt (1980) als „fever phobia“ bezeichnet. Dazu gehören Ängste, dass die Körpertemperatur immer weiter steigt, wenn Fieber nicht gesenkt wird, und auch, dass Fieber Krämpfe auslösen, zu einer Hirnschädigung, sowie zum Tod führen kann (Crocetti, Moghbeli, & Serwint, 2001; Gunduz, Usak, Koksal, & Canbal, 2016) . Fieber Phobia in nicht auf einzelne Regionen oder Länder beschränkt, besteht unabhängig von elterlicher Bildung und sozio-ökonomischem Status (Walsh & Edwards, 2006) und wird auch bei Angehörigen von Gesundheitsberufen beschrieben (Clarke, 2014).

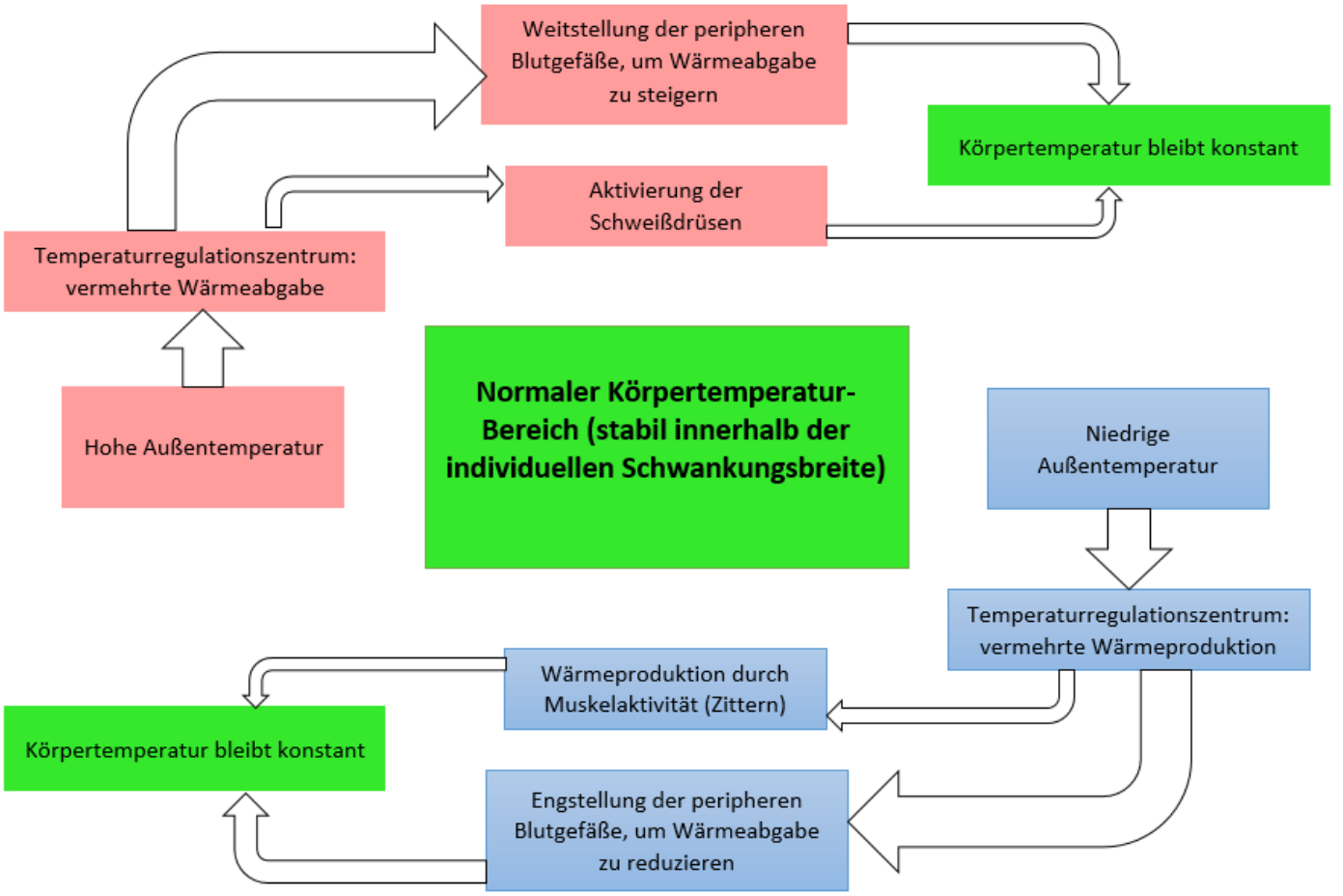
Information über die Physiologie der Temperaturregulation und über die Unterschiede zwischen Fieber und Hyperthermie kann für Eltern fiebernder Kinder hilfreich sein, mit irrationalen Ängsten umzugehen, und ihr fieberndes Kind mit weniger innerlicher Anspannung versorgen zu können.

Homöostase der Körpertemperatur

Die Körpertemperatur gesunder Menschen bewegt sich innerhalb einer sehr geringen Schwankungsbreite, unabhängig von Außentemperatur und körperlicher Aktivität. Gemäß einer weitgehend anerkannten Hypothese steuert die temperatursensitive präoptische Region des Hypothalamus als Temperaturregulationszentrum sowohl Wärmeproduktion (durch metabolische Prozesse und muskuläre Aktivität), als auch Wärmeabgabe (über Haut und Lunge) (Mackowiak, 1998; Ward, 2019). Durch die Blutzirkulation gelangt die im Körperinneren generierte Wärme in die Peripherie und beeinflusst so die Temperatur der verschiedenen Körperregionen, sowie das Ausmaß der Wärmeabgabe (Mackowiak, 1998). Vergleichbar sind diese Prozesse mit dem Regelkreis einer Zentralheizung, die von einem zentralen Thermostat gesteuert wird: Es wird so lange Wärme produziert, bis der eingestellte Sollwert erreicht ist.

[1] Mit den Begriffen „Eltern“ und „Bezugspersonen“ sind immer Väter, Mütter, sowie andere primäre Bezugspersonen des Kindes gemeint.

Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der physiologischen Temperaturregulation



Die generell als gültig erachtete normale durchschnittliche bzw. maximale Körpertemperatur von 37°C bzw.38°C basieren auf Carl Wunderlichs Publikation „Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten“ aus dem Jahr 1868 (Hausmann et al., 2018; Wunderlich, 1868). Die dieser Studie zugrundeliegenden Temperaturmessungen erfolgten zweimal täglich axillär.

Die Körpertemperatur ist kein stabiler Wert: Sie ändert sich im Tagesverlauf mit der niedrigsten Temperatur in den späten Nachtstunden und der höchsten Temperatur am späten Nachmittag. In den 1990er Jahren wurden bei einer Untersuchung an jungen Erwachsenen oral gemessene Temperaturen bis 37,2°C am Morgen und bis 37,7°C am Abend gemessen (Mackowiak, Wasserman, & Levine, 1992). Die Höhe der Körpertemperatur variiert unter anderem auch abhängig von Geschlecht, Hormonstoffwechsel, Grad der Aktivität und Nahrungsaufnahme, ist aber auch altersabhängig. Die durchschnittliche Körpertemperatur beträgt bei Neugeborenen 37° C und bei Adoleszenten 36,7°C, die 99. Perzentilen (Definition von Fieber) variieren zwischen 37,96°C bei Neugeborenen und 37,8°C bei Adoleszenten (Chamberlain et al., 1995).

Nach derzeitigem Erkenntnisstand kann „Normaltemperatur“ weder als bestimmter Temperaturwert noch als ein für alle Menschen gültiger Temperaturbereich definiert werden. Studien bei Erwachsenen zeigen relativ große Spannweiten „normaler“ Körpertemperatur. Die Körpertemperatur gesunder Erwachsener beträgt laut einer 2002 durchgeführten Übersichtsarbeit axillär zwischen 35,5°C und 37,0°C, im Ohr gemessen zwischen 35,4°C und 37,8°C, oral zwischen 33,2°C und 38,2°C und rektal zwischen 34,4°C und 37,8°C (Sund-Levander, Forsberg, & Wahren, 2002). Laut Geneva, Cuzzo, Fazili, und Javaid (2019) liegt die durchschnittliche Körpertemperatur gesunder Erwachsener zwischen 36,16°C und 37,02°C, bzw. bei durchschnittlich 35,97°C, wenn axillär, und bei durchschnittlich 37,04°C, wenn rektal gemessen wird.

Auch ein aktuelles Crowdsourcing-Projekt des Boston Children´s Hospital geht Fragen der normalen Variationsbreite bzw.

individueller Unterschiede in Bezug auf die Körpertemperatur und der Wirkung von Antipyretika auf den Krankheitsverlauf nach (http://feverprints.com). Ziel von „Feverprints“ wird auch die Erforschung von typischen Temperaturverläufen bei bestimmten Krankheiten sein. Dateneingabe und -übertragung erfolgen über eine durch die Forschungsgruppe entwickelte Applikation auf den privaten Smartphones der Teilnehmenden. Diese sind aufgefordert, täglich ihre Körpertemperatur zu messen (wann immer sie das wollen) und auch eventuell vorhandene Symptome, sowie die Einnahme von Antipyretika zu dokumentieren.

Für die erste Publikation wurde ausschließlich oral gemessene Temperatur von symptomlosen Erwachsenen ausgewertet (Hausmann et al., 2018). Die durchschnittliche Körpertemperatur der 2792 durchgeführten Messungen von 208 Teilnehmenden betrug 36,5°C. Fieber wurde als die 99. Perzentile der durchschnittlichen Körpertemperatur definiert: Im Tagesdurchschnitt betrug die 99. Perzentile 37,5°C, mit tageszeitabhängigen Schwankungen zwischen 36,9°C (am frühen Morgen) und 37,9°C (am späten Nachmittag). Daraus folgt, dass bei einer Körpertemperatur von 37,5°C früh am Morgen vermutlich von Fieber zu sprechen ist, um 16 Uhr dagegen nicht.

Aufgrund dieser Daten kann Fieber als „Erhöhung der Körpertemperatur über die normale tägliche Schwankungsbreite“ (NICE Clinical Guideline, 2013) definiert werden.

Was ist Fieber und was ist Hyperthermie?

Erhöhte Körpertemperatur wird durch Fieber – mit Sollwert-Erhöhung des Temperaturregulationszentrums im Hypothalamus, aber auch durch Hyperthermie – ohne Beteiligung des Temperaturregulationszentrums – verursacht.

Hyperthermie entsteht aufgrund übermäßiger Wärmezufuhr oder körperlicher Anstrengung bei großer Hitze und Luftfeuchtigkeit. Das Temperaturregulationszentrum ist dabei nicht beteiligt, weshalb Antipyretika wirkungslos sind. Die einzige Maßnahme zur Behandlung von Hyperthermie ist die Kühlung des Körpers (Ward, 2019). Klinische Bilder von Hyperthermie sind Hitzekrankheit und in weiterer Folge Hitzschlag: Liegt die Lufttemperatur über 35°C, ist der Körper nicht mehr in der Lage, genügend Wärme abzugeben. Wenn die Luftfeuchtigkeit über 75% beträgt, funktioniert die Wärmeabgabe über Evaporation nicht mehr (Ishimine, 2019). Die Folge ist ein Anstieg der Körperkerntemperatur, einhergehend mit Tachykardie, Tachypnoe, geröteter Haut, Übelkeit und Erbrechen, sowie mit Krämpfen, Delir oder Halluzinationen. Hitzeschlag kann lebendbedrohlich sein: Steigt die Kerntemperatur über den maximal tolerierbaren Wert von 42°C an und übersteigt die Dauer der Wärmeeinwirkung den tolerierbaren Zeitraum (dieser beträgt 45 Minuten bis 8 Stunden), ist mit irreversiblen Schäden zu rechnen (Ishimine, 2019). Kinder sind diesbezüglich mehr gefährdet als Erwachsene: Sie nehmen bei hoher Umgebungstemperatur mehr Wärme auf (wegen der im Verhältnis größeren Körperoberfläche) und können Wärme schlechter abgeben (aufgrund des geringeren Blutvolumens), sie schwitzen weniger als Erwachsene und beginnen erst bei höheren Temperaturen zu schwitzen (Ishimine, 2019).

Es gibt auch andere, sehr selten auftretende Hyperthermie-Formen

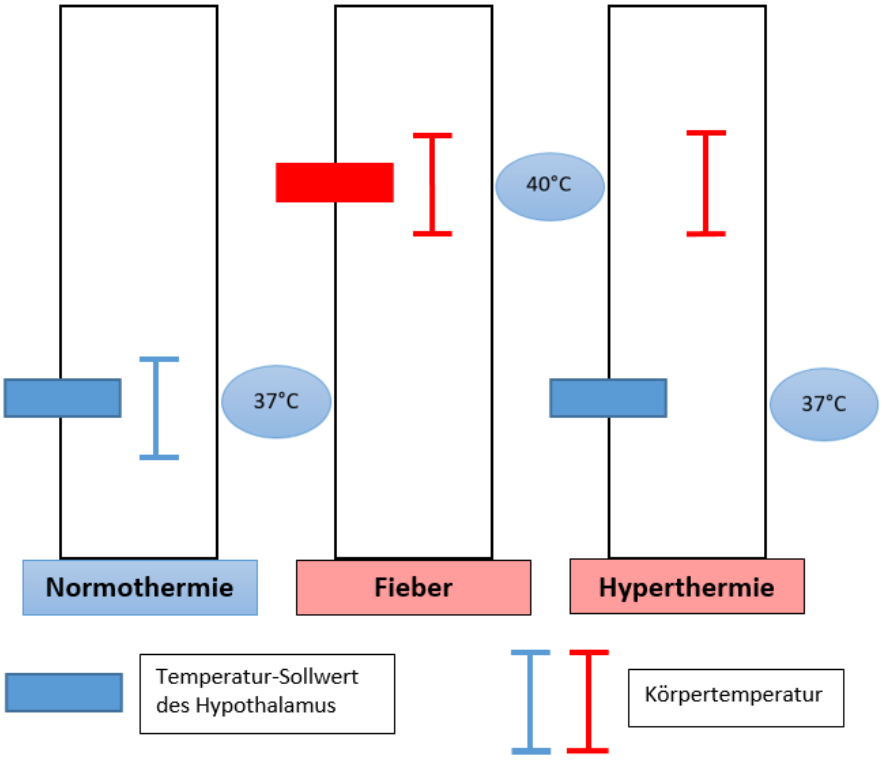


Abbildung 2: Fieber und Hyperthermie: Unterschiedlicher Temperatur-Sollwert bei gleicher Körpertemperatur

(die hier nicht weiter beschrieben werden); unter anderem maligne Hyperthermie – aufgrund einer genetisch bedingte Störung der Kalziumhomöostase nach Medikamentengabe, das Medikamente-induzierte Serotonin-Syndrom, sowie zentrales Fieber bei Schädigung des Temperaturregulationszentrums (z. B. bei einem Schädel-Hirn-Trauma) (Barbi et al., 2017).

Fieber ist – im Gegensatz zur Hyperthermie – eine komplexe physiologische Reaktion des Körpers auf den Kontakt mit Pyrogenen, die zu einer Steigerung der Prostaglandin-Synthese und dadurch zu einem Hochstellen des Temperatur-Sollwertes im Hypothalamus führt. Der Anstieg von Prostaglandin E-2 erklärt auch die häufig mit Fieber assoziierten Myalgien und Arthralgien (Ward, 2019). Das Höherstellen des Temperatur-Sollwertes bewirkt, dass vom Körper Wärme produziert bzw. die Abgabe von Wärme reduziert wird. Kinder, die anfiebern, haben deshalb kühle Hände und Füße (Vasokonstriktion) und sie können auch zittern (Schüttelfrost). Eine zusätzliche Decke wird dann oft sehr gerne angenommen. Der Versuch, den Körper physikalisch zu kühlen, wenn die Füße des Kindes kalt sind, bewirkt, dass der Körper umso mehr versucht, Wärme zu erzeugen, bzw. die Wärmeabgabe zu reduzieren und damit zu weiterer Vasokonstriktion und zur Verstärkung des Kältegefühls. Sobald der neue „Sollwert“ erreicht ist, wird durch Weitstellung der peripheren Gefäße wieder Wärme abgegeben. Kinder, die abfiebern, schwitzen (manchmal sehr stark), Hände und Füße fühlen sich warm bis heiß an, auch das Gesicht kann hochrot sein und die vorher gewünschte Decke ist auch nicht mehr notwendig.

Antipyretika, wie Ibuprofen und Paracetamol bewirken durch eine zentrale Hemmung der Prostaglandin-Synthese, dass der erhöhte Temperatur-Sollwert wieder „herabgestellt“ wird (Ward, 2019).

Fieber ist – im Gegensatz zur Hyperthermie – eine komplexe physiologische Reaktion des Körpers auf den Kontakt mit Pyrogenen, die zu einer Steigerung der Pro-

staglandin-Synthese und dadurch zu einem Hochstellen des Temperatur-Sollwertes im Hypothalamus führt. Der Anstieg von Prostaglandin E-2 erklärt auch die häufig mit Fieber assoziierten Myalgien und Arthralgien (Ward, 2019). Das Höherstellen des Temperatur-Sollwertes bewirkt, dass vom Körper Wärme produziert bzw. die Abgabe von Wärme reduziert wird. Kinder, die anfiebern, haben deshalb kühle Hände und Füße (Vasokonstriktion) und sie können auch zittern (Schüttelfrost). Eine zusätzliche Decke wird dann oft sehr gerne angenommen. Der Versuch, den Körper physikalisch zu kühlen, wenn die Füße des Kindes kalt sind, bewirkt, dass der Körper umso mehr versucht, Wärme zu erzeugen, bzw. die Wärmeabgabe zu reduzieren und damit zu weiterer Vasokonstriktion und zur Verstärkung des Kältegefühls. Sobald der neue „Sollwert" erreicht ist, wird durch Weitstellung der peripheren Gefäße wieder Wärme abgegeben. Kinder, die abfiebern, schwitzen (manchmal sehr stark), Hände und Füße fühlen sich warm bis heiß an, auch das Gesicht kann hochrot sein und die vorher gewünschte Decke ist auch nicht mehr notwendig.

Antipyretika, wie Ibuprofen und Paracetamol bewirken durch eine zentrale Hemmung der Prostaglandin-Synthese, dass der erhöhte Temperatur-Sollwert wieder „herabgestellt" wird (Ward, 2019).

Fieber verlangsamt das Wachstum von Bakterien und die Replikation von Viren und unterstützt somit das Immunsystem. Der mit Fieber einhergehende Anstieg des Sauerstoff-Verbrauchs, der CO2-Produktion und der Herzfrequenz ist für sonst gesunde Kinder nicht problematisch. Bei bestehenden kardialen Problemen, bei bestimmten chronischen Krankheiten oder im Zustand nach Reanimation kann Fieber belastend und potentiell schädlich sein (Ward, 2019). Die Wärme-Erzeugung bei Fieber ist ein physiologischer, selbstlimitierender Mechanismus. Das oberste Temperaturlimit dürfte bei 42°C liegen. In den meisten Fällen steigt Fieber bei funktionierendem Temperaturregulationszentrum aber nicht über 41°C, wenn nicht auch ein Element von Hyperthermie „beteiligt" ist (Ward, 2019).

Bei zwei bis vier Prozent aller Kinder kommt es in der frühen Kindheit zu einem fieberassoziierten Krampfanfall. Fieberkrämpfe sind ungefährlich, können aber vor allem für Eltern bedrohlich wirken.

Was ist ein Fieberkrampf?

Ein Fieberkrampf ist ein generalisierter Krampfanfall, bei einem fiebernden, bzw. gerade anfiebernden Kind, der in den meisten Fällen nicht länger als drei bis vier Minuten dauert und meistens ohne Intervention sistiert. Betroffen sind Kinder im Alter von sechs Monaten bis fünf Jahren. Ursache für das Auftreten von Fieberkrämpfen dürfte erhöhte Vulnerabilität des sich entwickelnden Nervensystems gegenüber Fieber in Kombination mit genetischer Veranlagung sein. Es wird zwischen einfachen und komplizierten Fieberkrämpfen unterschieden: Einfache Fieberkrämpfe dauern maximal 15 Minuten – in den meisten Fällen nicht länger als drei bis vier Minuten – und treten nur einmal innerhalb von 24 Stunden auf. Wesentlich seltener sind komplizierte Fieberkrämpfe. Diese dauern länger als 15 Minuten, können sich innerhalb von 24 Stunden wiederholen und sind mit leicht erhöhtem Risiko einer sich später entwickelnden Epilepsie assoziiert (Millichap, 2019).

Die Gabe eines krampflösenden Medikaments wird erst bei einer Krampfdauer über fünf Minuten empfohlen. Antipyretika können das Wiederauftreten eines Fieberkrampfes nicht verhindern (Barbi et al., 2017). Die prophylaktische Verabreichung von Diazepam kann das Wiederauftreten eines Fieberkrampfs verhindern, wird aber wegen der möglichen Nebenwirkungen nicht empfohlen (Millichap, 2019).

Wie kann die Körpertemperatur gemessen werden?

Die Körpertemperatur ist einer der am häufigsten gemessenen Vitalparameter in der Kinderkrankenpflege, und es wird auch von Eltern erwartet, dass sie die Höhe der zu Hause gemessenen Körpertemperatur ihres Kindes genau angeben können.

Idealerweise soll die Temperaturmessung die Kerntemperatur erfassen, leicht anwendbar, sowie valide und reliabel sein. Die Temperaturmessung in der Arteria pulmonalis, die als Goldstandard für die Erfassung der Kerntemperatur gilt, bedarf eines Pulmonaliskatheters und ist somit nur bei wenigen IntensivpatientInnen anwendbar (Emergency Nurses Association, 2015). Auch andere invasive Methoden, wie ösophageale und transurethrale Temperaturmessung, sind Intensivstationen vorbehalten.

Für die Kinderkrankenpflege relevanter ist die Temperaturmessung in Mund, Axilla und Rektum sowie Ohr und Stirn (Temporalarterie). Die verschiedenen Messmethoden zeigen unterschiedliche Temperaturwerte, da die Körpertemperatur nicht an allen

Körperstellen gleich hoch ist und sie unterscheiden sich auch in Bezug auf Genauigkeit, Präzision, Praktikabilität und Anwendbarkeit (Emergency Nurses Association, 2015). Studien über Genauigkeit und Verlässlichkeit der verschiedenen Messmethoden kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen, weshalb es auch keine einheitlichen Empfehlungen gibt.

Die rektale Messung wird häufig als Referenzstandard für die Messung der Kerntemperatur bezeichnet (Ward, 2019), obwohl sich eine Änderung der Kerntemperatur erst nach einer gewissen Zeitverzögerung auch bei rektaler Messung zeigt (Chamberlain et al., 1995; Ward, 2019). Kontraindiziert ist die rektale Temperaturmessung bei Neutropenie (Ward, 2019) und bei erhöhter Blutungsneigung, nicht empfohlen wird sie bei PatientInnen mit Diarrhoe (Emergency Nurses Association, 2015). Rektale Temperaturmessung wird von Kleinkindern wenig toleriert, für ältere Kinder und Jugendliche ist sie in der Regel nicht akzeptabel.

Oral gemessene Temperatur ist etwa 0,6°C niedriger als die in Pulmonalarterie bzw. rektal gemessene Temperatur. Diese Temperaturmessung gilt als genauer im Vergleich zur Messung in Ohr oder Axilla und als etwa ebenso genau wie die temporale Messung (Emergency Nurses Association, 2015). Sie wird im angloamerikanischen Raum empfohlen, wenn Kinder alt genug sind, um kooperieren zu können (Ward, 2019). Im deutschsprachigen Raum ist sie wenig üblich.

Bei der Temperaturmessung im Ohr wird die vom Trommelfell ausgehende Infrarot-Strahlung erfasst. Die Temperatur entspricht etwa der rektal gemessenen Temperatur. Studienergebnisse über Genauigkeit und Verlässlichkeit der Messung im Ohr variieren allerdings stark (Emergency Nurses Association, 2015; Ward, 2019). Sie gilt als weniger genau im Vergleich zu temporaler, oraler oder axillär gemessener Temperatur. Wichtig ist die korrekte Anwendung des Thermometers: Das Ohrläppchen muss etwas zurückgezogen werden, damit die Temperatur des Trommelfells gemessen werden kann.

Axilläre Temperaturmessung gilt als genauer im Vergleich zur im Ohr gemessenen Temperatur, aber als weniger genau im Vergleich zur rektalen Messung. Studien kommen auch hier zu unterschiedlichen Ergebnissen: Bei Kindern hatten axilläre und rektale Messungen einerseits ähnliche Variabilität im Vergleich zur zentral in der Pulmonalarterie gemessenen Temperatur (Emergency Nurses Association, 2015). Andererseits wurden bei älteren Kindern Temperaturunterschiede bis 1,98°C zwischen axillärer und rektaler Messung festgestellt. Bei Neugeborenen sind diese Unterschiede wesentlich geringer (Emergency Nurses Association, 2015).

Bei der Temperaturmessung auf der Stirn wird die von der Haut abgegebene Wärme über der Arteria temporalis gemessen (Geijer, Udumyan, Lohse, & Nilsagard, 2016). Diese Messmethode zeigte im direkten Vergleich mit der Messung in der Pulmonalisarterie bei fiebernden Erwachsenen, sowie im Vergleich mit ösophageal gemessener Temperatur bei normothermen Erwachsenen gute Ergebnisse. Auch bei normothermen Kindern waren Temperaturunterschiede zu rektaler oder ösophagealer Messung gering. Bei fiebernden Kindern waren Temperaturunterschiede im Vergleich zu rektalen Messungen jedoch variabel. Vorteile temporaler Temperaturmessung sind der geringere Zeitaufwand für die Messung und die bessere Akzeptanz durch Kinder (Emergency Nurses Association, 2015).

Studien über die subjektive Beurteilung der Körpertemperatur zeigen, dass Eltern in der Regel durch Berühren der Stirn gut erkennen können, ob ihr Kind fiebert. Mit einer Sensitivität von 74% bis 97%[1] und einer Spezifität von 67% bis 91%[2] in Bezug auf das Erkennen von Fieber hat die subjektive Beurteilung der Körpertemperatur ähnliche diagnostische Genauigkeit wie die Temperaturmessung in Achselhöhle und Ohr. Leitlinien-EntwicklerInnen betonen, dass diese Tatsache von Pflegepersonen und ÄrztInnen in der Praxis anerkannt werden sollte (NICE Clinical Guideline, 2017).

Was empfehlen Leitlinien?

Die Guideline der American Academy of Pediatrics empfiehlt, Kinder unter vier Jahre rektal, und ältere Kinder oral zu messen (Barbi et al., 2017). Gemäß der britischen Guideline des National Institute for Health and Care Excellence (2017) sollen Säuglinge unter vier Wochen axillär, und Kinder im Alter von vier Wochen bis fünf Jahre axillär oder im Ohr gemessen werden, da diese Methoden rascher, leichter anwendbar und akzeptabler für Kindern und Bezugspersonen sind. Orale und rektale Temperaturmessung wird dagegen nicht empfohlen.

Wichtig ist in jedem Fall, immer mit

der gleichen Methode zu messen und (im Krankenhaus) auch zu dokumentieren, wo die Temperatur gemessen wurde. Der gemessene Wert soll nicht durch Addition oder Subtraktion auf eine fiktive rektale bzw. zentrale Körpertemperatur „umgerechnet“ werden, sondern es soll der tatsächlich gemessene Wert dokumentiert werden (Sund-Levander, Grodzinsky, Loyd, & Wahren, 2004).

Klinische Beurteilung fiebernder Kinder

Fieber ist in den meisten Fällen Symptom einer dahinterliegenden Krankheit. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass Fieber über 40°C mit höherem Risiko für Komplikationen einhergeht, obwohl das vielfach angenommen wird (Ward, 2019). Komplikationen im Rahmen einer fieberhaften Erkrankung sind auf die Krankheitsursache zurückzuführen oder werden durch antipyretische Medikamente verursacht (Barbi et al., 2017). Die Fieberhöhe, die Dauer des Fiebers und das Ansprechen auf Antipyretika korrelieren nicht mit der Schwere bzw. Bedrohlichkeit der verursachenden Krankheit, und ermöglichen auch keine Unterscheidung, ob es sich um eine virale oder bakterielle Infektion handelt (Barbi et al., 2017).

Fiebernde Kinder haben in der Regel auch andere Symptome, die Hinweise auf die mögliche Fieberursache geben. Deshalb sollen neben der Körpertemperatur auch Leitsymptome wie Puls, Atemfrequenz, Rekapillarisationszeit und Sauerstoffsättigung gemessen und der Allgemeinzustand des Kindes, sowie dessen

[2] Fieber wird richtig erkannt

[3] Fieberfreiheit wird richtig erkannt

Verhalten beobachtet werden. Hinweise auf eine möglicherweise schwerwiegende Krankheit sind Verweigerung der Flüssigkeitsaufnahme, nicht wegdrückbare Petechien, Nackensteifigkeit, ein Krampfanfall, reduzierter Bewusstseinszustand, sowie reduzierter Allgemeinzustand (NICE Clinical Guideline, 2017). Ärztliche Abklärung wird auch empfohlen, wenn Fieber länger als fünf Tage andauert, bei Verschlechterung des Zustands, und wenn sich Eltern zunehmend Sorgen machen oder sich überfordert fühlen (NICE Clinical Guideline, 2017).

facultas senior

Malvorlagen

Die Malvorlagen wecken Erinnerungen und fördern die Feinmotorik sie sind speziell abgestimmt auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.

Eine Auswahl der Reihe:

ISBN 978-3-7089-1657-6

ISBN 978-3-7089-1656-9

ISBN 978-3-7089-1820-4

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

facultas

Sonderfall chronisch kranke Kinder

Bei bestimmten chronischen Krankheiten kann Fieber mit höherem Risiko einhergehen. Das betrifft unter anderem Kinder mit kardiopulmonalen Erkrankungen (Barbi et al., 2017), bekannter Immundefizienz (Wahn, Dobke, & Niehues, 2017) oder Sichelzellkrankheit (Buchanan & Yawn, 2014) In diesen Fällen gelten besondere Regeln für Behandlung und Pflege.

Sonderfall Neugeborene und junge Säuglinge

Bei Neugeborenen und jungen Säuglingen (bis zum Alter von 3 Monaten) kann Fieber das einzige Anzeichen für eine behandlungsbedürftige Infektion sein. Die Inzidenz schwerer bakterieller Infektionen, wie Harnwegsinfekt, Bakteriämie, Meningitis oder Pneumonie ist in dieser Altersgruppe höher als bei älteren Kindern (Smitherman & Macias, 2019). Deshalb ist bei Neugeborenen und jungen Säuglingen jedes Fieber von 38°C und darüber auf jeden Fall ärztlich abzuklären.

Was können Eltern tun?

Das oberste Ziel ist nicht Normothermie, sondern die Reduktion fieberbedingter Beschwerden; unter anderem durch ausreichende Flüssigkeitszufuhr, ruhige Beschäftigung für das Kind und eine für das Kind angenehme Raumtemperatur. Es wird nicht empfohlen, fiebernde Kinder auszukleiden oder sehr warm anzuziehen (NICE Clinical Guideline, 2017).

Antipyretika sollen in der Regel nur gegeben werden, wenn sich Kinder unwohl fühlen. Geeignet sind dafür Paracetamol oder Ibuprofen, aber nicht Aspirin. Es wird nicht empfohlen, Kinder aus dem Schlaf zu wecken, um Fieber zu senken, und es wird auch nicht empfohlen, verschiedene Antipyretika abwechselnd zu verabreichen (Barbi et al., 2017; Ward, 2019). Ibuprofen und Paracetamol sind relativ sichere Medikamente. Nebenwirkungen sind am ehesten bei zu hoher Dosierung oder aufgrund von kumulativen Effekten bei zu häufiger Verabreichung, sowie bei Dehydrierung des Kindes möglich (Barbi et al., 2017; Kanabar, 2017).

Kühles Abwaschen ist die Behandlung der Wahl bei Hyperthermie (Hitzschlag), bzw. wenn es sich um eine Kombination von Fieber und Hyperthermie handelt (Ward, 2019). Bei Fieber wird physikalische Kühlung nicht empfohlen. „Essigpatscherln“ bzw. kühle Umschläge oder Waschungen sind nur dann angezeigt, wenn diese vom Kind als angenehm empfunden werden und wenn die Extremitäten des Kindes warm sind. Wenn eine rasche Senkung der Körpertemperatur erforderlich ist, soll frühestens 30 Minuten nach Verabreichung des Antipyretikums gekühlt werden. Abwaschen ist wirksamer als das Eintauchen in Wasser, weil die Evaporation von der Haut zusätzlich zur Wärmeabgabe beiträgt. Das Wasser soll nicht kalt, sondern nur lauwarm (etwa 30°C) sein. Alkohol darf nicht verwendet werden, weil dieser durch die Haut aufgenommen wird und toxisch ist (Ward, 2019).

Was können Pflegepersonen tun?

Pflegepersonen können Eltern dabei unterstützen, damit diese ihr fieberndes Kind bestmöglich versorgen können (Ward, 2019). Dazu gehört, Ängste und Sorgen ernst zu nehmen und Information dann anzubieten, wenn Eltern dafür bereit sind. Außerdem können Eltern angeleitet werden, auf Zeichen und Symptome schwerwiegender Krankheiten, sowie auf möglichen Flüssigkeitsmangel zu achten, anstatt sich auf die Höhe der Körpertemperatur zu konzentrieren (Barbi et al., 2017; NICE Clinical Guideline, 2017). Mithilfe der obigen Ausführungen sollten Pflegepersonen dafür gewappnet sein!

Autorin

Brigita Schwarz, BScN MSc
Diplom der Kinderkranken- und Säuglingspflege, Studium der Pflegewissenschaft
Tätigkeit im St. Anna Kinderspital: hämato-onkologischen Ambulanz sowie Stabstelle für Qualität und Entwicklung in der Pflege; Lehrtätigkeit

Schwerpunkte: PatientInnenedukation, familienorientierte Pflege, Weiterentwicklung evidence-basierter Pflegepraxis
E-Mail: brigita_schwarz@hotmail.com

Literatur

Barbi, E., Marzuillo, P., Neri, E., Naviglio, S., & Krauss, B. S. (2017). Fever in Children: Pearls and Pitfalls. Children (Basel), 4(9), 81. doi:10.3390/children4090081

Buchanan, G., & Yawn, B. (2014). Evidence-Based Management of Sickle Cell Disease. Expert Panel Report. In N. H. B. a. L. Institute (Ed.).

Chamberlain, J. M., Terndrup, T. E., Alexander, D. T., Silverstone, F. A., Wolf-Klein, G., O'Donnell, R., & Grandner, J. (1995). Determination of normal ear temperature with an infrared emission detection thermometer. Ann Emerg Med, 25(1), 15-20.

Clarke, P. (2014). Evidence-based management of childhood fever: what pediatric nurses need to know. J Pediatr Nurs, 29(4), 372-375. doi:10.1016/j.pedn.2014.02.007

Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics, 107(6), 1241-1246.

Emergency Nurses Association. (2015). Clinical Practice Guideline: Non-invasive Temperature Measurement.

Geijer, H., Udumyan, R., Lohse, G., & Nilsagard, Y. (2016). Temperature measurements with a temporal scanner: systematic review and meta-analysis. BMJ Open, 6(3), e009509. doi:10.1136/bmjopen-2015-009509

Geneva, I. I., Cuzzo, B., Fazili, T., & Javaid, W. (2019). Normal Body Temperature: A Systematic Review. Open Forum Infectious Diseases, 6(4). doi:10.1093/ofid/ofz032

Gunduz, S., Usak, E., Koksal, T., & Canbal, M. (2016). Why Fever Phobia Is Still Common? Iran Red Crescent Med J, 18(8), e23827. doi:10.5812/ircmj.23827

Hausmann, J. S., Berna, R., Gujral, N., Ayubi, S., Hawkins, J., Brownstein, J. S., & Dedeoglu, F. (2018). Using Smartphone Crowdsourcing to Redefine Normal and Febrile Temperatures in Adults: Results from the Feverprints Study. J Gen Intern Med, 33(12), 2046-2047. doi:10.1007/s11606-018-4610-8

Ishimine, P. (2019). Heat stroke in children. UpToDate.

Kanabar, D. J. (2017). A clinical and safety review of paracetamol and ibuprofen in children. Inflammopharmacology, 25(1), 1-9. doi:10.1007/s10787-016-0302-3

Kelly, M., Sahm, L. J., Shiely, F., O'Sullivan, R., McGillicuddy, A., & McCarthy, S. (2016). Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: an interview study. BMC Public Health, 16, 540. doi:10.1186/s12889-016-3224-5

Mackowiak, P. A. (1998). Concepts of fever. Arch Intern Med, 158(17), 1870-1881.

Mackowiak, P. A., Wasserman, S. S., & Levine, M. M. (1992). A critical appraisal of 98.6 degrees F, the upper limit of the normal body temperature, and other legacies of Carl Reinhold August Wunderlich. Jama, 268(12), 1578-1580.

Millichap, J. (2019). Clinical features and evaluation of febrile seizures. UpToDate.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Fever in unter 5s: assessment and initial management. Clinical guideline Last updated August 2017.

NICE Clinical Guideline. (2017). Feverish illness in children: assessment and initial management in children younger than 5 years.

Schmitt, B. D. (1980). Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child, 134(2), 176-181.

Smitherman, H., & Macias, C. G. (2019). Febrile infant (younger than 90 days of age): Definition of fever. UpToDate.

Sullivan, J. E., & Farrar, H. C. (2011). Fever and antipyretic use in children. Pediatrics, 127(3), 580-587. doi:10.1542/peds.2010-3852

Sund-Levander, M., Forsberg, C., & Wahren, L. K. (2002). Normal oral, rectal, tympanic and axillary body temperature in adult men and women: a systematic literature review. Scand J Caring Sci, 16(2), 122-128.

Sund-Levander, M., Grodzinsky, E., Loyd, D., & Wahren, L. K. (2004). Errors in body temperature assessment related to individual variation, measuring technique and equipment. Int J Nurs Pract, 10(5), 216-223. doi:10.1111/j.1440-172X.2004.00483.x

Wahn, V., Dobke, J., & Niehues, T. (2017). Angeborene, primäre Immundefekte (PID).

Walsh, A., & Edwards, H. (2006). Management of childhood fever by parents: literature review. J Adv Nurs, 54(2), 217-227. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03802.x

Ward, M. (2019). Fever in infants and children: Pathophysiology and management. UpToDate.

Wunderlich, C. A. (1868). Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. Leipzig: Otto Wiegand.

(C) Beerkoff

Erinnerungslücken schließen

Erfahrungen von Erwachsenen mit dem eigenen Intensivtagebuch

Ein Intensivtagebuch ist eine vor allem kostengünstige und einfache Intervention. Viele PatientInnen berichten von einer positiven Erfahrung mit dem Tagebuch, vor allem wenn auch Familienmitglieder Einträge tätigen konnten. Auch Angehörige empfinden diese Intervention als sinnvoll und haben das Gefühl, mit dem Eintrag in das Tagebuch, etwas zur Genesung beitragen zu können (Heindl, Bachlechner, 2015).

Hintergrund

Im Jahr 2017 standen in Österreich 2.514 Intensivbetten zur Verfügung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2018) und 183.128 Intensivaufenthalte konnten verzeichnet werden (Statistik Austria, 2018). Ein Aufenthalt auf einer Intensivstation steht meist in Zusammenhang mit einer für die Person lebensbedrohlichen Situation. Aufgrund des plötzlichen Ereignisses besteht keine Möglichkeit der Vorbereitung und durch Sedierung, Beatmung oder Analgesie erleben diese PatientInnen oft, dass ein Teil der Wirklichkeit mit irrealen Vorkommnissen verschwimmt oder ganz vergessen wird (Besendorfer, 2004). Solche Situationen bewirken verschiedene Reaktionen wie Unruhezustände, Todesangst, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Wut, Trauer, Flucht oder Aggression (Meraner, Sperner-Unterweger, 2016). Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten Version 10 (ICD-10, 2018) gibt für Symptome wie Angst, Stress, Schlafstörungen, Flashbacks oder Schuldgefühle nach einem traumatischen Ereignis die Diagnose F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor. Wade et al. (2013) zeigen auf, dass bis zu 27% der Überlebenden nach einem Intensivaufenthalt an PTBS erkranken.

Um diesen Personen ihren Aufenthalt, ihre Krankheit und den Alltag auf der Intensivstation im Nachhinein näher zu bringen, werden in manchen Krankenhäusern bereits Intensivtagebücher angewandt. Diese werden seit den 1990-Jahren in Skandinavien als Hilfsmittel herangezogen (Nydahl et al., 2014). In Österreich bieten erst 7,3% aller Intensivstationen diese Tagebücher an (Bachlechner et al., 2017).

Das Intensivtagebuch

Ein Intensivtagebuch ist ein Hilfsmittel, welches persönliche Notizen beinhaltet und für PatientInnen auf Intensivstationen angelegt werden kann. Dieses wird in den meisten Fällen von Pflegepersonen begonnen und weitere Einträge werden von Angehörigen aber auch aus dem restlichen Behandlungsteam getätigt. Die händisch verfassten Textstellen, in Alltagssprache, können sich auf spezielle Ereignisse oder die Behandlung beziehen, es können jedoch auch lediglich Grüße von Angehörigen sein. Zusätzlich können Fotos darin platziert werden. Am Ende des Aufenthaltes, bei der Entlassung von der Intensivstation, wird dieses Buch den PatientInnen oder den Angehörigen ausgehändigt. Die Betroffenen können jederzeit nachlesen, was an welchem Tag, während dem Aufenthalt geschehen ist. Für die Anwendung dieses Instrumentes gibt es keine bekannten Kontraindikationen und es wird als kostengünstiges, einfaches Tool erachtet. Zu beachten ist jedoch, dass es wenig Sinn hat, ein Intensivtagebuch zu führen, wenn die PatientInnen dieses später kognitiv oder sprachlich nicht erfassen können (Knück, Nydahl, 2009; Nydahl, Knück, 2010). Das Tagebuch soll mit seinen Eigenschaften positiv auf die Psyche der Betroffenen wirken (Hähnel, 2017).

Problemdarstellung

Kommt es nach einem Intensivaufenthalt zu einer PTBS, benötigen die Betroffenen meist psychologische Hilfe (Hatch et al., 2011). Die Psychologin Teresa Deffner, welche auf einer Intensivstation in Deutschland PatientInnen und Angehörige betreut, gab in einem Interview an, dass das Intensivtagebuch ihren Erfahrungen nach, einen positiven Effekt auf die Betroffenen hat. Sie fügte jedoch hinzu, dass die Wirkungsweise der Bücher noch unklar sei und dass die wissenschaftliche Datenlage auf keine Theorie schließen lässt (Wüstenhagen, 2015).

Daraus ergab sich die Notwendigkeit zur Erstellung einer Literaturarbeit zum Thema Erfahrungen mit dem eigenen Intensivtagebuch, um offenzulegen, ob und wie das Intensivtagebuch auf die Betroffenen wirkt.

Ziel

Das Ziel dieser Literaturarbeit war es, die berichteten Erfahrungen von Erwachsenen bei der Auseinandersetzung mit dem eigenen Intensivtagebuch darzustellen, wenn diese länger als 48 Stunden auf einer Intensivstation waren.

Methodik

Bei der Literaturrecherche dieser Literaturarbeit wurde nach den drei Phasen von Kleibel und Mayer (2011) vorgegangen. Die Recherche fand von November 2017 bis Dezember 2018 in regelmäßigen Abständen statt. Dazu wurden mehrere Datenbanken herangezogen: MEDLINE über die Suchoberfläche PubMed sowie CINAHL Complete, Academic Search Elite, PsycInfo und PsycArticles über die Suchoberfläche EBSCO-Host. Zusätzlich erfolgte eine Handsuche in zwei Bibliotheken

Folgende Suchbegriffe (Tabelle 1) sowie Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 2) wurden definiert:

Komponente 1: Intensivtagebuch		Komponente 2: Erfahrungen	
Intensivstation Intensivpflegestation Station mit kritisch Kranken Patient/ Klient	Tagebuch/Tagebücher Chronik Diarium persönliches Notizbuch	Erleben Erfahrung Emotionen Erinnerungen	qualitative Studie qualitative Analyse
intensive care unit (icu) critical care unit critical care critical illness patient/ client	diary/ diaries daybook notes personal narrative patient diary	experience memories recovery reaction	qualitative study qualitative research qualitative analysis

Tabelle 1: Suchkriterien

Kriterien	Einschluss	Ausschluss
Bevölkerungsgruppe	Erwachsene über 18 Jahre ehemalige Intensivpatienten (>48h Aufenthalt) mit Tagebuch	Kinder, Jugendliche ehemalige Intensivpatienten (<48h Aufenthalt) oder ohne Tagebuch
Publikationsart	peer-reviewed	nicht wissenschaftliche Literatur nicht peer-reviewed
Publikationssprache	Deutsch, Englisch	andere Sprachen
Publikationszeitraum	1990-2018	<1990

Tabelle 2: Ein- & Auschluss-Kriterien

Für die kritische Würdigung der gefundenen Literatur wurde mit der kritischen Beurteilung von Behrens und Langer (2004) gearbeitet. Insgesamt konnten sieben relevante Studien eingeschlossen werden. Diese werden in Tabelle 3 offengelegt.

Autor, Jahr, Land	Studiendesign, Stichprobe, Setting
Engström et al. (2009) Schweden	k.A. Stichprobe: n=9 m: 4; Alter: R: 29-65 (Med.: 56a) Aufenthaltsdauer: R:1-16 Wochen (Med.: 22d) Beatmungsdauer: >72h Setting: 1 ICU
Egerod, Bagger (2010) Dänemark	k.A. Stichprobe: n=4 m=3; Alter: MW: 65 (R: 56-73a) Aufenthaltsdauer: MW: 10 (R: 6-12d) Beatmungsdauer: MW: 131 (R: 26-241h) Tagebucheinträge: MW: 6 (R: 3-11) Zeitpunkt der Übergabe: R: 1-3 Monate Rekrutierung mit Hilfe der RACHEL-Studie Tagebuch: nur von Pflegepersonen geführt, bei der geplanten Übergabe wurde das Tagebuch von einer Pflegeperson vorgelesen Setting: 2 ICUs Thorax-Chirurgische ICU mit 13 Betten allgemeine ICU mit 9 Betten
Egerod et al. (2011) Dänemark	multizentrische Studie, Grounded Theory Stichprobe: n=19 m=10; Alter: R: 18-76a Zeitpunkt der Übergabe: 1-3 Monate nach ICU Rekrutierung mit Hilfe der RACHEL-Studie Tagebuch: nur von Pflegepersonen geführt, bei der geplanten Übergabe wurde das Tagebuch von einer Pflegeperson vorgelesen Setting: 2 ICUs Thorax-Chirurgische ICU mit 13 Betten allgemeine ICU mit 9 Betten
Ewens et al. (2014) Australien	single-center, qualitative, descriptive Studie Stichprobe: n= 18 m=9; Alter: R: 34-84a; min. 24h beatmet Zeitpunkt der Übergabe: noch auf der ICU mit einem ausführlichen Übergabegespräch Tagebuch: von Pflegenden und Angehörigen geführt, mit Fotos Setting: 1 ICU
Heindl, Bachlechner (2015) Österreich	Grounded Theory Stichprobe: n=4 m=1; Alter: R: 22-42a; Aufenthalt auf ICU: R: 15-33d Setting: k.A.
O´Gara, Pattison (2016) Vereinigtes Königreich	Grounded Theory Stichprobe: n=8 m= 3 Rekrutierung mit Hilfe von: ICU steps, the Patients and Relatives Committee and I-CanUK Setting: k.A.
Levine et al. (2018) USA	qualitative, deskriptive Studie Stichprobe: n=13 m=62%; Alter: R: 43-82; Intubationszeit: R: 3-27d (MW: 7,6d); Aufenthaltsdauer auf ICU: MW: 12,1d Setting: 1 kardiologische ICU mit 10 Betten

Tabelle 3: Eingeschlossene Studien

Die Erfahrung von Erwachsenen mit dem eigenen Intensivtagebuch Intensivtagebücher werden von den Betroffenen als eine gute Unterstützung bei der Verarbeitung des Aufenthaltes wahrgenommen und die Bücher geben den Betroffenen den nötigen Halt, in dieser schwierigen Situation. Daher sind sie durchaus als sinnvoll zu erachten (Engström et al., 2009).

Erinnerungslücken schließen

Erwachsene Personen nach einem Intensivaufenthalt, geben an, dass dieses Hilfsmittel ein wertvoller Teil der Reorganisation sein kann (Heindl & Bachlechner, 2015). Engström et al. (2009) beschreiben, dass das Lesen des Tagebuches den Betroffenen einen Einblick über die damalige Situation gibt. Es hilft ihnen, Ereignisse chronologisch zu ordnen und vermittelt ein Bild über die Zeit, als sie selbst keine Kontrolle über sich hatten. Das Tagebuch wird auch als Grundstock von späteren Konversationen gesehen.

Dank der individuellen Inhalte, schaffen die Bücher es, Erinnerungslücken von ehemaligen PatientInnen zu schließen. Sie sollten jedoch nur ausgehändigt werden, wenn sowohl Vor- als auch Nachsorge durchgeführt werden. Darunter kann beispielsweise ein zusätzliches Gespräch bei der Übergabe oder ein späterer Besuch auf der damaligen Station verstanden werden (O'Gara & Pattison, 2016).

Der Zeitpunkt des Lesens

Internationale Studien beschreiben, dass diese persönlichen Notizen äußerst hilfreich sein können, auch wenn der erste Schritt des Lesens von den Betroffenen oft als schwierig empfunden wird. Die dabei freiwerdenden Emotionen sind zwar wichtig, um den Aufenthalt verarbeiten zu können, jedoch können diese auch sehr belastend sein. Der große Vorteil eines solchen Tagebuches ist, dass auch Angehörige ihre Gefühle darstellen können und das gibt den Betroffenen im Nachhinein Kraft und das Gefühl nicht alleine zu sein. Das Intensivtagebuch bleibt eine stetige Erinnerung an das Erlebte. Die Erfahrungen mit dem eigenen Intensivtagebuch sind jedoch sehr individuell und können nicht verallgemeinert werden. Es gibt keinen einheitlichen, bevorzugten Zeitpunkt des Lesens und PatientInnen müssen selbst entscheiden können wann und ob sie es überhaupt lesen möchten (Engström et al., 2009; Egerod, Bagger, 2010; Egerod et al., 2011; Ewens et al., 2014; Heindl, Bachlechner, 2015; O'Gara, Pattison, 2016). Sehr oft

werden die Tagebücher erst nach einigen Wochen erstmals geöffnet (Levine et al., 2018).

Inhalte des Intensivtagebuches

Auch die bevorzugten Inhalte sind, sowie der Zeitpunkt des Lesens, sehr individuell. Einige ehemalige PatientInnen würden sich beispielsweise mehr medizinische Auskunft und auch mehr Einträge von Pflegepersonen im Tagebuch wünschen (Levine et al., 2018). Zu den gewünschten Inhalten eines Tagebuches beschreiben Akerman et al. (2013) in ihrer Studie, dass die PatientInnen am meisten profitieren, wenn die Einträge vollständig und in chronologischer Reihenfolge erfolgen und wenn Fotos von der damaligen Umgebung gemacht wurden. Die Bilder untermauern die geschriebenen Inhalte zusätzlich und geben Einblick in das Erlebte. Außerdem geben Erwachsene bei der Auseinandersetzung mit dem eigenen Intensivtagebuch an, dass sie sowohl positive als auch negative und unangenehme Fakten im Tagebuch vermerkt haben möchten, um die Vergangenheit vervollständigen zu können. Egerod et al. (2011) erläutern, dass Fotos auch sinnvoll sein können, um anderen Personen im Nachhinein zeigen zu können, wie schwer die Krankheit war. Eine Frau berichtete beispielsweise, dass sie das Foto verwendete, um ihrem Sozialarbeiter zu zeigen, wie schlecht es ihr wirklich ging.

Limitationen

Die Literaturrecherche weißt Limitationen in Bezug auf die Datenerhebung auf, da nur eine Person die Suche durchgeführt hat. Es erfolgte daher auch eine subjektive Auswahl der eingeschlossenen Studien. Owen (1982) hält fest, dass aufgrund individueller Interessen, Vorurteilen oder auch Fachkenntnissen des Lesers, die Resultate der Studien subjektiv bewertet und als relevant empfunden werden. Dies wird als Reader-Bias bezeichnet.

Der Großteil der herangezogenen Studien wurde in englischer Sprache publiziert, wodurch mögliche Übersetzungsfehler nicht auszuschließen sind. Döring und Bortz (2016, S. 902) beschreiben dies als Language-Bias.

Zu beachten ist, dass die Studien in unterschiedlichen Ländern durchgeführt wurden, und somit verschiedene Gesundheits- und Versorgungssysteme vorliegen, welche die Übertragung der Ergebnisse in den deutschsprachigen Raum erschweren.

Schlussfolgerungen

Die Erfahrungen mit dem eigenen Intensivtagebuch werden von Erwachsenen als sehr positiv beschrieben (Heindl, Bachlechner, 2015). Intensivpflegepersonen können mit etwas Zeitaufwand dabei helfen, Gedächtnislücken von Betroffenen zu schließen.

Anzumerken ist jedoch, dass Intensivpflegepersonen mangels zeitlicher Ressourcen oft auch keine oder nur unvollständige Einträge tätigen können (Levine et al., 2018). Trotzdem sollte das Angebot eines Intensivtagebuches gegeben sein. Denn die Betroffenen empfinden auch die alleinigen Einträge der Angehörigen als positiv (Heindl, Bachlechner, 2015). Der durchschnittliche Zeitaufwand, welcher benötigt wird, um einen hochwertigen Eintrag in ein Intensivtagebuch zu tätigen, beträgt maximal

Autorin

Anna-Sophie Gruber, BScN
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Absolventin des Kombi-Studiums Pflegewissenschaft an der Privaten Universität der Gesundheitswissenschaften, med. Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol. Derzeit Studentin im Masterstudium Pflegewissenschaft an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg, an.gruber@stud.pmu.ac.at

Autorin

Schumacher Petra
MScN, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium der Pflegewissenschaft an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol. Derzeit Universitätsassistentin am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT, petra.schumacher@umit.at

sechs Minuten. Wobei der zeitaufwendigste Teil, der erste Eintrag beziehungsweise das Anlegen eines neuen Intensivtagebuches ist (Nydahl et al, 2013).

Literaturverzeichnis

Akerman E.; Ersson A.; Fridlund B.; Samuelson K. (2013): Preferred content and usefulness of a photdiary as described by ICU-patients. A mixed method analysis. In: Australian Critical Care, 26 (1), 29-35

Bachlechner A.; Egerod I.; Heindl P.; Nydahl P. (2017): Eine gelebte Praxis: Das Intensivtagebuch in Österreich. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 70 (2), 24-28

Behrens J.; Langer G. (2004): Evidence-based Nursing. Bern, Hans Huber

Besendorfer A. (2004): Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. In: Abt-Zegelin A. (Hg.): Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 95-151

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Betten nach Fachrichtungen 2017. http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/betten.html (30.10.2018)

Döring N.; Bortz J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. überarb. Aufl. (1984). Heidelberg, Springer

Egerod I.; Bagger C. (2010): Patients' experiences of intensive care diaries. A focus group study. In: Intensive and Critical Care Nursing, 26 (5), 278-287

Egerod I.; Christensen D.; Schwartz-Nielsen K.; Agard A. (2011): Constructing the illness narrative. A grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. In: Critical Care Medicine, 39 (9), 1-7 47

Engström A.; Grip K.; Hamren M. (2009): Experiences of intensive care unit diaries: touching a tender wound. In: Nursing in Critical Care, 14 (2), 61-67

Ewens B.; Chapman R.; Tulloch A.; Hendricks J. (2014): ICU survivors`utilisation of diaries post discharge. A qualitative descriptive study. In: Australian Critical Care, 27 (1), 28-35

Fukuda T.; Inoue T.; Kinoshita Y.; Yukawa T. (2015): Effectiveness of ICU Diaries: Improving "Distorted Memories" Encountered during ICU Admission. In: Open Journal of Nursing, 5 (4), 313-324

Hähnel V. (2017): Lesen hilft. Psychotherapeutische Komponente in der Intensivtherapie. In: Thieme Intensiv, 4 (17), 190-197

Hatch R.; McKechnie S.; Griffiths J. (2011): Psychological intervention to prevent ICU-related PTSD: who, when and for how long? In: Critical Care, 15 (2), 1-3

Heindl P.; Bachlechner A. (2015): Coping mit dem Intensivtagebuch. Das Schaffen einer gemeinsamen Erinnerung. In: Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft, 1 (2), 92-100 48

ICD-10 (2018): F43.-Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html (02.06.2018)

Kleibel V.; Mayer H. (2011): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. 2. Aufl. (2005). Wien, Facultas
Knück D.; Nydhal P. (2009): Das Intensivtagebuch. In: Intensivpflege, 5 (16), 249-255

Levine S.; Reilly K.; Nedder M.; Avery K. (2018): The Patient's Perspective of the Intensive Care Unit Diary in the Cardiac Intensive Care Unit. In: Critical Care Nurse, 38 (4), 28-37

Meraner V.; Sperner-Unterweger B. (2016): Patienten, Ärzte und Pflegepersonal auf Intensivstationen. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen. In: Nervenarzt, 87 (3), 264–268

Nydahl P.; Bäckman C.; Bereuther J.; Thelen M. (2013): How much time do nurses need to write an ICU diary? In: British Association of Critical Care Nurses, 19 (5), 222-227 50

Nydahl P.; Knück D. (2010): Träume und Traumata- eine systematische Übersichtsarbeit zur Wirkung des Tagebuches auf Intensivpatienten. In: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, 1 (1), 31-37

Nydahl P.; Knück D.; Egerod I. (2014): Extentand application of ICU diaries in Germany in 2014. In: Nursing in Critical Care, 20 (3), 155-162

O´Gara G.; Pattison N. (2016): A qualitative exploration into the long-term perspectives of patients receiving critical care diaries across the United Kingdom. In: Intensive and Critical Care Nursing, 36, 1-7

Owen R. (1982): Reader Bias. In: Journal of the American Medical Association, 247, 2533-2534

Statistik Austria (2018): Betten und Bettennutzung in den Krankenanstalten Österreichs 2017 nach Fachrichtungen bzw. speziellen Bereichen sowie nach Bundesländern. file:///C:/Users/annag/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/bettennutzung_in_krankenanstalten_2017_nach_fachabteilung_und_bundesland%20(1).pdf (30.10.2018)

Wade D.; Hardy R.; Howell D.; Mythen M. (2013): Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. In: Minerva Anestesiologica, 79 (8), 944-963

Wüstenhagen C. (2015): Während du schliefst. https://www.zeit.de/zeit-wissen/2015/04/intensivstation-tagebuch-kuenstliches-koma (02.11.2018)

AKADAMIE
DES WIENER ROTEN KREUZES

ABZ – Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes GmbH

PFLEGE BEI DEMENZ

Um Menschen mit Demenz in allen Bereichen, im Krankenhaus, im Pflegeheim und in der Hauskrankenpflege möglichst gut betreuen zu können bedarf es vertieftem Fachwissen. Gerade bezüglich Polypharmazie und im Bereich der nicht medikamentösen Maßnahmen sowie dem Umgang mit Menschen mit Demenz soll dieser Kurs ausreichend evidenzbasiertes und fundiertes Wissen inklusive Best-Practice Beispielen bieten. Wissen über die Perspektivensicht, ethische Aspekte, Deeskalation und rechtliche Fakten runden die Ausbildung ab.

Zielgruppe – alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Der Kurs wird in Modulen von jeweils 3 Tagen geblockt über 12 Monate abgehalten. Im Rahmen des Kurses ist ein Praktikum im Ausmaß von 40 Stunden zu absolvieren.

Beginn: 1.10.2019

- 01.-3.10.2019 08:30 – 17:00 Uhr
- 12.-14.11.2019 08:30 – 17:00 Uhr
- 14.-16.01.2020 08:30 – 17:00 Uhr
- 03.-5.03.2020 08:30 – 17:00 Uhr
- 28.-30.04.2020 08:30 – 17:00 Uhr
- 16.-18.06.2020 08:30 – 17:00 Uhr
- 15.-17.09.2020 08:30 – 17:00 Uhr

Abschluss: 20.10.2020 08:30 – 17:00 Uhr

Lerninhalte beim Kurs Pflege bei Demenz:

- Vertiefung medizinwissenschaftlicher und gerontologischer Grundlagen zum Zustandsbild Demenz
- Vertiefung medizinwissenschaftlicher und gerontologischer Grundlagen zum Zustandsbild Demenz
- Pflege von Menschen mit Demenz begründen, planen, durchführen und kontrollieren
- Rechtliche Rahmenbedingungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz
- Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz
- Ethische Entscheidungsfindung in der Pflege
- Praktikum im Langzeit-/Akutsetting (40 Stunden)

Kontakt

Karin Eder, BSc, MSc
✉ +43(0)1 79580–6401 | ✉ karin.eder@wrk.at

WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

Mit gewollter Fachlichkeit und sprachlicher Leichtigkeit

Mit „Christophs Pflege-Café“ wagt „Pflege Professionell“ ein innovatives Format

Gehören Sie auch zu denjenigen Menschen, die nach Feierabend gerne ins Kaffeehaus gehen? Genießen Sie es auch, dort über Gott und die Welt und manchmal auch den beruflichen Alltag nachzudenken? Seit kurzem haben Sie auf der Webseite www.pflege-professionell.at die Gelegenheit, „Christophs Pflege-Café“ zu besuchen. Der Psychiatrie-Pfleger Christoph Müller interviewt dort Menschen, die spannende Ideen in den beruflichen Diskurs einbringen oder blickt essayistisch auf Aktuelles aus der Pflege-Welt.

Wieso nutzt Christoph einen gemütlichen Ort wie ein Kaffee-Haus? Nach seinen eigenen Worten braucht es einen gemütlichen Ort, um in Ruhe über das Eine oder Andere nachzudenken bzw. sich inspirieren zu lassen. Außerdem sei ein Kaffee-Haus ein wunderbarer Ort für die zwischenmenschliche Begegnung. Christoph trifft pflegerische Praktikerinnen und Praktiker. Er sucht das Gespräch mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus ganz unterschiedlichen Professionen. Sie eint, dass sie Inspirationsquelle für pflegerische Praktikerinnen und Praktiker sein können.

Christoph steht mit dem Pflege-Café noch am Anfang seines engagierten Tuns. Auf die Frage, wie er auf die zahlreichen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner kommt, antwortet er: „Den spannenden Frauen und Männer begegne ich eigentlich irgendwie auf der Straße. Wenn ich mit offenen Augen durch eine Buchhandlung gehe oder mit offenen Ohren dem einen oder anderen kollegialen Gespräch horche, dann fallen mir spannende Menschen und neugierig machende Themen ein und auf.“

Pflegerische Praktikerinnen und Praktiker tun sich nach einem anstrengenden Arbeitstag schwer, große Bleiwüsten zu lesen. Deshalb stößt „Christophs Pflege-Café“ bei den Leserinnen und Lesern der Zeitschrift „Pflege Professionell“ bzw. der Homepage auf großes Interesse. Die Klickzahlen für „Christophs Pflege-Café“ sprechen für sich. Mit gewollter Fachlichkeit und sprachlicher Leichtigkeit kommen Christoph sowie seine Interview-Partnerinnen und Interview-Partner um die Ecke.

Sprechen gehört für Christoph zu seinem pflegerischen Handwerkszeug. Seit 1990 arbeitet er in der psychiatrischen Pflege. Lange Jahre hat er seine Erfahrungen in der Geronto-, der Allgemein-und der forensischen Psychiatrie gemacht. In Österreich, der Schweiz und in Deutschland hat er ganz

(C) Korn V.

unterschiedliche Settings kennengelernt. Zum Schreiben ist Christoph Ende der 1980er Jahre als junger Mann gekommen. Damals hat er für kirchliche Zeitschriften und Agenturen geschrieben. Seit mehr als zehn Jahren bereichert er pflegerische und psychiatrische Zeitschriften mit seiner journalistischen und publizistischen Arbeit.

Er gehört nicht nur zum Team der „Pflege Professionell“. Redaktionell betreut er die Zeitschrift „Psychiatrische Pflege“ im Hogrefe-Verlag. Bei der „Psychosozialen Umschau“, die beim Psychiatrie-Verlag erscheint, sitzt er auch seit Jahren in der Redaktionsrunde. In diesem Jahr gibt Christoph ein Buch heraus - der Titel: „HumorCare - Das Heiterkeitsbuch für Pflege-und Gesundheitsberufe“.

Einen Schalk im Nacken hat Christoph immer wieder. Dies merkt man nicht nur, wenn man sich seinen Interviews und Texten nähert. In der unmittelbaren Begegnung fällt sein Grinsen auf. Menschen, die in der psychiatrischen Klinik von ihm betreut werden, warten quasi schon auf seine witzigen und erheiternden Bemerkungen. Heiterkeit ist für Christoph eine Haltung, mit der er sich und seinen Mitmenschen begegnet. Leben findet für ihn in Polaritäten statt. Es brauche Humor und Gelassenheit, gerade wenn Grübeln und Niedergeschlagenheit den Alltag oder eine Krankheitsphase prägen.

Mit Humor und Gelassenheit begegnen sich nicht nur die Menschen im Kaffee-Haus. Sie schauen mit Heiterkeit auf das Geschehen um sich herum. Da darf es nach Meinung von Christoph auch einmal passieren, wenn beim Prusten und Lachen der eine oder andere Schluck Kaffee auf der Bluse oder dem Pullover landet. Wagen Sie doch einmal eine Begegnung in „Pflege-Café“. Die Gemütlichkeit, die Nachdenklichkeit und die Heiterkeit wird auch Sie anstecken. Da bin ich sicher.

„DER FADEN“

VON JULIA HOFMANN
UND MONIKA DABROWSKA
Kunstinstallation zur Sensibilisierung
für das Thema Vergesslichkeit und
beginnende Demenz.

12. September 2019 - 24. Oktober 2019
im Hof 1 des Uni Campus, Altes AKH,
Spitalgasse 2, 1090 Wien

Nehmen sie den Faden auf unter
www.promenz.at, Facebook und Instagram

PROMENZ
WIR VERGESSEN, WIR ERINNERN, WIR HELFEN.
Initiative von und für Menschen mit Vergesslichkeit. www.promenz.at

Spitzwegerich
König des Weges

Wir begegnen mindestens einem Wegerich auf unseren Wald- und Wiesenspaziergängen. Und wir haben sie alle vermutlich schon gesehen: den Breitwegerich, den mittleren Wegerich oder den Spitzwegerich.

Als „Mutter aller Kräuter“ im 9-Kräuter-Segen genannt, hatte der Spitzwegerich immer schon großes Ansehen genossen. Besonders die schleimlösende Kraft, die reizlindernde, entzündungshemmende und antimikrobielle Wirkung sind nur ein Ausschnitt des umfangreichen Wirkungsspektrums des Spitzwegerich, das ihn zu einem Kräuter-Allrounder macht.

Aber auch kulinarisch ist er nicht zu verachten. Mit seinen zart-frisch schmeckenden Blättern rundet er so manchen Salat ab. Wer eine leicht pilzige Note im Essen haben möchte, fügt die Blüten des Spitzwegerichs hinzu und lässt sie mindestens 20 Minuten köcheln. Das Ergebnis ist erstaunlich.

Der Spitzwegerich, zur Familie der Wegerichgewächse (Plantaginaceae) gehörend, ist ein ausdauerndes bis zu 50cm hohes Kraut. Er bildet eine grundständige Rosette mit langem, aufrechten, blattlosen Stängel (10-40cm). Die Blätter sind lang, schmal, lanzettlich, parallelnervig (20-40cm). Die Blüte am Ende des Stängels von Mai bis September bildet eine kugelige, fast farblose Blütenähre. Die Früchte sind eiförmige Kapseln (3-4mm).

Die Pflege des Spitzwegerichs ist denkbar einfach – er benötigt nährstoffarme Böden. Den Rest erledigt die Natur.

Der Allrounder unter den Kräutern ist europaweit, in Nord- / Mittel-Asien und Nordamerika verbreitet. Er wächst auf trockenen Wiesen, an Wegrändern, auf Äckern.

Geschmacklich ist der Spitzwegerich mild aromatisch, wobei die Blüten leicht nussig schmecken.

Historisches

Die Griechen verwendeten Spitzwegerich wahrscheinlich bereits in der Steinzeit, genauso wie die Assyrer vermutlich gegen Schwellungen.

Dioskurides (1. Jhdt. n. Chr.) empfahl den Spitzwegerich bei Blutflüssen und Wunden. Bei Bissen und Stichen von Tieren verwendete man den Spitzwegerich.

Auch in Nordamerika nutzten die Indianer den Spitzwegerich in Form eines Breis als Auflage bei Schlangenbissen.

Spitzwegerich war im Mittelalter eines der hochgepriesensten Heilkräuter. Er galt als das Allheilmittel von Kopfschmerzen bis hin zu Beschwerden beim Urinieren.

Im angelsächsischen 9-Kräutersegen (9. oder 10. Jhdt. n. Chr.), bei uns auch tlw. als 9-Kräutersuppe bekannt, wird der Wegerich als „Mutter aller Kräuter“ genannt. Bei den neun aufgelisteten Kräutern lassen sich leider nicht alle eindeutig zuordnen – beim Wegerich jedoch ist es klar (Interessierte finden den vollständigen Text in Original mit Übersetzung ins Englische mit dem jeweils interpretierten Kraut unter folgender Adresse: http://spitalfieldslife.com/2018/05/15/the-nine-herbs-charm/).

„Und du, Wegerich, Mutter der Kräuter,nach Osten geöffnet, innen mächtig; Karren fuhren über dich hinweg, Königinnen ritten über dich, über dir weinten Bräute, schnaubten Ochsen. Ihnen allen widerstehst und widerstandest du; so widerstehst du auch Gift und Ansteckung und dem Verhassten (Feind), der über das Land fährt.“ (Vers 7-13)

Namensherkunft
„wega“ (althochdt.) = „Weg“, „rih“ (althochdt.) = „König“ – Umgelegt würde der Wegerich als Herrscher des Weges, manche meinen, des Lebensweges.

„Plantago“ (lat.) = „Fußsohle“, „lanceola“ (lat.) = „kleine Lanze“

weitere Namen
Aderkraut, Ballenblätter, Dreisigkraut, Heilwegerich, Hundrippen, Lämmerzunge, Lungenblatt, Rippenkraut, Rossrippen, Schafzunge, Schlangenzunge, Spießkraut, Wundwegerich, Heilwegerich, Ripplichkrut, Heufressa, Spitzfederich, Wegetritt.

Mittlerer Wegerich - Foto: (C) Schützenauer

Hildegard von Bingen (1098-1179) beschrieb den Wegerich als warm und trocken und empfahl ihn innerlich bei Gicht und äußerlich (geröstete Wurzeln) bei Geschwüren, (gepresster Pflanzensaft) bei Stechen, Insektenstichen und innerlich und äußerlich bei Knochenbrüchen. Er soll auch verabreichte Liebeszauber neutralisieren: „Auch wenn ein Mann oder eine Frau einen Liebeszouber gegessen oder getrunken hat, durch den er oder sie in schändlicher Liebe entbrennt, verabreichte man Wegerichsaft zu trinken, ... Hernach nehme er einen starken Purgiertrank ein, um innerlich gereinigt zu werden."

In der englischen Renaissance schrieb Nicholas Culpeper (Kräuterarzt und Astrologe, 1616 - 1654), der Spitzwegerich sei eine Pflanze der Venus. In diesem Sinne wurde auch eine Salbe für Heinrich VIII von der medizinischen Fakultät des St. James College hergestellt – das King´s Graces Oyntement (des Königs gnädige Salbe) – „um das königliche Glied zu kühlen, zu trocknen und zu beruhigen."

2014 war der Spitzwegerich die Arzneipflanze des Jahres.

Sagenumwobenes & Brauchtum

Der Wegerich galt in längst vergangenen Zeiten als ein Bote der Vegetations- und Totengöttin. Er säumte die Wege, die zu ihr führten.

Einer der vielen Namen waren auch „Kraut der Proserpina" (Persephone = griech. Göttin der Unterwelt).

Verkehrt getragene, getrocknete Spitzwegerich-Wurzeln, die vor Sonnenaufgang ausgegraben wurde, sollen vor der Pest schützen.

Räucherungen

In Räuchermischungen wird der Wegerich gegen „alle möglichen bösen Zufälle" verwendet.

Hauptinhaltsstoffe

Schleimstoffe (2-6%), Gerbstoffe, Bitterstoffe, Kieselsäure (über 1%), Flavonoide, Iridoidglykoside, Harze, Aucubin, Phanylethanoide, Saponin.

Wirkung | Stärkung des Lungengewebes, adstringierend, antibakteriell, entzündungshemmend, reizlindernd, immunstimmulierend, antihistaminisch

Volksheilkunde

Bei vielen Beschwerden wurde und wird in der Volksheilkunde mit Spitzwegerich unterstützt. Darunter Atemwegserkrankungen, Tuberkulose, Keuchhusten, Asthma, Entzündungen, Bronchitis, Wunden, Kopfschmerzen, Hautunreinheiten, Augenentzündungen, Blutharnen, Ohrenschmerzen, Harn- und Geschlechtsbeschwerden bei Frauen, Insektenstichen.

Vom Spitzwegerich werden die oberirdischen Teile verwendet – die Sammlung kann von Mai bis September durchgeführt werden.

Bei einer Trocknung sollte er rasch getrocknet werden, da sonst durch Polymerisation der Iridoide zu einem Verlust der antibakteriellen Wirkung kommt.

innerlich

Sirup für Kinder: Spitzwegerichblätter + Honig zu gleichen Teilen schichtweise in ein Glas füllen, Honigschicht als Abschluss; 12 Wochen kühl u dunkel stehen lassen; durchsieben, abfüllen

(Kinder: 2-3TL / Tag)

Blutreinigungskur: Am 1. Mai 1 Blatt Spitzwegerich essen, jeden Tag darauf 1 Blatt mehr essen – d.h. am 2.Tag 2 Blätter, 3. Tag 3 Blätter, … 15. Mai ist mit 15 Blätter das Maximum erreicht und ab diesem Tag wird pro Tag 1 Blatt weniger gegessen, – d.h. am 16. Mai 14 Blätter, … 30. Mai 1 Blatt. Im Durchlauf dieser Kur soll das Blut vollständig gereinigt sein.

Ein eingerolltes Blatt des (Breit-) Wegerichs ins Ohr hilft bei Ohrenschmerzen.

Tinktur, Tee sind weitere Verabreichungsformen des Spitzwegerichs.

Aufgrund der schleimlösenden

Wirkung des Spitzwegerichs, sollte die Verabreichung nicht am Abend durchgeführt werden, da sonst der Schlaf gestört werden könnte.

äußerlich

Tinktur bei Pickel / Akne: verdünnt auf einem Wattebausch die betroffenen Stellen damit einreiben. Alternativ kann auch ein breiiger Umschlag aus purem Pflanzensaft aufgelegt werden (optimal, wenn man einige Zeit danach ruhig bleibt - z.B. vor dem Schlafen gehen).

„Wiesenpflaster“ – bei kleinen Verletzungen zerkaut auf die betroffene Stelle legen und mit einem weiteren Blatt umwickeln. Frischer Blättersaft ist generell hilfreich, wenn etwas in der Haut eingeschlossen ist oder verletzt ist. Der frische Pflanzensaft kann eingefroren oder mit 20-25%igem Alkohol stabilisiert und somit haltbar gemacht werden. Ca. 1-2 TL bis zu viermal täglich auf die Haut auftragen.

Der Spitzwegerich stärkt insbesondere die Lunge. Er kann Schlackenstoffe aus Zellen holen und neue Säfte in die Zellen transportieren. Es wird Stadtbewohnern und Rauchern empfohlen, mehrmals pro Jahr eine Spitzwegerich-Kur durchzuführen. Einerseits soll er bei der Entwöhnung unterstützen andererseits beim Abtransport von abgelagerten Schadstoffen helfen.

In der Signaturenlehre ist der Spitzwegerich den Planeten Jupiter, Mond und Merkur und den Elementen Erde und Luft zugewiesen. Die Organe Lunge, Dickdarm, Blase und Niere sind dem Spitzwegerich zugeordnet.

TCM – traditionell chinesische Medizin

In der TCM ist der Spitzwegerich ebenfalls hoch angesehen, indem er das Lungen Yin stärkt. Mit seinen bitteren Geschmacksenergien, die die Lunge säubern, wird sogar zäher Schleim gelöst. Die salzigen Geschmacksenergien lösen ebenfalls Ablagerungen an der Lunge – somit erfährt die Lunge eine innere und äußere Grundreinigung der Lungenzellen. Je mehr die Lunge

wieder ihre Energien ungehindert nach unten fließen lassen kann, umso besser funktioniert der Dickdarm. Lunge und Dickdarm sind aus dem embryonalen Darmrohr entstanden – daher beseht eine enge Beziehung zueinander und hat Auswirkungen auf Verstopfung und Durchfallproblemen, wenn die Funktionalität der Lunge beeinträchtigt ist.

Kulinarik

Spitzwegerich lässt sich sehr gut in die Küche einbinden. Ein paar klein geschnittene Blätter oder Blütenköpfe machen sich gut in einer Eierspeis aber genauso gut zu Salaten und Suppen.

Nach ca. 20min Kochzeit (z.B. in Suppen, Eintöpfen) entfaltet sich ein fein pilziger Geruch.

Wer einen asiatischen Hauch herbeizaubern möchte, kann Sushis mit einheimischen Kräutern produzieren – hierfür eignen sich Spitz- / Breitwegerichblätter zum Einrollen.

Kosmetik

Kräutertrunk für schöne Haut von innen: 1 Apfel, 1 Zitrone, 2 Handvoll Spitzwegerich und Labkraut, 1TL Honig, Wasser nach Bedarf.

Ein Gesichtsdampfbad mit Spitzwegerich beruhigt leicht entzündete Haut und reinigt sie zugleich.

Homöopathie

Urtinktur aus den oberirdischen Pflanzenteilen - Breitwegerich-Urtinktur 5 bis 10 Tropfen mehrmals täglich bei Zahnschmerzen, Neuralgien und Bettnässen. Bei Ohrenschmerzen Urtinktur ins Ohr träufeln.

Wissenschaftliche Bestätigung

Es liegen für den Spitzwegerich positive Monographien, vor, die die Wirkungsweisen des oberirdischen Pflanzenguts bestätigen.

Monographie BGA/BfArM (Kommission E): innerlich bei Katarrhen der Luftwege und entzündlichen Veränderungen der Mund- und Rachenschleimhaut; äußerlich bei Entzündungen der Haut.

ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy): innerlich bei Katarrhen der Luftwege; äußerlich zur Behandlung zeitweilig auftretender entzündlicher Veränderungen der Mund- und Rachenschleimhaut; bei Insektenstichen und zur Wundheilung.

HMPC (Herbal Medicinal Product Committee) hat Spitzwegerichblätter als traditionelles pflanzliches Arzneimittel eingestuft.

Spitzwegerich - mittlerer Wegerich - Breitwegerich

Und weitere positive klinische Studien.

Trotz der gekürten Arzneipflange 2014, ist der Spitzwegerich noch zu wenig im Fokus der Wissenschaft gerückt. Aber vereinzelt tauchen positive Studien auf, die hoffen lässt, dass die über jahrhundertelang hinweg volksheilkundliche Verwendung des Krautes endlich den phytotherapeutischen Stellenwert erhält, den der unermüdlich wachsende „Herscher des Weges“ verdient.

Quellen

- http://www.kraeuter-buch.de/kraeuter/Wilde-Moehre.html
- 16, Ronald Kirnbauer
- Etymologisches Wörterbuch der botanischen Pflanzennamen von Helmut Genaust | Nikol (ISBN: 978-3-86820-149-9), 2012
- http://heilkraeuter.de/lexikon
- Heilpflanzen Praxis heute – Band1 Arzneipflanzenporträts
- Illustrierte Flora von Mitteleuropa, Gustav Hegi, 2. Auflage
- https://de.wikipedia.org
- http://www.heilkraeuter.de/lexikon
- Souci, Fachmann, Kraut: Die Zusammensetzung der Lebensmittel, Stuttgart: WVG: 1986/1987
- Botanisches Wörterbuch: Pflanzennamen und botanische Fachwörter von Schubert / Wagner | Ulmer Verlag (ISBN: 978-3825214760), 12. Auflage, 2000
- Ökologische Flora Niederösterreichs, Band 1
- Niederösterreichs Pflanzenwelt entdecken und bestimmen – Bildatlas der Pflanzenfamilien von Wolfgang Holzner, Wolfgang Adler, Matthias Kropf, Silvia Winter | av Buch im Cadmos Verlag (ISBN: 978-3-8404-7522-1), 2. Auflage, 2013
- http://www.lebensharmonie.ch/
- https://de.wikipedia.org/wiki/Nine_Herbs_Charm
- Heimische Räucherpflanzen (Räucherduft und Ritual im Jahreslauf) von Thomas Kinkele | Windpferd (ISBN:978-3893856152), 2. Auflage, 2010
- Pflanzen und Elemente: Erde, Feuer, Wasser, Luft – Pflanzenbetrachtung von Ingrid Kleindienst-John | freya (ISBN: 978-3990250907), 1. Auflage, 2013
- http://hotel-waldesruhe.tramino.de/
- Hildegard von Bingen - Das Buch von den Pflanzen | Otto Müller Verlag, 2007 (ISBN: 978-3-7013-1130-9)
- Pflanzliche Antibiotika. Wirksame Alternativen bei Infektionen durch resistente Bakterien Krankenhauskeime und MRSA: Heilkräuter, die Leben retten ... konventionelle Antibiotika nicht mehr wirken. Stephen Harrod Buhner | Herb Press (ISBN: 978-3946245001), 2015
- https://buecher.heilpflanzen-welt.de/BGA-Kommission-E-Monographien/plantaginis-lanceolatae-herba-spitzwegerichkraut.htm
- https://www.apotheker.or.at/Internet%5COE-AK%5CNewsPresse.nsf/%28WebPages%29/E4F3E487E0C7814FC1257B-F2003A9109!OpenDocument
- Die Meisterkräutertherapie: Die 24 kostbaren Kräuter aus Europa und ihr Nutzen in der Volksheilkunde Wolfgang Schröder | Verlag der Heilung (ISBN: 978-3-00-038396-0), 2012

Autorin & Links

www.gartenstrawanzerin.at

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

Musiktherapie

In der letzten Dekade hat Musiktherapie in unserem Gesundheitssystem zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ihre besondere Wirkung entfaltet sie an der Schnittstelle zwischen körperlichem und psychischem Befinden. In der eigenen klinischen Praxis konnte der Autor vielfach erleben, wie aus einem „geduldig Erduldenden“ (aus lateinisch patiens), eine sich aktiv am Heilungsgeschehen beteiligende Person wird. Beispielsweise lassen sich in der neurologischen Frührehabilitation im Rahmen der Musiktherapie erste gezielte Reaktionen des Patienten erkennen.

Sie ist in Österreich seit 2008 ein gesetzlich anerkannter und geregelter Gesundheitsberuf. [1]

Gemäß dieser Regelung ist Musiktherapie eine „ ... eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative und ausdrucksfördernde Therapieform ... . „Sie umfasst die bewusste und geplante Behandlung von Menschen, insbesondere mit emotional, somatisch, intellektuell oder sozial bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, durch den Einsatz musikalischer Mittel in einer therapeutischen Beziehung zwischen einem (einer) oder mehreren Behandelten und einem (einer) oder mehreren Behandelnden… .“ [vgl. MuthG, 2008, 2. Abschnitt § 6 Abs. 1 (i.d.g.F.)

Aus dem Text wird ersichtlich, dass der Gesetzgeber die therapeutische Wirkung von Musiktherapie aus einer Kombination von musikalischem Geschehen und therapeutischer Beziehung sieht.

Diese Entscheidung ist vor dem Hintergrund der Differenzierung zwischen Musikmedizin und Musiktherapie zu interpretieren.

Musikmedizin versteht Musikwirkung im Sinne eines Pharmakons[2] mit verallgemeinerbarer und vorhersagbarer Wirkung. [3] Die Wirkung der eingesetzten Musik gründet sich auf musikalischen Elementen wie Rhythmus, Tempo, Dynamik, Verlauf und Tonfolgedichte, die auf die jeweiligen körpereigenen Rhythmen einwirken.[4]

Musiktherapie orientiert sich hingegen auf einem „beziehungsmedizinischen“ Therapieverständnis, das sich entlang der musikalischen Biografie eines Menschen entfaltet.

„Kennzeichnend für die Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. In der Musiktherapie ist Musik Gegenstand und damit Bezugspunkt für Patient und Therapeut in der materiellen Welt. An ihm können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit des Individuums entwickeln. Rezeption, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Gang und haben dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktion[5].“

(C) aruemar

(C) mjowra.

Neurowissenschaftliche Erkenntnisse haben gezeigt, dass sich beide Positionen wissenschaftlich rechtfertigen lassen.

In der vergangenen Dekade haben sich weitere Konzepte wie die „Melodic Intonation Therapy“ (Schlaug et al. 2009[6] , Norton et al. 2009[7], Zumbansen et al. 2014[8]), „Neurologische Musiktherapie“ (Thaut 2009[9], 2015[10]) oder „Music Supported Therapy“ (Altenmüller et al. 2009[11], Altenmüller & Schlaug 2015[12]) etabliert.

Oben genannte Verfahren beruhen auf einem Konzept, welche auf dem Erlenen modular aufgebauter Spieleinheiten beruhen. Das damit verbundene methodische Vorgehen ist neurowissenschaftlichen Untersuchungsmethoden einfacherer zugänglich, als jene Musiktherapien, deren therapeutische Effekte auf freier Improvisation und Reflektion im Kontext einer therapeutischen Beziehung beruhen. Diese Form der Musiktherapie richtet ihr Augenmerk auf bedeutsame Momente im Rahmen bedeutsamer musikalischer Dialoge. Die subjektive Bedeutungszuschreibung wird als Motor für die innere Veränderung im Patienten gesehen.

In dem an der IMC Fachhochschule Krems angesiedelten „Josef Ressel Zentrum für die Grundlegung einer personalisierten Musiktherapie“ wird seit 2016 in Kooperation mit der Anglia Ruskin University in Cambridge; GB, der Fachhochschule St. Pölten sowie der FH Gesundheit Tirol an der Frage geforscht, unter welchen Bedingungen obige therapeutische Resonanz- und Begegnungsmomente begünstigt werden können, und wie TherapeutInnen ihre Empathiefähigkeit dahingehend trainieren und erweitern können.

Den theoretischen Rahmen für diese Forschungen bildet unter anderem die „soziale Neurowissenschaft“ mit der zentralen Frage, wie Menschen interagieren.

Die Besonderheit dieses Forschungszentrums liegt in der Synchronisation unterschiedlicher im klinischen Setting generierter Daten (z. B. EEG, EKG, Hormon-Biomarker, Videografie etc.). Diese werden auf Zusammenhänge zwischen den einzelnen Parametern hin analysiert, mit dem letztendlichen Ziel, psychophysiologische Korrelate von therapeutischen Begegnungsmomenten zu identifizieren.

Evidenzlage der Musiktherapie

Wie obige Darstellungen bereits erahnen lassen, zeigen eine Vielzahl an Reviews und Datenbanken bezüglich der Musiktherapie eine ermutigende Evidenzlage.

Allerdings bedarf es aufgrund der großen Bandbreite des jeweiligen musiktherapeutischen Methodenverständnisses sowie aufgrund der Heterogenität klinischer Rahmenbedingungen weiterer Studien, um einen signifikanten generalisierbaren Effekt darstellen zu können.

Hierzu ein konkretes Beispiel: Im Rahmen eines von IQWiG beauftragten Health Technology Assessments zur Frage, ob eine begleitende Musiktherapie zu besseren Behandlungsergebnissen bei Krebs beitragen

kann, blieben nach einer systematischen Literaturrecherche von 528 Studien lediglich 10 Studien übrig, die musiktherapiespezifischen Kriterien im engeren Sinne entsprachen.[13]

Dieser Umstand begründet sich u.a. darin, dass wir derzeit noch kein ausreichendes Wissen über die spezifischen Wirkmechanismen von Musiktherapie im Heilungsprozess haben.[14]

Beispielsweise teilt die Musiktherapie mit anderen Therapieformen etwa zwanzig „unspezifische Wirkfaktoren“, wie z.B. die therapeutische Allianz, die Verminderung von sozialer Isolation, oder die aktive Beteiligung der PatientInnen, eine affektive Katharsis, etc..

In klinischen Settings bewährt sich Musiktherapie aufgrund ihres niederschwelligen sowie achtsamen und freudvollen künstlerischen Ausdruck fördernden Zugangs zu PatientInnen.

Ausbildungslandschaft in Österreich

Während im anglo-amerikanischen Sprachraum eher ein behavioristisches – an der Verhaltensoberfläche orientiertes Therapieverständnis vorherrscht, steht im

deutschsprachigen Europa eher ein Therapieverständnis im Vordergrund, das auf Komponenten von Introspektion und Einfühlung gründet.

In Österreich gibt es derzeit drei Ausbildungsstätten für Musiktherapie.

Das älteste Studienprogramm (Diplomstudium und PhD-Studium) ist seit 1959 an der heutigen „Universität für Musik und darstellende Kunst Wien“ angesiedelt.[15]

Dieses Studienangebot im Vollzeitformat ist klinisch orientiert und gründet auf einem humanistisch- psychodynamischen Modell.

Ein weiteres Ausbildungsprogramm (Universitätslehrgang) wird seit 2010 an der „Universität für Musik und darstellende Kunst Graz“ angeboten.[16]

Dieser Lehrgang wird berufsbegleitend geführt, und gründet auf einem humanistisch- anthropologischen Grundverständnis. Sein Konzept folgt nach Eigendefinition einem bio-psycho-sozio- spirituellen Menschenbild. Die AbsolventInnen dieses Lehrgangs erhalten durch ein spezielles Gleichstellungsverfahren durch die IMC Fachhochschule Krems die formale Grundlage für die Eintragung in die Berufsliste der MusiktherapeutInnen.

Das dritte Ausbildungsprogramm wird berufsbegleitend an der „IMC Fachhochschule Krems“ angeboten.[17]

Dieses Studienkonzept folgt der Bologna-Architektur (Bachelor- & Masterprogramm). AbsolventInnen des Masterprogramms können an der Anglia Ruskin Univeersity Cambridge GB und an der Sri Balaji Vidayapeth Universität in Pondycherry, Indien ein weiterführendes PhD Studium absovieren.

Methoden der Musiktherapie

Mit der rezeptiven und (inter) aktiven Musiktherapie haben sich methodisch zwei Interventionsformen herausgebildet.[18],[19]

Rezeptive Formen gestalten sich aus einfachen Klanginterventionen, freien rezeptiven Interventionen, musikalischer Biographiearbeit, dem musikalischen „Fürspiel“ sowie themenzentrierten (z.B. Arbeit mit inneren Bildern) Intervention.

Aktive Formen bestehen aus unterschiedlichen Improvisationsformen wie z.B. der an rhythmus-, dynamik-, klangorientierten musikzentrierten Improvisation, der an inneren Bildern, Situationen oder Symptomen orientierten themenzentrierten Improvisation, freien Improvisationen sowie musikalischen Rollenspielen für die Bearbeitung zwischenmenschlicher Konflikte bzw. zur Förderung sozialer Verhaltensweisen.

Diese aktiven und dialogorientierten Techniken lassen sich in drei weitere Untergruppen differenzieren:

stützende Spieltechniken wie z.B. Anpassen, Imitieren, Synchronisieren, Begleiten
empathische Spieltechniken

(C) Khaligo

wie Teilen, Halt geben, Spiegeln, Aufnehmen, Reflektieren an Veränderung orientierte konfrontierende Techniken wie Intensivieren, Übertreiben, Veränderung einführen.

Das „Kremser Modell“ der Musiktherapie

Konzeptionell folgt das Kremser Modell der Musiktherapie[20] einem bio-psycho-sozialen Therapieverständnis[21] [22], da im therapeutischen Prozess gleichermaßen auf physiologische, psychologische (persönliches Erleben, Verhalten, Lebensstil) und soziale Faktoren (familiäre, berufliche, umweltbezogene Lebensbedingungen) Bezug genommen wird.

Das unter der Leitung des Kultur- & Sozialanthropologen sowie Musiktherapeuten Gerhard Tucek entwickelte Konzept tritt für ein Verständnis von therapeutischer Beziehungsgestaltung ein, das von den Ideen der Gewaltfreien Kommunikation[23], der klientenzentrierten Psychotherapie[24] sowie der Positiven Psychotherapie[25] inspiriert ist. Es integriert zudem auch anthropologische[26] [27] und soziologische[28] [29] Elemente sowie Aspekte der Chronobiologie und Regulationsmedizin.[30]

Aus medizinanthropologischer Sicht sieht der Autor im Entgegenwirken einer zunehmenden Verarmung des sinnlichen Erfahrens aufgrund von Digitalisierung und Virtueller Realitäten ein immer wichtiger werdendes Potential der Musiktherapie. Als theoretischen Hintergrund bieten sich neuere Theorien des Embodiment[31] an, die das Ineinandergreifen von Kultur und Individuum durch sinnenhaftes Erfahren beschreiben.

Fußnoten

[1] 93. Bundesgesetz über die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie (Musiktherapiegesetz – MuthG, 2008, 2. Abschnitt § 6 Abs. 1 (i.d.g.F.).

[2] Bernatzky,G., et al. (2011). Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine. Neurosci. Biobehav. Rev. (2011), doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.06.005

[3] Laczika, K.; Graber, O. P.; Tucek, G.; Lohninger, A.; Fliri, N.;

Autor

Prof.(FH) Priv.Doz. Mag. Dr. Gerhard Tucek
Musiktherapeut
Anthropologe
Institutsleitung Therapiewissenschaften an der IMC Fachhochschule Krems & Leitung Josef Ressel Zentrum für die Grundlegung einer personalisierten Musiktherapie

Berka-Schmid, G.; Masel, E. K.; and Zielinski, C. C. (2013). „Il flauto magico“ still works: Mozart's secret of ventilation.“ in: MulPdisciplinary Respiratory Medicine. available at www.mrmjournal.com/content/8/1/23
[4] Brandes V., Fischer C., Taghian Z. (2012). Music and Medicine in Austria. Music and Medicine, April 2012; 4(2):106-11.

[5] Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. Definition – Berufsbild – Geschichte [online]. [Zugriff: 20.12.2017]. URL: http://www.musiktherapie.de/.

[6] Schlaug G, Marchina S, Norton A (2009). Evidence for plasticity in white-matter tracts of patients with chronic Broca‘s aphasia undergoing intense intonation-based speech therapy. Ann N Y Acad Sci. 2009 Jul;1169:385-94. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04587.x.

[7] Norton A, Zipse L, Marchina S, Schlaug G. (2009) Melodic intonation therapy: shared insights on how it is done and why it might help. Ann N Y Acad Sci. 2009 Jul;1169:431-6. doi: 10.1111/j.1749- 6632.2009.04859.x.

[8] Zumbansen A, Peretz I, Hébert S. (2014) The Combination of Rhythm and Pitch Can Account for the Beneficial Effect of Melodic Intonation Therapy on Connected Speech Improvements in Broca‘s Aphasia. Front Hum Neurosci. 2014 Aug 11;8:592. doi: 10.3389/fnhum.2014.00592. eCollection 2014.

[9] Thaut MH, Gardiner JC, Holmberg D, Horwitz J, Kent L, Andrews G, Donelan B, McIntosh GR. (2009) Neurologic music therapy improves executive function and emotional adjustment in traumatic brain injury rehabilitation. Ann N Y Acad Sci. 2009 Jul;1169:406-16. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04585.x.

[10] Thaut MH. (2015) The discovery of human auditory-motor entrainment and its role in the development of neurologic music therapy. Prog Brain Res. 2015;217:253-66. doi: 10.1016/bs.pbr.2014.11.030. Epub 2015 Feb 2.

[11] Altenmüller E, Marco-Pallares J, Münte TF, Schneider S. (2009) Neural reorganization underlies improvement in stroke-induced motor dysfunction by music-supported therapy. Ann N Y Acad Sci. 2009 Jul;1169:395-405. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04580.x.

[12] Altenmüller E, Schlaug G. (2015) Apollo‘s gift: new aspects of neurologic music therapy. Prog Brain Res. 2015;217:237-52. doi: 10.1016/bs.pbr.2014.11.029

[13] https://www.themencheck-medizin.iqwig.de/de/aktuelles/ht17-02-themencheck- medizin-erster-hta-bericht-zu-buergerfragen-liegt-vor.242.html

[14] Lin, S., Yang, P., Lai, C., Su, Y., Yeh, Y., Huang, M., Chen, C. (2011). Mental Health Implications of Music: Insight from Neuroscientific and Clinical Studies. Harv Rev Psychiatry, 19:34-46.

[15] www.mdw.ac.at

[16] www.kug.ac.at

[17] www.fh-krems.ac.at

[18] Bruscia, Kenneth E. (1987). Improvisational Models of Music Therapy. Springfielf,IL; Charles C. Thomas Publications.

[19] Wigram, Tony (2004). Improvisation – Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. London: Jessica Kingsley Publishers.

[20] Tucek, G. (2018). Der Wandel von einer altorientalischen Musiktherapie über die Ethno-Musiktherapie hin zum „Kremser Studienkonzept“. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), Wiener Ringvorlesung Musiktherapie. Grundlagen und Anwendungsfelder der Musiktherapie – ein Kurzlehrbuch (S. 145-162). Wien: Praesens Verlag.

[21] Maslow A. (1981). Motivation und Persönlichkeit. Rowohlt, Reinbek/Hamburg.

[22] Engel G.L. (1976). Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.

[23] Rosenberg MB. (2004). Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Junfermann, Paderborn

[24] Rogers C (1972). Die klientenbezogene Gesprächstherapie. München: Kindler

[25] Peseschkian, N. (2008). Positive Psychotherapie. 8. Auflage. Fischer. Frankfurt.

[26] Gingrich A. (2007). Die globalisierte Töpferin. ‚Weicher' Universalismus und der Begriff des Besonderen in der Anthropologie. Die Maske, Zeitschrift für Kultur- und Sozialanthropologie1: 5-8.

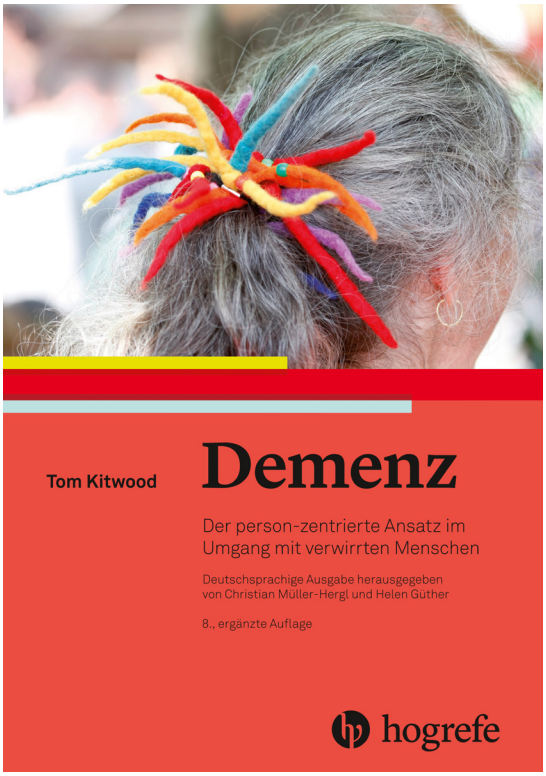
[27] Tucek G. (2007). Ausgewählte Aspekte des Kulturtransfers. Ethno-Musiktherapie im Wandel. Die Maske. Zeitschrift für Kultur- und Sozialanthropologie 1:39–42.

[28] Elias N. (1987). Engagement und Distanzierung. Arbeiten zur Wissenssoziologie 1. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

[29] Desroche, H. (1990). Entreprendre d'apprendre: de l'autobiographie raisonnée aux projets d'une recherche-action (Apprentissage 3) [Lernprozesse: von der reflektierten Autobiographie bis hin zu Aktionsforschungsprojekten (Learning 3)]. Paris: Editions ouvrières.

[30] Hildebrandt G, Moser M, Lehofer M (1998). Chronobiologie und Chronomedizin – kurzgefasstes Lehr- und Arbeitsbuch. Hippokrates Verlag, Stuttgart.

[31] Vgl. Csordas, Th. J., (2002). Body, Meaning, Healing. Palgrave Macmillan, New York. S.2



Autor: Tom Kitwood
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 336 Seiten
ISBN: 978-3456860046

Demenz

8. ergänzte Auflage

Kognitive Beeinträchtigungen wie Demenz und Altersverwirrtheit gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Bücher über Demenz gibt es wie Sand am Meer. Aber das Buch des britischen Psychogerontologen Tom Kitwood wurde wegen seines radikal anderen person-zentrierten Ansatzes weltweit begeistert aufgenommen. Verbunden mit der Methode des „Dementia Care Mappings“ hat er sich zu einem wesentlichen Behandlungsansatz in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz entwickelt. Der person-zentrierte Ansatz war auch prägend bei der Entwicklung des neuen DNQP-Expertenstandards «Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz».

Aus dem Inhalt:

- Über das Person-Sein
- Demenz als ein psychiatrischer Begriff
- Wie eine Persönlichkeit untergraben wird
- Wie eine Persönlichkeit erhalten und gefördert wird
- Die Erfahrung der Demenz
- Pflege verbessern: Der nächste Schritt voran
- Die fürsorgliche Organisation
- Anforderungen an pflegende Angehörige
- Die Aufgabe der Veränderung der Kultur in einer Institution

In der achten Auflage des Pflege-Fachbuches „Demenz“ wurden das Verzeichnis deutschsprachiger Literatur, Adressen und Links zum Thema „Demenz“ sowie das «Dementia Care Programm» aktualisiert und ergänzend auf neuen Expertenstandard «Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz» verwiesen.

Persönliches Fazit

Ein sehr schönes Werk, dass es sich lohnt zu lesen. Auch wenn die Betrachtungsweise des Autors für einige umstritten sein mag, so sind die Ausführungen praxisnah und man kann den Wahrheitsgehalt nicht absprechen. Das Werk ist gut strukturiert und für die Leserschaft angenehm zu lesen. Die vielen Bilder aus der Praxis zeigen, dass es sich hierbei nicht nur um ein reines Theoriewerk handelt. In einigen Zügen vielleicht langatmig bis gewisse Inhalte auf den Punkt kommen, aber voller guter fachlicher Expertise, die der Publikation nicht abzustreiten ist.

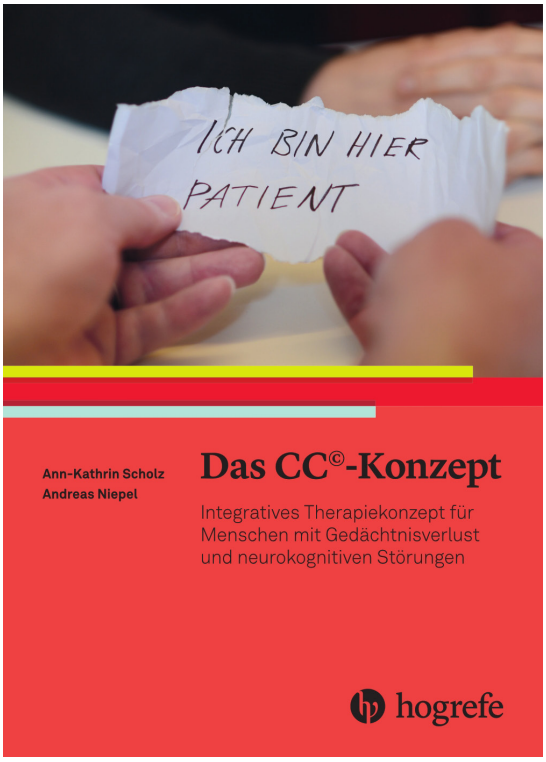
Tom Kitwoods Werk Demenz sollte jede Pflegefachkraft und jeder pflegende Angehörige gelesen haben. (MG)

Das CC-Konzept

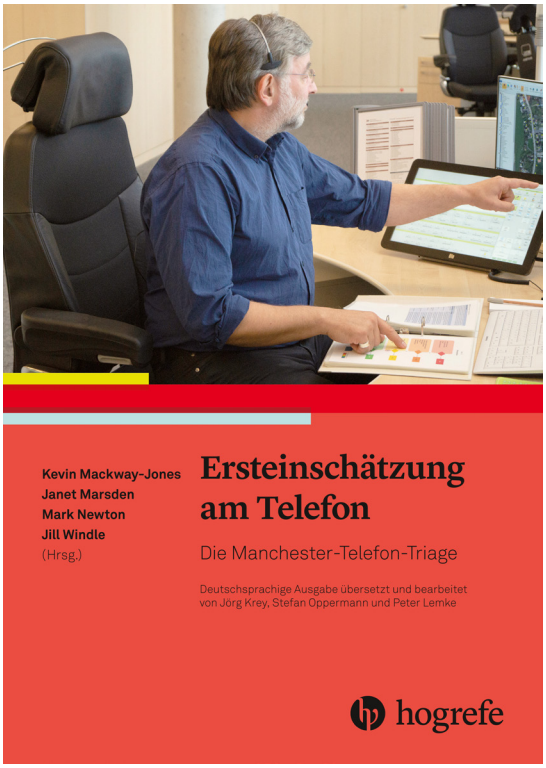
- beschreibt die neuropsychologischen Grundlagen, Epidemiologie, Pathophysiologie und Folgen akuter neurokognitiver Störungen, die mit retrograden Amnesien sowie schweren Gedächtnisverlusten und Lernstörungen einhergehen
- bietet eine positive Basistherapie, die Gesundheit fördert, positive Emotionen und Wohlbefinden bereitet, Natur erleben lässt, Beziehungen, Bindungen und soziale Integration unterstützt, Identität, Selbst- und Sinnerleben ermöglicht, Bewegungslernen übt, Kontrolle und Orientierung erleichtert und Krisen bewältigen hilft
- ermöglicht im Rahmen einer Aufbautherapie alltagspraktische, kognitive, kreative, motorische, und sprachliche Fähigkeiten wieder zu erlernen, zu stabilisieren und fokussiert weiter zu entwickeln
- zeigt pflegerische Möglichkeiten, um die Autonomie, Alltags- und Bewältigungsfähigkeiten von Menschen mit Gedächtnisverlusten zu fördern
- erklärt, wie die Umgebung gestaltet werden kann, um Sicherheit zu vermitteln, Wahrnehmung zu erleichtern, Barrieren zu verringern und Menschen durch Naturerleben aufblühen zu lassen.

Persönliches Fazit

Ein hoch komplexes Buch, welches ein perfektes Konzept für den Genesungsverlauf präsentiert. Es hier in Einzelteile zu zerlegen wäre eine Beleidung an dieses Meisterwerk. Deswegen einfach nur Prädikat: PFLICHTKAUF! (MG)



Autorin: Ann-Kathrin Scholz, Andreas Niepel
Verlag: Hogrefe Verlag
Seiten: 328 Seiten
Sprache: Deutsch
ISBN:978-3456859002



Herausgeber: Kevin Mackway Jones, Janet Marsden, Mark Newton, Jill Windle
Verlag: Hogrefe Verlag
Seiten: 208 Seiten
Sprache: Deutsch
ISBN: 978-3456857244

Ersteinschätzung am Telefon

Die Manchester Telefon Triage

Das Manchester-Triage-System ist ein weltweit verbreitetes System, um Notfallpatienten in ihrer Behandlungsdringlichkeit einzuschätzen und einzustufen. Das Handbuch zur Telefon-Triage stellt die Methode der Ersteinschätzung am Telefon für die telefonische Triagierung und Beratung vor. Das System unterstützt erfahrene Nothelfer und Notfallpflegende. Es zeigt die Bedürfnisse des Patienten auf und hilft bei der Voreinstufung für die Organisation der Behandlungsprozesse sowie die telefonische Beratung.

Das Autorenteam des praktischen Handbuchs...

- führt in das System der telefonischen Ersteinschätzung und Priorisierung von Behandlungsdringlichkeiten ein
- definiert, strukturiert und visualisiert die Ersteinschätzung anhand von 53 Notfallsituationen, die thematisch von Abszess über Bisse, Chemikalienkontakte sowie Diabetes und Durchfälle bis hin zu Zahnproblemen führen
- vermittelt, wie Nothelfer und Notfallpflegende Menschen in Notfallsituationen am Telefon gekonnt, einschätzen, erkennen und priorisieren können, um bezüglich des Versorgungsortes effektiv und sicher entscheiden zu können
- unterstützt die Anwendenden mit übersichtlichen Präsentationsdiagrammen, Farbleitsystemen und knappen tabellarischen Übersichten über die wichtigsten Notfallsituationen, Einschätzungsfragen und Beratungsanweisungen
- Die Inhalte des Pflege-Fachbuchs «Ersteinschätzung am Telefon» wurden für den deutschsprachigen Markt von Experten fachlich überarbeitet und bezüglich rechtlicher und qualitätssichernder Aspekte angepasst.

Persönliches Fazit

Die Manchester Triage ist gerade in Notaufnahmen ein essentielles Werkzeug für eine schnelle und effektive Abwicklung im Alltag. Doch wie sieht es bei einer Telefoneinschätzung aus? Diese Publikation bietet eine Vielzahl an neuen Diagrammen die für eine Telekommunikationseinschätzung absolut essentiell sind. Das Buch ersetzt zwar nicht den Basiskurs, bringt aber Absolvent*innen einen zusätzlichen guten Einblick und eine Erweiterung des Erlernten. Für Personen, die Einschätzen müssen oder bei einer Rettungsleitstelle arbeiten eine Pflichtlektüre. (MG)

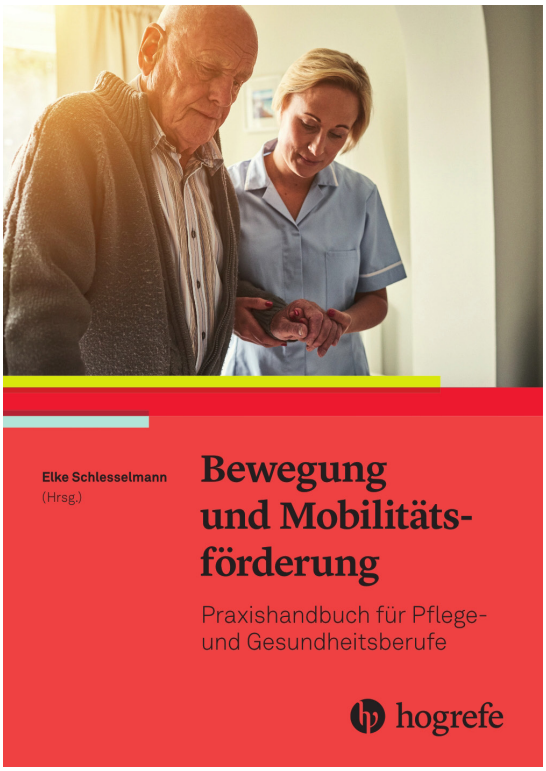
Bewegung und Mobilitätsförderung

Praxishandbuch für Pflege und Gesundheitsberufe

Das Fachbuch klärt die Zusammenhänge von Bewegungsverhalten und Gesundheit im Pflegeprozess, in verschiedenen Settings und mit einem breiten Spektrum an Interventionen. Das umfassende Praxishandbuch zur Bewegung und Mobilitätsförderung in der Pflegepraxis

- stellt die Grundlagen, Definitionen und Modelle von Bewegung verständlich dar und klärt die Zusammenhänge von Bewegungsverhalten, Gesundheit und Lebensqualität
- erläutert warum Mobilität und Bewegungsförderung aus pflegewissenschaftlicher Sicht wichtig sind und beschreibt den Prozess des Bettlägerigwerdens sowie den Expertenstandard zur Mobilitätsförderung
- stellt Bewegung, beeinträchtigte Mobilität und Bewegungsförderung im Rahmen des Pflegeprozesses und der Pflegediagnostik dar
- beschreibt, wie sich Bewegung bei speziellen Erkrankungen, Problemlagen und Lebensphasen verändert und wie sie positiv beeinflusst werden kann
- zeigt wie Pflege- und Gesundheitsberufe in Settings der Akut- und Langzeitpflege die Bewegungsfähigkeit von Klienten fördern und erhalten können
- veranschaulicht, wie mit gezieltem Einsatz von Hilfsmitteln und Wohnraumanpassung die Beweglichkeit verbessert und Bewegungseinschränkungen kompensiert werden können
- beschreibt interdisziplinäre Ansätze zur Bewegungsförderung aus logopädischer, physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Sicht
- erläutert, wie Menschen physiologisch gelagert und positioniert werden können
- stellt präventive Ansätze und Angebote zur Bewegungsförderung vor.

Persönliches Fazit:
Die Beweglichkeit des Menschen ist ein essentielles Bedürfnis um die Lebensqualität aufrecht zu erhalten. Diese Publikation bietet eine Menge Tipps und Informationen, warum dieses Thema so wichtig ist und welche Maßnahmen eindeutig fördern. Hierbei unterstützt sie die Kreativität und stellt die üblichen Konzepte (Bobath, Kinästhetik,u.a.) vor. Der Hauptfokus dieses Werkes liegt eindeutig in der Langzeitpflege, macht aber auch nicht vor Themen wie „psychiatrische Patienten“, „Behinderungen“ und „Demenz“ halt. Ein großes Kapitel widmet sich den Hilfsmitteln. Diese Publikation ist nicht nur ein Nachschlagewerk, sondern ein Sammelsurium an Informationen und guten Ideen für die Praxis. Für uns auf jeden Fall: Besonders empfehlenswert! (MG)



Herausgeberin: Elke Schlesselmann
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 456 Seiten
ISBN: 978-3456858869

Zeit für Pflege

4. Pflegesymposium Pflege Professionell

FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

6.& 7.Nov. 2019