Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Frühling 2020

Bundesminister Rudolf Anschober
Dr.in Marihan Abensperg-Traun
MMag.a Dr.in Ilsemarie Walter
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin
Mag.a Monika Wild MSc
u.v.m.

imc FH KREMS
"Hier lerne ich wie ich eigenverantwortlich leitende Tätigkeiten übernehmen kann und dabei immer Effizienz und Qualität in der geleisteten Pflege im Blick habe."
Sabine, Studierende
CHECK IN
www.fh-krems.ac.at
Master-Studium
Advanced Nursing Practice
Wir bilden die zukünftigen Expertinnen und Experten der Pflege aus. Machen Sie sich bereit für die sich stetig verändernden Chancen und Herausforderungen in der Pflege und beteiligen Sie sich an der Entwicklung von neuen Pflege- und Versorgungskonzepten.
Bewerben Sie sich jetzt noch bis 31. März und starten Sie im Herbst voll durch.

05 **Wir verabschieden uns von Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepp**

BILDUNG & MANAGEMENT

07 **Community Nurse**
Mag.ª Monika Wild, MAS, MSc

13 **Erkenntniswege in der Pflege**
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin

19 **Das Konzept MultiKomm für die praktische Ausbildung**
Susan Abels
Dorothee Klaas
Maike Nöbel

25 **School Nurse**
Andrea Gundolf, M Ed.

33 **Herausforderungen im Pflegeheim mit der Erkrankung Demenz**
Alexandra Filzer BScN

41 **Palliativpflege mit Hilfe von Recovery an einem besonderen Ort**
Thomas Auerbach B.A.
Dr. rer. cur. Andreas Fraunhofer M.A.

47 **Der strukturierte Übergabeprozess**
Christina Schmidt, BScN

53 **Gehirn und Gedanken modellieren dein Leben**
Gertrud Kehraus, M.Ed.

59 **Information und Beratung als Ansatz zur Stärkung informeller Pflege**
Prof. Dr. Matthias Drossel
Robert Leschowski M.A.
Anja Trummer

63 **Verbesserte Stressbewältigung mithilfe des Salutogenese Modelles von Aaron Antonovsky**
Ilse Elisabeth Zraunig

71 **Selbsthilfe für Menschen mit Demenz braucht Unterstützung**
Raphael Schönborn MA

GESUNDHEITSPOLITIK

73 **Interview mit Bundesminister Rudolf Anschober**
Markus Golla, BSc, MSc

83 **Interview mit Dr.in Marihan Abensperg Traun**
Markus Golla, BSc, MSc

PFLEGEGESCHICHTE

87 **Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 1**
Dr.in Ilsemarie Walter

FACHWISSEN

93 **Gewöhnliche Vogelmiere**
Mag.ª Katrin Schützenauer

ERLEBEN

99 **Ein Pflegeexperte als Seenotretter**
Sonja Schiff, MA

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) Katrin Schützenauer
(C) 2020 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

Lernwelten 2020

20. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pädagogik der Pflege- und Gesundheitsberufe

2.-3. September 2020 Universität Frankfurt, Campus Westend
IG-Farbenhaus

20 JAHRE LERNWELTEN

Ein Blick zurück nach vorn

Jetzt Beiträge einreichen!

2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010
2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

hpsmedia
Lernwelten Kongressbüro
Gießener Str. 2
D-35410 Hungen

+49 (0) 6402 - 7082660
info@lernwelten.info
www.lernwelten.info

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir haben dieses Vorwort ein dutzendmal neu verfasst, da dieses Jahr ein ganz besonderes ist. Die WHO hat 2020 zum Jahr der Pflege und Hebammen ausgerufen und es scheint, dass an dem Thema Pflege global kein Vorbeikommen ist. Der Notstand im Pflegeberuf und die massiven Arbeitsbedingungen sind weltweit nicht mehr ignorierbar. Es ist ein Jahr der Veränderung.

Nun hätte ich Ihnen über die Herausforderungen, Verhandlungen oder andere wellenartigen Bewegungen geschrieben. Doch der Tod von Univ.Prof. Dr. Wilfried Schnepp verdunkelt die letzten Redaktionstage mit einer Traurigkeit, die man nur bedingt in Worte fassen kann.

Wilfried Schnepp, war ein Unikat, ein Weltveränderer auf seine ganz bestimmte Art und Weise. Jedes Wort, jede Handlung und nahezu jeder Atemzug war geprägt durch seine Lebensfreude, Wertschätzung, Professionalität und sein Kampfgeist. Ein Mann der uns nahezu jeden Tag zeigte, was es heißt Rückgrat zu besitzen, egal wie hart die Gegenwehr ist, der Geduld bewies, völlig unabhängig wie verspätet sein DB Anschluss war und der sich für Menschengruppen einsetzte, die andere nicht begleiten wollten. Ein Mann, der durch seine Inspiration viele Doktoranten und andere zu Meisterleistungen in ihren Arbeiten bewegte.

Irgendwie ist es uns zuwider sein Redaktionprofilbild von unserer Webseite zu nehmen, denn er hat das Magazin ab dem ersten Tag begleitet, beraten und unseren Weg unterstützt. Den Einladungen nach Wien ist er immer nachgekommen und die gemeinsamen Stunden beim Kremser Heurigen waren mit viel Lachen und spannenden Gesprächen verbunden.

So einen Menschen kann man nicht einfach von einer Webseite nehmen, so einen Mann werden viele von uns lange Zeit (wenn überhaupt) nicht vergessen.

Leider müssen wir diese Ausgabe mit solchen Worten beginnen, da alles andere für uns zweitrangig ist.

Markus Golla, BSc MSc

Markus Golla
Redakteur

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

(C) Goran Andric

Wir verabschieden uns von Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepp

Eine Säule der Pflegewissenschaft verlässt die Bühne des Lebens

Mag.ª Sabine Ruppert: „Ich habe Wilfried vor ca. 15 Jahren im Rahmen meines Pflegewissenschaftsstudiums kennengelernt. Damals habe ich niederländische Texte von Mieke Grypdonck für ein Buch ins Deutsche übersetzt und er hat meine Übersetzungen kontrolliert. Die Niederlande war und blieb eine Gemeinsamkeit von uns beiden bis zuletzt im Rahmen meines Doktoratsstudiums in Witten.

Ich habe ihn als einen „berühmten" Pflegewissenschaftler und Professor kennengelernt, der überhaupt keine „Professorenallüren" hatte, sondern auf Augenhöhe zu seinen Mitmenschen lebte. Er war wertschätzend, offen und herzlich zu uns Studierenden, unterstützte uns nicht nur in fachlicher und beruflicher Hinsicht, sondern hörte uns auch bei privaten Problemen zu. Bei jedem Kolleg nahm er sich Zeit für uns – nicht nur für Beratung zur Dissertation, sondern auch für die gemütliche Runde am Abend. Er war für mich ein Vorbild in berufspolitischem Engagement und in fachlicher Hinsicht sowie auch hinsichtlich seines Einsatzes für geflüchtete Menschen. Darüber redete er nicht nur, sondern er handelte auch - als Privatperson, Pfleger und Professor der Pflegewissenschaft. Er war ein wundervoller und inspirierender Mensch und wird mir sehr fehlen."

MMag.ª Dr.in Elisabeth Rappold: „Über seine unbestritten hervorragenden wissenschaftlichen Beiträge hinaus, war Wilfried ein Mensch, der allen mit Wertschätzung und Güte begegnet ist. Seine unendliche Geduld erstreckte sich sogar auf die DBB, worüber er seine Facebook Freunde regelmäßig informierte."

Markus Golla BSc, MSc: „Es ist immer traurig, wenn uns Menschen verlassen, für die es eigentlich noch viel zu früh ist. An einige erinnern wir uns nur kurz, andere begleiten uns noch einige Jahre. Und dann gibt es diese Art von Mensch, an die wir uns mit Sicherheit ein Leben lang erinnern werden. Es sind die Menschen, die uns stets bewegt haben, die unermüdlich für eine Sache gekämpft

haben und zusätzlich herzensgut und lebenslustig geblieben sind. Einer dieser Personen war Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepp. Er hat zum Nachdenken angeregt, hat sich für die Menschen und Themen eingesetzt, die andere nicht sehen wollten oder die man einfach fallengelassen hat. Ein Mann der heute in Witten/Herdecke unterrichtet hat, um am nächsten Tag gemütlich vor einem Vortrag ein Bier in Wien zu trinken, um dann 24 Stunden später in Israel zu sitzen. Der sich um Flüchtlinge gekümmert hat und politisch immer am richtigen Fleck gestanden ist, ohne sich den Mund verbieten zu lassen. Sein farbenfroher Charakter konnte farblich nur durch die Wahl seiner Socken übertroffen werden. Einen solchen Menschen vergisst man nicht. Zu einer solchen Person gab es nur eine Art ihn anzusehen: Ein Aufschauen zu einem wunderbaren Menschen. Wilfried du wirst uns fehlen.“

NÖ Heime
ARGE DER PENSIONISTEN- UND PFLEGEHEIME

Lebenswelt Heim Bundesverband

17. Juni 2020 | Get Together und EAN-Präsentation
18. und 19. Juni 2020 | Kongresstage

Informationen zum Kongress und die Anmeldung finden Sie auf unserer Homepage
www.kongress2020-noe.at

Im Rahmen dieser Veranstaltung können durch Lebenswelt Heim - Bundesverband (selbiges gilt für die ARGE NÖ Heime) Fotografien und/oder Filme erstellt werden. Mit der Anmeldung zur Veranstaltung nehmen Sie zur Kenntnis, dass Fotografien und Videomaterialien, auf denen Sie abgebildet sind, zur Presse Berichterstattung verwendet und in verschiedensten (Sozialen) Medien, Publikationen sowie auf Webseiten von Lebenswelt Heim - Bundesverband bzw. der ARGE NÖ Heime veröffentlicht werden können.

16. ÖSTERREICHISCHER KONGRESS
FÜR FÜHRUNGSKRÄFTE IN DER ALTENARBEIT

Einladung
17. – 19.06.2020
KREMS/DONAU

Wir laden Sie recht herzlich zu unserer Veranstaltung ein und freuen uns auf Ihr Kommen

Im Rahmen des 16. Österreichischen Führungskräftekongresses in der Altenarbeit versuchen wir neue Denkansätze, Herangehens- und Sichtweisen aufzuzeigen, welche Mut und Weitblick für die täglichen und zukünftigen Herausforderungen mit auf den Weg geben sollen.

Markus Mattersberger, MMSc MBA
Präsident Lebenswelt Heim - Bundesverband

Ing. Dietmar Stockinger
Obmann ARGE NÖ Heime

Gerlinde Göschelbauer, MBA MSc
Vorsitzende des Organisationsteams

Referenten
FRANZ KÜHMAYER
DR. PAUL ZULEHNER
DIÖZESANBISCHOF DR. ALOIS SCHWARZ
DR. CHRISTOPH ZULEHNER
MAG.A CHRISTINE HACKL, MSC
PROF.IN CHRISTEL BIENSTEIN
TRISTAN HORX
KARL-PETER ROTHENWÄNDER MAS, MSC
MAG. PETER ROTHENSTEINER-SCHWAB
DR. GEORG WÖGERBAUER
DR. GEORG FRABERGER
FELIX GOTTWALD

Im Fluss der Veränderung

Die Voraussetzungen in der stationären Altenpflege verändern sich laufend. Um mit den sich ändernden Rahmenbedingungen im Einklang zu sein, muss man sich dem Fluss der Veränderung anvertrauen.

(C) Miguel Tamayo

Die Community Nurse als Teil der Versorgungslandschaft

Die Einführung und Implementierung von „Community Nurses“ wird derzeit in Österreich intensiv diskutiert. Im Regierungsprogramm wird im Kapitel Pflege konkret das Projekt „Community Nurses in 500 Gemeinden“ genannt.

Die Aufgaben werden dort wie folgt beschrieben: Community Nurses sind zentrale Ansprechpersonen für die zu Pflegenden; Angehörige erhalten professionelle Unterstützung; mobile Pflege- und Betreuungsdienste, medizinische und soziale Leistungen sowie Therapien werden koordiniert. Community Nurses sollen eine zentrale Bedeutung im Präventionsbereich, also VOR Eintreten der Pflegebedürftigkeit (präventive Hausbesuche ab dem 75. Lebensjahr, Ernährung, Mobilität etc.) erlangen.

Was bedeutet dies für die Versorgungslandschaft in Österreich?

Es bedarf an dieser Stelle vorab einer kurzen Klärung der Begrifflichkeiten: International versteht man unter Community Nurses jene Pflegekräfte, welche die professionelle Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege durchführen; in Österreich heißt diese Dienstleistung Hauskrankenpflege. In fast allen Regionen wird die Hauskrankenpflege in koordinierter Weise mit der Heimhilfe angeboten, und wir verwenden hierfür dann die Bezeichnung „mobile Pflege und Betreuung“. In der mobilen Pflege und Betreuung arbeiten rd. 22.000 Pflege- und Betreuungskräfte. Die Mitarbeiter*innen dieser Dienstleistungen sind bereits heute die Hauptansprechpartner für zu Hause lebende hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige.

Aus dem Regierungsprogramm lassen sich für die Community Nurse folgende drei Handlungsfelder ableiten:

- Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen
- Koordination von verschiedenen Leistungen (Pflege- und Betreuungsdienste, Gesundheitsdienstleistungen, soziale Leistungen)
- Präventive Aufgaben und Gesundheitsförderung insbesondere für ältere Menschen

Im internationalen Sprachgebrauch werden solche Aufgaben von sogenannten Community He-

alth Nurses, Family Health Nurses oder auch Public Health Nurses übernommen.

Diese Handlungsfelder sind in Österreich grundsätzlich bereits Bestandteil des Berufsbildes und Kompetenzbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Community Nurse soll allerdings nach den Plänen der Regierung eine erweiterte Funktion in der Versorgungslandschaft einnehmen.

Was könnten konkrete Aufgaben in den drei Handlungsfeldern sein?

Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen

Bereits bisher werden in allen Settings (Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege, häusliche Pflege, Tageseinrichtungen) die zu pflegenden Personen und deren Angehörige von Pflegefachkräften beraten. Bei der neuen Funktion der Community Nurse würde es aber nicht nur um die Beratung von Einzelpersonen bzgl. pflegerischer Tätigkeiten gehen, sondern auch darum, Familien- oder Gruppengespräche zu führen, bei denen die Pflegesituation der Familie besprochen und gemeinsam Ressourcen und Strategien zur Bewältigung dieser Situation erörtert werden.

Für die Betroffenen liegt die zentrale Bedeutung des häuslichen Pflegearrangements in der Sicherung eines Maximums an lebensweltlicher Normalität, an familiärer Solidarität und an Beziehungsqualität – auch unter den Bedingungen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und gerade dann. Aus pflegefachlicher Sicht stellen gelingende häusliche Pflegearrangements in einer erweiterten Perspektive aber auch Modelle für eine umfassende Pflegekultur dar. In solchen Arrangements kann die Verwirklichung einer Pflege stattfinden, die präventive wie rehabilitative Dimensionen umfasst und gleichermaßen auf die Unterstützung physischen wie psychischen und sozialen Wohlbefindens abzielt.

Die Führung von Gesprächen zur Gestaltung häuslicher Pflegearrangements, bei denen die Beteiligten sehr unterschiedliche Erwartungen haben können, ist sehr anspruchsvoll und benötigt entsprechende fachliche und soziale Kompetenzen. Diese Kompetenzen erwerben Mitarbeiter*innen der häuslichen Pflege in ihrer Ausbildung, durch die vielseitige und lebensnahe Berufserfahrung selbst sowie in zielgerichteten Fortbildungen. In besonders komplexen Situationen könnte die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit spezialisierten Kräften (Community Nurses!) sehr hilfreich sein.

Ein weiterer Aspekt kommt hier noch hinzu: Eine lang andauernde, oft schwierige Pflege kann die Gesundheit der pflegenden Angehörigen beeinträchtigen. Belastungen und Überforderung von pflegenden Angehörigen können zu Konflikten und Gewaltsituationen innerhalb der Familie führen. Hier bedarf es wiederum spezifischer Kompetenzen, um solche Situationen zu erkennen und pflegende Angehörige bei der Bewältigung der Herausforderungen zu unterstützen. Auch hier könnten speziell ausgebildete Community Nurses von den Mitarbeiter*innen der Hauskrankenpflege als Expert*innen unter anderem für Gewaltprävention in Pflegebeziehungen hinzugezogen werden.

Koordination verschiedener Leistungen

Die Leistungsansprüche von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen sind sehr vielfältig. Es geht hier um finanzielle Zuwendungen, rechtliche Fragestellungen wie Erwachsenenvertretung oder Inanspruchnahme von Pflegekarenz etc. und um die große Vielfalt an sozialen, pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen.

Das Gesundheits- und Pflegewesen ist durch Fragmentierung und Diskontinuität gekennzeichnet. Insbesondere in der häuslichen Pflege treffen mehrere Schnittstellen aufeinander. So ist für die häusliche Pflege je nach Pflegebedarf mehr oder weniger das Gesundheitswesen oder aber das Pflegewesen, welches dem Sozialbereich zugeordnet ist, zuständig und verantwortlich. Hinter diesen Bereichen stehen jeweils andere Kostenträger mit unterschiedlichen Finanzierungslogiken und Steuerungselementen. Des Weiteren kommt sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Langzeitpflege die Schnittstelle stationär und ambulant in besonderem Maße zum Tragen.

Die Beratung durch Mitarbeiter*innen der häuslichen Pflege im Zuge der regulären (und finanzierten!) Pflege- und Betreuungsdienstleistungen stößt hier an fachliche wie auch zeitliche Kapazitätsgrenzen. Eine Aufgabe der Community Nurse könnte hier ein Beitrag zur Sicherung der Betreuungskontinuität zwischen den Versorgungseinrichtungen ein.

Typischerweise sprechen wir hier von Case Management, welches einem bestimmten Konzept und

einer bestimmten Methodik verpflichtet ist. Mit Hilfe von Case Management Methoden kann die Community Nurse eine optimale Gestaltung der Versorgung für den Einzelfall koordinieren. Zur Realisierung von Klient*innen-/Patient*innenorientierung und Klient*innen-/Patient*innenpartizipation im komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystem braucht es für die Anwendung des Case Management Prozesses jedoch ganz besondere Qualifikationen und Standards. Es werden auch zusätzliche Fachkenntnisse zur Koordination und kompetenten Unterstützung bei der Beantragung diverser sozialer und finanzieller Ansprüche und Leistungen benötigt. Eine entsprechend ausgebildete Community Nurse wäre hier optimal.

Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor ist dabei ein wichtiger und auf politischer Ebene noch im Detail zu klärender Punkt. Insbesondere die Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit mit den zukünftigen Primärversorgungszentren muss konkretisiert und ausverhandelt werden. Die Kooperation mit Ärzt*innen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen ist ein zentraler Punkt im Community Nursing.

Damit im Zusammenhang steht auch die Finanzierung von Leistungen:

Für welche Zielgruppe (kranke Menschen, pflegebedürftige Menschen, gesunde Menschen, Angehörige) sind welche Kostenträger zuständig?

Präventive Aufgaben und Gesundheitsförderung insbesondere für ältere Menschen

Internationale Studien belegen, dass die regelmäßige Durchführung von präventiven Hausbesuchen den Verlust der Selbständigkeit reduziert. So haben etwa Langzeitstudien in der Schweiz gezeigt, dass mit einfachen präventiven Hausbesuchen, die viermal jährlich durchgeführt werden, die Einweisungen in Pflegeheime um 35 Prozent reduziert werden konnten. Der Verlust der Selbstständigkeit ist um 24 Prozent zurückgegangen.

In einigen Regionen Österreichs (z.B. im Tennengau in Salzburg) sind solche Hausbesuche bei älteren Menschen bereits umgesetzt, sie zeigen gute Erfolge und werden von der Bevölkerung gerne in Anspruch genommen.

Neben diesen im Regierungsprogramm erwähnten präventiven Hausbesuchen sollten aber auch andere Gesundheitsförderungsaktivitäten und Präventionsaufgaben von Community Nurses übernommen werden.

Solche Angebote und Programme zur Gesundheitsförderung sollten bestenfalls auf spezifische Settings bezogen und nach regionalen Bedarfen angeboten und durchgeführt werden. Beispiele wären Workshops zur Sturzprävention, Bewegungsaktivitäten, Ernährungsworkshops, die individuelle Beratung zu Lebensstilfragen von älteren Menschen, die Förderung von Health Literacy (Gesundheitskompetenz) und Selbstmanagementfähigkeiten sowie Unterstützungen bei barrierearmen Adaptierungen des Wohnraums.

Ein besonderer Fokus könnte auf die Entwicklung von Angeboten und Unterstützung bei der Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention) insbesondere für Familien mit speziellen Bedürfnissen bzw. in bestimmten Lebenslagen und generell Menschen in schwierigen Lebenssituationen gelegt werden. Wichtig ist eine Unterstützung und Begleitung z.B. häufig bei Einzelpersonen und Familien, die sich in „Übergängen“ befinden und damit eine höhere Anfälligkeit für Erkrankungen aufweisen. Solche „Übergänge“ sind z.B. die Pensionierung, die Übernahme von Hilfe- und Betreuungstätigkeiten von Angehörigen, die Migration in ein fremdes Land etc. Hier könnte durch eine vorausschauende „Familienpflege“ seitens einer Community Nurse Unterstützung und Beratung zur Situationsbewältigung angeboten werden.

Community Nurses sollen aufgrund ihrer Verankerung in der Gemeinde in der Lage sein, gesundheitliche Chancenungleichheiten und lokale Gesundheitsbedürfnisse zu erkennen. Somit können sie Einfluss auf Determinanten der Gesundheit nehmen und die Gesundheit der Einwohner*innen gezielt fördern. Die umfassende Kenntnis lokaler Gegebenheiten, die für Koordinierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung essentiell ist, ist bereits jetzt bei den Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in der häuslichen Pflege und Betreuung vorhanden und sollte genutzt werden.

In den letzten Jahren hat die Zahl einsamer Menschen stark zugenommen. Insbesondere ältere Menschen sind aufgrund von Veränderungen des sozialen Umfeldes und/oder körperlichen Beeinträchtigungen stark betroffen. Die gesundheitsgefährdende Wirkung

von Einsamkeit ist durch viele Studien belegt, so wäre dies ein weiteres wichtiges Betätigungsfeld von Community Nurses. Es ginge hier sowohl um die Identifizierung dieser oft sehr zurückgezogenen lebenden Menschen als auch dann um die Initiierung von sozialen Kontakten.

In diesem Zusammenhang ist auch ein weiteres bis jetzt kaum angeführtes Aufgabengebiet der Community Nurse zu nennen: die Stärkung der Selbsthilfe sowie die enge Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft. Die Community Nurse könnte je nach Bedarf in der Region in Zusammenarbeit mit Organisationen der Zivilgesellschaft und ehrenamtlich Tätigen themenspezifische Angehörigengruppen, aber auch andere Aktivitäten zur Stärkung der Selbsthilfe und Selbstwirksamkeit initiieren.

Organisatorische Anbindung der Community Nurse

Die Dienstleister der mobilen Pflege und Betreuung verfügen über dezentrale und wohnortnahe Sozialstationen/Stützpunkte, von denen aus die häusliche Pflege und Betreuung organisiert und koordiniert wird. Auch besteht in den Organisationen bereits ein großes Knowhow und Erfahrung in vielen dem Konzept der Community Nurse sehr verwandten bzw. zuordenbaren Betätigungsfeldern.

Angesichts der profunden Expertise von Pflegekräften in der Hauskrankenpflege eignen sich die bereits vorhandenen Strukturen sehr gut, um Beratung und Unterstützung für pflegende Angehörige und andere interessierte Personen (unabhängig von der Inanspruchnahme mobiler Pflege und Betreuung) als zusätzliche Leistung anzubieten. Darüber hinaus können auch präventive Hausbesuche, andere bevölkerungsbezogene präventive Tätigkeiten wie Workshops zur Sturzprophylaxe oder andere aufsuchende Aktivitäten durchgeführt werden.

Aufgrund der derzeitigen Regelungen und Rahmenbedingungen wird die Pflege und Betreuung aktuell jedoch nur als direkte Leistung beim Klienten/bei der Klientin vor Ort finanziert. Aufgrund dieser strukturellen Vorgaben können in den Sozialstationen / Stützpunkten kaum bis keine Sprechstunden für Angehörige von hilfe- und pflegebedürftigen Personen angeboten oder präventive Aufgaben übernommen werden.

Es bietet sich jedoch aus Qualitäts- wie auch Synergie- und damit letztlich auch Versorgungssicherheitsaspekten dringend an, die Funktionen der Community Nurse an die vorhandenen Strukturen anzudocken. Für die Bevölkerung ist von Vorteil, dass man sich an bekannte und etablierte Anlaufstellen/Organisationen wenden kann. Und durch die Anbindung an eine größere Struktur können auch Urlaube, Fehlzeiten etc. durch ein unterstützendes Team gut abgedeckt werden.

Community Nurses sollten daher, ausgestattet mit einem eigenen Kompetenz- und Aufgabenkatalog, direkt bei den Dienstleistern der mobilen Pflege und Betreuung angesiedelt werden und nicht losgelöst von bekannten Strukturen allein vor Ort von einem „Büro“ oder einer „eigenen kleinen Beratungsstelle“ aus agieren müssen.

Die Etablierung einer Community Nurse zur Beratung von Angehörigen und pflegebedürftigen Personen losgelöst von etablierten Strukturen der Pflege und Betreuung wäre wenig effizient und wenig effektiv, da es zwangsläufig zu Doppelgleisigkeiten käme und die Komplexität der Pflegelandschaft noch vergrößert würde. Dies bedeutete noch größere Unsicherheit bei Angehörigen und pflegebedürftigen Personen. Nur durch eine gute Abstimmung zwischen mobiler Pflege und Betreuung, insbesondere der Hauskrankenpflege, und den Community Nurses kann dieses neue Angebot seine Wirkungskraft erzielen.

Und darüber hinaus:

Für die erweiterte Funktion der Community Nurse braucht es aus fachlicher Sicht eine Zusatzqualifikation, in der u.a. folgende Inhalte vermittelt werden sollten: Beratungsmethoden, die Familie als Zielgruppe der Pflege, Arbeiten mit Gemeinschaften und spezifischen Bevölkerungsgruppen, Public Health Konzepte, Case Management, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.

Neben der Ansiedlung von Community Nurses bei den Dienstleistern der mobilen Pflege und Betreuung ist auch eine gute Abstimmung mit dem Gesundheitssektor essentiell. Es ist zu klären, welche Aufgaben die Community Nurse übernimmt und welche Aufgaben zukünftig von den Primärversorgungszentren übernommen werden. Ein Beispiel wäre die Begleitung von chronisch kranken Menschen, wie Menschen mit Diabetes oder COPD, ein weiteres die Umsetzung/Anbindung neuer telemedizinischer Anwendungen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass „Community Nurses“ im ursprünglichen Wort-

sinn in Österreich bereits unter der Bezeichnung „Mobile Pflege und Betreuung“ etabliert sind.

Das im Regierungsprogramm skizzierte Aufgabenfeld entspricht im internationalen Sprachgebrauch eher dem von “Community Health Nurses“ oder “Family Health Nurses“ und bedeutet somit eine substanzielle Erweiterung des bisherigen Aufgabengebietes von Community Nursing, respektive der bisherigen Hauskrankenpflege.

Der neue Ansatz bietet die Chance, das „neue“ Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, welches in der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes von 2016 festgelegt wurde, in die Praxis umzusetzen und für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige wichtige und dringend benötigte Leistungen zu erbringen. Darüber hinaus kann ein Schwerpunkt auf die bis heute vernachlässigte Prävention von Pflegebedürftigkeit und auf Gesundheitsförderung gelegt werden.

Wichtig ist bei der Implementierung dieses neuen Handlungsfeldes, die gegebenen Effizienz- und Effektivitätspotentiale zu nutzen und keine neuen administrativen Strukturen zu schaffen.

Autorin

Mag.ª Monika Wild, MAS, MSc
Leiterin der Gesundheits- und Sozialen Dienste
beim Österreichischen Roten Kreuz

educa verlag
Juristische Literatur für die Gesundheits- und Sozialbranche

Bücher erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

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

DGKP

PFA

PA

Sanitäter

Hebammen

Physiotherapeuten

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

Erwachsenenschutz
(2. Auflage ab 2020)

Patientenverfügung

Recht in Palliative Care

Recht für Notärzte
(ab Frühjahr 2020)

Gewaltschutz im Gesundheitswesen
(ab Frühjahr 2020)

Recht im Maßnahmenvollzug
(in Planung)

SIE haben Erfahrung im Kinderkrankenpflegebereich und wollen sich verändern?
SIE wollen „Kinder dort pflegen, wo ihr Zuhause ist“?

Dann können WIR Ihnen sicher etwas bieten!

Zur Verstärkung unseres MOKI-Wien Teams suchen wir
eine Kollegin / einen Kollegen für die mobile Kinderkrankenpflege

Arbeitsbereich/Schwerpunkte
Wir sind qualifiziert und interessiert, dass sich die Lebensqualität für das Kind/den Jugendlichen in seiner Familie verbessert – bis hin zur Autonomie

- Wir betreuen Frühgeborene, Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, mit akuten oder chronischen Erkrankungen, mit Behinderungen, bzw. mit lebensbegrenzenden/ lebensverkürzenden Erkrankungen
- Nach dem Motto „Kinder dort pflegen, wo ihr Zuhause ist“ pflegen wir Kinder und Jugendliche zu Hause, in Kindergärten, Schulen, Wohngemeinschaften bzw. im Hort und übernehmen medizinische Leistungen entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen
- Mit Empathie, Erfahrung und Engagement gehen wir auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen ein, schulen die Angehörigen bzw. Bezugspersonen und begegnen den Familien mit hoher Professionalität

Wir bieten:
- 20-30 Stunden/Woche, Erhöhung nach Einschulung möglich
- Bruttogehalt 38 Stunden/Woche laut SWÖ-KV: zwischen € 2.378,60 (2 Jahre Berufserfahrung) und € 2.682,40 (10 Jahren Berufserfahrung) zuzüglich Zulagen
- mit hoher Verantwortung erfüllen wir die medizinische Pflege zu Hause und haben die Möglichkeit die abwechslungsreichen Arbeitsbereiche individuell und eigenständig umzusetzen.
- Fort- und Weiterbildungen sind ein Teil unserer Arbeit
- Wir sind getragen in unserem Team und finden dort Rückhalt, auch durch den regelmäßigen Austausch bei Teambesprechungen und Supervisionen

Voraussetzungen:
- Ein nach dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz anerkanntes Diplom im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Spezialisierung für Kinder- und Jugendlichenpflege erwünscht
- 2-jährige Berufserfahrung im Kinderkrankenpflegebereich erwünscht
- Selbstständigkeit, Teamfähigkeit, Selbstreflexion, Organisations- und Koordinationsgeschick, Psychische und physische Belastbarkeit, Soziales Engagement
- EDV- Kenntnisse

Ich freue mich über IHRE Bewerbung und lade Sie gerne zu einem persönlichen Gespräch ein.

Ingeborg Andunda

0664/886 541 86
office@wien.moki.at
www.wien.moki.at

Erkenntniswege in der Pflege

Hier darf ich einen zwanzig Jahre alten Beitrag vorstellen, er wurde damals nur in unserer kleinen Hochschulzeitung veröffentlicht. Es geht um Detektivarbeit und Pflegediagnostik. Ich habe mich stets für polizeiliche Ermittlungen interessiert, lese gerne Krimis, habe auch an 2 Krimis selbst mitgearbeitet und für meine zweite Dissertationsprüfung an unserer Universität einen Vortrag über die Ermittlungsarbeit in Dostojewskis „Verbrechen und Strafe“ gehalten. In den 80/90 Jahren war ich in meinem Studium der Erziehungswissenschaften/Soziologie sehr beeinflusst durch den Ansatz der „objektiven Hermeneutik“.

Es geht mir darum, für die Pflegearbeit ganz unterschiedliche Erkenntniswege offen zu halten. In meiner Pflegeausbildung, Ende der 60 Jahre, folgten wir streng dem medizinischem, deduktivem Paradigma. Die „Krankenbeobachtung“ (!) bestand aus Messrunden nach ärztlicher Anordnung, eigene Eindrücke waren unerwünscht, Prognosen aus der Pflege verboten. So haben wir etwa dreimal täglich ritualisiert Temperatur bei allen Kranken gemessen und in Fieberkurven eingetragen – ohne weitere Auswirkungen. Diese Empfehlung entstand etwa um 1880 herum, Entdeckung der Fiebertypen, sie besteht fast bis heute, weil pflegerische Datensammlungen nicht fundiert sind. Alle unsere Pflegelehrbücher folgen dem alten Kanon.

Im Grunde fehlen seit Jahrzehnten Performancetest für die täglichen Aktivitäten, ob der Kranke sich ein Glas Wasser eingiessen oder sich eine Jacke anziehen kann, ob er aus dem Sitzen aufstehen oder sich auf die Seite drehen kann u.a.m., die bestehenden geriatrischen Tests bilden nur wenig ab oder sind wie der Barthel- Index zu grob für die Selbstpflege.

Nach dem Examen arbeitete ich auf einer unfallchirurgischen Intensivstation, zweimal konnte ich dort eine Gasbrandinfektion am Geruch erkennen, lange bevor eindeutige Symptome auftraten – dies wurde überrascht zur Kenntnis genommen. Durch die Medien ging im Herbst 2019, dass eine schottische Krankenschwester Parkinsonpatienten riechen kann (Neshitov, 2019). Im Laufe der letzten Jahrzehnte habe ich immer wieder Pflegende kennengelernt, die so etwas wie einen „7. Sinn“ entwickelt haben, auf Normalstationen, in der Psychiatrie und besonders in der Intensivpflege. Durch Zeitmangel ist dies inzwischen bedroht. Auch die neue stetige Mischung der Fachgebiete in Kliniken behindert in Deutschland die Ausbildung einer krankheitsspezifischen Fachexpertise in der Pflege, die Case-Mix-Erfordernisse innerhalb der DRGs sortieren Patientengruppen auf den Stationen bunt durcheinander- die fachärztliche Betreuung bleibt dabei natürlich erhalten. Pflege wird allerdings als einfache und oberflächliche Dienstleistung gesehen. Untersuchungen dazu gibt es nicht.

Dankbar bin ich für die Arbeiten von Benner, sie hat dem „Bauchgefühl“ zur Anerkennung verholfen. Intuition ist nicht „aus der Luft gegriffen“, sie vollzieht sich durch langjährige Erfahrung und zeichnet die Experten aus. Die neurowissenschaftliche Forschung heute zeigt, dass Intuition auf Mustererkennung beruht. In der Pflege bedeutet dies eine ganz feinsinnige Komposition verschiedener Sinneswahrnehmungen. Wie ist die Muskelspannung des Patienten beim Positionswechsel, wie wird ein Gegenstand entgegengenommen, wie sind Hautfarbe, Feuchtigkeit, Gesichtsausdruck. Pflegeprofis registrieren feinste Veränderungen, ein tiefer Atemzug, Stirnrunzeln und Anklammern beim Umdrehen. Bei wachen Patienten könnten hinzukommen, wie sind Sprache und Stimme, wie ist die Reaktionsgeschwindigkeit . All dies spielt „offiziell“ in der Zustandsbeurteilung keine Rolle – weil es nicht in messbaren Daten ausgedrückt werden kann – der lange Arm der Medizin unterdrückt das Pflegefachwissen. Ich wünsche mir Forschung zu diesen Aspekten, ich wünsche mir auch einen täglichen kurzen schriftlichen Bericht in der Pflegedokumentation über das Patientenbefinden, sowohl aus der Sicht der Experten als auch der Patienten selbst. Befund und Befinden klaffen oft auseinander. Ein Nachteil ist, dass etwa in Deutschland die Fachgebiete in Krankenhäusern ständig neu zusammengelegt werden (DRG,Casemix), eine spezifische krankheitsorientierte Expertise kann dadurch kaum entwickelt werden.

Pflegediagnostik ist ein kontinuierlicher Prozess und bezieht vielmehr Bereiche ein, als eine übliche medizinische Erhebung. „Clinical Assessment“, das anfängliche Erheben körperlicher (!) Daten für die Ärzte halte ich für eine Fehlentwicklung in der Pflege - zumindest dann, wenn es nicht zum pflegerischem Vorgehen beiträgt. Pflegende haben dichteren Kontakt zu den Patienten (und Angehörigen) - vielmehr als die Mediziner bei einer kurzen „Visite“. Notwendig wäre, den pflegerischen Untersuchungsgang zu beschreiben, wissenschaftlich zu stützen und ihn neu zu strukturieren. Dies würde den Wert von Pflegearbeit weiter verdeutlichen. (Selbst-) Pflege ist Verhalten, kein organisches Geschehen. Zwar gehen grundlegend Beschwerden von der Pathophysiologie aus, seien es ein niedriger Hämoglobinwert oder eine unzureichende Sauerstoffsättigung – aber schon die Schmerzwahrnehmung ist komplex. Die Reaktionen sind immer umfassend, werden manchmal auch ausgeglichen. Ich bin nach wie vor Anhängerin der Bedürfnistheorie von Maslow (1981). Er sieht etwa 20% der Anlässe im körperlichen Bereich (Vitales), darauf folgt aber ein komplexer Überbau – sicherlich mit noch mehr Kategorien als er es vorläufig beschrieben hat.

Zahlreiche Beiträge aus unterschiedlichen Wissensgebieten zeigen ähnliche Erkenntniswege des wissenschaftlichen Arbeitens, der kriminalistischen Tätigkeit und des ärztlich-pflegerischen Vorgehens auf. Eigene Erfahrungen bestätigen diese Zusammenhänge: während meiner Doktorarbeit über Bettlägerigkeit kam ich mir oft genug wie ein Detektiv vor, immer ging es darum, Verborgenes an die Oberfläche zu heben. Die Fragen zur Erhöhung der theoretischen Sensibilität im Forschungsansatz der Grounded Theory (Strauß/ Corbin 1996): wer? wann? wo? was? warum? wieviel? wie? könnten aus dem Arbeitsarsenal eines Polizeibeamten stammen.

In der Tat gibt es viele Gemeinsamkeiten zwischen Feldforschung, Kriminalarbeit und dem diagnos-

(C) Angelika Zegelin

Columbo..ich bin Fan, weil er einen gute Diagnostik macht, er wirkt harmlos, trottelig, wiegt alle in Sicherheit und stellt wichtig Fragen (bes. beim Rausgehen) das Foto hab ich im Krimimuseum in der Eifel gemacht, Zimmer sind nach berühmten Detektiven benannt, mit Erinnerungsstücken..hier der Mantel.

tischen Gang bei Patienten. Hier wie dort wird gesucht, gesichert, gemessen und nach Ursachen gefahndet. Es wird interviewt, vertextet, beschriftet, dokumentiert, typisiert, kategorisiert, kurzum: es werden Spuren gesichert, Daten erhoben und erschlossen und immer wieder die Gültigkeit des Wissens in Frage gestellt. Was dort Verdacht heißt, wird in anderen Prozessen Hypothese oder Vermutungen genannt und auch Ärchäologen, Paläontologen und viele andere Wissenschaftler, die auf Rekonstruktion angewiesen sind, kennen Arbeitsschritte mit „Lupe und Logik“. Aber es gibt natürlich auch Unterschiede, nicht nur in der Theoriebildung.

Kripobeamte raten nicht, sie schlußfolgern methodisch und die meisten berühmten Detektivromane oder Figuren folgen einem speziellen Aufklärungsansatz. Während die älteren Texte z.B. bei E.T.A. Hoffmann oder E.A. Poe noch eher dem „Geheimnis“ verpflichtet sind, lassen sich bei den späteren Detektiven oder Polizisten stets bestimmte Ansätze des Nachforschens erkennen. Columbo folgt Dostojewski, Nick Knatterton „kombiniert“. Erik Ode als Kommissar plagt sich mit Selbstzweifeln und glaubt längst nicht mehr an die „absolute Wahrheit“. Philip Marlowe und Maigret psychologisieren, Hitchcock und Wallace lassen die Umstände sprechen, Fleming teilt die Welt in Gut und Böse und schuldet höhere Mächte an. Recht gut „untersucht“ ist die Methode des Sherlock Holmes.

Bloch (1965) schreibt: „Sherlock Holmes geht naturwissenschaftlich-induktiv vor, aus dem Straßenschmutz an den Schuhsohlen seiner Besucher erkennt er, von welchen Stadtteilen Londons sie kommen, er unterscheidet alle Arten von Tabakasche, Chemie ist seine bevorzugte Wissenschaft“. Conan Doyle war Arzt, dem kritischen Rationalismus verpflichtet, läßt er Holmes und Watson logische Folgerungen entwickeln, Ausschlußdiagnosen betreiben und Indizes finden. Die Erzählfiguren spiegeln Doyles Erfahrungen im Edinburgher Krankenhaus wider. Sein ärztliches Vorbild, Professor Dr. J. Bell war bekannt für scharfsinnige Beobachtungen und überraschende Deutungen und Doyle hatte zweifellos die Absicht, eine streng wissenschaftliche Methode in die Kriminalarbeit einzuführen. Tatsächlich finden sich bei einer Medline-Recherche zahlreiche Titel zum „SherlockHolmes-Paradigma“ in der ärztlicher Ausbildung.

Ein guter Arzt ist immer auch ein guter Detektiv, heißt es, Beobachtung und Deduktion sollen in der medizinischen Diagnostik im Mittelpunkt stehen. Gerade heute, im Zeitalter der Apparatemedizin und des Sammelns einer Vielzahl von Daten wird immer wieder angemahnt, dem ersten Eindruck vom Patienten Aufmerksamkeit zu widmen und sich dann systematisch den Details zuzuwenden.

Carlo Ginzburg (1983), Geschichtsprofessor aus Bologna, hat in seinem aufsehenerregenden Aufsatz „Spurensicherungen“ gleich mehrere Professionen in einem epistemologischen Modell zusammengeklammert. Die weit zurückreichenden Wurzeln des Vorgehens sieht er in der menschlichen Vergangenheit als Jäger und Spurensucher. Auch ihm geht es zunächst um Holmes, er stützt sich dann vor allem auf Morelli, einem Arzt und scharfsinnigen Kunsthistoriker, der Mitte der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts mehrere Aufsätze über italienische Malerei veröffentlicht hat. Morelli stellte eine Methode der kleinen Beweise vor, um Bilder einem bestimmten Künstler zuzuweisen oder Fälschungen zu identifizieren. Gemälde waren oft nicht signiert oder datiert, übermalt oder schlecht erhalten. Morelli sah vom Gesamteindruck und den großen Zügen der Bilder ab und meinte, daß Künstler sich durch Details, durch „Fingerabdrücke“ ebenso verraten wie Verbrecher, er achtete auf „Kleinigkeiten“ in den Gemälden, z.B. Form der Hände, Ohrläppchen u.ä.. Morellis Schriften hatten offenbar Einfluß auf Sigmund Freud. Er beruft sich mehrfach auf Morelli und konstatiert eine Verwandtschaft zwischen der Methode auf Details, auf unendlich feine Spuren zu achten und der Technik der ärztlichen Psychoanalyse. Ginzburg vermutet sogar, daß Morellis Methode „einen besonderen Platz in der Entwicklung der Psychoanalyse“ zukommt und referiert die Zeitpunkte, zu denen Freud sich mit Morelli beschäftigte.

Am Vorgehen Morellis macht Ginzburg das Aufkommen des „Indizienparadigmas“ in den Humanwissenschaften zwischen 1870 und 1880 deutlich. Auch in der gerichtlichen Beweisführung ging es nun um Spurensuche und dies fällt zeitlich zusammen mit dem Beginn der Sherlock-Holmes-Ära deduktiver Beweisführung und mit dem Entstehen von Detektivromanen überhaupt. Die frühere Epoche, lediglich Schuldzuweisungen oder (z.T. erpreßte) Geständnisse als ausreichend zu betrachten, ging damit zu Ende. Die Analogien zwischen Holmes, Morellis und Freuds Arbeitsweise werden von Ginzburg herausgestellt und er führt sie zurück auf ein Modell der medizinischen Semiotik, „einer Wissenschaft, die es erlaubt, die durch direkte Beobachtung nicht erreichbaren Krankheiten anhand von Oberflächensymptomen zu diagnostizieren ...“.

Diese Semiotik ist in der Medizin durchaus vor langer Zeit von Hippokrates begründet worden, „in einer Medizin, die ihre Methoden definierte, indem sie den entscheidenden Begriff des Symptoms (semeion) durchdachte“. Bis heute wurde damit die Medizin als Indizienwissenschaft begründet im Spagat zwischen streng mathematischnaturwissenschaftlichem Vorgehen und der Anerkennung des individuellen Elementes, stets dem Verdacht der Unsicherheit oder auch Unwissenschaftlichkeit ausgesetzt. Kriminalarbeit und auch Kriminalliteratur bedienen sich eines ähnlichen Erkenntnismodells. Auch hier spielen Indizien und Vermutungen eine Rolle – ein rein deduktives Vorgehen, in denen der Fall durch rationales Denken und auf der Grundlage einer Hypothese gelöst wird, ist wohl die Ausnahme. Selbst Holmes geht induktiv vor, obwohl er dies stets verneint. „Die erste Wahrnehmung von Ähnlichkeiten, auf der die Induktion beruht, ist spekulativ“ schreiben Klein und Keller (1998) und meinen, daß vieles, was als logisches Denken bezeichnet wird, wohl eher auf Intuition oder Spekulation beruhen. Sie erteilen der reinen Deduktion eine Absage, zitieren gar Popper (1934) „wir wissen nicht, sondern wir raten“. Weiter berufen sie sich auf Kuhn (1967) und dessen Gedanken, daß die Grundlagen, auf der wir unsere Konzepte formen, unsere Erfahrungen sind (und daß deswegen der größte Teil wissenschaftlichen Denkens in engen Bahnen verläuft).

Zwischen der Wahrnehmung der ersten feinen Hinweise und der folgenden Hypothesengenerierung gibt es eine nicht- lineare Verbindung, eine irrationale Einsicht, deren Zustandekommen nicht erklärt werden kann. Ein ganzes Genre qualitativer Sozialforschung beschäftigt sich auch empirisch mit Kriminal- bzw. Polizeiarbeit. Neben Milieubeschreibungen geht es immer wieder auch um den zugrundeliegenden Ermittlungsprozeß.

Reichertz (1991) hat sich aus Sicht der verstehenden Sozialforschung mit Ermittlung und Deutung in der Polizeiarbeit beschäftigt, er stützt sich auf die Annahmen von Peirce zum „abduktiven Schließen“. Zahlreiche andere Autoren sehen hier ebenfalls Analogien.

C.S. Peirce, ein amerikanischer

Philosoph, begründete im ausgehenden 19. Jahrhundert den „Pragmatismus“. Seine Schriften haben erst viele Jahrzehnte später, auch durch Übersetzungen, Bedeutung erlangt. Peirce betätigte sich gelegentlich als „Hobbydetektiv“, er entwickelte eine Theorie darüber, “warum man oft so zutreffend rät”. Neben Deduktion und Induktion stellte er die Hypothese, später Abduktion genannt; eine kreative Schlußfolgerung, die neue Ideen produziert und Raum für plötzliche Einsichten läßt. Den Weg des Erkenntnisgewinns teilt er in deduktiv/analytisch auf der einen und synthetisch auf der anderen Seite, zu den synthetischen Verfahren zählt er Induktion und Abduktion (Hypothese).

Im „Bohnenbeispiel“ demonstriert Peirce die Ableitungen und das hypothetische Schlußfolgern. Bekannterweise ist die Deduktion die Anwendung von Regeln auf den Fall und die Induktion der Schluß von Fall und Resultat auf die Regel. Die Hypothese ist der Schluß von Regel und Resultat auf den Fall. Peirce geht es darum, das abduktive Schließen auch einer logischen Kritik zugänglich zu machen, Intuition etwa lehnt er ab. In seinen frühen Aussagen gelingt ihm allerdings die Unterscheidung zwischen Induktion und Abduktion nicht so überzeugend. Induktion wäre eher das Erproben einer Hypothese, während die Abduktion nach Fakten sucht, offener sei. Die Induktion bewege sich eher in den Grenzen unserer Erfahrung. Die Abduktion ist kühner und riskanter, läßt eine gewagte Deutung zu – sie ist in der Regel von einer Emotion, einer „eigentümlichen Empfindung“ begleitet. Möglicherweise meint Peirce hier Gefühle der Gewißheit, des Triumphes durch plötzliche Einsicht. Alltagssprachlich könnte hier die Redewendung „einen richtigen Riecher haben“ zutreffen.

Die verschiedenen Elemente einer Hypothese sind nach Peirce dabei durchaus „vorher im Kopf“, dies führe dazu, daß die Annahmen wesentlich häufiger zutreffen, als es durch reinen Zufall sein könnte. Peirce räumt dem menschlichen Abduktionsvermögen einen breiten Raum ein: „... Ich vollziehe eine Abduktion, sobald ich das von mir Gesehene in einem Satz ausdrücke. In Wahrheit stellt das gesamte Gefüge unseres Wissens nicht mehr als eine dichtverwobene Schicht von reinen Hypothesen dar, die mittels Induktion bestätigt und weiterentwickelt worden sind“ (zit. nach Sebeok, Umiker-Sebeok 1979). Dabei geht Peirce davon aus, daß sich menschliches Denken evolutiv, in naturgesetzlichen Bahnen entwickelt hat und dadurch zutreffende Mutmaßungen über die Welt anstellen kann.

Dieser geistige Akt ist allerdings nicht immer kognitiv darzustellen, nicht immer rational nachvollziehbar – er beschreibt die Bildung einer Hypothese als plötzliche Einsicht, als Vermutung, die uns „wie ein Blitz trifft“. Mehrmals sind die Vorgehensweisen von Holmes mit dem Ansatz von Peirce verglichen worden. Sebeok und Sebeok/Umiker(1979) stellen eine Menge Gemeinsamkeiten zwischen beiden Erkenntniswegen fest. Sie leiten ihren Beitrag mit Zitaten von Sherlock Holmes in denen er sagt, nie zu raten und von Peirce ein, in denen gesagt wird, daß die Welt durch Raten erobert wird oder gar nicht. Dann kommen sie zu dem Schluß, das Sherlock Holmes deswegen so erfolgreich sei, weil „er das Raten so vortrefflich beherrscht“. Holmes wird häufiger mit einem Spürhund verglichen, der intuitiv Spuren sammelt, um (viel) später eine Hypothese zu formulieren.

Holmes äußert immer wieder, daß sich seine Methode auf die Beobachtung von Belanglosigkeiten gründet. Im Gegensatz zu seiner Arbeitsweise verliert die Polizei im Anfangsstadium der Ermittlungen sehr oft die Spur, weil sie „Belanglosigkeiten“ ignoriert und rasch die Hypothese annimmt, die die wahrscheinlichste Erklärung für ein paar Hauptfaktoren anbietet. Holmes warnt, daß nichts trügerischer als eine offensichtliche Tatsache sei und sieht als entscheidenden Fehler der Polizei, daß sie theoretisiert, bevor alle Beweise zusammengetragen sind. Ein Ergebnis sei, daß unmerklich die Tatsachen so verdreht würden, daß sie sich den Theorien anpassen, anstatt die Theorien an den Fakten auszurichten. Ein Umstand, der auch in vielen wissenschaftlichen Forschungen droht.

Zahlreiche weitere Autoren weisen nicht nur auf die Bedeutung des Ratens bei Sherlock Holmes hin, sie unterstellen auch - auf der Grundlage hervorragender Beobachtungsgabe – Intuition, Spekulation und Phantasie, wie auch oben Klein und Keller (1998). Es handele sich eben nicht nur um „reine Deduktion“. Bei Peirce und auch Holmes finden sich Phasen der Kreativität, der Versenkung, des beschaulichen “Gedanken-Nachhängens” oder des Spiels. Immer wieder wird auch auf die Erfahrung und Vorstellungskraft des „Ermittlers“ abgehoben, nur so sei es möglich, die Indizien entsprechend einzuordnen. Es wäre sicher interessant, die Arbeiten Benners (1994) zur Kompetenzentwicklung in der Pflege auf dem

Hintergrund dieser Thematik noch einmal anzusehen.

Auch für Pflegearbeit ist es nützlich, sich mit Kriminallogik auseinanderzusetzen. Wie gute Ärzte stellen auch gute Pflegende ihre Hypothesen, neben dem Nachdenken über erhobene Fakten, mit Imagination, Vermutung und der Entdeckung plausibler Erklärungen auf. Ohne Neugier, Phantasie und Scharfsinn ist weder eine Wissenserweiterung, noch eine Lösung kniffliger Fälle möglich. Die Pflegediagnostik kommt ohne apparative Untersuchungen aus, sie bezieht, mehr als die Medizin, alltagsweltliche und biographische Aspekte ein. Auch hier gilt (mindestens) ein erweitertes „Sherlock-Holmes-Paradigma“. Möglicherweise könnten Pflegende bei den Detektivfiguren der Agatha Christie bessere Anleihen machen – Hercule Poirot und Miß Marple gehen nicht nur deduktiv vor, sie sehen „vorsätzlich“ die Ganzheit des Falls, finden Analogien und bekennen sich zur Intuition.

Die Eindrücke der Pflegenden wurden lange Zeit nicht offen kommuniziert, nicht dokumentiert – obwohl sie sicher wertvolle Hinweise geben könnten. Pikanterweise waren Pflegende Jahrzehnte darauf trainiert, quasi als „verlängerter Arm“ des Arztes, beliebige medizinische Daten zu sammeln und in „Fieberkurven“ einzutragen. Generationen von Krankenschwestern lernten deshalb in der Ausbildung eine Menge über die Erkennung eher seltener Phänomene wie „undulierendes“ oder „kontinuierliches“ Fieber, über spezielle Hautblutungen, Gerüche oder Atemtypen. Ein „pflegeeigener“ Ermittlungsgang ist deshalb bis heute unterentwickelt und nur mühsam auf den Weg zu bringen. Vielleicht sind die verbindenden Elemente allen rekonstruktiven Ermittelns, wenn es um menschliches Dasein geht, gar nicht so unterschiedlich.

Eco hat sich als Semiotiker und ebenfalls auch Kriminalautor immer wieder mit Schlußfolgern im Sinne „kreativer Spekulation“ beschäftigt. In der Nachschrift zum „Namen der Rose“ (1996) schreibt er: „Der Kriminalroman ist eine Geschichte, in der es um das Vermuten geht, um das Abenteuer der Mutmaßung, um das Wagnis der Aufstellung von Hypothesen angesichts eines scheinbar unerklärlichen Tatbestandes, eines dunklen Sachverhaltes oder mysteriösen Befundes – wie in einer ärztlichen Diagnose, einer wissenschaftlichen Forschung oder auch einer metaphysischen Fragestellung. Denn wie der ermittelnde Detektiv gehen auch der Arzt, der Forscher, der Physiker und der Metaphysiker durch Vermutungen vor (...) letzten Endes ist die Grundfrage aller Philosophie und jeder Psychoanalyse die gleiche wie die Grundfrage des Kriminalromans: wer ist der Schuldige?“

Literatur (Auszüge):

Benner, P. (2017): Stufen zur Pflegekompetenz. Hogrefe 2017. 3.Aufl.

Bloch, E. (1965): Philosophische Ansichten des Detektivromans, Suhrkamp-Verlag

Eco, U. (1996): Im Namen der Rose (Nachschrift), dtv, München

Ginzburg, C. (1983): Spurensicherungen, Wagenbach- Verlag, Berlin

Kelle, V. (1997): Empirisch begründete Theoriebildung, Deutscher Studien Verlag, Weinheim.

Klein, K.G.; Keller, J. (1986): Der deduktive Detektivroman, In: Vogt, J., Hrsg. (1998): Der Kriminalroman, W. Fink Verlag, München

Kuhn, T.S. (1967): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt

Maslow,A. (1981): Motivation und Persönlichkeit. Rowohlt

Neshitov, T. (2019): Der Geruch von Moschus. Spiegel 46, 9.11.19, S.60

Peirce, C. (1976): Schriften zum Pragmatismus und Pragmatizismus, Hrsg. v. Apel, K.O., Frankfurt

Popper, K.R. (1973): Die Logik der Forschung, 5.Aufl. Tübingen

Reichertz, J. (1991): Aufklärungsarbeit, Enke - Verlag, Stuttgart

Sebeok, T.A.; Umiker-Sebeok, J. (1979): “Sie kennen ja meine Methode” In: Vogt, J., Hrsg.(1998): Der Kriminalroman, W. Fink Verlag, München

Strauß, A.; Corbin, J.(1996): Grounded Theory, Beltz- PVU, Weinheim

Wilbush, J.: The Sherlock Holmes paradigm- detectives and diagnosis: discussion paper, In: Journal of the Royal Society of Medicine, Vol.85, 6/92, S. 342 - 345

Autorin

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

Das Konzept MultiKomm für die praktische Ausbildung

Abstract

Im Rahmen der Masterthesis „Beitrag der Pflege zur multidisziplinären Betreuung von Patienten im Krankenhaus - Konzept einer reflektierenden Praxisanleitung im Ausbildungskontext“ zur Erlangung des Grades Master of Arts an der Katholischen Hochschule in Köln haben die Autoren ein strukturiertes, durch Praxisanleiter begleitetes, Konzept für den realen Arbeitsprozess entwickelt, um die Handlungskompetenz und Reflexionsfähigkeit von Auszubildenden innerhalb der Ausbildung zur Pflegefachkraft zu fördern.

Die Auszubildenden werden entwicklungslogisch über die drei Ausbildungsjahre an die, im Pflegeberufereformgesetz (2017) geforderten, vorbehaltenen Tätigkeiten herangeführt, führen diese aus und werden befähigt diese Prozesse im eigenen und interprofessionellen Team zu kommunizieren, zu organisieren und zu koordinieren. Zur Realisierung ihres Vorhabens entwickelten die Autoren ein zweistufiges System, dessen Durchführung über vier Tage im realen Arbeitsprozess erfolgt und einem Tag der Gesamtreflexion am Lernort Schule evaluiert wird. Eine vorherige Schulung der Praxisanleitenden und eine Einführung des gesamten Stationsteams sowie des medizinischen Teams wird berücksichtigt. Eine Unterstützung durch die jeweiligen Pflegedirektionen sowie des ärztlichen Direktors ist für die Qualität und Organisation der Umsetzung des MultiKomm ebenfalls erforderlich.

Die individuelle Versorgung von Patienten steht im Mittelpunkt des beruflichen Handelns aller Gesundheitsberufe. Die damit entstehenden, berufsübergreifenden Schnittstellen in der Versorgung von Menschen im Krankenhaus erfordern besondere kommunikative Kompetenzen aller beteiligten Berufsgruppen sowie die Fähigkeit zur Koordination von gesundheitsförderlichen Handlungen. Der Erlass des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe mit Ausweisung von Kompetenzbereichen, die im Rahmen der Ausbildung zukünftig entwickelt werden sollen, sowie moderner Konzepte der Berufsbildung, fordern die Entwicklung neuer Lernorganisationsformen. Insbesondere der Kompetenzbereich III der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Bildliche Darstellung des Konzeptes, eigene Darstellung

für die Pflegeberufe bezieht sich auf das intra- und interprofessionelle Handeln. Das Lernen in der Arbeit wiederum ist „die älteste und verbreitetste Form der beruflichen Qualifizierung“ (Dehnbostel, 2015b, S. 36), in die das Lernen in allen Dimensionen, dem Wissen, dem Erwerb von Fertigkeiten und soziale sowie kommunikative Kompetenzen gleichermaßen einbezogen werden. Durch das gleichzeitige Ansprechen von Erfahrungen, Motivation und sozialer Bezüge, kommt dem Lernort Praxis mit seinen realen Situationen und der damit verbundenen Kompetenzentwicklung eine zentrale Rolle zu (ebd., S.36). Bereits 1973 konstatierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPC) an Bedeutung gewinnen wird und rief bereits 1988 dazu auf, diese durch spezielle Angebote das interprofessionelle Lehren und Lernen (IPE) zu fördern. Sie definiert die IPE als von-, mit- und übereinander Lernen zweier oder mehrerer Berufsgruppen.

Den Lernprozess der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Ausbildung zur Pflegefachkraft im organisationalen Bereich des Krankenhauses zu vollziehen, bedarf der Entwicklung von Konzepten für die berufliche Ausbildung der zukünftigen Pflegefachpersonen. Diese Entwicklung von Zusammenarbeit unterstützt nicht nur die sozialen Aspekte der Berufszufriedenheit und der Patientenoutcomes, sondern betrifft indirekt auch die ökonomischen Aspekte der Versorgung im Krankenhaus (Armitage & Connolly, 2008, S. 278).

Der Erlass des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) im Juli 2017 und der Beschluss der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV) im Oktober 2018 sind wichtige Schritte zur Professionalisierung der Pflegefachberufe in Deutschland. Zu den Errungenschaften des PflBRefG, das ab dem Jahr 2020 die Ausbildungen in den deutschen Pflegeberufen neu regelt, zählen die vorbehaltenen Tätigkeiten für die Pflege, die unter § 4 PflBRefG formuliert sind. Bei diesen vorbehaltenen Tätigkeiten handelt es sich um die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, um die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie um die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Mit diesem Gesetz werden somit die Kernaufgaben der Pflege für ausgebildetes Personal mit den dafür erforderlichen Kompetenzen vorbehalten Diese Kompetenzen werden in der Anlage 2 zu § 9 PflAPrV in fünf Teilbereichen formuliert, die angehende Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Ausbildung erreichen sollen. Unter Teilbereich I und II werden Kompetenzen auf der Mikroebene des Pflegehandelns sowie des Pflegeprozesses samt der Interaktion und Kommunikation mit dem zu pflegenden Menschen formuliert (BMG & BMFSFJ, 2018a). Unter Teilbereich III werden Kompetenzen der Mesoebene in den Blick genommen, die sich auf die Gestaltung, Organisation und Aushandlung des Pflegeprozesses von Menschen im inter- und intradisziplinären Team beziehen (ebd., S. 1588 f.). Des Weiteren werden unter den Teilbereichen IV und V die Kompetenzen des Pflegeberufes auf der Makroebene betrachtet. Hiernach sollen die Auszubildenden ihr Handeln nach ihren jeweils individuellen Werten, Haltungen, ethischen und gesetzlichen Grundlagen sowie pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen begründen und reflektieren können (ebd., S. 1599 f.).

In § 5 PflBRefG wird die Kompetenz zur interprofessionellen Zusammenarbeit als Ausbildungsziel gefordert, die angehende Pflegefachkräfte am Ende ihrer Ausbildung erreicht haben sollen (BMG, BMFSFJ, 2017).

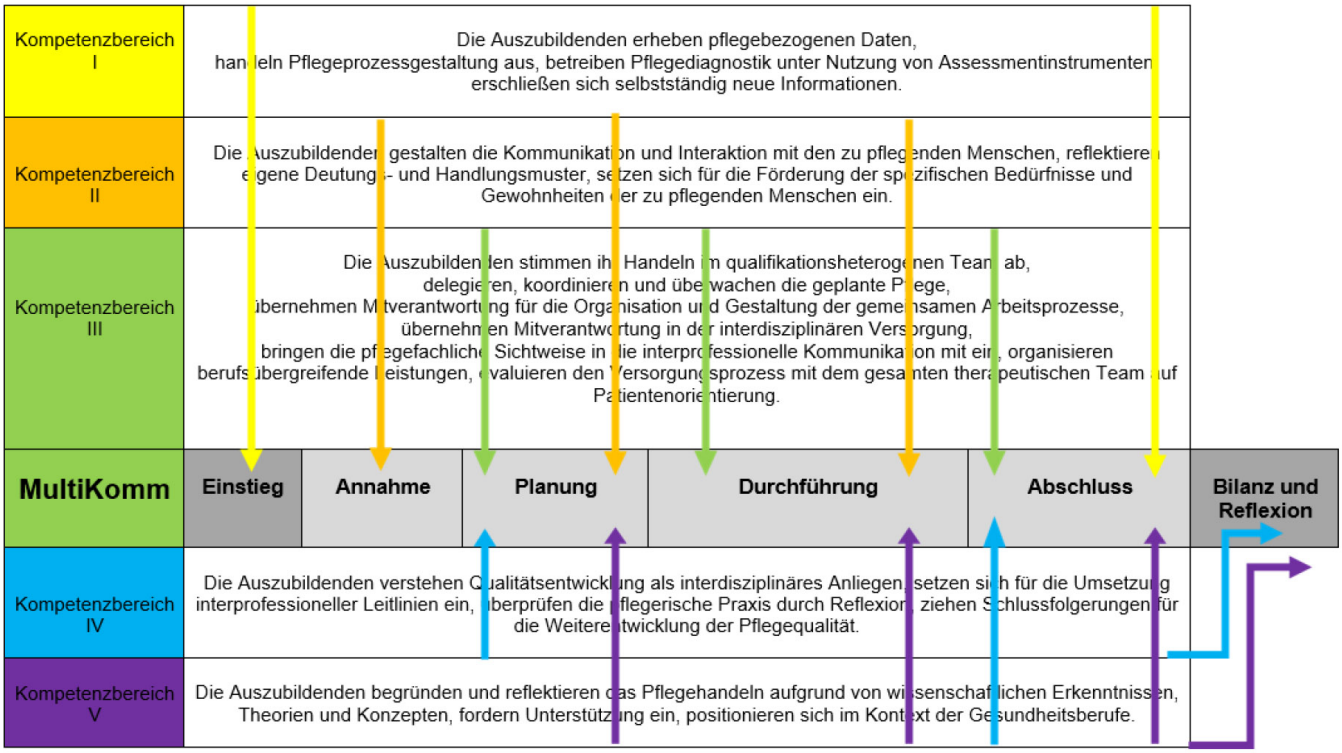
§ 5 Abs. 3 PflBRefG Ausbildungsziel 3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen [...] zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.

Die eigenverantwortliche und selbstständige Ausführung der benannten Vorbehaltsaufgaben bedingen im stationären Alltag nicht nur eine Kompetenz der verbalen Kommunikation und des Beziehungsaufbaus mit den zu pflegenden Menschen und ihren Angehörigen, sondern auch eine professionelle und verantwortliche Kommunikation sowie begründete Argumentationen im intra- und interdisziplinären Team vor dem Hintergrund einer Evidence-based Entscheidungsfindung des individuellen Pflegebedarfes der zu pflegenden Menschen (Behrens & Langer, 2016, S. 47). Somit sind Angehörige anderer Berufsgruppen von deren Ausführung ausgeschlossen. Zur Sicherstellung, dass die vorbehaltenen Tätigkeiten ausschließlich durch Pflegefachpersonen ausgeführt werden, bedarf es einer optimalen Arbeitsablauforganisation. Zum Beispiel darf die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfes nicht mehr an geringer qualifiziertes Personal delegiert werden, das heißt auch Auf-

nahmegespräche von Patienten werden durch Pflegefachpersonen oder zumindest angehende Pflegefachpersonen unter Anleitung durchgeführt. Klärungsprozesse zwischen den Berufsgruppen der Pflegenden und der Ärzte werden benötigt, was zum Beispiel geeignete Prophylaxen betrifft oder welche Möglichkeiten der Mobilisation bestehen (Weidner, 2019, S. 27 f.). Mit der Formulierung der Vorbehaltsaufgaben werden die tradierten Strukturen der Pflege aufgebrochen, in der Pflegende nur Hilfskräfte und lediglich ausführende Personen nach Weisungen des Arztes sind. Die notwendigen, sich daraus ergebenden Anforderungen an die Fähigkeiten der eigenverantwortlichen Organisation und Kommunikation mit verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der pflegerischen Einrichtungen, müssen bereits in der Ausbildung erworben, beziehungsweise angebahnt werden.

Auch wenn der Kompetenzbereich III der PflAPrV lediglich 300 der 2100 Stunden an theoretischem Unterricht vorsieht, so ist dieser Bereich jedoch gleichzeitig die Schnittstelle innerhalb der praktischen Ausbildung, von der aus alle anderen Kompetenzbereiche umspannt werden. Teaminterne und teamübergreifende Arbeitsorganisation sowie Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse mit anderen Professionen sind wesentlicher Bestandteil des Pflegeberufes. Die Abstimmung des Pflegehandelns zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im „qualifikationsheterogenen Team“ (BMG, BMFSFJ, 2018b, S. 54), die Koordination sowie dessen Delegation und Überwachung, erfordert Kompetenzen der direkten Pflege-zu-Pflegender-Beziehung der Bereiche I und II, ebenso wie die Entwicklung der Kompetenzbereiche IV und V, wenn es darum geht schwierige, widersprüchliche Situationen wahrzunehmen und zu reflektieren und sich zum Wohle des zu pflegenden Menschen einzusetzen.

In Bezug auf den Kompetenzbereich III der PflAPrV sind dies im Krankenhaus die Handlungen innerhalb des Pflegeteams, aber auch in der Zusammenarbeit mit anderen im Krankenhaus arbeitenden Gesundheitsberufen. Darunter fällt beispielsweise die Weitergabe von Informationen zur Versorgung von zu pflegenden Menschen oder die mitverantwortliche Koordination und Delegation von therapeutischen Handlungen und Gesprächen. Die Übernah-



Struktur des MultiKomm als Arbeits- und Lernaufgabe im pflegerischen Ausbildungskontext, modifizierte eigene Darstellung, angelehnt an Howe & Gessler (2018, S. 491)

me von Verantwortung innerhalb multiprofessioneller Versorgung mündet somit in pflegefachlicher Kommunikation in inter- und multidisziplinären T eamprozessen. Zur Bewältigung der dabei entstehenden Aushandlungsprozesse und Konflikte muss eine gewisse Wertehaltung und Berufsidentität vorhanden sein, um an der eigenverantwortlichen Gestaltung von Berufsprozessen aktiv teilnehmen zu können.

Der Referentenentwurf der PflAPrV sieht vor, dass zum Erreichen des im PflBRefG beschriebenen Ausbildungsziels, den Auszubildenden Kompetenzen vermittelt werden sollen, „die [...] den Aufbau einer umfassenden Handlungskompetenz verfolgen“ (BMG, BMFSFJ, 2018b, S. 94).

Berufliche Handlungsfähigkeit als Ziel der Berufsausbildung kann dem Berufsbildungsforscher Peter Dehnbostel nach „erst durch die Handlungsorientierung im Prozess der Arbeit hergestellt [werden], wobei das Handeln in Ziel- und Inhaltsoption einzubinden ist, um nicht der Beliebigkeit und Zufälligkeit zu verfallen“ (2005, S. 12). An dieser Stelle erfolgt die Forderung nach Konzepten, die gezielt Berufsbildungsprozesse in der realen Praxis ermöglichen. Es sind Lernziele zu formulieren und Methoden zu deren Überprüfbarkeit zu entwickeln. Auch die Autoren des NaKomm schreiben in Bezug zum Lernen in realen Arbeitsprozessen, dass „sich immer wieder neue komplexe, nicht vorhersehbare Konstellationen [ergeben], anhand derer die Lernenden umfassende Erfahrungen machen können – Erfahrungen, die in keiner anderen Lernumgebung in dieser Komplexität simuliert werden können“ (Darmann-Finck & Muths, 2016, S. 189). Sie konstatieren weiter, dass es nötig ist, um „Pflegekompetenz gezielt fördern und Arbeiten tatsächlich mit Lernen verknüpfen zu können“ (ebd., S. 202), der Arbeitsplatz in der praktischen Pflege „besser als bisher als Lernort erschlossen werden“ (ebd., S. 202) sollte. Wie dieses unter den gegebenen Umständen einer von Fachkräftemangel geprägten Praxis gelingen kann, in der die Arbeitskraft der Auszubildenden mehr im Vordergrund steht als ihr Lernen (Isfort & Weidner, 2010; ver.di, 2015), ist in der Literatur unklar. Bereits 2016 fordern die Pflegewissenschaftler Darmann-Finck und Muths von den Betrieben, dass das „Verwertungsinteresse an der Arbeitskraft der Lernenden hinter den Qualifizierungsauftrag treten“ (Darmann-Finck & Muths, 2016, S. 205) müsse, räumen jedoch auch ein, dass dies „nicht kostenneutral möglich“ (ebd., S. 205) sei. Die Bewältigung von komplexen Situationen müsse – unter Berücksichtigung von institutionellen, systemischen oder auch persönlichen Bedingungen – während der Ausbildung erlernt werden. Dazu ist es notwendig, dass „Lernen und Handeln in der Arbeit mit den Strukturen zusammengebracht werde“ (Dehnbostel, 2005, S. 18). Wenn man nach Dehnbostel (2005) geht, ist hier nicht eine Schulstation, ein Simulationszentrum oder ein Skills Lab gemeint, sondern die reale Arbeitssituation im realen Arbeitsprozess, so wie er auf den Stationen tagtäglich stattfindet.

Die Praxisanleitenden

Aufgrund des großen Anteils an Praxisanleitungssituationen und Reflexionen durch die Praxisanleiter, erhalten diese unmittelbar vor Durchführung des Konzeptes eine berufspädagogische Fortbildung im Sinne des § 4 Abs. 3 PflAPrV. Dadurch soll ihre eigene Handlungssicherheit bei der

Das Konzept *MultiKomm* eröffnet den Blick auf fünf Aspekte:

1. Das Konzept *MultiKomm* erschließt und nutzt die reale Praxis als Lernort.
2. Die realen Praxisverhältnisse diktieren den angehenden Pflegenden die Handlungsmöglichkeiten und geben die Komplexität vor.
3. Das Konzept löst somit frühere, durch die Schule vorgegebene, Praxisbegleitsituationen mit ihrem „Als-ob-Status“ ab.
4. Die Ausführung der vorbehaltenen Tätigkeiten wird unter dem Fokus des Kompetenzbereiches III der PflAPrfV in den Blick genommen.
5. Ausgehend von Kompetenzbereich III wird eine ganzheitliche Kompetenzentwicklung über alle fünf, in der PflAPrV vorgesehenen, Kompetenzbereiche realisiert.

Durchführung des Konzeptes geschult werden. Dieses beinhaltet lerntheoretische Grundlagen zu implizitem Lernen, Reflexionsprozessen und Aspekte einer lernförderlichen Arbeitsumgebung nach Dehnbostel (2015a). Unter anderem beinhaltet sie praktische Übungen zur Rolle des Praxisanleiters innerhalb des Konzeptes, theoretische Inhalte zu Elementen der Anleitung sowie der Rolle des Praxisanleiters in den einzelnen Stufen des Cognitive Apprenticeship, insbesondere den Stufen der Artikulation, Reflexion und Exploration, der Kommunikation und Unterstützung zur Reflexion sowie den Kompetenzstufen nach Benner. In diesem Zusammenhang findet für die Praxisanleiter eine Einführung in die Benutzung des Reflexionszyklus nach Gibbs (2013) und den Fragetechniken nach Greif (2008) zur Unterstützung der Selbstreflexion der Auszubildenden statt. Ebenso können durch die Methoden des Szenisches Spiels (Scheller, 2018) mögliche Situationen und deren Bewältigung für die Praxisanleiter gewinnbringend nutzbar gemacht werden und zur eigenen Entwicklung von Handlungsfähigkeit beitragen. Insbesondere das Szenische Reflektieren soll hier durch die Beobachterposition von außen „Zustände, Handlungen und Haltungen“ sowie „Beziehungsstrukturen“ (ebd., S. 129) reflektieren.

Die Pflegepädagogen als Praxisbegleitende

Die Schule übernimmt in diesem Rahmen als Praxisbegleitung nach § 6 Abs. 3 PflBRefG die Implementierung sowie die Begleitung und Beratung der Praxisanleiter bei der Ausübung in ihrer Funktion der Anleitung. Somit wird die Forderung, die im Referentenentwurf zur PflAPrV formuliert ist, „die praktische Ausbildung und de[n] Theorie-Praxis-Transfer“ (BMG, BMFSFJ, 2018b, S. 2) durch die Schule zu begleiten, sichergestellt. Zudem übernehmen die

Pflegepädagogen die Gesamtreflexion und Evaluation am Ende der MultiKomm-Woche. Begleitet werden kann das MultiKomm durch ein Lerntagebuch, wodurch die Reflexionsfähigkeit der Auszubildenden zusätzlich gefördert wird und das als Instrument einer Lernerfolgskontrolle Einzug in das Jahreszeugnis erhalten kann.

Literaturverzeichnis

Armitage, H. & Connolly, J. (2008). Developing sustainable models of interprofessional learning in practice. The TULIP Project. Nurse Educ Prac, 8 (8), 276–282.

Behrens, J. & Langer, G. (2016). Evidence-based nursing and caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“ (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Hogrefe. Verfügbar unter http://elibrary.hogrefe.de/9783456954639

BMG; BMFSFJ. (2018a). Bundesgesetzblatt T eil I Nr. 34 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrfV). PflAPrfV, 1572–1621.

BMG, BMFSFJ. (2017). Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. PflBRefG, 2581–2614. Zugriff am 22.12.2018.

Darmann-Finck, I. & Muths, S. (2016). Lernen am Arbeitsplatz - Konzepte für das betriebliche Bildungspersonal. In E. Brinker-Meyendriesch & F. Arens (Hrsg.), Diskurs Berufspädagogik Pflege und Gesundheit. Wissen und Wirklichkeiten zu Handlungsfeldern und Themenbereichen (Berufsbildungsforschung Pflege und Gesundheit, Band 2, S. 188–209). Berlin: wvb Wissenschaftlicher Verlag Berlin.

Dehnbostel, P. (2005). Prozessorientierung in der Ausbildung. Arbeiten und Lernen in neuen Struktur- und Kompetenzmodellen verbinden. In Forschungsinstitut Betriebliche Bildung GmbH (Hrsg.), Prozessorientierung in der Ausbildung. Ausbildung im Arbeitsprozess (39, Bd. 39, S. 10–20). Dehnbostel Prozessorientierung in der Ausbildung. wbv.

Dehnbostel, P. (2015a). Betriebliche Bildungsarbeit. Kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung im Betrieb (Basiscurriculum Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Bd. 9, 2. Aufl.).

Dehnbostel, P. (2015b). Lernen im Prozess der Arbeit-Handlungsfelder und Orientierungen für den Pflegebereich. In M. Sieger, L. Goertz, A. Wolpert & A. Rustemeier-Holtwick (Hrsg.), Digital lernen - evidenzbasiert pflegen. Neue Medien in der Fortbildung von Pflegefachkräften (S. 36–44). Berlin: Springer. Zugriff am 19.05.2019.

Gibbs, G. (Oxford, Hrsg.). (2013). Learning by doing. Zugriff am 17.05.2019. Verfügbar unter https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.comm/2015/12/learning-by-doing- graham-gibbs.pdf. Zugriff am 18.06.2019.

Greif, S. (2008). Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion. Theorie, Forschung und Praxis des Einzel- und Grup-

pencoachings (Innovatives Management). Göttingen: Hogrefe. Verfügbar unter http://www.socialnet.de/ rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8017-1983-8

Isfort, M. & Weidner, F. e. a. (Deutsches Institut für angewandte Pflegegeforschung e.V. (dip), Köln, Hrsg.). (2010). Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Zugriff am 19.03.2019. Verfügbar unter www.dip.de

Scheller, I. (2018). Szenisches Spiel. Handbuch für die pädagogische Praxis (8. Auflage). Berlin: Cornelsen.

Ver.di (Bundesverwaltung, Hrsg.). (2015). Ver.di Ausbildungsreport Pflege 2015. Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter https://gesundheit-soziales.verdi.de/

Weidner, F. (2019). Künftig Pflegefachkräften vorbehalten. Kernaufgaben der Pflege. Heilberufe, 71 (1), 25–28.

WHO (Hrsg.). (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Zugriff am 17.05.2019. Verfügbar unter WHO (Hrsg.). (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Zugriff am 17.05.2019.

Autorin

Susan Abels
Fachkrankenschwester intensiv- und Anästhesiepflege
Praxisanleiterin
Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pädagogik, B.Sc.
(Katholische Hochschule Köln)
Lehrerin Pflege und Gesundheit, M.A. (Katholische Hochschule Köln)
Kursleitung Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesie

susanabels@freenet.de

Autorin

Dorothee Klaas
Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensiv und Anästhesie

Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pädagogik, B.Sc.
(Katholische Hochschule Köln)

Lehrerin Pflege und Gesundheit, M.A. (Katholische Hochschule Köln)

Klaas2016@gmx.de

Autorin

Maike Nöbel
Gesundheits- und Krankenpflegerin

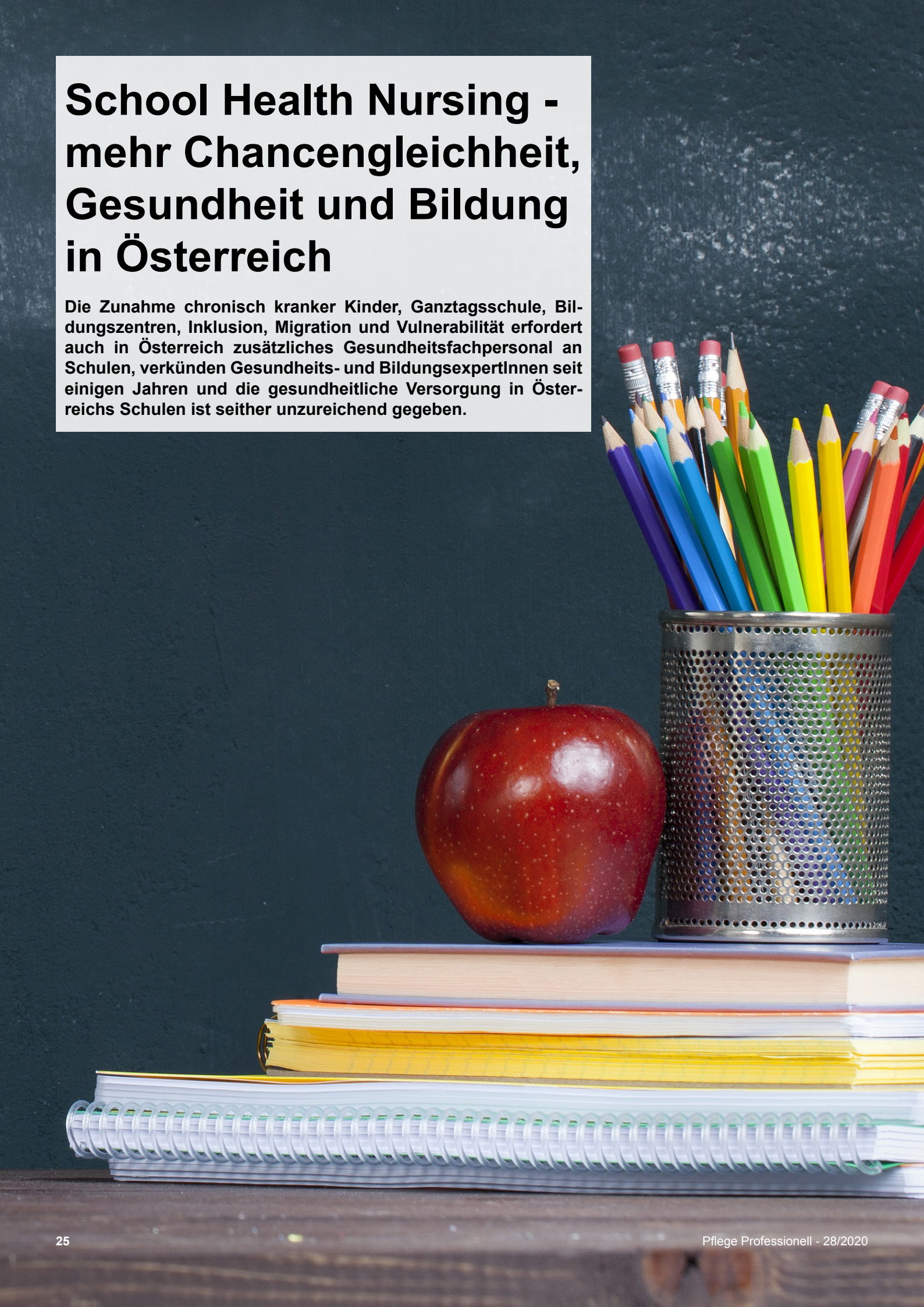
Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pädagogik, B.Sc.
(Katholische Hochschule Köln)

Lehrerin Pflege und Gesundheit, M.A. (Katholische Hochschule Köln)

maikenobel@gmail.com

School Health Nursing - mehr Chancengleichheit, Gesundheit und Bildung in Österreich

Die Zunahme chronisch kranker Kinder, Ganztagsschule, Bildungszentren, Inklusion, Migration und Vulnerabilität erfordert auch in Österreich zusätzliches Gesundheitsfachpersonal an Schulen, verkünden Gesundheits- und BildungsexpertInnen seit einigen Jahren und die gesundheitliche Versorgung in Österreichs Schulen ist seither unzureichend gegeben.



Schulkinder benötigen in der Schule neben pädagogischer auch pflegerisch-medizinische, psychologische und soziale Versorgung. Gesundheitliche und soziale Herausforderungen machen vor der Schuleingangstüre nicht halt. Das Bildungssystem in Österreich gleicht mittlerweile anderen europäischen Ländern, bis zum Jahr 2022 sollen 40% der Schulkinder auch in Österreich im Ganztagsschulsystem untergebracht werden (RIS 2019: o. S.). In der OECD Talis Studie (2019) geben Lehrende an, dass in Schulen Unterstützungspersonal fehlt (Nimmervoll 2019: o. S.). Schulgesundheitsteams stellen eine Unterstützung in Schulen dar. Schulgesundheitspflegerinnen bzw. School Nurses setzen sich beispielsweise in europäischen Ländern und international hauptverantwortlich für Gesundheitsbelange der Schulkinder ein und stellen eine Unterstützung und Entlastung für Kinder, deren Eltern, Lehrende im multiprofessionellen Schulteam dar.

Thematik

Chronische, oft lebenslang beeinträchtigende Krankheiten im Erwachsenenalter, wie zum Beispiel Herz- Kreislauf- und Krebserkrankungen sowie andere organische Störungen und psychosoziale Beeinträchtigungen, haben ihren Ursprung meist im Kindes- und Jugendalter (Hurrelmann 1994: 1-29). Im Setting Schule wird ein Großteil der Bevölkerung über mehrere Jahre hinweg gut erreicht und Gesundheitsbildung kann in diesem Setting gezielt umgesetzt werden. Wissen und Verhaltensweisen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit können so bereits im Kindesalter gelernt werden (Naidoo, Wills 2003: 279). Bildung, Gesundheit und Armut stehen im Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig (Hurrelmann 1994: 1-29).

Die Leiterin der Mobilen Kinderkrankenpflege, Gabriele Hintermayer (2016) gibt an, dass beispielsweise Körperpflege, Mobilisation, Medikamentenverabreichung, Katheterisieren, Stomaversorgung, orales, naseles, tracheales Absaugen des Katheters, Blutzuckermessungen, Sauerstoffversorgung etc. zu den anfallenden pflegerisch- medizinischen Tätigkeiten in Schulen zählen (Hintermayer 2016: 18).

Damm (2017) verweist darauf, dass im Setting Schule die pflegerischen Bedarfe vordergründig sind. Diese erfordern ein Fachwissen. School Nurses sind international und in europäischen Ländern seit Jahrzehnten hauptverantwortlich (76%) für gesundheitliche Bedarfe von Schulkinder da, gefolgt von SchulärztInnen, SchulpsychologInnen, SchulsozialarbeiterInnen etc. (Damm 2017: 16).

-> 1 € in Kindergesundheit investiert bringt ca. 10 € Gewinn (Vavrik 2012: 21).

Bedarf an School Health Nursing

Alleine 30.000 Kinder und Jugendliche benötigen in sozialen Belangen Unterstützung. Die Chance der Armut zu entkommen, ist insgesamt von der gesellschaftlichen Ungleichheit abhängig. Ist die Dauerarmut ansteigend, so verringern sich die Zukunftschancen sozial benachteiligter Kinder. Je früher, länger und je schutzloser Kinder in einem Armutsverhältnis leben, desto stärker werden die Auswirkungen (Schenk 2015: 43-52). Im Übrigen leiden derzeit von insgesamt 1,2 Millionen Schülerinnen und Schüler in Österreich ca. 190.000 an einer chronischen Erkrankung. Dazu zählen z. B. Asthma bronchiale, Diabetes, Epilepsie, Rheuma juvenile, Mukoviszidose, das Adrenogenitale Syndrom und Krebs. Anstelle von Unterstützung erfahren Kinder und Jugendliche in der Schule jedoch oftmals Diskriminierung. Sie erhalten keine Gelegenheit in Schulen aufgenommen zu werden oder sie werden von Veranstaltungen ausgeschlossen (Martin 2015: o. S.).

Studien zeigen auf:

- jedes 5. Kind ist in Österreich chronisch krank (HBSC Studie 2010, zit. nach Culen 2018 12).
- 30% der Kinder in Österreich sind übergewichtig, das begünstigt Diabetes Typ 2 (15 von 1000 Kindern unter 18 Jahren leiden an Diabetes Typ 2) (Child Obesity Surveillance Intitiative, in BMASGK 2017: o. S.).

In den Jahren 1999 erkrankten z.B. noch 12 von 100.000 Kinder an Typ 2 Diabetes, im Jahr 2007 bereits 18,4 in Österreich, das epidemiologische Monitoring in Österreich liegt auf niedrigem Niveau (Salzburger Nachrichten (SN) 2016: o. S.)

- Ein Viertel (37,95% Buben, 34,41% Mädchen) aller Jugendlichen (n 3.615) sind von einem psychischen Problem betroffen (MHAT 2017, zit. nach Culen 2018: 17).
- 7,7% Kinder weisen eine Störung des Sozialverhaltens auf und 10 % der Kinder leiden unter Angstzuständen
- 73% der Mädchen und 85% der Buben erreichen nicht die moderaten Bewegungseinheiten von einer Stunde (HBSC 2014, in SN 2016: o. S.)

(C) Photographee

Derzeit sind in Kärnten bzw. in Österreich LehrerInnen, SekretärInnen und sonstiges Schulpersonal mit der gesundheitlichen Versorgung von Schulkinder konfrontiert, speziell in Volksschulen, wenn kein Gesundheitsfachpersonal vor Ort ist. Oder Kinder mit Beeinträchtigungen werden von Schulen ausgeschlossen. Die Zunahme chronisch kranker Kinder und ihre gesundheitliche Versorgung im Schulsystem stellen für Lehrende und Lernende große Herausforderungen dar. In Österreich wurde nach dem Bildungsreformgesetz 2017 folgende Regelung beschlossen: LehrerInnen und weiteres Schulpersonal sind fortan an Schulen befugt, medizinische Unterstützungsleistungen zu erbringen. Auf der Homepage vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2019) steht zu lesen:

Gemäß dieser Regelung kann ein/e ÄrztIn (niemals aber die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten von betroffenen SchülerInnen) im Einzelfall einzelne ärztliche Tätigkeiten nach vorhergehender Anleitung und Unterweisung übertragen,

- an Angehörige de/r/s PatientIn,
- an Personen, in deren Obhut die/der PatientIn steht oder
- an Personen, die zu/r/m PatientIn in einem örtlichen und persönlichen Naheverhältnis stehen – und somit an medizinische Laien, wie auch an Lehrpersonen.

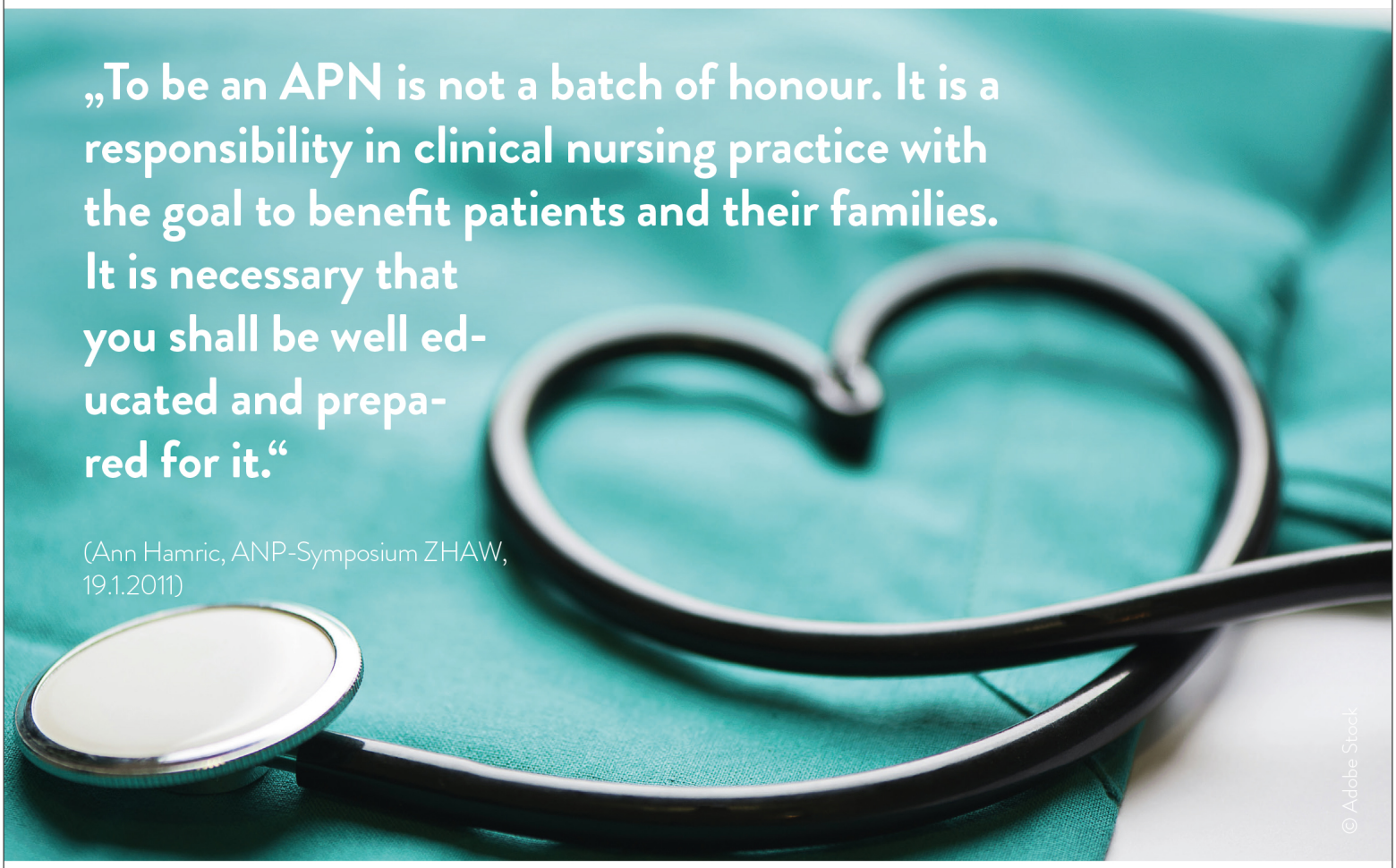
Solche Tätigkeiten sind zum Beispiel:

- aktive Medikamentenverabreichung an das Kind,
- Blutzuckermessung beim Kind,
- aktive Handlungen an der Insulinpumpe,
- Handlungen an der Ernährungssonde.

„Die Lehrperson hat das Recht, die Übernahme der ärztlichen Tätigkeit/en abzulehnen. Auf die Möglichkeit der Ablehnung hat die Ärztin bzw. der Arzt gesondert hinzuweisen.

Sollte der Schülerin bzw. dem Schüler ein Schaden entstehen, haftet nicht die Lehrperson, sondern die Republik Österreich nach dem Amtshaftungsgesetz.

akademie
für weiterbildung
der FHOÖ



10. ANP-Kongress
Den Kompetenzen verpflichtet!

21. – 22. April 2020, Linz

Jubiläumskongress: Einladung zum Dinner am 21. April 2020 abends in die Redoutensäle

ReferentInnen in alphabetischer Reihenfolge:

Anja Albers, MSc, APN (DE)
Jeanine Altherr, MScN (CH)
Sonja Beckmann, PhD, RN (CH)
Stella T. Calo (DE)
Dr. Anneke De Jong, MScN (NL)
Dipl. Pflegewirt Sebastian Dorgerloh (DE)
Nicole Feldmann, MScN (DE)
Sonja Freyer, MSc (DE)
Ursula Frohner (AT)
Markus Golla, BSc (AT)
Johannes Hainzl, Acad. APN (AT)
Ann B. Hamric, PhD, RN, FAAN (USA)
Dr. Christian Heering, RN, MSc (CH)
Anke Kampmann, MSc (DE)
Andrea Kapounek, MSc (AT)
Mag. Claudia Kastner-Roth (AT)
Manuela Kröll (AT)
Daniela Lehwaldt, PhD, MSc (IRL)
Claudia Leoni-Scheiber, MMSc, PhDc (AT)
Natalie Lottersberger, Bac (AT)
Christine Merzeder, PhD, MSc, MAS (CH)
Franziska Moser, BA, MA (AT)
Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS (AT)
Esther Pausch, BA (DE)
Wendy Preston RGN, BSC(hons), Msc, Pgcert, HE (UK)
Matthias Prommersberger, Cand. MSc ANP (DE)
MMag. Dr. Elisabeth Rappold (AT)
Mag. Paul Resetarics, MSc (AT)
Ines Schindler (AT)
Univ.Prof. Dr. Elisabeth Seidl (AT) - angefragt
Claudia Siebenhaar, MScN (CH)
Martina Spalt, BSc (AT)
Christa Tax, MSc (AT)
Prof. Dr. Markus Zimmermann (DE) - angefragt

In Kooperation mit: swissANP Advanced Nursing Practice – Interessengruppe des SBK / Groupe d'intérêt commun ASI / Gruppi d'interesse ASI; ANP Forum

www.fh-ooe.at/anp2020

Übernimmt ein medizinischer Laie die Durchführung einer ärztlichen Tätigkeit, obwohl sie bzw. er weiß oder bei gehöriger Aufmerksamkeit hätte wissen müssen, dass sie bzw. er die Tätigkeit nicht entsprechend der im Einzelfall gebotenen Sorgfalt durchführen kann, so muss sie bzw. er dieses Verhalten verantworten (sogenannte Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit)

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche kommen mit ihrer Krankheit häufig selbst gut zurecht, benötigen jedoch manchmal routinemäßige pflegerische und/oder medizinische Betreuung, dies auch während der Unterrichtszeit. Wenn es sich dabei nicht um lediglich auf einem Allgemeinwissen beruhende Tätigkeiten handelt, die jeder medizinische Laie erbringen darf, besteht gemäß § 50a Ärztegesetz 1998 die Möglichkeit der Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten an Laien.“ (BMBWF 2019: o. S).

- Was geschieht, wenn ein Kind nicht mit seiner Krankheit zurechtkommt?
- Wie sieht es mit der Delegation von pflegerischen Tätigkeiten in Schulen aus?
- Ist eine Lehrkraft gegebenenfalls auch für mehrere Kinder mit gesundheitlichen Problemstellungen zuständig?

Inklusion von Schulkindern wird in Österreich forciert, Kinder sind jedoch mit Ihren Eltern alleingelassen, wenn das Schulpersonal diese unterstützenden Tätigkeiten verweigert oder die Schulkinder mit Beeinträchtigungen gar von der Schule ausgeschlossen werden. Verständlich ist es jedenfalls, wenn trotz des Berufshaftungsgesetzes Bedenken von Seiten der LehrerInnenschaft auftreten, da diese medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten, von Personen ohne jeglichem grundlegenden und vernetzten, gesundheitsbezogenen Fachwissen durchgeführt, mit Gefahren für das Kind und die ausführende Person verbunden sind.

In einer öffentlichen Institution wie z. B. dem Krankenhaus werden

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

oben angeführte Tätigkeiten von Gesundheitsfachkräften durchgeführt, die für eine sachgemäße Verrichtung dieser Aufgaben mehrjährige Ausbildungswege absolvieren.

Zum oben angeführte Punkt: „aktive Handlungen von Schulpersonal an der Insulinpumpe“ meint Lilly Damm, selbst Schulärztin und Gesundheitswissenschaftlerin (2019), dass auch SchulärztInnen hier nicht helfen können. Sogar SchulärztInnen benötigen im Umgang mit der Insulinpumpe eine eigene Ausbildung, verweist Damm in der Debatte mit dem Österreichischen Gemeindebund (Damm 2019: o. S.). Der Österreichische Gemeindebund kritisiert seit Jahren das ineffiziente Schulgesundheitssystem in Österreich und plädiert u.a. für Schulgesundheitsteams, speziell auf die Bedürfnisse der Kinder in Schulen abgestimmt (Leiss 2019: o. S.).

Lilly Damm (2017) erkennt einen Bedarf an pflegerischer Unterstützung besonders im Hinblick auf Ganztagsschule. Nach Damm ist es nicht möglich, diesen Herausforderungen alleine mit ÄrztInnen zu begegnen, da hauptsächlich pflegerische Tätigkeiten gefordert sind und ÄrztInnen keine Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GuKP) sind. Eingespart werden könnten mit der vergleichsweise günstigen Variante einer GuKP viele nicht bedachte Kosten wie z.B. teure Rettungsfahrten, daneben auch persönliche finanzielle Einbußen für Eltern. Das Beispiel der Korneuburger Gemeinde Kinder GuKP zeigt auf, dass sich bescheidene finanzielle Investitionen mittel und langfristig rechnen. Es ist eine wichtige politische Frage in Österreich, ob wir es uns leisten können, an der Gesundheit unserer Kinder zu sparen (Damm 2017: 17f).

Aufgabenbereiche von School Nurses

Die grundlegende Idee der Schulgesundheitspflege ist es, den Gesundheitszustand der SchülerInnen nachhaltig zu bewahren und fördern. School Nurses nehmen als frühe Hilfe im Setting Schule in Bereiche wie Bildung, Gesundheit und Soziales Einfluss, indem sie als erste Ansprech- und Vertrauenspersonen Kindern, deren Eltern und Lehrenden in Gesundheits- und Sozialbelangen unterstützend zur Seite stehen und bei Bedarf zu anderen Berufsgruppen weitervermitteln. Dies führt auch zu einem besseren Lernerfolg.

School Nurses sind erste AnsprechpartnerInnen, Vertrauens- und Vermittlungspersonen, sie sind da für Erste Hilfe, für die pflegerisch-medizinische Versorgung von Schulkindern und sie organisieren zielgruppengerecht Workshops und Vorträge zur Gesundheitsförderung und Prävention, um die Gesundheitskompetenz von Schulkindern nachhaltig zu stärken.

Kompetenzen von SchulgesundheitspflegerInnen in Österreich

Nach Angaben der European Health Literacy Survey (2011) befindet sich die Gesundheitskompetenz der ÖsterreicherInnen im europäischen Vergleich an vorletzter Stelle (Dietscher 2019: o. S.). Mit der Integrierung von School Health Nursing besteht auch für Österreich die Möglichkeit, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu stärken.

Zu den Kompetenzen von GuKP im Rahmen der Schulgesundheitspflege meint Ursula Frohner (2017): Gemäß der Gesetzesnovelle 2016 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) umfassen die Kompetenzbereiche des gehobenen Dienstes für GuKP pflegerische Kernkompetenzen, Kompetenz bei Notfällen, Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, Weiterverordnung von Medizinprodukten, Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam sowie Spezialisierungen. Maßnahmen zur „Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention” zur pflegerischen Kernkompetenz (d. h. dem fachlich autonom wahrzunehmenden Vorbehaltsbereich von GuKP) sowie „Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen bzw. zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit”, aber auch „Förderung der Gesundheitskompetenz”, sind bei den Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam ausdrücklich vermerkt. Daraus ist abzuleiten, dass auch der Bereich der Schulgesundheitspflege samt den damit verbundenen Maßnahmen, im gesetzlich definierten Berufsbild GuKP umfasst ist. GuKP sind somit berechtigt und qualifiziert legitimiert, sämtliche im GuKG definierten Kompetenzen auch im Setting der Schulgesundheitspflege durchzuführen, einschließlich z.B. der Durchführung von Impfungen laut Impfplan nach ärztlicher Anordnung. Auch der Bereich der niedrigschwellig angebotenen, zielgruppenspezifischen Gesundheitserziehung zählen zu den Kompetenzen der GuKP. GuKP weisen des Weiteren Kompetenzen in transkultureller Pflege auf, sodass damit etwa ein individuelles Eingehen auf Migrantinnen und Migranten möglich wird.

Angehörige der GuKP sind daher in der Lage, bei der Erhöhung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern (Gesundheitsziele Österreich) mitzuwirken, können des Weiteren das Lehrpersonal professionell unterstützen z.B. bei Lernenden in Integrationsklassen, welche gesundheitsbedingte Einschränkungen haben oder chronisch krank sind (zum Beispiel bei Diabetes mellitus oder anderen Stoffwechselerkrankungen sowie körperlichen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen etc.).

Letztendlich ist zu vermerken, dass nach dem GuKP gemäß § 15 Abs. 7 GuKG qualifiziert sind, gemäß § 50a Ärzte Gesetzes 1998, an Personen einzelne ärztliche Tätigkeiten weiter zu übertragen bzw. die erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen (Frohner 2017: 2ff).

Vorteile von School Health Nursing

Vorteile, die sich mit der Anwesenheit von School Nurses ergeben sind im Folgenden zusammengefasst:

- die Gesundheitskompetenz von Schulkindern und deren Umfeld steigt mit der Anwesenheit von School Nurses nachhaltig.
- das Gesundheitsverhalten von Lernenden, deren Eltern und Lehrenden verbessert sich
- es entsteht ein Gesundheitsbewusstes Schulklima.
- Erhöhung der Chancengleichheit und Lernleistung (Borup, Holstein 2008).
- Schulkinder sind bei der Anwesenheit von School Nurses angstfreier und lernbereiter
- die Integration von Schulkinder wird mit der Anwesenheit von School Nurses erleichtert.
- School Nurses sorgen bei Kinder unterschiedlicher Herkunft und Beeinträchtigung für eine kontinuierliche Teilnahme am Bildungsprozess.
- die Krankheitsausbreitung wird von School Nurses aufgrund ihres ExpertInnen-Wissen bzgl. Hygienemaßnahmen reduziert
- Transportkosten für externe mobile Dienste entfallen, Eltern können Ihre Erwerbstätigkeit ausweiten (Horacek et al. 2015)
- Krankheitsfälle und Krankheitskosten treten bei der Anwesenheit von School Nurses reduziert auf (Morton, Schulz 2004)
- nur 5 % der SchülerInnen werden krankheits- oder verletzungsbedingt nach Hause entlassen, wenn School Nurses anwesend sind. Hingegen werden 18 % der Schulkinder nach Hause entlassen, wenn School Nurses nicht anwesend waren und medizinisch-pflegerisches ungeschultes Personal darüber entschied (Pennington, Delaney, 2008
- Fehlzeiten von Lernenden und Lehrenden reduzieren sich bei der Anwesenheit von School Nurses
- die Gesundheitsversorgung wird professionell geregelt
- mit der Anwesenheit von School Nurses erfolgt eine Unterstützung und Entlastung von Kindern, deren Eltern und Lehrenden (Möller 2016, in Gundolf 2017: 105ff)

In den USA (Massachusetts) entschied man sich nach Wang, Vernon-Smiley, Gapinski, Desisto, Maughan und Sheetz (2014) aus Gründen einer Kostenreduktion zu einer Absetzung oder Reduzierung von School Nurses. Daraufhin erfolgte eine Kosten-Nutzen-Analyse. Die Studienergebnisse waren Anlass dazu, die bewährte Form der Gesundheitsversorgung beizubehalten. Neunundachtzig Prozent der Simulationsversuche führten zu einem Nettonutzen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass School Nurses eine kostengünstige und vorteilhafte Investition in Kindergesundheit sind und den Einsatz von öffentlichen Geldern rechtfertigt (Wang et al. 2014: o. S.).

-> 1 € in SchulgesundheitspflegerInnen investiert, bringt 2 € Gewinn

Empfehlungen von School Health Nursing

SHN sollte nach Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2014) weiter ausgebaut werden. Das von der WHO partizipativ und konsensorientiert entwickelte Europäische Rahmenkonzept für eine schulische Gesundheitsversorgung definiert sieben Standards und die benötigten Kompetenzen einer „Schulgesundheitsfachkraft“ und kann an länderspezifische Besonderheiten in Bezug auf prioritäre Gesundheitsziele und die jeweilige Ausgestaltung des Gesundheitssystems angepasst werden (WHO 2014: 7-11).

GuKP sind mit ihren pflegerisch-medizinischen Kompetenzen und ihren Kernkompetenzen in der Gesundheitsförderung und Prävention nach dem GuKG 2016 bereits für die Aufgabenbereiche in der Schulgesundheitspflege ausgestattet. Die gesetzlichen Voraussetzungen von GuKP und die Erfahrungen anderer Länder mit School Health Nursing sollten im Hinblick auf die unzureichende Versorgung der Schulkinder, von EntscheidungsträgerInnen in Österreich erkannt und zum Wohle

der Bevölkerungsgesundheit genutzt werden. Gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Herausforderungen sollte gleichermaßen professionell und auf die Bedürfnisse der Schulkinder abgestimmt, begegnet werden. Dann kann Bildungs-, Gesundheits- und Soziale Chancengleichheit auch in Österreich gelingen.

Langfristig gesehen, lassen sich mit Investitionen in Kindergesundheit Gesundheitsausgaben reduzieren, der positive Effekt für die Kinder selbst ist schnell sichtbar.

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

Autorin

Gundolf Andrea, M. Ed.

Im Jahr 2017 erfolgte eine Bedarfserhebung von SchulgesundheitspflegerInnen in Kärnten im Rahmen einer Masterarbeit (FH Kärnten, Feldkirchen). Die Autorin befragte anhand eines qualitativen Interviewleitfadens 12 ExpertInnen in Kärnten. Vier LehrerInnen, vier DirektorInnen und vier Stakeholder der Bildungs- und Gesundheitsabteilungen des Landes Kärnten waren die InterviewpartnerInnen. Ein Bedarf an SchulgesundheitspflegerInnen wurde in Kärnten festgestellt, besonders in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der pflegerisch-medizinischen Versorgung der Schulkinder. Eine neuerliche Abschlussarbeit der Autorin für den Lehrgang „Akad. Gesundheits- und Pflegemanagement“ behandelte das Thema „Konzept für ein Pilotprojekt School Health Nursing in Kärnten.“ Die Abschlussarbeit ist anhand von ExpertInnen- und Fokusgruppeninterviews sowie Literaturrecherche entstanden und gibt einen theoretischen Rahmen für die Umsetzung in Kärntens- bzw. Schulsystem vor. Eine Umsetzungsstrategie im praktischen Schulalltag wird nun in Kärnten erarbeitet. Die Autorin hatte die Möglichkeit, in einem europäischen Förderungsprogramm für innovative Ideen (Interreg), dem Entrepreneur-Programm (Sozial Business Ideenwettbewerb im Alpe Adria Raum- SIAA) der UNI Klu und des BUILD Gründungszentrums, des Weiteren des BUILD Accelerator-Programms teilzunehmen. Derzeit wird an der Projektumsetzung intensiv weitergearbeitet. Ab Juli 2019 bis April 2020 wird die Umsetzung eines Pilotprojekts „School Health Nursing“ für die Anwendung in der Praxis über den Kärntner Wirtschaftsförderungsfond (KWF) bzw. das UiG (Unternehmen innovativer Ideen) gefördert und die Autorin übernimmt in diesem Programm die Projektleitung.

Korrespondenzadresse:
Gundolf Andrea, DGKP, M. Ed.
Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheitsberufe
Akad. Gesundheits- und Pflegemanagerin
Wissenschaftliche Projektmitarbeiterin/ UNI Klu
Leitung Projekt School Health Nursing in Kärnten
andrea@gundolf.at
St. Margarethenweg 5
9081 Reifnitz am Wörthersee

Literatur:

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2019): Medizinische Laientätigkeiten, Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Lehrpersonen, Verhalten im Notfall. Online: https://bildung.bmbwf.gv.at/ministerium/rs/2019_13.html Zugriff am 23.10.2019

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2019): Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) - Bericht Österreich 2017 online: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Reiseinfos_Verbrauchergesundheit/Ernaehrung_und_Lebensmittel/Rezepte_Broschueren_Berichte/Childhood_Obesity_Surveillance_Initiative_COSI_Bericht_Oesterreich_2017 Zugriff am: 24.10.2019

Culen, Caroline (2018): Zur aktuellen Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich. Online: https://www.kinderjugendgesundheit.at/files/cto_layout/downloads/jahresbericht/LIGA_JB_2018_web.pdf Zugriff am 24.10.2019

Damm, Lilly (2017): Es ist Zeit für ein Umdenken – die Schul-Gesundheitsschwester in Österreich.

ÖSTERREICHISCHE PFLEGEZEITSCHRIFT, 1. Online: http://www.childadvocacy.at/wpcontent/

uploads/2014/10/Damm_O%CC%88PZ-1-2017_Interview.pdf, letzter Zugriff am 18.05.2018

Damm, Lilly (2019): An den Schulen braucht es Teams für akute Gesundheitsprobleme. Online: https://kommunal.at/den-schulen-braucht-es-teams-fuer-akute-gesundheitsprobleme Zugriff am 24.19.2019

Dietscher, Christina (2019): GESUNDHEITSKOMPETENZ: DIE MENSCHEN IN ÖSTERREICH KENNEN SICH IN GESUNDHEITSFRAGEN ZU WENIG AUS. WIE KÖNNEN WIR DAS ÄNDERN? Online:

https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitskompetenz/ Zugriff am 24.10.2019

Frohner, Ursula (2017): Stellungnahme des ÖGKV zum Bildungsreformgesetz 2017. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_10510/imfname_630150.pdf letzter Zugriff am 16.11.2018

Gundolf, Andrea (2017): Die Schoolnurse und Ihre Kompetenzen. Eine Bereicherung für das Primarschulsystem. Masterarbeit. Online:

https://www.ktn.gv.at › 342272_DE-Europastipendium_2017-Gundolf_M... Zugriff am 24.10.2019

Hintermayer, Gabriele (2016): Hintermayer G. (2016). Inklusion von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen im Schulsystem. ÖSTERREICHISCHE PFLEGE-ZEITSCHRIFT, 5. Online: https://www.medizin.uni- halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Publikationslisten/%C3%96PZ_ 5_2016_Final.pdf, letzter Zugriff am 18.05.2018

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

Leiss, Walter (2019): Interdisziplinäre Teams wären die beste Lösung in Schulen. Online: http://www.buergermeisterzeitung.info/ausgaben/bz1019.pdf Zugriff am 24.10.2019

Martin, Karin (2015): Chronisch krank in der Schule. Im Schulsystem wird auf chronisch kranke Kinder noch zu wenig Rücksicht genommen. Die Volksanwaltschaft nimmt sich nun der Problematik an und unterstützt eine Bürgerinitiative. O. S. Online: https://medonline.at/2015/chronisch-krank-in-der-schule/ Zugriff am 5.5.2018

Naidoo, Jennie/ Wills, Jane (2003): Determinanten der Gesundheit. Soziale Schichtzugehörigkeit und Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. 1. Aufl.: Günter Conrad

Nimmervoll, Lisa (2019): Ein politischer Knüller im Schulsystem. Online: https://www.derstandard.at/story/2000101912359/ein-politischer-knueller-im-schulsystem Zugriff am 24.10.2019

Österreichische Liga für das Kind (2013 o. S): Politische Deklaration zur Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich. Online: http://www.kinderjugendgesundheit.at/publikationen-reader/politische-deklaration-zur-kinder-und-jugendgesundheit-in-oesterreich.html Zugriff am 18.5.2018

RIS (Rechtsinformationssystem) (2019): Bedarfsgerechter Ausbau der ganztägigen Schulformen / Standorte 2018/19. Online: https://bildung.bmbwf.gv.at/schulen/gts/ba/ba_standorte.html Zugriff am: 23.10.2019

Salzburger Nachrichten (SN) (2016): Kindergesundheit in Österreich. 16 Prozent sind chronisch krank. Online: https://www.sn.at/leben/gesundheit/kindergesundheit-in-oesterreich-16-prozent-sind-chronisch-krank-1703986 Zugriff am 24.10.2019

Schenk, Martin (2015): Kindergesundheit und Armut Daten, Zusammenhänge, Ursachen. In: Österreichische LIGA für Kinder und Jugendgesundheit (Hrsg.): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2015: 43-52. Wien. Online: http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Liga_Bericht_2015_web.pdf letzter Zugriff am 06.05.2017

Vavrik, Klaus (2012a): Kinder und Jugendliche wissen, was sie brauchen. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention, gesundes Österreich: 14 Jahrgang (2): 21. Online: http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/magazin-gesundes-oesterreich/ausgaben-2012/magazin-gesundes-osterreich-ausgabe-2-2012/2012-07-06.8211267487 letzter Zugriff am: 24.04.2017

WHO (2014): European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. WHO Kopenhagen

Herausforderungen im Pflegeheim mit der Erkrankung Demenz

„Social Robot PARO“ als Lösungsansatz

In Deutschland leben 1,7 Millionen Menschen, welche an Demenz erkrankt sind und die Mehrheit leidet an Alzheimer-Krankheit. Jedes Jahr treten mehr als 300.000 Neuerkrankte auf. Ebenso treten mehr Neuerkrankungen als Sterbefälle unter den Erkrankten auf, aufgrund der demografischen Veränderungen. Infolgedessen nehmen die Zahlen der Menschen mit Demenz stetig zu. In der Vorausschätzung ab 2050 wird die Bevölkerungsentwicklung der Krankenzahl auf 3 Millionen ansteigen, sofern kein Durchbruch bezüglich präventiver Maßnahmen und Therapie erfolgen. Somit wird von einem mittleren Anstieg, um 400.000 pro Jahr oder um mehr als 100 pro Tag der Patientinnen und Patienten gesprochen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft).

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Menschen und der sinkenden Geburtenrate ergeben sich neue Herausforderungen für alte und pflegebedürftige Menschen. Es werden zukünftig mehr Pflegeheimplätze benötigt werden und ebenso mehr Pflegefachpersonen. Jedoch wird es nicht genügend Personal geben, um den Bedarf der Menschen decken zu können (Scorna, 2015).

Problemdarstellung

Durch den demografischen Wandel entstehen neue Herausforderungen für die Pflege. Zum einem nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zu und zum anderem verschärft sich der Fachkräftemangel. Ebenso wird nicht nur die Alterststruktur der Bevölkerung durch den demografischen Wandel beeinflusst, sondern auch der Arbeitsmarkt (Kehl, 2018).

Demenz ist eine komplexe, neurodegenerative Erkrankung, die mit einem signifikanten kognitiven und funktionellen Defizit einhergeht. Es handelt sich um eine umfassende Erkrankung mit kognitiven als auch nicht-kognitiven Beeinträchtigungen, die sowohl den Erkrankten selbst als auch das Umfeld betreffen. Gedächtnisverlust und kognitive Veränderungen sind die wegweisenden Charakteristika der Demenz. Aufgrund der umfassenden Veränderungen im Kontext der Demenz sind auch nicht-kognitive Symptome wie Änderungen von Verhalten, Emotionen und Sozialleben eingeschlossen. Von Pflegekräften werden diese nicht-kognitiven Veränderungen oftmals als die wirklichen Herausforderungen im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz betrachtet (Kales, Gitlin, & Lyketsos, 2014).

Die häufigsten nicht-kognitiven Veränderungen sind Zeichen von Agitiertheit, Affektänderungen wie Angst und Depression sowie neuropsychiatrische Symptome wie Wahnvorstellungen (Kales, Gitlin, & Lyketsos, 2014). Obwohl die kognitiven Veränderungen oftmals kaum verbessert werden können, sind die nicht kognitiven Symptome wichtiger, da diese die Therapieziele beeinflussen können (Boeve & Boxer, 2009). Da das Vorhandensein dieser Symptome recht heterogen auftritt, können die Folgen sehr ausgeprägt sein und damit zu massiven Beeinträchtigungen im Alltagsleben führen (Tschanz et al., 2011).

Weiterhin erhöht jede Art von Verhaltensauffälligkeit das Risiko eines Krankenhaus- oder Pflegeheimaufenthaltes sowie die Belastung von Pflegekräften und informell Pflegenden (Hersch & Falzgraf, 2008; Song & Oh, 2015). Darüber hinaus korreliert jede Art von Demenz negativ mit dem Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard, & Hamers, 2013).

Leider gibt es bis heute keine kurative definitive Behandlung der Demenz. Die gegenwärtig verfügbare medikamentöse Therapie zeigt nur eine geringe Beeinflussbarkeit der Symptome, während die Nebenwirkungen oftmals erheblich sein können und mehr Schaden als Nutzen bringen. In diesem Zusammenhang werden psychosoziale Interventionen als zunehmend wichtig und akzeptabel betrachtet, um die Symptome der Demenz zu behandeln. Diese Art von Interventionen wiederum sollten auch für die Anwendung im häuslichen Umfeld und durch Familienangehörige und nicht professionell Pflegende geeignet sein (Boeve & Boxer, 2009).

Angesichts des technologischen Fortschritts könnte eine Begleitroboter-Therapie eine Option für Menschen mit Demenz sein. Der bekannteste Begleitroboter ist der „social robot PARO“.

Der „Social Robot PARO“ ist ein sozial-interaktiver Serviceroboter, der insbesondere für den Einsatz

bei Menschen mit Demenz konzipiert worden ist. Die Intervention von PARO könnte das Wohlbefinden und die Kommunikation der Menschen mit Demenz verbessern und die Ängste reduzieren. Das PARO-System kann eine ständige und nicht ermüdende Begleitung für Menschen mit Demenz bieten, was eine kontinuierliche Stimulation, Herausforderung und somit Förderung zur Folge haben kann (Scorna, 2015).

Werden alle genannten Fakten in Betracht gezogen, stellt sich die Frage, inwieweit die heute verfügbaren intelligenten Unterstützungssysteme und hier wiederum der „Social Robot PARO“ einen Beitrag zur Lösung der geschilderten Probleme der adäquaten Versorgung dieser größer werdenden Gruppe von Patientinnen und Patienten leisten und damit eine Hilfestellung für Familien und Pflegekräfte darstellen können.

Forschungsfragen und Zielsetzung

Aus der dargestellten Problembeschreibung lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

- Welche Auswirkungen haben Interventionen mit „PARO“ auf Menschen mit Demenz anhand aktueller Literatur?
- Inwieweit könnte „PARO“ die Pflegefachkräfte im Pflegeheim unterstützen?

Ziel dieser Arbeit ist es, dass anhand der Theorie die Verwendung von „Social Robot PARO“ definiert und beschrieben werden soll. Ebenso soll durch Studien der Einsatz von PARO bestätigt werden, damit die Frage ob ein PARO hilfreich für Menschen mit Demenz im Pflegeheim und unterstützend für Pflegekräfte sein kann, beantwortet wird.

Methodik

Als Methode, um die beschriebenen Forschungsfragen beantworten zu können, wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Recherche wird als eine Voraussetzung definiert, damit die relevante Literatur identifiziert werden kann. Dadurch soll das Lesen, das Verständnis und die Verarbeitung ermöglicht werden. Durch die Literaturrecherche soll der aktuellste wissenschaftliche Stand über die Thematik erhoben werden (Simon, 2018).

Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um die Frage zu beantworten. Die Recherche wurde im Oktober 2019 durchgeführt. Für die Literaturrecherche wurde die Bibliothek der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) herangezogen.

Suchbegriffe

Anschließend werden die Suchbegriffe in Tabelle 1 dargestellt.

Datenbanken

Es wurden die Datenbanken PubMed und Web of Science Core Collection für die systematische Recherche ausgewählt, um fachlich relevante Studien, zu finden. Der Zeitraum der Studien wurde offengelassen, damit alle relevanten Studien miteingeschlossen werden konnten. Am Beginn der Literaturrecherche wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, um die Thematik präziser einzugrenzen. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden in der Tabelle 2 vorgestellt.

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden entwickelt, um die Suchergebnisse weiter limitieren zu können.

Englisch	Deutsch
PARO	PARO
Dementia	Demenz
Older People	Ältere Menschen >65 Jahre
Alzheimer	Alzheimer
Nursing home	Pflegeheim

Tabelle 1: Suchbegriffe Englisch und Deutsch (eigene Darstellung, 2019)

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Variablen:	PARO	Andere social robot
Bevölkerungsgruppe:	Menschen mit Demenz	
Setting:	Alten- und Pflegeheim	
Publikationsart:	Quantitative Studien	Nicht wissenschaftliche Literatur
Zeitraum:	Offen	
Sprache:	Englisch & Deutsch	Andere Sprachen

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2019)

Literaturanalyse und Bewertung
Damit die kritische Bewertung der Studien durchgeführt werden konnte, wurde ein passendes Instrument zur Beurteilung der Studiengüte gesucht. Da es sich bei allen Studien um Interventionen handelt, wurde der Fragebogen „Kritische Beurteilung von Interventionsstudien“ von Behrens & Langer (2010) verwendet.

Es wurde von einer Darstellung der Analyse der Gütekriterien Validität, Reliabilität und Praktikabilität abgesehen (Mayer, Panfil, Fringer, & Schrems, 2018). Dennoch wurden die Gütekriterien als Basis für die Qualität der Datenerhebungsmethoden immer berücksichtigt.

Theoretischer Rahmen
Im nachfolgenden Kapitel wird der Begriff „Social Robot PARO“ beleuchtet. Damit der zentralen Zielsetzung nähergekommen werden kann.

Bei „PARO“ handelt sich um einen sogenannten „social or socially assistive robot“ oder auch „medical commitment robot“, einen sozial interaktiven Serviceroboter, der insbesondere für den Einsatz bei dementen Patientinnen und Patienten konzipiert worden ist. Dieser Roboter wurde von National Institute of Advanced Industrial Science and Technology (AIST) in Japan entwickelt (Pfadenhauer & Dukat, 2015; Scorna, 2015). Er sieht einer Baby-Robbe ähnlich und besitzt unter seinem weißen Fell eine Reihe von Hard- und Softwarekomponenten (Kolling et al., 2013).

PARO ist ca. 2,7kg schwer und besitzt fünf Sensoren, wie Haltungssensor, Temperatursensor, zwei Lichtsensoren und unter dem Fell einen oberflächen-taktilen Sensor. Somit kann PARO durch die Aktoren seine beweglichen Teile, den Kopf, die Augenlider sowie die vordere und hintere Flosse bewegen und reagiert auf Berührungen.

Durch das Zusammenspiel von auditiven Sensoren und Aktoren kann er seinen Kopf in Richtung der Schallquellen, zum Beispiel menschliche Stimmen, drehen (Pfadenhauer & Dukat, 2015). Der PARO beinhaltet ein System zur Generierung von bestimmtem Verhalten, das aus zwei hierarchischen Komponenten von Prozessen besteht, den proaktiven und reaktiven (Wada et al., 2005; Shibata & Tanie, 2001).

Proaktives Verhalten im Gegensatz dazu bezieht sich auf Stimulationen, die von einem „internal state system“ generiert werden, das in zwei verschiedenen Ebenen abläuft, nämlich der Verhaltensplanungsebene und der verhaltenserzeugenden Ebene (Shibata & Tanie, 2001; Wada et al., 2005).

Durch seine Funktionen kann der PARO Roboter zur Verbesserung der emotionalen Stabilität, zu Kommunikation und Motivation bei Patientinnen und Patienten, die an Demenz erkrankt sind, beitragen. Studien konnten nachweisen, dass durch Interaktionen von Demenzkranken mit PARO die zerebralen kortikalen Neuronen stimuliert werden können, was zu einer Steigerung der Gehirnaktivität führen kann (Shibata & Wada, 2011).

Ergebnisse
Anschließend werden die verwendeten Studien anhand einer Tabelle kurz vorgestellt.

Valentí Soler et al. (2015) verwendeten für die Therapie-Sitzungen einen NAO, PARO und einen Hund. Diese Sitzungen wurden in einem Pflegeheim und einer Tagesklinik durchgeführt. Im Pflegeheim Phase 1 zeigte sMMSE keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei der Nachsorge. Nach der Therapieeinheit mit PARO konnten statistisch signifikante Unterschiede in der Gruppe festgestellt werden.

Ebenso gab es im Pflegeheim Phase 2 bei der Nachsorge des sMMSE keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. In der Tagesklinik Phase 2 konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen im sMMSE und MMSE gesehen werden. Valentí Soler et al. (2015) fanden heraus, dass in Phase 2 der Untersuchung sowohl im

Titel	**Social robots in advanced dementia**
Autor(en), Jahr, Land	Valentí Soler et al. (2015); Spanien
Journal	Frontiers in Aging Neuroscience
Studiendesign	RCT
Setting/Stichprobe	Pflegeheim: 211 Probandinnen und Probanden (IG 141, KG 70) Tagesklinik: 37 Probandinnen und Probanden
Datenerhebung	Tests (GDS, sMMSE, MMSE, NPI, APADEM-NH, AI and QUALID
Datenanalyse	Statistik, Wilcoxon, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis Tests

Tabelle 3: Zusammenfassende Darstellung der Studie von Valenti Soler et al., (2015)

Pflegeheim als auch in der Tagesklinik der „The Global Deterioration Scale (GDS)“, welcher den Demenzgrad angibt, dieser statistisch signifikant erhöht war, was eine verschlechterte kognitive Funktion bedeutet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Verbesserungen der kognitiven Funktionen und nach Anwendung mit PARO eine deutliche Verbesserung der Apathie festgestellt werden konnte.

Thodberg et al. (2016) verglichen die Effekte von PARO, einem Hund und einer Stoffkatze auf die soziale Interaktion der Patientinnen und Patienten. PARO und der Hund führten signifikant zu der meisten Interaktion. Konversationen waren häufiger mit PARO und mit Hund als mit der Stoffkatze. Ältere Patientinnen und Patienten sprachen mehr mit allen Tieren als jüngere Patientinnen und Patienten. Der Blickkontakt zum PARO und zu der Stoffkatze verringerte sich über die Zeit, jedoch nicht zum Hund. Je älter die Patientinnen und Patienten waren, desto mehr Blickkontakt hatten sie mit PARO, Hund und Stoffkatze. Die Autorinnen und Autoren fanden heraus, dass sich die soziale Interaktion der Patientinnen und Patienten nach Anwendung von PARO statistisch signifikant verbesserte.

Jones et al. (2018) führten die Studie mit PARO und 138 Probandinnen und Probanden in neun Langzeitpflegeeinrichtungen durch. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Agitiertheit der Patientinnen und Patienten auf die Effektivität der PARO-Behandlung auswirkten. Die Autorinnen und Autoren konnten belegen, dass sich die Agitiertheit der Patientinnen und Patienten nach der PARO-Behandlung statistisch signifikant verbesserte.

Titel	**Behavioral Responses of Nursing Home Residents to Visits From a Person with a Dog, a Robot Seal or a Toy Cat**
Autor(en), Jahr, Land	Thodberg et al., (2016); Dänemark
Journal	Anthrozoös, A multidisciplinary journal of the interactions of people and animals
Studiendesign	RCT
Setting/Stichprobe	Pflegeheim, 100 Probandinnen und Probanden
Datenerhebung	Kognitive Beeinträchtigung, depressive Symptome, Alter, Aufenthaltsdauer-Pflegeheim, Demenz und Geschlecht
Datenanalyse	Statistik, Generalized linear mixed model

Tabelle 4: Zusammenfassende Darstellung der Studie von Thodberg et al., (2016)

Titel	**Does Cognitive Impairment and Agitation in Dementia Influence Intervention Effectiveness? Findings From a Cluster-Randomized-Controlled Trial With the Therapeutic Robot, PARO**
Autor(en), Jahr, Land	Jones et al., (2018); Australien
Journal	JAMDA, The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine
Studiendesign	RCT
Setting/Stichprobe	Langzeitpflegeeinrichtung: 138 Probandinnen und Probanden
Datenerhebung	Videoaufzeichnungen, Verwendung von standardisiertem Skript
Datenanalyse	Statistik, stepwise multiple linear Regression

Tabelle 5: Zusammenfassende Darstellung der Studie von Jones et al., (2018)

Titel	**Use of a Robotic Seal as a Therapeutic Tool to Improve Dementia Symptoms: A Cluster- Randomized Controlled Trial**
Autor(en), Jahr, Land	Moyle et al. (2017); Australien
Journal	JAMDA, The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine
Studiendesign	RCT
Setting/Stichprobe	Langzeitpflegeeinrichtung: 415 Probandinnen und Probanden
Datenerhebung	Videoaufzeichnungen der Daten mit Noldus Observer XT
Datenanalyse	Statistik

Tabelle 6: Zusammenfassende Darstellung der Studie von Moyle et al., (2017)

Moyle et al. (2017) verglichen PARO, Plüschtier und normale Pflege mit ihrer Wirkung auf Stimmung, Agitiertheit und Beteiligung der Probandinnen und Probanden. Die Ergebnisse zeigten, dass Patientinnen und Patienten verbal als auch visuell mehr engagiert mit PARO waren, als mit dem Plüschtier. PARO konnte die Freude der

Patientinnen und Patienten signifikant verbessern, als die normale Pflege. Es konnte eine signifikantere Verbesserung der Agitiertheit mit PARO der Patientinnen und Patienten gegenüber der normalen Pflege festgestellt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die neueren Studien nachvollziehbare Ergebnisse zeigen. Menschen mit Demenz zeigten positive Reaktionen auf PARO auf verschiedenen Ebenen, wie zum Beispiel eine Steigerung der sozialen Interaktivität. Obwohl keine hochqualitativen RCTs vorliegen, kann aus den Ergebnissen der untersuchten Studien geschlossen werden, dass PARO eine Bereicherung im Alltag von Menschen mit Demenz sein kann. Negative Effekte wurden nicht beobachtet.

Anschließend werden die Ergebnisse der internationalen Studien nochmals in einer Tabelle zusammengefasst veranschaulicht.

	Thodberg et al. (2016)	Jones et al. (2018)	Valentí Soler et al. (2015)	Moyle et al. (2017)
Kognitive Funktion			**Nach Intervention - PARO:** statistisch signifikant	
Soziale Interaktion	**Interaktion nach PARO:** statistisch signifikant			
Neuropsychiatrische Symptome (Depression, Apathie, Agitation)		**Agitiertheit nach PARO:** statistisch signifikant	**Apathie nach PARO:** statistisch signifikant	**Freude & Agitiertheit nach PARO:** statistisch signifikant

Tabelle 7: Zusammenfassende Ergebnisse der internationalen Studien (eigene Darstellung, 2019)

Diskussion

Nachfolgend werden die vier Studien kritisch beleuchtet und diskutiert.

Valenti Soler et al. (2015) konnten statistisch signifikante Verbesserungen nach der Therapiesitzung mit PARO in den MMSE-Werten feststellen. Ebenso war die Studie durch die Forscherin und/oder den Forscher einfach verblindet, was daraus schließen lässt, dass die Ergebnisse nicht verzerrt wurden. Es wurde im Vergleich zu den anderen Studien statistisch signifikante Verbesserungen hinsichtlich Apathie gefunden.

PARO ist ein gutes therapeutisches Instrument für Patientinnen und Patienten, da die Studie zeigte, dass sich die kognitive Funktion durch PARO verbesserte.

Die Autoren Thodberg et al. (2016) konnten in ihrer Studie belegen, dass PARO und der Hund zu statistisch signifikanten Erhöhungen der Interaktion führten.
Moyle et al. (2017) konnten einen statistisch signifikanten positiven Gesichtsausdruck zeigen. Ebenso konnten statistisch signifikante Ergebnisse bei Freude und Agitiertheit festgestellt werden.

Aus den Ergebnissen der zwei Studien kann geschlossen werden, dass PARO eine gute Unterstützung für Menschen mit Demenz bieten kann, da gute Ergebnisse gezeigt wurden.

Ebenso konnten Jones et al. (2018) statistisch signifikante Ergebnisse feststellten. Aus dieser Studie kann geschlossen werden, dass die Therapien mit PARO eine längere Zeit benötigen, um einen Effekt erzielen zu können. Dennoch ist es sinnvoll, PARO in den Pflegealltag zu integrieren, da die Symptome durch den PARO abgeschwächt werden können.

Limitationen

In einer von vier Studien gab es pragmatische Stichprobe mit hauptsächlich Frauen (80%), welche die Ergebnisse verzerren könnte (Jones et al., 2018). Die Studienkonzepte waren inhomogen. Die Studien wurden in unterschiedlichen Ländern und damit kulturellen und sozialen Umfeldern durchgeführt. Die Therapieeinheiten und -Zeiträume waren in Anbetracht der Untersuchung chronischer Krankheitsbilder begrenzt und es gab keine Betrachtung von Langzeitverläufen. Die fast durchwegs fehlende Verblindung der Studien erschwert die Beurteilung der Studieneffekte.

Schlussfolgerungen und praktische Umsetzung

Seit der Einführung des PARO wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Die Ergebnisse der neueren Studien zeigen nachvollziehbare Ergebnisse. Menschen mit Demenz zeigten positive Reaktionen auf PARO auf verschiedenen kognitiven Ebenen, wie zum Beispiel eine Steigerung der sozialen Interaktivität. Obwohl keine hochqualitativen RCTs vorliegen, kann aus den Ergebnissen der untersuchten Studien geschlossen werden, dass PARO eine Bereicherung im Alltag von Menschen mit Demenz sein kann. Eine schwierig zu betreuende, weltweit zunehmende,

Gruppe von Patientinnen und Patienten kann von einer leicht verfügbaren Therapieoption profitieren. Dies ist aus pflegerischer, pflegewissenschaftlicher sowie medizinischer und praktischer Sicht positiv zu bewerten. Aufgabe der Pflegewissenschaft ist, zeitnah hochqualitative randomisierte wissenschaftliche Studien zur definitiven Bewertung optimaler Einsatzbereiche und - Bedingungen im Rahmen der Routinepflege durchzuführen. PARO sollte die Pflegepersonen nicht ersetzten, da der zwischenmenschliche Kontakt wichtig ist, sondern unterstützen. PARO trägt der Tatsache Rechnung, dass zeitliche Zuwendung sowohl formal wie informal Pflegender begrenzt ist.

Durch den Einsatz von PARO können Pflegepersonen sowie Angehörige zeitlich, emotional und finanziell entlastet werden. Bereits jetzt kann ein Einsatz von PARO im täglichen Pflegealltag sinnvoll sein, selbst wenn die optimalen Bedingungen noch nicht definiert sind, da offenbar die Patientinnen und Patienten von verschiedenen positiven Effekten des PARO profitieren, die ansonsten mittels konventioneller Pflege nur schwer erreichbar wären. Damit die Umsetzung des PARO im Alltag gelingen kann, müssten Standardbedingungen für die jeweiligen Pflegeeinheiten (Pflegeheim, Langzeitpflege) zur Definition des Einsatzes festgelegt werden (Patzak & Rattay, 2014).

Autorin

Alexandra Filzer BScN

gebürtige Tirolerin aus Kirchdorf, Jahrgang 1990, hat die Pflege von Grund auf gelernt. Der Einstieg erfolgte über die Ausbildung zur Pflegehelferin am Bezirkskrankenhaus Kufstein/Tirol. Anschließend folgte das Diplom als DGKS in der Krankenpflegeschule des BKH Zell am See/Salzburg, wo sie auch ihre berufliche Laufbahn in der Inneren Medizin begonnen hat. 2015 wechselte sie ans Landes- und Universitätsklinikum Salzburg zur Klinik für Anästhesie. 2016 hat sie an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) das Studium der Pflegewissenschaften begonnen und 2019 mit dem Bachelor abgeschlossen. Bereits am Anfang des Studiums hat sie sich für das in Europa relativ junge Feld der Robotik in der Pflege interessiert und sich mit verschiedenen Aspekten, Carebots wie auch social robots beschäftigt. Im Rahmen ihrer Bachelor Thesis hat sie den aktuellen Stand der Wissenschaft hinsichtlich des Einsatzes des social robot „Paro“ für Patienten mit Demenz beleuchtet. Die vorliegende Arbeit ist eine Zusammenfassung ihrer Erkenntnisse aus der Beschäftigung mit dem Thema. Frau Filzer lebt derzeit in Dubai/Vereinigte Arabische Emirate und arbeitet im Rahmen ihres Master Studiums „Pflegewissenschaft“ erneut am Thema „Paro“, mit dem sie plant, eigene wissenschaftliche Untersuchungen an einer neuen Patientengruppe und Fragestellung durchzuführen, zusammen mit einer Einführung dieser Technik in den lokalen Medizintechnik-Markt. In ihrer Freizeit ist sie leidenschaftliche Polo-Spielerin und Mitglied eines Clubs in Dubai, wo sie besonders das Leben in einem multikulturellen Umfeld und die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen schätzt.

Literaturverzeichnis

Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M. G., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J. P. H. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 50(9), 1259–1270. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.005

Boeve, B. F., & Boxer, A. L. (2009). Dementia treatment. The Behavioral Neurology of Dementia, 213–253. https://doi.org/10.1017/cbo9780511581410.016

Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (n.d.). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Zugriff am 28.10.19. Verfügbar unter https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeu figkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Hersch, E. & Falzgraf, S. (2008). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Clinical Interventions in Aging, Volume 2(4), 611–621.https://doi.org/10.2147/cia.s1698

Jones, C., Moyle, W., Murfield, J., Draper, B., Shum, D., Beattie, E., & Thalib, L. (2018). Does Cognitive Impairment and Agitation in Dementia Influence Intervention Effectiveness? Findings From a Cluster-Randomized-Controlled Trial With the Therapeutic Robot, PARO.Journal of the American Medical Directors Association, 19(7), 623–626. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.02.014

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2014). Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. Journal of the American Geriatrics Society, 62(4), 762–769. https://doi.org/10.1111/jgs.12730

Kehl, C. (2018). Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege – gesellschaftliche Herausforderungen. Zugriff am 25.10.2019. Verfügbar unter https://www.tab-beim- bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab177.pdf

Kolling, T., Haberstroh, J., Kaspar, R., Pantel, J., Oswald, F., & Knopf, M. (2013). Evidence and Deployment-Based Research into Care for the Elderly Using Emotional Robots. GeroPsych, 26(2), 83–88. https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000084

Mayer, H., Panfil, E.-M., Fringer, A. & Schrems, B. (2018). Gütekriterien von Datenerhebungsmethoden. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung (3. vollst. überarb. Aufl., S. 153-168). Bern: Huber

Moyle, W., Jones, C. J., Murfield, J. E., Thalib, L., Beattie, E. R. A., Shum, D. K. H., ... Draper, B. M. (2017). Use of a Robotic Seal as a Therapeutic Tool to Improve Dementia Symptoms: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Directors Association, 18(9), 766–773. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.018

Patzak, G., & Rattay, G. (2014). Projektmanagement. Projekte, Projektportfolios, Programme und projektorientierten Unternehmen. (6. Aufl.). Wien: Linde.

Pfadenhauer, M., & Dukat, C. (2015). Robot Caregiver or Robot-Supported Caregiving? International Journal of Social Robotics, 7(3), 393–406. https://doi.org/10.1007/s12369-015-0284-0

Scorna, U. (2015). Servicerobotik in der Altenpflege. Eine empirische Untersuchung des Einsatzes der Serviceroboter in der stationären Altenpflege am Beispiel von PARO und Care-O-bot. In K. Weber, D. Frommeld, A. Manzeschke & H. Fangerau (Hrsg.), Technisierung des Alltags. Beitrag für ein gutes Leben. Band 7, S. 81-97. Stuttgart: Franz Steiner

Shibata, T., & Tanie, K. (2001). Physical and affective interaction between human and mental commit robot. Proceedings 2001 ICRA. IEEE International Conference on Robotics and Automation (Cat. No.01CH37164). https://doi.org/10.1109/robot.2001.933010

Shibata, Takanori, & Wada, K. (2011). Robot Therapy: A New Approach for Mental Healthcare of the Elderly - A Mini-Review. Gerontology, 57(4), 378–386. https://doi.org/10.1159/000319015

Simon, M. (2018). Literaturrecherche. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung (3. vollst. überarb. u. erw. Aufl., S. 47-71). Bern: Hogrefe

Song, J.-A., & Oh, Y. (2015). The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. Archives of Psychiatric Nursing, 29(5), 346–354. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.004

Thodberg, K., Sørensen, L. U., Videbech, P. B., Poulsen, P. H., Houbak, B., Damgaard, V., ... Christensen, J. W. (2016). Behavioral Responses of Nursing Home Residents to Visits From a Person with a Dog,a Robot Seal or aToy Cat. Anthrozoös, 29(1), 107–121. https://doi.org/10.1080/08927936.2015.1089011

Tschanz, J. T., Corcoran, C. D., Schwartz, S., Treiber, K., Green, R. C., Norton, M. C., ... Lyketsos, C. G. (2011). Progression of Cognitive, Functional, and Neuropsychiatric Symptom Domains in a Population Cohort With Alzheimer Dementia: The Cache County Dementia Progression Study. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19(6), 532–542. https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181faec23

Valentí Soler, M., Agüera-Ortiz, L., Olazarán Rodríguez, J., Mendoza Rebolledo, C., Pérez Muñoz, A., Rodríguez Pérez, I., ... Martínez Martín, P. (2015). Social robots in advanced dementia. Frontiers in Aging Neuroscience, 7(133). https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00133

Wada, K., Shibata, T., Saito, T., Sakamoto, K., & Tanie, K. (2005). Psychological and Social Effects of One Year Robot Assisted Activity on Elderly People at a Health Service. Facility for the Aged. Proceedings of the 2005 IEEE International Conference on Robotics and Automation. https://doi.org/10.1109/robot.2005.1570535

Pflege-Wissen mobil: die FacultasApp

Die FacultasApp ist ein Service begleitend zu den Lehrbüchern und Gesundheits-Titeln von facultas. Jeder Kurs umfasst Material zu einem Buch, die Fragen und Infos folgen dem Aufbau und Lernziel der Bücher. Überprüfen Sie Gelerntes oder testen Sie Ihr Gesundheits-Wissen mit unseren Quizzes – wann, wo und sooft Sie wollen.

So geht's: Einfach FacultasApp downloaden, den Kurs zum gewünschten Buch auswählen und mobil üben. Wir wünschen viel Spaß und Erfolg!

Appstore

Google Play

Die Desktop-Version finden Sie unter facultas.knowledgefox.net.

Spielend Wissen trainieren: Viele Kurse sind jetzt auch als KnowledgeMatch verfügbar! Treten Sie im Duell gegen Freunde oder andere Quizpartner an. Wer weiß, gewinnt!

Ein Service von KNOWLEDGEFOX facultas

(C) Azazello

Palliativpflege mit Hilfe von Recovery an einem besonderen Ort

– dem Maßregelvollzug in der forensischen Psychiatrie

Stirbt ein Mensch im Maßregelvollzug, handelt es sich meist um einen Suizid, der polizeiliche Ermittlungen und die verschiedenen Diskussionen in der eigenen Institution hinsichtlich Fürsorge, Überwachung, Sicherheit etc. nach sich zieht. Kaum Beachtung findet indes, dass im Maßregelvollzug auch psychisch erkranke Menschen untergebracht sind, deren somatische Erkrankungen nur eine sehr geringe Aussicht auf Heilung und sie nur eine geringe Chance auf eine Entlassung vor ihrem bevorstehenden Lebensende haben. Diesen schwerkranken Menschen eine Pflege in Würde zu ermöglichen stellt für das Behandlungsteam eine große Herausforderung dar. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Art. 1 GG). So steht es wörtlich seit dem 23. Mai 1949 im deutschen Grundgesetz. Menschenwürde ist nicht etwas, was man im Laufe seines Lebens erwerben kann oder gar muss. Jeder Mensch besitzt sie von Geburt an bis zu seinem Tod. Wird der Begriff der Menschenwürde historisch betrachtet, zeigt sich, dass deren Wurzeln bis vor Christi Geburt zurückreichen. So hat Marcus Tullius Cicero (106-43 v. Chr.) bereits versucht, Unterschiede zwischen dem Menschsein und den nichtmenschlichen Lebewesen herauszuarbeiten. Cicero verwendet den Begriff „dignitas“ (lat. Würde) und setzt diesen in Bezug zum Menschen. Hier spricht er von der Würde, die einem Menschen durch sein alleiniges Menschsein, also durch seine Existenz zukommt. Für das Pendant zum Menschlichen verwendet er Tiere als nichtmenschliche Vergleichsobjekte. Das Zugestehen der Würde begründet er mit dem Vorhandensein des Verstandes und der Selbstbeherrschung. Das ist nach Cicero auch die Begründung für eine Höherstellung des Menschen gegenüber anderen Geschöpfen (vgl. Weilert 2008: 120).

Bei allen pflegerischen Handlungen sind - auch im Maßregelvoll-

zug - die Achtung der Würde und die Einzigartigkeit des Menschen maßgeblich. In Übereinstimmung mit dem Ethik-Kodex des ICN für Pflegende, ist Pflege stets untrennbar mit den Menschenrechten verbunden (vgl. dgcc 2017). So erlischt das Recht auf Selbstbestimmung demnach auch nicht dann, wenn Patient*innen am Ende des Lebens im Maßregelvollzug, also in einer forensischen Psychiatrie untergebracht sind. Patient*innen, die auf Grund ihrer psychischen Erkrankung und der schwere ihres Deliktes, trotz des bevorstehenden Todes nicht aus dem Maßregelvollzug entlassen werden können, benötigen vom gesamten multiprofessionellen Behandlungsteam (Pflegende, Ärzte, Therapeuten, Rechtsbeiständen, Sicherheitsbeauftragten etc.) besondere Aufmerksamkeit. Insbesondere in diesem Versorgungssetting entsteht aber ein asymmetrisches Verhältnis der Abhängigkeiten zwischen den zwangsuntergebrachten psychisch kranken Straftätern*innen und dem Personal. Eine würdevolle Behandlung bis in den Tod bzw. über den Tod hinaus muss die Maxime des Handelns für das Personal sein, wenngleich die Autonomie und die Selbstbestimmung der Patient*innen alleine aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen stark eingeschränkt sind. Dabei stellt sich zuerst die Frage, was eine menschenwürdig und was eine menschenunwürdig Behandlung am Lebensende ist.

„Autonomie und Menschenwürde“ sind zwei Begriffe, die untrennbar miteinander verwoben sind. Die Würde des Menschen wird demnach oft mit einer autonomen Lebensführung in Verbindung gebracht. In der heutigen Alltagssprache ist „Autonomie“ ein sehr gängiger, beinahe inflationär gebrauchter und offensichtlich selbstverständlicher Begriff (vgl. Feil 1987: 25). So bezeichnet man das Leben eines Menschen als selbstbestimmt, wenn dieser nach eigenen, sich selbst gegebenen Regeln lebt. Der Begriff „Autonomie“ kann inhaltlich gesehen in zwei altgriechische Wörter geteilt werden. „Autos“ wird mit dem heutigen selbst, „nomos“ mit dem Gesetz gleichgestellt. Mit diesem „Selbstgesetz“ werden viele Begriffe, wie Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Freiheit, etc. assoziiert und teilweise situationsbezogen synonym verwendet (vgl. Huber 2005: 20). Obwohl Freiheit diametral zur Ausrichtung eines Maßregelvollzuges steht, können auch dort Patient*innen in ihrer Autonomie gestärkt werden. Dabei erfolgt die Pflege im Maßregelvollzug meist in einem bestimmten Spannungsfeld zwischen der Therapie, dem Zulassen von Selbstbestimmung sowie der Autonomie der/des Patienten*in und der Gewährleistung von Sicherheit, also der Achtung von Regeln und Gesetzen. Sicherheit bedeutet aber auch, während der vergleichsweise langen Aufenthaltsdauer der Patienten*innen, eine tragfähige und professionelle Beziehung aufzubauen und zu halten. Gerade diese pflege-therapeutische Beziehungsarbeit ermöglicht es wiederum, dass die untergebrachten Patienten*innen ihrer Selbstbestimmung und ihrer Autonomie nachkommen können. Die Beziehung stellt eine der höchsten Formen von menschlicher Sicherheit dar.

Stellt man hier die Frage welches Handlungs- und Haltungsmodell dieses Spannungsfeld von Autonomie und Selbstbestimmung mit der geforderten Vollzugssicherheit in der forensischen Psychiatrie vereinen kann, wird man eher früher als später auf das Recoverymodell stoßen, welches bereits hohe Erfahrungswerte in der Psychiatrie besitzt.

Der Maßregelvollzug

In Deutschland ordnet das Strafgericht eine Unterbringung im Maßregelvollzug nach dem deutschen Strafgesetzbuch (StGB § 63 oder § 64) an, wenn die/der Täter*in das Unrecht der vorgeworfenen Tat auf Grund einer psychiatrischen Diagnose nicht oder nur erheblich vermindert einsehen oder nicht nach dieser Einsicht handeln konnte, welche die Strafprozessordnung (StPO §§ 20, 21) regelt. Damit ist der Maßregelvollzug im Gegensatz zum Strafvollzug „nicht schuldorientiert“. Patienten*innen können auch bereits vor einem Urteilspruch im Maßregelvollzug vorläufig untergebracht werden. Der Haftrichter erlässt dann anstatt eines Haftbefehls einen Unterbringungsbefehl nach StPO § 126 a. In solchen Fällen wird angenommen, dass es in Folge der Verhandlung zu einer Unterbringung nach StGB § 63 bzw. StGB § 64 kommen wird. Während StGB § 64 suchterkrankte Menschen fokussiert, regelt der StGB § 63 die Unterbringung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, wie u.a. Schizophrenie, Psychose, Hebephrenie[1]. Der deutsche Maßregelvollzug ist damit einer zweiseitigen Logik unterworfen. Auf der einen Seite steht das Prinzip der Therapie und der Besserung, auf der anderen die Sicherung der Patienten*innen zum Schutz der Gesellschaft. Die pflegerische Versorgung psychisch kranker Straftäter*innen unterscheidet sich in einigen Bereichen - bspw. aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen, der Unterbringungsdauer etc., von

der der allgemeinpsychiatrischen Versorgung. Insbesondere in diesem Versorgungssetting prägt die Milieutherapie und die Milieugestaltung die Arbeit der Pflegenden maßgeblich. Ziel ist es, das Zusammenleben aller Patient*innen in einer partizipativen Form zu fördern und einen Rahmen zu schaffen, in dem sie während ihrer Unterbringung leben und wohnen können. Dabei werden u. a. sozial anerkannte Normen und Werte durch Vorbildfunktionen vermittelt. Diese können in Anlehnung an Rollenfunktionen des Phasenmodells nach Peplau definiert werden (vgl. Peplau 2009). Unter anderem dabei zeigt sich, dass auch im Maßregelvollzug die Grundsätze der professionellen Pflege Gültigkeit behalten. So müssen die Pflegenden neben der ständigen Risiko- und Gefahreneinschätzung auch eine Art Mandantschaft für die Patienten*innen übernehmen. Im Spannungsfeld von Behandlung und Sicherung werden die Pflegenden zu Fürsprechern der Patient*innen. Sie lernen ihre Bedürfnisse zu erkennen und erarbeiten gemeinsam mit den Patienten*innen lebenspraktische Lösungswege. Durch die partizipative Unterstützung bei adhärenten Entscheidungsprozessen kann den Patient*innen ein positives Selbstwertgefühl vermittelt und zugleich ein realistisches Selbstbild gestärkt werden. Verhandeln statt Behandeln, lautet die Devise des professionellen Umgangs, auch im Maßregelvollzug. Die Patienten*innen lernen dadurch Selbstverantwortung für den eigenen Werdegang und für die eigene Zukunft zu übernehmen. Sie erfahren Selbstwirksamkeit, was für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit förderlich ist. Sicherlich ist selbstbestimmtes Handeln im Maßregelvollzug durch ein hohes Maß an Regularien nur eingeschränkt möglich, was jedoch insbesondere bei Palliativpatient*innen deutlich in den Vordergrund rücken muss.

Recovery als Handlungskonzept für Palliativpflege im Maßregelvollzug

Ebenso wie Entwicklung in der allgemeinpflegerischen Versorgung werden auch die Menschen im Maßregelvollzug älter und multimorbider. Somatische und psychiatrische Erkrankungen verschwimmen, sodass in diesem Setting – auch durch die langen Aufenthalte bedingt – hier beinahe alle Erkrankungen anzutreffen sind (vgl. Müller-Isberner/Eucker 2015: 71). Der Umgang und die Versorgung der verschiedenen Krankheitsbilder fordern von den Pflegenden viele besondere Kompetenzen und Kreativität ab, zumal insbesondere ältere Einrichtungen des Maßregelvollzuges meist nicht auf die Versorgung von „Pflegefällen“ oder palliativ Patient*innen ausgerichtet sind. Die Umsetzung des Recoverymodells kann dabei Abhilfe und einen lebendigen Prozess für Patienten*innen schaffen, bei dem sie Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit erfahren können.

Recovery ist ein Modell bei dem psychiatrieerfahrene Menschen mit ihren Erkrankungen ihr Leben eigenständig nach den eigenen Werten gestalten lernen. Es fokussiert die Kraft und Fähigkeit eines jeden Einzelnen, Probleme und schwierige Situationen, die durch eine psychische Erkrankung entstehen zu bewältigen. Das Modell bietet dabei Unterstützung zur Selbsthilfe, Ermutigung und Empowerment, die durch die Elemente von Hoffnung, Freundschaft sowie den Sinn der Krise getragen werden. Dabei befindet sich der betroffene Mensch immer im Mittelpunkt der therapeutischen Behandlung[2] (vgl. Barker 2013) Selbstbestimmung und Wahlfreiheit bedeutet im Maßregelvollzug jedoch nicht, dass Patienten*innen über Regeln oder Freiheiten entscheiden könnten. Doch insbesondere in der letzten Phase ihres Lebens gilt es die Regularien zu diskutieren und kreative Lösungen zu finden. Die prioritären Aufgaben von Pflegenden und Therapeuten verlagern sich in dieser Phase. Das Kohärenzgefühl der Patienten*innen rückt weiter in das Zentrum der Begleitung, damit vorhandene Ressourcen auch am Ende des Lebens mobilisiert werden können. Ziel ist es den bevorstehenden Belastungen, besser entgegentreten zu können und den Patient*innen ein Wohlfühlen zu ermöglichen. Mögliche Hindernisse, die dem palliativen Ansatz widersprechen müssen gemeinsam im Team reflektiert und besprochen werden.

Ethische Aspekte der Begleitung

Zwischen den Patienten*innen und dem Personal entsteht aufgrund der langen Unterbringungszeit eine besondere Beziehung. Erhalten Patienten*innen die Diagnose einer schweren Erkrankung, die nur eine sehr geringe Chance auf Heilung verspricht, gilt es die (pflegerischen) Handlungen aber auch die persönliche Anteilnahme und die Aufmerksamkeit des Behandlungsteams sorgsam zu reflektieren. Die Gesunderhaltung des Teams darf hierbei nicht außer Acht gelassen werden. Ferner muss sehr bedacht und sensibel mit möglichen Reaktionen der Patienten*innen umgegangen werden. Schock, Entsetzen, plötzliche Aggression oder gar ein Be-

ziehungsabbruch dürfen nicht mit den bekannten Phänomenen der Gewalt im Maßregelvollzug gleichgesetzt werden und bedürfen andere Handlungsoptionen. Hier ist es sinnvoll, dass sich das Behandlungsteam mit den Sterbephasen auseinandersetzt, um das gezeigte Verhalten besser einordnen zu können (vgl. Kränzle 2014: 13-23). Durch die Reflektion im Team kann es gelingen, potenziell entstehenden Spannungen abzubauen bzw. einzudämmen. Sobald Patienten*innen sich nicht mehr selbst zu ihren Bedürfnissen oder Wünschen äußern können, muss deren mutmaßlicher Wille berücksichtigt werden. Dabei müssen die ethischen Prinzipien, wie der Respekt vor der Selbstbestimmung der Fürsorge, der Gleichheit und der Gerechtigkeit, ungeachtet der Taten der/des Patient*in aufrechterhalten bleiben. Insbesondere hier zeigt sich welchen Stellenwert eine vorausgegangene, fundierte Beziehungsarbeit für die Pflege am Ende des Lebens hat.

Für die Pflege im Maßregelvollzug bedeutet diese individualisierte Versorgung aber auch, dass vorhandene Regeln und gesetzliche Vorgaben, die zur Sicherheit der Unterbringung von Patienten*innen im Maßregelvollzug relevant sind, durchaus ethische Dilemmata auslösen können. Ethische Dilemmata werden üblicherweise von gespürter Unsicherheit begleitet. Dies kann zu unterschiedlichen Positionen und folglich zu Spannungen in einem multiprofessionellen Stationsteam führen. Selbst bei Patientenverfügungen muss beachtet werden, dass diese bei komplexen Entscheidungen nicht immer eine ausreichende Handlungsorientierung bieten. Gemeinsam mit (externen) Fachexperten*innen bspw. eines Ethikkomitees, können ethische Fallkonferenzen organisiert werden mit dem Ziel, Behandlungsentscheidungen gemäß dem mutmaßlichen Willen unter ethischen Perspektiven treffen zu können. „Anteilnahme und Aufmerksamkeit“ gegenüber Teammitgliedern und den Mitpatient*innen ist in diesem Prozess ebenso wichtig, wie die Begleitung der/des Betroffenen selbst. Schließlich sind es die Mitpatienten*innen, die eine sehr lange Zeit mit den sterbenden Menschen in einer Zwangsgemeinschaft verbracht haben. Oftmals sind sie die einzigen Vertrauten mit denen sich die/der Betroffene austauschen und von denen sie/er sich soziale Unterstützung einholen kann, wodurch sie zu einer bedeutenden Ressource in diesem Prozess werden (vgl. Barker/Richard 2012: 6).

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass ein würdevolles Sterben jedem Menschen zusteht. Auch der Respekt vor der Würde eines jeden Menschen endet nicht nach dem Tod. Die Palliativpflege muss in den Maßregelvollzugsein-

Österreichischer
Gesundheits- und
Krankenpflegeverband
Förderverein

Sie möchten im Pflegeberuf immer
am neuesten Stand sein?

Finden Sie jetzt die passende Fortbildung im
Veranstaltungsprogramm des ÖGKV!

www.oegkv-fv.at

richtungen Einzug erhalten, wenngleich sie aufgrund der Vielfalt an religiösen und kulturellen Traditionen, der durch Sicherheitsaspekte dominierten baulichen Gegebenheiten und den rechtlichen Restriktionen immer eine neu zu bewältigende Herausforderung ist. Die Frage, wie viel Zeit Patienten*innen nach der Diagnosestellung noch verbleibt, kann niemand beantworten. Übt man als Pflegender indes eine besondere Achtsamkeit dem sterbenden Menschen gegenüber, so lernt man schnell, dass Palliativpatienten*innen ein sehr gutes Gespür für ihre verbleibende Zeit besitzen.

Literatur:

Barker, Phil (2013): Das Gezeiten-Modell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Hans-Huber. Bern.

Barker, Richard (2012) Recovery and risk: acceptance the complexity. In: Drennan, Gerard; Alred, Deborah (Hrsg.) Secure Recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings (1. Auflage) London und New York: Routledge.

dgcc- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.) (2017): ICN-Ethikkodex für Pflegende. Download unter: https://www.dgcc.de/cm-ausbildung/standards/weiterbildungs-standards/icn-ethikkodex-fur-pflegende, entnommen am 13.01.2020.

Feil, Ernst (1987): Antithetik neuzeitlicher Vernunft: „Autonomie-Heteronomie“ und „rational – irrational“, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

Huber, Martin (2005): Wie Pflegende die Autonomie der alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. PrinterNet Ausgabe 09/05

Kränzle, Susanne (2014): Sektion II: Der Sterbende Mensch und seine Angehörigen. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (2014), Palliative Care, Handbuch für Pflegende und Begleitung. Springer Verlag Berlin-Heidelberg

Müller-Isberner, Rüdiger; Eucker, Sabine (2015): Empirisch gesichertes Wissen zur Kriminalstatistik. In: Eucker, Sabine; Müller-Isberner, Rüdiger: Praxishandbuch Maßregelvollzug: Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.

Peplau, Hildegard E. (2009): Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege - ausgewählte Werke. Hans-Huber, Bern.

Weilert, Anja, Katarina (2008): Grundlagen und Grenzen des Folterverbotes in verschiedenen Rechtskreisen: Eine Analyse anhand der deutschen, israelischen und pakistanischen Rechtsvorschriften vor dem Hintergrund des jeweils historisch-kulturell bedingten Verständnisses der Menschenwürde, Springer, Berlin.

[1] Aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der Maßregeln wird hier exemplarisch nur StGB § 63 beleuchtet.

[2] Metaphorisch können sich die Pflegenden im Recoverymodell als „Bergführer*in“ verstehen, die mit der/dem Patient *in immer über das „Sicherungsseil“ verbunden sind. So können die Patienten*innen ihre nächsten Schritte zwar eigenständig in Richtung der Selbstverwirklichung gehen (sofern dies das Maßregelvollzugsgesetz erlaubt).

Autor

Thomas Auerbach B.A.
Pflegepädagoge
Trainer für Safewards
Stationsleiter Maßregelvollzug am Isar Amper Klinikum München Ost
85540 Haar

Autor

Dr. rer. cur. Andreas Fraunhofer M.A.
Pflegewissenschaftler
Pflegeentwicklung am Isar Amper Klinikum München Ost
85540 Haar

Pflegediagnosen – handlich und kompakt

Marjory Gordon / Jürgen Georg

Handbuch Pflegediagnosen

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg.
Übersetzt von Michael Herrmann.
6., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2020.
656 S., 13 Abb., 8 Tab., Gb
€ 44,95 / CHF 55.90
ISBN 978-3-456-85794-7

Wer konkret wissen möchte, wie man eine Pflegeassessment macht und Pflegediagnosen erkennt, benennt und genau formuliert, kommt um Gordons smarten Klassiker der Pflegediagnostik nicht herum.

Wie schätzt man aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme und gesundheitliche Entwicklungspotenziale gekonnt ein und wie stellt man umfassende und genaue Pflegediagnosen? - Klar, mit dem weltweit verbreiteten und anerkannten Basisassessment nach den 11 funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster von Marjory Gordon.

In der 6. Auflage ihres erfolgreichen Handbuches:

- beschreibt sie neben 235 NANDA-I-Pflegediagnosen weitere 28 praktisch relevante Pflegediagnosen mit ihren Definitionen, Merkmalen, Einflussfaktoren und Risikogruppen
- stellt sie ihr einzigartiges und umfassendes Basisassessment mit funktionellen Gesundheitsverhaltensmustern für Kinder, Erwachsene, Familien, Gemeinden und Akutkranke vor
- erklärt sie den Nutzen ihres Basisassessments anhand eines plausiblen Fallbeispiels
- beschreibt sie verständlich, was Pflegediagnosen sind und wie man Pflegediagnosen erkennt, stellt und dokumentiert
- bietet Gordon Pflegeziele und Ergebniskriterien sowie Pflegeinterventionen zu den jeweiligen Pflegediagnosen
- bietet sie zusätzlich 28 Pflegediagnosen von hoher praktischer Relevanz wie Intertrigo/-gefahr, Kontrakturgefahr und Schlaf-wach-Rhythmus-Umkehr
- gibt sie in einem ausführlichen Interview Auskunft zu Entwicklungen der Pflegediagnostik
- wird der im April 2015 verstorbenen Pflegewissenschaftlerin in einem Nachruf gedacht
- zeigt sie was Pflegediagnosen für Pflegedokumentation, Kommunikation, Leistungserstattung, Qualität, Fallmanagement, PBL, interdisziplinäre Behandlungspfade, Forschung und Theorieentwicklung bedeuten.

Unterscheiden und entscheiden – alle Pflegediagnosen und das weltweit beste Pflegeassessment der „funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster“ in dem praktischen Handbuch zur Pflegediagnostik.

Der strukturierte Übergabeprozess

Mit dem Fokus auf dem postoperativen klinischen Setting

Die Patientenübergabe - unter Zeitdruck wird versucht, essentielle Daten und Fakten zu vermitteln, um ein gemeinsames Verständnis für eine Situation bzw. Thematik aufbauen zu können (Flemming, Przysucha und Hübner, 2015). Trotz dessen wird die Übergabe beschrieben, als wären keine einheitlichen Vorgaben vorhanden (Schmidt, 2018b). Gerade postoperativ zeigt sich der Prozess als sehr komplex und facettenreich beschrieben (DeLucia und Palimeri, 2009), denn werden alle folgenden Entscheidungen in der gesamten postoperativen Pflege stark beeinflusst (Møller, Madsen, Fuhrmann und Østergaard, 2013).

„Die umfangreichste und genaueste Dokumentation bieten die persönlichen Schmierzettel' der Pflegekräfte." (Schmidt, 2018a, S. 22).

Problembeschreibung

Pro Jahr werden mindestens 30.000 Todesfällen in einem Krankenhaus, welche auf einer Fehlbehandlung basieren, verzeichnet. Davon sind in etwa 80% auf menschliches Versagen zurückzuführen (St.Pierre, Hofinger und Buerschaper, 2011). Rund 40-60% der medizinischen Fehler entstehen durch eine nicht optimale Interaktion im Team. Darunter können mangelndes Engagement, mangelnde Kritikfähigkeit oder Rollenkonflikte verstanden wer-den (Maybohm, St.Pierre, Heinrichs und Bein, 2012). Laut Nagpal, Vats, Ahmed, Smith, Sevdalis, Jonannsson, Vincent und Moorthy, (2010) wurden Studien im OP Bereich durchgeführt, diese konnten 30% der Kommunikation im ärztlichen und pflegerischen Bereich als fehlerhaft nachweisen. Eine Beeinträchtigung der Patientenversorgung, durch Kommunikations- und Informationsausfälle wurde in zehn von zehn Fällen als schwerwiegende Kommunikationsfehler nachgewiesen, welche sich über den gesamten perioperativen Prozess erstreckten und in Folge Patientenschäden verursachten. Ebenso häufig wie in den intraoperativen Phasen traten Fehler der Informationsweitergabe in der prä- und postoperativen Phase auf (Nagpal, et al., 2010).
Laut einer weiteren Studie, welche klinische Vorfälle im Genesungsbereich behandelte, waren die Ursachen dieser zu 14% auf Fehler in der postoperativen Übergabe zurückzuführen. In 60 von 444 Studien wurde Fehlverhalten nachgewiesen, welche einen Kommunikationsausfall mit sich brachten, 43% dieser Fälle traten bei der postoperativen Übergabe auf (Møller, Madsen, Fuhrmann und Østergaard, 2013).

Vor allem an interdisziplinären Schnittstellen und im Umgang mit Patientinnen und Patienten treten hauptsächlich Fehler in der Kommunikation auf. Denn sind diese nicht nur der Austausch von Informationen, sondern beeinflussen auch direkt die Rollen der Kommunikationspartner. Eine adäquate inhaltliche und fachliche Gesprächsführung ist die Basis einer erfolgreichen Zusammenarbeit im Team. Ist dies nicht möglich, zeigen sich nicht nur negative Auswirkungen auf die Teammitglieder, sondern vor allem auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten aus (Maybohm, et al., 2012).

Laut Statistik Austria (2019) steigt die Zahl der operativen Eingriffe stetig an. Noch im Jahr 2009 waren von ca. 4.400.000 medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern Österreichs 1.198.705 operative Leistungen. Im Jahr 2017 wurden insgesamt bereits ca. 4.700.000 medizinische Leistungen verzeichnet, von welchen 1.266.215 operative Eingriffe waren, dies waren um 2,3% mehr als im Vorjahr.

Im Bereich der Null-Tagesaufenthalte (tagesklinisch) kann von einer Verdreifachung der chirurgischen Eingriffe gesprochen werden (von 93.581 im Jahr 2007 auf 264.200 im Jahr 2017). Im Vergleich dazu spricht die WIFO vom Personalmangel im Pflegebereich, welches eines der dringlichsten Probleme in Österreich darstellt. Laut deren Prognosen werden bis 2030 bereits ca. 24.000 und bis 2050 rund 79.000 neue Pflegekräfte benötigt. In diesem Fall kann im Jahr 2030 von einem Anstieg von 39% und 2050 von 127% gesprochen werden (Fa-mira-Mühlberger und Firgo, 2019).

Ableitend aus der Problembeschreibung ergibt sich nun, dass mündliche unstrukturierte Informationsweitergaben ein Risiko darstellen. Werden die zunehmenden Zahlen der operativen Eingriffe und der Mangel an Pflegekräften betrachtet, weist dies auf ein noch höheres Risiko der Patientensicherheit im komplexen postoperativen Bereich hin. Daraus ergibt sich die Fragestellung mit der Zielsetzung, welche im Anschluss die

Grundlage für die weitere Bearbeitung dieser Literaturarbeit dargestellt hat.

Ziel

Ziel dieser Literaturarbeit war es, zuerst einen Überblick übern den postoperativen Übergabeprozess im klinischen Setting zu geben und im Folgenden darzulegen, welche Zusammenhänge zwischen einer Strukturierung der interdisziplinären postoperativen Patientenübergabe und Patientensicherheit bestehen.

Methodische Vorgehensweise

Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1) sowie Suchbegriffe (Tabelle 2) wurden definiert und eine systematische Literaturrecherche von Februar bis Juli 2019 durchgeführt. Gesucht wurde in den Datenbanken von Cinahl, Pubmed und Google Scholar.

Nach dem Beenden der Literaturrecherche und der Auswahl an Publikationen, konnten insgesamt sieben relevante Studien herangezogen werden. Anschließend wurden diese auf ihre Qualität überprüft und mithilfe einer systematischen Analyse nach den Empfehlungen von Behrens und Langer (2010) bewertet. Die verwendeten Studien werden im Folgenden in Tabelle 3 offen gelegt.

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Variable, Phänomen	Postoperativer Übergabeprozess	Alle anderen Arten der Übergabe
Setting	Postoperatives klinisches Setting	Alle anderen Setting
Zielgruppe	Pflegerische und Ärztliche Profession	Alle anderen Professionen
Bevölkerungsgruppe	Erwachsene (>18.Lebensjahr)	Jünger als 18 Jahre alt
Publikationsart	Qualitative und quantitative Studien, Fachartikel, Lehrbücher	Nicht wissenschaftliche Literatur
Publikationszeitraum	2004 - 2019	Vor 2004 erschienen
Sprache	Deutsch, Englisch	Alle anderen Sprachen
Verfügbarkeit	Volltext	Nur Abstract verfügbar

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Deutsche Suchbegriffe	Englische Suchbegriffe
Patientenübergabe, Übergabe, Informationsweitergabe, Übergabeprozess	Patient hand-over, information transfer, handover process, handover
Pflegeperson, Pflegende, Pflegekraft, Krankenschwester/ -pflegerIn, Krankenpflegeperson, pflegerische Profession	Caregiver, nurse, nursing staff, nursing person, nursing profession
Qualität	quality
Patient, Patientensicherheit	patient, patient safety
Krankenhaus	hospital
Postoperativ	postoperative
Kommunikation	communication

Tabelle 2: Suchbegriffe

Analyse von Informationsverlusten bei mündlichen Patientenübergaben – eine Pilotstudie	Parthum, A. & Weinzerl, A.	Deutschland	2004
Verwendung der Delphi-Methode zur Feststellung von Anforderungen an vernetzte, professions- und organisationsübergreifende Kommunikation in Versorgungsnetzen	Winkler et al.	Deutschland	2016
Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study	Kitney et al.	Australien	2017
Six Sigma Methodology and Postoperative Information Reporting: A Multidisciplinary Quality Improvement study with interrupted Time-Series Regression	Shah et al.	USA	2018
Handover from operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study	Marshall et al.	Australien	2019
Improving communcation between surgery and critical care teams: beyond the handover	Turner et al.	USA	2018
Risikomanagement zur Fehlervermeidung im Krankenhaus: Standard Operating Procedures aus der Luftfahrt als Vorbild für eine strukturierte Kommunikation im Klinikalltag	Schmidt et al.	Österreich	2008

Tabelle 3: Verwendete Studien

Implementation in die Praxis

Fünf der sieben Studien versuchten ein Kommunikationsinstrument, meist in einer Form einer Checkliste, in die Praxis zu implementieren. Im Folgenden wird auf die Ergebnisse dieser Bezug genommen.

In der Studie von Marshall et al. (2019) zeigen sich die Auswirkungen als sehr widersprüchlich. Eine Checkliste „SBAR“ und ein „HOT ICU Protokoll“ wurden versuchsweise in die postoperative Patientenübergabe implementiert. Die bereits bestehende Lärmbelastung konnte nur leicht gesenkt werden und auch die Einrichtezeit der Patienten in der PACU stieg gering an, jedoch nahm die Zahl der „unnötigen“ Gespräche ab. Wie von den Autoren schlussfolgernd erwähnt, lag eine mangelnde Compliance der teilnehmenden Personen vor. Weder das eine noch das andere Instrument wurde zur Unterstützung bei postoperativen Patientenübergaben verwendet. Dennoch wurde die Studie miteinbezogen, da sich trotz der mangelnden Verwendung der In-

formationsaustausch verbesserte.

Die Zeitspanne von Ankunft in der PACU bis hin zum Start der Übergabe konnte laut Shah et al. (2018) nach Implementierung des Six-Sigma-Schemas deutlich gesenkt werden. Die Dauer der verbalen Patientenübergabe nahm wiederum zu, wodurch sich kein signifikanter Unterschied in der Gesamtdauer ergab. Die Zahl der teilnehmenden Personen an einer Übergabe stieg nach der Einführung an. Gesamt konnte die Genauigkeit gesteigert und die fehlerhaften postoperativen Informationen reduziert werden.

Eine Verbesserung bei der Weiterleitung von Informationen, sowie Anweisungen zur weiteren Betreuung und sämtlichen symptomatischen bzw. diagnostischen Fakten zeigten auch Kitney et al. (2016) unter Einbezug der „ISBAR Prinzipien“ auf. Diese offenbarten unter anderem signifikante Unterschiede des Kommunikationsflusses bezüglich medizinischer Daten und Fakten. Da sich die Ergebnisse der beiden untersuchten Krankenhäuser stark unterschied, ist die Frage einer mangelnden Compliance nicht auszuschließen, welche jedoch im Laufe der Studie nicht bestätigt werden konnte.

Schmidt, Ramsauer und Witzel (2008) konnten mit der 5-Finger-Methode aus der Luftfahrt nur geringe Verbesserungen in Bezug auf die Patientenübergabe aufzeigen. Die Autorinnen und Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass vor allem jüngere ärztliche Kolleginnen und Kollegen von dieser Methode profitieren, da es bei den über 50-jährigen Personen zu keinen messbaren Verbesserungen kam. Wobei an dieser Stelle die geringe Stichprobe erwähnt werden muss, welche auch nur ärztliches Personal in Ausbildung bzw. mit abgeschlossener Promotion berücksichtigte. Auf die pflegerische Profession wurde zur Gänze verzichtet, was die Aussagekraft dieses Ergebnisses in Bezug auf die Fragestellung und den Einfluss auf die Patientensicherheit stark einschränkt.

Eine wesentliche Erkenntnis der Studie von Tuner, et al. (2018) war, dass die entwickelte Checkliste sich positiv auf die Zufriedenheit in Bezug auf die tägliche Kommunikation, als auch auf die postoperative Übergabe aller teilnehmender Personen auswirkte. Auch die wahrgenommene Effektivität zeigte in verschiedensten Bereichen signifikante Verbesserungen. Das Verständnis für die Übergabe konnte nach der Implementierung gesteigert werden und auch hier wurde der Wunsch

(C) M.Dörr & M.Frommherz

der ärztlichen Profession nach einer Verbesserung der schriftlichen Dokumentation geäußert. Die verstärkte Nutzung von strukturierten Kommunikationsmitteln wie unter anderem Checklisten fand bei einem Großteil der teilnehmenden Personen Zuspruch, um das Risiko von Informationsverlusten und nicht korrekten Informationen zu vermindern. Jedoch wurde trotz diesen Ergebnissen kein messbarer Zusammenhang mit der Patientensicherheit hergestellt.

Ein dezidierter Wunsch nach einer besseren Übersichtlichkeit von Patientendaten wurde im Zuge der Pilotstudie von Winkler, Beifus und Köberlein-Neu (2016) geäußert, welcher Informationsverluste bei mündlichen Patientenübergabe untersuchte. Auch die mangelnden zeitlichen Ressourcen für eine genaue Dokumentation oder Korrektur von Daten fanden mehrmals Erwähnung. Kurze und unkomplizierte Kommunikationswege, welche in ihrer Anwendung schnell und übersichtlich erfolgten, wurden von den teilnehmenden Personen als essenziell betrachtet. Auch bekam der Vorschlag eines automatischen Warnsignals zu festgelegten Zeitpunkten (Schichtende oder Ausloggen, etc.) von der pflegerischen Profession im klinischen Setting hohen Zuspruch. Der automatische Datentransfer von z.B.: Vitalparameter wurde als fehlerlimitieren Maßnahme erwähnt.

Diese Neuerungen wirkten sich nicht nur positiv auf die Übersichtlichkeit zugunsten des Personals aus, sondern führten auch zu einer Risikoverminderung bezüglich der Vermittlung von falschen Informationen bzw. des Verlustes von Informationen.

Limitationen

Der Zeitraum der Veröffentlichung von Publikationen wurde von zehn auf 15 Jahren erweitert, da sich Literatur welche älter als zehn Jahren war, mit den jüngsten Erkenntnissen deckte. Als eine weitere Limitierung muss die begrenzte Auswahl der Publikationen angegeben werden, welche teils aufgrund der sprachlichen Eingrenzung auf Deutsch und Englisch bestand. Im Rahmen der Literaturrecherche konnte vor allem englischsprachige Literatur gefunden werden. Da kaum wissenschaftliche Literatur in Bezug auf diese Thematik oder ein standardisiertes „Übergabetool“ in Österreich oder Deutschland vorhanden sein dürfte, wird vermutet, dass bisher nur wenig über diese Thematik geforscht bzw. publiziert wurde. Studien welche verwendet worden sind, stammten aus der USA, Australien, Deutschland und Österreich. Aufgrund der verschiedensten Gesundheits- und Versorgungssysteme in den unterschiedlichen Ländern der verwendeten Studien, erschwert sich die Übertragung der Ergebnisse in das nationale System.

Festgehalten wird, dass die Thematik im Raum Österreich noch nicht sehr verbreitet ist und in der Praxis eine strukturierte Patientenübergabe nur vereinzelt bis sehr selten durchgeführt wird. Für diese wissenschaftliche Arbeit fand internationale Literatur ihre Anwendung, so dass die gefundenen Erkenntnisse dem jeweiligen Setting angepasst wurden.

Schlussfolgerung

Da für eine optimale Versorgung von Patienten eine postoperative Übergabe unumgänglich ist, werden die genannten und beschriebenen Inhalte dieser Literaturarbeit in Zukunft stetig an Bedeutung zunehmen. Eine zentrale Erkenntnis ist die Notwendigkeit der Einführung eines strukturierten Kommunikationshilfsmittels, um Risikofaktoren zu reduzieren.

Auch wenn gezielt auf die Patientensicherheit keine signifikanten Verbesserungen bzw. Zusammenhänge dokumentiert wurden, konnten offensichtliche Verbesserungen im Bereich der Aufmerksamkeit, Teilnahme sowie Reduzierung von Informationsverlusten und fehlerhafte Kommunikation aufgezeigt werden.

Durch die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen zeigt sich, dass dieser Bereich in Österreich von wirtschaftlichen Aspekten geprägt ist, die mit neuen Berufsgruppen und Einsparungen einhergehen. An dieser Stelle erscheint es als unvermeidlich, sich neuen Herausforderungen zu stellen bzw. neue Instrumenten in die Praxis zu implementieren.

Eine verbesserte Qualität in der Patientenversorgung als auch in der interprofessionellen Kommunikation können Folge einer solchen prozessorientierten Umsetzung sein.

Neben den Einsparungen und der möglicherweise auftretenden Frustration aufgrund des Personalmangels, ist das Wohl der Patienten noch immer an der obersten Stufe und die bestmöglichste Arbeit hierfür zu leisten.

Literatur

Behrens, J. & Langer, G. (2010). Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung (3., überarb. und ergänzte Auflage.). Bern: Hans Huber Verlag.

DeLucia, P.R., Ott, T.E. & Palimieri, P.A. (2009). Performance in Nursing. Zugriff am 16.06.2019 Verfügbar unter: https://journals.sage pub.com/doi/abs/10.1518/155723409X448008.

Famira-Mühlberger, U. & Firgo, M. (2019). WIFO-Bericht von Ulrike Famira-Mühlberger und Matthias Firgo zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal. Zugriff am 06.07.2019. Verfügbar unter https://www.wifo.ac.at/news/bis_2030_rund_24000_pflegekraefte_mehr_noetig.

Flemming, D., Przysucha, M. & Hübner, U. (2015). Unterstützt die ÜbergabeEPA die kognitiven Prozesse während einer Übergabe? Ergebnisse einer initialen RCT-Studie. Zugriff am 12.04.2019. Verfügbar unter: https://www.egms.de/static/de/mee tings/gmds2015/15gmds087.shtml.

Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D. & Wang, W. (2017). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using isbar principles: a quality improvement study. Journal of Perioperative Nursing in Australia, 29(1), 30-34.

Marshall, A.P., Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Willis, N., Gardiner, T., Hervey, L., Simpson, W. & Gillespie, B.M. (2019). Handover from operating theatre to the in- tensive care unit: A quality improvement study. Australien Critical Care,32 (3), 229- 234.

Maybohm, P., St.Pierre, M., Heinrichs, W. & Bein, B. (2012). Fehler und Irrtümer in der Anästhesie. (2. Aktualisierte Auflage). Stuttgart: Thieme.

Møller, T.P., Madsen, M.D., Fuhrmann, L. & Østergaard, D. (2013). Postoperative handover: characteristics and considerations on improvement. European Journal of Anaesthesiology, 30(5), 229-231. doi:10.1097/EJA.0b013e32835d8520.

Nagpal, K., Vats, A., Ahmed, K., Smith, A.B., Sevdalis, N., Jonannsson, H., Vincent, C. & Moorthy, K. (2010). A systematic quantitative assessment of risks associated with poor communication in surgical care. Archives of surgery, 145(6), 582-585.

Parthum, A. & Weinzierl, A. (2004). Analyse von Informationsverlusten bei mündlichen Patientenübergaben – eine Pilotstudie. Patientenverlegung von Intensivstation auf allgemein versorgende Station einer Universitätsklinik. Intensiv Fachzeitschrift für Intensiv und Anästhesiepflege, 12(2), 81-86. Doi: 10.1055/s-2004-812919.

Schmidt, C., Ramsauer, B. & Witzel, K. (2008). Risikomanagement zur Fehlervermeidung im Krankenhaus: Standard Operating Procedures aus der Luftfahrt als Vorbild für eine strukturierte Kommunikation im Klinikalltag. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, 146(2), 175-178.

Schmidt, M. (2018b). Pflegeübergabe: Die Informationsweitergabe muss geübt werden. PflegePraxis, 70(7-8), 22. Doi: 10.3936/1549.

Shah, A.C., Herstein, A.R., Flynn-O'Brien, K.T., Oh, D.C., Xue, A.H. & Flanagan, M.R. (2018). Six Sigma Methodology and Postoperative Information Reporting: A Multidisciplinary Quality Improvement Study With Interrupted Time-Series Regression. Journal of Surgical Education. 76 (4), 1048-1054.

Statistik Austria (2019). Medizinische Leistungen seit 2009. Zugriff am 06.07.2019. Verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/ge- sundheit/stationaere_aufenthalte/medizinische_leistungen/index.html.

St.Pierre, M., Hofinger, G. & Buerschaper, C. (2011). Notfallmanagement. Patientensicherheit und Human Factors in der Akutmedizin. (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

Turner, C.J., Haas, B., Lee, C., Brar, S., Detsky, M.E. & Munshi, L. (2018). Improving communication between surgery and critical care teams: beyond the handover. American Journal of critical care, 27(5), 329-296.

Winkler, Y., Beifus, K. & Köberlein-Neu. (2016). Verwendung der Delphi-Methode zur Feststellung von Anforderungen an vernetzte, professions- und organisationsübergreifende Kommunikation in Versorgungsnetzen. Pflegewissenschaft, 18 (3/4), 192-200.

Autorin

Christina Schmidt, BScN
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Absolventin des berufsbegleitenden Bachelor-Studienganges Pflegewissenschaft an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg. Derzeit Stellvertretende Stationsleitung der interdisziplinären Tagesklinischen Einheit und Mitglied der ARGE Diabetes im Krankenhaus der Elisabethinen in Graz, christi-na.schmidt@elisabethinen.at

POSTGRADUATE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN
Intensivpflege

Universitätslehrgang Intensivpflege

Praxisorientiertes, evidenzbasiertes Wissen für den Intensivbereich

Zielgruppe sind Personen des gehobenen Dienstes aus der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Intensivbereich tätig sind oder eine Tätigkeit in diesem Bereich anstreben.

Ihre Vorteile:

- Abschluss als Akademische/r Expertin/Experte für Intensivpflege in 2 Semestern
- Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis
- Wissensvermittlung mit hochschuldidaktischen Methoden
- Weiterqualifizierung im Intensivbereich und Steigerung der Karrierechancen

In Kooperation mit

BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEAKADEMIE WIEN

Informationen und Anmeldung unter www.meduniwien.ac.at/ulg-intensivpflege

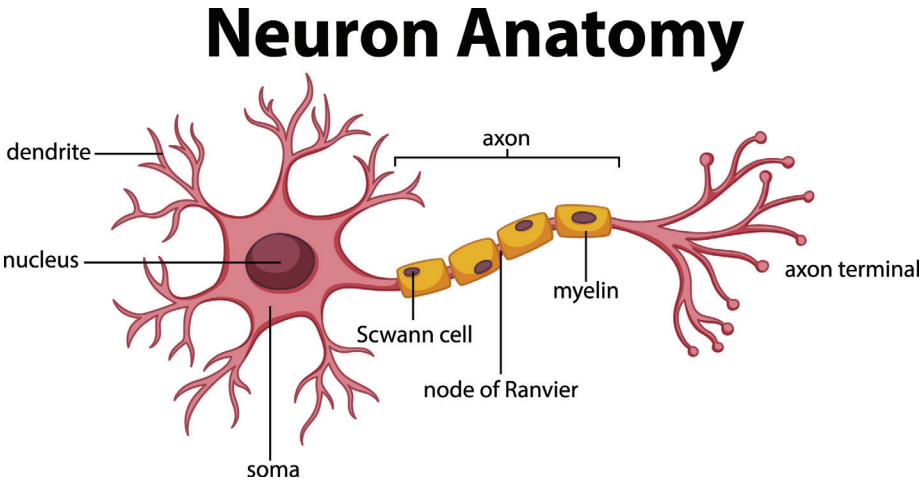
Foto: Morgurgo/Barmherzige Brüder

Gehirn und Gedanken modellieren dein Leben

Dein Gehirn kann deine Potenziale entfalten

Neben meiner beruflichen Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin widme ich meine Zeit gerne der Steigerung der Gesundheitskompetenz und Prävention. Mit der GuKG Novelle 2016 wurde das Berufsbild der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) durch den Tätigkeitsbereich Gesundheitsförderung erweitert. „§ 14 Pflegerische Kernkompetenzen (2) 7. Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention“ (BGBL 2016: 4)

Abb.1.: Neuron (C) Grafics RF



In meinem folgenden Artikel möchte ich gerne auf die Möglichkeit zur Gesundheitsförderung durch achtsamen Umgang mit Gehirn und Gedanken eingehen. Durch meine Arbeit als diplomierte Fachkraft konnte ich beobachten, dass viele Patientinnen und Patienten sich selbst zu wenig zutrauen. Oft können sie sich selbst nicht motivieren neue Wege einzuschlagen.

Jeder Mensch wird mit Unmengen an Neuronen geboren. Aufgrund von persönlichen Erfahrungen werden diese unterschiedlich verknüpft. Dieses subjektive Wissensnetz schafft jedem seine eigene, persönliche Realität, sowie individuelle Werte und Weltanschauungen. Beim aktiven und auch beim beiläufigen Lernen wird das Wissensnetz dichter, dies führt zur Weiterentwicklung.

Das bewusste Lenken der Gedanken kann ein zufriedeneres Leben begünstigen.

Vernetzung der Neuronen

Jedes Baby wird mit einer exorbitanten Menge an synaptischen Verknüpfungsangeboten im Gehirn geboren. Diese gewaltige Veranlagung hat sich bis nach der Schulzeit drastisch reduziert (vgl. Hüther 2016: 169). Alle, ein Kind umgebende Personen wie Eltern, Vorbilder, Geschwister, Freunde helfen unserem Gehirn dabei, das zu werden was es ist. Sie beeinflussen die Vernetzungen der Neuronen und somit die individuelle Persönlichkeit, die Gedanken, die Träume, die Muttersprache und alles was uns ausmacht (vgl. Hüther 2016: 176). Ein Neuron ist eine Nervenzellen im Gehirn. Neuronen „meistern unsere Wahrnehmung, unser Denken das Lernen, das Fühlen und viele geistige Prozesse, wie die Entscheidungsfindung oder das Assoziieren, kurzum unsere Kognition, aber auch unsere Emotion.“ (Mazedonia 2019: 12)

Auch unsere ersten Empfindungen werden von den Reaktionen der Eltern geprägt. Sind diese ersten Erfahrungen positiv eingefärbt, neigen wir auch im Erwachsenenalter dazu unserer Person positiv gegenüberzustehen und ahmen unsere ersten Wahrnehmungen nach. Natürlich werden auch die negativen Erfahrungen später kopiert. Wir neigen dazu unser emotionales Universum der Kindheit wieder entstehen zu lassen (vgl. Hay 2018: 22f.).

Unser Gehirn hat alles abgespeichert, aber das Bewusstsein hat nur einen Bruchteil parat, denn 95 Prozent unseres Wissens verlaufen unbewusst (vgl. Dogs/Poelchau 2017: 38).

Wir können nur wahrnehmen was wir bereits kennen. Unser Wissen beeinflusst unsere Wahrnehmung. Wenn bereits Neuronen (Gehirnnerven) zu neuen Wahrnehmungen in unserem Gehirn vernetzt sind, können Feinheiten weiterverknüpft werden. Die Vernetzung wird dichter und unser Wissen größer. Zum Beispiel wird eine Fremdsprache, welche wir nicht kennen, nicht als Sprache, sondern nur als Geräusch wahrgenommen. Wir haben keine Verbindungen zu diesen Geräuschen, da wir an kein Wissensnetz anknüpfen können (vgl. Birkenbihl 2018: 47).

Im Gegensatz dazu hören wir bei einer Fremdsprache, die wir gelernt haben bekannten Wörter. In weiterer Folge können wir manche Wörter sinngemäß interpretieren und speichern die neuen Wörter nach und nach als neues Wissen ab.

Jedes Neuron hat zu unzähligen Neuronen Verknüpfungen. Bei neuen Erkenntnissen werden neue Verknüpfungen gebaut und weiteres Wissen wird abgespeichert (vgl. Birkenbihl 2018: 44).

Tagtäglich entstehen in unserem Gehirn neue Zellen. Der lebenslange Neuronennachbau ist wichtig, da durch Fieber, Alkohol, Unfall, Schlafmangel, …immer wieder Neuronen zerstört werden. Auch wenn wir etwas neues Lernen z.B. eine Fremdsprache, wird das Wachstum neuer Neuronen angeregt (vgl. Macedonia 2019: 40f.).

Der Neurobiologe Gerald Hüther schreibt, dass wir es selbst in der Hand haben unsere Nervenzelle

zu ‚düngen'. Weiterentwicklung und Umbauprozesse im Gehirn können bis ins hohe Alter aktiviert werden. Ausgelöst wird diese aktive ‚Düngung', wenn wir uns über etwas freuen können! Wenn Denken, Fühlen und Handeln nicht getrennt werden, wird das Gehirn aktiviert, egal wie alt wir sind (vgl. Hüther 2016: 218ff.)

Individuelle Werte

Jeder von uns hat persönliche, unantastbaren Überzeugungen und Werte, schreibt Sunim. Es ist für uns unvorstellbar, dass man diese Werte aus einem anderen Blickwinkel betrachtet. Immer wieder kommt es vor, dass wir beruflich oder privat Zeit mit Menschen verbringen, die andere Weltanschauungen vertreten. Bei der Diskussion zweier Gesprächsparteien mit unterschiedlichen Wertvorstellungen kann es schnell zu Auseinandersetzungen kommen. Jeder möchte seine, für ihn richtige Meinung, vertreten und den anderen davon überzeugen. Jede Partei fühlt sich nicht anerkannt, gekränkt, zornig oder verletzt.

Müssen wir unsere Werte dringend aufzwingen? Ist es nicht nur unser Egoismus, der unsere Werte teilen möchte? Besser ist es, andere mit ihren Überzeugungen zu akzeptieren und miteinander eine glückliche Zeit zu verbringen (vgl. Sunim 2017: 99f.).

Sichtweisen und Werte die mit unseren nicht korrelieren werden unverzüglich als falsch abgetan. Dem Gesprächspartner wird unsere ‚die richtige' Interpretation erklärt. Diese durch unterschiedliche Wissensfäden ausfallende Perspektive endet möglicherweise mit Konflikt oder Flucht. Menschen mit vielen Verknüpfungen können auch mit widersprüchlichen Sichtweisen leben und sie nebeneinander stehen lassen (vgl. Birkenbihl 2018: 48f.).

In diesen Streitsituationen, in welchen wir unsere Gegenüber unter Umständen körperlich und seelisch verletzen, wird im schlimmsten Fall auch noch unsere Familie hineingezogen. Meist ist es unser Stolz, der uns veranlasst den anderen unsere Meinung aufzudrängen. Wenn wir die Meinung des anderen wertschätzend anhören und uns für seine Darlegung unterschiedlicher Fakten bedanken, ist niemand beleidigt oder gekränkt. Eine Diskussion, welche auf Stolz basiert und anderen unseren Willen aufdrängen will, führt nur zu Verletzungen und vermutlich ist einer der Verlierer (vgl. Sunim 2017: 117).

Individuell Wissen abspeichern

Neues Wissen wird, wie von Elisabeth Rettenwender, in Abbildung 2 dargestellt, über aktive kognitive Prozesse ausgewählt, verarbeitet und als Gedächtnis abgespeichert. Diesen Prozess absolvieren alle Informationen und Sinnesreize im Gehirn nicht nur beim bewussten Lernen.

Informationen werden in der ersten Phase durch die Sinnesorgane wahrgenommen und enkodiert. Das bedeutet die neuen Informationen werden mit bereits abgespeichertem Wissen verglichen und verknüpft.

In der zweiten Phase werden die verarbeiteten, encodierten Informationen im Gedächtnis gespeichert und geordnet. Das gespeicherte Wissen kann wie in Abbildung 2 dargestellt, in der dritten Phase bei Bedarf intuitiv oder bewusst abgerufen werden (vgl. Rettenwender 2012: 53).

Individuelle Wirklichkeit

Wir konstruieren unsere individuelle Realität. Was wirklich ist, wird von unserem Gehirn als Wirklichkeit dargestellt. Unsere Sinnesorgane empfangen Reize. Diese Reize werden verarbeitet und ans Gehirn weitergeleitet. Im Gehirn werden diese Wahrnehmungen mit den bereits abgespeicherten Daten von Erlebten, Erfahrungen und Einstellungen abgeglichen. Daraus lässt sich eindeutig ableiten, dass es ausschließlich eine persönliche Wahrheit gibt (vgl. Rettenwender 2013: 33).

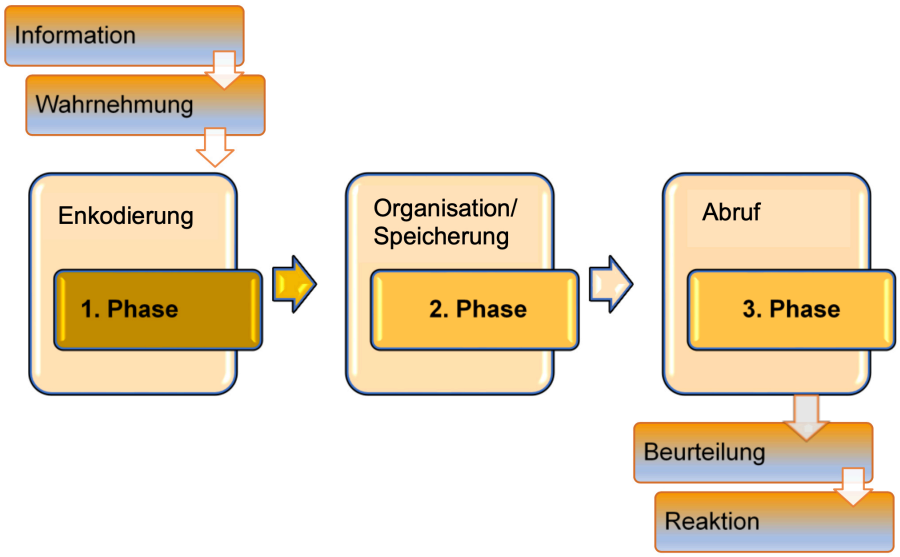


Abb. 2 Phasen der Informationsverarbeitung (vgl. Rettenwender 2012: 53)

Abb. 3: Blinde untersuchen einen Elefanten (C) Leremy

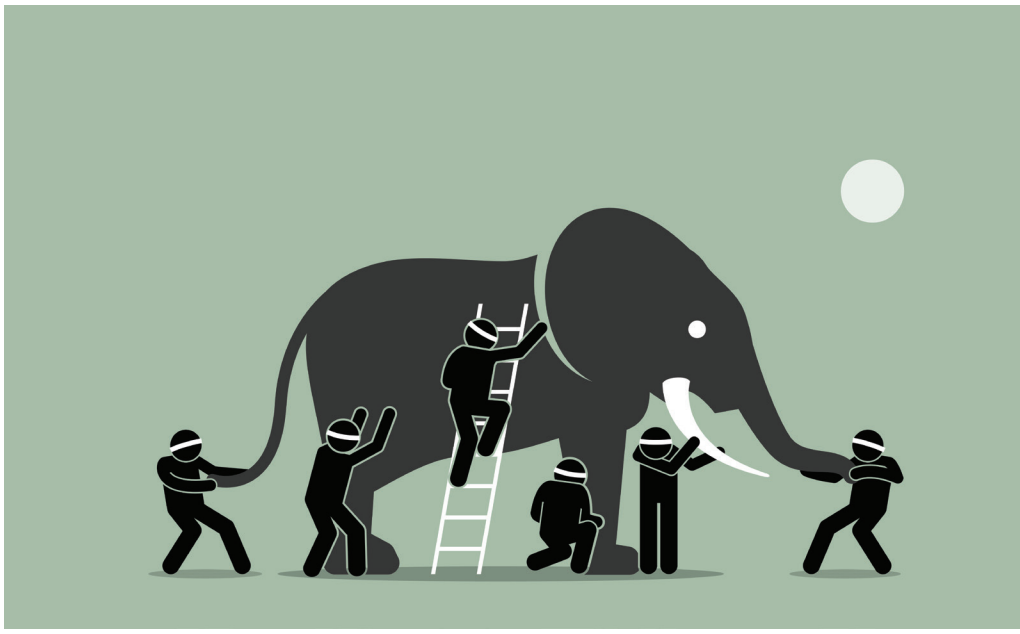


Abbildung 3 zeigt Personen, die von Geburt an blind sind. Sie versuchen einen Elefanten, durch ertasten, zu beschreiben. Der Blinde, der den Schwanz ergreift, meint der Elefant sei ein Strick. Der Blinde am Bein, meint der Elefant sei eine Säule. Der Blinde am Bauch meint der Elefant sei eine Wand…. (vgl. Rettenwender 2012: 33). Diese Abbildung erklärt anschaulich, dass jeder seine individuelle Wirklichkeit hat.

Individuelle Lebensgestaltung

Wir werden von unseren Mitmenschen geprägt, egal ob es uns recht ist oder nicht. Die Verpackung von Räucherstäbchen riecht nach Räucherstäbchen, die Verpackung von Fisch, riecht nach Fisch. Stell dir selbst die Frage, wem du nacheifern möchtest (vgl. Sunim 2017: 126). Achte bei der Wahl der Freunde darauf, ob ihre Einstellung, Lebensphilosophie oder ihre Werte für dich nachahmens- oder erstrebenswert sind.

Vieles ist im Gehirn fest verankert. Spielraum für positive Veränderungen gibt es trotzdem (vgl. Dogs/Poelchau 2017: 27).

Auch wenn unser Gehirn den individuellen Lebensstil gestaltet, haben wir die Möglichkeit unsere Lebensgestaltung aktiv zu beeinflussen. Stimuliert wird unser Gehirn beispielsweise durch persönliche Vorlieben wie sportliche Betätigung, ausreichend Schlaf, Sonnenlicht, hochwertige Ernährung (vgl. Rossbach 2019: 6).

Wohlbefinden wird durch neuronale Signale im Belohnungszentrum ausgelöst, schreibt der amerikanische Professor für Neurowissenschafen David J. Linden. Das Belohnungszentrum findet man im medialen Teil des Vorderhirns positioniert. Unser Körper hat sich im Laufe der Entwicklungsgeschichte befähigt, sich Vergnügen und Genuss auf unterschiedlichste Weise zu verschaffen. Dieses neuronale Wohlbefinden können durch Sport, fette Speisen, Einkaufen, Tanzen, Sex, Konsum von medialen Spielen, … ausgelöst werden. Auch künstliche Stimulantien, wie Drogen, Alkohol und Nikotin aktivieren im selben Mechanismus das Belohnungssystem.

Gefühle der Freude und der Begeisterung können uns motivieren Ziele zu erreichen.

Linden hält weiter fest, dass diese Ziele die Weiterentwicklung der Menschheit nicht zwingend vorantreiben müssen. Handyspiele, Kinofilme, Schokolade und vieles mehr können in uns ein Wohlgefühl auslösen, bringen allerdings keinen evolutionären Profit.

Das Belohnungszentrum kann beim Menschen schon allein bei den Gedanken an etwas Schönes stimuliert werden (vgl. Linden 2012: 11f.).

Leben ist Veränderung

Die Welt ist nicht glücklich oder unglücklich, schön oder nicht schön, sie ist wie sie ist (vgl. Sunim 2017: 21).

Unsere Welt verändert sich, wie auch wir uns verändern. Manches ändert sich langsam wie etwa Gletscher, anderes ändert sich schnell (vgl. Hüther 2016: 173f.) wie beispielsweise das Leben der Eintagsfliege.

Wir selbst haben die Entscheidung, ob wir ein selbstbewusstes Leben möchten. Die Einstellung, die wir uns selbst gegenüber haben, liebevolle Gedanken unsere Person betreffend und freundliche Handlungen steigern unser Wohlbefinden. Unsere Umwelt nimmt unsere Selbsteinschätzung unbewusst wahr und reagiert darauf. Der beste Sänger wird erfolglos bleiben, solange er von sich nicht selbst überzeugt ist (vgl. Rossbach 2019: 188).

Wenn man einen neuen Weg beschreiten will, ist es wichtig, dass man von seinem Vorhaben selbst überzeugt ist. Zukunftspläne sollen selbstbewusst umgesetzt werden! Übung macht den Meister!

Erkenne die Denkfehler bis man das neue Vorhaben korrekt umsetzen kann. Sollte das Neue nicht gelingen lernt man trotzdem, nämlich an Erfahrung (vgl. Hay 2018: 203f.).

Im Laufe des Lebens gibt es immer wieder Rückschläge. Lass dich nicht entmutigen. Das Leben ist kein Sprint gegen Mitbewerber, sondern ein Marathon gegen die eigene Person, der das ganzes Leben lang währt (vgl. Sunim 2017: 214).

Louise L. Hay führt an, dass wir oft Spezialisten im Üben von Selbstkritik sind, es uns aber schwer fällt Lob anzunehmen. Sie meint, dass Selbstliebe, Wohlstand und Liebe Voraussetzung für ein gesundes Leben sind (vgl. Hay 148f.).

Stell dir vor, dass du in einem neuen Bereich ein Experte bist. Setz deine Energie ein und arbeite daran, ein Experte zu werden. Mit der Zeit wird der Graben zwischen Wunsch und Wirklichkeit geschlossen (Sunim 2017: 223).

Neues ausprobieren und das positive Hervorheben kann neue Nervenvernetzungen bilden (vgl. Dogs/Poelchau 2017: 43).

Aber Vorsicht, Perfektionisten, welche immer funktionieren wollen oder müssen, sind die ersten die in die Knie gedrückt werden (vgl. Dogs/Poelchau 2017: 45).

Autorin

Gertrud Kehraus, M.Ed.
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin Lehrerin für Gesundheitsberufe Vortragstätigkeit in den Bereichen Mobbingprävention und Gesundheitsförderung wohnhaft in Kärnten/Österreich
E-Mail: gkehraus@gmx.at

Hormone, Botenstoffe und Neurotransmitter im Gehirn gestalten unser Leben mit. Sie aktivieren oder bremsen uns, machen uns fröhlich oder traurig (vgl. Rossbach 2019; 135). Glücklich machende Botenstoffe können durch Gedanken vermehrt zur Produktion angeregt werden. Daraus resultiert, dass wir die Fähigkeit besitzen durch unseren Geist und unsere Art zu denken unser Leben glücklicher und zufriedener zu gestalten (vgl. Rossbach 2019: 144).

Nur im Jetzt können Veränderungen umgesetzt werden. Sobald wir bereit sind uns weiterzuentwickeln, leitet unser Unterbewusstsein uns in die richtige Richtung. Unsere Gedanken und Worte verändern unsere Zukunft, auch wenn wir nicht wissen wie (vgl. Hay 2018: 125).

Damit sich das Leben richtig anfühlt, muss man sich selbst akzeptieren, auch wenn man andere, eigenwillige Wege beschreitet (vgl. Dogs/Poelchau 2017: 57).Nur du hast Anspruch auf dein Leben! Schätze deine Persönlichkeit und erkenne sie an. Gib Entscheidungen über dein Dasein zu keiner Zeit in andere Hände. (vgl. Sunim 2017: 235).

Rossbach beschreibt ein Glücksrezept des Harvard-Forschers Achor. Man benötigt dazu einen Stift, ein Notizbuch und zwei Minuten Zeit.

An 21 aufeinanderfolgenden Tagen soll man sich drei Dinge aufnotieren, für die man an diesem Tag dankbar war. Laut Achor wird nach diesen drei Wochen das Gehirn auf positive Wahrnehmungen trainiert und nimmt diese alsbald automatisch wahr. Der Fokus wird alsbald im täglichen Leben vermehrt auf das positive gerichtet. Dieses Glücksrezept führt uns zu mehr Achtsamkeit. Aufmerksamkeit und Effizienz werden gesteigert und

*„Das Leben ist wie Theaterspielen.
Dir wird eine Rolle zugewiesen.
Wenn du diese Rolle nicht magst, denk daran,
dass du die Macht hast, die Rolle,
die du willst, neu zu gestalten.“
(Sunim 2017: 81)*

*„Alles in diesem Universum vergeht.
Weil es vergeht, ist es auch kostbar.
Verbring diesen kostbaren Moment
weise und schön.“
(Sunim 2017: 76)*

der Erfolg stellt sich automatisch ein (vgl. Rossbach 2019: 175f.).

Literaturverzeichnis:

BGBL (2016): Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 2016. Ausgeben am 1. August 2016 Teil I. 75. Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifeprüfungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden (GuKG-Novelle 2016). Online im Internet: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdfsig [Download am 29.01.2020].

Birkenbihl, Vera (2018): Stroh im Kopf? Vom Gehirn-Besitzer zum Gehirn-Benutzer. Pößneck: mvg Verlag. 57. Auflage.

Dogs, Christian Peter/Poelchau, Nina (2017): Gefühle sind keine Krankheit. Warum wir sie brauchen und wie sie uns zufrieden machen. Berlin: Ullstein.

Hay, Louise L. (2018): Gesundheit für Körper und Seele. Berlin: Allegria, 8. Auflage.

Hüther, Gerald (2016): Mit Freude lernen ein Leben lang. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co. KG.

Linden, David J. (2012): High. Woher die guten Gefühle kommen. München: Verlag C. H. Beck.

Macedonia, Manuela (2019): Beweg dich! Und dein Gehirn sagt danke. Wie wir schlauer werden, besser denken und uns vor Demenz schützen. Wien: Brandsteiner Verlag. 4. Auflage.

Rettenwender, Elisabeth (2012): Psychologie auf aktuellstem Stand. Linz: Vertitas-Verlag. 3. Auflage.

Rossbach, Gabriele (2019): Glücksorgan Gehirn. Selbstoptimierung beginnt im Kopf. Berlin: Springer Verlag.

Sunim, Haemin (2017): Die schönen Dinge siehst du nur, wenn du langsam gehst. München: Scorpio Verlag.

Information und Beratung als Ansatz zur Stärkung informeller Pflege

Ziel der qualitativen Studie „Ansätze für ein Informations-, Anleitungs- und Beratungskonzept für die Etablierung niederschwelliger Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten“ war es, die benötigten Entlastungs- und Hilfebedarfe im häuslichen Pflegebereich aus der Perspektive der informell Pflegenden durch sechs leitfadengestützte Interviews, zu erkennen und zu beschreiben. Die Ergebnisse können einen Beitrag dazu leisten entsprechende Konzepte weiter zu entwickeln.

Zusammenfassung
Zahlreiche Studienergebnisse zeigen, dass sich etwa ein Drittel der Pflegenden Angehörigen durch die Unterstützung eines Pflegebedürftigen belastet fühlen. Hierbei können Entlastungs- und Unterstützungsangebote hilfreich sein. Die benötigten Unterstützungs- und Entlastungsangebote für informell Pflegende im häuslichen Setting gilt es zu eruieren. Hierbei stehen die Erhebung der Wünsche und Bedürfnisse und deren bisherige Erfahrungen bezüglich der Entlastungsmöglichkeiten im Fokus. Informell Pflegende, z. B. Angehörigenpflegende, halten die Unterstützung durch Familie und Pflegedienste für unabdingbar. Besonderer Unterstützungsbedarf sehen die Befragten im Bereich der systematischen, umfassenden Beratung, Anleitung und Information. Ein weiterer Ausbau gerade auch niederschwelliger Angebote ist zwingend erforderlich.

Schlüsselwörter: informell Pflegende - Angehörigenpflege – Unterstützungsangebote - Hilfen – Ambulantisierung

Sinkende Potenziale formeller und informeller Pflege
Aufgrund des demographischen Wandels in Deutschland und der daraus entstehenden gesellschaftlichen Veränderungen gibt es immer mehr ältere Menschen und auch eine vermehrte Anzahl an Pflegebedürftigen. Derzeit sind rund 3,3 Millionen Menschen in Deutschland im Sinne des Sozialgesetzbuches pflegebedürftig (Bundesministerium für Gesund-

(C) leszekglasner

heit, 2018). In den nächsten Jahren wird der Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung deutlich wachsen (Rothgang et al., 2016). Andererseits findet eine Entjüngung der Gesellschaft statt, woraus sich die Möglichkeiten ausreichend Personal in den Pflegeberufen auszubilden sinkt und ein Fachkräftemangel entsteht. (Bundesagentur für Arbeit, 2018). Bis 2050 wird ein Anstieg an Pflegebedürftigen um etwa zwei Drittel allein aufgrund des demografischen Wandels vermutet (Rothgang et al., 2016). Auch diese Potentiale der informellen Pflege sinken durch die demografischen Veränderungen, wie z. B. niedrige Fertilitätsraten, Urbanisierungstrends und Wegzug von Familienangehörigen.

Angehörige pflegen – eine Herausforderung

Es gibt laut Pflegereport in Deutschland rund 2,5 Millionen informell Pflegende. 73 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt, 2017). Ein Drittel der informell Pflegenden geht arbeiten, jeder Vierte aber hat seine berufliche Tätigkeit aufgrund der Pflege reduziert oder ganz aufgeben müssen. Die Hälfte pflegt und betreut mehr als zwölf Stunden täglich die pflegebedürftige Person, somit wird bei 85 Prozent der Betroffenen das tägliche Leben von informeller Pflege und Betreuung bestimmt (Rothgang et al., 2018). Zahlreiche Studienergebnisse zeigen, dass Belastungen in der Pflege von Angehörigen und insbesondere in der Demenzpflege vorhanden sind. Die informell Pflegenden erleben durch die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen hierbei tiefgreifende Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen (Laag, Weidner, Isfort, 2010, S.182). Diese sind sowohl physische und psychische Belastungen und Erkrankungen, als auch soziale Risiken infolge von Verdienstausfällen, mit sich bringen (Wetzstein et al., 2015). Etwa ein Drittel fühlt sich sehr stark belastet (Nowossadeck et al., 2015). Hierbei können Entlastungs- und Unterstützungsangebote hilfreich sein. Bekannt ist, dass diese Angebote spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden (Laag, Weidner, Isfort, 2010, S.182). Seit Einführung der Pflegestärkungsgesetze wurden die Möglichkeiten für informell Pflegende passgenauer, leistungsfähiger und individueller.

Studienergebnisse verdeutlichen, dass Personen die Pflegebedürftige betreuen und pflegen mehr Unterstützung benötigen und eine allgemeine Sensibilisierung auf Pflegebedürftigkeit und die informelle Pflege in den verschiedensten Bereichen geschaffen werden muss. Elementar ist der Ausbau von Beratung, Information und Anleitung und deren qualitativ hochwertiger Aufbau und Inhalt des Angebotes. Zudem ist die Qualifikation der durchführenden Person und die Bekanntheit des Angebots wichtig (Drossel, 2018, S. 168).

Um Belastungen der informell Pflegenden weiterhin gezielt entgegenzuwirken und informell Pflegende stärken zu können ist es nötig Wünsche an die Gestaltung von Entlastung- und Unterstützungsangeboten von informell Pflegenden zu eruieren.

Eckdaten zur Untersuchung

Die Untersuchung erfolgte durch leitfadengestützte Interviews von informell Pflegenden im Jahr 2018. Der Forschungsraum ist eine strukturschwache Region in Thüringen. In die Untersuchung eingeschlossen wurden Personen, die mindestens volljährig sind und derzeit informell pflegen. Minderjährige, die Familienangehörige pflegen, wurden ausgeschlossen. Ebenso Personen, die aktuell nicht aktiv informell pflegen. Insgesamt wurden sechs Interviews geführt, die jeweils im Durchschnitt 30 Minuten dauerten. Die Auswertung der Daten folgten Kategorien, die nachfolgend vereinfacht an Hand ausgewählter Beispiele dargestellt werden.

Ambulante, professionelle Pflege nicht Wegzudenken

Bei der Befragung gaben die Personen an, Unterstützung von Familienmitgliedern und Mitarbeitern eines Pflegedienstes zu erhalten. Diese Unterstützung ist für alle Befragten sehr wichtig und größtenteils unabdingbar. Als Entlastungsangebot werden zudem Pflegedienst und Betreuungskräfte genutzt. Unterstützung durch Leistung der Pflegeversicherung ist für die Befragten notwendig und oft nicht ausreichend für die benötigten Leistungen durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes.

Informationsdefizite führen zur Nichtinanspruchnahme

Ein Teil der informell Pflegenden nutzt keine Angebote. Zum einen aus Gründen eines Informationsdefizites und zum anderen durch Ratlosigkeit woher die Informationen bezogen werden können. Diese gaben in den Interviews an, dass sie ihre Informationen über Unterstützungs- und Entlastungsangebote vom Hausarzt, den Krankenkassen, von Familienmitgliedern und von den Mitarbeitern des Pflegedienstes und des Medizinischen Dienstes der Kassen erhalten.

Nutzung von Entlastungs- und Sachleistungen wird als Belastung empfunden

Aus Sicht der Befragten wird die Nutzung von Entlastungsangebote auch als zusätzliche Belastung beschrieben. Zum einen äußern diese, dass die Leistungserbringung durch Pflegedienstmitarbeiter als Eingriff in die Privatsphäre, Tagesablauf und in den eigenen Rhythmus erlebt wird, zum anderen wird ein Verlust der Flexibilität beschrieben. Bei der Nichtinanspruchnahme der entlastenden Angebote spielen Faktoren wie Scham, Zurückhaltung, Stolz und schlechtes Gewissen eine große Rolle. Vielen haben das Gefühl nicht loslassen zu können und die Neigung alles selbst handhaben zu wollen. Den Befragten fällt es dadurch schwer Hilfe in Anspruch zu nehmen und so Entlastung zu erfahren.

Beratung, Anleitung und Information als zentraler Wunsch

Eingeschränkte finanzielle Ressourcen ermöglichen geringere Inanspruchnahme von Leistungen. Die weitaus wichtigere Rolle spielt aber das Informiert sein. Mangelnde Informationen werden als hemmende Faktoren angeführt. Informell Pflegenden finden Gespräche als hilfreich, aber erleben diese zu selten. Eine zentrale, umfangreiche und qualifizierte Beratung gilt dabei als wünschenswert. Auch Angehörigengespräche. Ein großer Störfaktor ist auch die Kommunikation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen in den verschiedenen Sektoren (z. B. Krankenhaus, Hausarzt, ambulanter Pflegedienst). Auch als Informationsinstanz wären die Akteure einsetzbar. Die Ergebnisse der repräsentativen ZQP – Befragung (2018) verdeutlichen, dass nur ein geringer Teil der informell Pflegenden sich gut zu den Ansprüchen der Pflegeversicherung informiert fühlen. Die verschiedenen Ergebnisse von Leuchtturmprojekten und Studien sollten genutzt werden. Eine passende und wirksame Ergänzung könnte ein Informations-, Anleitungs- und Beratungskonzept für die Etablierung niederschwelliger Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten sein. Wichtig ist die Wahl des Ortes. Zentrale Anlaufstellen und zugehende Beratungen hat Drossel (2018) in seiner Studie als sehr wichtige Maßnahme beschrieben. Dazu zählt er Konzepte wie Pflegestützpunkte und Quartierbüros, die eine Betreuung, umfassende Beratung und Begleitung sicherstellen würden. Eine weitere bedeutsame Veränderung wäre der Ausbau bei Informationsweiterleitung im sozialen und medizinischen Setting. Hier bemängelten die Befragten die Überleitung vom Krankenhaus in den ambulanten Sektor. Soziale Dienste und Ärztekontakt sind häufig nicht zufriedenstellend. An dieser Stelle wären mehr Beratung, Information und Überleitungsarbeit/ Entlassungsmanagement u. ä. wünschenswert. Dieses Ergebnis wird durch die Studie von Drossel (2018) bestätigt. Der von Drossel (2018) aufgeführten erforderliche Ausbau von Entlastungsleistungen, Unterstützung durch öffentliche und nicht – öffentliche unterstützte Einrichtungen, Nachbarn, Gemeinden, das Angebot der Verhinderungspflege und die Leistungen der Pflegedienste wird auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt. Entlastungsangebote, wie z. B. die Leistungen des Pflegedienstes, stellen für informell Pflegende eine große Entlastung dar und würden bei einem Ausbau der Finanzierung der Leistungen auch häufiger von den Befragten genutzt werden.

Niederschwellige Hilfeleistungen

Nachbarschaftshilfen oder einfache Dienstleistungen wie z. B. Aufsicht des Pflegeempfängers während der Angehörige einkaufen geht, werden vermisst. Auch die leichte und zentrale Zugänglichkeit, aber auch Verfügbarkeit der Angebote wird gewünscht. Durch Veränderungen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten im Sozial- und Gesundheitswesen könnten die Angebote für Hilfe – und Unterstützungsbedarf verbessert werden. Eine Erleichterung für Pflegebedürftige und ihre informell Pflegenden könnte schon durch gewöhnliche, einfache Maßnahmen erlebt werden. Öffentliche und nicht-öffentliche unterstützte Einrichtungen, Nachbarn, Gemeinden, das Angebot der Verhinderungspflege und die Leistungen der Pflegedienste, sowie der Arbeitgeber sind hierbei ebenso erforderlich (Drossel, 2018, S. 167).

Worüber wir im System nachdenken sollten!

Es gibt derzeit viele einzelne Maßnahmen, z. B. in den Pflegestärkungsgesetzen, die die Pflege zu Hause verbessern und ermöglichen. Dies bemerken die informell Pflegenden und Pflegeempfänger der vorliegenden Befragung auch schon teilweise. Ergänzend zeigt die Studie von Drossel (2018), dass eine Auseinandersetzung in der Sozialpolitik mit diesem Thema ein wichtiger Aspekt ist. Wir brauchen einen Wandel in der Gesellschaft, der dazu beiträgt, dass die Menschen sich füreinander interessieren und sich gegenseitig unterstützen. Eine Engagement-Region, dem Beispiel im Emsland folgend und moderne Versorgungskonzepte im ambulanten Pflegebereich. Zu den kommerziellen Angeboten muss

im Wesentlichen überlegt werden, wie diese Angebote aus Sicht der Informell Pflegenden gestaltet werden müssten damit diese von Ihnen angenommen und als entlastend empfunden wird.

Fazit

Es gibt viele erfolgreiche Projekte. Diese wurden trotz des Erfolges nicht weitergeführt. Es werden sozialpolitische, aber auch systemimmanente Veränderungen benötigt, die teilweise schon erfolgen. Das Pflegestärkungsgesetz trägt einen Teil dazu bei. Weitere Entwicklungen sind aber zwingend notwendig. Lippenbekenntnisse müssen in die Taten umgesetzt werden. Dann kann Entlastung entstehen, nicht durch ein einzelnes Angebot, sondern durch moderne Versorgungskonzepte und sozialpolitische Veränderungen. Auch die Gesellschaft muss sich in der Verantwortung sehen: Nicht nur, wenn überhaupt, für Familienmitglieder zu sorgen, sondern sich für die Mitmenschen zu interessieren. Sich füreinander engagieren. Eine Engagement-Gesellschaft eben (Drossel,2018).

Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (2018) Fachkräfteengpassanalyse Zugriff am 12.01.2019 unter https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2018). Ratgeber Pflege. Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co.KG.

Drossel, M. (2018). Versorgung älterer Menschen durch die Stärkung informeller Pflege. Am Beispiel der Region Oberfranken. Jakobs Verlag.

Laag, U., Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2010). Entlastungsprogramm bei Demenz. Entlastung Pflegender Angehöriger ist möglich. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Laag_Weidner_Isfort_EDe_Sr_ Pfl_100115.pdf

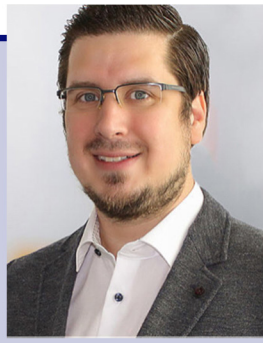
Nowossadeck S. et al. (2015) Lebensverhältnisse von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte – Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Zugriff am 13.10.2018 unter https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/FactSheet_Frauen_Maenner_in_der_zweiten_Lebenshaelfte_2015_07_27.pdf

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R., Unger, R.. (2016). Barmer GEK Pflegereport. Zugriff am 26.10.2018 unter https://www.barmer.de/blob/78790/0720c8da40db7607fb-c3781ae7640035/da ta/pdf-barmer-gek-pflegereport-2016-schriftenreihe.pdf

Statistische Bundesamt (2017). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Zugriff am 19.9.2018 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege-Deutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile

ZQP – Analyse. Perspektive informell Pflegender auf ihre Pflegesituation. Zugriff am 27.10. 2018 unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Pflegereform.pdf

Autor



Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.
Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinpädagoge, Pflegewissenschaftler, Gesamtschulleitung Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe, Professur an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera

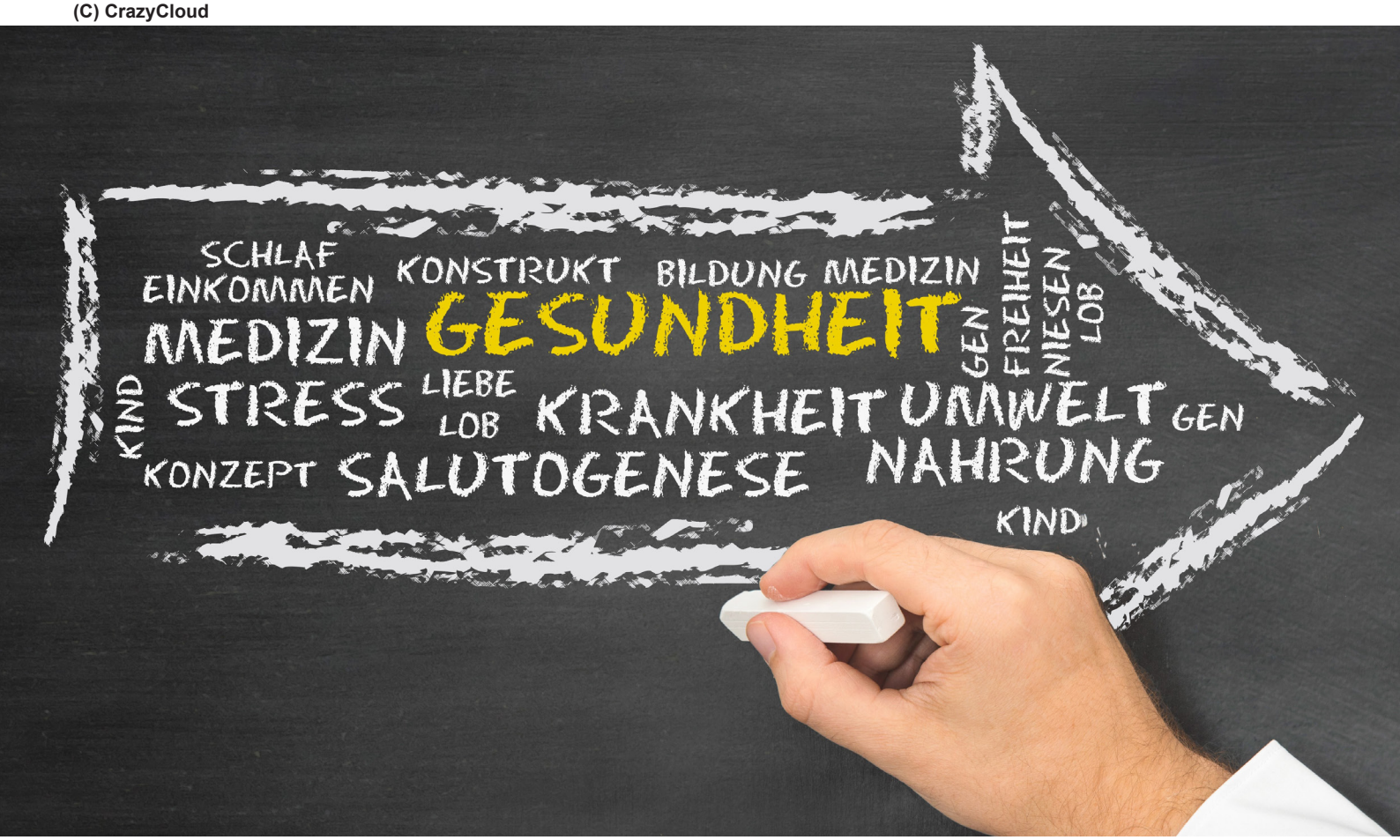
Autor

Robert Leschowski. MA
Medizinpädagoge M.A.
SRH Hochschule für Gesundheit

Autorin

Anja Trummer
exam. Altenpflegerin
Medizinpädagogin B.A.
E-Mail: anja.trummer@yahoo.com

(C) CrazyCloud



Verbesserte Stressbewältigung mithilfe des Salutogenese Modelles von Aaron Antonovsky

Die demographische Entwicklung in der Bevölkerung, die wachsende Anzahl älterer Menschen und die daraus resultierende Zunahme an multimorbiden und demenzkranken Menschen stellt besondere Anforderungen und einen Mehrbedarf an professionell Pflegenden dar. Diese Faktoren führen zu einer zunehmenden Leistungsverdichtung, einer Steigerung der physischen und psychischen Arbeitsbelastung der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GuKP) sowie wachsende quantitative und qualitative Anforderung an die pflegerische Versorgung.

Diese zukünftigen großen Herausforderungen in der Gesellschaft sind leichter mit gesunden und leistungsfähigen Pflegepersonen zu bewältigen. Unter diesem Aspekt rückt die Bedeutung der Gesundheitsförderung, die Stärkung der eigenen Gesundheit und Selbstfürsorge der Pflegepersonen, in den Fokus.

Aus großem persönlichem Interesse, durch meine Berufstätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin und Pädagogin für Gesundheitsberufe entwickelte ich die Idee mich mit Gesundheitsförderung insbesondere „Selbstfürsorge“ zu beschäftigen. Ich arbeite als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf einer nephrologischen Abteilung bin Mutter von zwei Söhnen und habe mich sehr oft selbst mit Stress bzw. Stressbewältigung aus einander gesetzt Meine Intention für meine Arbeit ist die große Liebe zu meinem gewählten Beruf, die Freude mit Menschen zu arbeiten und einen für mich sinnvollen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Im Laufe meiner Berufstätigkeit habe ich jedoch oft sehr schwierige Situationen erlebt die mir die Grenzen meiner psychischen sowie körperlichen Belastbarkeit aufzeigten.

Insbesondere im Pflegeberuf nehme ich persönlich folgende Punkte als belastend wahr:

- Das Verhalten der PatientInnen und deren Angehörige
- Der Umgang mit schweren Er-

krankungen und Schicksalsschlägen der PatientInnen
- Umgang mit Sterben und Tod.
- Teils zu starre Kommunikationsmuster im Krankenhaus, hierarchische Organisation im Krankenhaus

Im Folgenden möchte ich zunächst generell auf Stress und das Salutogenese Modell und in weiterer Folge auf die speziellen Stressoren im Pflegeberuf eingehen und darüber hinaus hilfreiche Lösungsvorschläge im Umgang mit Stress vermitteln.

Wie entsteht Stress?
Bei der Entstehung von Stress können drei Ebenen unterschieden werden:

1. Äußere Faktoren die auf die Person einwirken (Stressoren)
2. Die körperlichen und psychischen Reaktionen die das Individuum als Antwort auf Stressoren zeigt (Stressreaktion)
3. Persönliche Stressverstärker, dazu zählen vor allem individuelle Einstellungen und Motive von Personen, die die Reaktion der Personen auf die Stresssituation beeinflussen und mitentscheidend dafür sind, ob intensive Stressreaktionen auftreten (vgl. Kaluza 2015: 16). Die häufigsten persönlichen Stressverstärker sind die folgenden:

Sei perfekt!
Hinter diesem Stressverstärker steht der Wunsch nach Selbstbestätigung und nach Anerkennung durch leistungsorientiertes Denken. Wer leistungsmotiviert ist, will etwas gut oder noch besser machen. Wird dieser Beweggrund übermächtig, kommt es zu einer besonders starken Stressanfälligkeit in Situationen in denen Ablehnung durch eigene Fehler denkbar ist. Hier wird unter allen Umständen versucht durch eine perfektionierte Verhaltensweise, Fehlern auszuweichen. Problematisch wird es, wenn dieser Perfektionismus in alle Lebensbereiche eingreift, beruflich sowie privat. Dies führt unweigerlich in die Selbstüberforderung und schließlich zu Erschöpfung (vgl. Kaluza 2015: 233).

Es ist besonders wichtig, im Arbeitsumfeld auch Fehler machen zu dürfen und sich nur um Perfektion zu bemühen, wo es sich lohnt. Besonders im Krankenhausalltag ist dies oftmals eine große Herausforderung über „Fehler oder Beinahe-Fehler“ sprechen zu dürfen und erfordert ein sehr gutes Arbeitsklima im Interdisziplinären Team.

Sei beliebt!
Der Wunsch nach „Dabei sein“ und auch angenommen sein, steht hinter diesem Stressverstärker. Wird dieser Beweggrund übermächtig, kommt es zu einer besonders großen Stressanfälligkeit in Situationen, in denen Abweisung denkbar ist. Hier ist es besonders wichtig die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. Durch das Zurückstellen eigener Bedürfnisse und Interessen kann dies auf längere Sicht zur Selbstüberforderung und Burnout führen.

Behalte die Kontrolle!
Hinter diesem Stressverstärker steht der Wunsch nach Sicherheit und alles kontrollieren zu können. Wird dieser Beweggrund übermächtig, kommt es zu einer besonders hohen Stressanfälligkeit in Situationen, in denen Fehlentscheidungen und Risiken drohen. Es fällt diesen Menschen schwer, Tätigkeiten abzugeben oder anderen aufzutragen. Dies löst längerfristig eine Überforderung aus.

Sei unabhängig!
Hinter diesem Stressverstärker steht der Wunsch nach Selbstbestimmung und persönlicher Unabhängigkeit. Es tritt eine besonders hohe Stressanfälligkeit in Situationen der eigenen Hilfsbedürftigkeit und in Notsituationen auf. Diese Menschen erledigen Aufgaben am liebsten allein. Es fällt ihnen schwer Andere um Unterstützung und Hilfe zu bitten und sich anzuvertrauen. Dieses übertriebene Verhalten, nicht das gesunde Streben nach Unabhängigkeit, führt längerfristig ebenfalls zu Überforderung und Erschöpfung.

Halte durch!
Durchhalten gilt als oberste Maxime bei der Verfolgung von Zielen. Dies kann dazu führen, dass Signale der Erholungsbedürftigkeit ignoriert werden und dass man an unrealistischen Zielen oder unlösbaren Aufgaben zu lange festhält. Hier ist die Übertreibung problematisch, sinnvoller wäre es, sich unangenehmen Dingen zu entziehen und sich zu erlauben einmal auszuruhen (vgl. Kaluza 2015: 233f).

Stressverstärker betreffen uns alle. Pflegepersonen leisten fantastische Arbeit – mit PatientInnen - Tag für Tag. All diese Personen zeichnen sich durch besondere Fähigkeiten aus. Sie unterstützen und helfen andere im Alltag, haben immer ein offenes Ohr für ihre PatientInnen, Angehörige und KollegInnen im multiprofessionellen Team. Pflegepersonen geben viel. Beruflich sowie privat ist der Blick oft auf die Familie gerichtet.

Nur der Blick für sich selbst ist für Pflegepersonen oftmals verloren gegangen!

Stress entsteht im menschlichen Gehirn. Es ist ein komplexes Zusammenspiel zwischen Hormonsystem und zentralen und vegetativen Nervensystem, die eine umfassende körperliche Stressreaktion ermöglicht. Der Umgang mit Stressoren, Stressreaktionen sowie persönliche Stressverstärker beeinflusst unser Gesundheitsverhalten. Zudem können Veränderungen in der Arbeitswelt u.a. erhöhte qualitative und quantitative Herausforderungen, vermehrter Leistungsdruck und Zeitdruck zu berufsbedingten Gesundheitsproblemen führen.

Im folgenden Abschnitt dient als theoretisches Konzept das Gesundheitsmodell der Salutogenese. Ein Denkmodell von Aaron Antonovsky. Das Gesundheits-Modell wurde in den 1960er und 70er Jahren vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt. Der 1923 in Brooklyn geborene Wissenschaftler emigrierte 1960 nach Israel und arbeitete dort in der Stressforschung. Er war der Begründer der Salutogenese. In Health, Stress and Coping veröffentlichte er 1979 das salutogenetische Modell erstmals (vgl. Antonovsky 1997: 15). Weitere Werke, wie auch sein Hauptwerk Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit (1997, Orig. 1987) folgte.

Gesundheitstheorie von Aaron Antonovsky- Salutogenese

Antonovsky untersuchte in Israel die psychische Verarbeitung der Menopause. Viele der befragten Frauen mussten die Schrecken der Konzentrationslager miterleben, dennoch besaß fast ein Drittel der Untersuchten eine gute psychische Gesundheit. Das führte Antonovsky dazu, sich mit den Bedingungen für Gesundheit auseinanderzusetzen. Daraus resultierte sein Modell der Salutogenese, welches er in Health, Stress and Coping 1979 zum ersten Mal veröffentlichte.

Das Wort Salutogenese setzt sich aus zwei griechischen Wörtern zusammen und bedeutet „das Entstehen von Gesundheit“ und von „Heil sein“. Die salutogenetische Fragestellung: Wodurch bleibt der Mensch gesund? lenkt die Forschung in eine ganz andere Richtung als die Frage der Pathogenese, und zwar: Was macht den Menschen krank?

Die Flussmetapher

Antonovsky vergleicht menschliche Gesundheit mit einem Fluss, in welchem durch Strömungen, Strudel und Stromschnellen das gesundheitliche Gleichgewicht des Menschen bedroht ist. Die pathogenetisch ausgerichtete Medizin versucht nun durch Ärzte und Therapeuten, also sozusagen Rettungsschwimmern, bereits Er-

(C) Fokussiert

trinkende aus den Fluten zu befreien. Der Ansatz der Salutogenese ist, im Gegensatz dazu, den Menschen beizubringen, besser zu schwimmen.

„…meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flußes sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky, zit. in BZgA 2001: 25)

Im Wesentlichen wird im Konzept der Salutogenese die Wichtigkeit des Kohärenzgefühls und die Kraft der generalisierten Widerstandsressourcen auf die Gesundheit von Personen beschrieben und demzufolge auch die Wichtigkeit der Förderung ebendieser (vgl. Schulz/ Wiesmann 2007: o. S).

Das Konzept des Kohärenzgefühls

Das Konzept des Kohärenzgefühls ist ein zentraler Punkt von Antonovskys Theorie. Kohärenzgefühl ist eine Grundhaltung, ein umfassendes dauerhaftes Gefühl des Vertrauens darauf, dass ausreichend Ressourcen vorhanden sind, um verschiedene Aufgaben im Leben bewältigen zu können, quasi die Selbstsicherheit einer Person (vgl. Antonovsky 1997: 34f.).

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Faktoren zusammen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit

Antonovsky meint mit Verstehbarkeit ein kognitives Verarbeitungsmuster. Die Umwelt des Menschen wird als verstehbar wahrgenommen, seien es Ereignisse, Menschen oder Entwicklungen. Der Mensch empfindet alles als von ihm selbst erklärbar und vorhersehbar.

Wenn Pflegepersonen ernst genommen werden und verstehen warum bestimmte Entscheidungen (z.B. Behandlungsmaßnahmen für PatientInnen) getroffen werden, schafft dies die Basis für das Gefühl von Verstehbarkeit.

2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit

Antonovsky beschreibt das Gefühl von Handhabbarkeit als ein emotionales und kognitives Verarbeitungsmuster. Diese Komponente wächst durch Erfahrung und die Gewissheit innere und äußere Herausforderungen und Probleme durch Hilfsquellen und eigene Ressourcen bewältigen zu können.

Wenn Pflegepersonen das Gefühl haben, die gestellte oder veränderte Aufgabe auch bewältigen zu können und sie hierbei aktiv im interdisziplinären Team und bei den Vorgesetzten Unterstützung finden, fördert dies das Gefühl der Bewältigbarkeit.

3. Gefühl von Bedeutsamkeit

Das Gefühl der Sinnhaftigkeit beschreibt wie sinnvoll und bedeutsam man das Leben empfindet. Deshalb lohnt es sich für den Menschen, gewisse Aufgaben zu bewältigen und seine Energie in Einsatz und Bemühungen zu investieren (vgl. BZgA 2001: 28f.).

Wenn Pflegepersonen die Sinnhaftigkeit einer Maßnahme oder einer Veränderung erkennen, fördert dies die Zufriedenheit und somit ihre Resilienz und das Gefühl der Bedeutsamkeit.

Spannung, Spannungszustand und Stress

Im Salutogenese Modell werden die Begriffe Spannung, Spannungszustand und Stress voneinander abgegrenzt. Der Spannungszustand wird als Reaktion auf einen Stressor betrachtet, die zentrale Aufgabe des Organismus ist nun die Bewältigung von Spannungszuständen. Gelingt es den Spannungszustand zu bewältigen, hat dies eine gesundheitsfördernde bzw. gesunderhaltende Wirkung (vgl. Rice 2005: 2013).

Ist der Organismus mit seinen Ressourcen nicht in der Lage diesen Spannungszustand zu bewältigen, entsteht Stress. Antonovsky bezeichnet alle Reize oder Stimuli, die Stress erzeugen, als Stressoren. Die entstandene Belastung bzw. Stressreaktion muss nicht immer krankmachende Folgen haben, sondern kann auch eine neutrale bzw. gesundheitsfördernde Wirkung zeigen. Dies ist meist kurzfristiger Stress, der bei Belastungssituationen hilfreich ist, sogenannter Eustress. Schädlicher Stress ist meist chronischer Stress, wodurch der Körper sich in einem ständigen Belastungszustand befindet, sogenannter Distress.

Generalisierte Widerstandsressourcen (GWR)

Antonovsky beschrieb zunächst die generalisierten Widerstandsressourcen, welche ausschlaggebend für die Gesundheit und eine

Grundhaltung des Menschen ist. Neben einem gut ausgeprägten Kohärenzgefühl sind persönliche Widerstandsressourcen bei der Verarbeitung von Stressreaktionen oder Stressoren von großem Nutzen (vgl. Rice 2005: 212f.).

Menschen verfügen über mehr oder weniger Ressourcen und unterschiedliche Strategien zur Stressbewältigung (Coping Strategien). Jeder Mensch hat die Möglichkeit neue Coping Strategien zu erlernen und zu trainieren. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die aktiv an Problemlösungen arbeiten und Herausforderungen als Chance sehen, fühlen sich als Gestalter ihres Lebens und fallen nicht in eine passive Rolle. Eine positive, lösungsorientierte Haltung wirkt gesundheitsfördernd.

materielle Ressourcen	sozialer Rückhalt, zwischenmenschliche Bindungen,	genetische und konstitutionelle GWRs
Wissen, Intelligenz Verantwortungsgefühl	vorausschauende Bewältigungs-strategien	Kulturelle Wurzeln
Ich-Identität	Religion/Philosophie	Gesundheitszustand

Strategien zur Stärkung und Erhaltung der Gesundheit

Instrumentelles Stressmanagement
Das Ziel ist die Stressoren zu reduzieren oder ganz auszuschalten. Instrumentelles Stressmanagement kann reaktiv auf aktuelle und konkrete Belastungssituationen erfolgen und auch proaktiv auf die Verringerung zukünftiger Belastungen und auf eine möglichst stressfreie Gestaltung eigener Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgerichtet sein.

Dazu gehören folgende Beispiele

- Arbeitsaufgaben delegieren
- Persönliche Zeitplanung verändern
- „Nein“ sagen
- Nach Unterstützung suchen
- Berufliche/ persönliche Prioritäten setzen
- Informationen suchen
- Fortbildungsveranstaltungen besuchen

Mentales Stressmanagement
Der Ansatzpunkt liegt hier bei stressverschärfenden persönlichen Einstellungen, Motiven, Denkmustern und bei den persönlichen Stressverstärkern. Das Ziel ist Situationen zuerst wahrzunehmen und ohne Bewertung anzunehmen, kritisch zu reflektieren und schließlich in förderliche und stressvermindernde Einstellungen und Denkmuster zu transformieren. Dabei geht es um die Änderung der persönlichen Bewertung (vgl. Kaluza 2015: 63f).

Mentales Stressmanagement
Der Ansatzpunkt liegt hier bei stressverschärfenden persönlichen Einstellungen, Motiven, Denkmustern und bei den persönlichen Stressverstärkern. Das Ziel ist Situationen zuerst wahrzunehmen und ohne Bewertung anzunehmen, kritisch zu reflektieren und schließlich in förderliche und stressvermindernde Einstellungen und Denkmuster zu transformieren. Dabei geht es um die Änderung der persönlichen Bewertung (vgl. Kaluza 2015: 63f).

Beispiele für Mentales Stressmanagement

- Schwierigkeiten als Herausforderung sehen (nicht als Bedrohung!)
- Innere Distanz zu wahren
- Kritische Überprüfung von perfektionistischen Leistungsansprüchen und Grenzen akzeptieren
- Blick auf das Wesentliche bewahren.
- Ärger, unangenehme Gefühle oder Verletzungen loslassen und Vergebung lernen
- Sich des Gelungenen, Erfreulichen und Positiven bewusst sein und Dankbarkeit empfinden
- Die Erwartungen an andere reduzieren
- Sich selbst weniger wichtig nehmen, „Demut“ lernen (ebd.: 64f)

Regeneratives Stressmanagement
Hier steht die Regulierung und Kontrolle der psychischen und physiologischen Stressreaktion im Vordergrund. Es beinhaltet alle Versuche Stressreaktionen wie Neid, Kränkung, Schuld, Angst und den einhergehenden Spannungszustand positiv im Sinne einer Intensitätsverringerung zu beeinflussen. Emotionsregulierende Bewältigung ist nicht nur auf negative Gefühle begrenzt, sondern kann auch positive Gefühlsqualitäten, wie zum Beispiel Freude, Begeisterung, oder Stolz anstreben. Es wird hier zwischen Bewältigungsversuchen, die auf eine kurzfristige Entspannung und Erleichterung einer akuten Stressreaktion abzielen (Palliation) oder

(C) EtiAmmos

eher längerfristigen Bemühungen, die der Entspannung und Erholung dienen (Regeneration), unterschieden.

Beispiele für kurzfristige palliative Stressbewältigung:

- Einnahme von Psychopharmaka
- Ablenkung
- Entlastende Gespräche führen, Ermutigung suchen
- Sich belohnen und selbst etwas Gutes tun
- Bewusst Ausatmen und kurz entspannen
- Abreagieren durch körperliche Tätigkeit

Beispiele für regenerative, langfristige Stressbewältigung:

- Soziales Netzwerk und Freundschaften pflegen
- Hobbys nachgehen
- Sport betreiben, Entspannungsübungen durchführen (vgl. Kaluza: 2015:64f.).

Folgende Punkte helfen Pflegepersonen mit Belastungen und Frustration umzugehen:

Ganzheitliche Pflege für Pflegende: Auf gesunde Ernährung, viel Bewegung und Entspannungsübungen sowie auf die Pflege des Geistes achten. Mit Gefühlen und Gedanken sorgsam umgehen. Belastungen, Sorgen und Ärger anders bewerten. Mit der Fähigkeit zu einer Neuinterpretation einer Pflegesituation kann die Pflegeperson neue Kraft zur Bewältigung finden.

Eine Form „rationaler Auseinandersetzung“ mit der Betreuungssituation von „schwierigen“ PatientInnen zur Bewältigung der eigenen Emotion: Die Situation der Pflegebedürftigen vor Augen führen und deren Verhalten als Ausdruck von Unsicherheit, Frustrationen und Ängsten werten und lernen sich weniger zu ärgern.
Unterstützung durch das private Umfeld (Familie, Freunde)
Supervisions- und Gesprächsgruppen, (Angebote von den Institutionen) regelmäßige Teambesprechungen.

Gute Führungsausbildung, verstehendes Gesprächsverhalten von Leitungspersonen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

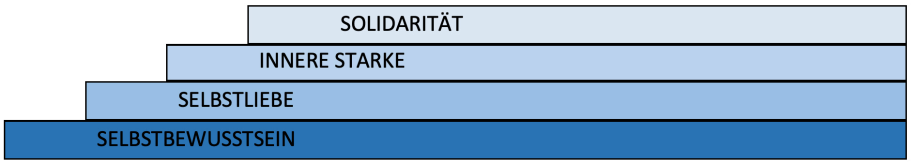
Erreichbare und realistische Ziele sollten Pflege und Betreuung von Schwerstkranken bestimmen.

Arbeit an der eigenen Persönlichkeit: Eine Auseinandersetzung mit Belastungen ist die Möglichkeit einer „zurückhaltenden Hilfe“ d. h. die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen zu fördern.

Fazit

Ich wünsche uns Gesundheits- und KrankenpflegerInnen die Wertschätzung in der Gesell-

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen benötigen neben den fachlichen und sozialen Kompetenzen eine klare Haltung in der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen.



schaft, die wir verdienen! Ich bin stolz dieser großartigen Berufsgruppe anzugehören.

Heute weiß ich, dass meine eigene Begeisterung, meine Lebensfreude und die Qualität der inneren Haltung auf mich stärkend und auf meine Umgebung ansteckend wirken kann. Ausstrahlen kann ich nur, was in mir brennt.

Es ist höchste Zeit darüber nachzudenken, wie wir uns selbst sehen, unsere Stärken, unseren Mut und unser Selbstbewusstsein, welches Bild wir von uns haben, wie wir über uns denken und sprechen.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg!
Ihre Ilse Zraunig

Genaueres können Sie in meinem bald veröffentlichten Buch nachlesen: Mutig, stark und kompetent in die Gesundheitspflege (erscheint im März 2020), Autorinnen: Andrea Gundolf, Heidi Jandl, Ilse Elisabeth Zraunig

Abschließen möchte ich mit einer Geschichte, mit der ich auf die beruflichen Herausforderungen der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen aufmerksam machen will. Ich möchte aufzeigen, wie dringend Pflegepersonen Gesundheitsförderungsprogramme benötigen.

In dieser für mich sehr beeindruckend erzählten Geschichte wird von meiner Kollegin und Freundin Frau D. Winkler ein ganz „gewöhnlicher Arbeitstag“ auf einer chirurgischen Abteilung beschrieben.

Autorin

Ilse Zraunig, M.Ed.
Gesundheitspädagogin, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Spezialgebiet Pflege bei Nierenersatztherapie, Kongresstätigkeit, Vortragstätigkeit und Workshops zu Pflegefachthemen , Gesundheitsförderung
E-Mail: ilse.zraunig@gmx.at

Ein Arbeitstag auf einer chirurgischen Abteilung
Montagmorgen, begleiten sie mich an einem Arbeitstag, ich lade sie ein.

5.00 Uhr der Wecker läutet schrill, ich brauche diesen Ton, um die Erinnerung an die Zeit ernst zu nehmen.

Schnell ins Bad, ein Schluck Wasser und ab ins Auto. Die Dienstübergabe beginnt um 06.45 Uhr, vorher noch Zeit für eine Tasse Kaffee.

Viele neue Patienten, Info`s die weitergeleitet werden müssen, offene Fragen an die Ärzte, Wünsche, Beschwerden etc. nur nichts vergessen! Visite, schnell soll es gehen, der Arzt muss gleich in den OP, vorbei mit kurzem Gruß und Gespräch über das Wesentliche, vorbei an Menschen mit offenen Fragen und Mund, die Schwester verspricht der alten Dame anschließend ins Zimmer zu kommen und gewisse Dinge noch einmal genau zu erklären.

Visite ausarbeiten, Medikamente und Frühstück austeilen, alles Routine.

Anschließend Betten machen, zur Körperpflege anleiten, unterstützen, bzw. übernehmen, vorher noch die Pflegediagnosen im Computer ansehen, erledigte Tätigkeiten zeitgerecht verbuchen, gegebenenfalls Diagnose oder Maßnahmen evaluieren, um alles so zu erledigen, wie es die Planung verlangt, wenn nur das Telefon nicht die ganze Zeit läuten würde….

Es läutet, Frau K muss dringend auf die Toilette, zu spät, zu anstrengend war die Vorbereitung mit den abführenden Maßnahmen für die Darmuntersuchung. Arme alte Dame, Scham und Trauer in ihrem Blick, die Kontrolle verloren zu haben. Die Pat wird beruhigt, ins Bad gebracht und geduscht. Das Bett gereinigt und frisch bezogen, den Boden übernimmt die Reinigungskraft.

Weiter ins nächste Zimmer. Herrn B geht es heute gar nicht gut, seine Angehörigen wurden vom Arzt verständigt, die Situation ist sehr ernst. …In seinem Blick ist Angst und Leere zu erkennen, nach dem er es verneint hat, die Körperpflege gemeinsam durchzuführen, sieht er mich kurz an und murmelt, “später“…. Auf die Frage ob er Schmerzen hat, dreht er langsam den Kopf zur Seite, eine Träne

rinnt über die Wange als er abermals verneint. …. Seine Kinder sind doch noch schulpflichtig….. kurzes stilles Verweilen am Bett, wir kommen später wieder.

Neue PatientInnen sitzen schon am Tisch vor dem Schwerstern-stützpunkt, einige von ihnen nüchtern, da heute noch die OP geplant ist.

Frau R. musste in der Nacht eine Magensonde zur Entlastung erhalten, sie läutet. Ihr ist trotzdem übel und sie möchte sich aufsetzen. Ich unterstütze sie dabei, als sie schwallartig neben der Sonde erbricht, meine Dienstkleidung bekommt einen erheblichen Anteil des Magensekretes ab…. Sie fühlt sich erleichtert, Gott sei Dank, Wäschewechsel und Hygienemaßnahmen meinerseits, weiter geht's. Herr U. bekommt einen neuen Verband, an den lateralen Nahtstellen der OSCH Stumpfes beidseits entleert sich übelriechendes eitriges Sekret, ein Arzt wird hinzugezogen, Antibiose umgestellt, Verbandwechsel gleich weiter ist die Anordnung, „wait and see"….. Hilflosigkeit von Seiten des Pat. nicht wegen der Wundheilungsstörung, …..er hat ein Bein verloren……

Der Vormittag vergeht wie im Flug. Nach der erledigten Morgenarbeit schnell zum Computer, verbuchen wenn möglich zeitgerecht, dokumentieren, Wunden im Wundprotokoll beschreiben, Fotodokumentation ist morgen zu erledigen. Schnell ein Glas Wasser. Anamnese bei den Neuzugängen machen, VZ messen, Informationen geben, möglichst schnell, der Pat. sollte bereits in den OP gebracht werden.

Später bleibt Zeit für unser Frühstück, dann kommt schon das Mittagessen, das ausgeteilt wird.
Die Angehörigen von Frau K. wollen einen Arzt sprechen. Sie kommt soeben von der Untersuchung zurück, sie schläft noch tief. VZ im Normbereich, Seitengitter zum Selbstschutz noch belassen.
Der Familie geht es nicht um das Untersuchungsergebnis. Tatsache der Unterhaltung ist, dass keiner der vier Kinder bereit oder in der Lage ist für die weitere Versorgung der Mutter zuständig zu sein. Jetzt bleibt Zeit, um nach Herrn B. zu schauen, er möchte die Körperpflege noch immer nicht, wartet auf seine Familie. Er schweigt und deutet mir mich zu ihm zu setzen, ich richte mir einen Sessel zurecht und ergreife die mir entgegengestreckte Hand, gemeinsam schauen wir aus dem Fenster, das Richtung Hinterhof liegt, Garten, viele Bäume, kaum Umgebungsgeräusche, bestimmt unser schönstes Zimmer. „Schauen sie Herr B, wie viele Grüntöne die Natur zu bieten hat," er lächelt kurz und drückt meine Hand. …."werde ich Schmerzen oder Luftnot haben?"…….flüstert er, ich schlucke Unbehagen das die Frage in mir ausgelöst hat hinunter, still sage ich, dass wir jederzeit für ihn da sind. Die Familie kommt und ich verlasse den Raum.

Der Tag geht schnell zu Ende, Dienstübergabe, nur nichts vergessen, geschafft, ab nachhause, aber die Gefühle und Emotionen dieses Tages???Abschalttaste funktioniert nicht, Teile davon nimmt man mit.
Danke, dass sie mich begleitet haben, aber wissen sie trotz all den Mühen und Anstrengungen bleibt am Ende doch noch das Gefühl einen wertvollen Beitrag geleistet zu haben. Für manchen PatientInnen, für KollegInnen und vor allem für mich selbst. Wir arbeiten in einem schönen Beruf wo man durch Achtsamkeit und Einfühlung so manchen Stein aus dem Weg räumen kann, nur darf man nie auf sich selbst vergessen, geht es mir gut, fällt es mir leichter gutes für andere zu tun.

Mit freundlichen Grüßen
D. Winkler

D. Winkler: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
B. Stefan: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin

Kinderbuchautorinnen: Schweinelinde oder du bist wie du bist ISBN 978-3-03830-328-2 und Schweinelinde sucht den lieben Gott ISBN 978-3-03830-415- 9

Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Eillmann im Auftrag des BZgA. Köln: BZgA. Reihe Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung Band 6.

Burisch, Matthias (2010): Das Burnout- Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 4. Auflage. Berlin; Heidelberg: Springer.

Eller-Berndl, Doris/ Roth, Erich (2014): Good by (e) Stress. Hilfe durch Präventivmedizin und Body-Mind-Therapien. 1. Auflage. Wien: Verlagshaus der Ärzte GmBH

Kommerell, Tilmann (2011): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Menche, Nicole et al (2011): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 5., vollständig überarbeitete Auflage. München: Elsevier GmbH. 192 – 278.

Kaluza, Gert (2011): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Rice, Virginia Hill (2005): Theorien über Stress und seine Beziehung zur Gesundheit. In Rice, Virginia Hill (Hrg.) (2005): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und Pflegewissenschaft. Bern: Hans Huber 51-72.

Tameling, Rainer (2014): Stress und Stressbewältigung. Die Stresstheorien von Richard S. Lazarus und Aaron Antonovsky. Hamburg: disserta

Selbsthilfe für Menschen mit Demenz braucht Unterstützung

„Ich kann vieles, aber mit Unterstützung kann ich noch mehr“

Auch Menschen mit Demenz haben das Bedürfnis und die Fähigkeit zur Selbsthilfe. Das Selbsthilfepotenzial von Menschen mit Demenz in Gruppen zu stärken, ist ein wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung. Da sich allerdings die Fähigkeit, sich selbst zu organisieren zusehends im Laufe der demenziellen Entwicklung verliert, ist es Betroffenen nicht möglich, aus eigener Kraft Selbsthilfeorganisationen zu betreiben. Um die Barriere der Selbstorganisation überbrücken zu können, brauchen sie Unterstützung.

Jedoch kann von den An- und Zugehörigen von Menschen mit Demenz nicht erwartetet werden, dass diese auch noch die Betreibung von Selbsthilfeorganisationen unterstützen, sind sie doch selbst als besonders belastet bekannt.[i] Unterstützte Selbsthilfe für Menschen mit Demenz würde jedoch auch den An- und Zugehörigen zu Gute kommen: denn Selbsthilfe kann die Alltags- und Krankheitsbewältigung der Nutzer*innen verbessern und sich positiv auf deren Verfassung auswirken.

Es braucht daher öffentlich geförderte Rahmenbedingungen, die Selbsthilfe für Menschen mit Demenz nachhaltig ermöglicht.

Konzept zur Förderung der Selbsthilfe

Das Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe (SV 2018) [ii] berücksichtigt jedoch nicht den Umstand der beeinträchtigten Selbstorganisation von Menschen mit Demenz. Ganz im Gegenteil wird darin das „Selbsthilfeprinzip“ als Fördervoraussetzung festgeschrieben. Demnach werden nur „Selbsthilfegruppen und -organisationen, deren Selbsthilfearbeit und Interessenwahrnehmung durch die Betroffenen getragen wird“ gefördert. Die Gruppenmitglieder und -leitung haben zudem ehrenamtlich zu arbeiten. Demnach ist eine professionelle bzw. hauptamtliche Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen ein Ausschlusskriterium für eine öffentliche Förderung. Ohnedies reicht die maximale Fördersumme für Selbsthilfe auf regionaler und lokaler Ebene in der Höhe von jährlich 2.000 € nicht aus, um Personal-

kosten für unterstützte Selbsthilfeorganisationen gewährleisten zu können.

Die PROMENZ Botschafter*innen Andreas Trubel, Bea Gulyn, Renate Martos und Cornelia Heinrich vor dem Kunstprojekt »Der Faden« im Alten AKH Wien.

PROMENZ

Dass es dennoch eine unterstützte Selbsthilfeorganisation für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in Österreich gibt, verdanken wir der Initiative von Reingard Lange. Im Anschluss an ihre Studie „Soziale Vernetzung als Ressource für Menschen mit Demenz [iii]“ (2018) entstand vor mittlerweile 5 Jahren die erste unterstützte Selbsthilfeorganisation Österreichs in Wien. Durch viel ehrenamtliches Engagement von Menschen mit und ohne Demenz rund um Reingard Lange und Monika Kripp konnten die Rahmenbedingungen geschaffen werden, die in weiterer Folge zum gemeinnützigen Verein PROMENZ geführt haben.

Menschen mit Demenz werden bei PROMENZ auch in ihrer Selbstvertretung bei Arbeitsgruppen, öffentlichen Veranstaltungen und Medienberichterstattungen unterstützt. PROMENZ ist Mitglied in der Koordinierungsgruppe der Österreichischen Demenzstrategie [iv] sowie demenzfreundlicher Netzwerke wie der Plattform „Demenzfreundliches Wien“. Auch im Vorstand von PROMENZ sind Menschen mit Demenz vertreten. Neben dem ehrenamtlich geführten Vorstand gibt es freiwillige Unterstützer*innen, mit deren Hilfe die Selbsthilfetreffen und die Selbstvertretung unterstützt werden.

Für die operative Leitung des Vereins, die Organisation der unterstützten Selbsthilfe und Selbstvertretung und die Koordinierung der Unterstützter*innen hat der Vorstand inzwischen eine hauptamtliche Geschäftsführung und eine Büroassistenz beschäftigt. Möglich wurde dies erst durch die Aufbauförderung einer privaten Stiftung aus Deutschland, die jedoch mit Ende 2020 ausläuft. Zusätzlich erhält PROMENZ dieses Jahr eine Projektförderung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Als Maßnahme der Österreichischen Demenzstrategie fördert das BMSGPK damit die unterstützte Selbstvertretung von Menschen mit Demenz und die Antistigmatisierungsarbeit des Vereins.

Die Hauptaufgabe von PROMENZ, die in der unterstützten Selbsthilfe besteht, wird jedoch nicht öffentlich gefördert. Wenn sich die Kriterien zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe nicht ändern und sich für 2021 keine andere Finanzierung findet, besteht die Gefahr, dass PROMENZ die unterstützte Selbsthilfe und Selbstvertretung von Menschen mit Demenz nicht weiter fortsetzen kann. Dies wäre für die Betroffenen und die Österreichische Gesundheitsförderung ein großer Rückschritt. Momentan sieht es leider ganz danach aus, auch wenn das Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe derzeit evaluiert wird.

Fußnote

[i] Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr; Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Universität Wien.

[ii] Spitzbart, Stefan; Braunegger-Kallinger, Gudrun (2018): Konzept zur Förderung der Selbsthilfe. Eine Initiative der Sozialversicherung in Kooperation mit dem BMASGK und FGÖ.

[iii] Lange, Reingard (2018): Soziale Vernetzung als Ressource für Menschen mit Demenz. Gruppeninterviews mit Betroffenen auf der Grundlage der dokumentarischen Methode. Wiesbaden, Germany: Springer (Best of Pflege).

[iv] Juraszovich, Brigitte; Sax, Gabriele; Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Stewig (Hg.) (2015): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Gesundheit Österreich GmbH. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.

Autor

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

© Mélanie Eugénie Ziegler

Raphael Schönborn, MA

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

Alle Fotos (C) Katrin Schützenauer

Interview mit Bundesminister Rudolf Anschober

Das Gesundheitswesen steht seit einigen Jahren vor wirklich großen Herausforderungen. Der Personalmangel wird immer größer und die Überalterung der Gesellschaft bringt immer mehr Pflegebedürftige, die es zu versorgen gilt. Das würden viele Politiker auf keinen Fall als Ressort nehmen wollen, da man hier schnell den Unmut von vielen gewinnen könnte. Warum haben Sie sich entschieden, dieses „heiße Eisen“ anzugreifen?

Derzeit gibt es in allen politischen Bereichen ein „heißes Eisen“. Nehmen Sie zum Beispiel das Klimaschutzressort von Kollegin Leonore Gewessler: Selbe Situation, akute Handlungsnotwendigkeit verbunden mit einem ziemlichen Zeitdruck, der Notwendigkeit zur Veränderung und viele Betroffene. Wir sitzen bei allen Themen im selben Boot. Wir haben eine extreme Handlungsnotwendigkeit und der wollen wir uns stellen. Das macht mir aber auch viel Freude, denn es ist nicht nur eine verwaltende Position, sondern auch eine mit vielen Gestaltungsmöglichkeiten. Das müssen wir jetzt auch im Gesundheitswesen beweisen.

Das Gesundheitswesen ist ein Bereich mit unglaublich vielen Betroffenen. Hier gibt es ganz viele Menschen, die wissen wie es gehen würde und ein riesiges Know-How haben. Mein politischer Stil war es immer, die Türen aufzumachen und Menschen einzubinden. Ein Bundesministerium ist nicht ein Ort, an dem man vom Schreib-

tisch regiert, sondern es soll ein Haus des Zusammenhalts sein. Das meine ich ganz ernst. Dieses Haus hier ist keine abgeschlossene Burg. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hier sind super und ich schätze sie sehr. Aber wir wollen noch mehr Leuten die Plattform bieten, sich einzubringen und zu engagieren. Das wird auch in den nächsten Wochen passieren. Hierbei kann etwas ganz Tolles entstehen, vor allem wenn wir Reformen gemeinsam planen und vorbereiten. Danach gilt es diese dann auch gemeinsam zu ermöglichen und umzusetzen.

Eine weitere Imagekampagne für die Pflege ist geplant. Dies wurde schon so oft probiert (auch international), ohne einem wirklichen Outcome. Was soll sich diesmal ändern?

Aber alle waren erfolgreich, oder? *Lacht* Ich stelle mir unter einer Imagekampagne nicht vor, dass es tausend Plakate in Österreich gibt, wo überall darauf steht, „die Pflege wird jetzt positiver und alles wird gut“. Es macht auch keinen Sinn das Berufsbild zu bewerben. Vielleicht war „Imagekampagne“ auch ein falscher Begriff. Man formuliert in einem Regierungsübereinkommen, Überschriften und Ziele. Die Details und konkrete Umsetzung ist dann unser Job und ich glaube, dass das auch gut so ist, dass es nicht in dieser Hektik und Kompromissfindung eines Regierungsübereinkommens stattfindet. Da hat man in Wirklichkeit tausend Themen. Dem einem widmet man sich aus unterschiedlichen Gründen mehr, dem anderen weniger. Manchmal kommen super Lösungen heraus, manchmal gibt es Kompromissformulierungen, wo keiner weiß, was hat man damit gemeint, damit sich beide auch irgendwie wiederfinden können. Da in diesem Bereich, schon relativ viel Konkretes im Regierungsprogramm enthalten ist, ist der Begriff Imagekampagne, aus meiner Sicht, einer, den man weiter präzisieren muss. Für mich ist eine Imagekampagne eben keine klassische Plakatkampagne, sondern das Auslösen eines Gesprächsprozesses, einer Diskussion, einem öffentlichen Diskurs, das Thema auf die Tagesordnung, auf die öffentliche Agenda heben. Ich glaube, das brauchen wir zu allererst. Das brauchst du immer, wenn du etwas bewegen willst. Und das, glaube ich, wird uns in den nächsten Wochen ganz gut gelingen. Kernstück dieses Ziels ist meine Dialogtour, wo wir vor Ort Betroffene, Mitarbeiter, Kritiker, Experten, NGOs und Institutionen besuchen. Die Tour hat im Haus der Barmherzigkeit in Wien begonnen und ging dann in die Bundesländer. Wir setzen uns mit NGOs zusammen, fahren einen halben Tag mit den mobilen Pflegediensten mit, um für alles ein bissl ein G‘Spür zu bekommen, weil einer der ersten Einschätzungen war, „Wir sind so unter Zeitdruck.“ Ich möchte mich den Anliegen die Betroffene tatsächlich haben, so widmen, dass ich selbst ein gutes Gefühl dabei habe und es auch ausreichend ist. Das Thema zum Thema zu machen, ist viel wirksamer als tausend Plakate, die wir aufhängen könnten.

Alle 24 Stunden haben wir 29 mehr Pflegefälle in Österreich (ontop). Das bedeutet, dass wir jeden Tag 3 Pflegekräfte mehr benötigen als am Vortag. Wie wollen Sie dieser Situation als Gesundheitsminister Herr werden?

Die Demografie ist ein doppeltes Thema. Einerseits das erfreuliche Thema, dass wir eine immer grö-

ßere Lebenserwartung haben und das deswegen, so hoffen wir, der Teil des Lebens, den wir gesund, glücklich, wertschätzend und in Menschenwürde verbringen können, dass dieser Teil deutlich zunimmt. Das muss ja ein Hauptziel von uns sein.

Gleichzeitig nimmt aber aufgrund der demografischen Entwicklung die Zahl der jungen Menschen ab, die für diese Ausbildungen in Frage kommen. Diese Situation haben wir in anderen Bereichen auch. Unser Zugang ist, einer der, sehr auf Diversifizierung aufbaut. Das heißt, es gibt aus meiner Sicht keine Ein-Punkt-Lösung. Erstens die Ausbildung diversifizieren, möglichst unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten für Betroffene erreichen, die auch finanzierbar und leistbar sind. Wenn ich mir eine Fachhochschulausbildung um tausende Euro selbst finanzieren muss – ist das eine enorme Barriere.

Es ist pro Bundesland unterschiedlich. Die einen bekommen Taschengeld oder Stipendien, die anderen müssen es sich selber zahlen.

Aber da müssen wir schauen, dass wir möglichst barrierefreien Zugang erreichen. Ist leichter gesagt, als getan, aber dennoch muss es das Ziel sein. Diversifizierung ist mir wichtig deswegen auch der Schulversuch, als ein weiteres Modul, als Zusatzoption. Wir müssen so viele Menschen in die Ausbildung reinholen wie möglich.

In der Altenpflege erlebe ich derzeit, dass sich auch viele Asylwerberinnen und Asylwerber für die Ausbildung begeistern konnten. Diese Menschen und zukünftigen Altenpflegefachkräfte sind aber zum Teil von der Abschiebung bedroht. Mein Ziel wäre es, dass wir eine ähnliche Lösung, wie bei den Lehrlingen zustande bringen. Dass zumindest während der Ausbildung nichts passieren kann. Ich habe einige Fälle gesammelt, in denen mir Menschen ihre Lebensgeschichte geschrieben haben. Ihre Situation ist ziemlich dramatisch und für uns wären Abschiebungen dieser Menschen in Wirklichkeit unverständlich und untragbar. Wir brauchen diese Menschen, die nach meinem Eindruck die Ausbildung mit großem Engagement machen. Das ist der eine Bereich.

Da gibt es aber auch noch einen zweiten Bereich, den ich für das größte Potential halte. Wir haben

statistisch 141.000 Menschen in Österreich im Pflegebereich ausgebildet – davon sind 30.000 nicht im Job tätig. Eine ähnliche Rate findet man nur selten. Das hat natürlich seine Ursachen.

Dieser Beruf ist einerseits ein wunderbarer, aber die Berufsrealität ist einfach eine herausfordernde. Die belastende Situation und das Gehalt sind nur eines davon. Dies ist für manche Betroffene einfach zu viel, viele verabschieden sich aus dem Beruf. Wir müssen diesen Beruf wieder aufwerten. Das klingt ganz leicht, ist aber ganz schwierig. Es muss einfach ein zentrales Thema sein. Hier geht es auch um Wertschätzung, diese möchte ich von unserer Seite her wirklich kommunizieren. Das muss man nur vor Ort bei den Betroffenen tun und man muss es öffentlich thematisieren. Das alleine wird aber nicht ausreichen.

Aus meiner Sicht wird die Schlüsselfrage die jetzigen Kollektivvertragsverhandlungen sein. Ich habe da den Vorschlag der Gewerkschaft der natürlich etwas offensiver sein muss, ist auch völlig klar, von der Stoßrichtung her, recht spannend gefunden. Man muss für die Betroffenen eine Lösung finden, die sich über mehrere Jahre erstreckt und auch erste Schritte einer Arbeitszeitverkürzung beinhalten könnte.

Thema Personalschlüssel. Bei uns in Österreich haben wir im Akutbereich noch einen normalen Personalschlüssel von 1:9. Sieht man in die Nachbarländer geht es dort weitaus schlechter zu. Pflegemangel haben wir mittlerweile weltweit. Beim Thema Personalrecruiting Pflege ist global schon relativ aufgeräumt. Da kann nichts mehr großartig „importiert“ werden. Dadurch wird der Personalschlüssel schlechter werden. Ab wann wird es Ihrer Meinung nach menschenunwürdig?

Ganz offen gesagt, da fühle ich mich nach den paar Wochen im Amt noch überfragt. Erstens haben wir die Frage Pflegeschlüssel ohnedies in der Länderkompetenz, das heißt aber nicht, dass wir uns da aus der Verantwortung nehmen. Dies bedeutet aber auch, dass wir die Frage von Pflegeschlüssel miteinander diskutieren müssen. Der Blick auf dieses Thema muss ebenso gemeinsam stattfinden. Für die Vorbereitung der Pflegereform haben wir ein Dreistufensystem vor.

Erst die Dialogtour um die Situation und die Betroffenen kennenzulernen. Nach Ostern startet die Taskforce für die Pflegereform. Diese wird sehr breit aufgestellt sein. Hierbei wenden wir uns an viele Betroffenen, Engagierte und Verantwortliche, die wir einbinden wollen. Natürlich sind hier auch die Länder und Gemeinden gefragt. Das wird eine inhaltliche Arbeit und da gehört der Pflegeschlüssel absolut dazu. Gegen Jahresende werden wir dann eine Zielsteuerungs-Kommission Bund-Länder-Gemeinden starten. Die zeitliche Abfolge ist kein Zufall, denn zu dieser Zeit beginnen dann die Finanzausgleichsverhandlungen. Da gehört das Thema Pflege wesentlich dazu und man kann diese beiden Themen nicht voneinander trennen.

Sie stellen die Taskforce zusammen. Wie kann man sich das vorstellen. Wie wurden oder wie werden die Leute ausgewählt?

Das ist eine Frage, die ich mir zur Zeit auch noch stelle. Also wir sind gerade bei der Konzepterarbeitung. Derzeit haben wir das Phänomen, welches natürlich großartig ist, dass wahnsinnig viel Interesse da ist. Viele Menschen melden sich und sagen „Da würde ich gerne meine Impulse einbringen und habe natürlich ein hohes Know-How.“ Das ist eine großartige Situation. Es bringt nur nichts, wenn 100 Menschen in einem Plenum sitzen und mitdiskutieren. Das würde das Ganze ad absurdum führen. Also braucht es spezielle Untergruppen. Wie eine solche Struktur aber konkret aussieht, ist gerade in Erarbeitung.

Es ist relativ schwierig, wenn es um Pflege und Mitspracherecht geht. Gerade wenn man sich die Fernsehsendungen und Medien ansieht, sitzen immer dieselben Expertinnen und Experten. Da werden die üblichen Verdächtigen zu den ORF Sendungen eingeladen. In diesen Ausstrahlungen sieht man nie Pflegefachkräfte. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

Ich kann im Augenblick nur mutmaßen. Eine Hypothese ist, dass es bis dato vielleicht zu wenig Selbstorganisation in diesem Bereich gegeben hat, also ein starkes, gemeinsames Auftreten in Zukunft noch notwendiger wäre. Das ist meine einzige Interpretation. Dies ist aber auch der Sinn der Dialogtour. Wir werden die Medien in die Einrichtungen und mobilen Dienste mitnehmen. Da gibt es dann automatisiert den Kontakt. Die Gesellschaft soll einfach die Realität der Betroffenen erleben, das halte ich für eine essenzielle Aufgabe. Da wären wir dann wieder bei „meiner Art von Imagetour“. Der Bevölkerung zeigen, was Pflegefachkräfte wirklich leisten.

Das Thema „Community Nurse“ und „School Nurse“ steht im Regierungsprogramm. Die School Nurse ist eigentlich schon seit 2016 im GuKG verankert und bisher nie richtig umgesetzt worden. Was wird sich jetzt unter Ihnen ändern?

Lacht Ich kann nichts versprechen, ich kann nichts garantieren. Aber ich bin von der Idee der Community Nurse extrem angetan. Ich habe mir die Umsetzung in den skandinavischen Ländern angesehen. Dort hatte diese Richtung einen hohen Wert, einen positiven Effekt und diente auch der Kostenstabilisierung. Die hatten dort einen Schlüssel von 1:3000 angewendet. Finnland ist meiner Meinung nach von den Grundstrukturen nicht so schlecht vergleichbar mit Österreich. Es gibt urbane Zentren und eine relativ starke ländliche Struktur. Die Community-Nurse wäre in beiden Bereichen ein wichtiges Thema. Mit dieser Meinung bin ich nicht alleine. Ich bin vor kurzem mit Wiener Ärztinnen und Ärzten zusammengesessen und man teilte mir mit, dass sich die Ärzteschaft schon auf die „Grätzl-Schwestern“ freuen würde. Ich weiß, die Begrifflichkeit ist nicht gegendert oder fachgerecht tituliert, aber ich finde von der Grundidee her ist das eine tolle Übersetzung.

Die Community Nurse könnte aus meiner Sicht eine zweite, total spannende Funktion haben. Wie Sie wissen, versuchen wir die Primärversorgungszentren als medizinisches Modell voranzutreiben und da sehe ich diese Richtung als starken Teil des Ganzen. Damit wären wir auch bei der Präsenz der Pflege. Community Nursing ist viel mehr als reine Pflegeangebote. Es geht hier ganz klar um wohnortnahe Beratungs-, Kommunikations-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Dies würde im gesamten, auch bei der Thematik Landärzte, unterstützen. Natürlich profitieren auch die pflegenden Angehörigen.

Was mich ein wenig bei dem Diskurs um Pflege nervt ist, wenn ich höre „Was ist die bessere Pflegeform? Stationär, Mobil?“ Das können wir uns nicht aussuchen, was die bessere Pflegeform ist, sondern wir müssen aus dem was jetzt die Realitäten sind zunächst einmal das Beste daraus machen und da die Qualität sichern, ausbauen und Unterstützung leisten. Da braucht es die mobilen Dienste und den stationären Bereich.

Ein sehr interessantes Thema sind für mich aber auch die kreativen Wohnformen, die hierbei entstehen. Ich hatte gestern ein ganz tolles Gespräch mit einer Expertin aus der Altenpflege.

Sie meinen Sonja Schiff ?

Ja genau. Es war ein sehr spannendes und wohltuendes Gespräch. Ihr Zugang hat mir viele Impulse gegeben. Diese waren wirklich wertvoll. Sie ist zu mir gekommen, hat ihre Plakate auf den Tisch gelegt und mir professionell und wertvoll ihre Erfahrungen und Vorschläge präsentiert. Es ging dabei auch um Partizipation bei der Entwicklung von alterskonformen Wohnformen. Das halte ich für einen extrem spannenden Zugang. Ich komme aus einer ländlichen Region in Oberösterreich und da glaube ich, dass das Interesse, wenn man Unterstützung bietet, Begleitung bietet, Architekten und Architektinnen bittet, die dafür zu haben sind, extrem groß ist. Gerade in meiner Generation beginnen die Leute langsam daran zu denken: “Wie wird denn das sein, wenn ich wirklich alt bin? Und was für eine Lebensform hätte ich dann gern?“. Ich merke es an mir selbst. Man beginnt dann zu überlegen, zu planen und suchen. Jetzt hat man ja noch eine Möglichkeit mitzugestalten. Das kann sich schnell ändern. Wenn das Orte, Gemeinde auch auf eine gute und positive Art und Weise verändert, kann das ein extrem schöner Impuls für die Gemeinschaft werden. Der Input bei dieser Besprechung war wirklich toll. Das ist genau der Grund, warum ich die Personen aus der Pflege in diese Tour und Taskforce einbinden werde. Es gibt in Österreich so viel Wissen und Engagement beim Thema Pflege – das müssen wir unbedingt nützen und einbinden.

Das Wichtige ist, dass die Leute zu Hause gepflegt werden wollen. Zu Hause muss aber nicht unbedingt heißen, in der Wohnung, in den ursprünglichen vier Wänden, wo ich Jahrzehnte war. Das Gefühl zu haben „Ich bin da zu Hause“.

Ja, oder eingebunden in der Gemeinde, wo ich die Leute kenne, wo ich die Sozialstruktur habe usw. Das ist total wichtig. Ich habe mein Schlüsselerlebnis zu diesem Zugang.

Ich habe Zivildienst in einem Pflegeheim in Schwanenstadt gemacht, 9 Monate hindurch. Und kurz davor wurde das bestehende Altenheim abgerissen. Das war eines, wie ich es mir nicht schöner vorstellen konnte. Da bin ich als kleiner Bub bei meiner Tante oft auf Besuch gewesen. Die Leute haben ihr Mobiliar im Zimmer gehabt, ihre Teppiche. Im Hof waren die Hendln. Ich kann mich noch

erinnern. Vier Schafe hat es gegeben. Die Leute sind im Guten im Garten gesessen. Und haben gefüttert. Die Tiere haben alle ihren Namen gehabt und alle Menschen hatten einen Bezug zum Ganzen. Dann ist das Haus abgerissen worden und ein klassischer „schöner“ Block ist hingestellt worden. Und das war so dramatisch zu erleben, wie die Betroffenen alten Menschen dann teilweise von Tür zu Tür geirrt sind und ihre eigenen vier Wände nicht mehr gefunden haben, weil keine Identität mehr da war. Alles hat so gleich ausgesehen. Es waren keine Bezugspunkte mehr da – nichts.

Glauben Sie, dass dies in der Stadt etwas anderes ist?

Natürlich, ist das wieder eine andere Situation. Aber auch in Wien gibt es eigene Grätzl und in diesen gibt es soziale Verankerung. „Mein Donaukanal“, zum Beispiel. Ich hab das vor kurzem erlebt. Ich wohne jetzt bei meiner Partnerin, durch diese Veränderung, in Wien. Die Stadt Wien hat auch hier Baumpflanzungen entlang der Straßen begonnen . Und für die älteren Menschen war das das Tagesgespräch über Wochen hinweg, dass da jetzt vier Bäume vor dem Haus stehen. Welche Bäume das sind. Gespräche, wie, „zu unserer Kindheit war die Gasse auch bepflanzt. Und da war es viel schattiger und kühler. Die Identifikation mit dem eigenen Lebensumfeld hat gerade auch bei älteren Menschen eine wichtige Funktion.

Ein komplett anderes Thema: Die Erweiterung der Tätigkeitsfelder Fachassistenz. Die Tätigkeitsfelder sollen ja in der nächsten Novelle erweitert werden. Gibt es da schon konkrete Vorschläge? Wenn hier

das Spektrum erweitert wird, hat man langsam ein wenig das Gefühl, das wird die „kleine Diplomschwester“. Der Lohn wird damit für den Arbeitgeber günstiger, die Inhalte der Diplomausbildung auf zwei Jahre heruntergedrückt.

Das ist ohnedies die Sorge, dass man überall nivelliert, um Kosten zu sparen. Stichwort „Pflegelehre“ und ähnliches. Das ist mit Sicherheit nicht unser Ziel. Wir wollen die Qualität bewahren und sichern. Zum Thema Assistenzberufe läuft seit 2017 eine Evaluierungskommission. Das Ergebnis muss bis Ende 2023 gesetzlich erfolgen, ich hoffe wir werden es aber deutlich früher schaffen. Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen sind ein wichtiger Bestandteil der Pflegelandschaft. Da müssen wir ein Auge darauf haben.

Wie sehen Sie dann die Anhebung der Diplomausbildung in den tertiären Bereichen?

Halte ich grundsätzlich für richtig und wichtig, weil wir ja durchaus auch Aufholbedarf hatten. Diesen Bereich muss man stärken. Es geht bei meiner Richtung definitiv nicht um Nivellierung, das ist mir persönlich ganz wichtig. Ein „billiger machen“ bei den Personalkosten macht nicht unser Gesundheitssystem finanzierbarer. Da müssen andere Mechanismen her. Gerade hier ist es wichtig, dass wir sehr auf den qualifizierten

Bereich achten. Das Studium ist ein wichtiger Teil dieses Ganzen. Wir brauchen Diversität.

Viele Pflegepersonen sind unzufrieden und sehen sich als unterbezahlt an. Was meinen Sie dazu?

Der Beruf der Pflege ist ein wunderbarer. Diese Wertschätzung möchte ich zuallererst vermitteln. Aber ich verstehe nach jedem Gespräch auf meiner Dialogtour immer stärker, warum 30.000 Ausgebildete nicht mehr in ihrem erlernten Beruf tätig sind: die Überlastung ist groß, die Zeit für das Gespräch und für die Beziehungspflege nimmt ab, die Bürokratie nimmt stärker zu. Aber auch das Gehalt ist natürlich ein Thema. Da wäre eine gemeinsame Verbesserung für alle Betroffenen ein wirksamer Schritt.

Natürlich hängt es von der Verantwortung ab und ich glaube, dass es in Wirklichkeit eine Gesamtfrage ist, die man nicht nur auf die Frage des Gehaltes reduzieren kann. Es geht einerseits um die Wertschätzung, es geht um die gesamte Arbeitssituation. Da bin ich mit meinen Kolleginnen und Kollegen in der Politik immer wieder in Diskussion. Man kann in der Regel niemanden zwingen einen Beruf zu machen. Einen Job muss man wollen. Und wenn da ein Wollen ist, dann gibt es auch Überzeugung und das Brennen für einen Job. Wenn man das Gefühl hat, es macht Sinn was man tut, dann erzeugt man Motivation. Das ist gerade in der Pflege sehr stark der Fall. Die Menschen, die in einen solchen Beruf einsteigen wollen etwas Sinnvolles tun. Dafür muss aber die Arbeitssituation passen und es muss gerecht zugehen. Wenn ich das nicht leben kann, dann brenne ich nach fünf Jahren oder früher aus. Wir werden genau evaluieren müssen, was die Menschen alles brauchen und auf was wir verzichten können. Wenn die Arbeitssituation entspannter ist und da gehört der Gehaltsbereich dazu, dann wird es für viele besser. Ich bin überzeugt davon, dass Geld nicht der einzige Faktor sein kann, um zufrieden mit seinem Leben zu sein. Der Beruf muss einfach einer sein, den man gerne lebt und der attraktiv ist.

Die Pflegelehre war in den letzten Jahren ein heißes Thema. Die Stimmen aus dem Gesundheitswesen sind zu diesem Thema sehr unterschiedlich.

Ein klassischer Lehrberuf, in dem ein 15jähriger mit den Patientinnen und Patienten arbeitet, das halte ich für beide Seiten für ganz schwierig. Es ist natürlich so, dass junge Leute unterschiedlich entwickelt sind. Wie ich 15 Jahre war, war ich wahrscheinlich nicht so weit wie 15jährige jetzt, dass hat sich einfach verschoben. Auch sehr unterschiedlich und individuell bedingt, aber generell sehe ich bei der direkten Pflegearbeit von 15Jährigen ein Problem. Das ist nicht mein Ziel.

Deswegen hat der klassische Lehrberuf Pflege jetzt auch nicht die erste Priorität, sondern wir wollen uns das in Ruhe ansehen. Ich habe bereits mit NGOs geredet, mit Expertinnen und Experten und mit Betroffenen gesprochen, darüber, dass es vielleicht sein könnte, dass es ein neues Ausbildungsmodul ist, wo man eher am Beginn, die Theoriephase hat bis man z.B. 17 ist und dann in die Praxisphase hineingeht. Das wäre das, was ich am Beginn gesagt habe, dass es unterschiedliche Optionen geben sollte, damit man möglichst wenige Barrieren hat. Den Leuten, die wollen, einen möglichst guten und schnellen Zugang ermöglichen. Aber wie das im Detail aussieht, müssen wir uns noch sehr genau ansehen. Denn nicht alle Vergleiche die angewendet werden, ich glaube, der Hauptvergleich ist die Schweiz, so 1:1 auf unsere Situation umsetzbar ist, weil wir auch ein anderes Bildungssystem und damit andere Strukturen haben. Also ein Ausbildungsmodul in dieser Altersstruktur unter diesen Rahmenbedingungen, die ich gesagt habe, nämlich zu Beginn nicht am Patienten, sondern erst später kann ich mir durchaus vorstellen, aber da müssen wir noch feilen.

Ausgehend von der derzeitigen Entwicklung, des österreichischen Strukturplan Gesundheit, in dem eine zunehmende Spezialisierung der Medizin zu verzeichnen ist, gibt es gleichermaßen die Forderung der Spezialisierung der Pflege, ohne welcher Spitzenmedizin in der Bevölkerung nicht ankommen kann. Welche Maßnahmen ergreift die Gesundheitspolitik um spezialisierte Pflegepersonen (ANP) an jenen Stellen wirksam einzusetzen, an denen Notwendigkeit besteht, beispielsweise an Zentren für Onkologie oder Kardiologie?

Das hat bei uns in Österreich derzeit kaum Tradition.

Sehen Sie da eine Chance, das zu implementieren oder wo sehen Sie die Problematik darin?

Ich halte es von der Grundidee, von der Herangehensweise für spannend und interessant. Frage ist nur, wie wir das in unser klassisches System implementieren. Ich

kann mir schon einen Pilotversuch vorstellen, um es entsprechend zu testen. So kann man sehen, ob diese Option eine gute Ergänzung ist. Vielleicht passt es aber auch nicht zu uns. Also würde ich dem Thema kein NEIN geben, sondern eher mit neugierigem Hinsehen, wie und ob es funktionieren kann. Wen Sie alle Personen aus dem Gesundheitswesen an einen Tisch setzen, um über solche Implementierungen zu sprechen, werden Sie aber komplett unterschiedliche Antworten bekommen. Da werden die Ärzte und/oder die Ärztekammer etwas komplett anderes sagen, als die Pflegepersonen. Vor allem wenn es um die Definition „klassisches System“ geht.

Mit Sicherheit und genau deswegen gehören dann alle an einen Tisch. Auch um sich gegenseitig zuzuhören. Das ist der Grund warum mir Primärversorgungszentren so gut gefallen und eine Option sind. Eine vielfältige Besetzung die auf Augenhöhe miteinander arbeitet. Es muss ja nicht im selben Gebäude sein, sondern könnte auch als Vernetzungssystem extrem gut interagieren. Das ist die Version die mir vorschwebt. Gemeinsam zu sehen, wie kann man das Angebot bestmöglich auf den Bedarf der Region abstimmen.

Dürfen Pflegefachkräfte ihrer Meinung nach eigene Pflegepraxen eröffnen?

Warum eigentlich? Jetzt frage ich mal zurück. *lacht*

Weil, obwohl des im Gesetz steht, die Abrechnung mit den Gebietskrankenkassen nicht erfolgt. Die Erstverordnung hat bei vielen Themen vom Arzt zu erfolgen. Das betrifft auch Themen in denen Expertinnen aus der Pflege die höhere Expertise haben. Beispielweise würde mir die Stoma-Fachkraft oder die Inkontinenz-Fachkraft einfallen, da gibt es aber auch noch genug andere Themen. Derzeit funktioniert aber nicht einmal die Weiterverordnung. Ich kann derzeit als selbstständige Pflegefachkraft nicht direkt mit der Krankenkasse abrechnen. Es muss immer ein Arzt anweisen und unterschreiben, sonst gibt es absolut keine Abrechnungsmöglichkeit.

Den Punkt nehmen wir gleich für die Taskforce mit.

Wir haben jetzt noch ein großes internationales Thema, das in vielen anderen Ländern gut funktioniert: die Pflegekammer. In Ländern wie Deutschland ist das Thema aber ziemlich am Abstürzen, weil es teilweise nicht optimal aufgesetzt worden ist. Berufsverband oder Pflegekammer. Was wäre für Sie für Österreich ein vorstellbares Vertretungsmodell. Die Ärztekammer mag es auf keinen Fall.

Das kann nicht das entscheidende Kriterium sein. Ich glaube, es geht darum, dass sich die, die sich in diesem extrem wichtigen Beruf tätig sind, so organisieren, dass sie stärker gehört werden. Für mich ist es zweitrangig, wie die Organisationsform dann aussieht oder wie man sie benennt. Aber wichtig ist, einen Vertretungsanspruch und engagierte, starke Vertreter in der Öffentlichkeit zu haben. Gleichgültig ob bei der Kommunikation mit Medien oder bei politischen Verhandlungen.

Was wollen Sie den Pflegefachkräften für 2020 mit auf den Weg geben?

Vor allem eine Ermutigung. Es ist ein extrem wichtiger Beruf und ein entscheidender Beitrag für unsere Gesellschaft, den Pflegekräfte in diesem Land realisieren. Bei mir ist angekommen, dass es bei den Arbeitsbedingungen viel Verbesserungsbedarf gibt. Mein Angebot ist, mit zu arbeiten an dieser Verbesserung. Diese Verbesserung wird aber nicht nur von der Politik alleine kommen, sondern auch, glaube ich persönlich bin in allen gesellschaftlichen Bereichen überzeugt davon, immer nur dann wenn sich die Betroffenen auch zusammenschließen und sich für diese Verbesserung engagieren. Das heißt, es braucht beide Seiten – den politischen Bereich und den selbstbestimmten, emanzipatorischen Bereich.

Danke für das Interview!

Pflegediagnosen – konkret, praktisch, umfassend

Marilynn E. Doenges / Mary Frances Moorhouse / Alice C. Murr
Maria Müller Staub / Jürgen Georg / Claudia Leoni-Scheiber (Hrsg.)

Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

Übersetzt von Michael Herrmann.
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. Es bietet begründete Pflegeziele, Pflegemaßnahmen und -interventionen und gibt Hinweise zur Patientenedukation und Entlassungsplanung.

Die sechste erweiterte Neuauflage bietet unter anderem:

- alle von der NANDA-I bis 2017 anerkannten 235 Pflegediagnosen;
- mindestens 7 weitere klinisch nützliche Pflegediagnosen;
- vollständig aktualisierte Pflegediagnosentitel, Definitionen, Einflussfaktoren und Symptome;
- an den deutschen Sprachraum angepasste Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit Verweisen auf NOC, NIC und NCDB;
- Listen von Pflegediagnosen, die den gebräuchlichsten Pflegemodellen zugeordnet werden und das systematische Auffinden von Pflegediagnosen erleichtern;
- über 600 Verknüpfungen von Krankheitsbildern, Behandlungssituationen und Pflegediagnosen.

„Ich habe großen Respekt vor der Pflege“

Interview mit Dr.in Marihan Abensperg-Traun

Der Pflegenotstand bewegt die Menschen zu Innovationen, aber auch zu sonderbaren Ideen, wie man dieses Personalloch stopfen soll. Immer wieder gibt es Stimmen (auch wenn sie nur vereinzelt sind), die für eine Pflegelehre ab 15 plädieren. Aus diesem Grund haben wir die Kinder und Jugendpsychiaterin Dr. Marihan Abensperg-Traun zu einem Interview eingeladen. Wir trafen die Kinder- und Jugendpsychiaterin, Mutter und grüne Politikern in einem Kaffeehaus in Wien.

Wie sehen sie den Pflegeberuf generell?

Ich habe großen Respekt vor der Pflege. Die Menschen leisten wirklich Einzigartiges. Ich kann mich noch an mein Pflegepraktikum auf einer Gerontologie erinnern. Es war für mich extrem emotional, sehr belastend und sehr anstrengend. Es gab Tage, an denen ich abends nahezu durchgeheult habe. Man erlebt hier nicht nur die schönen Momente des Lebens, sondern auch furchtbare Schicksale. Als Praktikantin, egal ob aus der Pflege oder aus der Medizin, bekommt man ja dann auch noch keine professionelle Supervision, um das Erlebte zu verarbeiten. Viele Teams, die ständig dieser Belastung ausgesetzt sind, erhalten ebenso keine Supervision. Hier startet dann der eine oder andere mit Selbstmedikation.

Was war für Sie zum Beispiel belastend?

Ich erinnere mich an meinen ersten Dekubitus, den es zu versorgen galt. Die Haut der Patienten hat großstellig gefehlt. Überall war Eiter, offene Stellen und allein durch den Geruch wäre ich fast ohnmächtig geworden. Ich hatte zusätzlich noch nichts gefrühstückt und es war später Vormittag. Die Szene ist derartig an meine Substanz gegangen.

Wurde das nicht im Team besprochen?

Das Team hat untereinander gesprochen, aber zu einer Begleitung kam es nie. Es gab wie gesagt keine Supervision. Für uns Praktikantinnen sowieso nicht. Da hieß es nur „Geh dorthin, mach das. Dann geh dahin, mach dies.“

Alle Fotos (C) Katrin Schützenauer

Und die schönen Momente?

Die Zeit mit den Patienten zum Beispiel mit den Gesprächen. Hierzu hatte man vor allem Zeit, wenn man beim Essen unterstützt hat. Für beide Seiten war dies Quality time.

Warum sind Sie dann trotzdem in einen Gesundheitsberuf gegangen?

Ich bin ein sozialer Mensch und auch so erzogen worden. Meine Familie war groß. Ich wollte schon immer Kinderärztin werden. Ohne dieser Erziehung und diesen Werten wäre ich jetzt nicht dort wo ich bin. Als Kinder- und Jugendpsychiaterin braucht man ebenfalls viel Idealismus.

Wie sehen sie nun als Ärztin die Situation der Pflegefachkräfte?

Ich bewundere die Menschen wirklich, die diese derzeitige Arbeitssituation aushalten. Für mich ist die Frage, muss man das in dieser Weise aushalten und wie kann man Situationen verbessern. Wie kann man die Gesundheit der Pflegenden sicherstellen? Sie haben ja nichts davon, dass sie jemanden leidtun. Das reicht nicht. Die Menschen brauchen bessere Arbeitsbedingungen, mehr Freizeit und besondere Freizeitmöglichkeiten, die von den Unternehmen anzubieten sind. Wir müssen auf die Menschen schauen, die uns wichtig sind, nämlich die, die die Menschen pflegen. Wenn diese Menschen dauernd 12 Stunden unter Belastung stehen, fertig nach Hause gehen und nur noch auf morgen warten, um den nächsten Dienst zu absolvieren, gehen diese Menschen zu Grunde. Vor allem in Zeiten wie diesen, in der zum Beispiel die Grippewelle noch zusätzlich alles abverlangt.

Wie sieht es bei den Ärzten in ihrem Arbeitsbereich aus?

Wir haben in Österreich vieles verschlafen. In der Kinderpsychiatrie, ein Bereich wo wir ganz dringend mehr Ärzt*innen brauchen, werden noch immer keine neuen Ressourcen geschaffen. Hier muss sich die Ausbildungsordnung ändern, denn hier haben wir eine 1:1 Regelung. Natürlich darf ein Primar und ein Oberarzt 2 Assistenzärzte ausbilden, aber das reicht nicht. Da wäre es wirklich Zeit etwas zu ändern und aufzumachen.

Wieder zurück zur Pflege. Wo sehen Sie hier das Problem?

Es ist einfach unattraktiv geworden in die Pflege zu gehen. Das muss sich einfach ändern. Ich glaube aber absolut nicht, dass die Pflegelehre der Weisheit letzter Schluss ist. Der Staat tritt hier als „Gefährder“ auf, um heranwachsende zu traumatisieren und in vorprogrammierte psychische Krisen zu werfen, wenn dies in dieser Formwirklich umgesetzt werden würde.

In den sozialen Medien kommt dann immer das Gegenargument: „Ich habe ha mit 16 Jahren auch schon ertragen müssen. Wir muten den Jungen zu wenig zu…“ Wie sehen sie das als Kinderpsychiaterin?

Mit 16 ist man noch keine ausgereifte Persönlichkeit und die Persönlichkeitsentwicklung und die Plastizität des Gehirns ist in diesem Alter noch nicht abgeschlossen. Das geht eigentlich bis 20 Jahre. Mit 30 Jahren baut sie dann wieder ab, aber das ist eine andere Geschichte. Ich sehe die Gefahr in der Jugend, wo es primär darum geht, die eigene Persönlichkeit zu entwickeln. Loslösung vom Elternhaus als Entwicklungsschritt, Loslösung von den engen Familienstrukturen, um das eigene zu entwickeln. Wenn man in dieser sensiblen Phase die Jugendlichen diesen schwierigen Situation mit Grenzerfahrungen aussetzt, wenn es um Leben oder Tod geht oder um emotional belastende Krankheiten (chronische). Das macht ja auch etwas mit den Jugendlichen. Es entsteht dann oft ein Gefühl der Hoffnungs- oder Mutlosigkeit. Das hat man ja selbst auch, wie man an einem kleinen Beispiel, bei einem traurigen Film sieht, der einen aufwühlt. Man denkt darüber nach. Genauso muss man es sich mit dem menschlichen Gehirn vorstellen. Auch wenn man direkt gar nicht weiß, dass es etwas mit einem macht, arbeitet das Gehirn dennoch weiter und es verändert einen.

Auch wenn einige Jugendliche meinen, es macht ihnen nichts aus und sie sind es gewohnt, darf man die Auswirkungen nicht unterschätzen. Ebenfalls bei pflegenden Angehörigen – wenn Eltern, Großeltern krank sind. Da gibt es ja auch Studien, dass das Trauma nicht gleich auftauchen muss, sondern erst 3-4 Jahre später auftreten kann. Das ist ein ganz wesentlicher Punkt. Allein bei Kindern und Jugendlichen, die ihre Angehörigen pflegen, eine Bezugsperson, kann es oft mit depressiven Erkrankungen oder psychosomatischen Beschwerden einhergehen, oder Lernschwierigkeiten. Oder sie wählen die soziale Isolation und denken über die Sinnhaftigkeit des Lebens nach.

Was wäre für Sie das ideale Alter, um einen Pflegeberuf zu wählen?

Vielleicht gibt es nicht das ideale Alter für einen Pflegeberuf. Es hängt von der eigenen Persönlichkeit ab. Es ist nicht jeder für die Pflege geeignet. Ich glaube, das ist nicht altersspezifisch. Jedenfalls keine Vorverlegung auf das 15 Lebensjahr am Krankenbett. Man muss schon die „richtige“ Persönlichkeit mitnehmen. Man muss auf jeden Fall belastbar sein, man braucht auch eine gewisse Stabilität des „Ichs“ – eine ICH-Struktur und ICH-Stabilität. Alleine entwicklungspsychologisch ist es mit 15 Jahren definitiv nicht der Fall. Aber mit 18 kann man es sich ansehen. Es gibt aber auch 20 jährige, die noch nicht stabil sind oder die notwendige Persönlichkeit mitbringen. Ab 18 kann man es mal anbieten, es langsam angehen, mit viel Information im Voraus – nicht sofort ans Bett stellen, die Grundkenntnisse vermitteln. „Wie gehe ich mit einem anderen Menschen um, der in einer Notsituation ist, oder der manches nicht selbst machen kann.“

Das Problem ist, dass Systeme ja oftmals missbraucht werden. Wenn man jetzt sagt, man lässt Jugendliche nicht ans Bett, kann man in der Praxis oft nicht sicher sein. Ich kenne das selbst von verschiedenen Spitälern; ich war auch in unterschiedlichen Spitälern, im Zuge meiner Ausbildungen. Wenn es dann einen Mangel an Personal gibt, dann wird auf jede Ressource zurückgegriffen. Wenn, dann müsste es wie ein Schulsystem sein, wenn man weiß, die gehen zuerst in eine Klasse und werden nicht gleich in die Praxis abgezogen und ans Bett gestellt. Viele beziehen sich bei der Pflegelehre auf die Schweiz, doch hier gibt es nachweislich eine hohe Dropout-Rate.

Wenn es auch zu einer Arbeitslosenzwangsrekrutierung für die Pflege kommen würde? Zum Beispiel „Arbeitslose in die Pflege…“

Das wäre meiner Meinung nach ein Horror. Ich möchte nicht gepflegt werden von jemanden, dem das gar nicht freut und der dazu „verdonnert“ wurde.

Wir müssen doch unseren Pflegemangel lösen…

Da müssen wir, der Staat, dafür sorgen, dass es bessere Bedingungen gibt. Da wäre das erste die Bezahlung und die Supervision. Nämlich verpflichtende, begleitende Supervision und nicht irgendwann, wenn das Team es sagt. Denn das Team sagt es dann, wenn es bereits zu spät ist. Das ist ja auch ein Punkt, dass in einem System das Gefühl gegeben wird „ihr werdet das schon schaffen“ und dann ist es aber gar nicht so. Man nimmt die Hilfe auch oftmals nicht in Anspruch, weil man sich geniert oder sich nicht sagen traut, dass man Hilfe benötigt.

Es muss sich also viel ändern…

Ja natürlich und das betrifft die

Leute im System und natürlich die Politik. Dies war für mich auch ein Grund in die Politik zu gehen. Hier versuche ich tagtäglich, neben meiner Arbeit als Kinder- und Jugendpsychiaterin und meiner Rolle als Mutter, einen Weg zu finden die Dinge zu ändern.

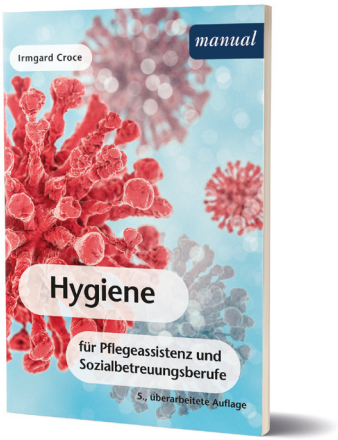
Danke für das Interview

Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 1

Ihre Bedeutung für die Gesundheits- und Krankenpflege und deren internationale Vernetzung. Karrierewege und Schicksale

Der »Anschluss« Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland brachte auch für die Krankenpflege schwerwiegende Veränderungen mit sich. Zahlreiche Pflegepersonen verloren ihren Arbeitsplatz, viele mussten Österreich verlassen, einige starben im KZ. Mühsam aufgebaute berufliche Strukturen wurden zerstört, internationale Beziehungen unterbrochen. Andererseits konnten sich vorhandene Netzwerke hilfreich bei der Bewältigung der schwierigen Situation erweisen. Nachdem in Großbritannien der Pflegeberuf eine besondere Bedeutung für die Flüchtenden[1] hatte, wie später noch ausgeführt wird, liegt in dieser Darstellung der Fokus auf der Emigration nach Großbritannien. In Bezug auf das Thema »Emigration und Pflege 1938/39« ist noch eine zweite Gruppe von Personen relevant: jene, die als Heranwachsende das Land verließen oder mit einem der sogenannten Kindertransporte von ihren Eltern ins Ausland geschickt wurden und dort eine Krankenpflegeausbildung absolvierten. Einige dieser jugendlichen Flüchtlinge haben später wieder Kontakte mit Österreich geknüpft und hier zur Entwicklung der Pflegewissenschaft beigetragen. Weitere Fragestellungen ergeben sich in Bezug auf eine eventuelle Rückkehr der Emigrierten. Wie viele Pflegepersonen sind nach Kriegsende wieder nach Österreich zurückgekehrt? Wie wurden sie aufgenommen, welche Möglichkeiten und welchen Einfluss auf die österreichische Pflege hatten sie? All dies ist noch wenig erforscht.

Dieser Beitrag könnte ein Aus-



5., überarbeitete Auflage
facultas 2020, 120 Seiten, manual, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1879-2

Irmgard Croce

Hygiene

für Pflegeassistenz und Sozialbetreuungsberufe

Hygiene wird zunehmend zum wichtigen Faktor in den unterschiedlichsten Bereichen der Pflege und Betreuung – ob zur Vorbeugung von Gesundheitsschäden im öffentlichen Raum, zur Gesundheitserziehung, zur Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus, in der häuslichen Pflege oder bei chronisch kranken Menschen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen.
Dieses Buch richtet sich in erster Linie an Assistenzberufe im Gesundheits- und Sozialbereich. Es ist übersichtlich, knapp und verständlich und eignet sich damit für die Ausbildung ebenso wie für Personen, die bereits in der Praxis tätig sind. Infektionslehre und Mikrobiologie werden ebenso besprochen wie allgemeine und spezielle Hygienemaßnahmen sowie Reinigung und Desinfektion.
Mit Lern-App: einfach unterwegs Wissen testen!

Erhältlich im Buchhandel sowie unter
facultas.at

facultas

gangspunkt für weitere Forschungsarbeiten sein, die sich mit der Geschichte der Pflege und der Entwicklung der Pflegewissenschaft in Österreich befassen. Eine Ausdehnung der Forschung auf andere Länder als Großbritannien und eine zeitliche Fortsetzung über das Jahr 1955 hinaus bis zur Etablierung der Pflegewissenschaft an österreichischen Universitäten sind Forschungsdesiderate.[2] Für den Rahmen der vorliegenden Publikation wurde eine von der Autorin erstellte Datenbank zur Erfassung von ÖsterreicherInnen, die zwischen 1933 und 1945 verfolgt wurden und wenigstens zeitweilig in der Pflege tätig waren, gezielt im Hinblick auf emigrierte Personen erweitert. Derzeit enthält sie ca. 400 Namen. Trotz Benützung verschiedenster Quellen können die enthaltenen Daten jedoch aufgrund der schwierigen Quellenlage nur lückenhaft sein. Eine wertvolle Hilfe bei der Ergänzung der Informationen waren die mir von Herrn Professor Paul Weindling von der Oxford Brookes University freundlicherweise zur Verfügung gestellten Angaben aus seiner Datenbank über Flüchtlinge aus medizinischen Berufen[3] , wofür ich mich herzlich bedanke.

Öffentliche Krankenanstalten: »Neuordnung des Beamtentums«

Als am 13. März 1938 der »Anschluss« Österreichs an Deutschland erfolgte, hatte dies besonders in Wien sofort Auswirkungen auf in der Pflege tätige Personen. Nicht nur das größte Krankenhaus Österreichs, das Wiener Allgemeine Krankenhaus, sondern auch weitere sieben Wiener Krankenanstalten[4] gehörten zu diesem Zeitpunkt zum sogenannten Wiener Krankenanstaltenfonds, sie waren also in staatlicher Verwaltung. Andere große Anstalten waren im Besitz der Gemeinde Wien. Bei beiden Trägern war der Zugriff besonders leicht und bereits am folgenden Tag, dem 14. März, wurde eine Reihe leitender Krankenpflegepersonen (ebenso wie Ärzte, die Leiter von Krankenhäusern und Krankenpflegeschulen waren [5]) ihres Amtes enthoben, teils wegen ihrer jüdischen Abstammung, teils weil sie politisch unerwünscht waren. Das Schicksal einiger dieser Personen wird später in diesem Beitrag kurz dargestellt werden.

Ebenfalls Mitte März 1938 wurde von den öffentlich Bediensteten in Wien ein Eid auf Adolf Hitler (1889–1945) verlangt, den Juden und Jüdinnen nicht ablegen durften. Immer wieder wurden von den Krankenhäusern Listen über alle beschäftigten Personen eingefordert – mit der Angabe, wann der Eid abgelegt wurde oder warum dies nicht geschehen war. Dadurch hatten die Behörden sehr bald die Namen aller in öffentlichen Krankenanstalten tätigen jüdischen Pflegepersonen in der Hand. Wer von ihnen nur vertragsmäßig angestellt war, wurde sofort entlassen. Die definitiv angestellten Pflegepersonen wurden zunächst vom Dienst beurlaubt und ohne Rücksicht auf ihr Alter gegen Ende des Jahres 1938 mit reduzierten Bezügen zwangspensioniert. Bei diesen Pensionierungen berief man sich auf den Paragraf drei der »Verordnung zur Neuordnung des österreichischen Berufsbeamtentums« vom 31. Mai 1938. Alle jüdischen Krankenpflegeschülerinnen mussten die Ausbildung abbrechen. Jüdische Pflegepersonen durften ab sofort nur in jüdischen Anstalten arbeiten. 1939 folgte dann der Ausschluss von Pflegepersonen, die mit einem jüdischen Partner verheiratet waren oder einzelne jüdische Vorfahren hatten.[6]

Systematisch, wenn auch nicht vollständig erfasst werden konnten nach den vorhandenen Quellen die Namen jener Pflegepersonen, die 1938 an den Wiener staatlichen Krankenanstalten tätig waren und durch den Eingriff der Nationalsozialisten ihre Stelle und damit ihren Lebensunterhalt verloren. 50 Namen betroffener Personen sind bekannt, davon 34 aus dem Allgemeinen Krankenhaus, elf aus dem Wilhelminenspital und fünf aus der Rudolfstiftung.[7] Dazu kommen vier Krankenpflegeschülerinnen aus der Schule des Allgemeinen Krankenhauses, zwölf Pflegepersonen aus Anstalten der Gemeinde Wien und drei Krankenpflegerinnen, die bei verschiedenen Krankenkassen tätig waren; zusammen sind dies 69 Personen allein aus öffentlichen Institutionen in Wien. Insgesamt ist die Zahl der Betroffenen sicher höher, denn selbst zu den staatlichen Krankenanstalten sind Akten verschwunden, die in den Indices noch angegeben sind. Privatkrankenhäuser konnten in diese Statistik nicht einbezogen werden. Überhaupt nicht erfassbar ist die Zahl jener Personen, die 1938 in der Hauskrankenpflege tätig oder arbeitslos waren.[8-]

Ebenfalls nicht in diesem Überblick enthalten sind jene jüdischen Pflegepersonen, die beim »Anschluss« im jüdischen Wiener Rothschildspital beschäftigt waren. Sie durften zunächst in der Pflege jüdischer PatientInnen weiterarbeiten, während die »arischen« Pflegepersonen in andere Krankenhäuser versetzt wurden. An ihre Stelle kamen andere Jüdinnen, die ihren Arbeitsplatz verloren oder bisher im Haus-

halt gearbeitet hatten und jetzt im Rothschildspital eine Art pflegerischer Kurzausbildung absolvieren konnten. Die Beschäftigung im jüdischen Krankenhaus oder Altersheim bot ab Kriegsbeginn eine gewisse Sicherheit, nicht deportiert zu werden, allerdings nur in der ersten Zeit.[9] Von den oben genannten 69 Personen waren die meisten zumindest teilweise jüdischen Ursprungs oder mit Juden verheiratet, nur bei sechs oder sieben war die politische Einstellung der Grund der vorzeitigen Pensionierung oder Entlassung. Bis auf vier männliche Pfleger handelte es sich um Frauen.

30 Personen dieser Gruppe finden sich unter den EmigrantInnen – meistens nach Großbritannien– wieder, über die in den nächsten Kapiteln berichtet wird. Anderen dürfte sich die Möglichkeit zur Emigration aber gar nicht geboten haben. Im Allgemeinen hatten sie wenige Kontakte zum Ausland und nicht besonders hohe finanzielle Ressourcen. Ein beträchtlicher Teil der Krankenschwestern war zu dieser Zeit ledig, am Arbeitsplatz wurde ihr ganzer Einsatz verlangt und sie wohnten in vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Wohnungen. »Eine gute Krankenschwester ist besser, wenn sie nicht verheiratet ist« – mit diesen Worten fasste Anfang der 1990er-Jahre in einem Interviewprojekt Schwester M. J. die damals herrschende Auffassung zusammen.[10]

Rudolfinerhaus: Umwandlung in eine Rotkreuzschwesternschaft

Einen Spezialfall bildete die private Wiener Krankenanstalt Rudolfinerhaus, die seit 1882 besteht und deren Träger ein Verein ist. Aufgrund früherer Beziehungen der Institution zum Roten Kreuz wurde nach dem »Anschluss« entschieden, sie in ein Krankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes umzuwandeln. Die Schwesternschaft der »Rudolfinerinnen«, die sich durch ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl auszeichnete und international gut vernetzt war, wurde dadurch zur »DRK-Billrothschwesternschaft«. Die Übergabe brauchte etwas Zeit, die Vereidigung der Schwestern fand erst am 25. Mai 1938 statt. Die bisherige, seit 20 Jahren in dieser Funktion befindliche Oberin Alice Pietzcker (1887–1976) war Schweizerin und verließ Österreich auf Umwegen sofort nach dem »Anschluss«. Ihre provisorische Nachfolgerin wurde Lisbeth Lippert (geb. 1902) und ab Oktober 1938 leitete Alba Alberti (1895–1978) die Schwesternschaft.[11]

Eine Schwester des Rudolfinerhauses, die in den 1990er-Jahren im Rahmen eines internationalen Forschungsprojekts zur Sozialgeschichte der Pflegeberufe interviewt wurde, erzählte, Oberin Alberti habe einigen Schwestern, die vermutlich Jüdinnen waren, zur Emigration nach Großbritannien verholfen.[12] Obwohl dafür im Archiv des Krankenhauses keine direkten Beweise gefunden werden konnten, erscheint es nach allem, was festgestellt werden konnte, nicht unwahrscheinlich.

Einige Schwestern traten aufgrund ihres politischen Hintergrunds 1938 aus dem Rudolfinerhaus aus, wie die folgenden Beispiele zeigen. Isabella (Gräfin) Coronini-Cronberg (1893–1962), 1893 in Wien geboren, trat 1920 ins Rudolfinerhaus ein und erwarb 1923 das Diplom als Krankenpflegerin. Anfang 1938 erkrankte sie an Psittakosis. Nach dem »Anschluss« fuhr sie nach Grado, offiziell zum Zweck der Rehabilitation; in Görz lebten ihre Verwandten. Nach dem Krieg gab sie an, dass sie nach dem Einmarsch der Deutschen in Österreich gezwungen war, das Land zu verlassen, die näheren Umstände dieses Entschlusses sind jedoch nicht bekannt. Im Rudolfinerhaus rechnete man mit ihrer Rückkehr. Isabella Coronini war inzwischen jedoch von den Nationalsozialisten als staatenlos erklärt worden. Der Grund dafür war nach eigener Aussage, dass sie die Annahme des »reichsdeutschen« Passes verweigert hatte.[13] Aus diesem Grund war auch eine Rückkehr nach Österreich sofort nach dem Zweiten Weltkrieg nicht möglich. Erst als sie 1955 ein Reisedokument für Staatenlose nach dem Londoner Abkommen vom 15. 10. 1946 erhielt, übersiedelte sie nach Wien, wo sie als Arztassistentin arbeitete. Im Mai 1956 erhielt sie die österreichische Staatsbürgerschaft wieder. Gegen Ende des Jahres 1957 kehrte sie nach Italien zurück. Am 25. November 1962 starb sie in Rom.[14]

Eine der Schülerinnen des Rudolfinerhauses im Jahr 1938 war Adelheid (Adelaide) Braganca (1912–2012), Infantin von Portugal, die bereits eine Ausbildung als Fürsorgerin absolviert hatte. Ihre anti-nationalsozialistische Haltung war bekannt; der Direktor der Schule, Otto Frisch (1877–1956), soll sie nach dem »Anschluss« zum Austritt aus der Schule veranlasst haben. Im Sommer 1944 wurde sie gemeinsam mit ihrer älteren Schwester Benedikta (1896–1971) von den Nationalsozialisten wegen des Hörens ausländischer Radiosendungen zum Tod verurteilt, jedoch auf Intervention des portugiesischen Ministerpräsidenten Antjnio de

Oliveira Salazar (1889–1970) begnadigt. Unter dem Decknamen »Mafalda«, der im Rudolfinerhaus auch ihr »Schwesternname« gewesen war, schloss sie sich der Widerstandsbewegung O5 an und wurde 1945 neuerdings verhaftet. Im Oktober 1945 heiratete sie in-Wien den holländischen Arzt Nicolaas van Uden (1921–1991). 1949 konnte sie nach Portugal zurückkehren, wo sie im Fürsorgewesen tätig war. Das Ehepaar hatte sechs Kinder. Adelaide Braganca starb 100-jährig im Jahr 2012 in Portugal.[15]

Marianne Sammer (geb. 1903), im Rudolfinerhaus »Schwester Mirjam« genannt, war 1924 ins Rudolfinerhaus eingetreten und trat am 31. Mai 1938 aus. Sie erhielt – was sonst nicht üblich war – ihr Dienstzeugnis zusätzlich in englischer Sprache.[16] Am 27. August 1938 schrieb die Sekretärin des International Council ofNurses(ICN), Lilly Petschnigg (1905–1983) aus London in einem an die Oberin des Rudolfinerhauses gerichteten Brief zu einem ganz anderen Thema unvermittelt den Satz: »Schwester Mirjam arbeitet in einer hiesigen Anstalt und es geht ihr gut.«[17] Eine etwaige jüdische Abstammung konnte in diesem Fall nicht nachgewiesen und über das weitere Schicksal von Marianne Sammer konnten keine Informationen gefunden werden. Mit ihrem jüdischen Mann nach Großbritannien emigriert und dort geblieben ist die Rudolfinerin Josefa Wechsel (geb. 1899), geborene Huemer. Sie war jedoch – vermutlich wegen der geplanten Heirat – bereits 1922 aus dem Rudolfinerhaus ausgetreten. In Großbritannien arbeitete sie bis zu ihrem Tod in der Hauskrankenpflege.[18]

Fußnoten

1 Auf die in diesem Beitrag beschriebenen Ereignisse ist die übliche Differenzierung zwischen Emigration und Flucht nur schwer anwendbar. Einerseits waren die Betroffenen in ihrer Existenz und ihrem Leben bedroht und gezwungen, ihren Besitz zurückzulassen – insofern ist der Ausdruck Flüchtlinge zutreffend, was auch dem subjektiven Empfinden der betroffenen Personen entsprechen dürfte. Andererseits mussten sie sich meist langwierigen bürokratischen Prozeduren und Vorbereitungen unterziehen, um überhaupt ins Ausland gelangen zu können, und waren in diesem Sinn Emigranten. Aus diesem Grund wird hier auf eine Unterscheidung der Begriffe verzichtet.

2 In der Zwischenzeit könnten auch weitere Quellen zugänglich werden, insbesondere z. B. der derzeit noch nicht archivarisch erschlossene Bestand des Wiener Stadt- und Landesarchivs [WStLA], Magistratsabteilung [M.Abt.] 202.A6a, Personalakten 3. Reihe.

3 Zur Datenbank von Prof. Weindling siehe insbesondere: Paul Weindling, Frauen aus medizinischen Berufen als Flüchtlinge in Großbritannien während der 1930er und 1940erJahre, in: Ulrike Lindner/Merith Niehuss (Hg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln–Weimar–Wien: Böhlau 2002, 111–127, 116–117.

4 Wilhelminenspital, Rudolfstiftung, Kaiser Franz-Josefs-Spital, Kaiserin Elisabeth-Spital, Krankenhaus Wieden, Sophienspital und Rochusspital.

5 Otto Glaser (1882–1943), Krankenpflegeschule am Allgemeinen Krankenhaus; Karl Schmidt (1894–1967), Krankenpflegeschule Wilhelminenspital; Arnold Baumgarten (1879–1938), Krankenpflegeschule Lainz.

6 Vgl. Wiener Krankenanstaltenfonds, Verordnung zur Neuordnung des österreichischen Berufsbeamtentums, Österreichisches Staatsarchiv [ÖStA], Archiv der Republik [AdR], Bundesministerium für soziale Verwaltung [BMfsV], Volksgesundheit [VG], Kt. 2340, Akt 52.639/ 38.

7 Vgl. Wr. Krankenanstaltenfonds, Personalveränderungen bei öffentlichen Dienststellen, ebd., Kt. 2338, Akt 29.985/38. – Vereidigung d. Personals, ebd., Akt 42.920/38. – Jüd. Beamte u. Krankenpflegerinnen: Versetzung i. d. dauernden Ruhestand, ebd., Kt. 2339, Akt 40.119/38. – Die Gesamtzahl der weltlichen Pflegepersonen in diesen drei Krankenhäusern betrug ca. 1.200; im Jahr 1936 waren es 1.231 Personen. Vgl. Wr. Krankenanstaltenfonds, systemisierter Personalstand, ebd., Kt. 2230, Akt 23.949/1936.

8 Alles hier Gesagte bezieht sich auf die weltliche Krankenpflege. Die unter dem Sammelbegriff »barmherzige Schwestern« in österreichischen Krankenhäusern tätigen Ordensfrauen – im Jahr 1938 waren es ca. 4.500 gegenüber ca. 3.200 weltlichen Pflegepersonen – sowie die Barmherzigen Brüder wurden fürs erste noch dringend gebraucht. Die NSDAPReichsleitung rechnete aber damit, dass die Orden bereits in den folgenden Jahren aus Mangel an Nachwuchs vielerorts dieses Arbeitsgebiet aufgeben müssten und forcierten u. a. aus diesem Grund die Ausbildung weltlicher Krankenschwestern. Vgl. NSDAP Reichsleitung, Schreiben an den Reichskommissar zur Wiedervereinigung Österreichs mit dem Deutschen Reich vom 22. 10. 1938, Erläuterungen zu Punkt 8 und Aufstellung, ÖStA, AdR, ZNSZ RK Materie 2362.

9 Vgl. Mignon Langnas, Tagebücher und Briefe 1938–1945, Innsbruck–Wien: Haymon 2013, 76–78.

Autorin

MMag.a Dr.in Ilsemarie Walter

Österreichische Pflegewissenschaftlerin und Sozialhistorikerin.Ilsemarie Walter absolvierte zwischen 1965 und 1968 ihre Krankenpflegeausbildung am Rudolfinerhaus in der Billrothstrasse in Wien. Bis zum Jahr 1972 arbeitete sie daselbst als Krankenschwester auf einer chirurgischen Abteilung. Ilsemarie Walter studierte als gelernte Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester Psychologie, Soziologie, Übersetzungswissenschaft und Geschichte. Walter war wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung Pflegeforschung in Wien und des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Johannes Kepler Universität in Linz. Ihre pflegehistorischen Forschungen bezogen sich vor allem auf das 19. und beginnende 20. Jahrhundert. Hier beschäftigte sie sich auch mit der Rolle der Männer in der Pflege, einem über einen längeren Zeitraum hinweg weiblich dominierten Beruf. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeiten von Ilsemarie Walter galt den Interaktionsproblemen innerhalb der Triade „Patient-Arzt-Pflegekraft.“ Ilsemarie Walter ist Mitautorin beim Biographischen Lexikon zur Pflegegeschichte „Who is who in nursing history“ (Horst-Peter Wolff mit Nachfolge Hubert Kolling als Herausgeber).

10 Vgl. Elisabeth Seidl, Berufliches Handeln unter dem Einfluß der Zeitgeschichte, in: Elisabeth Seidl/Hilde Steppe (Hg.), Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950, Wien–München–Bern: Maudrich 1996, 35–80, 51.
11 Vgl. Elisabeth Seidl, »DRK-Billrothschwesternschaft« im Nationalsozialismus. Das Rudolfinerhaus in Wien aus zeitgeschichtlicher Perspektive, in: Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter (Hg.), Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur Historischen Pflegeforschung, Wien–München–Bern: Maudrich 1998, 143–168, 147–151.

12 Zum Projekt vgl.: Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter, Einführung, in: Seidl/Steppe, Zur Sozialgeschichte, 11–17. Es handelt sich um die Interviewpartnerin mit dem Pseudonym M. A. (Nr. 51).

13 Vgl. CoroniniIsabella,Verleihung der Staatsbürgerschaft 9. 5. 1956,WStLA, M.Abt. 116, A84- IV, ZI MA C 14-4/56.

14 Vgl. Personalakt Isabella Coronini, Archiv des Rudolfinerhauses, 1938, Ausgetretene Schwestern, Schülerinnen und Aushilfsschwestern A–H. – Meldeabfrage per E- Mail vom 4. 10. 2016 beim WStLA, Kopie des Auszugs in Besitz der Verfasserin.

15 Vgl. Personalakt Adelheid Braganza, Archiv des Rudolfinerhauses, 1938, Ausgetretene Schwestern, Schülerinnen und Aushilfsschwestern A–H. – Verhandlung gegen Rudolf Hitzler, 141–143, Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstands [DÖW], 20642/ 6. – Gedächtnisprotokoll über die Widerstandsgruppe Otto Arlow, DÖW, 02702. – Korrespondenz über die Ereignisse im Zusammenhang mit dem 20. Juli 1944, DÖW, 21574.

16 Vgl. Personalakt Marianne Sammer, Archiv des Rudolfinerhauses, 1938, Ausgetretene Schwestern, Schülerinnen und Aushilfsschwestern J–Z.
17 Vgl. Personalakt »Hospitantin Josina Burger«, Archiv des Rudolfinerhauses, Ausgetretene Schwestern. Schülerinnen und Aushilfsschwestern A–H. 18 Den Hinweis auf Josefa Wechsel verdanke ich Frau Dr. Christa Sauer, Wien

Ersterschienen bei eLibary

2., überarbeitete Auflage
facultas 2020, 140 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / 19,40 (D) / sFr 24,90
ISBN: 978-3-7089-1945-4

Roswitha Engel

Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege

Einführende Elemente, Methoden und Beispiele

Das vorliegende Buch bietet eine ausführliche wissenschaftstheoretische Darstellung von Beratung, insbesondere Gesundheitsberatung in der Pflege. Neben einer Vielfalt von pflegespezifischen Beratungstypen und -methoden sowie beratungsrelevanten Gesprächstechniken werden Grundhaltungen für eine erfolgreiche Beratungssituation beschrieben. Den Abschluss bilden Beratungsbeispiele, die sowohl Aspekte zur Erhaltung und Gestaltung von Gesundheit („salutogenorientiert") integrieren, als auch das Blickfeld auf pflegerelevante Reaktionen von Krankheiten (pathogen-orientiert) legen.

Erhältlich im Buchhandel sowie unter
facultas.at

facultas

PFLEGEWISSENSCHAFT UND PFLEGEPRAXIS

Barbara Städtler-Mach | Helene Ignatzi (Hg.)
Grauer Markt Pflege
24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte

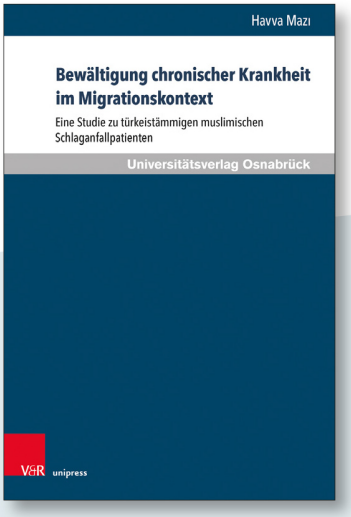
2019. 192 Seiten, mit ca. 14 Abbildungen, kartoniert
€ 23,00 D | € 24,00 A
ISBN 978-3-525-73328-8
Auch als eBook erhältlich

Osteuropäischen Betreuungskräfte wohnen mit im Haushalt der Pflegebedürftigen und übernehmen neben der hauswirtschaftlichen Versorgung häufig pflegerische Tätigkeiten. Vonseiten verantwortlicher Politiker und Vertreterinnen der Sozialverbände wird der „Graue Pflegemarkt" billigend in Kauf genommen. Die ungeregelte Normalität dieser Versorgungsform ist jedoch aus ethischem und sozialstaatlichem Verständnis nicht dauerhaft zu akzeptieren. Dieser Problemsituation geht das Buch nach. Gerahmt werden die einzelnen Perspektiven durch Lebensgeschichten osteuropäischer Betreuungskräfte. lichen Perspektiven durch Geschichten über einzelne osteuropäische Betreuungskräfte, die von ihren Lebens- und Arbeitssituationen erzählen.

Heinrich Merkt | Margrit Schlipf | Friedrich Schweitzer | Albert Biesinger (Hg.)
Ethische und interreligiöse Kompetenzen in der Pflege
Unterrichtsmaterialien für die Pflegeausbildung

2014. 190 Seiten, kartoniert
€ 25,00 D | € 25,80 A
ISBN 978-3-525-70212-3
Auch als eBook erhältlich

Die Unterrichtsmaterialien vermitteln Auszubildenden der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege gezielt diese unverzichtbaren Kompetenzen. So können sie auf die religiösen Prägungen von Pflegenehmenden professionell eingehen. Neun Unterrichtsmodule fördern interreligiöse Kompetenzen im pflegerischen Umgang mit Menschen jeden Lebensalters, sensibilisieren für religiöse Bedürfnisse in vielfältigen Pflegesituationen und vermitteln die Fähigkeit, religiöse Ressourcen für konstruktive Konfliktlösungen im Pflegealltag nutzen zu können. Die Module bieten praktische Lernmaterialien und -methoden für Auszubildende und wichtige inhaltliche und didaktische Hintergrundinformationen für Lehrende.



Havva Mazı
Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext
Eine Studie zu türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten

Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Band 15
2019. 506 Seiten, gebunden
€ 70,00 D | € 72,00 A
ISBN 978-3-8471-1042-2
Auch als eBook erhältlich

Türkeistämmige Muslime machen den größten Anteil an Migranten innerhalb der Bevölkerung in Deutschland aus. Durch die Alterung dieser Bevölkerungsgruppe gewinnen die Themen chronische Krankheit und deren Bewältigung auch für sie zunehmend an Bedeutung. Ähnlich wie bei einheimischen Familien dringen die Auswirkungen einer chronischen Krankheit auch bei Migrantenfamilien in alle Ebenen und Bereiche des Lebens ein. Doch welche Ressourcen stehen diesen Familien bei der Bewältigung der Krankheit zur Verfügung? Wovon hängt der Einsatz dieser Ressourcen ab? Die Autorin analysiert die leitende Logik der Ressourcenauswahl bei türkeistämmigen muslimischen Familien und deren Sinn in Bezug auf ihre Familienstruktur.

Manfred Hülsken-Giesler | Susanne Kreutzer | Nadin Dütthorn (Hg.)
Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege
Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege

Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Band 13
2016. 271 Seiten, mit 17 Abbildungen, gebunden
€ 50,00 D | € 52,00 A
ISBN 978-3-8471-0508-4
Auch als eBook erhältlich

Fallarbeit in der professionellen Pflege muss, blickt man auf die internationalen Bemühungen um eine Professionalisierung des pflegerischen Handelns zurück, als ein altes, betrachtet man jedoch die gegenwärtigen deutschsprachigen Debatten um die Professionalität des Pflegehandelns, auch als ein hoch aktuelles Thema gelten. Der vorliegende Band soll einen Beitrag zur methodologischen und methodischen Debatte über die junge Disziplin Pflegewissenschaft als empirische Wissenschaft liefern. Methoden der rekonstruktiven Fallarbeit werden systematisch und gegenstandsangemessen angewendet und reflektiert, dabei werden die methodologischen Begründung einer rekonstruktiven Fallarbeit auf die Kontexte der klinischen Pflegepraxis, Pflegeforschung und Pflegebildung übertragen.

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage

V&R böhlau

www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

Gewöhnliche Vogelmiere
Stellaria media

So klein und zierlich das Kraut ist, so strotzt es vor Stärke, wächst dankbar vor sich hin und das selbst unter einer Schneedecke. Es steckt voller wichtiger Inhaltsstoffe, die der Körper nach einem langen, kalten Winter benötigt. Aufgrund seiner Robustheit gegen Kälte ist es bis zum Polarkreis verbreitet und selbst die Eiszeiten konnten nach fossilen Funden zu urteilen, dem Kraut ebenfalls recht wenig anhaben.

Als eines der ersten Kräuter nach dem Winter, liefert 150g Vogelmiere den gesamten Tagesbedarf an Eisen, Kalium und Vitamin C. Zusätzlich liefert es uns Magnesium, Calcium und Provitamin A.

Der Einsatz der Vogelmiere reicht von pikanten Suppen oder als Spinatersatz bis hin zum süßen Pesto oder Smoothie - für einen schmackhaften und gesunden Start ins Wildkräuterjahr.

Das Kraut
200 Arten zählt die Vogelmiere, in Europa, Asien, Nordamerika verbreitet, gehörend zu den Nelkengewächsen (Caryophyllaceae), ein ein- oder zweijähriges, 2-40cm hoch rasenbildendes Kraut, das schon sehr früh, meist schon nach der Schneeschmelze in saftigem Grün zu finden ist. Die eiförmigen Blätter im unteren Bereich gestielt, oben sitzend. Der behaarte, runde Stängel, ist an den Gelenken vielfach verwurzelt, was dem Kraut die Ausbreitung ermöglicht.

Die zierlichen sternförmigen Blüten von März bis Oktober, angeordnet in Trugdolden, gaben dem zarten Pflänzchen ihren botanischen Namen Stellaria media oder Sternenkraut – „stélla“ wird mit „Stern“ aus dem Latein übersetzt. Weitere deutsche Namen zeugen von zusätzlichen Eigenschaften des Krautes. Der dünne „Faden“ im Stängel, was ein markantes Merkmal für dieses Kraut ist, sieht einem „Hühnerdarm“ oder „Mäusedarm“ ähnlich, was auch zwei weitere gebräuchliche Namen sind.

Die Vogelmiere bringt in einem Jahr bis zu sechs Generationen hervor. Die Früchte sind längliche Kapseln, die rundliche, rostbraune bis schwarze Samen (ca. 10.000 – 20.000 pro Jahr) enthalten, die für kleinere Vögel, eine reine Delikatesse ist. Daher rühren auch die Namen „Vögelichrut“, und im Englischen: „chickweed“, „starweed“. Selbst Hühner machen vor dem Kraut nicht halt, was dem Kraut den nächsten Namen, „Hühnerabbiss“ gab. Bauern und Bäuerinnen gaben Hühnern zusätzlich Vogelmiere, wenn sie sie nicht eh im Freien bereits abgerupft haben, um eine höhere Eierproduktion zu erhalten. Wer Kanarien- oder Singvögel zu Hause hat, sollte ihnen auch einmal Vogelmiere füttern – angeblich sind auch sie ganz vernarrt in dieses Kraut – manche sagen daher auch Kanarienvogelkraut dazu.

Die Vogelmiere wird als „Archäophyt“ bezeichnet, auf deutsch „alte Pflanze“, da fossile Funde darauf schließen lassen, dass die Neandertaler das Kraut bereits als Vitaminspender genutzt hat.

Im Garten
Nicht nur auf Äckern und in Wäldern ist die Vogelmiere anzutreffen, sondern auch oftmals in unseren Gärten, da sie einen nährstoffreichen Boden liebt, welcher meist in Beeten vorzufinden ist.

Von vielen Bauern oder Gärtnern wird die Vogelmiere als übles Unkraut bezeichnet. Der amerikanische Unkrautexperte Edwin Rolling Spencer schreibt, sie sei eine „Pest“ und er bedauerte, „dass diese Pflanze nicht einen Namen hat, welcher den Hass der Rasenbesitzer zum Ausdruck bringt, deren Rasen von ihr erobert wird“.

Dabei hat sie so viele positive und hilfreiche Eigenschaften: Die Vogelmiere ist ein Stickstoffanzeiger (Nitrophyt) und schützt den Boden vor verschlämmenden Regen und vor austrocknender Sonne als lebende Mulchschicht. So hält sie auch Gemüsepflanzen, wie Tomaten oder Bohnen feucht. Sie zieht nicht nur das Wasser aus der Erde, sondern nimmt es auch aus dem täglichen Tau mit ihren Härchen auf. Dort wo man sie nicht haben möchte, lässt sie sich leicht jäten, da sie keine tiefliegenden Wurzeln bildet. Die Vogelmiere besitzt auch eine gute Resistenz gegen Herbizide. Die Samen sind eine gute Futterquelle für kleine Vögel und die Blüten gut für kurzrüsselige Insekten.

Laut Wolf-Dieter Storl gehört die Vogelmiere zu einem „gesunden und ausgeglichenen“ Garten.

Nutzung
Das Kraut kann das gesamte Jahr gesammelt und genutzt werden. Am besten schneidet man es ab, anstatt es abzureißen, da sonst zu viel Wurzeln ausgerissen werden und Erde mitkommt.

Gesammelt und genutzt wird das oberirdische Kraut, am besten vormittags nach einem trockenen Tag. Das Kraut kann auch getrocknet werden und z.B. auch in pulverisierter Form genutzt werden.

Hauptinhaltsstoffe
Saponine, Cumarine, Flavonoide (u.a. Rutin), Phytosterole, Ascorbinsäure (Vitamin C; 0,1%-1,5%), Vitamin A bildendes Karotin (Provitamin A), Mineralstoffe (Kalium, Kieselsäure), Phosphor, Magnesium, Kupfer.

Inhaltsstoff	Tagesbedarf Erwachsene	100g Vogelmiere	Zusatzinformation
Eisen	10-15 mg	8,4 mg	Frauen haben einen höheren Eisenbedarf als Männer.
Kalium	4000 mg	680 mg	für Muskelkontraktionen, Herzfunktion und die Regulation des Blutdrucks
Calzium	1000 mg	80 mg	baut Knochen und Zähne auf und hält sie stabil
Magnesium	300-400 mg	39 mg	entspannt die Muskeln, verhindert Muskelkrämpfe. reguliert Blutdruck
Vitamin C.	95-110 mg	114 mg	im Vergleich dazu: 53mg bei 100g Orangen
Provitamin A.	0,9-1,1 mg	0,38 mg	Beta-Carotin, woraus der Körper Vitamin A. produziert

Die inneren Werte
Das vor Kraft strotzende Kraut kann den gesamten Tagesbedarf an Eisen, Kalium und Vitamin C abdecken. Zusätzlich liefert es uns Magnesium, Calcium und Provita min A und ist mit dem Geschmack nach jungen Maiskolben ein delikates und wertvolles Wildgemüse.

In der Küche
Die Vogelmiere ist sowohl pikant als auch süß eine herrliche und gesunde Ergänzung in der Küche. In Salaten, Aufstrichen, Smoothies, etc. gibt das Kraut der Komposition noch das erfrischende Etwas.

In der bekannten 9-Kräuter- oder Gründonnerstagssuppe war die Vogelmiere neben Gänseblümchen, Brunnenkresse, Brennnessel und anderen Kräutern vertreten.

Vogelmiere wurde früher als Suppengrün auf Märkten verkauft. Gekocht ist sie auch als Spinatersatz einsetzbar. Auf Bauernmärkten in Nordindien wird eine Vogelmierenart immer noch als Gemüse verkauft.

Vogelmiere-Suppe
Auf ca. 1,5l Gemüsesuppe 2 Bund Vogelmiere dazu geben. Wer es cremig haben möchte, mischt noch Sauerrahm hinzu. Natürlich sind Kräuter, die der Garten oder die Fensterbank hergibt, ebenfalls in Suppen willkommen.

Vogelmiere-Aufstrich
60g klein geschnittene Vogelmiere, 3 hat gekochte Eier, 100g weicher Frischkäse oder Ricotta, 50g Joghurt, Olivenöl, Salz, Pfeffer. Alle Zutaten mischen und schmecken lassen.

Wildkräuter-Smoothie
2 Handvoll Wildkräuter und -blüten nach Saison – z.B. Vogelmiere, Löwenzahn, Gundelrebe, Spitzwegerich, Brennnessel, 1 Apfel, 1 Glas Wasser, etwas Honig, eine halbe Handvoll Nüsse nach Wahl (z.B. Walnüsse, Leinsamen). Gut mixen und die volle Power genießen. Je nach Geschmack und verfügbaren Zutaten kann hier vielfältigst variiert werden – z.B. mit Zitronensaft, Ingwer, Kurkuma (eine Prise Pfeffer nicht vergessen, damit es auf vom Körper aufgenommen werden kann), Bananen, Beeren u.v.m. Hier sind der Phantasie kaum Grenzen gesetzt, solange es schmeckt.

Auch hervorragende süße Speisen lassen sich mit Vogelmiere zubereiten.

Süßes Vogelmiere-Pesto
Zutaten: Vogelmiere (ca. 2 Handvoll), 1 EL Walnüsse (o. ä.), Saft einer Zitrone, 2 EL Honig, 2 EL Öl

Zubereitung: Alle Zutaten pürieren und abschmecken

Das Vogelmierepesto mit z.B. Joghurt-Topfen-Creme anrichten. Wenn gewünscht, passt noch ein Beerenkompott und / oder Kräuterblüten dazu geben.

Passende Kräuter in Kombination oder stattdessen sind auch weite-

re Kräuter möglich: Zitronenmelisse, Minze, Lavendel, Veilchen, Gänseblümchen, …

Vogelmiere-Püree auf Vanilleeis
Hier kann das Vogelmiere-Pesto oder ein einfaches Vogelmiere-Püree auf Vanilleeis angerichtet werden. Die Gäste werden begeistert sein.

Tipp: auch passend als Deko, Geschmacksexplosion bei vielen weiteren süßen Speisen (z.B. Palatschinken, Torten, Apfelmus, …) oder einfach in ein simples Joghurt bringen Vielfalt in die Küche.

Vogelmiere-Kuchen
Der grüne Kuchen ist sicherlich beim nächsten St. Patrick‘s Day die passende Nachspeise.

Zutaten: 5 Eier, 200g Rohrzucker, 220g Vollkornmehl, Zitronenschale, 125ml Öl, 125ml Wasser, 1Pk Backpulver, 2 Handvoll Vogelmiere, Öl und Mehl zum Ausstreichen der Form.

Die Vogelmiere mit ca. 10ml Wasser und einem Spritzer Zitronensaft, um die frische Farbe zu erhalten, pürieren. Die Eier trennen und den Schnee steif schlagen. Die Eidotter mit dem Zucker schaumig rühren. In die Eidottermasse langsam das Öl und Wasser dazu geben. Abwechselnd Schnee und Mehl-Backpulver-Mischung unterheben. Die Masse halbieren und eine Hälfte mit dem Vogelmiere-Püree und einem Esslöffel Mehl vermischen. Abwechselnd die Masse in eine eingefettete und bemehlte Form füllen. Bei 180 Grad 40 min backen.

Kosmetik
Vogelmiere kann auch in der Kosmetik als erfrischende Beigabe zu Shampoos oder Cremes genutzt werden.

Vogelmiere Salbe I
Zutaten: 1 Handvoll Vogelmiere, 30ml Olivenöl, 2g Bienenwachs.

Zubereitung: Vogelmiere klein schneiden und im erwärmten Olivenöl (ca. 70 Grad) 20 Minuten ziehen lassen. Die Kräuter abseihen. Das Bienenwachs zum Öl hinzufügen und in einem Wasserbad schmelzen lassen. In noch flüssigem Zustand abfüllen. Kühl und dunkel lagern.

Die Salbe ist ca. 1 Monat haltbar.

Anwendung: Durch ihre kühlende, abschwellende und kraftspendende Wirkung wird Vogelmiere Salbe gerne bei Rheuma, Wunden, Entzündungen, Ausschlägen und anderen Hautirritationen eingesetzt.

Vogelmiere Salbe II
Zutaten: 1 Handvoll Vogelmiere (alternativ Ehrenpreis, Brennnessel, Gundelrebe, ...), 50g Öl, 5g Bienenwachs, 50g Milch

Zubereitung: klein geschnittene Kräuter in das Öl geben und in einem Wasserbad erwärmen. Die Mischung ca. 30 Minuten bei siedendem Wasser ziehen lassen und die Kräuter danach abseihen. Im Anschluss Bienenwachs in das Öl geben und nochmals erwärmen bis das Wachs geschmolzen ist. Die Milch erwärmen und mit einem Pürierstab einarbeiten. Die Creme in Dosen füllen und abkühlen lassen und im Kühlschrank lagern.

Die Salbe ist 1-2 Wochen im Kühlschrank haltbar.

Anwendung: täglich auftragen und hat den gleichen Anwendungsbereich wie die Salbe I.
Die Milch wirkt zusätzlich feuchtigkeitsspendend, schützend und beruhigend. Die Milchsäure reguliert den pH-Wert der Haut, die Enzyme regen die Zellbildung an und die Proteine bilden eine Schutzschicht, die die Haut vor Austrocknen bewahrt. Um mikrobielle Verunreinigung zu vermeiden, wird empfohlen, die Creme alle 1-2 Wochen neu anzurühren. Aufgrund dessen ist aber auch der Vorteil, dass bei den Kräutern je nach Saison und Hautbedürfnis variiert werden kann.

Deko
Die Vogelmiere enthält viel Chlorophyll, weswegen sie auch für die Gewinnung von Pflanzenfarben genutzt – aus ihr wird hellgrün gewonnen und zum Stofffärben verwendet.

Der Saft eignet sich aber auch perfekt zum Einfärben von Nudeln, Risotto, Kartoffel-Gnocchi, grünes Eis oder grünen Cocktails – ein perfekter Farbtupfer für den herannahenden St. Patrick‘s Day am 17. März.

In der Volksheilkunde
Einige Eigenschaften, die den Hauptinhaltsstoffen, neben den seltenen Elementen und Mineralsalzen der Vogelmiere zugeschrieben werden, sind: juckreizlindernd,

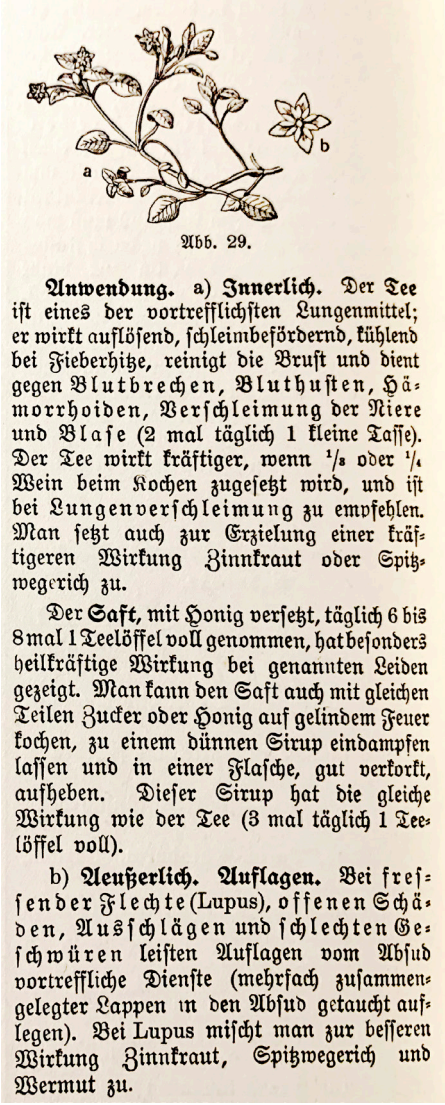


Abb. 29.

Anwendung. a) **Innerlich.** Der Tee ist eines der vortrefflichsten Lungenmittel; er wirkt auflösend, schleimbefördernd, kühlend bei Fieberhitze, reinigt die Brust und dient gegen Blutbrechen, Bluthusten, Hämorrhoiden, Verschleimung der Niere und Blase (2 mal täglich 1 kleine Tasse). Der Tee wirkt kräftiger, wenn 1/8 oder 1/4 Wein beim Kochen zugesetzt wird, und ist bei Lungenverschleimung zu empfehlen. Man setzt auch zur Erzielung einer kräftigeren Wirkung Zinnkraut oder Spitzwegerich zu.

Der **Saft**, mit Honig versetzt, täglich 6 bis 8 mal 1 Teelöffel voll genommen, hat besonders heilkräftige Wirkung bei genannten Leiden gezeigt. Man kann den Saft auch mit gleichen Teilen Zucker oder Honig auf gelindem Feuer kochen, zu einem dünnen Sirup eindampfen lassen und in einer Flasche, gut verkorkt, aufheben. Dieser Sirup hat die gleiche Wirkung wie der Tee (3 mal täglich 1 Teelöffel voll).

b) **Aeußerlich. Auflagen.** Bei fressender Flechte (Lupus), offenen Schäden, Ausschlägen und schlechten Geschwüren leisten Auflagen vom Absud vortreffliche Dienste (mehrfach zusammengelegter Lappen in den Absud getaucht auflegen). Bei Lupus mischt man zur besseren Wirkung Zinnkraut, Spitzwegerich und Wermut zu.

wundheilend, adstringierend, schleimlösend, blutstillend, harntreibend.

In der Volksheilkunde wird die Vogelmiere bei Bronchialkatarrhen, Lungenerkrankungen und äußerlich in Form von Breiumschlägen bei Ekzemen, Psoriasis, Hämorrhoiden. Auch gegen Rheuma und Gicht wird es eingeriebener Weise genutzt.

Zudem soll Vogelmiere mit Kamille in Olivenöl gekocht als Umschlag bei Flatulenz und Krämpfen bei Kindern Linderung bringen. Gute Effekte bei Atemwegs- und Hauterkrankungen werden jeweils Kombinationen mit Spitzwegerich und Ackerschachtelhalm zugeschrieben, was aufgrund der enthaltenen Saponine ist. Saponine sind Seifenstoffe, die im Körper vor allem auf die Schleimhäute wirken, somit schleimlösend, verdauungsfördernd, harntreibend.

Interessanterweise ist die Vogelmiere in der Antike nicht anzutreffen, obwohl sie nachweislich in der Steinzeit bereits genutzt wurde.

Erst wieder Hieronymus Bock (1498-1554) schreibt von der als „Hühnerdarm“ oder Hühnerserb“ bezeichneten Pflanze: „…soll eigentlich den jungen Kindern in grosser Hitz und Schwachheit eigeben werden / dann es leschet nicht allein den inneren Brandt / sondern es verhindert und wehret auch den zufallenden Krankheiten / Spasmi genandt / oder Gegichten“

Auch von Leonhart Fuchs (1501-1566) wird die Pflanze als Wundkraut und gegen Fieber empfohlen. Den Pflanzensaft beschrieb er als äußerlich gegen Augenentzündungen.

Der englische Arzt Nicholas Culpeper (1616–1654) empfahl die Vogelmiere bei Ausschlägen und Hauterkrankungen.

Kräuterpfarrer Sebastian Kneipp (1821-1897) verwendete die Pflanze bei Atemwegserkrankungen und billigte ihr eine deutliche Wirkung auf die Lunge zu: „Man kann Hühnerdarm recht passend ein Lungenkraut im eigentlichen Sinne nennen, weil es auflösend und schleimlösend wirkt und auch bei Blutbrechen und Bluthusten sowie bei Hämorrhoiden, bei Nieren und Blasenverschleimung sehr gute Dienste leistet.“

Sogar Indianer nutzten die Vogelmiere bei Hautinfektionen, Schwellungen und Leberschäden als Umschlag aus zerstampften Blättern und Tee für die Behandlung von Bindehautentzündungen und Gerstenkörnern.

Bei zu schwacher oder zu späten Menstruation soll Vogelmiere ebenfalls hilfreich sein – daher jedoch Vorsicht in der Schwangerschaft. Wiederrum beim Stillen kann das Kraut unterstützend genommen werden.

In einem Wechseljahrestee bei Unruhe, Schlafstörungen oder Reizbarkeit ist Vogelmiere ebenfalls vertreten:

3 Teile Vogelmiere
3 Teile Passionsblume
2 Teile Schafgarbe
2 Teile Hirtentäschel
1 Teil Zitronenmelisse
2 TL auf 1 Tasse heißem (nicht kochendem) Wasser, 7 Minuten ziehen lassen; 3x täglich 1-3 Tassen

Gottfried Hochgruber empfiehlt bei Wachstumsschmerzen bei Jugendlichen 4-5 Tage 2 TL tgl. getrocknete und pulverisierte Vogelmiere und vorbeugend 1 TL alle 2-3 Tage einzunehmen. Das Pulver kann in Joghurt vermischt werden. In diversen sozialen Medien von Eltern von betroffenen Kindern war zu erlesen, dass dies auch mit Erfolg angewandt wurde.

innerlich
Tee (2 TL vom Kraut mit heißem Wasser übergießen, 10min ziehen lassen, 2x tgl. eine Tasse trinken), Smoothies, Presssaft.

Vogelmiere gehört zu jenen blutreinigenden und mineralreichen Grünpflanzen, die in keiner Frühjahrskur mit Löwenzahn und

Brennnessel fehlen sollte.

äußerlich
Breiige Umschläge mit Vogelmiere werden bei Gicht, Rheuma, Ekzemen, Hämorrhoiden, Augenentzündungen empfohlen.

In der TCM
Das zierliche Kraut wird in der TCM als leicht süß, salzig, kühl beschrieben und den Organen Herz, Lunge, Magen, Dickdarm zugeordnet.

Die Vogelmiere klärt Hitze, stärkt das Magen-, Herz- und Lungen Yin, ist entzündungshemmend, „blutnährend“ und harntreibend. Es klärt die Hitze der Haut und wirkt bei trockener Hitze im Dickdarm.

Homöopathie
Stellaria media D2 aus der frischen Pflanze bei Leberbeschwerden und Gelenksrheumatismus

Mystisches & Sagenumwobenes
Im Volksglauben ist beschrieben, wenn man die Vogelmiere an Johanni-Mittag während des 12-Uhr-Läutens an allen vier Ecken des Hauses ausjäte, könne man sie gänzlich ausrotten.

Eine Vogelmiere-Salbe soll früher nicht nur für entzündete Haut geholfen haben, sondern auch bei vom Teufel besessene Personen.

Brauchtum
Die Pflanze galt als Indikator für das Wetter, da sie ihre Blüten gegen 9 Uhr nur öffnet, wenn gutes Wetter zu erwarten ist - bei herannahenden Regen bleiben die Blüten geschlossen.

In der Pflanzensignatur steht die Vogelmiere, als zerbrechliche, liebliche Pflanze, für Vitalität mit einem ausgeprägtem Durchsetzungsvermögen.

Quellen:
Heilkräuter und Zauberpflanzen, Wolf-Dieter Storl, Knaur Verlag (ISBN: 978-3426873243), April 2007

Kräuter nutzen leicht gemacht: Für Küche, Gesundheit und Wohlbefinden, Priska Weger, Folio Verlag (ISBN: 978-3852567464), 1. Auflage, 2018

Die Kräuter in meinem Garten, Siegried Hirsch & Felix Grünberger, A&M (ISBN: 3-902509-22-8), 2006

https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/

Die Kraft der Kräuter nutzen - 350 Rezepte und Tipps für Wohlbefinden, Schönheit, Küche, Haus und Garten, Irene Hager, Alice Hönigschmid, Astrid Schönweger, Löwenzahn Verlag (ISBN: 978-3-7066-2562-3), 2016

Handbuch der Heilpflanzenkunde, A. Dinand, J.F. Schreiber Verlag Eßlingen am Neckar und München, 1921, 3. Auflage

Gemeinnütziges Kräuterbuch, Ferdinand Siegmund, Hartlebens Verlag, 1874

Enzyklopädie essbare Wildpflanzen. 2000 Pflanzen Mitteleuropas. Bestimmung, Sammeltipps, Inhaltsstoffe, Heilwirkung, Verwendung in der Küche, Steffen Guido Fleischhauer, Jürgen Guthmann, Roland Spiegelberger, AT Verlag, (ISBN: 978-3038007524), 2013

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

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

Praxis-Lehrbuch Heilpflanzenkunde: Grundlagen - Anwendung – Therapie, Ursel Bühring, Karl F. Haug Verlag (ISBN: 978-3830477495), 4. Auflage, 2014

Autorin & Links

www.gartenstrawanzerin.at

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

(C) Bernd Nawrata

Ein Pflegeexperte als Seenotretter

Oktober 2019. Die Türkei hat mit einer Militäraktion gegen die Kurden eine Region erneut destabilisiert, die nach jahrelangem Krieg gerade anfing zur Ruhe zu kommen. Wieder müssen sich Menschen aufmachen ihr Leben und das ihrer Kinder zu retten, darauf hoffend irgendwo eine Zukunft zu finden. Übers Mittelmeer machen sich weiterhin Tag für Tag Menschen in kleinen unsicheren Schlauchbooten auf nach Europa, um dem Elend, Krieg oder der Verfolgung in ihren Heimatländern zu entfliehen. Woche für Woche kentern Boote mit Flüchtlingen, ertrinken Männer, Frauen und Kinder im Mittelmeer. Wird bei der nachträglichen Suche nach den Opfern am Meeresboden eine tote junge Frau gefunden, die ihr ertrunkenes Kleinkind schützend umarmt, wie dies Ende Oktober 2019 der Fall war, jault die Welt an den Bildschirmen kurz auf. Doch am nächsten Tag ist auch diese Frau und ihr Kind wieder vergessen. Die Menschen Europas scheinen sich an das tägliche Leid an ihren Außengrenzen längst gewöhnt zu haben.

Alle? Nein, nicht alle. Es gibt Menschen, denen das Sterben im Mittelmeer Anlass ist, ehrenamtlich als Seenotretter tätig zu werden. Sie hoffen kenternde Boote rechtzeitig ausfindig zu machen, um vom Ertrinken bedrohte Menschen zu retten. Für dieses Engagement werden sie von den einen gefeiert, von anderen aber auch gehasst.

Was aber treibt einen Menschen an, sich als Seenotretter zu engagieren? Warum wird man Seenotretter? Antworten auf diese und weitere Fragen gibt uns Bernd Nawrata, 54 Jahre alt, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und Unternehmer aus Mistelbach/Österreich. Im Sommer 2019 war er 21 Tage lang mit der NGO „Mis-

sion LIFELINE“ im Mittelmeer unterwegs.

Warum ich Seenotretter bin? Weil ich es kann und weil ich Humanist bin.

Herr Nawrata, Sie waren vor einiger Zeit an einer Mission im Mittelmeer beteiligt. Können Sie in kurzen Sätzen diese Mission und ihre Ziele erklären?

Ich war Kapitän der „Sebastian K.“ und damit Mitglied der NGO „Mission LIFELINE“, die sehr erfahren ist in der Seenotrettung. Unsere Aktion nannte sich „Yachtfleet“, unser Ziel war einerseits im Mittelmeer zu demonstrieren und andererseits Menschenleben zu retten. Für mich persönlich und auch die anderen Crew-Mitglieder stand die Seenotrettung im Vordergrund.

Wer steckte hinter dieser Mission? Und wer waren die TeilnehmerInnen?

Die NGO „Mission LIFELINE“ hat sich 2016 der Seenotrettung verpflichtet. 2018 wurde ihr Schiff LIFELINE in Malta beschlagnahmt. Nun wollte die NGO mit zwei, speziell dafür adaptierten, Segelyachten kontern.

An der Yachtfleet teilgenommen haben Menschen aus Deutschland, Österreich, Schweiz, Griechenland, Portugal, Italien und Syrien. Sie kamen aus unterschiedlichen Berufen, da war beispielsweise eine Politikwissenschaftlerin, die bei der UNHCR arbeitet dabei, ein Ausbildner der Schweizer Armee, ein Fotograf, ein Künstler, ein Filmemacher, da waren Notärzte, Pressearbeiter und IT-Techniker. Die Sprache während unserer Mission war Englisch.

Warum haben Sie an dieser Mission teilgenommen? Was war Ihre Motivation?

Weil ich es kann und weil ich Humanist bin. Ich segle seit 2001 Langstreckenregatten. Ich weiß, wie es in der Nacht draußen auf See sein kann. Deshalb ist für mich auch das Unvorstellbare vorstellbar, nämlich wie 100 zusammengedrängte Menschen auf einem Gummiboot (Rubberboot) sich fühlen müssen, die nicht schwimmen können und die merken, dass die Luft im Boot immer weniger wird. 2015 ging das Bild des zweijährigen syrischen Jungen Alan Kurdi um die Welt, dessen Leichnam an der türkischen Mittelmeerküste angeschwemmt wurde. Das ist meine Motivation.

Ich bin außerdem ein sehr erfahrener Skipper, habe Know-how in Teamführung, Krankenpflege und Notfall, und ich verfüge über eine psychotherapeutische Ausbildung, kann also Menschen in Krisen gut begleiten. Außerdem: Als Selbständiger verfüge ich über ausreichend Zeit und Flexibilität.

Ursprünglich wollte ich im Sommer 2019 in einem Team die ORC-Segel-Weltmeisterschaft fahren. Doch dann habe ich mich anders entschieden.

Seenotrettung statt Segel-WM

Wie haben Sie sich auf Ihren Einsatz vorbereitet?

Sport fördert nicht nur das körperliche Durchhaltevermögen, sondern auch die Resilienz! Außerdem habe ich mein Wissen um das Thema Posttraumatische Belastungsstörung und Notfallpsychologie aufgefrischt. Vorab haben wir einen 81-seitigen „operation plan“ erhalten, den ich oft studiert habe.

Als Skipper der „Sebastian K“ war es mir vor allem wichtig die SOP´s (standard operating procedures) genau zu kennen.

Wie ist die Mission verlaufen?

Grundsätzlich gut. Es gab eine Vorbereitungsphase von sieben Tagen, danach waren wir zehn Tage im Einsatz am Mittelmeer und danach gab es vier Tage zur Nachbereitung.

In der Vorbereitungsphase wurde das Schiff umgebaut und daran Reparaturen vorgenommen. Außerdem standen auf dem Plan Sicherheitsbriefings, Segeltraining, verschiedene technische Trainings, Erste-Hilfe-Training, ein notfallpsychologisches Briefing und Einsatzbesprechungen, etwa eine tägliche Morgenrunde, um die Einsatzbereitschaft abzugleichen.

Danach waren wir 10 Tage am Mittelmeer. Zuerst nach Lampedusa, dort haben wir nochmals unsere Vorräte aufgefüllt. Um 23.00 Uhr bekamen wir plötzlich Besuch von den „Pilotes Volontaires“, das ist eine NGO, die mit Flugzeugen übers Mittelmeer fliegt und versucht Boote mit Flüchtenden ausfindig zu machen. Einer dieser Piloten erzähle uns, dass sie sechs Boote gesehen hätten, davon wären vier Boote von den Libyern zurückgebracht worden, bei zwei Booten hätte sich aber die Spur verloren. Dieses Bild hat sich in meinem Kopf eingebrannt. Man muss sich vorstellen: 19.000 Tote - Kinder, Frauen und Männer - sind seit 2014 im Mittelmeer ertrunken. Diese beiden Boote nicht gerechnet, sie verschwinden einfach.

Wir waren dann während der Mission insgesamt an zwei Suchaktionen beteiligt. „80 Personen auf einem blauen Rubberboot, kein funktionierender Motor, kaum Schwimmwesten“ kam da plötzlich über Funk und Mail rein. Unsere Kursberechnung ergab, dass sie 8 Stunden entfernt sind. Wir machten uns trotzdem auf den Weg. Doch zum Glück gelang es den Menschen den Motor wieder in Gang zu bringen, sie haben Lampedusa eigenständig erreicht. Ähnlich verlief auch der zweite Einsatz.

Keiner von uns hatte einen Rückflug gebucht

Man ist da schon immer unter Anspannung. Im Falle von Seenotrettung nähert man sich mit der Yacht nicht dem Rubberboot. Die Gefahr, dass Menschen dann einfach ins Wasser springen weil sie rüber wollen, ist einfach zu groß. Die meisten können nicht schwimmen, es dauert durchschnittlich 30-60 Sekunden bis sie ertrinken. Den Erstkontakt macht man deshalb mit einem Schlauchboot, während sich die Yacht rund 800 Meter entfernt aufhält. Die Annährung und Kontaktaufnahme erfolgt nach strengen Standards. Zuerst werden Schwimmwesten verteilt, dann Wasser und danach werden die Menschen nach und nach von den Rubberbooten geborgen.

Immer begleitet hat uns auch die Frage, was mit uns passiert, sollten wir tatsächlich Menschen retten? Carola Rackete von der Seawatch 3 hat drei Tage vor uns abgelegt. Wie es ihr erging, ist bekannt. Von uns hatte auf alle Fälle niemand einen Rückflug gebucht.

Nach unserem Einsatz ging es noch vier Tage um den Rückbau der Schiffe, um Einsatz-Debriefing, Notfallpsychologisches Debriefing. Und dann folgte die Verabschiedung von der Crew. Die

Verabschiedung von der Crew und der Mission wird mir immer in Erinnerung bleiben.

Was nehmen Sie aus dieser Mission mit?

Ein ausgesprochen positives Gefühl. Das Verlassen der Komfortzone potenziert Wissen und Erfahrung.

Seenotrettung ist in aller Munde. Ihr Statement dazu?

Wesentlich ist aus meiner Sicht in Diskussionen von den Vermischungen der Themen wegzukommen, es gibt vier große Themenbereiche:

1. Die Verhinderung von Fluchtgründen, hier versagt die Politik kläglich.
2. Die Seenotrettung selbst, hier behindert die Politik die aktive Arbeit mehrerer NGOs und hat ihrerseits die Seenotrettung eingestellt.
3. Integration der Menschen, die wir im Land haben (und nicht Abschieben von Menschen in Krisenregionen mitten unter der Lehre).
4. Es gibt keine Pull Faktoren, also die Behauptung Menschen machen sich deswegen auf den Weg, weil sie von NGOs gerettet werden. Das ist wissenschaftlich widerlegt.

Wie geht's weiter? Werden Sie noch einmal bei einer Aktion dieser Art oder bei Seenotrettung mitmachen?

Natürlich bin ich wieder dabei! Gerade habe ich am „Langen Tag der Flucht", das ist eine UNHCR Veranstaltung für Menschen ab 14, in Linz über LIFELINE und Seenotrettung referiert. 2020 plane ich an zwei Missionen teilzunehmen.

Weiterführende Informationen:

Bernd Nawrata, ist DGKP und MAS, er arbeitet seit 1994 selbständig als Pflegeberater / Seminarleiter und Unternehmer im Gesundheitswesen. Sein Spezialgebiet ist Demenz und psych. Verhaltensauffälligkeiten. Mehr unter carecomponents.atund www.pflege-daheim.at

Mehr Infos zur NGO Mission Lifeline unter https://mission-lifeline.de/

Das Interview führte Sonja Schiff, MA. Altenpflegexpertin, Alternswissenschaftlerin, Bloggerin. Mehr unter careconsulting.at

imc | FH KREMS

"Kremsgenial studieren heißt, mich mit Zukunftsthemen im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen, um später als aktive Mitgestalterin tätig zu werden."

Katharina, Studierende

CHECK IN
www.fh-krems.ac.at

Master-Studium

Angewandte Gesundheitswissenschaften

Transforming innovations in health care

Diversität, Kultur, Nachhaltigkeit, Ethik und anwendungsorientierte Forschung – das ist die Basis unseres berufsbegleitenden Master-Studiengangs. Das Studium bereitet Sie auf operative und strategische Aufgaben in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern im Gesundheitswesen vor.

Bewerben Sie sich jetzt noch bis **31. März** und starten Sie im Herbst voll durch.