Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Herbst 2020

29. / 30. April 2021

Konferenz | Wien

businesscircle.at/pflege

BUSINESS circle

Österreichs exklusiver Treffpunkt für Führungskräfte der Akut-, Langzeit- und mobilen Pflege

Pflege-Management Forum 2021

- Bildung und Berufspolitik: nationale und internationale Strategien
- Robotik und virtuelle Realität in der Pflege
- Generationen & Pandemie: Neueste Forschungsstudien und die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Moderation: Markus Golla, IMC FH Krems

BILDUNG & MANAGEMENT

05 Online studieren, um Krankenpfleger*in zu werden
Anne Kokko RN, MNSc
Kirsi Leinonen RN, MNSc

09 Virtual 3 D Classroom/Akademie ein Zukunftsmodell
Dr.in Pia Wieteck

15 Digitalisierung und Technisierung in der Pflege
Prof.in Dr.in Inge Eberl, MscN, BScN

21 Einsatz von Informationsfilmen und Internetportalen in der pflegebezogenen Patientenedukation
Prof.in Dr.in Tanja Segmüller
Martin Schieron

23 Corona – eine Chance zur Professionalisierung der Altenpflege durch Digitalisierung
Prof. Dr. Paul Brandl

27 Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Pflegeberufen in Österreich
Alice Edtmayer, BScN, MSc

GESUNDHEITSPOLITIK

33 Pflege Task Force Österreich 5 Fragen an BM Rudolf Anschober
Markus Golla, BScN, MScN

PFLEGEGESCHICHTE

35 Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 3
Dr.in Ilsemarie Walter

41 Überblick über die jüdische Pflegegeschichte in Deutschland
Lena Wache

43 Historische Pflegeforschung in einem historischen Hochschulsemester
Dr.in Anja Katharina Peters
Franz Dürfeld
Juana Gonzáles Fresnedo
Michelle Krenn

FACHWISSEN

57 Therapeutic Touch – Ein Führungsinstrument zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegeheim „VON der Pflege FÜR die Pflege“
Daniela Stiendl

61 Flatten the next curve - Pflegerische Interventionen zur Prävention psychischer Folgestörungen nach kritischer Erkrankung im Zusammenhang mit COVID-19
Marvin Kaiser BA
Jacqueline Rixe MSc BA
Prof. Dr Pascal Wabnitz

69 Unabsehbare längerfristige Covid 19 Auswirkungen auf psychisch erkrankte Menschen
Dipl. Pflegewirtin Doz.in Hilde Schädle Deininger
Christoph Müller

79 Psychische Gesundheit in der Coronakrise
Mona Jolanda Maria Dittrich BA
Prof. Dr. Markus Witzmann

85 Patientenbefragung: Mobilität, Sturzprophylaxe und beginnende Bettlägerigkeit
Elisabeth Glaser

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

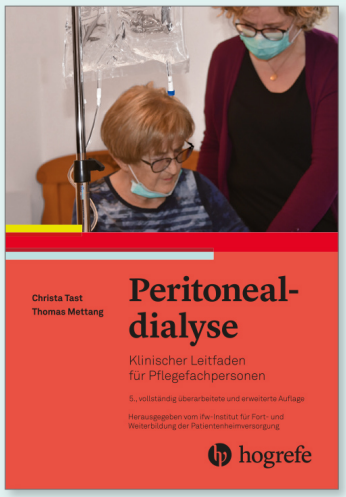
Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) M.Dörr & M.Frommherz
(C) 2020 Markus Golla, BScN, MScN

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

Neues aus der Pflege



Christa Tast / Thomas Mettang / ifw-Institut für Fort- und Weiterbildung (Hrsg.)

Peritoneal-dialyse

Klinischer Leitfaden für Pflegekräfte

5., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2020. 176 S., 38 Abb., 8 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-86042-8
Auch als eBook erhältlich

Wie können Pflegende Menschen mit einer Peritonealdialyse wirkungsvoll und sicher anleiten, unterstützen und ermutigen? Das Praxishandbuch vermittelt dazu notwendiges Wissen und Können auf anschauliche, aktuelle und verständliche Weise.

Olivia Dibelius / Gudrun Piechotta-Henze (Hrsg.)

Menschen-rechtsbasierte Pflege

Plädoyer für die Achtung und Anwendung von Menschen-rechten in der Pflege

2020. 288 S., 6 Abb., 2 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.50
ISBN 978-3-456-85913-2
Auch als eBook erhältlich

Wie kann man Menschenrechte in der Pflege achten und anwenden? Das Fachbuch zur menschenrechtsbasierten Pflege analysiert, welche Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten in Menschenrechten für die pflegerische Praxis liegen.

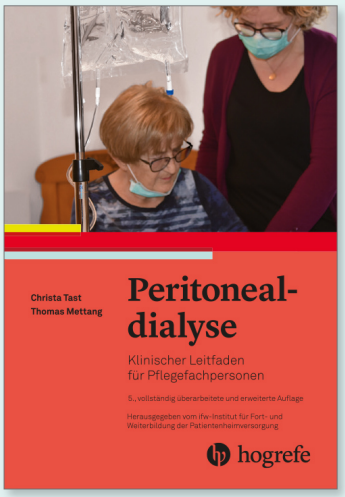
Stephan Kostrzewa

Menschen mit geistiger Behinderung palliativ pflegen und begleiten

Palliative Care und geistige Behinderung

2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2020. 408 S., 14 Abb., 50 Tab., Kt
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85954-5
Auch als eBook erhältlich

Das Praxisbuch führt in die Welt der Palliative Care für Menschen mit einer geistigen Behinderung ein. In der zweiten Auflage zeigt der Autor, wie das neue Hospiz- und Palliativgesetz umgesetzt wird und man besser mit dem Hausarzt zusammenzuarbeitet.



Phil Barker / Poppy Buchanan-Barker

Das Gezeiten-Modell

Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege

2., überarb. u. erw. Aufl. 2020.
Etwa 240 S., 6 Abb., 6 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-86034-3
Auch als eBook erhältlich

Das Gezeitenmodell von Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker umschreibt die recovery-orientierte psychiatrische Dienstleistung, dessen primärer Ausgangspunkt die menschliche Erfahrung psychischer Erschütterungen ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Es ist alles anders“ *Wir haben uns das Jahr der Pflege komplett anders vorgestellt. Es hätte mit großen Kongressen und Symposien zelebriert gehört. Wir hätten global unsere Forderungen gestellt und vielleicht hätte es bei dem einen oder anderen in diesem Rahmen ein Umdenken gegeben.*

„Es ist alles anders“ *Wir wollten in dieser Ausgabe einen kleinen Artikel über sexuelle Belästigung in der Pflege schreiben und haben hierfür in den sozialen Medien aufgefordert, uns Geschichten zu schicken. Es kam eine Menge Einsendungen und so entschlossen wir uns eine eigene Sonderausgabe über „Sexuelle Belästigung & Sexualität in der Pflege“ zu generieren.*

„Es ist alles anders“ *Die Pandemie hat uns global überrollt und voller Begeisterung klatschten die Menschen auf den Balkonen für unseren Beruf. Doch kaum war die erste Welle vorbei, verstummte auch dieser Zuruf und es bleibt bei vielen von uns ein fahler Nachgeschmack.*

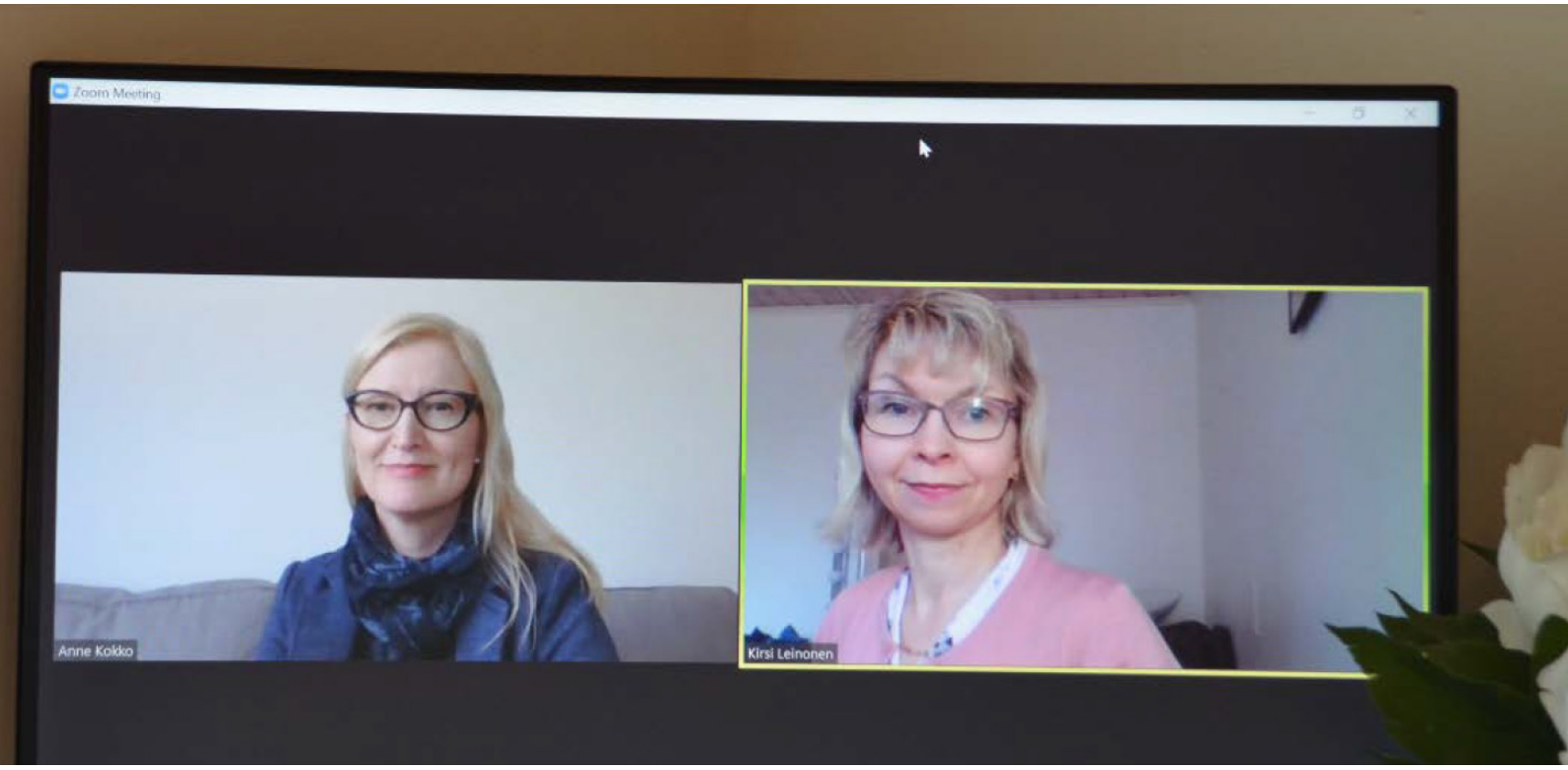
„Es ist alles anders“ *könnte man sich nun weinerlich gegenseitig auf die Schulter klopfen, aber vielleicht ist es genau richtig. Wir halten wieder inne und haben in der ersten Welle in vielen Bereichen die Notbremse gezogen. Vielleicht der eine oder andere auch nur privat oder im Konsumverhalten. Viele Menschen wurden aber auch entschleunigt und stellten fest, dass ihr bisheriges Leben nicht erfüllend war. Die Sonderausgabe, sie erscheint in wenigen Wochen, zeigt uns, dass es hier ein Tabuthema gibt, dass nicht wirklich behandelt wurde und an die Öffentlichkeit gehört. Zu guter Letzt das „Applausthema“. Vielleicht waren wir einfach nicht laut genug. Vielleicht liegt es an unserer Uneinigkeit. Liest man in den sozialen Medien in diversen Gruppen der Pflege, so findet man hier eine Front die sich gegenseitig fertig macht und dies seit Jahresbeginn mehr denn je.*

Ob alles anders wird, liegt in Wirklichkeit noch immer bei uns. Die Verantwortung können wir nicht abschieben oder andere verantwortlich machen. 2020 ist noch immer das Jahr der Pflege und es liegt an uns, ob wir den Jahrestitel der Pandemie zur Verfügung stellen oder ob wir weiterhin daran festhalten „Proud to be a nurse“ dem Rest der Welt auf die Stirn zu schreiben. Es liegt an uns…

Markus Golla
Redakteur

Markus Golla, BSc MSc

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



Virtual Online studieren, um Krankenpfleger*in zu werden

Die Schwere der Covid-19 Pandemie überraschte den gesamten Bildungssektor in Finnland. Plötzlich wurden die Campusse geschlossen. Die Pandemie veränderte die Art und Weise, wie Bildung SchülerInnen und Studierenden zur Verfügung gestellt werden muss. Die Laurea Fachhochschule mit ihren sechs Campussen ist ein großes regionales Unternehmen in Helsiniki und den umliegenden Städten und der größte Ausbildungsstandort für Pflegepersonal in Finnland. Der Laurea Otaniemi Campus ist auf „blended learning" spezialisiert, was bedeutet, dass der vollständige Pflegeabschluss hauptsächlich online und unabhängig vom Wohnort des Studierenden erworben werden kann. Dies kam uns sehr zu Gute, als wir schnell auf die neue, von Covid-19 verursachte Situation reagieren mussten.

Laurea begann, das online Studium zur Verfügung zu stellen, um die Kompetenzen, die mit den digitalen Diensten in Zusammenhang stehen, sicher zu stellen, und den Studierenden zu helfen, besser auf die Herausforderungen der zukünftigen Gesellschaft vorbereitet zu sein. Der Pflegelehrplan ist derselbe, unabhängig von der Lernmethoden, denn die Kernkompetenzen in der Pflege können mit blended learning genau so erreicht werden, wie auf traditionellem Weg. Die Möglichkeit, großteils online zu studieren, ist bei den Bewerbern sehr beliebt und dieses Angebot erreicht auch die höchsten Punktezahlen im Bewerbungsprozess. Die Bewerber wertschätzen die Möglichkeit, neben ihrer Arbeit studieren zu können. Diese Option erfreut sich auch großer Beliebtheit bei den Hilfspflegepersonen, um sich weiterzubilden, und bei Personen, die einen neuen Karriereweg in der Pflege einschlagen möchten.

Um den Pflegeabschluss in Finnland zu absolvieren, braucht es 210 credits, bzw. 3,5 Jahre Studium (angelehnt an den internationalen ECTS Standard). Im derzeitigen Pflegelehrplan bei Laurea sind fünf Kernkompetenzmodule im Wert von 180 credits vorgesehen:

- Grundlagen der Pflege
- Gesundheitsförderung und Pflege von nicht übertragbaren Krankheiten
- Entscheidungsfindung in der Fachpflege
- Pflege und Förderung der Beteiligung von Patienten an ihrem Wohlbefinden in den verschiedenen Lebensabschnitten und schließlich
- innovative und effektive Förderung und Verbesserung der Entwicklung von Neuerungen am Arbeitsplatz.

Alle Module sind basierend auf dem online-Unterricht geplant, diese beinhalten 2 bis 3 Tage

Präsenz am Campus, der Rest passiert im Online Unterricht. Die Studierenden kommen nur für den Unterricht im Labor, für Workshops und Simulationen und manchmal für Tests und Prüfungen an die Fachhochschule. Diese „umgedrehte“ Unterrichtsmethode ist ein pädagogischer Zugang, in dem die konventionelle Vorstellung von Lernen im Klassenraum umgekehrt wird. Sie bedeutet, dass die Studierenden, bevor sie zum Campus ins Übungslabor oder zu den Simulationen kommen, sich selbständig darauf vorbereiten, indem sie die online Lernaufgaben erledigen. Diese Aufgaben sind von den Vortragenden gestaltet, um die Fähigkeit der Studierenden zu unterstützen, Grundlagen für jene Pflegeprozesse zu erarbeiten, die dann in den Übungslabors simuliert werden. Wir halten immer noch Vorlesungen ab, allerdings online. Diese Vorlesungen werden üblicherweise auf Lernplattformen aufgezeichnet und gespeichert, um den Studierenden die Möglichkeit zu geben, die Vorlesungen dann anzusehen, wenn es für sie passt.

„Lernen durch Entwicklung“ (Learning by development = LbD)ist eine einzigartige pädagogische Methode, die von Laurea entwickelt wurde. Sie fokussiert sich auf praktische Projekte in Zusammenarbeit mit Firmen und deren Angestellten. Die Studierenden lernen, Ziele zur Weiterentwicklung des Arbeitsplatzes und der Kompetenzen zu erkennen, neue Lösungsansätze, Produkte und Handlungsweisen zu kreieren und ihr eigenes Vorgehen für die Beobachtung und Veränderung von Bedürfnissen am Arbeitsplatz zu entwickeln. Die erforderliche Kompetenz dafür wird durch praktische Aktivitäten in Workshops und im Labor erworben. Die LbD Projekte können online in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Gesundheitsorganisationen erarbeitet werden. Studierende nehmen im Durschnitt an drei bis vier Projekten während ihrer Studienzeit bei Laurea teil.

Wir verwenden verschiedene „Werkzeuge“, wie zum Beispiel CANVAS als Lernplattform, oder Teams und Zoom für Webinare und zur Kommunikation. Es gibt auch einige online apps, zum Beispiel für die Stundenpläne, für die Registrierung und Anmeldung für die einzelnen Semester und Kurse und oder für Folgeausbildungen. Über die Laurea Bibliothek haben die Studierenden auch von zu Hause aus Zugang zu wissenschaftlichen Datenbanken.

In den Feedbacks sprechen die Studierenden offen die vielen Vor-

Pflegediagnosen – konkret, praktisch, umfassend

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

Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von
Maria Müller Staub, Jürgen Georg und Claudia Leoni-Scheiber
Übersetzt von Michael Herrmann.
6., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2019. 1488 S., 29 Abb., 10 Tab., Gb
€ 79,95 / CHF 99.00
ISBN 978-3-456-85831-9

Das erfolgreichste deutschsprachige Handbuch zur Pflegeplanung hilft Pflegenden, Pflegeassessmentdaten zu ordnen, Pflegediagnosen zu erkennen und einheitlich zu benennen. Die auf 242 Pflegediagnosen erweiterte 6. Neuauflage bietet alle NANDA-I-Pflegediagnosen bis 2017, sowie umfangreiche Zuordnungsliste für Pflegediagnosen zu über 600 Krankheitssituationen und 11 Pflegemodellen. Doenges bietet begründete Pflegemaßnahmen und gibt Hinweise zur Patientenedukation und Entlassungsplanung.

www.hogrefe.com

hogrefe

teile des blended learnings aus. Es ermöglicht den Studierenden die freie Planung wann und wo man studiert, sich den Stundenplan an seine individuellen Bedürfnisse anzupassen und sogar während des Studiums zu arbeiten. Auf der anderen Seite machen die Studierenden auch die herausfordernde Erfahrung, verschiedene online tools zu verwenden, und sich ihren Stundenplan reibungslos einzuteilen. Laurea verfolgt und vergleicht auch ständig den Erfolg und Fortschritt der Ausbildung mit der blended learning Methode im Gegensatz zu den traditionellen Lehr- und Lernmethoden. Bis jetzt waren noch keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

Für die Studierenden bringt die blended learning Methode jene Kompetenzen mit sich, die in der Pflege wichtig sind, als auch digitale und IT Kompetenzen, die Fähigkeit, digitale „Werkzeuge“ zu nutzen und in einem sich ständig ändernden, digitalen Umfeld zu arbeiten. Das online Lernen verlangt vom Studierenden selbstbestimmt und lösungsorientiert zu sein. Blended learning fordert auch das pädagogische Geschick der Vortragenden und verlangt die Innovative, die Studierenden zu unterstützen, damit sie das bestmögliche Resultat erreichen. Nach zwei Jahren Erfahrung mit blended learning gibt es noch immer viel zu lernen, wie man die online Methoden weiter verbessern kann. Hohe Qualität in der Pflege setzt eine qualitativ hochwertige Ausbildung voraus. Die Covid-19 Pandemie schloss den Campus und stellte auch Laurea vor die Herausforderung, die Studiengänge trotzdem weiterzuführen. Alle Unterrichtsmaterialen und Vorlesungen, die auf dem online Unterricht basieren und bereits vorhanden waren, werden nun voll einsetzt.

Autorin

Anne Kokko RN, MNSc
Specially trained nurse, Senior Lecturer, Laurea UAS (acute care), vice president, EfCCNa

Autorin

Kirsi Leinonen RN, MNSc
Public health nurse, Senior Lecturer, Laurea UAS (eldery care)

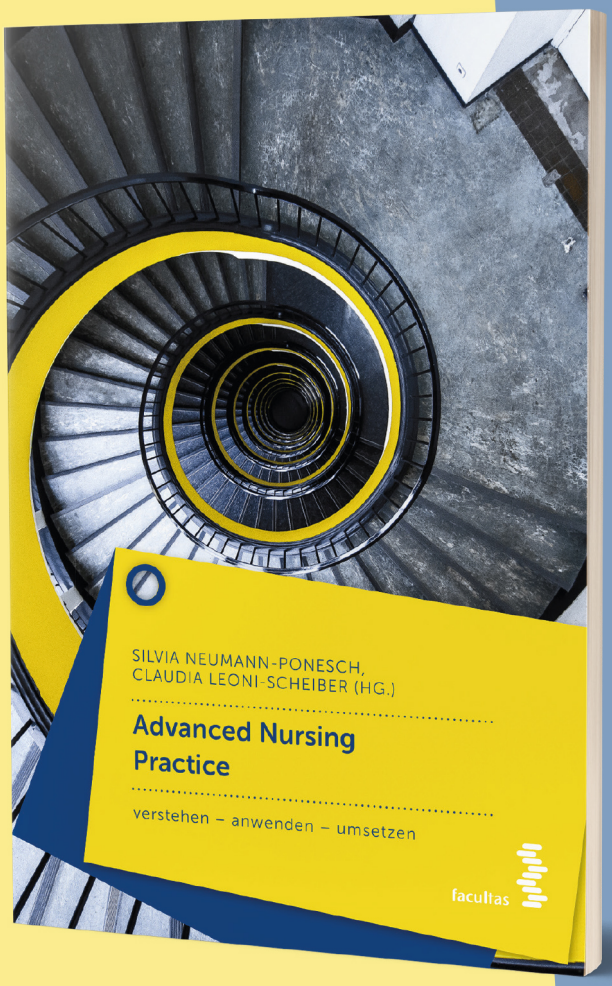
Übersetzung von

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

Silvia Neumann-Ponesch,
Claudia Leoni-Scheiber (Hg.)

Advanced Nursing Practice

verstehen – anwenden – umsetzen



- sind berufserfahrene Pflegepraktiker*innen des gehobenen Dienstes.
- sind überwiegend in der direkten klinischen Praxis (an/mit der Patientin/am/mit dem Patienten) tätig.
- sind Spezialist*innen mit vertieften und erweiterten Kompetenzen mit unterschiedlichsten Populationsschwerpunkten, z. B. für psychische Gesundheit, Frauengesundheit, Gerontologie, Onkologie, Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- beraten, pflegen und therapieren in hochkomplexen Pflegesituationen über alle Settings hinweg (z. B. in der häuslichen Pflege, in der Akutpflege, in der (teil)stationären Langzeitpflege, in den Gemeinden, ...).
- sind oft die ersten Ansprechpartner*innen in Gesundheits- und Pflegefragen.
- haben hohen Nutzen für die einzelne Bürgerin/den einzelnen Bürger, für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten, für die Gesundheits- und Sozialorganisation sowie die Gesellschaft an sich.

(Master-)Studiengänge mit den Schwerpunkten Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft oder (ausschließlich) Beratung befähigen demnach NICHT für das Berufsbild einer Advanced Practice Nurse.

facultas 2020
164 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP
ISBN 978-3-7089-1942-3

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Virtual 3 D Classroom/Akademie ein Zukunftsmodell

Erfahrungsbericht

In jeder Krise liegt auch eine Chance. RECOM führt zu den Themenbereichen der pflegerischen Diagnostik mit und ohne Pflegeklassifikationssystemen ENP und NANDA-I, zu datenbasierter Pflegebudgetsteuerung, Pflegepersonaluntergrenzen, pflegerische Erlösoptimierung im aG-DRG-System, Pflegeprozessdokumentation sowie berufspädagogische Seminare für Praxisanleiter durch. Mit dem Lockdown mussten alle Seminare und Vorlesungen in Präsenzform gestoppt werden. Auf der Suche nach Alternativen sind wir auf die virtuellen Seminar- und Akademieräumlichkeiten von TriCAT-Spaces gestoßen. Als Dozent und Teilnehmer tritt man in Form eines Avatars in den virtuellen Raum ein und kann seine Vorlesungen und Seminare in großzügig modernen virtuellen Konferenz- und Tagungsräumen gestalten. Bei dem nachfolgenden Beitrag handelt es sich um einen Erfahrungsbericht über diese neue Fortbildungsmöglichkeit und einen Ausblick über die künftigen Nutzungspotenziale der virtuellen Seminargestaltung.

Erste Erfahrungen als Dozentin in der virtuellen Welt

Als Dozentin habe ich nun ca. 20 Seminare, Konferenzen, Workshops und Vorlesungen in unterschiedlichen Settings in dieser virtuellen Lernwelt von TriCAT-spaces begleitet. Besonders beeindruckt hat mich dabei die leichte Erlernbarkeit, den virtuellen Klassenraum zu nutzen. Ebenso ist die einfache Verfügbarkeit der erforderlichen Technik hilfreich. Die Nutzungsvoraussetzungen, sowohl für den Dozenten als auch die Teilnehmer sind lediglich ein PC oder Laptop entsprechend dem üblichen Standard, ein Headset und eine Internetverbindung. Je größer der Bildschirm ist und je besser die Grafikkarte, desto mehr Spaß macht es natürlich, in den virtuellen Raum einzutreten. Generell ist der Zugang fast jedem möglich. Als Dozentin und Trainerin haben mich im Besonderen beeindruckt, dass die Teilnehmer sehr schnell in die virtuelle Welt eintauchen und eine vertiefte kognitive und emotionale Auseinandersetzung mit den Seminarthemen und der Interaktion im Klassenraum möglich ist. Die Teilnehmer berichten, dass durch die Präsenz in Form eines Avatars das Gefühl der körperlichen Anwesenheit entsteht. Studien belegen, dass gerade durch die „Egoperspektive“ der Avatare und der realitätsnahen virtuellen Welten eine Körpertransfer-Illusion entsteht, die im Lernprozess auch körperliche Reaktionen und Emotionen hervorruft. (Slater et

al., 2010; Wieteck, 2020). Aus der Forschung wissen wir, dass erfolgreiches Lernen umso effektiver ist, je realitätsnaher wir eine Handlung und ein Prozess üben und erleben können. In der Wissenschaft wird das „Embodied Cognision“ genannt (Wilson, 2020). Die Avatare sind dabei eine Schlüsselkomponente für das hohe Präsenzerleben in den individuellen Lernsituationen. Mein persönlicher Eindruck über die bedeutende Funktion der Avatare und der „Egoperspektive“ bestätigen sich in der Forschung zu diesem Thema (Schuemie et al., 2001).

Zudem eröffnen sich mir als Dozentin in dem Standardmodul von TriCAT-spaces zahlreiche Möglichkeiten den Unterricht, die Vorlesung oder das Seminar attraktiv zu gestalten. Moderationswände und Karten stehen unbegrenzt zu Verfügung und können von jedem Teilnehmer wie bei einem realen Seminar gelesen und bedient werden. Videofilme und Präsentation werden einfach gestreamt. Auch Teilnehmer können ein eigenes Dokument oder Arbeitsergebnis streamen und mit allen Gruppenteilnehmern darüber diskutieren. Zusammengefasst hatte ich deutlich mehr Möglichkeiten als Lehrende, als sie mir in realen Unterrichtssituationen zu Verfügung stehen. Die Kommunikation ist im virtuellen Klassenraum und/oder in den Akademieräumlichkeiten uneingeschränkt möglich. Die soziale Interaktion mit dem man sich bewegt, handelt und Emotionen zeigt ist in einer präsenzähnlichen Qualität möglich. Gleichzeitig konnte ich die Erfahrung machen, dass die virtuellen Möglichkeiten der Seminar- und Unterrichtsge-

staltung durch die in der virtuellen 3D-Umgebung und den verfügbaren Medien sogar besser unterstützt wird, als in einer Präsenzveranstaltung. Lernende interagieren direkt mit der täuschend realistischen virtuellen Umwelt. Durch das Eintauchen in die virtuelle Welt entsteht ein Gefühl echter Präsenz und die Aufmerksamkeit der Teilnehmer scheint auch durch die Möglichkeiten der Selbststeuerung im Lernprozess höher zu sein, so berichteten Teilnehmer über ihr Erleben. Die Interaktion im Klassenraum findet in Echtzeit statt, ebenso können die Reaktionen auf diese direkt erfolgen. Die in diesem Artikel präsentierten Bilder stammen aus einer Vorlesung an der IMC FH Krems University of Applied Sciences im Masterstudiengang zu internationalen Pflegeklassifikationssystemen und einem berufspädagogischen Seminar für Praxisanleiter (www.recom.eu) und geben einen guten Einblick in die virtuelle Lernwelt.

Der virtual Seminarraum/Classroom ermöglicht eine passgenaue Lernlösung und kann standortübergreifend Seminarteilnehmer mit weiten Distanzen als Lerngruppe zusammen bringen (Rickert). Lange Reisezeiten, Anfahrten sowie Übernachtungen entfallen komplett. Ohne große Organisation wie Raumbuchungen usw. kann der Lernbedarf einer Gruppe erfüllt werden.

Ich persönlich bin als Dozentin und Trainerin von den neuen Möglichkeiten überzeugt. Eine weitere Bereicherung wird es sein, wenn es in Kürze auch die Möglichkeit gibt, Patienten im virtuellen 3D-Raum vorzustellen, welche die jeweiligen Symptome einer Erkrankung zeigen. Dieses kann im Moment mit entsprechener VR-Brille und Serios Games genutzt werden. Weiter Informationen über z.B. Training für Notfallsanitäter finden sie unter https://epicsave.de/ . Wie in dem nachfolgenden Bild gezeigt, kann ein Notfallsanitäter-Training mit direkter Reaktion des Patienten auf die durchgeführten Handlungen geübt werden (Siehe letzte Abbildung).

Ausblick bezüglich der Nutzenpotenziale

Es ist denkbar, die virtuellen Welten auch z. B. für Patienten im Rahmen eines Phobie Trainings und oder Trainings von sozialen Kompetenzen bei Verhaltensstörungen zu nutzen. Auch Analysen von Verhaltensstörungen oder zur Anamnese über Verhaltensauffälligkeiten oder Aufmerksamkeitsprozesse z. B. bei Aufmerksamkeitsdefiziten in definierten Szenarien könnte für die Pflegeausbildung interessant sein. (Rizzo et al., 2014)

Ein gezieltes social Skill Training ist in den unterschiedlichen Settings und Aufgabenfeldern auch für die Pflegeausbildung und Personalentwicklung in der Pflege denkbar. Auch für die pflegepädagogische Ausbildung erschließen sich in einer virtuellen 3D Welt mit in einem Klassenzimmer und typischerweise vorkommenden Unterrichtssituationen neue Möglichkeiten, um die Kompetenzen der Pflegepädagogen zu schulen. So könnten kritische Situationen im Klassenzimmer simuliert werden und Reaktionen des trainierenden Lehrers auf die Teilnehmer reflektiert und im Rahmen eines Trainings optimiert werden (Lugrin et al., 2016). Zahlreiche Anwendungsbereiche eines virtuellen

Coaching und/oder virtual reallity classroom sind bereits beschrieben (Garland, Vasquez, & Pearl, 2012; Herkersdorf). Mittlerweile liegt mit TriCAt eine kostengünstige und sehr realitätsnahe Möglichkeit vor, um Skill-Trainings in den unterschiedlichen Settings durchzuführen. Durch die Möglichkeit, Aufnahmen des Trainings zu erstellen und dieses im Anschluss zu analysieren oder dem Trainierenden die Möglichkeit, die eigenen Handlungen und Äußerungen aus den Augen seines Gegenübers ansehen zu können, sind hervorragende Möglichkeiten, z. B. um in Kontext der Pflegeausbildung Beratungsgespräche, Fallbesprechungen oder ähnliches zu üben, zu reflektieren und die Interaktion zu verfeinern. Spannend werden auch Szenarien in der Pflege und im Medizin Kontext sein, bei denen Avatare über KI-Mechanismen gesteuert werden, um z. B. eine Krankenhausevakuierung bei einem Brandfall zu üben.

Ich sehe in diesen Möglichkeiten auch die Realisierung einer kostengünstigen, innerbetrieblichen Fortbildung und Personalentwicklung in den Kliniken, die es künftig ermöglicht, mit guten Experten weltweit in den Lernaustausch zu kommen. Die Anreisen und Übernachtungen von Experten entfällt, die Seminar- und Unterrichtsgestaltung kann an die Zeiten und Lernbedarfe der Gruppe deutlich flexibler und individueller ausgerichtet werden.

Literatur

Garland, K. V., Vasquez, E., & Pearl, C. (2012). Efficacy of Individualized Clinical Coaching in a Virtual Reality Classroom for Increasing Teachers' Fidelity of Im-

plementation of Discrete Trial Teaching. Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 47(4), pp. 502-515.
Herkersdorf, M. Warum Virtual Reality nur die Spitze des Eisbergs ist?! Retrieved from https://www.elearning-journal.com/2018/12/13/spitze-des-eisbergs/ (Accessed: 11.06.2020).

Lugrin, J.-L. et al. (2016). Breaking Bad Behaviors: A New Tool for Learning Classroom Management Using Virtual Reality. Frontiers in ICT, 3(26). doi: 10.3389/fict.2016.00026

Rickert, A. Virtual Classroom – eine Antwort auf aktuelle Herausforderungen in der Personalentwicklung. Retrieved from https://www.elearning-journal.com/2018/12/19/virtual-classroom-eine-antwort-auf-aktuelle-herausforderungen-in-der-personalentwicklung/ (Accessed: 11.06.2020).

Rizzo, A. A. et al. (2014). A Virtual Reality Scenario for All Seasons: The Virtual Classroom. CNS Spectrums, 11(1), pp. 35-44. doi: 10.1017/S1092852900024196

Schuemie, M. J. et al. (2001). Research on presence in virtual reality: a survey. Cyberpsychol Behav, 4(2), pp. 183-201. doi: 10.1089/109493101300117884

Slater, M. et al. (2010). First person experience of body transfer in virtual reality. PLoS One, 5(5), pp. e10564. doi: 10.1371/journal.pone.0010564
Wieteck, P. (2020). „Ich habe mich wie in die virtuelle Welte eingesaugt gefühlt und war mit meinen Mitkommilitonen im Seminarraum“. Retrieved from https://www.linkedin.com/pulse/ich-habe-mich-wie-die-virtuelle-welte-eingesaugt-und-pia/?trackingId=Mh3J-jXOBQWupWwSPJsd9%2BQ%3D%3D (Accessed: 11.06.2020).

Wilson, M. (2020). Six views of embodied cognition. Psychonomic bulleting & review, 9(4), pp. 625-636.

Autorin

Dr.in Pia Wieteck
Pflegewissenschaftlerin, Lehrperson, Gründerin und Entwicklerin von ENP (European Nursing care Pathways), Autorin zahlreicher Fachbücher in der Pflege und aktuell tätig als Leitung der Abteilung Forschung und Entwicklung bei der Firma RECOM GmbH. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind in diesem Bereich die Weiterentwicklung von Pflegeklassifikationssystemen sowie die ontologische Vernetzung dieser und die Sichtbarkeitsmachung der pflegerischen Leistungen in einem Vergütungssystem. Zu dieser Tätigkeit kommen Vorlesungen an Universitäten und Fachhochschulen sowie Vorstandstätigkeit in der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V
Pia.Wieteck@t-online.de

www.recom.eu

PFLEGEDIAGNOSTIK

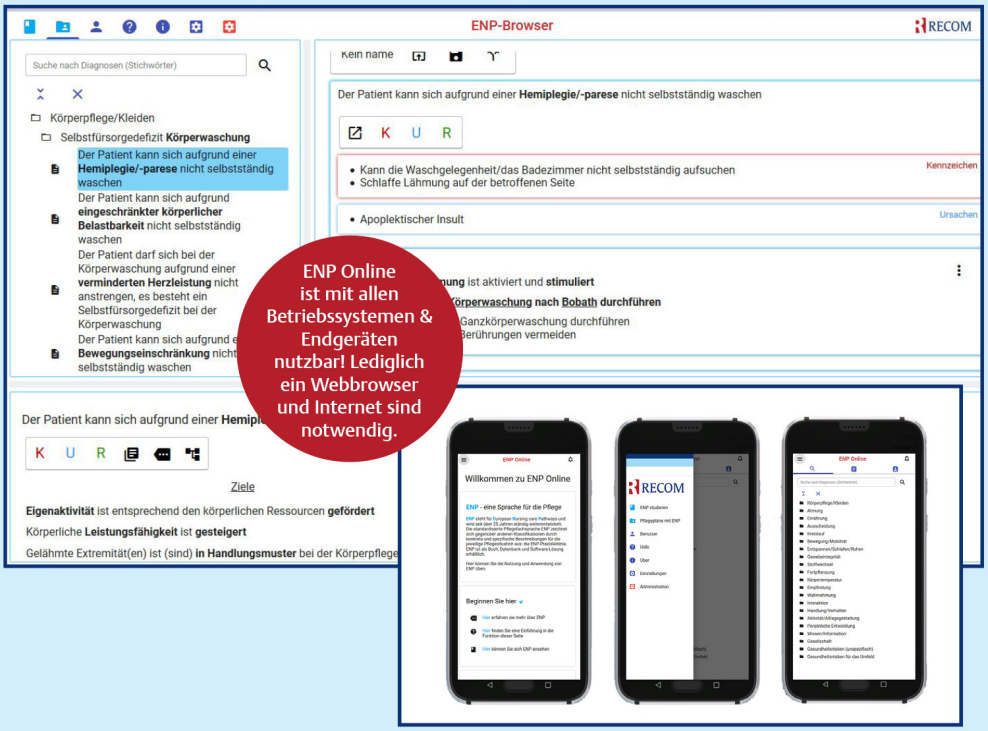
Software – Web-Seminare – Literatur

Pflegeplanung leicht gemacht –

ENP Online vereint berufspädagogische Aspekte & Pflegediagnostik. Die kostenfreie Starter-Version, die Sie einfach über einen Internet-Browser unter www.enp-online.org aufrufen, ermöglicht die Einsicht und das Suchen im gesamten ENP-Katalog ohne zeitliche Begrenzung und dient somit als praktischer ENP-Browser und Nachschlagewerk.

Die PREMIUM-Version ergänzt den Viewer durch die Möglichkeit des aktiven Anlegens und Bearbeitens von Pflegeplänen. Speichern, Export und Import sowie Drucken sind natürlich auch kein Problem.

Sowohl für Auszubildende als auch Lehrkräfte gleichermaßen interessant!



Gut gewappnet für die **Anforderungen an die Pflege.** Nutzen Sie detaillierte Praxisleitlinien, für die Praxis und eine stichhaltige Pflegedokumentation.

Praxisleitlinien Altenpflege
44,90 €
ISBN 978-3-89752-139-1

ENP-Praxisleitlinien
49,90 €
ISBN 978-3-89752-153-7

Jetzt erhältlich: die neue NANDA-I-Ausgabe 2018-2020. **Erstmals im Handel:** die deutsche Übersetzung des Begleitbandes PROFIWISSEN!

Begleitband NANDA-I 2018-2020
18,90 €
ISBN 978-3-89752-150-6

NANDA-I 2018-2020
44,90 €
ISBN 978-3-89752-140-7

Alle Bücher finden Sie im Online-Shop www.recom-shop.eu

Für mehr Informationen zu ENP Online wenden Sie sich an info@recom.eu

Thieme

RECOM

Digitalisierung und Technisierung in der Pflege

Die Digitalisierung und Technisierung in der pflegerischen Versorgung wird, unter anderem vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft und der damit einhergehenden steigenden Zahl Pflegebedürftiger sowie dem zunehmenden Mangel an Fachpersonen in der Gesundheitsversorgung, als ein wichtiger Beitrag zur Lösung aktueller und künftiger Herausforderungen erachtet. Ebenso soll sie zur Erhaltung und Verbesserung der Versorgungsqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen beitragen. Zudem hofft die Politik darauf, dass die verstärkte Digitalisierung und Technisierung im gesamten Gesundheitssektor zur Steigerung der Effizienz und der Effektivität im Versorgungsprozess sowie zur Reduzierung der Kosten im Gesundheitssystem beitragen.

Interessanterweise finden in Deutschland vor allem Medienberichte über den Einsatz von Pflegerobotern ein breites Interesse. Die darin angeführten Versorgungsszenarien der Robotertechnologie sind zwar von der Umsetzung im Alltag noch entfernt, dennoch werden aktuell vor allem der Einsatz von IT-gestützten Dokumentationssystemen, die Entwicklung zum Einsatz von Sensortechnik und Robotik immens vorangetrieben. Zudem gewinnen vernetzte Hilfs- und Monitoringsysteme verstärkt an Relevanz.

All diese Systeme werden in den kommenden Jahren die pflegerische Versorgung sowohl für die professionellen Akteure als auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen verändern. Allerdings gibt es bislang kaum evidenzbasierte Aussagen dazu, inwiefern Digitalisierung und Technisierung in der Versorgung von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen die Arbeit der Pflege- und Therapieberufe verändern werden und welche Folgewirkungen dies für die professionellen Akteure, deren Arbeitsorganisation und deren erforderliche Qualifikationen bzw. Kompetenzen haben wird. Hinzu kommt, dass personenbezogene Interventionen, wie sie die Pflege- bzw. Therapieberufe erbringen, von sozialer Interaktion und zwischenmenschlicher Fürsorgearbeit geprägt sind.

Aktueller Stand und Entwicklungen zur Digitalisierung und Technisierung in der pflegerischen Versorgung national und international

Grundsätzlich ist die Technisierung in der Pflege keine neue Entwicklung, diese gibt es bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Wie bereits eingangs angeführt, erfordern jedoch die aktuellen und künftigen Entwicklungen in Deutschland eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Einsatz von neuen Technologien in der Versorgung von hilfe- bzw. pflegebedürftigen Personen und ihren Familien. Als wesentliche Herausforderungen sind hier vor allem die demografische und epidemiologische Entwicklung der Gesellschaft, der Mangel an Fachpersonen in allen Settings der Gesundheitsversorgung, die Erhaltung und Verbesserung der Versorgungsqualität trotz zunehmendem ökonomischem Druck im Gesundheitswesen und die Veränderung der familiären Versorgungsstrukturen anzuführen. Des Weiteren muss auch die Entwicklung einer neuen „Patientengeneration“ berücksichtigt werden, die bereits jetzt schon vorhandene Informations- und Kommunikationstechnologien nutzt.

Hinzu kommt die Ausweitung der Technisierung in der Medizin, die diese auch in der Pflege erfordert bzw. zur Folge hat. Denn „High-Tech-Medizin braucht auch High-Tech-Pflege“ und diese in allen Versorgungssettings, akutstationär, im langzeitstationären Bereich und in der häuslichen Versorgung. So hat laut Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit der Strategie Medizin 4.0 die Digitalisierung und Technisierung auch den ärztlichen Bereich erreicht. Diese Entwicklung kann laut BMBF „das heutige Gesundheitssystem grundlegend verändern, so dass jede Patientin und jeder Patient von besseren Diagnosen und individuelleren Behandlungen profitiert“ (BMBF o.J.). Mittlerweile gibt es ähnliche Entwicklungen bzw. Strategien auch für weitere professionelle Akteure im Gesundheitswesen wie Pflege 4.0 (u.a. Gesellschaft für Informatik 2017), Physiotherapie 4.0 (Landesgruppe Thüringen 2017) und Hebamme 4.0 (Kinderheldin 2017). Ebenso verfolgt das BMBF mit den „Pflegeinnovationen 2020“ eine neue Hightech-Strategie, (BMBF 2018).

Resultierend aus den vorab formulierten Anforderungen und Bestrebungen sind mittlerweile folgende digitalen Systeme und Technologien in den jeweiligen Versorgungssettings entweder bereits im Einsatz oder in der Entwicklung bzw. Erprobung:

- Intelligente und vernetzte Robotik, wie z.B. die Service- und Transportrobotik
- Einsatz mobiler Endgeräte, wie z.B. Tablets, Datenbrillen, Smart-clothing
- Pflegenahe Robotik u.a. zur physischen Unterstützung, zur direkten Interaktion mit den Betroffenen oder zur Orientierungshilfe
- Emotionsrobotik
- Rehabilitationsrobotik
- Vernetzte Hilfs- und Monitoringsysteme, wie z.B. Sensortechniken, Telemonitoring, Telemedizin und Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben (AAL)

Anforderungen für den Einsatz von IT-gestützten Systemen aus Sicht der verschiedenen Zielgruppen, der komplexen Versorgungssituationen und –settings

Hierbei sind die Anforderungen insbesondere aus Sicht der Betroffenen und ihrer Familien sowie der professionellen Akteure aus den jeweiligen Versorgungssettings näher zu beleuchten. Für die Bearbeitung dieses Themas sind vor allem Kriterien wie die Komplexität der jeweiligen Pflegesituationen und -settings, aber auch die Wirtschaftlichkeit wichtig.

Für die Anwender von IT-gestützten Systemen steht vor allem der Nutzen im Vordergrund. Dieser ist wichtig für die Akzeptanz der Systeme in der alltäglichen Anwendung. Hierbei sind neben der erforderlichen Kompetenz auch die Sicherheit im Umgang mit den Systemen, die Erhaltung bzw. die Erhöhung der Autonomie und das Verständnis bzw. die Haltung der Akteure gegenüber den Inhalten und der technischen Umsetzung grundlegend. Für die angemessene Anwendung IT-gestützter Systeme ist zudem wichtig, dass diese die menschliche Arbeit unterstützen und ergänzen sollen. Somit muss im Verständnis der Entwickler die Umstellung vom „Technologie-Push“ auf eine bedürfnis- und nachfrageorientierte Perspektive erfolgen, bei der die Pflegesettings als „komplexe sozio-technische Figuration“ (Krings et al. 2012:35) verstanden werden. Die digitale Transformation im Gesundheitswesen erfordert aber auch einen Paradigmenwechsel bei den professionellen Akteuren, der auch ein neues Rollenverständnis und die Ausbildung neuer Berufsbilder mit sich bringt. Zudem sind die Implementierung von offenen, agilen Netzwerken und die Sicherstel-

lung technischer Interoperabilität wichtig. Letztere erfordert auch eine (Weiter)Entwicklung von kultureller Interoperabilität, die eine mentale und kulturelle Anschlussfähigkeit der individuellen Person, der Organisation und des gesamten Gesundheitswesens nach innen und außen ermöglicht.

Zu beachten ist auch, dass inhaltliche Anforderungen im Vordergrund stehen müssen und die Technik keinem Selbstzweck dienen darf (Huffziger 2015). Deshalb müssen die Technologien kontinuierlich an den jeweiligen Kontext angepasst werden. Dabei sollte sich die Bewertung an den Bedürfnissen und den individuellen Vorstellungen aller Beteiligten von angemessenen Pflegebedingungen orientieren (Krings et al. 2012). Des Weiteren darf die technische Innovation in der Pflege nicht auf die Systeme selbst reduziert werden. Sie soll darauf ausgerichtet sein, soziale Innovationen und Dienstleistungsinnovationen anzuregen und zu unterstützen (Hülsken-Giesler 2011). Eine weitere Voraussetzung für die angemessene Nutzung und die Akzeptanz von IT-Systemen bei den Anwendern stellt die Vermittlung von digitaler (Gesundheits)Kompetenz dar. Sie sollte künftig als zentrales Handlungsfeld der Akteure verstanden werden (DAA-Stiftung Bildung und Beruf 2017).

Forderungen an die Systeme zum Nutzen, zur Akzeptanz, zur Kompetenz und dem zugrunde liegenden (Pflege)Verständnis der Zielgruppen

Für eine angemessene Nutzung IT-gestützter Systeme durch die professionellen Akteure auf Mikro- bzw. Mesoebene sollten in den jeweiligen Institutionen zuerst die Rahmenbedingungen abgeklärt werden. Hierzu zählen neben den Anforderungen zur Hard- und Software auch die strategischen Vereinbarungen der Institution sowie die Implementierung entsprechender Informations- und Kommunikationsstrukturen. Bei der Klärung der Rahmenbedingungen sollte u.a. die Haltung bzw. der Habitus der jeweiligen Professionen berücksichtigt werden. Exemplarisch für Pflegpersonen prägen diese u.a. der pflegetheoretische Hintergrund, dass daraus resultierende Pflegeverständnis, die Fachsprache und das jeweilige Pflegesystem bzw. die Arbeitsorganisation in den verschiedenen Pflegesettings. Des Weiteren ist der Skill- und Grademix in den Teams in den Blick zu nehmen. Ebenso müssen vor der Implementierung von IT-Systemen in der Institution durch Einbezug aller professionellen Akteure (u.a. Medizin, Pflege, Controlling, Informatik) folgende Frage geklärt werden:

- Welche Daten müssen erfasst werden bzw. welche sind sinnvoll?
- Sind die erfassten Daten valide und reliabel?
- Für welche Akteure und in welcher Form müssen die Daten aufbereitet werden?
- Besteht eine Kompatibilität zwischen den verschiedenen IT-Systemen?

Auf der Makroebene sollten ebenso grundlegende Anforderungen geklärt werden. So wurden zur Umsetzung von Digitalisierung und Technisierung in der Pflege 4.0 von der Gesellschaft für Informatik e.V. (2017) Handlungsempfehlungen zur Entwicklung digitaler Kompetenz aufgeführt. So ist es z.B. wichtig, die Eigen- und Mitverantwortung aller Nutzer zu stärken. Entsprechend sind Qualitätsstandards zum Einsatz und zur Anwendung von IT-Systemen zu entwickeln, die auch in die gesetzlich vorgegebenen E-Health-Maßnahmen (BMG 2018) eingebunden werden müssen. Ebenso sollen die Themen wie Digitalisierung und Technisierung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Akteure aufgenommen werden, um die digitale Kompetenz der Anwender zu stärken. Dies erfordert auch eine Qualifizierung der Lehrenden in diesen Bereichen. Des Weiteren müssen spezifische Kompetenzprofile der Anwender mit Orientierung an der jeweiligen Versorgungspraxis entwickelt werden. Hierbei sind auch wesentliche Bereiche wie ethische, datenschutzrechtliche und haftungsrechtliche Anforderungen der jeweiligen Gegebenheiten bzw. Settings wichtig. Wichtig ist zudem, dass die Kooperation und Partizipation auf allen Ebenen, wie z.B. den Anwendern in der Praxis, den jeweiligen wissenschaftlichen Bereichen, u.a. Pflegewissenschaft und Medizin, sowie der Informatik gefördert werden (Gesellschaft für Informatik e.V. 2017, Becker et al. 2013).

Grundlegende ethische, datenschutzrechtliche und rechtliche Gegebenheiten zum Einsatz von IT-gestützten Systemen im Versorgungsprozess der verschiedenen Pflegesettings

Beim Einsatz von IT-gestützten Systemen ist zu bedenken, dass bei allen Gesundheits- und Sozialberufen die Interaktion mit den Betroffenen und ihren Familien immer auch Komponenten wie Empathie, Fürsorge und Zuwendung eine grundlegende Rolle spielen. Diese dürfen durch den Einsatz der Systeme nicht vernachlässigt werden. Des Weiteren bringt der Einsatz von IT-gestützten Systemen eine Standardisierung und

Automatisierung von Abläufen mit sich. Hier stellt sich die Frage, inwieweit dies bei komplexen Interventionen, wie z.B. pflegerischem Handeln, möglich ist, ohne die individuellen Bedarfe der Betroffenen aus dem Blick zu verlieren. Die Anwendung von IT-Systemen erfordert auch eine Abwägung zwischen dem Bewahren der Autonomie der hilfebedürftigen Personen und dem Schutz bzw. der Fürsorge durch die professionellen Akteure. Beispielsweise kann eine Sensormatte zum Schutz der Betroffenen vor Stürzen eingesetzt werden, dennoch soll sie die Bewegungsfreiheit der hilfe- bzw. pflegebedürftigen Personen nicht einschränken. Des Weiteren darf der Einsatz von technischen Systemen bei den Betroffenen nicht zu einer Herabwürdigung ihrer Person führen. Zu bedenken ist auch, dass IT-gestützte Systeme vor allem auch bei vulnerablen Gruppen, wie z.B. Patienten mit eingeschränkter Wahrnehmung, eingesetzt werden, die evtl. nicht selbst der Anwendung zustimmen können. Hier ist u.a. die Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen bzw. der Angehörigen zu berücksichtigen.

Dies gilt auch für die datenschutzrechtlichen Aspekte, da je nach IT-System z.B. Gesundheitsdaten und/oder personenbezogene Daten wie z.B. Ernährungsgewohnheiten oder Bewegungsprofile übertragen sollen. Entsprechend muss eine Sicherung der digitalen Kommunikation (BMG 2018) gewährleistet sein und in die Datenschutz-Grundverordnung (Ehmann, Selmayr 2018) aufgenommen werden. Hierbei sind z.B. die Regelungen für Assistenzsysteme noch unzureichend ausgeführt.

Bei den haftungsrechtlichen Anforderungen ist zu bedenken, dass es sich um komplexe technische Systeme mit wachsender Autonomie handelt, die regelmäßigen Sicherheitsüberprüfungen unterliegen müssen. Des Weiteren sind vor allem Kriterien wie Zulassung, Sicherheit und Klärung des Verschuldens bei Funktionsstörung (Hersteller oder Anwender) zu regeln. Hierbei sind vornehmlich das Produktsicherheitsgesetz, das Medizinproduktegesetz, die Betriebssicherheitsverordnung und technische Normen relevante Grundlagen.

Möglichkeiten zur Einbindung der Zielgruppen in die Forschung und (Weiter)Entwicklung der IT-gestützten Systeme

Im Rahmen der Forschung und der (Weiter)Entwicklung sind u.a. Kriterien wie Dokumentations- und Datenqualität, Nutzen, Akzeptanz, Interoperabilität, Datensicherheit, ethische Anforderungen aber auch Praktikabilität und Machbarkeit relevant.

Wichtig ist, dass die professionellen Akteure sowie die Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen von Anfang an in die Entwicklung der IT-gestützten Systeme eingebunden sind. Hierbei sollen auch Kriterien wie Nutzer- und Bedarfsorientierung leitend sein. Des Weiteren müssen auf nationaler Ebene interprofessionelle Leitlinien zum Einsatz der Technologien verfasst werden, die regelmäßig revidiert und an die Anforderungen der jeweiligen Bedarfe der Akteure und den Versorgungssettings angepasst werden.

Bei der Implementierung von IT-gestützten Systemen ist anhand von Interventionsstudien vor allem der Einsatz der Technik im Rahmen von quantitativen und qualitativen Methoden zu untersuchen. Dabei sind nicht nur Fragen nach der Art der Interventionen und ihre Adaption an die jeweiligen Spezifitäten bzw. Anforderungen, sondern auch das Erleben der Anwender und der Personen, bei denen die technischen Systeme eingesetzt werden, relevant. Ebenso müssen die Fragestellungen auf die Anforderung von pflegerischem Handeln als komplexe Intervention und die Einflüsse der Aspekte von Beziehung, Empathie und Berührung ausgerichtet sein. Vor der Implementierung sollte jeweils eine Erprobungsphase angesetzt werden, damit man entsprechende Anpassungen zu einer angemessenen Anwendung vornehmen kann. Hierbei ist wichtig, dass die Erprobung und die spätere Implementierung jeweils formativ und summativ evaluiert werden.

In entsprechenden Outcomestudien ist zu eruieren, welche Effekte die technische Intervention bzw. der Einsatz der IT-gestützten Systeme für alle Beteiligten (professionelle Akteure, hilfe- bzw. pflegebedürftige Person, pflegende Angehörige) hat. Hierbei sind quantitative Daten, wie z.B. Auswirkung auf die körperliche Belastung, und qualitative Daten, welche die Erfahrungen und das Erleben der Beteiligten erfassen, wichtig. Zudem muss anhand der Studien herausgearbeitet werden, welche Kompetenzen die Anwender haben müssen und welche Auswirkungen der Einsatz der IT-gestützten Systeme auf die Aufgabenbereiche der Nutzer und deren jeweilige Arbeitsabläufe hat.

Fazit

Wenn man sich mit dem Einsatz von IT-gestützten Systemen auseinandersetzt, sollten die Anforderungen an die Systeme sowie

die jeweiligen Perspektiven, die Erwartungen, Sorgen und Ängste aller Beteiligten (u.a. professionelle Akteure, hilfe- bzw. pflegebedürftige Personen, pflegende Angehörige, Entwickler) abgeklärt werden. Wichtig ist, dass trotz bzw. mit dem Einsatz der IT-gestützten Systeme die Autonomie der professionellen Akteure, der hilfebedürftigen Personen und der pflegenden Angehörigen erhalten bleibt bzw. erhöht wird. Des Weiteren ist es wichtig, dass technische Systeme Innovationen in der Versorgung ermöglichen, die zur Unterstützung und Substitution von menschlicher Arbeit in den jeweiligen Pflege- bzw. Versorgungssettings beitragen. Als Forderungen bzw. erwartete Effekte gelten hier z.B. die Entlastung und Minderung der körperlichen Belastung (u.a. für Pflege- und Therapieberufe, für pflegende Angehörige), mehr Freiraum für (soziale) Interaktionen, eine Optimierung der Dokumentationsqualität sowie die orts- und zeitunabhängige Erfassung und Weiterleitung der Daten. Damit verbunden sollen auch Arbeitsabläufe und –inhalte hinterfragt und optimiert sowie erforderliche Kompetenzen und Aufgabenfelder der Nutzer herausgearbeitet werden.

In der Auseinandersetzung mit der Digitalisierung und Technisierung in der pflegerischen Versorgung sind in der Gesellschaft aber auch Themen zu klären, die sich nicht nur mit den IT-gestützten Systemen selbst und ihrem Einsatz beschäftigen. Ebenso erforderlich ist ein kritischer Diskurs zu folgenden Fragestellungen:

- Welche Art der Pflege wollen wir uns in Zukunft leisten?
- Wie kann die Technisierung finanziert werden?
- Was ist das Ziel der Digitalisierung/Technisierung in der Pflege?
- Was sind die Grenzen beim Einsatz IT-gestützter Systeme?
- Wie entwickeln sich IT-gestützte Systeme und was bedeutet „lernendes System“, „lernende Intelligenz“?

Literatur

Becker, H.; Scheermesser, M.; Früh, M.; Treusch, Y.; Auerbach, H.; Hüppi, R.A.; Meier, F. (2013): Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung. vdf Hochschulverlag AG, ETH Zürich

BMBF, Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018): Innovationen im Pflegebereich. https://www.hightech-strategie.de/de/Innovationen-im-Pflegebereich-1018.php (17.02.2018)

BMBF, Bundesministerium für Bildung und Forschung (o.J.): Digitalisierung in der Medizin. https://www.bmbf.de/de/digitalisierung-in-der-medizin-2897.html (17.02.2018)

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018): E-Health-Gesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz.html (13.02.2019)

DAA-Stiftung Bildung und Beruf (2017): Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. Studie. https://www.input-consulting.de/files/inpcon-DATA/download/20170215_Digitalisierung%20und%20Technisierung%20der%20Pflege%20in%20Deutschland_INPUT.pdf (05.02.2018)

Ehmann, E.; Selmayr, M. (2018): Datenschutz-Grundverordnung: DS-GVO. Verlag C.H.BECK oHG, München

Gesellschaft für Informatik e.V. (2017): Leitlinien Pflege 4.0. Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und den Erwerb digitaler Kompetenzen in Pflegeberufen. https://www.ole-campus.de/sites/default/files/GI_Leitlinien_Digitale_Kompetenzen_in_der_Pflege.pdf (28.11.2017)

Huffziger, A. (2015): Technische Assistenzsysteme implementieren und anwenden. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA (Hrsg.): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0. S. 32-34. https://www.wegweiser-demenz.de/fileadmin/de.wegweiser-demenz/content.de/downloads/10_informationen_fuer_Fachkraefte/intelligente-technik-in-der-beruflichen-pflege.pdf (03.02.2018)

Hülsken-Giesler, M. (2010). Technikkompetenzen in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung. Pflege & Gesellschaft; 15 (4):330-352

Kinderheldin (2017): Die Hebamme aus dem Internet: Kinderheldin startet Online-Beratung zur Mutter-Kind-Gesundheit. http://www.healthcaremarketing.eu/unternehmen/detailprint.php?nr=51806 (15.02.2019)

Krings, B.; Böhle, K.; Decker, M.; Nierling, L; Schneider, C. (2012): ITA-Monitoring. „Serviceroboter in Pflegearrangements“. http://www.itas.kit.edu/pub/v/2012/epp/krua12-pre01.pdf (11.01.2018)

Landesgruppe Thüringen (2017): Physiotherapie 4.0 – pro und contra zur Digitalisierung. VTPMagazin, 1/17 https://www.vpt.de/fileadmin/user_upload/news/heft_pdf/VPT-01-2017-LG_Thueringen-Physiotherapie_4.0-Vor-und_Nachteile_der_Digitalisierung-Seite_8.pdf (08.02.2018)

Autorin

Prof. Dr. Inge Eberl, MscN, BScN (Univ.)
Leiterin Stabsstelle für Pflegewissenschaft (PW),
Klinikum der Universität München

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

Einsatz von Informationsfilmen und Internetportalen in der pflegebezogenen Patientenedukation

Der Einsatz digitaler Medien auch zur pflegerischen Patienten- und Familienedukation hat gerade unter dem Einfluss der Corona-Krise eine neue Bedeutung und Dringlichkeit erhalten. Das Internet stellt zudem eine Unmenge von Informationen zur Verfügung. Die Einordnung, ob angebotene Informationen seriös und für bestimmte Themen sinnhaft erscheinen, fällt nicht nur Ratsuchenden häufig schwer. Auch professionell Pflegende, die in ihrem Setting beraten, stehen diesbezüglich oft alleine dar. Um sie dabei zu unterstützen, wird hier ein mögliches Schema zur Bewertung von „Informationsfilmen für Patienten und Angehörige“ vorgestellt.

Information bereithalten

Information ist die häufigste Strategie in der pflegebezogenen Patientenedukation. Hierzu zählen: gezielte Mitteilungen, kurze Gespräche, Bereitstellung vielfältiger Medien, Adressenvermittlung und Recherchehilfen. All diese Strategien helfen Patient*innen und Angehörigen sich zurecht zu finden, sich auf eine neue Lebenssituation mit einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit einzustellen. Da die „Aufklärung“ z.B. über eine Erkrankung noch immer eine ärztliche Domäne ist, tun sich Pflegende hier schwer. Sie vermuten rechtliche Unklarheiten, was meist jedoch unnötig ist (Köpke & Meyer 2011). Aufklärung ist ein fester Bestandteil von Information.

Es ist davon auszugehen, dass die Bedeutung von filmischen und zunehmend auch interaktiven Beratungs-, Schulungs- und Informationsmedien im Gesundheitswesen weiter zunehmen werden. Pflegende sollten ihre Expertise und Sichtweise sowohl in der Erstellung als auch im Einsatz von qualitätsgeprüftem Medien einbringen. Grundsätzlich ist der Einsatz von Filmen eher im Bereich Information und Schulung weniger im Feld der Beratung angezeigt.

Internet: Jede/r Pflegende sollte relevante und empfehlenswerte Internet-Seiten und auch Apps mit den wichtigsten Diagnosen aus dem täglichen Arbeitszusammenhang kennen und diese Empfehlungen an Betroffene weitergeben können. Viele Betroffene nutzen Gesundheitsportale (Büker & Sunder 2017). Dabei ist es wichtig, seriöse Seiten von Werbung zu unterscheiden, mehrere Konzepte helfen bei der Beurteilung – z.B. Gütesiegel (Afgis, Hon-Code, Medisuch, Stiftung Gesundheit etc.). Empfehlenswerte Seiten sind z.B. www.gesundheitsinformation.de, www.krankheitserfahrung.de, www.patienten-information.de oder die Angebote der Deutschen Krebshilfe (www.krebshilfe.de oder www.krebsinformationsdienst.de).

Informationsfilme

Der Einsatz von Filmen in der Patienten- und Familienedukation bietet einige Vorteile. So können mit Filmen Menschen erreicht werden, die z.B. für schriftliche Medien eher nicht zugänglich sind. In Filmen können komplexe Situationen gut dargestellt werden. Darüber hinaus können Filme wiederholt abgespielt werden, Szenen erneut betrachtet werden. Nicht zuletzt sprechen Filme durch die Verwendung von Bildern, Sprache und häufig auch Musik unterschiedliche Ebenen an. Visuelle Reize werden anders verarbeitet als auditive oder verbale Informationen. Dadurch soll die Behaltenswahrscheinlichkeit erhöht werden (Nieding et al. 2015). Menschen werden zudem nicht nur kognitiv sondern auch emotional angesprochen. Neben „Fachfilmen“

(C) kentoh

eignen sich auch Spielfilme oder TV-Dokumentationen für den Einsatz in der Patientenedukation.

Das im Folgenden vorgestellte Bewertungsschema wurde in erster Linie für „Informationsfilme für Patienten und ihre Angehörigen“ entwickelt. Darunter werden Filme verstanden, die hergestellt wurden, um gezielt Informationen zu vermitteln. Dies schließt beispielsweise Werbefilme ein, Spielfilme jedoch aus (Schieron 2017). Durch die Bewertung anhand objektivierbarer Kriterien, kann die Einschätzung, ob sich ein Film für den Einsatz in der Patienten- und Familienedukation eignet, leichter getroffen werden. Folgende Kriterien, die aus verschiedenen Analyserastern (Stegert 1993; Kuchenbuch 2005; Korte 2010; Kocks et al. 2014) herausgefiltert wurden, erscheinen hilfreich:

1. Kurzangaben (Titel, Herstellungsjahr, Hersteller etc.)
2. Inhalt (Worum geht es?)
3. Wer ist Adressat*in des Films? (Patient*innen, Angehörige etc.)
4. Sind die Informationen fachlich korrekt? (wie authentisch ist das Dargestellte? – soweit einschätzbar)
5. Sind die im Film eingesetzten Mittel verständlich? (Handlungsaufbau nachvollziehbar? Inszenierung verständlich? Bildqualität in Ordnung? Ton verständlich oder ablenkend –Musik?)
6. Welche Aussageabsicht/Botschaft/Grundhaltung hat der Film? (alltagsunterstützend? expertenorientiert? ressourcenorentiert? etc. / ist die Intention der Herstellenden – z.B. Information? Werbung? - klar und deutlich oder eher versteckt?)
7. Werden Wege aufgezeigt? (Wie geht es nach dem Anschauen weiter?)
8. Abschließende Bewertung (Geeignet? Wenn ja: generell oder für bestimmte Situationen?)

Bei den hier vorgesellten Kriterien handelt es sich nicht um eine abschließende oder endgültige Aufstellung. Vielmehr ist der dargestellte Bewertungskatalog ein Versuch, in der Patienten- und Familienedukation Tätige bei der Auswahl von angebotenen Filmen zu unterstützen.

Literatur:

Büker, C. & Sunder, N. (2017): Patientenedukation per Mouse Click - Onlineberatung als neue Aufgabe für die Pflege. IN: Sektion BIS: Beraten, Informieren, Schulen. Ausgewählte Beiträge der Sektionsarbeit. Sonderheft der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. Duisburg. S. 44 – 56.

Kocks, A. / Abt-Zegelin, A. (2014). Informationsfilme für Patienten und Angehörige. IN: Padua 9 (4), 244-247

Köpke S./Meyer G. (2011): Vom „Schweigegelübde“ in der Pflege. „Das darf ich Ihnen nicht sagen, fragen Sie den Arzt!“ IN: Pflegezeitschrift: Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 64(5): S. 307

Korte, H. (2010). Einführung in die systematische Filmanalyse. 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt

Kuchenbuch, T. (2005). Filmanalyse – Theorien. Methoden. Kritik. Wien, Köln, Weimar: Böhlau

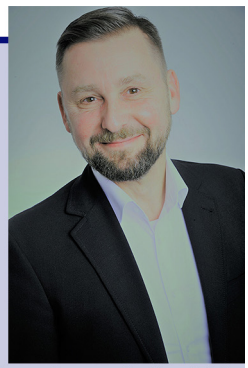
Nieding, G. / Ohler, P. / Rey, G.D. (2015). Lernen mit Medien. Paderborn: Schöningh

Schieron, M. (2017). Beurteilungskriterien für den Einsatz von Informationsfilmen in der pflegebezogenen Edukation – eine Diskussionsgrundlage. IN: Sektion BIS: Beraten, Informieren, Schulen. Ausgewählte Beiträge der Sektionsarbeit. Sonderheft der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. Duisburg., S 35-43

Segmüller, T. (Hrsg./2015): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege - Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung, Mabuse Verlag, Frankfurt

Stegert, G. (1993). Filme rezensieren in Presse, Radio und Fernsehen. München: TR-Verlagsunion

Autor



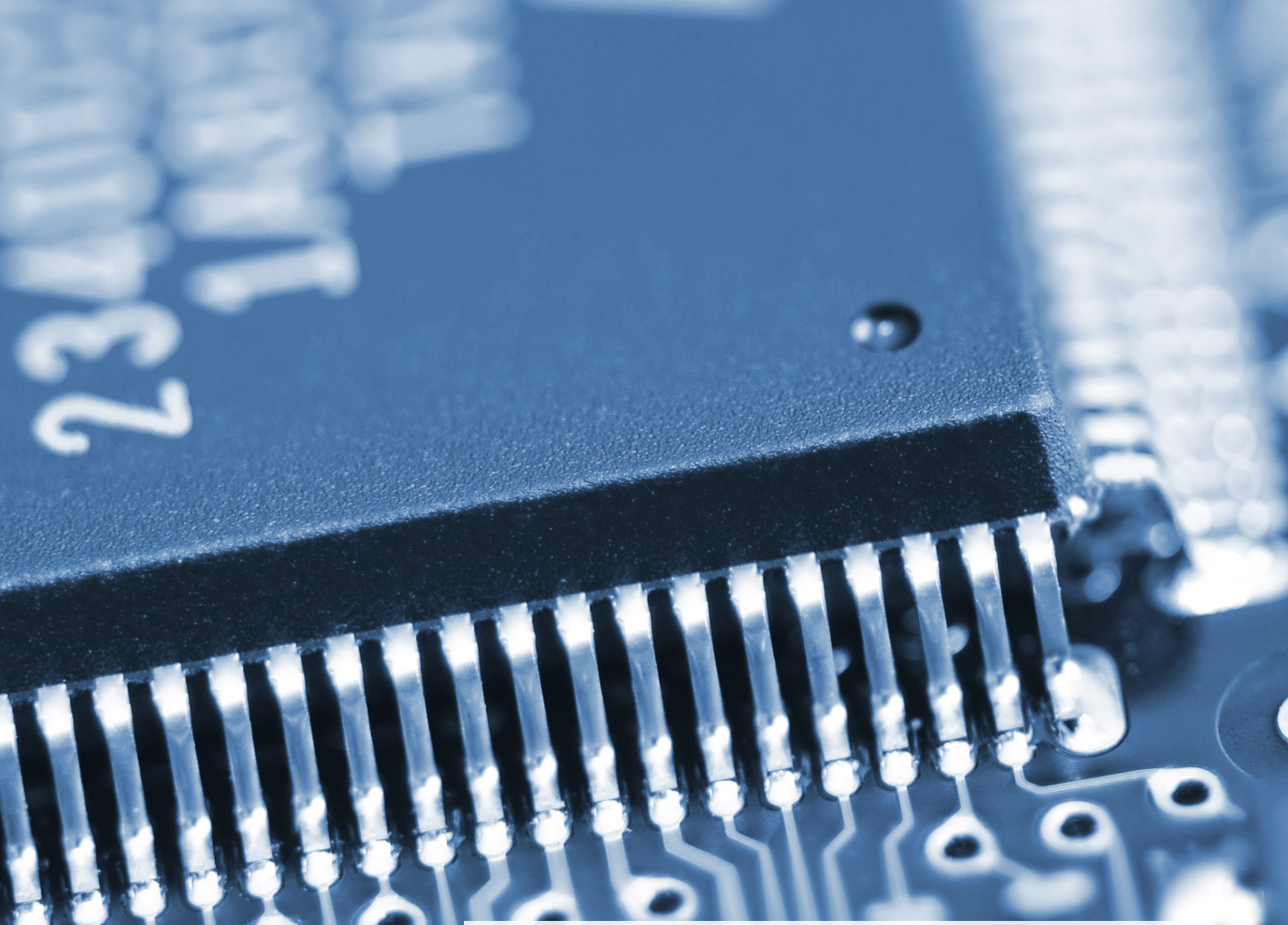
Martin Schieron
Gesundheits- und Krankenpfleger; Diplom-Pflegewissenschaftler (FH); Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit, Bochum

martin.schieron@hs-gesundheit.de

Autorin

Prof.in Dr.in Tanja Segmüller
Gesundheits- und Krankenpflegerin; Pflegewissenschaftlerin (MScN, BScN); Professorin für Alterswissenschaften, Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit, Bochum; Arbeitsschwerpunkte: Pflegende Angehörige, Gesundheitsversorgung älterer & pflegebedürftiger Menschen im Quartier, Patientenedukation

tanja.segmueller@hs-gesundheit.de



Corona – eine Chance zur Professionalisierung der Altenpflege durch Digitalisierung

War das Selbstverständnis der Pflege bisher auf eine die Ärzte unterstützende Dienstleistung ausgerichtet, so wurde in den letzten Wochen durch die „Corona-Krise“ ein Aspekt besonders in den Vordergrund gestellt: Die Hygiene. Wie kann ein mehr an Hygiene in allen Bereichen der Pflege Eingang finden? - in einen Arbeitsbereich, in dem Hygiene nicht nur im Bereich der Wundversorgung ohnehin einen sehr hohen Stellenwert hat. Es gilt derzeit nicht nur die Tröpfcheninfektion zu vermeiden, sondern auch Berührungen tunlichst zu reduzieren. Eine aufwändige Schutzausrüstung vom Mundschutz bis zu den Handschuhen und bis hin zum Besuchsverbot in Alten- und Pflegeheimen sind die sichtbaren Merkmale dieser Wochen. Insgesamt bietet diese schwierige Lage der Branche eine große Chance zur Professionalisierung der Pflege und zu einem neuen Selbstverständnis neben der (Alten-)Pflege in einem Krankenhaus.

Prozessorganisation weist den Weg …

Mit der klassischen Arbeitsweise in der mobilen und stationären Altenbetreuung und -pflege wird es schwierig, trotz viel persönlichem und oft aufopferndem Einsatz des Pflegepersonals in Zeiten eines ansteckenden Virus ein Minimum an persönlichen Kontakten zu realisieren. Wenn dann auch noch ein humanistisches Menschenbild dahinter gestellt wird, wird die Herausforderung an die Dienstleistungsorganisation noch greifbarer. Es entsteht die Anforderung nach Minimierung des persönlichen, physischen Kontakts für das Pflegepersonal insbesondere bei „Hochrisiko"-PatientInnen (= HeimbewohnerInnen und KlientInnen der mobilen Altenbetreuung), gleichzeitig soll es auch die Möglichkeit des Kontakts mit Angehörigen bzw. guten Bekannten geben. Eine Aufgabe, die mit den vorhandenen organisatorischen Möglichkeiten nur schwer zu bewältigen ist – von ehrenamtlich tätigen Personen noch abgesehen. Wenn dann noch ein Mangel an Pflegekräften – möglicherweise ein Zeichen für wenig attraktive Arbeitsbedingungen - dazu kommt, so bietet sich als Ausweg eine Professionalisierung im Bereich der Ausstattung, gleichzeitig die Qualifizierung der MitarbeiterInnen sowie das Entwickeln von neuen Formen der Arbeitsorganisation an.

Die Möglichkeiten der Digitalisierung als Unterstützung nützen

Nachfolgend soll an fünf Beispielen dargestellt werden, wie technologische Entwicklungen für den Bereich der Altenbetreuung nutzbar gemacht werden und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen der MitarbeiterInnen sowie die Lebensbedingungen der HeimbewohnerInnen und die Lebenssituation der mobil versorgten KlientInnen wesentlich verbessern können. Gleichzeitig können die neuen Anforderungen im Zuge der Corona-Pandemie wesentlich besser erfüllt werden:

Digitale Datenübertragung:
Beginnen wir bei der Anmeldung von neuen KlientInnen. Die digitale Anmeldung macht es möglich, dass alle Unterlagen für das erste Gespräch bereits hochgeladen und ein Antrag digital gestellt wurde. Die Medikation kann ebenso Online in die Apotheke und das Blisterzentrum übertragen werden. Dauermedikation konnte telefonisch beim Arzt angefordert und in der Apotheke abgeholt werden. Auch Vitalwerte können von Sportlern von der Armbanduhr auf den PC oder Laptop übertragen werden, so müsste dies auch für die Pflegedokumentation gelten. Auch eine neue Form von Alarmsystemen wird dadurch möglich und entlastet damit die ohnehin raren Pflegekräfte. Im Sinne des Prozessmanagements wird schließlich eine Überweisung in ein Krankenhaus digital unterstützt werden.

Online-Kommunikation:
In Corona-Zeiten waren Video-Konferenzen in der Arbeitswelt ganz schnell möglich, findige IT-Firmen boten den Ärzten an, mit ihren PatientInnen online zu kommunizieren, ebenso stellten Schulen auf Online-Unterricht um. Dies sollte auch für die stationäre und mobile Altenbetreuung möglich sein.

Pflegedokumentation:
In der BRD laufen bereits große Projekte zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – bereits in der Software eingearbeitet. Zudem wird mobile IT wird zunehmend auch von Pflegediensten eingesetzt – auch um Vitaldaten tunlichst elektronisch zu sammeln und so das Pflegepersonal zu entlasten. Auch über eine Weiterentwicklung der Pflegedokumentation über virtuell reality darf bereits nachgedacht werden.

Unterstützungprozesse
in der stationären Altenbetreuung wie etwa die Essens- und Wäscheversorgung können logistisch optimiert und digital unterstützt werden - mit wenig Personenkontakt. Dies gilt auch für alle anderen Dienstleister von der Versorgung mit Inkontinenzmaterial bis hin zu Pflegeprodukten. In der mobilen Altenbetreuung wird auf Grund der abnehmenden Mobilität die Anforderung stetig höher, dass die Dienstleistung vermehrt zum Kunden kommt - vom täglichen Einkauf bis zum Friseur.

Kommunikation der BewohnerInnen/KlientInnen:
Durch die (dann) vorhandene IT-Infrastruktur können die Angehörigen und Bekannte leichter mit den HeimbewohnerInnen oder mobil versorgten KlientInnen in Kontakt treten. Möglichkeiten zur Verminderung der zunehmenden Einsamkeit der älteren, zunehmend immobilen Personen sind auch außerhalb der Kranken-/Altenpflege und -betreuung regional im Umfeld der KlientInnen zu entwickeln.

Mit den oben dargestellten Möglichkeiten der digitalen Unterstützung der stationären und mobilen Altenbetreuung rückt nicht nur eine gesetzesmäßig schon definierte Professionalisierung der Pflege in greifbare Nähe, sondern auch eine Attraktivierung der Pflegeberufe – verbunden mit einer Ent-

lastung des Pflegepersonals von nicht wertschöpfenden Arbeiten. Gleichzeitig können damit auch die hygienischen Anforderungen im Zuge von Corona wesentlich besser erfüllt werden – begleitet im Sinne des Risikomanagements vom Einbau der Anforderungen einer Pandemie in die jeweiligen Ausbildungen.

Ausblick

Wenn nun das Argument kommt, dass dafür keine finanziellen Mittel vorhanden sind, so kann zunächst damit argumentiert werden, dass in den letzten Jahren im Pflegebereich Sparmaßnahmen an der Tagesordnung waren und Neuerungen nur in sehr geringem Ausmaß flächendeckend eingeführt wurden/werden konnten. Trotzdem gilt es die zukünftigen Anforderungen an die sozialen Dienstleister zu identifizieren und lösungsorientiert zu bearbeiten – ein Investitionsprogramm für die Sozialwirtschaft bietet sich an. An die nähere Zukunft gedacht lässt sich zudem sagen, dass die stationäre Altenbetreuung zunehmend den Charakter einer Spezialkrankenanstalt (Stichwort: kontinuierlich steigende Pflegestufen) annehmen wird, wobei schon jetzt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von neuen HeimbewohnerInnen im Durchschnitt unter 12 Monate sinkt. Die mobile Altenbetreuung wird damit über die derzeitige Form der mobilen Betreuung hinausgehen müssen, in dem sie auch Dienstleistungen des täglichen Bedarfs zu den KlientInnen bringen wird (müssen). Eine Weiterentwicklung der mobilen Altenbetreuung etwa in Richtung von „Community Nurses“ zeigt dabei einen interessanten Weg auf. Dies sollte auch eine Chance für die Entwicklung der regionalen Wirtschaft über elektronische Plattformen (analoge und regionale Präsenz) sein können.

Autor

Prof. Dr. Paul Brandl

FH-Prof. Dr. Paul Brandl lehrt an der FH Oberösterreich Campus Linz, Department Gesundheits-, Sozial- und Public Management in den Bereichen Organisation und Qualitätsmanagement sowie an der Evangelischen Hochschule Nürnberg

Seine Forschungsinteressen gelten dem benchmark- und prozessbasierten Prozessmanagement sowie moderner Dienstleistungsentwicklung wie etwa dem Service Design und dem prozessbasierten Qualitätsmanagement.

Esther Matolycz, Helga Haselmayer

Unterstützung bei der Basisversorgung

Ein Lehr- und Praxisbuch für Sozial- und Behindertenbetreuung und Heimhilfe

facultas 2020, 3., überarbeitete Auflage
220 Seiten, manual, broschiert
EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP
ISBN 978-3-7089-1809-9

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Seminar

Begutachtungen im Geriatrischen Gesundheitsbereich

16. und 17. Oktober 2020 | 14.00–19.00 Uhr und 9.15–13.45 Uhr

Inhalte: Pflegegeldeinstufung, Erwachsenenschutzgesetz (vormals Sachwalterschaftsgesetz), Geriatrisches Assessment, Vorsorgevollmacht, Heimaufenthaltsgesetz, Bundesbehindertengesetz.

Zielgruppe: Speziell für Ärzt*innen sowie Angehörige gehobener Krankenpflegeberufe und anderer Gesundheits- und Sozialberufe.

Umfang: 9 Unterrichtseinheiten

Teilnahmegebühr: EUR 380,–

Studienort: Haus der Barmherzigkeit, Seeböckgasse 30a, 1160 Wien HAUS DER BARMHERZIGKEIT

Donau-Universität Krems. Zentrum für Geriatrische Medizin und Geriatrische Pflege.
Maria Walluch, maria.walluch@donau-uni.ac.at, Tel: +43 (0)2732 893-2815

www.donau-uni.ac.at/begutachtunggeriatrie

Machen Sie sich selbst ein Bild!

Herausgeber: Donau-Universität Krems; Foto: Adobe Stock; Druck: 07/2020

(C) auremar

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Pflegeberufen in Österreich

Bericht einer Adhoc Erhebung in einer Social-Media-Gruppe, März 2020

Hintergrund

Im Rahmen der Covid19-Pandemie werden in Österreich Zivildiener eingesetzt, um die Pflegeberufe (PA, PFA, DGKP) von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu entlasten. Dies wirft die Frage auf, ob die Pflegeberufe tatsächlich so viele dieser Tätigkeiten übernehmen, da sie grundsätzlich nicht Teil ihres Aufgabenprofils sind.

Methode

Anhand einer Onlineumfrage wurde in einer Social-Media-Gruppe für Pflegekräften erhoben, ob und welche hauswirtschaftlichen Tätigkeiten von Pflegeberufen durchgeführt werden. Die FSBA wurden aufgrund ihrer integrierten Ausbildung zur PA den Pflegeberufen zugerechnet. 326 Personen aus allen Berufsgruppen und aus verschiedenen Settings haben teilgenommen.

Ergebnisse

Von den Befragten werden viele hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernommen. Je nach Berufsgruppe variiert Häufigkeit und Art der Tätigkeit. Die Top 3 sind bei den PA Betten machen (88,3%), Essen austeilen und abservieren (85%) und Teeküche betreuen (81,7%). Bei den PFA werden Wäschewägen/Kästen auffüllen (86,7%), Betten machen (80%) und Schmutzwäsche leeren, reinigen und auffüllen (73,3%) am häu-

figsten durchgeführt. DGKP machen häufig Betten (64,4%), teilen Essen aus und sammeln es ein (59,1%) und bestellen Materialien (56,9%). Die Gruppe der FSBA übernimmt häufig das Essen austeilen/einsammeln (88,9%), macht Betten (83,3%) und betreut Teeküchen (77,8%).

Diskussion
Theoretisch sollten hauswirtschaftliche Tätigkeiten zu 0% von Pflegekräften übernommen werden. Tatsächlich werden sie es aber in hohem Ausmaß, was vor dem Hintergrund des Personalmangels als ineffizient gesehen wird. Auch zur Attraktivierung des Pflegeberufes ist es nicht unterstützend, dass die Pflege weiterhin das „Mädchen für alles" ist.

Schlüsselwörter
Grade-Mix, Pflegeberufe, Hauswirtschaft, Professionalisierung

Hintergrund
Die Pflegeberufe in Österreich [1] stehen vor zwei großen Herausforderungen: zum einen bringen die demographischen Strukturen veränderte Anforderungen an Fachwissen und Expertise mit sich. Dem gegenüber stehen Prognosen, wonach bis zum Jahr 2030 rund 75.700 Pflegepersonen fehlen werden, um die Pflege der Bevölkerung gewährleisten zu können (Rappold/Juraszovich 2019). Benötigt werden also kompetente Pflegepersonen - und davon möglichst viele.

Im Sinne eines effizienten Personalmanagements gilt, Fachkräfte gemäß ihrer Qualifikation einzusetzen. So sollen Pflege-, Betreuungs- und Hilfskräfte jeweils die Aufgaben übernehmen, für die sie ausgebildet wurden (Grade-Mix). Im Bereich der PA, PFA und DGKP sind das jene Tätigkeiten, die im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt sind (GuKG 1997 §13-16; §83/83a). Der Kompetenzbereich der Sozialbetreuungsberufe ist durch eine Art.15a B-VG Bund-Länder-Vereinbarung (2005) festgelegt.

Ein Meilenstein in der Umsetzung eines ressourcenschonenden Personaleinsatzes stellt die GuKG-Novelle 2016 dar. Diese hatte unter anderem „eine zeitgemäße Gestaltung und Aufwertung des Berufsbilds und Tätigkeitsbereichs" zum Ziel (GuKG-Novelle 2016, Erl. RV 1194, S. 1). Die Novelle wird derzeit im Auftrag des BMSGPK evaluiert: auch der Grade-Mix wird hier beleuchtet (Pleschberger/Holzweber 2019).

In dieser Arbeit wird ein Aspekt der GuKG-Novelle näher betrachtet. In der alten Fassung fand sich der Tätigkeitsbereich der Pflegehelfer/-innen (jetzt: Pflegeassistenz) wie folgt beschrieben: „Der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe umfaßt [sic!] 1. die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen gemäß Abs. 2 und 3 und 2. Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen gemäß Abs. 4 einschließlich der sozialen Betreuung der Patienten oder Klienten und der Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten." (GuKG 1997 §84 (1) – a. F.).

Wird dem die geltende Fassung gegenübergestellt (GuKG-Novelle 2016, RV Textgegenüberstellung 1194), zeigt sich, dass die taxative Aufzählung um hauswirtschaftliche Tätigkeiten bereinigt wurde. Auch die Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen fiel weg (GuKG 1997 §84 (3) 7. – a. F.). Die zusätzliche Betrachtung des Qualifikationsprofils der PA und PFA bzw. dessen inhaltlicher Konkretisierung (PA-Berufe Ausbildungsverordnung, Anlage 4/5, 2016; Pfabigan/Rottenhofer 2017) listet ebenfalls keine dieser Tätigkeiten auf. Für den gehobenen Dienst war/ist in keiner der Fassungen Hauswirtschaft vorgesehen.

Die Praxis stellt sich allerdings anders dar. Dazu drei plakative Beispiele aus den vergangenen Monaten: Aufgrund von Personalmangel wurde das Pflegeteam einer Krankenhausstation gebeten, einen Abteilungshelferdienst zu übernehmen. Eine DGKP hat sich gemeldet (diese Person hätte durch die spezielle Gruppeneinteilung im Rahmen der SARS-CoVid2-Pandemie Minusstunden gemacht und sah diesen Dienst als Möglichkeit, das zu verhindern). Mein Gedanke dazu: warum wurde das Pflegeteam gefragt? Warum werden nicht Physiotherapeutinnen oder Diätologen gefragt? Es erschließt sich mir nicht. Denn Abteilungshilfe ist genau so wenig der Aufgabenbereich der Pflege wie jener der Physiotherapie oder Diätologie.

Im zweiten Beispiel wurde auf Social Media von Betroffenen darüber berichtet, dass PA und DGKP in der HKP ganze Heimhilfetouren übernehmen. Auf meinen Hinweis, dass ich das für sehr unökonomisch halte, wurde wie folgt reagiert: ich als DGKP sei mir eben „zu fein", wenn ich solche Touren ablehne. Besonders erstaunlich empfand ich, dass diese Äußerung von einer Pflegedienstleitung kam. Denn kompetenzorientierter Einsatz gestaltet sich schwierig, wenn die jeweilige Führungskraft selbst die Meinung vertritt, die DGKP wären für alles einsetzbar.

Das dritte Beispiel stammt aus meinem persönlichen Umfeld: drei unterschiedliche, stationäre Lang-

zeitpflegeeinrichtungen von zwei verschiedenen Trägern. Zweimal im Jahr ist/war es hier üblich, dass die Wohnungen der Bewohner/-innen von FSBA geputzt werden. Dies umfasst insbesondere das Ab- und Herauswischen der Möbel mit Entfernung von diversen gehorteten/versteckten Speiseresten. In einem Haus wird zudem das Abnehmen und Waschen der Vorhänge von den FSBA durchgeführt. In Zahlen gefasst reinigt ein/-e FSBA zwei bis vier Zimmer. Es muss dabei stets bedacht werden, dass diese Zeit in der Betreuung der Bewohner/-innen fehlt. Bei einem dieser Träger wurde mittlerweile zusätzliches Hilfspersonal eingestellt, das diese und andere hauswirtschaftliche Tätigkeiten nun übernimmt.

Fragestellung und Methode

Um einen Überblick zu bekommen, ob die Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durch die Pflege tatsächlich ein verbreiteter Umstand ist, wurde eine Umfrage in einer Gruppe auf Facebook („connected nurses – Pflegekräfte Europas vereinigt euch“) durchgeführt. Via Onlinetool wurde folgende Frage gestellt: „Übernehmen Sie in Ihrem Arbeitsalltag hauswirtschaftliche Tätigkeiten?“. Beruf und Setting der Berufsausübung müssen verpflichtend ausgewählt werden. Es folgt eine Matrix mit einer demonstrativen Auflistung von Tätigkeiten, welche anhand einer vierstufigen Skala nach Häufigkeit bewertet werden (1 = ja, in jedem Dienst; 2 = ja, in vielen Diensten (z.B. jede Woche); 3 = ja, aber selten / in Ausnahmefällen; 4 = nein). Zusätzlich besteht die Möglichkeit, beliebig viele Tätigkeiten hinzuzufügen und diese nach o.g. Schema zu bewerten. Abschließend steht auch ein Textfeld für eigene Anmerkungen zur Verfügung.

Tätigkeit	PA	FSBA	PFA	DGKP
Betten machen	95,00%	94,40%	86,70%	84,60%
Betten putzen	91,70%	100,00%	66,70%	69,50%
Essen austeilen/einsammeln	88,30%	94,40%	86,70%	76,30%
Frühstück vorbereiten	81,70%	83,30%	66,70%	73,80%
Material bestellen	55,00%	66,70%	73,30%	75,00%
Materiallieferung einräumen	71,70%	83,30%	66,70%	70,70%
Mistkübel leeren	73,30%	66,70%	33,30%	42,50%
Pflegebehelfe reinigen	93,30%	83,30%	73,30%	69,50%
Schmutzwäsche leeren, reinigen, neu auffüllen	71,70%	77,80%	80,00%	57,80%
Teeküche betreuen	91,70%	77,80%	86,70%	78,90%
Wäschelieferung einräumen	68,30%	83,30%	53,30%	38,80%
Wäschewägen/Kästen auffüllen	83,20%	72,20%	86,70%	56,50%
Zimmer putzen	50,00%	66,70%	33,30%	32,20%
Zimmerteile putzen	81,70%	83,30%	66,70%	64,80%

Tabelle 1: Tätigkeiten, die (auch in Ausnahmefällen) durchgeführt werden; n=326

Ergebnisse

Insgesamt haben sich 326 Personen (n = 326) an der Umfrage, die Ende März 2020 für sieben Tage gelaufen ist, beteiligt. Aus den Freitextfeldern geht hervor, dass eine Person Angehörige der Berufsgruppe Heimhilfe ist, welche nicht Zielgruppe der Befragung war [2]. Im Abgleich mit den Daten aus dem Gesundheitsberuferegister (GBR, https://gbr-public.ehealth.gv.at/) entspricht die Stichprobe 0,21 Prozent aller in Österreich registrierten Pflegekräfte.

Berufsgruppen und Setting

Der Großteil der Befragten kommt aus dem Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (71,5%), gut ein Viertel entstammt der Berufsgruppe der Pflegeassistenzberufe (28,5 %, inkl. FSBA). Wird das Setting betrachtet, zeigt sich für die Pflegeassistenzberufe ein hoher Anteil an in Pflegeheimen Beschäftigten (58%-78%). Die DGKP arbeiten überwiegend im Krankenhaus (58%).

Ergebnisse der Befragung

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, werden hauswirtschaftliche Tätigkeiten von einem Großteil der Befragten durchgeführt. Zu Erinnerungen: diese Tätigkeiten sind jene, die OHNE Patient/-innen oder Bewohner/-innen durchgeführt werden. Diese Tabelle umfasst zwar auch Ausnahmesituationen, dennoch stellt sich die Frage, inwieweit Betten putzen, Essen einsammeln oder die Leerung der Mistkübel pflegerische Fachkompetenz erfordert, sodass dies in Ausnahmesituationen von Pflegekräften durchgeführt wird.

Bei Betrachtung nach Berufsgruppen und nur in den Kategorien „in jedem Dienst“ bzw. „in vielen Diensten“ (Tabelle 2) zeigt sich ein etwas verändertes Bild: zwar übernehmen DGKP häufig hauswirtschaftliche Tätigkeiten, bei PA und FSBA fallen diese aber deutlich häufiger an.

Tätigkeiten	PA	FSBA	PFA	DGKP
Betten machen	88,30%	83,30%	80,00%	64,40%
Betten putzen	66,70%	61,10%	53,30%	45,10%
Essen austeilen/einsammeln	85,00%	88,90%	66,70%	59,10%
Frühstück vorbereiten	70,00%	72,20%	40,00%	49,40%
Material bestellen	43,30%	61,10%	53,30%	56,90%
Materiallieferung einräumen	51,70%	44,40%	53,30%	47,80%
Mistkübel leeren	55,00%	44,50%	26,70%	25,80%
Pflegebehelfe reinigen	75,00%	72,20%	60,00%	45,10%
Schmutzwäsche leeren, reinigen, neu auffüllen	58,30%	66,70%	73,30%	40,50%
Teeküche betreuen	81,70%	77,80%	66,70%	55,60%

Tabelle 2: Tätigkeiten, die in jedem Dienst/in vielen Diensten durchgeführt werden; n=326

Ergebnisse aus den Freitexten
Der Fragebogen beinhaltet die Möglichkeit, eigene Items zu ergänzen. Dies wurde von 36 Teilnehmer/-innen genutzt. Die Ergänzungen werden hier zusammengefasst.

Die Pflegeassistenzberufe nannten folgende Tätigkeiten: Einkaufsdienste, Post/Zeitung austeilen, Taschengeldausgabe, Reinigung des Stützpunktes und der Diensthandys, Transportdienste, Schmutzwäsche einsammeln, Essbesteck einsammeln und abwaschen. Von den DGKP wurden vor allem Reinigungstätigkeiten ergänzt (Stützpunkt, Arbeitsflächen, Geräte, Badezimmer, Teeküche, Legionellenspülung), ebenso wie Müllentsorgung, Einkaufstätigkeiten, Blumengießen, Hol- und Bringdienste, Essensbestellung, Versperren und Kontrolle aller Eingangstüren und Post holen.

Zusammenfassung der
Ergebnisse und Conclusio
Aus dieser Befragung geht hervor, dass haushälterische Tätigkeiten nach wie vor einen Bereich darstellen, der von der Pflege in hohem Ausmaß abgedeckt wird. Vor allem die Pflegeassistenzberufe übernehmen viele dieser Tätigkeit sehr häufig. Interessant wäre auch noch eine Analyse der einzelnen Gruppen nach Setting; diese erfolgt vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt.

Diskussion

Die Ergebnisse der Umfrage bekräftigen die Annahme, dass viele Tätigkeiten aus dem Bereich der Hauswirtschaft nach wie vor von den Pflegeberufen übernommen werden. Das ist auf mehreren Ebenen nicht zielführend:

Beklagt und prognostiziert wird einerseits der Mangel an Fachkräften in der Pflege. Führt man sich nun vor Augen, dass in dieser Stichprobe zwischen 55 Prozent (DGKP) und 81 Prozent (PA) dieser Fachkräfte Teile der Arbeitszeit mit der Betreuung von Teeküchen verbringen, stellt sich durchaus die Frage, ob das Personal hier seiner Ausbildung entsprechend eingesetzt wird. Denn theoretisch sollen die meisten dieser Tätigkeiten zu null Prozent von Pflegekräften durchgeführt werden. Je nach Setting gibt es andere Berufsgruppen, die hier einzusetzen sind. Im stationären Bereich sind das häufig sogenannte Abteilungshelfer/-innen und Zivildiener, in der HKP die Heimhilfe und Haushaltshilfe.

Weiters befindet sich die Pflege in Österreich auf dem Weg zur Professionalisierung. Sie möchte als eigenständige Profession wahrgenommen werden. Sie möchte inhaltlich fundiert und autonom handeln (vgl. auch Cassier-Woidasky 2009). Sie legt Wert darauf, von der Personenbetreuung abgegrenzt zu werden (was durch die häufige, irreführende Bezeichnung dieser unausgebildeten Betreuer/-innen durch Medien und Politik als „24-Stunden-Pflege“ zusätzlich erschwert wird). Die Pflege: ein Beruf, in dem die Fachkraft anwaltschaftlich für ihre Patientinnen und Klienten handelt und deren Interessen gegenüber den Mediziner/-innen und anderen vertritt. Die Bedürfnisse und Schmerzen erkennt, wenn der/die Betroffene sie nicht mehr auf die übliche Weise äußern kann. Der Beruf, der Familien in Krankheit und Trauer begleitet. Der Beruf, der durch Interaktionsarbeit und Beziehungsgestaltung hilft, Krisen und komplexe Situationen zu bewältigen. Der durch Gesundheitsförderung die Lebensqualität der Menschen verbessert/aufrecht zu erhalten versucht. Für all diese Kernkompetenzen der Pflege bleibt jedoch keine Zeit, wenn die Fachkräfte damit beschäftigt sind, hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchzuführen. Zusätzlich vermittelt das der Gesellschaft ein falsches Bild von den Aufgabenfeldern des Berufs.

Die bereits erwähnte, rezent publizierte Personal-Bedarfsprognose des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Rappold/Juraszovich 2019) ist eine von vielen Publikationen, die empfiehlt, das Personal kompetenzorientiert einzusetzen - z.B. durch die Beschäftigung von Hilfspersonal in

der Hauswirtschaft. Praxis ist aber häufig, dass zwischen den Berufsgruppen ein Teamgefühl herrscht, in dem sich jeder für alles zuständig fühlt. Dieses Teamgefühl ist erstrebenswert und wichtig – dennoch ist es essentiell, dass jede/-r die Aufgaben übernimmt, für die er/sie ausgebildet wurde und per Gesetz zuständig ist. Das beugt sowohl Unter- als auch Überforderung vor und steigert die Jobzufriedenheit (Freiling/Gottwald 2012; Kämmer 2015). Es ist Aufgabe der Führungskräfte, dafür zu sorgen, dass jede/-r im eigenen Handlungsspielraum tätig ist und gleichermaßen ist es Aufgabe jeder/jedes Einzelnen, seinen Kompetenzbereich zu kennen und auch Tätigkeiten abzulehnen. Dies eignet sich nicht nur zur Effizienzsteigerung, sondern unterstützt auch die Attraktivität der Pflegeberufe sowie die nachhaltige Personalbindung.

Es geht dabei nicht darum, pauschal gewisse Aufgaben abzulehnen – wird morgens ein Bewohner bei der Körperpflege unterstützt, ist es naheliegend, dass bei Bedarf sein Bett gemacht wird, während er sich z.B. den Bart rasiert – egal, welche Berufsgruppe tätig ist. Auch gibt es andere Tätigkeiten in der Hauswirtschaft, die im Sinne der Ressourcenförderung zusammen von Fachkraft und Klient/-in durchgeführt werden können, z. B. Einkaufen gehen in der psychiatrischen Pflege. Es bedarf hier einer Prüfung der Umstände. Als Haushaltskraft ausgenutzt werden soll eine Fachkraft aber nicht.

Um den Herausforderungen der Zukunft entgegenzuwirken, ist ein optimierter Grade-Mix eine zentrale Stellschraube. Das verfügbare Personal ist in den Bereichen einzusetzen, wofür es ausgebildet wurde. Warum das überhaupt diskutiert werden muss, sei dahingestellt: in anderen Bereichen ist es selbstredend, dass jeder Beruf in seinem Kompetenzbereich arbeitet. So führt die Frisörin bei ihrer Kundin nicht die Fußpflege durch, während die Haarfarbe einwirkt. Der mobile Ernährungsberater räumt während des Hausbesuchs keine Geschirrspüler aus. Auch die Schulpsychologin bietet keine Mathematik-Nachhilfe während ihrer Therapiesitzung an. Der Arzt putzt nicht das Bett seiner Patienten, nur weil er eben grad im Zimmer ist. Es geht in keinster Weise darum, Tätigkeiten zu schmälern oder nach Wichtigkeit zu priorisieren – alle Berufsgruppen haben ihre Relevanz und sind versorgungswirksam. Gleichermaßen haben auch alle ihren Tätigkeitsbereich, und jener der professionellen Pflege liegt nicht in der Hauswirtschaft. Zusammenhelfen und in Ausnahmefällen auch auszuhel-

(C) motortion

fen ist selbstverständlich – eine gewisse Regelmäßigkeit jedoch nicht. Wird diese von der Führung gefordert, stellt das lediglich eine weitere Einsparungsmaßnahme auf dem Rücken der Pflege und der Versorgungsqualität dar. Der Teufelskreis schließt sich dann, wenn die Pflege selbst weiterhin alle Tätigkeiten schweigend übernimmt, nach dem Motto „da brech ich mir ja keinen Zacken aus der Krone“ und „das haben wir ja immer schon gemacht“.

Abschließend bleibt zu hoffen, dass sich sowohl die Fachkräfte selbst, als auch deren Führungskräfte, Organisationen und Entscheidungsträger zunehmend bewusster über die Rolle und den Stellenwert der Pflegeberufe werden. Momentan sehr präsent, wird beides nach Covid19 wohl schnell wieder vergessen sein.

Literatur

Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2009): Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47 – Zur Kritik schwarz-gelber Gesundheitspolitik. Argument Verlag

Freiling, Thomas; Gottwald, Mario (2012): Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen – Personalpolitik demografieorientiert gestalten. S. 261- In: In: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hg.) (2012): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

GuKG-Novelle 2016 (2016): 1194 der Beilagen XXV. GP - Regierungsvorlage – Erläuterungen. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_01194/fname_538959.pdf, abgerufen 1.4.2020

GuKG-Novelle 2016 (2016): Beilagen XXV. GP – Regierungsvorlage – Textgegenüberstellung. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_01194/imfname_538960.pdf, abgerufen 1.4.2020

Kämmer, Karla (Hg.) (2015): Personalentwicklung. Von wertschätzender Haltung zu wertschöpfender Entwicklung. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover

Pfabigan, Doris; Rottenhofer, Ingrid (2017): Inhalte der Ausbildung für Pflegeassistenzberufe. 3. Version. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2019): Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Gesundheit Österreich, Wien

Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.

RIS – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997): https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026, abgerufen am 1.4.2020

RIS - Pflegeassistenzberufe-Ausbildungsverordnung (2016): https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009672, abgerufen am 1.4.2020

RIS – Sozialbetreuungsberufe (Bund – Länder) (2005): https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004121, abgerufen am 1.4.2020

Zeit im Bild 1 (ZIB 1) (2020): Pressekonferenz vom 24.3. 2020. Beitrag FBM Elisabeth Köstinger

Fußnote

[1] Pflegeassistenz - PA, Pflegefachassistenz - PFA, Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – DGKP (GuKG 1997 §1). Eine weitere relevante Berufsgruppe in dieser Arbeit ist die Fachsozialbetreuung Schwerpunkt Altenarbeit (FSBA). Diese hat die Ausbildung zur PA inkludiert

[2] Diese eine Person wird in der Darstellung vernachlässigt (also mitgezählt), da das Auswertungsprogramm keinen Ausschluss einer Teilnehmerin zulässt und alle Zahlen manuell korrigiert werden müssten. Das Ergebnis wird dadurch nicht nennenswert beeinflusst.

Autorin

Alice Edtmayer, BScN, MSc

Bachelor- und Masterstudium Pflegewissenschaften, Zertifizierung zur Pflegegeldeinstufung,Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin in der geriatrischen Langzeitpflege. Seit 2019 Junior Health Expert im nationalen Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen in Österreich (GÖG)

(C) Katrin Schützenauer

Pflege Task Force Österreich
5 Fragen an BM Rudolf Anschober

Derzeit gibt es eine Umfrage über den GÖG, was in der Pflege gut und was schlecht gelaufen ist, bzw. welche Lösungsvorschläge hierfür die einzelnen Personen haben. Doch dann war auf einmal alles beendet. Wie geht es nun weiter?

Ich habe gleich nach Amtsantritt eine Dialogtour gestartet, mit dem Ziel Erfahrungen aus der gelebten Praxis zu sammeln. Doch dann kam Corona. Ich werde diesen Dialog jetzt wieder aufnehmen und mich vom Neusiedlersee bis zum Bodensee mit Pflegerinnen und Pflegern, Managerinnen und Managern von sozialen Einrichtungen, pflegenden Angehörigen und Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, treffen und austauschen.“ Die Dialogtour hat das Ziel, ein Gesamtbild der Ist-Situation zu schaffen und Ideen für die Zukunft zu sammeln, wie eine professionelle, menschenwürdige Pflege in Österreich gelingen kann. Im Anschluss daran werden im Rahmen der Task-Force Pflege die notwendigen Neuerungen erarbeitet, die dann Anfang 2021 in die konkreten Umsetzungen gehen sollen - in einer Zielsteuerungskommission, in der Bund, Länder und Gemeinden erstmals gemeinsam den Bedarf erheben, gemeinsam planen und gemeinsam umsetzen.

Beim digitalen Beteiligungsprozess hat es einen großartigen Rücklauf von mehr als 3.300 ausgefüllten Fragebögen gegeben. Davon 1.196 Rückmeldungen aus Einrichtungen und Institutionen. Hinter den Vorschlägen stehen also ganz viele! Die Rückmeldungen werden nun ausgewertet und die Ergebnisse werden in den Reformprozess einfließen.

Es wurden bereits 100 Personen in die Taskforce eingeladen. Wie setzt sich die Gruppe zusammen?

Die Reform der Pflegevorsorge ist ein großes Anliegen der Bundesregierung. Daher wurde die Einladung zum digitalen Beteiligungsprozess breit bei Betroffenen, ExpertInnen, Berufsgruppen und Angehörigen gestreut, und auch medial mehrfach beworben.

Covid19 hat nun den Fahrplan zur Taskforce einige Monate nach hinten verschoben. Wie sehen die neuen Eckpfeiler bzw. geplanten Meilensteine aus?

Ich werde im September die Corona-bedingt unterbrochene Dialogtour durch die Bundesländer fortsetzen. Danach folgt im Herbst eine Fachveranstaltung mit Arbeitsgruppen, der Endbericht der Task Force Pflege soll mit Ende des Jahres vorliegen.

Ist es so angemacht, dass die Ergebnisse dann wie immer „nur" Empfehlungen für die Bundesländer sind oder wird diesmal eine bundeseinheitliche Lösung angestrebt, die auch dann für die Länder verpflichtend ist?

Das österreichische System der Pflegevorsorge sieht eine Aufteilung der Aufgaben zwischen Bund und Ländern vor. Daher ist im Regierungsprogramm eine Bund-Länder Zielsteuerung verankert, die voraussichtlich im Jahr 2021 ihre Arbeit aufnehmen soll, und auf Grundlage der Ergebnisse der Task Force Pflege Maßnahmen umsetzen soll.

Es gibt viele Länder, die uns in der Weiterentwicklung in der Pflege um Jahre voraus sind. Werden auch ExpertInnen aus dem Ausland hinzugezogen?

Die Fachabteilungen im BMSGPK und in der Gesundheit Österreich stehen immer wieder im Austausch mit ExpertInnen und ForscherInnen aus dem Ausland, und lassen Erkenntnisse und Ergebnisse in die laufende Arbeit soweit als möglich einfließen.

Helga Schloffer, Birgit Stevcic, Daniela Wolf

Erinnerungsschatz „Tiere"

Gedächtnisübungen für Senioren

facultas senior
facultas 2020, 62 Seiten, tw. farbig, broschiert
EUR 16,90 (A) / EUR 16,40 (D) / sFr 20,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1947-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

England 1938 (C) archivist

Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 3

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

Rückkehr aus Großbritannien nach Österreich

Die Flüchtlinge in Großbritannien hatten meist nur eine befristete Aufenthaltsbewilligung und wurden während des Kriegs in Unsicherheit gelassen, ob sie nach dem Krieg dort bleiben und arbeiten könnten. Mit Näherrücken des Kriegsendes warben die österreichischen Exilorganisationen, vor allem das Free Austrian Movement (FAM) und das Austrian Centre, für die Rückkehr nach Österreich und die Hilfe beim Wiederaufbau. Bevorzugt zurückkehren sollten Menschen mit Berufen, die dringend inÖsterreich gebraucht wurden, wozu auch die Krankenschwestern gehörten. Verschiedene Listen mit den Namen rückkehrwilliger ÖsterreicherInnen wurden erstellt.[46]

Einige dieser Listen, die Pflegepersonen betrafen und von der Association of Austrian Nurses and Allied Professions in Great Britain zusammengestellt worden waren, wurden dem österreichischen Ministerium für soziale Verwaltung bzw. der Wiener Magistratsabteilung 17, dem sogenannten Anstaltenamt, übermittelt, entweder direkt oder durch Frances Rowe (?–?), Principal Nursing Adviser bei der Alliierten Kommission für Österreich (Britischer Sektor). Neben der Möglichkeit der Anstellung bzw. Wiederanstellung dieser Pflegepersonen in Österreich strebte Miss Rowe ebenso wie ihre amerikanische Kollegin in der Alliierten Kommission eine Erhöhung des Status des Pflegeberufs in Österreich an. In beiden Ländern war dieser wesentlich höher als hier, und dem österreichischen Ministerium wurde empfohlen, eine Krankenschwester als Hauptreferentin für das Krankenpflegewesen zu

berufen. Mit dieser Empfehlung stießen sie jedoch im Ministerium auf völliges Unverständnis.[47] Es dauerte noch mehr als ein halbes Jahrhundert, bis in Österreich Pflegepersonen in einschlägige Ministerien berufen wurden.

Bereits im Oktober 1945 hatte das FAM für die Organisation der Rückkehr nach Österreich aus verschiedenen Berufsgruppen Delegierte nominiert, darunter Oberin Hanna Katz für die Krankenpflegerinnen und Marie Köstler (1879–1965) für das Fürsorgepersonal.[48] Zunächst war eine Rückkehr jedoch nur in ganz wenigen Sonderfällen möglich. Erst im Juli 1946 erteilte die britische Regierung die offizielle Erlaubnis zur Rückführung österreichischer Flüchtlinge, aber auch dies nur in beschränktem Ausmaß. Begründet wurde dies unter anderem mit der schlechten Lebensmittelversorgung und Wohnungsnot in Österreich, mit mangelnder Transportkapazität und Überlastung der britischen Besatzungsbehörden.

Die Zahl der österreichischen Flüchtlinge, die tatsächlich aus dem Exil in Großbritannien zurückkehrten, war allgemein nicht besonders hoch. Es wird angenommen, dass auch eine Weiterwanderung in andere Länder nicht sehr häufig erfolgt ist und die Mehrzahl in Großbritannien blieb. Die Gründe dafür waren vielfältig: Viele mussten erfahren, dass ihre Angehörigen in Österreich nicht mehr lebten, die Nachkriegssituation in Österreich schreckte sie ab oder sie hatten schon neue persönliche oder berufliche Bindungen aufgebaut. Zusätzlich hat sich Österreich nicht besonders um eine Rückkehr der EmigrantInnen bemüht. All dies dürfte auch für die Pflegepersonen gelten. In einzelnen Fällen setzte sich jedoch der frühere Arbeitgeber für die Rückkehr einer bestimmten Person ein. So ersuchte die Wiener Gebietskrankenkasse am 5. März 1946 das österreichische Bundesministerium für soziale Verwaltung, der seinerzeit bei der Gebietskrankenkasse angestellten Röntgenschwester Hedwig Perlberg eine möglichst rascheRückreise nachÖsterreich zu ermöglichen, da sie dringend gebraucht würde.[49]

Von den bereits zuvor erwähnten 30 emigrierten, in Österreich ausgebildeten Pflegepersonen sind elf nach Wien zurückgekehrt, die anderen sind sicher oder höchstwahrscheinlich im Ausland geblieben. Im Vergleich zu den allgemein angenommenen Zahlen zur Rückkehr aus der Emigration[50] ist dieser Anteil eher hoch, es ist jedoch zu beachten, dass es sich hier um ausgebildete Krankenschwestern handelt, die teilweise schon nahe dem Pensionsalter waren. Bei den Kindern und Jugendlichen, die erst in der Emigration die Pflegeausbildung absolvierten, dürften die Zahlen wesentlich niedriger sein.

Den in Österreich ausgebildeten Pflegepersonen, die 1938 im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen waren, stand nach dem Beamtenüberleitungsgesetz das Recht auf Wiedereinstellung zu. Die Jahre von 1938 bis 1945 wurden ihnen angerechnet. Waren sie inzwischen zu alt oder dienstunfähig geworden, wurde ihre Pensionierung eingeleitet. Im Konkreten ergaben sich jedoch manchmal langwierige Verhandlungen über eine angemessene Einstufung, denn die durch die Unterbrechung verlorenen Karrierechancen waren schwer zu bestimmen. Junge Menschen, die ihre Ausbildung in der Pflege erst in Großbritannien gemacht hatten, standen bei einer Heimkehr nach Österreich vor der Notwendigkeit, ihr Diplom in Österreich anerkennen zu lassen, sofern sie überhaupt in diesem Beruf arbeiten wollten. Einige taten dies, und in allen aufgefundenen Fällen wurde die britische Ausbildung anerkannt, obwohl es zunächst keine allgemeinen Richtlinien gab und die vom Ministerium für soziale Verwaltung eingeholten Gutachten recht unterschiedlich ausfallen konnten.[51]

Österreichische Emigrantinnen als Pionierinnen der Pflegewissenschaft in Großbritannien

Die im Folgenden dargestellten Biografien von Lisbeth Hockey (1918–2004) und Annie Altschul (1919–2001) weisen bei aller individuellen Verschiedenheit viel Gemeinsames auf. Beide hatten in Österreich zu studieren begonnen, mussten das Studium im Jahr 1938 abbrechen, emigrierten nach Großbritannien und entschlossen sich dort zur Pflegeausbildung. Beiden gelang eine wissenschaftliche Karriere. Sie wurden zu Pionierinnen der Pflegewissenschaft und leisteten später einen beachtlichen Beitrag zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Österreich, der jedoch hier nur angedeutet werden kann, da er den Zeitraum bis 1955, dem sich dieser Band widmet, weit überschreitet.

Lisbeth Hockey

Lisbeth Hockey wurde am 17. Oktober 1918 in Graz als Tochter des Architekten Anton Hochsinger (geb. 1873) und seiner Gattin Margarethe (geb. 1884) geboren. Ihr damaliger Name war Lisbeth Hochsinger, den Namen Hockey nahm sie erst im Jahr 1949 an. 1936 maturierte sie und hatte im März 1938 beim »Anschluss « Österreichs bereits einige Semester Medizin an der Grazer Karl-Franzens- Universität studiert. Nach

dem erzwungenen Studienabbruch verließ sie im Sommer 1938 Österreich in Richtung Großbritannienmithilfe eines Transports, den die Quäker organisiert hatten. Ihre ältere Schwester kam etwas später nach, die Eltern blieben in Graz. Lisbeth Hockey sah sie nie wieder. In Großbritannien war Hockey zuerst als Kindermädchen beschäftigt. Die Fortsetzung ihrer medizinischen Studien war zu ihrer großen Enttäuschung nicht möglich. Die Familie, bei der sie lebte, riet ihr als Alternative zu einer Pflegeausbildung, die sie schließlich in London begann. Nach Ausbruch des Zweiten Weltkriegs wurden die Schülerinnen an Orte außerhalb Londons transferiert, Hockey wechselte in ein Krankenhaus in Essex, wurde jedoch bald von der Regierung gezwungen, auch diese Ausbildung aufzugeben, da sie hier mit deutschen Kriegsgefangenen in Berührung hätte kommen können. Nach einem weiteren kurzen Intermezzo als Kindermädchen absolvierte sie von 1941 bis 1943 die einzige medizinisch orientierte Ausbildung, die ihr zu diesem Zeitpunkt offenstand: jene zur »fever nurse«. Im Anschluss daran konnte sie ihre Ausbildung zur »general nurse« abschließen. Es folgte eine Reihe weiterer Fortbildungen: zur Hebamme, zur »district nurse«, zum »health visitor« und zum »health visitor tutor«. Im Jahr 1948 erhielt sie die britische Staatsbürgerschaft.

Lisbeth Hockey zeigte zeitlebens großes Interesse für die Forschung. Nachdem sie 1963 am Queen's Institute of District Nursing eine Interviewstudie zur Ausbildung von »district nurses« durchgeführt hatte, bestellte sie das Institut zum »research officer« und richtete eine Forschungsabteilung ein. Als 1971 die Universität Edinburgh als erste europäische Universität eine Abteilung für Pflegeforschung errichtete, bewarb sie sich erfolgreich als deren Leiterin. 1979 erwarb Lisbeth Hockey den Ph.D. Sie erlangte internationale Bekanntheit und wurde mehrfach ausgezeichnet, darunter mit dem Order of the British Empire (OBE). 1982 erhielt sie für ihre Bemühungen um die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Gemeindepflege die Ehrenmitgliedschaft im Royal College of General Practitioners. Im Jahr 1982 ging sie offiziell in Pension, arbeitete jedoch in verschiedener Weise in der Pflegeforschung weiter. Im Jahr 2004 starb sie im Alter von 85 Jahren.[52]

Die österreichische Pflege verdankt Lisbeth Hockey sehr viel an Anregung und Unterstützung bei den Bestrebungen zur Akademisierung der Pflege. Elisabeth Seidl (geb. 1939), damals Direktorin des Pflegedienstes am Rudolfinerhaus in Wien und später Leiterin der Abteilung Pflegeforschung in Wien [53] und erste Professorin für Pflegewissenschaft in Österreich, lernte sie Anfang der 1980er-Jahre kennen. Seither kamHockey immer wieder ins Rudolfinerhaus, um Fortbildungen und Vorträge zu halten. Hockey war seit 1987 Ehrenmitglied des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands und hielt viele Vorträge (in deutscher Sprache) bei den Veranstaltungen dieser Organisation sowie am Österreichischen Krankenhaustag. Als ausländische Expertin nahm sie auch einige Male an Besprechungen im Gesundheitsministerium und anderen öffentlichen Stellen teil.[54]

Annie Altschul

Annie Altschul, am 18. Februar 1919 in Wien geboren, stammte aus einer jüdischen, sozialdemokratisch engagierten Wiener Familie und lebte hier mit ihrer Mutter Marie Altschul (geb. 1885), einer Geschäftsfrau. Ihren Vater hatte sie schon im Alter von zwei Jahren aufgrund eines Zugsunglücks verloren. Nach der Matura begann sie im Wintersemester 1937/38 an der Wiener Universität Mathematik und Physik zu studieren. Ein weiteres Studium war ihr nicht mehr möglich. 1938 musste sie nach London emigrieren, wo auch ihre Mutter und Schwester lebten. Nach der üblichen Tätigkeit als Kindermädchen und Haushaltshilfe begann sie hier eine Pflegeausbildung.

Bei der Pflege psychisch kranker Soldaten in Großbritannien entdeckte Altschul ihr Interesse für die psychiatrische Pflege, infolge dessen sie sich ihr Leben lang für die Rechte psychisch kranker Menschen einsetzte. Sie absolvierte entsprechende Weiterbildungen und wurde Ausbildnerin am Maudsley Hospital in London, einem weltbekanntenpsychiatrischen Zentrum. Im Laufe ihrer Karriere studierte sie Psychologie, absolvierte 1961/62 einen einjährigen Studienaufenthalt in den USA und unternahm Studienreisen nach Kanada und Australien. Im Jahr 1947 erhielt sie die britische Staatsbürgerschaft.

Im Jahr 1964 wurde Altschul zur Dozentin amDepartment of Nursing Studies in Edinburgh ernannt und 1976 zur ersten Professorin in psychiatrischer Pflege in Großbritannien. Ihre Forschungsarbeiten und Publikationen auf diesem Gebiet und zur Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegenden waren bahnbrechend. Außerdem war sie Beraterin der Weltgesundheitsorganisation, langjähriges Mitglied der Socialist Medical Assocation und erhielt für ihr Engagement für die Rechte psychiatrischer Patien-

tInnen die AuszeichnungCommander of the British Empire (CBE). Altschul lehrte Pflegewissenschaft bis zu ihrer Emeritierung 1983 und begann anschließend noch einmal Mathematik zu studieren. Am 24. Dezember 2001 starb sie in London.[55]

Für die Pflege im deutschsprachigen Raum und damit auch fürÖsterreich hat Altschul in verschiedener Weise große Bedeutung. Ihre Publikationen erschienen schon bald in deutscher Sprache. Ab den frühen 1970er-Jahren lud sie Ruth Quenzer (geb. 1929), Rektorin der Kaderschule des Schweizerischen Roten Kreuzes in Zürich, immer wieder an ihre Institution ein. Im Jahr 1984 kam Altschul nach Wien, wo sie auf Einladung der WENR, der Workgroup of European Nurse Researchers, einen Vortrag über »Nursing Research for abetter care« hielt. Im Rudolfinerhaus war sie ebenfalls zu Gast und half beim Aufbau der Pflegewissenschaft inÖsterreich mit.[56]

Sowohl Annie Altschul als auch Lisbeth Hockey ist die österreichische Pflege zu großem Dank verpflichtet. Obwohl sie 1938 aus dem Land vertrieben wurden, haben sie in späteren Jahren entscheidend zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Österreich beigetragen,[57] was im Rahmen eines Folgeprojekts noch genauer erforscht werden sollte.

Emigration in die USA

Zur Zeit des Ersten Weltkriegs und in der Zwischenkriegszeit hatten die USA als Reaktion auf Masseneinwanderungen aus Osteuropa restriktive Immigrationsgesetze eingeführt, die für unterschiedliche Länder unterschiedliche Quoten vorsahen. Einwanderungswillige erhielten nur ein Visum, wenn sie mit einem sogenannten »Affidavit of Support« von Verwandten oder nahen Freunden beweisen konnten, dass sie dem amerikanischen Staat nicht zur Last fallen würden (»not likely to become a public charge«). Zusätzlich gab es noch weitere Beschränkungen; so mussten die Einwanderungswilligen zum Beispiel unterschreiben, dass sie keiner kommunistischen Organisation angehörten.[58]

Berechnungen haben ergeben, dass insgesamt von 1933 bis 1944 zwischen 129.000 und 132.000 deutsche und österreichische EmigrantInnen in die USA eingewandert sind.[59] Wie viele Personen davon auf Österreich entfielen, ist den amtlichen Einwanderungsstatistiken nicht zu entnehmen, da nach dem »Anschluss « Österreichs an Deutschland die Österreicher als Deutsche geführt wurden. Laut dem Jüdischen Nachrichtenblatt sollen bis zum 15. September 1939 21.684 österreichische Juden und Jüdinnen in die USA emigriert sein;[60] die Zahl der insgesamt zwischen März 1938 und Dezember 1941 in die USA emigrierten ÖsterreicherInnen wird mit mehr als 30.000 angegeben[61] – soviel zur ungefähren Größenordnung. Der Frauenanteil der Einwandernden lag allgemein etwas höher als 50 Prozent. Die meisten ab 1938 vor den Nationalsozialisten in die USA geflüchteten Personen kamen nicht direkt dorthin, sondern hatten zuerst in einem anderen–meist europäischen – Land Zuflucht gesucht, das dann von den Deutschen besetzt wurde.

Ab dem Kriegseintritt der USA 1941 gab es – verbunden mit dem Verbot der Auswanderung aus Deutschland und damit auch aus Österreich durch die Nationalsozialisten – praktisch keineMöglichkeit mehr, direkt vonDeutschland in die USA auszuwandern. Als Immigranten erreichten das Land nur mehr solche Personen, die sich schon längere Zeit in anderen Exilländern aufgehalten hatten. Auf dem Arbeitsmarkt gab es theoretisch für die Flüchtlinge nur wenige Beschränkungen, praktisch war es für sie jedoch zumindest in den ersten Jahren sehr schwierig, einen passenden Arbeitsplatz zu finden, weil die USA noch an den Folgen der Weltwirtschaftskrise der 1930er-Jahre litten. Sibylle Quack nennt bei der Frage nach den Beschäftigungsmöglichkeiten für Emigrantinnen in den USA an erster Stelle die Tätigkeiten als Haushaltshilfe, Dienstmädchen, Köchin oder Kinderfrau. Die amerikanischen Behörden machten sogar bei Dienstboten, die immigrieren wollten, manchmal eine Ausnahme, indem sie Affidavits, die nicht von Verwandten, sondern von den zukünftigen ArbeitgeberInnen stammten, anerkannten. Den Immigrantinnen kam zugute, dass während des Kriegs in den USA einige Rassenschranken fielen und afroamerikanische Frauen nun einige Berufe ausüben konnten, die ihnen zuvor verschlossen waren. Dadurch wurden deren bisherige Haushaltsstellen für die Einwanderinnen verfügbar.[62]

In Bezug auf die Arbeit in untergeordneten Positionen im Haushalt glich die Situation der Emigrantinnen in den USA also jener in Großbritannien. Deren Beschäftigung als Pflegepersonen stand in den USA hingegen nicht im Vordergrund, sie wird aber gelegentlich erwähnt. GeneviHve Susemihl nennt die Tätigkeit als Krankenschwester als einen der Berufe, in denen Stellen meist leichter zu bekommen waren, weil man diese als »typisch weiblich« betrachtete. Aus diesem Grund arbeiteten auch Ärztinnen, Medizinstudentin-

nen oder Arztgattinnen manchmal eine Zeit lang als Krankenschwestern.[63]

Fußnoten

46 Vgl. Müller, Austrian Centre, 20–21. – DÖW (Hg.), Österreicher im Exil. Großbritannien 1938–1945. Eine Dokumentation, Wien: Österr. Bundesverlag 1992, 596–597.

47 Vgl. Brief von Miss Rowe an Dr. Khaum, ÖStA, AdR, BMfsV, VG, Kt. 18, Akt 4.941/1946. – Rückführung österr. Krankenpflegerinnen aus England, WStLA, M.Abt. 209, A1, IId V 144/ 46 (Aktenkonvolut).

48 Vgl. DÖW, Österreicher im Exil. Großbritannien, 612. – Siehe auch den Abschnitt zum politischen Engagement emigrierter Pflegepersonen in diesem Beitrag.

49 Vgl. Ansuchen um Rückreiseerlaubnis für Hedwig Perlberg, ÖStA, AdR, BMfsV, VG, Kt. 18, Akt 9.067/46.

50 Vgl. Helga Embacher, Eine Heimkehr gibt es nicht? Remigration nach Österreich, in: Claus- Dieter Krohn/et al. (Hg.), Jüdische Emigration zwischen Assimilation und Verfolgung, Akkulturation und jüdischer Identität (Exilforschung. Ein internationales Jahrbuch 19), München: edition text+kritik 2001, 187. – Laut Embacher kehrten ca. 8.000 von ca. 130.000 ÖsterreicherInnen zurück, was etwa 6 % entsprechen würde. Vgl. ebd.

51 Vgl. z. B. Nostrifizierungsansuchen Elisabeth Rosner, ÖStA, AdR, BMfsV, VG, Kt. 18, Akt 65.303/1946.–Nostrifizierungsansuchen Frieda Mayerhöfler, ebd., Kt. 184, Akt 87.335/1949. – Nostrifizierungsansuchen Gertrude Friedmann, ebd., Kt. 287, Akt 139.114/1949.

52 Vgl. Kate Mason, Dr. Lisbeth Hockey, 1918–2004, University of Manchester, URL: www.nursing.manchester.ac.uk/ukchnm/archives/nurseleaders/lisbethhockey/biography/ Hockey-fullbiography.pdf (abgerufen am 15. 4. 2015). – Anna Bischof, Lisbeth Hockey – Mensch, Leben, Werk, Dipl. Arb., Wien 2010.

53 Genaue Bezeichnung: Abteilung Pflegeforschung des Forschungsinstituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz.

54 Vgl. Eva Kürzl/Elisabeth Seidl, »Warum?« laut Dr. Hockey die wichtigste Frage für Pflegefachkräfte und PflegeforscherInnen, in:Österreichische Pflegezeitschrift 57 (2004) 12, 8–11. – Bischof, Lisbeth Hockey, 102–108.

55 Vgl. Peter Nolan, Annie Altschul's legacy to 20th century British mental health nursing, in: Journal of Psychiatric andMental Health Nursing 6 (1999) 4, 267–272.–Herbert Posch, Annie Altschul, Gedenkbuch für die Opfer des Nationalsozialismus an der Universität Wien 1938, URL: gedenkbuch.univie.ac.at/index.php?person_single_id=30 (abgerufen am 17. 4. 2015).

56 Vgl. Ruth Schröck, Annie Altschul 18. Februar 1919–24. Dezember 2001, in: Psychiatrische Pflege 8 (2002), 120–122. – Anna Gogl, Annie Altschul (1919–2001), in: Pflege 16 (2003) 1, 2–5. – Horst-Peter Wolff, Altschul Annie, in: Ders. (Hg.), Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Whowas who in nursing history (Band 3),München: Urban & Fischer/Elsevier 2004, 11–12.

57 Eine ähnliche Rolle spielte Charlotte Kratz (1922–2006), in Dortmund geboren und ebenfalls Emigrantin, für Deutschland.

58 Vgl. Simon Loidl, Eine spürbare Kraft. Österreichische KommunistInnen im US-amerikanischen Exil (1938–1945), Wien: Promedia 2015, 8.

59 Vgl. Sibylle Quack, Zuflucht Amerika. Zur Sozialgeschichte der Emigration deutsch-jüdischer Frauen in die USA 1933–1945, Bonn: J.H.W. Dietz Nachfolger 1995, 75–79.

60 Vgl. Jüdisches Nachrichtenblatt, Ausgabe Wien, 20. 11. 1939. Zit. nach: Martina Mikovits, Die jüdische Emigration von Österreich nach Amerika zwischenMärz 1938 und September 1939, Dipl. Arb., Wien 1993, 16.

61 Vgl.DÖW(Hg.),Österreicher im Exil. USA 1938–1945. Eine Dokumentation (Band 1),Wien: Österr. Bundesverlag 1995, 28.

62 Vgl. Quack, Zuflucht, 81, 118–121.

63 Vgl. GeneviHve Susemihl, »Wir bauen auf.« Deutsch-jüdische Frauen in der amerikanischen Emigration, in: Ulla Kriebernegg/et al. (Hg.), »Nach Amerika nämlich!« Jüdische Migrationen in die Amerikas im 19. und 20. Jahrhundert, Göttingen: Wallstein 2012, 157–180, 161–165. – Michaela Raggam-Blesch, »Wenn die Frau versagt, ist oft die ganze Familieverloren.« Neuanfang im Exil unter geschlechtsspezifischen Aspekten, in: Ebd., 181–200, 189–190.

Ersterschienen bei eLibary

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).

PFLEGEWISSENSCHAFT UND PFLEGEPRAXIS

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

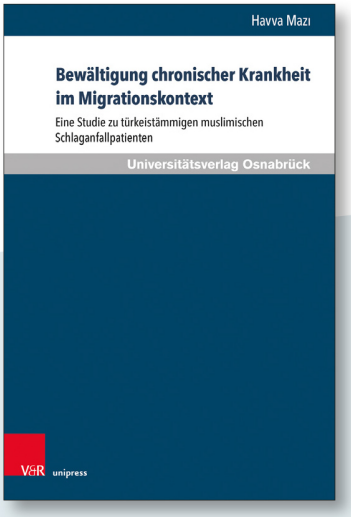
2019. 192 Seiten, mit ca. 14 Abbildungen, kartoniert
€ 23,00 D | € 24,00 A
ISBN 978-3-525-73328-8
Auch als eBook erhältlich

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

Überblick über die jüdische Pflegegeschichte in Deutschland

Die Anfänge jüdischer Krankenpflege

Der hebräische Begriff Bikkur Cholim, (auf deutsch: Krankenbesuch) gehört zu den heiligen Pflichten gläubiger Juden und Jüdinnen. Durch die Pflege erkrankter Mitmenschen werden mehrere Gebote der Tora erfüllt.(1) Erste Belege jüdischer Vereinigungen zum Zwecke der Krankenpflege gibt es aus der Zeit des Tempels (die Zeit zwischen 515 v. Chr. bis 70 n. Chr.) in Form von frommen Bruderschaften (Chaberim). Diese widmeten sich der Totenbestattung, Armenfürsorge sowie Krankenbesuchen. Aufgrund der jüdischen Vertreibungs- und Verfolgungsgeschichte in Europa ist die Datenlage nicht sehr umfangreich. Dennoch gibt es erste Hinweise auf Judenspitäler in Deutschland aus dem 13. Jahrhundert, u.a. in Regensburg 1210 und Würzburg 1218. Es ist anzunehmen, dass jede größere jüdische Gemeinde im Mittelalter über solche Einrichtungen verfügte, die in erster Linie zwar für Pilger und Durchreisende gedacht waren, aber auch der Versorgung Erkrankter dienten sowie als Asyl für Arme und Alte. Eine ärztliche Versorgung fand hier vermutlich nicht statt. Wer es sich leisten konnte, ließ sich lieber zu Hause versorgen.(2)

Der Wandel im 18. und 19. Jahrhundert

Ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wandelte sich die jüdische Krankenpflege. Die alten Judenspitäler wurden umgestaltet oder neu errichtet, es bildeten sich eigene Stiftungen oder sie wurden Einrichtungen jüdischer Gemeinden. Die Versorgung wurde nun durch jüdische Wärter und Wärterinnen sichergestellt, teilweise waren auch angestellte Krankenhausärzte vorhanden. Mit Ende des jüdischen Ghettozwangs endete auch die Tradition der Judenspitäler und es wurden erste jüdische Krankenhäuser außerhalb der Ghettomauern eröffnet. So z.B. in Breslau 1841, Hamburg 1843 oder Frankfurt 1845 sowie 1875. In Deutschland wurden bis in das 20. Jahrhundert mehr jüdische Krankenhäuser errichtet als in anderen Ländern.(3)

Organisationen

Neben den bisher genannten Veränderungen wurde im 19. Jahrhundert auch der Weg für die jüdische Krankenpflege als Beruf geebnet, indem sich jüdische Krankenpflegevereine gründeten. Eng verbunden damit ist auch die Existenz einer organisierten und geplanten Ausbildung sowie einer Bezahlung der ausgeübten Tätigkeit.(4) Hilde Steppe berichtet, dass sich in den Archiven drei Organisationen finden lassen, die die jüdische Krankenpflege wesentlich geprägt haben. Diese sind der Deutsch – Israelitische Gemeindebund (DGIB), die Logenvereinigung Unabhängiger Orden Bne Briss (UOBB) und die eigenständigen jüdischen Krankenpflegerinnenvereine.(5) Der 1872 gegründete DGIB ist der Dachverband aller jüdischen Gemeinden in Deutschland. Der Verband gilt als erste jüdische Organisation mit der Idee einer jüdischen Krankenpflegeausbildung und schien diese auch umgesetzt zu haben. Später unterstützte der Verband vor allem die Ausbildungen in den eigenständigen Vereinen finanziell.(6) Die UOBB beschloss 1900 Krankenschwestern auszubilden, die an die Logen, die nicht selber ausbildeten, verteilt wurden. Somit fand eine zentralisierte Form der Ausbildung statt. Ab 1908 wurde die Ausbildung unter dem Namen Krankenschwesterorganisation (KSO) durchgeführt. 1913 wurde ein eigenes Mutterhaus errichtet und die Schülerinnen lernten an der Charité, einem öffentlichen Krankenhaus.

Abb. 1| Brosche des Vereins für jüdische Krankenpflegerinnen zu Frankfurt am Main. Bildnachweis: Verein für jüdische Krankenpflegerinnen zu Frankfurt am Main, XVI. Jahresbericht, Frankfurt/M. 1909 (Titelblatt)

Gegründete Vereinigungen in den jüdischen Gemeinden hatten sich an die Vorgaben der KSO zu halten.(7) Zahlenmäßig bedeutender als die KSO waren die eigenständigen jüdischen Krankenpflegerinnenvereine. Der erste seiner Art war der 1893 gegründete Verein für jüdische Krankenpflegerinnen zu Frankfurt. Der größte Verein war der Berliner, dessen Gründung 1894 war. 300 Krankenpflegerinnen sind hier bis 1914 bereits ausgebildet worden.(8)

Jüdische Krankenpflege und die beiden Weltkriege am Beispiel des Gumpertz'schen Siechenhauses

„Als eine Stätte gelebten Judentums hat das Gumpertz'sche Siechenhaus die Frankfurter Stadtgeschichte und die deutsch – jüdische Sozialgeschichte gleichermaßen mitgeprägt, führte doch das Projekt verschiedene Richtungen des Frankfurter Judentums zusammen."(9)

Das Gumpertz'sche Siechenhaus wurde 1888 von Betty Gumpertz in Frankfurt in Gedenken an ihren verstorbenen Ehemann und Sohn gegründet und sollte die rituelle Be-

treuung von Juden und Jüdinnen sicherstellen, die bis dahin oftmals in nichtjüdischen Einrichtungen betreut wurden.(10) Neben der Kranken-, Behinderten-, Alten- und Armenpflege wurden hier seit August 1914 auch Verwundete gepflegt und so diente das Siechenhaus während des ersten Weltkrieges auch als Lazarett.11 Da sowohl jüdische als auch nichtjüdische Verwundete im Siechenhaus gepflegt wurden, wurde jedes Jahr im Dezember „Weihnukka“ gefeiert, also sowohl das Chanukka – Fest als auch Weihnachten.(12) Die Verantwortung über den Pflegebetrieb und das Lazarett hatten die Oberin Rahel Spiero und der Verwalter Hermann Seckbach gemeinsam, die im März 1918 heirateten.(13)

In den Nachkriegsjahren hatte die stationäre Armenpflege existenzielle Probleme. Trotz des Engagements von Mathilda von Rothschild und ihrer Familie musste das damalige Vorderhaus des Siechenheims im Röderbergweg 1929 an die Stadt Frankfurt vermietet werden. Der Einrichtung blieb das Hinterhaus mit etwa 30 Betten.(14) Mit Beginn des Nationalsozialismus zog 1933 die SA –Feldjägerei – Abteilung in das Vorderhaus ein, welches der Gumpertz‘sche Verein unter Zwang zu einem ermäßigten Mietzins der Stadt Frankfurt überlassen musste. 1939 wurden die Pflegenden sowie Patienten und Patientinnen auch aus dem Hinterhaus vertrieben und bezogen die letzte Räumlichkeit, die dem Verein geblieben war, im Danziger Platz 15. Im April 1941 erfolgte die Zwangsverlegung des Danziger Platzes in die letzte jüdische Klinik Frankfurts, das Krankenhaus der Israelitischen Gemeinde. Viele der über 40 Pflegebedürftigen starben in Folge der Zwangsverlegung.(15) Oberin Rahel Seckbach (geb. Spiero) begleitete damals die Zwangsräumung in das Krankenhaus der Israelitischen Gemeinde und leistete dort anschließend hauptsächlich Hospizpflege. Ihr Ehemann Hermann und die gemeinsame Tochter waren bereits 1939 nach England ins Exil geflüchtet. Rahel wurde am 18. August 1942 mit ihren Schwestern und einigen Betreuten nach Theresienstadt deportiert, wo sie sich weiterhin der Betreuung von Bedürftigen widmete. Sie entkam 1945 mit dem einzigen aus taktischen Gründen eingerichteten Rettungstransport Theresienstadt und konnte nach Kriegsende, geschwächt von ihrer Haft im KZ, nach England ausreisen.(16)

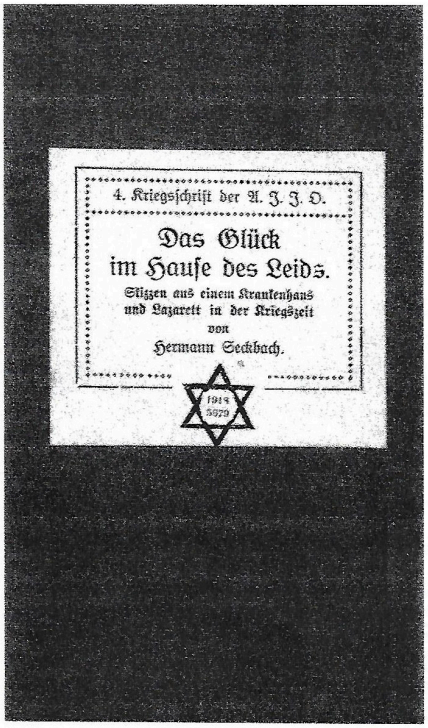


Abb. 3| Bildnachweis: Hermann Seckbach, Das Glück im Hause des Leids, Frankfurt/M. 1918 (Deckblatt)

Fußnoten

1 Seemann, Birgit (2014): „Glück im Hause des Leids“ - Jüdische Pflegegeschichte am Beispiel des Gumpertz‘schen Siechenhauses (1888 – 1941) in Frankfurt/ Main, S. 39.

2 Steppe, Hilde (1997): „... den Kranken zum Troste und dem Judenthum zur Ehre...“ - Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland, S. 83f.

3 Ebd., S. 85.

4 Ulmer, Eva – Maria (2009): Der Beginn der beruflich ausgeübten Pflege im 19. Jahrhundert.

5 Steppe, Hilde (1997): „... den Kranken zum Troste und dem Judenthum zur Ehre...“ - Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland, S. 90.

6 Ebd., S. 90 und 95.

7 Ebd., S. 98f.

8 Ebd., S. 102f. und 105.

9 Seemann, Birgit (2019): Ein „Jewish Place“ der Pflege: das Gumpertz‘sche Siechenhaus in den Jahren 1888 bis 1906, S. 74.
10 Ebd., S. 85.

11 Seemann, Birgit (2019): Stifterinnen, Bewohnerinnen und zwei Oberinnen – Frauengeschichte(n) rund um das Gumpertz‘sche Siechenhaus in den Jahren 1907 – 1932, S. 129.

12 Ebd., S. 131.

13 Ebd., S. 133.

14 Seemann, Birgit (2014): „Glück im Hause des Leids“ - Jüdische Pflegegeschichte am Beispiel des Gumpertz‘schen Siechenhauses (1888 – 1941) in Frankfurt/ Main, S. 41f.

15 Seemann, Birgit (2014): „Glück im Hause des Leids“ - Jüdische Pflegegeschichte am Beispiel des Gumpertz‘schen Siechenhauses (1888 – 1941) in Frankfurt/ Main S. 42f.

16 Ebd., S. 47.

Quellen

Seemann, Birgit (2014): „Glück im Hause des Leids“ - Jüdische Pflegegeschichte am Beispiel des Gumpertz‘schen Siechenhauses (1888 – 1941) in Frankfurt/ Main. Geschichte der Pflege 2/14, 3. Jahrgang, S. 38 – 50.

Seemann, Birgit (2019): Ein „Jewish Place“ der Pflege: das Gumpertz‘sche Siechenhaus in den Jahren 1888 bis 1906. In: Seemann, Birgit/ Bönisch, Edgar (Hrsg.): Das Gumpertz‘sche Siechenhaus – Ein „Jewish Place“ in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, S. 73 – 96.

Seemann, Birgit (2019): Stifterinnen, Bewohnerinnen und zwei Oberinnen – Frauengeschichte(n) rund um das Gumpertz‘sche Siechenhaus in den Jahren 1907 – 1932. In: Seemann, Birgit/ Bönisch, Edgar (Hrsg.): Das Gumpertz‘sche Siechenhaus – Ein „Jewish Place“ in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, S. 97 – 133.

Steppe, Hilde (1997): „...den Kranken zum Troste und dem Judenthum zur Ehre...“ - Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse.

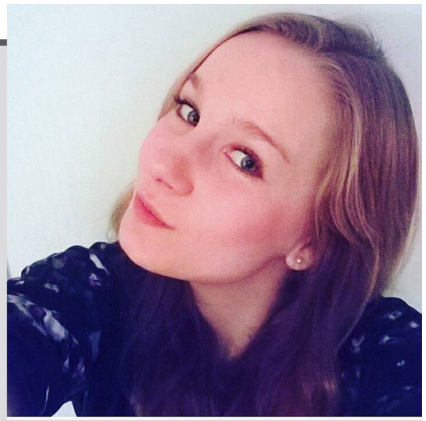
Ulmer, Eva – Maria (2009): Der Beginn der beruflich ausgeübten Pflege im 19. Jahrhundert. Unter: https://www.juedische-pflegegeschichte.de/der-beginn-der-beruflich-ausgeuebten-pflege-im-19-jahrhundert/ [28.06.2020].

Bildquellen

Abbildung 1: Seemann, Birgit (2014): „Glück im Hause des Leids“ - Jüdische Pflegegeschichte am Beispiel des Gumpertz‘schen Siechenhauses (1888 – 1941) in Frankfurt/ Main. Geschichte der Pflege 2/14, 3. Jahrgang, S. 40.

Abbildung 2: Seemann, Birgit (2014): „Glück im Hause des Leids“ - Jüdische Pflegegeschichte am Beispiel des Gumpertz‘schen Siechenhauses (1888 – 1941) in Frankfurt/ Main. Geschichte der Pflege 2/14, 3. Jahrgang, S. 42.

Autorin



Lena Wache
Studentin Pflege Dual, ehs Dresden

Historische Pflegeforschung in einem historischen Hochschulsemester

„Ich schreibe meinen Erfolg Folgendem zu – ich habe nie eine Entschuldigung gegeben oder genommen.“ (Florence Nightingale) [1]

Mitte März 2020 bereiteten sich die Dozierenden der Evangelischen Hochschule Dresden (ehs) wie an allen deutschen Hochschulen für angewandte Wissenschaften auf den unmittelbar bevorstehenden Beginn des Sommersemesters vor, als wegen der grassierenden Covid-19-Pandemie die Entscheidung fiel, dass das anstehende Semester online beginnen würde. Wie sich herausstellte, wurde es ein ausschließlich online gehaltenes Semester.

Diese Entwicklung stellte Studierende wie Dozierende vor Herausforderungen: Die dual Studierenden der Pflege mussten sich in den folgenden Monaten eine enorme Stoffmenge ein weiten Teilen selbst erschließen, ihre zuvor stark vorgegebene Ausbildungs- und Studienstruktur veränderte sich über Nacht in ein selbst zu organisierendes Fernstudium.

Das Fach Pflegegeschichte im dualen Pflegestudium ist an der ehs in das Modul „Pflegen als Profession“ eingebettet. Während die Pflegegeschichte an vielen deutschen Hochschulen nur randständig gelehrt wird, [2] umfasst sie an der ehs gut ein Drittel des Moduls und ist prüfungsrelevant. Für mich als Dozentin ergab sich daraus die Aufgabe, den Studierenden in – trotz des großzügigen Stundenumfangs kurzer Zeit – einen Einblick in die jahrhundertealte Geschichte unseres Berufsstands zu geben, sie mit den Forschungsmethoden vertraut zu machen, sie in ihrer professionellen Identitätsbildung zu unterstützen und dies didaktisch so zu gestalten, dass es tatsächlich ein aktiver Lernprozess sein würde. Darüber hinaus sollte eine sinnvolle modifizierte Prüfungsleistung erbracht werden.

Neben multimedialen Impulsen zu verschiedenen Epochen der Pflegegeschichte und einer angeleiteten Gruppenarbeit zur Epidemiegeschichte vergab ich die Auseinandersetzung mit den christlichen Wurzeln der europäischen Pflege als selbstorganisierte Gruppenarbeit. Ich stand für Fragen und Literatur- und Quellenhinweise im Hintergrund zu Verfügung. Ziel war es, die Studierenden zu kollektivem Lernen in einer zwangsläufig virtuellen Studienumgebung anzuregen, sie in die Recherche in Archiven und Open Libraries einzuführen und ihnen ein Gespür für die zeitlichen und strukturellen Herausforderungen pflegehistorischer Forschung zu vermitteln.

Statt einer schriftlichen Prüfung erhielten die Studierenden in diesem Semester ein weiteres Studienprojekt zugeteilt: Nun sollten sie wahlweise zu selbst gewählten oder vorgeschlagenen Themen wiederum Handouts erstellen und so gleichzeitig sowohl selbst recherchieren als auch für die Studiengruppe Lehrmaterial erarbeiten. Diejenigen Studierenden, die Themen vorschlugen, wurden angeleitet, die Themen passend zum begrenzten Format eines Handouts zu erarbeiten und einzugrenzen – eine wichtige Vorübung für die im kommenden Jahr anstehenden Bachelor-Arbeiten.

Alle Studierenden haben – ganz im Sinne des oben angeführten Zitats von Florence Nightingale (1820-1910) – die Herausforderungen dieses Semesters und des Moduls angenommen und prägnante Lerntexte zu verschiedenen Bereichen der historischen Pflegeforschung erstellt. Ausgewählte Handouts werden im Folgenden vorgestellt. Als Dozentin freue ich mich über die Annahme durch Pflege Professionell und darüber, dass einige Studierende pflegehistorische Abschlussarbeiten erwägen oder bereits beantragt haben. Die Pflegestudierenden der ehs forschen nicht nur zur Vergangenheit ihrer Profession – in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung erschließen sie sich und hoffentlich auch einem Fachpublikum die Gegenwart. Ich bin gespannt, wie sie darauf aufbauend die Zukunft der professionellen Pflege gestalten werden.

[1] Quelle: https://beruhmte-zitate.de/autoren/florence-nightingale/?o=new [19.06.2020]

[2] Vgl. Sektion Historische Pflegeforschung in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.: Geschichte der Pflege in pflegerischen Bildungsgängen. Positionspapier. Verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/H-Geschichte-der-Pflege-in-pflegerischen-Bildungsg%C3%A4ngen.pdf [19.06.2020]

Autor

Franz Dürfeld
Student Pflege Dual, ehs Dresden
f.duerfeld@web.de

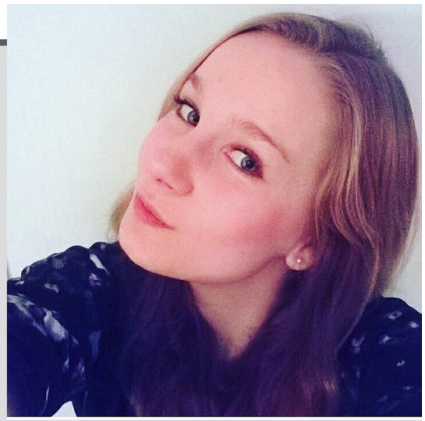
Autorin

Juana González Fresnedo
Studentin Pflege Dual, ehs Dresden
juana_gonzalez_fresnedo@yahoo.de

Autorin

Michelle Krenn
Studentin Pflege Dual, ehs Dresden
krenn.michelle@yahoo.de

Autorin



Lena Wache
Studentin Pflege Dual, ehs Dresden

Autorin

Dr.in Anja Katharina Peters, Dipl.-Pflegewirtin (FH)
Pflegefachfrau, Dipl.-Pflegewirtin (FH), Vertretung der Professur „Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt familienorientierte Pflege“, Evangelische Hochschule Dresden (ehs)
Anja.Peters@ehs-dresden.de | www.ehs-dresden.de

Antoniter

1 Entstehung

- zunächst Pilgerstätte zu den Gebeinen des Mönchvaters Antonius (†356, Saint-Antoine-l'Abbaye [südöstlich von Lyon, Frankreich])
- **Ende 11. Jh.: Entstehung einer Laienbruderschaft (aus Männern und Frauen bestehend)**
- **Pflege von behinderten, kranken und sterbenden Menschen** in hauseigenem Hospital und Hospiz
  -> dabei. **Spezialisierung auf Infektionen mit dem Mutterkornpilz**, welche durch Verzehr von befallenem Getreide auftraten
- **aufgrund der Effizienz und vieler Heilungserfolge: Übernahme einer großen Anzahl von Hospitälern** durch Antoniusbrüder und -schwestern
- rasche Bildung von Ordensgemeischaften in Spanien, Italien und Deutschland
- **1247: Umwandlung der Laienbruderschaft in einen Orden** nach Augustinusregel **(nur Männer als vollwertige Mitglieder)** durch Papst Innozenz IV.
- **Ende 13. Jh.: Privileg der Übernahme der Krankenpflege** an der Kurie durch Papst Nikolaus IV. zugesprochen
- **Ende 13. Jh.: streng zentralistische aufgebauter Orden** mit Abt an Spitze, Rang einer Abtei
- Umbenennung der Antoniusbrüder in "canonici monasterii sancti antonii viennensis"
- 15. Jh.: ca. 370 Spitale in ganz Europa

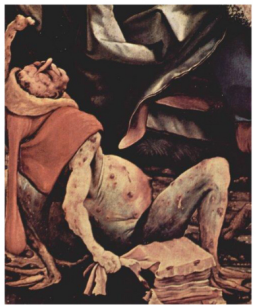


Abb. 1: Sogenanntes Antoniusfeuer (Mutterkornbrand & Mutterkornkrampf) durch die Infektion mit dem Mutterkornpilz.
Quelle: http://genwiki.genealogy.net/Datei:Antoniusfeuer.jpg [04.06.2020].

2 Organisation / Struktur

- Ordensgewand: schwarzes Chorkleid, darüber schwarzer Mantel mit blauem T-förmigen Kreuz (Antioniterkreuz, Tau-Kreuz)
- **alle Niederlassungen** (Präzeptoreien) **unterstanden Mutterkloster** in Saint-Antoine
- jedes Haus hatte **festgelegten Zuständigkeitsbereiche** für Kranken-betreuung und Spendensammlung
- unterste Gliederungseinheit: Ballei
- **mehrere Balleien wurden zu selbstständiger Präzeptorei zusammengefasst**, welche wiederum **Generalpräzeptoreien unterstand**
- Zuständigkeitsbereiche der Hospitäler für einen Bezirk wurden streng eingehalten (Behandlung von Erkrankten nur in zuständigem Hospital)

Abb. 2: Antoniusbruder im Ordensgewand.
Quelle:https://archivub.uni-heidelberg.de/artdok/4839/1/Hoechster_Antonius_20282672.pdf [05.06.2020].

3 Tätigkeiten

- Haupttätigkeit: **Unterhaltung von Spitälern** (akut Kranke und ebenslange Versorgung durch das "Antoniusfeuer" Verkrüppelter)
- Verwendung von **Antoniusbalsam** (auf Kräuterbasis) und Brot aus gereinigten Mehl gegen Vergiftungsprozesse
- Ende 15. Jh.: Betreuung von bis zu 5000 Menschen in Hospitälern

4 Wirtschaft

- wichtigste Einnahmequelle: **jährliche Almosensammlungen** ("Quest") durch "Antoniusboten" in den Dörfern
  -> ab 1330: Zusprache aller gesammelten Almosen zu Ehren des Hl. Antonius allein dem Kloster in Saint-Antoine
- kostenlos dem Orden zur Aufzucht überlassene **"Antoniusschweine"** (von einem Ferkelwurf wurde eines dem Heiligen Antonius geschenkt)
- **Antoniusbruderschaften:** Verpflichtung aller Angehöriger aller Stände zur Zahlung regelmäßiger Beiträge

5 Niedergang

zweierleier Entzug der Existenzgrundlage

- in Folge der **Reformation** und **Hugenottenkriege:** starker **Rückgang finanzieller Mittel**
- 1676: Entdeckung des Zusammenhangs zwischen Mutterkornpilz befallenem Getreide und dem "Antoniusfeuer"
  -> **Sinken der Erkrankungszahlen**
- mehrere erfolglose Versuche der Reformation des Ordens
- **1776/77: Inkorporierung der letzten 33 verbliebenen Häuser** durch ärztliches Dekret in den Malteserorden
  -> Ausnahme: Klöster in Köln und Höchst (1803 säkularisiert)

6 Klöster in Dtl.

- **1213: eine der ersten Niederlassungen in Dtl. (Memmingen)**, heute Antonitermuseum
  -> weitere Häuser in u.a. in Freiburg, Mohrkirchen, Würzburg, Regensburg und Bamberg
- Wappen Universität Gießen: Antoniterkreuz (aus Vermögen mehrerer sakulärisierter Klöster begründet, u.a. das Antoniterkreuz Grünberg)

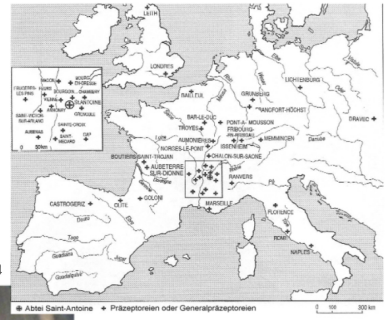


Abb. 3: Die wichtigsten Niederlassungen der Antoniter in Europa.
Quelle: http://www.antoniterforum.de/der-antoniter-orden [04.06.2020].

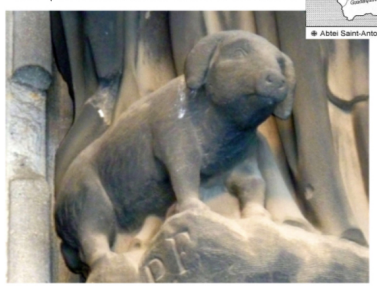


Abb. 4: Antoniusschwein.
Quelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Antoniter-Orden#/media/Datei:Antoniterschwein,_Kölner_Dom,_Nordportal.jpg [04.06.2020].

Literaturquellen: Mischlewski, A. 1976): Grundzüge der Geschichte des Antoniterordens bis zum Ausgang des 15. Jahrhunderts. Köln: Boehlau
Jahn, W.: Antoniter. Verfügbar unter: https://www.historisches-lexikon-bayerns.de/Lexikon/Antoniter [04.06.2020]

Die barmherzigen Schwestern

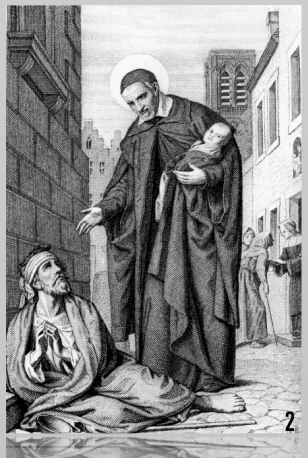
Les filles de la charité de Saint Vincent de Paul

1

„Wie du willst ich alle, denen ich begegne, innig lieben und hochachten, will ich den Notleidenden gegenüber freundlich und mildtätig sein.“ Louise de Marillac[1]

Nichts hat die kirchliche, wie auch pflegerische Kultur derart stark geprägt wie die Klöster und Orden, die seit der Spätantike als Zentren des Glaubens, der Architektur, des Geistes und der zwischenmenschlichen Beziehungen bestehen. Sie waren sowohl wirtschaftlich, als auch politisch, künstlerisch und vor allem spiritueller Mittelpunkt. Aber im besonderen entdeckten die Mitglieder der kirchlichen Gemeinden schnell ihren sozialen Auftrag und kümmerten sich um die angemessene Versorgung der Kranken[2].

Eine dieser Ordensgemeinschaften, die sich doch zu Anfang als eben jenes nicht bezeichnen wollte und aufgrund dessen für eine ungewöhnlich lange Zeit weder die ewigen Gelübde noch Klausuren kannte, waren die **barmherzigen Schwestern**.



2

Entstehung: Die Gemeinschaft der barmherzigen Schwestern, auch bekannt als die „Filles de la Charité“ oder auch als „Töchter der christlichen Liebe“ ging im Jahr 1633 aus der vom heiligen Vincent de Paul (1581-1660) und Louise de Marillac (1591-1660) gegründeten Zusammenkunft hervor, die im Januar 1655 vom Erzbischof von Paris bestätigt wurde und 13 Jahre später die päpstliche Anerkennung erhielt[3].

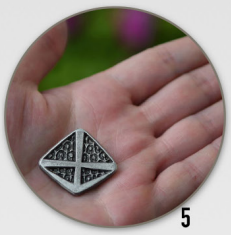
Vincent de Paul
(1581-1660)

3

Louise de Marillac
(1581-1660)

4

Föderation vinzentinischer Gemeinschaften



5

[1] De Marillac, Louise: Zitat (o.A.). Verfügbar unter: https://barmherzige-schwestern.at/de/themen/leben/Zitate-hl.Luise.php. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

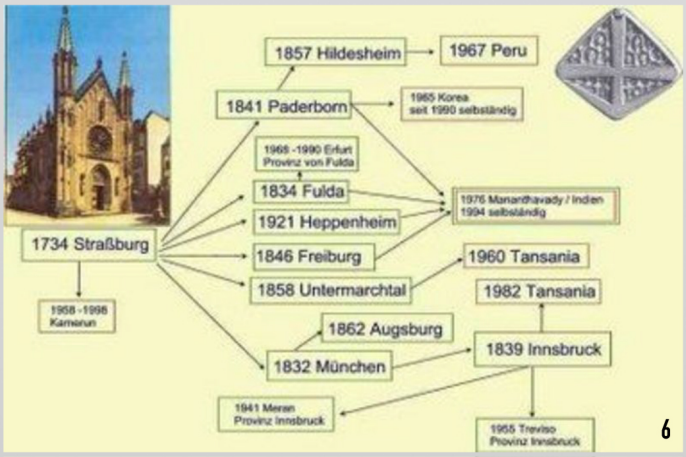
[2] Hetjans, Sabrina: Vinzentinerinnen (Barmherzige Schwestern (2005). Hausarbeit. Verfügbar unter: https://www.hausarbeiten.de/document/29340. [Letzter Zugriff: 25. 05. 2020].

[3] Anonymus: Töchter der christlichen Liebe vom heiligen Vinzenz von Paul (letzte Änderung 2020). Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Genossenschaft_der_T%C3%B6chter_der_christlichen_Liebe_vom_heiligen_Vinzenz_von_Paul. [Letzter Zugriff: 20. 05. 2020].

Gedrängt von der sie umgebenden Not und erfüllt vom Geist Gottes leiteten sie die ihnen anvertrauen jungen Frauen an, in die Elendsviertel der Stadt und in die umliegenden Dörfer zu gehen und sich um die Gebrechlichen und Kranken zu kümmern, sich der Waisen und zurückgelassenen Kinder anzunehmen sowie Ungebildeten Wissen zukommen zu lassen[4].

Die Mädchen, die von de Paul und de Marillac rekrutierten, gingen anfangs noch auf von de Paul 1617 gegründete Confrérie des Dames de la Charité („Bruderschaft der Damen der Barmherzigkeit“) zurück, auf die bald weitere folgten und mit deren Führung Vincent de Paul Louise de Marillac beauftragte. Anfangs sammelte Vincent de Paul arme Landmädchen als Helferinnen und Unterstützerinnen für eben jene genannte Vereinigung, doch diese wurde später als Filles de la Charitè („Töchter der Liebe“) in die Obhut und Ausbildung von Louise de Marillac gegeben[5].

Regeln: Die Besonderheit an den „Töchtern der Liebe“ war, dass sie als Genossenschaft organisiert wurden und nur private und einfache Gelübde ablegten, die jährlich erneuert wurden[6]. Dies war das erste Mal in der kirchlichen Geschichte, dass ein Ordensgründer Schwestern im aktiven Apostolat engagierte[7]. Bis dato galt einzig und allein die strenge Klausur im Kloster, doch die jungen Frauen von De Paul und de Marillac gingen ohne Schleier und Ordenstracht von Haus zu Haus und betreuten die Kranken, die Verlassenen und sogar die Häftlinge, zudem leiteten sie in den Hospitälern zu einer organisierten Krankenpflege an[8]. Zudem ging de Paul natürlich nicht im Habit in die Haushalte, denn als Mann konnte er kein offizielles Mitglied der Gemeinschaft werden. Jedoch trug er auf Bildern immer die Kleidung eines Priesters, also Schwarz mit weißem Kragen und einen Pileolus. Die jungen Frauen konnten somit frei und ungebunden ihre Arbeit tätigen, denn die damals klausurierte Lebensweise von Ordensschwestern hätte es ihnen unmöglich gemacht, das Kloster zur Krankenpflege zu verlassen[9]. Die Regeln, nach denen die Mädchen fortan zu leben hatten, folgten der Einstellung Vincent de Pauls, Jesus Christus nachzufolgen und seine Liebe zu den Menschen zu tragen. Sie lebten nach den evangelischen Räten der Keuschheit, der Armut und des Gehorsams, die sie für immer gelobten und altruistisch umsetzten[10].



Verbreitung: Die Zahl dieser Helferinnen, später auch bekannt als „Filles de la Charité“ und "Soeurs grises“, stieg derart rasch, dass in schneller Reihenfolge erst ein Umzug nach La Chapelle und später in ein Haus in in Paris erfolgte[11].

---

[4] Erzbistum Köln: Barmherzige Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul (o.A.). Online-Artikel. Verfügbar unter: https://www.erzbistum-koeln.de/erzbistum/orden/frauenorden/barmherzige_schwestern_vom_hl._vinzenz_von_paul/.[Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

[5] Hetjans, Sabrina: Vinzentinerinnen (Barmherzige Schwestern (2005). Hausarbeit. Verfügbar unter: https://www.hausarbeiten.de/document/29340. [Letzter Zugriff: 25. 05. 2020].

[6] Hetjans,Sabrina: Vinzentinerinnen (Barmherzige Schwestern (2005). Hausarbeit. Verfügbar unter: https://www.hausarbeiten.de/document/29340. [Letzter Zugriff: 25. 05. 2020].

[7] Erzbistum Köln: Barmherzige Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul (o.A.) Online-Artikel. Verfügbar unter:https://www.erzbistum-koeln.de/erzbistum/orden/frauenorden/barmherzige_schwestern_vom_hl._vinzenz_von_paul/. [Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

[8] Hetjans, Sabrina: Vinzentinerinnen (Barmherzige Schwestern (2005). Hausarbeit. Verfügbar unter: https://www.hausarbeiten.de/document/29340. [Letzter Zugriff: 25. 05. 2020].

[9] Anonymus: Föderation vinzentinischer Gemeinschaften (letzte Änderung 2020). Online-Artikel. Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Föderation_Vinzentinischer_Gemeinschaften. [Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

[10] Erzbistum Köln: Barmherzige Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul (o.A.). Online-Artikel. Verfügbar unter:https://www.erzbistum-koeln.de/erzbistum/orden/frauenorden/barmherzige_schwestern_vom_hl._vinzenz_von_paul/. [Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

[11] Anonymus: Genossenschaft der Töchter der christlichen Liebe vom heiligen Vinzenz von Paul (letzte Änderung 2020). Online-Artikel. Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Genossenschaft_der_T%C3%B6chter_der_christlichen_Liebe_vom_heiligen_Vinzenz_von_Paul. [Letzter Zugriff: 20. 05. 2020].

Gründung der Föderation vinzentinischer Gemeinschaften: Zunächst beschränkte sich ihr Einsatzgebiet auf die Stadt Paris und ihre umliegenden Dörfer, doch der Geist des heiligen Vinzenz ging bald weit über die Grenzen Frankreichs hinaus.

1695 forderte der Pfarrer Louis Chauvet die Entsendung von Vincent de Pauls und Louise de Marillacs Mädchen aus Paris, doch dies war unmöglich. So gründete er seine eigene Ordensgemeinschaft nach dem Vorbild de Pauls, genannt „Paulusorden“. Durch diesen Orden wurden 1732 junge Frauen aus dem Elsass ausgebildet und zwei Jahre später zurück in ihre Heimat entsendet nach Wabern und Straßburg.

Die eigentliche Bezeichnung als barmherzige Schwestern erhielt die Gemeinschaft von Frauen, die von Bischof Armand Gaston de Rohan-Soubise gebildet wurde und Vinzenz von Paul als ihren Ordensvater betrachteten. So verbreitete sich die Gemeinschaft nach Deutschland und Österreich[12].

7

Anders als die „Töchter der Liebe“ konnte die Vereinigung von Rohan-Soubise die Französische Revolution überstehen und so wurde das Mutterhaus 1827 nach Straßburg verlegt. So hatte die sogenannte Kongregation die Möglichkeit, sich weiter nach nach Deutschland, Ungarn, Bulgarien usw. auszubreiten und somit das Vorbild für sozial-caritative Kongregationen des 19. Jahrhunderts zu sein[13].

1845 kamen auf Bitten des Bischof Juraj Haulik in Zagreb die Barmherzigen Schwestern aus Zams, Österreich, nach Kroatien und ließen sich in der Bischofsstadt nieder. Dort haben die Schwestern im Zuge ihres Aufenthaltes eine sehr fruchtbare Tätigkeit ausgeführt und als Tätigkeitsleitlinie entwickelt, die vor allem sozial-karitative und erzieherisch-bildende Schwerpunkte setzt. Durch zahlreiche andere einheimische Berufe breitete sich die anfangs kleine Gemeinschaft rasch aus. Nur elf Jahre später bildete sie eine unabhängige Genossenschaft mit dem eigentlichen Mutterhaus in Zagreb. Dazu wurden neben dem Mutterland Kroatien die kroatischen Barmherzigen Schwestern des heiligen Vinzenz in Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Serbien, Slowenien Bulgarien, Italien, Österreich, Süd- und Nordamerika und Deutschland entsendet, um Armen, Notleidenden und Kindern in ihren verschiedensten Nöten beizustehen[14].

In Deutschland bewirkte die Berufung der Straßburger Schwestern die Entstehung eigener Mutterhäuser, die zuerst noch vom eigentlichen Mutterhaus in Straßburg organisiert wurden. Später jedoch kam es aufgrund politischer Ursachen, wie z.B. dem 1. Weltkrieg, zu einer Verselbstständigung jener Mutterhäuser in Deutschland. In Deutschland tragen diese Kongregationen vom heiligen Vincent de Paul heutzutage den Namen „Vinzentinerinnen“ oder auch „Barmherzige Schwestern“[15].

Heutzutage bereiten sich die jungen Frauen, die sich dem Dienst an die Armen anschließen wollen, in einem einjährigen Postulat und einem zweijährigen Noviziat vor. Danach geloben sie die zeitlichen Gelübde zunächst für drei Jahre und anschließend für weitere zwei Jahre, bevor sie sich durch ein ewiges Gelübde binden[16].

---

[12] Anonymus: Föderation vinzentinischer Gemeinschaften (letzte Änderung 2020). Online-Artikel. Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Föderation_Vinzentinischer_Gemeinschaften. [Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

[13] Hetjans, Sabrina: Vinzentinerinnen (Barmherzige Schwestern (2005).Hausarbeit. Verfügbar unter: https://www.hausarbeiten.de/document/29340. [Letzter Zugriff: 25. 05. 2020].

[14] Erzbistum Köln: Barmherzige Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul (o.A.). Online-Artikel. Verfügbar unter:.https://www.erzbistum-koeln.de/erzbistum/orden/frauenorden/barmherzige_schwestern_vom_hl._vinzenz_von_paul/.[Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

[15] Hetjans, Sabrina: Vinzentinerinnen (Barmherzige Schwestern (2005). Hausarbeit. Verfügbar unter: https://www.hausarbeiten.de/document/29340. [Letzter Zugriff: 25. 05. 2020].

[16] Erzbistum Köln: Barmherzige Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul (o.A.). Online-Artikel. Verfügbar unter: https://www.erzbistum-koeln.de/erzbistum/orden/frauenorden/barmherzige_schwestern_vom_hl._vinzenz_von_paul/. [Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

HEILIGER VINCENT DE PAUL

Ein Patron der Nächstenliebe, Begründer der modernen Caritas

3

Der Begründer der barmherzigen Schwestern wurde am 15. 04. 1581 als Kind einer armen Bauernfamilie mit 5 Geschwistern geboren.
Mit 15 verließ er seine Familie und ging zum studieren nach Toulouse. Nachdem er sein Theologiestudium erfolgreich absolviert hatte, wurde er mit 19 bereits zum Priester geweiht.

8

Doch auf einer Seereise nach Marseille wurde sein Schiff gekapert und er war zwei Jahre als Sklave in Nordafrika, bevor er die Freiheit wiedererlangte und dann als Almosenpfleger tätig war.
Diese Erfahrungen prägten ihn stark und nach ereignisreichen Jahren, in denen er unter anderem als Priester bzw. Hausgeistlicher und -lehrer in einer Familie eines Galeerengenerals namens Graf Gondi diente und dort die Verhältnisse sah, unter denen Galeerensträflinge lebten, fiel er in Anbetracht seiner zurückliegenden Arbeit als Almosentätiger in eine tiefe Glaubenskrise.
Darauf folgte eine Sinnsuche, an derem Ende er 1617 ein Gelübde ablegte, sein Leben in den Dienst Kranker und Armer zu stellen. Mit Louise de Marillac gründete er die erste karitativ-tätige erste Caritas-Schwesternschaft („Confrérie de la Charité“) und später auch eine Gemeinschaft für männliche Laienkräfte, die „Diener der Armen“. Diese stellte den Anstoß für die Kongregationen der „Vinzentiner“ dar, die auch als „Lazaristen“ bekannt sind.
Vincent de Paul gilt als Reformant des religiösen Denkens.
Er beteiligte sich an der Ausbildung neuer Priester und brachte sich stark in die Missionierung französischer Kolonien und deren Länder ein. 1633 ging aus der Confrérie de la Charité ein Frauenorden hervor, heute bekannt als „Vinzentinerinnen“, „Töchter der christlichen Liebe“ oder auch die „Barmherzigen Schwestern“.
Sie stehen für Nächstenliebe und Gottesliebe und sind vor allem für ihre Pflege, die Arbeit in Hospitälern und ihre Liebe zu Findelkindern bekannt.
Am 27. September 1660 starb Vincent de Paul, nur kurze Zeit nach seiner langjährigen Unterstützern und Arbeitspartnerin Louise de Marillac.
79 Jahre nach seinem Tod, also 1729, wurde er selig und 1737 heiliggesprochen[17].

LOUISE DE MARILLAC

„Wenn ihr zur Stunde des Morgengebetes einem Kranken Medizin bringen müsst, so seid ganz beruhigt, Ihr lasst dann Gott zum Willen, denn wenn ihr einen Kranken zehnmal am Tag besucht, so begegnet ihr zehnmal Gott.“ (Schermann, 2015, Pos. 959)[18]

4

Vincent de Paul wollte seine Schwestern nicht hinter Klostermauern sehen, doch er wollte, dass sie Pfarrschwestern sind und nichts weiter[19]. Doch in welcher Verbindung stehen Louise de Marillac und Vincent de Paul zueinander?! Dazu muss zunächst auf die Vergangenheit von Louise eingegangen werden. Louise de Marillac wurde am 12.08.1591 in Paris geboren[20]. Louise entstammt einer der führenden Familien Frankreichs. Ihr Vater war ein Hauptmann der Leibwache des Königshauses[21]. Sie lebte im königlichen Kloster der Dominikanerinnen in Poissy, in welcher sich auch ihre Tante befand. Zu ihrer Mutter gibt es

[17] Gemeinschaft der Vinzenz-Konferenzen Deutschlands: Geschichte (o.A.).Online-Artikel. Verfügbar unter: https://vinzenz-gemeinschaft.de/geschichte/. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

[18] Messner, Irene (2017): Geschichte der Pflege. Facultas Universitätsverlag. Wien S. 63

[19] ebd.

[20] Anonymus: Die heilige Louise de Marillac. Verfügbar unter: http://www.editionschwarze.de/Die_heilige_Louise/die_heilige_louise.html [Letzter Zugriff: 01.06.2020].

[21] Messner, Irene (2017): Geschichte der Pflege. Facultas Universitätsverlag. Wien S. 62

keine bekannten Informationen. Als ihr Vater verstarb, war Louise 13 Jahre alt und kam als Vollwaise in eine bescheidene Pension in Paris. In dieser Zeit las Louise sehr viel. Unter anderem die ganze Heilige Schrift, die Nachfolge Christi und die Einführung in das fromme Leben vom Heiligen Franz von Sales[22].
Sie galt als ein sehr kluges Kind, war jedoch zart und krankheitsanfällig.
Ein Wunsch war es bei den Kapuzinerinnen einzutreten, was aufgrund ihrer Gesundheit allerdings nicht möglich war. Somit heiratete sie mit 22 Jahren den jungen Mann Antoine Le Gras, den Sekretär der Königinmutter Maria de Medici. Noch im selben Jahr bekam sie ihren einzigen Sohn Michel.
10 Jahre später wurde ihr Ehemann schwer krank und erlag am 21. 12. 1625 dieser Krankheit mit dem Tod[23].
Zu dieser Zeit kannte sie Vinzenz von Paul schon. Er riet ihr sich zu beschäftigen.
1629 beauftragte er sie mit der Visitation der von ihm initiierten Caritasvereine. Zunächst unterstützen die adligen Damen den Dienst an den allerärmsten in Paris. Jedoch wurde beiden bald klar, dass das nicht lange so bleiben würde, da die Damen ihren Dienst aus gesellschaftlichen Gründen verweigerten und ihre Dienstboten einspannten. 1633 überreichte Vinzenz von Paul Louise eine Gruppe von Mädchen.
Louise de Marillac zog mit ihren Mädchen in ein Haus in der Rue de Bac im 7. Arrondisment in Paris.
Die Vinzentinerinnen sind somit am 29.11.1633 entstanden[24]. Louise lehrte die Bauernmädchen lesen und schreiben, nähen und die Grundlagen der Krankenpflege. „Die Barmherzigen Schwestern“ waren dazu verpflichtet, den Anordnungen der Ärzte vertrauensvoll und immer Folge zu leisten. Des Weiteren war es Louise wichtig, dass die Mädchen fromm, Sanftmütig und vor allem bereit für die Bereitschaft zur Nachfolge Christi waren[25]. 1639 war es soweit und eine Gruppe Barmherziger Schwestern sollte die Pflege in einem Hospital übernehmen.

Damit legte Louise Inhalte für einen Vertrag fest:

- „Die Schwestern unterstehen in Fragen der allgemeinen Ordnung und in geistlichen Dingen dem Mutterhaus;
- das Mutterhaus hat das Recht, die Schwestern von der Dienststelle abzuziehen;
- die Hospitalleitung stellt Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankheitsfall zur Verfügung und verpflichtet sich, die Würde der Schwestern zu achten (sie dürfen beispielsweise nicht im Beisein eines Patienten zurechtgewiesen werden);
- in arbeitsmäßigen Angelegenheiten sind die Schwestern dem Hospital unterstellt, sie leisten die erforderliche Arbeit und haben ärztlichen Anordnungen unbedingt zu gehorchen.“[26]

Mit diesem Vertrag bot sich den Frauen und Mädchen eine Ausbildung, Arbeit und Schutz. Er ist der Vorläufer der Mutterhausverträge. Am 15.03.1660 starb Louise de Marillac nur wenige Monate vor Vincent de Paul. Sie wurde 1934 heilig gesprochen und gilt als Schutzpatronin der Sozialarbeiter[27].

[22] Anonymus: Die heilige Louise de Marillac. Verfügbar unter: http://www.editionschwarze.de/Die_heilige_Louise/die_heilige_louise.html [Letzter Zugriff: 01.06.2020].

[23] Goderskis, Maria: Die hl. Louise de Marillac. Verfügbar unter:http//www.kath-info.de/marillac.html [letzter Zugriff: 01.06.2020].

[24] Messner, Irene (2017): Geschichte der Pflege. Facultas Universitätsverlag. Wien S. 63

[25] Goderskis, Maria: Die hl. Louise de Marillac. Verfügbar unter:http//www.kath-info.de/marillac.html [letzter Zugriff: 01.06.2020].

[26] Messner, Irene (2017): Geschichte der Pflege. Facultas Universitätsverlag. Wien S. 64

[27] ebd. S. 65

Quellen:

Anonymus: Die Welt der Klöster (01/ 2016). Video. Verfügbar unter: https://www.zdf.de/dokumentation/momente-der-geschichte/die-welt-der-kloester-102.html. [Letzter Zugriff: 30. 05. 2020].

Anonymus: Die heilige Louise de Marillac. Verfügbar unter: http://www.editionschwarze.de/Die_heilige_Louise/die_heilige_louise.html [Letzter Zugriff: 01.06.2020].

Anonymus: Föderation vinzentinischer Gemeinschaften (letzte Änderung 2020). Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Föderation_Vinzentinischer_Gemeinschaften. [Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

Anonymus: Töchter der christlichen Liebe vom heiligen Vinzenz von Paul (letzte Änderung 2020). Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Genossenschaft_der_T%C3%B6chter_der_christlichen_Liebe_vom_heiligen_Vinzenz_von_Paul. [Letzter Zugriff: 20. 05. 2020].

De Marillac, Louise: Zitat (o.A.). Verfügbar unter: https://barmherzige-schwestern.at/de/themen/leben/Zitate-hl.Luise.php. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Erzbistum Köln: Barmherzige Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul (o.A.) Verfügbar unter: https://www.erzbistum-koeln.de/erzbistum/orden/frauenorden/barmherzige_schwestern_vom_hl._vinzenz_von_paul/. [Letzter Zugriff: 29. 05. 2020].

Gemeinschaft der Vinzenz-Konferenzen Deutschlands (o.A.). Verfügbar unter: https://vinzenz-gemeinschaft.de/geschichte/. [Letzter Zugriff: 30. 05. 2020].

Goderskis, Maria: Die hl. Louise de Marillac. Verfügbar unter:http//www.kath-info.de/marillac.html [letzter Zugriff: 01.06.2020]

Hetjans, Sabrina: Vinzentinerinnen (Barmherzige Schwestern (2005). Verfügbar unter: https://www.hausarbeiten.de/document/29340. [Letzter Zugriff: 25. 05. 2020].

Messner, Irene (2017): Geschichte der Pflege. Facultas Universitätsverlag. Wien S. 62-64

Nußbaum, Margret: Patron der Nächstenliebe. Vinzenz von Paul (2015). Verfügbar unter: https://www.katholisch.de/artikel/6423-patron-der-nachstenliebe. [Letzter Zugriff: 30. 05. 2020].

Vinzenzkonferenz Bremen: Vinzenz von Paul (o.A.). Verfügbar unter: http://www.vinzenz-konferenz-bremen.de/vinzenz.html https://www.katholisch.de/artikel/6423-patron-der-nachstenliebe. [Letzter Zugriff: 30. 05. 2020].

Bildquellen:

Bild 1. Verfügbar unter: https://www.alamy.de/stockfoto-alte-stiche-zeigt-st-vincent-de-paul-und-der-vinzentinerinnen-das-buch-history-of-the-church-1880-40075448.html. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 2. Verfügbar unter: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:St_Vincent_de_Paul_Wellcome_M0012880.jpg. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 3. Verfügbar unter: https://bistum-augsburg.de/Heilige-des-Tages/Heilige/VINZENZ-VON-PAUL. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 4. Verfügbar unter: http://www.barmherzige-schwestern-foederation.de/index.php?id=183. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 5. Verfügbar unter: https://www.untermarchtal.de/beten-innig-und-bodenstaendig/vinzentinische-welt/foederation/. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 6. Verfügbar unter: http://www.barmherzige-schwestern-foederation.de/index.php?id=178. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 7. Verfügbar unter: https://www.pinterest.co.uk/pin/466052261424010122/. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 8. Verfügbar unter: https://www.alamy.de/stockfoto-alte-stiche-zeigt-st-vincent-de-paul-und-der-vinzentinerinnen-das-buch-history-of-the-church-1880-40075448.html. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Bild 9. Verfügbar unter: https://www.pinterest.de/pin/237846424043662172/. [Letzter Zugriff: 31. 05. 2020].

Britische VADs im ersten Weltkrieg

Unter Einbezug des Beispiels der Vera Brittain

1918 endete nach vier Jahren und drei Monaten der erste Weltkrieg. Bis dahin verloren 9.442.000 Soldaten ihr Leben, die Zahl, die den wohl blutigsten Konflikt in der menschlichen Geschichte markiert, der bis dato ausgefochten worden war[1]. Allein Großbritannien hatte in diesem Krieg mehr als 750.000 Todesfälle auf militärischer Seite zu verkraften, die Zahl der Zivilisten noch nicht mit einbegriffen[2].

Doch neben den Soldaten, die an der Front ihrem ständigem Begleiter, dem Tod, entgegensahen, waren es oftmals die Frauen, die als Krankenschwestern und freiwillige Helferinnen mit eben jenem Begleiter einen ebenso grausamen Kampf fochten.

1

Ein Beispiel für die zahlreichen Frauendienste, die im Zuge des Krieges im ersten Jahrzehnt des zwanzigsten Jahrhunderts entstanden, waren die Frauen des VAD[3], die als Zivilisten im vereinten Königreich, aber auch in anderen Ländern des britischen Empires Krankenpflege und Unterstützung für die Soldaten und weiteren Angehörigen des Militärs leisteten[4]. 1909 wurde das VAD - ausgeschrieben das Voluntary Aid Detachment - durch die Zusammenarbeit mit dem englischen Kriegsamt gebildet und deren vorrangig weibliche Mitglieder sollten unter dem britischen Roten Kreuz und dem Order of St. John sowohl als auch in Lazaretten an der Front, anderen medizinischen Einrichtungen in Großbritannien und hinter den Linien Europas dienen. Ihr Zweck sollte es vor allem sein, einen Mangel an Krankenschwestern in Kriegs- und Krisenzeiten zu verhindern[5].

Dennoch zögerte man anfangs, diesen Freiwilligen einen aktiven Anteil an der Pflege zu gewähren, denn in erster Linie handelte es sich um Frauen aus der bürgerlichen oder der patriotischen, britischen Oberschicht. Dies bedeutet, sie hatten weder eine medizinische Ausbildung, noch kannten sie die Not eines Kampfes oder die traditionelle Disziplin, die in einem Krankenhaus vorherrschte[6]. Aufgrund dessen wurden ihnen zu Beginn eine Vielzahl wichtiger Kriegsdienste aufgetragen, wie z. B. Pflegeassistenz,

[1] Seewald, Berthold: Die blutige Bilanz des ersten Weltkriegs (2018). Online-Artikel. Verfügbar unter: https://www.welt.de/geschichte/article183581324/Wie-viele-Tote-Die-blutige-Bilanz-des-Ersten-Weltkriegs.html. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

[2] Scriba, Arnulf: Tod und Verwundete (2014). Lemo. Lebendiges Museum online. Verfügbar unter: https://www.dhm.de/lemo/kapitel/erster-weltkrieg/kriegsverlauf/tod-und-verwundung.html. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

[3] Hallett, Christine E.: Containing trauma. Nursing work in the first world war (2009). Manchester University Press. Norderstedt Deutschland. S. 8

[4] Anonymus: Voluntary Aid Detachment (2020). Online-Lexikon. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Voluntary_Aid_Detachment. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

[5] Schmidt, Eric: The British Voluntary Aid Detachment (V.A.D.) (1909-1918). (2018). Online-Lexikon. Verfügbar unter: http://hist259.web.unc.edu/v-a-d/. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

[6] Anonymus: Voluntary Aid Detachment (2020). Online-Lexikon. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Voluntary_Aid_Detachment. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

Krankenwagenfahrer, Köche und Kantinenmitarbeiter[7].

2

Eine der bekanntesten VADs ihrer Zeit war die junge Vera Brittain, die 1893 als Tochter einer gutbürgerlichen Familie auf die Welt kam und zunächst einen Abschluss in Oxford anstrebte. Aber der Krieg führte sie in eine andere Richtung, denn mit seinem Ausbruch meldeten sich ihr Bruder Edward Brittain und zwei seiner engsten Freunde freiwillig an die Front. Einer dieser beiden Freunde, Roland Leighton, hatte eine enge Verbindung zu Vera und war zusammen mit Edward der Grund für sie, sich bei den VADs zu melden. In einem Brief an Roland schrieb sie: „Ich erinnere mich, dass Du bei Kriegsanfang das Studium einmal als ‚abgeschiedenes Leben blutleerer Gelehrsamkeit' bezeichnet hast. Genau das ist es. Jedenfalls für mich ist es zu seicht … ich will physische Beanspruchung; was ich will, ist die anstrengendste körperliche Arbeit."[8]. Sie sah es als Möglichkeit, denjenigen näher zu sein, die weit fort von ihr an der Front ihr Leben in Gefahr brachten und sprach damit den Wunsch vieler Frauen zu der Zeit aus, aktiv zu sein: „Am Ostersonntag suchte ich in der Kirche die Krankenschwesteroberin auf […] und fragte sie spontan nach einer Arbeit […]. Sie […] antwortete trocken, wenn ich stopfen könne, gebe es eine Menge Socken auszubessern. Als ich wenige Tage später […] inmitten bunter Wolle saß und auf gewaltige Löcher losging, fühlte ich mich Roland und dem Krieg immerhin ein klein wenig näher."[9].

Doch mit dem wachsenden Mangel an ausgebildeten Fachkräften und den Ausnahmezuständen, die vorkommende Bombardierungen unwillkürlich auslösten, wurden die VADs zunehmend von größerer Bedeutung in der Pflege und nicht nur in deren Assistenz.

Im Jahr 1918, als der Krieg endlich ein Ende fand, hatten sich viele der Frauen - denn es waren überwiegend Frauen - als unschätzbar wertvoll erwiesen und ihre Notwendigkeit war nicht zu leugnen. Aber in den Augen der ausgebildeten Krankenschwestern gab es auch viele Unannehmlichkeiten in der Zusammenarbeit, der Ordnung in einem Krankenhaus oder an der Front und in der Fachlichkeit, denn es fehlte schlicht an dem medizinisch notwenigen Wissen zur Pflege eines Patienten[10].

Ein weiteres Problem war, dass es meist nicht die Realität der Pflege war, die die VADs in die Pflegearbeit zog, sondern das verzerrte öffentliche Bild derer. So wurden Überzeugungen geschürt, den „Engeln der Barmherzigkeit" würden allein ein fürsorgliches Herz und Engagement zur ausreichenden Pflege eines Verwundeten reichen. Dennoch gab es viele Frauen, die unter der Aufsicht von ausgebildeten Krankenschwestern aufblühten und viele, die dadurch genug Erfahrungen sammeln konnten, um ihren Patienten eine komplexe Pflege

---

[7] Schmidt, Eric: The British Voluntary Aid Detachment (V.A.D.) (1909-1918). (2018). Online-Lexikon. Verfügbar unter: http://hist259.web.unc.edu/v-a-d/. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

[8] Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin. S. 117

[9] Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin. S. 117

[10] Anonymus: Voluntary Aid Detachment (2020). Online-Lexikon. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Voluntary_Aid_Detachment. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

anzubieten[11]. So lastete der Zusammenarbeit auch immer der unangenehme Beigeschmack an, dass eine der professionell ausgebildeten Armeekrankenschwestern nach dem Krieg ihren Beruf an diese neuen Frauen verlieren könnten[12].

Vor allem, wenn man bedachte, dass diese jungen VADs vielleicht auch die Bedeutung der geschulten Kräfte vergaßen, die während ihrer Unterweisung des Rotes Kreuzes und der Beratung am Arbeitsplatz durch diese übernommen wurde. Nur durch die geschulten Krankenschwestern konnten sich einige der VADs später ebenfalls Krankenschwestern nennen, denn was wahrscheinlich nie vollständig erkannt wurde, ist der enorme Aufwand, den die professionellen Pflegedienste in die Ausbildung und Betreuung dieser ehrenamtlichen Pflegekräfte gesteckt haben[13].

Auf der anderen Seite des Disputes wiederum sind die VADs, die sich all das aneigneten, um Hilfe zu leisten und dennoch keine Anerkennung erhielten. Vera schrieb in einem ihrer zahlreichen Tagebucheinträge, die sie während des Krieges verfasste: „Ich las im offiziellen Bericht des Joint War Committee der British Red Cross Society and Order of St. John die folgenden Worte - ein wenig pompös, vielleicht, wie der Bericht selbst, aber zweifellos geschrieben mit der lobenswerten Absicht der Beruhigung der ängstlichen Pflegeberufe: Die VADs waren keine … ausgebildeten Krankenschwestern und wurden auch nicht mit den Aufgaben

ausgebildeter Krankenschwestern betraut, seltene Ausnahmen waren akute Notfallsituationen, die keine anderen Alternativen zuließen“[14] und des Weiteren: „Bei diesem Satz sah ich etwas vor mir, das mit diesem geschützten, bestens ausgestatteten Zimmer völlig unvereinbar war: Ich stehe alleine und wie betäubt in dem gerade entstandenen Kreis der ‚akuten Notsituation‘ vom 22. März 1918. Ich sehe die zerwühlten Betten, die Bahren am Boden, die verstreuten Stiefel, die Berge schlammstarrer Uniformen, die zurückgeschlagenen Decken, die den Blick auf zerschmetterte Gliedmaßen freigeben, mit verdreckten, blutbesudelten Fetzen an Schienen festgebunden. Unter jedem stinkenden, durchnässten Mull- und Gazeverband erwartete mich obszönes Grauen - und alles, was mir auf dieser bisherigen Nervenstation zur Verfügung stand, war eine Zange in einem Einmachglas, das zur Hälfte mit Methylalkohol gefüllt war.“[15].

Im Verlauf des Krieges besserten sich die Spannungen zwischen ausgebildeten Krankenschwestern und den VADs. Zum einen, weil die gemeinsame Arbeit zwischen Tod und Bedrohung zur Zusammenarbeit drängte, zum anderen, weil die VADs ihre Fertigkeiten fortwährend durch Erfahrung steigern und effizient arbeiten konnten, sowohl zur Unterstützung der unterbesetzten ausgebildeten

[11] Hallett, Christine E.: Containing trauma. Nursing work in the first world war (2009). Manchester University Press. Norderstedt Deutschland. S. 8-9

[12] Schmidt, Eric: The British Voluntary Aid Detachment (V.A.D.) (1909-1918). (2018). Online-Lexikon. Verfügbar unter: http://hist259.web.unc.edu/v-a-d/. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

[13] Hallett, Christine E.: Containing trauma. Nursing work in the first world war (2009). Manchester University Press. Norderstedt Deutschland. S. 8-9

[14] Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin. S. 335-336

[15] Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin. S. 336

Militärschwestern, als auch wenn sie alleine arbeiten mussten, was oft genug der Fall war[16].

Zudem hatten sie alle einen langstündigen Tag zu meistern und dies funktionierte nur, wenn man miteinander arbeitete: „An diesem Morgen […] rollten die endlosen Konvois an, zwei Wochen lang kamen sie pausenlos, dann ging es nach einer kurzen Atempause bis zum Ende dieses schwül-heißen Monats weiter. Die Stationen schwitzten an den ‚arbeitsreichen und anstrengenden Tagen' unter ihren Wellblechdächern; ständig lag uns der durchdringende Geruch von offenen Wunden und übelriechenden Straßen in der Nase, glühend heiße Wege und Bürgersteige brannten sich durch die Sohle unserer Schuhe. Jeden Tag - und ohne mich je daran zu gewöhnen - kämpfte ich gegen die Übelkeit und die Angst an, die in mir aufstiegen, wenn ich sah, wie eine zugedeckte Bahre nach der anderen hereingetragen wurde; erst wenn ich mit hämmerndem Herzen hingelaufen war und nachgesehen hatte, wusste ich, welch furchtbarer Anblick, welches Geräusch, welcher Gestank unter jeder dieser braunen Decken verborgen waren, welche Qualen, welch unabwendbarer Tod."[17].

4

All diese Belastungen trugen die Frauen des Krieges - unabhängig ob es sich um VADs handelte oder um ausgebildete Militärschwestern - mit einzigartiger Würde und Professionalität, auch wenn sie dafür sowohl körperliches Leiden als auch seelische Schäden, genau wie die im Krieg gewesenen Soldaten in Kauf nahmen. Viele, auch Vera Brittain, gingen aus dem Krieg verwirrt und scheinbar ohne Perspektiven hervor, denn ihre Jugend war mit dem Krieg vergangen und sie waren allein, da ihre Männer gefallen waren. Dennoch haben diese Frauen zweifellos eine große Anzahl an Menschenleben gerettet und ihr Beitrag für die Menschheit und Menschlichkeit sollte angesichts der Grausamkeit des Krieges anerkannt werden, erst recht im Licht zahlloser neuer Konflikte, derer sich die Menschheit gegenüber sehen wird. „Man sagt mir, dass mein Buch die Menschen zum Weinen bringt. Es wäre mir lieber, es brächte sie zum Nachdenken."[18]

„Zunächst, dachte ich, war ich wegen des Krieges verzweifelt gewesen, dann hatte ich ihn zu ignorieren versucht, schließlich musste ich ihn als Tatsache anerkennen. Am Ende war ich gezwungen, mich an ihm zu beteiligen, all die Angst, all der Kummer und die Erschöpfung zu ertragen, die er mir brachte, entsetzt und machtlos nicht nur den Tod jener zu erleben, die mein Leben ausmachten, sondern auch den Tod zahlloser anderer, geduldiger Männer, die ich gepflegt hatte und nicht hatte retten können."[19]

Weitere bekannte VADs waren z. B. Enid Bagnold[19], Frances Cluett[20] und Mollie Skinner[21].

[16] Anonymus: Voluntary Aid Detachment (2020). Online-Lexikon. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Voluntary_Aid_Detachment. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

[17] Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin. S. 233

[18] Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin. S. 513

[19] Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin. S. 385

[19] Anonymus: Enid Bagnold (2019). Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Enid_Bagnold. [Letzter Zugriff: 19. 06. 2020].

[20] Anonymus: Frances Cluett (2019). Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Frances_Cluett. [Letzter Zugriff: 19. 06. 2020].

[21] Anonymus: Mollie Skinner (2020). Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Mollie_Skinner. [Letzter Zugriff: 19. 06. 2020].

Quellen:

- Anonymus: Enid Bagnold (2019). Verfügbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Enid_Bagnold. [Letzter Zugriff: 19. 06. 2020].
- Anonymus: Frances Cluett (2019). Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Frances_Cluett. [Letzter Zugriff: 19. 06. 2020].
- Anonymus: Mollie Skinner (2020). Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Mollie_Skinner. [Letzter Zugriff: 19. 06. 2020].
- Anonymus: Voluntary Aid Detachment (2020). Online-Lexikon. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Voluntary_Aid_Detachment. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].
- Brittain, Vera: Testament of Youth (1933; Neuauflage 2018). MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH. Berlin.
- British Red Cross: Volunteers during the First World War (2018). Website. Verfügbar unter: https://vad.redcross.org.uk/Volunteers-during-WW1. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].
- Hallett, Christine E.: Containing trauma. Nursing work in the first world war (2009). Manchester University Press. Norderstedt Deutschland.
- Hallett, Christine E.: Veiled Warriors. Allied Nurses of the First World War (2014). Oxford University Press. Oxford. United Kingdom.
- Schmidt, Eric: The British Voluntary Aid Detachment (V.A.D.) (1909-1918). (2018). Online-Lexikon. Verfügbar unter: http://hist259.web.unc.edu/v-a-d/. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].
- Scriba, Arnulf: Tod und Verwundete (2014). Lemo. Lebendiges Museum online. Verfügbar unter: https://www.dhm.de/lemo/kapitel/erster-weltkrieg/kriegsverlauf/tod-und-verwundung.html. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].
- Seewald, Berthold: Die blutige Bilanz des ersten Weltkriegs (2018). Online-Artikel. Verfügbar unter: https://www.welt.de/geschichte/article183581324/Wie-viele-Tote-Die-blutige-Bilanz-des-Ersten-Weltkriegs.html. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020]

Bildquellen:

- Bild 1. Verfügbar unter: http://hist259.web.unc.edu/v-a-d/. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

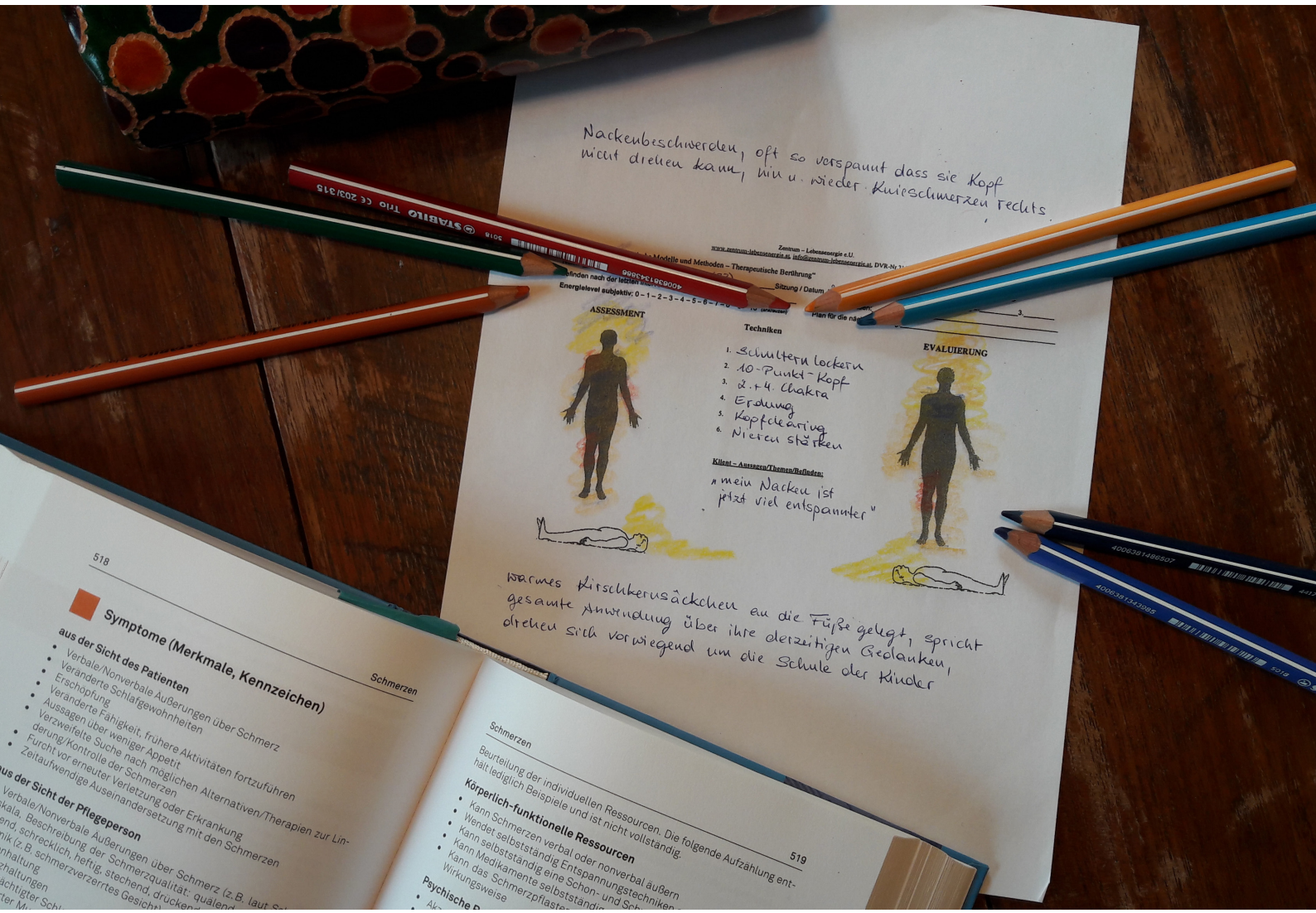
- Bild 2. Verfügbar unter: https://literatureofthegreatwar.wordpress.com/the-great-wars-influence-on-memoir-writing-and-social-beliefs-vera-brittain-as-case-study-nicholas-demkin/. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

- Bild 3. Verfügbar unter: https://www.warhistoryonline.com/war-articles/the-bonds-of-war-nurses-diaries.html. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

- Bild 4. Verfügbar unter: http://hist259.web.unc.edu/v-a-d/. [Letzter Zugriff: 16. 06. 2020].

Therapeutic Touch – Ein Führungsinstrument zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegeheim „VON der Pflege FÜR die Pflege“

Mitte Februar 2020 absolvierte ich die Weiterbildung „Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch“ unter der Leitung von Frau Gabriele Wiederkehr, M.Sc. Seither sind einige Monate vergangen, in welchen wir infolge der Corona-Krise mit neuen, besonderen Herausforderungen konfrontiert sind. In meiner Funktion als Pflegeleitung eines Pflegeheims habe ich mich bereits vor dieser Krise mit dem besonders wichtigen Feld der Gesundheitsförderung für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegeheim auseinandergesetzt. Infolge der Corona Krise ist der Aspekt der therapeutischen Berührung = Therapeutic Touch noch weiter in den Vordergrund gerückt. Wir halten Abstand, bewegen uns mit Mundschutzmasken mitten durch unser soziales Umfeld und vermeiden unnötige Wege. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Hormone (z.B. Oxytocin) welche bei Berührung ausgeschüttet werden, positive Effekte auf den gesamten Körper hervorrufen. Infolge der Entspannung und Zufriedenheit, welche durch angenehme Berührung ausgelöst werden kann, wird speziell unser Immunsystem gestärkt (Kreutzfeld 2020). Für unsere Gesundheit und Widerstandsfähigkeit spielt ein Ausgleich von innen und außen eine wesentliche Rolle. Körperkontakt, im speziellen „Heilsame Berührung“, „stärkt damit auch Ihre Möglichkeit, innen und außen wieder in Harmonie zu bringen“ (Müller-Oerlinghausen, Kiebgis 2018, S. 58). Umso mehr möchte ich mich in der aktuellen Gesundheits-Situation mit meiner Abschlussarbeit Therapeutic Touch – ein Führungsinstrument zur Gesundheitsförderung



(C) Daniela Stiendl: Beispielhafte TT-Dokumentation im Rahmen der Weiterbildung im Zentrum Lebensenergie in Verbindung mit der Pflegediagnose „Schmerz“

der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegeheim „VON der Pflege FÜR die Pflege“ an unsere Führungspersonen im Pflegebereich wenden.

Einführung in Therapeutic Touch

Therapeutic Touch wurde von den Amerikanerinnen Prof. Dr. Dolores Krieger (Pflegewissenschafterin) und Dora Kunz (Heilerin) in den 70er Jahren entwickelt. „Therapeutic Touch ist eine moderne Variante mehrerer alter Heilpraktiken. Sie besteht in der erlernten Fähigkeit, menschliche Energien zu lenken bzw. zu harmonisieren.“ (Krieger 2004, S. 25). Die Besonderheit an Therapeutic Touch für die Gesundheits- und Krankenpflege stellt die Tatsache dar, dass sich diese komplementäre Pflegemethode durch Begründerinnen aus der Pflege entwickelt hat. Dr. Krieger war es durch ihre Tätigkeit als Pflegewissenschafterin möglich, die Methode mit der hellsichtigen Heilerin Kunz zu entwickeln und in den Krankenpflegeschulen in den USA zu lehren. Die Anwendung besteht ähnlich dem Pflegeprozess aus 4 standardisierten Schritten nach Krieger und Kunz:

1. Zentrierung: Wichtigster Schritt für den/die Anwender/in, um sich vor einer Anwendung vollkommen auf den Moment und den/die zu Behandelnde/n einzustimmen.
2. Assessment: In einem Dokumentationsblatt werden die Wahrnehmungen des „Scannens“ eingetragen. Dabei setzt der/die Anwender/in alle Sinne ein und es können neben taktilen Wahrnehmungen wie Wärme, Dichte, Leere und weitere auch Gerüche, Geschmäcker oder visuelle Phänomene auftreten.
3. TT-Anwendung: Kann non-touch = ohne auflegen der Hände sowie mit aufgelegten Händen erfolgen. Dabei folgt der/die Anwenderin der Intention, welche sich aus dem Assessment ergibt. Die Methode die während einer Therapeutic Touch Anwendung zur Anwendung kommt wird im Fachjargon „Chelation“ (Bruyere 2004) genannt. Je nach Assessment fällt die Chelation immer individuell aus.
4. Evaluation: Erneutes „Scannen“ = abtasten des Körpers im körperfernen Feld und erneute Dokumentation.

Innerbetrieblicher Gesundheitstag
Im Rahmen der TT-Weiterbildung 2019/2020 wurde im Pflegewohnheim Leopoldstadt ein innerbetrieblicher Gesundheitstag durchgeführt. Den diensthabenden Pflegekräften wurde die betriebliche Gesundheitsförderung während der Dienstzeit ermöglicht und die Teilnehmer/innen absolvierten ein klinisches Fertigkeitstraining. Die praktischen Therapeutic-Touch Anwendungen wurden unter Supervision durch die Lehrgangsleitung professionell begleitet. Zehn TT-Anwender/innen arbeiteten zu zweit im Team an insgesamt 5 Liegen (Betten). Pro Proband/in fand eine 30-minütige TT-Anwendung statt. Die Anwendungen wurden mit einer kurzen Anamnese eingeleitet, woraufhin eine individuelle Anwendung folgte. Gleich anschließend wurden die Evaluierungen mittels eines entwickelten Fragebogens (Zentrum Lebensenergie) erhoben. Die Ergebnisse konnte in einer der folgenden 3 Fragestellungen der Abschlussarbeit eingearbeitet werden.

Fragestellungen der Abschlussarbeit

Die ersten beiden Fragestellungen wurden anhand einer Literaturrecherche ausgearbeitet. Die dritte Fragestellung konnte mithilfe der Fragebogenauswertung eines innerbetrieblichen Gesundheitstages im Pflegewohnheim Leopoldstadt beantwortet werden:

- Kann TT einen effektiven Beitrag für leitende Führungskräfte leisten, um die täglichen Herausforderungen im Pflegeberuf konstruktiver bewältigen zu können?
- Ist TT als ein Führungsinstrument im Sinne von Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anwendbar?
- Wie wird TT von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern speziell im Pflegeheim angenommen?

GuKG und ICN führen uns an die Antworten

Die Gesetzesnovelle 2016 hat die Gesundheits- und Krankenpflege weg von Eigenverantwortlichkeit und Mitverantwortlichkeit hin zur Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG geführt. An dieser Stelle möchte ich jede Pflegefachkraft dazu einladen, sich das Gesetz z.B. online über die Homepage des Rechtsinformationssystems (RIS) in einer Regelmäßigkeit immer wieder vor Augen zu führen. Wichtig für Therapeutic Touch sind besonders Punkt 7, 15, 17 in § 14 für pflegerische Kernkompetenzen sowie der die Punkte 3 und 6 in § 16 für die multiprofessionellen Kernkompetenzen. Diese Punkte verankern besonders den Gesundheitsaspekt im Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege. Zudem ist der ICN-Ethikkodex ein weiterer Leitfaden zur Umsetzung

der Gesundheitsförderung für Pflegende. Besonders zwei Punkte möchte ich an dieser Stelle hervorheben:

In Punkt 2 des ICN (2012): „Die Pflegende achtet…
… auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen."
… in ihrem persönlichen Verhalten jederzeit darauf, ein positives Bild des Pflegeberufs zu vermitteln und das Ansehen sowie das Vertrauen der Bevölkerung in den Pflegeberuf zu stärken."

In Punkt 4 des ICN (2012): „Die Pflegende sorgt für eine gute und respektvolle Zusammenarbeit mit ihren Kolleginnen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche."

Damit finden wir in unserem Berufsgesetz sowie unserem ICN-Ethikkodex ausreichend Anleitung dazu, eigenverantwortlich für Selbstpflege zu sorgen. Und hier setzen die Führungskräfte in der Pflege an. Therapeutic Touch stellt ein Instrument zur Selbstpflege dar, da eine Anwendung nicht nur dem zu Behandelnden gut tut, sondern auch dem/der Anwender/in. Zudem ist die Therapeutische Berührung eine komplementäre Pflegemethode ist, die sich gut unter Kollegen/innen anwenden lässt.

Führungsverantwortung

Unsere Pflegedienstleitungen sind in ihrer Kompetenz der Führungsverantwortung gefordert, Therapeutic Touch „VON der Pflege FÜR die Pflege" in ihren Einrichtungen zugänglich zu machen. Therapeutic Touch als Führungsinstrument im Sinne der Gesundheitsförderung einzusetzen, ist dem gleichen Stellenwert beizumessen, wie die Möglichkeit sich freie Tage zu wünschen oder einen gemeinsamen Betriebs-Ausflug zu unternehmen.

Innerbetrieblicher Gesundheitstag Auswertung
Als Beispiel dazu kann der innerbetriebliche Gesundheitstag genannt werden, der in meiner Abschlussarbeit ausgewertet wurde und zu folgenden zusammengefassten Ergebnissen führte, um nur einige zu nennen:

- Etwa 2/3 der Proband/innen wünschte sich von der TT-Anwendung Entspannung und Schmerzlinderung.
- Der Großteil der Probanden/innen gab eine sehr zufriedenstellende Wünsche- und Bedürfnisberücksichtigung sowie Sicherheitsvermittlung an.
- Die Anwendungen wurden als „sehr angenehm", „sehr geborgen", „sehr entspannend", „schmerzlösend", „wunderbar" und weitere beschrieben.

Hervorzuheben sind etwa 1/3 Probanden/innen welche sich eine Schmerzlinderung wünschten. Diese Probanden/innen haben nach der Anwendung zudem noch folgendes formuliert, um nur einige zu nennen:

„…hab gar nicht an Schmerzen gedacht…"
„…deutlich schmerzarmer und Gefühl beweglicher zu sein, sehr angenehm und entspannend…"

Resümee

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass die eingangs gestellten 3 Fragestellungen jeweils mit einem klaren Ja beantwortet werden können und sich Mitarbeiter/innen im Pflegeheim öfter die Möglichkeit eines innerbetrieblichen Gesundheitstages wünschen. Das GuKG und der ICN-Kodex legen uns visuell, auf Papier geschrieben dar, welche herausragenden Kompetenzen auf uns Pflegende zutreffen und wir sollten uns dies immer wieder vor Augen führen und unsere Selbstpflege-Kompetenzen verinnerlichen und zu einem Teil unseres Berufsalltags zu machen.

In meiner Abschlussarbeit finden sich noch einige tiefergehende Informationen und Literaturhinweise zu dem vorgestellten Thema. Gerne stelle ich meine Abschlussarbeit zur Verfügung, wenn gewünscht auch in Kombination mit einer Präsentation der Inhalte vor Publikum. Ebenso können innerbetriebliche Gesundheitstage gebucht (TT-Anwender/innen kommen zu Ihnen ins Haus).

Wie werde ich Therapeutic Touch Anwender/in?

In der Gesundheits- und Krankenpflege wird Therapeutic Touch im Rahmen komplementärer Pflegemethoden als Pflegemaßnahme z.B. in der Pflegediagnose „Schmerz, Erschöpfung, Angst" oder auch in einer Wellnessdiagnose eingesetzt werden. Die Erlernung der komplementären Pflegemethode Therapeutic Touch erfolgt in einer einjährigen Weiterbildung laut GuKG § 64 Im Zentrum Lebensenergie in Wien. Zudem findet ab Oktober 2020 erstmals ein Studiengang über 4 Semester zu Advanced Nursing – Counseling/Complementary Care mit einem Masterabschluss an der FH Wien statt. Genaue Informationen sind den entsprechenden Webseiten am Ende des Artikels zu entnehmen. Es lohnt sich, sich weiterzubilden – Therapeutic Touch „VON der Pflege FÜR die Pflege".

- Einjährige Weiterbildung §

64 GuKG mit Abschlussarbeit. Online https://www.zentrum-lebensenergie.at/die-weiterbildung.html [Stand: 14.05.2020]

- Zweijähriges Masterstudium § 64 GuKG mit Masterthesis. Online https://www.fh-campuswien.ac.at/studium-weiterbildung/studien-und-lehrgangsangebot/detail/advanced-nursing-counselingcomplementary-care.html [Stand: 14.05.2020]

Literatur

Bruyere, Rosalyn (2004): Das Geheimnis der Chakras. Unsere Licht- und Energiezentren. 1. Auflage. Berlin: Verlag Ullstein.

Kreutzfeldt, Annette (2020): Corona-Viren und Immunsysten – Teil 15: Berührung und Oxytocin. Online https://hallespektrum.de/nachrichten/natur-und-gesundheit/corona-viren-und-immunsysten-teil-15-beruehrung-und-oxytocin/372852/ [Stand: 14.05.2020]

Krieger, Dolores (2004): Therapeutic Touch. Die Heilkraft unserer Hände. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag Lüchow

Müller-Oerlinghausen, Bruno/Kiebgis, Gabriele Mariell (2018). Berührung. Warum wir sie brauchen und wie sie uns heilt. 2. Auflage. Berlin: Verlag Ullstein.

Autorin

Daniela Stiendl
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Psychiatrie), Akademische Pflegemanagerin der Mittleren Führungsebene, i.A. zum Gehobenem Pflegemanagement, Anwenderin Komplementäre Pflege - Therapeutic Touch i. A. zur Anwenderin Komplementäre Pflege - Aromapflege
Leitende einer Langzeitpflegeeinrichtung

Flatten the next curve - Pflegerische Interventionen zur Prävention psychischer Folgestörungen nach kritischer Erkrankung im Zusammenhang mit COVID-19

Die Behandlung auf einer Intensivstation birgt ein hohes Risiko für psychische Folgestörungen auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der intensivmedizinischen Teams. Durch die Zunahme von kritischen Erkrankungen gewinnt dieses Thema an Bedeutung, was sich zuletzt während der COVID-19 Pandemie zeigte. Studien zu diesem Thema sind vielfältig, aber häufig von niedriger Evidenz. Dennoch können bereits erste Rückschlüsse für mögliche Handlungsempfehlungen getroffen werden.

Seit Dezember 2019 infizierten sich weltweit unzählige Menschen mit einem aggressiven Virus. Das Virus führt bei betroffenen Menschen häufig zu einer schweren Lungenkrankheit. Für den schweren Krankheitsverlauf wurde ein eigener Name geschaffen: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) (World Health Organization, 2020). COVID-19-Patienten müssen deutlich häufiger und deutlich länger beatmet werden als Patienten mit ähnlichen virusbedingten Lungenkrankheiten, was die Patientenzahlen auf den Intensivstationen ansteigen lässt (Verity et al., 2020). Das Virus erscheint trotz der Fortschritte im weltweiten Gesundheitssystem, übermächtig. In Deutschland wird v.a. durch die Schaffung von zusätzlichen Intensiv- und Beatmungsplätzen in den Krankenhäusern versucht, den Folgen der Pandemie entgegenzuwirken.

Am Anfang war die Fledermaus

Das Virus wurde nach aktuellen Erkenntnissen von verzerrtem Fledermausfleisch auf den Menschen übertragen. Eine totbringe Mahlzeit, wenn man die steigende Zahl von kritischen Erkrankungen betrachtet (Lai, Shih, Ko, Tang, & Hsueh, 2020). Aber nicht alle Menschen, die direkt von COVID-19 betroffen sind, entwickeln eine schwere Krankheitssymptomatik. Und nicht alle, die eine schwere Symptomatik entwickeln, sterben (Hinweis: Da Zahlen bzw. Relationen hinsichtlich Infektionsraten und Sterblichkeit aufgrund unterschiedlicher Verzerrungen derzeit mit Vorsicht interpretiert werden müssen (Schrappe et al., 2020), wird hier auf die Nennung konkreter Zahlen verzichtet). Unter dem #flattenthecurve wurde während der COVID-19-Pandemie eine Strategie zur Eindämmung bekannt und im Internet stark verbreitet. Die Menschen waren durch staatliche Vorgaben angehalten, soziale Distanz einzuhalten, um den exponentiellen Anstieg von Neuinfektionen zu verlangsamen und so das Gesundheitssystem vor einer Überlastung zu schützen. Zur Zeit der COVID-19-Pandemie war das Risiko für eine psychotraumatische Belastung besonders hoch, sodass es nach der Pandemie zu einem weiteren Anstieg von Patientenzahlen auf Grund einer psychischen Störung kommen kann. Nun stellt sich die Frage, welche Auswirkung die psychotraumatische Belastung haben kann und welche pflegerischen Interventionen empfohlen werden können, um dem möglichen Anstieg von psychischen Erkrankungen einzudämmen.

Auswirkungen kritischer Erkrankungen auf die Betroffenen

Viele der intensivpflichtigen Betroffenen überleben die Erkrankung und müssen mit den Erinnerungen an diese kritische Erkrankung leben. Laut Tedstone und Tarrier (2007) haben besonders verstörenden und lückenhaften Erinnerungen, die in Folge einer intensivmedizinischen Behandlung auftreten, das Potential, eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen. Seit 2013 ist bekannt, dass 35 % der Patienten, die eine kritische Erkrankung überlebt haben, drei Monate nach der Behandlung unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden (Bienvenu et al., 2013). Die genannte Prävalenz für eine posttraumatische Belastungsstörung bestätigte sich in einer späteren Metaanalyse (Parker et al., 2015). Außerdem wurden ähnliche Prävalenzen für das Auftreten einer Depression oder Angststörung nach einer intensivmedizinischen Behandlung nachgewiesen (Nikayin et al., 2016; Rabiee et al., 2016). Besonders die PTBS birgt im Zusammenhang mit einer kritischen Erkrankung eine erhöhtes Manifestationsrisiko für die Dauer über sechs Monaten nach der Behandlung auf einer Intensivstation (Parker et al., 2015). Aus der Forschung um die psychischen Folgestörungen nach kritischer Erkrankung ist bekannt, dass besonders Menschen mit einer psychischen Vorerkrankung und sozial schwächere Menschen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, weil es an wirksamen Resilienz-Faktoren fehlt (Nikayin et al., 2016; Rabiee et al., 2016). Laut der Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2017) gelten als eindeutigen Risikofaktoren auch Organ-Ersatzverfahren und hygienische Isolationsmaßnahmen. Diese wiederum nehmen in der aktuellen COVID-19 Pandemie ein besonderes Ausmaß an. Das Aufstellen von Schutzwänden um Supermarktkassen oder an anderen Arbeitsplätzen erweitert die hygienischen Isolationsmaßnahmen auf den Sozialraum außerhalb des Krankenhauses und prägt im Frühjahr 2020 das öffentliche Bild.

Auswirkungen auf die Angehörigen

Um die Zahl der Neuinfektionen zu reduzieren und bereits vorerkrankte Menschen zu schützen, wurde 2020 vor allem in Deutschland ein Besuchsverbot für Kranken- und Pflegeeinrichtungen eingeführt (Robert Koch-Institut, 2020). Das bundesweite Besuchsverbot in Kranken und Pflegeeinrichtungen hat neben dem gewünschten Effekt der Viruseindämmung auch einen traurigen Nebeneffekt: Angehörige können ihre geliebten Menschen in der schweren Krise nicht begleiten und im schlimmsten Fall auch nicht von ihnen Abschied nehmen. Durch die kritische Erkrankung sind auch Angehörige einer enormen psychischen Belastung ausgesetzt. Eine Studie von Nagl-Cupal und Schnepp (2010) zeigt, dass die Rolle eines Angehörigen von kritisch kranken Menschen durch Unsicherheit und überwältigende Emotionen gekennzeichnet ist. Dies geht in der Folge auch für Angehörige mit einem erhöhten Risiko für eine psychische Folgestörung einher. 2012 konnte eine Studie von Schmitt & Azoulay zeigen, dass es bei 70% der Angehörigen zu akuten Symptomen der Angst kommen kann. 35% der Angehörigen zeigen außerdem Symptome der Depression. Diese Symptome treten deutlich häufiger auf, wenn es sich bei dem Angehörigen um den Ehepartner oder um hinterbliebene Familien-

mitglieder handelt. Bis zu 40% der hinterbliebenden Familienmitglieder zeigen ein Jahr nach dem Verlust generalisierte Angstzustände, eine schwere depressive Störung oder eine komplizierte Trauer (Schmitt & Azoulay, 2012).

Das Post Intensive Care Syndrome

Die Langzeitfolgen von kritischen Erkrankungen auf Betroffene und Angehörige kann als Post Intensive Care Syndrom (PICS) bezeichnet werden. Bei dem PICS handelt es sich um einen nicht-klassifizierten Symptomkomplex. Das PICS umfasst dabei Aspekte der physischen, kognitiven und emotionalen Gesundheit. Psychische Folgestörungen nach kritischen Erkrankungen können innerhalb dieses Syndroms der emotionalen Gesundheit zugeordnet werden. Das PICS enthält die Sparten „Angehörige“ und „Betroffene“ und kann somit dafür eingesetzt werden, Folgen der intensivmedizinischen Behandlung bei diesen Personengruppen gezielt zu beobachten (Needham et al., 2012).

Auswirkungen auf die nächsten Generationen

Besonders die italienischen Medien berichteten während der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 von schlimmsten Zuständen in den örtlichen Krankenhäusern. Dass derlei Zustände gravierende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit folgender Generationen haben kann, ist schmerzlicher Weise seit den Terroranschlägen vom 11. September 2001 bekannt. 2005 zeigte eine amerikanische Studie (Yehuda et al., 2005), dass Frauen, die in der Zeit während und nach den Terroranschlägen vom 11. September in New Yorker Krankenhäusern Hilfe suchten, hohe Stresszeichen und erste PTBS-Symptome entwickelten. Diese Symptome übertrugen sich auf das ungeborene Kind. Die Säuglinge waren kurz nach der Geburt kleiner als der alterstypische Durchschnitt und sie reagierten bereits verstörter und schreckhafter auf Umweltreize. Nach der Geburt konnten bei der Mutter und dem Neugeborenen identische Genveränderungen festgestellt werden, die laut einer ersten Hypothese im Zusammenhang mit einem chronisch niedrigen Cortisol-Spiegel und der Anfälligkeit für psychische Störungen stehen sollen. Das überlastete Gesundheitssystem und ein anhaltendes Klima der Angst gelten als Hauptauslösefaktor (Yehuda et al., 2005). Ähnliche Effekte sind für die Entwicklung einer Depression nach einem familiären Psychotrauma über mehrere Generationen hinweg bekannt (Nestler, 2014). Im Hinblick auf COVID-19 könnte solch ein familiäres Psychotrauma evtl. durch den plötzlichen Verlust eines Familienmitgliedes verursacht werden. Inwiefern die dargestellten Auswirkungen der Terroranschläge in New York und die genannten Studienergebnisse auf die Ausnahmesituation während der COVID-19 Pandemie zu übertragen sind, ist derzeit noch ungeklärt. Es bleibt abzuwarten, ob und inwieweit die Pandemie auch Auswirkungen auf die emotionale Gesundheit der folgenden Generationen haben wird.

Auswirkungen auf das Pflegepersonal

In mehreren internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass intensivmedizinische Behandlungsteams einem verstärkten Burn-out-Risiko ausgesetzt sind und besonders häufig unter emotionaler Erschöpfung und sinkender Leistungsfähigkeit leiden (Bakker, Le Blanc, & Schaufeli, 2005; Chuang, Tseng, Lin, Lin & Chen, 2016). Das permanente Arbeiten im Grenzbereich zwischen Leben und Tod konfrontiert die Behandlungsteams mit ihren eigenen emotionalen Grenzen. Das Burn-out-Risiko ist besonders hoch, wenn die Arbeitslast bei gleichzeitig sinkenden Personal- und Zeitressourcen steigt (Bakker, Le Blanc, & Schaufeli, 2005). Besonders anfällig sind Berufseinsteiger und Fachkräfte, die häufig mit dem Tod von Patienten konfrontiert sind oder die an Entscheidungen über den Verzicht auf eine lebenserhaltende Therapie beteiligt waren (Chuang, Tseng, Lin, Lin & Chen, 2016). Die Entscheidung über lebenserhaltenden Maßnahmen und der Umgang mit dem Tod von Patienten, traten bei der COVID-19 Pandemie vermehrt auf. Aus einer chinesischen Studie mit medizinischem Personal aus einem Krankenhaus in Wuhan geht hervor, dass kurz nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie rund die Hälfte aller Mitarbeiter (n=1257) psychische Auffälligkeiten (50,4% Depression, 44,6% Angst, 34% Schlafstörungen, 71,5% Disstress) aufwies (Lai et al., 2020).

Maßnahmen gegen psychische Folgestörungen

Sowohl die intensivmedizinische als auch die psychiatrische Versorgung können geeignete Werkzeuge anwenden, um die mentale Gesundheit zu erhalten. Es existieren evidenzbasierte Interventionen, um den drohenden Anstieg psychischer Folgestörungen entgegenzuwirken.

(C) kieferpix

Nicht-pharmakologische Interventionen

Aus einer italienischen Studie aus dem Jahr 2011 geht hervor, dass eine am Krankenbett durchgeführte psychologische Betreuung das Risiko für psychische Folgestörungen reduziert. In der Studie betreuten festangestellte klinische Psychologen kritisch kranke Menschen und speziell ausgebildete Pflegefachkräfte übernahmen die Nachbetreuung. In der Interventionsgruppe sank der Depression- und Angstwert im poststationären Verlauf von zwölf Monaten, aber nicht signifikant. Das PTBS-Risiko hingegen war in der Interventionsgruppe nach zwölf Monaten signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Gleichzeitig war die Zahl der gegebenen Psychopharmaka in der Interventionsgruppe signifikant reduziert. In der Kontrollgruppe benötigten 41,7 % der Studienteilnehmer eine zusätzliche Gabe von Benzodiazepinen, in der Interventionsgruppe nur 8,1 % (Peris et al., 2011). Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Angstreduzierung, wie die Musiktherapie und alternative Entspannungsmethoden, haben während der Behandlung einen ähnlich positiven Effekt. In einer Studie von 2004 konnte bereits gezeigt werden, dass 30 Minuten Musiktherapie einen ähnlicher Effekt erzielt wie die orale Gabe von 10 mg Diazepam (Cardozo, 2004). Der Studie von Papathanassoglou et al. zufolge wird der Effekt verstärkt, wenn die Musiktherapie mit alternativen Entspannungsmethoden (z.B. Immaginationsübungen, Aromatherapie und Massagen mit mittlerem Druck) kombiniert wird. (Papathanassoglou et al., 2018). Neben der psychologischen Betreuung und den alternativen Entspannungsmethoden ist auch die Kommunikation für kritisch kranke Menschen von Bedeutung. In einer Studie aus dem Jahr 2005 konnte gezeigt werden, dass intensivmedizinische Pflegefachpersonen mit sedierten Patienten weniger und nur unzureichend kommunizieren, was zu einem erhöhten Stress- und Angsterleben der Patienten führt. Die Kommunikation erfolgt häufig nur als interaktiver Prozess, in dem das Pflegefachpersonal die eigene Arbeit kommentiert, aber die Kommunikation nicht nutzt, um Informationen oder Unterstützung zu geben. Das Pflegepersonal geht vielfach davon aus, dass der beatmete oder sedierte Patient ein nur geringes Kommunikationsbedürfnis hat. Deshalb liegt der Fokus der intensivpflegerischen Tätigkeit häufig auf technischen/maschinellen Arbeitsschritten (Alasad & Ahmad, 2005). In einer Studie von 2006 erklärten 18 von 28 Patienten, dass die Frustration steigt, wenn sie während einer Beatmung ihre Bedürfnisse nicht klar äußern können. 20 von 28 Patienten gaben an, dass ihnen ein geduldiger Einsatz einer Kommunikationstafel geholfen hat, Frustrationen bei bestehender Beatmung zu vermindern. Auf der Kommunikationstafel wurden mithilfe von Piktogrammen der Zu-

stand (z. B. ich bin hungrig, müde, ängstlich) und die Bedürfnisse (z. B. ich wünsche Essen, Ruhe, Medikamente) ermittelt (Patak et al., 2006).

Pharmakologische Interventionen

Besonders die Gabe von Benzodiazepinen während der intensivmedizinischen Behandlung kann sich negativ auf die Entwicklung einer psychischen Folgestörung auswirken. Benzodiazepine führen bei kritisch kranken Patienten zu lückenhaften und verstörenden Erinnerungen. Dies kann sich später in Flashbacks äußern und zu einer posttraumatischen Belastungsstörung manifestieren (Kok, Slooter, Hillegers, van Dijk, & Veldhuijzen, 2018). Eine besonders protektive Wirkung haben hingegen Glucocorticoide. Bereits 2002 konnte gezeigt werden, dass bei kritischen kranken Patienten unter der Gabe von Glucocorticoiden eine verbesserte Gedächtnisleistung erzielt werden kann und es weniger lückenhafte und emotionale Erinnerungslücken gibt. Was die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung verhindert (Schelling, 2002). In einer placebokontrollierten, doppelblinden Studie (n=64) wurde bereits der Effekt einer 10-tägigen niedrig dosierten Glucocorticoidtherapie bei traumatischen Verletzungsopfern untersucht. In der Gruppe der Glucocorticoidtherapie (zweimal täglich 10 mg) lag die Prävalenz für eine PTBS nach einem Monat bei 8% und nach 3 Monaten bei 0%. Im Vergleich lag die PTBS Prävalenz in der Placebogruppe bei 11% nach einem Monat und 14 % nach 3 Monaten. Der allgemeine Übertrag auf kritisch kranke Menschen darf nur unter Vorbehalt erfolgen, weil eine Glucocorticoidtherapie aufgrund anderer Behandlungsverfahren oder Grundleiden kontraindiziert sein kann (Delahanty et al 2013).

Emotionale Nachsorge

Als zusätzliche nicht-pharmakologische Lösung hat sich besonders in der Nachsorge das Führen von Intensivtagebüchern erwiesen. In dem Intensiv-Tagebuch werden während der intensivmedizinischen Behandlung persönliche Einträge über den Zustand und die Behandlung des kritisch kranken Menschen gemacht. Diese Einträge können durch persönliche Wünsche und Fotos ergänzt werden. Das Intensiv-Tagebuch kann später von den Patienten genutzt werden, um den Ablauf der Behandlung zu verstehen und über lückenhafte Erinnerungen zu sprechen (Nydahl, Fischill, Deffner, Neudeck, & Heindl, 2019). Außerdem konnte in einer kontrollierten Studie gezeigt werden, dass ein Intensiv-Tagebuch auch die psychische Belastung von Angehörigen reduziert. Angehörige, die ein Intensivtagebuch für den kritisch kranken Menschen geführt haben, zeigen 26,3% niedrigere Werte für posttraumatischen Stress als Angehörige aus der Kontrollgruppe (Nielsen et al., 2019). In Ermangelung an standardisierten und wirksamen Rehabilitationsprogrammen für das Leben nach der intensivmedizinischen Behandlung sind weitere Empfehlungen für die Nachsorge schwierig (Jensen et al., 2015). Es ist aber bekannt, dass sich eine Fehl- und Unterversorgung in der Nachsorge von Überlebenden einer kritischen Erkrankung durch regelmäßiges Aufsuchen und niederschwellige Vermittlung von Hilfe vermeiden lässt und sich so das psychische Befinden der Betroffenen verbessert (Schandl et al., 2011). Hier empfiehlt es sich, den Nachsorgebedarf anhand von geeigneten Assessement-Instrumenten zu ermitteln und durch entsprechende Ambulanzen oder Nachsorgeteams zu gewährleisten. Die Nachsorge wird auch mit Hinblick auf das Risiko einer transgenerationalen Weitergabe des Psychotraumas an Bedeutung gewinnen.

Fazit und Ausblick

Die Behandlung auf einer Intensivstation ist mit einem hohen Risiko für eine psychische Folgestörung verbunden. Angehörige und die Behandlungsteams sind genauso betroffen wie die kritisch kranken Patienten selbst. Das Risiko kann über mehrere Generationen hinweg bestehen bleiben und stellt das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Pandemien, wie z.B. die COVID-19-Pandemie, können dieses Risiko verstärken. Es empfiehlt sich, betroffene Patienten, deren Angehörige und die Behandlungsteams besonders zu unterstützen, um dem drohenden Anstieg von psychischen Erkrankung entgegen zu wirken. Für die Risikominimierung von psychischen Folgeschäden der Patienten und der Angehörigen sind im pflegerischen Rahmen eine klare, zugewandte Kommunikation und das Schaffen von Sicherheit und Transparenz von zentraler Bedeutung. Längerfristige Transparenz kann durch das Führen eines Intensiv-Tagebuchs, das Erinnerungslücken entgegenwirkt, hergestellt werden. Pharmakologische Interventionen können unterstützen, einen hohen Stellenwert nimmt aber auch die organisierte Nachbetreuung bei betroffenen Patienten zur Risikominimierung ein. Wie die Behandlungsteams unterstützt werden können, muss in weiterführenden Studien untersucht werden.

Autor

Marvin Kaiser BA
B. A. Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit, Gesundheits-und Krankenpfleger, stellvertretende Stationsleitung im LVR-Klinikum Düren, aktuell Stabstelle für Pflegeentwicklung, freiberufliche Referententätigkeit an Krankenpflegeschulen und Weiterbildungseinrichtungen

marvin.kaiser@lvr.de

Autorin

Jacqueline Rixe MSc, BA
M. Sc. Gesundheits-und Pflegewissenschaften, B. A. Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) in Bielefeld, Leiterin der Arbeitsgruppe Pflegeforschung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bielefeld
jacqueline.rixe@fhdd.de

Autor

Prof. Dr. Pascal Wabnitz
Prof. Dr., Lehrstuhl für angewandte Psychologie an der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) in Bielefeld, Psychologischer Psychotherapeut
pascal.wabnitz@fhdd.de

Literatur

Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. Journal of advanced nursing, 50(4), 356–362.

Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. Journal of advanced nursing, 51(3), 276–287.

Bienvenu, O. J., Gellar, J., Althouse, B. M., Colantuoni, E., Sricharoenchai, T., Mendez-Tellez, P. A., et al. (2013). Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: A 2-year prospective longitudinal study. Psychological medicine, 43(12), 2657–2671.

Cardozo, M. (2004). Harmonic sounds: Complementary medicine for the critically ill. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 13(22), 1321–1324.

Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K. H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. Medicine, 95(50).

Delahanty, D. L., Gabert-Quillen, C., Ostrowski, S. A., Nugent, N. R., Fischer, B., Morris, A., ... & Fallon, W. (2013). The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial. CNS spectrums, 18(2), 103-111.

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2017). S3-Leitlinie invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei aktuer respiratorischer Insuffizient, from Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-021k_S3_Invasive_Beatmung_2017-12.pdf.

Jensen, J. F., Thomsen, T., Overgaard, D., Bestle, M. H., Christensen, D., & Egerod, I. (2015). Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: A systematic review and meta-analysis. Intensive care medicine, 41(5), 763–775.

Kok, L., Slooter, A. J., Hillegers, M. H., van Dijk, D., & Veldhuijzen, D. S. (2018). Benzodiazepine Use and Neuropsychiatric Outcomes in the ICU: A Systematic Review. Critical care medicine, 46(10), 1673–1680.

Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. International journal of antimicrobial agents, 105924.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus

disease 2019. JAMA network open, 3(3), e203976-e203976.

Nagl-Cupal, M., & Schnepp, W. (2010). Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literaturübersicht über qualitative Forschungsarbeiten [Family members in the intensive care unit: effects and mastering the situation. A review of qualitative studies]. Pflege, 23(2), 69–80.

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., ... & Brady, S. L. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders‘ conference. Critical care medicine, 40(2), 502-509.

Nestler, E. J. (2014). Epigenetic mechanisms of depression. JAMA psychiatry, 71(4), 454–456.

Nielsen, A. H., Angel, S., Egerod, I., Lund, T. H., Renberg, M., & Hansen, T. B. (2019). The effect of family-authored diaries on posttraumatic stress disorder in intensive care unit patients and their relatives: A randomised controlled trial (DRIP-study). Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses

Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., & Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: A systematic review and meta-analysis. General hospital psychiatry, 43, 23–29.

Nydahl, P., Fischill, M., Deffner, T., Neudeck, V., & Heindl, P. (2019). Intensivtagebücher senken Risiko für psychische Folgestörungen: Systematische Literaturrecherche und Metaanalyse [Diaries for intensive care unit patients reduce the risk for psychological sequelae : Systematic literature review and meta-analysis]. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin, 114(1), 68–76.

Papathanassoglou, E. D. E., Hadjiblassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L., & Kyprianou, T. (2018). Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 27(3), 172–185.

Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. Critical care medicine, 43(5), 1121–1129.

Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., Berg, J., & Henneman, E. A. (2006). Communication boards in critical care: Patients‘ views. Applied nursing research : ANR, 19(4), 182–190.

Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Baccheretti, A., et al. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. Critical care (London, England), 15(1), R41.

Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. D., Huang, M., Dinglas, V. D., Bienvenu, O. J., et al. (2016). Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. Critical care medicine, 44(9), 1744–1753.

Robert Koch-Institut (2020). Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung. Retrieved April 04, 2020, from https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile.

Schandl, A. R., Brattström, O. R., Svensson-Raskh, A., Hellgren, E. M., Falkenhav, M. D., & Sackey, P. V. (2011). Screening and treatment of problems after intensive care: A descriptive study of multidisciplinary follow-up. Intensive & critical care nursing, 27(2), 94–101.

Schelling, G. (2002). Effects of stress hormones on traumatic memory formation and the development of posttraumatic stress disorder in critically ill patients. Neurobiology of learning and memory, 78(3), 596–609.

Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. Current opinion in critical care, 18(5), 540-547.

Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., & Glaeske, G. (2020). Datenbasis verbessern. Prävention gezielt weiterentwickeln. Bürgerrechte wahren. Pflegewissenschaft, Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, 18-20.

Tedstone, J. E., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. Clinical psychology review, 23(3), 409–448.

Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., et al. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: A model-based analysis. The Lancet Infectious Diseases.

World Health Organization (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Retrieved April 04, 2020, from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf.

Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M., & Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. The Journal of clinical endocrinology and metabolism, 90(7), 4115–4118.

Wie können wir die Pflege in Zeiten von Corona gestalten?
Was können wir aus der Krise lernen?

Antworten finden Sie in den Corona-Sonderausgaben der Pflegewissenschaft:

Ausgabe 1:
Kostenfreies Open Access Journal

Ausgabe 2:
5.- Euro inkl. 1.- Euro Spende
an die Flüchtlingshilfe auf Lesbos

www.hpsmedia-verlag.de/home/corona

hpsmedia

(C) lighpoet

Unabsehbare längerfristige Covid 19-Auswirkungen auf psychisch erkrankte Menschen

Psychische Belastungen durch die Pandemie werden an vielen Stellen thematisiert. Die längerfristigen Auswirkungen der Covid19-Pandemie auf besonders vulnerable Gruppen wie psychisch erkrankte Personen kommen bislang zu kurz. Die bisherigen individuellen Konsequenzen können aufgrund der derzeitigen Erkenntnisse nur anhand theoretischer Grundlagen, im psychosozialen Kontext und im Zusammenhang beobachteter Alltagssituation erfolgen. In der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen steht das subjektive Krankheitserleben des Einzelnen im Mittelpunkt und bildet die Basis des psychiatrischen Handelns. Dabei sind das Wissen um das vielfältige Verwoben-Sein, die vielgestaltige Erscheinungsweise psychischer Störungen und die mannigfaltigen Auswirkungen auf den Lebensalltag von Betroffenen erforderlich. Dieser Artikel kann als Problemaufriss dienen und erforderliche künftige Notwendigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen ableiten.

Die Corona-Pandemie hat eine Vielzahl von psychosozialen Folgen, insbesondere für den seelisch erkrankten Menschen, die weiter beforscht werden müssen. Pflegende sind deshalb aufgefordert, in der Versorgung dieser Klientel die besondere Vulnerabilität in den Blick zu nehmen. Nicht nur dies, auch die gemeinsame Erarbeitung von Bewältigungsstrategien sind Teil pflegerisch-psychiatrischer Expertise.

Pflege im psychiatrisch-psychosozialen Kontext befasst sich aufgrund ihres Selbstverständnisses mehr mit den Auswirkungen der

Erkrankung als mit der Erkrankung selbst. Die meisten psychisch erkrankten Menschen, ihre Angehörigen oder das soziale Umfeld suchen nicht wegen der Krankheitssymptome Hilfe, sondern in der Regel sind es die sozialen und medizinischen Folgeerscheinungen, welche die Betroffenen dazu bewegen, professionelle Hilfe aufzusuchen (Schädle-Deininger & Villinger, 1996, S. 49). Vor diesem Hintergrund müssen geeignete Hilfsangebote rechtzeitig und in geeigneter Form angeboten werden.

Dies gilt besonders in Krisenzeiten wie der Corona-Pandemie. Deutlich wird derzeit, dass viele psychisch erkrankte Menschen und ihr Umfeld durch die Pandemie verunsichert sind, dass viele selbstverständliche Hilfsangebote reduziert sind oder gar entfallen und dass dadurch ganz elementare Bedürfnisse wegfallen, beispielsweise direkte Kontakte, Gruppenangebote und regelmäßige gemeinsame Aktivitäten sowie bestimmte Trainingsangebote.

Psychisch erkrankte Menschen erspüren und bemerken die leisesten Schwingungen, Erschütterungen und Veränderungen. Luc Ciompi hat im Zusammenhang von erkennen, dass etwas in der Familie, im sozialen Umfeld, am Arbeitsplatz oder im Kontext des gesamten Zusammenlebens nicht stimmt, psychisch erkrankte Menschen als die „Seismographen der Gesellschaft“ bezeichnet. Verunsicherung führt zu Angst und Angst kommt so gut wie bei allen psychischen Erkrankungen vor und wird in besonders verunsichernden Situationen verstärkt. Von daher ist die derzeitige Lage von psychisch erkrankten Menschen als prekär zu bezeichnen.

Einblick in theoretische Grundlagen

Ein paar wenige theoretische Ansätze sollen dargelegt werden, um die Komplexität psychischer Reaktionen und die besondere Situation psychisch erkrankter und behinderter Menschen im Kontext der Corona-Pandemie zu verdeutlichen und die künftig notwendige (Pflege-) Forschung aufzuzeigen.

Affektlogik

Gesellschaftliche Veränderungen und irritierende Alltagssituationen wirken sich in besonderem Maße auf leicht zu verstörende Menschen wie psychisch Erkrankte aus. Luc Ciompi stellt aufgrund umfangreicher Forschungen, die er immer weiterentwickelt hat, in seiner Veröffentlichung „Affektlogik“ beschriebenen innovativen Theorie, fest, dass es ein ständiges Zusammenspiel von Fühlen, Denken und Verhalten gibt. Er betont zudem die Wechselwirkung zwischen den drei Komponenten. In diesem Kontext entwirft er im Grundsatz das gesetzmäßige Zusammenwirken von Emotion, Kognition und Aktion zu einem Gesamtkonzept. Basis seiner Überlegungen und Untersuchungen kommen aus ganz verschiedenen Wissenschaften wie der Evolutionswissenschaft und Neurobiologie, der Soziologie und Psychiatrie sowie der Emotionspsychologie und Psychoanalyse. Eingebettet ist der theoretische Ansatz in die allgemeine Systemtheorie und schließt die „Theorie der nichtlinearen Dynamik“ (dynamical systems theory), also die „Chaostheorie“ mit ein. In nichtlinearen Systemen können schon sehr kleine Veränderungen zu nicht vorhersehbaren umfangreichen Auswirkungen und Resultaten führen, beispielsweise indem Irritationen in Verbindung mit negativen Erfahrungen gebracht werden.

Thesen zur Affektlogik

Ciompi formuliert in seinen Vorlesungen fünf Thesen zur Affektlogik, nämlich

1. dass in sämtlichen psychischen Leistungen Fühlen und Denken – oder Emotion und Kognition, Affektivität und Logik im weitesten Sinn untrennbar zusammenwirken,
2. dass Affekte alles Denken und Verhalten nicht nur andauernd begleiten, sondern zu einem guten Teil auch richtiggehend leiten,
3. dass situativ zusammengehörige Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen sich im Gedächtnis zu funktionellen Einheiten im Sinn von integrierten Fühl-, Denk- und Verhaltensprogrammen (FDV-Programmen) verbinden, die sich in ähnlichen Situationen immer wieder neu aktualisieren, differenzieren und gegebenenfalls auch modifizieren,
4. dass die Psyche fraktal strukturiert ist, das bedeutet, dass „Selbstähnlichkeiten“ in der Grundgestalt „im Größten das Kleinste“ und „im Kleinsten das Größte“ sein kann. Das bedeutet z. B. auch, dass in jedem vorherrschenden Gefühl alle anderen (Grund-) Gefühle irgendwie noch versteckt in unterschiedlicher Intensität enthalten sind,
5. dass Affekte die entscheidenden Motoren und Organisatoren aller psychischen und sozialen Entwicklung sind (Ciompi 2002, Seite 16 f., Abb. 1).

Diese dargestellten Mechanismen machen deutlich, dass menschliches Fühlen, Denken und Handeln im Alltag nicht strikt trennen lassen, sondern sich eher in der Reflexion bzw. Analyse einer Situation auseinanderhalten lassen, dies wird im nachfolgenden Beispiel verdeutlicht.

Ciompi hat sich vorwiegend auf Psychosen bezogen, die Grundzüge des Ansatzes lassen sich jedoch auch auf andere psychische Störungen anwenden.

Abb. 1 Affekte und ihr Zusammenspiel (eigene Darstellung)

Frau Klein ist jetzt während der Corona-Zeit beim Einkaufen aufgefallen, dass der Einkaufswagen sich „klebrig“ anfühlte. Der Gedanke, dass das mit dem Covid19-Virus zusammenhängen könnte ließ sie nicht mehr los, auch als sie Zuhause war. Die logische Überlegung, dass der Wagen durch Desinfizierungsmittel so kleben könnte, kam ihr nur kurz. Das Ganze machte ihr große Angst und beherrschte ihre Gedanken und Gefühle…

Das Fühlen, Denken, Affektivität und Logik konnten nicht mehr auseinandergehalten werden.

Frau Klein konnte sich nicht mehr ablenken, es war wie eine Denkschleife, sich angesteckt zu haben, sie beobachtete sich ständig, ob sie irgendeine krankhafte Reaktion feststellen kann…

Das Denken und Handeln werden richtiggehend geleitet.

Im weiteren Verlauf stellte sie einen Zusammenhang zu früheren Erlebnissen her, nämlich, dass ein Bekannter ihrer Eltern an einer Sepsis schwer erkrankt und später auch gestorben ist und dass es ihr wahrscheinlich auch so gehe. Deshalb putzte sie nun zwei Mal am Tag die Wohnung, was ihr jedoch keinerlei Sicherheit gegeben hat…

Fühl-, Denk- und Verhaltensprogramme werden aktualisiert und zu einer funktionellen Einheit.

Frau Kleins Angst steigert sich in unterschiedlichen Alltagssituationen, die Gefühle von Angst, Alleingelassen zu sein, mit und durch die sich anbahnende Erkrankung nach und nach einsamer zu werden vermischen sich mit dem Grundgefühl, das sie seit ihrer Kindheit mit sich trägt, nicht erwünscht und ungeliebt zu sein …

Aktualisierung von (Grund-) Gefühlen und „Selbstähnlichkeiten“.

Frau Klein, die aufgrund einer psychischen Erkrankung immer mal wieder in der Institutsambulanz Rat gesucht hatte und behandelt wurde, wendet sich an die pflegerische Mitarbeiterin Frau Lux, die sie kennt. Sie verabreden sich mit all den derzeitigen Auflagen. Es ist zu hoffen, dass Frau Lux, wie schon bei früheren Kontakten an den Ressourcen und den Fähigkeiten von Frau Klein anknüpfen kann und sie gemeinsam die Krise bewältigen, Frau Klein genügend Abstand gewinnt und im Sinne von Empowerment, Resilienz sowie Recovery, sich wieder stabilisieren und ihren Weg zu Wohlbefinden und Gesundung gehen kann.

Affekte als Motoren und Organisatoren sozialer und psychischer Entwicklung.

Normalität

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die „Normalität“. Was ist normal? Müssen wir uns nicht der „Doppelsinnigkeit“ des Begriffes „Normalität“ bewusst sein: zum einen das „Soll-Maß“ eines gelingenden Lebens, zum anderen das „was durchschnittlich erwartbar ist“.

„Wir bewegen uns bei der Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit immer wieder in einer Grauzone zwischen pathologischer Eindeutigkeit, klinischer ‚Auffälligkeit? und soziokulturellen Bewertung (‚Normalität‘). Schwere Krankheit und vollkommene Gesundheit, seien sie körperlicher oder psychischer Natur, verstehen sich meist von selbst. Probleme bereitet das, was dazwischenliegt: das Kontinuum zwischen den Störungen des Wohlbefindens und dem Leiden an Störungen von Körper und Psyche. Da gibt es keine eindeutig medizinisch-fachlichen Abgrenzungen. Da spielen subjektive Empfindungen und soziokulturelle Bewertungen eine zentrale Rolle“ (Finzen, 2018, S. 42 f.)

Finzen betont, dass unsere Befindlichkeit und unser Leiden etwas zutiefst Subjektives ist Was dem einen unerträglich erscheine, könne ein anderer gut aushalten. Er führt an, dass das die britische National Association for Mental Health (MIND) bereits 1971 Jahre im „MIND-Manifest“ deklariert:

„Es gibt keine Grenzen zwischen seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit. Die meisten psychisch Kranken erleben Phasen innerer Stabilität und Einsichtsfähigkeit. Die meisten Menschen leiden unter unbegründeten Ängsten und zeitweise depressiven Verstimmungszuständen. Die psychisch Kranken sind keine besondere Menschenart, die mit der Welt, in der wir leben, und unseren alltäglichen Erfahrungen nichts zu tun hätten: Sie sind wie wir und wir sind wie sie […]“ (Finzen, 2018, S. 46).

Am Ende des Buches stellt Finzen fest, dass das Normale das Normale ist und dass dies seine zentrale These sei. Er habe sie vor allem am Beispiel der Psychiatrie und des psychiatrischen Denkens entwickelt. „Sie gilt aber nach meiner Überzeugung für alle gesellschaftlichen Bereiche.

(C) ArTo

Ich weiß, das Bild, das sich uns präsentiert ist ein anderes. Wir alle tragen – versteckt oder offen – ein Bedürfnis nach Bildern vom Nichtnormalen mit uns herum.“ Er fährt fort, dass das Normale einfach langweilig sei und konstatiert, dass Menschen sich schon immer bevorzugt über Unglücksnachrichten ausgetauscht haben (Finzen, 2018, S. 131).

Luc Ciompi zeigt bereits 1994 in seinem Vortrag auf dem XIV. World Congress of Social Psychiatry in Hamburg, unter dem Titel „Die Philosophie der Sozialpsychiatrie im Rahmen eines psycho-sozio-biologischen Verstehensmodells der Psyche“, auf, dass in diesem Kontext der Schwerpunkt im Verstehen und Behandeln psychischer Störungen vor allem im sozialen Umfeld liege, ohne gleichberechtigte biologische und psychodynamische Ansätze auszuklammern und betont das unverzichtbare menschliche und soziale Engagement. Er benutzte das Bild, dass psychisch erkrankte Menschen aus dem Gleichgewicht gekommen sind und deshalb etwas „verrückt“, d. h. aus ihrer Mitte geraten bzw. irritiert sowie verunsichert und demzufolge auf eine zuwendende Unterstützung angewiesen sind (Ciompi in Bock et. al., 1995). Dieses Bild macht deutlich, dass psychische Erkrankungen zutiefst menschlich sind und jeder von uns erkranken kann.

Was bedeutet es, ver-rückt zu sein? Der einzelne Mensch kann sich in diesem Moment nicht mehr als integer erleben. Säulen, die ihn oder sie im Alltag tragen, verlieren an Haltekraft, sie werden brüchig. Subjektiv bekommt der Mensch das Gefühl, dass die Festigkeit des eigenen Stehens auf dem Boden nicht mehr in der gewohnten Weise gegeben ist. Anselm Grün nutzt den Begriff des Bei-sich-Seins bzw. des Bei-sich-Daheim-Seins. Er geht in der Betrachtung der Eigenheiten der Corona-Zeit weiter. Es geht ihm um das Wohlfühlen, somit um die Lebensqualität. Er stellt die Frage, inwieweit es dem zeitgenössischen Menschen gelingt, sich in der eigenen Häuslichkeit wohlzufühlen. Grün schreibt: „Gerade in solchen Momenten, in denen wir äußerlich begrenzt werden, stellt sich uns unweigerlich die Frage: Was brauchen wir, um uns wohl zu fühlen in unseren vier Wänden? Was brauchen wir wirklich? … Kann ich zuhause bei mir daheim sein? Kann ich überhaupt bei mir daheim sein?“ (Grün 2020, S. 59 / 60). Es ist sicher so, dass schon viele Menschen ohne jede Krisenerfahrung nicht bejahen können, dass sie sich in den eigenen Wänden bei sich fühlen. Eine alltägliche Erfahrung, wie beispielsweise die Corona-Pandemie, sorgt durchaus auch bei offenbar gesunden Menschen dafür, dass er oder sie sich ver-rückt fühlt und aus der Balance gerät. Für den psychisch instabilen Menschen hat das Aus-dem-Gleichgewicht-Kommen einschneidendere Konsequenzen.

Corona verunsichert psychisch erkrankte Menschen

Wenn wir die bisherigen Aspekte auf die Situation eines von einer psychischen Erkrankung Betroffenen betrachten, muss das beträchtliche Auswirkungen haben. Und das ganz gleich in welcher Phase des Befindens, Gesundens oder mehr oder weniger stabilem Zustand sich der Einzelne befindet. Psychisch erkrankte Menschen erleben durch die Kontaktbeschränkungen während der Corona-Pandemie, dass ihnen der feste Boden unter den Füßen sprichwörtlich weggezogen wird. Die meisten von ihnen leben allein. Sie sind darauf angewiesen, dass sie niederschwellige Hilfe-Angebote wie gemeindepsychiatrische Zentren eigeninitiativ besuchen können. Gleichzeitig müssen sie darauf vertrauen, dass Angebote wie das Betreute Wohnen den aufsuchenden Charakter nicht aufgeben. Wenn es stimmt, dass jeden Morgen oder jeden Tag die Tragfähigkeit der Qualität unserer Beziehungen erspürt wird (Bliersbach, 2014, S. 23), dann bergen die schwindenden Kontakte die Gefahr, dass psychisch kranke Menschen ein Fundament des Alltags nicht mehr spüren.

Für den psychisch erkrankten Menschen ist die Kraftanstrengung größer als für den seelisch gesunden Menschen, um Regulationsleistungen für alltägliche Bewegungen in verschiedenen Kontexten des Lebens zu erbringen. Sie müssen sich mehr mühen, um mit erfahrener Wirksamkeit und erfahrener Ohnmacht zurechtzukommen. In Zeiten der Corona-Pandemie kommt es letztlich zu der Situation, dass sie durch psychiatrisch Tätige wenig oder keine Unterstützung erfahren. Sie können nicht an der eigenen Lebensgeschichte schreiben. Sie können dem Alltag keinen Sinn geben. Ihnen ist eine entscheidende Möglichkeit genommen, den Lebensalltag zu reflektieren. Die Folge bei psychisch erkrankten Menschen kann sein, dass sie Ängste bekommen. Es gelingt nicht, Befürchtungsdynamiken zu kompensieren.

Angst

Richter unterstreicht, dass Angst nicht allein im Individuum begründet sei (Richter, 2014, S. 90). Menschen seien soziale Wesen,

so tangierten gesellschaftliche Bedingungen das Angsterleben (Richter, 2014, S. 90). Es macht sicher Sinn, immer auch über die eigenen Ängste nachzudenken, wenn der Mitmensch in den Blick genommen wird. Die Sensibilität dafür, über eigene Ängste nachzudenken, führt, wenn es gut läuft, zu angepasstem Hilfe-Verhalten. Wenn Befürchtungen einen überdimensionalen Raum im Leben des Einzelnen einnehmen und das Leben und das Verhalten bestimmen, sind sie störend oder auch krankhaft. Ziel muss es im professionellen Umgang sein, sich an der individuellen Lebenssituation zu orientieren und Situationen zu identifizieren, in denen die Angst abnimmt oder in welchem Zusammenhang die Angst verstärkt wird. Dies erfordert eine Grundhaltung, die Hoffnung vermittelt und den Betroffenen darin unterstützt, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Reduktion der Angst einzusetzen und immer wieder gemeinsam zu reflektieren, was hilfreich ist und was eher nicht, um der Angst zu begegnen. Bei allem gilt es zu bedenken, dass Angst zur normalen Reaktion eines Menschen gehört und sowohl den gesunden als auch den körperlich oder psychisch erkrankten Menschen betrifft und für jeden Menschen eine Funktion hat.

Pflegephänomen Angst	
Auftreten	Kommt bei fast allen psychischen Erkrankungen vor
Zeichen und Hinweise z. B.	Verbale Äußerungen, ausgeprägtes distanziertes Verhalten. konzentrierte Beobachtung der Umgebung und Anspannung, Unruhe und Getrieben-Sein oder auch Erstarrung
Schweregrade z. B.	Die breite Spanne von Furcht bis hin zu Todesangst
Ziele z. B.	Erreichen von Entspannung, in Kontakt bleiben, Beziehung aufrecht erhalten
Maßnahmen z. B.	Ablenkungs- und Beschäftigungsangebote, Erleichterungsmöglichkeiten schaffen, auch durch komplementäre Pflegeangebote, Dasein und gemeinsam aushalten, Kontakthalten und benötigte Distanz wahren, ggf. angstlösende Medikamente
Mögliche Pflegediagnosen nach NANDA z. B.	Machtlosigkeit – Situationsbedingtes geringes Selbstwertgefühl – Gestörte Denkprozesse – Vereinsamungsgefahr – Unwirksames Coping – Beeinträchtigte soziale Interaktion – Selbstverletzungsgefahr – Soziale Isolation

Tab. 1 Pflegephänomen Angst im Kontext pflegerischen Handelns (eigene Darstellung)

Das Pflegephänomen Angst zeigt sich in unterschiedlicher Intensität und je nachdem auf welcher Stufe sich ein Betroffener befindet, gibt es verschiedene, ganz individuelle Umgangsweisen, von Ablenkung über gezielte Übungen ggf. bis hin zu einer gestuften Reizkonfrontation. Es gilt die Angst frühzeitig zu erkennen, einzustufen und gemeinsam mit dem psychisch Erkrankten systematisch nach Lösungen zu suchen. Dies könnte die nachfolgende Tabelle 1 unterstützen.

Wichtig ist es, dass Helfende den Blick für die Realität behalten und sich durch Supervision und Kollegiale Beratung oder andere Verfahren auf der Metaebene Unterstützung holen und wieder Abstand gewinnen, um hilfreich zu sein.

Einsamkeit, Isolation und ihre Folgen

Neben der Angst spielt die Einsamkeit bei psychisch erkrankten Personen eine wesentliche Rolle und verstärkt sich durch die bereits beschriebene Situation jetzt während der Corona-Pandemie. Sie fühlen sich dadurch noch mehr ausgegrenzt und abgeschieden, ganz abgesehen vom unterschiedlichen Bedürfnis nach sozialer Nähe oder Distanz. Auch das Netz an Kontakten wird anders erlebt. Einsamkeit und soziale Isolation werden in der Regel synonym verwandt.

In der Bewältigung der Isolation, auch in Kombination mit der weiter unten ausgeführten Befürchtungsdynamik, spielen individuelle kompensatorische Schemata der Persönlichkeit eine Rolle, die sich auch aus vorbestehenden Belastungen und Erfahrungen entwickelt haben und die wir aus Konflikt- und Trauma-Modellen kennen. In der psychotherapeutischen Behandlung bei Belastungsfolgen durch Isolation stehen Interventionen im Vordergrund, die sich an dem individuellen kompensatorischen Stil der Betroffenen orientieren, wie der vermeidende, der impulsive, der depressive und der ängstliche Stil oder auch Mischformen, für die jeweils eine spezifische Intervention anzuraten ist. (Bering, Schedlich & Zurek, 2020, S. 40)

Nach den Worten des Benediktinerpaters Anselm Grün dürfen in einer Zeit der Isolation existentielle Momente und Bedürfnisse nicht missachtet werden. Der Mensch lebe nicht vom Brot allein (Grün, 2020, S. 10). In der Krise bräuchte jeder Mensch Weggefährtinnen und Weggefährten, „die offen sind, die Emotionen zeigen und verstehen, die empathisch sind, um diese Krise ohne große Verwerfungen zu meistern“ (Grün, 2020, S. 15). Damit bringt Grün auf den Punkt, dass bei aller sozialen Distanz eine Weggefährtenschaft von Bedeutung ist.

Weggefährtenschaft kann für psychiatrisch Pflegende viel bedeuten. Im Kern geht es darum, nicht nur für die Betroffenen, sondern insbesondere mit den Betroffenen zu arbeiten und wo immer es geht sein soziales Umfeld mit einzubeziehen. Es kann sicher eine Hür-

de sein, in Zeiten einer Pandemie den Betroffenen oder die Betroffene in der eigenen Häuslichkeit zu besuchen. Die Angst, sich während der gemeinsam verbrachten Zeit mit dem Virus zu infizieren, ist groß. Zur Weggefährtenschaft gehört es sicher, nach anderen Möglichkeiten des Austauschs und der Hilfeleistung zu schauen. Mit Abstand lässt sich auch auf Bänken in einem Park begegnen. Mit Distanz lässt sich durch das Wohnquartier gehen. Lassen psychiatrisch Pflegende in der Zeit der sozialen Distanzierung zu, den Betroffenen nur über technische Kommunikationswege zu begegnen, so entgleitet die Qualität der Begleitung seelisch erkrankter Menschen. Die Wahrnehmung bleibt trotz guter Technik unvollständig, da die „Zwischentöne", das Atmosphärische usw. nicht ausreichend erspürt werden kann.

Schließlich ist es so, dass der Mensch im aktuellen Lockout „wider seine Natur als soziales und bedürftiges Wesen" handelt (Beck, 2020, S. 55). Soziale Zuwendung gehöre zum täglichen Leben. Bekommt der Mensch durch die soziale Distanz bzw. Selbstisolation die Nähe nicht, ist mit schwerwiegenden Problemen zu rechnen. Wenn ein Mensch seelisch erkrankt ist, geht eine erhöhte Vulnerabilität damit einher. Wen wundert es, dass die Verbindung von erhöhter Verletzlichkeit und nachvollziehbaren Folgen der Isolation zu akuten Phasen seelischer Erkrankungen führen. Beck schreibt dazu: „Wir sind von Geburt an auf soziale und körperliche Zuwendung und Nähe angewiesen. Wird dies verweigert oder auf längere Zeit entzogen, können schwerwiegende Probleme entstehen. Experimente mit sozialer Deprivation, d. h. der Entzug bzw. die Entbehrung von sozialen Beziehungen und Kontakten oder die bekannte Geschichte des Kaspar Hauser (1812 – 1833), eines Findlings, der jahrelang in vollkommener sozialer Isolation leben musste, zeigen die fatalen Folgen von sozialer Bindungslosigkeit oder Bindungsverlust und die negativen Auswirkungen auf Wohlempfinden, Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung" (Beck, 2020, S. 55/56).

Lösungsansätze

Es gibt immer nur individuelle Wege und Prozesse der Veränderung und persönlichen Lösungen. Von daher kann es keine Rezepte geben, sondern nur Denkanstöße und berufliche Fachlichkeit, um spezifisches psychiatrisch-pflegerisches Wissen in den Kontext der jeweiligen persönlich geprägten Situation zu setzen und gemeinsam mit dem psychisch erkrankten Menschen nach gangbaren Wegen zu suchen, damit er seine Ziele und erwünschte oder angestrebte Lebensqualität in seinem Fortschrittsrhythmus entwickeln kann und die Unterstützung, Hilfe und Pflege bekommt, die er benötigt.

Unsere Gesellschaft befindet sich gegenwärtig mitten im Auge eines gewaltigen Hurrikans einer massiven, umfassenden Traumatisierung. In der schockhaften Konfrontation mit einem Trauma und, vor allem, in der Bewältigung von traumatischen Ereignissen sind metaphorische Narrative als psychologische Hilfskonstruktionen für die Wiederherstellung von Stabilität und Struktur kaum zu überschätzen. Dabei müssen wir auf das ideologische und emotionale Potential dieser Konstruktionen achten. (Beck, 2020, S. 59 / 60)

Der Begriff »Resilienz« leitet sich vom englischen Wort »resilience« ab, das mit Spannkraft, Widerstandsfähigkeit oder Elastizität übersetzt werden kann und die Fähigkeit einer Person beschreibt, widrige Lebensumstände erfolgreich zu bewältigen und sich ihnen gegebenenfalls anzupassen. Resiliente Menschen verfügen über eine positive Selbst- und Fremdeinschätzung trotz Risikobelastung; auch unter möglicherweise extremen Belastungen bleiben sie von psychischen Störungen verschont, bei ihnen ist die Fähigkeit zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bei belastenden, evtl. traumatischen Erfahrungen ausgeprägt (vgl. Wustmann 2004).

Resilienz stellt das Gegenstück zur Vulnerabilität dar, das heißt der Verwundbarkeit eines Menschen gegenüber ungünstigen Lebensumständen. Im Gegensatz zu einem resilienten gelingt es dem vulnerablen Menschen nicht, den Widrigkeiten des Lebens zu trotzen, da ihm Bewältigungskompetenzen und soziale Unterstützung fehlen, um Belastungssituationen zu meistern (Barwinski, 2020, S. 102).

Der Rhythmus, der persönliche wie der einer Gemeinschaft, sollte immer mit Augenmaß und einem Gefühl für die Umgebung und die Umstände betrachtet und gelebt werden. Es geht nicht um Beliebigkeit, manche Gewohnheiten muss man sich auch erst antrainieren (Grün, 2020, S. 39). Dabei können Rituale uns in Umbrüchen und Krisen noch etwas anderes geben: nämlich das Gefühl, das wir bei uns selbst sind (Grün, S. 40).

Auch der Recovery-Ansatz, der eng verbunden ist mit der Selbstbestimmung des Empowerment-Gedankens, geht davon

aus, dass es tragfähige Beziehungen braucht, um einen Rahmen zu schaffen, fachlich-kompetente Hilfestellungen durch Krisen und die Erkrankung zu ermöglichen. Um den Recovery-Prozess anzustoßen und Hoffnung zu vermitteln, braucht es Pflegende, die an mögliche Veränderungen glauben. Im Zusammenhang mit dem Recovery-Prozess. Fragen, die professionell Pflegenden weiterhelfen sind beispielsweise (Schädle-Deininger/Wegmüller, 2017, S.274):

- Was kann der/die professionell Pflegende zur Wiedererlangung des Selbstvertrauens und des Glaubens der Person an sich selbst tun?
- Welche Anteile der pflegerischen Begleitung machen es möglich, dass Betroffene die Freiheit haben, ihren Sinn und Lebenszweck wiederzufinden und/oder zu entwickeln?
- Welche pflegerischen Mittel haben psychiatrisch Pflegende, um die Entwicklung des (Selbst-)Vertrauens zu unterstützen und Herausforderungen anzunehmen?
- Welches pflegerische „Handwerkszeug“ hat der/die Professionelle, um die betroffene Person dabei zu unterstützen, sich eigene Methoden zu erarbeiten, um kritischen oder bedrohlichen Situationen zu begegnen und diese zu bewältigen?

Deutlich wurde durch Mitteilungen von Kolleginnen und Kollegen in unterschiedlichen Kontexten der psychosozialen Versorgung, dass im Umgang mit den Bedingungen der Pandemie in Teams, in denen Phantasie, Mut und Engagement vorherrschen, viele kreative Lösungen für den einzelnen psychisch erkrankten Menschen und seine individuelle Situation gefunden wurden und werden.

Ausblick

Die Erfahrungen, die derzeit von allen Berufsgruppen in der psychosozialen Praxis gemacht werden, sind sehr unterschiedlich bzw. gegensätzlich. Es wird darauf ankommen. aufgrund dieser Erfahrungen, zu untersuchen, welche Wirkfaktoren möglicherweise dabei helfen, auch in extremen Situationen einigermaßen stabil zu bleiben und Krisen zu überstehen.

- Ist es eher das soziale Netz, das auf unterschiedliche Weise aufrechterhalten wird, auch wenn Beschränkungen gelten?
- Oder sind es die professionellen Kontakte, auf die zurückgegriffen werden kann, weil diese bereits bestehen?
- Könnte es sein, dass durch solche Rahmenbedingungen eher resilientes Verhalten im Sinne von Mobilisierung der Widerstandsfähigkeit und der eigenen Ressourcen zum Tragen kommen oder besser kommen können?

Es gibt sicher viele weitere Fragen, die sich lohnen beforscht zu werden, um weitere Konzepte zu entwickeln, die der Situation Rechnung tragen, dass wir mit dem Corona-Virus noch lange zu tun haben.

Bleibt die Hoffnung, dass durch Forschung die WHO in absehbarer Zeit, wie am 08. Mai 1980, also vor 40 Jahren die Pocken, Corona in nicht allzu langer Zeit als „besiegt“ deklarieren kann und zeitnah Impfstoffe und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Literatur

Barwinski, R. (2020). Die psychischen Folgen der Pandemie konstruktiv bewältigen – die Möglichkeiten der Resilienz. In R. Bering & C. Eichenberg: Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer (S. 97-111). Stuttgart: Klett-Cotta.

Beck, V. (2020). Die ungewollte soziales Distanz in Zeiten der Corona-Pandemie: Eine Analyse der psychischen Auswirkungen (S. 54-65). In R. Bering & C. Eichenberg: Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bering, R., Schedlich, C. & Zurek, G. (2020). Psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen bei pandemischer Belastung. In R. Bering & C. Eichenberg: Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer (S. 40-52). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bliersbach, G. (2014). Panorama gegenwärtiger Lebensängste (S. 21-29). In T. Hax-Schoppenhorst & A. Kusserow: Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern: Hogrefe.

Bock, T. et. al. Hrsg.: (1995) Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie, Psychiatrie Verlag Bonn

Ciompi, L.: (1998) Affektlogik – Über die Struktur der Psycho und ihrer Ent-

wicklung- ein Beitrag zur Schizophrenieforschung, Klett-Cotta Stuttgart (erste Auflage 1982)

Ciompi, L.: (2002) Gefühle, Affekte, Affektlogik – Wiener Vorlesungen, Picus Verlag Wien

Finzen, A.: (2018) Normalität – Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft, Psychiatrie Verlag Köln

Grün, A. (2020). Quarantäne! Eine Gebrauchsanweisung. Freiburg im Breisgau: Herder.

Richter, M. T. (2014). Das Phänomen der Angst im Krankenhaus. In T. Hax-Schoppenhorst & A. Kusserow: Das Angst-Buch für Pflege-und Gesundheitsberufe (S. 85-95). Bern: Hogrefe.

Schädle-Deininger, H.; Villinger, U.: (1996) Praktische Psychiatrische Pflege – Arbeitshilfen für den Alltag, Psychiatrie Verlag Bonn

Schädle-Deininger, H.: (2010) Menschen mit Angst professionell begegnen, pflegen: psychosozial 1/2010, Friedrich Verlag Seelze

Schädle-Deininger, H. (2014). Pflegephänomen Angst - Hilfen und Handlungsstrategien. In T. Hax-Schoppenhorst & A. Kusserow: Das Angst-Buch für Pflege-und Gesundheitsberufe (S. 98-109) Bern: Hogrefe

Schädle-Deininger, H.; Wegmüller, D.: (2017) Psychiatrische Pflege – Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium, Hogrefe Verlag Bern

Internet

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation (BAGSO)e. V. „Menschen in der Pflege nicht allein lassen! Stellungnahme zur Corona-Epidemie in Deutschland Kontaktadresse (stupp@bagso.de)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie www.dgsp-ev.de (Stellungnahmen)

Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (HKP) während der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2. gültig bis zum 31. Mai 2020 - www.gkv-spitzenverband.de

Kolleg*innen der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) AG – Zentrum Psychiatrische Rehabilitation Dirk Richter, Walter Gekle und Res Hertig haben ein Papier zur Coronavirus-Pandemie erstellt „Empfehlungen für die Versorgung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Kontaktadresse: dirk.richter@upd.unibe.ch)

Italienische Gesellschaft für Psychiatrische Epidemiologie: „Verfahrensregelungen für psychiatrische Einrichtungen während der Coronavirus-Pandemie-Krise“ (Italienisches Original: https://siep.it/wp-content/uploads/2020/03/Istruzioni-Operative-SIEP.pdf) (Übersetzung per DeepL (www.deepl.com) Überarbeitung und Anpassung an sprachliche Gepflogenheiten: Dirk Richter, UPD Bern)

Das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München geht die Konsequenzen der Corona-Pandemie pragmatisch an und stellt ein verhaltenstherapeutisches Kurzprogramm zur Verfügung.

https://www.psych.mpg.de/interventionsprogramm?c=1874001

Autorin

Hilde Schädle Deininger
Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe,
Dipl. Pflegewirtin (FH), Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender
schaedle-deininger@t-online.de

Autor

Christoph Müller
Psychiatrisch Pflegender, Redakteur «Psychiatrische Pflege», Fachautor,
Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender

arscurae@web.de

better care

Pflegen Sie Ihr Fachwissen Psychiatrie

Für die Durchführung eines Medikamenten-Trainingsprogramms braucht es Pflegende, die auf die individuelle Einstellung und Vorgehensweise der Patient*innen eingehen können, ihre Sorgen und Widerstände ernst nehmen und gemeinsam mit ihnen nach tragbaren Lösungen suchen – auch für zu Hause, in der nachstationären Phase.
Mit dieser Handreichung können Pflegende die Zeit auf der Station nutzen, um mit Patient*innen den eigenverantwortlichen Umgang mit ihren Medikamenten zu üben.

160 Seiten inkl. Downloadmaterial, 25,00 €, ISBN 978-3-88414-937-9
eBook 19,99 €

Das Safewards-Modell bietet nicht nur eine Erklärung für die Entstehung und Eskalation von Konflikten auf Station, sondern auch konkrete Interventionen zu ihrer Prävention. Erfahrungen aus dem deutschsprachigen Raum zeigen die Praktikabilität für verschiedene Settings der Akutpsychiatrie, der Suchtbehandlung, der Forensik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, aber auch die Fallstricke bei der Implementierung. Safewards wird da erfolgreich umgesetzt, wo die verschiedenen Berufsgruppen einbezogen werden und die Leitung den Einführungsprozess unterstützt. Die Verbesserung von Kommunikation, Beziehungsgestaltung und Milieu braucht das gesamte Team und die Patient*innen – sie kommt allen zugute.

192 Seiten inkl. Downloadmaterial, 25,00 €, ISBN 978-3-96605-043-2
eBook 19,99 €

Psychiatrie Verlag

www.psychiatrie-verlag.de

(C) Crocothery

Psychische Gesundheit in der Coronakrise

Der Artikel beleuchtet anhand einer durchgeführten Internetrecherche das Thema Onlineempfehlungen zum Erhalt und zur Stärkung der psychischen Gesundheit in der Coronakrise; dabei wurden hilfreiche Onlinequellen für professionell Helfende aus den Bereichen Pflege, soziale Arbeit und Mental Health mit dem Ziel, eine Sammlung an Informationen und Empfehlungen für die tägliche Arbeit in diesen Bereichen bereit zu stellen. Hierzu wurden zwei bestehende Websites mit umfangreichem Material zum Thema qualitativ per Inhaltsanalyse ausgewertet und ihre Kernaussagen zusammenfassend dargestellt, um sie so für den beruflichen Alltag nutzbar zu machen. Vergleichend wurden Ergebnisse aus einer erstellten Onlineanalyse englischsprachiger Quellen zum selben Thema herangezogen, welche insbesondere Empfehlungen US-amerikanischer Websites näher betrachtete. Zusammenfassend erfolgte eine Zuordnung der wesentlichen Themenbereiche der analysierten Onlineempfehlungen zu den Hierarchieebenen der Maslowschen Bedürfnispyramide mit dem Ziel, mögliche Parallelen aufzuzeigen und ein einprägsames Schaubild als theoretische Grundlage für die tägliche Arbeit zu erstellen.

Während immer neue Statistiken zu Infektionsketten, Todesfällen und Reproduktionsraten die Welt in Atem halten, gerät auch das psychische Gleichgewicht zahlreicher Menschen aus dem Takt. Ständige Medienpräsenz der Thematik kann für massive Verunsicherung, Ängste und vielfältigste Belastungen sorgen. Nicht nur für die Gesellschaft an sich, auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem sozialen und medizinischen Bereich stellt dies weltweit eine große Herausforderung dar. Niemals zuvor sahen wir uns in den letzten Jahrzehnten in der Verantwortung, Menschen professionell durch eine globale Gesundheitskrise therapeutisch zu begleiten. Umso wichtiger erscheint hier das richtige Werkzeug, um dem gewachsen zu sein.

Das Internet kann hier etwas Abhilfe leisten. Allerdings wirkt das Thema Corona in vielen Medien teils derart überrepräsentiert, dass es schwer fällt geeignete Informationen zu finden, die sich im beruflichen Alltag im sozialen Bereich als Informationsmaterial nützlich erweisen. Diese Situation kann für psychisch kranke Menschen noch verstärkt vorliegen. Gerade in Zeiten zusätzlicher psychischer Belastung, bei vorhandenen psychischen Beeinträchtigungen und Vorliegen ungewohnter Alltags- und Risikoszenarien, etc. verstärkt sich die Gefahr des Rückzugs und der Überforderung; Gefühle der Hilflosigkeit und Handlungsun-

fähigkeit können aufgrund einer nicht bewältig bar erscheinenden Informationsfülle noch verstärkt werden. Hier obliegt es auch den Medien, den gesellschaftlichen Institutionen und Fachkräften im Sozial- und Gesundheitswesen, Informationen und Hilfen für Betroffene zielgruppenspezifisch aufzubereiten und barrierefrei Zur Verfügung zu stellen.

Situation in den USA

Hier lohnt sich ein kurzer Blick auf Gesundheitsinformationen auf internationaler Ebene. Die USA verzeichnen derzeit laut aktuellen Zahlen der Weltgesundheitsorganisation WHO rund 2 Millionen Infizierte und 117.000 Todesfälle durch Covid-19 [1]. Bezogen auf psychische Gesundheit und Corona lassen sich online seitens der USA zahlreiche Hilfeseiten finden, welche sowohl längere Artikel wie auch Merklisten bzw. Gesundheitstipps zum Erhalt der psychischen Gesundheit enthalten. Die große Bandbreite der Onlineinformationen könnte sich durch den Umstand erklären, dass im Gesundheitssystem der USA sowohl staatliche als auch private Leistungserbringer eine entscheidende Rolle spielen. Ein erheblicher Teil der US-Bürgerinnen und -bürger ist im Krankheitsfall nicht durch ein staatliches Gesundheitsprogramm abgesichert [2]. Dadurch wäre es denkbar, dass zahlreiche US-Bürgerinnen und -bürger Onlineinformationen nutzen bzw. auf diese angewiesen sind, um beispielsweise mit ihren psychischen Belastungen während der Coronakrise einen Umgang zu finden und hilfreiches Material zu erhalten.

Inhaltlich fokussieren sich zahlreiche Quellen auf sieben wesentliche Aspekte, wie in Abbildung 1 aufgezeigt.

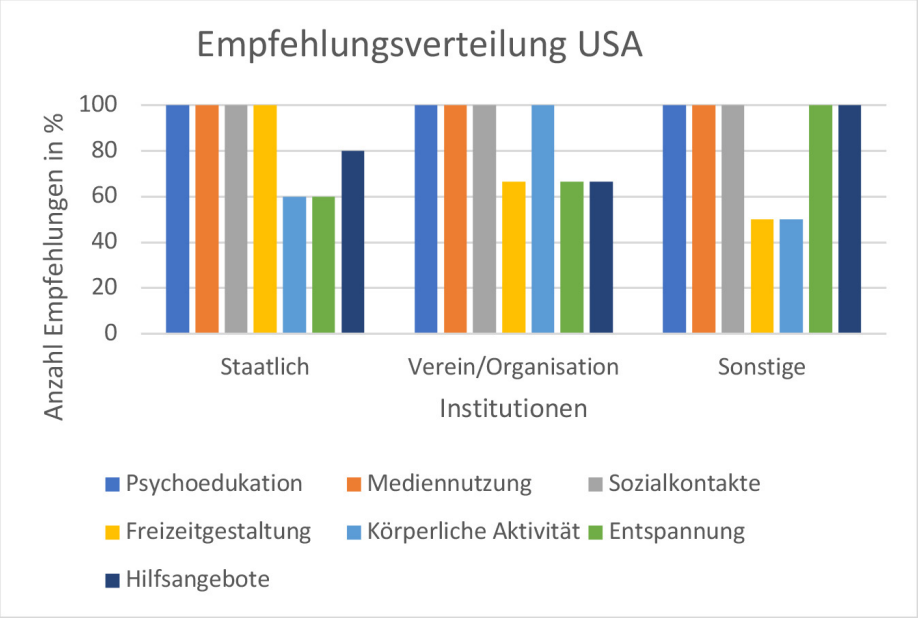


Abb. 1 Empfehlungsverteilung USA (eigene Darstellung), 2020

Erfasst wurden insgesamt 5 Websites staatlicher Institutionen, 3 Websites von Vereinen/Hilfsorganisationen sowie 2 Websites weiterer Anbieter.

Zentrale Rolle der Psychoedukation

Der Bereich Psychoedukation spielt auch im pflegerischen bzw. (sozio)-therapeutischen Alltag eine entscheidende Rolle. Bereits vor der Coronakrise bildete Psychoedukation häufig eine tragende Säule in Bezug auf die Erhaltung und Widererlangung psychischer Gesundheit. Auch in der Coronakrise können professionell helfende wie auch hilfsbedürftige Menschen davon profitieren. Als zentrales Thema kann sich hier Angst und Verunsicherung anbieten, welche sich zweifelsohne massiv auf die psychische Verfassung auswirken kann. Ängste vor Ansteckung, aber auch vor sozialer Isolation, Einsamkeit und wirtschaftlichen Einbußen sind sicherlich Themen für unterstützende Gespräche. Hier ergeben sich Schnittbereiche zu den ebenfalls online häufig aufgeführten Themenfeldern Freizeitgestaltung, Mediennutzung und körperlicher Aktivität. Einige gut strukturierte Informationen und Tipps zur praktischen Umsetzung ließen sich auch online finden. Zwei empfehlenswerte Websites sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Zwei fundierte Onlinequellen

World Health Organization (WHO) [3]

- Tagesaktuelle Fallzahlen weltweit und länderspezifisch
- Eigene umfassende Rubrik über Mental Health und Corona
- Berufsspezifische Informationen für professionell Helfende
- Altersgruppenspezifische Empfehlungen zum Umgang mit dem Stressor Corona
- Zahlreiche kostenlose Infografiken, auch zur Weitergabe an Hilfebedürftige (verfügbar in 40 Sprachen)

Besonders informativ zeigt sich auch die im Februar auf der Website veröffentlichte Handlungsempfehlung des Inter-Agency Standing Committee, welches sich explizit mit psychischer Ge-

sundheit und psychosozialen Aspekten der Coronakrise auseinandersetzt. Die konkrete Umsetzung ihrer Empfehlung lässt sich wie folgt zusammenfassen [4]:

1. Copingstrategien für ältere Menschen

Ältere Menschen können unter mangelnden Sozialkontakten in der Coronakrise besonders leiden. Vor allem kognitive Einbußen können Ängste vor Ansteckung und Isolation begünstigen. Sie profitieren von sozialer und professioneller Unterstützung und benötigen Informationen in einfacher, verständlicher Sprache. Soweit möglich sollen älteren Menschen Möglichkeiten für Videochats o. ä. zugänglich gemacht werden. Ältere Menschen sollen unterstützt werden, ihre täglichen Routinen so gut wie möglich aufrecht zu erhalten, besonders bei fortgeschrittenen demenziellen Erkrankungen.

2. Unterstützung für Menschen mit Behinderung

Insbesondere Menschen mit krankheitsbedingten kommunikativen Einschränkungen brauchen Unterstützung, um weiterhin selbstbestimmt leben zu können und ihre Teilhabe nicht zu gefährden. In der Coronakrise können sich bereits bestehende Einschränkungen durch Stigmatisierung und Diskriminierung behinderter Menschen besonders belastend auswirken. Durch Infektionsschutz nötige Kontaktbeschränkungen aber auch wechselnde professionelle Helferinnen und -helfer können hilfsbedürftige Menschen und ihren Alltag zusätzlich negativ verändern. Hier ist insbesondere seitens betreuender Einrichtungen und Helfenden ein sensibles Vorgehen unabdingbar.

3. Aktivitäten für Kinder während der Coronakrise

Auch Kinder können unter den Kontaktbeschränkungen, Schulausfällen u. ä. massiv leiden, was sich beispielsweise durch Aggressivität, Bettnässen oder Albträume ausdrücken kann. Die Kinder benötigen eine kind- und altersgerechte Aufklärung über das Coronavirus und die Möglichkeit, über ihre Ängste sprechen zu können bzw. diese kreativ zu verarbeiten. Gerade kleinere Kinder profitieren von einem spielerischen Umgang mit Hygienemaßnahmen wie Händewaschen.

4. Empfehlungen für Erwachsene

Erwachsene mit und ohne psychische Erkrankung können von einer guten Freizeitgestaltung profitieren und ihre psychische Gesundheit dadurch schützen/verbessern. Dazu zählen körperliche Aktivitäten, Hobbies und Entspannungsübungen, aber auch die Reduktion von Medienkonsum, da Nachrichten für viele Menschen eher verunsichernd und angstmachend wirken. Es kann hilfreich sein, den Medienkonsum auf bestimmte Zeiten zu beschränken. Nicht zuletzt müssen gerade professionell Helfende besonders sensibel auf Anzeichen häuslicher Gewalt achten und entsprechende Hilfen anbieten.

5. Empfehlungen für professionell Helfende

Die Coronakrise kann für einen besonders stressigen Berufsalltag sorgen. Daher sollten auch professionell Helfende darauf achten, nach Möglichkeit regelmäßige Pausen zu machen, sich gesund zu ernähren und sportlich aktiv zu sein. Auch Helfende können Opfer von Stigmatisierung und Ausgrenzung sein, da Mitmenschen sich vor Ansteckungen fürchten. Hier kann ein guter und offener Austausch mit Kollegen und Kolleginnen etwas Erleichterung bringen. Professionell Helfende müssen ebenfalls auf ihre eigene psychische Gesundheit achten und insbesondere psychosomatische Stresssymptome wie Bauchschmerzen, Schlaflosigkeit und Erschöpfung ernst nehmen und sich ggf. in Behandlung begeben. Insbesondere Führungskräfte sollen auch die Belastbarkeit ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Blick behalten und sie so gut wie möglich beim Stressmanagement unterstützen.

6. Allgemeine Hinweise

Durch die Coronakrise verunsichert, ängstlich und angespannt zu sein ist eine normale, nachvollziehbare Reaktion. Viele Menschen profitieren von einer geregelten Tagesstruktur, einer gesunden Ernährung und sportlicher wie kreativer Aktivität. Gesundheitsinformationen sollen ausschließlich aus seriösen Quellen (z.B. WHO, Gesundheitsamt) bezogen werden, um Fehlinformationen zu vermeiden. Bei Ängsten und Überforderung oder anderen Gesundheitsproblemen helfen Beratungsstellen, Hotlines und Telefonseelsorge. Es ist wichtig, die eigenen Emotionen ernst zu nehmen und diese nicht durch Alkohol oder Drogen zu kompensieren.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) [5]

- Eigene Rubrik über Corona und psychische Gesundheit
- Presseservice: Pandemie und Psyche
- Sammlung von Forschungsergebnissen
- Empfehlungen zu Onlinetherapien

Die DGPPN bietet auf ihrer Website eine umfangreiche Sammlung an Informationen, dezidiert für professionell Helfende. Folgende Aspekte stehen hierbei im Zentrum:

Aktuelle Forschungsprojekte und -ergebnisse [6]

Hier finden sich über ein Dutzend Forschungsergebnisse und Übersichtsarbeiten zu Corona und psychischer Gesundheit, welche kostenlos online bezogen werden können. Themen sind u.a. Suizidprävention, berufliche Belastung von medizinischem Personal und Auswirkungen von Isolation und Quarantäne. Zusätzlich ist dort eine Linksammlung veröffentlicht, über die professionell Helfende an Umfragen beispielsweise zu beruflicher Belastung in der Coronakrise teilnehmen können.

Orientierungshilfen für die ambulante Versorgung [7]

In diesem Themenbereich finden professionell Helfende Informationen über den Bezug von Schutzausrüstung für ambulante Tätigkeiten, Abrechnungstabellen für Telefonkontakte und Videochats in der ambulanten Versorgung sowie aktuelle Regelungen von Gruppentherapien. Da sich diese Regelungen häufig ändern, sollte hier auf etwaige Updates geachtet werden.

Empfehlungen zu E-Mental Health [8]

Auch bei der Empfehlung und Nutzung von elektronischen Hilfen wie beispielsweise Videosprechstunden müssen zwingend bestimmte Qualitätskriterien (u.a. Datenschutz) erfüllt werden. Zur Durchführung einer Videosprechstunde hat die DGPPN dafür eigens ein Merkblatt erstellt, welches ebenfalls kostenlos bezogen werden kann [9]. Als Selbsthilfeprogramm für Hilfebedürftige mit depressiven Symptomen bzw. deren Vorbeugung empfiehlt sich besonders das kostenlose Onlineprogramm moodgym.de [10] sowie das iFightDepression Tool [11] der Deutschen Gesellschaft für Depressionshilfe.

Handlungsfelder

In diesem Themenbereich finden sich vor allem Informationen für den Bereich Forensische Psychiatrie, psychiatrische Institutsambulanzen sowie vertragsärztliche Praxen und die dortige Durchführung von Infektionsschutz und onlinegestützten Therapiestunden.

Presseservice Pandemie und Psyche [12]

Hier findet sich eine Sammlung zahlreicher Pressemitteilungen sowie zusammengefasste Informationen über Corona und psychische Gesundheit, jeweils kommentiert von DGPPN-Experten. Die Kernaussagen:

1. Kontaktverbot, Quarantäne u.Ä. können zu Schlafstörungen, depressiven Gefühlen, Ängsten, sozialen Konflikten und häuslicher Gewalt führen
2. Der Lockdown kann zu einer Verschlimmerung bestehender Erkrankungen führen (Depression, Belastungsstörungen). Einige Versorgungsangebote fehlen oder mussten deutlich reduziert werden.
3. Ein Anstieg der Suizidrate kann erst in einigen Monaten rückblickend bestätigt oder widerlegt werden. Die Coronakrise und der Wegfall einiger Versorgungsangebote könnten aber das Suizidrisiko bei bestehender psychischer Erkrankung potenziell erhöhen.
4. Durch den Stressor Corona können sich Symptome von Angst- und Panikattacken verstärken bzw. vermehrt auftreten.
5. Erhöhter Substanzmissbrauch während der Coronakrise ist denkbar, aber bisher noch nicht belegt.
6. Empfehlungen für die seelische Gesundheit: [13]

- Vertrauenswürdige Informationsquellen nutzen, exzessiven Medienkonsum vermeiden
- Angenehme Alltagsaktivitäten, sportliche Betätigung, ausreichend Schlaf und gute Ernährung beachten
- Bestehende Sozialkontakte nutzen, ggf. per Videochat, gegenseitige Unterstützung in Gemeinde und Nachbarschaft fördern und nutzen
- Sich auf positive Aktivitäten und Erlebnisse fokussieren, aber auch eigene Sorgen und Ängste anerkennen
- Professionelle Unterstützung suchen, wenn die eigenen Probleme nicht mehr bewältigbar sind.

Grundbedürfnisse in der täglichen Arbeit

Die vorgestellten Websites stellen bereits sehr umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung stellen. Für den oft stressigen beruflichen Alltag können sich aber auch besonders kurze, prägnante und leicht zu merkende Informationen eignen, um die eigene Arbeit nochmals zu reflektieren. Hier scheint es nahe zu liegen, sich an den Grundbedürfnissen des Menschen zu orientieren, um so Hilfsbedürftige adäquat auch in der Coronakrise unterstützen zu können. Übertragt man hierzu die Erkenntnisse aus der oben beschriebenen Onlineanalyse englischsprachiger Empfehlungen zu Corona und psychischer Gesundheit (grün hinterlegt) auf die Maslowsche Bedürfnispyramide [14], zeigt sich folgendes eindrückliches Bild,

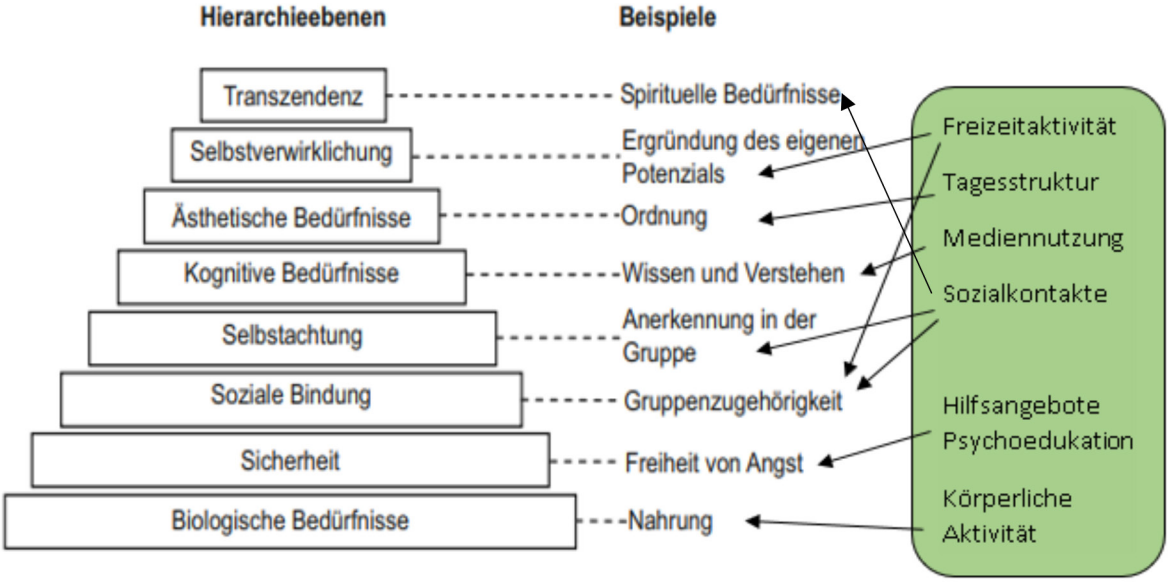


Abb. 2 Bedürfnispyramide nach Maslow und Parallelen zur Onlinerecherche (Schneider 2011/ eigene Darstellung)

welches als Erinnerungsstütze für den beruflichen Alltag professionell Helfender dienen kann.

Die Fokussierung in der eigenen, helfenden Arbeit auf die von Maslow genannten Bedürfnisse, umgesetzt durch die grün unterlegten konkreten Maßnahmen könnten zur Erhaltung und Widergewinnung psychischer Gesundheit beitragen.

Resümee

Es scheint realistisch, dass die Coronakrise und die entsprechenden Maßnahmen und Einschränkungen uns noch einige Zeit begleiten werden. Umso wichtiger also, dass gerade professionell Helfende gut informiert den vielfältigen neuen Herausforderungen im beruflichen Alltag begegnen können. Die vorgestellten Websites können hierbei unterstützen, informieren und ermutigen, auch in der Coronakrise Hilfsbedürftige optimal zu unterstützen und dabei auf die eigene psychische Gesundheit zu achten.

Es scheint ratsam zu sein, dass auch professionell Helfende ihre Arbeit während der Coronakrise entsprechend reflektieren und anpassen und sich immer wieder selbst auf den neuesten Stand der Entwicklungen und Erkenntnisse bringen. Die Vielzahl der inzwischen vorhandenen Onlineinformationen zu Corona und psychischer Gesundheit und Krankheit kann insofern positiv gewertet werden, als dass dieser Gesundheitsbereich zunehmend auch in der breiten Öffentlichkeit als wichtig angesehen und anerkannt wird. Während der Coronakrise zeigte sich sehr deutlich, dass professionell Helfende im Sozial- und Gesundheitsbereich mit ihrer Arbeit systemrelevant sind.

Welche konkreten Auswirkungen die Coronakrise auf den Bereich psychische Gesundheit letztendlich hat, wird sich wohl erst in einigen Monaten rückblickend mit Sicherheit sagen lassen. Bis dahin kann es nur empfehlenswert sein, sich als professionell Helfender konstruktiv mit den neuen Anforderungen auseinander zu setzen, bestehende Angebote und Hilfen für Betroffene zugänglich zu machen und auch selbst zu nutzen. Ebenso sind die Medien und relevante gesellschaftlichen Institutionen aufgerufen, Informationen und Hilfen für Betroffene zielgruppenspezifisch aufzubereiten und barrierefrei Zur Verfügung zu stellen.

Quellenverzeichnis:

1. https://covid19.who.int/region/amro/country/us (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020
2. Amelung, Volker Eric (2007): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 4. Auflage. GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden
3. https://www.who.int/ (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
4. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
5. https://www.dgppn.de/schwerpunkte/e-mental-health/coro-

na.html (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
6. https://www.dgppn.de/schwerpunkte/COVID-19/forschung.html (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
7. https://www.dgppn.de/schwerpunkte/COVID-19/faqs-versorgung.html (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
8. https://www.dgppn.de/schwerpunkte/e-mental-health/corona.html (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
9. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/9338fe3ae62f304b208c-4f96aaa3c75daa17de7c/EmpfehlungenVideobasierte%20Psychotherapie_DGPs_IG%20E-Health_20200326.pdf (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
10. https://moodgym.de/ (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
11. https://www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-betroffene-und-angehoerige/ifightdepression-tool (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
12. https://www.dgppn.de/schwerpunkte/COVID-19/presseservice.html (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
13. https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2020/corona-psyche.html (zuletzt aufgerufen am 19.06.2020)
14. Schneider, Bernhardt (2011): Die Simulation menschlichen Panikverhaltens. Vieweg & Teubner Verlag Wiesbaden

Autorin

Mona Jolanda Maria Dittrich
Aufgewachsen in Oberschwaben, Studium der Musiktherapie (Bachelor) an der SRH Heidelberg und Ausbildung zur Beraterin für Altersfragen. Seit 2015 Musiktherapeutin am Bezirkskrankenhaus in Kempten (Allgäu) und derzeit Studentin an der Hochschule München im Fach Master Mental Health.

Autor

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

Patientenbefragung: Mobilität, Sturzprophylaxe und beginnende Bettlägerigkeit

Abb. 1: Folder des Hoffnungsspaziergangs und die Motivationskarte (vorne: Sich regen bringt Segen – 8 gute Gründe, auch im Krankenhaus in Bewegung zu bleiben; hinten: persönlicher Motivationsspruch)

Die Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl, Niederösterreich, führte gemeinsam mit den internistischen Abteilungen des Landesklinikums Zwettl eine Patientenbefragung zum Thema „Mobilität, Sturzprophylaxe und beginnende Bettlägerigkeit“ durch.

Durchgeführt wurde die Befragung an 12 Patientinnen und Patienten, welche bereits eine Beeinträchtigung der Bewegung aufzeigten, jedoch mit einer Gehhilfe mobil waren.

Es wurden Patientinnen und Patienten befragt, wie umfangreich sie ihren Bewegungsradius im Krankenhaus wahrnehmen und wie viel sie sich im Gegensatz dazu zuhause bewegten. Weiters wurde versucht, durch motivierende Gesprächsführung und Patientenedukation ein Beitrag zur Bettlägerigkeitsprophylaxe zu leisten.

Ausgangssituation für dieses Projekt war die Installierung des Hoffnungsspaziergangs von Frau Prof. Dr. Angelika Zegelin im Landesklinikum Zwettl. Dieser besteht aus Bildern und Sprüchen, die Hoffnung spenden können. Die besagten Bilder wurden an gut erreichbaren Stellen im Landesklinikum angebracht. Teilweise gibt es an diesen Plätzen auch Sitzgelegenheiten. Diese Ausgangssituation lud dazu ein, Patientinnen und Patienten diesen „hoffnungsvollen Spaziergang“ näherzubringen.

Zielgruppe waren Patientinnen und Patienten über 65 Jahre, die sich selbstständig bewegen konnten, jedoch Unterstützung und Hilfe bei den Lebensaktivitäten (LA) benötigten. Bei den Patientinnen und Patienten wurde keine Physiotherapie durchgeführt.

12 Personen nahmen an der Befragung teil: 7 Damen und 5 Herren über 65 Jahre, ohne kognitive Beeinträchtigung. Allesamt Patientinnen und Patienten der internistischen Abteilungen. Bei einem Patienten konnte die Befragung nicht abgeschlossen werden, da er einen nicht verschiebbaren Untersuchungstermin einhalten musste. Dies ergibt ein Sample von 11 Personen (n = 11).

Die Befragung fand anhand eines eigens erstellten Fragebogens statt, welcher die aktuelle Bewegungssituation widerspiegelt. Dieser wurde auf Basis der Lebensaktivitäten (LA) nach Roper-Logan-Tierney aufgebaut. Jede LA wurde mit Fragen zur Bewegung im Alltag bzw. im Krankenhaus kombiniert. Es waren auch Elemente der Patientenedukation enthalten, um der Patientin/dem Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre/seine Aktivitäten zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern.

Zusätzlich zum erarbeiteten Fragebogen wurden die Assessments Morse Fall Scale zur Sturzgefährdung und der Erhebungsbogen Mobilität – EboMo (Zegelin 2018 in: Schlesselmann, S. 333) zur Einschätzung der Mobilität bei jeder Patientin und jedem Patienten durchgeführt. Die Morse Fall Scale ist Teil der Pflegedokumentation des LK Zwettl.

Für das Gespräch wurde ein Zeitrahmen von 1,5 Stunden während eines angeleiteten Praktikums anberaumt. Durchgeführt wurde die Patientenbefragung von Pflegepädagogin Elisabeth Glaser und je zwei Schülerinnen und Schülern des 2. Jahrgangs der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl. Die Kolleginnen und Kollegen der beiden internistischen Abteilungen wählten hierfür im Vorfeld geeignete Patientinnen und Patienten aus.

Um den Patientinnen und Patienten einen längerfristigen Benefit zu

ermöglichen, wurden Inhalte der Motivationsforschung (Müller, Voelcker-Rehage 2019, in: Schlesselmann, S. 31 - 35) integriert. Diese zeigt, dass Menschen sich nur bewegen, wenn sie einen persönlichen Grund dazu haben. Dies wurde zum Anlass genommen, um persönliche Motivationskarten für Patientinnen und Patienten zu erstellen.

Datenerhebung und Auswertung:

Die Struktur der Befragung wurden nach dem Roper-Logan-Tierney Modell angelegt (Roper et al. 2016, S. 30). Auszugsweise wurden folgende Fragen gestellt:

LA 1 „Für Sicherheit sorgen“: Hier wurde beispielsweise erfragt, wie Patientinnen und Patienten ihre Medikamente und Arztbesuche erledigen. Ob sie von Angehörigen zur Ärztin/zum Arzt gebracht werden oder selbst noch die Strecke bewältigen können. Es zeigte sich, dass neun der elf Personen hier Unterstützung brauchen. Bei diesem Punkt wurde zusätzlich großes Augenmerk auf die Sturzprophylaxe gelegt. Dabei konnte die Morse-Skala erhoben werden. Das Thema Schuhe, welches zur Vorbeugung eines Sturzes wichtig ist, wurde besprochen. Wenn Teilnehmerinnen und Teilnehmer instabiles Schuhwerk trugen, konnten sie über passendes Schuhwerk informiert werden. Eine Patientin hatte keine Hausschuhe und nur Anti-Rutsch-Socken mit abgenützten Gummipunkten mit. Hier wurden der Patientin neue Anti-Rutsch-Socken zur Verfügung gestellt, um einem Sturz vorzubeugen.

LA 2 „Kommunikation“: Es wurde erfragt, wie häufig die Patientinnen und Patienten zuhause Besuch bekommen, um die soziale Situation und die damit verbundenen Folgen der Einsamkeit und Auswirkungen auf die Bewegung einschätzen zu können. Hier zeigte sich, dass in der Regel Angehörige zu Besuch kommen, um bei Körperpflege, Haushalt, Arztbesuchen und Einkäufen zu unterstützen.

Es gab aber auch die Situation, dass beispielsweise eine Dame nur alle zwei Wochen Besuch von Angehörigen bekam, da diese weit entfernt wohnen. Ein Herr konnte nur einmal im Monat von den Angehörigen besucht werden. Nachbarn oder Freunde sind hier besonders wichtig. Diese sind teilweise die ersten Ansprechpersonen in Notfällen.

LA 3 „Atmen“: Es wurden Veränderungen der Vitalwerte, aber auch Schmerzen oder Gefäßerkrankungen erfragt. Diese sind ein häufiger Grund für Bewegungseinschränkungen.

LA 4 „Essen und Trinken“: Bei dieser Lebensaktivität legte sich der Fokus darauf, ob sich die Patientinnen und Patienten noch selbst das Essen zubereiten, abwaschen und einkaufen konnten. Im Interview gaben die Betroffenen an, dass in vielen Fällen zu Hause bereits große Probleme im Bereich Essen und Trinken bestehen, und dass sich eine Verschlechterung der Bewegung negativ auf die Selbstständigkeit auswirken würde.

LA 5 „Ausscheiden“: Hier wurde der Weg zur Toilette zuhause, aber auch die Verwendung von Inkontinenzprodukten besprochen und erfragt. Die Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie sich bei Blasenschwäche sicherer fühlen, wenn sie eine Inkontinenzeinlage verwenden. Dies zeigte sich besonders beim Gang zur Toilette, um einen Sturz durch zu schnelles Gehen vorzubeugen. Für vier Damen war es ein schambehaftetes Thema. Sie versuchten, die Probleme zu verbergen.

LA 6 „Für die persönliche Hygiene sorgen und kleiden“: Es wurde erfragt, ob und in welchem Ausmaß Hilfe bei der Körperpflege benötigt wird. Auch hier zeigte sich, dass Menschen in der ersten Phase der Bettlägerigkeit bereits Unterstützung bei der Körperpflege benötigen. Einige Schülerinnen und Schüler gaben hier an, nicht damit gerechnet zu haben, dass die befragten Personen bereits so umfangreiche Unterstützung bei der Körperpflege benötigen.

LA 7 „Die Körpertemperatur regulieren“: Um diese Lebensaktivität mit Bewegung zu verbinden, bot sich an, beispielsweise das Einheizen des Ofens zu erfragen. Es zeigte sich, dass Männer hauptsächlich die Zentralheizung befeuerten, wogegen sich die Damen um den Küchenofen kümmerten. Es gab aber auch in diesem Bereich einen schleichenden Verlust der Selbstständigkeit.

LA 8 „Sich bewegen“: Es wurde detailliert gefragt, wie viel sich die Patientinnen und Patienten zuhause bewegen, wie weit sie gehen und wie lange sie in 24 Stunden sitzen oder liegen. Unter den elf Befragten berichtete ein Patient etwas Besonderes. Er gab an, von Herbst bis Frühling einmal pro Woche zu einer Männergymnastikstunde zu gehen. Diese tut ihm sehr gut und er genießt den sozialen Kontakt.

Die gleichen Fragen bezüglich Gehstrecke, Häufigkeit der Bewegung und Dauer des Sitzens und Liegens wurden auch zum Krankenhaus gestellt. Hier zeigte sich, dass sich jede Patientin und jeder Patient im Krankenhaus weniger als zuhause bewegt. Dafür wurden folgende Gründe angegeben:

- Unwohlsein und Scham, wenn man mit dem Nachthemd auf den Flur geht
- Angst, sich im Krankenhaus zu

verlaufen
- Angst, nicht mehr die richtige Zimmertüre zu finden
- Kälte
- Die Krankheitszeichen für den Krankenhausaufenthalt
- Infusionstherapie
- Dauerkatheter und Urinbeutel
- Angst vor Stürzen

Durchschnittlich gaben die Patientinnen und Patienten an, nur acht Mal in 24 Stunden das Bett zu verlassen. Und dies in der Regel für Gänge aufs WC, ins Bad und zu Untersuchungen, das heißt für sehr kurze Gehstrecken. Die meiste andere Zeit verbringen die Befragten liegend oder sitzend im Bett, teilweise auch sitzend am Sessel. Alle anderen Bewegungen, welche sich durch alltäglichen Tätigkeiten ergeben, fallen ebenfalls weg.

Dadurch wurde hier besonderes Augenmerk auf die Patientenedukation gelegt, um Patientinnen und Patienten den Hoffnungsspaziergang, die Kapelle, den Aufenthaltsraum und ähnliche Bewegungsangebote im Krankenhaus näherzubringen.

LA 9 „Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen“: Haustiere spielen für ältere Menschen eine große Rolle und dieses Thema wurde an diesem Punkt befragt. Es zeigte sich, dass gerade die Versorgung von Haustieren eine wichtige Triebfeder für Bewegung im Alltag ist. Das ist für alleinstehende ältere Personen oft der einzige Grund, sich zu bewegen und die Selbstständigkeit zu erhalten.
Zusätzlich wurde auch auf die Aufgaben im Haushalt eingegangen. Diese gehen ab dem ersten Grad der Bettlägerigkeit stark zurück. Die befragten Personen sind durchgehend auf Hilfe im Haushalt angewiesen. Diese erfolgt durch Partnerinnen und Partner, Kinder, Enkelkinder oder Nachbarinnen und Nachbarn.

LA 10 „Seine Geschlechtlichkeit leben“: Es wurde befragt, ob sich die Patientinnen und Patienten in einer Ehe oder Lebenspartnerschaft befinden und ob gemeinsame Ausflüge getätigt werden. Auch hier zeigte sich, dass Ausflüge nur mehr selten unternommen werden und lieb gewordene Hobbys wie Wandern nicht mehr ausgeübt werden können.

LA 11 „Schlafen“: Hier wurde im Besonderen auf die Situation der Nykturie eingegangen. So wurde erhoben, wie es ihnen beim Gang zur Toilette bzw. mit dem Leibstuhl geht. Das nächtliche Harnlassen bereitet vielen Patientinnen und Patienten Sorgen, gleichsam im Krankenaus wie zuhause.

LA 12 „Sterben“: Dieser Punkt war für die Befragten ein sehr wichtiger. Es zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten froh waren, dass sie in einem geschützten Rahmen über dieses sensible Thema sprechen durften und dass sie darauf angesprochen wurden. Die markante Frage für die LA 12 war:

„Haben Sie Angst, bettlägerig zu werden?“ Durchwegs gaben alle Personen an, Angst vor Bettlägerigkeit zu haben. Durch die Aussagen kann auch angenommen werden, dass dies auch große Angst vor der letzten Lebensphase auslöst. Ein 67-jähriger multimorbider Patient begann zu weinen und sagte, dass er über seine Erkrankung Bescheid weiß und es sein kann, dass sich sein Zustand verschlechtere.

Eine Dame sagte, dass sie ihr Vermögen noch nicht in Form eines Testaments geregelt hätte. Und auch noch keine klaren Abmachungen für ihr Begräbnis gemacht hat. Sie meinte, dass das eigentlich ein Versäumnis sei, denn ihr gesundheitlicher Zustand werde von Jahr zu Jahr schlechter.

Im Besonderen wurde hier auch darauf eingegangen, was Patientinnen und Patienten selbst tun können, um ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Hier gaben die Befragten großteils hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Kochen, aber auch Körperpflege und Spaziergänge an.

Die Motivationsforschung zeigt, dass es einen persönlichen Grund für Bewegung geben muss. Menschen bewegen sich nicht nur, weil es gesund ist. Um persönliche Gründe zur Bewegungsförderung zu schaffen, wurde auf ein bereits erarbeitetes Plakat von Absolventinnen des Studiengangs „Innovative Pflegepraxis“ der Universität Witten/Herdecke unter der wissenschaftlichen Begleitung von Prof. Dr. Angelika Zegelin zurückgegriffen. Die Erkenntnisse waren auf einem Plakat unter dem Motto „Sich regen bringt Segen – 8 gute Gründe, auch im Krankenhaus in Bewegung zu bleiben“ zusammengefasst.

Dieses Plakat wurde an einer gut sichtbaren Wand der internistischen Stationen angebracht und auch in Form kleiner Motivationskarten an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgeteilt und erklärt (siehe Abb. 1). An der Vorderseite der Karte waren die 8 guten Gründe, auch im Krankenhaus in Bewegung zu bleiben zu sehen (Zegelin 2019, in: Schlesselmann, S 152). Die Rückseite der Motivationskarte zeigte ein schönes Motiv, entweder ein Naturbild, Blumen, Wasser, Wolken oder Haustiere wie Hunde oder Katzen. Die Patientinnen und Patienten konnten sich nach ihren persönlichen Vorlieben eine Karte aussuchen. Alle Patientinnen bzw. Patienten waren über dieses kleine Geschenk erfreut. Manche fragten sogar nach einer zweiten Karte.

Unterhalb des Bildes wurde von den Schülerinnen und Schülern des 2. Jahrgangs der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ein

persönlicher Motivationsspruch geschrieben. Dieser Motivationsspruch konnte beispielsweise so klingen: „Frau …, bewegen Sie sich weiterhin so viel und gehen Sie jeden Tag spazieren, damit Sie Ihre Selbstständigkeit beibehalten und Stürzen vorbeugen."

Oder: „Herr …, die wöchentliche Gymnastikstunde ist für Ihre Beweglichkeit und Gesundheit sehr wertvoll. Behalten Sie sich das bei! Bewegung ist gut für Muskeln und Gelenke aber auch für die Stimmung und Freude!"

Diese Karte wurde jeder Patientin und jedem Patienten geschenkt, um eine Erinnerung und Motivation für Bewegung anzubahnen.

Zusammenfassung:

Die Patientenbefragung war ein gelungenes Projekt, um Schülerinnen und Schülern des 2. Jahrganges GuK sowie Patientinnen und Patienten zu vermitteln, wie wichtig Bewegung im Alter ist. Durch die Befragung anhand der Lebensaktivitäten wurden die wesentlichen Bereiche der Mobilität aus Sicht der Pflege erfragt. Zudem wurde zur Sturzgefährdung die Morse fall Scale und zur Einschätzung der Bewegung der EBoMo erhoben. Durch diese Assessments zeigte sich, dass alle Patientinnen und Patienten in der ersten Phase der Bettlägerigkeit waren. Diese Phase ist durch Instabilität beim Gehen und die Verwendung von Hilfsmitteln sowie ein erhöhtes Risiko für einen Sturz gekennzeichnet.

Patientinnen und Patienten gaben an, sich aus verschiedenen Gründen im Krankenhaus weniger zu bewegen: nicht nur aus Scham, sich im Nachthemd zu zeigen oder wegen ihrer Therapien, Dauerkatheter bzw. Urinbeutel, sondern beispielsweise auch aus Angst, sich zu verlaufen oder aus Angst vor Stürzen und Kälte.

Daraus kann abgeleitet werden, dass eine gute Beschilderung und Beschriftung von Türen und Stationen ein Beitrag zur Mobilitätsförderung im Krankenhaus sein kann.

Weiters sollen bewegungsfördernde Angebote für ein Krankenhaus geschaffen werden. Dies könnte ein beschilderter Rundgang mit Sitzmöglichkeiten, wie der Hoffnungsspaziergang im Landesklinikum Zwettl sein.

Die Angst vor Bettlägerigkeit sollte mit den Patientinnen und Patienten ab der ersten Phase der Bettlägerigkeit besprochen werden. Dies kann helfen, Angst zu reduzieren und Lösungen zu finden.

Die Patientinnen und Patienten berichteten von einem sehr bereichernden Gespräch. Sie waren froh, dass sie auf die Bewegungsprobleme vom Pflegepersonal angesprochen wurden. Dies drückten sie beispielsweise so aus: „Schwester, das war für mich jetzt so gut, dass Sie mich das gefragt haben!" Oder: „Ich bin erleichtert, dass ich mit Ihnen darüber sprechen konnte."

Die Motivationskarte hat zur Erinnerung an das Gespräch beigetragen. So berichten nachträglich Pflegepersonen der internistischen Stationen, dass sich die Patientinnen und Patienten während des Aufenthalts im Landesklinikum danach mehr bewegten.

Die Schülerinnen und Schüler erzählten, dass sie von diesem Projekt profitiert haben. Besonders, weil sie unterschiedliche Assessments durchführten und einen Teil der Patientenbefragung und -edukation durchführen konnten. Sie lernten auch durch das 1,5 stündige Gespräch die Patientinnen und Patienten sehr gut kennen.

Eine Schülerin meinte: „Ich kenne diesen Patienten jetzt besser als die Patienten und Patientinnen auf meiner Praktikumsstelle." Ein Schüler berichtete: „Ich hätte nicht gedacht, dass die Patientin bereits so viel Hilfestellung benötigt. Das hätte ich ihr nicht angesehen."

Quellen:

Schlesselmann Elke (Hrsg.) 2019: Gesund durch Bewegung. Unter Mitarbeit von Katrin Müller und Claudia Voelcker-Rehge In: Bewegung und Mobilitätsforderung. Hogrefe AG, S 25 - 49

Schlesselmann Elke (Hrsg.) 2019: Mobilitätsforderung im Altenheim. Unter Mitarbeit von Angelika Zegelin. In: Bewegung und Mobilitätsforderung. Hogrefe AG, S 151 – 156, S 333

Roper Nancy, Logan Winifred W., Tierney Alison J. (2016): Das Roper-Logan-Tierney Modell. Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA). 3. korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag

Autorin

L^inf^GuKP Elisabeth Glaser
Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Universitätslehrgang für Pflegepädagogik, Als langjährige Pflegepädagogin in der GUKPS Zwettl liegt einer ihrer Unterrichtsschwerpunkte auf der geriatrischen Pflege. Um sich in diesem Bereich zu vertiefen, absolvierte sie laufend diverse Fort- und Weiterbildungen und ist zertifizierte Anwenderin in MH Kinaesthetics®.

FRANZISKUS SPITAL

der Elisabethinen und Hartmann Schwestern

Das Franziskus Spital ist 2017 durch Fusion des Hartmannspitals (Wien 5) und des Krankenhauses St. Elisabeth (Wien 3) entstanden. Herz-Kreislauf und Atmung, Leisten- und Bauchwandbrüche, Brustgesundheit, multidisziplinäre Schmerzmedizin, Akutmedizin für den Menschen im Alter mit Schwerpunkt Diabetes und Rehabilitation sowie die kooperative Gesundheitsversorgung mit Partnern in Wien sind die Spezialisierungen dieses Wiener Traditionskrankenhauses. Alle Fächer und Berufsgruppen achten auf eine hohe Qualität, Individualität und Herzlichkeit in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten.

WIR SUCHEN EINE/EINEN:

DGKP|OTA für den OP

Vollzeit: 40h; Standort: Margareten

IHR AUFGABENBEREICH

- Fachgerechtes Instrumentieren unter Beachtung der Hygienestandards
- Mitwirkung bei der Vor-und Nachbereitung der Operationen
- Prä- und postoperative Betreuung der PatientInnen im Operationsbereich
- Versierter Umgang mit medizinisch-technischen Geräten und Produkten

WIR ERWARTEN VON IHNEN

- Diplom des gehobenen Dienstes für Gesundheits-und Krankenpflege
- Sonderausbildung „Pflege im Operationsbereich“ von Vorteil
- Eintragung in das Gesundheitsberuferegister
- Selbstständiges, genaues und verlässliches Arbeiten
- Organisations-und Teamfähigkeit
- Identifikation mit der Wertehaltung eines christlichen Krankenhauses

WIR BIETEN IHNEN

- Abwechslungsreiche Tätigkeit in einem angenehmen und kollegialen Betriebsklima
- Aus-und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Wertschätzende und niveauvolle Umgebung
- Öffentlich gut erreichbarer, zentraler Arbeitsplatz
- Sozialleistungen (z.B.: gefördertes Mittagessen aus Frischküche, Impfungen,...)

Für diese Position beträgt das kollektivvertragliche monatliche Bruttomindestgehalt für 40h € 3.241 (inkl. fixe Zulagen und Sonderausbildung). Das tatsächliche Gehalt ist abhängig von Ihrer Qualifikation und Ihren Vordienstzeiten.

WIR FREUEN UNS AUF IHRE BEWERBUNG UNTER:

www.franziskusspital.at/karriere

FRANZISKUS SPITAL

der Elisabethinen und Hartmann Schwestern

Das Franziskus Spital ist 2017 durch Fusion des Hartmannspitals (Wien 5) und des Krankenhauses St. Elisabeth (Wien 3) entstanden. Herz-Kreislauf und Atmung, Leisten- und Bauchwandbrüche, Brustgesundheit, multidisziplinäre Schmerzmedizin, Akutmedizin für den Menschen im Alter mit Schwerpunkt Diabetes und Rehabilitation sowie die kooperative Gesundheitsversorgung mit Partnern in Wien sind die Spezialisierungen dieses Wiener Traditionskrankenhauses. Alle Fächer und Berufsgruppen achten auf eine hohe Qualität, Individualität und Herzlichkeit in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten.

WIR SUCHEN EINE/EINEN:

Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Teilzeit oder Vollzeit, Standort: Margareten

IHR AUFGABENBEREICH

- Ressourcenorientierte Pflege und Unterstützung der Patientinnen und Patienten
- Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen
- Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team

Für verschiedene Fachbereiche:

- Akutgeriatrie und Remobilisation
- Chirurgie
- Innere Medizin mit Schwerpunkt Pulmologie und Kardiologie

WIR ERWARTEN VON IHNEN

- Diplom des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
- Eintragung in das Gesundheitsberuferegister
- Bereitschaft Nacht-, Feiertags- und Wochenenddienste zu übernehmen
- Gute organisatorische und kommunikative Fähigkeiten
- Freude an der Pflege und Begleitung der Patientinnen und Patienten
- Identifikation mit der Wertehaltung eines christlichen Krankenhauses

WIR BIETEN IHNEN

- Abwechslungsreiche Tätigkeit in einem angenehmen und kollegialen Betriebsklima
- Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit
- Wertschätzende und niveauvolle Umgebung
- Öffentlich gut erreichbaren, zentralen Arbeitsplatz
- Sozialleistungen (z.B.: gefördertes Mittagessen aus Frischküche, Impfungen,…)

Für diese Position beträgt das kollektivvertragliche monatliche Bruttomindestgehalt für 40h € 2.873,81 (inkl. fixe Zulagen). Das tatsächliche Gehalt ist abhängig von Ihrer Qualifikation und Ihren Vordienstzeiten.

WIR FREUEN UNS AUF IHRE BEWERBUNG UNTER:

www.franziskusspital.at/karriere

FRANZISKUS SPITAL

der Elisabethinen und Hartmann Schwestern

Das Franziskus Spital ist 2017 durch Fusion des Hartmannspitals (Wien 5) und des Krankenhauses St. Elisabeth (Wien 3) entstanden. Herz-Kreislauf und Atmung, Leisten- und Bauchwandbrüche, Brustgesundheit, multidisziplinäre Schmerzmedizin, Akutmedizin für den Menschen im Alter mit Schwerpunkt Diabetes und Rehabilitation sowie die kooperative Gesundheitsversorgung mit Partnern in Wien sind die Spezialisierungen dieses Wiener Traditionskrankenhauses. Alle Fächer und Berufsgruppen achten auf eine hohe Qualität, Individualität und Herzlichkeit in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten.

WIR SUCHEN EINE/EINEN:

Pflegerische OP-Leitung

Vollzeit: 40h; Standort: Margareten

IHR AUFGABENBEREICH

- Leitung des OP-Pflegeteams
- Effiziente Personaleinsatzplanung, engagierte Personalführung und gezielte Personalentwicklung
- Verantwortung für effiziente Prozesse und einen optimalen Ressourceneinsatz
- Sicherung und Weiterentwicklung einer hohen fachlichen pflegerischen Qualität
- Sicherstellung und Gewährleistung einer vertrauensvollen und wertschätzenden, interprofessionellen Zusammenarbeit
- Umsetzung, Einhaltung und Überwachung der geregelten Hygiene-, Medizinprodukte-, Strahlenschutz- und sonstiger Verordnungen
- Durchführung von Mitarbeitergesprächen
- Arbeiten mit Kennzahlen
- Gegebenenfalls Mitarbeit im Saal und Teilnahme an Bereitschaftsdiensten

WIR ERWARTEN VON IHNEN

- Diplom des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit Sonderausbildung „Pflege im Operationsbereich“
- Ausbildung für basales und mittleres Pflegemanagement erwünscht
- Mehrjährige Erfahrung in der Mitarbeiterführung und -entwicklung
- Wertschätzende Grundhaltung im Umgang mit KollegInnen und PatientInnen
- Kommunikations- und Konfliktfähigkeit sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion und ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein
- Flexibles ziel- und leistungsorientiertes Engagement
- Identifikation mit der Wertehaltung eines christlichen Krankenhauses

WIR BIETEN IHNEN

- Einen öffentlich gut erreichbaren, zentralen Arbeitsplatz
- Strukturierte Einschulung und Begleitung
- Enge Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Führungsteam im OP
- Werteorientiertes und kollegiales Arbeitsumfeld
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit
- Attraktive Vergütung
- Sozialleistungen (z.B.: gefördertes Mittagessen aus Frischküche, Impfungen,…)
- Keine Nacht- und Wochenenddienste

Für diese Position beträgt das kollektivvertragliche monatliche Bruttomindestgehalt für 40h € 2.873,81 (inkl. fixe Zulagen). Das tatsächliche Gehalt ist abhängig von Ihrer Qualifikation und Ihren Vordienstzeiten.

WIR FREUEN UNS AUF IHRE BEWERBUNG UNTER:

www.franziskusspital.at/karriere

SCHULE FÜR ALLGEMEINE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

> PFLEGEFACHASSISTENZ IN BILDUNGSTEILZEIT

Entwicklung durch Bildung

VON DER PFLEGEASSISTENZ ZUR PFLEGEFACHASSISTENZ

Das Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes ist Schule!
Als Schule für allgemeine Gesundheits– und Krankenpflege können wir unser Angebot für Sie noch individueller und umfangreicher gestalten.

Der Aufbaulehrgang zur Pflegefachassistenz startet am 11. Februar 2021. Nutzen Sie diese Möglichkeit um Ihre persönliche berufliche Entwicklung oder die Ihrer MitarbeiterInnen zu fördern.

IHRE VORTEILE

- **Berufsbegleitend** in drei Semestern von der Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz
- **Geblockter Unterricht** pro Woche 25 Stunden (Do, Fr, Sa)
- Teilweiser Einsatz von **neuen Lehr- und Lernformen** (Distance learning)
- Beratung zu **Förderungen** (Bildungsteilzeit)

ÜBRIGENS

- Seit 20 Jahren in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegepersonal tätig
- Ansprechpartner für Unternehmen und Privatpersonen

Sie wollen mehr wissen – kontaktieren Sie unsere MitarbeiterInnen:
Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes
☏ +43 1 79580 - 6000 | ✉ abz-kundenzentrum@w.roteskreuz.at

PFLEGEFACHASSISTENZ IN BILDUNGSTEILZEIT

Vorraussetzung:
- Abgeschl. Ausbildung in der Pflegeassistenz
- Positiv absolviertes Aufnahmeverfahren

Start:
- 11.02.2021

Abschluss:
- 04.08.2022

Kosten pro Semester:
- € 1.875,--

WIENER ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

Häuser zum Leben

Für die Stadt Wien

Mein Job ist um Häuser besser

Weil hier meine Leistung echt geschätzt wird.

Für einen Job bei den Häusern zum Leben gibt's viele gute Gründe: Ein zukunftssicherer Arbeitsplatz in einem tollen, freundschaftlichen Team mit überdurchschnittlicher Bezahlung, flexiblen Arbeitszeiten, interessanten Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten und vielen weiteren Benefits. Und natürlich die Arbeit für und mit alten Menschen, die so bereichernd sein kann. Ihre Leistung wird bei uns von echter Wertschätzung getragen – sowohl von den BewohnerInnen als auch von den KollegInnen.

Jetzt bewerben unter jobs.kwp.at! Eines der Häuser zum Leben ist sicher ganz in Ihrer Nähe.

+43 1 313 99-0 infocenter@kwp.at jobs.kwp.at

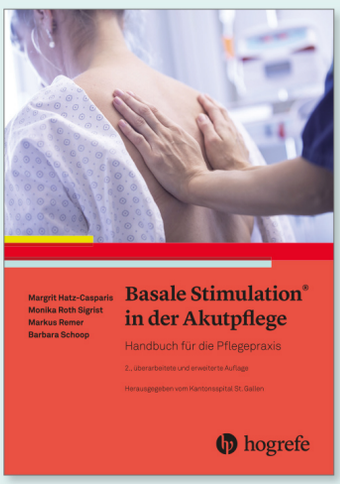
Fonds Soziales Wien Stadt Wien

Anerkannte Einrichtung nach den Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien, gefördert aus Mitteln der Stadt Wien.

60 LEBENSWERTE JAHRE

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Highlights aus dem Hogrefe Verlag



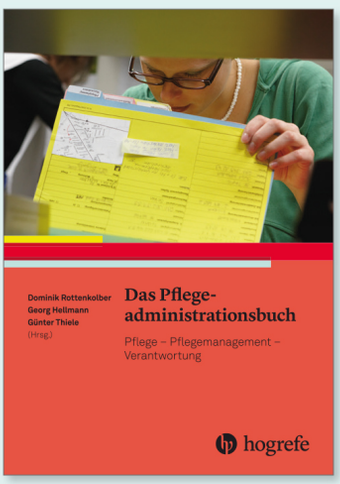
Margrit Hatz-Casparis et al.

Basale Stimulation® in der Akutpflege

Handbuch für die Pflegepraxis

2., überarb. u. erw. Aufl. 2020.
128 S., 237 Abb., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-86015-2
Auch als eBook erhältlich

Die Autorinnen führen verständlich in die Grundlagen und Anwendung der Basalen Stimulation in der Akutpflege ein. Anschaulich wird beschrieben und illustriert, wie Pflegende über die verschiedenen Sinne Menschen ansprechen, berühren, stimulieren und beruhigen können.



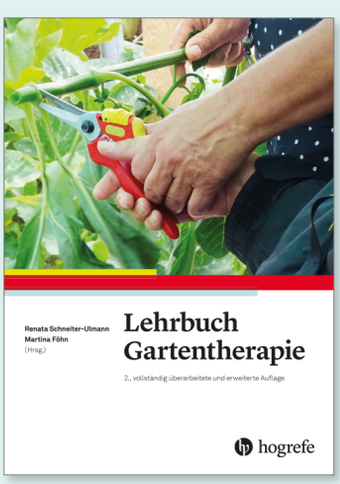
Dominik Rottenkolber / Georg Hellmann / Günter Thiele (Hrsg.)

Das Pflege-administrationsbuch

Pflege – Pflegemanagement – Verantwortung

Unter Mitarbeit von
Uwe Bettig / Katja Boguth / Karen Pottkämper.
2020. 232 S., 43 Abb., 33 Tab., Kt
€ 49,95 / CHF 65.00
ISBN 978-3-456-85752-7
Auch als eBook erhältlich

Das Pflegeadministrationsbuch ist das erste und umfassende Lehrbuch für Pflegestudierende, Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, Pflegemanagerinnen und Pflegemanager zu Fragen der Administration, Kontrolle, Verwaltung, Steuerungen, Kontrolle und Finanzierung der Pflege und Pflegeleistungen.



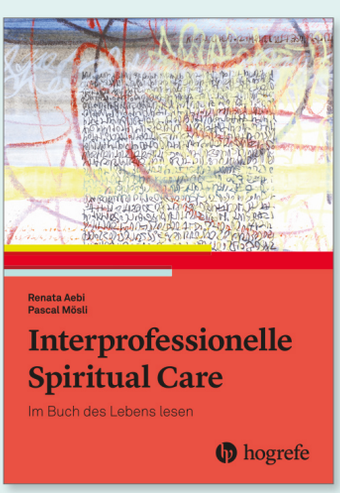
Renata Schneiter-Ulmann / Martina Föhn (Hrsg.)

Lehrbuch Garten-therapie

Palliative Care und geistige Behinderung

2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2020. 432 S., 160 Abb., 56 Tab., Gb, Downloadmaterial
€ 97,95 / CHF 125.00
ISBN 978-3-456-85742-8
Auch als eBook erhältlich

Dieses erfolgreiche Lehrbuch bietet auch in der zweiten Auflage das grundlegende, praxiserprobte und forschungsgestützte Standardwerk über die Grundlagen, Praxis und Forschung in der Gartentherapie für Pflege-, Grün- und Therapieberufe.



Renata Aebi / Pascal Mösli

Inter-professionelle Spiritual Care

Im Buch des Lebens lesen

2020. 160 S., 22 Abb., 1 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-85857-9
Auch als eBook erhältlich

Das Fachbuch der interprofessionellen Spiritual Care führt in Grundlagen und -verständnis sowie Theorie und Praxis der Spiritual Care ein. Es arbeitet ihre individuellen, interprofessionellen sowie ihre auf Sorge und Caring bezogenen Aspekte heraus.

Weil es Sinn macht.

Studiengangsleiter/in Healthcare Informatics

Teil- oder Vollzeit , 20h 40h | Campus 1 | Wiener Neustadt

Ihr Aufgabenbereich

- Organisation des Lehr und Prüfungsbetriebs sowie dessen Qualitätssicherung
- Unterstützung in der Weiterentwicklung des Curriculums
- Eigene Lehrtätigkeit und Betreuung von wissenschaftlichen Arbeiten im eigenen Kompetenzbereich
- Eigenverantwortliche Präsentation des Studienangebots und Verantwortung der Auslastung des Studiengangs
- Auf bzw. Ausbau eines belastbare Hochschulnetzwerkes zu Themen des, Studiengangs
- Beratung von Studierenden und ReferentInnen
- Netzwerkpflege und aufbau im Studiengang und assoziierten Hochschulsektor
- Eigene Forschungstätigkeit

Wir erwarten von Ihnen

- Abgeschlossenes facheinschlägiges Studium (vorzugsweise Doktorat)
- Nachweisliche aktive Projekterfahrung an der Schnittstelle Informatik und Gesundheitswesen , insbesondere Pflege
- Kenntnis des österreichischen Hochschulsektors sowie Erfahrung in der Hochschullehre und Betreuung von wissenschaftlichen Arbeiten von Vorteil
- Facheinschlägiges Netzwerk in der Hochschullandschaft und in der Praxis (Gesundheitseinrichtungen, Softwareanbieter, Trägerorganisation wie Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe)
- Eigene Forschungserfahrung (ggf. im Bereich Ambient Assisted Living) und Erfahrung in der Drittmittelakquise
- Didaktische Eignung und pädagogisches Geschick sowie hohe Affinität zu neuen didaktischen Lehrmethoden/techniken
- Zuverlässigkeit, Flexibilität, Eigenverantwortung, Teamgeist und Termintreue, souveränes Auftreten mit ausgeprägten Kommunikationsfähigkeiten

Ihr Brutto-Gehalt
Mind. € 4.500,-/Monat

Überzahlung bei entsprechender Qualifikation möglich.

Genau Ihr Profil? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Dipl.-Soz.-Wiss.
Alexander Darantik

jobs@fhwn.ac.at

(Lebenslauf, Motivationsschreiben, Zeugnisse, ggf. Publikationsliste)

Jetzt bewerben & im Team einsteigen!
fhwn.ac.at/karriere

hochschuleundfamilie

CHARTA der Vielfalt

Dual Career Service

FACHHOCHSCHULE WIENER NEUSTADT
Austrian Network for Higher Education