Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Frühling 2021

imc | FH KREMS

Master-Studiengänge

JETZT BEWERBEN

- ANGEWANDTE GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN
- ADVANCED NURSING PRACTICE

FIT FÜR DIE HERAUSFORDERUNGEN IN PFLEGE & IM GESUNDHEITSWESEN

www.fh-krems.ac.at

BILDUNG

05 Pflege Professionell goes Youtube

07 Arte Dokumentation: Corona - Die eingesperrten Alten
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin
Dipl Theol, BPhil Christian Müller-Hergl

09 Was kommt nach dem Applaus?
Prof. Dkfm. Dr. Christoph Zulehner

17 Impfen: Freiheit und Verantwortung
O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c.
Ulrich H.J. Körtner

23 Berufsstolz ist wichtig für Pflegende
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin

39 Auswirkungen von COVID-19 im Kontext einer Therapeutischen Wohngruppe
Stefanie Dreßel B.A.
Prof. Dr. phil. Markus Witzmann BBA, MSM, MA

49 Qualitative Forschung in der COVID-19 Pandemie
Janine Julia Brunner BScN
Nora Bernarda Hönel, BScN
Ass. Prof.in Dr.in Manela Glarcher, MSc. BS

53 Fair Care
O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c.
Ulrich H.J. Körtner

FACHWISSEN

59 Mariendistel
Mag.a Katrin Schützenauer

65 Vier kurze Beine, treue Augen, großer Effekt
Kerstin Redzinski B.A.

69 Herausforderndes Verhalten Herausforderung für wen?
Lisa Marina Luciani

ERLEBEN

77 „Liebevolle Zuwendung zu jedem Menschen, gegenseitige Wertschätzung und Achtung?“
Ingrid Marth B.A.

80 Kommentar zum Artikel
Angelika Feichtner, MSc

81 Die Pflege-/Heilungsgeschichte des 9-Monate alten Mohammad
Dr.in Silvia Käppeli

83 Die Situation der Pflege in der Pandemie versus Anti-Corona-Demo in Wien
Markus Golla, BScN MScN

87 Leben und Tod Entscheidungen
Günter Valda

93 Gipfel Erfahrungen in Afghanistan
Dr.in Silvia Käppeli

IMPRESSUM

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

Herausgeber
Markus Golla, BScN, MScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN, MScN

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) Astrid Birkner / Günter Valda
(C) 2021 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

POSTGRADUATE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN
Intensivpflege

Start: Oktober 2021
Jetzt anmelden!

Universitätslehrgang Intensivpflege

Praxisorientiertes, evidenzbasiertes Wissen für den Intensivbereich

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

- Abschluss als Akademische/r Expertin/Experte für Intensivpflege in 2 Semestern
- Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis
- Wissensvermittlung mit hochschuldidaktischen Methoden

In Kooperation mit
BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEAKADEMIE WIEN

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Noch immer hat uns die Pandemie in Beschlag und es sieht so aus, dass auch das Jahr 2020/21 eher ein Covid19, als ein Jahr der Pflege und Hebammen wird. Trotz alledem wollen wir aber nicht die Flinte ins Korn werfen, sondern versorgen Sie mit den unterschiedlichsten Themen, einem neuen Videokanal und jeder Menge Lesestoff.

Unsere Redaktion wird Sie dieses Jahr nicht nur mit vier Ausgaben „Pflege Professionell", einer Ausgabe „Pflegende Angehörige" und zwei Magazinen „Lehre & Lernen im Gesundheitswesen" versorgen, sondern bringt eine Reihe an Sonderausgaben, Videobeiträgen und Online Diskussionsrunden mit prominenten Pflegepersonen heraus.

Wir müssen lernen mit dem Virus zu leben und ist es nicht Covid19, so ist es ein anderer. Menschen sind seit Ewigkeiten Überlebenskünstler:innen, dies wird sich auch durch diesen Virus nicht ändern.

Vor allem die pflegerischen und medizinischen Berufe haben es bereits in ihrer Grundausbildung gelernt, mit hochinfektiösen Materialien, Patient:innen und Begebenheiten zu arbeiten. Dies ist Teil der Professionen und gerade jetzt sollten wir als leuchtende Beispiele voranschreiten.

Die Frage ist nur, wann es auch der letzte Politiker verstanden hat, dass wir nicht nur systemrelevant, empathisch und „aufopfernd" sind, sondern unsere Professionalität, unser Fachwissen und unser kritischer Blick auf das Ganze, uns mehr als nur Applaus einbringen sollte. „Viel, schnell und billig" Ausbildungen, um dem demografischen Wandel zu trotzen, kann nicht die Lösung sein.

Hier braucht es einen berufspolitischen Diskurs, der nicht nur von den Berufsverbänden durchgeführt werden kann. Wer wartet gerettet zu werden, der hat eine lange Wartezeit vor sich. Es braucht uns alle, die gemeinsam in eine Richtung gehen.

Markus Golla
Redakteur

Markus Golla, BScN MScN

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

(C) Adobe Stock Mark

Pflege Professionell goes Youtube

2021 startete Pflege Professionell mit einem neuen zusätzlichen Medium: Pflege Professionell Youtube Kanal.

Hierbei konnte die Redaktion auf jede Menge Filmmaterial zurückgreifen. Aus diesem Grund wurden unterschiedliche Themenplaylists hinzugefügt, um für die ZuseherInnen eine Übersicht zu bieten.

Die Playlist „3. Pflegesymposium 2018“ zeigt Vorträge von Martin Sorge, Dr. Christoph Zulehner, Prof.in Angelika Zegelin und Prof. Mag.a Eva Werner.

In der Fortsetzungsliste finden Sie Vorträge von Prof.in Angelika Zegelin, Prof.in Christel Bienstein, Prof.in Dr.in Maria Müller-Staub, eine Podiumsdiskussion und einer der letzten Auftritte von Sr. Liliane Juchli.

Zahlreiche Interviews und Diskussionen, Experimente um den Mund-Nasen-Schutz und Berichte über die Impfung von Covid19 waren nur der Start für dieses neue Medium.

Mit dem Science Talk geht zusätzlich ein Diskussionsformat an den Start. Hier wurden bereits drei Mal ExpertInnen eingeladen, um über ein Thema zu diskutieren und die Fragen der Zuhörenden, die bei der Liveschaltung dabei waren, zu beantworten.

In der ersten Runde diskutierte Martin Moder PhD (Molekularbiologe und FM4 Science Buster), Pflegedirektorin Barbara Hahn BSc (St. Anna Kinderspital) und Andre Wolf (www.mimikama.at) über Corona, Impfungen und Fake News. Für einen weiteren Talk stellten sich Ass.-Prof.Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal (Pflege), Dr. Andreas Lauterbach (Pflegewissenschaft, HPS Media), Prof. Dr. Michael Bossle, MScN (Padua) und Markus Golla BScN MScN (Pflege Professionell) gegenseitig Fragen zum Thema „Publizieren in der Pflege“. Der derzeit letzte Talk brachte das interessante Thema auf „Warum spricht niemand mit der Pflege, wenn es um Pflege geht?“. Prof.in Dr.in Christel Bienstein und MMag.a Dr.in Elisabeth Rappold diskutierten hier mit dem Moderator und den Zuhörenden über Berufspolitik, Publizismus und Berufsbild in der Gesellschaft.

Weitere Formate sind für den Youtube Kanal bereits geplant.

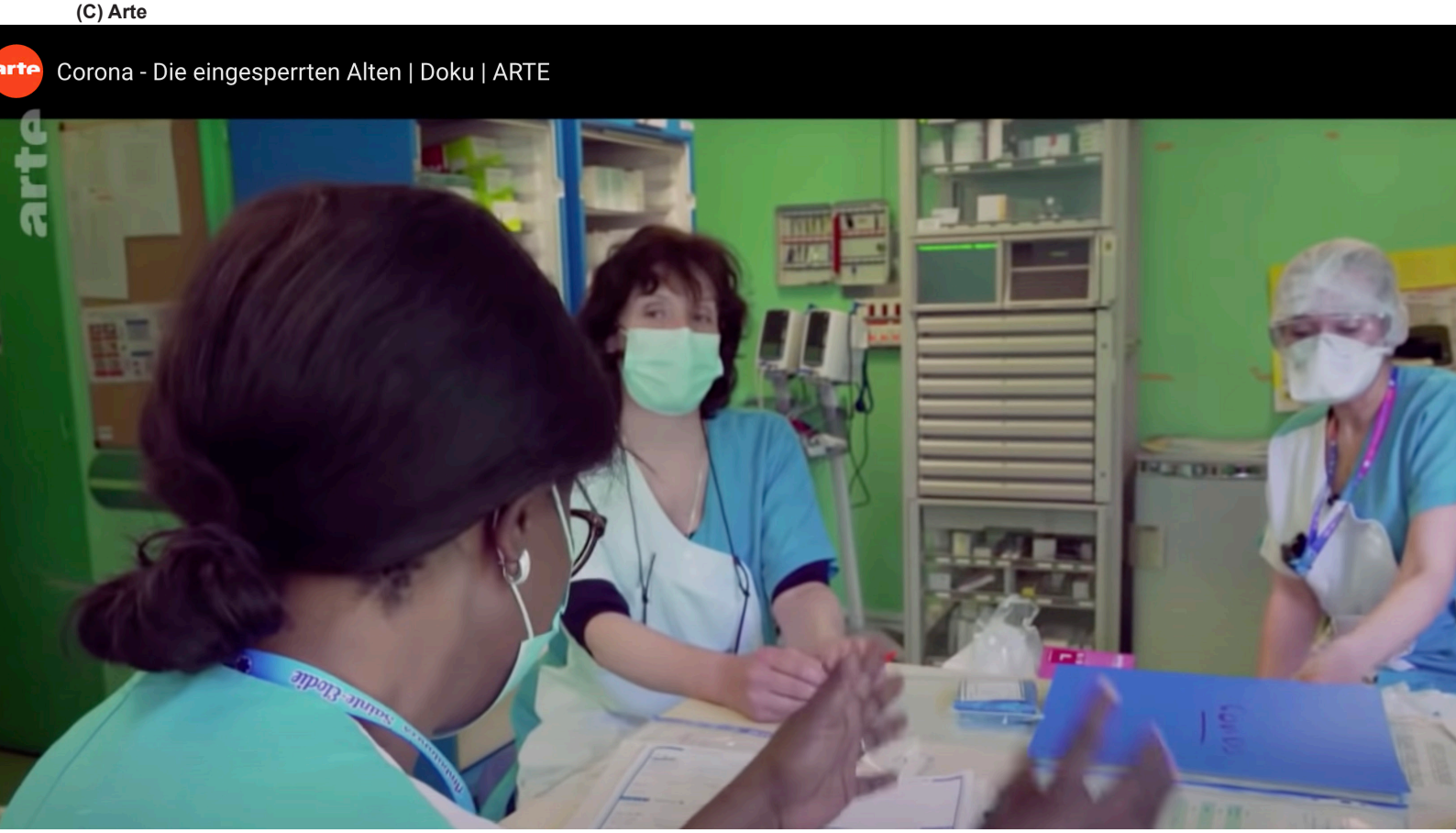
Foto: Syda Productions/stock.adobe.com

GÖD
GESUNDHEITSGEWERKSCHAFT

Gemeinsam jeden Tag

FÜR DEINE GESUNDHEIT

(C) Arte



Arte Dokumentation: Corona – Die eingesperrten Alten

Uns ist etwas Seltsames passiert: nach der Sichtung des Filmes in der ersten Februarwoche haben wir unabhängig voneinander andere auf diese Sendung aufmerksam gemacht, weil wir beide total beeindruckt waren. Es geht um die authentische Situation in einem Pariser Altenheim zu Zeiten des Corona-Lockdowns. Es sind verschiedene Dinge, die uns imponieren: es wird nichts beschönigt aber auch nichts dramatisiert, sondern vorzüglich das alltägliche Elend der Altenpflege dokumentiert. Der Film zeigt eine Organisation immer hart an der Grenze des Zusammenbruchs, aber auch, wie der Teamgeist, der Mut, die Verantwortung der Pflegenden das Durchhalten ermöglichen. Es ist – wie so häufig – das Bild eines ‚verlorenen Haufens', der aber zäh und unnachgiebig trotz aller Verzweiflung zusammenhält. Hilfe von außen gibt es zunächst keine, Zeitarbeitskräfte erscheinen nicht, eine Krankenschwester muss die Verantwortung für alle Patienten/Bewohner (120!!) schultern. Mitarbeiterinnen (es sind immer Frauen, kein Mann zu sehen) kommen auch dann, wenn sie sich krank fühlen: in dieser Situation kann man die Kolleginnen nicht allein lassen. Später kommen dann doch einige Hilfen aus der Kinderkrankenpflege hinzu und stellen fest, dass es hier viel härter und fordernder zugeht als sie sich das je hätten vorstellen können.

Die Bewohner*innen sind zumeist infiziert und sehen, da teilweise ohne Symptome, gar nicht ein, warum sie jetzt im Zimmer bleiben und nicht, wie üblich auf dem Gang sitzend, wenigstens etwas von der Welt mitbekommen können sollten. Ein betroffener Herr will jetzt lieber sterben – überhaupt, viele möchten sterben, haben das Leben, das jetzige Leben satt. Sie müssen warten, aushalten, ausharren im ‚God's waiting room'. Gefragt worauf sie denn warten, sagen sie, na, darauf, dass eine Schwester kommt. Irgendwann kommt ja immer einer und will was. Das ist jetzt das ganze Leben: hocken im Zimmer und warten, dass einer kommt. Angehörige dürfen ja nicht rein.

Trotz aller Eile und Stress sind die Mitarbeitenden zugewandt, man sieht, – auch wenn es nicht immer nach dem Regelbuch geht – die Beziehungen stimmen schon und den Mitarbeitenden liegt etwas an den Bewohnern. Und es sterben so viele, man kommt mit der Trau-

er nicht mehr nach. Bislang konnte man das Sterben noch ganz gut wegpacken, aber jetzt wird es grenzwertig, so viel Sterben, so viel Tod.

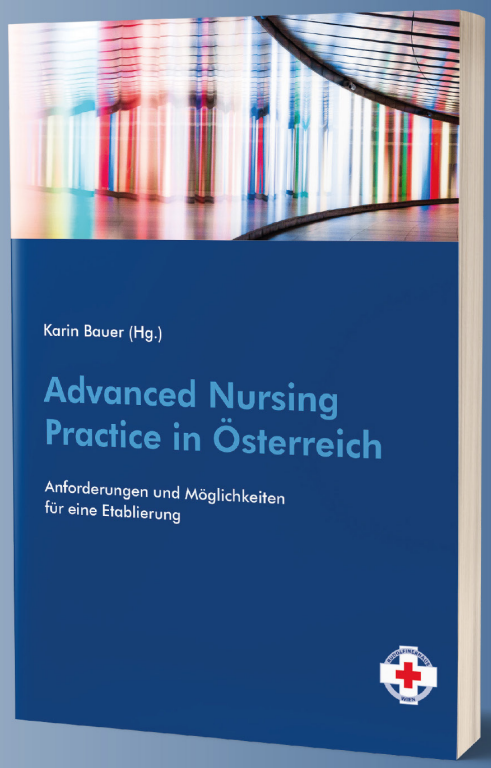
Diese Art von Realität wird viel zu wenig gezeigt. Wie sehr die Pflegenden allein gelassen werden, wie wenig Hilfe dort ankommt, wie tapfer sie das dennoch machen, wie groß die Not ist, wie wenig Anerkennung es gibt. Zumeist werden eher Glanzbilder produziert, da Einrichtungen ja gezwungen sind, sich ‚gut' und ‚professionell' am Markt zu positionieren. Es ist eine gehörige Portion Mut nötig, sich so offen, also seine ‚Wunden' zu zeigen. Aber eben das wünscht man sich viel mehr: der Öffentlichkeit zumuten, das zu sehen, was wirklich geschieht. Nein, es steht nicht gut um die Pflege alter Menschen, und wir sind alle verantwortlich dafür, dass es so läuft. Ändern tut sich oft nur dann etwas, wenn Realität zugemutet wird. Davon bitte mehr!
Solche Dokumentationen sind außerordentlich wertvoll und sollten viele Zuschauer finden, auch zur Fachdiskussion in den Pflegeberufen. Der Film kann über Youtube eingesehen werden.

Autorin

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

Autor

Dipl.-Theol., BPhil. Christian Müller-Hergl
Altenpfleger, Supervisor, Demenz-Experte



Karin Bauer (Hg.)

Advanced Nursing Practice in Österreich

Anforderungen und Möglichkeiten
für eine Etablierung

facultas 2020
152 Seiten, broschiert
EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP
ISBN 978-3-7089-1943-0
Auch als epub: e-ISBN 978-3-99030-967-4

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Was kommt nach dem Applaus?

Es war eine nie dagewesene Präsenz, welche die COVID-19-Pandemie der Pflege im März 2020 beschert hat. Der sich rascher als das Virus ausbreitende Slogan „Wir bleiben für euch da. Bleibt ihr zuhause!“ wurde zu einem Kampagnen-Hit, der alle Werbeagenturen erblassen ließ. Ohne Marketingunterstützung verbreitete sich die Botschaft, dass die Welt über Professionist*innen verfügt, die bisher kaum auf der Bühne zu sehen waren. Das kommunikative Bravurstück hatte so viel Energie, dass es sehr schnell auch von anderen „Systemerhaltern“ übernommen wurde. Im Übrigen kein wohlüberlegter Begriff aus der Militärspräche, mit dem Funktionssoldaten beschrieben werden. „Und eh man sich‘s versieht, ist‘s eben Politik!“ um Goethe zu entweihen.

Welcher Expert*innen es plötzlich bedurfte zeigte sich schnell. Es waren nicht die fürstlich entlohnten Repräsentanten der kosmetischen SAT-TV-Chirurgie und der Komfortmedizin. Es war nicht der livrierte Zimmerservice der Privatstation. Es waren die Mitarbeiter*innen der Notfallaufnahmen, der Intensiveinheiten und COVID-Stationen. Es waren Virolog*innen, Mikrobiolog*innen, Anästhesist*innen, Pneumolog*innen, Hygieneexpert*innen. Es waren die Mitarbeiter*innen der Logistik, der Warenwirtschaft und der Reinigung. Es war vor allem hoch professionell agierendes Pflegepersonal in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und auf Achse.

Dass es gerade die auch sonst Maskierten, die Unsichtbaren sind hat noch einen besonderen Symbolwert. Berufsgruppen, die, obgleich ihrer Unsichtbarkeit im Regelbetrieb in der Vergangenheit immer wieder ihre Personalbedarfe ganz besonders zu rechtfertigen hatten.

Es ist noch gar nicht so lange her, da hatte auch ich mich für meine Personal-Berechnungen im Bereich der Anästhesie- und Intensivmedizin zu rechtfertigen. Genugtuung empfinde ich gerade keine. Mir wäre die Anerkennung meiner Kalkulationen ohne diese Katastrophe lieber gewesen.

Wer als erstes dazu aufgerufen hat zuhause zu bleiben, während die Profis die Stellung halten – noch so ein soldatisches Wort – ist kaum recherchierbar. Aller Wahrscheinlichkeit nach war es ein Phänomen welches wir weithin als Solidarität kennen. Genau genommen tut es auch nichts zur Sache. Warum die Mechanismen sezieren, wenn ihre Wirksamkeit belegt ist.

Die Pflegenden wurden über Nacht zu Held*innen. Die Bevölkerung folgte dem Aufruf in den sozialen Netzwerken, jenen zu danken, die gerade jetzt für die Gesundheit und Sicherheit der Menschen sorgten. Der hörbare 21-Uhr Applaus hinter den geöffneten Fenstern und auf den Balkonen der Städte, entwickelte sich in vielen urbanen Vierteln sogar zum Ritual. Hörbarer als manch dilettierend dargebrachte Gesangskostprobe, wie wir sie auch vernommen haben.

Die Videos wurden in den sozialen Medien geteilt und gingen viral, wie das neuerdings heißt.

Helden! Zwar hinter der Maske aber endlich vor dem Vorhang. Was für eine Chance. Was für eine Gelegenheit den Pflegeberuf endlich in die Position zu bringen, in die zu bringen sich Verbände, Interessensgemeinschaften, Vereine, Unter-Vereine und Unter-Unter-Vereine seit Jahrzehnten mühen. Jetzt muss sich doch etwas bewegen. Immerhin ist nun endlich auch die Politik auf die Pflege aufmerksam geworden.

Und dann tat sich in der pandemischen Rezession noch gleich eine zweite Chance auf. Vom Lockdown Erschütterte schlossen ihre Pforten und setzten Humanressource frei, wie die wirtschaftspolitische Beschreibung von Maßnahmen wie Teilzeitzwang und Kündigung jetzt genannt wurden. Flugbegleiter*innen, Servicepersonal, Kellner*innen – Menschen also mit Erfahrung im Dienstleistungsbereich, geübt in Kundenorientierung, Verkaufsgespräch und Begegnungsqualität.

Vielleicht ließen sich da welche entdecken, die bereit wären die Branche zu wechseln. Die das Potential mitbringen sich in einem neuen Beruf ausbilden zu lassen oder gar zu studieren. Nicht wenige von Personalengpässen geplagte Gesundheitsunternehmen wurden aktiv und versuchten ihre Employer-Brand-Maschine in Gang zu bringen.

Und tatsächlich, ein erstes Interesse war gegeben. Ein wenig von Skepsis begleitet, wagten sich die ersten hinter der Deckung hervor (das ist es wieder) und meldeten ihre Bereitschaft an, in das Abenteuer Pflege einzusteigen.

Bereits im September, titeln die Salzburger Nachrichten „Corona füllt die Klassen in den Pflegeschulen“. Hochschulverantwortliche freuen sich darüber, deutlich mehr Bewerber*innen zu haben als Studienplätze verfügbar sind. Gleiches vernimmt man aus den Direktionen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen.

Es wird über Ausbildungs- und Personalrekrutierungsoffensiven informiert. Der Nachrichtensender ntv berichtet sogar darüber, dass 54 Flugbegleiterinnen in der Charité Berlin kurzerhand in den Pflegedienst eingestiegen sind. Aus dem Vorstandsbüro wird voller Stolz über das Freispielen der Pflegekräfte durch Flugbegleiter*innen berichtet. „Jetzt kommt Bewegung rein“, um nochmals das Marketing zu bemühen.

Doch bei genauem Hinhören knirscht der Sand der Vergangenheit im gerade erst in Bewegung gekommenen Getriebe. Ausbildungsstätte freuen sich zwar über die rege Nachfrage, beklagen aber, Bewerber*innen auf das nächste

Jahr vertrösten zu müssen, weil die Plätze fehlen. An der Pflege Interessierte können sich den Branchenwechsel nicht leisten, weil es ihnen unmöglich ist, während der Ausbildung wenigstens ihr bisheriges Einkommen zu sichern. Gesundheitsunternehmen fehlen genehmigte Dienstposten für eine profunde Begleitung von Wiedereinsteiger*innen. Arrivierte Pflegekräfte wären bereit wieder in die Branche einzutauchen, gesetzt den Fall es stünden dementsprechende Programme und Ressourcen zur Verfügung.

Veränderungsbedarfe, die nur darauf warten in Angriff genommen zu werden. Selten hat der Begriff „not-wendig“ so sehr seiner Bedeutung entsprochen wie jetzt.

Von der Politik sind unterdessen ganz andere Ideen zu hören. Die Gelegenheit ist günstig die Pflegelehre wieder ins Spiel zu bringen und weiterhin auf ein System ohne Backup zu setzten. Und so postuliert die Wirtschaftsministerin bereits im Mai 2020, mit der Pflegelehr 2021 starten zu wollen. Abgesehen davon, dass die Idee als solche durchschaubar ist. Kaum vorstellbar, dass in anderen Berufen auf dringende Personalbedarfe mit Lehrangeboten reagiert werden würde: Diplomingenieurslehre, Arztlehre, Richterlehre.

Seit Jahren beschäftigt mich die Frage, warum es der Pflege nicht und nicht gelingen will, die notwendige Stärke zu erlangen, längst fällige Veränderungen herbeizuführen. Die Phänomene, die sich während der COVID-19-Pandemie gezeigt haben, waren mir ein ernüchternder Augenöffner.

Die „Wir bleiben für euch da. Bleibt ihr zuhause!“-Kampagne war nichts anderes als ein Flash-Mob-ähnliches Phänomen. Die Triebenergie war die Emotion. Zweifelsohne die positive Emotion der Applaudierenden. Jene Applaudierenden, die sich froh darüber zeigten, dass es da welche gibt hinter den Vorhängen, die hochprofessionell der Pandemie trotzen und da sind, wenn man sie braucht. Dies ist aber eine Triebfeder von geringer Energie. So wenig, wie es das bescheidene Teilchen an Berufsangehörigen ist, die sich verbandlich organisieren.

Umfassende Veränderungen bedürfen eines viel größeren strukturellen Gerüstes. Umfassende Veränderungen bedürfen darüber hinaus auch starker Persönlichkeiten, die eine große Organisation hinter sich wissen. Je größer die Streuung im Ursprung um so kürzer die Dauer ihrer Wirkung. Und umgekehrt! Kein Wunder, dass ich nicht müde werden die Idee einer Pflegekammer immer wieder zu postulieren. Ansonsten bleibt uns nur der Nachgesang: „We can we be Heroes, just for one day!“

Autor

www.christophzulehner.com

Prof. Dkfm. Dr. Christoph Zulehner
ist Speaker, Strategieexperte, Unternehmensberater und Faker. Seit über dreißig Jahren beschäftigt er sich mit wissensorientierten Organisationen und ihren Menschen. 2017 hat er das Buch "Make the Fake. Warum Erfolg die Täuschung braucht" (erschienen im Oriol Verlag) herausgebracht und ist mit den Themen "Make the Fake" und "Ko-Kompetenz - die Zukunft der Zusammenarbeit" erfolgreich als Keynote-Speaker tätig. www.christophzulehner.com

29. / 30. April 2021

Austria Trend Hotel Savoyen

BUSINESS circle

Österreichs exklusives Forum für Führungskräfte der Pflege

Pflege-Management Forum 2021

Vorprogramm

- Neue Ausbildungsmodelle - Erfahrungsberichte und Evaluierung
- Wie tickt die Next Generation Pflege
- Was kommt nach dem Applaus - der Stellenwert der Profession Pflege
- Fachlicher Leiter: Markus Golla, FH Krems

LEADERSHIP & MANAGEMENT IM DIGITALEN ZEITALTER

KEY NOTES

BM Rudolf Anschober*
Gesundheits- und Sozialminister

Christel Bienstein
Präsidentin, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Bernhard Heinzlmaier
Jugendforscher

Christoph Zulehner
Strategieexperte

PARTNER

PFP® Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Pflege Professionell
Die Open Source Fachzeitschriften für den Gesundheitsbereich

WKO WIRTSCHAFTSKAMMER WIEN
Personenberatung & Personenbetreuung

1. Konferenztag Pflege-Management Forum

29. April 2021

ERÖFFNUNGSPLENUM

9.10

Key Note: Zukunftsszenarien für die Pflege in Österreich
BM Rudolf Anschober*, Gesundheits- und Sozialminister

Key Note: Systemrelevant - aber was kommt nach dem Applaus?
Christoph Zulehner, Strategieexperte

Panel: Neue Ausbildungsmodelle in der Pflege: Orientierung - Erfahrungen - Evaluierung
Ludmilla Gasser, Sozialministerium, **Birgit Poier,** Caritas Steiermark, **Sabine Pleschberger,** GÖG

Wir bilden aus, wen wir brauchen. Wie der Pflege-Versorgungsauftrag in der Schweiz erfüllt wird.
Danny Heilbronn, Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern, Spitalamt

Arbeitsmarkt und Next Generation Pflege: Neueste Analysen aus der Jugendkulturforschung
Bernhard Heinzlmaier, Jugendforscher

14.00

PARALLELE FACHFOREN

AUSBILDUNG UND PERSONAL

Laienpflege unter fachpflegerischer Begleitung
Anette Glössl, DGKS & Geschäftsführung, a'nette pflege
Mario Tassoti, WKO Wien / LebensWerte Seniorenbetreuung

Community Health Nurse in der Praxis
Bisserka Weber*, Sozialministerium
Daniel Peter Gressl, Die Ö-Nurse, Vizepräsident des ÖGKV

Pflege-Kammer vs Berufsverband
Christel Bienstein, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

LEADERSHIP & MANAGEMENT

Transformationelle Führung und Empowerment am Beispiel eines Magnetspitals
Helene Maucher, RKU Uni- und Reha-Klinikum Ulm

Gute Gründe, zu bleiben. Was Mitarbeiter*innen in der Organisation hält - und was nicht.
Rudi Bauer, WeAreDevelopers

Pflegeleistungen in LKF-Datensätzen vergleichen
Renate Ranegger, LEP

SMART TECHNOLOGY & VR

Virtueller OP
Michael Reiner, FH Krems

Smarte Assistenzsysteme für die Pflege

Innovationen und Robotik in der Pflege: Wahre Helfer oder nur Stückwerk?

17.00

MUT UND INSPIRATION

Psychologie von Netzwerken - Warum wir gemeinsam viel mehr bewirken können
Natalie Knapp, Philosophin

SAFETY FIRST

Die Gesundheit aller Teilnehmer*innen, Vortragenden und Mitarbeiter*innen hat höchste Priorität.
Eine sichere Durchführung des Pflege-Management Forums werden wir - neben unserem bewährten Hygiene- und Präventionskonzept - mit COVID-19 Schnelltests vor Ort bzw. einem COVID-19-Impfnachweis gewährleisten.

Sollte aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine Präsenzveranstaltung nicht möglich sein, werden wir den Termin des Pflege-Management Forums verschieben.

2. Konferenztag: Pflege-Management Forum

30. April 2021

9.00 PLENUM

Update zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016
Sabine Pleschberger, Leiterin Gesundheitsberufe, Gesundheit Österrreich GÖG

Haltung - Berufsstolz - Sozialprestige: der Stellenwert der Profession Pflege

Impuls: German Quernheim*

Mit Reflexionen von: **Sabine Wolf,** Vorsitzende der ANDA + **Reinhard Waldhör,** Gewerkschaft Wien + NN

11.30 PARALLELE FACHFOREN

ADVANCED NURSING PRACTICE

ANP in der Akutpflege
Denise Schäfer, Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern

ANP-Praxisbericht aus dem Langzeitbereich - Karin Haubenwaller, Haus der Barmherzigkeit

ANP in der Hauskrankenpflege
ANP in der Covid-19 Pandemie
Stefan Gasch, Volkshilfe Wien

GENERATION NOW

Pflege braucht Social Media
Personalrecruiting über Soziale Medien: Potentiale & Risiken

Rekrutierungs- und Integrationsmodelle: Best Practice Personalakquise im Ausland
Pflege braucht Social Media!

CareCenter Erfahrungsbericht
Herwig Loidl, carecenter

SPEZIAL THEMEN

Lean Management
Barbara Kraus-Stoisser, **Manuel Rath,** LKH-Univ. Klinikum Graz

Pflegepraxis in der Pandemie: Erfahrungen & Lessons Learned

* angefragt

13.30 INNOVATION STAGE

NEUE INNOVATIVE PRODUKTE UND TECHNISCHE LÖSUNGEN FÜR DIE PFLEGE

5 min Präsentationen neuester Produktlösungen und Innovationen, die die Pflege unterstützen und verbessern

Pflege-Management Forum

Herzlich willkommen

Von der Pflege für die Pflege: Österreichs größter Branchentreffpunkt für Führungskräfte der Akut-, Langzeit- und mobilen Pflege

Seit mehr als 12 Jahren schafft das PMF den Rahmen für den Fach- und Erfahrungsaustausch mit Führungskräften der Pflege und Entscheidungsträgern der Gesundheits- und Sozialpolitik.

Mehr denn je gewinnt in diesen Zeiten die persönliche Begegnung an Wert und Qualität.

Beim PMF 2021 bekommen Sie u.a. eine fundierte Darstellung der neuen Ausbildungsmodelle - mit Erfahrungsberichten und ersten Evaluierungen. Wo steht die Task Force Pflege in Österreich? Anerkannt, systemrelevant, aber geringer sozialer Status.: was ist notwendig, um den Stellenwert der Pflege an die sich verändernden Rahmenbedingungen anzupassen? Diskutieren Sie mit!

Orientierung, neue Perspektiven und Mut: das ist unser Anspruch, besonders in Zeiten des Wandels. Die Themen sind genauso inspirierend und vielfältig, wie die Persönlichkeiten und Organisationen, die beim diesjährigen Pflege-Management Forum zusammenkommen.

Ich freue mich über Ihre Teilnahme.

Gerhard Pichler
Initiator des PMF-Forums

IHRE TEILNAHME

Pflege-Management Forum
29. / 30. April 2021, Wien

Teilnahmegebühr (exkl. MwSt.)

Normalpreis	EUR 1.499
Vertreter der Pflege und aus dem Gesundheits- & Sozialwesen	EUR 599

Kostenloses Storno bis 14 Tage vor der Veranstaltung

KEIN RISIKO BEI FRÜHER BUCHUNG

Kontakt & Anmeldung

businesscircle.at/pflege

Partner des Pflege-Management Forums 2021

PARTNER

carecenter – Software von omneva für Komplexträger, Altenhilfe, Rehabilitation

LEP

MediCare – Medizinische Personaldienstleistungen

med-serv – Gebäudereinigung & Service im Gesu

Pflege Professionell – Die Open Source Fachzeitschriften für den Gesundheitsbereich

SeneCura – NÄHER AM MENSCHEN

sodexo – QUALITY OF LIFE SERVICES

WKO – WIRTSCHAFTSKAMMER WIEN – Personenberatung & Personenbetreuung

xtention – IT with care.

NETZWERK- / MEDIENPARTNER

Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ

procare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege

FORTBILDUNGSPUNKTE

PFP® Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Das Pflege-Management Forum gilt als Fortbildung i.S.d. Fortbildungsverpflichtung gemäß GuKG und entspricht den Fortbildungsrichtlinien des ÖGKV:

29. 4. 21	18	ÖGKV PFP®
30. 4. 21	9	ÖGKV PFP®
beiden Tage:	27	ÖGKV PFP®

DGKP* Chirurgie

Wien Voll/Teilzeit

Informationen zur offenen Position

Die Schwerpunkte der Station liegen neben der Allgemeinchirurgie, in der Chirurgie des gesamten Verdauungstraktes, Onkologischen Chirurgie, Adipositas Chirurgie und Chirurgie der Schilddrüse. Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir interessierte und engagierte Mitarbeiter*innen.

Ihr Aufgabengebiet

- Eigenverantwortliche und selbstständige Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen
- Professionelle Dokumentation in der elektronischen Fieberkurve bei Anwendung des e-PA Pflegeassessments und LEP
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität in Ihrem Bereich
- Umsetzung unseres Pflegekonzeptes CARING in einem engagierten und multiprofessionellen Team

Ihre Qualifikationen

- gültige Registrierung im Gesundheitsberuferegister zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege
- engagierte Mitarbeiter*innen , die sich neben der fachlichen Qualifikation und dem fachlichen Interesse auch durch Flexibilität, Belastbarkeit und Freude an guter Teamarbeit auszeichnen

Ihre Vorteile bei uns

- persönliche und strukturierte Einarbeitung im Mentoring-System
- freie Dienstplangestaltung
- Unser Pflegekonzept CARING – Beziehung als Schlüssel für eine erfolgreiche Therapie
- familiäres Arbeitsklima und gute interprofessionelle Zusammenarbeit
- wertschätzender Führungsstil
- Einführung der elektronischen Fieberkurve MEONA und ePA (Assessment) sowie LEP
- moderne, gut ausgestattete Station, effiziente Abläufe (z.B. Modulsystem)
- zentrumsnahe Lage und eine gute Verkehrsanbindung
- Fortbildungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie zahlreiche Angebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie z. B. Bodyfit, Fahrrad-Check, usw.
- regelmäßige Supervisionen und Team-Building Maßnahmen

Das monatliche Bruttogehalt beträgt mindestens € 2.923,--.

Ihre Kontaktmöglichkeiten

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung direkt über unser Karriereportal oder an:
Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien
Betriebsgesellschaft m.b.H.
z.H. Bereichsleiterin Fr. Manuela Falmbigl, MSc.,
Stumpergasse 13, 1060 Wien

(C) Marek

Impfen: Freiheit und Verantwortung[1]

Ethische Aspekte der Covid19 Impfung

Freiheit, Solidarität, Verantwortung, Gerechtigkeit – das sind zentrale ethische Grundwerte in der Corona-Pandemie. Die Debatten um die angemessenen Strategien zur Eindämmung der Pandemie drehen sich im Kern darum, wie Freiheit und Verantwortung in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden können. Ein konkretes Beispiel für bestehende Spannungen zwischen Freiheit und Gemeinwohl, zwischen Eigenverantwortung und Verantwortung anderen gegenüber ist das Impfen. Der Beitrag diskutiert die wichtigsten ethischen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Impfung gegen das COVID-19-Virus ergeben.

Schlüsselwörter: Impfung – Impfpflicht – COVID-19 – Freiheit – Verantwortung – Solidarität – Gerechtigkeit – Logistik – Allokation

Freedom, solidarity, responsibility, justice - these are central ethical values in the Corona pandemic. The debates about the appropriate strategies to contain the pandemic revolve, at their core, around how freedom and responsibility can be balanced. A concrete example of the existing tension between freedom and the common good as well as between personal responsibility and responsibility towards others is vaccination. This article discusses the main ethical issues that arise in the context of the vaccination against the COVID-19 virus.

Keywords: vaccination - compulsory vaccination - COVID-19 - freedom - responsibility - solidarity - justice - logistics - allocation.

1. Freiheit und Verantwortung in der Corona-Pandemie

Freiheit, Solidarität, Verantwortung, Gerechtigkeit – das sind zentrale ethische Grundwerte in der Corona-Pandemie. Die Debatten um die angemessenen Strategien zur Eindämmung der Pandemie drehen sich im Kern darum, wie Freiheit und Verantwortung in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden können. Dabei ist zunächst zu klären, was eigentlich die Ziele des politischen Handelns und des Seuchenschutzes sind. Wer oder was soll geschützt werden? Die allgemein gegebene Antwort lautet, Menschenleben zu schützen – und hierbei die besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen, besonders die Gruppe der alten Menschen, unter denen die Zahl schwerer Krankheitsverläufe und auch die infektionsbedingte Sterblichkeit besonders hoch ist. Geschützt werden soll aber auch die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems. Insbesondere soll vermieden werden, dass die Intensivstationen an Kapazitätsgrenzen stoßen, was harte Triage-Entscheidungen zur Folge hätte.

Im Verlauf der Pandemie ist folgendes Problem entstanden: Die Eigenverantwortung wird in erster Linie für das persönliche Leben gesehen und nicht mehr gleich in starkem Maße für die Gemeinschaft und das Gemeinwohl. Dabei könnte man ja sagen, es ist in wohlverstandenem Eigeninteresse, sich auch solidarisch zu zeigen.

2. Impfungen als Element der Gesamtstrategie

Ein konkretes Beispiel für bestehende Spannungen zwischen Freiheit und Gemeinwohl, zwischen Eigenverantwortung und Verantwortung anderen gegenüber, ist es, sich impfen zu lassen. Die Bereitschaft dazu ist in Österreich nicht allzu hoch ausgeprägt. Wollen wir nicht immer wieder von einem Lockdown in den nächsten geraten, bedarf es einer auf mehreren Säulen beruhenden Strategie, zu der beispielsweise flächendeckende und regelmäßige Testungen gehören. Klar ist aber, dass die Corona-Pandemie ohne flächendeckende Impfungen nicht zu beenden sein wird. Ein weiteres Ziel muss in der Entwicklung antiviraler Therapien bestehen. Solange diese aber noch nicht vorhanden sind, kommt der Impfung gegen COVID-19 höchste Priorität zu.

Bedenken wir auch, dass die bisherigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie zwar Menschenleben gerettet haben, aber auch mit sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Nachteilen und sogar Schäden erkauft wurden. Man denke an Patientinnen und Patienten, die bei Herzinfarktverdacht nicht zum Arzt oder in die Klinikambulanz gegangen sind, an verschobene OPs oder an psychische Folgen der wochenlangen Isolation, eine Verschlimmerung der Verwirrtheit bei Menschen mit Demenz oder die Verschlechterung des Allgemeinzustandes von Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Altenhilfe infolge der Infektionsschutzmaßnahmen. Man denke aber auch an den Schaden, der bei Kindern und Jugendlichen im Bildungsbereich entstanden sind. Manche Bildungslücken werden sic nicht mehr ohne weiteres schließen lassen, besonders bei ohnehin benachteiligten Kindern aus bildungsfernen Schichten.

Umso mehr ist dringend zu wünschen, dass auch für Kinder und Jugendliche eine Impfung gegen COVID-19 möglich wird, zumal die Virus-Mutation B.1.1.7 für sie besonders ansteckend ist. Dazu laufen bereits Studien. Derzeit sind die verfügbaren Impfstoffe jedoch nicht für Kinder und Jugendliche zugelassen. Der Impfstoff von BioNTech/Pfizer darf nur bei Personen ab 16 Jahren, der von Moderne erst ab 18 Jahren verimpft werden. Ohne Impfungen von Kindern und Jugendlichen wird wohl auf die Dauer kein normaler Schulbetrieb oder Betrieb in Kindergärten und Kindertagestätten möglich sein.

3. Pro und Contra Impfpflicht

Die jetzt zugelassenen Impfstoffe schützen diejenigen, die geimpft sind, vor dem Virus und schwerem Krankheitsverlauf. Nach jetzigem Kenntnisstand ist aber nicht davon auszugehen, dass geimpfte Personen keine anderen mehr anstecken können, also steril immun sind. Für die bereits zugelassenen Impfstoffe von BioNTech/Pfizer und Moderna wird ein Impfschutz von 94-95 Prozent angegeben. Der i Europa noch nicht zugelassene Impfstoff von Astra Zeneca hat eine geringere Wirksamkeit (60-70 Prozent). Unklar ist auch, ob er für Menschen über 55 Jahre geeignet ist.

Politisch, rechtlich und ethisch ist umstritten, ob Impfungen freiwillig bleiben sollen oder ob an eine Impfpflicht zu denken ist. Solange nicht sicher ist, dass Geimpfte auch keine anderen Menschen mehr anstecken können, lässt sich eine allgemeine Impfpflicht nicht rechtfertigen. Es dürfte auch arbeitsrechtlich problematisch sein, eine Impfung gegen COVID-19 (SARS- CoV-2) als Berufsvoraussetzung etwa für die Angehörigen

von Gesundheitsberufen zu machen. Anders schaut es aus, wenn in Zukunft private Unternehmen, zum Beispiel Fluggesellschaften, einen Impfnachweis verlangen, etwa um Personen zu befördern. Denkbar ist auch, dass Länder einen Impfnachweis für die Einreise verlangen, wie das auch bei anderen Erkrankungen, wie etwa Gelbfieber, üblich ist.

Ist eine Impflicht auch juristisch nicht gerechtfertigt, so besteht nach meinem Dafürhalten aber eine moralische Verpflichtung, sich impfen zu lassen, weil jede Patientin und jeder Patient weniger auf den COVID-Stationen und den Intensivstationen das Gesundheitswesen entlastet. Dass dieses auch weiterhin funktionsfähig bleibt, dafür tragen wir alle gemeinsam Verantwortung. Das mit der Impfung verbundene Risiko ist bei den derzeit in Europa zugelassenen Impfstoffen augenscheinlich sehr gering, wobei man ja allgemein zwischen Impfreaktionen (Schwellungen, Rötungen oder Schmerzen an der Einstichstelle, Fieber, Kopfschmerzen oder Erschöpfungszustände) und langfristigen Impfschäden unterscheiden muss. Wenn ich von einer moralischen Verpflichtung spreche, dann nicht etwa, weil ich der Ansicht wäre, dass vor dem Schutz von Menschenleben und dem Schutz des Gesundheitssystems alles andere zurückstehen müsse. Bereits im Frühjahr 2020 erklärt der deutsche Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble in einem Interview, man dürfe den Lebensschutz nicht verabsolutieren.

„Grundrechte“, so Schäuble, „beschränken sich gegenseitig. Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen. Die ist unantastbar. Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen.“ Und er ergänzte: „Der Staat muss für alle die bestmögliche gesundheitliche Versorgung gewährleisten. Aber Menschen werden weiter auch an Corona sterben.“ Diese Sätze sind nicht in einem utilitaristischen Sinn zu verstehen. Sie weisen aber zu Recht auf eine Grundaporie moderner Medizin und staatlicher Gesundheitsvorsorge hin.

Man kann argumentieren, dass die Freiheit zum Leben und die Würde des Menschen, die nicht gegen andere Güter aufgerechnet werden darf, die Freiheit zum Sterben einschließt, das heißt auch die Freiheit zu selbstverantwortlich eingegangenen gesundheitlichen Risiken. Werden Leben und Gesundheit abstrakt zum höchsten Gut erklärt, ist die unausweichliche Folge ein Paternalismus, der zur Bevormundung und Entmündigung von Menschen führt. Der lobenswerte Grundsatz, besonders gefährdete Personengruppen vor COVID-19 zu schützen, darf nicht zur Bevormundung von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern führen, die am Ende vor sich selbst zu Tode geschützt werden, weil das nackte Überleben mit dem sozialen Tod, der unverhältnismäßigen Einschränkung von Besuchs- und Freiheitsrechten erkauft wird.

Die Grenzen meiner Freiheit und meines Rechtes auf für mich riskantes und möglicherweise selbstschädigendes Verhalten sind freilich dort erreicht, wo mein Verhalten andere Menschen in Gefahr bringt. Auch ist zu bedenken, dass wir in der heutigen Gesellschaft gerade um unserer freiheitlichen Lebensführung willen auf einen starken Sozialstaat und ein funktionierendes Gesundheitswesen angewiesen sind. Um ein funktionsfähiges Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten und damit die einzelnen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen funktionsfähig bleiben, sind Einschränkungen der individuellen Freiheit nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch zulässig. Es ist aber je nach Verlauf der Pandemie die Verhältnismäßigkeit solcher Einschränkungen zu überprüfen und zu korrigieren.

Menschenwürde und das Recht auf Leben gehören unmittelbar zusammen. Während das Recht auf Leben ursprünglich als Abwehrrecht gedacht ist, hat es sich aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr zu einem Teilhaberecht gewandet. Recht auf Leben deutet nun auch den Anspruch des Individuums auf eine optimale Gesundheitsversorgung. Gesundheit ist ein Individualrecht und individuelles Gut. Im Fall des Seuchenschutzes wird sie aber auch als überindividuelles Gut verstanden. In welchem Ausmaß aber kann Gesundheit als Kollektivgut rechtlich und ethisch definiert werden? Als individuelle Abwehrrechte schließen Grundrechte wie das Recht auf Leben und das Recht auf Privatsphäre nicht nur den Schutz vor Angriffen oder Übergriffen Dritter ein, sondern auch den Schutz vor dem Staat ein. Wie weit reicht aber der Anspruch auf Schutz durch den Staat vor einer kollektiven Bedrohung oder auch durch rücksichtsloses, fremdschädigendes Handeln Dritter? Beispiel: Impfpflicht bei Masern in Frankreich (seit 2018) und in Deutschland (seit 2020) als Voraussetzung dafür, dass Kinder den Kindergarten oder die Schule besuchen dürfen. Sobald Impfstoffe gegen COVID-19 auch für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen, ist freilich auch mit einer Neuauflage der bekannten Kont-

roversen mit Impfskeptikern und Impfgegnern in der Elternschaft zu rechnen.

4. Impfbereitschaft in Gesundheitsberufen

Wie ich schon sagte, sollte man auch bei Angehörigen von Gesundheitsberufen zum derzeitigen Zeitpunkt mit der Forderung nach einer Impfpflicht zurückhaltend sein. Weil es aber gerade jetzt in der äußerst angespannten Lage in den Spitälern und Pflegeeinrichtungen auf jede und jeden von ihnen ankommt, sehe ich diese Personen ganz besonders gefordert, für ihre Gesundheit Sorge zu tragen – und das nicht nur im eigenen Interesse, sondern weil Patientinnen und Patienten sowie Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf ihre Hilfe dringend angewiesen sind.

Die vielfach beklagte geringe Impfbereitschaft unter Pflegekräften hat offenbar mehrere Ursachen. Wie man immer wieder hört und liest, fühlen sich Pflegekräfte nicht ausreichend informiert. Kurzinformationen für Gesundheitspersonal zu COVID-19-Impfstoffen auf mRNA-Basis gibt es zwar unter file:///C:/Users/Ulrich/AppData/Local/Temp/Kurzinformation%20f%C3%BCr%20Gesundheitspersonaldocx.pdf. Sie ersetzen aber nicht Informationsveranstaltungen oder persönliche Beratung für das Pflegepersonal in den einzelnen Einrichtungen. Auch besteht meines Erachtens ein politisches Versäumnis darin, dass die Pflege mit ihrer Expertise in die politischen Entscheidungsprozesse und Strategieentwicklungen nicht oder nur unzureichend eingebunden worden sind. Mangelnde Impfbereitschaft ist wohl auch Ausdruck des Protestes gegen mangelnde Wertschätzung dessen, was die Pflegepersonen schon in der Pandemie geleistet haben und weiter leisten müssen. Dieser Protest ist berechtigt. Einseitige Moralappelle oder Unterstellungen eines Mangels an ethischem Bewusstsein sind daher unangebracht gegenüber einer Berufsgruppe, die von Haus aus ohnehin ein hohes Berufsethos hat.

Bei weiblichen Pflegekräften im gebärfähigen Alter kommen möglicherweise gesundheitliche Bedenken hinzu. Schwangere wurden in den bisherigen Impfstudien nicht untersucht. Aus diesem Grund können und sollen Schwangere, wie es auf der Informationsseite des Impfservice Wien heißt (https://impfservice.wien/corona-schutzimpfung/) nicht geimpft werden. „Bei einer Impfung soll deshalb auch für 3 Monate nach der zweiten Impfung effektiv verhütet werden."

Ein weiterer Umstand kommt hinzu: Auch unter den Angehörigen der Pflegeberufe gibt es Menschen mit Vorerkrankungen, Allergien oder sonstigen gesundheitlichen Risiken, die möglicherweise gegen eine Impfung sprechen. Fehlende Impfbereitschaft unter Pflegekräften pauschal zu kritisieren ist also nicht angemessen. Die Frage, wie man sich in Kliniken und Pflegeeinrichtungen zum Impfthema generell stellen und im Team damit umgehen soll, wenn es Kolleginnen und Kollegen gibt, die sich aus bestimmten Gründen nicht impfen lassen können oder wollen, gehört in die Supervision. Wünschenswert sind aber auch Angebote einer multiprofessionellen, strukturierten und prozessorientierten Ethikberatung.

5. Debatte über Anreize und Sanktionen

Es wird darüber diskutiert, ob die Impfbereitschaft wie auch die Bereitschaft zu Testungen besser durch Sanktionen oder durch Anreize – englisch nudging – erhöht wird. Zweierlei ist dazu anzumerken. Erstens: Dass die Impfung für die gesamte Bevölkerung kostenlos ist, ist an sich schon ein Privileg. Zusätzlich Anreize zu fordern, ist ungerechtfertigt. Zweitens: Zum jetzigen Zeitpunkt, in dem es noch eine ganze Weile dauern wird, bis ein Großteil der Bevölkerung geimpft ist, wäre es falsch, für Geimpfte die vorzeitige Freizügigkeit in Aussicht zu stellen, also Restaurantbesuche, Hotelaufenthalte oder Theaterbesuche. Dies würde für den gesellschaftlichen Zusammenhalt fatale Folgen haben. Man bedenke, welche Effekt eine solche Regelung auf die jüngeren Altersgruppen hätte, wenn diese erst Einschränkungen in Kauf nehmen sollen, um die Alten zu schützen und diese dann, nachdem sie bei den Impfungen vorgereiht werden, wieder ein freizügiges Leben führen dürfen, während die jüngeren weiter auf ihre Impfung warten müssen und weiter Einschränkungen in Alltag und Beruf hinnehmen müssen.

Anders schaut die Lage aus, wenn eine große Zahl von Menschen aller Altersgruppen geimpft ist und auch ausreichend Impfstoffe für alle Impfwilligen zur Verfügung stehen, es aber weiter Menschen gibt die sich nicht impfen lassen wollen. Doch auch dann ist zu bedenken, dass es Menschen gibt, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Von ihnen kann aber billigerweise ein negativer Testbefund verlangt werden, wie überhaupt regelmäßige Testungen weiter zu intensivieren

sind und auch digitale Lösungen beim Contact Tracing und Verbesserungen der für Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus notwendigen Datenerhebung nötig sind.

Die gesellschaftliche und politische Diskussion geht überhaupt in eine falsche Richtung, wenn die Wiedererlangung von Freiheiten als Privileg bezeichnet wird. Es geht schlicht um geeignete Voraussetzungen für die Wiederherstellung verfassungsrechtlich garantierter Grundrechte. Nicht die Freiheiten, sondern ihre Beschneidung bedürfen der Rechtfertigung. Die Rede von Privilegien wirft uns in die vordemokratische Geisteshaltung einer Feudalgesellschaft zurück.

Im Bereich der Pflege wird diskutiert, ob die Impfbereitschaft mit Erleichterungen wie der Befreiung von regelmäßigen PCR-Tests oder dem Verzicht auf das regelmäßige Tragen von FFP-2-Masken erhöht werden kann. Solange allerdings nicht davon auszugehen ist, daß geimpfte Pflegekräfte keine anderen Personen mehr anstecken können, werden auch die Geimpften weiter Masken tragen müssen. Generell ist aber zu sagen, dass möglicherweise mit der Impfung verbundene Erleichterungen in der Pflegetätigkeit keine Privilegien darstellen, sondern lediglich eine Befreiung von Arbeitserschwernissen in einem Berufsfeld, das sich ohnehin schon erheblichen Belastungen ausgesetzt sieht.

6. Priorisierung und Allokation

Solange es Impfstoffe noch nicht in ausreichender Menge gibt, sind Priorisierungen nötig. Die Höhe des Krankheitsrisikos ist ein entscheidendes Kriterium und eine Frage der Gerechtigkeit. Dass Inhaftierte in Gefängnissen, Asylsuchende oder Obdachlose in beengten Gemeinschaftsunterkünften vor Lehrerinnen und Lehrern oder Polizistinnen und Polizisten geimpft werden, hat hier und da für Irritationen gesorgt. Wenn aber die Verletzlichkeit die Basis ist, ist die Vorreihung dieser Menschen absolut nachvollziehbar. Sie sind einem hohen Risiko ausgesetzt und in ihrer Bewegungsfreiheit – Straffällige beispielsweise durch ihre Inhaftierung – stark eingeschränkt. Eine Gesellschaft, die das nicht erkennt, wäre inhuman. Der Impfplan des Nationalen Impfgremiums (file:///C:/Users/Ulrich/AppData/Local/Temp/COVID-19_Priorisierung_Nationalen_Impfgremiums_Version_3.0__20210112_(1).pdf) ist freilich keine Verordnung, sondern eine Empfehlung und auch ein ständig der aktuellen Lage angepasstes Dokument („living document“).

Anzusprechen sind auch die bei der Beschaffung und Verteilung der Impfstoffe entstandenen logistischen Probleme. Ohne die politischen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Detail zu diskutieren, ist doch festzuhalten, dass Logistik und Allokationsfragen medizinethische Fragen von höchster Dringlichkeit sind, zumal in einer Situation, wo jeder Tag zählt und Leben auf dem Spiel stehen. Verzögerungen beim Impfstart in Österreich mit dem Argument zu begründen, ein zeitgleicher Start der Impfkampagne in allen Bundesländern sei eine Frage der Gerechtigkeit gewesen, ist abwegig, weil dies dazu geführt hat, dass bereits angelieferte Impfdosen über Tage und Wochen nicht verimpft wurden.

Die Lieferungs- und Kühlketten bei mRNA-Impfstoffen, die bei Minus 70 Grad transportiert und zwischengelagert werden müssen, bevor sie auf Kühlschranktemperatur erwärmt und dann binnen weniger Stunden zu verimpfen sind, stellen nicht nur ein logistisches Problem dar, das ebenfalls ethische Aspekte aufweist. Aufgrund der technischen Besonderheiten ist es sinnvoll, Impfzentren einzurichten. In Österreich ist das Argument aufgetaucht, es sei unethisch, alten und gebrechlichen Menschen zuzumuten, zu Impfzentren gebracht zu werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass die aufgetauten Impfstoffe in kurzer Zeit zu verimpfen sind. Ihre dezentrale Verimpfung durch Hausärzte mag im Einzelfall möglich sein, etwa bei bettlägerigen Personen, erfordert aber eine präzise Logistik – zumal am Land, die bislang offenbar nicht existiert.

Wenn bei der Durchimpfung priorisierter Gruppen Impfdosen übrig bleiben, die andernfalls unbrauchbar würden, sollte nach einer transparenten Vorgangsweise nach geeigneten Personen gesucht werden, die sich auf einer Warteliste befinden. Die Meldung überzähliger Dosen und die Koordinierung können zum Beispiel über eine Hotline erfolgen. Auf jeden Fall ist Transparenz zu fordern. Das ist eine Frage der Gerechtigkeit. Bekannt gewordene Fälle von Lokalpolitikern, die sich vorgezogen haben impfen lassen, sind nicht nur unethisch, sondern untergraben auch das Vertrauen der Bevölkerung.

Wieweit die bestehende Prioritätenliste Gültigkeit behalten kann, wenn sich die Mutation B.1.1.7 schneller verbreitet als die Impfungen durchgeführt werden, ist eine offene Frage. Bislang gelten die Hochbetagten und Menschen, die 70 Jahre und älter sind, als be-

sonders gefährdet. Wenn jedoch infolge der Mutante unter jüngeren Menschen das Risiko für schwere Krankheitsverläufe, unter Umständen mit tödlichem Ausgang oder Langzeitschäden, steigt, wird man möglicherweise Änderungen bei der Priorisierung vornehmen müssen.

7. Fragen globaler Gerechtigkeit

Rückblickend lässt sich leicht kritisieren, dass die EU anfangs zu wenig Impfdosen bestellt hat. Auch konnte man im vergangenen Sommer noch nicht wissen, welche Pharmafirmen das Rennen um einen wirksamen Impfstoff machen würden. Verschärft wurde die Lage aber zusätzlich durch einen desaströsen Start der Impfkampagne, für den nicht allein der Gesundheitsminister und sein Beamtenapparat verantwortlich sind. Wichtig ist, was man aus den Versäumnissen für die Zukunft lernt. Was kann man von anderen Ländern lernen? Warum sind beispielsweise in Dänemark und Israel in kürzester Zeit weit mehr Menschen als in Österreich geimpft worden? Weshalb gibt es zwar Angaben über die bereits ausgelieferten Impfdosen, aber keine präzisen täglichen Daten über die Zahl derer, die tatsächlich geimpft worden sind? Ein täglich aktualisiertes Impfregister ist ebenso wünschenswert wie die Beschleunigung bei der flächendeckenden Etablierung eines elektronischen Impfpasses Humanität, Solidarität und Gerechtigkeit dürfen jedoch nicht an den Grenzen unseres Landes oder an den Grenzen Europas enden. Die Strategie der EU gemeinsam mit den Impfstoffherstellern zu verhandeln und die Kontingente einvernehmlich aufzuteilen, war richtig. Richtig war auch, die Impfungen europaweit zu koordinieren, um möglichst rasch die innereuropäische Freizügigkeit wiederherzustellen und die Grenzen öffnen zu können. Inzwischen ist freilich der Druck in den Mitgliedsstaaten gewachsen, im Alleingang Zusatzkontingente zu kaufen. Es stünde schlimm um Europa, wenn am Ende doch wieder jeder sich selbst der Nächste ist.

In der innenpolitischen Diskussion geraten die ärmeren Länder aus dem Blick. Zur Recht mahnt der deutsche Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble: „Wir können unsere Ungeduld nicht zum Maß aller Dinge machen und den Menschen in ärmeren Weltregionen den Impfstoff wegschnappen.“ Von heimischen Politikern hört man dergleichen leider nicht.

Die Initiative Covax der 20 führenden Wirtschaftsmächte, die der Weltgesundheitsorganisation bis Jahresende zwei Milliarden Impfdosen zur Verfügung stellen will, bleibt vorerst eine Absichtserklärung. NGOs haben sich in der Initiative „People’s Vaccine Alliance“ zusammengeschlossen. Hier ist auch das Wort der Kirchen gefragt.

Ersterschienen: Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper Nr. 4) Jänner 2021 – Genehmigung der Wiederveröffentlichung von O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

1 Referat im Rahmen der ÖGKV-Fragestunde „Covid-19-Impfung“ (online) am 21.1.2021.

Autor

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner
Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: http://etfst.univie.ac.at/über-uns/team/ulrich-koertner

(C) pathdoc

Berufsstolz ist wichtig für Pflegende

Berufsstolz entsteht durch eine hohe Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und durch Anerkennung von verschiedenen Seiten – Eigenständigkeit scheint dabei auch wichtig. Berufsstolz hängt zusammen mit Wissen und Können, mit Selbstbewusstsein, mit Engagement, Mut und Sinnhaftigkeit. Stolz ist eine Grund-Haltung, eine Einstellung. Solche Dispositionen zeigen sich auf verschiedenen Ebenen, in gedanklichem Stolz (Kognition), in einer gefühlmässigen Begleitung (Emotion) und auch an Handlungen (Volition). Auch die körperliche Seite ist beteiligt, deswegen ist der Begriff „Haltung“ angebracht. Stolze Berufsangehörige haben den Wunsch mitzureden und zu gestalten, sie machen die Tätigkeit auch nach aussen attraktiv.

In den deutschsprachigen Ländern zeigen die Berufspflegenden keinen ausgeprägten Berufsstolz. Im Folgenden sollen Gedanken zum Thema Berufsstolz entwickelt werden, zunächst geht es um Pflegetypisches, dann um Gründe für den mangelnden Berufsstolz und letztlich um Möglichkeiten um Stolz zu kultivieren. Berufsstolz hängt auch vom Pflegeverständnis ab, dabei geht es auch darum, ob die eigenen Werte umgesetzt werden. In Mitteleuropa ist Berufsstolz in der Pflege kaum untersucht. Auch international gibt es keinen eindeutigen „Forschungsstrang“, dies mag auch daran liegen dass Studien unter zahlreichen ähnlichen Begriffen, etwa „professionelles Selbstverständnis“ unternommen werden.

Wesen der Pflege

Pflege ist ein guter und wichtiger Beruf, nicht ersetzbar, weltweit gesucht – allein dies könnte schon stolz machen. Im Zentrum steht unmittelbares Wohltun für einen anderen Menschen unter Berücksichtigung von Körper, Seele und Geist. Viele Kenntnisse sind erforderlich, eine anspruchsvolle Ausbildung oder ein Studium. Wissen aus Pflegebildung und -wissenschaft, Medizin, Pharmakologie, Recht, Ethik und Anderes – dieses Wissen und praktisches Können muss ständig erneuert und auch spezialisiert werden, auch in zahlreichen Fort-und Weiterbildungen. Pflegende übernehmen Verantwortung, sie handeln stellvertretend für diesen einen Menschen – dieses Handeln für einen Anderen ist das Hauptmerkmal von Professionen, ob Arzt, Apotheker, Jurist oder Pfarrer. Pflegende brauchen deshalb Einfühlungsvermögen. Kein anderer Beruf ist so nahe am Menschen wie Pflege – „intimer als intim“ hat Christine Sowinski einmal gesagt. Zu pflegen ist ein „Privileg“, auch dadurch, dass jeder Mensch einzigartig ist und Lebenserfahrungen mit sich herumträgt.

Tatsächlich gibt es keine „einfachen Tätigkeiten“ in der Pflege – gerade die eigene elementare Selbstversorgung möchte niemand aufgeben – es ist ein riesiger Verlust an Autonomie. Am Beispiel des „Essen eingebens“: ich kann einen Menschen seiner Würde berauben und ihn verzweifeln lassen, wenn die Mahlzeit hineingestopft wird. Noch schamverletzender sind die Hilfen bei der Körperpflege oder bei der Ausscheidung - normalerweise besorgt das jeder Mensch abgeschieden für sich. Deswegen ist für Patienten dies

oft am Schlimmsten im Krankenhaus (obwohl nicht darüber geredet wird). Genau dies, was oft abfällig als „Hintern abputzen“ bezeichnet wird, muss professionell freundlich getätigt werden. Pflegende erleben Menschen in Grenzsituationen. Bürger ändern oft ihre Meinung zur Pflege, wenn sie selbst einmal abhängig waren.

Pflege braucht Beziehung. Wir Menschen sind alle sehr unterschiedlich, das macht den Beruf eigentlich spannend. Deswegen wird oft von „Pflegekunst“ gesprochen, schon Florence Nightingale wies darauf hin, dass jeweils ein einmaliges Arrangement entsteht – eben durch die Einstellung aufeinander. Übrigens: wenn Sie Darstellungen von Nightingale sehen, der „Lady with the lamp“ – sie strahlt Stolz aus ! In unserem mitteleuropäischen Wertekanon bedeutet es eine besondere Verantwortung und Ehre, schutzbedürftigen Menschen zu helfen – auch durch unsere christlichen Traditionen.

Viele Pflegende sagen über ihre Arbeit, dass sie „für das Leben“ lernen. Jeder Mensch kann pflegebedürftig werden, ob jung oder alt, arm oder reich, Menschen aller Nationen und Religionen – jeder kann auf Pflege angewiesen sein.

Unglaublich ist die Bandbreite der Einsatzmöglichkeiten, allein nur im Krankenhaus ! In der Inneren Medizin zu arbeiten ist anders als in der Chirurgie, in der Psychiatrie, bei Frühgeborenen, in der Geriatrie oder Neurologie – um nur wenige Fächer zu nennen. Hinzukommen zahlreiche Plätze in der Funktionspflege, Ambulanzen, Notaufnahme, Endoskopie oder im Operationstrakt. Es gibt kaum einen anderen Beruf mit einer ähnlich Vielfalt, dies kann stolz machen. In den letzten Jahrzehnten sind zig Einsatzfelder ausserhalb der Krankenhäuser dazu gekommen – Wechseln ist angezeigt. In unserem Buch sind viele Arbeitsporträts vorgestellt, erste Rückmeldungen zeigen, dass diese als besonders „stolzmachend“ empfunden werden. Auf meiner Homepage (AZ) habe ich unter Materialien Einsatzfelder für Fachpflegende aufgelistete, spielend sind über 50 Tätigkeiten zusammengekommen. Auch dies ein Grund für Stolz!

In allen Feldern gewinnen Fachpflegende Erfahrung und entwickeln ein spezifisches intuitives Wissen – insbesondere in der Beobachtung der Kranken. Neben messbaren Werten nehmen sie den Patienten umfassend wahr, oft sind sie die ersten, die Komplikationen erkennen und dadurch Leben retten. Benner (2004) beschrieb als erste die Stufen zur Pflegeexpertise, verglich die Kompetenzen der Pflegenden mit dem Bauchgefühl erfahrener Piloten. Leider wurde in den letzten 20 Jahren diese Expertise nicht mehr beachtet, Fachgebiete wurden aus ökonomischen Gründen zusammengelegt – die Facharztzuordnung blieb natürlich hingegen erhalten.

Stolz werden Pflegende auch durch dankbare Antworten der Patienten und Angehörigen. Hilfebedürftige Menschen erwarten ein sorgendes Verhalten, sie erwarten ein Ernstnehmen und Eingehen auf ihre Bedürfnisse. „Caring“ heisst dieses sich kümmern in allen sozialen Berufen, noch verstärkt durch „Comforting“ in der Pflege (Kolcaba 2014). Wir haben die Möglichkeit, auch körperlich Leiden zu lindern, durch Umlagern, durch Auf-oder Zudecken, einen Tee bringen, Fenster öffnen usw. Dieses Privileg hat kein anderer Beruf. Caringverhalten sieht man am Blickkontakt, Nicken, in Resonanz gehen, Worte aufgreifen, Berührung. In einem mehrtägigen Klinikfilm versagte ein paar Stunden die Kamera. Als das Tonprotokoll später angehört wurde, fiel eine bestimmte fürsorgliche Intonation auf – diese Sprechweise konnte eindeutig nur den Pflegenden zu geordnet werden. Kranke wünschen sich an erster Stelle Zuwendung, sie möchten als Person wahrgenommen werden und nicht alles aushandeln müssen. Kompetente Pflegende spüren „was der Patient braucht“. Die altbekannte Bedürfnispyramide nach Maslow zeigt eigentlich, dass ausgehend vom körperlichen Befinden erst später alles Andere wichtig wird: Seelisches, Soziales, Selbstwert. Ein Mensch der Schmerzen oder Luftnot hat, kümmert sich um nichts weiter – auch diese Hilfeleistung könnte Pflegende stolz machen.

Krankenhäuser sind für viele Menschen „Angstmaschinen“ – niemand wird heute wegen Lappalien aufgenommen. Menschen sorgen sich wegen Lebensveränderungen, der Familie, den Arbeitsplatz – sie leiden unter Beschwerden in einer ungewohnten Umgebung, fühlen sich ausgeliefert. Die gesamte niederschwellige psychologische Begleitung läuft über die Pflege, Psychologen gibt es keine und die seelsorgerliche Betreuung durch die Kirchen ist auch immer mehr abgebaut worden.

Resümee: es gibt viele Aspekte, mit denen der Pflegeberuf punkten kann !

Gründe für den mangelnden Stolz

Die Bedeutung ihrer Arbeit ist vie-

len Pflegenden nicht gegenwärtig, manche empfinden die tägliche Versorgung als banal. Dabei ist ja gerade der „Alltag“ ein hohes individuelles Gut – auch aus diesem Grund ist die Hilfe bei täglichen Aktivitäten Basis mehrerer Pflegetheorien. Der Alltag wird oft erst bewusst, wenn er verschwunden ist – jetzt in der Pandemie wünschten sich alle Menschen „Normalität“, ihr gewohntes Dasein.

Ohne Hilfe können schwer Pflegebedürftige garnichts selbst machen, manchmal noch nicht einmal die Nase putzen. Das Leben mancher Pflegebedürftigen vollzieht sich quasi durch die Pflegenden – die Welt kommt zu Ihnen durch die Pflege. Auch aus diesem Grund ist es wichtig, Pflegetätigkeiten immer mit Kommunikation zu verbinden. Für alle Menschen ist das Ausgeliefertsein, der Kontrollverlust unerträglich – auch deswegen wird Pflege oft verdrängt.

Tatsächlich gibt es durch den jahrelangen Pflegenotstand für manche Berufliche auch keinen Anlass mehr stolz zu sein, sie handeln gegen ihren eigenen Anspruch, gegen das in der Ausbildung Gelernte. Sie eilen durch die Gänge, haben ein schlechtes Gewissen und sind zunehmend verbittert, weil sie Patienten „vertrösten“ statt zu trösten („komme gleich!“).

In Seminaren fordere ich die TeilnehmerInnen manchmal auf, sich vorzustellen, morgens kommt niemand zur Schicht- „was wären die Folgen?“. Viele stammeln dann, das geht nicht, es gibt Tote..usw. Es wird klar, dass wir für unaufschiebbare Bedürfnisse der Menschen zuständig sind, immer auch für die „Seelenpflege“. Manchmal höre ich folgenden Satz: „ ..ich habe mich dann ein paar Minuten ans Bett gesetzt, danach begann die eigentliche Pflege“. Dies zeigt, dass die externen Spaltungen der Pflege schon in das Bewusstsein der Pflegenden gelangt sind, eine Reduktion auf körperliche Fliessbandversorgung. Manche haben ein schlechtes Gewissen, Gesprächszeit zu nutzen. Bekannt ist auch das Beispiel einer Kinderkrankenschwester, sie trug ein sterbendes Kind auf dem Arm und meinte „da ist dann die ganze Arbeit liegengeblieben“.

Leider haben wir all unsere professionellen Tätigkeiten bisher sprachlich nicht herausgestellt – die Ausbildungen waren eher medizinorientiert. Früher hiess es „Bettenmachen“, dabei lagen Schwerkranke in den Betten und immer schon handelte es sich um Pflegevisiten mit umfänglichen Interventionen. Einen Patienten „fertigmachen“ meint eigentlich eine Rund-Um-Versorgung, körperlich und seelisch. In einer Grossveranstaltung interviewte ich einen Altenpfleger und er sagte „mor-

(C) Krakenimages.com

(C) insta_photos

gens geh ich durch“ – damit war er praktisch fertig und ich musste zwei Stunden lang mühsam jede Beobachtung und Handlung nachfragen. Letztlich wurde deutlich, wie liebevoll und professionell er arbeitete. Es scheint, als ob die Pflegenden selbst die niedrige Meinung von Pflegearbeit aus der Bevölkerung widerspiegeln. Ich wünsche mir Forschungen über Erstmobilisationen von operierten Schwerkranken – um zu zeigen wie detailliert Wissen und Können der Pflegenden sein müssen.

Pflege ist teamorientiert, wenn über Stärken des Pflegeberufes gesprochen wird immer die Gruppe genannt, sie bietet Schutz und Solidarität. Aber die Teamorientierung kann Segen oder Fluch sein, manche verstecken sich im Team, die Gleichmacherei kann hemmen. So neigen stolze Pflegende etwa zum (unbeliebten) Widerspruch oder zeigen mehr Zivilcourage. Bei Skandalen ist immer wieder aufgefallen, dass Gruppenmitglieder sich nichts trauen, etwa bei einer Altenheimschliessung sagen: „Ja, wir haben uns auch gewundert, dass die Bewohner nur eine Windel in drei Tagen bekamen – aber weil alle Anderen geschwiegen haben….“. Im Falle des Todeskrankenpflegers Nils Högel war es eine Kollegin, die zuerst den Verdacht geäussert hat, gegen Widerstände. Zivilcourage und Whistleblowing müssen unbedingt gefördert werden – zu heikel ist das Feld der Pflege.

Öffentliche Wahrnehmung

Wir sollten mehr Wert darauf legen, unsere Professionalität zu verdeutlichen. Immer noch denken viele „pflegen kann jeder“, auch durch die Bezeichnung „ Pflegekraft“. Damit sind ja auch die osteuropäischen Putzhilfen gemeint, „Kraft“ ist herabwürdigend: viel Muskel, wenig Hirn, Vermassung statt persönliche Anerkennung. Niemand würde „Arztkraft“ sagen, auch die Bezeichnung „medizinische Hilfspersonal“ ist lange überholt. Leider sprechen Politiker und auch Berufsangehörige in diesen unpassenden Begriffen. In Talkshows zum Thema Pflege im deutschen TV wird alles durcheinandergeworfen, Ökonomen sprechen für die Pflege, Juristen, pflegende Angehörige und natürlich Mediziner. Pflegende spiegeln in ihrer Selbstwahrnehmung die schiefe Meinung der Gesellschaft: servieren, dem Arzt helfen, irgendwie ist die Arbeit schmutzig, eklig und schwer.

Mir geht es um das „Fachliche“ – immer wieder muss ich Bürgern erklären, dass Pflege überhaupt ein Beruf ist und eine Ausbildung braucht, in Veranstaltungen höre ich stets, meine Haushaltshilfe Ramona aus Bulgarien macht die

Pflege gleich mit. Nettigkeit und Freundlichkeit gelten als führend. Es gibt viel zuviele unausgebildete Menschen in der Pflege, vor allem in der Altenpflege, all dies wird toleriert und die Grenzen verwischen. Seit Jahren ist eine Deprofessionalisierung im Gange, durchaus im Sinne der Kostenträger. Wer sich einigermassen geschickt anstellt, kann alles machen – dadurch ist der Pflege"beruf" bedroht. Es ist kein Wunder, dass Lehrer oder Eltern vom Pflegeberuf abraten, wenn Flüchtlinge in den Medien berichten, sie hätten als Pflegekraft gearbeitet und andere „unbeliebte Tätigkeiten" übernommen. Eine rumänische Arbeitsvermittlerin sagte mir einmal, sie fragt die Transferwilligen „Fleischfabrik oder Pflege?".

Auch die Politik nimmt Pflege falsch wahr, trotz Bekundungen der Bedeutung. Sichtbar ist dies etwa an den Medienkampagnen der zuständigen Ministerien – in Deutschland sind ja das BMG und das BMFSJ für Pflege zuständig, wiederum ein Hinweis auf die Spaltung der Pflege. „Mehr Pflegekraft" ist die Aktion des BMG, „Mach Karriere als Mensch" die Kampagne des BMFSJ, die unerträglichen Filmchen „Ehrenpflega" haben viele Gegenstimmen erhalten.

Umso wichtiger ist es eigentlich, dass die Berufspflegenden selbst sich wehren und sich nicht auch noch gegenseitig in allen Settings bekämpfen. Die Werbeaktivitäten der Ministerien entstehen ohne Beratung aus der Pflege, sie zeichnen ein falsches Bild. Oft wird auch deutlich von Politikern ausgesagt, dass mehr Langzeitarbeitslose und Flüchtlinge in der Pflege arbeiten sollten. Deutschland ist ein Technik-Standort, es wird viel Geld in Roboter-Entwicklung gesteckt, auch um dem Pflegenotstand zu begegnen. Das „Soziale" gilt als Gedöns – obwohl dieser Bereich der „Frauenarbeit" die Industrialisierung erst möglich macht. Digitalisierung kann sicher Einiges erleichtern, Pflege braucht viele Hilfen – Entlastungen, um die Begegnungsarbeit mehr zu ermöglichen. Aus diesem Grund ist es angezeigt, dass erfahrene Berufspflegende in Robotik-Projekte eingebunden sind. Aber es kann jetzt schon gesagt werden, dass künstliche Intelligenz (KI) in den nächsten hunderten Jahren nicht in der Lage ist, aktuell auf individuelle Befindlichkeiten angemessen und „menschlich" zu reagieren. Das sollte uns stolz machen, im Arztberuf kann hingegen durch diagnostische Robotik oder Operationsmaschinen viel ersetzt werden.

Interessanterweise zeigen Umfragen zu verschiedenen Berufen immer wieder, dass Berufspflegende hohes Vertrauen geniessen, ähnlich wie Feuerwehrleute. Wird allerdings nach Kompetenz gefragt, rangieren Piloten oder Chirurgen ganz oben und Pflegende auf den hinteren Plätzen. Offenbar wird der Pflegeberuf nicht mit Wissen und Können assoziiert. Öffentlicher Fehlwahrnehmung unterliegt auch das Gerede von „Pflegereformen" – Pflege ist natürlich ein riesiger gesellschaftlicher Bereich mit ganz unterschiedlichen Facetten. Meistens sind damit lediglich Verbesserungen in der Pflegeversicherung gemeint und das auch nur monetär. Die Bevölkerung denkt hingegen, dass ständig etwas zu guten Arbeitsbedingungen für a l l e Pflegenden getan wird.

Schwierige Arbeitsbedingungen

Mit Arbeitsbedingungen ist hier nicht der üblichen Rahmen gemeint, etwa der Schichtdienst. Pflegebedürftige sind 24 Stunden von Hilfe abhängig, diese Rund-um-die Uhr-Unterstützung ist auch exklusiv für Pflege. Sehr viele Berufe arbeiten heute im Schicht-und Wochenenddienst, manche freuen sich auch über freie Tage in der Woche. Durch Zulagen ist das Gehalt im Pflegeberuf durchaus vergleichbar mit anderen Berufen, dazu kommen viele Aufstiegsmöglichkeiten. Pflegearbeit kann hoch zufrieden machen und stolz.

Die Arbeitsbedingungen in allen Pflegesettings haben sich in den letzten 20 Jahren verschlechtert durch Zeitdruck, zuviele Kranke sind in kürzerer Zeit irgendwie zu versorgen. Überall wurden Pflegestellen abgebaut, die Ökonomisierung durch die DRGs in den Kliniken hat sich durchgesetzt (Simon 2016). Der Pflegenotstand verstärkt sich selbst durch Unattraktivität und Berufsflucht.

Im SGB XI-Bereich wurde Pflege („Verrichtungen") total reduziert, vor Jahren wurde die Betreuung von der Pflege abgespalten und Hilfskräften überlassen. Viele AltenpflegerInnen sagen, damit wären Gespräche und die Beschäftigung mit der Person verschwunden – die Altenpflege wird damit entkernt. Seit die Betreuung im ambulanten Bereich extra finanziert wird haben sich allerorts „Betreuungsfirmen" aufgemacht – Pflege weisen sie von sich.

Alle externen Einteilungen von Pflege haben den Beruf zerlegt, schon allein die Aufspaltung in Grund-und Behandlungspflege

ist nicht gerechtfertigt, Pflege ist kaum teilbar. Auch wurde früher ein Gegensatz zwischen Pflege und Prävention herbeigeredet. Pflege schien nötig, „wenn nichts mehr geht“ – dabei hat Pflege viele rehabilitative Konzepte entwickelt und wirkt ständig auch erhaltend auf die gesunden Anteile.

Die berufliche Pflege hat sich gegen Fehlwahrnehmungen nicht gewehrt, hat überall den Abbau still hingenommen. Pflegende versuchen zu kompensieren, verzichten auf Pausen, springen ein, übernehmen Hilfstätigkeiten wie Reinigung und halten damit den Mangel aufrecht. „Geht doch“ hat mir ein Politiker einmal gesagt. Wir haben das Problem, bisher keine stabile professionelle und stolze Grundhaltung bei den Berufspflegenden erreicht zu haben – viele Länder sind uns da voraus. Bei uns ist alles beliebig, hängt vom aktuellen Arbeitsort ab. Es gibt durchaus brilliante KollegInnen, überaus kompetent und erfahren – ihr Wissenschatz ist individuell, wird nicht verbreitet und bricht mit ihrem Aufhören weg. Bei uns lesen Pflegend zuwenig, ja..es ist möglich, jahrzehntelang ohne Fortbildung zu arbeiten.

Es ist, als ob es nie Pflegetheorien in Deutschland gegeben hätte. Besonders wichtig für professionelles Handeln ist der Pflegeprozess, auch er ist in der Praxis nahezu verschwunden, bzw. wird nur rudimentär „ausgefüllt“, auch durch unzulängliche EDV-Systeme. Dabei ist eine geplante und nachvollziehbare individuelle Fallarbeit die Grundlage jeder Profession. Neben der Anamnese kommen der Zielorientierung und der Evaluation besondere Bedeutung zu – es kann stolz machen, die Erfolge der Pflege aufzuweisen. Vieles bei der Umsetzung des Pflegeprozesses vor 40 Jahren ist nicht gut gelaufen, zu theoretisch, ungeliebte Schreibarbeit und Ähnliches. Die grosse Bedeutung für die Positionierung von Pflege ist nicht klar geworden. Noch deutlicher ist die Kompetenz der Fachpflege zu sehen bei „Primary Nursing“-Konzepten. Gemeint ist die umfängliche Zuständigkeit für eine bestimmte Patientengruppe, einschliesslich Familienorientierung, Patientenedukation, Mitreden bei der Entlassung u.a.m. Primärpflegende sehen unmittelbar die Auswirkungen und Erfolge ihrer Arbeit – durch die Zersplitterung in den Teams ist das schwieriger. Abgesehen von einzelnen Arbeitsgruppen hat sich der „Primary Nursing“ Ansatz in Deutschland nicht durchsetzen können, Pflegenotstand und Qualifikationsmängel haben die Anstrengungen zum Erliegen gebracht.

Ein grundsätzliches Problem liegt darin, dass die Wertschöpfung und die Outcomes guter Pflege bis heute nicht festgelegt oder gar untersucht sind – es fehlen Parameter und auch eine Langzeitperspektive über die Kliniktür hinaus. Niemand weiss , was „gute Pflege“ eigentlich ausmacht (Zegelin 2015). Vermutlich hängt sie zusammen mit Fachlichkeit, Umsicht/Geborgenheit, Ermutigung, Ressourcenorientierung und Zeit für Information – die Heilswirkung müsste über einen längeren Zeitraum untersucht werden. Die üblichen Qualitätsindikatoren, etwa keinen Dekubitus zu entwickeln, sind dagegen armselig. „Leben retten“ ist wahrscheinlich die wichtigste Wertschöpfung durch Pflege. Erfahrene PraktikerInnen nehmen den Zustand der Patienten umfassend wahr, jenseits von messbaren Werten und spüren Komplikationen sehr früh.

Die getrennten Sozialgesetzbücher und Finanzierungsquellen in Deutschland sorgen für Unübersichtlichkeit. In den letzten Jahren wurden immer wieder Untersuchungen vorgelegt, welche negativen Auswirkungen eine dürftigen Pflege-Personalausstattung auf die Patientenergebnisse hat – etwa die RN4cast-Studie (www.RN4cast.eu).Die Daten der meisten Studien stammen überwiegend nicht aus Deutschland (u.a.Aiken 2019).

Situation in anderen Ländern

Ein anderer Grund für den mangelnden Berufsstolz mag auch sein, dass Pflegende in Mitteleuropa aus einer caritativen Orientierung hervorgegangen sind : still Gutes tun und Bescheidenheit waren die Vorgaben. Hinzukommt, dass Pflege überwiegend ein Frauenberuf ist – die Leisetreterei und Unsichtbarkeit ist ihnen schon „in die Wiege gelegt“.

In vielen Ländern habe ich das ganz anders erlebt, etwa in Grossbritannien (und allen Ländern des Commonwealth), oder in ganz Skandinavien – die KollegInnen tragen Stolz vor sich her. Offenbar ist auch die Akademisierung ein Schrittmacher von Stolz, in den meisten Ländern ist der Pflegeberuf seit jeher mit einem Studium verbunden. Auch die asiatischen KollegInnen zeigen mehr Selbstbewusstsein, in all diesen Ländern ist Pflege ein sehr anerkannter Beruf, entsprechend stolz sind die Krankenschwestern/-pfleger. Sie nennen ihre Ausbildungshochschule, tragen bewusst ihre „Broschen“ und Uniformen, auch gibt es zum Abschluss aufwändige Zeremonien und später Ehemaligen-

clubs. Ich habe mich gerne von der „Schwesternhaube“ verabschiedet, ein überflüssiges Relikt – und trotzdem habe ich den Eindruck, dass damit auch ein „Stück Stolz“ verlorengegangen ist.

Etwa in Schweden geben Pflegende den Patienten ihre Visitenkarte, sie weisen auf ihre Expertise hin, arbeiten mit den Ärzten auf Augenhöhe – möglicherweise sind die Pflegenden in Deutschland auch unterdrückt, weil die Medizin hierzulande besonders stark ist und Pflegeentwicklungen verhindert. Sichtbar etwa an der Heilkunde-Verordnungsrichtlinie, seit 10 Jahren blockiert. In Schweden kann man in jedem Heimatmuseum die „örtliche Distrikt-Pflegende“ als Puppe neben dem Lehrer und Bürgermeister stehen sehen – sogar auf Grabsteinen sieht man die Berufsbezeichnung. Bei einem Schwedenaufenthalt an einer Hochschule bin ich einmal einer Gruppe jordanischer Pflegender begegnet, die platzten fast vor Stolz. Besonders die Länder unter britischem Einfluss haben Respekt vor dem Pflegeberuf entwickelt, möglicherweise liegt das auch an einer militärischen Tradition, Uniformen werden mit Selbstbewusstsein getragen. In vielen Ländern ist genau geregelt, wer mit welchen Abschluss welche Tätigkeiten durchführen „darf“. In Deutschland wird alles vermischt, jeder der einigermassen zu gebrauchen ist, wird in der Schicht zugeteilt – dadurch wird Fachlichkeit untergraben. Fachkraftquoten oder Personaluntergrenzen werden ohnehin beliebig behandelt.

In vielen Ländern mit starker und stolzer Pflege repräsentiert eine Organisation gleichzeitig Berufsverband, Gewerkschaft und Kammer – als Beispiel soll hier das „Royal College of Nursing“ in Grossbritannien gelten.

In Skandinavien habe ich zweimal einen kompletten Pflegestreik miterlebt, es konnten dort alle Forderungen durchgesetzt werden. In vielen Ländern sind die Pflegenden gut organisiert, sie zahlen Mitgliedsbeiträge für mehrere Verbände, Gewerkschaften, Kammern, Fachgesellschaften – es lohnt sich ! Die Gehälter sind vielfach höher als in Deutschland. Die Profession wird gesichert durch Mitsprache, alle sind registriert und bei Streiks gesichert, sie müssen sich regelmässig fortbilden. Diese Pflicht gibt es hier nicht. Im Berufsstolz-Buch schildert Christel Bienstein die Teilnahme an einem ICN-Kongress, das scheint eine Infusion an Selbstbewusstsein zu sein, die Pflegenden marschieren in nationalen Gruppen ein, ähnlich wie bei einer Olympiade. Dort kann man etwa beobachten, dass die Gruppe nigerianischer Nurses viel grösser ist als die winzige deutsche Vertretung. Insgesamt ist der ICN eine wichtige Adresse um Berufsstolz hochzuhalten, etwa durch die Beschäftigung mi den Ethik-Regeln. Ich möchte jedem Team raten, zu diskutieren, was dies für die eigene Arbeit bedeutet.

Oft werden die Pflegenden auf Schildern im Eingangsbereich nicht genannt, in Kliniken dominieren die ärztlichen Leiter, evtl. wird noch kurz die Pflegedirektion erwähnt. Achten Sie darauf, dass auch die Pflegeberufe wertgeschätzt werden - sie sind die grösste Berufsgruppe, ohne Pflege geht nichts !

Überhaupt „pflegen“ Berufsangehörige anderer Länder berühmte Vertreterinnen als Vorbild. Räume, Preise, Tagungen, Archive, Bibliotheken und Institute werden nach ihnen benannt. In den Rocky Mountains gibt es den Berg „Edith Cavell“, zur Erinnerung an eine mutige Krankenpflegerin, in London den „Nightingale-Pub“. Diese Traditionen sind bei uns unbekannt. In vielen Ländern arbeiten Berufspflegende sehr viel selbständiger, etwa in Primary Health Care Centern sichten sie die

Haben Sie auch so ein Schild im Eingangsbereich?

Patienten und nehmen die Arzt- oder Klinikeinweisung vor. In den anglo-amerikanischen Ländern arbeiten professionell Pflegende als niedergelassene „Nurse-Practioner“. Die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln ist dort ein „alter Hut“, bei uns hingegen muss bei jedem Rezept der Arzt gefragt werden, obwohl er wahrscheinlich keine Ahnung von Wundauflagen oder Kontinenzhilfen hat. In vielen Ländern arbeiten Berufspflegende ähnlich wie Mediziner, einfach auch wegen Arztmangel und anderem Krankheitsspektrum. Die Ausbildung dort ist völlig anders, dies führt dann zu langen Einarbeitungszeiten und Enttäuschung hier, wenn Arbeitsmigranten aus ärmeren Ländern geholt werden. Für viele sind die og. Aspekte des Pflegens eher minderwertig, in ihrer Heimat kümmern sich die Angehörigen um die tägliche Versorgung. Ich denke, wir haben inzwischen auch hierzulande einen Mangelzustand erreicht, der eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen fordert, um Schaden abzuwenden. Ich denke an besonders elementare Dinge wie Mobilität, Wäschewechsel, Gespräche, Körperpflege und teilweise auch Ernährung, evtl. mit Absprachen/Anleitung. Wenn ich dies in den letzten Jahren öffentlich gefordert habe gab es stets deutlichen Protest, dies käme ja einem „Armutszeugnis“ gleich.

In Ländervergleichen zur Nurses-Patient-Ratio bildet Deutschland regelmässig das Schlusslicht, woanders stehen viel mehr Fachpflegende den Patienten zu Verfügung. Dadurch werden die MitarbeiterInnen zufriedener und auch stolzer.

An der europäischen NEXT-Studie zur Berufszufriedenheit von Fachpflegenden im Vergleich, war auch meine Heimat- Uni in Witten/Herdecke, beteiligt. Es bestätigte sich der Verdacht, dass die deutschen KollegInnen besonders deutlich an einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf dachten. Die Studie ist über 15 Jahre alt, aber es finden sich bei Recherchen noch zahlreiche Materialien.

2019 entstand ein französischer Dokumentarfilm über die Pflegeausbildung „ Zu jeder Zeit“. Er zeigt, wie anspruchsvoll und spannend Pflege ist. Der Regisseur war zuvor Patient und hat dann diesen tollen Film gemacht, er ist erhältlich über die Firma „mindjazz“.

Pflegeberufe in den deutschsprachigen Ländern sind kaum organisiert

Die schlechte Organisation wird für mich immer mehr zur Ursache des fehlenden Stolzes: Pflegende fühlen sich als Opfer, sie jammern und hoffen auf Mitleid. Die sozialen Medien werden zur Klagemauer, kurzfristig bringt das vielleicht intern Erleichterung und Solidarität (Zegelin 2017). Aber es ändert sich nichts. Politik reagiert nur als Ausgleich organisierter Interessen, wer sich nicht in einem mächtigen Verband zusammenschliesst, kann dauerhaft keine Verbesserungen erreichen. Dieser Zusammenhang ist Pflegenden nicht klar – obwohl die Ärzte uns dies vormachen: der Marburger Bund etwa ist gleichzeitig Berufsverband und Gewerkschaft. Bei einer starken Mitgliedschaft ist dies möglich. Meine wichtigste Bitte ist: treten Sie in einen Verband ein, nehmen Sie dort aktive Positionen ein – jede Organisation lässt sich ändern durch starke Mitglieder.

Stolze Pflegende „stehen auf“, verweigern sich, bei schlechter Pflege mitzumachen und schützen damit die Pflegebedürftigen.

Stattdessen fangen viele Pflegende die Mängel auf, springen ein – viele sind teamorientiert und wollen helfen. Manchmal denke ich, dass der Pflegenotstand in den letzten Jahren auch dazu führt, dass der Nachwuchs überhaupt nicht mehr die Breite und Tiefe von Pflege kennenlernt, vielerorts ist Pflege ja zu einer eiligen funktionalen Notversorgung verkommen. Dann gibt es tatsächlich keinen Grund mehr, zufrieden nach Hause zu gehen – Pflegende nehmen sich Auszeiten, verlassen den Beruf stumm. Rationierung von Pflege ist normal geworden, es gab mehrere Aktionen dazu. Im Auftrag der Adenauer Stiftung wurde eine Tagung zur Rationierung und menschenwürdige Pflege durchgeführt, die Publikation ist noch erhältlich (Segmüller u.a.2012), eine weitere Bearbeitung war vorgesehen, blieb dann aber aus. Letztlich entscheidet jede Pflegende täglich vor Ort, welche Massnahmen aus Zeitnot entfallen müssen. Es ist eigentlich interessant zu wissen, was passiert, wenn drei Betten eingeschoben werden, eine Fachperson plötzlich in der Früh-Schicht fehlt, oder eine Nachtdienstkollegin für 36 Schwerkranke zuständig ist. In eine ähnliche Richtung ging ein Konzept von der Pflegewissenschaftlerin Silvia Käppeli am Unispital Zürich zur Priorisierung von Pflege. Nach Recherchen und sorgfältigen Überlegungen schlug sie ein abgestuftes Dringlichkeitskonzept vor – abgestimmt mit der Pflegeleitung, um die persönliche Verantwortung auf den Stationen zu entlasten. All dies ist rasch in der Schublade verschwunden – auch die Berufsverbände trau-

ten sich nicht an diese heiklen Themen. Wir brauchen dringend Priorisierungskonzepte, um den Pflegemangel zu verdeutlichen (Zegelin, de Jong 2015).

Stattdessen sammeln sich Pflegende in kleinen, örtlichen Grüppchen, legen sich auf den Boden oder führen Happenings auf – grundsätzlich ist dieses berufliche Engagement begrüssenwert. Es wird aber nichts nutzen, wenn sich nicht alle zusammenschliessen in einer grossen machtvollen Organisation mit Präsenz und Lobbyarbeit in der Hauptstadt. In der Politik sind kaum Pflegende vertreten – wünschenswert ist eine politische Beteiligung von Pflegenden vom Bezirksbürgermeisteramt über die Landesparlamente bis hin zur Bundespolitik. In den Gesundheitsausschüssen kommt Pflege nicht vor, auch in Parteien sieht man keine Pflegeprofis. Es ist geboten, dass Pflegende sich politisch beteiligen, Kontakte zu den zuständigen Stellen suchen und dies nicht nur vor Wahlen – dann wird nämlich alles Mögliche versprochen. Tanja Segmüller (2012) interviewte Abgeordnete mit einer Pflegevergangenheit aus verschiedenen Parlamenten. Alle betrachteten Pflege als Durchlaufbereich, niemand interessierte sich oder setzte sich gar ein – alle waren in anderen thematischen Ausschüssen engagiert.

Es könnte ganz anders sein !
Pflege ist ein riesiges gesellschaftliches Feld, Jobmotor, Wirtschaftskraft – durch mehr Ältere in unserer Gesellschaft nimmt die Bedeutung zu. Für mich ist vorstellbar, dass es ganze Abteilungen zur Pflegeentwicklung gibt, in den Ministerien, Verwaltungen und Einrichtungen – gut wäre auch eine Gesundheitsministerin aus der Pflege – in Island hat dies einen enormen Schub gegeben. Warum gibt es kein eigenes Pflegeministerium – die eine (neugeschaffene) Stelle für einen Pflegebeauftragten ist nicht mehr als ein Feigenblatt, zumal mit einer gleichzeitigen Zuständigkeit für pflegende Angehörige.

Wenn man mit den örtlichen Bedingungen nicht einverstanden ist, sollte man den Arbeitgeber wechseln. Auch hier sind Pflegende zu vorsichtig, oft haben sie individuelle Zeiten vereinbart, sind doppelt oder dreifach belastet durch Kinderaufsicht oder zu pflegende Eltern. Dabei werden Fachpflegende überall gesucht. Richtig ist, dass viele Stellenanzeigen noch wie vor 50 Jahren sind, lediglich übliche Konditionen anbieten. Es ist aber heute auch normal, nach besonderen Vergünstigungen zu fragen.

Es gibt viele „offene Stellen“ – dies verstehe ich doppeldeutig, auch im Sinne von Wunden und unerledigten Aufgaben von uns selbst. Dringend brauchen wir einen starken Berufsverband, der DBfK als grösste Vertretung hat nur 20.000 Mitglieder – das ist ein Witz bei 1,2 Millionen Pflegenden. Um gleichzeitig Gewerkschaft zu sein müsste ein Verband ein paar hunderttausend Mitglieder haben, ähnlich wie der Marburger Bund bei den Medizinern. Überhaupt sind die Ärzte vorbildlich in der Organisation – dadurch stellen sie Pfründe sicher: Verbünde, Vereinigungen, Fachgesellschaften und natürlich Kammern. Jeder Arzt ist vielfach Mitglied. Die deutsche Entwicklung hin zu Pflegekammern lässt noch auf sich warten, die Abwicklung in Niedersachsen ist ein Trauerspiel. Offenbar wurden anfangs von den Organisatoren Fehler gemacht, vor allem aber war die Kammer von der niedersächsischen Politik nicht erwünscht. Berufliche Pflege braucht eine Selbstverwaltung, eine Registrierung und auch Aufsicht über die Berufspflegenden – letztlich sicher auch zum Schutz der Bevölkerung. Wir haben kaum Daten über das Wirken und den Verbleib von Pflegenden. Jahrzehnte haben die Ärzte und die Gesundheitsämter eine Fachaufsicht inne gehabt, zu einer Profession passt das nicht. Kammern sind für Pflege ausserordentlich wichtig, in der Diskussion werden die Kammern stets als „überholte Machtkonzentration“ niedergemacht, etwa im Hinblick auf die Ärztekammern. Pflege ist davon weit entfernt – für uns ist jegliche Organisation wichtig, vielleicht können die Handwerkskammern ein Vorbild sein.

Kaum Kenntnisse über Mechanismen im Gesundheitswesen

Pflegende haben keine Ahnung von Gremien und Entscheidungen im Gesundheitswesen, dies wird kaum unterrichtet. Über viele Jahre erschöpften sich die Darstellungen in Berufskunde historisch etwa in Henri Dunant oder Theodor Fliedner, daneben wurde Gesetzeskunde in braver Form unterrichtet und auch das vorgeschrieben Paket an „Staatsbürgerkunde“. Seit Jahren plädiere ich für einen emanzipativen Unterricht für alle Pflegenden in Ausbildung oder Studium über das Funktionieren des jeweiligen Gesundheitssystems– eigene Module oder Masterstudiengänge wären dazu nötig. Pflegende wissen erschreckend wenig über die Zusammensetzung und Aufgaben der Einrichtungen, ob es sich um den GKV-Spitzenverband, den GBA, die INEK, DKG oder Qualitätsaus-

schüsse handelt – um nur einige zu nennen. Zu fragen ist etwa, inwieweit dort Pflegeinteressen vertreten sind. Sogar die Finanzierung der eigenen Arbeitsstelle ist ihnen nicht bekannt, selbst die Pflegeleitungen wissen oft nicht, wohin die Gelder fliessen. Gerade unter DRG-Bedingungen sind diese Kenntnisse wichtig. Auch wissen Pflegende zuwenig über die Kosten der Produkte mit denen sie täglich umgehen. Andererseits klagen sie über „Bestimmungen von oben“ und erleichtern sich solidarisch durch Jammern (Zegelin 2016).

Eigentlich müssten Pflegebelange auf jeder politischen Ebene vertreten werden. Vielleicht haben sie sich schonmal gefragt, warum es in Ihrer Stadt kein Pflegeamt gibt? Die Kommunen haben die Zuständigkeit für Pflege an die Versicherer und den Markt abgegeben, sie nehmen keinen Einfluss auf die Infrastruktur. Zugtausende Patienten und pflegende Angehörige müssen sehen wie sie zurechtkommen, es gibt viel Bürokratie, Doppelungen und Lücken (Zegelin 2020).

Miriam Hirschfeld, frühere Pflegewissenschaftlerin bei der WHO hat in ihrer Grafik die Beteiligungsebenen von Pflege dargestellt.

Pflegende beschäftigen sich überwiegend auf der unteren Ebene, in der Dualität zwischen ihnen und dem Patienten. Schon eine Familienorientierung ist schwierig, bis heute haben sich die Ansätze einer „Family health nurse“ nicht durchsetzen können, Ähnliches ist zu befürchten bei den „Community health nurses“. Dabei müssten auf allen Ebenen berufserfahrene Pflegende mitsprechen, denn die Bedingungen für die nachgeordneten Ebenen werden „oben“ geschaffen. Auch in der Planung von Versorgung, auch in der Spezialisierung von Kliniken müssten Pflegende beteiligt werden, davon sind wir sehr weit entfernt. Die Bedarfe zeigen, dass Menschen oft zur Klinikentlassung noch Hilfe brauchen, eine Art rehabilitativen Übergang – nicht jedoch im SGB XI- Bereich mit Pflegegrad oder Kurzzeitpflege. Wünschenswert wären hier Finanzierungsmöglichkeiten, Umwidmungen – evtl. auch der Aufbau von pflegegeleiteten Einheiten mit Belegarzt-Besetzung. In vielen Ländern ist Pflege viel selbstständiger, auch früher wurden Krankenhäuser oft von Pflegenden geleitet – nämlich von christlichen Orden. Mediziner waren dort nur zu Gast, viele regten sich Ende des 19. Jahrhunderts über die „Macht der Schwestern“ auf. Heutzutage ist dies unvorstellbar und man fragt sich, wie es den Ärzten gelang, die Hoheit über die Pflegeberufe zu erlangen. Als Beispiel- Kliniken können das bekannte Rudolfinerhaus in Wien oder die Royal Infirmary in Edinburgh dienen. Inzwischen wird immer häufiger eine Neuordnung der Patientenversorgung gefordert, auch aus der Gesundheitsökono-

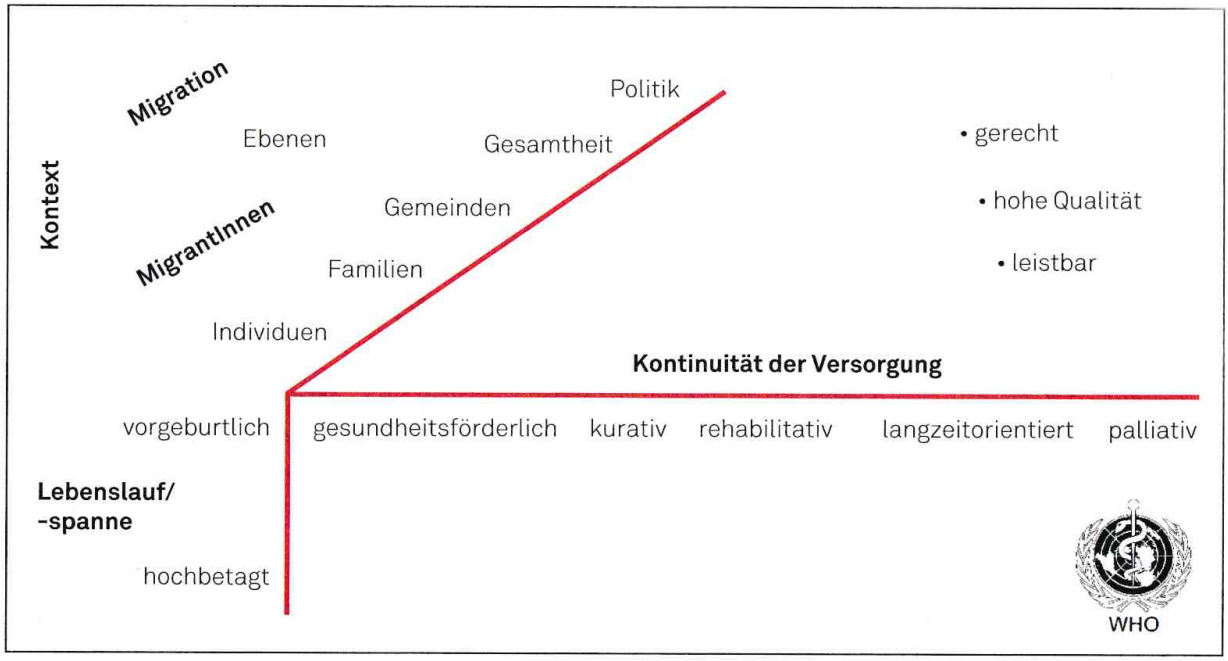


Abbildung 5-1: Hirschfeld-Schaubild (Copyright M. Hirschfeld in Georg, J. (2007). Pflegediagnosen und -diagnostik im Migrationskontext. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (2. Aufl., S. 288). Bern: Huber.)

mie, mit einer stärkeren Rolle der Pflege etwa in Gesundheitszentren (Busse 2020). Überhaupt liegen seit 20 Jahren viele Gutachten und Stellungnahmen zur Beteiligung der Pflege vor, seien es von der WHO, der Weltbank, der OECD, des Sachverständigenrates, der Gesundheitsministerkonferenz, von vielen Unternehmensberatungen usw. Insbesondere die Robert-Bosch-Stiftung und der Wissenschaftsrat mahnen eine Quote von 10-20% Studierten in der Pflege an, damit überhaupt ein wissenschaftlicher Fortschritt eingetragen werden kann. Bisher hat sich kaum etwas geändert: zu schwach ist die Pflege und zu stark sind die Lobbyisten aus anderen Bereichen. Dabei gibt es viele Wege, mehr Einfluss zu nehmen (Sullivan 2016).

Unsichtbarkeit der Pflege

Der Pflege eine Stimme geben: diese Aktivität mit gleichnamigem Buchtitel (Buresh/Gordon 2006) war für mich in 50 Berufsjahren die wichtigste Einsicht. Mitte der 90 Jahre habe ich dieses Buch in New York entdeckt und bei Huber übersetzen lassen, Bernice Buresh, eine Washington Post-Journalistin, konnte ich dann an unsere Universität Witten/Herdecke einladen. Die Hauptbotschaften waren:

Pflege rettet Leben

Pflege sorgt für Lebensqualität

Pflege spart Geld und spendet Trost

Es wurde klar, dass die Berufspflegenden selbst öffentlich nur als Skandal-oder Kostentreiber vorkamen. Beide Journalistinnen werteten weltweit Medien aus und stellten fest, dass fast alle guten Gesundheitsnachrichten aus der Medizin kamen. Buresh machte jede Menge Vorschläge um Pflege positiv in das öffentliche Bewusstsein zu bringen, Pflegende sollten lernen, sich zu artikulieren. Sie rief dazu auf, sich kleine Beschreibungen (Storytelling) von komplexen Pflegeinterventionen zurechtzulegen, in einer spannenden und verständlichen Form – unterlegt mit Kosten oder Gefahren. Dies habe ich gleich für mich gemacht und mir Beispiele überlegt. Im nächsten Urlaub war es dann soweit, am Strand fragte jemand „und was machen sie beruflich?“. Als ich sagte, Pflegewissenschaftlerin erntete ich Erstaunen, „Pflege sei doch ein Handwerk – wozu da Wissenschaft?“. Nun, eigentlich braucht jedes Feld Wissenschaft zur Weiterentwicklung: Architektur, Mobilität, Unterhaltung, Textilien usw., Friseure setzen neue Dinge um, Handwerker arbeiten mit neuen Materialien und Techniken. Nach berichteten Beispielen kam stets die Frage, „machen das denn nicht die Mediziner?“. Ich musste erklären, dass die Medizin nicht Alltagsfragen beforscht sondern Organe/Krankheiten. Nach weiteren Erklärungen kam die Frage, ob dies denn nicht die Psychologen beforschen – es herrscht einfach Unkenntnis über Belange der Pflege! Wenn ich aber umgekehrt fragte, ob die Gegenüber auch Erfahrungen mit Pflege in ihrem Umfeld haben, dann kam immer eine lange Litanei von Problemen und Klagen. Letztlich wunderten sich die Gesprächspartner, dass die Pflegewissenschaft erst Anfang der 90er Jahre entstand und wünschten rasche Fortschritte. Tatsächlich habe ich Anfang der 90er Jahre ein britisches Buch über „Pflegerituale“ herausgegeben (Walsh/Ford), es ist inzwischen antiquarisch. Es zeigte mir, wie traditionell und rückwärtsgewandt die Pflege über hundert Jahre war, vom nächtlichen Blumen aus dem Krankenzimmer stellen, über den Franzbranntweinguss bis hin zum routinehaften Fiebermessen aus der Zeit um 1880.

Buresh und Gordon empfehlen Pflegenden, sich öffentlich positiv zu äussern und gute Kontakte zu den Medien zu pflegen – auch zu den örtlichen Zeitungen. Sie schlagen vor sich zu melden, wenn Medien den Pflegeberuf falsch darstellen, etwa als Roboterfeld oder als Schnellqualifizierung für Flüchtlinge – jeweils mit der Bezeichnung Krankenpflegerin oder Pflegefachmann. Gerne auch in Leserbriefen oder Mails an die Sender. Jede gute Entwicklung sollte mitgeteilt werden – von jedem Einzelnen. Wichtig ist es, die Öffentlichkeitsabteilung, etwa der Klinik, immer wieder mit Nachrichten zu versorgen. Pflege bleibt dabei meistens stumm.

In den letzten Jahren gab es viele internationale Kampagnen, um Pflege sichtbarer zu machen, besonders auch zum“ Jahr der Pflege“ 2020, zur Erinnerung an Florence Nightingales 200. Geburtstag. Informieren Sie sich über „Nurses do it better“ oder „Nursing Now“ oder „Proud to be an Nurse“

Abschliessend einige Bemerkungen zur Corona-Pandemie: Pflege ist deutlicher gesehen worden, vor allem aber wieder als Mangelzustand – weniger mit Fachkompetenz. Es wurde klar, dass es nicht nur um Betten oder Beatmungsgeräte geht, sondern dass hochqualifizierte Pflegende sich kümmern müssen, mit einem hohen Risiko, selbst zu erkranken. Wieder einmal sah die Bevölkerung, dass die

Besetzung in Altenheimen nicht reicht, auch schon lange vor Corona. Es gab Applaus – für uns ist künftig wichtig, die Diskussion um Stellenbesetzung und Qualifikationen aufrechtzuerhalten. Das Gerangel um Zulagen oder Prämien ist unwürdig, Pflegende kommen sich dabei vor wie Würmer im Staub – an einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen muss gearbeitet werden. Während der Pandemie haben sich Pflegende teilweise in 12-Stunden-Schichten wiedergefunden, besonders anstrengend wegen der Hygienevorschriften. Insgesamt äusserten sich Pflegende kaum öffentlich, Virologen und Mediziner bestritten die Nachrichten, immerhin aber wurden täglich auch der Lehrerverband oder die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft gehört. Für die Pflegeberufe gab es fast keine Stimme. Immerhin hat unsere Gesellschaft gelernt, dass alle „systemrelevanten"Berufe nicht im Home-Office arbeiten können.

Was ist zu tun?

Zunächst scheint es wichtig, sich über den Wert von Berufsstolz klar zu werden, Selbstwert zu kultivieren. Denken Sie über Ihre eigenen Stärken und Wünsche nach, welche Motive treiben Sie an?

Auf den vorigen Seiten sind schon viele Hinweise: sich organisieren, Mitsprache erlangen und „über den Tellerrand" gucken, sich um Preise bewerben. Auf Leitungen kommt eine besondere Verantwortung zu: sie sind Vorbild ! Letztlich sind Sie verantwortlich für die direkte Pflegequalität und auch das Funktionieren eines Teams. Von Ihnen hängt es ab, ob Neue gut eingearbeitet werden, ob erfahrene Mitarbeiter bleiben. Aus meinen 20 Jahren als Lehrerin in einer Krankenpflegeschule weiss ich, es gibt beliebte und unbeliebte Praxiseinsätze. Die Beliebtheit war verbunden mit gutem Teamgeist, Humor, Anerkennung, persönlichen Wachstumschancen. Auf diese Einheiten wollten alle hin, kein Wunder, dass sich dort engagierte (und stolze) Pflegende sammelten. Stationen mit grosser Fluktuation, hohem Krankenstand und ständigem Ärger wurden gemieden.

Ich denke, dass Leitungen viel besser ausgebildet werden müssten als dies oft der Fall ist. Sie sind die eigentlichen Garanten für eine gute Patientenversorgung – entwickeln Sie einen „Berufsstolz- Plan" für ihr Team.

Bei den folgenden Hinweisen finden sich auch Tipps, die sie nicht allein aus Sicht der Stationsleitung umsetzen können – obwohl manche Stationen durchaus autonom sind. Wichtig erscheint, dass Sie die Pflegedienstleitung „mitnehmen" – suchen Sie sich Verbündete unter den Stationsleitungen und bringen Sie die Anliegen zur Sprache. Kündigen Sie Unterstützung an – viele Pflegedienstleitungen stehen auch unter Druck.

Fördern und fordern

Jeder Mensch handelt aus bestimmten Beweggründen heraus. Nehmen Sie Ihre MitarbeiterInnen einzeln wahr, überlegen Sie zusammen, wohin sich jedeR entwickeln möchte. Fortschrittliche Unternehmen bieten eine Karriereplanung an, raten zu Fort-und Weiterbildungen. Eigentlich ist dies eine übergeordnete Aufgabe, im „Kleinen" ist dies aber auch in Stationsteams möglich. Zu einer Förderkultur gehört auch, immer wieder auf gute Momente aufmerksam zu machen. Loben ist wichtig, allerdings muss dies auch passend sein. Menschen wachsen mit ihren Aufgaben, dadurch werden sie selbst stolz. Eine besondere Beachtung braucht der Nachwuchs, integrieren Sie die Auszubildenden/Studierenden, weisen Sie ihnen Paten zu. In einem Ruhrgebiets-Krankenhaus habe ich ein Trainee-Programm implementiert, es begleitet die Jungen noch ein Jahr durch regelmässige Treffen. Normalerweise kennt man dies eher vom Aufbau der StudienabsolventInnen – aber ich denke, auch traditionell Ausgebildete brauchen zunächst Festigung um eine professionelle Haltung zu entwickeln. In vielen Berufen gibt es eine „Gesellen-

zeit“, eine Zeit sich aufzubauen. In der Pflege werden die ganz jungen Leute „an die Front geworfen“, oft ohne Schonraum. Früher wurde gesagt, „sie haben ausgelernt“, seltsamerweise hält sich immer noch der Jargon „frisch examiniert“ – eine Bezeichnung, die um 1920 entstand, als überhaupt eine erste Ausbildung von Ärzten geprüft wurde. Bei manchen Nachwuchspflegenden kommt es zur Berufsflucht oder zum raschen Abstumpfen – dabei möchte eigentlich jeder Mensch stolz auf seine Arbeit sein. Ganz ungünstig ist es, junge Pflegende als „Springer“ auszuleihen (Zegelin 2016), damit verbunden ist die Botschaft „du bist verzichtbar“ – also das Gegenteil von Stolz-Erreichung. Aber auch PraktikantInnen sollte Lust auf den Pflegeberuf gemacht werden und Konzepte zur Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen sollten inzwischen überall normal sein. Eine andere Idee konnte ich auch in einer Klinik realisieren, ein fachliches Austauschprogramm zwischen Krankenhäusern. Dazu gehen etwa Stationsleitungen für 4 Wochen im gleichen Fachgebiet zur Hospitation woanders hin – die Arbeitgeber regeln die Bedingungen. Meiner Erfahrung nach ist dies als „Bildungsmassnahme“ sehr wirksam. Personalentwicklungsaktivitäten steigern den Berufsstolz. Kennengelernt habe ich dies u.a. in Magnetspitälern, etwa im Beth-Israel-Hospital in Boston vor einem Vierteljahrhundert, dort existiert ein ausgefeiltes Pflege-Fortschrittsprogramm.

Pflege darstellen

Dazu gibt es vielfältige Wege, von einem Tag der offenen Tür bis hin zu Medienkontakten oder Arbeitszeugnissen. Bei letzterem ist darauf zu achten, dass tatsächlich Inhalte und Kompetenzen aufgeschrieben werden, immer noch sind viele Mitteilungen in der Pflege nichtssagend („war eine beliebte Mitarbeiterin“). Auch die Darstellung der Pflege in Ihrer Klinik ist wichtig: sind besondere Pflege-Qualifikationen auf der Homepage erwähnt? Gibt es einen Newsletter in dem Pflege vorkommt? Pflegen Sie gute Kontakte zur Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit/Unternehmenskommunikation, bitten Sie die Pflegedienstleitung diese Bereiche „zu füttern“. Mitteilungen über Wundexperten oder Schlaganfall-Expertinnen aus der Pflege gehören in die örtlichen Medien, bewerben Sie sich mit Ihrem Team um Preise. Etliche Innovationen auf Klinikstationen sind auf der Homepage des BMG unter „Modellprojekte Pflegepraxis“ einzusehen. Sehen Sie sich mit Ihrem Team die Stellenausschreibungen Ihrer Klinik an, oft gibt es dafür antiquierte Vorgaben. Auch sehr positive Rückmeldungen von Patienten sollten Sie sammeln, auf der Station aushängen und mit Einverständnis der Beteiligten auch an Medien weitergeben.

Lohnend ist auch eine kurze Info-Veranstaltung für neue Mediziner auf der Station zum Thema „was macht Pflege?“. Bereiten Sie dies gut vor. Ich war erstaunt, dass die Ärzte oft nicht wissen, worum es in der Pflege geht – ein Lehrstuhlinhaber an der Uni hat mich mal gebeten, ihm den Unterschied zwischen Arzthelferinnen (MFAs) in der Praxis und Krankenschwestern zu erklären. Er wusste das nicht, obwohl er lange als Oberarzt im Krankenhaus tätig war. Viele Ärzte erwarten auch Zuarbeit und sprechen Zeiten nicht ab. Neulich sagte mir ein junger Assistenzarzt, „welche Aufgaben haben Sie denn noch, abgesehen von der Hilfe für die Ärzte?“. Eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten und gegenseitige Anerkennung scheint ein Faktor für Berufsstolz zu sein – damit gemeint ist allerdings eine Begegnung auf Augenhöhe und kein Unterordnungsverhältnis.

Eigentlich brauchen die „Klein-Unternehmen“ Klinikstation auch Zielsetzungen für ein (halbes) jahr und ein kurzes schriftliches Berichtswesen. Was hat uns beschäftigt, über welche Erfolge sind wir stolz? Was konnten wir nicht erreichen? Es wäre gut, wenn künftig Klinikstationen sich so etwas vornehmen könnten – auch um Stolz zu fördern.

Auftreten und Körpersprache

Achten Sie auf korrekte Vorstellung, auch bei allen MitarbeiterInnen: Namen nennen, Funktion usw., hilfreich ist, wenn die Organisation die verschiedenen Gruppen „uniformiert“. Die kleinen Namensschilder können oft von Patienten nicht gelesen und unterschieden werden. Eine kompetente und empathische Vorstellung führt bei PatientInnen zu Sicherheit und Vertrauen, etwa mit den Worten „ich bin hier zuständig für sie“. Es ist unglaublich, wie sensibel Patienten sind, sie beobachten sehr fein Mimik Gestik. Durchaus können auch beiläufig weitere Qualifikationen genannt werden, etwa „Bewegungsspezialisten“ durch Kinästhetik. Ich erinnere mich an eine Riesen-Fragebogenaktion eines zweijährigen Kurses für Stomatherapie, verteilt an über 1000 Patienten in Deutschland. Man wollte über Wirken und Wahrnehmung dieser aufwändig weitergebildeten Experten etwas wissen. Eigentlich kam nichts Richtiges dabei heraus: „ich bin der Fritz und versorge jetzt ihr Stoma“ hiess es oft – viele

dieser KollegInnen hatten nur an einer eintägigen Firmen-Schulung teilgenommen. Grosse Enttäuschung entstand in dem Lehrgang und wir übten dann, sich professionell vorzustellen. Dies empfehle ich bis heute in allen Teams. In den vielen Jahren meiner Pflegeberuflichkeit habe ich immer wieder feststellen müssen, dass die KollegInnen oft „ihr Licht unter den Scheffel stellen“. Früher stellten sich Pflegende oft nur mit Vornamen vor, möglicherweise auch um eine falsche Intimität oder Solidarität zu erzeugen, besonders männliche Kollegen leider auch oft mit einem „Du“. Diese Verbrüderung untergräbt Stolz.

Tatsächlich zeigt sich Stolz auch körperlich, in einer aufrechten Haltung. German Quernheim, mein Mitautor ist mir aufgefallen durch seinen Film bei Youtube zum Elevator Pitch. Dabei geht es um zwei unterschiedliche Gesprächssequenzen von Pflegenden im Lift – Elevator Pitch ist ein bekanntes Konzept zur Vorstellung während einer kurzen Aufzugsfahrt (Material im Netz). In unserem Buch gibt German viele Tipps zum Auftreten. Pflegende wirken oft „verhuscht“und sind gehetzt – manchmal helfen wenige Sekunden kurzen Durchatmens, um sich auf eine neue Begegnung einzustellen, etwa vor dem Türöffnen. Immer noch ist der erste Eindruck für uns Menschen massgeblich, die Körperhaltung, ein Lächeln, Augenkontakt, Kleidung oder auch der Geruch. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen steigert das Selbstwertgefühl. Manche Personen wirken charismatisch, sie drücken Präsenz aus – vielleicht gibt es auch in Ihrem Team Vorbilder? Allerdings sollte das Auftreten zur Person passen und nicht gestelzt wirken. In unserem Buch finden sich Übungen um im Stehen oder Sitzen Stolz auszudrücken. Besonders anregend war für uns das Buch „Embodiment“ von Storch u.a. (2017), es wird dabei klar, wie eng Psyche und Körper zusammenhängen. Überhaupt sind die Bücher vom Maja Storch (2016) uns wichtig geworden, mit ihren tiefen Einsichten über unsere Verhaltenssteuerung durch den „Strudelwurm“ zwischen Emotionen und Verstand. Das Bauchgefühl sollte immer mit „ins Boot geholt“ werden ist eine ihrer Hauptaussagen. Hilfreich ist das „Züricher Ressourcenmodell“ mit vielen Ideen auf der Homepage (www.zrm.ch).

Im Gespräch bleiben

In einer so komplexen und oft schwierigen Arbeitssituation wie in der Pflege sollte eine gute Besprechungskultur herrschen, regelmässig mindestens einmal im Monat, dies trägt zum Berufsstolz bei. Protokolle sind wichtig für die Nicht-Anwesenden. Immer noch werden Besprechungen unterschätzt, fallen aus oder dienen nur der Weitergabe von Anweisungen „oberer Etagen“.

Nehmen Sie sich Zeit, zunächst geht es um das Befinden der Einzelnen, was war gut, was war nicht gut? Rückblick auf das letzte Protokoll, konnten Probleme gelöst werden? Besprechungen sind das Forum um besonders gelungene Dinge herauszustellen (STOLZ !) – auch Rückmeldungen von Patienten oder Angehörigen. Immer muss etwas Raum gelassen werden für Jammern der Beteiligten – aber kürzen Sie allzu langes Klagen ab mit der Frage: was können wir tun?

In vielen Teams habe ich einen kurzen Leseclub einführen können: wer hat einen fachlichen Input zu geben? Die wichtigsten Fachzeitschriften waren immer in den Gruppen verteilt. In fünf Minuten wurden eine Zusammenfassung gemacht und Kopien verteilt.

Sehr gute Erfahrungen habe ich damit gemacht, dass zweimal im Jahr die wichtigsten Werte im Team nochmal angesehen werden. Pflegewerte die auch ausserhalb wohlfeiler und „toter“ Leitbilder lagen, Werte auf die sich die Gruppe gemeinsam verständigt hat, ständig bedrohte Orientierungen.

In vielen Sozialberufen sind regelmässige Veranstaltungen zum Austausch normal: Supervisionen oder Kollegiale Beratung sind etabliert. Auch ein Einzel-Coaching, etwa für Leitungen, kommt oft vor. Seltsam, dass dies im hochbelasteten Pflegeberuf „exotisch“ klingt.

Abschliessend: Entnehmen Sie aus meinem Text die für Sie wichtigsten Impulse. Achtung: klein anfangen. Es gibt viele Wege, Teams aus einer Opferrolle herauszuführ-

Autorin

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

ren, sie „powerful“ zu machen. Als Stationsleitung sind Sie in einer Vorbildrolle mit vielen Möglichkeiten.

Literatur

Abt-Zegelin, A., de Jong,A. (2015): Brauchen wir Priorisierung? DSDP 54(4) 74-77

Aiken, L. H.u.a. (2012): Patient safety, satisfaction and quality of hospital care. BMJ 344,e1717

Benner, P. (2017) Stufen zur Pflegekompetenz. Hogrefe, Bern

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

Busse, R. (2020): Wir haben nicht zu wenig Pflegepersonal. DSDP 59 (12) 56-59

Kolcaba, K. (2014): Pflegekonzept Comfort. Huber, Bern

Quernheim,G., Zegelin,A. (2020): Berufsstolz in der Pflege. Hogrefe, Bern

Segmüller, T. u.a. (2012): Menschen würdig pflegen. Konrad Adenauer Stiftung. Handreichung zur politischen Bildung. Band 10

Segmüller, T. (2012): Pflegende als politische Akteure. Akademiker Verlag. Saarbrücken

Simon, M. (2016): Dürftige Finanzspritze. DSDP 55(1)74

Sullivan, E. (2016): Einfluss nehmen. Hogrefe, Bern

Storch, M. u.a. (2017): Embodiment. Huber, Bern

Zegelin, A. (2000). Pflegerituale, 2. Auflage. Huber Verlag, Bern

Zegelin, A. (2016): Wenn Pflegende zu Springern werden. DSDP 555 (9) 8-13

Zegelin, A. (2017) : Raus aus dem Jammertal.DSDP 56(5) 40-41
Zegelin, A. (2020): Pflege breiter aufstellen. DSDP 59 (5) 52-55

Zegelin, A. (2020): Warum Berufsstolz so wichtig ist. Die Schwester/ Der Pfleger 59(8) 4-7

„STOLZ AUF MEIN TEAM“

2020 durften wir die Fotoaktion „Stolz auf meinen Beruf“ starten. Hierbei kam es zu hunderten Zuschriften und Fotos. Die besten Fotos durften wir in der Sonderausgabe „Berufsstolz“ herausbringen.

Wir würden gerne zu einer neuen Aktion aufrufen. „Stolz auf mein Team“ soll eine erneute Fotoaktion sein, in der sich Teams (und deren Führungskräfte) entsprechend und kreativ präsentieren. Hierzu freuen wir uns auf erneut rege Zuschriften und Fotos, die wir zu einem späteren Zeitpunkt im Magazin präsentieren dürfen.

Die besten Fotos werden diesmal mit dem Hogrefe Buch „Berufsstolz in der Pflege“ versorgt. Einsendeschluss ist diesmal der 1.Mai 2021

Proud to be a nurse!

German Quernheim / Angelika Zegelin

Berufsstolz in der Pflege

Das Mutmachbuch

2020. Etwa 192 S., etwa 52 Abb., etwa 11 Tab., Kt
Etwa € 26,95 / CHF 35.90
ISBN 978-3-456-85999-6
Auch als eBook erhältlich

Ein Mutmachbuch mit konkreten Beispielen, Anweisungen und Rollenmodellen, wie Pflegende mehr Berufsstolz entwickeln, füreinander einstehen und Freude am Beruf erhalten und wiederbeleben können.

Das Buch zeigt, wie wichtig Berufsstolz für Pflegende in Ausbildung, Lehre und Praxis ist. Die Autoren klären, welche Mechanismen und Strategien helfen, um diese Haltung zu entwickeln. Sie beschreiben die Facetten des Berufsstolzes mit Identität, Individualität, Leidenschaft, Mut, Selbstwert, Sinnhaftigkeit, Wissen und Bildung. Die Inhalte stärken professionell Pflegende und machen ihnen Mut, gegen chronische Belastungen und ethische Dilemmata aktiv vorzugehen und unwürdige Situationen zu ändern. Arbeitsporträts und Berichte aus der Praxis bieten konkrete Rollenmodelle und Umsetzungstipps.

Die Autoren vermitteln die Grundlagen der Lobbyarbeit im Pflegeberuf. Sie zeigen Pflegenden, wie sie sich erfolgreich darstellen können und Selbstbewusstsein nach außen vermitteln und verkörpern können.

Berufsstolz lässt sich in der Pflege nicht verordnen, anlesen oder kaufen. Aber die Autoren machen Mut. Sie geben konkrete Anweisungen und zeigen Pflegenden den Weg, wie sie mehr Berufsstolz entwickeln und Freude am zentralsten aller Empathie-Berufe gewinnen oder wiederbeleben können.

(C) juefraphoto

Auswirkungen von COVID-19 im Kontext einer Therapeutischen Wohngruppe

Eine Praxisreflexion

Die Corona-Pandemie hat mit ihrem Ausbruch im Jahre 2020 zu tiefgreifenden Veränderungen und Einschnitten im gesamtgesellschaftlichen Leben geführt. Dies ging nicht spurlos an Angeboten (Einrichtungen und Dienste) der Begleitung von Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen vorbei. In diesem Beitrag sollen die Auswirkungen sowie die Herausforderungen im Umgang mit der Pandemie exemplarisch anhand einer Einrichtung des betreuten Wohnens, genauer einer Therapeutischen Wohngruppe (TWG) für Menschen mit psychischer Störung, dargestellt werden. Auch wenn nicht jedes Angebot in diesem Bereich vor den gleichen Herausforderungen stand, ist davon auszugehen, dass sich diese, zumindest in weiten Teilen, ähneln. Es soll mit dem Beitrag ein Einblick in die veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen der Mitarbeitenden und Klient*innen geliefert, aber auch gezeigt werden, welche Chancen in der Krise liegen könnten. Die Beschreibungen beziehen sich auf die Erfahrungen der Autoren und werden somit exemplarisch narrativ dargestellt. Charakteristisch für die Situation der letzten Monate war sicherlich die Vielschichtigkeit der Ebenen, auf die sich die Pandemie ausgewirkt hat, wie auch Buschle und Meyer beschreiben:

> „Neben Arbeitsverdichtungen nehmen die Beschäftigten veränderte Arbeitsbündnisse mit den Adressat*innen ebenso wie sich wandelnde professionelle Standards wahr – bei gleichzeitig mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung.“ (Buschle & Meyer, 2020, S. 155)

Dies soll im Kontext der TWG anhand der Veränderungen in Bezug auf das pädagogische Konzept, auf die Zusammenarbeit im Team sowie das Zusammenleben und die Alltagsgestaltung der Klient*innen dargestellt werden. Auf Grundlage dessen wird ein Ausblick geschaffen, an welchen Punkten Veränderungspotential für die Zukunft liegen könnte. Hierzu wird sowohl die politisch-gesellschaftliche, als auch die institutionelle Ebene in den Blick genommen Stichpunkte diesbezüglich sind die strukturelle Aufwertung der Sozialen Arbeit, die Digitalisierung in der Sozialen Arbeit sowie Veränderungen in der Organisationsstruktur.

Maßgaben im Umgang mit COVID-19

Mit dem Ausbruch der Pandemie im März 2020 hat sich der Alltag der TWG massiv verändert. Aufgrund der Flut an Informationen und Maßgaben von diversen Entscheidungsträgern und Interessenvertreter*innen auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene waren die ersten Wochen von großen Unsicherheiten für alle Verantwortlichen und Klient*innen in der TWG geprägt. Zumal sich deren Interessen teilweise gegenüberstanden. Die Verarbeitung der Informationen nahm sehr viel Zeit in Anspruch, wobei gleichzeitig gefordert war, schnell und umsichtig zu reagieren. Besonders die Handlungsempfehlungen, die den Gesundheits- und Infektionsschutz in den Blick nahmen, kollidierten deutlich mit dem pädagogischen und gesellschaftlichen Auftrag der TWG. Zu all den genannten Punkten fand keine ausreichende Verständigung der jeweiligen Beteiligten untereinander statt. So dass viele Fragen mit Einzelfalllösungen beantwortet werden mussten (AGJ, 2020, S. 2f). Weiterhin war das Infektionsschutzgesetz handlungsweisend. Das Hygiene- und Schutzkonzept der Einrichtung musste überarbeitet und an die Anforderungen im Umgang mit der Pandemie angepasst werden. Gleichzeitig verfügte die Einrichtung nicht über das Angebot von Schutzkleidung oder Desinfektionsmittel und stieß auf Barrieren aufgrund der räumlichen Beschaffenheit dieser (AGJ, 2020, S. 3)

Auswirkungen der Maßnahmen auf den Alltag

Veränderungen auf institutioneller Ebene

Durch die Einführung eines Hygiene- und Schutzkonzeptes mussten einige, im Konzept der TWG verankerten, Angebote angepasst werden. Besonders die sozialpädagogische Gruppenarbeit und die Alltagsbegleitung haben sich stark verändert. Alle Gruppenangebote wurden zu Beginn der Krise, aufgrund der begrenzten räumlichen Möglichkeiten, beinahe komplett ausgesetzt. Das Halten der Abstände hätte nicht gewährleistet werden können (Buschle & Meyer, 2020, S. 163). Diese Angebote stellen normalerweise wichtige stabilisierende Elemente in der Betreuung der Klient*innen dar. Wegen des Lockdowns hielten sich alle Klient*innen, auch diejenigen, die sonst einer externen Tagesstruktur nachgehen, in der Wohngruppe auf.

Insgesamt führte die Situation zu einem höheren Betreuungs- bzw. Assistenzbedarf bei deutlich eingeschränkten Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten. Veränderungen in der eigenen Alltagsstruktur zu bewältigen, sind für uns alle schwierig, aber für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen höchst herausfordernd. Es mussten schnell kreative Lösungen entwickelt werden, um der aktuellen Situation angemessen zu begegnen. Hier stieß man auf weitere Hürden, da sich auch der Austausch und die Kommunikation im Team stark verändert haben. Auch die sozialpädagogische Bezugsbetreuung, die ein wichtiges Element der gemeinsamen Arbeit darstellt, musste an die neuen Bedingungen angepasst werden. Einzelgespräche sollten bestenfalls im Freien stattfinden und zeitlich reduziert werden. Wobei der Gesprächsbedarf der Klient*innen höher und eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre in diesem Rahmen kaum herzustellen war. Auch bei Gesprächen in den Räumlichkeiten mit ausreichend Abstand und dem Tragen einer Alltagsmaske, wurde die gewohnte Interaktion und Kommunikation beeinflusst bzw. gestört. (AGJ, 2020, S. 4) Eine Gewöhnung fand nur langsam statt. Zudem waren externe Kooperationspartner zu Beginn der Krise nur schwer oder gar nicht zu erreichen. Hilfeplan- oder Angehörigengespräche in Präsenz wurden ausgesetzt bzw. fanden nur telefonisch statt. (vgl Buschle & Meyer, 2020, S. 166).

Die Umsetzung des Infektionsschutzes und des Hygiene- und Schutzkonzeptes erfordert ein klares geregeltes Vorgehen im Corona- Verdachtsfall und bei einschlägigen Symptomen. Dies bedeutet, dass Bewohner*innen im Zweifelsfall getestet werden und sich bis zum Erhalt des Ergebnisses in Selbstisolation begeben müssen. Dies bringt nicht nur für den einzelnen Bewohner eine massive Einschränkung in der Bewegungsfreiheit und soziale Isolation mit sich, sondern hat auch für die gesamte Gruppe und die Arbeit der

Mitarbeiter*innen Folgen. Neben der Beachtung der Hygienemaßnahmen und der Versorgung der betroffenen Person (bei fehlender Schutzausrüstung und der begrenzten räumlichen Begebenheiten) muss vor allem die psychische Befindlichkeit im Blick behalten werden. Eine Einschätzung der psychischen Verfassung ohne direkten persönlichen Kontakt treffen zu müssen, stellt eine fachliche Herausforderung wie auch ein Risiko für den/ die Klient*in dar.

Veränderungen auf Team-Ebene

Eine weitreichende Veränderung in der Zusammenarbeit des Teams war die Umstrukturierung der Teamsitzung. Diese konnte, um das Hygiene- und Schutzkonzept einhalten zu können, nicht mehr mit dem gesamten Team, sondern nur noch in wechselnden Kleingruppen stattfinden. Entscheidungs- bzw. Diskussionsprozesse wie auch der Informationsfluss wurden dadurch deutlich erschwert. In einer Situation, die schnelles und kreatives Reagieren erforderte, fiel eine Kernressource, der gemeinsame fachliche Austausch, beinahe gänzlich weg. Auch konnte in diesem Format die Befindlichkeit der einzelnen Teammitglieder kaum aufgenommen werden.

Für die Bereitstellung einer digitalen Form der Teamsitzung musste einerseits die technische Ausstattung innerhalb der TWG verbessert werden, da diese, typisch für kleinere Angebote, noch nicht ausreichend vorhanden war (Will-Zochol & Hardering, 2020, S. 132). Andererseits mussten auch Aspekte des Datenschutzes intensiver als gewohnt berücksichtigt werden (Buschle & Meyer, 2020, S. 167) Die eingeführte Online-Teambesprechung war eine deutliche Verbesserung. Dennoch fehlte der persönlich-fachliche, aber auch der informelle Austausch untereinander. Besonders da der Umgang mit den Handlungsempfehlungen, den Regelveränderungen und Einschränkungen der pädagogischen Arbeit stark polarisierte. Zudem verfügen nicht alle Kolleg*innen

(C)HNFOTO

über eine passende räumliche oder technische Ausstattung, die für ein Online-Team erforderlich wären. Auch wichtige interne Instrumente wie das monatlich stattfindende „Personenteam“, die Team- und die sog. Fall-Supervision sind in den ersten Monaten der Krise ausgefallen und damit wichtige Gelegenheiten zum fachlichen und persönlichen Austausch (Buschle & Meyer, 2020, S. 163). Auch diese Angebote konnten im Online-Format wiedereingeführt werden. Begleitet von den gleichen Schwierigkeiten hinsichtlich der technischen Ausstattung und dem Verlorengehen von Interaktion. Festzuhalten ist, dass „das professionelle Arbeitsbündnis zumindest kurzfristig in Bedrängnis“ gerät (Buschle & Meyer, 2020, S. 157 nach Oevermann, 1996) Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, einen geeigneten Modus zu finden, den Informationsfluss hinsichtlich des SARS 2/ COVID-19-Virus zu gewährleisten, um das Team handlungsfähig zu machen, aber ohne es mit Informationen zu überfluten.

Insgesamt wurden die mit COVID-19 einhergehenden veränderten Bedingungen durch ein hohes Verantwortungsgefühl der Mitarbeiter*innen für die Klient*innen geprägt. Das Bemühen um die Aufrechterhaltung des pädagogisch-therapeutischen Angebots und der sozialen Infrastruktur, soweit möglich, waren handlungsleitend für das Team der TWG. Man wollte den zu betreuenden Menschen in dieser Ausnahmesituation so viel Sicherheit wie möglich vermitteln (AGJ, 2020, S. 2). Gleichzeitig spielte die persönliche Einschätzung der Lage eine große Rolle und variierte stark. Die Angst sich in der Arbeit selbst mit COVID-19 zu infizieren, dadurch unter Umständen auch Angehörige zu gefährden oder das Virus in die Arbeit hineinzutragen, war sehr unterschiedlich ausgeprägt und beeinflusste dementsprechend die praktische Arbeit. Anders als bei anderen Krisen oder herausfordernden Zeiten in diesem Berufsfeld hat die Corona-Krise die Mitarbeiter*innen im beruflichen und im privaten Alltag massiv beeinflusst. Die persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit der Krise, wie auch individuelle Coping-Strategien (Schnyder, 2000, S. 62) wirkten sich auf die praktische Arbeit ebenso aus wie die fehlenden Möglichkeiten in der Freizeit abzuschalten und wieder Kraft zu tanken. Insofern unterscheidet sich diese Krise stark von vorherigen Krisen oder herausfordernden Situationen im Arbeitskontext (Fegert et al., 2020, S. 703)

Veränderungen auf Bewohner*innen- Ebene

Neben institutionellen Veränderungen hatte die Krise erhebliche Folgen für die persönliche Lebensgestaltung der Bewohner*innen. So wurde beispielsweise die psychiatrische und/ oder therapeutische Versorgung eingeschränkt. Therapeutische Gruppen, tagesklinische Aufenthalte oder Therapiesitzungen wurden unterbrochen, Facharzt- Termine nur im Notfall vergeben. Erst nach einiger Zeit wurde das Angebot teilweise online erbracht oder angepasst (Fegert et al., 2020, S. 704). Weiterhin hatte die Krise starke Auswirkungen auf die soziale Infrastruktur der zu betreuenden Menschen. Sie konnten ihre Familie und ihre Freunde nicht mehr sehen und ihren Hobbies nicht mehr nachgehen. Besuche von Freunden oder der Familie konnten von Beginn der Krise an nicht mehr stattfinden. Ausweichmöglichkeiten außerhalb der TWG, zum Beispiel in Peergroups fielen weg. Arbeits- oder Ausbildungsstätten schlossen. Die Umstellung auf Homeoffice war aus unterschiedlichen Gründen, wie der fehlenden technischen oder räumlichen Ausstattung oder der Organisation, herausfordernd. Auch die Sorge um ihre Angehörigen war sehr belastend. Hinzu kamen existentielle Ängste um den Verbleib in der TWG und was bei einem Ausbruch des Virus‘ in dem Angebot, also der Wohngruppe, geschehen würde. Alle externen Unterstützungsangebote wurden unterbrochen und es hat sich daher alles auf die Betreuung in der TWG durch die Mitarbeiter*innen konzentriert (Fegert et al., 2020, S. 705).

In den vorherigen Punkten wurden die diversen Veränderungen, die durch die Corona- Pandemie ausgelöst wurden, auf den unterschiedlichen Ebenen skizziert. Nun sollen Aspekte der Veränderungen herausgegriffen werden, die als Chancen für die weitere Entwicklung verstanden werden können. Die im Folgenden dargestellten Chancen können als „Meinungsbild“ der beiden Autoren verstanden werden.

Chancen aus der Krise

Strukturelle Aufwertung Sozialer Arbeit

Auf gesellschaftlicher Ebene wäre eine strukturelle Aufwertung Sozialer Arbeit erforderlich. Dass viele soziale Dienstleistungen in der Krise aufrechterhalten wurden, lag vor allem an der „selbstorganisierten Innovations-, Anpassungs- und Resilienzfähigkeit der Beschäftigten“ und deren Engagement (Becka et al., 2020, S. 1). Dies sollte künftig nachhaltig Anerkennung finden und die Funktion der im Sozialen tätigen

Berufsgruppen gesamtgesellschaftlich aufgewertet werden. Möglichkeiten hierzu wären eine monetäre tarifliche Aufwertung, die Entwicklung neuer Kompetenzprofile, die Durchführung von Bildungsinvestitionen in relevante Ausbildungs- und Studiengänge, als Antwort auf ausdifferenzierte Aufgabenspektren oder die Stärkung der Digitalisierung in der Sozialen Arbeit (Becka et al., 2020, S. 2ff). Auch eine Wertschätzung der Mitarbeiter*innen auf institutioneller Ebene durch die Arbeitgeber und die in der Führung tätigen Verantwortlichen sollte selbstverständlich sein. In der TWG, wie in anderen betreuten Angeboten sind Anreize wie der Betriebsausflug oder ähnliches in diesem Jahr ersatzlos ausgefallen. Dies zu berücksichtigen und kleine Alternativen zu finden, wäre sicher motivierend. Auch die Bereitstellung der steuerfreien Corona- Prämie oder andere Leistungszulagen sollte in Erwägung gezogen werden (Bundesfinanzministerium, 2020).

Digitalisierung der Sozialen Arbeit

Wie bereits genannt, stellt die Krise eine wichtige Gelegenheit dar, die Digitalisierung der Sozialen Arbeit voran zu bringen.

> „Generell wird mit Digitalisierung vor allem die Umwandlung und Veränderung der Kommunikation – von manuell oder einfach maschinell unterstützt in digital unterstützt – verbunden oder aber auch die Modifikation von Instrumenten, Geräten oder Verfahrensweisen durch Informationstechnologie bzw. Computerunterstützung“ (Deckert & Lange, 2018, S. 872)

Auch in der TWG hat sich gezeigt, dass sich das Team nach anfänglichen Schwierigkeiten darauf einstellen konnte, dass Teamsitzungen via Videokonferenz stattfinden. Hilfreich bei der Implementierung des digitalen Personen- bzw. Fallmanagements sind drei Punkte, die vom Department of Health and Human Services in den USA benannt wurden:

1. die Identifizierung der geeigneten Technologie,
2. die Bereitstellung von Schulungen für Fachkräfte und Klient*innen
3. die Berücksichtigung von Datenschutz und Informationsaustausch zwischen den Systemen (Jentsch & Schnock, 2020, S. 306 nach Waters et al., 2020)

Für die Angebote wäre eine Schulung zum Thema „Mediatisierung“, also dem Umgang mit digitalen Medien hilfreich, um Unsicherheiten abzubauen und diese Möglichkeiten der Interaktion zu etablieren (Will-Zocholl & Hardering, 2020, S. 126). Zu berücksichtigen ist auch der Datenschutz. Der unter anderem in Schulungen für die Mitarbeiter*innen umgesetzt werden kann. Weiterhin kann durch die Digitalisierung des internen Dokumentationssystems der fehlende persönliche Austausch des Teams ausgeglichen und Arbeitsprozesse optimiert werden. Einbezogen werden sollten in jedem Fall die Tagesdokumentation, Aktennotizen oder Hilfepläne (Ley & Reichmann, 2020, S. 241). Der Prozess der Digitalisierung sollte gut begleitet werden, da er neben vielen Vorteilen Neuerungen mit sich bringt, denen die Mitarbeiter*innen skeptisch begegnen können (Kutscher & Siller, 2020, S. 440).

Gerade „Tendenzen der Ökonomisierung, Bürokratisierung und Standardisierung von Arbeit“ und die Sorge vor einer Deprofessionalisierung, müssen aufgenommen werden (Will-Zocholl & Hardering, 2020, S. 123; Ley & Reichmann, 2020, S. 246). Hier könnten Fort- und Weiterbildungen veranlasst werden, um dem Team die neuen Prozesse nahe zu bringen und nutzbar zu machen.

Für das Arbeiten im Homeoffice bedarf es einheitlicher Regelungen. Dem Eindruck einer permanenten Erreichbarkeit im privaten Raum durch fehlende zeitliche oder räumliche Abgrenzung oder der Notwendigkeit der Nutzung privater Endgeräte sollte in der Praxis mit konkreten Maßnahmen begegnet werden. Auch Arbeitsaufgaben müssen angepasst werden. Die Ausstattung der Mitarbeitenden mit der entsprechenden Technik und dem Know-How sollte ein Ziel sein, um diese Arbeitsprozesse langfristig zu verbessern (Buschle & Meyer, 2020, S. 165; Becka et al., 2020, S. 3). Insgesamt trägt die Digitalisierung der Sozialen Arbeit bei sorgfältiger Einführung zu deren Aufwertung und Verfügbarkeit in Krisenzeiten bei. Prozesse werden im besten Fall professionalisiert, vereinfacht und standardisiert. Abläufe werden transparent und sind weniger von einzelnen Mitarbeiter*innen abhängig. Die Digitalisierung der Sozialen Arbeit trägt auch zu „Veränderungen der Ortsabhängigkeit“ bei (Will-Zocholl & Hardering, 2020, S. 139). Die Auseinandersetzung mit Chancen und Grenzen des Homeoffice wäre lohnenswert und würde manche Stellen aufgrund der höheren Flexibilität attraktiver für Arbeitnehmer*innen machen. Weiterhin sollte die Digitalisierung der Sozialen Arbeit nicht losgelöst von der Entwicklung einer zunehmenden

Ökonomisierung betrachtet werden und dient hier als wichtiges ergänzendes Mittel (Will-Zocholl & Hardering, 2020, S. 128f). Wichtig ist, die Mitarbeitenden aktiv an den Prozessen zu beteiligen, um die Bedürfnisse und Anforderungen für die Soziale Arbeit im Gegensatz zu betriebswirtschaftlichen Interessen, vertreten zu sehen (Will-Zocholl & Hardering, 2020, S. 139).

Verständigung der Entscheidungsträger

Weiterhin wäre künftig eine bessere Verständigung der unterschiedlichen Behörden erforderlich. Durch ein abgestimmtes Vorgehen, einhergehend mit einem guten und praxisnahen Informationsmanagement, würde dies zu einer verbesserten Handlungsfähigkeit und zum Abbau von Verunsicherung beitragen. Dies würde die Angebotsleiter*innen und Verantwortlichen entlasten und dazu führen, dass mehr Ressourcen für die konkrete praktische Umsetzung der Maßnahmen in den jeweiligen Angeboten, der Mitarbeiterfürsorge und der eigentlichen zweckgerichteten Kerntätigkeit bereitstünden. Es wäre wünschenswert, dass die zur Anwendung kommenden Regelungen in den jeweiligen Angeboten nicht vorwiegend individuelle Einzelfallentscheidungen von den entsprechenden Leitungen aufgrund ihrer jeweiligen persönlichen Einschätzung getroffen werden, sondern vorwiegend datengestützt und realisierungsfähig sind; immer auf das Wohl der Klient*innen und Mitarbeiter*innen ausgerichtet (AGJ, 2020, S. 3).

Organisationsstruktur – institutionelle Veränderungen

Festzuhalten ist, dass diese Krise rasches und dynamisches Handeln erfordert hat und weiterhin erfordern wird. Eine klassische Projektplanung und das Einhalten üblicher Entscheidungsabläufe sind in dieser Situation nicht dienlich bzw. möglich. Die Abläufe müssen prozesshaft auf die jeweils vorliegende Situation angepasst werden, wobei Zeit der entscheidende Faktor ist. Das kann auf Kosten der „Sorgfalt und Vollständigkeit“ gehen (Moesta & Schneider, 2020, S. 43). Die Sorge vor „Deprofessionalisierungstendenzen“ kann die Folge sein, da die Entscheidungen weniger auf „Basis von Wissen aus der Sozialen Arbeit“ und im Rahmen eines innerberuflichen Diskurses getroffen werden (Buschle & Meyer, 2020, S. 168; Meyer, 2020, S. 1). Auch werden bestehende Verwerfungen (schlechte Ausstattung, Personalmangel und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung) in der Krise noch sichtbarer und „verschärfen die Arbeitssituation für die Beschäftigten massiv“ (Meyer, 2020, S. 1). Die Folgen sind möglicherweise Unzufriedenheit oder Widerstände der Mitarbeiter*innen.

Der Leitung kommt hier eine bedeutende Rolle zu. „Führungsverhalten ist ein wesentliches Element zum Gelingen der organisatorischen Transformation, gerade bei ungewissen Umwelten“ (Moesta & Schneider, 2020, S. 43). Transparente Kommunikation, Delegation bestimmter Aufgaben, Vertrauen und Wertschätzung gegenüber den Kolleg*innen sowie die Aussicht auf die Zukunft sind hier nur einige zu nennende Bestandteile. Die Auseinandersetzung mit Veränderungsmanagement in Krisenzeiten könnte diesbezüglich ein hilfreiches Mittel sein. Dies ist sicher nicht in der akuten Situation möglich, wäre aber empfehlenswert, wenn sich die Lage wieder beruhigt hat. Auch um zu reflektieren was sich in der Krise bewährt hat. Die „Krisenprojektstruktur“ sollte grundsätzlich reaktivierbar sein (Moesta & Schneider, 2020, S. 44). Gleichzeitig bräuchte es auch einen Plan bzw. eine Aussicht darauf, ob und wie eine Rückführung in den Normalbetrieb aufgenommen werden kann bzw. welche Prozesse vorerst verändert bleiben. Es besteht der Wunsch nach tragbaren strukturellen Veränderungen - statt einer permanenten Tätigkeit im Ausnahmezustand (Meyer & Buschle, 2020, S. 22). Der Umgang mit den bestehenden Widersprüchen zwischen professionellem sozialpädagogischem Handeln und der Umsetzung des Infektionsschutzes muss im Sinne der Beschäftigten und der Klient*innen aufgenommen werden. Maßnahmen des Infektionsschutzes, die auf Kosten der pädagogischen Arbeit gehen, sollten im Team als solche benannt und nach Möglichkeit zeitlich begrenzt werden. Hiermit könnte dem Risiko vorgebeugt werden, dass sich die veränderten Standards zunehmend etablieren.

Teamentwicklung und -resilienz

Interessant ist im Zusammenhang mit diesem Thema auch das Modell der Teamresilienz in kritischen Ausnahmesituationen (Semling & Ellwart, 2016):

> „Als Teamresilienz werden [...] spezifische Prozesse der kognitiv-emotionalen Situationsbewertung, Handlungsplanung und Kommunikation eines Teams unter kritischen Ausnahmebedingungen, unter Rückgriff auf die vorhandenen teambezogenen und individuellen Ressourcen verstanden“ (Semling & Ellwart, 2016: 120)

Das Modell „Teams in kritischen Ausnahmesituationen“ (TiKAS) befasst sich damit, wie Teams kritische Ausnahmesituationen bewältigen. Es beschreibt drei Variablengruppen. Die Corona- Pandemie erfüllt mit ihren Folgen für die Arbeit in der TWG nach dem Beitrag von Semling und Ellwart die Voraussetzungen einer kritischen Ausnahmesituation. Die Stabilität von Koordination und Kommunikation im Team ist beeinträchtigt. Es fallen hohe Anforderungen an die Anpassung an Informationsbewertung, Aufgabenpriorisierung und -verteilung an. Bei einem nicht Gelingen dieser Anpassung ist mit möglichen finanziellen Verlusten, Motivationsverlusten im Team oder sicherheitskritischen Ereignissen zu rechnen (Semling & Ellwart, 2016, S. 120).

Das TiKAS- Modell umfasst drei Modellvariablen (Semling & Ellwart, 2016, S. 123 ff):

1.) Individuelle und teambezogene Eingangsbedingungen als resilienzfördernde (Schutz-) Faktoren: Zu diesen gehören relevantes geteiltes Teamwissen über Aufgabe und Situation sowie Einstellungen, im Sinne von Grundüberzeugungen im Umgang mit Fehlern und Risiken wie auch Offenheit gegenüber neuen Lösungen. Als dritte Eigenschaft der Eingangsbedingungen sind individuelle soziale und kognitive Ressourcen zu nennen. Zu diesen zählen die Risikowahrnehmung, abhängig von situativen und personellen Faktoren, die Problemlösefähigkeit hinsichtlich der Kreativität im Umgang mit Krisen und die affektiven Ressourcen der einzelnen Teammitglieder bezogen auf deren emotionale Stabilität, Optimismuw, und Fähigkeiten zur affektiven Kommunikation.

2.) Kognitive und emotionale Prozesse in der Ausnahmesituation: Diese Variable umfasst die Situationsbewertung, die mit Hilfe des gemeinsamen Wissens der Teammitglieder bezüglich Situation, Aufgabe und Teamprozess, ermöglicht, situative Risiken abzuschätzen. Im Prozess der Planung sollte die Vorgehensweise zur Anpassung an eine kritische Teamsituation, die Zielformulierung und die Rollen- bzw. Verantwortungsklärung stattfinden. Eine gute Teamkommunikation trägt dazu bei, dass emotionale Zustände, Stimmungen, Fehler oder Risikofaktoren angesprochen werden können. Dadurch können individuelle Belastungsgrenzen identifiziert und Lösungen bzw. Ressourcen gefunden werden.

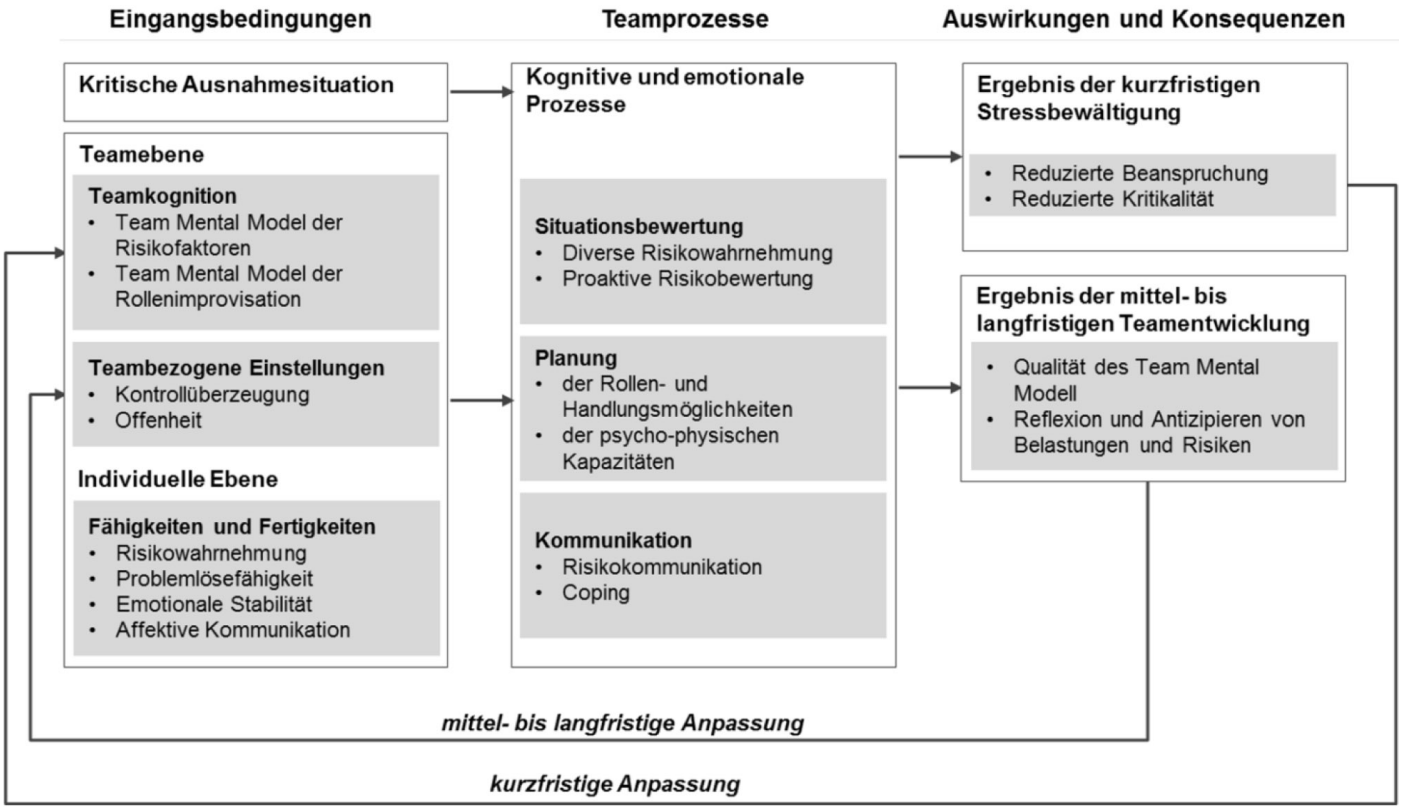


Abb. 1.: Modell der Resilienz bei Teams in kritischen Ausnahmesituationen (TiKAS) (Semling & Ellwart, 2016: 124)

3.) Auswirkungen und Konsequenzen: Hier wird von zwei zeitlich versetzen Wirkmechanismen ausgegangen, der kurzfristigen Stressbewältigung wie auch den mittel- oder langfristigen Konsequenzen der Teamentwicklung.

Deutlich wurde in der Auseinandersetzung mit dem TiKAS- Modell, dass sowohl die individuellen Fähigkeiten der einzelnen Teammitglieder als auch die Eigenschaften und Ressourcen des Teams von Bedeutung in der Bewältigung von kritischen Ausnahmesituationen sind. Hier spielen die Teamidentität sowie die Teamentwicklung eine wichtige Rolle. Teams bilden anhand ihrer Eigenschaften, „wie Aufgabe, Struktur und Kultur“ ihre eigene Identität und entwickeln daraus ein eigenes Lösungspotential (Alter, 2019, S. 1). In Bezug auf die Bewältigung der Anforderungen in der TWG wäre es ratsam nach der ersten Phase der Krise nun verstärkt den Fokus auf die emotionale Befindlichkeit im Team zu legen, die Offenheit im Umgang mit Ängsten zu fördern und Unsicherheiten zu verbalisieren. Auf diese Weise kann es zu einer Situationsbewertung kommen, in der die Teamdynamik offengelegt wird und Teamprozesse benannt werden (Semling & Ellwart, 2016, S. 125). Hierfür sollte die Teamsupervision genutzt werden.

Mitarbeiterführung und Teamentwicklung in der Krise

Die Mitarbeiterführung durch die Leitung ist natürlich ein wichtiger Bestandteil in der Bewältigung dieser herausfordernden Situation. „Führen heißt Einfluss nehmen auf das Verhalten anderer Menschen zur Erreichung von Zielen“ (Alter, 2019, S. 3). In diesem konkreten Fall geht es um das Ziel der Krisenbewältigung. Einerseits steht die Gesundheit der Mitarbeitenden und der Klient*innen im Fokus, andererseits müssen die Unternehmensziele weiterverfolgt werden. Je klarer diese formuliert sind, desto leichter kann eine Strategie entwickelt werden, sie umzusetzen.

Hilfreich ist es hier eine Vision mit dem Team zu erarbeiten, was sie erreichen wollen. Die Identitäten der einzelnen Mitarbeiter*innen in Bezug auf ihren Arbeitsplatz finden hier Berücksichtigung und sollten der Leitung bereits bekannt sein (Alter, 2019, S. 4). Die Auseinandersetzung mit Mitarbeiterbindung, Teamidentität und -identifikation sollte bereits ein etablierter Bestandteil der Mitarbeiterführung sein und nicht erst in Krisenzeiten in den Blick genommen werden. Regelmäßige Mitarbeitergespräche sind hier unerlässlich.

Für die aktuelle Situation wäre es überlegenswert, sich die Zeit zu nehmen, auch wenn diese knapp ist, um die Zusammenarbeit zu fördern, Wertschätzung zu zeigen und die individuellen Positionen zu erfahren. Es könnte in den Gesprächen überlegt werden, wer welche Aufgaben in der Krisenbewältigung übernehmen möchte bzw. kann. So kann jede und jeder seinen und ihren Teil zur Lösung beitragen. Hierbei Vertrauen in die Mitarbeiter*innen zu haben, fördert das Commitment (Alter, 2019, S. 18). „Führungskräfte müssen dafür sorgen, dass Mitarbeitende das Ganze erkennen. Dabei helfen Fragen wie: Worin besteht mein Beitrag? Warum braucht es mich? Wem nützt es? Was muss ich tun, damit es nützt?“ (Alter, 2019, S. 17). Das Ganze konkret zu erfassen, ist in diesem Fall sicher herausfordernd, da die Planung weit über die üblichen Abläufe hinausgeht. Neben dem Blick auf die einzelnen Mitarbeiter*innen, ist es auch wichtig das Team als Gesamtes zu betrachten und kontinuierlich an der Teamentwicklung zu arbeiten. Gemeint sind „Gruppenaspekte wie Gruppendynamik, Gruppennormen, Gruppenkultur, Kommunikationsstrukturen“ (Alter, 2019, S. 21). Weiterführend sollte künftig mehr Aufmerksamkeit darauf gelegt werden, Feedbackrunden, Blitzlichter in Bezug auf die aktuelle Situation und die individuelle Befindlichkeit, Intervisionen, Coaching und Supervision sowie Workshops einzuführen, um die Teamentwicklung zu fördern und die Krise gemeinsam zu meistern.

Fazit

Dieser Beitrag hat nicht den Anspruch die komplexen Herausforderungen der aktuellen Situation in der Gänze zu erfassen. Vielmehr kann er als Anreiz dienen, sich mit einzelnen Themenbereichen auf theoretischer und praktischer Ebene intensiver auseinanderzusetzen. Ziel war es, die strukturellen Veränderungen auf den unterschiedlichen Ebenen zu beleuchten, um in einem nächsten Schritt kritisch zu hinterfragen, wo aus fachlicher Sicht Chancen liegen könnten. Diese sollten benannt und als solche identifiziert werden. Besonders die Sorge vor einer „schleichenden Verschiebung der Standards“ sollte nicht unterschätzt werden - und zwar auf gesellschaftlicher wie institutioneller Ebene (Meyer, 2020, S. 1.) Weiterhin wurde besonders deutlich, welchen Stellenwert die Teamentwicklung und -bildung in dieser Zeit haben sollte. Der Aspekt der Teamresilienz erscheint in dieser Ausnahmesituation hilfreich und interessant. Klar ist

auch, dass nicht alle genannten Punkte sofort in Angriff genommen werden, zumal es sich auch hier um unterschiedliche Ebenen handelt, auf die eine einzelne Institution nur bedingt Einfluss hat. Aber einzelne Punkte könnten als Anregung herausgegriffen und für die eigene Einrichtung angepasst werden.

Literatur

Alter, U. (2019). Teamidentität, Teamentwicklung und Führung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22640-4

Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe (AGJ) (2020). Wenn Kümmerer*innen selbst Hilfe brauchen. Die Auswirkungen der Corona-Krise auf die Kinder- und Jugendhilfe. Zwischenruf der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. Online verfügbar unter: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2020/AGJ_Zwischenruf_Corona.pdf.

Bundesfinanzministerium (2020). Sonderzahlungen jetzt steuerfrei - Anerkennung für Beschäftigte in der Corona-Krise. Pressemitteilung Nr. 7. Online verfügbar unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Pressemitteilungen/Finanzpolitik/2020/04/2020-04-03-GPM-Bonuszahlungen.html

Buschle, C. & Meyer, N. (2020). Soziale Arbeit im Ausnahmezustand?! Professionstheoretische Forschungsnotizen zur Corona-Pandemie. In Soz Passagen, 12, 155-170. Online verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/s12592-020-00347-0

Becka, D. et al. (andere Autor*innen unbekannt) (2020). Soziale Dienstleistungsarbeit und Corona- Pandemie - Rückkehr in eine aufgewertete Normalität. IAT Discussion Paper, No. 20/03. Institut Arbeit und Technik (IAT). Gelsenkirchen. Online verfügbar unter: https://www.econstor.eu/handle/10419/216216

Deckert, R. & Langer, A. (2018): Digitalisierung und Technisierung sozialer Dienstleistungen (S. 872-889). In K. Grunwald & A. Langer: Sozialwirtschaft - Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden- Baden: Nomos.

Fegert, J. M., Clemens, V. Berthold, O. & Kölch, M. (2020). COVID- 19- Pandemie - Kinderschutz ist systemrelevant. In Deutsches Ärzteblatt, 117 (14). Online verfügbar unter: https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/117/14/a703.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2020

Jentsch, B. & Schnock, B. (2020). Kinder im Blick? Kindeswohl in Zeiten von Corona. In Sozial Extra, 5/ 2020, 304-309. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/article/10.1007/s12054-020-00315-1

Kutscher, N. & Siller F. (2020). Digitalisierung in verschiedenen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit (S. 440-442). In N. Kutscher, T. Ley, U. Seelmeyer, F. Siller, A. Tillmann & I. Zorn (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung. Weinheim: Beltz Juventa.

Ley, Thomas & Reichmann, Ute (2020). Digitale Dokumentation in Organisationen Sozialer Arbeit (S. 241-254). In N. Kutscher, T. Ley, U. Seelmeyer, F. Siller, A. Tillmann & I. Zorn (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung. Weinheim: Beltz Juventa.

Meyer, Nikolaus; Buschle, Christina (2020) Soziale Arbeit in der Corona- Pandemie: Zwischen Überforderung und Marginalisierung. Empirische Trends und professionstheoretische Analysen zur Arbeitssituation im Lockdown. IUBH Discussion Papers. Sozialwissenschaften. No.4/ 2020. Online verfügbar unter: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/222297/1/1702837904.pdf

Moesta, T. & Schneider, J. (2020): Organisationsumbau in Corona- Zeiten. Pandemie als Katalysator. kma Klinikmanagement aktuell - Organisieren und Führen, 25 (9), 42-44.

Schnyder, U. (2000): Ambulante Krisenintervention. In: U. Schnyder & J. Sauvant (Hg.):

Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber.

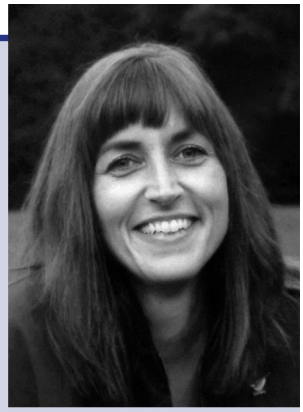
Semling, C. & Ellwart, T. (2016). Entwicklung eines Modells zur Teamresilienz in kritischen Ausnahmesituationen. GIO - Gruppe, Interaktion, Organisation, 47, S. 119- 129.

Schröer, Wolfgang (2020). Blindflug - Kindheits- und Jugendpolitische Koordinaten in Zeiten von Corona. In Sozial Extra, S. 244-246. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/article/10.1007/s12054-020-00290-7

Waters, A., Winston, P. & Ghertner, R. (2020). Virtual Case Management Considerations and Resources for Human Services Programs. US Department of Health & Human Services, 01.04.2020. Online verfügbar unter https://aspe.hhs.gov/pdf-report/virtual-case-management

Will-Zocholl, M. & Hardering, F. (2020). Digitalisierung als Informatisierung in der sozialen Arbeit? Folgen für Arbeit und professionelles Selbstverständnis von Sozialarbeiter*innen. In Arbeit, 29(2). 123-142. Online verfügbar unter https://ezproxy.bib.fh-muenchen.de:2165/view/journals/arbeit/29/2/article-p123.xml?tab_body=pdf-78589

Autorin

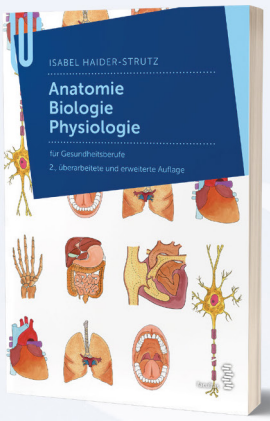


Stefanie Dreßel B.A.
B.A. Soziale Arbeit, Studentin Master Mental Health (MMH), langjährige Tätigkeit in einer Therapeutischen Jugendwohngruppe für junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
steffi-dressel@outlook.de

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 und ist Geschäftsführer des Autismuskompetenzzentrums Oberbayern und Geschäftsführer des Ambulant Psychiatrischen Pflegedienst München.

Grundlagen für die Ausbildung in Gesundheitsberufen

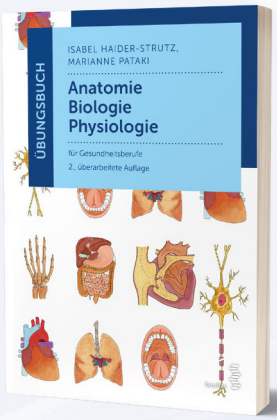


Isabel Haider-Strutz

Anatomie – Biologie – Physiologie

für Gesundheitsberufe

facultas 2021, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
352 Seiten, broschiert
EUR 39,90 (A) / 38,90 (D) / sFr 47,50 UVP
ISBN 978-3-7089-2040-5
e-ISBN 978-3-99111-089-7
Neu: anschauliche 3-D-Elemente!

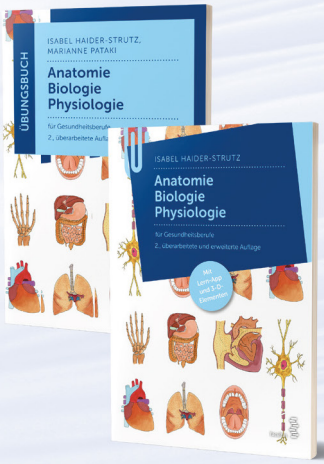


Isabel Haider-Strutz, Marianne Pataki

Übungsbuch
Anatomie – Biologie – Physiologie

für Gesundheitsberufe

facultas 2021, 2., überarbeitete Auflage
112 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-2041-2



Isabel Haider-Strutz, Marianne Pataki

Lernpaket
Anatomie – Biologie – Physiologie

für Gesundheitsberufe

facultas 2021, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
464 Seiten, broschiert
EUR 54,90 (A) / 53,– (D) / sFr 66,– UVP
ISBN 978-3-7089-2042-9

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Qualitative Forschung in der COVID-19 Pandemie

Ein Erfahrungsbericht von Studierenden im Studiengang Advanced Nursing Practice

Die COVID-19 Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen, wie beispielsweise die soziale Distanzierung, stellen für die qualitative Forschung eine Herausforderung dar. In jüngster Vergangenheit wurden demzufolge entsprechende Forschungsprojekte unterbrochen, pausiert oder gänzlich abgelehnt, da insbesondere ein qualitatives Vorgehen im Rahmen der Sozialforschung einen persönlichen Kontakt mit dem Untersuchungsfeld und eine intensive Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand voraussetzt. Face-to-face Interviews (Einzel- oder Gruppeninterviews) und direkte Beobachtungen sind die Grundpfeiler der qualitativen Forschung um Daten „vor Ort“ und „in der Situation“ zu generieren. Das Interview stellt den Goldstandard in der qualitativen Befragung dar und ist, bedingt durch den Aspekt das subjektive Erleben zu sensiblen Themen zu eruieren, indem Vertrauen zu den Teilnehmerinnen / Teilnehmern aufgebaut wird, sehr beliebt. Im Rahmen einer bewusst hergestellten Gesprächssituation geben die Interviewpartnerinnen/Interviewpartner in ihren Erzählungen Antwort auf die gestellten Fragen. Das Gespräch wird tonbandtechnisch erfasst, danach verschriftlicht und in kategorialer oder interpretativer Form ausgewertet.

Die Möglichkeit zur Durchführung von Interviews im „Forschungsfeld“ wurde durch die Pandemie weitgehend unterbrochen. Jedoch zeigen sich Alternativen um die räumliche Distanz zu mildern und die Forschungsmethoden zu erweitern. Dazu zählen u.a. Telefoninterviews und die Durchführung von Telekonferenztechnologien mithilfe von Skype, Microsoft

(C) (C) navintar

Teams oder Zoom. Zwei Studierende an der PMU haben die Herausforderung angenommen und ihre Datenerhebung mithilfe von Telefoninterviews im letzten Quartal des Jahres 2020 umgesetzt. Nachfolgend beschreiben sie dazu ihre Erfahrungen.

Allgemeiner Ablauf der Telefoninterviews

Aufgrund der 2020 vorherrschenden Corona-Pandemie mussten die Studierenden des vorliegenden Berichtes, im Zuge ihrer Masterarbeit flexibel im Hinblick auf die Datenerhebungsmethode sein. Immer wiederkehrende Lock-Down-Situationen, strenge Hygienemaßnahmen und der Appell nach Reduktion persönlicher Kontakte, führten dazu, dass auf die Methode der telefongestützten Interviews zurückgegriffen wurde. Dies stellte eine geeignete Möglichkeit dar, beide Parteien gesundheitlich zu schützen und in Bezug auf die Durchführung flexibel zu bleiben. Das zirkuläre Vorgehen im Rahmen der Interviews wird in Abbildung 1 dargestellt.

Zu Beginn des Forschungsvorhabens wurde mittels E-Mails der persönliche Kontakt mit potentiellen Teilnehmerinnen/Teilnehmern des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hergestellt. Das Bereitstellen sämtlicher benötigter Formulare, wie Aufklärungsschreiben, Einwilligungserklärung und Kurzfragebogen, erfolgte kontaktlos mittels E-Mail-Verkehr. Einwilligungserklärungen wurden von den Forscherinnen unterzeichnet und durch die Teilnehmerinnen/Teilnehmer unterfertigt eingescannt wieder retourniert, ebenso die Kurzfragebögen. Mittels E-Mails erfolgte des Weiteren die Vereinbarung der Interviewtermine, sowie die Übermittlung der Telefonnummern, unter welchen die Teilnehmerinnen/Teilnehmer zum vereinbarten Zeitpunkt kontaktiert werden durften. Wollten Teilnehmerinnen/Teilnehmer ihre persönlichen Telefonnummern nicht preisgeben, wurde dies gelöst, indem die Forscherinnen ihre Telefonnummern zur Verfügung stellten und zum vereinbarten Zeitpunkt von den Befragten selbst kontaktiert wurden.

Nach Terminvereinbarung konnten, am Beispiel der Autorinnen dieses Berichtes, 18 Interviews innerhalb einer Woche, ein weiteres in der Woche danach, durchgeführt werden. Am Beginn der Interviews stellte sich die forschende Person selbst, und auch ihre Kollegin ausführlich vor, um den Teilnehmerinnen/Teilnehmern ein Gefühl dafür zu vermitteln, wer ihr Gegenüber ist. Hierbei wurde Raum für offene Fragen gelassen, für den Fall, dass die Teilnehmerinnen/Teilnehmer mehr persönliche Information benötigten um das Wohlbefinden in der Situation zu erhöhen. Dies wurde oftmals in Anspruch genommen, Fragen hierbei waren beispielsweise das Alter der Forscherinnen. Die Interviewsituationen wurden, nach erneuter Überprüfung des Einverständnisses der Teilnehmerinnen/Teilnehmer, am Telefon auf Lautsprecher gestellt und mithilfe eines Diktiergerätes aufgenommen.

Die Interviews selbst wurden von einer Person geführt, eine zweite Person diente als stumme Beobachterin inklusive Führung eines Forschungstagebuchs und war verantwortlich für die Bedienung der Technik. Somit konnte sich die forschende Person einzig auf die Interviewsituation und das Führen des eigenen Forschungstagebuchs konzentrieren. Die Aufzeichnungen der beiden Forscherinnen dienten dazu, Notizen während des Interviews zu machen, Eindrücke festzuhalten, so-

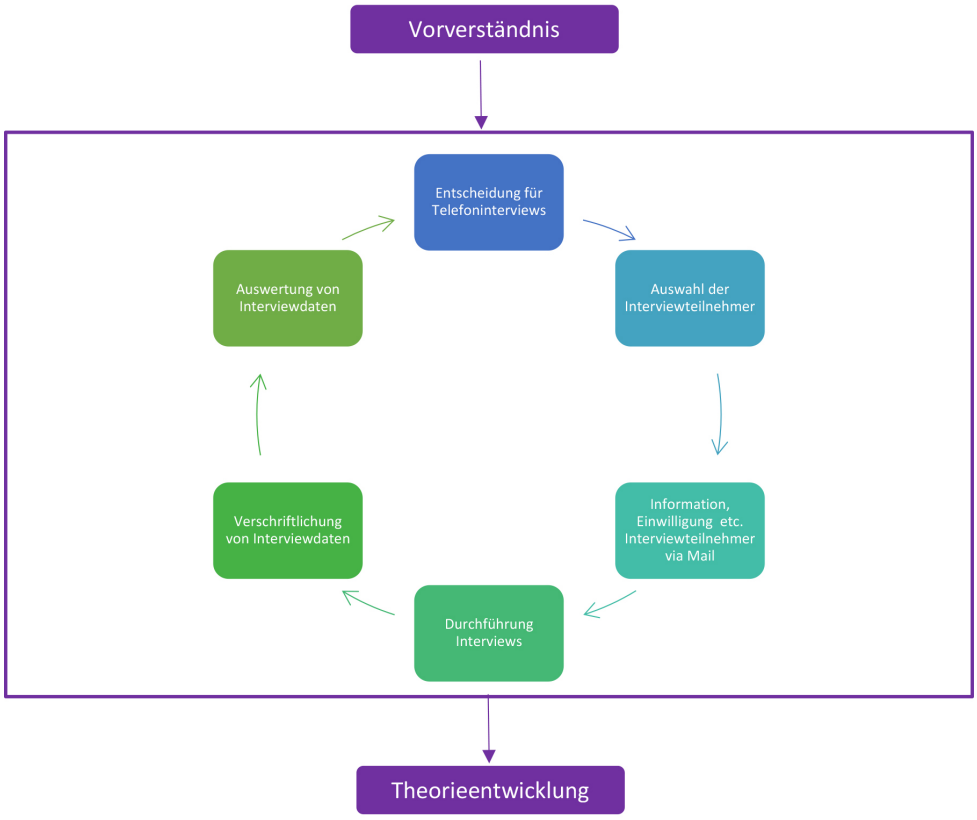


Abbildung 1. Zirkuläre Strategie im qualitativen Vorgehen bei den Interviews

wie nach Abschluss des Interviews eine Selbstreflexion zu schreiben. Im Anschluss besprachen sich die Forscherinnen ausführlich über die von ihnen festgehaltenen Aspekte.

Erlebte Vorteile von Telefoninterviews

Der positive Hauptaspekt ist jener, der kontaktlosen Datenerhebung. Mithilfe der Telefoninterviews konnte die Erhebung der benötigten Daten unter Einhaltung, sich ständig verändernder, diverser Covid-19 Vorschriften, beziehungsweise gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden. Durch die telefonische Kontaktaufnahme blieben außerdem sowohl die Forscherinnen, also auch die Teilnehmerinnen/Teilnehmer örtlich und zeitlich flexibel. Beispielsweise konnten Zeit und Kosten für Anreise/Abreise eingespart und die Organisation eines Besprechungsraumes vermieden werden. Dies ist gerade in Bezug auf die eingeschränkten zeitlichen Kapazitäten beim Erstellen der Masterthesis von Vorteil. Ebenso war es möglich, individuelle Vorlieben der Teilnehmerinnen/ Teilnehmer in Bezug auf die Uhrzeit zu berücksichtigen und kurzfristige zeitliche Änderungen beziehungsweise Verschiebungen flexibel zu handhaben.

Persönlich beziehungsweise subjektiv empfundene Vorteile sind jene der geringeren Nervosität und Neutralität. Beide Autorinnen empfanden den Rahmen des Telefoninterviews als weniger stressig, vermutlich daher rührend, dass die Gespräche in einer gewohnten und vor allem ruhigen Umgebung durchgeführt werden konnten. Ebenso empfanden die Forscherinnen die Interviewsituation als neutral. Genauer ausgedrückt, das Gefühl neutral in die Situation hineingehen zu können, da sich die gegenüberliegenden Parteien nicht sehen können und somit kein Urteil basierend auf dem ersten Blick gefällt werden kann.

Erlebte Nachteile von Telefoninterviews

Der größte negative Aspekt ist jener, dass die forschenden Personen sein Gegenüber nicht persönlich sieht und somit die Aspekte der Mimik und Gestik in der Interviewsituation nicht miteinbeziehen kann. Eine Schwierigkeit, welche sich im Zuge dessen ergeben hat ist beispielsweise die Einschätzung, ob die Teilnehmerin/der Teilnehmer ihre/seine Ausführungen bereits abgeschlossen hat oder lediglich eine Überlegungspause benötigt und die Antwort weiter ausführt. Aufgrund dessen konnte festgestellt werden, dass sich die Interviewparteien zum Teil gegenseitig unbewusst beim Sprechen unterbrachen.

Aufgrund der fehlenden Mimik und Gestik hatten die forschenden Personen außerdem das subjektive Empfinden, dass sie in Sprechpausen oder nach Beantwortung der gestellten Fragen, das Interview durch neue Fragen oder Rückfragen aufrechtzuerhalten. Auch versuchten sie während der Interviewsituationen durch Zustimmungswörter wie „mhm“, „okay“ oder „sehr gut“ der befragten Person Aufmerksamkeit zu signalisieren beziehungsweise zu vermitteln.

Ebenso hinderlich ist der Aspekt, dass die Umgebung der Teilnehmerinnen/Teilnehmer unbekannt ist. Die Forscherinnen können nur vermuten, ob die befragte Person sich alleine in einem Raum befindet beziehungsweise, ob dieser weitestgehend ungestört ist. Nebengeräusche oder Hintergrundgeräusche können des Weiteren nur interpretiert, nicht aber mit Sicherheit festgestellt werden (erhöhte Gefahr zu interpretieren).

Ein weiterer beachtlicher Punkt ist jener der Technik. Wichtig ist, Telefonnummern mehrmals zu überprüfen oder nach einer Ersatznummer zu fragen, sollten sich Fehler einschleichen oder technische Schwierigkeiten ergeben. Außerdem ist bei der Audioaufnahme von Gesprächen auf Lautsprecher darauf zu achten, in welchem Abstand das Diktiergerät vom Telefon liegt. Wurden Personen im Zuge des Gespräches lauter, konnten die Antworten beim späteren Transkribieren, zum Teil schlecht erfasst werden, da sich die Sprache sozusagen überschlug. Ebenso zu beachten ist, dass Verbindungsfehler beziehungsweise schlechter Empfang die Telefoninterviews stören können. Dies kann dazu führen, dass das Gespräch abrupt unterbrochen wird und ein erneuter Anruf, sowie eine Wiederholung der letzten Interviewsequenz notwendig ist.

Schlussfolgerung zu den Telefoninterviews

Zusammenfassend bleibt zu sagen, dass es sich bei der Methode der Telefoninterviews um eine gute Möglichkeit, besonders in Zeiten der Corona-Pandemie, handelt eine Datenerhebung möglichst flexibel durchzuführen. Sowohl im örtlichen, als auch im zeitlichen Management haben die forschenden Parteien einen hohen Handlungsspielraum. Leider fällt durch telefonische Interviews

der Aspekt der Mimik und Gestik fast vollständig weg, was zur Folge hat, dass Forscherinnen ausschließlich anhand der sprachlichen Merkmale erkennen sollten, was die Teilnehmerinnen/Teilnehmer über die Thematik zu sagen versuchen. Abschließend sollte angemerkt werden, dass mehrere der befragten Personen angaben, dass persönliche Interviews ihrer Meinung nach einen höheren Wohlfühlcharakter gehabt hätten, konträr zum Empfinden der Forscherinnen, welche die Methode der telefonischen Interviews als eine Art der Stressreduktion und Neutralität ansahen.

Diese Erfahrungen machen deutlich, dass sich das Telefoninterview auch nach der Pandemie verstärkt als wichtiges Medium in der qualitativen Erhebung erweisen könnte. Um jedoch auch die Mimik und Gestik der Teilnehmerinnen/Teilnehmer in der Interviewsituation zu erleben, wäre das Videointerview zu präferieren.

Autorin

Janine Julia Brunner, BScN
Studierende des Masterstudienganges Advanced Nursing Practice an der Paracelsus Medizinischen Universität Salzburg (PMU), Institut für Pflegewissenschaft und –praxis. Berufsfindungspraktikum am Salzkammergutklinikum Vöcklabruck. Absolventin des Studium 2-in1-Modell Pflege bestehend aus dem Bachelorstudium Pflegewissenschaft an der PMU Salzburg, sowie dem allgemeinen Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Vöcklabruck. Derzeitige Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin auf einer internistischen Station mit den Schwerpunkten Kardiologie und Nephrologie

Autorin

Nora Bernarda Hönel, BScN
Studierende des Masterstudienganges Advanced Nursing Practice an der Paracelsus Medizinischen Universität Salzburg (PMU), Institut für Pflegewissenschaft und –praxis. Absolventin des Studiums 2in1-Modell Pflege, bestehend aus dem Bachelorstudium Pflegewissenschaft an der PMU Salzburg, sowie dem allgemeinen Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Vöcklabruck. Derzeitige Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin auf einer konservativen bettenführenden Station im Bereich der Akutpflege.

Autorin

Ass. Prof.in Dr.in Manela Glarcher, MSc. BSc
wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit 13-jähriger Berufserfahrung in der Intensivpflege. Wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich der Ergebnismessung im Kontext komplexer pflegerischer Interventionen in verschiedenen Pflegeumgebungen wie Palliative Care, Advanced Nursing Practice, Demenzpflege und Primärversorgung sowie der Patientensicherheit

FAIR CARE IM 21. JAHRHUNDERT Ethische Aspekte[22]

Pflege in Zeiten von Corona

Wir erinnern uns noch gut an die ersten Wochen im Lockdown am Beginn der Corona-Pandemie und an die Bilder der Menschen, die den „Heldinnen und Helden des Alltags“, wie man sie nannte, auf Balkonen und an offenen Fenstern abends um 18 Uhr Beifall spendeten: den Verkäuferinnen und Verkäufern, Polizistinnen und Polizisten, den Ärztinnen und Ärzten, Sanitäterinnen und Sanitätern und ganz besonders den Pflegekräften, seien sie nun diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Pflegehelferinnen und -helfer oder Personen, die in der 24-Stunden-Betreuung tätig sind. Aus den Lausprechern der Polizeifahrzeuge, die durch die Straßen fuhren, tönte unsere heimliche Nationalhymne: Reinhard Fendrichs „I am from Austria“.

Über aller Gefühlsseligkeit im nationalen Schulterschluss, in dem sich auch die Regierung in täglichen Pressekonferenzen ausdrücklich an die Österreicherinnen und Österreicher wandte, ihre Folgsamkeit und Solidarität einforderte und für ihr mehr oder weniger vorbildliches Verhalten dankte, geriet meist ganz aus dem Blick, dass in diesem Lande mitnichten nur gelernte oder – wie ich – angelernte Österreicher und Österreicherinnen leben, sondern auch Menschen mit anderer Staatsbürgerschaft. Dass auch sie ein Teil unserer Gesellschaft und ihres kulturellen wie menschlichen Reichtums sind, dass auch sie in Österreich nicht nur leben und arbeiten, sondern auch Steuern zahlen und somit ihren Teil zum Gemeinwohl leisten, ging und geht in der patriotischen Rhetorik von den „Österreicherinnen und Österreichern“, die bis in die Nachrichtensendungen des ORF reicht, regelmäßig unter. Die politischen und gesellschaftlichen Folgen einer solchen Sprachpolitik, auch für die Integrationspolitik, wären ein Thema für sich. Warum nicht einfach von den Bürgerinnen und Bürgern oder der Bevölkerung dieses Landes sprechen?

„I am from Austria“: Für viele, die im Gesundheitswesen tätig sind, gilt das jedenfalls nicht. Und ein Großteil derer, die in der 24-Stunden-Betreuung arbeiten, hat hierzulande nicht einmal den Hauptwohnsitz, sondern führt ein Pendlerdasein zwischen ihrem Einsatzort und ihrem Heimatort in Rumänien, Polen oder in der Ukraine, wo die Familie, der Mann und die Kinder leben. Ja, ganz richtig: der Ehemann, nicht etwa die Gattin, denn 24-Stunden-Pflege ist weitgehend weiblich.

Ohne die vielen Frauen, „who are not from Austria“, würde das ganze Betreuungssystem in der mobilen Pflege zusammenbrechen. Als die Grenzen geschlossen wurden, um die Corona-Pandemie einzudämmen, wurde das allen bewusst, nicht nur den unmittelbar Betroffenen, den Pflegebedürftigen und ihren Familien, den Verantwortlichen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, sondern auch einer breiteren Öffentlichkeit, die normalerweise gar nicht so genau wissen will, wie eigentlich häusliche Pflege und Betreuung gemanagt und finanziert wird.

Nun aber begann man zu begreifen, was eigentlich in Zeiten der Krise „systemrelevante“ Berufe sind. Die Pflege, da sind sich alle einig, gehört dazu. Sie verdient Anerkennung und Wertschätzung. Und ja: Es reicht nicht, um 18 Uhr auf dem Balkon zu applaudieren. Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung müssen sich auch in einer angemessenen Bezahlung ausdrücken. Auch darüber herrschte in der Ausnahmesituation allgemeiner Konsens. Faire Löhne und eine Anerkennungsprämie sind das Mindeste. Aber es bräuchte auch attraktivere Dienstpläne, die wiederum nicht ohne Personalaufstockung funktionieren können. In der größten Not haben alle Verantwortlichen und die Bevölkerung zu all dem gern und rasch ja gesagt. Solche Forderungen und ihre Unterstützung sind allerdings wohlfeil, solange die Frage, wer denn am Ende die Rechnung bezahlen soll, auf später verschoben wird. Aus welchen Töpfen, ob ganz aus Steuermitteln oder doch besser über eine Pflegeversicherung, ob aus Mitteln des Bundes oder den Budgets der Länder und Gemeinden, gute Pflege finanziert werden soll – und das nicht etwa nur kurzfristig, sondern langfristig, also „nachhaltig“ wie man heute gern sagt – das ist eine Frage, für welche die Aufmerksamkeitsspanne der Öffentlichkeit zumeist nur kurz ist. Schnell schieben sich wieder andere Themen in den Vordergrund – bis dann irgendwann der nächste sogenannte „Pflegeskandal“ aufpoppt.

Und weil eben die meisten in der 24-Stunden-Betreuung tätigen Frauen nicht mitsingen können: „I am from Austria“, regt es kaum jemanden auf, dass für ihre im europäischen Ausland lebenden Kinder die Familienbeihilfe aliquotiert worden ist und nun auch der neu

eingeführte Familienbonus aliquotiert wird. Letzteres mit der systemimmanent bestechenden Logik, dass wer bei einer Ungleichbehandlung A sagt, nun auch B sagen muss.

Sie merken, wir befinden uns bereits mitten ins Thema „Fair Care im 21. Jahrhundert“ geführt, zu dem ich gebeten worden bin, als Ethiker zu sprechen. Allerdings möchte sogleich unterstreichen, dass zwischen Betreuung und Fachpflege, also den durch das GuKG gesetzlich geregelten Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, zu unterscheiden ist. Zwar ist auch die 24-Stunden-Betreuung wie die Fachpflege eine Form der Care-Arbeit. Aber es gilt nochmals zwischen Caring und Nursing zu unterscheiden. Ein weiterer Unterschied besteht zwischen Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege. Fair Care im 21. Jahrhundert betrifft nicht nur das Problem, wie die Bedarfe in den unterschiedlichen Bereichen von Pflege und Betreuung gedackt werden können. Es geht auch darum, zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen für Fairness zu sorgen, zum Beispiel bei der Bezahlung, und die Kooperation der Gesundheitsberufe zu verbessern.

Ich spreche nicht als Gesundheitsökonom, nicht als Politikwissenschaftler oder als Soziologe, auch nicht als Jurist – und schon gar nicht als Sozial- oder Gesundheitspolitiker. Die Frage, ob die Aliquotierung von Sozialleistungen im Bereich der Familienförderung europarechtlich und verfassungsrechtlich zulässig ist, fällt nicht in meinen Kompetenzbereich. Am Ende werden darüber die bereits angerufenen Gerichte zu entscheiden haben. Mich beschäftigen allerdings die grundlegenden Gerechtigkeitsfragen, die sich hier auftun. Im Rahmen meines Themas geht es vor allem darum, was Gerechtigkeit im Bereich der Pflege bedeutet, welche Gerechtigkeitsfragen sich auf diesem Feld des Gesundheitswesens stellen. Und weiter gefragt: Wieviel Markt und Wettbewerb ist im Gesundheitswesen überhaupt wünschenswert und im Sinne des Gemeinwohlgedankens zu vertreten?

Pflegeethik und Pflegeökonomie

Mit solchen Fragen begibt sich die Pflegeethik in das Gespräch mit der noch junge Disziplin der Pflegeökonomie.[1] Genau genommen müsste man von Pflegeökonomik sprechen, wie es im angelsächsischen Bereich üblich ist, wo die Disziplin „Nursing Economics“ heißt.[2] Während Ökonomie das wirtschaftliche Handeln in seiner Gesamtheit bezeichnet, ist Ökonomik die wissenschaftliche Disziplin, welche die Ökonomie zu ihrem Gegenstand hat. In der Fachliteratur wird aber nicht immer begrifflich unterschieden, weshalb ich im Folgenden bei der weithin üblichen Bezeichnung Pflegeökonomie bleibe.

Hierzulande steckt die Disziplin noch in den Kinderschuhen, während ihre Ursprünge im anglo-amerikanischen Raum 50 Jahre zurückreichen. Es handelt sich um eine neue Teildisziplin der Gesundheitsökonomie, die eine Nahtstelle zwischen Wirtschaftswissenschaft und Pflegewissenschaft bildet. Michael Wessels definiert sie als „volkswirtschaftliche Disziplin, die sich der Analyse wirtschaftlicher Aspekte des Pflegesystems widmet. Sie verwendet dazu Methoden und Theorien aus der Ökonomie und wendet diese unter Hinzuziehung der Erkenntnisse der Pflegewissenschaft an.“[3] Da die Gesundheits- und Krankenpflege nicht mehr eine bloße Hilfsdisziplin der Medizin ist und zudem zwischen Akutpflege und Langzeitpflege unterschieden werden muss, ist die Etablierung einer eigenen Disziplin Pflegeökonomie gerechtfertigt. Pflegebedürftigkeit ist für sich genommen keine Krankheit, sondern die mögliche Folge von Krankheit oder von Behinderung, wobei die Beeinträchtigungen körperlicher wie auch kognitiver oder psychischer Natur sein können. Zwar lassen sich Pflegeleistungen in der Akutpflege, wenn sie im Zusammenhang mit medizinischer Diagnostik, Therapie oder Rehabilitationsmaßnahmen stehen, ökonomisch in der Regel nur schwer von der kurativen Versorgung von Patientinnen und Patienten trennen. „Für Pflegeleistungen, die im Kontext der Langzeit-Pflege erbracht werden, ist hingegen eine isolierte Betrachtung nicht nur möglich, sondern auch erforderlich.“[4] Freilich kann es auch dann noch zu Überschneidungen kommen, wenn etwa ein Bewohner aus einer Pflegeeinrichtung aufgrund einer akuten Erkrankung in ein Spital verlegt werden muss. Neben der nun erforderlichen Akut-Pflege besteht weiterhin der Bedarf an langzeit-pflegerischer Versorgung.

Gesamtwirtschaftlich betrachtet ist der Pflegebereich ein Markt, der verglichen mit anderen Branchen überdurchschnittlich wächst. Während der Pflegebedarf in der Bevölkerung schon allein aufgrund der demographischen Entwicklung steigt, wächst zugleich der Mangel an Pflegekräften. Pflege ist somit

ein knappes Gut. Allokationsfragen, also die Frage, wie sich Ressourcen zur Erbringung von Pflegeleistungen bereitstellen lassen, und Fragen der Distribution, also die Frage, wie sich Pflegeleistungen bedarfsorientiert und gerecht an Pflegebedürftige zuteilen lassen, gewinnen somit an Schärfe. Dabei sind auch die Angehörigen pflegebedürftiger Personen mit in den Blick zu nehmen. Sie sind auf mehrfache Weise mit der Pflegebedürftigkeit konfrontiert, sei es als pflegende Angehörige, sei es, dass sie sich um die Organisation professioneller Pflege oder von Betreuung im häuslichem Umfeld oder um die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung zu kümmern haben. Und schließlich können sie auch bei der Finanzierung der Pflege eingebunden sein.

Grundsätzlich ist Pflegeökonomie an der Nahstelle zwischen Wirtschaftswissenschaft und Pflegewissenschaft deshalb vonnöten, weil professionelle Pflege ein knappes Gut ist und weil die Allokation und Distribution von Pflegeleistungen nicht einfach dem freien Spiel der Kräfte am Markt überlassen werden darf. Auch dürfen die Entscheidungsgrundlagen für Gesundheitspolitiker im Bereich der Pflege nicht allein von Gesundheitsökonomen erstellt werden, deren Modelle nicht den spezifischen Anforderungen und Rahmenbedingungen der Pflege gerecht werden. Und schon gar nicht dürfen gesundheits- und pflegepolitische Entscheidungsgrundlagen ohne Mitwirkung der Interessensvertretungen der Pflege erstellt werden. Ich möchte an dieser Stelle den ÖGKV ermutigen, seine gesundheitspolitische Rolle jenseits parteipolitischer Zuordnungen engagiert auszuüben. Er erfüllt damit nicht nur seinen berufspolitischen Zweck als Interessensvertretung, sondern leistet einen höchst notwendigen gesellschaftspolitischen Beitrag.

Man sollte auch die junge Disziplin der Pflegeökonomie nicht einfach unter dem negativ besetzten Stichwort der Ökonomisierung belegen. Ökonomisches Denken ist recht verstanden eine ethische Aufgabe, weil es keineswegs nur zur Gewinnmaximierung von Stakeholdern am Gesundheitsmarkt und der Kostensenkung etwa zu Lasten des Pflegepersonals eingesetzt werden kann. Es soll auch dazu dienen, die Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden und Strategien zu entwickeln, um Unterversorgung, aber auch Überversorgung und Fehlversorgung zu verhindern.

Das Schlagwort der Ökonomisierung weist allerdings auf die Gefahr hin, dass Medizin und Pflege unter die Räder einer auf Gewinnmaximierung und Kostendämpfung ökonomischen Logik geraten. Diese Gefahr besteht, und Beispiele dafür gibt es genug. Hier kommt die Pflegeethik ins Spiel. Wie die Pflegewissenschaft verfolgt auch die Pflegeethik einen systemischen Ansatz. Somit gehört zur Pflegeethik auch die wirtschaftsethische Analyse des Pflegesystems. Ethisch betrachtet hat die Wirtschaft dem Menschen zu dienen und nicht umgekehrt. Für die Pflege bedeutet das: Die Ökonomie soll für die Pflege, die patienten- oder klientenorientiert ausgerichtet ist, eine dienende oder unterstützende Funktion ausüben. Hinzukommt die ökologische Perspektive. Heute ist uns bewusst, dass die Menschheit ihr eigenes Überleben gefährdet, wenn sie die natürliche Umwelt rücksichtslos ausbeutet, statt auf nachhaltige Konzepte des Wirtschaftens zu setzen. Der Schutz der Umwelt, der Biosphäre und der biologischen Vielfalt gehören inzwischen auch in der Medizin- und Bioethik zu den Kernthemen.[5]

Seit den 1990er-Jahren lässt sich europaweit ein Paradigmenwechsel vom klassischen Wohlfahrtsstaat zum Sozialmarkt beobachten. Staatlich-dirigistische Lenkungsmechanismen wurden zugunsten von marktwirtschaftlichen Mechanismen zurückgedrängt, zumeist mit der Begründung, der Markt könne die Bedarfe von Patienten effizienter und flexibler decken. Er funktioniere kostenbewusster, was wiederum letztlich allen Bürgerinnen und Bürgern zugutekomme, weil auf diese Weise sparsamer mit Steuergeldern und Versicherungsbeiträgen gewirtschaftet würde. Auch die Forschung profitiere von marktwirtschaftlichen Anreizen.

Das Pro und Contra kann hier nicht im Einzelnen diskutiert werden. Aufhorchen lässt allerdings eine Ende Mai 2020 veröffentlichte Stellungnahme der deutschen nationalen Akademie Leopoldina. Sie trägt den Titel „Coronavirus-Pandemie: Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem“[6]. Darin heißt es: „Um in der jetzigen Situation handeln und zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können, muss das bestehende Gesundheitssystem weiterentwickelt werden: Benötigt wird ein patientenorientiertes, qualitätsgesichertes und nicht primär gewinnorientiertes System, das alle Mitarbeitenden wertschätzt, Innovationen und digitale Lösungen integriert und insgesamt durch eine enge Vernetzung mit der Grundlagen- und translatio-

nalen Forschung über eine hohe Resilienz verfügt.“[7] Nochmals zum Mitschreiben: Ein patientenorientiertes, qualitätsgesichertes und nicht primär gewinnorientiertes System. Und: Ein System, das alle Mitarbeitenden wertschätzt, also auch die Pflege. Die Leopoldina erinnert auch daran, dass „die Krankenversorgung in Krisensituationen und eine qualitätsgesicherte und wissenschaftsorientierte medizinische Versorgung der Bevölkerung“[8] eine staatliche Aufgabe ist, also nicht dem freien Spiel des Marktes und seiner Akteure übertragen oder überlassen werden darf.

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass das Schlagwort „Fair Care“ in den USA im Zusammenhang mit der politischen Diskussion um die Finanzierung eines bezahlbaren Gesundheitssystems entstanden ist, zu dem möglichst viele Menschen Zugang haben.[9] So entstand bekanntlich das heftig umkämpfte Projekt „Obama Care“. Glücklicherweise sind hierzulande die meisten Menschen in die Sozialversicherungssysteme integriert. Aber auch in Österreich gibt es Menschen ohne Versicherungsschutz, darunter nicht nur Geflüchtete ohne Asylstatus, die wir gerade jetzt in der Corona-Pandemie nicht vergessen sollten.

Die Covid-19-Pandemie hat uns dramatisch vor Augen geführt, dass „in einem Gesundheitssystem, das ein integraler Bestandteil der Daseinsvorsorge ist, grundsätzlich nicht die gleichen wirtschaftlichen Maßstäbe angelegt werden“ können „wie in der freien, wettbewerbsorientierten Wirtschaft“[10]. So ist auch die Bedürftigkeit besonders vulnerabler und marginalisierten Bevölkerungsgruppen zu beachten. Das schließt allerdings Reformbedarf nicht aus, wo Anreize für eine Fehl- oder Überversorgung gesetzt werden.

All das Gesagte gilt in besonderer Weise auch für die Pflege, die sich inzwischen zu einem Wachstumsmarkt entwickelt hat, auf dem eine Vielzahl von Anbietern auftreten und auch wirtschaftlich konkurrieren. Sie konkurrieren nicht nur um Kunden, sondern auch um Personal. Wie die medizinische Versorgung ist auch die pflegerische Versorgung der Bevölkerung grundsätzlich eine staatliche Aufgabe. Nicht nur aus ethischer, sondern auch aus pflegeökonomischer Sicht stellt sich die Frage, ob Pflegeleistungen auf Märkten gehandelt werden können wie beliebige andere Güter auch.

In seinem Buch „Was man für Geld nicht kaufen kann“ regt der amerikanische Philosoph Michael Sandel dazu an, die Rolle von Märkten zu überdenken. Neben der gesellschaftlichen Ungleichheit, die durch Märkte verstärkt werden kann, wenn diese nicht im Sinne der sozialen Marktwirtschaft reguliert werden, besteht das Problem der Korruption. Gemeint ist nicht nur die Zahlung von Schmiergeldern oder das „An-füttern“ von Politikern, sondern viel grundlegender die Korrosion zwischenmenschlicher Beziehungen. Sandel schreibt: „Manche Dinge werden beschädigt oder herabgesetzt, wenn man sie in Waren verwandelt.“[11] In dem Moment, wo wir nicht länger nur eine Marktgesellschaft haben, sondern durch und durch eine Marktgesellschaft sind, ist die Marktwirtschaft nicht länger ein neutrales Instrument zur Verteilung von Gütern, Waren und Ressourcen, sondern „eine Lebensweise, in der das Wertesystem des Marktes in alle Aspekte menschlicher Bemühung eingesickert ist. Sie ist ein Ort, an dem alle sozialen Beziehungen marktförmig geworden sind.“[12]

Eine Gesellschaft, die den Anspruch erhebt, human und solidarisch zu sein, muss sich in allen Lebensbereichen, also auch im Gesundheitswesen, die Frage stellen, was man für Geld nicht kaufen kann bzw. was man für Geld nicht kaufen können soll. Allerdings besteht immer auch die Gefahr, diese Frage ideologisch zu missbrauchen und so beispielsweise die Forderung nach einer angemessenen Entlohnung von professioneller Gesundheits- und Krankenpflege zu diskreditieren. Damit wären wir dann wieder am Anfang meines Vortrags, wenn nämlich gesagt werden sollte, gute Pflege lasse sich ja gar nicht mit Geld aufwiegen und solle als Akt der Nächstenliebe statt als professionell ausgeübte Dienstleistung verstanden werden. Lange genug sind Pflegepersonen in der Geschichte der Pflege unter dem Vorzeichen einer Ethik der Nächstenliebe ausgebeutet worden. Nun kann es gewiss keine gute Pflege ohne Empathie und Fürsorglichkeit geben. Kein Nursing ohne Caring, wie Konzepte der Care-Ethik betonen. Aber doch sind Fürsorglichkeit in persönlichen Beziehungen, zum Beispiel in der Familie, und Nursing als Profession zu unterscheiden.

Care Drain und Care Fair

Der Mangel an Fachkräften und Strategien zu seiner Beseitigung müssen auch in ihren internationalen Zusammenhängen betrachtet werden. Care Drain, also die Abwanderung von medizinischem und pflegerischem Personal, ist

eine besondere Form des Brain Drain. Er wirft Gerechtigkeitsfragen im globalen Maßstab auf.[13] Während der Corona-Pandemie zeigte sich beispielsweise in Serbien, wie der Abfluss von Ärzten in westeuropäische Länder zu Engpässen in der medizinischen Versorgung der heimischen Bevölkerung führt. Das ist kein momentanes, sondern ein strukturelles Problem. Der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn wirbt um Pflegekräfte für den deutschen Markt aus dem Kosovo. Ein weiteres Beispiel für Care Drain sind philippinische Pflegekräfte die zu Tausenden in den USA, aber auch in Österreich beschäftigt werden.[14] Im Jahr 2007 waren nach offiziellen Angaben knapp 7 Prozent aller hierzulande beschäftigten Pflegekräfte keine österreichischen Staatsbürger. 8,2 Prozent der Pflegekräfte in Krankenanstalten und 10,5 Prozent der in Alten- und Pflegeheimen tätigen Pflegepersonen waren im Ausland ausgebildet worden.[15] Die Pflegemigration verstärkt im globalen Maßstab das bestehende Ungleichgewicht zwischen Industrieländern und sogenannten Entwicklungsländern. Die Ethnologin Catherine Cenzia Choy hat errechnet, dass den zwei Dritteln der Weltbevölkerung, die in den Ländern des globalen Südens leben, nur 15 Prozent des weltweiten Pflegepersonals zur Verfügung stehen.[16] Weil die Migration das Ungleichgewicht weiter erhöht, spricht Choy vom Empire of Care und seinen dramatischen Folgen. Wenn medizinische Versorgung und Pflege zu den Grundgütern zählen, ist der Care Drain unter gerechtigkeitstheoretischem Gesichtspunkten hoch problematisch. Wenn wir über Care Fair im 21. Jahrhundert sprechen, geht es eben nicht nur um die Finanzierung und personelle Ausstattung des heimischen Gesundheitssystems oder um angemessene Bezahlung von Pflegefachkräften, sondern auch um die gesundheitspolitischen und ökonomischen Auswirkungen von Pflegemigration auf die Herkunftsländer. Zu den negativen Folgen gehört nicht nur der Verlust an Personal und die Schwächung der Gesundheitsversorgung, weil nun die Herkunftsländer fehlende Fachkräfte durch weniger qualifiziertes Personal ersetzen müssen. Der Care Drain führt außerdem zu einem Verlust an Bildungsinvestitionen und qualifizierten Lehrpersonal, wodurch auch die Forschung in den Herkunftsländern beeinträchtigt wird.

Care Drain kann freilich auch positive Auswirkungen auf die Herkunftsländer haben, etwa durch Geldüberweisungen an die Herkunftsfamilien. Länder können auch davon profitieren, wenn beispielsweise Pflegekräfte in einem Joint Venture zwischen Herkunfts- und Zielländern ausgebildet werden. So betreibt die in der Nähe von Nürnberg ansässige Diakonie Neuendettelsau eine Altenpflegeausbildung im rumänischen Hermannstadt/Sibiu.[17] Und im Gegenzug dafür, dass Pflegekräfte aus dem Kosovo angeworben werden, verpflichtet sich Deutschland in einem 2019 geschlossenen Abkommen, den Kosovo beim Aufbau seines Gesundheitssystems zu unterstützen.[18] Care Drain und seine negativen wie positiven Folgen sind jedenfalls nicht nur ein pflegeethisches und sozialethisches Thema, sondern auch eine der globalen pflegeökonomischen Fragestellungen im 21. Jahrhundert. Sie sind sicher auch eine der großen Zukunftsfragen für die Arbeit von Berufsverbänden wie den ÖGKV.

Und damit komme ich nochmals auf die 24-Stunden-Betreuung zu sprechen. Transnational tätige Care-Arbeiterinnen sind einerseits öffentlich weithin unsichtbar, sieht man von der Krisenstimmung am Beginn des Lockdown in der Corona-Pandemie ab. Auch institutionell stehen sie zumeist nicht im Fokus. Sie werden geduldet oder bewegen sich in einer Grauzone, werden aber nicht adressiert. Die evangelische Diakonie in Württemberg versucht diesem Zustand mit einem „FairCare“ genannten Projekt entgegenzuwirken, das 2011 gestartet wurde.[19] Die Caritas betreibt ein entsprechendes Projekt unter dem Namen „CariFair“.[20] FairCare und CariFair vermitteln legale Betreuungskräfte und garantieren die Einhaltung der gesetzlichen Standards des Arbeits- und Sozialschutzes. Erwähnt sei schließlich noch die FairCare-Plattform, die aus einem internationalen Forschungsprojekt hervorgegangen ist, an dem die Universität Innsbruck und neun weitere Partner aus der EU und der Schweiz beteiligt gewesen sind.[21] Die Plattform beruht auf einem Social-Franchise-System, was bedeutet, dass die Plattform von Hilfs- und Pflegeeinrichtungen sowie Beratungsstellen als Franchisenehmern betrieben werden soll. Gefördert wird das Projekt durch das AAL Joint Programme, das die Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen auf der Basis von Informations- und Kommunikationstechnologie vorantreiben soll.

Hier zeigt sich nun, wie der Gedanke von Care Fair mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen, also auch in der Pflege, zusammengeht. Wenn wir von zukunftsträchtigen Lösungen für den Pflegebedarf einer alternden Ge-

sellschaft sprechen, wird die Digitalisierung zunehmend eine Rolle spielen, nicht nur bei der Pflegedokumentation, sondern auch bei der Vernetzung von Care-Angeboten im ambulanten Bereich. Digitalisierung ist freilich kein Selbstzweck. Vielmehr kommen auch hier wieder ethische Fragen ins Spiel: Wer sind die Nutznießer digitaler Lösungen? Wer wird inkludiert oder ausgeschlossen? Was ist bezahlbar, und wer kommt für die Kosten auf? Wie wird die Patientenzentriertheit sichergestellt? Wie lässt sich erreichen, dass die Digitalisierung der Qualitätssicherung und -verbesserung in der Pflege dient und nicht nur der Kostenreduktion?

In all diesen Diskussionen braucht es die kompetente Stimme der Pflege und ihrer Interessenvertretungen. Fair Care im 21. Jahrhundert braucht Organisationen wie den ÖGKV.

Fußnoten

[1] Vgl. Michael Wessels, Pflegeökonomie, Berlin 2019.

[2] Vgl. Günter Thiele, Ökonomik des Pflegesystems, Heidelberg 2004.

[3] M. Wessels, a.a.O. (Anm. 2), S. 20.

[4] Ebd., S. 16.

[5] Vgl. Bioethik Kern-Curriculum, Abschnitt 1: Lehrplan Ethik-Ausbildungsprogramm, hg. v. der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) und dem UNESCO Lehrstuhl für Bioethik an der Medizinischen Universität Wien (Christiane Druml), Wien 2016, S. 74–76. Siehe auch Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (2005), Artikel 17 (Text online unter https://www.unesco.de/sites/default/files/2018-03/2005_Allgemeine%20Erkl%C3%A4rung%20%C3%BCber%20Bioethik%20und%20Menschenrechte.pdf sowie http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/Bioethik-Erklaerung-2006.pdf [letzter Zugriff am 21.8.2020]).

[6] Text unter https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_05_27_Stellungnahme_Corona_Gesundheitssystem.pdf (letzter Zugriff: 21.8.2020).

[7] Leopoldina, a.a.O. (Anm. 7), S. 3.

[8] Ebd., S. 2.

[9] Vgl. J. Patrick Rooney/Dan Perrin, America's Health Care Crisis solved. Money-saving Solutions, Coverage for Everyone, Hoboken, NY 2008, bes. S. 43ff. (Chapter 5).

[10] Leopoldina, a.a.O. (Anm. 7), S. 5.

[11] Michael Sandel, Was man für Geld nicht kaufen kann. Die moralischen Grenzen des Marktes, Berlin 2012, S. 17.

[12] Ebd., S. 18.

[13] Vgl. Muge Akpinar-Elci/Omur Cinar Elci/M. Murat Civaner, Care Drain, in: Henk ten Have H. (ed.), Encyclopedia of Global Bioethics, Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-09483-0_68, 16.7.2016 (letzter Zugriff: 22.8.2020); Lukas Kaelin, Care drain: The political making of health worker migration. Journal of Public Health Policy, 32, 2011, S. 489–498.

[14] Vgl. Julia Inthorn/Lukas Kaelin/Michael Ridder, Gesundheit und Gerechtigkeit. Ein interkultureller Vergleich zwischen Österreich und den Philippinen (Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 4), Wien 20, S. 123ff.

[15] Zahlen nach J. Inthorn/L. Kaelin/M. Ridder, a.a.O. (Anm. 15), S. 135f. unter Verweis auf Maureen Lenhart/August Österle, Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven, ÖPZ 12, 2007, S. 8–11.

[16] Vgl. Catherine Cenzia Choy, Empire of Care. Nursing and Migration in Filipino American History, Durham/London 2003. Siehe auch J. Inthorn/L. Kaelin/M. Ridder, a.a.O. (Anm. 15), S.136f.

[17] Vgl. http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Altenpflegeausbildung-in-Hermannstadt-Diakonie-Neuendettelsau-erweitert-ihr-Angebot-in-Rumaenien (letzter Zugriff: 22.8.2020).

[18] Vgl. https://www.zeit.de/politik/deutschland/2019-07/pflegenotstand-jens-spahn-kosovo-pflegekraefte-arbeitsplaetze-zusammenarbeit (letzter Zugriff: 22.8.2020)

[19] Vgl. Christiane Bomert, Transnationale Care-Arbeiterinnen in der 24-Stunden-Betreuung. Zwischen öffentlicher (Un-)Sichtbarkeit und institutioneller (De-) Adressierung, Wiesbaden 2020, S.140.

[20] Vgl. Chr. Bomert, a.a.O. (Anm. 20), S. 233.

[21] Informationen unter www.fair-care.eu (letzter Zugriff: 21.8.2020).

[22] Vortrag anlässlich der Verabschiedung von Präsidentin Ursula Frohner im Rahmen der Festveranstaltung des ÖGKV zum Internationalen Tag der Pflegenden am 25.9.2020 in Wien.

Autor

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner
Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: http://etfst.univie.ac.at/über-uns/team/ulrich-koertner

Mariendistel

Silybum marianum

Schon seit der Antike gegen Galle- und Leberleiden eingesetzt, ist die unscheinbare Mariendistel auch heute noch DAS Kraut, das bei sämtlichen Leberkrankheiten und Knollenblätterpilzvergiftungen medizinisch eingesetzt wird.

In unseren Breiten zwar ursprünglich nicht heimisch, fühlt sie sich bei uns dennoch wohl, was den erfolgreichen Anbau in manchen Gebieten des Wein- und Waldviertels bestätigt.

Leider steigt die Zahl der an Fettleber erkrankten Menschen und das nicht nur wegen erhöhtem Alkoholkonsum, sondern vermehrt aufgrund Fehlernährung, was das Gesundheitsbewusstsein unserer aktuellen Gesellschaft zum Teil widerspiegelt.

Eine gesunde Ernährung und vor allem die Schalen der Früchte der Mariendistel können hier schon vieles gut machen.

Österreichs Arzneipflanze 2021.

Der Legende nach fielen ein paar Tropfen der Milch von Jungfrau Maria auf die Pflanze wodurch die charakteristische weiß-grüne Marmorierung entstand, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann.

Früher wurde die Mariendistel Carduus marianum L. genannt, wobei „Carduus“ die lateinische Bezeichnung für „Distel“ ist.

Der jetzige botanische Name lautet Silybum marianum L. „silybon“ (lat.) = „Quaste“ – was vermutlich auf die Form des Blütenkopfes zurückzuführen ist und „marianum“ = nimmt Bezug auf die Jungfrau Maria.

Weitere umgangssprachliche Namen

Leberdistel, Christi Krone, Fieberdistel, Milchdistel, Marienkörner, Stichsamen, Stichsaat, Gallendistel, Frauendistel, Heilandsdistel, Magendistel, Venusdistel, Weißdistel

Beschreibung

Die Mariendistel ist eine Vertreterin der Korbblütler (Asteraceae) und ursprünglich aus Südeuropa, Kleinasien und Nordafrika. Bei uns ist sie mittlerweile auch verbreitet, wobei das bis zu 2m hohe Kraut nicht winterhart ist.

Die Aussaat findet Mitte März bis Mitte April statt. Das Kraut hat geringe Ansprüche an den Boden und liebt einen sonnigen, nicht allzu feuchten Standort.

Auf dem grünen, meist glatten oder leicht flaumigen Stängel sitzen dornig, gezähnte Blätter.

Ende Juni bis Anfang Juli sind die violetten, purpurfarbenen, manchmal auch weißen Blütenköpfe in voller Pracht zu sehen, die von dornigen Hüllblättern umgeben werden. Die Früchte („Achäne“) mit ihren Flugschirmchen („Pappus“) sind 6-8 mm lang und besitzen eine braunschwarze Schale, die den wertvollen Inhaltsstoff „Silymarin“, ein Gemisch auch Flavanolignanen, enthalten.

Genutzt kann das gesamte Kraut werden – so richten sich auch die Sammelzeitpunkte. Die Früchte werden im August / September gesammelt. Medizinisch verwendet werden die reifen, vom Pappus (Flugschirm) befreiten Früchte.

In Deutschland wird die Mariendistel bereits seit den 1930ern kultiviert, in Österreich seit Mitte der 1980er – vorwiegend im Wald- und Weinviertel.

Die blühenden Mariendisteln sind ein beliebtes Bienenfutter. Aber auch unter den Vögeln ist das Kraut beliebt. Der Distelfink tänzelt geschickt auf den abgeblühten Blüten und pickt sich die reifen Früchten heraus.

(C) H.Brauer

(C) tunedin

Hauptinhaltsstoffe
Silymarin, ein Gemisch aus Flavonolignane ist der Hauptinhaltsstoff von dem sich 1,5 - 3% in den Samenschalen befindet, der für die wissenschaftlich bestätigte Wirkung verantwortlich ist. Auch die Blätter beinhalten diesen Stoff, jedoch in einer sehr geringen Konzentration.

Im Detail ist Silymarin wie folgt aufgeschlüsselt: ca. 50% Silibinin und Isosilibinin, Silychristin, Silydianin (je 25%)).
Weitere Inhaltsstoffe: Coniferylalkoholderivate (Dihydrodiconiferylalkohol), Flavonoide (Taxifolin, Quercetin, u.a.), ca. 0,6% Phytosterole (u.a. Sitosterol), ca. 20-30% Eiweiß und ca. 20% fettes Öl (Linolsäure ca. 60%, Palmitinsäure ca. 7-9%).

Wirkung
Das Silymarin unterbindet die Zerstörung der Leberzellen, steigert die Produktion neuer Leberzellen (stimuliert die Zellregeneration) und erhöht die Konzentration an Glutathion, einer Aminosäure, die den Prozess der Entgiftung toxischer Stoffe und der Verarbeitung von Hormonen fördert. Die Mariendistel gilt vor allem als Lebermittel. Sie wird vorrangig dazu verwendet, vor Schäden an Leberzellen aufgrund von erhöhtem Alkoholkonsum, Drogenkonsum, allgemeinen Vergiftungen, Hepatitis und Pilzvergiftungen zu schützen.

Silibinin bindet Proteine der Zellmembran, wodurch Lebergifte nicht mehr in die Zelle eindringen können.

Generell hat Silibinin eine antioxidative und entzündungshemmende, antivirale Eigenschaften.

Für die medizinische Anwendung werden standardisierte Extrakte mit definiertem Gehalt an Flavonolignanen verwendet.

Pharmakokinetik von Silibinin: bei oraler Applikation beträgt die Bioverfügbarkeit von Silibinin beim Menschen 20-40%. Bereits nach 2-3 Stunden ist der Höchststand im Blut messbar und wird vorwiegend über die Galle ausgeschieden. Der Rest (ca. 3 – 7%) wird über den Urin ausgeschieden. Silibinin akkumuliert nicht – d.h. es wird nicht im Körper abgelagert („steady state“ am 2. Tag).

Knollenblätterpilzvergiftung
Der Knollenblätterpilz enthält sehr starke Lebergifte, die in kurzer Zeit eine große Anzahl der Leberzellen zerstören.
In 30% der Fälle endet die Vergiftung tödlich, mit vorangegangenen Bauchschmerzen, Erbrechen und übel riechendem Durchfall. Studien in Österreich, der Schweiz, Frankreich und Deutschland haben ergeben, dass die Sterblichkeit mittels Silymarin, auf 10% reduziert werden konnte.

Positive Monographien
Positiv-Monographie der Kommission E, ESCOP und der WHO bei Anwendung bei toxischen Leberschäden in der unterstützenden Behandlung von chronisch-entzündlichen Lebererkrankungen sowie Leberzirrhose liegen vor.

Nebenwirkungen
Diese wurden in einem sehr geringen Maße, auch in hohen verabreichten Dosen, festgestellt. Zusammenfassend wurde von der ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy) aus Daten von rund 5.000 Patienten ausgewertet. Circa 2% hatten milde Nebenwirkungen in Form von Durchfall, Kopfschmerzen, Juckreiz.

Einnahme
Da die Hauptbestandteile nicht

wasserlöslich sind, lässt sich am besten ein Extrakt, Pulver oder eine Tinktur herstellen.

Volksheilkunde
Historisch gesehen galt die Mariendistel vorrangig als Mittel für die Milz und das Lymphsystem und erst als weiteres Einsatzgebiet wurde sie bei Leberleiden herangezogen. Mittlerweile wird es prior bei Leberschäden und Knollblätterpilzvergiftungen genutzt.

Die Mariendistel ist der Signaturenlehre nach den Organen Niere, Milz, Galle, Darm, Herz zugeordnet.

Historisches
Im Altertum schon würdigte man die Mariendistel als Nahrungs- und Heilpflanze. Plinius (ca. 23 – 79 n.Chr.) empfahl den Saft der Pflanze mit Honig vermischt zum „Abführen von Galleflüssigkeit".

Auch Hildegard von Bingen (1098 – 1179) erwähnte das Kraut in ihrem Buch „Physica": „ Aber die Mariendistel enthält Kälte, die vom Tau stammt, und ist sehr nützlich. Wenn also jemand am Herzen oder an einem anderen Ort oder an seinem seiner Glieder am Stechen leidet, soll er Mariendistel nehmen und etwas weniger vom Langohrigen Salbei und das in ein bisschen Wasser zu Saft machen. Den soll er sofort, wenn er vom Stechen gequält wird, so trinken, und es wir ihm besser gehen."

Im Mittelalter wurde die Mariendistel besonders gründlich untersucht und bei „Behinderungen" im Bereich von Milz und Leber verabreicht. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts jedoch wurde sie immer mehr von exotischeren Heilpflanzen verdrängt.

Später wurde durch Johann Gottfried Rademacher (deutscher Arzt, 1772 – 1850), beschrieb erstmals, dass die besonders wertvollen Inhaltsstoffe vor allem in der Samenhülle vorzufinden sind. Aufgrund seiner Erfahrungen mit dem Kraut wurde es zu dem präferiertem Heilmittel bei Gallenkoliken, Leber- und Milzleiden.

Die Erfahrungsberichte und Schriften von Rademacher über die Mariendistel wurden vom londoner Homöopathen James Compton Burnett aufgegriffen. Ein 16jähriges Mädchen, das nach einer schweren Diphterie- und Windpockenerkrankung ständig erbrechen musste, wurde von Burnett untersucht, der angeschwollene Milz und Leber entdeckte, was Ursache für das Erbrechen war. Mittels Urtinktur aus den Samen der Mariendistel konnte er eine vollständige Genesung des Mädchens erreichen, was die Manifestation der Mariendistel bis heute in Deutschland in der Homöopathie bedeutete.

Sagenumwobenes & Brauchtum
Gebährende Tiere bekamen oft vor der Geburt Mariendistel, um die Leberbelastung zu reduzieren und die Milchproduktion rascher anzukurbeln.

Kulinarik
Sogar in der Küche kann die Mariendistel genutzt werden. Früher wurden die Blätter ganzjährig als Salat genutzt – natürlich sollten dafür die Dornen abgeschnitten werden.

Aber auch die Blüten, die Artischocken ähneln, die Stängel und die Früchte sind kulinarisch nutzbar – kurzum: das gesamte Kraut findet Einsatz in der Küche.

Ein bekömmlicher Mariendistel-Tee wird zur Geschmacksverbesserung noch mit Pfefferminze oder Fenchel gemischt.
Circa ½ TL zerkleinertes Kraut für eine Tasse Tee. Täglich 2-3 Tassen trinken.

Homöopathie
In der Homöopathie ist die Mariendistel noch unter dem alten Namen (Carduus marianum) bei wiederkehrenden Gallen- und Leberbeschwerden mit Übelkeit, Völlegefühl und Appetitlosigkeit sowie Gallenkoliken, Verstopfung und Schmerzen im Oberbauch im Einsatz (niedrig dosierte Potenzen D4, D6 und D12 werden hierzu empfohlen).

Wissenschaftliche Bestätigung
Pharmakologische Forschungen über die Mariendistel und die darin wirksamen Inhaltsstoffe begannen etwa um 1960. Es stellte sich dabei heraus, dass nicht nur ein einziger isolierter Wirkstoff dafür verantwortlich ist, sondern ein Gemisch aus Substanzen, die Flavonolignane, dem Silymarin.

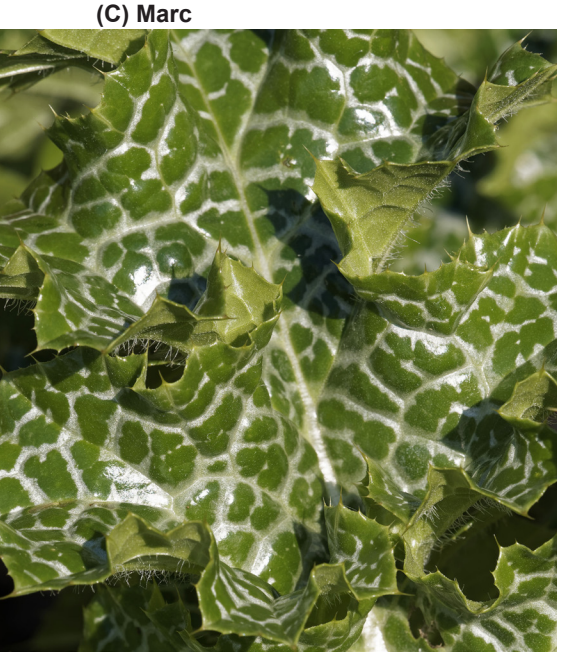
Tierversuche zeigten, dass Silymarin auch den Zuckerstoffwechsel positiv beeinflusst und cholesterinsenkend wirkt.[i]

Silibinin induziert die Apoptose, den programmierten Zelltod, verschiedener Krebszellen.[ii]

Weitere Studien liegen vor, dass Extrakte der Samenschalen der Mariendistel die Replikation des Hepatitis-C-Virus hemmen kann. [iii]

Natürlich wird gerade in diesen Zeiten auch die Wirksamkeit der Mariendistel bei Covid-19 untersucht. Vor allem in Hinblick auf die Virenreplikation, als auch auf den Zytokinsturm. Mit Zytokinsturm ist die unkontrollierte Freisetzung von

(C) Marc



Zytokinen gemeint - eine Überreaktion der körpereigenen Abwehr.) [iv]

Neuere Studien zeigen, dass Silymarin auch den Zucker- und Lipidstoffwechsel positiv beeinflusst, dass Silibinin die Apoptose induziert, den Stresshormonwechsel beeinflusst und antivirale Effekte besitzt.

Im Zuge der Pressekonferenz zur Arzneipflanze des Jahres wurde von Frau Dr. Annette Jänsch, Internistin an der Hochschulambulanz für Naturheilkunde der Charité, der Einsatz der Mariendistel im klinischen Bereich präsentiert und mit Studien untermauert.

Immer mehr Menschen erkranken an einer nicht alkoholischen Fettleber (NAFL), wofür die Ursache meist falsche Ernährung, fehlende Bewegung ist.

Viele neue Erkenntnisse kurbeln weitere Untersuchungen und Forschungen an und lassen hoffen, dass der Trend der Akzeptanz der Naturheilkunde, kombiniert mit der modernen Medizin, weiter steil bergauf geht.

Arzneipflanze des Jahres:
Kriterien für die Auswahl

- Bezug zu Österreich
- wissenschaftlich aktuell interessant: neue Studien, Forschungsthema eines Instituts,
- Stimulation von Forschung, Würdigung von vorliegenden Ergebnissen
- Bedeutung in der Medizin und Pharmazie
- wirtschaftliche Bedeutung
- neue Indikationsgebiete
- aktuelles zu Qualität- oder Anbau
- ausgeschlossen wurden in Deutschland ausgerufene „Arzneipflanzen des Jahres“ der letzten Jahre

Quellen:
Die Weisheit der Pflanzen: Überliefertes Heilwissen für die Praxis von heute, Matthew Wood, AT Verlag (ISBN: 978-3038005810), 1. Auflage, 2012

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

Hildegard von Bingen Werke – Band V, Heilsame Schöpfung – Die natürliche Wirkkraft der Dinge – Physica, Beuroner Kunstverlag (ISBN: 978-3-87071-271-6), 3. Auflage, 2020

Kheiripour N, et al., J Basic Clin Physiol Pharmacol. 2018; 29(3):301-308)

[i] Kheiripour N, et al., J Basic Clin Physiol Pharmacol. 2018; 29(3):301-308)

[ii] Si L, et al., arch Biochem Biophys. 2019; 671:42-51; Yu Y, et al. Free Radic Res. 2019; 53(7):714-726. Binienda A, et al. Anticancer Agents Med Chem. 2020; 20(15):1787-1796)

[iii] Ahmed-Belkacem et al., 2010; Polyak et al., 2010; Wagoner et al., 2010 in Navarro & Montilla, 2012).

[iv] Bosch-Barrera J, Martin-Castillo B, Buxó M, Brunet J, Encinar JA, Menendez JA. Silibinin and SARS-CoV-2: Dual Targeting of Host Cytokine Storm and Virus Replication Machinery for Clinical Management of COVID-19 Patients, J Clin Med. 2020 Jun 7;9(6): 1770; https://doi.org/10.3390/jcm9061770

Autorin & Links

www.gartenstrawanzerin.at

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

Advanced Nursing Practice

MSc

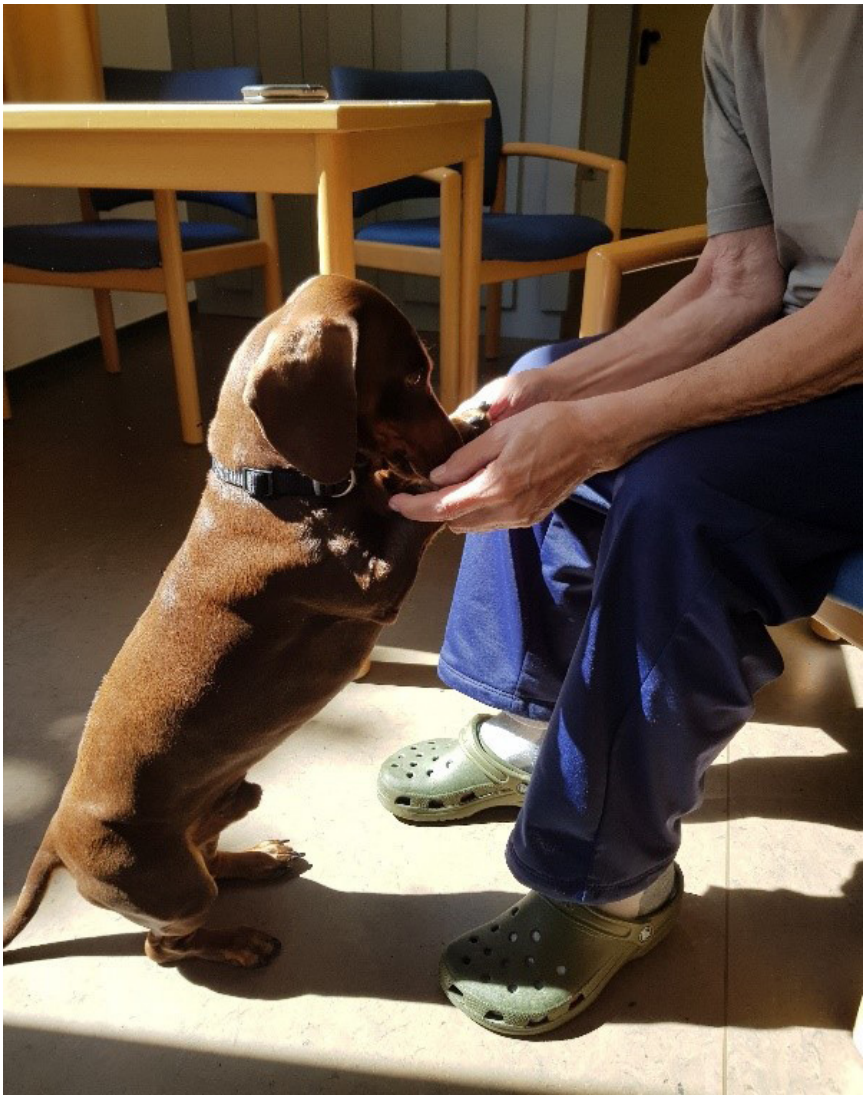
Umfang und Abschluss: 4 Semester, 120 ECTS, Master of Science
Organisationsform: berufsbegleitend, in Blöcken von 3 bis 4 Tagen
Beginn: Mitte September 2021
Studienort: Campus Rudolfinerhaus Wien
Kosten: € 11.500 zzgl. gesetzl. ÖH-Beitrag

Mag.ª Christina Zlamala | c.zlamala@campus-rudolfinerhaus.ac.at
Tel. +43 (0)1 360 36 - 6520 | www.campus-rudolfinerhaus.ac.at

FACHHOCHSCHULE WIENER NEUSTADT

CAMPUS RUDOLFINERHAUS

(C) Redzinski



Vier kurze Beine, treue Augen, großer Effekt

Hundegestützte Therapie in der Gerontopsychiatrie

Wenn der Kurzhaardackel Kurt seinen Dienst auf der Station beginnt, warten bereits die ersten Klient*innen gespannt im Zimmer, bis sie ihn freudig über den Flur trippeln hören. Kurt gehört seit Mai 2019 zum therapeutischen Team der Station 14c, einer offen geführten milieutherapeutischen Station der gerontopsychiatrischen Abteilung des LVR- Klinikums Düsseldorf. Besonders faszinierend ist die Wirkung des Hundes auf die Klient*innen.

Zu Beginn des Projektes legten wir eine Verhaltensprüfung nach dem geltenden Landeshundegesetz Nordrhein-Westfalen ab, die bestätigte das Kurt sozialverträglich ist und kein Gefährdungspotential von ihm ausgeht sowie dass das Vertrauensverhältnis zwischen mir als Hundeführerin und Kurt gefestigt ist. Kurt wurde gemäß den Vorgaben des Kynologischen Interessenverbandes eine Eignung als Therapiebegleithund attestiert. Darüber hinaus wurde in Zusammenarbeit mit den Hygienebeauftragten der Klinik, dem Gesundheitsamt Düsseldorf und Leitungsverantwortlichen eine Konzeption zur Tiergestützten Therapie in der Gerontopsychiatrie (Redzinski, 2019). Das Konzept basiert auf den Grundvoraussetzungen an Hund und Halter, im Einklang der gesundheitlichen Anforderungen des Hundes und der Hygienevorschriften (Kahlisch 2014).

Um zu Beginn ein kurzes Beispiel für das gute Vertrauensverhältnis zwischen Hund und Halterin zu nennen: Ein Klient, der im Tagesraum urplötzlich kollabierte, stupste der Hund mit seiner Nase die Hand und die Wange des Klienten. Der Hund wurde sofort aus der Situation genommen, weil diese unklar war. Es stellte sich heraus, dass der Klient aufgrund niedrigen Blutdrucks kollabiert war und so auch schnell wieder bei Bewusstsein war. Kurt reagierte auf das Kommando sofort und begab sich in seinen Rückzugsort, während der Klient versorgt wurde.

Ziele des Projektes sind die Ablenkung von aktuell erlebten Defiziten und Problemen, die Förderung von Aktivität und der Körperwahrnehmung sowie das Verringern von Isolation und das Gefühl von Einsamkeit (European Society for Animal Assisted Therapy, 2011). Dabei geht es in erster Linie nicht darum, dass der Hund eine spezielle Therapie durchführt, sondern vielmehr seine Besitzerin bei der Arbeit begleitet und durch gezielten niederschwelligen Einsatz für positive Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten der Klient*innen (psychisch als auch physisch) sorgt. Dabei geht es nicht nur um das Wohlbefinden der Klient*innen, es ist stets auch das Wohlbefinden des Tieres zu berücksichtigen (Röger-Lakenbrink, 2018). Nach wie vor geht Kurt mit viel

Freude seiner Arbeit nach und wird auf der Station von den Klient*innen, dessen Angehörigen als auch von dem interdisziplinären Team durchweg positiv angenommen.

Bei Klient*innen mit Depressionen, die eine Freudlosigkeit empfinden und affektstarr wirken, kann beobachtet werden, dass diese plötzlich lächelnd auf den Hund zugehen oder sich sichtlich freuen, wenn Kurt sie begrüßt, sie in einer mit ihm spielen oder Gegenstände verstecken und durch den Hund suchen lassen oder ihm dabei zusehen. Hier nehmen die Klient*innen häufig wahr, dass sie sich doch noch besser bewegen können, leistungsfähiger sind als sie dachten und sie sich mit den anderen gut austauschen können. Sehr häufig können sie auch in der Interaktion mit dem Hund herzlich lachen und wirken unbeschwert. In den Reflexionsrunden am Schluss können die Klient*innen dies häufig auch selbst benennen oder melden dies untereinander zurück.

An dieser Stelle ist ein Zitat eines Klienten, der mit einer schweren depressiven Episode zur Aufnahme kam und es sehr schwer war, mit ihm in Kontakt zu treten, weil er nicht kommunizieren wollte, zu betonen. Als er Kurt das erste Mal begegnete, suchte er sofort den Kontakt. Der Hund reagierte sofort und suchte ebenfalls Kontakt. So streichelte der Klient den Hund, begann plötzlich zu weinen und zu sprechen: „Du kleiner Mann zeigst mir, dass ich doch noch etwas in mir habe, was ich glaubte, verloren zu haben. Du bist mein Retter.“ Im weiteren Verlauf war der Klient bereit, auch mit uns zu kommunizieren. Er berichtet, sich innerlich tot und ohne Gefühl empfunden zu haben. Er habe dies nie mitteilen wollen oder können, denn schließlich wolle keiner mit einem solchen Menschen reden, so seine Auffassung.

Weitere Beispiele für Hundegestützte Interventionen können Gesprächsrunden über eigene Erfahrungen und Erlebnisse mit Tieren, über die Beziehung von Menschen und Tieren, über Eigenschaften, Verhalten und Erziehung von Hunden sein. Spiele, die die kognitiven Fähigkeiten der Klient*innen fördern, in den der Hund miteingebunden ist (wie zum Beispiel bei einem Quiz, wer die Frage richtig beantwortet, darf den Kurt belohnen oder ihn einen Trick vorführen lassen und dann belohnen). Aber auch Förderung der Sinneswahrnehmung durch körperlichen Kontakt, durch Streicheln, die Wärme und das Fell des Hundes spüren und beispielsweise beschreiben lassen.

An den Tagen, an denen der Hund auf der Station ist, ist mehr Aktivität der Klient*innen zu verzeichnen. Auch Klient*innen mit ausgeprägten Rückzugstendenzen kommen an diesen Tagen vermehrt in die Gemeinschaft. Sie nehmen so mehr am Stationsalltag teil, denn der Hund ist auch außerhalb des tierischen Therapieangebotes ein beliebtes Gesprächsthema. Bei Klient*innen mit ausgeprägtem Morgentief ist die Anwesenheit des freudigen Dackels am Morgen häufig Grund genug, das Bett doch zu verlassen und aufzustehen. Bei Klient*innen mit kognitiven Störungen zeigt sich der Einsatz von Kurt durchweg positiv. Gerade wenn die Klient*innen ihre kognitiven Defizite selbst bemerken und dadurch eher introvertiert und kontaktarm sind, suchen sie Kontakt zu Kurt und beginnen zu reden. Die Themen reichen von Erinnerungen bis hin zu monolog-geführten Gesprächen mit dem Hund, der sich meist vor die erzählende Person setzt und sie aufmerksam anschaut oder sich dabei auch gerne streicheln lässt. Dieses Hinsetzen und Anschauen der Klient*innen hatte auch auf unruhige und in zwei Fällen auch bei dysphor-gereizten Klient*innen eine beruhigende Wirkung. In diesen beiden Fällen waren die Klient*innen so gereizt, dass weitere Kommunikation durch Pflegepersonal die Situation nicht beruhigen konnte. Als Kurt dazu kam und sich ruhig zu den Klient*innen in den Tagesraum setzte, beruhigte sich die Lage binnen weniger Minuten.

Die beruhigende Wirkung konnte auch in einigen Aufnahmesituationen, in denen Kurt lediglich anwesend war, beobachtet werden. Er lag in seinem Rückzugsort und konnte durch die Klient*innen beobachtet werden, während diese über ihre aktuelle Situation berichteten. Viele Klient*innen meldeten

nach diesem Gespräch bereits Positives über den Einsatz des kleinen Dackels zurück. Durch die Anwesenheit von Kurt konnten eine vermehrte Kommunikation und Achtsamkeit bei den Klient*innen untereinander beobachtet werden. Beispielsweise machten es sich Klient*innen zur Aufgabe, darauf zu achten, dass der auch flinke Dackel nicht die Station verlässt, wenn er sich mit dem Pflegepersonal unbemerkt aus dem Büro geschlichen hatte, um auf „seiner Station“ nach dem Rechten zu sehen. Sie erinnerten heraus- oder hereingehende Klient*innen die Stationstüre zu schließen. Begleitete Spaziergänge sind in Begleitung von Kurt viel attraktiver als, wenn das Pflegepersonal zum Spaziergang anregen möchte. Es wird seitens der Klient*innen aktiv gefragt, zu welcher Zeit der Hund spazieren geht.

Dies zeigt ein wieder aktiviertes Verantwortungsbewusstsein der Klient*innen und eine gewisse Fürsorge dem Tier gegenüber. Kurt hat ein Gespür für Klient*innen, die im Stationsalltag durch ihren Rückzug oder ihre stille Art häufig untergehen. Er sucht Kontakt zu diesen, beispielsweise bei den Rundgängen durch das Personal, indem er an der Türe zunächst verharrt, weil ihm der Zutritt nicht gestattet ist (Regeln des Konzeptes) und dann wieder zu diesem Zimmer zurückkehren möchte, weil Klient*innen ohne Beschäftigung im Zimmer sind, teilnahmslos sitzen oder im Bett liegen. Bei Klient*innen, welche sich im Zimmer beschäftigen konnte dieses Verhalten bei Kurt nicht beobachtet werden.

Insgesamt konnten bisher nur positive Erfahrungen mit dem Einsatz des Hundes auf der Station gemacht werden. Auch Klient*innen, die der Anwesenheit des Hundes auf der Station zustimmten, jedoch ein aktives Therapieangebot mit dem Hund zunächst ablehnten, konnte im Laufe der Zeit durch die beobachtete Freude anderer Klient*innen Neugierde geweckt werden, sodass sie häufig doch zu einem späteren Zeitpunkt den Wunsch der Teilnahme äußerten. Eine aktive Teilnahme beziehungsweise ein aktives Handeln seitens der Klient*innen ist nicht immer erforderlich, um von der hundegestützten Therapie profitieren zu können, auch Klient*innen, die sich ausschließlich passiv in der Gruppe aufhielten und das Geschehen verfolgten. Sie wirkten währenddessen entspannt und gaben im Nachgang ein Gefühl der Zufriedenheit an. Dass das Interesse am kleinen freudigen Vierbeiner seitens der Klient*innen groß ist, zeigt zudem das Nachfragen der Klient*innen, wann der Kurt das nächste Mal mit auf die Station kommt. Somit bleibt nur abschließend zu sagen: Vier kurze Beine und treue Augen sorgten bisher für große Effekte bei den gerontopsychiatrischen Klienten der Station 14c.

Literatur

European Society for Animal Assisted Therapy (2011). Definition Tiergestützte Therapie. Working Paper. Online verfügbar unter https://www.esaat.org/definition-tiergestuetzter-therapie/ (Letzter Zugriff am 01.02.21)

Kahlisch, A. (2014). Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen. Ein Wegweiser mit Praxisbeispielen für Besuchshundeteams (3. Aufl.). Nerdlen: Kynos.

Redzinski, K. (2019). Tierische Therapeuten: Tiergestützte Therapie in der Gerontopsychiatrie.

Röger-Lakenbrink, I. (2018). Das Therapiehunde-Team. Ein praktischer Wegweiser (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Nerdlen/Daun: Kynos.

Autorin

Kerstin Redzinski B.A.
B.A. Psychiatrische Pflege, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin, ehemals stellvertretende Stationsleitung einer gerontopsychiatrischen Station im LVR-Klinikum Düsseldorf, seit kurzem Teamleitung dezentraler Wohngruppen für psychisch erkrankte Menschen kerstina.red@gmail.com

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

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

Erhältlich im Buchhandel und auf facultas.at/naturapotheke

maudrich

(C) adzicnatasa

Herausforderndes Verhalten

Herausforderung für wen?

Der Titel „Herausforderndes Verhalten - Herausforderung für wen?“ verfolgt das Ziel, jenes Verhalten, dem wir alltäglich in der psychiatrischen Pflege begegnen, aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Es erscheint immer häufiger im Programm von Praxisforen und Buchtiteln und scheint die moderne Psychiatrie mit allen, die mit ihr in Verbindung stehenden Menschen vor ihre eignen Herausforderungen zu stellen. Wie der Titel bereits vermuten lässt, geht es um die Beantwortung der Frage „Welche unterschiedlichen Herausforderungen erleben die Patient*innen und Pflegenden im Alltag der Psychiatrie?“. Darüber hinaus sollen im Verlauf die Fragen „Wie werden diese von den unterschiedlichen Standpunkten wahrgenommen?“ und „Wie können die Betroffenen in der Bewältigung unterstützt werden?“ thematisiert werden.

Nach Definition der relevanten Begrifflichkeiten werden auslösende Faktoren wie externe und interne Stressoren, die das Verhalten von Menschen beeinflussen können, analysiert. Darauf aufbauend werden nicht nur die Herausforderungen an die Patient*innen mit psychiatrischer Erkrankung im stationären Setting dargestellt, sondern ebenfalls jene der Pflegenden und welche Probleme daraus resultieren können. Da das herausfordernde Verhalten freiheitsentziehende Maßnahmen zur Folge haben kann, werden Gewalt, Zwang und Steuerungsfähigkeit zudem eine Rolle spielen. Anhand der bestehenden Problemen werden Präventionsmöglichkeiten abgeleitet und erläutert. Darunter fallen die Umsetzung von Konzepten wie das Gezeiten-Modell und Safewards-Modell sowie die Anwendung von Screening-Bögen (Broset-Gewalt-Checkliste). Abschließend wird die Rolle und der Verantwortungsbereich der psychiatrisch Fachpflegenden thematisiert.

Herausforderndes Verhalten

„Herausfordernde aggressive Verhaltensweisen können solche sein, die Sie als Provokation empfinden oder mit denen bei Ihnen oder anderen ein Streit angefangen wurde mit dem Ziel, eine negative Reaktion zu bewirken. Sie fühlen sich durch das Verhalten des Patienten dazu provoziert mit

Handlungen oder Bemerkungen zu reagieren, die Sie eigentlich inakzeptabel empfinden“ (Walter, Nau & Oud, 2012, S. 44).

Steuerungsfähigkeit

Laut § 20 Strafgesetzbuch (StGB) handelt es sich um die Fähigkeit, nach einer Einsicht in das Unrecht einer Tat zu handeln. Die Steuerungsfähigkeit ist der voluntative Faktor der psychologischen Komponente der Schuldfähigkeit. Fehlt die Steuerungsfähigkeit, ist der Täter schuldunfähig.

2.3 Aggression

Aggression wird in der Literatur sehr unterschiedlich definiert. Jene „Aggression (kann) als eine Art von Lebensenergie, die erforderlich ist, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Diese Lebensenergie kann positiv, aber auch negativ angewandt werden“ (Walter, Nau & Oud, 2012, S. 37).

Gewalt und Zwang

Schorb und Theunert haben den Begriff der Gewalt definiert als „die Manifestation von Macht und/oder Herrschaft, mit der Folge und/oder dem Ziel der Schädigung von einzelnen oder Gruppen von Menschen“ (Schorb &Theunert, 1982, S. 323).

Deeskalation

Deeskalation ist vor allem auf die Beruhigung und auf das Begreifen-Wollen der aggressiven/emotionalen Person ausgerichtet, mit der Zielsetzung, die normale Kommunikation wieder zu ermöglichen, wobei das Hauptziel immer ist: Vermeidung jeder (weiteren) Eskalation.[1] (Walter, Nau & Oud, 2012, S. 149).

Herausforderung für wen?

Herausforderungen der Patient*innen

Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die akut auf eine psychiatrische Intensivstation aufgenommen werden, sehen sich multifaktoriellen Herausforderungen ausgesetzt. Dazugehörig die Unwissenheit darüber, wie lange sie ihr gewohntes Umfeld zurücklassen müssen, im Austausch für eine Limitation der eigenen Privatsphäre in einem Vierbettzimmer mit vorherrschender Unordnung, angehobenen Geräuschpegel. Die ständige Reizüberflutung, lange Wartezeiten, Fremdbestimmtheit in Form einer extern vorgegeben Tagesstruktur und die Mission der Erfüllung der Erwartungen des Behandlungsteams, der Angehörigen und der eigenen Wünsche. Da fällt es schwer, sich auf das Hauptziel, das die eigene Genesung darstellt, zu fokussieren und dabei nicht in Konflikte zu geraten.

Hier stellt sich die Frage, ob die Patienten überhaupt dazu in der Lage sind, sich permanent angepasst zu verhalten. Sind sie steuerungsfähig? Können sie die Konsequenzen ihrer eigenen Handlungen abschätzen? Wird ihr Handeln durch ihr eigenes Erkrankungsbild beeinflusst? Handeln Menschen nicht in der Regel so, wie es ihnen als sinnvoll erscheint? Mit welchen herausfordernden Verhaltensweisen werden Menschen täglich konfrontiert, die sich in einer psychiatrischen Einrichtung begegnen?

Herausforderungen an Pflegende

Ist es dann nicht die Aufgabe der professionell Pflegenden frühzeitig sich anbahnendes, konfliktschürendes Verhalten zu erkennen und auslösende Faktoren (soweit es geht) zu minimieren und zu deeskalieren? Nur wo genau verlaufen die Grenzen? Wie lange kann Übergriffigkeit von Pflegenden, Ärzten, Leitungen oder Angehörigen toleriert werden? Wo beginnt und endet die Fürsorgepflicht füreinander? Was genau bedeutet eine qualitativ hochwertige Pflege? Eine Universitätsklinik gehört zu den Anstalten des öffentlichen Rechts und ist dazu verpflichtet, in ihrem Qualitätsbericht diverse quantitative Kennzahlen schriftlich festzuhalten und transparent darzulegen. Doch was sagen diese Kennzahlen aus? Wie viel Berufserfahrung und gezielte Schulungen werden benötigt, um eine adäquate professionelle Patientenversorgung sicherzustellen?

Allgemeine Herausforderungen und daraus resultierende Konsequenzen

Der vorherrschende Pflegenotstand in Deutschland ist bekannt. Welche Konsequenzen birgt er für die Pflegenden in der Psychiatrie? Eine Unterbesetzung und hohe Fluktuation der Kollegen, die sich beispielsweise häufig von dem geschützten Bereich in den offenen Bereich oder in Richtung Studium umorientieren, da dieser Bereich diverse Gefahren birgt. Die ständige Konfrontation mit Zwang, Gewalt und akut leidenden Menschen stellt inzwischen oft nur noch eine Zwischenstation dar. Ausgerechnet in einem Bereich, der professionell geschultes Personal braucht, um Menschen in ihren intensivsten Krisenphasen angemessen und menschenwürdig aufzufangen und frisch examinierte Kollegen nicht nur nach Standard anzuleiten, sondern eine deeskalierende und antistigmatisierende Grundhaltung zu vermit-

teln und dauerhaft Ängste nehmen zu können.

Der allgegenwertige zeitliche Druck, ein verschobener Betreuungsschlüssel in Kombination der Konsequenzen von Reformierungen gesetzlicher Rahmenbedingungen erschwert den Aufbau einer vertrauensvollen Bezugspflege. Daraus kann ein dauerhaft anhaltendes Insuffizienzerleben seitens der Pflegenden resultieren, das ebenfalls zu einer Depression führen kann - bei einer zu spät einsetzenden Selbstfürsorge und nicht gut ausgeprägten Resilienz. Da herausforderndes Verhalten Teil des Alltags ist, warum tangiert es jeden Pflegenden individuell? Insbesondere stoßen sie an ihre Grenzen, wenn geäußerte oder nicht nachvollziehbare Bedürfnisse und Wünsche nicht erfüllbar sind. Daraus erwächst auf Seiten der Patienten je nachdem Frust, Aggression oder auch Niedergeschlagenheit (Abbildung 3-2, Seite 78). Die Stationsregeln der psychiatrischen Intensivstationen beherbergen ein ausgeprägtes Konfliktpotential. Auch wenn die Gründe für die emotionale Reaktionen, verursacht durch die Limitationen der eigenen Autonomie, für die meisten Pflegenden gut nachvollziehbar erscheinen, sind sie zu einem gewissen Grad daran gebunden, um nicht nur die eigene Sicherheit, sondern ebenfalls die der Kollegen und Mitpatienten zu schützen.

Risikopsychopathologie

Der Schutz von Mitarbeiter*innen und Patient*innen beginnt bereits beim Erstkontakt mittels Einschätzung durchgeführt von qualifiziertem Personal. Dabei werden diverse Risikofaktoren, die zu aggressiven Verhalten führen können, erfasst und durch Informationen der Anamnese ergänzt. Beispielsweise: Ist ein Drogenabusus bereits bekannt? Wie viele Voraufenthalte sind aus der Vorgeschichte sind schriftlich festgehalten? Ist er bereits mit Fremdaggressivität aufgefallen? Um das Gewaltpotential eines Patienten anhand verschiedener Parameter objektivieren zu können, kann die Broset-Gewalt-Checkliste im akutpsychiatrischen Bereich unterstützen.

Diese Checkliste ermöglicht nicht nur eine Risikoeinschätzung, sondern leitet darüber hinaus Empfehlungen für das weitere Procedere im Umgang mit den betroffenen Patienten ab. Dies kann gerade Berufsanfängern eine Handlungsstruktur vorgeben und kann Pflegenden über die diversen Schichten einen Überblick über die Entwicklung des Gewaltpotentials des Patienten geben. Den Pflegenden werden diverse präventive Maßnahmen aufgelistet und auf diese Weise erneut ins Gedächtnis gerufen.

Stressoren

Zunächst stellt sich die Frage, auf welchem Weg die Aufnahme auf Station stattgefunden hat. Besteht bei dem Patienten ein solch ausgeprägter Leidensdruck, dass er sich hilfesuchend zur freiwilligen Aufnahme selbstständig in der Klinik gemeldet hat? Oder wurde die Dringlichkeit einer Behandlung von einem Betreuer und Angehörigen gesehen? Wird die Entscheidung einer Einweisung von einer Ordnungsbehörde getroffen und vorgenommen? Sofern letzteres gegen den Willen eines Menschen stattfindet, wird die Frustration vor

(C) Андрей Яланский

allem anfänglich erhöht sein.

Eine wichtige Rolle spielt Stress. Die internen Stressoren sind sehr vielfältig. Besteht eine ausreichende Orientierung, um die Konsequenzen der getätigten Handlungen erfassen zu können? Inwieweit ist der Patient in der Lage, sich mitzuteilen? Bei vorliegenden Sprachbarrieren ist das Signalisieren von Bedürfnissen und eine Exploration deutlich erschwert. Wenn kein Dolmetscher oder Übersetzungstool verfügbar sind, führt das Gefühl, nicht verstanden zu werden, höchstwahrscheinlich früher oder später ebenfalls zu Frustration. Inwiefern leiden die Patient*innen gleichzeitig an somatischen Erkrankungen? Nicht erkannte Schmerzen, die ein Patient nicht verbalisieren kann, können zu einem dauerhaften, stark erhöhten Stresslevel beitragen. Die externen Stressoren können multifaktoriell sein.

In der Anamnese ist es wichtig, aktuelle Konflikte im sozialen Leben und Arbeitsumfeld zu erfassen. Sie können die Patient*innen zusätzlich stressen, da die individuellen Einflussmöglichkeiten auf die konfliktbehaftete Situation im stationären Rahmen meist begrenzt sind. Darüber hinaus zählen zu stressauslösenden Faktoren Regeln, auf die kein Einfluss möglich ist (z.B. die internen Stationsregeln (Abbildung 2)).

Häufig ausschlaggebend für Konflikte ist ein lückenhaftes und unangepasstes Angebot an Ergo-, Sport- und Kunsttherapie. Dabei geht es nicht nur um die mangelnde Ablenkung, sondern die fehlende Möglichkeit, positive Erfahrungen zu machen und den eignen Selbstwert zu steigern. In der Regel bietet die Teilnahme an solchen Angeboten die Chance, die Station für ein limitiertes Zeitfenster hinter sich zu lassen und anderen Menschen zu begegnen. Eine Chance auf Kontakt. Statistisch gesehen erhalten die akutesten Patienten das geringste Angebot, da sie meist nicht gruppenfähig sind und es aufgrund mangelhafter Personalkapazität nicht möglich ist niederschwellige Einzel- oder Kleingruppenangebote zu schaffen.

Stressoren aus pflegerischer Sicht

Für Pflegende, die auf einer geschützten Station arbeiten, gibt es bereits strukturelle Stressoren, denen sie ausgesetzt sind. Einerseits der Schichtdienst, häufige Unterbesetzung, wechselndes Kollegium, je nach Bettenauslastung ein enormer Geräuschpegel. Sie sind sieben bis zehn Stunden in der Klinik für die Patient*innen (teilweise ohne Pause) ansprechbar und häufig Gewalt und Zwang ausgesetzt. Darüber hinaus finden sie sich häufig infolgedessen in Rollenkonflikten wieder. Insbesondere ihren eigenen Erwartungen als professionelle Pflegekraft gerecht zu werden. Daher ist es essenziell, die Sensibilisierung nicht nur für sekundäre und tertiäre Präventionsmöglichkeiten, sondern bereits bei der primären Prävention zu beginnen.

Prävention

Ein entscheidender Faktor für die primäre Prävention stellt die Umsetzung der Bezugspflege dar. Die Kommunikation mit einem Menschen, der sich authentisch und empathisch um mich zu sorgen scheint, gestaltet sich vertrauensvoller und wirkt somit Konflikten präventiv entgegen. Mitarbeiterbezogene Faktoren sind unter anderem die Grundeinstellung gegenüber Patient*innen, die ein herausforderndes Verhalten zeigen. Entscheidend ist, inwiefern diese von Werten wie Humanität

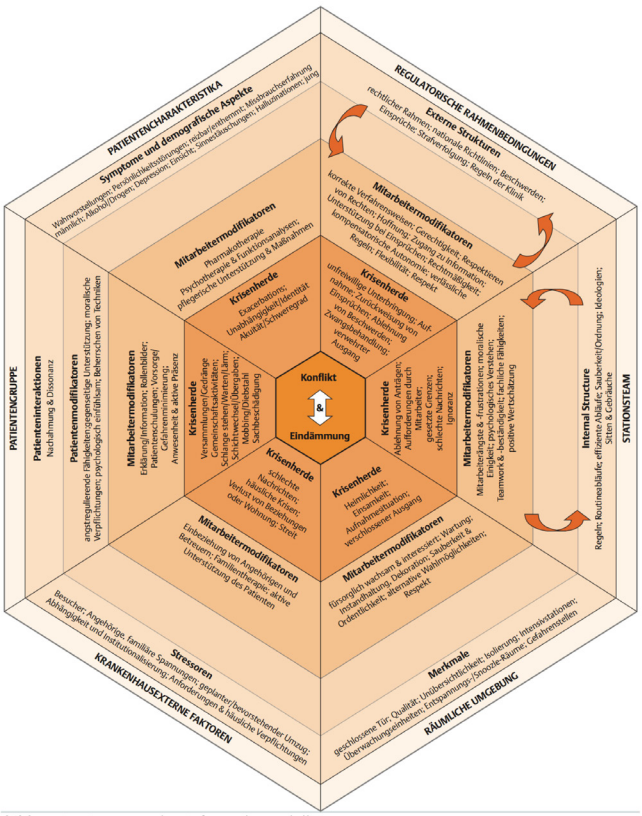


Abbildung 2: Diagramm des Safewards-Modells

und Vorurteilsfreiheit geprägt ist. Darüber hinaus ist es bedeutsam, inwieweit die Mitarbeiter*innen in der Lage sind, ihre eigenen emotionalen Impulse wie Angst und Ärger selbstständig zu regulieren. Diese Selbstregulation setzt die Kompetenz der Identifikation der eigenen Emotionen voraus (Walter, Nau & Oud, 2012, S. 149). Ein Faktor, der sich nicht nur auf die Mitarbeiter*innen, sondern das gesamte Team und die Institution bezieht, dreht sich um die Strukturqualität in Form von Regeln und Prozessen. Darunter fallen beispielsweise die Verständlichkeit von Stationsregeln (Walter, Nau & Oud, 2012, S. 150). Im Idealfall kümmern sich diese qualifizierten, professionell Pflegenden bereits in der Aufnahmesituation bis hin zur Entlassung darum. Der Aufnahmesituation kommt eine besondere Relevanz zu. Sie prägt den ersten Eindruck des Patienten, der sich in einer akuten Belastungssituation befindet. Erhält er in dieser Notsituation die benötigte Zuwendung, unterstützt dies den Vertrauensaufbau.

Während des Aufenthaltes ist es wichtig, den Kontakt nicht zu dem Bezugspatienten zu verlieren und im wechselseitigen Austausch die unterschiedlichen Sichtweisen abzugleichen, um gemeinsame Behandlungsziele festlegen zu können. Gerade für Berufsanfänger bietet das Gezeitenmodell eine Struktur, anhand derer sie die persönliche Biographie und Lebensüberzeugungen der Patient*innen erfassen kann (Barker & Buchanan-Barker, 2020). Basierend darauf können realistische und vor allem für den Patienten erreichbare Ziele formuliert werden, zu denen er leichter motivieren kann. Befindet sich der Patient unfreiwillig in der Behandlung gestaltet sich allerdings solch ein Austausch, auf Kooperation aufbauend, meist schwierig.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Finden im Rahmen eines stationären Aufenthaltes Zwangsmaßnahmen statt, stellt dies eine Belastung für das Vertrauensverhältnis dar und kann die Haltung des Patienten gegenüber der Therapie und allem was damit zusammenhängt, zukünftig und dauerhaft negativ beeinflussen. Für alle Beteiligten ist infolgedessen eine Nachbesprechung von großer Bedeutung. Im Idealfall findet eine geplante Nachbesprechung mit zeitlichem Abstand statt, so dass alle Beteiligten ihre Sicht und die damit verbundenen Emotionen schildern können. Dies kann das gegenseitige Verstehen fördern. Darüber hinaus unterstützt die Analyse des Geschehens den Lernprozess der Beteiligten wie zukünftig ähnliche Situationen frühzeitig deeskaliert werden können. Das Beleuchten der Auslöser und verstärkenden Faktoren ermöglicht ein individuelleres Eingehen auf den Patienten in einer akuten Phase.

Safewards Modell

Das Safewards Modell bildet einen Komplex an Interventionen ab. Diese Interventionen ermöglichen nicht nur den Pflegenden, sich selbst und ihr eigenes Handeln professionell hinterfragen zu können, sondern sich selbst sichtbarer werden zu lassen. Das Wissensgefälle zwischen Patienten und Pflegenden kann somit reduziert werden. Je nach Umsetzung der Intervention „sich kennenlernen“ kann dies darüber hinaus teambildend wirken. Des Weiteren wird die Station ganzheitlich aus vielfältigen Facetten gesehen, sodass das bereits vorhandene, individuelle Potential entfaltet werden kann.

Zudem werden die Patienten mehr gefördert und erhalten zugleich die Möglichkeit, sich in die Gemeinschaft einzubringen. Organisatorische Probleme, die von ihnen wahrnehmen, können sie im geschützten Rahmen bei der Unterstützungskonferenz mittels professioneller Unterstützung konstruktiv besprochen und eine gemeinsame Lösung erarbeitet werden. Der regelmäßige Austausch verbessert die Atmosphäre und wirkt sich auf alle Anwesende positiv aus[2].

Milieugestaltung

Die Umgebung kann eine beruhigende Wirkung auf Menschen haben. Wichtige Faktoren bilden Sauberkeit, Ordnung, orientierungsgebende Strukturen und Möglichkeiten der Beschäftigung und des Rückzuges zur Reizabschirmung. Des Weiteren spielt die Zimmerbelegung eine entscheidende Rolle. In einem Beobachtungszimmer, in dem sich vier akut belastete Menschen befinden, kann sich der Einzelne dort nur limitiert von den umgebenden Reizen abschirmen.

Eine dauerhaft, verschlossene Hauptstationstüre wirkt auf viele Menschen beklemmend und beängstigend. Daher ist es sinnvoll bei geschützten Stationen, eine fakultative Türöffnung in Betracht zu ziehen. Denn eine geöffnete Stationstür vermittelt ein Gefühl von Freiheit. Dabei hat die Sicherheit der Patient*innen die höchste Priorität. Die Öffnung setzt zwar eine hohe Absprachefähigkeit seitens der Patient*innen voraus und ist

zugleich ein Zeichen dafür, dass das Team einen gewissen Vertrauensvorschuss gewährt. An diesem Punkt ist es an den Mitarbeitenden gelegen Verantwortung zu übernehmen und kreative Lösungen zu finden. Ein Beispiel hierfür ist die Flurpräsenz, die nicht die Tätigkeit eines Pförtners darstellt, sondern darüber hinaus als kontaktfreudiger, interessierter Mensch, der niederschwellig als Ansprechpartner für Patient*innen, deren Angehörige und Kolleg*innen fungiert.

Zusammenfassend ist es eine Anleitung, die gegebenen Strukturqualitäten gezielt zu analysieren, darauf aufbauend neue Denkanstöße zu erhalten und individuell abgestimmte Optimierungsprozesse zu initiieren - unter klarer Zuteilung von verbindlichen Zuständigkeiten mit dem Ziel die nachhaltige Umsetzung zu gewährleisten. Abschließend kann das Fortführen der Interventionen zu einer qualitativ hochwertigeren Unterstützung der sich in Krisensituationen befindlichen Menschen beitragen und Pflegende motivieren, ihren Beruf langfristig auszuüben und sich an die Organisation zu binden.

Team

Jedes Team ist nur so stark wie das schwächste Mitglied. Wie lässt sich die Gesundheit eines jeden einzelnen Pflegenden auf Station erhalten, damit dieser resilient und tagtäglich sowohl empathisch und professionell Menschen auf Station begegnen kann? Regelmäßige Fortbildungen zur Wissenserhaltung und Erweiterung. Die Möglichkeit zu rotieren, um den jeweiligen Blickwinkel zu erweitern. Anhand von individuellen Fallbesprechungen in Form von Supervisionen zu wachsen. Die Teilnahme an einer kollegialen Beratung schafft Kontakt zu anderen Kolleg*innen und einen wertungsfreien Austausch auf Augenhöhe. Von den verschiedenen Erfahrungen und Vorkenntnissen können die Teilnehmenden profitieren. Das Wissen über Beratungsmöglichkeiten und Hilfsangebote in eigenen Krisenzeiten sorgt für Sicherheit und kann hilfreich sein, um Kollegen zusätzlich zu unterstützen. Des Weiteren ist ein regelmäßiges, konstruktives Feedback wichtig für die eigene Reflexion und dies nicht ausschließlich von den Vorgesetzten. Achtsam bleiben inbezugauf Veränderungen im Verhalten von Kollegen.

Kommunikation

Bei bestehenden Sprachbarrieren bieten sich einige Möglichkeiten, diese zu einem gewissen Maße zu überwinden. Inzwischen gibt es Übersetzungsbücher. Hilfreich ist das Anlegen einer internen Liste, auf denen sich Mitarbeiter*innen freiwillig mit ihren Sprachkenntnissen eintragen können. Des Weiteren ist es sinnvoll, eine individuelle Übersetzungsliste für den Patienten zu erstellen mit den wiederkehrenden Themen. Dies erspart Zeit für das Personal, das ansonsten ständig erneut Übersetzungen recherchieren müsste und reduziert ebenfalls die Wartezeit auf die Bedürfniserfüllung, die oft Frust seitens der Patient*innen provoziert. Falls vorhanden und vom Patienten gewünscht, können Angehörigen als Dolmetscher hinzugezogen werden. Darüber hinaus sollten die Angebote seitens des Arbeitgebers, seine Sprachkenntnisse zu erweitern genutzt werden und transparent einsehbar sein für die Mitarbeiter*innen.

Das Mitteilen von Beschwerden muss für die Patient*innen unmittelbar an das Behandlungsteam und zugleich an eine unabhängige Beschwerdestelle ermöglicht werden. Dieses Angebot muss für die Patient*innen transparent und gut zugänglich sein. Dies bietet sowohl eine Entlastung des Betroffenen als auch eine Möglichkeit für die Station je nach Art der Beschwerde zum professionellen Umgang mit konstruktiver Kritik dazu zu lernen und sich als Team weiterzuentwickeln.

Eine deeskalierende Wirkung hat die Umstrukturierung der Visite nach dem Weddinger-Modell. Hier werden Missverständnisse reduziert. Der Patient erhält eine direktere Spiegelung wie er von den unterschiedlichen Berufsgruppen wahrgenommen wird. Durch die wegfallende Vor- und Nachbesprechung kann für den Patient*innen nicht das Gefühl entstehen, dass negativ über sie oder ihn in seiner Abwesenheit gesprochen wird. Darüber hinaus bleibt mehr gemeinsame Zeit für die Kommunikation mit den Betroffenen. Diese Art der Kommunikation ist offener, direkter und die sonst in der Nachbesprechung stattfindenden Therapieänderungen werden nicht versäumt mit dem Patienten zu besprechen. Durch die anfängliche Vorstellung des aktuellen Standes auf Augenhöhe in der Visite fühlt sich der zu Visitierende ernstgenommen und gesehen. Dabei spielt die räumliche Gestaltung zeitgleich eine Rolle. Die Bildung einer langen Anreihung von Tischen lässt, wenn alle Ärzte mit ihren Kitteln bekleidet dem Patienten gegenüber nebeneinander sitzen, den Eindruck einer weißen Wand entstehen.

Einarbeitung und Qualifizierung von Personal

Die Qualifizierung sowie die Sensibilisierung der Pflegenden haben langfristig und nachhaltig eine präventive Wirkung auf die professionelle Bindung zu den Patienten. Diese beginnt bereits am ersten Arbeitstag auf Station. Wie wird der neue Kollege im Team aufgenommen? Wie ist der Umgangston untereinander? Sind die Übergaben stigmatisierend? Grundlegend für den Pflegenden ist eine strukturierte und dem Lerntyp gerechte Einführung in die psychiatrische Pflege, den täglichen Ablauf und in die angewandten Konzepte von konstant präsenten Anleitern. Anschließend bestimmt der Aufbau des fortführenden Wissens mittels Schulungen die Weiterentwicklung und Selbstentfaltung. Die Vermittlung von Wissen zur verbalen Deeskalation, dem kontrollierten Umgang mit Aggression und Gewalt

Die Rolle der psychiatrischen Fachpflegenden

Hauptsächlich sollte sich der Fachpflegende seiner Vorbildfunktion bewusst sein und demensprechend agieren. Er sollte stets deeskalierend arbeiten und neue Kolleg*innen anleiten. Seine Kenntnisse sollten im Idealfall dem aktuellen, wissenschaftlichen Stand entsprechen, wofür eine regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen eine Voraussetzung ist. Er sollte stets offen für neue Konzepte und zugleich in der Lage sein diese kritisch zu hinterfragen und die Umsetzung mitzugestalten. Bei Projekten, die eine Optimierung der psychiatrischen Pflege und der Lebensqualität der Patient*innen beabsichtigen, sollte er sich engagieren und seine Kompetenzen einbringen. Er ist nicht nur verständnisvoll und empathisch, sondern glänzt ebenfalls durch seine Individualität und Authentizität. Auch wenn er selbstbewusst klare Grenzen setzt, um orientierungsgebende Struktur sichtbar werden zu lassen für alle Beteiligten, vollführt er dies stets respektvoll und kommuniziert dabei auf Augenhöhe. Er steht nicht nur in entscheidenden Situationen unterstützend zur Seite sondern ist stets präsent und nahbar (DGPPN, 2018, S. 85).

Fazit

Herausforderndes Verhalten kann vielfältige Formen annehmen und wird individuell als solches wahrgenommen. Um auf jenes Verhalten als Pflegende professionell reagieren zu können, muss dieses nicht nur in ausreichender Quantität vorhanden sein, sondern ebenfalls qualifiziert und nachhaltig im Umgang damit geschult sein. Wenn die psychiatrisch Pflegenden in der Lage sind, Konfliktauslöser zu identifizieren und Präventionsmöglichkeiten aktiv anzuwenden, können Eskalationen von Konflikten frühzeitig deeskaliert werden und somit langfristig die Anwendung von freiheitsentziehenden und Zwangsmaßnahmen reduziert werden.

Eine strukturierte Reflexion und Optimierung von vorhandenen Strukturen bietet das Safewards-Modell. Pflegende erhalten die Chance, ihr eigenes Verhalten und den eigenen Kommunikationsstil zu hinterfragen und für die Patient*innen nahbarer zu sein. Im Gegenzug werden die Menschen mit psychischer Erkrankung im Rahmen ihrer Möglichkeiten mehr in den Stationsalltag integriert (beispielsweise mit Hilfe der „Unterstützungskonferenz“) und lernen ihre Mitmenschen näher kennen (z.B. dank der Intervention „sich kennen lernen“).

Darüber hinaus wird das Milieu betrachtet, in welchem sich die Patient*innen bewegen. Entscheidend ist, ob dieses attraktiv gestaltet ist mit Angeboten zur Ablenkung und Beruhigung. Das Herzstück der psychiatrischen Pflege bildet die Bezugspflege. Das Gezeiten-Modell bietet hierbei einen Leitfaden, der es auch Berufseinsteiger ermöglicht ein strukturiertes Bezugspflegegespräch zu führen. Es ebnet dem Menschen mit psychischer Erkrankung den Weg, die individuelle Sicht der eigenen Geschichte darzulegen und die individuellen aktuellen Probleme zu schildern, so dass er seine Therapie adhärent von Patient*innen mitgestalten kann. Die Pflegenden erhalten somit einen Einblick in die Biografie und die Prioritäten der Probleme seitens der Patient*innen, sodass eine Spiegelung jener Probleme, die aus pflegerischer Sicht vorrangig bearbeitet werden sollten, erfolgen kann. Diese beiden Ansichten können je nach Therapiemotivation häufig weit voneinander entfernt sein.

Hoffnung in schwierigen Phasen können Peers geben. Sie begegnen Patient*innen mit einem anderen Verständnis auf einer anderen Ebene als es die anderen Mitglieder des multiprofessionellen Teams können. Als Berater*innen und Vermittler*innen sind sie für die professionelle Arbeit auf Station eine Bereicherung. Darüber hinaus wirkt sich in der Regel die Anwesenheit positiv und antistigmatisierend auf den Kommunikationsstil aus.

Grundlegend für die nachhalti-

ge Umsetzung aller präventiven Maßnahmen ist, dass jeder einzelne professionell Pflegende zuerst auf die eigene Gesundheit achtet. Denn nur resiliente Pflegende sind in der Lage permanent professionell auf herausforderndes Verhalten zu reagieren und sind motiviert sich um die Mitmenschen adäquat und empathisch kümmern zu können.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2018). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen". Zugriff am 13.11.20 auf https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf

Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (2012). Aggression und Aggressionsmanagement – Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber.

Safewards-Modell Zugriff am 11.11.2020 auf

[1] https://www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergriff/infoplus/6_4_3a.pdf

[2] http://www.safewards.net/de/modell/einfache-beschreibung

Autorin

Lisa Marina Luciani
Stellvertretende Teamleitung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln, Gesundheits-und Krankenpflegerin, derzeit in der Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege
lisa-marina.luciani@uk-koeln.de

Diagnostik als Schlüsselkompetenz professioneller Pflege

facultas 2021, 388 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2046-7
e-ISBN 978-3-99111-224-2
EUR 32,90 (A) / EUR 32,- (D) / sFr 41,50 UVP

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

(C) Africa Studio

„Liebevolle Zuwendung zu jedem Menschen, gegenseitige Wertschätzung und Achtung“?

Erfahrungen im Krankenhaus

Eine Krankenhaus-Aufnahme stellt nicht nur für die Patient*innen eine belastende Situation dar, auch für ihre Angehörigen ist sie mit Sorgen und Ängsten verbunden. Zugleich sind Angehörige eine wertvolle und entlastende Ressource nicht nur für die Kranken, sondern auch für das professionell betreuende Team.

Mangelnde Empathie, geringe fachliche und kommunikative Kompetenz der Pflegepersonen potenzieren die Belastungen der Patient*innen und sie reduzieren das Vertrauen in die Institution Krankenhaus. Auch in herausfordernden Zeiten wie der gegenwärtigen Pandemie, muss der Grundsatz gelten. „First do no harm“.

Die Intention dieses Berichtes liegt nicht in Schuldzuweisungen einzelner Personen, sondern in der Hoffnung, durch das Aufzeigen des Erlebten etwas zur Verbesserung der Situation beizutragen.

Mein Vater, ein 91-jähriger Mann in altersentsprechendem Allgemeinzustand, ist mit Fieber und Schmerzen in Begleitung meiner Schwester ins Krankenhaus gekommen. Eine ältere sechsfache Rippenfraktur rechts wurde diagnostiziert sowie eine Pneumonie rechts. Die pflegerische Aufnahme wurde von einer Krankenpflegeschülerin durchgeführt.

Relevante Informationen, wie seine stark eingeschränkte Sehleistung aufgrund einer Macula-Degeneration und die eingeschränkte Mobilität wurden im Aufnahmegespräch angegeben.

Bei der Aufnahme wurde uns mitgeteilt, dass der nächste Besuch eines Angehörigen Corona-bedingt erst nach drei Tagen erlaubt ist.

Noch in der ersten Nacht nach der stationären Aufnahme wurde mein Vater im Freien auf einer Terrasse liegend aufgefunden. Wie lange er dort lag und wie er es ohne Gehhilfe dorthin geschafft hat, war nicht nachvollziehbar. Das anschließend durchgeführte CT hat eine Serienrippenfraktur von zehn Rippen rechtsseitig ergeben.

Beim ersten Besuch nach drei Tagen war unser Vater verwirrt und apathisch.

Es stellte sich heraus, dass Informationen über seine Macula-Degeneration und auch seine Gehbehinderung nicht dokumentiert bzw. an die zuständigen Pflegepersonen nicht weitergegeben wurden.

Die Aussagen von Pflegepersonen und Ärzt*innen, mein Vater sei „dement“, können wir uns nur durch mangelnde Beobachtung und die unzureichende Anamnese erklären, denn eine kognitive Einschränkung im Sinne einer Demenz liegt nicht vor.

Bei meinem Besuch hat mein Vater seine Zahnprothesen nicht getragen. Er empfand das als beschämend. Auf Nachfragen wurde mir erklärt, dass es auf der Station so üblich sei, dass die Patient*innen die Prothesen nur zum Essen tragen.

Nach zehn Tagen hat der Stationsarzt als möglichen Entlassungstermin Ende der darauffolgenden Woche angedeutet und er wollte das dem Entlassungsmanagement so weitergeben. Mit diesem wurde der Bedarf an Pflegehilfsmittel und die Unterstützung durch extramurale Pflegedienste besprochen.

Bei einem Telefonat am nächsten Tag mit der zuständigen Pflegeperson haben wir zufällig und wie nebenbei erfahren, dass bei der Visite beschlossen wurde, dass die Entlassung meines Vaters noch am selben Tag erfolgen sollte.

Unser Einwand, dass die Organisation der häuslichen Betreuung nicht innerhalb eines Tages zu bewerkstelligen ist, löste Verwunderung aus. Der Entlassungsmanager war nicht informiert und wir vereinbarten die Entlassung meines Vaters zwei Tage danach.

An diesem Tag war zu Hause alles vorbereitet und wir haben auf die Ankunft meines Vaters gewartet. Nachdem er auch am Nachmittag nicht gebracht wurde, haben wir an der Station nachgefragt und von der Pflegeperson erfahren, dass die Entlassung aufgrund leicht erhöhter Entzündungswerte verschoben wurde. Unser Hinweis, dass wir als Angehörige darüber hätten informiert müssen, stieß auf wenig Verständnis.

Was das für unseren Vater bedeutete, kann man nur ahnen. Er hätte vermutlich emotionale Unterstützung gebraucht, aber da wir zu spät über die verschobene Entlassung informiert wurden, war ein Besuch aufgrund der geltenden Einschränkungen nicht mehr möglich

Tags darauf wurden im Lungenröntgen alte Kavernen festgestellt und daher ein TBC-Test veranlasst, somit war eine Entlassung nach Hause auch an diesem Tag nicht möglich.

Dass mein Vater Anfang der 1970er-Jahre eine TBC durchgemacht hat, hätte er auf Nachfrage auch selbst angeben können. Warum er nicht danach gefragt wurde, liegt vermutlich daran, dass er als „dement“ galt. Möglicherweise wird aber auch davon ausgegangen, dass alte Menschen nicht in der Lage sind, über ihre Krankengeschichte Auskunft geben zu können.

Bei meinem nächsten Besuch habe ich meinem Vater in aufrechter Sitzposition ein Glas Saft angeboten. Von einer Pflegeperson wurde ich darauf hingewiesen, dass die Getränke eingedickt werden müssen, um eine weitere Pneumonie zu vermeiden. In aufrechter Position konnte mein Vater problemlos trinken und die Gefahr einer Pneumonie bestand eher durch Schonatmung aufgrund der Rippenfrakturen. Es entstand der Eindruck, dass die Pflegeperson über die Frakturen nicht Bescheid wusste.

Die Beobachtung, dass einige der Pflegepersonen die Patient*innen duzen und mit ihrem Vornamen ansprechen, spricht nicht für eine respektvolle Haltung, auch steht es im Widerspruch zu pflegerischen Standards.

Beim Entlassungsgespräch mit der Stationsärztin wurde deutlich, dass die Ärztin über die Macula-Degeneration und die damit verbundene Sehbehinderung meines Vaters nicht informiert war, weil sie in der Dokumentation noch immer nicht vermerkt war.

Die Entlassung hat dann wie geplant tags darauf stattgefunden. Leider wurden weder die erforderlichen Rezepte noch der Arztbrief mitgegeben, auch die Toilettentasche meines Vaters wurde verges-

sen mitzugeben.

Die Kommunikation mit meinem Vater, als unmittelbar Betroffenem, aber auch mit uns als besorgte Angehörige wurde von uns als unzureichend erlebt. Abgesehen von der persönlichen Betroffenheit werfen unsere Erfahrungen aber auch Fragen auf:

- Wie geht es Menschen, die abhängig sind von der fachlichen und menschlichen Kompetenz, dem Wohlwollen und der Empathie-Fähigkeit der betreuenden Pflegepersonen und behandelnden Ärzt*innen?
- Welchen Stellenwert haben die Angehörigen als Mit-Betroffene und Bezugspersonen der Patient*innen, als Partner*innen in der Sorge um den Kranken? Wie können sie darauf vertrauen, dass ihre Liebsten in guten Händen sind?
- Wer setzt sich für alte, verängstigte und dementiell veränderte Menschen ein, die keine Angehörigen haben, die ihre Interessen vertreten können?
- Welche Bedeutung hat die Reflexionsfähigkeit der Betreuenden, die Bereitschaft Fehler einzugestehen und daraus zu lernen, statt mit Abwehrhaltung zu reagieren?

Als Pflegefachfrau verstehe ich, dass die täglichen Arbeitsanforderungen gerade in Ausnahmesituationen wie der Corona-Pandemie für alle Beteiligten groß sind.

Ich neige aber auch zur Ansicht, dass während solchen Zeiten Unzulänglichkeiten und Missstände noch leichter übersehen und bestehende organisatorische Mängel sowie menschliche und fachliche Inkompetenzen weniger hinterfragt werden.

Die erlebte Unachtsamkeit und Unwissenheit von Pflegenden hat mich erschreckt.

Wenn wesentliche Einschränkungen wie eine gravierende Beeinträchtigung des Sehens und Einschränkungen der Mobilisation trotz der Angaben der Angehörigen, nicht erfasst, nicht dokumentiert und nicht beachtet werden, widerspricht dies einer qualitativ angemessenen Pflege.

Und wenn Angehörige eines betreuungsbedürftigen alten Menschen über eine geplante oder verschobene Entlassung nicht zeitgerecht informiert werden, zeugt das von Unkenntnis der Erfordernisse für eine häusliche Betreuung.

Auch wenn „vergessen“ wird, die Patient*innen selbst zu befragen, wenn Unklarheiten hinsichtlich der Krankheitsgeschichte bestehen, dann entsteht tatsächlich der Eindruck, dass alte Menschen grundsätzlich für nicht auskunftsfähig und als inkompetent betrachtet werden.

Wir arbeiten mit Menschen in verletzlichen Lebenssituationen und müssen uns dieser Verantwortung bewusst sein, um nicht zusätzlich physisches oder psychisches Leid zu verursachen.

Es ist zu wünschen, dass wir als Angehörige darauf vertrauen können, dass Patienten und Patientinnen im Krankenhaus menschlich, medizinisch und pflegerisch bestmöglich betreut werden. Es genügt nicht, Ideale wie „ Liebevolle Zuwendung, Wertschätzung und Achtung“ in Leitlinien zu formulieren, sie müssen in der täglichen Praxis umgesetzt werden, – auch – und vielleicht ganz besonders in herausfordernden Zeiten.

Autorin

Ingrid Marth B.A.
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Zusatzausbildung in Palliative Care und pflegerische Leitung des Mobilen Palliativteams der Caritas Socialis in Wien, Dipl. Erwachsenenbildnerin, Fachbereich Gesundheitsförderung, Dipl. Ernährungsberaterin TCM, B.A. Buddhistische Philosophie, Achtsamkeitsmeditation; Kontaktmöglichkeiten:
Email: ingrid.marth@cs.at oder

Kommentar zum Artikel von Ingrid Marth B.A.

Erfahrungen im Krankenhaus

Der Erfahrungsbericht von Frau Marth macht betroffen. Es drängt sich unweigerlich die Frage auf, wie es dem Patienten ergangen wäre, wenn er keine Angehörigen hätte, die seine Interessen vertreten können.

Eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus bedeutet für die Patient*innen, und meist auch für ihre Angehörigen eine beträchtliche emotionale Belastung und immer auch eine Ausnahmesituation. Inzwischen ist es hinlänglich bekannt, dass die Aufnahme-Situation eine Art Schlüsselsituation darstellt und daher entsprechende Sorgfalt erfordert.

Mit der Gestaltung der Aufnahme besteht die erste Möglichkeit, eine Vertrauens- und Beziehungsbasis zwischen den Patient*innen, Pflegepersonen, Ärzt*innen und Angehörigen zu schaffen. Bereits bei der Aufnahme werden die Weichen für das Gelingen einer Betreuung gestellt.

Es geht also um weit mehr, als um die Sammlung von Informationen und das Abarbeiten von Checklisten. Daher ist es bemerkenswert, dass die Aufnahme in diesem Fall einer Kollegin in Ausbildung alleine überlassen wurde. Wenn dabei bedeutsame Faktoren, wie eine bestehende Macula-Degeneration oder eine Gehbehinderung nicht erfasst werden, kann sich das für die Patient*innen fatal auswirken.

Dass ein hochaltriger Patient in einer fremden Umgebung, noch dazu mit Schmerzen aufgrund einer Serienrippenfraktur, zeitweise „verwirrt“ oder apathisch reagiert, ist nicht überraschend. Wenn ihn aber Pflegepersonen und Ärzt*innen, deshalb kurzerhand als „dement“ einstufen, zeugt das von erschreckendem Mangel an Fachwissen, Empathie und Sorgfalt.

Die Entlassung des Patienten in diesem Bericht mutet wie ein Lehrbeispiel an,- ein Beispiel dafür, wie Entlassungen nicht erfolgen dürfen. Ein gelingendes Entlassungsmanagement soll die weitere Versorgung der Patient*innen im häuslichen Bereich sicherstellen. Dem Bericht nach wurde der alte Mann (nach mehrmaligem Verschieben des Entlassungs-termines) nach Hause entlassen, ohne Rezepte für die benötigten Medikamente, ohne Arztbrief, ohne seine Toilettentasche. Es entsteht der Eindruck, das Entlassungsmanagement bestand nur aus der Organisation des Transportes.

Mit der Annahme, „die Angehörigen werden’s schon richten“ wird übersehen, dass bereits solche organisatorischen Versäumnisse zu einer Überforderung des häuslichen Betreuungssystems führen können.

Die erneute stationäre Aufnahme des Patienten innerhalb kurzer Zeit ist die logische Konsequenz einer solchen „ungeschützten“ Entlassung.

Der Vater von Frau Marth hat den Vorteil, dass sich seine Tochter als Pflegeexpertin für ihn einsetzen und die erlebten organisatorischen Defizite ausgleichen kann. Andere Patient*innen und Angehörige sind der unzureichenden Organisation und der wenig achtsamen Haltung dieses Teams schlicht ausgeliefert.

Im Bericht von Frau Marth geht es aber nicht um Schuldzuweisungen, es geht vielmehr um einen Impuls zur Reflektion, darum aus Fehlern (anderer) zu lernen und vielleicht auch um die Frage: „Wären solche Erfahrungen auch an unserer Station möglich?“

Autorin

Angelika Feichtner, MSc
MSc (Palliative Care), diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, langjährige Pflege- und Lehrtätigkeit im Bereich von Palliative Care und Hospizarbeit, Fachbuch-Autorin, Mitglied der Ethik-Gruppe der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG).

Die Pflege-/Heilungsgeschichte des 9-Monate alten Mohammad

Der neun Monate alte Mohammad wurde als erstes Kind eines drogenabhängigen, kaum 20-jährigen Mannes und einer geistig behinderten noch nicht 20-jährigen Frau geboren. Die kleine Familie lebt zusammen mit den Eltern des Mannes und deren anderen Kindern in 3 kleinen Lehmhütten in einem Camp für Internally Displaced Persons (IDP) in Kabul. Ausser zwei noch schulpflichtigen Kindern sind alle Analphabeten.

Der Grossvater des kleinen Mohammad hat nach einem Minenunfall nur noch ein Bein und ist deshalb arbeitsunfähig. Die Familie hält sich mit Gelegenheitsarbeiten über Wasser: manchmal waschen sie Schafwolle vor ihren Hütten, manchmal backen sie auf dem Gaskocher Bolani, afghanische Pfannkuchen mit Kräutern darin, die die Kinder dann in den Strassen Kabuls verkaufen.

Das Leben der Vertriebenen, die in Camps hausen, findet auf dem Boden statt. Der Fussboden in den Hütten besteht aus gestampftem Lehm und ist deshalb uneben. Meist legen die Bewohner eine Plastikmatte darüber, um den Staub auf ein Minimum zu beschränken. Man kocht auf Gaskochern, was auf diesem Boden eine höchst wackelige und deshalb riskante Sache ist.

Eines Tages im Frühjahr 2019, kochte Mohammads Mutter Wasser auf dem Gaskocher und liess ihn unbeaufsichtigt auf dem Boden der Hütte liegen. Das Unvermeidliche geschah … und Mohammad erlitt schwerste Verbrennungen an beiden Füsschen. Weil die Familie sehr arm und auch ungebildet ist, brachten sie den Kleinen nicht ins Spital, sondern wickelten seine Füsschen einfach in Lumpen.

Der Grossvater wusste, dass ich an bestimmten Wochentagen im Camp unterrichte. Deshalb wartete er am Hauptpfad, der durchs Lager führt, auf mich und bat mich, in seine Hütte zu kommen, weil sein Enkel Verbrennungen erlitten habe. Ich folgte ihm und sah das Ausmass der Verletzung. Die Familie war nicht bereit, den Kleinen in ein Spital zu bringen – eine erwachsene Person hätte 24/7 bei ihm bleiben müssen – und dies konnten sie sich nicht leisten. So besuchte ich Mohammad täglich, um Verbände zu wechseln und Antibiotika zu verabreichen. Dies war mir dank grosszügiger Spenden von Menschen in Europa möglich. Anlässlich meiner Besuche fiel mir auf, dass er eigenartig gedämpft reagierte auf die sehr starken Schmerzen, die solche Verbandwechsel normalerweise mit sich bringen. Weder schrie er noch zog er seine Füsschen zurück wie dies normal gewesen wäre angesichts in dieser Situation. Es stellte sich dann heraus, dass er bereits unter dem Drogenkonsum litt, der in diesem einzigen Raum der Familie stattfand.

Nachdem die Wunden verheilt waren, entwickelten sich schlimme Kontrakturen, die auf Kosten von JRS kompetent chirurgisch korrigiert werden konnten. Auch dies war nur dank ausländischer Spenden möglich.

25.5.2019

30.5.2019

3.6.2019

11.6.2019

24.6.2019

Autorin

Dr. Silvia Käppeli
Krankenpflegefachkraft, Pflegewissenschaftlerin

Die Situation der Pflege in der Pandemie versus Anti-Corona-Demo in Wien

Eigentlich war 2020 das Jahr der Pflege und Hebammen. Geplant waren hunderte Aktionen der Berufsverbände und OrganisatorInnen, um dieses Jahr zu einem besonderen zu machen. Es wurde auch besonders, nur nicht so, wie es sich die Pflegewelt erahnen konnte. Covid19 brachte die sowieso schon desolate Pflegewelt weit über ihre Grenzen. Sieht man den top aktuellen Bericht des International Council of Nurses, erkennt man die derzeitige Situation aller „Nurses“. Während in Japan 15% der Pflegekräfte ihre Arbeit niederlegten, weil sie einfach nicht mehr konnten, berichten andere Länder von Angstzuständen (49% Brasilien, 60% China, 80% Spanien), die einem schreiend in der Nacht erwachen lassen, Depressionen und Burnout. In diesen ganzen Berichten stehen unzählige Seiten über Angst, Depressionen, Burnout und beruflicher Stigmatisierung. Tausende Krankenpflegefachkräfte starben im Jahre 2020 an den Folgen von Covid19. Weltweit fehlen laut ICN & WHO schon jetzt fast 6 Millionen Pflegekräfte. Eine nochmalige Runde 2021 und/oder 2022 ist unvorstellbar. Mehr den je leisten Pflegefachkräfte Unvorstellbares, um kranke Menschen fachgerecht zu versorgen, in der Hoffnung, so vielen Menschen wie möglich lebend und gesund durch die Pandemie zu bringen. Viele isolieren sich zusätzlich in ihrer Privatzeit, um durch die berufsbedingte Exposition ihr privates Umfeld nicht zu gefährden. Zusammenfassend kann man sagen: Arbeiten weit über dem körperlichen & psychischen Limit inklusive einer sozialen Iso-

Links: Pflegeperson auf der Covidstation (C) Günter Valda / Rechts: Corona-Demonstration in Wien (C) Markus Golla

Links: Der tägliche Kampf im Gesundheitswesen (C) Günter Valda / Rechts: Der „Freiheitskampf“ der Coronagegner (C) Markus Golla

lierung, die einer energetischen Regeneration nicht unbedingt förderlich ist. Doch man tut es fürs Geld und aus Berufsethos. Sieht man in die aktuellen Zeitungen scheint es aber so, dass nicht jeder der Gefährlichkeit des Virus zustimmt und es hier auch Protestbewegungen gibt, die mit den Worten „Einschränkungen für´s Wohl aller“ etwas anfangen können. Dieses Wochenende gab es in Wien eine Protestaktion und wir wollten als Magazin die Chance nutzen, deren Beweggründe zu verstehen um sich die Argumente der Querdenker neutral anzuhören. Vielleicht gab es ja Ängste, Beweggründe und Argumentationen, die wir als Pflegefachkräfte nicht verstehen oder im Fokus hatten. Dem wollten wir als Redaktion einfach auf den Grund gehen und fuhren nach Wien.

Da unsere Redaktion aus Niederösterreich kommt fuhren wir an den Rand von Wien, um in einem „Park & Ride“ zu parken. Um nicht aufzufallen tauschten wir die MNS-Maske mit einem dicken Schal der Nase und Mund bedeckte. Am Fahrkartenautomaten standen schon 20 Personen aus Linz, die synchron mit uns in Wien angekommen waren. Natürlich wurde die Umgebung gemustert, wer denn dazugehört und wer nicht. Einige Personen mit Mundnasenschutz versuchten an der Menge vorbeizugehen und wurden mit entsprechenden Kommentaren vorbeigelassen „Schön brav den Maulkorb tragen, wie es euer Herr auch aufgetragen hat.“, grölt einer der Anwesenden, während er einen Schluck aus seiner Bierdose nimmt. Ein anderer schreit einer Dame mit Maske nach „Erstick doch daran.“ Auffällig ist, dass die meisten der Personen tätowierte Tränen im Gesicht vorweisen. Ich versuche aber nicht schon im Vorfeld zu urteilen und steige brav in die U-Bahn. Hier kommt es zur ersten Kommunikation mit den Anwesenden. Es werden alkoholische Getränke verteilt und eine Dame erklärt allen Mitreisenden, was man tun muss um bei einem polizeilichen Zugriff nicht verhaftet zu werden. Mir rutscht der Schal unabsichtlich unter meine Nase, wohlwollend reicht man mir ein Bier in die Hand und fragt mich, ob das meine erste Coronademo ist. Ich nicke und schiebe meinen Schal wieder hoch. Weitere Instruktionen folgen. Einer der Gruppenmitglieder beginnt zu erzählen, dass wir alle richtig handeln. „Die Alten, die unser Land aufgebaut haben, sehen wie ihr Werk zerstört wird und verstehen die Welt nicht mehr. Wir werden ihr Erbe retten.“ bekomme ich gesagt. Ich erinnere mich an die alten Menschen im Pflegeheim, die ich über Weihnachten betreuen durfte. Keiner hat mir jemals gesagt, dass sie ihr Landeserbe in Gefahr sehen würden, sie waren eher damit beschäftigt, nicht krank zu werden oder um Luft zu ringen, wenn sie die Krankheit bereits hatten. Aber vielleicht war meine Wahrnehmung ja nur eine Ausnahme und die Mehrheit sieht es anders.

Am Museumsquartier angekommen, bewege ich mich mit meiner „gefundenen Gruppe“ mit. Von Weitem hört man schon Jubel und Pfeifen. Viele Menschen waren nicht wirklich anwesend, also konnte ich nahe an die erste Bühnendarbietung kommen. Zuerst sprachen zwei Deutsche, die über die Berliner Demonstrationen berichteteten. Angeblich wurden hier die Wasserwerfer mit Benzin gefüllt, anstatt mit Wasser, um die anwesenden Kinder (und andere Menschen) nachhaltig zu schädigen. Ich erinnere mich nicht, Artikel darüber gelesen zu haben. Die Menge grölt und pfeift empört. Er spricht über Deutschland und deren deutsche Rechte. Am Ende der Ansprache meint er nur „Das

selbe gilt für euch in Österreich“. Die zweite Ansprache ist primär eine Ansprache gegen Frau Merkel. Es kommt eine Ansprache eines deutschen Politikers, der seine Ansprache mit den Worten beginnt:“ Hallo Österreich, meine Parteizugehörigkeit ist uninteressant, denn ich bin hier als Mensch und wenn sie mich beschimpfen wollen, nennen sie mich einfach Politiker, denn ich schäme mich für diese Bezeichnung.“ Die Menge grölt erneut und winkt mit den österreichischen Fahnen. Irgendwie warte ich noch immer auf den Zusammenhang mit Corona. Da beginnt der Herr der AfD mit seinen ersten Phrasen um sich zu werfen: „Die Nebenwirkungen der Impfungen sind schlimmer als die der Krankheit. Wir wissen das!“ Wieder jubelt die Menge. Ich drehe mich zu einem der Demonstranten und schaue ihn fragend an. „Aber in den Medien habe ich viele Berichte gelesen, dass schon viele Pflegekräfte geimpft sind und die berichten etwas anderes.“, meine ich zu ihm. „Die Lügen doch alle, sitzen da in ihren Krankenhäusern rum und wollen nur mehr Geld für die deppate Hac´n.“, bekomme ich als Antwort. Bevor ich etwas antworten kann, gibt es auf der „Bühne“ bereits die nächste Ansage:“ Wenn FFP3 Masken zu 99% schützen, gebt doch den Alten die Maske und lasst den Rest der Bevölkerung in Ruhe“. Ich drehe mich wieder zu meinem Stehnachbar und frage „Aber es trifft doch auch Jüngere?“. Die Antwort wurde schon grantiger „Alles Lügen, das erzählen sie uns, um den totalitären Staat zu generieren.“ Ich beschließe meinen Stehplatz zu wechseln, um auch andere Meinungen zu hören. In der Zwischenzeit wird ein Transparent aufgespannt „Kurz muss weg“. Der AfD Politiker schreit ins Mikrophon „Uns sehen im Livestream nun Millionen und während in Österreich Kurz weg muss, brauchen sie für Deutschland nur das erste Wort durch Merkel ersetzen.“ Er beginnt mit Mikrophon einzustimmen „Merkel muss weg. Merkel muss weg“. Die österreichische Demonstranten stimmen mit ein und winken mit der österreichischen Fahne. Ich habe noch immer nicht verstanden, worum es hier wirklich geht. Also frage ich eine Demonstrantin, die sich mit einer Regenbogenfahne umhüllt:“ Warum bist eigentlich du da?“. Sie antwortet „Für die Freiheit und Liebe der LQBT-Szene.“ Ich antworte ihr:“ Ich dachte es geht um den Coronawahnsinn.“ „Nein es geht um viel mehr,“ erwidert sie:“ Die Reichen wollen uns alles nehmen und wir in der LQBT Szene blei-

Links: Freiheit auf der Covidstation (C) Günter Valda / Rechts: Freiheit auf der Corona-Demonstration in Wien (C) Markus Golla

ben dann übrig.“ Ich beschließe weiter durch die Menge zu wandern, höre den Leuten zu. Doch um Covid, Covidmaßnahmen oder Ähnlichem geht es hier nicht. Die meisten tragen auch keine Masken, halten Abstände nur bedingt bis gar nicht ein, nehmen aber lachend die Szenerie mit dem Handy auf, teilen sich Getränke und Zigaretten und feiern. Natürlich höre ich Sätze gegen Bill Gates, dass Kennedy Jr. auch gesagt hat, dass alles nur von den Reichen kommt und man hier wieder für Recht und Ordnung durch das Volk sorgen werde.

Ich versuche, dass in Einklang mit dem Erlebten auf den Covidstationen zu bringen, finde aber keinen Nenner. Diskussionen wollen die Menschen hier nicht, sie wollen das Recht des Volkes feiern und winken fröhlich mit österreichischen Fahnen den grinsenden deutschen Sprechern. Irgendwie macht mich die Szenerie wütend. Pflegefachkräfte versuchen täglich die Situation zu kompensieren, damit wir diese Pandemie zu Ende bringen. Eigene Ängste vor Ansteckungen, zur Impfung und die berufliche zusätzliche Überlastung werden von vielen runtergeschluckt, um auf ein Ende und eine Lösung zu hoffen. Alle arbeiten weit über dem Limit. Doch hier scheint das kein Thema zu sein. Hier geht es um ganz andere Werte, um politische Freiheit, alle Recht dem Volk und das ohne Grenzen und Regeln, egal welche Grenzen man übertritt. Mit rationellem Denken und einem normalen Maß an Freiheit haben diese Veranstaltung überhaupt nichts zu tun. Man will sich Luft verschaffen, egal wie, die Machtlosigkeit gegen den Virus auf anderes projizieren und dies manipuliert von anderen, denn Ansprachen von AfD Politikern und dem Kärntner Organisator klingen sexy und „Durchhalteparolen“ der Regierung will keiner mehr hören.

AfD in Wien (C) Markus Golla

Meine innere Wut würde gerne sagen:“ Dann verreckt doch alle, ich stelle eure Autonomie nicht in Frage, sich mit dem Virus anzustecken, wenn ihr das unbedingt wollt. Ich bin geimpft und bald sind es in meiner Umgebung alle.“ aber der Berufsethos in meinem Kopf überwiegt und der besagt „Rette und helfe jedem, auch die mit der einfachsten zerebralen Struktur.“ Außerdem ist es nicht ganz so simpel, denn diese Menschen stecken Unschuldige an und gefährden andere. Dies sind die selben Leute, die um 2 Uhr in der Früh wegen eines Zeckenbiss in die Notaufnahme gehen und sich dann beschweren, warum sie warten müssen, weil sie ja ein Recht auf Versorgung haben. Doch es sind nicht nur die einfach Gestrickten, die in diesen Zeiten schreiend umherlaufen. Es gibt auch welche, die diese Zeiten politisch ausnutzen, Gewinne mit Büchern und TV Auftritten machen und sich auf Kosten aller in Szene setzen wollen. Diese Menschen sind gefährlich.

Und wieder vergisst man auf die Menschen die versuchen, die Pandemie mit so vielen Menschen wie möglich zu überleben und die dafür weit über deren Grenzen gehen: Menschen aus dem Gesundheitswesen.

Keine Masken, kein Abstand (C) Markus Golla

Leben und Tod Entscheidungen

Wegbegleiter in der Notaufnahme

Günter Valda ist Krankenpfleger und Fotograf. Mit seinem Crowdfunding-finanzierten Buch „House of Fate“ zeigt er den Berufsalltag in einer Notaufnahme. Leben und Tod Entscheidungen, die oft nur in wenigen Sekunden zu treffen sind. Dies ist eine ganz eigene Welt, die nun visuell in einem Bildband festgehalten wurde. Ein Grund für uns den Fotografen zu interviewen.

Wie war dein Weg in die Gesundheits- und Krankenpflege?

Schon während der Ausbildung hat mich der Bereich zwischen Leben und Tod am meisten interessiert. Direkt nach der Ausbildung fing ich an der Notaufnahme im AKH Wien an. Parallel dazu absolvierte ich Ausbildungen in der Präklinik, die mich zur Flugrettung beim ÖAMTC führten. Es folgten die SAB Intensiv und Anästhesie, der ERC Reanimationstrainer und Auslandserfahrung in der Schweiz.

Was hat dich motiviert in der Notaufnahme zu fotografieren?

Die Notaufnahme ist ein sehr spezieller Ort zu dem man nur als Patient, Angehöriger oder als Personal reinkommt. Sie ist quasi hermetisch abgeriegelt. Für mich fühlt es sich so an, dass man dem Leben nirgends wo näher ist. Hier spürt man den Puls des Lebens so stark, wie an keinem anderen Ort. Genau dort wollte ich nach meiner Ausbildung zum DGKP hin. Wahrscheinlich beruht dies auf meiner eigenen persönlichen Erfahrung nach einem schweren Unfalltrauma als Kind. Ich wollte unbewusst diese „Räume“, dich als Kind durchlebte, erneut betreten. Diesen Bereich zwischen Leben und Tod.

In dieser Zeit fing ich auch an zu fotografieren. Die Kamera wurde mein Werkzeug, mit der ich Szenen und Situationen nähere betrachten konnte. Wie eine Lupe, mit der man versucht zu verstehen, was rationell nicht zu begreifen ist. Extremsituationen führen zu Türen, an die man sonst nicht kommt, und machen sie auf. Dem Tod nahe ist: voll im Leben.

Warum ist ist es besonders wichtig, diese Momente in Szene zu setzen?

Im Grunde will ich auf mehreren Ebenen sensibilisieren. Zum einem geht es in dieser Arbeit um die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit. Nirgends ist man näher an dieser Substanz, als an einem Ort wie der Notaufnahme. Der Betrachter erfährt durch die Bildsequenzen die Möglichkeit, sich dem Thema zu nähern, ohne selbst ein Teil davon zu sein. Zum anderen zeigt es die Menschen die in solchen Einrichtungen arbeiten. Wer sind die Personen, die ständig auf dieser schmalen Linie zwischen Leben und Tod arbeiten und was macht diese Extremsituation mit ihnen.

An wen ist dein erster Bildband gerichtet?

Er ist an alle Interessierten gerichtet, vor allem aber auch an die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich und den KrankenpflegerInnen selbst, die sich in der Öffentlichkeit oft mit einem falsch

DIE JOHANNITER

MEDIKAMENTE

LUCAS

interpretierten Berufsbild konfrontiert sehen. Nur durch Verbesserungen der Rahmenbedingungen kann man Gesundheitspersonal vor Überlastungen schützen.

Du hast ja auch bereits ein nächstes Projekt, magst du davon erzählen?

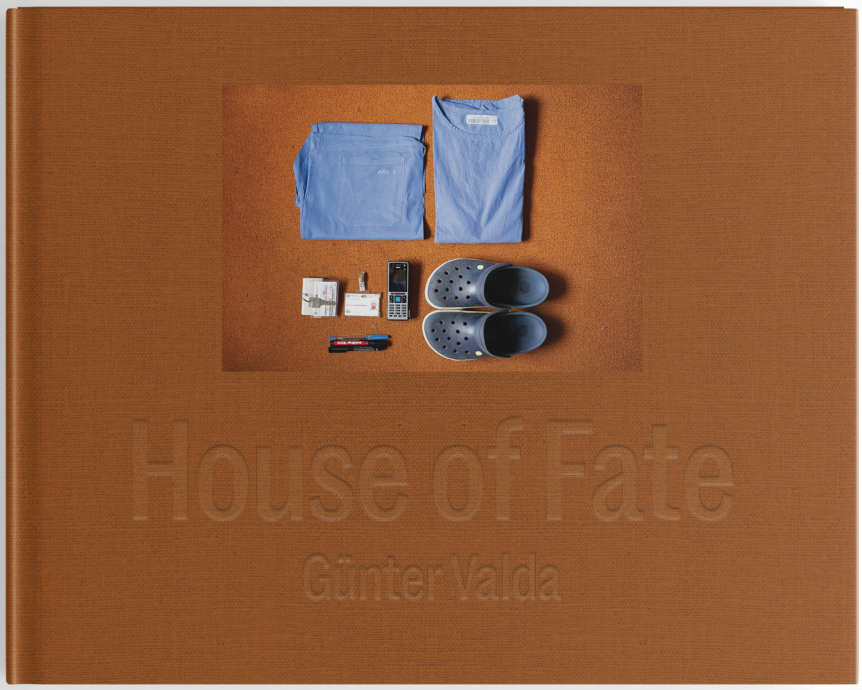
Mitten in der Arbeit an meinem Projekt „house of fate“ fegte die Pandemie wie ein Tsunami in die Gesundheitseinrichtungen. Plötzlich sah sich das Gesundheitspersonal massivsten Belastungen gegenüber und war selbst auch durch fehlende Schutzausrüstung vor Infektionen nicht geschützt.

Dies bedingte, dass man mit der Kamera in die Isolierten Covidbereiche nicht mehr vordringen konnte, und eine Dokumentation somit nicht möglich war.
Animiert aus meinem vorigen Projekt schickten mir KrankenpflegerInnen aus verschiedenen Ländern Selfies aus den Covidstationen, um mir ihre enormen Belastungen zu zeigen. Abdrücke von Schutzausrüstung auf der Haut die sie teils bis zu 12 Stunden tragen und die Auswirkungen der emotionalen/psychischen und physischen Belastungen waren eindrucksvoll zu erkennen. Ich hatte also plötzlich Bildmaterial aus der Mitte des Tsunamis zur Verfügung, ohne das ich mich selbst in diese Bereiche begeben musste. Diese authentischen Selfies sind ein Zeitdokument und der Kern meines nächsten Projektes. Gerne kann man mir weiterhin Selfies aus diesen Bereichen schicken.

https://www.valda.at

Alle Fotos (C) Günter Valda

3M


House of Fate
Günter Valda

Gipfel Erfahrungen in Afghanistan

Sind Sie je auf einem hohen Gipfel gestanden?

Den Erfahrenen ist das Erlebnis bestimmt als gleichermassen atemberaubend als beflügelnd in Erinnerung geblieben. Besonders beim Ankommen nach einem langen und ermüdenden Aufstieg überwältigt einem ein ganz besonderes Gefühl bereits während man noch verschnauft. Auf dem Gipfel mag man in dichten Nebel gehüllt sein, aber der Geist transzendiert alles um einen herum. Man wird sich bewusst, dass man nur ein winziges Teilchen im Universum ist, aber man existiert und hat es geschafft!

Den Gipfel zu erreichen ist eine Schwellenerfahrung, die weltliche und transzendente Aspekte beinhaltet. Nach der Ankunft auf dem Gipfel findet zuerst ein Fotoshooting statt, damit man Beweise des Erreichten nachhause bringen kann. Aber anlässlich eines solch unwahrscheinlichen Erlebnisses wird man auch von etwas wie einer absoluten Freude, Erfüllung und von tiefer Dankbarkeit erfüllt. Und man vergisst die Beschwerden und Entbehrungen des Aufstiegs.

In Afghanistan bestieg ich keine Berge, obwohl der Hindukush ebenso attraktiv ist wie die Schweizer Alpen. Ein glücklicher Zufall rief mich 2012 ins Land. Ich war gerade pensioniert worden als Pflegewissenschaftlerin und betrachtete mich als gut vorbereitet auf was ich dachte, würde mich in Afghanistan erwarten. Aber während meiner achtjährigen Reise auf dieser wenig begangenen Strasse mit dem Flüchtlingsdienst der Jesuiten (Jesuit Refugee Service, JRS) wurde ich mit vergleichbaren Erfahrungen belohnt. So, ganz besonders während meiner Tätigkeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern eines Lagers für ‘Internally Displaced Persons’ (IDPs), die unter schwierigsten Umständen versuchten, mit ihrem Leben zurecht zu kommen. Besonders deshalb mögen sich die Lesenden fragen, was für eine Beziehung wohl bestehen kann zwischen dem Arbeiten in einem solchen Lager und einer Gipfelerfahrung.

JRS arbeitet seit 2005 in Afghanistan

Der Jesuit Refugee Service ist im Bildungsbereich, auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Fachbereichen tätig, jeden Bedürfnissen der Bevölkerung und den vorhandenen Ressourcen. Ich war einerseits in der Ausbildung von Medizinstudenten und -studentinnen und Dozenten an verschiedenen medizinischen Fakultäten im Land tätig. Anderseits arbeitete ich mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Siedlungen für Rückkehrende aus dem Iran und aus Pakistan bei Herat und in einem Lager für Vertriebene in Kabul. In diesen informellen Siedlungen unterrichtete ich Gesundheitspflege, praktische klinische Aktivitäten, Erste Hilfe, und Malen und Handwerken. Die Hunderten von Grossfamilien, die an diesen Orten Fuss zu fassen versuchten, lebten gleichermassen verachtet von der afghanischen Regierung und der öffentlichen Verwaltung wie diskriminiert und marginalisiert durch die niedergelassene Bevölkerung als ob sie eine Ware wären, und mit wenig Hoffnung an ihre Ursprungsorte zurück zu kehren oder an einem neuen Ort heimisch zu werden. Die meisten Bewohner waren nicht nur im wörtlichen Sinn des Begriffs Analphabeten, sondern auch In Bezug auf andere Fähigkeiten, die das tägliche Leben erleichtern. Die meisten Männer waren arbeitslos oder Taglöhner, die Jungen arbeiteten auf Strassenmärken, die kleinen Knaben bettelten in den Strassen, und die Mädchen und Frauen waren beschäftigt mit Hausarbeiten und Kinderhüten.

JRS Programme in Chaman-e Babrak Lager

JRS begann 2015 in improvisierten Klassenzimmern im Lager von Chaman-e Babrak tätig zu werden mit Englisch- und Mathematikunterricht für je 50 Knaben und Mädchen. Als ich im selben Jahr in Kabul zu arbeiten begann, riet man mir, dieses Lager aus Sicherheitsgründen zu meiden. Ein Jahr später gab ich jedoch dem Bitten der dort arbeitenden drei afghanischen Lehrenden nach.

Meine ersten Begegnungen im Lager bestätigten, was die Medien aus verschiedenen kriegsversehrten Ländern berichten: Elend bestehend aus Dreck, Gestank, Gewalt, Horden streunender Kinder mit verfilzten Haaren und Erwachsene in zerrissenen Kleidern, die Besuchende wie mich mit Argwohn prüften. Entlang des staubigen Hauptpfades durch das Lager sah ich Männer deren Zigaretten aus ihren Mundwinkeln hingen, an den brüchigen Wänden ihrer Lehmhütten lehnen. Der unverwechselbare Duft von Drogen durchdrang die Luft. In manchen Ecken kauerten junge Männer die mir Wörter nach riefen, die

ich nicht verstand, die aber meine Begleiterin peinlich berührten. Sie befürchtete, das raue Benehmen der Männer könnte mich davon abhalten, mich diesem Lager zu verpflichten. Sie versuchte ihr Bestes, mich davon zu überzeugen, dass die Menschen, die ich hoffentlich in Zukunft unterrichten würde, nicht so vulgär sind.

Ich beschloss, Mitglied des Lehrerteams zu werden. Aufgrund der Besorgnis der Lehrenden über die psycho-soziale Situation der 100 SchülerInnen führten wir diesbezüglich in einem ersten Schritt eine explorative Studie durch, die beunruhigende Ergebnisse zutage förderte. Diese rechtfertigten, dass JRS jede erdenkliche Anstrengung unternahm, das Leiden der Kinder und ihrer Eltern an den Konsequenzen der Langzeitvertreibung zu reduzieren und Schlimmerem vorzubeugen.

Nebst Bildung bestand ein dringendes Bedürfnis nach Verbesserung der Nahrungssicherheit der Familien unserer SchülerInnen. Ihre detaillierten Berichte zeigten, dass ihre tägliche Nahrung aus und Pittabrot, Öl, Bohnen, Zwiebeln, Reis, und ab und zu einem Ei bestand; jene, die im Markt arbeiteten, durften am Abend nicht verkauftes Obst und Gemüse nach Hause nehmen. Deshalb begann JRS 2017 mit einem Nahrungsmittel-Ergänzungsprogramm. Anfangs beinhaltete es eine tägliche Verteilung von Biskuits und eines nahrhaften Getränks für alle SchülerInnen, was diese am Ende des Unterrichts sofort und hungrig verschlangen, denn kaum eine/einer ass Frühstück oder Mittagessen, bevor sie zur Schule kamen. Später wurde dieses Programm in Form von monatlichen Nahrungsmittelrationen für die Familien der SchülerInnen weitergeführt.

Ebenfalls abgestützt auf die Studienergebnisse begann ich für ungefähr 20 Frauen, zumeist Mütter unserer SchülerInnen, Hygiene, Gesundheitspflege und Erste Hilfe zu unterrichten. Währenddem sie am Anfang wohl die Neugier motivierte, nahmen die Meisten am ganzen Kurs teil, weil sie rasch fühlten, dass das Gelernte relevant war für sie. Die Frauen mussten paarweise üben, vermeintlich gebrochene Glieder, Körper und Schädel zu fixieren, angenommene Wunden zu verbinden und Injektionen zu verabreichen. Die Idee des barmherzigen Samaritans gefiel ihnen sehr, aber da sie in Stammeskulturen lebten und verzweifelt versuchten, diese in den multi-ethnischen Nachbarschaften zu erhalten, fiel es ihnen schwer, die praktischen Implikationen dieser Idee zu akzeptieren. Das Begleiten der Übungen gab mir Gelegenheit, Narben und Deformationen an ihrem Körper festzustellen und ihre raue und zerschundene Haut an Händen und Füssen zu fühlen. Ich konnte ihre physische Beweglichkeit, ihr Verständnis für das zu Lernende und die Art und Weise, wie sie auf einander zugingen und miteinander interagierten beobachten. Umgekehrt gab es den Frauen Gelegenheit, ihre Neugier zu befriedigen und zu sehen, ob es grundlegende Unterschiede gab zwischen ihnen und mir. Die Meisten von ihnen hatten noch nie eine Europäerin aus der Nähe gesehen. Während der Unterricht voran schritt, erzählten die Frauen von Unfällen, die ihren Familienmitgliedern zugestossen waren. Offensichtlich waren viele Kinder und Jugendliche, JRS Schülerinnen, Opfer von falsch oder unbehandelten Verletzungen. Dieser Unterricht war eine einzigartige Gelegenheit für uns alle, ein Gefühl dafür zu entwickeln wer wir waren und um gegenseitige Beziehungen und Vertrauen zu etablieren. Er ermöglichte mir, Bräuche und Traditionen kennen zu lernen und immer weitere Bedürfnisse der Frauen fest zu stellen. Dieser Unterrichtsansatz wurde paradigmatisch für zukünftige Initiativen.

Mit fortschreitender Zeit erhöhte sich die Zahl der SchülerInnen und der Schulfächer und demzufolge der Lehrenden. Friedensbildende und versöhnende Verhaltensweisen wurden als Teil des komplementären Bildungsange-

bots zunehmend wichtiger. Die Leistungen der Schulkinder erfüllte ihre Eltern mit Stolz und viele von ihnen, die eigene Bildungsmöglichkeiten verpasst hatten wegen multipler Vertreibungen und Umsiedlungen, ergriffen nun die Gelegenheit, nachzuholen was sie verpasst hatten. Alphabetisierungsklassen für Männer und Frauen wurden eingerichtet. Da es jedoch für Mütter unmöglich war, in Anwesenheit von einem oder zwei ruhelosen Kleinkindern zu lernen, eröffneten wir eine Krippe. Eine junge Frau, ehemalige JRS Schülerin, die im Lager lebte, wurde als Betreuerin angestellt. Beeindruckt durch die Wirkung der Erste Hilfe Ausbildung der Frauen, verlangten die Männer denselben Unterricht.

Im Jahr 2017 liess JRS in Zusammenarbeit mit einer Deutschen NGO einen Ziehbrunnen bohren in diesem Lager, das seit seinem Ursprung vor 15 Jahren kein fliessendes Wasser hatte. Dies bedeutete nicht nur, dass die Bewohner weniger Geld für Trinkwasser ausgeben mussten, sondern – vielleicht noch wichtiger – dass Frauen und Mädchen in einem gewissen Mass davon befreit wurden, jeden Tag stundenlang auf den Tankwagen zu warten und anschliessend die schweren Container durchs Lager zu ihren Hütten schleppen zu müssen. Weniger existenzielle Sorgen zu haben bedeutete, mehr Energie für die Bildung zu Verfügung zu haben

Zwei Jahre nachdem JRS begonnen hatte, im Lager von Chaman-e Babrak komplementäre Bildung anzubieten und trotz anfänglichem Misstrauen und Widerstand von Seiten der konservativsten Ältesten und Bewohner, wuchs der Bildungsbedarf ständig. Aber ihn zu befriedigen wurde aus zwei Gründen zur Herausforderung. Einerseits brauchten wir zusätzliche Klassenzimmer im Lager (die Frauen und Mädchen durften das Lager aus traditionellen Gründen nicht verlassen), und anderseits nahmen die Beschränkungen zu, welche die afghanische Regierung internationalen Organisationen auferlegte. An diesem Punkt, 2017, wurde die Beziehung zwischen JRS und der Lager Gemeinschaft auf die Probe gestellt. Die Verhandlungen für passende Unterrichtsräume machten klar, dass JRS für die Fortführung seiner Projekte von der Unterstützung der Führer im Lager ebenso abhängig war, wie umgekehrt. Da dem JRS offiziell nicht erlaubt wurde, Klassenzimmer zu bauen, mussten die Führer der verschiedenen ethnischen Gruppe eine Lösung finden, was ihnen schliess-

lich auch gelang. Ebenso in 2020, als die Lagerbevölkerung infolge der sich ständig verschlechternden Sicherheitslage des Landes von ca. 600 in 2015 auf 830 Familien mit durchschnittlich sieben Mitgliedern heranwuchs, konnte der Unterrichtsraum mit ihrer Hilfe nochmals erweitert werden. Das wachsende Niveau und der Umfang der Bildung die den nun 350 Schülerinnen mittlerweile von acht JRS Lehrenden offeriert wurden, so wie auch die Dynamik in den wachsenden Lagergemeinschaften schafften ständig neue Bedürfnisse: Malen und Marionetten kreieren wurde eingeführt. Skilling Cirlces gab Frauen die Gelegenheit ihre Schneider- und Stickerei Fertigkeiten zu verbessern, und junge Männer konnten lernen, Mobiltelefone kostenpflichtig zu reparieren. JRS gab 300 Familien Obstbäume und, wie leitete sie an, diese zu pflegen. Und die Idee, JRS Lehrende als psycho-soziale Barfuss-Beratende auszubilden, woran man ursprünglich 2016 gedacht hatte, konnte mit der Hilfe von JRS Ressource Personen und einer internationalen psycho-sozialen Organisation (IPSO) realisiert werden.

Gleichzeitig erinnerten gelegentliche Beschädigungen der JRS Klassenzimmer durch Leute, die nicht einverstanden waren mit den laufenden Bildungsinitiativen daran, wo wir waren und an die Zerbrechlichkeit des Fortschrittes.

Gipfelerfahrungen auf dem Weg zum Gipfel

Was haben diese von JRS initiierten Schritte im Bildungsbereich zu tun mit Gipfel- oder Schwellenerfahrungen? Der Zweck der Verwendung einer Metapher ist, Schlüsselaspekte einer komplexen Erfahrung, die sonst schwierig mit gleicher Klarheit und Intensität zu vermitteln wäre, zu akzentuieren. Die beiden Komponenten, die Metapher als allgemeines Bild und die persönliche Erfahrung, verstärken deren Bedeutung gegenseitig.

Das Leben der Vertriebenen die in Chaman-e Babrak bereits Jahre verbracht hatten, war charakterisiert durch Verluste und existenzielle Ungewissheiten, die jegliche Anstrengungen, Erniedrigung und Stigmatisierung zu bekämpfen sowie Initiativen, das Leben neu aufzubauen, unterminierten und neue Horizonte verschwimmen liessen. Die Bewohner des Lagers lebten in einem permanenten Status von Energie verschleissender Transition. Viele Erwachsene hatten ihre Hoffnung auf eine bessere Zukunft für sich selbst aufgegeben und projizierten sie auf ihre Kinder.

Die wichtigsten von JRS im Lager eingeführten Bildungsinitiativen zeugten von der ständigen Konsolidierung des Heilung, Hoffnung und Leben versprechenden Bündnisses zwischen der Lagergemeinschaft und JRS. Ihre Bedeutung wurde während der COVID-19 Pandemie und dem Lockdown im Jahr 2020 besonders deutlich. In dieser Zeit suchten die Lagerführer Nothilfe bei JRS und nicht bei der öffentlichen Verwaltung der Stadt Kabul, die dafür verantwortlich gewesen wäre.

Im Rückblick ist der Umfang des von JRS Erreichten überwältigend für Alle, die an dieser Entwicklung beteiligt waren. Aber persönlich fühle und fühlte ich mich immer gleichermassen tief berührt von vielen unscheinbaren, unmittelbareren Momenten, die für einzelne Personen bedeutender waren als für die Gemeinschaft als Ganzes. Für mich haben Gipfelerfahrungen im eigentlichen Sinn des Wortes wenig zu tun mit der Höhe eines Gipfels oder der Grossartigkeit eines Unternehmens.

Die höchsten Gipfel sind nicht notwendigerweise die berauschendsten.

Ich erlebe Gipfel nicht als ausserordentlich, weil ich sie erreicht habe, sondern weil ich einem Traum folgend, meine Komfortzone verlassen habe und zu ihnen aufgebrochen bin. Die riesige Freude, die mich auf manchen Gipfeln erfüllt, ist nicht hauptsächlich der Leistung zu verdanken, sondern ebenso den Herausforderungen und Rückschlägen, die ich auf dem Weg erfahren und den Risiken, die ich gemeistert habe und die sich schliesslich in Gewinne verkehren. Auch die tiefe Erfüllung die ich manchmal aus der Arbeit mit den Bewohnern des Lagers erlebte, hingen stärker ab von der Bedeutung unserer gemeinsamen Unternehmungen als von ihrem

Umfang. Was ich fühlte, wenn wieder ein Projekt gelungen war, hatte zu tun mit dem Unterschied, den es im Leben der SchülerInnen und in meinem eigenen Leben bewirkte. Im Folgenden möchte ich dies an einigen Beispielen erläutern.

Ein charakteristisches Merkmal der Biografien aller Frauen in Chaman-e Babrak ist, dass sie sich bemühen, innerhalb der physischen und kulturellen Grenzen des Lagers gemäss ihren Stammesregeln zu funktionieren, obwohl dies in dieser Umgebung kaum möglich war. Nachdem sie die Härten oft mehrerer Vertreibungen und Neuansiedlungen durchgestanden hatten fühlten, sie sich reduziert darauf, ihren Ehemann zu befriedigen und überwältigt von Schuldgefühlen, weil ihnen die Mittel fehlten, auch nur die grundlegendsten Bedürfnisse ihrer zahlreichen Kinder zu stillen. Kaum eines von ihnen hatte genügend zu essen oder Schuhe für den harten Winter in Kabul. Mit zu erleben, wie sie sich still dieser bedauerlichen Situation unterordneten, und gleichzeitig ihre Entschlossenheit zu fühlen, ihr Schicksal treu und geduldig zu ertragen, inspirierte mich dazu, ihnen in regelmässigen Malstunden einige Momente von Gelassenheit zu vermitteln. Von Anfang an war es Herz erwärmend zuzuschauen, wie sich ihre verborgenen Talente entfalteten während dem sie zunehmend geschickter mit Pinsel und Farben umgingen und phantasievolle Bilder kreierten. Noch erfüllender war es, zu erleben wie sich die Frauen selbst daran freuten, ihre Kreativität zu entdecken – oder herzhaft über deren Fehlen zu lachen. Diese Erlebnisse schienen das Eis zu brechen, mit dem sie ihre Seele zum Schutz vor der nie enden wollenden Ungemach des Lebens schützten. Zudem verliehen ihnen ihre Kunstwerke eine neue Dimension ihrer Identität, sodass sie Schritt für Schritt aus ihrer Anonymität heraus zu treten schienen. Wenn sie ihre Werke kommentierten, enthüllten sie Aspekte ihres Lebens, die bisher verborgen waren, wie etwa die Lebensumstände an ihrem Herkunftsort, zum Beispiel dass sie Bergbauern waren und sich jetzt mit einer erbärmlichen Hütte, ohne sinnvolle Beschäftigung der giftig verpesteten Luft Kabuls ausgesetzt fanden. Ihre liebenswürdigen, humorvollen oder sarkastischen Karikaturen verwiesen auf ihre persönliche Wahrnehmung ihrer gegenwärtigen Situation. Durch die Entdeckung ihres kreativen Potenzials spürten manche Frauen eine Art Ruf zu etwas mehr als sie bisher getan hatten und einen Drang solchen Träumen zu folgen. Gemeinsame schöpferische Aktivitäten und Reflektionen förderten zu einem gewissen Grad Freundschaften über ethnische Grenzen hinweg. Manche Frauen schienen einen Sinn von Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft über ihre Familie hinaus zu entwickeln. Dies schloss das Akzeptieren von zwei älteren Witwen ein, die nicht, weil sie an den Aktivitäten teilnehmen wollten, regelmässig in der Malklasse sassen, sondern um der Energie verschleissenden Einsamkeit ihrer vier Wände zu entkommen und die Gesellschaft der Gruppe zu erleben.

Ich war gleichermassen begeistert, zu sehen, wie die Frauen nach Beginn der Alphabetisierungsklasse mit jedem Wort, das sie zu schreiben und zu lesen lernten, allmählich ihre begrenzte Wahrnehmung erweiterten, um in die Welt der Gebildeten einzutreten. Solche Klassen veränderten die Härte des Alltags dieser Frauen nicht wesentlich, aber das Leben mancher begann sich in Richtung eines erfüllteren Frauseins zu entwickeln. Als JRS eine ehemalige Schülerin zur bezahlten Betreuerin der Kinder in der neuen Krippe ernannte, erhöhte dies das Selbstvertrauen und die Würde der ganzen Familie.

Gesellschaftliches ausgeschlos-

sen Sein, ohne Arbeitsstelle zu leben in höchst unwürdigen Bedingungen und unfähig zu sein, selbst für seine Familie zu sorgen, führt leicht zu Aggression, Resignation und Drogenabhängigkeit. Dem Leben der vielen männlichen Jugendlichen und Männer die ihre Grossfamilien versorgen mussten, gab die Möglichkeit, nebst der täglichen gefährlichen und unrentablen Schufterei, zur Schule zu gehen, Richtung und Zweck. Ihre grosse Verantwortung erlaubte ihnen keinerlei Zeitverschwendung mit unproduktiven Aktivitäten. Trotzdem entschieden sie sich eines Tages, wie die Mädchen und Frauen, an einem Kurs zur Herstellung von Marionetten teilzunehmen. Nachdem sie ihre anfängliche Geringschätzung einer solchen Tätigkeit überwunden hatten, freuten sie sich, ihre Emotionen zu übertragen auf das Aussehen und den Gesichtsausdruck der Figuren, die sie erschufen: politische Figuren, Verwandte, einander gegenseitig … Ich war entzückt zu entdecken, wie ihre Ambitionen, wirklich erschaffen zu können, was sie anstrebten, ihren Eifer antrieb, das Arbeiten mit Papiermaché gründlich zu erlernen. Nachdem sie das dieser Fertigkeit innewohnende Potenzial entdeckt hatten, hielt sie nichts mehr davon ab, Charaktere zu produzieren oder zu karikieren, die in ihrem Leben eine besondere Rolle spielten – Lehrer, der Meister, Angehörige, Politiker – und nach anfänglichen Zweifeln erfüllte sich die Luft im Klassenzimmer bald mit spitzbübischem Gelächter.

Zu erleben wie hilflos sich Väter und Mütter fühlten, wenn sie mit Aufgaben konfrontiert waren, die Lesen und Schreiben erforderten, und wie sie sich über ihre diesbezügliche Unfähigkeit schämten, tat mir weh. So war es schliesslich gut mit zu erleben, dass viele Eltern die Gelegenheit ergriffen, sich an den JRS Alphabetisierungsklassen zu beteiligen und wie dies die Familiendynamik veränderte. Nach Abschluss der Klassen, schämten sich die Väter nicht mehr, von ihren Kindern abhängig zu sein. Stolz berichteten sie, wie sie zum Beispiel eine Klinik in der Innenstadt von Kabul selbständig identifizieren konnten. Gleichermassen glücklich waren die Mütter, die nun

ihren Kindern bei den Hausaufgaben helfen konnten. Dank dieser Unterstützungsmöglichkeit schienen ihre Träume, dass ihre Kinder Ärzte, Anwälte, Piloten oder Lastwagenfahrer werden würden, eher wahr zu werden. Als die Bilder der ersten JRS Malklassen in der Kunstfakultät der Universität Kabul ausgestellt wurden, nahmen manche Väter teil an der Vernissage der Ausstellung, um zu sehen, wo ihre Kinder möglicherweise eines Tages studieren werden. Darüber hinaus veränderte sich die Dynamik in vielen Familien in Richtung mehr freundschaftliche und weniger gewalttätige Beziehungen. Die Alphabetisierung reduzierte einen Schlüsselaspekt der Verletzlichkeit der Erwachsenen im Lager. Sie gab ihnen eine Stimme und verschaffte ihnen Zugang zu einer Welt, die sie zurückgelassen hatte. Sie fühlten, dass ihr Leben an Würde gewann.

So wie sich das Familienleben dank dem grösseren Selbstvertrauen der Mitglieder positiv veränderte, so entwickelten sich auch die Freundschaften unter den Schülern die, obwohl sie eng aufeinander wohnten, vorher kaum etwas miteinander zu tun gehabt hatten. Eines nachmittags, als ich die Wandtafel reinigte am Ende einer Malstunde mit einer Gruppe männlicher Jugendlicher, versammelte sich eine Handvoll von ihnen am anderen Ende des Klassenzimmers und flüsterten zusammen. Danach umrundeten sie mich. Aus Furcht, undankbar zu erscheinen ein wenig gehemmt, informierte mich ihr Sprecher, dass die Klasse während des laufenden Monats auf ihre täglichen Nahrungsrationen verzichten wollte. Sie möchten das dafür vorgesehene Geld sparen, um damit Stiefel für den Winter zu kaufen. Ich war begeistert, weil dies nicht nur das erste Mal war, dass sie sich als Gruppe vereinigten, um eine Initiative zu ergreifen, sondern es war auch neu, dass sie sich überlegten, wie sie vorhandene Ressourcen besser nutzen konnten, statt einfach um zusätzliche Mittel zu bitten. Sie traten aus der passiven Rolle der Almosenempfänger und aus dem damit verbundenen Stigma heraus.

Das Alltagsleben im Lager war bekannt dafür, mit Gewalttätigkeit gegen Frauen und Kinder durchsetzt zu sein infolge der überfüllten Haushalte, der miserablen Unterkünfte und der Väter, die sich selbst verachteten, weil es ihnen nicht gelang, für die Sicherheit und das Wohlbefinden ihrer Familie zu sorgen. Viele Mütter fühlten sich erschöpft nach zahlreichen, kurz aufeinanderfolgenden Schwangerschaften unter Bedingungen extremer Armut. Weil diese Situation bekanntlich zu problematischen Mutter-Kind Bindungen führen und solche Bindungen ein Hauptgrund von Gewaltanwendung sein kann, wollte ich herausfinden, in welcher Weise die Mütter im Lager ihre vielen Kinder kennen. Ich interviewte deshalb eine Anzahl von ihnen. Ich war zutiefst berührt davon, wie sie alle die speziellen Züge und ausserordentlichen Talente jedes Kindes, einschliesslich ihrer Neugeborenen zärtlich und in vielen Einzelheiten beschrieben. Für alle hegten sie Hoffnungen und Träume. Ich war darüber sehr erleichtert und getröstet, denn nur tiefe Mutterliebe kann solche Beobachtungen hervorbringen. Die Schilderungen der Mütter zeigten, dass es die verzweifelten Umstände waren und nicht Gleichgültigkeit oder Grausamkeit, die ihr gelegentlich gewalttätiges Verhalten verursachten. Die Mütter ihrerseits waren sehr glücklich über mein Interesse an der intimen Beziehung zwischen ihnen und ihren Kindern. Meine Wertschätzung schien die Bedeutung von Kinderreichtum ungeachtet der Lebensumstände zu erhöhen. Meine Gipfelerfahrung schien den Müttern eine solche zu bescheren.

An einem gewissen Punkt realisiert ich, dass das Bildungsangebot im Lager und das dadurch veränderte Wissen und Bewusstsein der Menschen, sowie die Werte und Fertigkeiten die daraus resultierten, sich im veränderten Alltagsleben in Chaman-e Babrak zu widerspiegeln begannen. Zur Schule zu gehen bedeutete für die Schülerinnen und Schüler jeglichen Alters und Geschlechts, dass sie pünktlich, regelmässig, sauber und höflich sein mussten, was für viele von ihnen ein grosser Schritt weg von ihrem vorherigen Verhaltensmuster war. Ihre Tage wurden mehr strukturiert, mehr zweckorientiert und sinnvoller. Weil die Klassen ethnisch gemischt waren, konnten Erwachsene und Kinder einander nicht länger ignorieren und erhielten Gelegenheit, allmählich ihre Vorurteile zu berichtigen. Pashtunische und tajikische Frauen lernten, dass ungleich ihrer eigenen Bräuche jene des Jugi Stammes den Frauen erlaubten, sich unbegleitet ausserhalb des Haushaltes zu bewegen, und dass sie deshalb nicht als unmoralisch beschuldigt werden sollten. Die Zusammenarbeit über ethnische Grenzen hinweg, die anfänglich charakterisiert war durch Verdächtigungen und Voreingenommenheit, entwickelte sich langsam zu vorsichtiger Versöhnung von Unterschieden. Einige Konfliktlösungsmethoden veränderten sich bei der Jugend von Gewaltanwendung zur Anwendung von Verhandlungsstrategien. Während trotz dem regelmässigen Unterricht in friedensbilden-

den Verhaltensweisen solches Verhalten weiter anhielt, hörte ich gelegentlich jemanden sagen «es tut mir leid», wenn sie etwas falsch eingeschätzt oder sich unangemessen benommen hatten. Dies zeigte eine sich verändernde Kultur an. Solche Zeichen konnte ich auch bei den Führern der verschiedenen ethnischen Gemeinschaften im Lager beobachten. Die sich ständig erweiternden JRS Programme verlangten von ihnen, dass sie Probleme auf eine Art verhandelten, die für alle akzeptabel waren, wie z.B. die Zerstörung einer alten, baufälligen Moschee zugunsten neuer Klassenzimmer. Statt einfach für oder gegen einen Vorschlag zu sein, begannen sie zunehmend, verschiedene Ansichten zu äussern. Und noch wichtiger war, dass sie – zusätzlich zu lediglich reagieren auf JRS Vorschläge – begannen selbst die Initiative zu ergreifen. Mit zunehmender Selbstbestimmung wurde ihr Leben vorhersagbarer. Physisch wurde das Lager allmählich sauberer und viele Lehmhütten wandelten sich zu Häusern.

Den Gipfel erreichen

Was verwandelte solch erhebende Momente in meiner Tätigkeit mit den Bewohnern von Chaman-e Babrak in Gipfel- Schwellenerfahrungen, obwohl der Weg mit ihnen eher einer Wanderung durch die afghanischen Ebenen als einer Überquerung des Hindukush glich? Der weltliche Aspekt meiner Erfahrungen bestand in meine Freunde über den Fortschritt meiner Schülerinnen und Schüler in den Fertigkeiten, die sie erlernten. Was sie zu Gipfelerfahrungen erhob, war, dass ich Zeugin werden durfte ihrer persönlichen Transformation, d.h. dass ich die Wirkung und Bedeutung den ihr Fortschritt für die Betroffenen hatte, erleben durfte. So wie sie lernten, sich auf dem manchmal herausfordernden Pfad zu bewegen und ihr Gleichgewicht zu halten, so transzendierten sie sich selbst, indem sie sich an vergangene Zeiten erinnerten, sich neuen Entdeckungen öffneten oder unerwartete Horizonte zu erreichen versuchten. So wie Grenzen in den Herzen und im Geist der Bewohner durchlässiger wurden, schienen auch die Mauern um das Lager herum zu bröckeln. Mit dem Abnehmen der Unterschiede zwischen den Menschen im Lager und der sesshaften Bevölkerung darum herum nahm auch die stigmatisierende Verletzlichkeit der Lagergemeinschaft ab. Im Kontext der JRS Bildungsprogramme als Ganzem, vermittelten besonders jene Momente, in denen ich mich einer einzelnen Schülerin oder einem einzelnen Schüler widmete, dass sie menschliche Wesen sind, die es wert sind, dass man ihnen Aufmerksamkeit, Wertschätzung und Liebe entgegenbringt. Diese Gesten förderten Heilung, nährten Hoffnung und weckten ein neues Lebensgefühl. Solche Momente beflügelten beide Seiten dazu, mehr und besseres leisten zu wollen.

Während meiner Reise auf dem wenig begangenen Pfad durch Chaman-e Babrak wie beim Klettern in den Alpen entfaltete sich der Segen von Gipfelerfahrungen als Ergebnis des Unterschieds, welcher dieser Weg in mir bewirkte. Er ist nicht planbar. Eine andere Lektion die es zu lernen gibt ist, dass es bei beiden Gelegenheiten nicht darum geht zu beweisen, dass man fähig ist, das Ziel zu erreichen, sondern in tiefer Dankbarkeit zu anerkennen, dass man dazu gerufen und befähigt wurde. Und für besonders herausfordernde Pfade wie jene durch das Lager Chaman-e Babrak ist ein kluger, erfahrener und vertrauenswürdiger Führer der Schlüssel, denn sorgfältige Erkundigung des Territoriums einschliesslich des viel versprechendsten Aufstiegs ist entscheidend für das Gelingen.

Silvia Kaeppeli, Januar 2021

Unterstützen Sie dieses Projekt bitte mit einer Spende!

Jesuitenmission
IBAN: DE61 7509 0300 0005 1155 82

BIC: GENO DEF1 M05

Verwendungszweck: X57910 Afghanistan

Autorin

Dr. Silvia Käppeli
Krankenpflegefachkraft, Pflegewissenschaftlerin

29. / 30. April 2021

Austria Trend Hotel Savoyen

BUSINESS circle

Österreichs exklusives Forum für Führungskräfte der Pflege

Pflege-Management Forum 2021

Vorprogramm

- Neue Ausbildungsmodelle - Erfahrungsberichte und Evaluierung
- Wie tickt die Next Generation Pflege
- Was kommt nach dem Applaus - der Stellenwert der Profession Pflege
- Fachlicher Leiter: Markus Golla, FH Krems

LEADERSHIP & MANAGEMENT IM DIGITALEN ZEITALTER

KEY NOTES

BM Rudolf Anschober*
Gesundheits- und Sozialminister

Christel Bienstein
Präsidentin, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Bernhard Heinzlmaier
Jugendforscher

Christoph Zulehner
Strategieexperte

PARTNER

PFP® Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Pflege Professionell
Die Open Source Fachzeitschriften für den Gesundheitsbereich

WKO WIRTSCHAFTSKAMMER WIEN
Personenberatung & Personenbetreuung