Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sommer 2021

Natürlich hat unser Magazin auch einen eigenen Youtube Kanal.
Auf unserem Kanal finden Sie

Vorträge, Interviews, Science Talks, Berichte von:
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin
Prof.in Dr.in Christel Bienstein
Sr. Liliane Juchli
MMag.a Dr.in Elisabeth Rappold
Dr. Christoph Zulehner
Martin Moder PhD
u.v.m.

Inkl. unserer eigenen Dokumentationsreihe „**Pflege - Lebensgeschichten**“

https://www.youtube.com/c/PflegeProfessionell

Bildung & Management

05 **Gewaltphänomene in der Pflege**
Hanna Batzoni MSc
Elisa Kutsch MMH
Prof. Dr. Markus Witzmann BBA MSM MA

17 **Kongress ohne Stress**
Markus Golla BScN MScN
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin

27 **UNBESCHREIBLICHES bildhaft vermitteln**
Mag.a Arabella Baraka

29 **Was ist denn schon logisch? Paul Watzlawick zum 100.Geburtstag**
Christoph Müller

41 **Traumatisierende Erfahrung psychiatrische Pflege**
Lisa-Marina Luciani

49 **Landes-Pflegeklinik Tirol (LPK)**
Armin Graber

51 **Akademische Lehrgänge an der FH JOANNEUM**

53 **Es ist was es ist – das Individuum als soziales Wesen im Spannungsfeld zwischen Beziehung, Gemeinschaft, Wirtschaft und Gesellschaft**
Mag.a Petra Heidler BEd MSc MBA PhD

65 **Ethikberatung in Pflegeheimen**
O.Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich Körtner

69 **E-Health und COVID-19, Digitale Kompetenzen**
Markus Lang MNurs(Hons) BSc
DI Johann Steszgal CMC
Mag. Dr. Erwin Gollner MPH MBA

77 **Beratung im Kontext von Advance Care Planning (ACP)**
Martin Schieron

81 **Ein menschenzentrierter Designansatz für KI-Technologie in der Pflegepraxis**
Prof. (FH) Priv.- Doz. Mag. Dr. Gerhard Tucek
Satinder Gill PhD
Markus Golla BScN MScN

87 **Pflege neu denken**

Fachwissen

89 **Das Gänseblümchen**
Mag.a Katrin Schützenauer

95 **Aufwachraum**
Manuel Kaider BSc MScN

Gesundheitspolitik

103 **IPEG - Interprofessionelle ExpertInnen Gesundheitsberufe**

105 **Interview mit BM Dr. Wolfgang Mückstein**

109 **Assistierter Suizid**
Mag.a Sabine Ruppert

Erleben

113 **Auslandseinsatz Bethlehem**
David Bazynski

Pflegegeschichte

121 **Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 – Teil 4**
Dr.in Ilsemarie Walter

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) Thomas Reimer

(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

Pflegen statt fliegen !

Mit diesem Beitrag möchte ich die Pflegewirtschaft auffordern, sich um Vertreter anderer Branchen zu kümmern, welche durch Corona nun in ihrer Entwicklung steckengeblieben sind.

So kommen hunderte von Flugschülern nicht weiter, die Luftfahrt wird wohl dauerhaft geschrumpft, auf weniger als die Hälfte. Aber auch drumherum gibt es viele Tätigkeiten, die nicht mehr gebraucht werden, etwa in der Logistik und Organisation. Einige FlugbegleiterInnen haben schon Pflegeausbildungen begonnen. Mir geht es hier um die höherwertigen Arbeiten, normalerweise guckt man in der Pflege eher nach Migrant*innen oder gar Minderbegabten. Tatsächlich aber gibt es Parallelen zwischen Fliegerei und Pflege: Stresstoleranz, Gelassenheit, Gewissenhaftigkeit usw., auch wir haben viele technikaffine Arbeitsplätze mit hoher Verantwortung für Menschen. Benner hat ja damals ihr Dreyfus-Kompetenzmodell aus der Intuitions-Entwicklung von Pilot*innen übertragen und in den letzten 20 Jahren sind viele Sicherheitsanstrengungen von den Airlines in die Kliniken geholt worden.

Engagierte und intelligente Menschen können in der Pflege rasch „aufsteigen“ und Gehälter verdienen, die sich mit erfahrenen Piloten vergleichen lassen und dies mit lebenslangen Beschäftigungsgarantien, weltweit. Andere Branchen sind etwa die Unterhaltungsindustrie und die Kunst, Pflege hat auch viel mit Kunst zu tun. Hier ist allerdings davon auszugehen, dass diese Bereiche nach Corona wieder aufleben. Jüngst wurde mitgeteilt, dass an der Met in New York Opernschüler*innen in die Pflegeausbildung gegangen sind.

Entscheidend ist, wie wir unseren Beruf darstellen – so ist überhaupt nicht bekannt, dass es dort Karrieremöglichkeiten gibt. Im „Vorfeld“ habe ich Pilot*innen dazu gesprochen, sie meinten, Pflege wäre ein zwar wichtiger und unterbezahlter, aber langweiliger, „Hintern-abputz-Job“ – so wie es viele Bürger*innen auch meinen. Vor allem sind die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten unklar. Dringend nötig ist also eine kompetente Darstellung von Pflegearbeit. Ich wünsche mir gute Stellenanzeigen, tolle Info-Veranstaltungen, Schnuppertage und anspruchsvolle Ausbildungen. Ich hoffe, dass „Pilotkurse“ zustandekommen. Besonders schädlich ist das Jammern, auch wenn es im Moment verständlich ist durch die hohen Belastungen. Leider machen Pflegende selbst dauernd ihren Beruf schlecht, „wir können nur noch pflegen“ heisst es (gemeint ist waschen), oder „Kranke brauchen nicht nur Pflege, sondern auch Zuwendung“. Täglich gibt es im deutschen TV solche Aussagen – es ist der lange Arm der Pflegeversicherung, sie hat Pflege runtergedrückt auf wenige Verrichtungen. In der Pflege wurde dies hingenommen, auch die vielen verkürzten Vorgaben der Darstellung in der Dokumentation (etwa die Strukturierte Info-Sammlung) – überall wird Pflege fremdbestimmt. Auch dies ist eine Hoffnung von mir, dass sich durch die Aufnahme anderer Branchen der Organisationsgrad erhöht und Pflege eher „aufsteht“. Von jungen Leuten die erst in dieses Feld hineinwachsen ist das kaum zu erwarten, sie kennen die Pflegetheorien nur als Erzählungen in den Ausbildungen, der Pflegeprozess ist für sie nur ein Software-Gerüst. In der Praxis können sie Breite und Tiefe von Pflege kaum noch kennenlernen, sie passen sich rasch an die Verhältnisse an.

Wir haben jetzt die Chance, den Pflegeberuf attraktiver zu machen – gerade und auch durch Corona.

Angelika Zegelin

Prof.in Dr.in Angelika Zegelin
Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin
kontakt@angelika-zegelin.de
www.angelika-zegelin.de

„Zurück an den Start“

Mit dieser Ausgabe endet unser sechstes Publikationsjahr und wir starten ins „verflixte siebte Jahr“. In den letzten Jahren durften wir mit den unterschiedlichsten Expert*innen arbeiten, berichteten aus mehreren Ländern und generierten mit tollen Schreibenden Sonderausgaben und Themenhefte.

Seit 2015 unterhielten wir uns mit allen österreichischen Bundesminister*innen, Bundeskanzlern, Bundespräsidenten und führten persönlichen Diskussionen mit allen Parteien, aber auch mit deutschen und schweizer Politiker*innen. Jeder hatte ein Ohr für die Pflege. Wir hoffen natürlich auch das im siebten Jahr diese Offenheit vorhanden ist.

Vor der Pandemie kam es in Österreich zur Einführung der Pflege Task Force, die unter Bundesminister Rudolf Anschober ihren Anfang fand. Hier sollten zukunftsrelevante Themen für die Pflege bearbeitet werden. Der Bundesminister tourte durch ganz Österreich, um mit den unterschiedlichsten Pflegefachkräften zu sprechen. Auch wir durften mehrmals mehrere Stunden mit dem Bundesminister sprechen, um Fragen aus der Pflegecommunity zu beantworten. Noch nie war die Kommunikation mit unserer Berufsgruppe so qualitativ hochwertig.

Und dann kam die Pandemie....

Die Pflege Task Force geriet in den Hintergrund. Der Fokus änderte sich auf die Krankheit und auch hier durften wir mehrmals mit dem Bundesminister und seinem Team sprechen, um die Fragen der Pflege zu beantworten. Leider hatte die Pandemie ihren Preis und der Minister beendete seine Tätigkeit im Amt. Zusätzlich kam auch die Pflege Task Force in dieser Zeit zum Erliegen. Nach 1 1/2 Jahren liegt weiterhin der Fokus auf die Pandemie. Ob der neue Bundesminister diese Gesprächskultur weiterhin aufrecht erhält, kann man zu diesem Zeitpunkt noch nicht sagen. Zu einem direkten Interview war man zum ersten Mal seit 2015 nicht bereit. Wir hoffen natürlich, dass dies nur der Pandemie zu „verdanken“ ist, wenn nicht heisst es in vielen Bereiche für die Pflege „zurück zum Start“.

Doch dies ist auch ein Anfang...

In den letzten Wochen haben wir ein neues Redaktionsteam gewonnen. Die IPEG ist unsere erste interprofessionelle Gruppe, die sich um einen speziellen Teil im Gesundheitswesen kümmert. (Näheres dazu in einem Artikel) Unsere Videoprodukten auf Youtube finden Anklang und auch unsere kostenfreien Online Science Talks werden gut besucht. Alles in allem also eine gute Basis, dass auch das siebte Jahr ein gutes Jahr für unsere Redaktion wird.

Markus Golla

Markus Golla BScN MScN
Institutsleiter „Pflegewissenschaft“ IMC FH Krems
Gesundheits- und Krankenpfleger
Journalist

Gewaltphänomene in der Pflege

Mitarbeiterresilienz und strukturelle Interventionen in Pflegeeinrichtungen

Das Risiko der Entwicklung von Gewaltphänomenen innerhalb der stationären Langzeitpflege scheint aufgrund erheblicher Belastungsfaktoren für Pflegepersonal und Bewohner*innen besonders hoch. Organisatorische und strukturelle, sowie individuelle Bedingungen erschweren den pflegerischen Alltag. Sie lassen die Diskrepanz zwischen gelernter und tatsächlich ausgeführter pflegerischer Tätigkeit immer größer erscheinen. Interventionen zur Resilienzförderung sollen die Mitarbeiter*innen dabei unterstützen, stress-unempfindlicher, selbstbewusster und widerstandsfähiger zu werden, so dass es zu einem Anstieg der subjektiven Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit kommt, welche wiederum zu einer erhöhten Pflegequalität und weniger menschenrechtsverletzendem Verhalten seitens der Pflegefachpersonen beiträgt. Zudem können Organisationsstrukturen bei positiver Umsetzung der Qualitätsdimensionen gewaltlindernde und präventive Wirksamkeit erlangen und damit personale, emotionale oder körperliche Belastungsfaktoren besser abfedern. Interventionen und Maßnahmen der Gewaltprävention sollten somit auf der Mikro-, Meso- und Makroebene implementiert werden, um nachhaltig, effizient und effektiv wirken zu können.

Neben medialen, oft reißerischen Aufdeckungen von Pflegemissständen lassen wissenschaftliche Publikationen erahnen, dass Gewalthandlungen und -erleben in Pflegebeziehungen keine einmaligen Phänomene darstellen, sondern vielmehr systemimmanent zu sein scheinen. Die Frage nach einer angemessenen, qualitativ hochwertigen Pflege und

(C) patila

Versorgung erlangt durch Gesellschaftsentwicklungen wie den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt eine brisante Aktualität und kann als „gesellschaftliche […] Herausforderung ersten Ranges“ (Görres et al., 2016, S. 3f.) bezeichnet werden. Eine steigende Lebenserwartung, verlängertes Lebensalter sowie die Zunahme von chronischen Erkrankungen und dauerhafter Pflegebedürftigkeit führen zu einem erhöhten Unterstützungsbedarf von vermehrt hochbetagten, multimorbiden, schwer pflegebedürftigen Menschen (Görres et al., 2016, S. 3f.). Die Zahlen des statistischen Bundesamts bekräftigen diese Vermutung. Ende 2017 gab es deutschlandweit 3,4 Millionen pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) (Statistisches Bundesamt, 2019a). Begründet durch den weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt dies einen Anstieg von 19 Prozent im Vergleich zum Jahr 2015 dar. Etwa drei Viertel (76 Prozent) wurden zu Hause durch Angehörige (1,76Mio.) versorgt oder bekamen Unterstützung von einem Pflegedienst (0,86Mio.). Ein Viertel (820.000) benötigte eine vollstationäre Betreuung in einem Pflegeheim (statistisches Bundesamt 2019b). Dem gegenüber standen Ende 2017 764.648 Personen, welche in 14.500 Pflegeheimen beschäftigt waren. Von ihnen waren weniger als dreißig Prozent vollzeitbeschäftigt (Statistisches Bundesamt, 2019c).

Die im Jahr 1995 eingeführte Pflegeversicherung „bildet einen wesentlichen Treiber für die Ökonomisierung der professionellen Altenpflege“ (Becke & Bleses, 2016, S.111) und fokussiert unter anderem die Effizienzsteigerung zur Kostenreduzierung. Folgen des dadurch entstandenen Kostendrucks auf die stationären Einrichtungen bei parallel steigenden Arbeitsanforderungen, Leistungsdruck sowie sich verschlechternden Arbeitsbedingungen zeigen sich unter anderem in Personalmangel, hoher Personalfluktuation und einer hohen Prävalenz verschiedener Gesundheitsstörungen bei Pflegekräften.

Besonders das Setting der stationären Langzeitpflege birgt Belastungsfaktoren auf interpersonaler und personalpsychosozialer Ebene aufgrund intensiver Beziehungsgestaltung zwischen Bewohner*innen und Pflegenden (Büker & Lademann 2019, S.22). Die neuen und zunehmenden Anforderungen beeinflussen den pflegerischen Alltag – das Aufgabenspektrum und der Anspruch an das Qualifikationsniveau verändern sich stetig (Schulz, 2012, S.6).

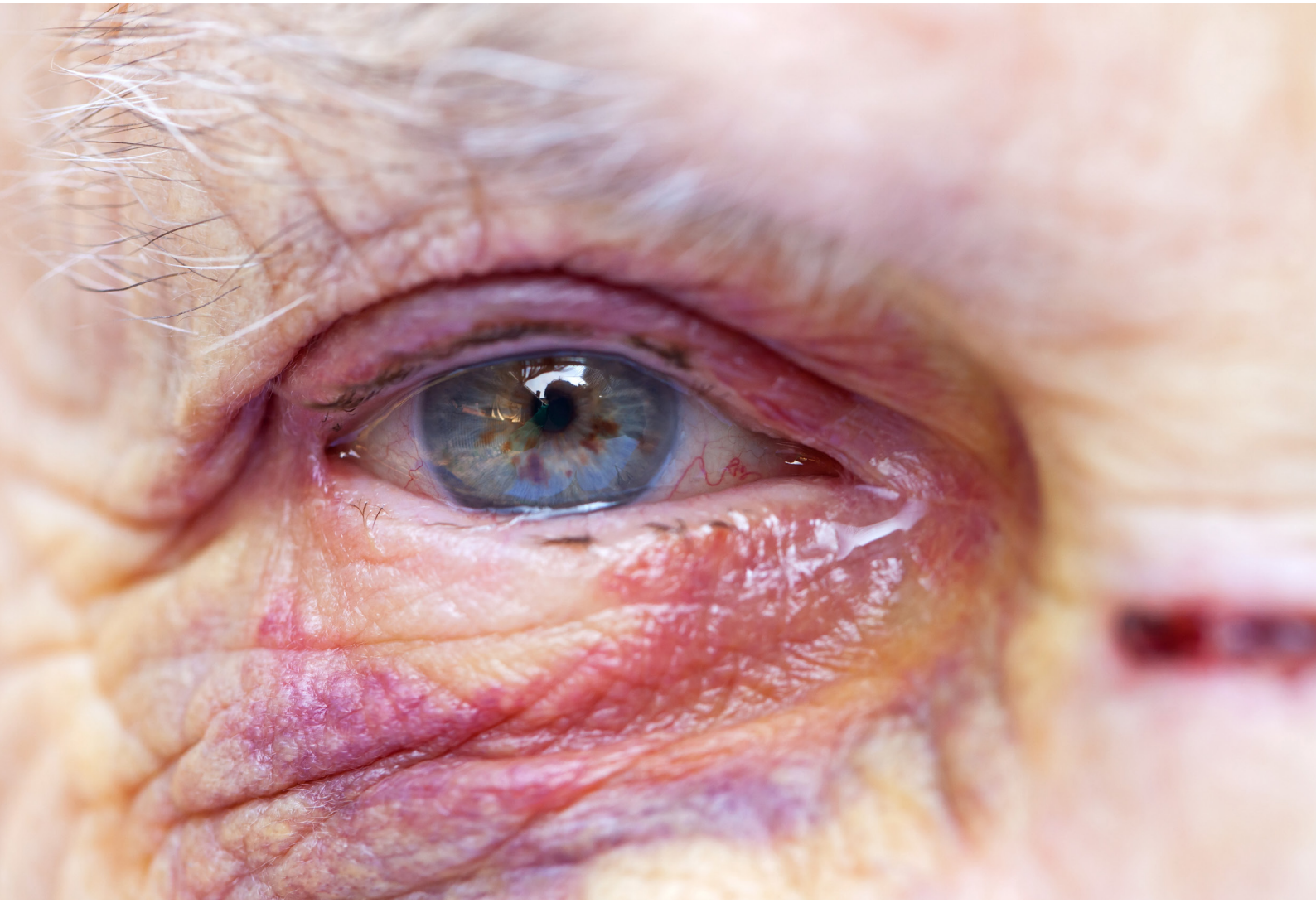
Neben den sich verändernden Zahlen der pflegebedürftigen und multimorbiden Menschen sowie den pflegeökonomischen Entwicklungen spielen auch gesellschaftliche Prozesse, wie etwa die Veränderung des traditionellen Familiensystems, eine relevante Rolle in der Pflege-Bewohner*innen-Dynamik.

Die beschriebenen Belastungsfaktoren führen bei Mitarbeiter*innen zu Überforderung, Überlastung und oftmals dysfunktionalen sozialen Beziehungen. Dies begründet unter anderem die durchschnittliche Verweildauer einer ausgebildeten Altenpflegekraft von 8,4 Jahren (Techniker Krankenkasse, 2017, S.1). Organisatorische und strukturelle Voraussetzungen der Einrichtungen unterstützen neben den personellen und kulturellen Belastungsfaktoren die Missempfindungen und die persönlichen Wertekonflikte der Pflegenden oftmals. Faktoren wie Schmerzen, Angst, das Erkennen der eigenen Hilflosigkeit sowie „Einschränkungen der Selbstbestimmung durch institutionelle Rahmenbedingungen [...] (und) organisatorische Abläufe“ (BGW, 2018, S.9) begünstigen herausforderndes Verhalten seitens der Bewohner*innen. Hierdurch kommt es zu einer unwillkürlichen Entstehung und Zunahme von Gewalthandlungen innerhalb von Pflege-Bewohner*innen-Beziehungen. Eine qualitativ hochwertige Pflege, deren grundlegende Werte Humanität, Empathie, Wertschätzung und Respekt implizieren, sollte jedoch frei von jeglicher Form der Gewalt sein.

Gewaltphänomene in Pflegebeziehungen

Eine Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) von 2012 kam zu dem Ergebnis, dass etwa die Hälfte der 1900 befragten Personen aus medizinischen Berufen bereits physische Gewalt und 80 Prozent bereits verbale erlebt haben (BGW, 2016, S.9). Das Zentrum für Qualität in der Pflege publizierte 2017, dass etwa 72 Prozent der befragten Personen aus medizinischen Berufen berichteten, mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten in unterschiedlichen Formen Gewalt angewendet zu haben (vgl. Eggert, Schnapp & Sulmann, 2017, S.1).

(C) Ocskay Mark



Eine international anerkannte Definition der WHO lautet: **Gewalt in der Pflege** ist “eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung“ (WHO, 2008).	
Gewaltformen	**Betroffene/ Ausübende**
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, kratzen, falsche Mobilisation, unerlaubte FeM) **Psychische Gewalt** (z.B. Beleidigungen, unangemessene Ansprache, Ignoranz) **Vernachlässigung** (z.B. unzureichende Versorgung mit Essen und Trinken, emotionale Bedürfnisse übergehen) **Finanzielle Ausbeutung** (z.B. Unterschlagung von Eigentum, zu Geldgeschenken nötigen) **Intime Übergriffe/ sexuelle Gewalt** (z.B. Intimsphäre verletzen, sexuelle Andeutungen machen) **Einschränkung des freien Willens** (z.B. institutionelle Strukturen und Abläufe)	Angehörige Pflegebedürftige Pflegende **Intention** Unabsichtlich Absichtlich

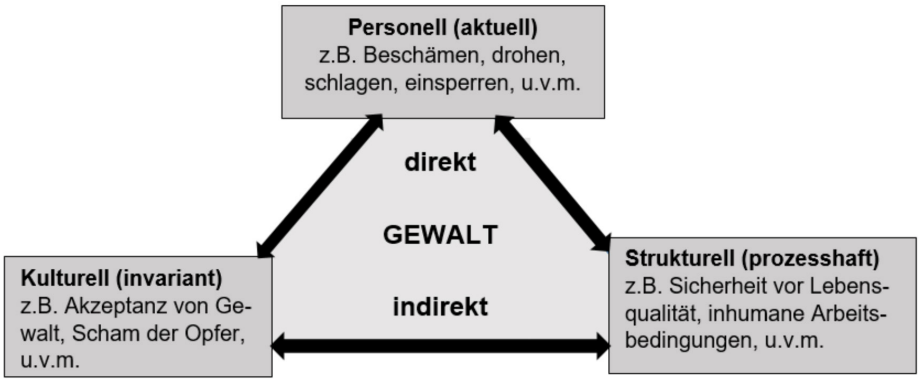
Eigene Darstellung nach ZQP (2020) und MDS (2017, S. 14)

Gewalterfahrungen und -handlungen in der Pflege können dramatische Folgen für die psychosoziale Gesundheit der Pflegenden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität hilfe- und pflegebedürftiger Menschen haben.

Die unterschiedlichen Erklärungsansätze zur Entstehung von Aggression und Gewaltphänomenen in Pflegebeziehungen sind nicht widersprüchlich, sondern als sich ergänzend zu betrachten. „Tatsächlich verschränken sich die gesellschaftlichen, ökonomischen, politischen und institutionellen Rahmenbedingungen, Geschlechterrollen, die Beziehungsqualität, die konkrete Pflegesituation und die Merkmale der Persönlichkeit zu einem Gesamt-Erklärungsmodell“ (Bruckner & Kimmel, 2017, S.7).

Die ‚Triade der Gewalt’ – auch ‚Gewaltdreieck’ genannt – nach Johann Galtung (1975) beschreibt die vielfältigen Hintergründe von Gewalthandlungen und bezieht sich dabei auf die Interaktion personeller, struktureller und kultureller Determinanten, welche den Nährboden für Frustration aller Beteiligten bilden und damit die Gefahr von Machtmissbrauch, Gewalt und Aggression erhöht.

Auch die Pflegequalität innerhalb einer Institution der stationären Langzeitpflege lässt sich demnach in der Summe der in Tabelle 2 beschriebenen Qualitätsdimensionen messen. Ob diese nun als handlungsweisende Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Qualität der Pflege beitragen und Gewaltphänomenen präventiv entgegenwirken oder das Gegenteil befördern und Gewaltphänomene in gewissem Sinne legitimieren, normalisieren, ermöglichen oder selbst erschaffen und damit eine unwillkürliche Zunahme von bewussten oder unbewussten Gewalthandlungen in Pflegebeziehungen erzeugen, ist abhängig von ihrer Ausgestaltung und Umsetzung innerhalb einer Einrichtung.



Eigene Darstellung, orientiert an Hirsch (2011, S. 140, nach Galtung 1975)

Während sich die personelle Gewalt direkt und im aktuellen Geschehen abspielt, so wirken strukturelle und kulturelle Gewalt indirekt und weniger greifbar. Die einzelnen Komponenten der Gewalt-Triade beeinflussen sich wechselseitig und wirken auch innerhalb des theoretischen Qualitätsmodells nach Avedis Donabedian (1966) in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Das Modell bildet bis heute den Rahmen für eine kritische Beurteilung der Qualität innerhalb der Gesundheitsversorgung und Pflege (Tabelle 2). **Pflegequalität der stationären Langzeitpflege**		
Strukturqualität = baulich, personelle und technische Ausstattung	Prozessqualität = Qualität der Pflegemaßnahmen	Ergebnisqualität = Wirkung des Pflegeprozesses
Makroebene		
- rechtliche und gesetzliche Grundlagen - Personalschlüssel (PSG)	- nationale Präventionskonzepte	
Mesoebene		
- Führungs- und Leitungsebene - baulich-technische Rahmenbedingungen - therapeutisches Milieu und einrichtungsspezifische Abläufe - Personalschlüssel - Trägerschaft - Fort- und Weiterbildungsangebot	- Handlungsleitlinien - Expertenstandards - interne Konzepte und Standards - partizipatorische Organisationsentwicklungsprozesse	- interne Qualitätsprüfung - externe Qualitätsprüfung
Mikroebene		
- Kenntnisse und Fähigkeiten, - Kompetenzen und Qualifikationen	- Kenntnisse und Fähigkeiten, - Kompetenzen und Qualifikationen	- Zufriedenheit - Lebensqualität

Eigene Darstellung nach Donabedian (1986)

Interventionen und Maßnahmen der Gewaltprävention sollten somit auf der Mikro-, Meso- und Makroebene implementiert werden, um nachhaltig, effizient und effektiv wirken zu können (siehe Tabelle 2).

Normative Grundlagen, die im Zusammenhang mit Interventionen und Maßnahmen der Gewaltprävention stehen, sind unter anderem das Grundgesetz (GG), das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), die Sozialgesetzbücher (SGB) V und XI, das Pflegestärkungsgesetz (PSG) und das Präventionsgesetz (PrävG); ebenso die länderspezifischen Heim- und Betreuungsgesetze.

Der §20b SGB V beschäftigt sich mit der Gesundheitsförderung in Betrieben, §5 SGB XI mit der Prävention in Pflegeeinrichtungen, im Besonderen mit präventiven Maßnahmen für Pflegebedürftige. Für die stationäre Langzeitpflege gibt es mittlerweile viele normativen Grundlagen, welche Bezüge zum Thema Gewaltprävention und Gesundheitsförderung herstellen; jedoch keine zusammenfassende Schau, die es den Pflegekräften bzw. Verantwortlichen der Einrichtungen ermöglichen würde, sich zielgerichtet zu informieren. Es fehlt auch eine nationale Handlungsleitlinie zum Thema Gewaltvermeidung in Pflegeeinrichtungen.

Entsprechend der Zielsetzung, Maßnahmen zu identifizieren, die effektiv und nachhaltig zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege beitragen, haben sich die Autoren mit Methoden, die die Mitarbeiter*innenresilienz nachhaltig und wirksam stärken, und mit der dauerhaften Reduzierung von Gewaltphänomenen durch den Einsatz von Interventionen auf struktureller und institutioneller Ebene beschäftigt.

Methodik

Auf Grundlage von §20b SGB V (Gesundheitsförderung in Betrieben) und §5 SGB IX (Prävention in Pflegeeinrichtungen) wurde in zwei Forschungsarbeiten (der Hochschule München) mit Hilfe systematischer Literaturrecherchen nach standardisierten Konzepten, Theorien und Ansätzen auf Mikro-, Meso- und Makroebene recherchiert. Es wurden nationale als auch englischsprachige internationale Quellen einbezogen.

Um einen umfangreichen Überblick über bestehendes Wissen und den aktuellen Stand der Forschung zu erhalten, wurden im Rahmen der Forschungsarbeiten in Online-Datenbanken (CINAHL und PubMed), Bibliothekskatalogen (OPAC, BVB und ZDB), Datenbanken (WISE) und mit Hilfe von Freihandsuchen in Bibliotheken und Fachzeitschriften recherchiert. Die Forscher*innen verwendeten für ihre Recherchen Bool'sche Operatoren, definierte Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 3) sowie PICOS-Schemen.

Einschlusskriterien	Veröffentlichungszeitraum: 2009 bis 2020 Sprache: deutsch und englisch
Ausschlusskriterien	Setting: Ambulante und familiäre Pflege (Langezeit-)Pflegeeinrichtungen der Kinder-, Jugend-, und Behindertenhilfe Sprache: weitere Sprachen

Eigene Darstellung

Die Recherche erfolgte je nach einbezogenem Medium mit diversen Suchbegriffen, Schlagworten, MeSH-Terms und Headings sowie durch die Verknüpfung der Begrifflichkeiten mit Bool'schen Operatoren, Trunkierungen und Maskierungen.

Zusätzlich wurden Expert*innenmeinungen aufgenommen. Für die systematischen Literaturrecherchen mussten keine speziellen ethischen Aspekte mit bedacht werden. Um bei den Expertenmeinungen einen verantwortungsvollen Umgang mit den befragten Personen und den Daten hinsichtlich des Persönlichkeitsrechts zu gewährleisten, erfolgte eine grundlegen Orientierung an den ethischen Forschungsaspekten der American Nurse Association (ANA).

Ergebnisse Gesundheitsförderung auf Mikro- und Mesoebene

Insgesamt lagen für einen möglichen Einschluss nach der systematischen Literaturrecherche in den Fachdatenbanken CINAHL und PubMed 124 Publikationen vor. Nach einer anfänglichen kritischen Beurteilung und dem Einbezug weiterer identifizierter Publikationen konnten am Ende 26 Veröffentlichungen kritisch betrachtet und in die narrative Synthese mit einbezogen werden.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Methoden und Interventionen zur nachhaltigen und wirksamen Stärkung der Mitarbeiter*innenresilienz und einer damit verbundenen Reduzierung von Gewaltvorkommnissen, zeigen ein fragmentarisches und ambivalentes Bild. Die identifizierten Methoden sind oftmals sehr unpräzise formuliert. Im Zusammenhang mit dem forschungsmethodischen Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Interventionen der Cochrane Collaboration und des Universitätsklinikums Freiburg aus dem Jahr 2013 ist davon auszugehen, dass sich die Interventionen zur Resilienzförderung erst ganz am Anfang befinden. Wichtig ist zu erwähnen, dass sich die identifizierten Methoden und Interventionsansätze immer mit mindestens einem, meist jedoch mit einer Kombination mehrerer Teilelemente der sieben Strategien

zur Resilienzförderung von Wei, Roberts und Strickler et al. (2018) beschäftigen. Diese umfassen: Erleichterung sozialer Kontakte, Förderung der positiven Einstellung, Aktivierung und Förderung der persönlichen Stärken und die Weiterentwicklung der einzelnen Mitarbeiter*innen, Ermunterung zur Selbstfürsorge, Steigerung der Achtsamkeit sowie Selbstlosigkeit.

Eine gesteigerte Resilienz schützt die geistige und körperliche Gesundheit der Mitarbeiter*innen und führt zu einer effektiven hochqualifizierten Pflege

Resilienz kann als ein Ergebnis aus Erfahrung, komplexen Fähigkeiten und Kenntnissen gesehen werden, die erforderlich sind, um Krisensituationen und herausfordernde Zeiten zu bewältigen sowie Mitarbeiter*innen und Aufgabenverteilungen richtig zu priorisieren (Cameron & Brownie, 2010, S. 68).

Funktionierende soziale Kontakte sind ein entscheidender Faktor beim Umgang mit Stress und können als Grund für die Stärkung der individuellen Resilienz und der Selbstwirksamkeit gesehen werden. Wichtig ist hier auf ein Gleichgewicht zwischen den sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Arbeit zu achten (Öksüz, Demiralp, Mersin et al., 2018; Wang, Tao, Bowers et al., 2018; Saletnik, 2018; Jackson, Firtko & Edenborough 2007; Manomenidis, Panagopoulou & Montgomery, 2018; Wei, Roberts & Strickler et al. 2018). Innerhalb des Arbeitsplatzes sollten fördernde Strukturen wie etwa Mentorenprogramme eingerichtet und teambildende Maßnahmen sowie ein aktiver Austausch zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen angeboten werden.

Das Verstehen der eigenen Bedürfnisse und Reaktionen kann dabei helfen, in belastenden Situationen verschiedene Bewältigungsstrategien hervorzurufen. Da sich die Anforderungen und der damit verbundene stressbehaftete Alltag in pflegerischen Settings in absehbarer Zeit nicht ändern werden, erscheint es wichtig, dass die Mitarbeiter*innen auf sich selbst achten. Gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung außerhalb der Arbeit können neben tatsächlichen Ruhephasen, strukturierten Dienstplänen und positiven Übergaben zur nachfolgenden Schicht einen wichtigen Beitrag zur Selbstfürsorge leisten (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007; Hart, Brannen & DeChes-

(C) thingamajiggs

nay, 2014; Wei, Roberts, Strickler et al., 2018; Saletnik, 2018; McDonald, Jackson, Wilkes et al., ???; McAllister & Lowe, 2019; Foster, Cuzzillo & Furness, 2018). Ein weiterer in diesem Zusammenhang wichtiger Aspekt ist eine ausgewogene Work-Life-Balance. Es werden außerhalb des Berufslebens Aktivitäten benötigt, um in einem anspruchsvollen Berufsfeld ein Gleichgewicht herstellen zu können. Achtsamkeitsübungen wie etwa aufmerksame Spaziergänge, das Ausleben individueller Kreativität, bewusste Atemübungen und bewusste kurze Pausen können in der Freizeit und im Beruf eingesetzt werden. Auf Achtsamkeit basierende Schulungsprogramme führen zu einer verbesserten Belastbarkeit und einem statistisch signifikanten verbesserten Wohlbefinden ($p < 0{,}001$) (Kemper, Rao, Gascon et al., 2017; van Agteren, Iasiello & Lo, 2018) sowie zu einer Verbesserung des emotionalen Stresslevels und der Burnout-Parameter (Mistretta, Davis, Temkit et al., 2018).

Studien zeigten ebenso, dass sich gut aus-, fort- und weitergebildete Pflegefachpersonen sicherer in ihrem Umfeld bewegten, eine größere Selbstwirksamkeit hatten und durch den Kompetenzerwerb und kontinuierlichen Wissenszuwachs resilienter waren als Pflegefachpersonen ohne die Möglichkeit regelmäßiger Fort- und Weiterbildung. Strukturierte Bildungs- und Präventionskonzepte wie etwa Safewards oder das Deeskalationsmanagement nach ProDeMa® fokussieren sich auf die Vermittlung verschiedener Wissenskomponenten und kommunikativer Kompetenzen, um herausfordernde Situationen besser bewältigen und die persönliche Resilienz verbessern zu können (Manomenidis, Panagopoulou & Montgomery, 2018; Martinez & Solorzano, 2016; Weissenberger, 2020; Pipe, Bucha, Launder et al., 2010; Metha, Perez, Traeger et al., 2015; McDonald, Jackson, Wilkes et al., 2012).

Gewaltprävention auf Meso- und Makroebene

Insgesamt lagen für einen möglichen Einschluss nach der systematischen Literaturrecherche in den Fachdatenbanken CINAHL und PubMed 87 Publikationen vor. Nach einer anfänglichen kritischen Beurteilung und dem Einbezug weiterer identifizierter Publikationen konnten am Ende 16 Veröffentlichungen kritisch betrachtet und in die narrative Synthese einbezogen werden.

Einige identifizierte Publikationen – insbesondere qualitative Studien und Literaturreviews – formulieren strukturelle und institutionelle Interventionen und Maßnahmen relativ unpräzise und beschrieben diese mehr als eine „Forderung an die Zukunft“ (Wangmo et al., 2017; Band-Winterstein, 2015; Brophy et al., 2015; Hirst et al., 2016; Touza & Prado, 2019; Rosen et al., 2016). Relevante wiederkehrend genannte Aspekte der Strukturveränderung stellen dabei Personalschlüssel, Organisationsstruktur und Organisationsklima, Wertebildung, Qualitätssicherung sowie Schulungsprogramme und Training dar (vgl. ebd.).

Es konnten nur wenige evidenzbasierte Konzepte herausgefiltert werden, welche durch standardisierte Maßnahmen nachweisbar präventiv und gewaltlindernd wirksam sind. Die in breitem Konsens geforderten Schulungs- und Trainingsprogramme wie Deeskalationstrainings oder Programme zur Wissensvermehrung wirken meist auf der Mikroebene. Es bedarf dabei bestimmter Organisationsstrukturen, welche die Umsetzung und Implementierung der Konzepte überhaupt erst möglich machen.

> Um Gewaltphänomenen nachhaltig und langfristig vorzubeugen, bedarf es somit flächendeckender organisatorischer Präventionskonzepte, die auf gesellschaftlicher, politischer, struktureller, organisatorischer sowie auf individueller und personaler Ebene ansetzen.

Meilensteine für eine zeitnahe und nachhaltig wirksame Entwicklung und Implementierung von Konzepten der Gewaltprävention bilden die identifizierten Projekte MILCEA [1], Gewaltfreie Pflege [2] und PEKo [3], die konkrete Handlungsempfehlungen auf gesellschaftlicher, politischer, rechtlicher und institutioneller Ebene aufzeigen. Kerninhalte stellen dabei die Entwicklung und Implementierung einrichtungsspezifischer Gewaltpräventionskonzepte im Rahmen eines partizipativen Ansatzes, die Etablierung einer nationalen Leitlinie mit festgelegten Handlungsmaßnahmen sowie die Bildung eines interdisziplinären Präventionsfachkreises dar. Empfohlen werden zudem die Festlegung von Zuständigkeiten, die Nennung eines Gewaltschutzbeauftragten, die Einführung eines zentralen Beschwerde- und Meldewesens sowie eine externe und interne Qualitätsprüfung. Die Bewusstseinsbildung auf gesellschaftlicher und professioneller Ebene soll durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und Schulungsprogramme nachhaltig gefördert werden. Als Vorreitermodell kann das Konzept der Städtischen Se-

niorenheime Dortmund (SHDO [4]) genannt werden, welches auf weitere stationäre Einrichtungen übertragen werden kann.

Aktuelle Entwicklungen und Zukunftsaussichten

Die langanhaltende Tabuisierung von Gewalthandlungen und Gewalterleben in der (stationären Langezeit-) Pflege scheint kontinuierlich aufgebrochen zu werden – die Thematik gewinnt an stetig steigendem Interesse der Gesellschaft, der Politik und der Organisationen selbst. Wenngleich umfassende Handlungsempfehlungen zur bundesweiten Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Konzepten der Gewaltprävention derzeit bereits existieren, wird deutlich, dass deren Etablierung in der Praxis noch nicht flächendeckend erreicht werden konnte.

Um ganzheitlich präventiv gegen Gewalthandlungen und -erleben vorgehen zu können, sollten, entsprechend der uns vorliegenden Wissensbestände, die Kranken- und Pflegekassen sowie alle am Geschehen beteiligten Personen und Institutionen gemeinsam die aktuelle Situation erfassen, Maßnahmen entwickeln und die Implementierung sowie deren Evaluation unterstützen. Eine Vielzahl der identifizierten Publikationen weist in ihren Schlussfolgerungen darauf hin, dass die Verantwortung nicht nur bei den Einzelpersonen liegen kann, sondern Institutionen und Führungskräfte eine Verantwortung für die Mitarbeiter*innen haben und ein Verständnis für die individuellen Bedürfnisse entwickeln müssen, um nachhaltig und zukunftsorientiert zu handeln (Foster, Cuzzillo & Furness, 2018; Wei, Roberts, Strickler et al., 2018; Hart, Brannan & DeChesnay, 2012; Foster, Roche, Delgado et al., 2019; Taylor, 2019; Braganza, Markwell & Jayasekara, 2018; Manomednidis, Panagopoulou & Montgomery, 2019; Romppanen & Häggman-Laitila, 2018). So empfiehlt der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen partizipatorische Organisationsentwicklungsprozesse für eine nachhaltige Implementierung von Präventionskonzepten (Blättner & Grewe, 2017).

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung von Methoden, Strategien und Interventionen zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Mitarbeiter*innen und einer nachhaltigen Gewaltprävention ist es erforderlich, die tatsächlichen Problemfelder und Bedarfe der Mitarbeiter*innen und Institutionen zu erheben. Neben der flächendeckenden Entwicklung und Etablierung umfassender Interventionen und Konzepte der Gesundheitsförderung und Gewaltprävention bedarf es unseres Erachtens einer angemessenen Evaluation und weiterer künftiger Forschung, welche den Effekt, die Wirksamkeit sowie die Nachhaltigkeit dieser Strategien langfristig und evidenzbasiert prüft. [5] Die Gesellschaft, die Politik, die Trägerschaft sowie die Führungsebene stationärer Einrichtungen befinden sich derzeit am Beginn eines Entwicklungsprozesses hin zu einer individuellen bedürfnisorientierten, wertschätzenden und gewaltfreien Pflege. Ein neues flexibles Personalbemessungsinstrument sowie neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien laut des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) versprechen höhere Transparenz, Vergleichbarkeit und Sicherheit auf Bundesebene und damit eine Förderung der Pflegequalität. Das PrävG setzt auf eine partizipatorische Konzeptentwicklung verhaltens- und verhältnisbezogener Gesundheitsförderung unter der Verbindung von Top-down- [6] und Bottom-up [7]-Ansätzen. Dennoch scheint die Thematik der Gewaltprävention derzeit noch nicht bundesweit auf der Agenda zu stehen – Pflegebedürftige und Mitarbeitende könnten von einer bundesweiten Einführung verpflichtender Gewaltpräventionskonzepte und interner Beratungsstellen profitieren.

Um pflegebedürftigen Menschen eine qualitativ hochwertige und gewaltfreie Pflege zu ermöglichen und Mitarbeiter*innen ein sicheres gesundes Arbeitsumfeld zu gewährleisten, bedarf es demnach weiterer Strukturveränderungen innerhalb der Pflegeeinrichtungen, neuer innovativer Konzepte sowie alternativer Versorgungsmodelle. Beispielhaft kann hier die Vernetzung von ‚Wohnen' und ‚Versorgung' innerhalb einzelner Stadtteile sowie der generationsübergreifende Zusammenhalt jüngerer und älterer Menschen in den Wohnquartieren genannt werden, welche soziale Gesellschaftsentwicklungen, wie z.B. der Veränderung des traditionellen Familiensystems, abfedern (BIVA–Pflegeschutzbund, 2018).

Starre und festgefahrene Strukturen einer Organisation lassen sich oft nur schwer aufbrechen und lösen – denn ‚Neues' schafft Unsicherheit. Muss das ‚alt Bewährte' für die Implementierung neuer und innovativer Konzepte weichen, so entsteht häufig Konfliktpotential auf unterschiedlichen Ebenen. Strukturveränderungen benötigen daher Zeit, Ausdauervermögen und fundierte Konzepte, welche auf gesellschaftlicher, politischer,

rechtlicher, institutioneller und personeller Ebene realisierbar und wirksam sind.

Fußnoten

[1] MILCEA-Projekt (2011) – Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) auf europäischer Ebene. Zugang: http://www.milcea.eu/index_de.html

[2] Gewaltfreie Pflege (2017) – Die auf europäischer Ebene entwickelten Empfehlungen des MILCEA-Projekts gelten als Basis für das Projekt „Gewaltfreie Pflege“ des MDS von 2017, welches detaillierte Handlungsempfehlungen zur Reduktion von Gewaltphänomenen in der Pflege in Deutschland entwickelt. Zugang: https://www.mds-ev.de/themen-des-mds/pflegequalitaet/gewaltfreie-pflege.html

[3] PEKo (2019) – Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen (Förderung durch Techniker Krankenkasse). Zugang: https://peko-gegen-gewalt.de

[4] https://www.shdo.de/shdo.html

[5] Aktuell führt die AGP Sozialforschung im FIVE e.V. in Kooperation mit der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. und der Hochschule München ein bayernweites Projekt zum Thema Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen durch. Ziel des Projektes ist es Pflegeheime durch eine nachhaltige und wirksame partizipatorische Implementierung von Interventionen und Präventionsmaßnahmen Gewalthandlungen und Gewalterleben auf ein Minimum zu reduzieren und die Gesundheitsförderung zu stärken (www.gesund-gewaltfrei.bayern)

[6] Top-Down-Ansatz: Die Konzeptentwicklung in Organisationen erhält durch wissenschaftliche Expertise und Fachexperten maßgebliche Bestimmung und Orientierung (vgl. Wihofszky 2013, S.181).

[7] Bottom-Up: Akteure der Einrichtungen sind in partizipatorischer Weise Teil der Konzeptentwicklung und Umset-

Autorin

Hanna Batzoni MSc
Wissenschaftliche Mitarbeiterin a. d. Hochschule München
M.Sc. Advanced Nursing Practice, Gesundheits- und Krankenpflegerin
Deeskalationstrainerin ProDeMa®, Safewards Trainerin (IBevGe)
Klinikinterne Krisenintervention

Autorin

Elisa Kutsch MMH
Wissenschaftliche Mitarbeiterin a. d. Hochschule München
Master Mental Health
Gesundheits- und Krankenpflegerin

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.

zung der Maßnahmen (vgl. ebd).

Literatur

Band-Winterstein, T. (2013). Health Care Provision for Older Persons: The Interplay Between Ageism and Elder Neglect. Journal of Applied Gerontology S. 113-127.

Becke, G.; Bleses, P. (2016): Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. In: JCSW: 57 S. 105–126.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2018). Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte. Handlungshilfen für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025). Heiligenhafen: Eggers.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2016). Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen. Paderborn: Bonifatius GmbH.

BIWA–Pflegeschutzbund (2018). Quartierskonzepte in der Altenhilfe. Bundesinteressensvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. Verfügbar unter: https://www.biva.de/quartierskonzepte-in-der-altenhilfe/

Braganza, Shahina; Markwell, Alex und Jayasekara, Suneth (2018). Welnness, resilience and performance: Translating ideas into action. Seiten: 263- 265. Emergency Medicine Australasia. Jg. 2018 (30).

Brophy, J.; Keith, M.; Hurley, M. (2019) Breaking point: Violence against Long-Term Care Staff. In: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy: S.1-26.

Brucker, U. & Kimmel, A. (2017). Gewaltfreie Pflege - Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS).

Cameron, Fiona und Brownie, Sonya (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. Verfügbar über: https://online-library.wiley.com/doi(epdf/10.1111/j.1741-6612.2009.00416x.

Donabedian, A. (1986): Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. In: QRB - Quality Review Bulletin: 12(3) S. 99-108.

Egger, S., Schnapp, P., Sulmann, D. & Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2017). ZQP-Analyse. Gewalt in der stationären Langzeitpflege. Verfügbar über: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Gewalt-StationaerePflege.pdf

Foster, K., Cuzzillo, C. & Furness, T. (2018). Strengthening

mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. Verfügbar über: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12467

Galtung, J. (1975): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Görres, S.; Seibert, K. & Stiefler, S. (2016). Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix (S. 3-17). In K. Jacobs, A., Kuhlmey, S., Greß, J., Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer.

Hart, Patricia; Brannan, Jane und De Chesnay, Mary (2014). Resilience in nurses: an integrative review. In Journal of Nursing Management, 22 (6), 720 – 734.

Hirsch, R. (2011). Konflikte in Pflegebeziehungen - Eine Herausforderung für Pflegende und die Gesellschaft (S. 137-151). In T. Schürmann, M.Geuther & L. Thaut (Hrsg.): Alt und Jung: vom Älterwerden in Geschichte und Zukunft. Förderverein des Freilichtmuseums am Kiekeberg.

Hirst, S., Penney, T., McNeill, S., Boscart, V., Podnieks, E. & Sinha, S. (2016): Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults. Canadian Journal on Aging, 35(2) S. 242-260.

Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. Journal of Advanced Nursing, 60 (1), 1-9.

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.) (2016). Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer.

Kemper, Kathi, J.; Rao, Nisha; Gascon, Gregg und Mahan, John, D. (2017). Online Training in Mind-Body Therapies: Different Doses, Long-term Outcomes. Verfügbar über: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871275/pdf/10.1177_2156587217701857.pdf

Manomenidis, Georgios; Panagopoulou und Montgomery, Anthony (2018). Resilience in nursing: The role of internal and external factors. Seiten: 172– 178. Journal of Nursing Management. Jg. 2019 (27).

Martinenz Solorzano, Angel, Johann (2016). Managing Workplace Violence with Evidenced-Based Interventions. A Literature Review. Verfügbar über: https://www.healio.com/psychiatry/jounals/jpn/2016-9-549/%7B360de2f0-a0e0-4824-b44f-437b19b8966c%7D/managing-workplace-violence-with-evidenced-based-intervention-a-literature-review-pdf?fat=undefined.

McAllister, M. & Lowe, J. B. (2019). Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden und Patienten. Widerstandsfähiger werden trotz widriger Umstände (2. Aufl.). Bern: Hogrefe.

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. Seiten 378- 384. In: Nurse Education Today. Jg.2012 (32).

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2017).

Gewaltfreie Pflege. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Verfügbar über https://www.mdsev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/090418_Abschlussbericht_Projekt_GfP_Final.pdf.

Mehta, D. H., Perez, G. K., Traeger, L.,

Park, E. R., Goldman, R. E., Haime, V., Chittenden, E. H., Denninger, J. W. & Vicki, A. (2015). Building Resiliency in a Palliative Care Team: A Pilot Study. Seiten: 604–608. Journal of Pain and Symptom Management, 51 (3), 604-608.

Mistretta, E., G.; Davis, M., C.; Temkit, M.; Lorenz, C.; Darby, B. und Stonnington, C., M. (2018)). Resilience Training for Work-Related Stress Among Health Care Workers: Results pf a Randmizid Clinical Trial Comparing in-Person and Smartphone-Delieverd Interventions. Verfügbar über: https://insights.ovod.com/crossref?an=00043764-201806000-00011.

Öksüz, Emine; Demiralp, Meral; Mersin, Sevinç; Tüzer, Hilal; Aksu, Miray und Sarıkoc, Gamze (2018). Resilience in nurses in terms of perceived social support, job satisfaction and certain variables. Seiten: 423- 431. In: Journal of Nursing Management. Verfügbar über: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12703

Pipe, Britt, Teresa; Buchda, Vicki, L.; Launder, Susan; Hudak, Barb; Hulvey, Lynne; Karns, Katherine, E. und Pendergast, Debra (2011). Seiten: 11- 22. In: Stress & Health. Jg.28 (1).

Romppanen, Johanna und Häggman-Laitila, Arje (2017). Interventions for nurses' wellbeing at work: a quantitative systematic review.

Rosen, T.; Lachs, M.; Teresi, J.; Eimicke, J.; Van Haitsma, K.; Pillemer, K. (2016) Staff-Reported Strategies for Prevention and Management of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Long-Term Care Facilities. In: Journal Elder Abuse Neglect:28(1) S.1-13.

Saletnik, Laurie (2018). Building Personal Resilince. Seiten 176 – 178. In: Aorn Journal. The official Voice of perioperative nursing. Jg. 107 (2).

Schulz, E. (2012): Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. In: DWI Wochenbericht: 51 (52) S. 3–17.

Schürmann, T.; Geuther M.; Thaut L. (2011): Alt und Jung: Vom Älterwerden in Geschichte und Zukunft. Förderverein d. Freilichtmuseums am Kiekeberg.

Statistisches Bundesamt (2019a). Gesundheit – Pflege. Verfügbar über: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html

Statistisches Bundesamt (2019b). Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Verfügbar über: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html;jsessionid=D7E850CA37099B38042E26106B22CB0D.internet742

Statistisches Bundesamt (2019c). Pressemitteilung - 3,4 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2017. Verfügbar über: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html

Taylor, Rosemary, A. (2019). Contemporary issues: Resilience training alone is an incomplete intervention.

Techniker Krankenkasse (TK) (2017) Position der Techniker Krankenkasse. Der Masterplan. Verfügbar unter:

https://www.tk.de/resource/blob/2042726/a52e0cba10fd816e0b772b2a40ab0f38/tkposition-masterplan-fuer-die-pflege-data.pdf (Letzter Zugriff: 14.04.2020)

Touza, C.; Prado, C. (2019): Prevention of elder abuse in long-term care facilities. In: Educational Gerontology: 45(8) S. 530-546.

Van Agteren, Joep; Iasiello, Matthew und Lo, Laura (2018). Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training. Verfügbar über: https://www.researchgate.net/publication/329868819_Improving_the_wellbeing_and_resilience_of_health_services_staff_via_psychological_skills_training.

Wang, Lin; Tao, Hong; Bowers, Barbara, J.; Brown, Rogers und Zhang, Yaping (2018) – Influence of Social Support and Self-Efficacy on Resilience of Early Career Registered Nurses.

Wangmo, T.; Nordström K.; Kressing R. (2017): Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. In: Geriatric Nursing:38 S. 385-392.

Wei, Holly; Roberts, Paige; Strickler, Jeff und Corbett, Robin, Webb (2018). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. Seiten: 681- 687. In: Journal of Nursing Management. Jg. 19 (27).

Weissenberger, Gerd (2020). Institut ProDeMa®. Theoretische Grundlagen. Verfügbar über: https://prodema-online.de/deeskalation/gewalt-und-aggression

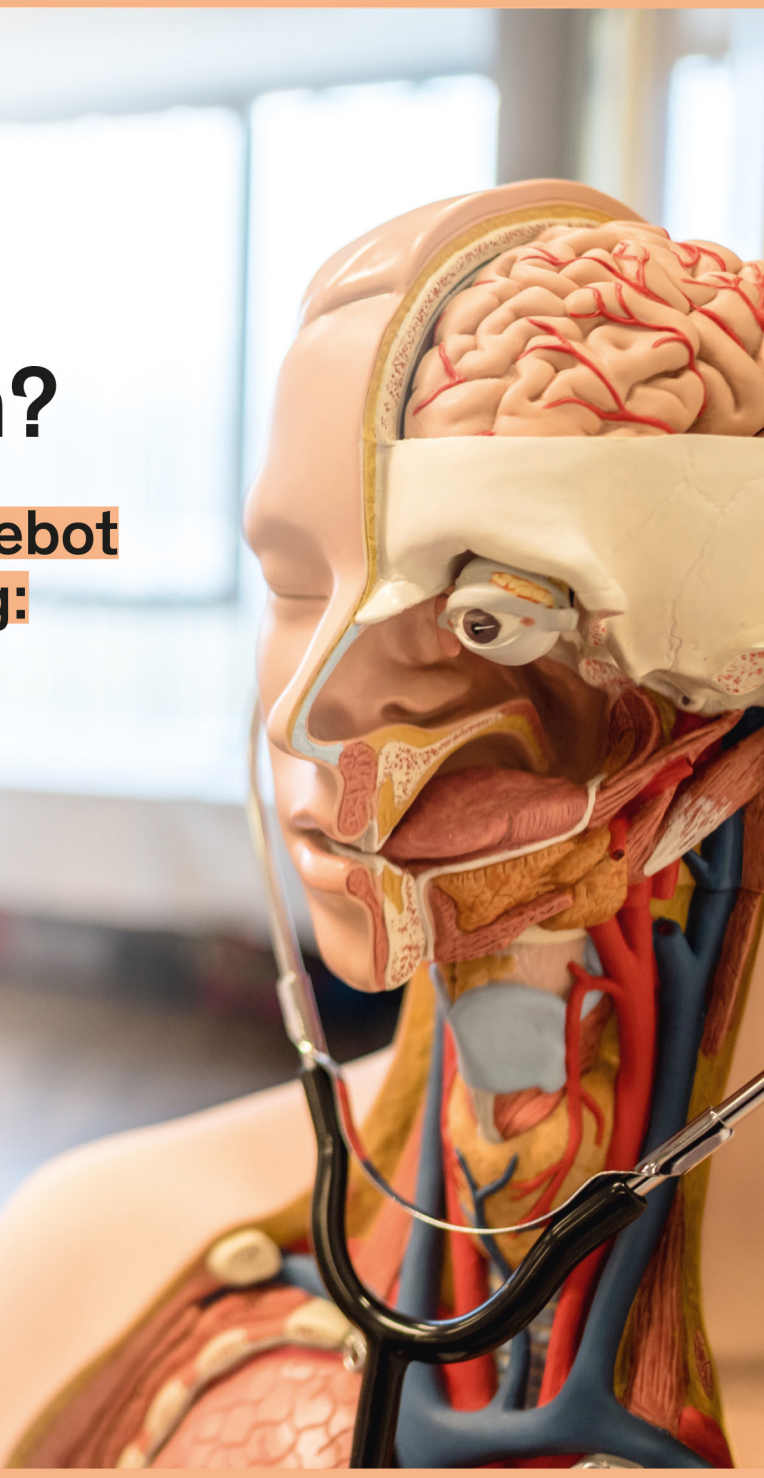
Wihofszky, P. (2013): Die Praxis der Gesundheitsförderung zwischen Top-down und Bottom-up. Ansätze partizi-pativen Planens und Forschens in der Konzeptentwicklung. In: Prävention und Gesundheitsförderung: 8 S. 181-190.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2020). Definition. Was ist Gewalt in der Pflege? Verfügbar über: https://www.pflege-gewalt.de/wissen/definition/#:~:text=Zu%20den%20Formen%20von%20Gewalt,Selbstbestimmung%20pflegebed%C3%BCrftiger%20Menschen%20ist%20Gewalt

FH Salzburg

Sie wollen Ihre Expertise in der Pflege erweitern?

Wir bieten ein breites Angebot an Aus- und Weiterbildung:



Bachelorstudiengang Gesundheits- & Krankenpflege:

- **Campus Salzburg** (Uniklinikum Salzburg)
  Start Wintersemester 2021
- **Campus Schwarzach** (Kardinal Schwarzenberg Klinikum)
  Start Wintersemester 2021
- **Campus Urstein**
  Start Sommersemester 2022

Akademische Lehrgänge:

- **Wissenschaftliche Qualifizierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege**
  Start Sommersemester 2022
- **Kinder- und Jugendlichenpflege**
  Start Wintersemester 2022
- **Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege**
  Start Wintersemester 2022

Weiterführende Infos unter:
www.fh-salzburg.ac.at/studium/gws
office.guksbg@fh-salzburg.ac.at

Technik
Gesundheit
Medien

Kongress ohne Stress

Größere Meetings in der Pflege erfolgreich gestalten

Diese Hinweise beziehen sich auf jahrelange Erfahrung, Frau Dr. Zegelin hat selbst viele Tagungen organisiert, war Vortragende bei unzähligen Kongressen und auch Teilnehmerin bei vielen Veranstaltungen. Ende der 90er Jahre hat sie dazu in den Studiengängen an der Universität Witten/Herdecke Lehrveranstaltungen gemacht. Herr Golla führt in Österreich sehr gute Kongresse durch, neben den aktuellen Themen zeichnen sie sich durch besonderes persönliches Engagement aus. Suchen Sie sich passende Aspekte heraus.

Vorüberlegungen

Gibt es einen Rahmen / Schwerpunkt für die Tagung, etwa spezielle fachliche Inhalte und Forschungsabschlüsse – oder handelt es sich um einen „bunten Markt“ verschiedener, hoffentlich aktueller, Themen. Beides hat Vor- und Nachteile. Wichtig ist es bereits ein Jahr vorher, die zeitliche Lage zu überlegen: Gibt es konkurrierende Kongresse, sind Feiertage / Ferienzeiten zu berücksichtigen?

Entscheidend ist auch der Ort, gut sind zentral zu erreichende Städte – gerne werden Hauptstädte gewählt, dort besteht evtl. die Möglichkeit einer Mitwirkung von Politikern. Attraktive Orte verleiten auch die Teilnehmer_innen anzureisen (Vorher-Nachher-Angebote) Grundsätzlich ist zu überlegen, wie viele Personen der Hauptsaal fasst und ob Räume für zusätzliche Workshops da sind- dies alles bestimmt den Werbeumfang und das Programm. Neben der Klärung der Anmeldeprozedur sind eine Zeit- und Kostenplanung hilfreich.

Gerade bei der Kostenplanung sollte man darüber nachdenken, was sich die angesprochene Berufsgruppe finanziell leisten kann. Setzt man den Preis niedrig an und hat die räumlichen Kapazitäten hierzu, ist die Chance auf einen vollen Saal höher. Sind die Räumlichkeiten stark limitiert, muss auf jeden Fall der Preis kostendeckend kalkuliert werden. Hierzu setzt man einen sogenannten „Break even“, dies ist eine Messmarke, bei der alle Kosten gedeckt sind. Bei kommerziellen Veranstaltungen in anderen Fachbereichen wird sogar mit einem Break even von 0 gerechnet, d. h. der Veranstalter verdient ab dem ersten Teilnehmer. In den meisten Fällen wurde hierbei alles durch

Sponsoren und Aussteller abgedeckt. Die Kosten müssen stets im Visier des Veranstalters liegen.

Große Sponsoren wollen bereits ab der ersten Veranstaltungsankündigung genannt werden. Wird dies nicht bedacht, schließt man sich schon im Vorfeld viele Türen. Daher ist es schon frühzeitig wichtig zu überlegen, wer der passende Hauptsponsor ist. Dies können mehrere Stellen bzw. Unternehmen sein, wenn diese nicht konkurrieren.

Zeitstruktur

In der Regel werden Tagungen ganztags angelegt, dies hängt auch ab vom erwarteten Besucherradius: Für wenige Stunden werden sich nur „nahe wohnende" Teilnehmer_innen auf den Weg machen. In diesem Sinne ist es vielleicht möglich, eine Tagung von 13 bis 17 oder 18 Uhr durchzuführen (unter Ersparnis eines Mittagessens). Meistens liegt die Tagungszeit zwischen 9 und 17 Uhr, evtl. können bei einem Beginn ab 10 Uhr noch Teilnehmende morgens anreisen.

Vorträge sollten etwa eine halbe Stunde dauern, planen Sie die Referenten „choreographisch" je nach Thema ein. Manchmal erwarten Vortragende auch ein Zeitfenster von 45 Minuten – der Unsitte, Vorträge auf zehn Minuten zu begrenzen sollte nicht gefolgt werden. Auf wissenschaftlichen Kongressen geht es oft darum, jedem noch eine Chance zu geben, kurz aufzutreten – das ermüdet. Klären Sie mit den Vortragenden ab, ob Nachfragen bzw. Diskussionen möglich sein sollen und wenn ja, wie: Nach jedem Vortrag oder Blockweise, nach einer Podiumssitzung oder einzeln in den Pausen.

Überhaupt ist eine Vielzahl von Vorträgen langweilig, dazwischen sollten Tagungsteilnehmer_innen in Gruppen selbst aktiv werden beispielsweise in Workshops, weiter sollten Musik oder Bewegung, Kultur und Humor eingeplant werden. Sehen Sie ausreichend Pausen vor, diese dienen auch der Begegnung. Gleich zu Anfang sollte die erste Session nicht länger als 2 Stunden dauern.

Planen sie einen zeitlichen Rahmen fürs Netzwerken ein. Gerade bei großen Kongressen treffen sich Fachpersonen, die normalerweise voneinander weit entfernt sind. Diese Personen nutzen oft Veranstaltungen, um alte Kontakte zu pflegen oder neue zu generieren. Sind diese Zeitfenster nicht

gegeben, kann es passieren, dass Personen einfach Vorträgen fernbleiben, um diese Kontaktpflege durchzuführen. Sie laufen also Gefahr, dass Räumlichkeiten nur halbvoll sind, obwohl die Veranstaltung ausgebucht ist. Dies ist auch für die Vortragenden nicht angenehm.

Die Timeline sollte einer bestimmten Strategie folgen, für die sie sich entscheiden. Nehmen sie die Top Speaker als Anfangskeynote, stimmen diese die Teilnehmer_innen besonders gut ein. Haben Sie aber schon in den ersten paar Stunden die „Highlights“ genutzt, werden ihnen systematisch die Leute wegbrechen, je mehr das Programm voranschreitet. Haben Sie mehrere Räumlichkeiten, müssen sie sich genau überlegen, wen sie „kontrahierend“ auf die Bühnen schicken. Dies kann auch bei den Gästen zu Ärgernis führen, wenn zwei besonders spannende Vorträge synchron stattfinden. Sprechen die Vorträge die gleiche Personengruppe an, verderben sie vielen Personen die Freude an ihrer Veranstaltung.

Läuft ihre Veranstaltung zwei oder mehrere Tage, müssen sie immer damit rechnen, dass am zweiten Tag zur Mittagszeit bereits ein Drittel der TeilnehmerInnen wieder abgereist ist. Planen sie also gut die Storyline ihres Kongresses.

Begrüßung

Zu Beginn sollten die Veranstalter_innen und die Hausleitungen die Teilnehmenden kurz begrüßen, evtl. sind auch noch wichtige Hinweise zur Organisation oder Programmänderung mitzuteilen. Falls ein Ehrengast oder Politiker_in mit einem Grußwort vorgesehen ist, gehört dies auch an den Anfang (ggf. auch das Verlesen eines Grußwortes). Falls noch

sonstige Ehrengäste genannt werden müssen oder ein Bezug zu aktuellem Geschehen hergestellt werden kann, ist dies der richtige Zeitpunkt. Manchmal werden auch auf Tagungen selbst Ehrungen vorgenommen.

Gibt es zu viele Ehrengäste oder besondere Teilnehmer_innen, müssen Sie überlegen, wie Sie dies mit Charme abkürzen. Zu viele Nennungen nimmt den anwesenden Personen die Stimmung.

Der Beginn Ihrer Veranstaltung ist die Basis für den restlichen Verlauf. Er sollte also mit viel Charme, Witz oder einer spannenden Einleitung beginnen. So generieren Sie ab der ersten Minute ein besonderes Ambiente. Die Bitte, Handy-Klingeltöne abzustellen und ggf. auf Aufnahmen zu verzichten, gehört ebenso an den Anfang.

Werbung

Hier sollte schon Monate vorher viel „auf den Weg gebracht werden“. Günstig ist es, Fachartikel zu schreiben, um auf die Veranstaltung hinzuweisen (mit Anmeldeformalitäten), daneben werden Flyer / Poster gebraucht, Hinweise auf der Homepage. Weiter sind Anreisehinweise, Lageskizzen, Hotels, Parkmöglichkeiten zu überlegen. Klären Sie die Teilnahmegebühr, soll es Rabatte für Studierende / Auszubildende geben? Überlegen Sie auch, ob eine Tageskasse aufgemacht werden soll, dann muss der Standort festgelegt und Wechselgeld sowie Quittungen bereitgehalten werden.

Heutzutage sollten Sie auf jeden Fall sämtliche soziale Medien nutzen, um auf ihre Veranstaltung aufmerksam zu machen. Sprechen Sie ein Publikum aus der Altersgruppe 25 bis 55 Jahre an, nutzen Sie Facebook. Personen aus der Führungsebene sind über Linkedin virtuell anzutreffen. Teilnehmer_innen unter 25 müssen durch Bildwerbung über Instagram aufmerksam gemacht werden. Hierzu muss aber schon viele Monate vorher ein Social Media Account genutzt werden, den Sie im Vorfeld länger aktiv benutzt haben.

Falls der Veranstaltungsort viel zu bieten hat, legen Sie Material aus, bieten Prospekte vom Fremdenverkehrsverein an und organisieren Sie evtl. Kurzführungen. Zur rechtzeitigen Werbung können auch Veranstaltungskalender in Zeitschriften genutzt werden (Monate vorab), machen Sie evtl. Pressemitteilungen, nutzen Sie Mailinglisten.

Entwerfen Sie einen informativen und ansprechenden Flyer und senden Sie diesen zuerst an Ihre Referent_innen. Hier ist wichtig,

dass Sie genau beachten, wie die Referent_innen genannt werden möchten. Die Autorin A. Zegelin wurde neulich ohne Absprache in einem Programm als „verrentete Curriculumsbeauftragte“ benannt.

Falls später Tagungsdokus im Netz erscheinen, beispielweise Fotos auch mit Teilnehmenden, weisen Sie schon mit der Anmeldung daraufhin. Es kommt vor, dass Referent_innen ausfallen. Machen Sie sich Gedanken über einen Ersatz.

Gebäude, Beschilderung, Technik
Sorgen Sie für deutliche Wegweiser / Beschilderungen, weisen Sie eine Vielzahl von Toiletten aus (evtl. zur halben Zeit ein kurzer Kontrollgang, Papier nachfüllen etc.). Ist eine Garderobe vorhanden? Ist Behindertenfreundlichkeit gegeben? Soll es eine Kinderbetreuung geben? Blumenschmuck muss rechtzeitig überlegt werden. Oft werden Tische im Eingangsbereich benötigt, um Material auszulegen oder für die Anmeldung. Technik: Gibt es Fachleute für Mikrofon und Licht? Können Jalousien heruntergelassen werden? Wer betreut die Referenten medial (Sticks vorher abgeben), besser wäre noch, sich die Präsentationen vorab senden zu lassen. Klären Sie die Mikrofonfrage einzeln mit den Referent_innen. Soll ihre Veranstaltung einen besonderen modernen Effekt erzielen, benötigen Sie die Technik, um die Veranstaltung zu streamen (Im Internet live zu übertragen) oder um entsprechende professionelle Videos im Anschluss auf Youtube ins Netz zu stellen. Gerade bei der Technik benötigen Sie einen Plan B, wenn etwas ausfällt. Gibt es Ersatzbeamer, Laptops, Licht- oder Tontechnik?

Bescheinigungen

Teilnahmebescheinigungen sind bereitzuhalten, wenn es Fortbildungspunkte geben soll, müssen diese rechtzeitig vorher beantragt werden. Ist eine Tagungsmappe sinnvoll, evtl. mit weiterer Werbung oder Literaturlisten? Überlegen Sie, wann sie die Bescheinigungen ausgeben. Viele Veranstaltungen sind auf einmal leerer, wenn zu Beginn eine Bestätigung ausgehändigt wurde. Machen Sie dies erst am Ende, müssen sie mit der regelmäßigen Frage rechnen „Wann bekomme ich meine Bescheinigung?“ Falls eine Buchhandlung bewegt werden kann: Legen Sie Bücher der Referent_innen bereit, bitten Sie die Autor_ innen zum Signieren. Viele Teilnehmende sind auch an Listen interessiert, „wer sonst noch da ist“, solche Listen sind auch für das Veranstaltungsmanagement interessant (Mailadressen) für spätere Werbung. Bereiten Sie einen Rückmeldebogen zur Veranstaltung vor, der in einen Kasten eingeworfen wird, evtl. mit Smileys, Kommentaren. Fragen Sie auch Alter, Pflegesparte und Entfernungsradius ab. Namensschilder für Teilnehmer_innen sind wichtig, können aber in Selbstausfüllform (Edding) als Klebezettel bereitgestellt werden, Plastikschilder müssen am Ende wieder eingesammelt werden. Vorbereitete Namensschilder sind viel Arbeit, oft werden Namen falsch geschrieben. Sehen Sie bei Großveranstaltungen einen Meeting Point vor, evtl. auch eine Zettelwand für Rückmeldungen.

Referentenbetreuung

Organisieren Sie einen ruhigen Rückzugsraum (Getränke, kleiner Imbiss). Fragen Sie vorab: welche Medien werden genutzt, kann später etwas auf die Homepage übernommen werden? Brauchen Sie eine Filmerlaubnis für die Dokumentation der Tagung? Wer stellt die Person vor? Hier bitte Inhalte unbedingt absprechen. Getränk am Rednerpult bereithalten, Namensschilder aufstellen – beides bitte wechseln. Soll es Referentengeschenke geben? Dann eher fein und klein. Hier ist Überlegung geboten, je nach Anreise der Redner_innen – bei Flugreisen etwa sind flüssige Geschenke nicht angezeigt. Auch Riesen-Blumensträuße oder Päckchen mit heimischen Produkten sind auf dem Rückweg oft schwer zu transportieren. Soll es am Vorabend ein Referentenessen geben? Dann ist es wichtig, die Personen untereinander bekannt zu machen. Ist eine spezielle Betreuung bei fremdsprachigen Gästen – z. B.

Übersetzung – nötig? An- und Abreise der Referent_innen ist zu organisieren.

Referent_innen sind ihre gebuchten Stars, die Ihre Veranstaltung füllen. Versuchen Sie, genau dieses Gefühl den Referent_innen zu vermitteln. Viele der Vortragenden legen weite Strecken zurück, um mit ihren Inhalten die Tagungen zu bereichern. Dies sollte in jeder Minute entsprechend honoriert werden. Ehrliche Wertschätzung ist hier eine wichtige Komponente. Am Rande ist es evtl. auch möglich, Interviews mit den Vortragenden aufzuzeichnen.

Ablauf

Genug Wechselzeiten sind einzuräumen, machen Sie Hinweiszeichen aus, wenn die Vortragszeit überschritten wird. Bei Nachfragen oder Diskussion sind ggf. Saalmikrofone bereitzustellen. Achtung bei Großveranstaltungen trauen sich die Teilnehmenden kaum zu einer Wortmeldung. Hier können evtl. Anwärmer geboten werden. Bitte sagen Sie anstelle von „haben Sie Fragen?“ „Was sagen Sie dazu?“ „Wie sind Ihre Erfahrungen?“ „Haben Sie Kommentare?“ Der Ablauf muss stets im Auge behalten werden. Eine Verzögerung oder Verschiebungen im Programm steigert nicht nur den Unmut bei den Teilnehmenden, sondern auch bei den vortragenden Personen. Benennen sie also eine Person pro Raum, die für den Ablauf und die Einhaltung der Zeiten zuständig ist.

Aussteller

Hier ist rechtzeitige Anfrage wichtig. Gut wäre, wenn die Aussteller zum Thema passen. Geben Sie Hinweise, in den Pausen die Aussteller zu besuchen. Oft erfolgt ein großzügiges Sponsoring, dazu müssen am Anfang oder Ende Danksagungen gemacht werden. Blenden Sie evtl. Zwischenfolie mit den Namen aller Sponsoren ein. Versuchen Sie, nicht nur das 0815 Standardprogramm von Ausstellern einzuladen. Kommen in ihrem Einzugsgebiet immer dieselben, werden sich die Leute die Stände nicht mehr ansehen. Dies wird ihnen für Folgeveranstaltungen nur Absagen bei Ausstellern bringen. Sie müssen sich genau überlegen, welcher Veranstalter zum Thema passt und welche Innovationen sie zulassen. Am besten sind Stände, bei denen die Teilnehmer_innen etwas ausprobieren können. Dies steigert die Interaktion und die Anwesenden haben eine Abwechslung zu den Frontalvorträgen.

Catering

Getränke und Mahlzeiten sind in den Pausen wichtig, dabei lieber ein einfacheres Essen anbieten, dafür aber mehrere „Inseln“. Vegetarier berücksichtigen. Ganz schlecht sind Unübersichtlichkeit und ellenlange Schlangen entlang eines Büffets, oder vor dem einzigen Kaffeeautomaten, besser sind Rundherum Begehung. Ebenfalls ungünstig ist es, wenn sich Referent_innen 20 Min. in eine Warteschlange einreihen müssen.

Wenn Mahlzeiten in der hauseigenen Kantine angeboten werden, beispielsweise zur Mittagszeit, kostet das viel Zeit, mit Warteschlangen und Platzsuche zwischen Mitarbeitenden. Meistens ist eine Sonderverköstigung besser – hier können Kostenvoranschläge verschiedener Anbieter vorher gesichtet werden. Alle Erfahrungen zeigen, dass mind. 1 Stunde Mittagspause eingerichtet werden sollte.

Workshops

Sie sind wichtig, um in kleineren Gruppen intensiver zu arbeiten mit 20 bis max. 30 Teilnehmenden pro Sitzung. Hier ist zu klären, ob der / die Referent_in dies selbst macht, oder eine zusätzliche Moderation benötigt wird, auch zum Aufschreiben von Ergebnissen. Evtl. kann zu Beginn eine Kurzabfrage erfolgen, aus welchem Fachgebiet die Teilnehmer_innen kommen (Aufzeigen). Das Angebot richtet sich nach Raumkapazitäten, Räume und Wege dorthin sind deutlich auszuweisen und vorzubereiten (Flip-Charts). Interessante Workshops sollten zweimal angeboten werden (mind. 45 Min.), Wechselzeiten berücksichtigen. Eine gute Organisation ist nötig: Bei der Anmeldung eintragen lassen, hierzu kurze Info, worum es geht, die TN-Zahl begrenzen damit eine ähnliche Verteilung in den Workshops erfolgt. Eine Abfrage schon Wochen vorher ist oft ungünstig – die Teilnehmenden wollen, je nach Vorträgen, neu entscheiden. Wenn es keine kleineren Räume gibt ist evtl. im Saal auch eine Organisation in „Murmelrunden“ mit ca. 10 Personen möglich. Oder Vor- und Rückreihe wenden sich zueinander, vielleicht lassen sich die Stühle verschieben? Möglich wären auch kurze Austauschrunden an Stehtischen im Eingangsbereich. Her ist nur eine grobe Abfrage nach den Kurzmeetings möglich z. B. gab es besondere Eindrücke?

Achtung Fallstrick: Ganz langweilig ist zum Schluss eine Darstellung von Workshopergebnissen (oft vorgelesen durch ungeübte TN). Eine bessere Form wäre, einige Ergebnisse tatsächlich noch zu diskutieren, evtl. mit den Referent_innen gemeinsam.

Podiumsdiskussion (Plenum später einbeziehen?)

Auch dies kann problematisch werden: Oft laufen Podiumsdis-

kussionen (Grundsätzlich: nicht zuviele Personen) eher ab wie kurze Statements. Hier wäre wichtig, dass die Moderation die Aussagen miteinander in Beziehung setzt, am besten mit widersprüchlichen Positionen. Ehrlich gesagt: ich habe kaum eine anregende Podiumsdiskussion in den letzten Jahrzehnten erlebt (AZ).

Eine Einbindung von Plenumsfragen bieten noch mehr Fallstricke. Bei einer offenen Rückgabe an das Publikum muss man sich darauf einstellen, dass Einzelmeinungen oder auch schräge Mitteilungen kommen, die nichts mit dem Vorhergesagten zu tun haben.
Eine Podiumsdiskussion ist nur dann interessant, wenn es um spannende Themen und unterschiedliche Positionen geht und die Diskutierenden nicht nur mit Floskeln um sich werfen, die sowieso jeder kennt. Auf der anderen Seite ist viel Provokation der allgemeinen Stimmung nicht dienlich. Der goldene Mittelweg ist also das Mittel der Wahl.

Presse

Die Fachpresse sollte eingeladen werden oder später Pressemeldungen versendet werden (mit Hinweis auf Material). Auch die örtliche Presse / TV kann informiert werden. Bei wichtigen Themen lohnt sich evtl. eine Pressekonferenz mit Referent_innen, z. B. in der Mittagspause.
Versuchen Sie schon im Vorfeld gewisse Pressekanäle einzubinden. Haben Sie einen guten Kontakt in der Bewerbung, wird auch bei der Veranstaltung selbst die Presse gerne anwesend sein. Erwarten Sie aber nicht zu viel. Haben Sie keine Politik auf der Veranstaltung oder ein Thema, das die Massen bewegt, wird ausschließlich die Fachpresse anwesend sein.

Abschluss

Gut wäre ein „Knaller-Vortrag“ zum Abschluss, dieser würde auch ein vorzeitiges Abreisen reduzieren. Eine andere Möglichkeit ist, wichtige Botschaften mitgeben – statt einer Zusammenfassung der Tagung. Dies ist oft langweilig und lässt die Veranstaltung „ausfransen“. Danksagungen an die Referent_innen, Helfer_innen, Aussteller usw. nicht vergessen. Evtl. einen Ausblick wagen.

Haben Sie eine Folgeveranstaltung vor, sollte diese bereits am Ende des laufenden Events angekündigt werden. Am besten mit einem spannenden Teaser (Thema, bereits zugesagte wichtige Persönlichkeiten, Gewinnspiel, etc.) ankündigen. Als Besonderheiten leisten sich manche Veranstalter heute einen Zeichner, der Wichtiges witzig bildlich zusammenfasst, empfohlen werden auch Stand-up- Comedians zur Auflockerung. Überhaupt sind kleine Bewegungs- oder Entspannungssequenzen wichtig, Kulturelles oder Berührendes. Wir Menschen bestehen nicht nur aus Kognition. Eine neue Form ist auch Kongressforschung: Studierende machen Umfragen zu vielerlei Themen. Immerhin ist Fachpublikum vor Ort.

Wir hoffen, Ihnen viele Hinweise gegeben zu haben und wünschen Ihnen ein gutes Gelingen Ihrer nächsten Tagung.

Anmerkung: Seit einem Jahr wirken diese Hinweise anachronistisch, wir sollten uns mehr mit der Optimierung von Online-Tagungen beschäftigen - aber wir sind der festen Überzeugung, dass wieder persönliche Treffen möglich werden.

Autor

Markus Golla, BScN MScN
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Institutsleiter & Studiengangsleiter „Gesundheits- und Krankenpflege“ IMC FH KREMS,
Journalist & Verleger „Pflege Professionell“

Autorin

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

Dieser Artikel ist erstmals in der Zeitschrift PADUA erschienen. Golla, M. & Zegelin, A. (2020). Kongress ohne Stress. PADUA, 15, 313–317. Mit freundlicher Genehmigung der Hogrefe AG, Bern.

Lesetipps für starke Frauen (und Männer)

Neuerscheinungen zur Frauengesundheit

Peter Frigo, Rhea Jabbour, Christoph Deutsch

Ernährung bei PCOS

Polyzystisches Ovar-Syndrom

maudrich.gesund essen 2021
124 Seiten, durchgehend 4-farbig, Klappenbroschur
EUR (A) 16,90 / EUR (D) 16,40 / sFr 21,70 UVP
ISBN 978-3-99002-124-8
Auch als E-Book: ISBN 978-3-99111-344-7

Rita Hofmeister

Endometriose

Ein Selbsthilfebuch

maudrich ganzheitlich 2020
184 Seiten, durchgehend 4-farbig, Klappenbroschur
EUR (A) 19,90 / EUR (D) 19,40 / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-99002-117-0
Auch als E-Book: ISBN 978-3-99111-010-1

Agnes Budnowski, Michael Feichtinger, Flora Koller, Martina Kreuter-Müller

Ernährung bei Kinderwunsch

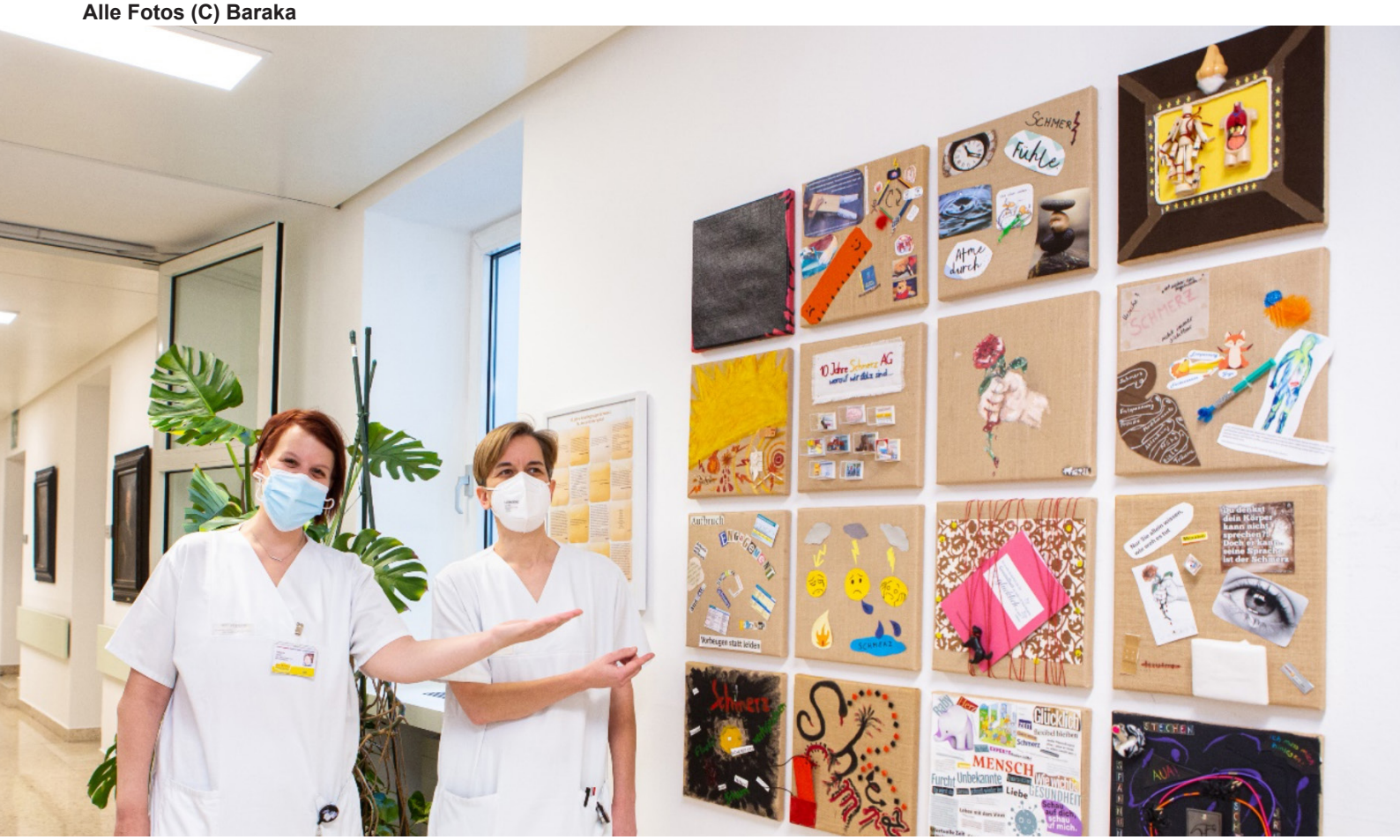
Fruchtbarkeitssteigernde Lebensmittel und therapieunterstützende Ernährung für sie & ihn

maudrich.gesund essen 2020
176 Seiten, 4-farbig, Klappenbroschur
EUR (A) 16,90 / EUR (D) 16,40 / sFr 21,70 UVP
ISBN 978-3-99002-120-0
Auch als E-Book: ISBN 978-3-99111-013-2

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

maudrich

Alle Fotos (C) Baraka



UNBESCHREIBLICHES bildhaft vermitteln

Kunstprojekt 10 Jahre Schmerz-Arbeitsgruppe

Eigentlich wollten wir, die Schmerz Arbeitsgruppe des St. Anna Kinderspitals, letztes Jahr groß feiern. Feiern, dass wir seit 10 Jahren unermüdlich und voller Hingabe ein bestmögliches Schmerzmanagement im St. Anna Kinderspital vorantreiben. Feiern, dass wir ein engagiertes und beständiges Team aus 13 Multiplikatorinnen sind und uns bis jetzt beinahe 60-mal getroffen haben. Feiern, dass es uns gelungen ist, eine einheitliche und regelmäßige Schmerzeinschätzung und Schmerzprävention etabliert zu haben. Feiern, dass wir 20 hausinterne Dokumente und 6 Drucksorten wie Folder oder Poster rund um das Thema Schmerz erstellt haben. Feiern, dass wir 32 Schmerz-Fortbildungen abgehalten und sieben Artikel veröffentlicht haben. Und vor allem feiern, dass wir selbst so viel in den letzten Jahren gelernt haben. Oder um es mit den Worten der Marie von Ebner-Eschenbach zu sagen: „Der Schmerz ist der große Lehrer der Menschen“.

Groß feiern, das war und ist ja bekanntlich in diesen besonderen Zeiten leider nicht möglich. Wie kann man also so einen stolzen Moment bzw. so einen stolzen Moment mit anderen teilen und es trotz allem zelebrieren?

Unbeschreiblicher Schmerz

Schmerzen zu beschreiben ist oft nicht einfach. Der Schmerz ist eine essenzielle und elementare Empfindung, die jedem Menschen irgendwann einmal im Laufe seines Lebens widerfährt. Trotz dieser Tatsache lässt sich die subjektive Empfindung nur schwer sprachlich vermitteln, denn Schmerz hat unendliche viele Erscheinungsformen. Vom eigenen Schmerz hat man eine klare und konkrete Vorstellung. Wie er sich bei anderen Menschen anfühlt, entzieht sich hingegen unserer Kenntnis. Seine Unfassbarkeit für die nicht Betroffenen ist ein wesentliches Charakteristikum des Schmerzes. So präsentiert sich der Schmerz als etwas nicht Kommunizierbares, das weder zu leugnen noch zu beweisen ist.

Schmerzbilder

Bilder bestimmen unseren Alltag und haben oft mehr Aussagekraft als Worte. Warum also Bilder nicht

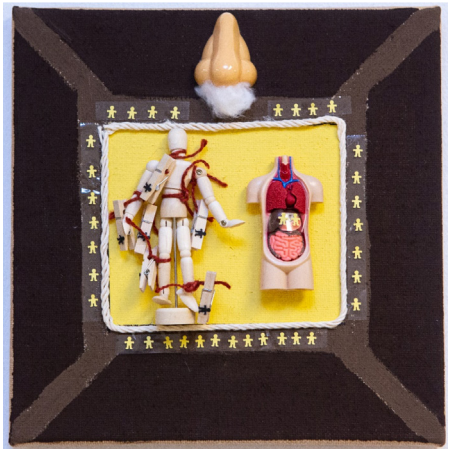
für unsere Zwecke einsetzen und den Schmerz in persönlichen Darstellungen öffentlich machen?

Schmerzdarstellungen wirken unmittelbar und transportieren intensive Botschaften.

Anlässlich unseres 10-jährigen Jubiläums wurden deshalb alle dreizehn Multiplikatorinnen der Schmerz AG des St. Anna Kinderspitals und weitere Kolleginnen aus dem Bereich der Ergotherapie und der psychosozialen Abteilung dazu eingeladen, Schmerzen, die sie schon einmal selbst erlebt bzw. bei anderen wahrgenommen haben, aber auch Erfolge der Schmerz AG in Bildern künstlerisch sichtbar zu machen.

Künstlerischer Weg

Daraus ist ein Gesamtbild aus 16 Teilen entstanden, wo auch jedes einzelne und schließlich das Gemeinsame für sich spricht. Jedes Schmerzbild ist stets mit einer Botschaft verknüpft: „Kunsttränen“ oder auch „Freudentränen“. Freude darüber, dass es uns gelungen ist, trotz widriger Umstände unser Jubiläum auf künstlerischem Wege zu feiern. Unser Kunstwerk ist noch bis Ende Mai im St. Anna Kinderspital ausgestellt.



Autorin

Mag.ª phil. Arabella Baraka
Mitarbeiterin der Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege im St. Anna Kinderspital und u.a. Leiterin der Schmerz Arbeitsgruppe

Was ist denn schon logisch?

Paul Watzlawick zum 100.Geburtstag

Am 27. Juli würde der Psychotherapeut und Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick 100 Jahre alt. Niemand kommt an diesem Vordenker der modernen Psychotherapie vorbei. Schließlich sind seine Ideen in Schule, Ausbildung und Studium immer wieder Thema. Der Psychoanalytiker Michael Titze, der als Mentor des therapeutischen Humors im deutschsprachigen Raum gilt, ist Watzlawick häufiger persönlich begegnet. Dies hat sein therapeutisches Handeln entscheidend geprägt. Welche Spuren Watzlawicks Denken und therapeutischen Handeln hinterlassen hat, erzählt er im Gespräch mit Christoph Müller.

Christoph Müller: Sie sind Paul Watzlawick auf Kongressen immer wieder persönlich begegnet, Herr Titze. Sie standen mit diesem beeindruckenden Kommunikationswissenschaftler im intellektuellen Austausch. Lassen Sie uns doch an Erlebnissen teilhaben.

Michael Titze: 1969 erschienen der Sammelband Schizophrenie und Familie, der die wichtigsten Arbeiten der von Gregory Bateson gegründeten „Palo Alto-Gruppe“ beinhaltet. Hier werden kommunikative „Doppelbindungen“ beschrieben, die (meta-) kommunikativen Zwickmühlen entsprechen. Sie sind – so die zugrunde liegende These – „schizophrenogen“, also geeignet, einen Menschen verrückt zu machen! Diese Aussage müsste verstören, hätten die Autoren nicht schon auf den ersten Seiten dieses Buches festgestellt, dass auch der Humor auf ähnliche Strategien einer paradoxen Desorganisation zurückgreift, indem er ständig zwischen heterogenen logischen Bezugssystemen oszilliert. Dabei werden zum Beispiel konkrete Metaphern mit abstrak-

ten Begriffen gleichgesetzt, ohne den jeweiligen Sinngehalt dabei zu berücksichtigen. William F. Fry, Begründer der „Gelotologie“(Lachforschung) und „Humorbeauftragter“ der Palo Alto-Gruppe, wies diese Konfusionsstrategie als das eigentliche Wesensmerkmal des Humors aus. Er war im Mental Research Institute von Palo Alto übrigens Zimmernachbar von Paul Watzlawick.

Ich lernte Fry Mitte der 1990er Jahre persönlich kennen und war eine Zeit lang sein Übersetzer bei Vorträgen, die er in Deutschland und der Schweiz hielt. Er war es, der mich mit Paul Watzlawick bekannt machte. So konnte ich diesen zu Tagungen und Kongressen einladen, die ich in dieser Zeit mitveranstaltet habe. Dabei erlebte ich Watzlawick als einen konsequenten Reduktionisten, der belanglose Informationen ausklammern wollte, um Klarheit zu schaffen. Wenn es also darum ging, die Wirkweise paradoxer Interventionen in der Psychotherapie darzulegen, führte er diese schlicht auf das „Weniger desselben“-Prinzip zurück. Dabei geht es nicht um eine zeitaufwändige Erforschung der Ursachen psychopathologischen Verhaltens, da dies nur eine unüberschaubare Menge an Informationen liefern würde. Daher fokussieren sich Kommunikationstherapeuten in der Tradition von Watzlawick ganz auf den spezifischen Kommunikationsstil ihrer Patienten.

Christoph Müller: Wenn Sie heute an Paul Watzlawick denken, was ist vor allem von ihm geblieben?

Michael Titze: Watzlawick war ein Pionier der systemischen Psychotherapie, indem er die Forschungsergebnisse der Palo Alto-Gruppe systematisierte und für eine zeitlich stark begrenzte „Kommunikationstherapie“ nutzbar machte. Sein primäres Interesse kreiste um die Frage, welche Funktion gestörte Kommunikationsweisen im Rahmen von sozialen Beziehungen erfüllen. Dazu gehört zum Beispiel der Austausch von kommunikativen Botschaften zwischen Ehepartnern oder zwischen Kindern und Eltern. Dabei kann das, was verbal (explizit) mitgeteilt wird, dem widersprechen, was nonverbal (implizit) zum Ausdruck gebracht wird. So können sich kommunikative „Doppelbindungen“ ergeben, die Widersprüchliches aussagen. Da es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren, kann schon das bloße Schweigen eine wichtige Botschaft vermitteln. Eine verbale Botschaft kann also körpersprachlich konterkariert werden, indem das offen Ausgesprochene durch das indirekt Angesprochene in Frage gestellt wird. Das ist etwa der Fall, wenn jemand das Fachwissen seines Vorgesetzten wortgewaltig lobt, während er oder sie gleichzeitig gähnt. Insgesamt findet menschliche Kommunikation auf diesen Ebenen statt:

1) Intrapsychische Ebene: umfasst (vorwiegend) unbewusste kognitive Prozesse, die sich auf affektive Bewertungen, persönliche Stimmungen und private Vorurteile beziehen.

2) Interpersonale Ebene (doppeltes Denken): „Ich denke über das nach, was andere über mich denken könnten ...“.

3) Sozial normative Ebene: Bezugnahme auf soziale Leitlinien und formale „Man muss“-Regeln des Handelns, unter Berücksichtigung von angemessenen Kommunikationsstilen, durch welche die interpersonale Kommunikation zwischen anonymen Individuen intersubjektiv reguliert wird.

Insgesamt vermischt sich das „innere“ (individuelle) Sprechen mehr oder weniger mit dem „äußeren“ (interindividuellen). Während ersteres implizit ist und auf nonverbale (körpersprachliche) Mittel des Ausdrucks zurückgreift, nimmt letzteres explizit auf das Medium der sozial geregelten Sprache Bezug.

Watzlawicks methodischer Kunstgriff bestand darin, dass er sich von vornherein auf zwei Gesichtspunkte des Sprechens fokussierte, nämlich den Inhaltsaspekt (Was wird verbal kommuniziert?) und den Beziehungsaspekt (Wie wird dies nonverbal kommuniziert?). Die entsprechenden Aussagen können einander dabei aushebeln, so dass die Bedeutung der betreffenden Mitteilung widersprüchlich bzw. paradox ist.

Christoph Müller: Watzlawick vertrat die Position, dass Wirklichkeit nicht objektiv gegeben, sondern Ausdruck einer subjektiven Interpretation ist. Dies erscheint grundsätzlich plausibel. Was heißt dies denn für die Auseinandersetzung mit dem Humor, die Watzlawick und Sie ja verbunden hat?

Michael Titze: Der Konstruktivismus, auf den sich Watzlawick bezieht, wurde von den antiken Skeptikern vorweggenommen, indem diese sinngemäß darauf hinwiesen, dass wir nicht die wahre Realität wahrnehmen können, sondern lediglich das, was unsere Sinne und unser Verstand uns glauben machen. So schafft sich der Mensch eine je eigene (subjektive) Realität, die von der normierten Anschauungsweise der Gesellschaft mehr oder weniger abweichen kann. Aber auch die

(C) frya_fresena

soziale Welt schafft sich – naturwissenschaftlich gesehen – keine objektive Wirklichkeit, sondern generiert lediglich ein Gemenge von Meinungen und Glaubenssätzen, das auf einer sozialen Übereinkunft basiert. Dementsprechend ist die soziale Realität nichts anderes als das Ergebnis einer intersubjektiven Übereinkunft. Beispiele wären das Dogma der mittelalterlichen Kirche, dass die Erde eine Scheibe ist oder dass Hexen auf Besen fliegen, aber auch die Behauptung der Nazis, dass es Übermenschen, gibt, die sich von angeblichen Untermenschen grundlegend abheben. Hierher gehören auch die Wirklichkeitsauslegungen diverser Verschwörungstheorien.

Watzlawicks Interesse fokussierte sich auf die Facetten der (subjektiven) Wirklichkeitsauslegung durch einzelne Individuen. Diese entspricht privatlogischen Konstruktionen, die durchaus kreativ und ideenreich sein können, obwohl sie zuweilen auch „komisch" wirken. Das zeigt uns das Beispiel einer wahnhaften Wirklichkeitsauffassung, die wir bei bestimmten Psychosen, aber auch bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen finden können. Werden derartige Konstruktionen vom Therapeuten strikt zurückgewiesen, ergibt sich unweigerlich ein rhetorischer Konflikt, bei dem es nur noch darum geht, wer eigentlich Recht behält. In diesem Fall steht nicht mehr die qualitative Bedeutung der betreffenden Wirklichkeitsauslegung im Vordergrund, sondern ein Machtkampf innerhalb der therapeutischen Beziehung.

Eben das das wollen Kommunikationstherapeuten in der Tradition Watzlawicks verhindern: Sie lassen sich – um ein sportliches Bild zu verwenden – nicht auf einen rhetorischen Boxkampf ein, sondern orientieren sich an der flexiblen Kunst des Judoka, der den Stoß des Gegners nicht mit einem Gegenstoß beantwortet. Stattdessen wird der Angriffsvektor des Gegners nach Kräften nicht nur bestätigt, sondern zusätzlich auch noch verstärkt. Auf diese Akzeptanz ist der Gegner aber nicht gefasst. Er oder sie kennt nur das Spiel von Gewalt gegen Gewalt, von mehr desselben, und nach den Regeln dieses Spiels wird eben ein Gegenstoß und nicht ein Spiel mit völlig andern Regeln erwartet.

Christoph Müller: Die Ironisierung nutzte Watzlawick, um auf Paradoxien in der menschlichen Kommunikation aufmerksam zu machen. Dieser Kunstgriff ermöglichte auch, problematisches Verhalten eines Menschen immer wieder zu thematisieren und so an einen Punkt zu kommen, den spezifischen Zweck und Nutzen eines

Verhaltens herauszuarbeiten. Haben Sie als Psychotherapeut auch in dieser Weise gearbeitet? Wenn ja, erzählen Sie doch mal aus der Praxis.

Michael Titze: In seiner Anleitung zum Unglücklichsein greift Watzlawick durchgehend auf die Ironisierung zurück, indem er Verhaltensweisen lobpreist, die vom Standpunkt der Alltagsvernunft indiskutabel sind. Der Begriff „Ironie“ wurde erstmals von Aristoteles verwendet und bezieht sich auf eine (nicht ernst gemeinte) Verstellung. Die gängigste Form der Ironie besteht darin, in übertriebener Weise das Gegenteil von dem zum Ausdruck zu bringen, was man eigentlich meint. So erklärte der Humortherapeut Waleed Salameh einem auffallend zwanghaften Ehepaar während einer familientherapeutischen Sitzung: „Ich verkenne durchaus nicht Ihre erzieherischen Leistungen. Insbesondere bewundere ich, wie tadellos Sie in Ihrer Familie für Zucht und Ordnung sorgen. Allerdings muss ich gestehen, einige Lebensbereiche zu kennen, in denen die Disziplin noch weiter vorangetrieben wird. Ich denke da zum Beispiel an die Strafkolonie auf der Teufelsinsel oder an den Wachwechsel vor dem Buckingham-Palast. Oder auch an das Wachsfigurenkabinett!“

Die Kommunikationstherapie greift indes weniger auf eine Ironie zurück, die direkt auf den Patienten abzielt, sondern nimmt den (selbstironischen) Umweg über die Person des Therapeuten. Indem sich dieser gezielt kleiner, unwissender oder ungebildeter gibt, als er eigentlich ist, wird der Patient sowohl verwirrt als auch besänftigt. Auf dem Wege über eine einfühlsame Identifikation mit dem Patienten können Psychotherapeuten dabei eine zunehmend amüsante „Zwillingsbeziehung“ herstellen. Indem sie sich empathisch auf die Bedürfnisse, unreflektierten Absichten und Verhaltensstrategien des Patienten einstellen, können sie deren unbewusste Sinnhaftigkeit authentisch nachvollziehen und dabei auch aktiv spiegeln. Dies betrifft grundsätzlich auch die Dynamik des entsprechenden Symptomgeschehens. Der Therapeut thematisiert dabei indirekt − das heißt, auf dem Umweg über die eigene Person − eben jenes symptomatische „Arrangement“ des Patienten, das sich bei genauerem Hinsehen als ein durchaus sinnvoller Kunstgriff erweist.

Watzlawick führte in seinen Büchern etliche Beispiele für diese Vorgehensweise an. So schreibt er über einen intelligenten dreißigjährigen Schizophrenen, der lange Jahre seines Lebens in Anstalten verbracht hatte. Statt ihm gut zuzureden, dass er sich vom Einfluss seiner Familie unabhängig machen sollte, dass er eine Arbeit finden und sein eigenes Leben leben sollte, wurde er gleich mit der Frage konnte: „Warum sollten Sie sich ändern?“ Dies wurde vom Therapeuten durch eine „vertrauliche“ Mitteilung so begründet: „Ich weiß, dass ich Ihnen das nicht sagen sollte, denn was werden Sie von einem Doktor denken, der solche Dinge sagt. Streng im Vertrauen möchte ich Ihnen aber doch klarmachen, was ich von Ihrer Lage halte. Sie haben einen Lebensstil gefunden, um den die meisten von uns Sie beneiden können. Meiner Ansicht nach sollte ich mich behandeln lassen, nicht Sie. Wenn ich morgens aufwache, stehen mir zehn Stunden voll Problemen und Verantwortung bevor, in denen 99 Dinge schief gehen können. Sie brauchen nicht einmal aufzustehen, wenn Sie nicht wollen; Ihr Tageslauf ist sicher und vorhersehbar, man wird Ihnen drei Mahlzeiten servieren, nachmittags werden Sie vermutlich Golf spielen und sich abends einen Film ansehen. Sie können sicher sein, dass Ihnen Ihre Eltern den Anstaltsaufenthalt auch weiter bezahlen werden, und wenn diese dereinst sterben, wird der Staat für Sie sorgen. Was hätten Sie bloß für einen Grund, Ihren Lebensstil für eine Hetzjagd wie mein Leben einzutauschen?“

Im Zuge einer solchen selbstironischen Argumentation kann der Therapeut die Strategie des Symptomgeschehens − wiederum auf dem „Umweg über die eigene Person“ – in einem neuen Licht erscheinen lassen, zum Beispiel, indem er oder sie erklärt:

- „Ich an Ihrer Stelle würde die Leute in dem Glauben lassen, dass es mir schlecht geht. Damit könnte ich sie einwandfrei zwingen, sich mehr um mich zu kümmern!“
- „Wenn ich mich meiner Partnerin so unterlegen fühlen würde wie Sie, würde ich mich über meine Impotenz freuen: weil sie mein Machtmittel ist, mit dem ich ihr beweise, dass sie mich keineswegs ‚schwach machen‘ kann!“

Das psychische Krankheitssymptom ist gerade für den übervernünftigen/ übergewissenhaften Menschen, der um alles in der Welt nicht unangenehm auffallen will, gewöhnlich sehr peinlich und daher in keiner Weise akzeptabel. Daher wird – in der Manier von Don Quichotte − verzweifelt gegen Notsignale des Körpers angekämpft, die einen letzten Halt, eine Sicherung in einer scheinbar ganz ausweglosen Lebenssituation ermöglichen sollen. Dies

entspricht übrigens der konventionellen Annahme, dass ein unangemessenes Fehlverhalten (wozu die psychosomatischen Symptome an erster Stelle gehören) unbedingt korrigiert werden sollte. Dieses Patentrezept orientiert sich an konventionellen Strategien der Problemlösung, die auf eine Verbesserung des Verhaltens abzielen. Und das bedeutet, sich eben mehr anzustrengen – gerade auch dann, wenn sich kein entsprechender Erfolg einstellt! Die Folge dieses Festhaltens an einem Patentrezept führt aber unweigerlich dazu, dass diese Art der Problemlösung schließlich selbst zu einem Problem wird.

Kommunikationstherapeuten gehen deshalb daran, dieses Schema einer Problembewältigung durch „Mehr desselben“ konsequent auszuhebeln, indem sie Lösungsstrategien anregen, die dem „Weniger desselben“-Prinzip folgen. Damit geht es nicht mehr um eine optimale Pflichterfüllung, sondern um die minimalistische Kür. So ist das „Weniger desselben“-Motiv weitgehend in der Welt des spielfreudigen Kindes verwurzelt, in der das – aus der Sicht des Erwachsenen – Belanglose zu einem spannenden Erlebnis werden kann.

Ganz nebenbei wird dabei auf Seiten der Patienten ein Perspektivenwandel angeregt, der die bisherige Methodik der Problemlösung aus dem Fokus rückt. Damit kann das entsprechende Symptom nicht weiter als ein verdammenswerter Ausdruck von Schwäche bewertet werden, sondern entpuppt sich als ein effizientes Mittel, das die eigene Selbstbehauptung sicherstellt. Dazu ein Beispiel aus meiner eigenen Praxis:

Frau M. leidet seit einigen Jahren an einer schweren Platzangst. Sie traut sich nicht mehr aus dem Haus, weil sie fürchtet, auf der Straße zu stürzen und dadurch „entsetzliches Aufsehen“ zu erregen. Frau M. ist eine skrupulöse, übergenaue Frau, die sich nicht erinnern kann, jemals mit einem anderen Menschen böse gewesen zu sein. Obwohl sie schon einunddreißig Jahre alt ist, lebt sie noch bei ihrer Mutter, einer resoluten Dame, die ihrem einzigen Kind immer schon alle Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt hat. Nachdem sie vor ungefähr fünf Jahren ihren Mann verlor, wurde die Tochter von ihr „ganz vereinnahmt“ (wie Frau M. sich ausdrückte).

Verständlicherweise ist Frau M. gegenüber ihrer Mutter in einer widersprüchlichen Weise eingestellt: Einerseits braucht sie diese als „Krücke“, da sie sich selbst für zu schwach und zu lebensunfähig hält, um allein zurechtzukommen. Andererseits sieht sie in ihr aber auch die Ursache für ihr freudloses, von Ängsten erfülltes Leben. (Dies wagt sie natürlich nicht bewusst einzugestehen, weil sie unbedingt eine „gute Tochter“ sein will!). In diesem Zusammenhang erfüllt die Platzangst – natürlich ungewollt – somit eine wichtige Ventilfunktion: Mit ihrer Hilfe kann die Mutter nämlich einerseits in den Dienst gestellt werden, so dass ihr mehr und mehr die Funktion einer „Regiersklavin“ zufällt. Andererseits kann diese durch die „schreckliche Angst“ der Tochter aber auch tyrannisiert werden, was angesichts der uneingestandenen Ressentiments, die Frau M. ihrer Mutter gegenüber hegt, durchaus verständlich ist!

In dieser prekären Situation leite ich den Prozess der paradoxen Revidierung mit den folgenden Worten ein: „Ihre Platzangst ist augenblicklich doch das einzige Mittel, um ein gewisses Maß an Menschenwürde und Stärke aufrecht zu erhalten. Man muss doch einfach Rücksicht auf Sie nehmen! Stellen Sie sich einmal vor, welch schwachen Standpunkt Sie Ihrer Mutter gegenüber hätten, wenn Sie diese Angst nicht hätten. Oder können Sie sich vorstellen, dass Sie gegenwärtig in der Lage wären, sich bei ihr mit anderen Mitteln durchzusetzen? So lange das noch nicht der Fall ist, würde ich Ihnen dringend empfehlen, Ihre Platzangst nicht nur zu akzeptieren, sondern möglichst oft ganz bewusst hervorzurufen. Was ich damit sagen will: Sie könnten doch aller Welt einfach zeigen, wie schlecht es Ihnen geht. Was meinen Sie, wie viel Mitleid und Sympathie Sie dadurch hervorrufen werden ...“

Natürlich hatte Frau M. zunächst eine ganze Reihe von Einwänden, die sich aber nur um das eine Thema drehten, nämlich die Peinlichkeit, die ein Sturz auf offener Straße nach sich ziehen könnte. Diese gedanklichen Konstruktionen übertrieb ich bewusst so lange und so weit, bis Frau M. darüber lachen musste. Dazu gehörte diese Intervention: „Stellen Sie sich vor, wie peinlich es auf die Passanten wirkt, wenn jemand auf offener Straße hinfällt! Die wissen doch nicht, ob Sie Epileptikerin sind oder gerade einen Herzanfall bekommen haben. Niemand wird Sie deswegen verachten! Bemühen Sie sich also, die Leute möglichst oft in diese Verlegenheit zu bringen! Besonders schön wäre es natürlich, wenn Sie dies in Begleitung Ihrer Mutter tun würden ... “ Zusammenfassend lässt sich diese paradoxe Vorgehensweise so beschreiben:

1. Akzeptieren des Symptoms:

(C) blende11.photo

Die Patientin darf ihr Symptom haben.

2. Übertreibung des Symptoms: Die Patientin soll indirekt dazu gebracht werden, ihre Symptome zu übertreiben oder der Therapeut soll diese (humoristisch) ausschmücken.
3. Positive Definition des Symptoms: Das Symptomverhalten wird nicht negativ bewertet, sondern positiv umdefiniert oder umgedeutet.
4. Verschreibung des Symptoms: Die Patientin wird angewiesen, sich dem Symptomverhalten verstärkt zuzuwenden.
5. Optimierung des Symptoms: Die Patientin wird aufgefordert, ihr Symptomverhalten zu perfektionieren.

Christoph Müller: Watzlawick zählt den Akteuren der radikalen Konstruktivisten. In diesem Kontext hat er sich mit dem Geschehen befasst, wie Wirklichkeitsauffassungen hergestellt werden. In der zeitgenössischen Psychotherapie empfehlen wir Techniken wie die kognitive Umstrukturierung, um Realität anzupassen. Was würde Watzlawick zu solchen Methoden sagen, wenn er eigentlich die Kommunikation mit Humor und Heiterkeit empfiehlt, um Relativierungen und Infragestellungen im Alltäglichen zu ermöglichen?

Michael Titze: Die Grundaussage des Konstruktivismus lautet: Es gibt keine „wirkliche“ Wirklichkeit! Das Denken eines Menschen ist nämlich das Ergebnis von subjektiven („privatlogischen“) und intersubjektiv vorgegebenen (sozialen) Konstruktionen, die die Wirklichkeit jeweils auf ihre Weise tendenziös ausgestalten. Aus leicht verständlichen Gründen besitzt die intersubjektiv konstruierte Wirklichkeit aber die stärkere Valenz. Seit undenklichen Zeiten wurde daher versucht, sozial unangepasste Individuen an die Vorgaben einer intersubjektiv verbindlichen Wirklichkeitsauslegung anzupassen. Dass der Erwerb von „sozialen Kompetenzen“, der hier angestrebt wird, tatsächlich zu positiven Auswirkungen im Gemeinschaftsleben führen kann, steht außer Frage. Allerdings sind diese Effekte nicht die Folge von eigenständigen Entscheidungen, sondern eher von außengeleiteten Dressurmaßnahmen.

Daher macht es nicht unbedingt Sinn, sich in der Therapie an einem konventionellen „Realitätsprinzip“ auszurichten, an das sich Patienten anzupassen haben. Die Kommunikationstherapie will sich stattdessen zunächst mit den (dysfunktionalen) Lösungsstrategien der Klienten vertraut machen, um diese sodann – gemäß dem „Weniger desselben“-Prinzip – zu relativieren. Dies gelingt zuverlässig, wenn die entsprechenden

Strategien nicht nur gutgeheißen, sondern in einer möglichst überzogenen Weise nachgerade verschrieben werden.

In diesem Zusammenhang lotet Watzlawick auch die Bedeutung des Humors aus, dem er ein explosives Moment zuschreibt, das in eben jenem Augenblick zur Wirkung kommt, in dem die Markierung von Konstruktionen der Wirklichkeit aufgelöst und zu einer neuen Synthese zusammengesetzt wird. Deshalb geht es um die Beantwortung von Fragen wie diesen:

- Mit welchem Verhalten kann ich den anderen überraschen? Wie kann ich weniger berechenbar werden (im wohlwollenden Sinne)?
- Was brauche ich, um weniger desselben machen zu können?

Dazu bringt Watzlawick dieses Fallbeispiel: „Eine unverheiratete junge Dame führte ein sexuell ‚freies' Leben, das sie sehr erniedrigend fand, das ihr aber andererseits als die einzige Alternative zur deprimierenden Annahme erschien, dass sich sonst kein Mann mit ihr abgeben würde. Dazu kam noch, dass jedes Intimerlebnis sie völlig unbefriedigt ließ und ihr das Gefühl gab, sogar als bloßes Sexualobjekt wertlos zu sein. In ihrer Scham vermied sie es dann typischerweise, den betreffenden Partner wiederzusehen und knüpfte alsbald eine neue Beziehung mit irgendeinem Mann an. Sie erhielt folgende Instruktion: Sie hatte ihrem nächsten Freund zu sagen, dass sie aus bestimmten, rein symbolischen Gründen, die sie ihm unmöglich mitteilen konnte, nur dann imstande wäre, mit einem Mann zu schlafen, wenn er ihr vorher einen Silberdollar des Jahrgangs 1958 gäbe."

Diese Intervention zielte darauf ab, einen gleicherweise (un-) logischen und beschämenden Kausalzusammenhang aufzubrechen: Wenn eine Frau ohne Vorbehalte mit einem Mann schläft, dann ist sie eine Nymphomanin (und daher wertlos); wenn eine Frau wegen des Geldes mit einem Mann schläft, dann ist sie eine Prostituierte usw. Stattdessen wurde dieser paradoxe Kausalzusammenhang hergestellt: Wenn eine Frau wegen eines Silberdollars des Jahrgangs 1958 mit einem Mann schläft, dann ist sie...?

Christoph Müller: „Es sind subtilere Dinge, die uns langsam klarmachen, welche Möglichkeiten bestehen, in einer paradoxen und humorvollen Weise eine bestimmte festgefahrene hoffnungslose Wirklichkeitskonstruktion langsam überzuführen in eine weniger schmerzhafte und bessere", hat Watzlawick in den 1990er Jahren in Basel in einem Talk gesagt. Sie zählen selbst zu den Wegbereitern des therapeutischen Humors in den deutschsprachigen Ländern. Wie stellt sich dies in der psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis dar?

Michael Titze: Tue genau das Gegenteil von dem, was ein (normaler) Therapeut tun würde: Das ist der Grundsatz der paradoxen Psychotherapie! Methodisch bedient sich diese, wie bereits gesagt, vor allem der „Symptomverschreibung": Der Patient wird dabei ermutigt, ein Verhalten, das im Bezugsrahmen der Alltagsvernunft als falsch, unangemessen oder krankhaft beurteilt wird, nicht nur zu akzeptieren, sondern nach allen Regeln der Kunst zu verstärken. Diese Vorgehensweise zielt letzten Endes darauf ab, die Einstellung zum Symptomgeschehen zu ändern (und nicht das Symptom selbst!). So entsteht eine neue Art von Doppelbindung. Während eine pathologische Doppelbindung einen Menschen in eine aussichtslose Lage manövriert, zwingt eine therapeutische Doppelbindung diesen in eine verlustlose Situation, die nicht von lähmender Schamangst geprägt ist, sondern im Gegenteil von jenen Gefühlsqualitäten, die auch für die Welt des Clowns so typisch sind: Spielfreude, Blödelspaß und lustvolles Trotzen! In einer therapeutischen Doppelbindung kann ein Patient somit die Kontrolle über Symptome gewinnen, die bislang als Fremdkörper im eigenen Dasein bewertet wurden.

Das eigentliche Anliegen der paradoxen Psychotherapie ist, den Patienten zu einer radikalen Kursänderung zu motivieren. Indem dieser ein bislang störendes (und damit abgewehrtes) Verhalten willentlich hervorzurufen versucht, kommt es zu einer Umstellung der bisherigen Einstellung. Dies mag aus der Perspektive der Alltagsvernunft widersinnig erscheinen, und doch ist gerade das die Voraussetzung, dass der Patient nicht mehr von seinem Symptom unter Kontrolle gehalten wird, sondern dass er selbst es ist, der dieses Symptom kontrolliert!

Viktor Frankl, der Begründer der Logotherapie, hatte schon vor Jahrzehnten erklärt: „Am allervernünftigsten ist es, nicht besonders vernünftig sein zu wollen!" Frankl ist der Erfinder der „paradoxen Intention", einer Technik der gezielten Symptomverschreibung. Damit ist er auch der eigentliche Pionier einer paradoxen Psychotherapie

– das hatte Watzlawick in seinen Schriften vermerkt und auch mir gegenüber in einem persönlichen Gespräch bestätigt. Worauf die paradoxe Intention letztlich abzielt, ist jener existenziell bedeutsame Einstellungswandel, der sich in der Humorreaktion anbahnt. Wenn etwa eine Angstneurotiker gelernt hat, seiner verabsolutierende Angst vor den eigenen Symptomen augenzwinkernd gegenüberzutreten, wird dieser Angst der Wind aus den Segeln genommen. Der Therapeut soll an diesem Umstellungsprozess aktiv teilhaben, indem er seinen eigenen „Mut zur Lächerlichkeit“ unter Beweis stellt – und so die Humorreaktion in Gang setzt. Frankl schrieb im Jahre 1959: „Der Patient soll lernen, der Angst ins Gesicht zu sehen, ja, ihr ins Gesicht zu lachen. Hierzu bedarf es eines Mutes zur Lächerlichkeit. Der Arzt darf sich nicht genieren, dem Patienten vorzusagen, ja, vorzuspielen, was sich der Patient (selbst) sagen soll. Durch diesen Humor lernt der Patient, seine neurotischen Symptome irgendwie zu ironisieren.“

Die Wirksamkeit der paradoxen Intention bei einer phobischen Problematik geht aus dem folgenden Fallbeispiel hervor. Bei der angeführten Patientin handelt es sich um eine 29 Jahre alte Frau, Mutter von drei Kindern, die bereits verschiedentlich psychiatrisch behandelt worden war. Frankl schrieb in seiner Ärztlichen Seelsorge: „Als sie (den Logotherapeuten) Dr. Gerz aufsuchte, litt sie an multiplen Phobien: Höhenangst, Angst vor dem Alleinsein, vor dem Speisen in Restaurants und zwar aus Angst, sie könnte erbrechen müssen oder in Panik geraten; Furcht davor, Supermärkte aufzusuchen, die Untergrundbahn zu benützen, sich unter die Leute zu mischen, allein im Auto zu fahren, vor einem Rotlicht stehen bleiben zu müssen, die Furcht, in der Kirche während der Messe laut aufzuschreien oder fluchen zu müssen usw.

Dr. Gerz wies die Patientin an, all das, wovor sie sich bisher gefürchtet hatte, geradezu herbeizuwünschen. Sie möge sich beispielsweise vornehmen, mit ihrem Gatten und mit ihren Freunden auszugehen, beim Dinner den Leuten ‚einfach ins Gesicht zu kotzen’ und ‚die denkbar größte Schweinerei‘ anzurichten. Tatsächlich begann die Patientin alsbald, mit ihrem Wagen Supermärkte aufzusuchen, zum Friseur zu fahren, in die Bank zu gehen und zu versuchen, ‚von so viel Angst wie nur möglich gepackt zu werden’. Schließlich konnte sie stolz berichten, was ihr alles bereits geglückt und gelungen war.“

Christoph Müller: Der Begriff der Paradoxie erscheint im Diskurs immer wieder undeutlich. Geht es dabei eigentlich um den Widerspruch zu einer offensichtlichen gegebenen Wirklichkeit oder um das Aufzeigen von Alternativen in Situationen, die unauflöslich erscheinen?

Michael Titze: Die therapeutische Paradoxie zielt auf Problemlösungen ab, die von vornherein „unlogisch“ sind. Doch bereits Nietzsche hatte erkannt, dass das Unlogische notwendig ist, weil die „Freude am Unsinn“ ein ursprüngliches Bedürfnis des Menschen sei. Die subjektive Realität des psychisch kranken Menschen wird aber durch ein Symptomgeschehen dominiert, das keinerlei Freude aufkommen lässt. Stattdessen werden freudlose Affekte generiert, wie Angst, depressive Niedergeschlagenheit oder zwanghafte Drangzustände. Der sog. gesunde Menschenverstand (common sense), der (wie bereits gesagt) die intersubjektive Realität spiegelt, bewertet die psychosomatischen Krankheitssymptome ebenfalls als etwas grundsätzlich Negatives, das unbedingt überwunden werden muss, damit eine Teilhabe am „normalen“ sozialen Leben (wieder) möglich wird.

Sofern Therapeuten diese Sichtweise nicht teilen, können sie das gegebene Symptomgeschehen als etwas durchaus Positives interpretieren. In diesem Fall stehen

Bücher von Paul Watzlawick
Im Hogrefe-Verlag werden einige Bücher des Psychotherapeuten und Kommunikationswissenschaftlers Paul Watzlawick angeboten. Eine Lektüre der aufschlussreichen Überlegungen Watzlawicks lohnt sich immer. Eine Auswahl:

Paul Watzlawick: Die Möglichkeit es Andersseins – Zur Technik der therapeutischen Kommunikation, Hogrefe-Verlag, Bern 2015 (7., korrigierte Aufl.), ISBN 978-3-456-85519-6, 148 Seiten, 24.95 Euro.

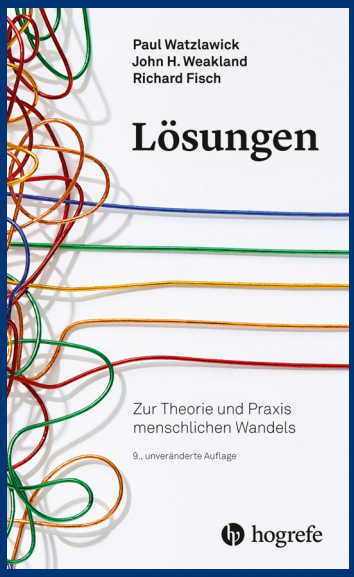
sie jedoch in einem Widerspruch zur subjektiven und intersubjektiven Wirklichkeit ihrer Patienten. Gerade von einem Therapeuten erwartet das normale Alltagsverständnis, dass dieser alles unternimmt, um die neurotischen Symptome zu kurieren, also „wegzukriegen“. Sofern der Therapeut solche Symptome nicht als Ausdruck einer Schwäche, sondern einer inneren Ressource ansieht, geht er oder sie – aus der Perspektive des gesunden Menschenverstands (common sense) – paradox vor. Dabei eröffnen sich neue Perspektiven, so dass das Gute im Schlechten ebenso erkennbar wird wie das Schlechte im Guten.
Der psychisch gesunde Mensch besitzt viele expansive Ressourcen. Diese sind eine Voraussetzung für seine innere Festigkeit. Beim typischen Psychotherapiepatienten stehen jedoch die spezifischen Symptome in Form von Ängsten, Depressionen und psychosomatischen Beschwerden derart im Vordergrund, dass die (grundsätzlich angelegten) expansiven Ressourcen nicht mehr zum Vollzug kommen. Diese Symptome entstanden zumeist aus einer Situation heraus, in der sich der Patient emotional so belastet fühlte, dass er oder sie auf die expansiven Ressourcen nicht mehr zurückgreifen konnte, sondern nach alternativen Mitteln und Wegen suchen musste, um sich existenziell abzusichern. Gleichzeitig lassen sich diese Symptome auch als eine Rechtfertigung für defensive Ausweichmanöver nutzen. So erklären die betreffenden Patienten häufig:

- „Wenn ich nicht so große Angst hätte, dann könnte ich zur Arbeit gehen!“
- „Wenn ich nicht so depressiv wäre, hätte ich Freunde und würde am sozialen Leben teilhaben!“
- „Wenn ich nicht so große Probleme mit meiner Verdauung hätte, könnte ich durch die Welt reisen!“
- „Wenn ich nicht so einen schlimmen Hautausschlag hätte, könnte ich mich auf ein Liebeverhältnis einlassen und irgendwann heiraten!“

Solche und ähnliche Ausreden verraten uns den eigentlichen Zweck der psychischen und psychosomatischen Symptome: Sie dienen dem jeweiligen Patienten als ein plausibles Argument, sich vor den vielen potenziellen Gefahrensituationen des Lebens zu schützen. Und in nicht wenigen Fällen gelingt es den Betroffenen tatsächlich, andere Menschen mittels eben dieser Symptome in den eigenen Dienst zu stellen. Somit besitzen die psychischen bzw. psychosomatischen Krankheitssymptome die Funktion von defensiven Ressourcen.

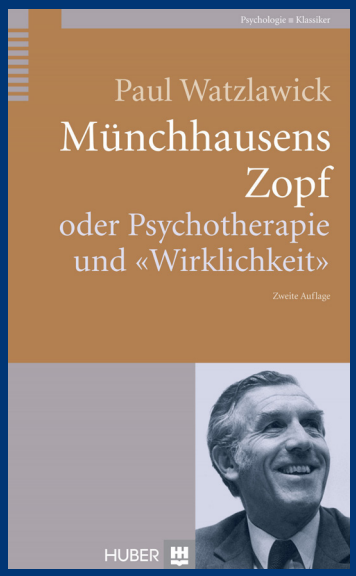
Ein Psychotherapeut, der sich in seinem Vorgehen von der paradoxen Grundidee leiten lässt, wird unweigerlich eine andere Position gegenüber den Symptomen einnehmen, als dies zum Beispiel ein naturwissenschaftlich orientierter Nervenarzt tun würde. Er oder sie wird die defensiven Strategien, die dem Symptomgeschehen zugrunde liegen, nicht als pathologisch bewerten, sondern diese ohne Wenn und Aber gutheißen. Das gelingt methodisch auf dem Wege einer konsequente Ermutigung, die auf den Nutzen der Symptome Bezug nimmt. Es gilt der Grundsatz: Alles was den Patienten stärker und expansiver macht, ist gut! Alle Interventionen, die den Patienten entmutigen, die sein positives Selbstbild schwächen, sollten

Paul Watzlawick: Man kann nicht nicht kommunizieren – Das Lesebuch, Hogrefe-Verlag, Bern 2016 (2., unveränderte Aufl.), ISBN 978-3-456-85600-1, 376 Seiten, 19.95 Euro.



Paul Watzlawick, John H. Weakland & Richard Fisch: Lösungen – Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels, Hogrefe-Verlag, Bern 2019 (9., unveränderte Aufl.), ISBN 978-3-456-86030-5, 240 Seiten, 24.95 Euro.

Paul Watzlawick, Janet H. Beavin & Don D. Jackson: Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien, Hogrefe-Verlag, Bern 2017 (13., unveränderte Aufl.), ISBN 978-3-456-85745-9, 324 Seiten, 19.95 Euro.



Paul Watzlawick: Münchhausens Zopf – Oder Psychotherapie und Wirklichkeit, Hogrefe-Verlag, Bern 2011 (2. Aufl.), ISBN 978-3-456-85021-4, 294 Seiten, 19.95 Seiten.

hingegen als kontraproduktiv angesehen werden.

Der Therapeut muss in diesem Zusammenhang das Terrain der Normalität verlassen und sich ins Reich der Abnormität, Widersinnigkeit und Absurdität begeben. Nunmehr kann er oder sie nicht allein das Symptomgeschehen, sondern jegliche Art von Normübertretung (= Fehlverhalten) auf Seiten des Patienten mit „positiven Augen“ sehen, das heißt, als Ausdruck einer gelingenden individuellen Lebensstrategie interpretieren. Sobald ein Symptom in dieser Hinsicht umgedeutet wird, erscheint es als Ausdruck eines inhärenten Könnens, was dem Patienten – paradoxer Weise – fast immer ein Gefühl von größerer Kompetenz und Selbstakzeptanz, aber auch von Selbstkontrolle verleiht. Dabei wird das symptomatische Verhalten konsequent in einer ressourcenspezifischen Weise umbewertet. Hier einige Beispiele, die ich bei de Shazer gefunden habe:

- Sture Unnachgiebigkeit = standhaftes Verhalten
- unreifes Verhalten = nonkonformistisch sein
- kontaktarm/abgeschieden leben = sein eigenes Bewusstsein genau erforschen
- auf Distanz gehen = sich um sich selbst kümmern
- passiv sein = die Fähigkeit, Dinge so zu akzeptieren, wie sie sind
- übertriebene Ungeselligkeit = seine Bekannten sorgfältig auswählen
- unterwürfig sein = Autorität und Führung suchen, um sich selbst zu finden
- gefühllos sein = sich vor Verletzungen schützen
- promiskuös sein = auf andere Menschen anziehend und liebenswert wirken
- im Leben umherirren = alle vorhandenen Möglichkeiten erforschen
- überempfindlich sein = sehr lebendig, bewusst und intensiv auf andere Menschen eingestimmt sein
- alles kontrollieren wollen = Struktur und Überblick in seine Umwelt bringen wollen
- unangemessen impulsiv sein = spontan sein wollen
- widerspenstig sein = seinen eigenen Weg im Leben suchen
- sich selbst ständig abwerten = sich die eigenen Fehler eingestehen
- grundlos weinen = fähig sein, Gefühle, besonders schmerzhafte, authentisch auszudrücken

Unter dieser Voraussetzung kann der therapeutische Prozess zu einem wirklich „kreativen Vorgang“ werden. Denn alles, was der Patient tut (oder nicht tut), kann so als die authentische Inszenierung eines impliziten Spielplans aufgefasst werden, der einen „tieferen Sinn“ besitzt. Dieses „gekonnte Spiel“ mag vor den Augen der sozialen Welt als eine Ansammlung von Defiziten und Fehlleistungen erscheinen, doch wie der Clown ein (freiwilliger) Experte im Scheitern ist, der die Kunst des Stolperns virtuos beherrscht, so erweist sich auch der Patient als ein (vorerst unfreiwilliger) Experte in dieser Kunst – als jemand, der sein Symptomgeschehen zielgerichtet, also „sinnvoll“ inszeniert, auch wenn er sich dieses Könnens (noch) nicht bewusst ist.

Im Grunde handelt es sich hierbei um einen Prozess konsequenter Ermutigung, der den Patienten spielerisch an eigene Ressour-

cen heranführt, ohne dass die „im Kopf“ internalisierten gesellschaftlichen Normvorgaben dem kreativen Handeln im Wege stehen.

Bücher, um die es geht

Bateson, G. et al. (1969): Schizophrenie und Familie. Frankfurt

De Shazer, S. (1989): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart

Frankl, V. E. ([1946] 1975) Ärztliche Seelsorge. München

Fry, W. F. & Salameh, A. W. (1987) (Hg.): Handbook of Humor in Psychotherapy. Sarasota (Florida)

Salameh, W. A. (2016): Humor in der Integrativen Kurzzeittherapie. Stuttgart

Sonnenschmidt, R. & Titze, M. (2016): Paradoxie – Die Spanne zwischen Unsinn und Erleuchtung. Tuttlingen

Titze, M. (2013) (Hg.): Kleinbasel und der „Humor in der Therapie“. Tuttlingen

Titze, M. (2018): Wer zuletzt lacht ... Die Kunst humorvoller Selbstbehauptung. Stuttgart

Titze, M. & Eschenröder, C. T. (1998): Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt

Titze, M. & Patsch, I. (2004): Die Humor-Strategie. Auf verblüffende Art Konflikte lösen. München

Watzlawick, P. (1983): Anleitung zum Unglücklichsein. München

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D.D. (1971): Menschliche Kommunikation. Bern

Watzlawick, P., Weakland J. H. & Fisch, R. (1974): Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern

Watzlawick, P. (1985) (Hg.): Die erfundene Wirklichkeit. München

Weeks, G. R. & L’Abate, L. (1982). Paradoxical Psychotherapy. New York

Autor

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

arscurae@web.de

Foto: Syda Productions/stock.adobe.com

GÖD
GESUNDHEITSGEWERKSCHAFT

Gemeinsam jeden Tag

FÜR DEINE GESUNDHEIT

Traumatisierende Erfahrung psychiatrische Pflege

Wenn Pflegende therapeutische Unterstützung benötigen

(C) Annett Seidler

Eine entscheidende Frage bei der Arbeit in der psychiatrischen Pflege ist: Wie kann es zu der Situation kommen, dass in der Psychiatrie arbeitende Pflegende, die darin geschult sind, Gesundheit zu erhalten, selbst therapeutische Unterstützung zu benötigen. Da die präventiven Interventionen entscheidend für die eigene Gesunderhaltung und die der Kolleg*innen sind, bilden sie die Prämisse für die Durchführung einer professionellen Pflege der Menschen, die sich auf der jeweiligen Station befinden und Unterstützung bedürfen.

Die Hauptintention ist herauszuarbeiten, wie die Prävention das frühzeitige Erkennen von Warnsignalen bei Kolleg*innen ermöglichen kann, sodass sowohl das Vorbeugen einer fortschreitenden Ausprägung der Symptomatik ermöglicht werden kann als auch um nachhaltig für bessere Arbeitsbedingungen sorgen zu können. Damit darüber hinaus ein vertrauensvoller und achtsamerer Umgang miteinander gefördert werden kann.

Grundlegend für die Identifizierung der individuellen Unterstützung, die benötigt wird, ist die nähere Bestimmung, welche Problematik vorliegt. Daher ist die Definition und Abgrenzung von folgenden Begrifflichkeiten essenziell: die Definition und Abgrenzung eines Traumas, welches eine posttraumatische Belastungsstörung auslösen kann zum Burnout-Syndrom. Eine weitere Prämisse für ein angepasstes Unterstützungsangebot ist das nähere Betrachten der auslösenden Faktoren für die Belastung des Einzelnen. Darauf aufbauend lassen sich vielfältigen präventive Interventionen ableiten.

Trauma

„Unter einem Trauma wird ein Ereignis verstanden, das von jedem Menschen als extrem belastend oder katastrophal erlebt werden würde. Der Betreffende erfährt eine oder mehrere Situationen, in denen er lebensbedrohlichen Ereignissen oder Handlungen ausgesetzt war, durch die er körperlich schwer verletzt wurde oder die seine psychische Integrität bedrohten. Ebenso wird darunter das Miterleben der genannten Situationen als Zeuge verstanden, wenn primär andere Personen davon betroffen sind“[1]

Akute Belastungsreaktion

Nach der Definition des ICD-10 handelt es sich um eine vorüber-

gehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.[2]

Burnout-Syndrom

Unter dem Burnout-Syndrom wird „…ein wochen- bis monatelanger Erschöpfungszustand verstanden. Es treten Symptome wie Anspannung, Erschöpfungsgefühl, Schlafstörungen oder Schmerzen, dauerhafte Reizbarkeit, Frustration, Zynismus und subjektiv verminderte Leistungsfähigkeit auf. Burnout wird explizit nicht als eigenständige Diagnose betrachtet, sondern als unspezifischer Risikozustand, der körperliche oder psychische Erkrankungen begünstigen kann…“[3]

2.4 psychiatrische Pflege

Von der American Nursing Association wird die Pflege im Allgemeinen wie folgt definiert: „Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme“ [4]

Allerdings zeichnet sich die psychiatrische Pflege insbesondere durch ihre Individualität und ganzheitlichen Blick aus. Es geht darum, die Ziele und damit verbundenen Interventionen der Pflege individuell auf die aktuell gegebene Situation des Menschen anzupassen und ihm Freiheiten zu geben, ohne ihn seiner Würde zu berauben.

Stigmatisierung

Problematisch ist, dass für viele psychiatrisch Pflegende das In-Anspruch-Nehmen professioneller Hilfe gleichgesetzt wird mit Versagen. Sie fühlen sich alleine gelassen und trauen sich häufig nicht, mit Kolleg*innen offen darüber zu reden aus Angst stigmatisiert zu werden und ihren Job zu verlieren.

Potenzielle Ursachen

Ein Burnout-Syndrom kann verursacht werden durch eine Überlastung aufgrund eines zu großen Arbeitspensums in Kombination mit einer zu geringen Wertschätzung. Individuell von der Persönlichkeitsstruktur der Pflegekraft abhängig wirken Faktoren wie ein erhöhter Leistungsanspruch verstärkend.

Die persönliche Vulnerabilität und Stresstoleranzgrenze in Kombination mit den eigenen erarbeiteten Copingstrategien ist entscheidend für den Umgang mit den stressigen Arbeitsbedingungen.

Der hohe Leistungsanspruch wird meist frühzeitig auf dem Weg zum Examen in der Ausbildung zur Pflegekraft vermittelt in Form des Ethikkodex für Pflegende. Jener Kodex zeichnet sich durch anspruchsvolle Ideale, Werte und Normen aus, die Pflegende zur Orientierung dienen sollen.

Die vier Kernaufgaben bilden:

- Gesundheit zu fördern
- Krankheit zu verhüten
- Gesundheit wiederherzustellen
- Leiden zu lindern

Der Leitfaden basiert auf vier Grundelementen:

Pflegende und ihre Mitmenschen

Die Pflegende zeigt in ihrem Verhalten professionelle Werte wie Respekt, Aufmerksamkeit und Eingehen auf Ansprüche und Bedürfnisse, sowie Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Itegrität.

Pflegende und die Berufsausübung

Es wird folgendes forciert: „Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen.“

Pflegende und die Profession

Die Pflegende trägt zu einem ethisch verantwortlichen Arbeitsumfeld bei und engagiert sich gegen unethisches Handeln und unethische Rahmenbedingungen.

Pflegende und ihre Kollegen

Die Pflegende ergreift geeignete Schritte, um Mitarbeitende bei der Förderung ethischen Verhaltens zu unterstützen und zu leiten.

Burnout-Syndrom

Zu den klassischen Symptomen zählen eine anhaltende Anspannung und Reizbarkeit. Betroffene wirken häufig frustriert und zynisch. Sie nehmen subjektiv eine reduzierte Leistungsfähigkeit wahr und neigen zu Schlafstörungen. Zusätzlich können sie psychosomatische Schmerzen entwickeln.

Therapeutisch lassen sich diese mittels Verhaltenstherapie in Form von einer kognitiven Verhaltenstherapie und Rational-Emotive-Therapie reduzieren. Einen zusätzlich positiven Effekt hat die Körperpsychotherapie z.B. in Form von Entspannungsverfahren wie progressiver Muskelentspannung. Das Stressmanagement-Training sowie Physio- und Kunsttherapie sind weitere unterstützende Therapiealternativen.[5]

Es ist eine symptomatische Pharmakotherapie möglich, jedoch

in der Regel nur kurzfristig sinnvoll, um sowohl die Erschöpfung, Schlafstörungen und Schmerzen zu reduzieren als auch den Stress vorübergehend zu regulieren.[6]

Posttraumatische Belastungsstörung

Im DSM-5 werden folgende Symptome der PTBS zugeordnet:

Das ständige Erinnern an die traumatisierende Situation und das Durchleben jener in Form von Intrusionen und Flashbacks. Die betroffene Person nimmt außerdem ein Derealisations- und Depersonalisationserleben wahr.

Auslösende Reize, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden, werden soweit es geht vermieden.

Die Betroffenen stehen dauerhaft unter Spannung. Sie sind aufgrund eines Schlafdefizits leicht reizbar. Die erhöhte Reagibilität äußert sich je nachdem in Wutausbrüchen, Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz und ausgeprägten Konzentrationsschwierigkeiten.

Trifft der Betroffene auf einen Trauma assozierten Reiz reagiert das vegetative Nervensystem mit einem erhöhten Arousals, welcher sich durch Herzklopfen, Schweißausbrüche und Zittern auszeichnet. Befinden sich im Repertoire des gegebenen Stressmanagement keine adäquaten Copingstrategien kann es dazu kommen, dass selbstschädigende Verhaltensweisen angewandt werden, z.B. Alkoholmissbrauch.

Wird nicht zeitnah interveniert hat dies negative Auswirkungen auf die Kognitionen und Stimmung. Die negativen Gedanken und Emotionen können zur Entfremdung und sozialen Rückzug führen.

Therapieren lässt sich eine PTBS mittels psychotherapeutischer Verfahren in Form von störungsorientierten kognitiv-behavioralen Therapieprogrammen und das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) kombiniert mit pharmakologischer Therapie mit spezifischen Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren[7]

Prävention

Bei dem Thema Prävention stellen sich die folgenden Fragen: Wer kann etwas tun? Wer muss etwas tun? Was kann jeder für seine Resilienz tun? Wann sind welche präventiven Maßnahmen zu ergreifen?

Um einer posttraumatischen Belastungsstörung und einem Burnout-Syndrom bei Pflegenden, die im akut psychiatrischen Bereich arbeiten, gezielt präventiv entgegenzuwirken, muss an den unterschiedlichen auslösenden Faktoren angesetzt werden.

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann sich vor allen Dingen nach einem oder mehreren stattgefundenen Übergriffen auf einen Pflegenden oder dem Erleben eines solchen bei den Betroffenen oder Zeugen manifestieren. Infolgedessen ist es sinnvoll an den Interventionen anzusetzen, die eine Reduktion von Konflikten und Gewalt auf der Station einhergeht.

Im Gegensatz dazu ist bei einem Burnout-Syndrom keine einzelne oder spezifische Situation ausfindig zu machen als Auslöser für die Symptome, sondern vielmehr eine andauernde stressbehaftete Überlastung. Deswegen ist es in dem Fall sinnvoll, sich auf präventive Interventionen zu fokussieren, die auf das Empowerment und die Stärkung der Resilienz des Einzelnen setzen.

Primäre Prävention

Die primäre Prävention setzt an den gegebenen Strukturen an. Deren Qualität lässt sich anhand von Dimensionen, aufgestellt von Donebedian, analysieren. Zu den drei Dimensionen zählen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität beschreibt die Ausstattung einer Station. Dazu gehört ebenfalls das Personal. Inwieweit sind die Mitarbeiter*innen qualifiziert und in ausreichender Quantität vorhanden? Diese Kennzahl beeinflusst die Arbeitsbedingungen genauso wie die räumlichen Gegebenheiten. Wie ist der räumliche Arbeitsplatz gestaltet? Gibt es einen ruhigen Pausenraum, um sich zurückzuziehen? Ist die Ausstattung intakt und kinästhetisch ausgerichtet? Darüber hinaus kann ein ausgeglichener Dienstplan, in dem Wünsche berücksichtigt wurden, motivieren sowie ein festes Arbeitswochenende für Planungssicherheit sorgen.

Ein entscheidender Faktor bleibt jedoch das Team. Ein engagiertes, kollegiales und wertschätzendes Team kann die einzelnen Mitglieder in akuten Krisensituationen auffangen und dauerhaft stabilisieren. Die Chance seine Meinung frei äußern zu können und ernst genommen zu werden, steigert die Zufriedenheit.

Jeder Pflegende bringt Kompetenzen mit und kann an deren Weiterentwicklung aktiv mitarbeiten. Die fachliche und methodische Kompetenz lässt sich mittels Teil-

Andrey Popov

nahme an Fort-/ Weiterbildungen und Interviewen von erfahrenen Kolleg*innen erweitern.

Die soziale und persönliche Kompetenz lässt sich jedoch nicht so schnell weiterentwickeln, da gewisse Verhaltensmuster sich ins Repertoire einschleichen und sich die Person erstmal über die Existenz bewusst werden muss. Dafür ist ein regelmäßiges, wertschätzendes Feedback über die Professionalität der Arbeit und Kollegialität nicht nur von den Vorgesetzten hilfreich, sondern ebenfalls von Kolleg*innen. Darüber hinaus besitzt jeder sein eigenes Niveau an Vulnerabilität und Resilienz. Daher ist eine psychoedukative Wissensvermittlung über den persönlichen Umgang mit Stress fundamental, um die Pflegenden dafür zu sensibilisieren für den eigenen Erhalt einer ausgeglichenen Work-Life-Balance.

Darüber hinaus existiert die Dimension der Prozessqualität. Welche festen Strukturen gibt es, um die Prozesse, die zu der Genesung der Patient*innen beitragen sollen, transparent und nachvollziehbar für das Team abzubilden? Werden die erarbeiteten Konzepte gelebt oder verweilen und verstauben sie in Ordnern im Regal?

Die Ergebnisqualität wird von dem Input bestimmt. Die psychiatrische Pflege kann nur professionell und qualitativ hochwertig sein, wenn die Bedingungen und somit die Ausstattung stimmt. Sie bleibt ein entscheidender Faktor für die Ressourcenerhaltung und Genesung der Patient*innen, die weiterhin das Ziel ist der im Krankenhaus stattfindenden Prozesse.

Doch wie lässt sich die Qualität steigern, um bessere Arbeitsbedingungen für Pflegende zu schaffen, so dass jene weniger Stress ausgesetzt sind?

Eine Möglichkeit ist die Umsetzung des Safewards-Modells, das einen Komplex an Interventionen darstellt. Die Interventionen zielen nicht nur auf die Optimierung der vorhandenen Prozesse sondern gibt ebenfalls Denkanstöße bezüglich der gegebenen Strukturen. Es wirkt sich positiv auf die Anzahl von Konflikten aus.

Es werden vielfältige Faktoren näher betrachtet und hinterfragt. Den Pflegenden wird aufgezeigt, auf wie vielen unterschiedlichen Ebenen sie Einfluss nehmen können - vor allem auf die Konfliktentstehung auf Station - und verleiht ihnen so ein Gefühl von Handhabbarkeit. Dieses Gefühl wirkt sich positiv auf die Resilienz aus.

Die räumliche Umgebung, in der sich Pflegende und Patient*innen bewegen, wird auf konfliktschü-

rende Gegebenheiten hin analysiert wie den Faktor geschlossene Stationstür und jene Orte, die ein Patient*innencrowding provozieren.

Hinsichtlich der Prozessqualität hinterfragt das Safewards-Modell die vorherrschenden Regularien. Müssen die Stationsregeln, die für alle gelten wirklich so streng formuliert werden oder macht eine Reduktion in Kombination mit individuell auf die Patient*innen zugeschnittene Regeln mehr Sinn, die der Bezugspflegekraft ebenfalls mehr Freiheit gewährt?

Darüber hinaus fördert das Modell den wertschätzenden Umgang untereinander und lässt Pflegende ihren Kommunikationsstil aktiv hinterfragen.

Mittels der Intervention „gegenseitiges Kennenlernen“ erhalten Pflegende die Chance nahbarer für die Patient*innen zu werden, indem sie ausgewählte persönliche Aspekte über sich z.B. mittels Vorstellungsmappe preisgeben.

Allerdings setzt die Umsetzung eine Offenheit und Bereitschaft für Veränderung im Team voraus. [8]

Sekundäre Prävention

Zur sekundären Prävention zählt, wenn eine Risikogruppe bereits identifiziert wurde und für diese spezialisierte Maßnahmen ergriffen werden. Entlastend wirken feste Kommunikationsstrukturen in Form von regelmäßig stattfindenden Supervisionen, kollegiale Beratungen sowie Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen im akutpsychiatrisch geschützten Bereich. Gerade aus einer geplanten Nachbesprechung kann durch das Analysieren ein Lernprozess stattfinden, der die Grundhaltung und das davon beeinflusste Verhalten langfristig positiv verändern.

Sinnvoll ist (nicht nur für Berufseinsteiger*innen) die Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen, die in der Klinik angeboten werden bzgl. der Themen Stressbewältigung, Achtsamkeit, PMR und viele mehr.

Insbesondere ist die Schulung der Pflegenden in der kollegialen Nachsorge wichtig, sodass jeder in der Lage ist auch im Nachtdienst bei niedriger Besetzung professionelle erste Hilfe zu leisten bei einem stattgefundenen traumatisierenden Übergriff und längerfristig bei Kolleg*innen auf Warnsignale achten zu können.

Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention tritt in Kraft, wenn Symptome bei einer Pflegekraft erkennbar sind. Hierbei ist entscheidend, ob diese richtig identifiziert werden können. An diesem Punkt ist ein Gespräch wichtig. Wenn der Betroffene offen für eine Spiegelung der wahrgenommenen Veränderungen ist, können ihm Unterstützungsangebote vermittelt werden. In der Regel ist die Teamleitung über entsprechende Angebote informiert. In einem empathischen Mitarbeitergespräch sollte diese sensibel nach auslösenden Faktoren fragen, um eingrenzen zu können, ob die bestehenden Belastungsreaktionen arbeitsbedingt sind. Abhängig von den Faktoren kann die Leitung beratend zur Seite stehen und Kontakte zu weiteren professionellen Stellen vermitteln, wenn beispielsweise nach einem körperlichen Übergriff psychotherapeutische Unterstützung oder eine rechtliche Beratung nötig ist. Fortführend sollte die Teamleitung auf weitere auftretende Symptome konsequent achten und in engmaschigeren Intervallen Mitarbeitergespräche führen.

Statistik

Die PTBS-Raten variieren und sind sehr abhängig vom Bereich. 10-41% des pflegerischen Personals der Intensivstationen sind betroffen. 55,6% des pflegerischen Personals der Notaufnahmen sowie 30% des pflegerischen Personals gelten als burnoutgefährdet oder ausgebrannt.[9] Wörtlich: „…gerade bei Pflegekräften, die in der Intensiv- und Notfallversorgung tätig sind, eine hohe Prävalenz > 50% der Empathieerschöpfung, die in Verbindung mit einer berufsbedingter Traumatisierung steht…“[10]

Kennzahlen

Es stellt sich die Frage: Wie wird die Belastung einer akutpsychiatrischen Station in quantitativen und qualitativen Kennzahlen sichtbar und somit für die Pflegedienstleitungen transparent, damit für jene eine Verbesserung der Situation objektiv messbar wird?

Eindeutige Kennzahlen sind die Kündigungen, die Mitarbeiterfluktuation in den offenen Bereich, eine Zunahme der Krankheitstage, ein Anstieg der Übergriffszahlen, der Betreuungsschlüssel, die Anzahl der Zwangsmaßnahmen und Fixierungen.

Doch welche Zahlen bleiben im Verborgenen? Es ist die Anzahl der Pflegenden, die sich therapeutische Unterstützung suchen und vor allem jene, die welche benötigen, aber nicht wahrnehmen.

Viele Werte sind messbar. Doch wirklich relevant ist die korrekte Interpretation und was daraus re-

sultiert. Die Reaktion auf ein gefaxtes Übergriffsprotokoll an die Pflegedienstleitung ist abhängig von der Person, die diese Stellung innehat. Wie ernst nimmt jene die Übergriffe? Kontaktiert sie die Betroffenen direkt, um ihr Mitgefühl auszudrücken oder bleibt es bei einer standardisierten Gesprächseinladungsmail?

Mediale Aufmerksamkeit

Aktuell ist im Rahmen der Corona-Pandemie die Pflege als systemrelevante Berufsgruppe in den Fokus der Medien gerückt. Die zuhause verweilenden Menschen stehen um 21 Uhr an den Fenstern und klatschen als Zeichen ihrer Wertschätzung. Der Spot „Pflegestufe Rot“ führt vielen Menschen vor Augen was diese Geste in vielen Pflegenden tatsächlich auslöst. Ebenfalls negativ wahrgenommen wurde der Versuch für den Beruf zu werben in dem Format „Ehrenpflegas“, in der satirischen Serie wird ein Bild des Pflegeberufs ohne Anspruch und Verantwortungsbewusstsein vermittelt.

Es stellt sich die Frage, ob sich zukünftig über das Bewusstsein tatsächlich die Bedingungen ändern oder nach dem großen Impfen die Dringlichkeit die Arbeitsbedingungen zu verbessern wieder in Vergessenheit gerät, da das eigene Leben nicht mehr bedroht scheint und vermeintlich keine Abhängigkeit vom Gesundheitssystem besteht.

Rolle der Fachpflegenden

Der psychiatrische Fachpflegende besitzt nicht nur das theoretische Fachwissen zu den Erkrankungsbildern und Präventionsmaßnahmen, sondern transferiert erfolgreich dieses Wissen in die Praxis. Er vermittelt jenes an Kolleg*innen und sensibilisiert diese für die Thematik. Darüber hinaus achtet er stets auf den aktuellen Zustand seiner Kolleg*innen, um Veränderungen im Verhalten frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf diese unterstützen und beraten zu können. Er motiviert zu der Teilnahme an präventiven Maßnahmen wie die der Supervisionen und kollegialen Beratung. Seine Grundhaltung gegenüber den Kolleg*innen ist wertschätzend, empathisch und gibt bei Bedarf faires Feedback. Er beteiligt und engagiert sich bei präventiven Projekten und steht diesen nicht nur offen gegenüber sondern hinterfragt gleichzeitig kritisch.

Fazit

Bei den aktuell vorherrschenden, suboptimalen Arbeitsbedingungen in der Pflege ist die Sensibilisierung für die Belastungen und potenziellen Folgen von zunehmender Bedeutung. Menschen, die sich für die Pflege beruflich entscheiden, sehen sich mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Eine der größten Herausforderungen ist es nicht nur dem Idealismus des ICN Codex sondern dem eignen zu entsprechen.

Die Differenzierung zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und dem Burnout-Syndrom ist entscheidend, um den Unterstützungsbedarf den Bedürfnissen der betroffenen Pflegenden adäquat anzupassen. Zeit in die Umsetzung von präventiven Maßnahmen zu investieren ist entscheidend, um langfristig für die Gesunderhaltung zu sorgen. Einige Maßnahmen werden bereits umgesetzt wie beispielsweise regelmäßige Supervisionen. Dennoch wird die Relevanz von der primären Prävention nicht bewusst wahrgenommen oder unterschätzt. Gute Arbeitsbedingungen, aufmerksame und empathische Kolleg*innen, die aufeinander aufpassen, können ausschlaggebend sein, ob sich ein Berufsanfänger gut aufgenommen fühlt und so an den Herausforderungen des Berufsalltags wächst und nicht zerbricht.

Das Vermitteln von Wissen über Warnsignale, den korrekten Umgang mit herausfordernden Situationen und einer wertschätzenden Grundhaltung bildet das Fundament, damit Pflegende überhaupt bewusst professionell auf die Gegebenheiten reagieren können und dem eigenen Ideal entsprechen können.

Dennoch beginnt die Prävention bei jedem Pflegenden selbst. Jeder trägt seinen eigenen Teil dazu bei indem er seine Resilienz stärkt mittels Anwenden von adäquaten Coping-Strategien. Bis zu einem gewissen Maß trägt er eine Eigenverantwortung für seine Gesundheit.

Brechen über ihn jedoch unvorhersehbare, traumatisierende Ereignisse ein und verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen akut, unaufhaltsam wie beispielsweise zu Zeiten der Corona-Pandemie, ist die Umsetzung der sekundären sowie tertiären Präventionsmaßnahmen von großer Bedeutung.

Ich möchte diesen Artikel mit einem Zitat von Figley aus dem Jahr 1995 beenden:

„There is a cost of caring“

Literatur

Bücher

Lieb, K.; Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.(2016) „Intensivkurs-Psychiatrie und Psychotherapie“ 8. Auflage München: Elsevier

Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. (2011) „Lehrbuch- Psychiatrische Pflege“ 3. Vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Sendera, A.; Sendera ,M. (2013) „Trauma und Burnout in helfenden Berufen: Erkennen, Vorbeugen, Behandeln - Methoden, Strategien und Skills“ Springer Verlag

Internetquellen

International Council of Nurses (2012) „ICN-Ethikkodex für Pflegende“, 1953 verabschiedet, überarbeitete Fassung, Genf: Zugriff am 13.11.2020 https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfu%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf

Korczak, D.; Wastian, M.; Schneider, M. „Therapie des Burnout-Syndroms“ Hrsg.: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information 2012 Köln: DIMDI

Zugriff am 17.11.2020 https://www.researchgate.net/profile/Monika_Wastian/publication/266868634_Therapie_des_Burnout-Syndroms/links/586e61d708ae329d6213a345.pdf

Safewards, Zugriff am 15.11.2020 auf http://www.safewards.net/de/table/deutsche/interventionen/

WHO, DIMDI 1994 - 2016 Stand, 17.07.2015 Zugriff am 16.11.2020 auf

https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2016/block-f40-f48.htm

Fußnoten

[1] (S.275 Z.:29-37) Lieb, K., Frauenknecht, S., Brunnhuber, S. Intensivkurs-Psychiatrie und Psychotherapie

[2] WHO, DIMDI 1994 – 2016, Stand: 17.07.2015

[3] Lieb, K.; Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S. „Intensivkurs-Psychiatrie und Psychotherapie“ (S. 264 Z.:86-93)

[4] Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. „Lehrbuch-Psychiatrische Pflege“ (S. 44 Z.55-57)

[5] Korczak, D.; Wastian, M.; Schneider, M. „Therapie des Burnout-Syndroms“ (S. 16-23)

[6] Korczak, D.; Wastian, M.; Schneider, M. „Therapie des Burnout-Syndroms“ (S. 17)

[7] Lieb, K.; Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S. „Intensivkurs-Psychiatrie und Psychotherapie“ (S.287)

[8] http://www.safewards.net/de/table/deutsche/interventionen/

[9]https://www.divi.de/forschung/sektionsgruppen/menschenzentrierte-medizin/perspektive-resilienz/perspektive-resilienz-3

[10] (Dominguez-Gomez u. Rutledge, 2009; Young, Derr, Cicchillo u. Bressler, 2011)

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

Die Universität von heute,
für das Wissen von morgen.

Die Zukunft der Pflege studieren!
www.umit-tirol.at/pflege

Pflege. Master. Neu.

Neue Masterstudien bringen neue Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten in der Pflege.

- **Advanced Nursing Practice**
- **Pflege- und Gesundheitspädagogik***
- **Pflege- und Gesundheitsmanagement***

15 Jahre universitäre Forschung und Lehre im Bereich der Pflege garantieren während des Studiums einen optimalen Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis und umgekehrt. Jetzt informieren: www.umit-tirol.at/pw

Im Rahmen der UMIT TIROL Academy bietet die Universität UMIT TIROL im Bereich der Pflege auch ein breites Weiterbildungsprogramm an.

- **Universitätskurs Wundexperte**
  Start 11. Juni 2021, Campus der Privatuniversität UMIT TIROL, Hall in Tirol
- **Universitätskurs Basales und Mittleres Pflegemanagement**
  Start 3. September 2021, Ausbildungszentrum Wiener Rotes Kreuz
- **Universitätskurs Sozial-Pflegerisches Case Management**
  Start 16. September 2021, Campus der Privatuniversität UMIT TIROL, Hall in Tirol

Alle Infos zum Weiterbildungsprogramm der UMIT TIROL Academy:
www.umit-tirol.at/academy

* gemäß § 65a GuKG-Novelle 2016 gleichgehalten mit der Sonderausbildung für Lehr- bzw. Führungsaufgaben

www.umit-tirol.at

UMIT TIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT

Alle Fotos (C) Gerhard Berger

Landes-Pflegeklinik Tirol (LPK)

Eine Pflegeeinrichtung als Bindeglied

1999 wurde die Landes-Pflegeklinik Tirol vom Land Tirol gegründet, um die Pflege von Personen zu gewährleisten, die in einer anderen Einrichtung oder in ihrem familiären Umfeld auf Grund der Schwere ihrer Erkrankung nicht mehr versorgt werden können. Sie ist das Bindeglied zwischen Akutkrankenhaus und Pflegeeinrichtung für die gesamte Tiroler Bevölkerung. Unabhängig von kultureller, sozialer und religiöser Zugehörigkeit stellt sie eine liebevolle, professionelle und bedarfsorientierte Pflege und dank der Anwesenheit von ärztlichem Personal auch die Behandlung ihrer KlientInnen sicher. Der Schwerpunkt liegt auf KlientInnen mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen, die mit starken Einschränkungen in der Bewältigung des täglichen Lebens verbunden sind.

In der Landes-Pflegeklinik steht der Mensch mit seinen jeweiligen, von der Erkrankung abhängigen, Bedürfnissen im Zentrum unserer Aufmerksamkeit. Im Vordergrund stehen Respekt gegenüber den KlientInnen und deren Würde. Zusätzlich zur körperlichen Pflege achtet das Team darauf, seinen KlientInnen vor allem menschliche Zuwendung zu geben.

Am Lebensende erfolgt die Sterbebegleitung nach palliativen Grundsätzen. In Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird auf individuelle Wünsche, Gewohnheiten und Bedürfnisse eingegangen, um einen würdevollen Abschied zu ermöglichen.

Arbeiten an der Landes-Pflegeklinik

Um eine bedarfsgerechte Pflege, Therapie und Behandlung zu garantieren, arbeiten an der LPK multiprofessionelle Teams zusammen. Die Berufsbilder umfassen Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege- rInnen mit der Sonderausbildung psychiatrische Gesundheits- & Krankenpflege, PflegefachassistentInnen, PflegeassistentInnen, Service-MitarbeiterInnen, ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, psychosoziale BetreuerInnen, ErgotherapeutInnen sowie MitarbeiterInnen der Administration. In ihrem jeweiligen Bereich agieren die MitarbeiterInnen eigenverantwortlich, wobei großer Wert auf

eine gute Zusammenarbeit innerhalb des Teams und berufsübergreifend gelegt wird.

Arbeiten mit MH Kinaesthetics

Alle MitarbeiterInnen der LPK arbeiten nach MH kinästhetischen Grundsätzen. Dadurch werden sowohl die eigenen körperlichen Ressourcen schonend und gezielt eingesetzt und die Gesundheit langfristig erhalten, als auch die Bewegungen mit und für die KlientInnen wesentlich schmerzfreier und behutsamer ausgeführt. Es finden laufend Fort- und Weiterbildungen statt, um sicherzustellen, dass die jeweils neuesten Erkenntnisse und Standards den KlientInnen, aber auch den MitarbeiterInnen zu Gute kommen. Am 5. Mai 2021 wurde in der Landes-Pflegeklinik Tirol mit der Überreichung des Zertifikates der Abschluss der Re-Zertifizierung gefeiert.

Landes-Pflegeklinik – die Elite der Pflege

Die Landes-Pflegeklinik Tirol ist in die Österreich die einzige Einrichtung dieser Art und ein Arbeitgeber für jede und jeden, die/der den Wunsch hat, nicht nur in einem Pflegeberuf tätig zu sein, sondern selbstständig zu handeln und mit KlientInnen mit einem unglaublich weitem Spektrum an Krankheitsbildern zu arbeiten. „Hier werden die Besten der Besten gebraucht, um eigenverantwortlich und selbstbewusst Entscheidungen treffen zu können“, so Pflegedirektor Armin Graber.

Die Landes-Pflegeklinik Tirol in Zahlen

- 6 Stationsleitungen und rund 135 PflegemitarbeiterInnen (allgemeine Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, psychiatrische Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, PflegefachassistentInnen, PflegeassistentInnen)
- 2 MitarbeiterInnen in der Pflegedirektion

- 3 FachärztInnen
- 35 Service-MitarbeiterInnen
- 15 TherapeutInnen (PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, psychosoziale BetreuerInnen, ErgotherapeutInnen)
- 6 MitarbeiterInnen in der kaufmännischen Direktion

Kontakt:

Landes-Pflegeklinik Tirol
Milser Strasse 10/5
A-6060 Hall in Tirol
Tel.: 050 504-88999
E-Mail: hall.lpk.office@tirol-kliniken.at

https://www.tirol-kliniken.at/go/LPK

Für Informationen zu Bewerbungen bitte E-Mail an Armin Graber (Pflegedirektor der LPK):

armin.graber@tirol-kliniken.at

BENEFITS

- Als Arbeitgeber achtet die LPK auf ein Rund-um-Paket für ihre MitarbeiterInnen
- Flexible Teilzeitmodelle
- Großzügige Unterstützung bei Aus-, Fort-und Weiterbildungen (z. B. Sonderausbildung psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Aufschulung von Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz)
- Prozentuelle Dienstfreistellungen bei Bedarf
- Eigene Mensa mit regionalen Produkten
- Kostengünstige Parkplätze
- Kinderbetreuungseinrichtungen
- Gesundheits-, Sport- und Freizeitprogramme

Autor

Armin Graber

Armin Graber ist Pflegedirektor der Landes-Pflegeklinik Tirol. Er selbst wurde im zweiten Bildungsweg Krankenpfleger und hat diesen Beruf von der Pike auf gelernt, bevor er 2016 Pflegedirektor wurde. Er ist sich der Herausforderungen des Pflegeberufes gerade an der LPK sehr bewusst und schaut trotz all den Aufgaben, die seine Position mit sich bringt, darauf, den Kontakt zu seinen KlientInnen nicht aus den Augen zu verlieren. So weiß er auch, was seine MitarbeiterInnen tagtäglich in ihrem Beruf leisten und ist stolz darauf.

Akademische Lehrgänge an der FH JOANNEUM

Sie wollen ein Experte oder eine Expertin in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege oder in der Kinder- und Jugendlichenpflege werden? Dann sind Sie an der FH JOANNEUM genau richtig. Seit zwei Jahren wird die praxisbezogene Sonderausbildung mit der Bezeichnung „akademische Expertin/ akademischer Experte in psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege“ * sowie erstmalig neu der praxisbezogene Lehrgang „akademische Expertin/ akademischer Experte in Kinder- und Jugendlichenpflege“* am Standort Graz angeboten. Ziel dieser Lehrgänge ist es, die Sonderausbildungen auf Hochschulniveau anzubieten und neben dem Erlernen von kommunikativen Kompetenzen auch fachspezifische pflegerische Interventionen, aufgrund der vielen verschiedenen Krankheitsbilder, zu erlernen. Durch die geblockten, wöchentlichen Einheiten des Präsenzunterrichtes und der Lehreinheiten ist es möglich, Beruf und Weiterbildung zu kombinieren. Die Aufgabengebiete beider akademischer Lehrgänge umfassen folgende Schwerpunkte:

Akademische Expertin/Akademischer Experte in psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege*	Akademische Expertin/Akademischer Experte in Kinder- und Jugendlichenpflege*
Pflege bei PatientInnen mit akuten und/oder chronischen psychiatrischen Störungen	Pflege und Betreuung bei körperlichen und psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.
Pflege bei Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Entwicklungsstörungen	Pflege und Ernährung von Neugeborenen und Säuglingen.
Pflege bei älteren PatientInnen mit organischen und psychischen Störungen	Pflege und Betreuung behinderter, schwerkranker und sterbender Kinder und Jugendlicher
Betreuung von PatientInnen mit Suchterkrankungen.	Pflegerische Mitwirkung an der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im Kindes- und Jugendalter.
Betreuung von PatientInnen mit verminderter Intelligenz und einer daraufhin gezielten Förderung	Pflegerische Mitwirkung an der primären Gesundheitsversorgung und an der Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen.

*vorbehaltlich des Bescheides durch das Land Steiermark

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns, Sie auf unserer Homepage der FH Joanneum unter Joanneum Academy in der Kategorie Gesundheitsstudien oder per E-Mail unter psy@fh-joanneum.at oder kuj@fh-joanneum.at begrüßen zu dürfen.

FH | JOANNEUM
University of Applied Sciences

Akademische Lehrgänge zur Weiterbildung
Akademische Expertin /
Akademischer Experte in
psychiatrischer Gesundheits-
und Krankenpflege

Es ist was es ist – das Individuum als soziales Wesen im Spannungsfeld zwischen Beziehung, Gemeinschaft, Wirtschaft und Gesellschaft

Der verständige Mensch „Homo sapiens sapiens“ ist das Produkt von jahrtausendlanger Evolution und Entwicklung. Er lebt und agiert heute in einer hochkomplexen Lebens- und Arbeitswelt. Die Eigenschaften und Besonderheiten der menschlichen Entwicklung und des menschlichen Zusammenlebens beschäftigen Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Anthropolog*innen und Soziolog*innen seit Jahrhunderten. Im Zuge der menschlichen Entstehungsgeschichte und der soziokulturellen Evolution entwickelte der Mensch sozialisations- und kulturabhängige Eigenschaften. Der aufrechte Gang, die kindliche Entwicklung, das Erlernen der Sprache und das Eingehen besonders komplexer sozialer Bindungen. Das Individuum entsteht durch den Menschen, mit dem Menschen und entwickelt sich mit Hilfe des Menschen zum sozialen Lebewesen. Neugeborene könnten ohne Versorgung nicht überleben und erleben die Welt in einem unreifen und hilflosen Zustand. Die ersten Lebensmonate sind bedeutsam für die Entwicklung der Persönlichkeit. Säuglinge sind daher besonders auf die Fürsorge der versorgenden Personen, insbesondere der Mutter, angewiesen. Sie können sich als Traglinge nicht selbstständig fortbewegen und verfügen über Neugeborenenreflexe, die überlebenswichtige Funktion haben (Biber, 2014, S. 14).

Das Selbsterleben und die psychosoziale Entwicklung

Die Säuglingsforschung gibt Einblicke in die psychische Entwicklung des Menschen. In den ersten Lebenswochen sind orale Reflexe gut erkennbar und werden zunehmend durch höhere Stimuli und bewusste Motorik ersetzt. Dies ist von der Reife, der Möglichkeiten und der Umgebung eines Kindes abhängig. Das Kind löst durch das Verhalten eine Reaktion in der Umgebung aus. Eltern lernen zu erkennen, wann das Kind Hunger hat und reagieren darauf. Die Nahrungsaufnahme ist dabei Teil der Kommunikation (Engel-Hoek van den, 2008, S. 54). Bereits in den ersten Monaten sind Emotionen wie Angst, Zorn, Freude, Ekel erkennbar. Dies zeigt sich an unterschiedlichen Stellen z.B. Augen, Mund sowie Augenbrauchen und ist kulturell unabhängig (Stern, 2009, S. 28). Die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst die sich entwickelnde Persönlichkeit. Unklar bleibt jedoch, welche Ereignisse die aufkommenden sozialen Verhaltensweisen von Säuglingen kurz- oder langfristig beeinflussen (Stern, 1971, S. 501). Dornes greift Sterns Theorie der primären Intersubjektivität, die das Empfinden des Säuglings nicht direkt beobachten kann, sondern aus seinen Antworten auf Interaktionsangebote und Versuchsanordnungen schließt, auf und geht von einem kognitiv fähigen, aktiven, umweltbezogenen, kommunikativen und kompetenten Säugling aus (Dornes, 1993). Dabei wird Kompetenz nicht analog zu bestehenden Arten der Nestflüchter verstanden, die sich bereits nach der Geburt fortbewegen und Nahrung aufnehmen können, sondern als Fähigkeit eine funktionierende Beziehung zu primären Bezugspersonen aufzubauen (Dornes, 2018). Die ersten sechs Monate erlebt der Säugling als symbiotische Einheit mit der Mutter. Die Außenwelt wird nicht als jene wahrgenommen, sondern Reize von dieser,

(C) Victor Tongdee

wie die Innenwelt verstanden z.B. Hunger, Ausscheidungen oder Niesen. Mit Beginn der Separation beginnt der Säugling die Individuation von der Mutter und die ersten Kennzeichen eines selbstständigen psychischen Ichs entstehen. Melanie Klein bezeichnet die ersten drei bis vier Lebensmonate als paranoid-schizoide Position, in welcher der Säugling innere und äußere Quellen der Angst erlebt. Die Geburt wird als äußere Angstquelle erlebt und die Nähe zur Mutter stellt die erste Objektbeziehung dar (Klein, 1962, S. 187). Der Säugling kann dabei noch keine Ganzheiten bzw. Vollobjekte wahrnehmen und entwickelt durch oral-libidinöse sowie oral-destruktive Triebe eine Beziehung zur Mutterbrust. Die Wechselwirkung der liebevollen sowie aggressiven Triebe stellen eine Fusion von Lebens- und Todestrieb dar (Klein, 1962, S. 189). Wird der Wunsch nach der Muttermilch nicht rechtzeitig gestillt, weckt dies aggressive Triebe und verstärkt die orale Gier. Diese Spannungszustände werden als Verfolgungsangst erfahren. Der Säugling erlebt nun die „gute“ und die „böse“ Brust, die zur Befriedigung oder Versagung führt. Das Kind lernt dadurch gute oder schlechte Teilobjekte der Beziehungsrepräsentanz kennen sowie deren Idealisierung oder Entwertung. Durch das Überwiegen der Liebesimpulse gegenüber Aggression und Zerstörungswünschen sowie der sich entwickelnden Realitätsprüfung werden die gespaltenen inneren und äußeren Objekte schrittweise integriert (Dix, 2017, S. 416). Bleibt das Kernselbstempfinden eines Säuglings, also der Eindruck eines integrierten Empfindens seiner selbst als körperlichem Wesen, das vom Anderen getrennt ist, über Kohärenz verfügt, seine eigenen Handlungen und Affekte kontrolliert, ein Kontinuitätsempfinden besitzt und andere Personen als von ihm selbst als getrennte, eigenständige Interaktionspartner bemerkt bestehen, dann ist der Entwicklungsschritt „self versus other“ erreicht (Stern, 2007, S. 157). Mit sieben bis neun Monaten entwickelt der Säugling ein „subjektives Selbst“ und damit ein rudimentäres Verständnis von sich und anderen als Wesen mit geistigen Zuständen. Dies erfolgt mittels intentionaler Abstimmung von Aufmerksamkeit, nonverbaler „Fragen“ nach einer Einschätzung von möglichen Gefahren und durch die Mitteilung von einfachen Wünschen. Der Säugling nimmt sich und andere als getrennte Wesen mit eigenen Gefühlen und Gedanken wahr (Stern, 2007, S. 198). Säuglinge lernen durch Invarianten der Beziehungsepisoden das veränderte Selbsterleben in Gemeinsamkeit mit der anderen Person. Diese Erfahrungen werden im Zusammenhang miteinander im episodischen Gedächtnis als „Repräsentationen generalisierter Interaktionen“ (RIG) gespeichert und beeinflussen die Selbstregulation und die Interaktion. Selbst wenn das Kind allein ist, kann es auf evozierte Individuen als sein Selbst regulierender Anderer mittels aktivierter Erinnerung auf repräsentative Stellvertreter zurückgreifen. Der Säugling verfügt bei einer gesunden Mutter-Kind Interaktion über ausreichend RIG und sozialen Charakter, welcher sich positiv auf die Bindung auswirkt. Das Kind besitzt nach Klein und Stern gute innere Begleiter, die einen Einfluss auf das Erleben haben und verhält sich auf die anderen „in sich“ (Dix, 2017, S. 423 f.).

Die Entwicklung von Geschlechtsidentität und Diagnose

Die biologische Geschlechtszugehörigkeit der meisten Kinder ist bereits vor der Geburt ersichtlich. Die ersten Lebensjahre sind für die psychische und soziale Entwicklung der Identität bedeutsam. Kleinkinder können schon im ersten Lebensjahr Bewegungs- und Sprechmuster erkennen und zwischen Männern und Frauen differenzieren. Im Alter von zwei Jahren können Kinder Objekte anhand von Farben oder Formen in Geschlechterstereotypen kategorisieren. Mit Ende des dritten Lebensjahres können Kinder die eigene Person und andere Individuen in Geschlechter einteilen (Trautner, 2002). Durch die soziale Interaktion mit der Umwelt entwickelt das Kind eine Einschätzung des eigenen Geschlechts. Entwicklungspsychologisch erkennen Kinder im Alter von sechs bis acht Jahren die eigene Geschlechtlichkeit, die Stabilität sowie die impliziten gesellschaftlichen Normen an. Sie können Aktivitäten, Objekte, Farben, Kleidung, Eigenschaften und Spielbeschäftigungen dem jeweiligen Geschlecht zuordnen (Hannover, 2010, S. 29). Während Kinder der Vorschule Geschlechterrollen als Naturgesetze annehmen und vorwiegend in geschlechtshomogenen Kombinationen interagieren differenzieren sich kindliche Geschlechterkonzepte der Grundschule weiterhin. Die Geschlechtsidentität folgt in der Pubertät durch schulische, berufliche und private Interessen den geschlechtstypischen Rollenverteilungen (Trautner, 2002). Die Geschlechtsidentität entwickelt sich durch die Auseinandersetzung mit altersentsprechend modifizierten sowie neuen Verhaltensweisen entlang geschlechtlicher Normen stetig weiter. In der Adoleszenz werden, durch Berufsrolle bzw. Berufsbild, Partnerschaft und einer möglichen Elternschaft, Adaptierungen der

(C) freshidea

Geschlechtsidentität möglich. Die individuelle geschlechtliche Identität kann als bio-psycho-sozialer Prozess betrachtet werden, der zwischenmenschlich erlebt sowie kommuniziert wird und genetisch-biologische, kulturelle, inter- und intrapsychische Elemente enthält (Schigl, 2018, S. 34). Die Kategorisierung als „männlich“, „weiblich“ oder „divers“ wird nach anatomischen Gegebenheiten und gesellschaftlichen Übereinkünften bei der Geburt festgelegt. Die Geschlechtsidentität ist Teil der persönlichen Identität und teilt sich in fünf Dimensionen. Dies umfasst das Selbst, als weiblich oder männlich zu identifizieren und von anderen Personen so erkannt zu werden. Zudem werden bei den meisten Menschen, nicht jedoch bei Transgender-Personen, eine geschlechtsspezifische Typologie und die persönliche Zufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht in Verbindung gebracht. Zuletzt gilt es dem erlebten sozialen Druck, der Geschlechterrolle zu entsprechen (Egan & Perry, 2001). Geschlechterrollen bezeichnen die bewussten und unbewussten Erwartungen an das eigene und das Verhalten anderer, in Bezug auf das jeweilige Geschlecht. Die Geschlechtsidentität evolviert im Laufe der Entwicklung, ist flexibel und veränderlich sowie schicht- und kulturspezifsch geprägt. So identifizieren sich Individuen zudem als androgyn oder nonbinary. Die Orientierung an Geschlechtspartnern wird als „choice of love object“ bezeichnet. Die Diskussion um die Entwicklung einer stabilen geschlechtlichen Identität und die Übernahme traditioneller Geschlechterrollen wandelte sich zunehmend in den letzten 30 Jahren. Das klassische Entwicklungsziel wird abgelöst durch das Verinnerlichen maskuliner und femininer Eigenschaften in einer Person (Trautner, 2002). Um 1900 wurde das „homosexuelle Selbst“ noch als zu behandelnde Krankheit erachtet. Psychiatrie und Psychologie sahen die Übergänge zwischen den Geschlechtern als subjektives Erleben dieser „Kranken“ und ihre therapeutische Aufgabe darin, diese zum Wohl der Gesellschaft therapeutisch zu beeinflussen (Walter, 2005). Auch bekannte psychoanalytische Literaten der sechziger, siebziger und achtziger

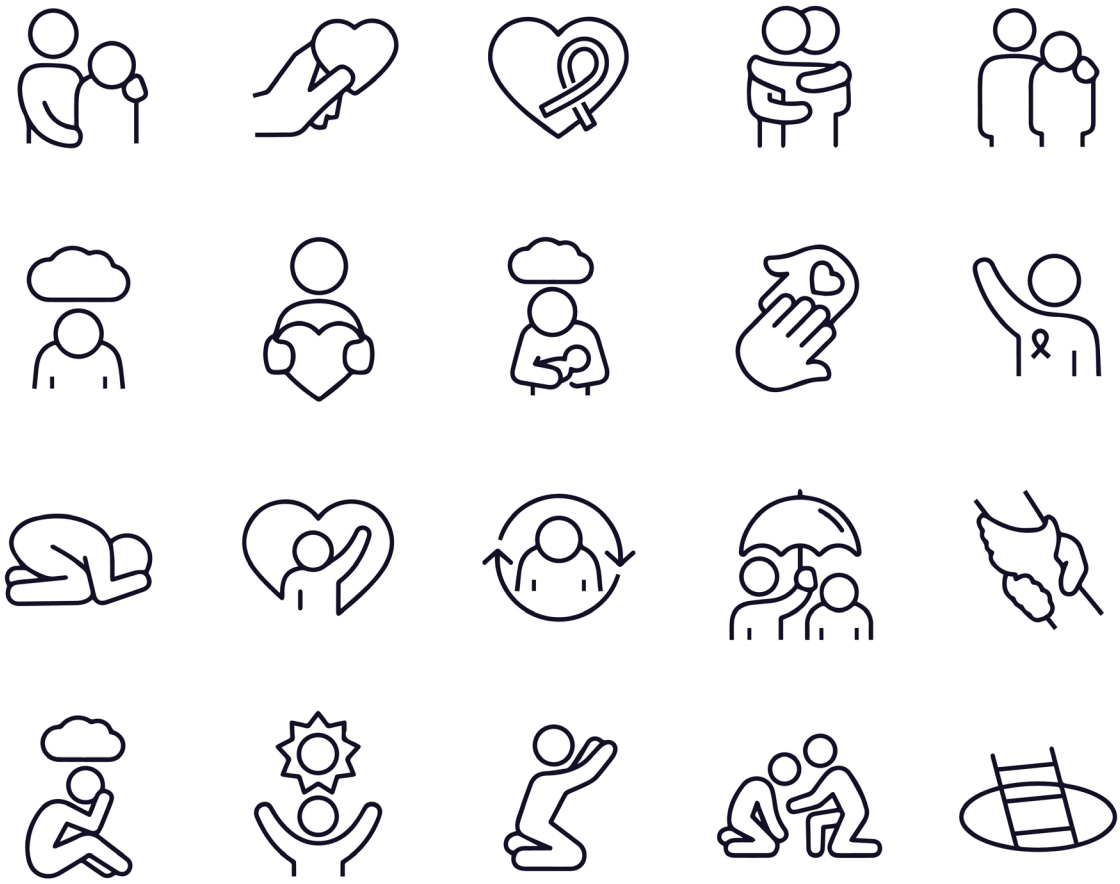
Jahre wie etwa Ovesy, Socarides und Kernberg beschreiben die homosexuelle Orientierung noch als Pathologie, psychotische Erkrankung, Verhaltensanomalie oder als spezielles Beziehungsmuster aufgrund der Herkunftsfamilien. Die Begriffe lesbische, schwule, bisexuelle oder heterosexuelle Orientierung beschreiben die Gesamtheit der inneren Bilder, des Selbstverständnisses und der in der sozialen Realität sichtbar werdenden Beziehungsmuster von Menschen (Rauchfleisch, 2011, S. 17). Die Kerngeschlechtsidentität, das primordiale, bewusste und unbewusste Erleben entwickelt sich ab der Geburt eines Kindes aufgrund eines komplexen Zusammenwirkens von biologischen und psychischen Einflüssen. Schwule und bisexuelle Männer sind in ihrer Kerngeschlechtsidentität ebenso männlich geprägt, wie heterosexuelle Männer und lesbische oder bisexuelle Frauen sind ebenso weiblich geprägt, wie heterosexuelle Frauen. Weder können der ödipale Konflikt, die Identifizierung des Kindes mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil, noch die „männliche“ oder „weibliche Identifizierung“ mit Stereotypen als Grundlage für die Entwicklung herangezogen werden. Schwule, lesbische oder bisexuelle Personen haben lediglich eine andere sexuelle Beziehung als ihre heterosexuellen Eltern (Rauchfleisch, 2011, S. 23). Das Gleichgewicht zwischen hetero- und homosexuellen Anteilen eines Menschen kann sich zeitlich, abhängig von den jeweiligen Lebenssituationen und sozialen Beziehungen, in die eine oder andere Richtung verschieben (Fiedler, 2004, S. 71). 1987 reagierte die Amerikanisch Psychiatrische Gesellschaft auf die Forschungs- und Methodenkritik der frühen Psychoanalyse und entfernte die Diagnose aus dem Diagnosesystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ DSM-III-R. 1991 eliminierte die Weltgesundheitsorganisation „Homosexualität als Diagnose einer psychischen Störung“ in der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, ICD-10. Nach einer elfjährigen internationalen Entwicklung hat die WHO im Juni 2018 die ICD-11 vorgestellt, im Mai 2019 auf der 72. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA72) verabschiedet und soll am 1. Januar 2022 in Kraft treten. In der neuen Fassung wurde Transsexualität ebenso von der Liste der psychischen Erkrankungen gestrichen (Drescher, 2015). Dietrich Munz, Präsident der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer, sprach aus Sicht der deutschen Psychotherapeutenschaft von einer bedrückenden Kategorisierung, die „homosexuelle und transgeschlechtliche Menschen diskriminiert, stigmatisiert und Gewalt aussetzt“ (BPTK, 2019).

Fallvignette

Frau L. ist Mitte zwanzig, als DGKS tätig und lebt mit ihrer Lebensgefährtin im städtischen Umfeld. Geboren und aufgewachsen ist sie in ländlicher Umgebung. Ihre Eltern haben einen kleinen Tischlereibetrieb und eine Viehzucht. In der Kindheit hatten die Eltern wenig Zeit für Frau L., der Betrieb hatte Vorrang. Der Kontakt zum jüngeren Bruder gestaltete sich auch in jungen Jahren schwierig, da er als „Stammeshalter“ aufwuchs, den Betrieb übernehmen und für den Fortbestand der elterlichen Geschäfte sorgen wird. Frau L. verbrachte die Schulzeit gerne im Internat und verliebte sich in dieser Zeit in eine Frau. Die anfängliche Exploration der Gefühle erschien verwirrend und übermächtig. Frau L. konnte sich jedoch bei Beratungsstellen informieren und der Pädagogin vor Ort anvertrauen. Der jüngere Bruder fand Briefe sowie Nachrichten und outete Frau L. nach einem Streit in seinem Stammlokal in seinem Freundeskreis. Die Information gelang zu den Eltern und war schwer zu verkraften. Die Scham vor dem „Gerede der Leute“ zu groß. Frau L. übersiedelte in eine Großstadt, absolvierte das Bachelorstudium und bekam eine Anstellung in einer Krankenanstalt. Ihre Vorgesetzte ist schon länger Führungskraft und wird als unterstützend und fair beschrieben. Frau L. wohnt mit ihrer Lebensgefährtin Frau K. und einem Mischlingshund in einer gemeinsamen Wohnung. Frau K. hat sehr verständnisvolle Eltern, die Frau L. warmherzig in den Familienkreis aufgenommen haben. Gemeinsam werden Ausflüge und Urlaube unternommen sowie Feste gefeiert. Frau L. erfährt kaum Unterstützung seitens ihrer Herkunftsfamilie, die traditionelle Werte, kulturelle und gesellschaftliche Normen vertritt. Sie fühlt sich verstoßen, ungeliebt und entfremdet von der eigenen Familie. Frau L. zeigt vermehrten Arbeitseinsatz, übernimmt zusätzliche Tag- und Nachtdienste und bietet ihrer Vorgesetzten zunehmend Unterstützung an. Nach geraumer Zeit zeigen sich erste Erschöpfungsmerkmale, gedrückte Stimmung, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Die Antriebslosigkeit wirkt sich auf das Privatleben aus und so werden die gemeinsamen Unternehmungen, Ausflüge und Spaziergänge zunehmend als Belastung empfunden. leben aus und so werden die gemeinsamen Unternehmungen, Ausflüge und Spaziergänge zunehmend als Belastung empfunden.

Erstes Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen

Die Klientin wirkt traurig und blass. Sie hat Augenringe, scheint sehr müde, ängstlich und zerbrechlich zu sein, dennoch hat sie klare Sätze und nach einem vereinbarten Folgetermin lächelt sie vorsichtig. Im Übertragungsgeschehen spüre ich erste Affekte wie Traurigkeit, Angst, Schwere, die Bitte um Hilfe, Unterstützung, Verständnis und Zuwendung. In der Gegenübertragung Mitleid und den Wunsch nach mütterlicher Anerkennung. In einer Gegenübertragungstrance und Reflexion nach der Einheit zeigt sich ein kleines frierendes Mädchen im Regen an die Hauswand gedrängt und es entsteht das Bedürfnis, dieses Kind in den Arm zu nehmen und zu versorgen entlang der Vorstellung „der Andere kann geben, was man selbst entbehrt“ (Miller, 2013, S. 47). Die Klientin sucht die Spiegelung und den „Glanz in den Augen der Mutter“, also die begleitende, stolze und freundliche Aufmerksamkeit der Mutter oder des Vaters für das Kind, welche dem Kind in den ersten Monaten widerfährt, ohne Forderungen zu stellen. Diese Empathie oder der Glanz im Auge der Mutter, wirkt als unentbehrliche Spiegelung haltend und wärmend für die seelische Entwicklung des Kindes. Dies bildet auch das kohärente Selbst bzw. Körperselbst, wenn die Mutter den innigen Kontakt des Kindes mit ihrem eigenen Körper nicht ertragen kann. Im Erwachsenenalter kann dies zu einer Überkompensation im sportlichen oder beruflichen Bereich führen. Die Entwicklung eines lebendigen Tiefenselbst, welches zum Organisationszentrum der Ich-Aktivitäten geworden ist, steht therapeutisch im Vordergrund. Der Patient fühlt sich wohlwollend angeblickt (Kohut, 1976, S. 141f.). Dies zeigt sich auch in Winnicotts Konzept der ausreichend guten Mutter, „good enough mother“, die auf die Bedürfnisse des Babys eingeht. Gestärkt durch Wärme und Sicherheit kann sich das Kind im Laufe der Entwicklung lösen und die Abwesenheit mittels Übergangsobjekte ausgleichen (Winnicott, 1953). Bion bezeichnete das „containing“ als Unterstützung der Mutter, die Ängste und Schmerzen des Kindes zu lindern, indem sie diese aufnimmt, verdaut bzw. umbildet und zurückspiegelt. Dies kann zu einer Ich-Stärkung führen und im psychotherapeutischen Setting durch nachreifende Introjektion erfahren werden (Bion, 1994, S. 96). Die Therapeutin forciert die Therapie der korrigierenden emotionalen Erfahrung, „corrective emotional experience“



(C) A.vector

(Alexander, 1980, S. 22), welche entwicklungsbedingte Defizite im Sinne einer Nachreifung durch Hypnose ermöglicht. Dies kann durch den bewussten Einsatz von Trancen und die aktive Fokussierung auf die Gegenübertragung mittels Wahrnehmung innerer Vorgänge wie etwa Bilder, körperlicher Empfindungen, Gefühle etc. durch den Therapeuten geschehen. Der Therapeut kann nun nach sorgfältiger Abwägung diese Wahrnehmungen dem Patienten in einer angemessenen Weise hinsichtlich der Patientenbedürfnisse mitteilen (Oswald, 2016, S. 10). Grundlage dafür ist eine vertrauensvolle und wertschätzende Arbeitsweise. Kanitschar nennt in diesem Zusammenhang das Vertrauen in die Fähigkeiten des Menschen, die Förderung persönlicher Autonomie und die ethisch korrekten Utilisierung von Trance als zentraler Werte für Hypnosepsychotherapie (Kanitschar, 2009, S. 4). Der Hypnosetherapeut hat in der Arbeit mit Hypnose die Möglichkeit, sich in eine „parallele Trance“ (Zindel, 2001, S. 327) zu versetzen und sich im Bewusstseinszustand einzustimmen. Als Wirkfaktor kann hier die bestimmte Art von Beziehung mit dem Vertrauen des Patienten auf die Kompetenz des Therapeuten durch Akzeptanz, Einfühlung, Anteilnahme und Verständnis genannt werden (Harrer, 2008, S. 5). Die verlässliche Wiederholung von gelingenden Mikrointeraktionen kann in der therapeutischen Beziehung und im therapeutischen Prozess als korrigierende emotionale Erfahrung wirken. Besonders Heilsam ist für Klienten auch der Umgang mit Misserfolgen. So führt eine misslungene Interaktionen nicht zum Abbruch einer Beziehung, wie es oftmals in der Realität der Klienten erlebt wird. Die „Passung“ bzw. „attunement“ kann als Teil der Therapie erlebt und die therapeutische Beziehung wieder hergestellt werden (Harrer, 2008, S. 10). Im therapeutischen Verlauf wurden neben der tiefenpsychologischen Diagnostik und dem Strukturniveau auch die charakteristische Pathologie der Selbstwertpathologie und die Störung in der Autonomieentwicklung durch unzureichende Spiegelerfahrung berücksichtigt. Die Ambivalenz zwischen Versorgung und Entbehrung, dem Ringen um Selbstwertregulation und dem Kampf zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit war im therapeutischen Geschehen deutlich spürbar. Autonomie versus Abhängigkeit wurde als zentrales Entwicklungsthema gesehen, mit dem Wünsch nach Selbstachtung, Selbstwert, und Selbstständigkeit. Im Zuge der ich-stärkenden Hypnosetherapie als Langzeittherapie (Brown & Fromm, 1986, S. 130) wurden, entlang der hypnosetherapeutischen Intervention nach Kanitschar, die Modi der „Ichstärkung mit Ressourcenaufbau und Übung“, die „Konfliktbearbeitung und korrigierende emotionale Erfahrung“ und die „Zukunfts- und Lösungsorientierung“ berücksichtigt. Die Modi ermöglichen im Laufe des therapeutischen Prozesses eine Feinabstimmung von hypnosetherapeutischen Strategien und Techniken, sind als Interventionsmodi nicht streng voneinander getrennt und gehen im Therapieverlauf ineinander über (Kanitschar, 2009, S. 8). Zudem wurde der Fokus auf die Selbstfürsorge und Achtsamkeit gelegt. Frau L. verfolgte das Prinzip Liebe und Anerkennung durch Leistung und Einsatz. Die narzisstische Kränkung durch die Ablehnung der Herkunftsfamilie, die Bevorzugung des Stammeshalters, die Vertreibung aus der Region durch die religiös und kulturell gelebten Werte sowie gesellschaftliche Normen, führte zu einer Entfremdung. Das verstoßene und ungeliebte innere Kind sucht nach Liebe, Wärme und Anerkennung in Beziehungen und Beruf. Eine korrigierende Erfahrung kann zu einem Perspektivenwechsel und einer Adaptierung der Handlungsmuster führen. Die Welt, die wir erleben, hängt davon ab, worauf wir die Aufmerksamkeit lenken und aus welcher inneren Haltung wir diese wahrnehmen. Aus diesem Grund wurde im Therapieverlauf das Prinzip der Achtsamkeit berücksichtigt. Achtsamkeit bedeutet den Moment wahrzunehmen und den Fokus auf die gegenwärtige Erfahrung zu richten. Dies führt zu einer „bewussteren, detailreicheren und intensiveren Wahrnehmung der Innen- und Außenwelt“. In dieser kann das „beobachtende Selbst“ trainiert und ein „Innerer Beobachter“ aktiviert und gestärkt werden (Harrer, 2010, S. 20).

Frau L. konnte die Therapieangebote gut annehmen, die Hypnosen und zur Verfügung gestellten Trancen nützen und äußerte im Laufe der Therapie den Satz „Ich bin nicht die Summe der Meinungen der Anderen über mich und die Welt. Ich bin mehr, viel mehr als das. All das ist doch nur Schall und Rauch und verpufft“. Diese Fallvignette ist sehr verkürzt und nicht vollständig dargestellt. Es dient als mögliches Beispiel aus der Praxis und nicht stellvertretend für alle LGBT*-Personen.

Diversität und Inklusion in Wirtschaft und Gesellschaft

Diversität oder „Diversity Management“ ist zu einer bekannten Thematik in der sozialwissenschaftlichen Forschung sowie in der Wirtschaft und der Gesellschaft geworden. Auch die organisationale Praxis knüpft an den wissenschaftlichen Diskurs an und verfolgt Konzepte zu Heterogenität und Vielfalt (Buche et al., 2013,

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

S. 484). Artikel 1 der Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen zur Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte definiert die Freiheit und Gleichheit aller Menschen an Würde und Rechten. Dabei hat jeder Mensch Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand (Vereinte Nationen, 1948, S. 1). Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union umfasst die Gesamtheit der bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen und sozialen Rechte der europäischen sowie aller im Hoheitsgebiet der Union lebenden Individuen. Die Rechte unterteilen sich in die Würde des Menschen, die Freiheiten, die Gleichheit, die Solidarität, die Bürgerrechte und die Justiziellen Rechte und beruhen auf den in der Europäischen Menschenrechtskonvention anerkannten Rechten sowie Grundfreiheiten, den Verfassungstraditionen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, der Europäischen Sozialcharta des Europarates und der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer sowie anderen internationalen Übereinkommen, denen die Europäische Union oder ihre Mitgliedsstaaten angehören (GRC, 2010). Die Rechtsvorschrift für das Gleichbehandlungsgesetz regelt in Österreich die Gleichbehandlung in der Arbeitswelt von Frauen und Männern sowie Personen ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion oder Weltanschauung, des Alters oder der sexuellen Orientierung. Teil drei regelt die Gleichbehandlung ohne Unterschied des Geschlechts oder der ethnischen Zugehörigkeit in sonstigen Bereichen (GlBG, 2004). Eine Diskriminierung auf Grund des Geschlechtes, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion oder Weltanschauung, des Alters oder der sexuellen Orientierung ist insbesondere untersagt. Die rechtlichen Bedingungen und die gesellschaftliche Akzeptanz von LGBT*-Personen veränderten sich im Laufe der Geschichte und beeinflussen die Lebenswelten und Lebensweisen. Eine Offenlegen bzw. „Outing“ der sexuellen Orientierung wird aufgrund einer befürchteten Schlechterstellung selten forciert. Eine Studie der Arbeiterkammer Wien zur Arbeitssituation von LSBTI-Personen in Österreich im Jahr 2017 befragte 1.268 Personen zu ihrer Erwerbs- und Arbeitssituation, zu erlebten Diskriminierungen und Benachteiligungen sowie zu möglichen Abhilfen und Unterstützungsbedürfnissen befragt. Die deutliche Mehrheit der Befragten lebt dabei cis-geschlechtlich, 8% sind trans*sexuell bzw. -ident, 1% intersexuell. Eine gleichgeschlechtliche Orientierung geben 70% der Befragten an (40% schwul, 30% lesbisch), drei von zehn definieren sich orientierungsdivers, z.B. bisexuell, queer oder pansexuell. Schätzungen zufolge arbeiten in Österreich 2017 zwischen 200.000 und 300.000 Beschäftigte, die mindestens einer der Kategorien der Abkürzung „LSBTI“ angehören. Dabei sind 70% der befragten LSBTI-Beschäftigten als Angestellte tätig, 15% als öffentlich Bedienstete und nur 5% sind als Arbeiter*innen tätig. Die Hälfte der Befragten ist in den Branchen: Gesundheit und Pflege, Unterrichts- und Erziehungswesen, Informations- und Medienbranche, öffentliche Verwaltung, Industrie und Gewerbe sowie Wissenschaft und Forschung tätig. Diese Bereiche verfolgen anders verlaufende Berufsbiografien, wonach LSBTI-Personen häufiger in Angestelltenpositionen und Berufsfeldern tätig sind, die als liberaler gelten. Für LSBTI-Personen stellt sich häufig die Frage, ob sie ihre gleichgeschlechtliche Orientierung bzw. ihre Geschlechtsidentität als trans* oder intersexuell offenlegen oder verheimlichen. Jede fünfte Frau verheimlicht ihre sexuelle Orientierung bzw. die Geschlechtsidentität in der Arbeit. Knapp ein Viertel der Befragten (23%) spricht in der Arbeit bewusst über die eigene sexuelle Orientierung bzw. Geschlechtsidentität. 9% lassen hingegen die Kolleg*innen und Vorgesetzten in einem falschen Glauben und 9% halten die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität komplett geheim. Die häufigsten Gründe für ein Nicht-Outing sind die Privatsphäre und die Angst vor Verschlechterung der Arbeitsbeziehungen (Schönherr & Zandonella, 2017, S. 6f.).Unternehmen buhlen am Arbeitsmarkt um die besten Köpfe. Die Überalterung der Gesellschaft und der Fachkräftemangel führt Unternehmen dazu, „Diversity und Inklusion“ in den Vordergrund zu stellen und in die Unternehmens- sowie Führungsstrategie zu integrieren. Die „don’t ask, don’t tell“ Thematik wurde in Studien des US-Militärs sowie in unterschiedlichen Industrien und Ländern diskutiert. Auch in den Bereichen der Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsdienstleister zögern LGBT*-Personen ihre sexuelle Orientierung aufgrund einer möglichen Schlechterstellung zu offenbaren (Eliason & Schope, 2001, Botti & D’Ippoliti, 2014). Rund 48% der LGBT*-Personen in Österreich hat bereits eine persönlich Diskriminierung oder Belästigung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung, oder ihrer Geschlechtsidentität erfahren und 10% der österreichischen Gesamtbevölkerung

bezeichnet sich als etwas anderes als „ausschließlich heterosexuell“ bzw. als „lesbisch, schwul oder bisexuell“ (Bräuhofer & Rieder, 2019, S. 2f.). In einigen Staaten Europas konnte in den letzten Jahren ein politischer Rückschritt im Sinne der Gleichbehandlung festgestellt werden, die Gleichberechtigung der LGBT*-Personen rückt jedoch langsam aber stetig in den Fokus der Öffentlichkeit, insbesondere die gleichgeschlechtliche Ehe und die Diversität am Arbeitsplatz. Dies zeigt sich auch in den Kaufentscheidungen der Konsument*innen. Mehr als 45% der Nutzer*innen unter 34 Jahren einer Google-Verbraucherumfrage kaufen mit größerer Wahrscheinlichkeit wiederholt bei einem LGBT*-freundlichen Unternehmen und der Großteil der Millennials zeigt kein Verständnis für Diskriminierung von Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung (Bräuhofer & Rieder, 2019, S. 9). Das Hernstein Institut für Management und Leadership der Wirtschaftskammer Wien zeigt in der Befragung von 1.585 Führungskräften Entwicklungspotenziale auf. 23% der Befragten bemängeln eine fehlende Politik der Vielfalt im Unternehmen. Die Hälfte der Führungskräfte erkennt die Notwendigkeit einer innovativen Personalpolitik und den Bedarf, sich auf Fragen der Diversität vorzubereiten (vieconsult, 2017). Die Ergebnisse aus 2019 zeigen kaum Veränderung. 28% der 1.530 befragten Führungskräfte bemängeln fehlende, jedoch geplante Diversitätsmaßnahmen und für knapp die Hälfte der Unternehmen ist Diversität noch ein Neuland (Triple M, 2019).

Conclusio

„„Es ist was es ist“, schrieb Erich Fried im Jahr 1983 und versuchte damit, die Angst vor der Liebe zu nehmen und diese trotz unterschiedlicher Schwierigkeiten zuzulassen (Fried, 1996, S. 43). Jackie DeShannon singt in dem von Hal David geschriebenen und Burt Bacharach komponierten Lied „What the world needs now is love, sweet love“ von der metaphorischen Bedeutung „no not just for some, but for everyone“. Die öffentliche Akzeptanz und die rechtlichen Grundlagen von LGBT-*Personen verbesserten sich in Österreich in den letzten Jahren. Die homosexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität führen dennoch zu Ausgrenzung, Benachteiligung, Diskriminierung oder Gewalt in privaten und beruflichen Kontexten. Die Gesellschaft, die Wirtschaft und der Bildungsbereich sind gefordert, die Gleichberechtigung voranzutreiben und Gesetzgrundlagen einzuhalten. Führungskräfte und Personalabteilungen sind angehalten, Vertrauen zu bilden, Richtlinien und Schulungen umzusetzen und somit zur Sensibilisierung beizutragen. Die Branche Gesundheit und Pflege zählt u.a. zu den liberalen und unterstützenderen Arbeitsbereichen. Inklusion sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheits- und Pflegberufen sowie in der Pflege von pflegebedürftigen LGBT*-Personen könnte im Sinne eines humanistischen Menschenbildes zu einer tatsächlich gelebten Vielfalt in der Gesellschaft beisteuern. Durch Psychotherapie können seelisch bedingte Probleme, die das Denken, Fühlen, Erleben und Handeln eines Menschen beeinflussen oder einschränken, behandelt und gelindert werden. Die Psychotherapie versteht den Körper und die Seele als Einheit und kann als wissenschaftlich fundiertes Heilverfahren zur Verbesserung psychischer und psychosomatischer Beschwerden beitragen. Das seelische Ungleichgewicht kann die Ursache oder der Ausdruck für Krankheiten, Symptome oder Leidenszustände sein. Die Psychotherapie arbeitet mit Individuen und den Dimensionen der individuellen Geschlechtsidentität: Die Zufriedenheit mit der eigenen Identität, dem eigenen Geschlecht und die Möglichkeiten sowie die Art sexuelle Orientierung zu leben sind für Klienten sowie Angehörige vielfach wesentliche Inhalte der Therapie. Die Hypnosepsychotherapie kann dazu beitragen, entwicklungsbehindernde sowie vergangene Ereignisse, Erfahrungen und Traumata durch Bewusstmachung und Aufarbeitung im Sinne einer korrigierenden Erfahrungen zu integrieren und das Selbst zu stärken. Das Individuum wird in der Therapie vorurteilsfrei, in seinem vollen entwicklungs- und lerngeschichtlichen, systemischen und zukunftsorientierten Rahmen gesehen, angenommen und neue Entwicklungsschritte gefördert.

Autorin

Mag. (FH) Petra Heidler BEd MSc MBA PhD
Lehrende an der FH Krems, Donau Universität Krems, FH St. Pölten, FH Eisenstadt und als Psychotherapeutin / Hypnosepsychotherapeutin für Erwachsene, Jugendliche sowie für Paare in freier Praxis in Wien tätig

Quellen

Alexander, F. (1980). Psychoanalytic Therapy: Principles and Application. U of Nebraska Press.

Biber, D. (2014). Orale Reflexe Neugeborener und deren Entwicklung. In D. Biber (Hrsg.), Frühkindliche Dysphagien und Trinkschwächen: Leitfaden für Diagnostik, Management und Therapie im klinischen Alltag (S. 13–23). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-44982-6_3

Bion, W. R. (1994). Learning from Experience. Jason Aronson.

Botti, F., & D'Ippoliti, C. (2014). Don't ask don't tell (that you're poor). Sexual orientation and social exclusion in Italy. Journal of Behavioral and Experimental Economics, 49, 8–25. https://doi.org/10.1016/j.socec.2014.02.002

BPTK. (2019, Dezember 18). Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit sind keine Krankheiten. BPTK. https://www.bptk.de/homosexualitaet-und-transgeschlechtlichkeit-sind-keine-krankheiten/letzter Zugriff am 16.02.2021

Bräuhofer, M. E., & Rieder, P. (2019). Sexuelle Orientierung (S. 12). https://www.vielfalt-managen.at/wp-content/uploads/2019/11/DiversityBroschuere_6_SexuelleOrientierung_Online.pdf letzter Zugriff am 16.02.2021

Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and Hypnoanalysis. L. Erlbaum Associates.

Buche, A., Jungbauer-Gans, M., Niebuhr, A., & Peters, C. (2013). Diversität und Erfolg von Organisationen / Diversity and Organizational Performance. Zeitschrift für Soziologie, 42(6), 483–501. https://doi.org/10.1515/zfsoz-2013-0604

Dix, M. (2017). Beziehungserfahrungen und Fantasietätigkeit von Säuglingen in den Theorien von Melanie Klein und Daniel Stern. Forum der Psychoanalyse, 33(4), 415–430. https://doi.org/10.1007/s00451-017-0274-y

Dornes, M. (2018). Die frühe Kindheit: Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. S. Fischer Verlag.

Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. International Review of Psychiatry, 27(5), 386–395. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1053847

Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. Developmental Psychology, 37(4), 451–463. https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.4.451

Eliason, M. J., & Schope, R. (2001). Original Research: Does "Don't Ask Don't Tell" Apply to Health Care? Lesbian, Gay, and Bisexual People's Disclosure to Health Care Providers. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 5(4), 125–134. https://doi.org/10.1023/A:1014257910462

Engel-Hoek van den, L. (2008). Fütterstörungen. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

GRC, 2010/C 83/02 15 (2010).

Fiedler, P. (2004). Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung: Heterosexualität - Homosexualität - Transgenderismus und Paraphilien - sexueller Missbrauch - sexuelle Gewalt. Mit einem Geleitwort von Andreas Marneros. Beltz.

Fried, E. (1996). Es ist was es ist: Liebesgedichte Angstgedichte Zorngedichte. Wagenbach.

GIBG, (2004). https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003395 letzter Zugriff am 16.02.2021

Hannover, B. (2010). Sozialpsychologie. In G. Steins (Hrsg.), Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung (S. 27–42). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92180-8_2

Harrer, M. (2008). Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie. Imagination, 1, 5–37.

Harrer, M. (2010). Achtsamkeit und Hypnosepsychotherapie. Imagination, 1, 21.

Kanitschar, H. (2009). Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren1). Imagination, 23.

Klein, M. (1962). Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse (Achte Auflage, 2006). Klett-Cotta.

Kohut, H. (1976). Narzißmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Suhrkamp Verlag.

Miller, A. (2013). Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Suhrkamp Verlag.

Oswald, W. (2016). Hypnosepsychotherapie und „schwierige“ Patienten: Drei Positionen zu Theorie sowie praktische Behandlungstechnik. Imagination, 4, 5–18.

Rauchfleisch, U. (2011). Schwule, Lesben, Bisexuelle: Lebensweisen, Vorurteile, Einsichten. Vandenhoeck & Ruprecht.

Schigl, B. (2018). Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis.: Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? (2. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20471-6

Schönherr, D., & Zandonella, M. (2017). Studie_Arbeitssituation_von_LSBTI-Personen_in_O_sterreich.pdf (S. 124). https://www.arbeiterkammer.at/infopool/akportal/Studie_Arbeitssituation_von_LSBTI-Personen_in_O_sterreich.pdf letzter Zugriff am 16.02.2021

Stern. (2007). Die Lebenserfahrung des Säuglings (9. Auflage).

Stern, D. N. (1971). A Micro-Analysis of Mother-Infant Interaction. Behavior Regulating Social Contact Between a Mother and her 3 1/2 Month-Old Twins. Journal of the American Academy of Child Psychiatry.

Stern, D. N. (2009). The First Relationship. Harvard University Press.

Trautner, H. M. (2002). Entwicklung der Geschlechtsidentität. In In: Oerter, Rolf; Montada, Leo (Ed.), Entwicklungspsychologie (S. 648-674). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 2002 (S. 648–674). Beltz Psychologie Verlags Union.

Triple M. (2019). Kultur und Diversität (S. 12). https://www.hernstein.at/fileadmin/user_upload/HMR/HMR_3_2019_Kultur_und_Diversitaet.pdf letzter Zugriff am 16.02.2021

Vereinte Nationen. (1948). Resolution der Generalversammlung 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (217 A (III).; S. 6). https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf letzter Zugriff am 16.02.2021

vieconsult. (2017). Fit für die Zukunft? Innovation, Lernen 4.0 und Diversität in Unternehmen (6. Bericht; S. 16). https://www.hernstein.at/fileadmin/user_upload/HMR/HMR_6_2017_Innovation_Lernen_Diversitaet.pdf letzter Zugriff am 16.02.2021

Walter, T. (2005). The Early Homosexual Self Between Autobiography and Medical Commentary. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 6(1), Article 1. https://doi.org/10.17169/fqs-6.1.522

Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. The International Journal of Psychoanalysis, 34, 89–97.

Zindel, P. (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis (D. Revenstorf & B. Peter, Hrsg.). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-07839-6

Ethikberatung in Pflegeheimen

Bedarf und Zielsetzungen

Der Bedarf an Ethikberatung im Licht der Corona-Pandemie

Menschen, die wochenlang in ihrem Zimmer bleiben mussten, mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern nicht essen, den hauseigenen Garten nicht betreten, die eigene Familie nicht sehen durften – das war auch in österreichischen Pflege- und Seniorenwohnheimen wochenlang Alltag. Mittlerweile hat sich die Lage deutlich gebessert.

Grundsätzlich gilt, dass Mängel in einer Krise besonders deutlich zu Tage treten. Es ist ein strukturelles Problem, wenn Pflegeheime hinsichtlich des Krisenmanagements zu wenig vorbereitet sind. Dass man in der ersten Phase vor allem auf Prävention gesetzt hat, ist verständlich, genügt aber auf die Dauer nicht. Eine der Lehren aus dem zurückliegenden Jahr lautet, dass es in Pflegeeinrichtungen eine Ethikberatung geben sollte.

Ethikberatung beschränkt sich nicht auf Einzelfallbesprechungen, sondern zielt auch auf die Entwicklung von Leitlinien, wie man mit Freiheit, Selbstbestimmung und allfälligen Freiheitsbeschränkungen in Pflegeeinrichtungen umgehen soll. Die Wiener Patientenanwältin Sigrid Pilz hat im Bericht der Wiener Heimkommission 2019 (4-5) zu Recht darauf hingewiesen, dass es sich bei Einrichtungen wie Pflegeheimen, psychiatrischen Anstalten, Kasernen oder Gefängnissen, sozialwissenschaftlich betrachtet um „totale Institutionen“ (Erving Goffman) handelt. Nicht erst in der Corona-Pandemie wird das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner von der zentralen Autorität bestimmt, welche die Regeln hinsichtlich Tagesgestaltung, sozialen Kontakten, Ein- und Ausgang festlegt, die unter Androhung von Sanktionen einzuhalten sind. In der Pandemie haben sich diese Grundgegebenheiten aber nochmals verschärft, auf die der Deutsche Ethikrat mit einer Ad-hoc-Empfehlung zum Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie reagiert hat (Deutscher Ethikrat 2020).

Gerenerell ist es für Pflegeeinrichtungen über die Covid-19-Krise hinaus wichtig, sich über Freiräume und Grenzen der Selbstbestimmung zu verständigen, die bis hin zu selbstgefährdendem Verhalten reichen können. Man kennt die Problematik schon aus dem Umgang mit Menschen mit Demenz: Wie gehe ich mit einem starken Bewegungsdrang um? Wie bevormundend darf eine Pflegerin, ein Pfleger sein, wenn ein Mensch zu wenig auf seine Körperpflege achtet, sich zu wenig warm anzieht?

Alten Menschen mag ihre Freiheit und die mit ihr verbundene Lebensqualität wichtiger sein als das bloße Überleben in Isolation. Besuche von Familienangehörigen und Freunden haben vielleicht einen höheren persönlichen Stellenwert als der Schutz vor einer möglichen Ansteckung. Wie kann der mögliche Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge gelöst werden? Wie sind die Schutzbedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner oder ihr Freiheitsverlangen gegen die Schutzbedürfnisse der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzuwägen, die nicht nur Sorge für sich selbst, sondern auch für ihre Familienangehörigen tragen, unter denen manche vielleicht ebenfalls ein besonders hohes Krankheitsrisiko haben.

Generell fungiert die Covid-19-Pandemie als Brennglas und zugleich als Trigger gesellschaftlicher Verhältnisse. Das gilt auch für die Ethikberatung in Pflegeheimen. Wo es sie noch nicht gibt, hat die Krise einen weiteren triftigen Grund geliefert, sie zu etablieren.

Aufgaben und Zielsetzung der Ethikberatung in Pflegeheimen

Ethikberatung befasst sich nicht allein mit dem Status quo, sondern auch mit den Zukunftsfragen der Pflege und des Heimwesens. Die Analyse dessen, was in der bisherigen Pandemie gut oder auch weniger gut gelaufen ist, soll helfen, aus Fehlern zu lernen und künftige Strategien zur Deckung des Bedarfs an Pflege und Betreuung zu entwickeln. Das ist nicht allein eine pflegewissenschaftliche und sozialpolitische, sondern auch eine ethische Aufgabe, bei der medizinische, pflegerische und politische Fragen ineinandergreifen. Zu klären ist beispielsweise, wie weit sich Pflege und Betreuung ambulantisieren lassen. Da aber auch in der Zukunft stationäre Pflegeeinrichtungen benötigt werden, ist deren zweckmäßige Größe zu diskutieren. In kleineren Einrichtungen mit wenigen Bewohnerinnen und Bewohnern kann auf individuelle Bedürfnisse vielleicht mehr Rücksicht als in großen Häusern genommen werden. Das muss wiederum nicht unbedingt bedeuten, dass für ein wirkungsvolles

Pandemie-Konzept immer die Regel gilt: „Small is beautiful“.

Ethikberatung und Ethikkomitees gibt es schon seit längerem in Krankenhäusern, wenngleich in Österreich nicht flächendeckend. Anzustreben ist ihre standardmäßige Implementierung in klinischen Einrichtungen, zu denen auch Mischformen wie Altenpflegeheime, ambulante Altenpflegeeinrichtungen und Tagesheime zählen. In den USA begann die Entwicklung von Ethikberatung in Nursing Homes for Elderly bereits Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre parallel zur Etablierung Klinischer-Ethikkomitees in den Krankenhäusern. In Österreich besteht hingegen noch Nachholbedarf.

Neben hausinternen Beratungsinstrumenten gibt es Modelle ambulanter Ethikberatung (Seifert/Simon/Schmidt 2020). Die Aufgabenstellung beschränkt sich nicht auf die Besprechung und Begutachtung von Einzelsituationen bzw. von allgemeinen, aber exemplarischen Situationen sowie die Entwicklung von Leitlinien oder Richtlinien. Es geht vielmehr grundlegend um die Förderung der ethischen Kultur in der Einrichtung oder auch in einer Trägerorganisation. Die Arbeitsweise ist multidisziplinär, multiprofessionell und prozessorientiert.

Anders als ein Akutkrankenhaus ist eine Pflegeeinrichtung ein auf Dauer angelegter Aufenthaltsort: ein Ort zum Leben, aber auch zum Sterben. Ethikberatung soll die Kontextsensitivität fördern: Das Privatleben der Bewohnerinnen und Bewohner ist eingeschränkt. Ihr Privatleben findet teilweise im öffentlichen Raum statt und ist erheblich durch die Tagesabläufe und Routinen der Einrichtungen mitbestimmt. Die Bedürfnisse des Einzelnen stehen denen der Gemeinschaft, aber auch den Interessen des Trägers gegenüber.

Ethikberatung beschränkt sich nicht auf die individuellen Lebenslagen und mögliche Konflikte, sondern schließt Fragen der Organisationsethik ein. Schließlich beeinflussen die organisatorischen Rahmenbedingungen nicht nur das Handeln der pflegenden Personen oder sonstiger Professionen, die in Einrichtungen der Pflege und der Altenhilfe tätig sind. Sie bestimmen auch die Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung oder von Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus. Neben den Pflegepersonen, den Bewohnerinnen und Bewohnern, fallweise auch den Ärztinnen und Ärzten, sind aber auch noch andere Akteure in die ethische Reflexion einzubeziehen:

- Angehörige
- gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer

Weitere Berufsgruppen, die in Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe tätig sind:

- SozialarbeiterInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, SeelsorgerInnen
- ehrenamtliche Kräfte, die Besuchsdienste leisten

Neben der Kontextsensitivität ist – mit Stefan Dinges, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Recht in der Medizin (Universität Wien), gesprochen – auch die moralische Sensitivität ein Aufgabenfeld der Ethikberatung. Moralische Sensitivität bezieht sich auf das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten oder Bewohner und Bewohnerinnen, aber auch auf das Wohlergehen und die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (mit Blick und Bezug auf Organisationszweck und -ziele), auf die gerechte Verteilung von Lasten und Belastungen zwischen den Personen, Teams und Berufen im Gesundheitswesen sowie auf die Förderung eines gesellschaftlichen Klimas, in dem grundsätzliche Bereitschaft besteht, Menschen zu helfen und in Krisen Halt zu geben (vgl. Dinges 2019).

Prinzipien und prozessorientierte Verfahren

Die bekannten medizinethischen Prinzipien von Tom L. Beauchamp und James F. Childress (Beauchamp/Childress 2019) – Autonomie, Benefizienz, Nichtschaden und Gerechtigkeit – sind auch in der Pflegeethik etabliert. Stefan Dinges schlägt im Anschluss an Chris Gastmans (Gastmans 2013) eine Erweiterung dieser Prinzipien vor (Dinges 2019). Gastmans vertritt das Konzept einer um die Würde von pflegebedürftigen Menschen besorgten Pflege vor (Dignity-enhancing nursing care). Ausgangspunkt seines Konzeptes ist der konkrete Erfahrungsbezug („lived experiences“). Die Fallberatung erfolgt als interpretativer Dialog in Bezug auf (1) das Pflegen und Gepflegtwerden sowie (2) in Bezug auf das Spannungsfeld von Vulnerabilitat und Würde. Das Ziel prozessorientierter Ethikberatung besteht in normative Standards für den Pflegeprozess, wobei stets auch das Problem der Einzelfallgerechtigkeit sowie von Grenzfällen und ethischen Dilemmata mitzubedenken ist. Dinges schlägt nun vor, das Modell von Beauchamp und Childress im Anschluss an Gastmans um die Prinzipen der Würde und der Solidarität sowie um die Perspektive der Fürsorge zu er-

weitern.

Einige der pflegeethischen Aspekte der Corona-Pandemie wurden bereits angesprochen. Weitere kommen hinzu (vgl. Diskussionspapier der AEM 2020). So haben die Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie nicht nur Menschenleben gerettet, sondern sind auch mit gesundheitlichen Nachteilen und sogar Schäden erkauft worden. Man denke beispielsweise an Patientinnen und Patienten, die bei Herzinfarktverdacht nicht zum Arzt oder in die Klinikambulanz gegangen sind, oder an verschobene (elektive) Operationen. Zu den psychischen Folgen der wochenlangen Isolation in Pflegeeinrichtungen gehört, dass sich die Verwirrtheit bei Menschen mit Demenz verschlimmern konnte. Oftmals ließ sich während des ersten Lockdowns beobachten, dass sich der Allgemeinzustand von Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Altenhilfe infolge der Infektionsschutzmaßnahmen verschlechterte. Das physische Überleben konnte mit dem sozialen Tod erkauft werden. Es bestand und besteht die Gefahr, Menschen zu Tode zu retten (Johann Hinrich Claussen [1]).

Zu den Aufgaben von Ethikberatung gehört die moderierte Fallbesprechung. Sie erfolgt in vier Schritten:

1. Multiperspektivische Situationsbeschreibung
2. Analyse von konflikthaften Bedürfnissen und Werten sowie deren ethische Bewertung (N.B.: Das setzt allerdings eine Verständigung über die geteilten oder auch nicht geteilten ethischen Bewertungsmaßstäbe voraus!!)
3. Erhebung aller Handlungsmöglichkeiten; Einschätzung der Optionen im Blick auf ihre Konsequenzen in Bezug auf Werte und Bedürfnisse aller Beteiligten.
4. Ergebnis: entweder Entscheidung, falls die Verantwortlichen für eine Entscheidung an der Besprechung teilnehmen. Andernfalls ethische Situationseinschätzung, Formulierung einer Empfehlung oder Vorbereitung einer möglichen Entscheidung.

Bei jeder Form der Ethikberatung ist auch das Augenmerk darauf zu richten, dass unser Handeln nicht allein durch moralische, sondern auch durch außermoralische Gründe beeinflusst wird. So sind in der moderierten Fallberatung die subjektiven Bedingungen aller Beteiligten zu klären (Körtner 2017: 140): ihr Kenntnisstand, die Art des Beteiligt- oder Involviertseins, die persönliche Lebenserfahrung, die aktuelle Belastungssituation für die Einzelpersonen wie für das Team im Ganzen, aber auch die Rolle von Emotionen, von Sympathien und Antipathien. In der neueren Ethik wird die Rolle, die Emotionen nicht nur für die Einzelentscheidung, sondern schon bei der Wahrnehmung eines moralischen Problems als solchem spielen, eingehend gewürdigt (vgl. Prichard 1974; Fischer 2010: 52-60). Neben Emotionen spielen aber auch Narrative eine wesentliche Rolle für die Wahrnehmung ethischer Probleme und ihre Lösung. Darauf verweisen Konzepte einer narrativen Ethik (Mieth 1976; Ritschl 1986; Joisten 2007). Unsere moralische Sensitivität wird ganz wesentlich durch biographisch Erfahrungen, aber auch durch Beispielerzählungen geprägt. Das können persönliche Erlebnisse sein, die uns erzählt werden, aber auch Geschichten, die für eine ethische Kultur und ihr Gedächtnis grundlegend sind, wie zum Beispiel das Gleichnis Jesu vom barmherzigen Samariter im Neuen Testament (Lukas 10,25-37). Narrative stellen Handlungsmodelle bereit, die als Orientierungshilfe dienen können. Wir sind als Menschen auf vielfältige Weise in Geschichten verstrickt (Schapp 2004), was auch in moderierten Fallbesprechungen immer wieder zu Tage tritt.

Zusammenfassung

Zusammenfassend seien nochmals die Ziele von Ethik und Ethikberatung in Pflegeeinrichtungen genannt: Grundlegendes Ziel ist die Förderung moralischer Sensitivität zum Wohl aller (!) in einer Pflegeeinrichtung Beteiligten. Konkret geht es um den Abbau von moralischem Stress und seinen destruktiven Folgen. Ethikberatung ist moralische Stressprophylaxe. Sie fördert außerdem Handlungssicherheit in schwierigen Situationen und stärkt zugleich die Fähigkeit, mit ethischen Ambivalenzen umzugehen und mit ihnen zu leben lernen. Man kann es auch so sagen: Ethik hinterfragt die Reduktion komplexer Lebenslagen und Handlungsalternativen auf das einfache Schema von Gut und Böse oder Richtig und Falsch. Ohne einem moralischen Relativismus das Wort zu reden, besteht die Aufgabe der Ethik in der Förderung von Ambiguitätstoleranz (Frenkel-Brunswik 1949; Bauer 2018) auf dem Feld der Moral. Dazu gehört schließlich auch ein sensibler Umgang mit Schuld und Schuldgefühlen sowie die Förderung einer humanen Fehlerkultur. Letztlich ist Ethikberatung ein Instrument der Qualitätssicherung.

Zum Schluss sei aber auch dies gesagt: Professionelle Ethikberatung ist nicht zum Nulltarif zu ha-

ben. Sie erfordert nicht nur Zeit, sondern auch Geld. In Anbetracht der schädlichen Folgen, die mangelnde moralische Sensitivität für Bewohner und Bewohnerinnen wie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – bis hin zum Burnout – haben kann, ist die Aufwendung finanzieller und zeitlicher Mittel alles andere als ein Luxus, den man sich nun auch noch leisten soll, sondern eine überaus sinnvolle Investition in die Zukunft der Pflege.

Literatur

Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (2019): Principles of Biomedical Ethics, 8th Edition, Oxford University Press, New York.

Bericht der Wiener Heimkommission 2019, Wien 2020.

Frenkel-Brunswik, Else (1949): Intolerance of Ambiguity as an Emotional and Perceptual Personality Variable. In: Journal of Personality 18, S. 108–143.

Bauer, Thomas (2018): Die Vereindeutigung der Welt. Über den Verlust an Mehrdeutigkeit und Vielfalt, 11. Aufl. Reclam, Stuttgart.

Deutscher Ethikrat (2020): Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie. Ad-hoc-Empfehlung, Berlin, 18.12.2020, file:///C:/Users/Ulrich/AppData/Local/Temp/ad-hoc-empfehlung-langzeitpflege.pdf (letzter Zugriff: 13.1.2021).

Dinges, Stefan (2019): Eine Sorge für das Ganze (Οικονομία): Welchen Beitrag Pflegende für eine organisationsethische Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen leisten – trotz moralischem Stress, Rollenkonflikten und ungeklärter Verantwortung, in: Stronegger, Willibald J./Attems, Kristin (Hg.) Das Lebensende zwischen Ökonomie und Ethik, 2. Goldegger Dialogforum Mensch und Endlichkeit/ Reihe „Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft“ (Bd. 7), Nomos: Baden-Baden, S. 147-166.

Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM): Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19, Stand: 12.5.2020 (https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf)/

Fischer, Johannes (2010): Sittlichkeit und Rationalität. Zur Kritik der desengagierten Vernunft (Forum Systematik 38), Kohlhammer, Stuttgart.

Gastmans, Chris: Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework, Nurs Ethics 20, 2013, S. 142-149.

Joisten, Karen (Hg.) (2007), Narrative Ethik. Das Gute und das Böse erzählen, Akademie Verlag, Berlin.

Körtner, Ulrich H.J. (2017): Grundkurs Pflegeethik, 3. Aufl. Facultas, Wien.

Mieth, Dietmar (1976): Dichtung, Glaube und Moral. Studien zur Begründung einer narrativen Ethik mit einer Interpretation zum Tristanroman Gottfrieds von Strassburg, Matthias Grünewald Verlag, Mainz.

Prichard, Harold Arthur (1974): Beruht die Moralphilosophie auf einem Irrtum?, in: Günther Grewendorf/Georg Meggle (Hg.), Seminar: Sprache und Ethik. Zur Entwicklung der Metaethik, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 61-82.

Ritschl, Dietrich (1986): Das „story“-Konzept in der medizinischen Ethik, in: ders., Konzepte. Gesammelte Aufsätze, Chr. Kaiser Verlag, München, S. 201-212.

Schapp, Wilhelm (2004): In Geschichten verstrickt. Zum Sein von Mensch und Ding, 4. Aufl. Klostermann, Frankfurt a.M.

Seifert, Carola/Simon, Alfred/Schmidt, Kurt (2020): Entwicklung der ambulanten Ethikberatung. Verstärkte telefonische Beratung und bessere Finanzierung gefordert, Hessisches Ärzteblatt 3, S. 174-175.

[1] Zitiert nach https://www.evangelisch.de/inhalte/169614/04-05-2020/ekd-beauftragter-warnt-vor-gravierenden-folgen-von-kontaktverboten (letzter Zugriff: 13.1.2021)/

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

E-Health und COVID-19, Digitale Kompetenzen

Die COVID-19 Pandemie konnte durch den flächendeckenden Einsatz von E-Health im Gesundheitsbereich etwas abgefedert werden. Allerdings wurden auch viele Einsatzmöglichkeiten und Optionen offensichtlich, wo E-Health zusätzlich nutzbringend hätte eingesetzt werden können. Im Rahmen studentischer Projekte in Lehrveranstaltungen, an der FH Joanneum und FH Burgenland, wurden für eine Befragung 200 StudentInnen involviert, von denen 147 den Fragebogen ausgefüllt haben.

Das Potenzial von E-Health in der Gesundheitswirtschaft zu verbessern, wurde als Ergebnis der Befragung klar ersichtlich und dass die Hochschulausbildung verstärkt einen digitalen Fokus in den einzelnen Studienzweigen bei der Ausbildung legen sollte. Gewünscht wurden hier praxisnahe Ausbildungskonzepte, die konkrete, wesentliche E-Health-Systeme beinhalten – gelehrt von AnwenderInnen oder EntwicklerInnen aus der Praxis.

Darauf sind auch die Pflichtpraktika auszulegen. Ein Zugang und eine profunde Schulung zu den eingesetzten E-Health-Anwendungen werden als sinnvoll erachtet und eingefordert. Die Schwerpunkte sind hier anzupassen. Das wird aber nur dann möglich sein, wenn das E-Health-Qualifikations-Niveau der im Beruf stehenden Professionisten ebenfalls weiterentwickelt wird. Dass es hier Defizite gibt, wurde ebenfalls im Rahmen der Gesamtstudie schon erkannt (Lang, Steszgal, Graf, Aldrian, 2021).

Als Quintessenz der Befragung zu den digitalen Kompetenzen in der Gesundheitswirtschaft ist eine berechtigte Forderung am Tisch, die Curricula stärker in Richtung Digitalisierung auszurichten und den Gesundheits-Professionisten attraktive Weiterbildungsmöglichkeiten in diesem Sektor anzubieten.

1. Einleitung

E-Health Anwendungen können einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung von Gesundheitssystemen beitragen (Al-Shorbaji, 2013, S. 464). Die aktuelle COVID-19 Pandemie hebt den bedeutsamen Stellenwert von digitalen Lösungen und Kompetenzen zur Bewältigung der Krise hervor (Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft, Österreich, 2020, S.2). Speziell für das österreichische Gesundheitssystem hat die COVID-19 Krise gezeigt, dass Digitalisierung essentiell für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung ist (Klemen, 2020). Österreich liegt beim Digital Economy and Society Index (DESI), ein von der Europäischen Kommission entwickeltem Index zur Bewertung der Entwicklung der digitalen Wirtschaft und Gesellschaft, mit Platz 13 leicht über dem EU- Durchschnitt (Abbildung1). Speziell in den Bereichen E-Government und Humankapital, welcher unter anderem digitale Fähigkeiten und Informations- und Kommunikationstechnologiespezialisten beinhaltet, liegt Österreich über dem EU-Schnitt (Bundesministerium Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2020).

Gemessen am Digital- Health Index, welcher den Grad der Digitalisierung im Gesundheitssystem bewertet, ist der österreichische Gesundheitssektor im Bereich der Digitalisierung nicht im Spitzenfeld (Thiel at. al., 2018, S. 232). Jedoch hat der Gesundheitssektor aufgeholt, wurden doch rasch digitale Maßnahmen wie beispielweise digitale Beratung und Information sowie Krankschreibung der ArbeitnehmerInnen rasch umgesetzt (Larnhof, 2020).

Die rasche Entwicklung von Digitalisierung und E-Health Anwendungen erfordern von Gesundheitsberufen, insbesondere der professionellen Pflege, dementsprechende digitale Kompetenzen (Terry et al., 2019). Digitale Kompetenzen sind notwendig damit Krankenpflegepersonen einerseits offen für technische Innovationen sind aber auch um die Menge an verfügbaren Informationen zu managen (Health Education England, 2017).

Das Projekt „E-Health und COVID-19“ hatte zum Ziel, herauszufinden welche Erfahrungen die Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung im Rahmen der COVID-19 Pandemie im Kontext von Gesundheitsversorgung und E-Health gemacht haben. Ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Gesundheit sowie Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), untersuchte im Rahmen dieses Projektes, welche Relevanz E-Health für die Studierenden in der Zeit von COVID-19 hat, sowie deren Einstellungen und Sichtweisen über die verschiedenen E-Health-Anwendungen. Zusätzlich sollte herausgefunden werden, welche Anregungen und Anforderungen zukünftige AnwenderInnen, dieser für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung maßgeblich beitragende Gruppen, an die Ausbildung und E-Health-Anwendungen haben.

Im Rahmen der verpflichtenden Praktika im Studium haben die Studierenden von Gesundheitsberufen, insbesondere der Gesundheits- und Krankenpflege und des Gesundheitsmanagements und Gesundheitsförderung, die Möglichkeit, in allen Settings des Gesundheitssystems Berührungspunkte mit E-Health Anwendungen zu erfahren. Die verpflichtenden Praktikumseinsätze der Studierenden ermöglichen auch konkrete Erfahrungen in der direkten Anwendung von E-Health Lösungen in verschiedensten Bereichen der Gesundheitsversorgung. Im Zentrum der Betrachtung liegen die Erfahrungen und Anregungen der direkt betroffenen Studierenden im Zusammenhang mit E-Health und COVID-19.

In weiterer Folge sollen Anforderungen an die Digitalisierungswirtschaft und die RegularienErstellerInnen formuliert und mit ExpertInnen besprochen werden. Übergeordnetes Ziel hierbei ist es, E-Health für PatientInnen, GesundheitsdienstleisterInnen und die Gesellschaft besser nutzbar zu machen. Die folgenden Forschungsfragen waren für dieses Forschungsprojekt zentral:

- Welche Erfahrungen machen Studierende in der Zeit von COVID-19 bzgl. E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten im Praktikum?
- Welche Anforderungen haben Studierende als zukünftige AnwenderInnen an E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten?
- Welche Anregungen bzgl. E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten haben Studierende als (zukünftige) AnwenderInnen?
- Welche Meinungen haben Studierende hinsichtlich der Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Ausbildung? Welche digitalen Kompetenzen erachten Studierende als bedeutend bzw. werden aus deren Sicht benötigt?

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der quantitativen Studie hinsichtlich der letzten For-

schungsfrage dargestellt und die Bedeutung von digitalen Kompetenzen aus der Perspektive der Studierenden diskutiert.

Zu den ersten beiden Fragen wurde eine Studie bereits veröffentlicht. Die Einschätzung der Kompetenzen der Professionisten war die folgende: Die digitalen Kompetenzen der ApothekerInnen, des administrativen und ärztlichen Personals und der diplomierten Gesundheits- und Krankpflege wurde von mehr als 50% der befragten Studierenden als gut und sehr gut eingeschätzt. Die digitalen Kompetenzen des Personals der Physiotherapie und der PraktikantInnen wird von den meisten befragten GMF-Studierenden als mittelmäßig oder weniger gut eingeschätzt. Insgesamt kann ein deutlicher Bildungsauftrag in der Erwachsenenbildung hinsichtlich digitaler Kompetenzen abgeleitet werden. (Lang, Steszgal, Graf, Aldrian, 2021)

2 Methodik

Im Rahmen einer quantitativen Studie mittels Online-Fragebogen wurden die Forschungsfragen untersucht. Befragt wurden Bachelorstudierende der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) im dritten und fünften Semester der FH Burgenland und der FH-JOANNEUM und Bachelorstudierende des Studiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung (GMF) im dritten Semester der FH Burgenland. Der Fragebogen wurde via E-Mail an die Studierenden ausgesandt. Es handelt sich um eine Vollerhebung. Der Zeitraum der Befragung betrug insgesamt drei Monate (September bis November 2020). Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonym. Insgesamt nahmen 174 Studierende an der Umfrage teil. Die erhobenen Daten wurden in die statische Software SPSS transferiert. Zur Analyse der Daten wurden deskriptive statistische Verfahren angewendet. Die Daten aus offenen Fragen wurden anhand eines generellen induktiven Ansatzes analysiert (Thomas, 2006). Die Kommentare aus den offenen Fragen wurden von beiden Forschern mehrmals gelesen und auf gemeinsame Themen untersucht.

2.1 Fragebogenentwicklung

Um die Forschungsfragen zu den Erfahrungen und Anregungen der Studierenden zu beantworten, wurden zwei Online-Fragebogen mittels LimeSurvey© Version 3.23.3 entwickelt. Ein Fragebogen für die Befragung von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege, ein weiterer für die Befragung von Studierenden des Studiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung.

Zur Fragebogenkonstruktion wurde eine umfassende Literaturrecherche zu den Themen COVID-19, E-Health, Digitalisierung und Gesundheitsberufe (insbesondere der Pflege) durchgeführt. Die Erstversion des Fragebogens durchlief einen Reviewprozess durch FachexpertInnen in den Gebieten E-Health, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Qualitätsmanagement. Diese FachexpertInnen setzten sich zusammen aus Studiengangsleitungen, LektorInnen und ExpertInnen aus dem Bereich der quantitativen Fragebogenentwicklung. Basierend auf diesen Rückmeldungen wurde der Fragebogen überarbeitet. Des Weiteren wurde den Studierenden in den Lehrveranstaltungen beider Bildungsinstitutionen die Ziele des Forschungsvorhabens erklärt und Zeit zur Bearbeitung des Surveys zur Verfügung gestellt. Der Survey für die Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltete Fragen zu Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen im Zusammenhang mit den verpflichtenden Berufspraktika. Der Survey für die Studierenden von Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung beinhaltete hingegen keine Fragen zu E-Health Anwendungen in den Berufspraktika, da die Studierenden zu diesem Zeitpunkt noch keine einschlägigen Berufspraktika absolviert hatten.

Beide Surveys enthielten sowohl geschlossene als auch offene Fragen. Letztere sollten den Teilnehmenden zusätzliche Möglichkeit bieten ihre Meinungen und Anregungen zu E-Health Anwendungen mitzuteilen. Der Fragebogen enthielt drei Themenblöcke:

1. sozio-demographische Daten (1), Erfahrungen der Studierenden zu E-Health Anwendungen während COVID-19 im Zusammenhang mit Berufspraktika (Gesundheits- und Krankenpflege) bzw.
2. Erfahrungen zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung und Prävention im Zusammenhang mit COVID-19 (Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung) (2), und
3. Anregungen der Studierenden zu E-Health und Digitalisierung und COVID-19 bedingten Veränderungen.

2.2. Beschreibung der Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit dieser Studie bilden 200 Studierende der FH-JOANNEUM und der FH-Burgenland. Diese setzt sich aus 160 Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege im dritten und fünften Semester beider Institutio-

nen und 40 Studierende der Studienrichtung Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung der FH Burgenland zusammen. Von den 160 Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege entfallen 139 Personen auf die FH-JOANNEUM (72 Studierende des dritten Semesters, 67 Studierende des fünften Semesters) und 21 Studierende aus dem dritten Semester, auf die FH Burgenland.

Von den 200 Personen haben 147 Studierende an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 73,5%. Die Rücklaufquote bei den Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege betrug 71%. Die der Studierenden aus Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung 83%.

Hinsichtlich der Bildungseinrichtung entfielen 92 befragte Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege auf die FH-JOANNEUM und 22 Studierende auf die FH Burgenland. Davon befinden sich 66 Studierende im dritten und 48 Studierende im fünften Semester. Zudem nahmen 33 Studierende des dritten Semesters aus dem Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung der FH Burgenland teil.

In den Abbildungen 1 und 2 sind die Geschlechter- und Altersstruktur der Studienteilnehmenden dargestellt. Rund 81 Prozent (91 Personen) der GuK-Studierenden 70 Prozent der GMF-Studierenden sind weiblich. Die meisten befragten Studierenden (81,6 Prozent) können der Altersgruppe der 18-24-Jährigen zugeordnet werden.

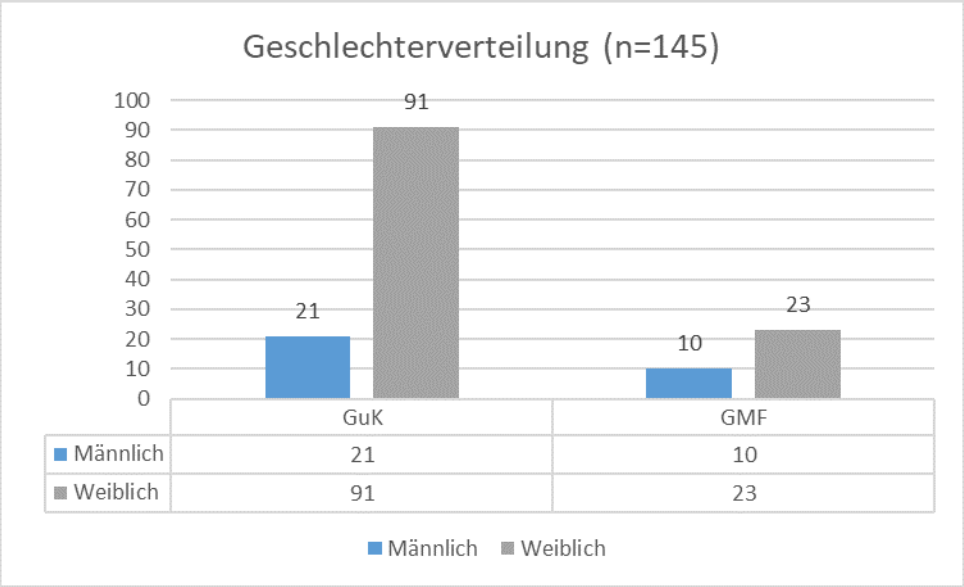


Abbildung 1: Geschlechterstruktur (n=145)

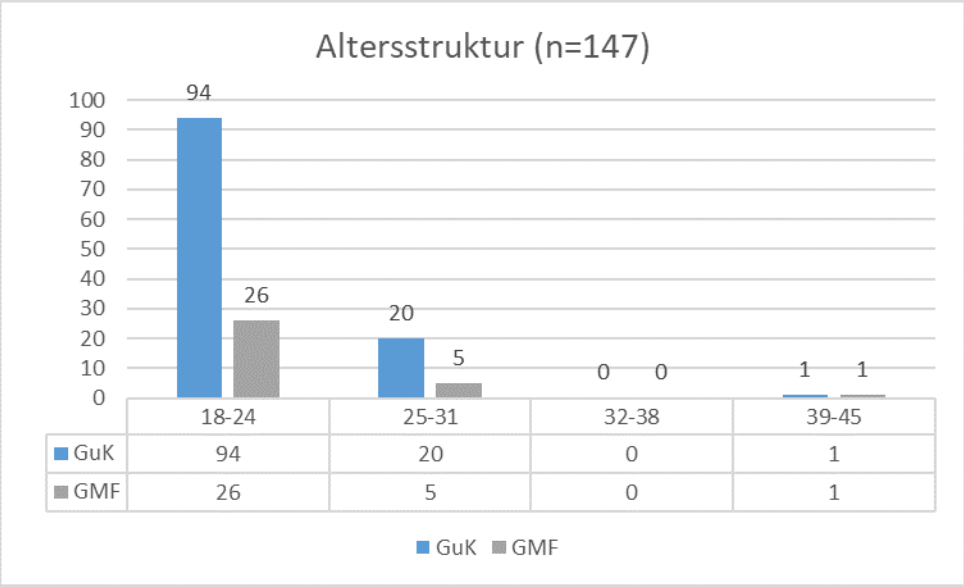


Abbildung 2: Altersstruktur (n=147)

3. Ergebnisse

Die Perspektive der GuK Studierenden zum Ausbau zum Vermitteln von digitalen Kompetenzen ist in Abbildung 3 dargestellt. Die befragten GuK Studierenden stimmen zu, dass das Vermitteln von digitalen Kompetenzen ein fixer Bestandteil der Ausbildung sein muss und auch wichtig ist, um E-Health Anwendungen sicher anwenden zu können (jeweils 114 Personen). Die Studierenden sind auch der Meinung, dass die theoretische Ausbildung in Abstimmung mit E-Health Experten aus der Praxis geschehen soll (113 Personen).

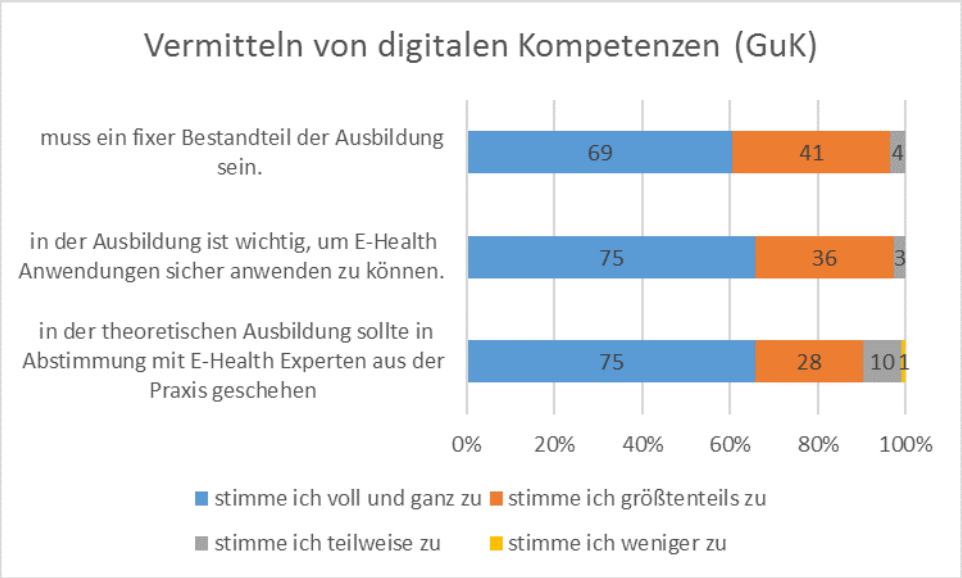


Abbildung 3 Vermitteln digitaler Kompetenzen(GuK)

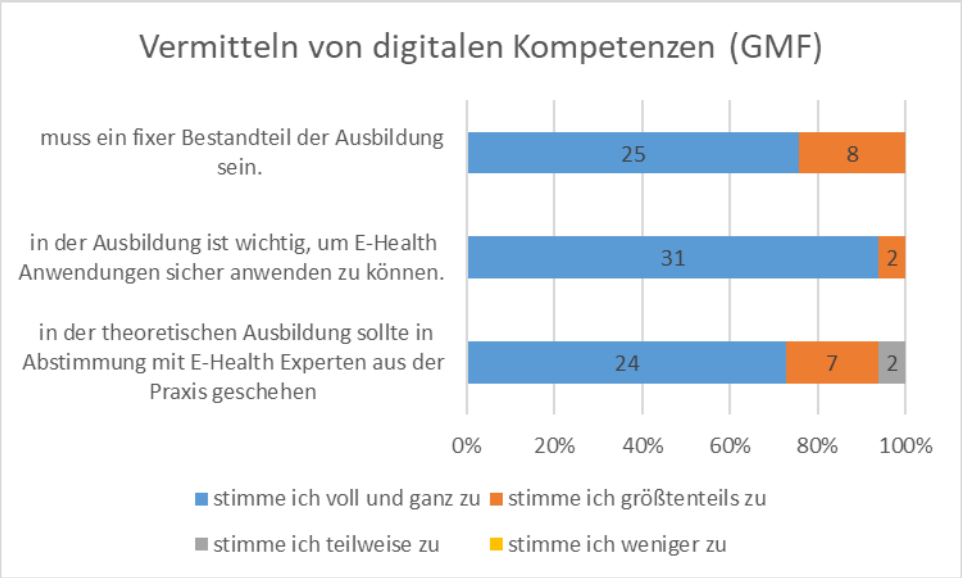


Abbildung 4 Vermitteln digitaler Kompetenzen(GuK)

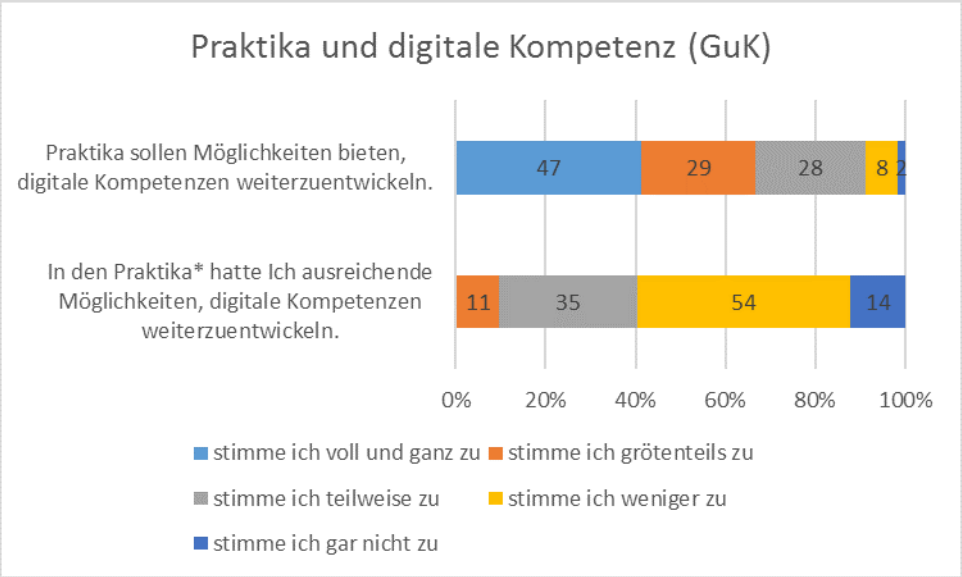


Abbildung 5 Praktika und digitale Kompetenzen (nur in GuK)

Auch die befragten GMF Studierenden (Abbildung 4) stimmen zu, dass das Vermitteln von digitalen Kompetenzen ein fixer Bestandteil der Ausbildung sein muss und auch wichtig ist um E-Health Anwendungen sicher anwenden zu können (jeweils 33 Personen). Weiters sind die GMF Studierenden der Meinung, dass die theoretische Ausbildung in Abstimmung mit E-Health Experten aus der Praxis geschehen soll (33 Personen).

Die GuK Studierenden wurden zusätzlich zu Ihrer Perspektive zu Praktika und digitalen Kompetenzen befragt (Abbildung 5). Hierbei stimmen die Studierenden zu, dass Praktika die Möglichkeiten bieten sollen digitale Kompetenzen weiterzuentwickeln (104 Personen). Die Zustimmung der Studierenden ausreichende Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von digitalen Kompetenzen in den Praktika gehabt zu haben fällt mit 46 Personen gering aus.

Welche digitalen Kompetenzen die Studierenden in der Ausbildung als bedeutend erachten ist in den Abbildungen 6 und 7 dargestellt. Die GuK Studierenden erachten Kompetenzerwerb in den Bereichen Dokumentation (114 Personen), gefolgt von Funktionsfähigkeit von verfügbaren Programmen (112 Personen) und Qualitätsmanagement (111 Personen) als Prioritäten. In weiterer Folge werden Kompetenzen hinsichtlich Informations- und Kommunikationssysteme (102 Personen) Datenschutz und Datensicherheit (99 Personen) sowie Ethik und IT (97 Personen) genannt. Als letzter Kompetenzbereich wird Informations- und Wissensmanagement (81 Personen) gereiht.

Die GMF-Studierenden hatten

leicht verschobene Prioritäten: Wissensmanagement, Qualitätsmanagement und Datenschutz wurden hier als die bedeutendsten Kompetenzen angegeben. Das korreliert wohl auch eher mit deren Berufsbild – im Unterschied vom GuK-Berufsbild, wo die Dokumentation grundsätzlich einen sehr hohen Stellenwert hat. Gefolgt werden diese Prioritäten von IKT und Dokumentation sowie Programm-Funktionalitäten.

Ähnlich wie bei den GuK Studierenden rangiert die Ethik auf hohem Niveau. Das zeigt auch bereits die Awareness von der Problematik entscheidungsunterstützender Systeme, wie sie in den Lehrveranstaltungen auch vermittelt wurde.

Die Studierenden wurden eingeladen Anregungen über welche E-Health Anwendungen, die in Krisen, wie der COVID-19 Pandemie aus Studierendensicht hilfreich sind, mehr in der Ausbildung erfahren zu wollen. Zentrale Themen waren im intramuralen Bereich Pflege und Wunddokumentation, Kommunikationssysteme im Krankenhaus/Pflegeheim und die elektronische Fieberkurve.

Im extramuralen Bereich stellten sich E-Rezepte, der digitale Impfpass, Übersetzungsprogramme und die Telemedizin und Telepflege als zentrale Themengebiete heraus.

Über welche E-Health Anwendungen im extramuralen Bereich, die in Krisen wie COVID-19 aus ihrer Sicht hilfreich sind, würden Sie gerne mehr in der Ausbildung erfahren?

- „E-Rezepte“
- „digitale Impfpass
- „Telepflege“

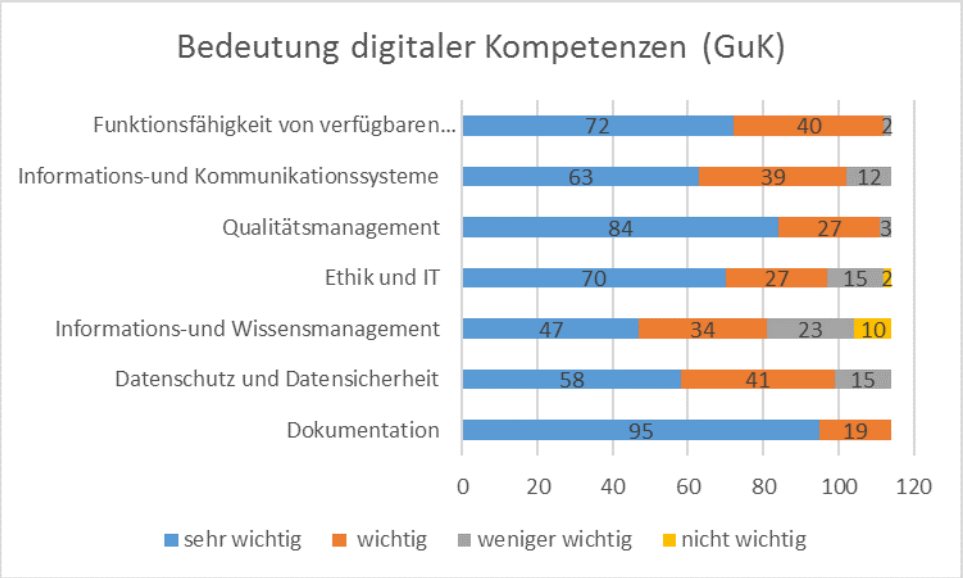


Abbildung 6 Bedeutung digitaler Kompetenzen GuK

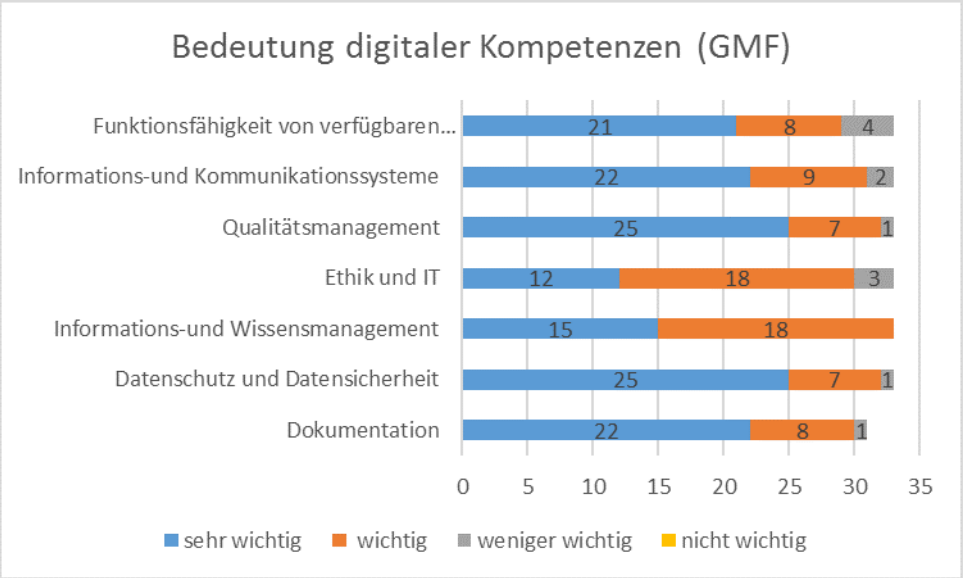


Abbildung 7 Bedeutung digitaler Kompetenzen GMF („sehr wichtig“, „wichtig“, werden zu „wichtig“ zusammengefasst)

- „Übersetzungsprogramme im Falle einer fehlenden DolmetscherIn.“
- „Weiterverordnung über Medizinprodukte“
- „inwieweit die Patientenversorgung verbessert werden kann, damit der Zeitraum zwischen der telefonischen Kontaktaufnahme beim Arzt und der tatsächlichen Behandlung nicht zu viel Zeit verloren geht, beispielswiese durch den möglichen Einsatz der Telemedizin, wenn man vorübergehend auf ein Corona-Testergebnis wartet.“

Anregungen zu den konkreten Wünschen an die Ausbildung, um die Studierenden in Ihren digitalen Kompetenzen bestmöglich auf den Beruf vorzubereiten:

Die Studierenden vermitteln in ihren Kommentaren die Komplexität des Transferwissens von digitalen Lehrinhalten in der Ausbildung mittels unterschiedlicher in der Praxis verwendeter Systeme

- „Es ist schwierig digitale Kompetenzen in der Ausbildung zu

lehren, wenn es kein einheitliches System gibt."

- „Es ist eher schwierig digitale Kompetenzen in der Ausbildung erlangen zu können, da jedes Haus verschiedene Programme verwendet."
- „Verschiedene häufig verwendete Systeme kennenlernen z.B Fieberkurve, Dokumentation"
- „meist benutzte Bereiche der digitalen Anwendungen zeigen. RR einschreiben, IP-Dekurs, Medikamente, FK..etc"
- „Obwohl jede Krankenanstalt verschiedene Dokumentationsprogramme haben, wäre es von Nutzen, wenn wir mehr über digitalen Dokumentation lernen könnten."
- „unterschiedliche Pflegedokumentationsprogramme kennenzulernen und zu lernen, wie man diese im groben benützt"
- „Dokumentationssysteme schon vorher Ansprechen und deren Möglichkeiten ansprechen."
- „Informationen über alle derzeitigen Möglichkeiten der E Health Fortschritte"
- „Informatik für DGKP im Unterricht, Vorträge über neue Techniken"
- „Die digitalen Anwendungen sollte vielmehr/ öfter in die Ausbildung miteinbezogen werden, das sollte sich ebenso durch die ganze Ausbildungszeit ziehen. Ein einziges Seminar dafür reicht dafür nicht aus."
- „Die Möglichkeit die Programme direkt im Unterricht an der FH auszuprobieren bevor man ins Praktikum geht wäre super."
- „Mehr Praxis im Thema E-Health"
- „Einfach Praxisnähe."
- „Externe Vortragende aus KH oder Pflegeheimen, die über Abläufe, Programme oder dergleichen berichten."
- „Mehr Praxis, weniger Theorie."
- Praxis
- „Einschulungen in die gängigsten Systeme in der Praxis, Umgang mit Problemen und Möglichkeiten der Nutzung und Implementierung in die Praxis"
- „Einschulung in Ruhe und nicht zwischendurch."
- „Im Praktikum sollte näher auf E-Health eingegangen werden (man lernt vieles nur durch die Praxis)"
- „Das in der Praxis auch für Auszubildende alle Aktivitäten des Medocs freigeschalten sind"

Zusammenfassung, Fazit, Ausblick

E-Health hat das Potenzial die Gesundheitswirtschaft und den medizinischen Fortschritt nachhaltig zu verbessern. Das belegt auch die vorliegende Studie, die auf einer interdisziplinären Zusammenarbeit (Gesundheit/IKT) zweier FHs und Experteninterviews basiert. Darauf muss auch die hochschulische Ausbildung verstärkt einen Fokus in den einzelnen Studienzweigen legen, sofern noch nicht geschehen. Gewünscht werden hier praxisnahe Ausbildungskonzepte, die konkrete, wesentliche E-Health-Systeme beinhalten – gelehrt von AnwenderInnen oder EntwicklerInnen aus der Praxis.

Darauf sind auch die Pflichtpraktika auszulegen. Ein Zugang und eine profunde Schulung zu den eingesetzten E-Health-Anwendungen werden als sinnvoll erachtet und eingefordert. Die Schwerpunkte sind hier anzupassen. Das wird aber nur dann möglich sein, wenn das E-Health-Qualifikations-Niveau, der im Beruf stehenden Professionisten, ebenfalls angehoben wird. Dass es hier Defizite gibt wurde ebenfalls im Rahmen der Gesamtstudie schon erkannt (Lang, Steszgal, Graf, Aldrian, 2021).

Zusätzlich bedarf es einer Digitalisierungsoffensive in der Lehre, denn Digitalkompetenzen sind Future Skills. Dies betrifft einerseits Lehrende und MitarbeiterInnen als auch Studierende. Es bedarf verstärkter Anstrengungen Lehrenden Weiterbildungsangebote zu digitalen Kompetenzen anzubieten und Sie zu motivieren diese auch in Anspruch zu nehmen. Curricula sind zu durchforsten ob die in der Berufswelt benötigten digitalen Kompetenzen ausreichend vermittelt werden. Die COVID-19 Krise hat die Bedeutung überfachlicher digitaler Kompetenzen in den Vordergrund gerückt. Diese Future Skills müssen gerade in das Studium der Gesundheitsberufe integriert werden, denn sie werden in den kommenden Jahren nicht nur für das Berufsleben, sondern auch für die gesellschaftliche Teilhabe von entscheidender Bedeutung sein. (Winde, 2020)

Literaturverzeichnis

Al-Shorbaji, N. (2013). The World Health Assembly Resolutions on eHealth: eHealth in Support of Universal Health Coverage. Methods of Information in Medicine, 52(06), pp. 463–466. doi: 10.1055/s-0038-1627062.

Bundesministerium Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (2020). Digital Economy and Society Index(DESI). Verfügbar unter: https://www.bmdw.gv.at/Services/Zahlen-Daten-Fakten/DigitalesInZahlen/Digital-Economy-and-Society-Index.html

Health Education England. (2017) Improving digital literacy. RCN publication code: 006 129. Retrieved from: https://hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Improving %20Digital%20Literacy%20-%20HEE%20and%20RCN%20report.pdf.

Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft (DESI) Österreich (2020). Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/scoreboard/austria

Klemen, S. (2020). E-Health nach COVID-19: Endlich nachhaltige Lösungen statt zurück in die Vergangenheit. IHE Austria, 24 August. Verfügbar unter: https://www.ihe-austria.at/mitgliederversammlung-2020/

Lang, M, Steszgal, J, Graf, N, Aldrian, S. (2021)“ E-Health und COVID-19. Was war möglich?“ In: COVID-19. Eine multiperspektivische Betrachtung. Leykam Graz

Larnhof, K. (2020). Beschleunigt das Coronavirus die Digitalisierung? Plaut aktuell. Verfügbar unter: https://www.msg-plaut.com/at/news/beschleunigt-coronavirus-digitalisierung

Reichel, D. K. and Reichel, R. (2019) ‘Digitale Kompetenzen für die Pflege 4.0’, p. 21.

Terry, J. et al. (2019) ‘Improving the digital literacy competence of nursing and midwifery students: A qualitative study of the experiences of NICE student champions’, Nurse Education in Practice, 34, pp. 192–198. doi: 10.1016/j.nepr.2018.11.016.

Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation, 27(2), pp. 237–246. https://doi.org/10.1177/1098214005283748

Thiel, R., Deimel, L., Schmidtmann, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J., Stroetmann, V., Stroetman, K. (2018). Smart Health Systems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Bertelsmann Stiftung

Winde, M., Werner, S.D., Gubmann, B., Hieronimus, S. (2020). Hochschulen, Corona und jetzt? Stifterverband für die deutsche Wissenschaft e.V., McKinsey & Company. Essen.

Autor

Markus Lang MNurs(Hons)BSc

Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger in Graz. Stationen als Krankenpfleger beinhalten Dialyse (Österreich und England). Langjährige internationale Berufserfahrung in Senior Nursing Positionen im Intensivbereich in England (General Intensive Care, Royal Sussex County Hospital) und New Zealand (Nurse Educator, Department of Critical Care Medicine, Auckland City Hospital). BSc in Professional Clinical Practice an der University of Brighton und Master of Nursing, MNurs (First Class Honours) an der University of Auckland Pflegerische Interessensgebiete: nursing in acute care, simulation training, human factors, quality management in health care, health promotion.

Autor

DI Johann Steszgal CMC

Ausbildung zum Informatiker an der TU Wien mit einem gleitenden Übergang zum Universitätsassistenten an der WU mit Schwerpunkt Künstliche Intelligenz. Seit damals als Lektor an Unis und FHs tätig. Selbständig als Unternehmer und geschäftsführender Gesellschafter mehrerer Unternehmensberatungs- und IT-Firmen sowie StartUps, zuständig für die Bereiche Forschung und Entwicklung (Leitung von zahlreichen Forschungs¬projekten insbesondere mit AI-Bezug), Standards (insbesondere IT-Security und E-Health (Mitglied von HL7 Austria)) sowie Qualitäts- und Risk-Managementsysteme.

Autor

Mag. phil., Dr. phil. Erwin Gollner MPH, MBA

Trainingstherapeut, Gesundheits- und Arbeitspsychologe, systemischer Organisationsberater mit Public Health Ausbil¬dung, Prof. (FH), Fachhochschule Burgenland; Lektor Medizinische Universität Wien; Arbeitsgebiet: Settingentwicklung in der Gesund¬heitsförderung, gesundheitsförderliche Organisations-entwicklung in Betrieben. Leitung des Bachelor-Studienganges Gesundheitsförderung und Gesundheits¬management sowie Departmentleiter Gesundheit an der Fachhochschule Burgenland. Leitung Stabsarbeit des COVID-19 Krisenstabes der FH Burgenland.

Beratung im Kontext von Advance Care Planning (ACP)

Innerhalb der letzten zwei bis drei Jahrzehnte etablierte sich Beratung als pflegerische Tätigkeit in Mitteleuropa zunehmend. Sie wird als grundlegende pflegerische Aufgabe betrachtet und kann in einigen (immer noch wenigen) Bereichen explizit abgerechnet werden. Für einige Pflegende ist Beratung sogar zur Haupttätigkeit geworden.

Advance Care Planning (ACP) stellt dabei ein vergleichsweise junges und noch nicht intensiv bestelltes Feld von Beratung durch Pflegende im deutschsprachigen Raum dar. Es handelt es sich hier um ein Konzept, das in den 1990er Jahren in den USA entwickelt wurde (Coors 2018) um traditionelle Vorsorgeinstrumente wie z.B. die Patient*innenverfügung zu ergänzen und so den Willen der einzelnen Person konsequent zur Geltung zur bringen (in der Schmitten et al. 2019). Menschen sollen dabei unterstützt werden, wohlüberlegte und dem eigenen Willen entsprechende Entscheidungen für zukünftige Situationen zu treffen, in denen sie möglicherweise medizinische, pflegerische und andere fürsorgende Unterstützung benötigen. Hierbei spielt die Dokumentation des Prozesses und der Entscheidungen eine zentrale Rolle. Für den Fall, dass eine Person nicht mehr in der Lage ist, selbst aktiv Entscheidungen treffen zu können, soll die Versorgung und Behandlung dennoch nach dem eigenen, formulierten Willen durchgeführt werden können. Insofern beschreibt ACP einen Kommunikationsprozess, der die Werte, Überzeugungen und Präferenzen einer Person in Bezug auf ihre zukünftige Versorgung in gemeinsamen Gesprächen in den Blick nimmt und dokumentiert. Das Konzept versteht die gesundheitliche Vorausplanung als einen lebenslangen Prozess, der nicht nur auf krisenhafte Situationen begrenzt ist (Richter-Kuhlmann 2019) und daher bestenfalls ein gesamtes Erwachsenenleben umfasst.

Die grundsätzliche Konzeptidee wurde in verschiedenen Ländern, auch für den deutschsprachigen Raum, adaptiert und angepasst. Vielerorts wird dabei weiterhin von ACP gesprochen. Es finden sich jedoch auch Bezeichnungen wie Behandlung im Voraus planen (BVP) oder Gesundheitliche Vorausplanung.

So unterscheidet beispielsweise das schweizerische Nationalkonzept Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt „Advance Care Planning“

1. die *Allgemeine Vorausplanung* (planning), als die grundsätzliche Planung für unterschiedliche Lebensbereiche – nicht nur bezogen auf Gesundheitsfragen –, die Personen jeden Alters im Blick hat. Thematisch können hier ein Testament, finanzielle Regelungen oder - für den Fall einer dauerhaften Urteilsunfähigkeit - ein Vorsorgeauftrag oder mögliche Therapieziele angesprochen werden.
2. Die *krankheitsspezifische Vorausplanung für Betreuung und Behandlung* (care planning), die als fortlaufender Prozess zwischen Personen mit z.B. einer chronisch fortschreitenden und möglicherweise lebensverkürzenden Erkrankung, deren Angehörigen und professionellen Fachpersonen verstanden wird. Inhaltlich können individuelle Behandlungswünsche und auch Optionen im Fall von Komplikationen thematisiert werden. Die auf zukünftige Situationen ausgerichtete Planung bezieht sich primär auf Situationen, in denen die eigene Urteilsfähigkeit nicht eingeschränkt ist Allerdings werden solche Entwicklungen häufig mitgedacht. Insofern besteht ein fließender Übergang zur
3. *gesundheitlichen Vorausplanung für den Zeitpunkt der eigenen Urteilsunfähigkeit* (ACP), bei der es für Personen in den letzten Lebensmonaten um Wünsche bezüglich lebenserhaltender Maßnahmen oder spezifischer Therapien gehen kann. Im Wesentlichen zielt ACP darauf, den Willen einer Person in medizinisch klare Handlungsanweisungen zu übersetzen – und zwar auch noch dann, wenn Urteils- und Entscheidungsfähigkeit nicht mehr akut gegeben sind

(Bundesamt für Gesundheit BAG 2018).

In Deutschland wurde 2015 durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) die Refinanzierung von ACP/BVP für Pflegeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe ermöglicht (Coors 2018). Unter der Bezeichnung *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase* findet sich die gesetzliche Umsetzung

in Krankenversicherungsgesetz (§132g SGB V). Dadurch wurde die Vergütung des Prozesses explizit nur für bestimmte Personengruppen geschaffen, nämlich für Menschen mit sogenannter Behinderung und Menschen in Pflegeheimen, die Versicherte gesetzlicher Krankenkassen sind. Den genannten Personen bzw. ihren gesetzlichen Vertretern kann durch die Einrichtungen das Angebot zu einem Beratungsprozess ACP/ BVP unterbreitet werden (proaktives Angebot). Das Angebot sowie die Inanspruchnahme sind freiwillig und die Einrichtung kann diese Leistung nach Durchführung über die gesetzliche Krankenkasse abrechnen. Insbesondere unter ethischen Aspekten wird über diese Form der Umsetzung zu Recht heftig diskutiert. Diese Diskussion wird jedoch an dieser Stelle nicht aufgegriffen. Diese Artikel fokussiert den Umgang mit Beratung innerhalb von ACP/BVP.

Der Beratungsprozess im Rahmen von BVP stellt einen Spezialfall gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) in einem sehr sensiblen Themenbereich dar (in der Schmitten et al. 2019). Zur Umsetzung eines qualitativ hochwertigen Prozesses hat der GKV Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) mit den Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf Bundesebene Inhalte und Anforderungen an das Konzept der nationalen gesundheitlichen Versorgungsplanung vereinbart. Ein bedeutsamer Teil sind die festgeschriebenen Qualifikationsanforderungen an die Berater*innen.

Als Grundqualifikation sind eine abgeschlossene Berufsausbildung (z.B. als staatlich examinierte Gesundheits- und Kranken-/Kinderkranken- oder Altenpfleger*in) oder ein einschlägiger Studienabschluss (z.B. Pflegewissenschaften) für Berater*innen verpflichtet. Zudem müssen sie eine mindestens 3-jährige – für die gesundheitliche Vorsorgeplanung einschlägige Berufserfahrung in der gesundheitlichen Versorgung von schwerstkranken oder sterbenden Menschen im ambulanten oder stationären Bereich nachweisen. Dabei müssen sie mindestens im Umfang einer halben Stelle tätig gewesen sein und dies innerhalb den letzten acht Jahren vor Übernahme der Beratung ausgeübt haben. Dies trifft für viele Angehörige der Pflegeberufe, aber auch für andere Berufsgruppen (Mediziner*innen, Sozialarbeiter*innen etc.) zu.

Als Zusatzqualifikation muss eine 2-gliedrige Weiterbildung gemäß §132g SGB V vorliegen. Die Weiterbildung umfasst sowohl theoretische als auch praktische Anteile. Im praktischen Bereich sind zwei durchgeführte Beratungsprozesse mit insgesamt vier flankierenden Gesprächen unter Begleitung von Dozent*innen in Echtsituationen mit anschließender Reflexion - einschließlich Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation (GKV Spitzenverband 2017) verpflichtend.

Aus beratungswissenschaftlicher Sicht sind im Beratungsprozess zu ACP/BVP unterschiedliche Aspekte bedeutsam. Zu den Beratungskompetenzen gehört es auch, die jeweiligen systemischen Bedingungen des Beratungsgeschehen zu reflektieren (Baumann 2018). Dabei wird bezogen auf ACP/ BVP zunächst deutlich, dass das proaktive Vorgehen das Selbstverständnis von Beratung als freiwillig nachgesuchter Leistung massiv verändert. Proaktive Beratung findet sich in erster Linie dann, wenn Menschen als Zielperson für ein bestimmtes Produkt, für eine bestimmte Dienstleitung angesehen werden. Dies kann für eine Beratung im Kontext von Entscheidungen für die letzte Lebensphase leicht missverstanden werden. Daher ist es von immenser Bedeutung, WIE ein solches Angebot an Personen herangetragen wird. Dies bedeutet auch zwingend zu klären und festzuschreiben, wie ein nicht manipulativer Zugang zu den Menschen gestaltet werden muss. Hierbei spielt selbstverständlich das eigene Beratungsverständnis, die eigene Beratungshaltung eine große Rolle.

Professionelle Beratung bedarf - je nach Beratungsauftrag - nicht immer umfänglicher Sach- und Fachkenntnis bezügliches des Beratungsfeldes. Geht es z.B. in einem Gespräch mit einer pflegenden Familie um das veränderte Rollenverständnis durch die Pflegesituation, müssen Beratende nicht notwendigerweise über fundierte Kenntnisse zu regionalen Pflegeangeboten verfügen. In einer solchen Situation sind andere Kenntnisse z.B. über Familienstrukturen notwendiger. Beratung zur Vorausplanung für die letzte Lebensphase kann jedoch nicht ohne fundierte Kenntnisse zu Erkrankungsverläufen, Behandlungsmöglichkeiten (inklusive vorhandener Infrastruktur vor Ort). Aber natürlich auch das Wissen um die Diversität von Lebensentwürfen und spirituellen Bedürfnissen notwendig. Andererseits sind für jede professionelle Beratung interaktive und kommunikationspsychologische Kompetenzen

(Wissen und Können) Voraussetzung. Um jedoch gerade in sensiblen Handlungsfeldern die Gefahr von Manipulation und Suggestion möglichst zu vermeiden, sind Werte, Haltungen und Menschenbild der Beratenden von großer Bedeutung. „Die Persönlichkeit des Beraters, sein Menschenbild, (…) sowie die ständige kritische Reflexion der Beraterrolle bilden den Rahmen und die Grundlagen für den eigentlichen Beratungsprozess.“ (Bachmair et al. 2014, S. 13). Die Beratenden müssen sich darüber klar sein, dass sie im Interaktionsgeschehen immer auch unbewusst Signale zu ihren eigenen Überzeugungen und Werten senden. Dies muss kontinuierlich reflektiert werden (Baumann 2018).

Da ACP/BVP als Konzept in Deutschland noch nicht weit verbreitet ist (Richter-Kuhlmann 2019), liegen bisher kaum Erfahrungsberichte vor. Was jedoch immer gültig bleibt: Professionelle Beratung muss – auch als Kern des ACP-BVP-Prozesses - personengerecht, nicht-invasiv und selbst erwünscht sein.

Literatur

Bachmair, S., Faber, J., Henning, C., Kolb, R. & Willig, W. (2014). Beraten will gelernt sein: Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. Weinheim/Basel: Beltz.

Baumann, K. (2018). Beratung als Eckstein und Kernelement von ACP. Zeitschrift für medizinische Ethik, 64 (2018), 233-248.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern. Verfügbar unter: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101EE980D45D638BC7EC11.pdf

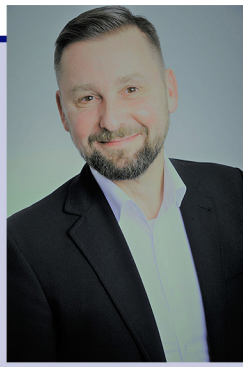
Coors, M. (2018). Von „Advance Care Planning“ zur „Gesundheitlichen Versorgungsplanung“ – Anfänge, Entwicklungen und Adaptionen eines neuen Konzepts. Zeitschrift für medizinische Ethik, 64 (2018), 195-211.

GKV Spitzenverband (2017). Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf

Richter-Kuhlmann, E. (2019). Advance Care Planning: Bislang wenig gelebtes Konzept. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 50, 13. Dezember 2019, A2342-A2344.
in der Schmitten, J., Nauck, F. & Marckmann, G. (2019). Behandlung im Voraus planen. MMM – Fortschritte der Medizin, 11.2019 (161), 38-43.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

Autor



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

martin.schieron@hs-gesundheit.de

MSD
SCHÜTZT
NICHT VOR
KREBS
Gehen Sie zur Vorsorge. Nehmen Sie Behandlungstermine wahr.
Denn nur so können Sie Krebs wirklich etwas entgegenstellen.
Merck Sharp & Dohme GesmbH, Wien. AT-NON-00810. Erstellt November 2020.

Ein menschenzentrierter Designansatz für KI-Technologie in der Pflegepraxis

Es wird prognostiziert, dass in Österreich bis 2030 rund 75.500 Pflegekräfte fehlen werden (Gesundheit Österreich, 2019). Dies kann zu einem Zusammenbruch des Pflegesystems führen. Da wir in einer alternden Gesellschaft leben, wird immer mehr Pflegepersonal benötigt. Dieses ist jedoch schon nach wenigen Jahren Berufstätigkeit ausgebrannt und verlässt zu einem hohen Prozentsatz den erlernten Beruf zugunsten alternativer Karrieren (Hasselhorn et al.2003[1]). Die Herausforderung besteht darin, Schulungs- und Unterstützungswerkzeuge für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln, um Pflegekräfte in Empathiefähigkeiten zu schulen, sie im Beruf zu halten und von aufkommenden KI-Innovationen wie der sozialen Robotik sinnvoll zu profitieren.

Beruflicher Stress wird häufig als primärer Grund für Burnout genannt[2]. Weltweit hat im Pflegebereich die mit der COVID-19-Pandemie einhergehende extreme Belastung zu einem Massentrauma geführt, das den gesamten Berufsstand bedroht. Im Januar 2021 berichtet das „International Council of Nurses“ (ICN): „Nurses are dealing with relentless, unprecedented demands from their patients, resulting in physical exhaustion. But they are also facing enormous mental health pressures leading to serious psychological distress.“

Das ICN erwartet „a wave of post-traumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety, the scale of which we cannot yet determine.[3]“ (siehe auch Krajic et al. 2003). Krankenpflegerinnen und -pfleger haben beschrieben, dass sie „über den Punkt des Burnouts hinaus sind“ und viele unter dem Gefühl „moralischer Verletzung“ leiden, ein Begriff, der typischerweise für Kriegsveteranen verwendet wird. Sie beschreiben sich als traumatisiert, weil sie Dinge erlebt oder getan haben, die gegen ihren inneren Wertekodex verstoßen[4]. Eine Studie in Großbritannien zeigt, dass die Hälfte der Ärzte und des Pflegepersonals über Symptome von posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD), Angst oder Depression berichten und einige das Gefühl äußern, sie wären besser tot. (Greenberg et al. 2021).

Eine signifikant negative Auswirkung hat Stress auf die Empathie gegenüber sich selbst, gegenüber den zu versorgenden Patient.innen sowie auch gegenüber Vertreter.innen aus anderen Gesundheitsberufen im Arbeitsumfeld (Martin et al., 2015). Aus Israel wird berichtet, dass infolge des pandemiebedingt extremen Stresses mehr als 40 % des Pflegepersonals Angst haben, sich um die Kranken und COVID-19-Patienten zu kümmern (ICN 2021).

Empathie ist eine wesentliche menschliche Fähigkeit, die es uns ermöglicht, Beziehungen zu anderen konstruktiv zu gestalten. Die Kombination aus Stress und der damit einhergehenden Erosion von Empathie kann dazu führen, dass Menschen in Pflegeberufen emotional zerbrechlich und desillusioniert werden und ihren ursprünglichen menschlichen Qualitätsanspruch aufgeben. Dieses Phänomen wurde während dieser Pandemie deutlich sichtbar. In Japan zum Beispiel berichten Krankenhäuser, dass 15 % des Pflegepersonals in dieser Zeit kündigten.

Laut Prognose des ICN wird es weltweit zu einem Mangel von 14 Millionen Pflegekräften führen, falls 10-15% des Pflegepersonals wegen COVID ausscheiden[5]. Dies entspricht etwa der Hälfte der derzeit weltweit tätigen Krankenpflegerinnen und -pflegern. Das ICN fordert Regierungen zu raschen Gegenmaßnahmen auf, um den Pflegeberuf zu schützen und zu stützen (ICN 2021).

Vor der Pandemie haben einige Länder im Bereich der Gesundheitsversorgung viel Geld in die Entwicklung von Künstlicher Intelligenz/Maschinenlernen/sozialen Robotern investiert. Um den bereits vorhandenen Mangel an Pflegekräften auszugleichen hat z.B. Japan mehr als 30 % seines BIP in die Entwicklung „sozialer Robotik“ investiert. Es wird erwartet, dass im Gesundheitswesen bis 2025 die weltweiten Ausgaben für KI 36,1 Mrd. $ erreichen werden, und „healthcare teams will be significantly impacted as innovations such as intelligent robots are launched into healthcare and patient home settings“ (Robert 2019). In Japan sollen soziale Roboter so alltäglich werden, wie es Smartphones heute bereits sind[6].

In den USA und Großbritannien werden KI-/Maschinenlern-Technologien entwickelt, um einige Aufgaben zu ersetzen und die Praktiken im Gesundheitswesen zu erweitern (Googman, 2010): Ma-

schinenalgorithmen sollen in Zukunft bestimmte Aufgaben wie das Sammeln und die Verarbeitung umfangreicher Patient.innen-Daten sowie grundlegende administrative Aufgaben wie etwa die Terminplanung übernehmen. Diese Aufgaben sind zeitaufwändig und halten das Pflegepersonal davon ab, Patient.innen empathisch zu begegnen. Mit der neuen Technologie soll das Pflegepersonal „frei" werden, um sich auf menschlicher Ebene um Patient.innen kümmern zu können.

Um sicherzustellen, dass digitale Technologien in Hinkunft mit der Pflegepraxis auf menschenzentrierter (Cooley, 1987, Gill 2015) und nicht auf maschinen- und managementzentrierter Weise kooperieren, wäre im Designprozess die aktive Partizipation von Pflege- und Gesundheitspersonal notwendig (Gill 2020). Im Hinblick auf eine zukünftige Mensch-Maschine- Beziehungsgestaltung wäre die Wahl eines menschenzentrierten Designansatzes unerlässlich, um die Empathiefähigkeit des Pflegepersonals erhalten bzw. fördern zu können.

Menschenzentriertes Design ist aus der deutschen[7], skandinavischen[8] und britischen[9] Designbewegung hervorgegangen. Es wurzelt in partizipativer- und Aktionsforschung[10], um KI-Technologien zu entwerfen, die als empathischer Gestaltungsansatz[11] mit dem impliziten Wissen von Menschen arbeiten können, z.B. wie wir Entscheidungen und Bewertungen im Augenblick treffen, und was dies ermöglicht.

In den 1980er und 1990er Jahren versuchte die KI-Bewegung der „Expertensysteme", dieses implizite Wissen explizit zu machen, „künstliche" Experten zu schaffen. Hierzu ein Beispiel: Wenn Sie heute in eine Bank gehen, um eine Hypothek zu beantragen, gibt jemand vordefinierte Informationsparameter ein und die Maschine entscheidet. In der Vergangenheit wurden derartige Entscheidungen von einem/r Manager.in getroffen. Das bedeutet, dass heute ein Maschinenalgorithmus jemanden ablehnt, von dem ein erfahrener Manager weiß, dass er risikoscheu und zuverlässig und vertrauenswürdig ist. Problematisch ist, dass dieses implizite Wissen des Managers nicht mehr relevant ist, und die algorithmischen Entscheidungen auf der Grundlage enger generischer Vorhersagen getroffen werden. Ein derartiges Vorgehen steht für einen managementzentrierten oder maschinenzentrierten Designansatz.

Was ist implizites Wissen? In unserer professionellen Arbeit lernen wir eine Vorgehensweise und werden darin so geübt, dass wir es in dem Moment einfach tun und Entscheidungen treffen. Manche nennen das „Intuition", andere nennen es „Bauchgefühl". Wie kommt es zum Beispiel, dass eine erfahrene Pflegekraft den Zustand einer/s Patientin an der Färbung der Haut oder einer leichten Gesichtsregung einzuschätzen vermag? Polanyi (1966) beschreibt unsere geschulte Wahrnehmung als eine „Gestalt". Beispielsweise erkennen wir ein Gesicht, indem wir seine Merkmale wahrnehmen, ohne auf jedes einzelne Merkmal zu achten. Er beschreibt zwei Ebenen menschlicher Erfahrung: zum einen das Erfassen dessen, was eine Situation in diesem Moment ist (das Ganze), und zum anderen das Gewahrsein der Merkmale, die sie ausmachen (Teile). Betrachten wir nur die Teile, verpassen wir das Ganze. Diese Ebenen können nicht ineinander übergehen, und sie können nicht voneinander getrennt werden. Aus diesem Grund beschreibt Polanyi implizites Wissen als ein „mehr wissen, als wir sagen können".

Die KI sammelt die Teile, und setzt sie vorgegebenen Regeln folgend zusammen. Damit simuliert sie jedoch nur einen Aspekt menschlichen Handelns. KI ist nicht in der Lage, oben genannte menschliche Fähigkeiten impliziten Wissens zu erfahren und zu entwickeln.

Daher müssen wir im Bereich der Pflege- oder Therapiepraxis sorgfältig darüber nachdenken, zu welchem Zweck wir KI-Simulationstechnologien wie z. B. soziale Roboter entwickeln, und ob diese überhaupt dazu geeignet sind, die Praxis im Sinne empathischer Patient.innenpflege zu ergänzen.

Ein menschenzentrierter Designansatz würde das implizite Wissen des Pflegepersonals in den Mittelpunkt stellen und eine Technologie entwickeln, die die empathischen Fähigkeiten des Pflegepersonals besser unterstützt und anerkennt, dass Empathie zwischen Pfleger.in und Patient.in ein wechselseitiger Prozess ist. Eine Studie in den USA gibt Hinweise darauf, dass empathische (kognitive) Fähigkeiten von Pflegeschüler.innen bereits innerhalb des ersten Ausbildungsjahres erodieren. Als wesentlicher Faktor hierfür wurde die Verschiebung hin zu einer technisch- wissenschaftlichen Vorstellung von Pflege identifiziert (Mutabazi et al, 2018).

Ein management- bzw. maschinenzentrierter Ansatz kann die Fähigkeit zur Empathie weiter aushöhlen, auch wenn die Absicht darin bestehen mag, den Pflegekräften zu helfen und die Patientenversorgung zu verbessern. Ein

Beispiel hierfür kommt aus den USA, wo am Digital New Haven Hospital ein maschineller Lernalgorithmus eingeführt wurde, der einen Rothman-Index-Score[12] auf die Daten anwendet, die von Intensivpfleger.innen zur Überwachung von Patient.innen eingegeben werden. Damit die KI (das maschinelle Lernen) bei der Überwachung von Risikopatient. innen effektiv arbeiten kann, muss das Pflegepersonal seine Beurteilungsdaten synchron zu den Verarbeitungsanforderungen der Maschine zeitnah dokumentieren und eingeben. Es bleibt abzuwarten, wie das Pflegepersonal dies langfristig handhaben wird. Eigentlich ist die Idee, dass ein solcher Algorithmus das Pflegepersonal unterstützt. Ein unerwünschter Nebeneffekt könnte jedoch sein, dass die durch den Algorithmus entstehenden technisch- zeitlichen Anforderungen der Pflege neue bzw. zusätzliche zeitliche Beschränkungen auferlegt.

Ein weiteres Beispiel betrifft soziale/begleitende Roboter, die lernen sollen, pflegerische Aufgaben wie z. B. die Unterstützung beim Gehen, die Messung von Vitalparametern, die Verabreichung von Medikamenten etc. zu übernehmen. In den USA geht man davon aus, dass das Pflegepersonal 8 - 16 % seiner Arbeitszeit mit solchen Tätigkeiten verbringt, die heute als „nicht-pflegerische“ Handlungen bezeichnet werden. Diese sollen an soziale Roboter und daher delegiert werden können, d. h. an „soziale“ Roboter mit dem Versprechen delegiert werden, dass dem Pflegepersonal diese Zeit für ihre Patient.innen „zurückgegeben“ wird. Die Vision ist, dass Pflegepersonal in der Lage sein wird, eine kontinuierliche und menschliche Pflege zu gewährleisten, und dabei mit Datenwissenschaftler.innen kooperiert, um „das Beste aus dem zu machen, was die Technologie zu bieten hat“.

In dieser Vision der sozialen Roboterassistenten und -begleiter sowie der Arbeit mit maschinellen Algorithmen zur Überwachung von Patient.innen fehlt die Diskussion über Empathie. Es bedarf einer kritischen Reflexion über das Konzept einer von sozialen Robotern simulierten „kognitiven“ Empathie. Diese Form der Empathie ermöglicht es uns, die emotionalen Befindlichkeiten anderer zu „erkennen“ und deren Emotionen anhand von Merkmalen ihrer Mimik zu identifizieren. Dies könnte uns motivieren, Hilfe anzubieten. Allerdings ist die Fähigkeit zur kognitiven Empathie u.a auch ein Merkmal psychopathischer Patient.innen. Sie sind sehr gut darin die Emotion anderer Menschen zu erfassen, allerdings fehlen ihnen die mit „emotionaler Empathie“ assozierten Gewissensbisse.

Man könnte argumentieren, dass die Entwicklung von auf kognitiver Empathie basierenden „sozialen Robotern“ möglicherweise zu „psychopathischen“ Maschinen führen könnte.

Im Vergleich dazu ist die emotionale (affektive) Empathie biologisch mit dem Erleben von Emotionen verbunden, was zu empathischer Sorge um andere führt und uns dadurch motiviert, Hilfe anzubieten. In der Pflege geht es um eine Kombination aus emotionaler, kognitiver und motivationaler Empathie. KI kann jedoch nur die kognitive Empathie ansprechen.

Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass das Design von KI-Systemen für die Anwendung in der Pflegepraxis dieser Komplexität von Empathie zu entsprechen vermag. Dies gilt gleichermaßen für die Ersetzung von Tätigkeiten wie z.B. dem Sammeln / Verarbeiten von Patient.innendaten, der Durchführung von Patient.innenversorgung (z.B. Gehen, Heben, Begleiten), wie auch bei der Unterstützung der konkreten Pflegetätigkeit an dem/der Paptienten/in durch künstliche „Assistenten“.

Im berechtigten Wunsch, KI-Technologien im Sinne von „Fortschritt“ und „Effizienz“ einzusetzen, gilt es ihre Grenzen in jenen Bereichen anzuerkennen, wo in der täglichen Praxis Empathie und menschliche Beziehungen im Vordergrund stehen (müssen).

Ein menschenzentrierter Designansatz für KI-Technologie müsste eine empathische Pflegepraxis unterstützen, und die Empathiefähigkeit des Pflegepersonals fördern. Um zu verstehen, wie dies zu bewerkstelligen ist, gilt es zunächst die Empathie in der Pflegepraxis zu erforschen und herauszufinden, wie wir diese wichtige menschliche Kompetenz bestmöglich unterstützen können.

Derzeit stehen die Vertreter.innen des Pflege- und Therapiepersonals, Ärzt.innen und Psychotherapeut.innen in einem systembedingten Spannungsverhältnis zwischen kognitiver und emotionaler Empathie. Derzeitige Gesundheitssysteme fördern ein Bild von „Professionalität“, das Objektivität mittels menschliches Distanz zu erreichen versucht. Ein häufiges Argument hierfür ist, dass zu große emotionale Resonanz das Risiko für Burnouts erhöht, und die Effizienz und Effektivität des Gesundheitspersonals gefährdet.

Patient.innen brauchen jedoch in ihrem Genesungsprozess neben einer fachlich kompetenten Versorgung auch eine fürsorglich und empathisch agierendes Gesundheitspersonal. Anstelle der Diskrepanz zwischen „kognitiver“ und „emotionaler“ Empathie, kann Empathie als „an iterative process of emotional resonance and curiosity about the meaning of a clinical situation for the patient“ betrachtet werden (Jeffrey, 2016). Darüber hinaus ist menschliche Empathie immer dann gefragt, wenn wir zum Beispiel einen Patienten in der Notaufnahme reanimieren, einer Mutter die Nachricht, dass ihr Kind im Sterben liegt, überbringen, oder wenn wir eine/n Patientin/en rehabilitieren, damit sie nach einer Verletzung an Bein oder Wirbelsäule wieder gehen oder nach einem Schlaganfall den Arm wieder bewegen kann.

Die Bewegung der narrativen Medizin[13] ist ein vielversprechendes Beispiel dafür, wie in der klinischen Arbeit die Einbeziehung von Empathie einen geistig-emotionalen Raum für das Gesundheitspersonal schafft, der Diagnosestellungen und die daran anschließenden Behandlungen auf den Prinzipien des „einfühlsamen Zuhörens“ und menschlicher „Fürsorge“ begründet. Mittlerweile ist unbestritten, dass dies die Resilienz stärkt und zu genaueren und effektiveren Diagnosen führt. Im Gegensatz zur zuvor beschriebenen Idee von „Objektivität durch Distanzierung“ ist eine Narrative Medizin durch die Erkenntnis motiviert, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen aufgrund mangelnder Verbindung und mangelnder Selbstfürsorge, d.h. mangelnder emotionaler Empathie, ins Burnout gleiten[14]. Diese Arbeit stellt den Glauben in Frage, dass emotionale Abgrenzung zu einer besseren Diagnose und Behandlung führt.

Parallel zur vor allem in den USA etablierten Bewegung der narrativen Medizin gibt es auch in anderen Ländern wachsende Forschung darüber, wie im Sinne der Förderung von Resilienz die empathischen Fähigkeiten von Gesundheitspersonal verbessert werden kann. Zum Beispiel zeigte im Rahmen des „Josef Ressel Zentrums für die Grundlegung einer personalisierten Musiktherapie“ in Krems, dass Mitarbeiter. innen von ProMente nach einem sechswöchigen Empathie-Training gefolgt von einem dreimonatigen Selbsttraining“ zu besserem Stressmanagement in der Lage sind (Janssen et al. 2020).

Der Ansatz der Narrativen Medizin rückt zudem in den Blickpunkt, dass Empathie die menschliche Vorstellungskraft fördert und die Künste den Aufbau von empathischen Verbindungen unterstützen. So sind zum Beispiel in Großbritannien die Künste bereits als eine starke Kraft zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens anerkannt, so dass Ärzt.innen Kunst als Behandlungsform verschreiben können.

Belege hierfür kommen aus allen Bereichen der Kunst, vor allem aber aus Gruppenaktivitäten wie Singen in Chören, Tanzen, Trommeln und Gemeinschaftskunst (siehe z. B. Behrends et al., 2012; Clift et al. 2010; Creech at al. 2013; Fancourt et al. 2016; Perkins et al, 2016). Erklärt werden die positiven Effekte aus der Kombination sozialer Prozesse, der interpersonellen Synchronie (der Synchronisation mit anderen Menschen) sowie positiven Beziehungsangeboten (siehe zum Beispiel Hove & Risen, 2009; Malloch & Trevarthen, 2009; Miles et al., 2009; Kelleher et al., 2014; Rabinowitch & Nafo-Noam, 2015; Fancourt et al., 2019; Foubert et al., 2020).

Die WHO hat kürzlich einen Bericht über die potentielle Rolle der Künste im Hinblick auf die Gesundheit veröffentlicht (Fancourt und Finn 2019). In diesem Dokument wird u.a. darauf hingewiesen, dass Musizieren einen positiven Einfluss auf psychosoziales Handeln hat. Das Musizieren in einer Gruppe führt zu positiver Selbst- und Gruppenwahrnehmung. Auf diese Weise wird die Aufmerksamkeit von belastenden Lebensumständen wegführt, und Hoffnung, Geduld sowie allgemeines psychisches Wohlbefinden etabliert. Auch die Arbeiten von Kandel (2012) oder Frankl (2017, 2018) geben gute Einblicke in das sinnstiftende Potential der Kunst.

In diesem Sinne hat auch für das Gesundheitspersonal die Beschäftigung mit den Künsten das Potential, die Aufmerksamkeit weg von negativen Stressoren, hin zu positiveren Leiberfahrungen sowie emotionaler und motivationaler Empathie für Andere lenken (siehe Tucek et al. 2021). Neuere Arbeiten aus der Neurowissenschaft (Kuhlmana et al., 2020) zur Expositionstherapie zeigen, dass der Fokus auf positive Lebenserfahrungen Ängste signifikant reduziert und Depressionen lindern kann. Zudem gibt es deutliche Hinweise auf einen dauerhaften Effekt. Dies könnte auch erklären, warum die ästhetisch-empathische Wirkung der Künste das Wohlbefinden verbessert (siehe Cho, 2019; Cross et al., 2012; Gonzalez et al, 2019; King & Waddington, 2017; Rabinowitch, 2017).

Wir müssen Studierende der Gesundheits- & Krankenpflege, neu ausgebildete Pflegekräfte, sowie jene, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, als Teilnehmer. innen in die Untersuchung einbeziehen, wie sich die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen auf ihre Motivation und empathischen Fähigkeiten auswirken.

Auf diese Weise wird erhoben

Welche Ursache(n) dazu führen, dass Pflegepersonal bereits nach einigen Jahren im Beruf ausscheiden (im Falle Österreichs verstärkt während der COVID-Pandemie) wie sie sich die zukünftige Gestaltung und Nutzung von KI-Technologien zur Unterstützung ihrer empathischen Fähigkeiten vorstellen.

Mithilfe der Methode der Aktionsforschung werden Behandlungen, die diese Ursache(n) adressieren entwickelt und getestet, und im Rahmen einer Längsschnittstudie als Teil der Pflegeausbildung an der IMC Fachhochschule Krems angewendet. Die Behandlungen werden neue Perspektiven für Pflegende eröffnen, um ihre Arbeit als sinnvoll zu empfinden und um in ihrem Beruf zu bleiben und ihn auf eine empathisch nachhaltige Weise zu erneuern.

Literaturverzeichnis

Ansdell, G. (2014) How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life. Farnham: Ashgate.

Behrends, A., Müller, S., Dziobek, I. (2012) Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. In The Arts in Psychotherapy, 39: 107–116.

Carew, P.J. and Stapleton, L. (2014) Towards Empathy: A human-centred analysis of rationality, ethics and praxis in systems development. AI & Society, 29: 149-166.

Cho, E. (2019). The relationship between small music ensemble experience and empathy skill: A survey study. Psychology of Music. https://doi.org/10.1177/0305735619887226

Clift, S., Nicol, J., Raisbeck, M., Whitmore, C., & Morrison, I. (2010). Group singing, wellbeing and health: A systematic mapping of research evidence. Sidney De

Autorin

Satinder Gill PhD
schrieb ihre Disseration im Feld der Experimentellen Psychologie. Sie verbrachte Forschungsaufenthalte u.a. in Japan, Finnland sowie an der Stanford University USA. Satinder Gill arbeitet am Zentrum für Musik und Wissenschaft an der University of Cambridge. Ihre wissenschaftliche Expertise liegt im Bereich der Forschungen von Rhythmus, Empathie und Sinnstiftung durch Gesten, Sprache und Stille. Sie untersucht das Wesen von sich prozesshaft entwickelnder menschlicher Präsenz in Kontexten technologiegestützter Kommunikation.

Autor

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

Autor

Markus Golla, BScN MScN
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Institutsleiter & Studiengangsleiter „Gesundheits- und Krankenpflege“ IMC FH KREMS, Journalist & Verleger „Pflege Professionell“

Haan Research Centre for Arts & Health, Canterbury Christ Church University.

Cooley, M.J. (1987) Architect or Bee? The Human Price of Technology. Hogarth Press, London.

Creech, A., Hallam, S., Varvarigou, M., McQueen, H., & Gaunt, H. (2013). Active music making: a route to enhanced subjective well-being among older people. Perspectives in Public health, 133(1), 36-43.

Cross, I., Laurence, F., & Rabinowitch T.C. (2012). Empathic creativity in musical group practices. In G. McPherson, and G. Welch, (Eds.), The Oxford Handbook of Music Education (pp.337-353). Oxford: Oxford University Press.

Fancourt, D. and Williamon, A. (2016). Making Music for Mental Health: How group drumming mediates recovery. Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice, 6, 11.

Fancourt, D., Garnett, C., Spiro. N., West, R., Müllensiefen D. (2019) How do artistic creative activities regulate our emotions? Validation of the Emotion Regulation Strategies for Artistic Creative Activities Scale (ERS-ACA). PLOS One.;14(2):e0211362. doi: 10.1371/journal.pone.0211362.

Fancourt, D. and Finn, S. (2019) What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67).

Frankl, V.E. (2017). Ärztliche Seelsorge: Grundlage der Logotherapie und Existenzanalyse. 7. Auflage. München. dtv.

Frankl, V.E. (2018). Der leidende Mensch: Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. 4. unveränderte Auflage. Bern. Hogrefe.

Gesundheit Österreich (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (Nursing staff demand forecast for Austria. A study by Gesundheit Österreich GmbH on behalf of the Federal Ministry for Labor, Social Affairs, Health and Consumer Protection.) Wien, Nov 2019.

Gill, K.S. (Ed.) (1996) Human Machine Symbiosis: The Foundations of Human -Centred Design, Springer, London.

Gill, K.S. (2020) Prediction Paradigm: The Human Price of Instrumentalism. AI & Society, 35: 509-517.

Gill, S.P. (2015) Tacit Engagement: Beyond Interaction. Springer, London.

González, L.F.B. (2019) Dance as therapy: embodiment, kinesthetic empathy and the case of contact improvisation. Adaptive Behavior, Vol. 27(1) 91–100. DOI: 10.1177/1059712318794203

Googman, D.M. (2010) AI & the future of nursing. https://www.elitecme.com/resource-center/nursing/artificial-intelligence-ai-and-the-future-of-nursing

Greenberg, N. , Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., and Fong, K. (2021) Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. Occupational Medicine. doi:10.1093/occmed/kqaa220

Hove, M. J., & Risen, J. L. (2009). It's all in the timing: Interpersonal synchrony increases affiliation. Social Cognition, 27(6), 949-960.

Howick, J. and Rees, S. (2017) Overthrowing obstacles to empathy in healthcare: empathy in the age of the internet. Royal Society of Medicine, 110(9): 352-357

ICN (2021). The COVID-19 Effect: World's nurses facing mass trauma, an immediate danger to the profession and future of our health systems. 13 January 2021, Geneva.

Janssen, J., Zenzmaier, C., Yap, S.S., Österreicher, P., Simon, P., Wenzel, C., Kaufmann, P., Perkhofer, S., and Tucek, G. (2020) Validation of an Empathy Film with Health Care Students. J Altern Complement Integr Med, 6: 125

Jeffrey, D. (2016) Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. British Journal of General Practice, February 2016: 143-145.

Kandel, Eric 2012. Das Zeitalter der Erkenntnis - Die Erforschung des Unbewussten in Kunst, Geist und Gehirn von der Wiener Moderne bis heute, Siedler. München.

Keller, P. E., Novembre, G., & Hove, M. J. (2014). Rhythm in joint action: psychological and neurophysiological mechanisms for real-time interpersonal coordination. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 369(1658), 20130394.

King, E., & Waddington, C. (Eds.). (2017). Music and empathy. Routledge.

Kulhmana, K.R., Treanord, M., Imbrianoe, G., Craske, M.G. (2020). Endogenous in-session cortisol during exposure therapy predicts symptom improvement: Preliminary results from a scopolamine-augmentation trial. Psychoneuroendocrinology 116 (2020) 104657

Krajic, K., Nowak, P., Vyzlouzil, M. (2003). Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des

diplomierten Pflegepersonals. (Care crisis in Austria? Diagnoses and possible solutions with

an emphasis on developing the working conditions of the qualified nursing staff.) Technical Report, Ludwig Boltzman Institut für Medizin- un Gesundheightssoziologie, Nov 2003.

Lewin, K. (1948) Action research and minority problems. In K. Lewin (Ed.) Resolving Social Conflicts. New York: Harper & Row.

Miles, L. K., Nind, L. K., & Macrae, C. N. (2009). The rhythm of rapport: interpersonal synchrony and social perception. Journal of Experimental Social Psychology 45, 585–589.

Malloch S, Trevarthen C (eds) (2009) Musicality: Exploring the basis of human companionship.Oxford University Press, Oxford

Mutabazi, M.V., Schwartzentruber, A., and Ndahayo, S. (2018) The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy among Undergraduate Nursing Students. Texila International Journal, 4.1: 1-5.

Perkins, R., Ascenso, S., Atkins, L., Fancourt, D., & Williamon, A. (2016). Making music for mental health: how group drumming mediates recovery. Psychology of Well-being, 6(1), 11.

Polanyi, M. (1966). The tacit dimension. Doubleday. 1983 Reprint.

Rabinowitch, T. C., & Knafo-Noam, A. (2015). Synchronous rhythmic interaction enhances children's perceived similarity and closeness towards each other. PLoS ONE, 10, e0120878.

Rabinowitch, T.C. (2017) Synchronisation – a musical substrate for positive social interaction and empathy. In E. King & C. Waddington (Eds.) Music and empathy (pp. 89-96). Routledge.

Rauner, F., Rasmussen, L. And Corbett, J.M. (1988) The Social Shaping of Technology and Work: Human Centred CIM systems. AI & Society, 2: 47-61.

Robert, N. (2019) How AI is Changing Nursing. Nursing Management 50th Anniversary www.nursingmanagement.com

Tucek et al. (In press, 2021) Das Kremser Konzept der Musiktherapie - Zur Bedeutung personalisierter Therapie und Forschung. (The Kremser concept of music therapy - On the importance of personalized therapy and research.). Forthcoming, in Musiktherapeutische Umschau

Fußnoten

[1]https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Uebersetzungen/Ue15.pdf?__blob=publicationFile&v=3

[2]https://www.researchgate.net/publication/262689897_Pflegenotstand_in_Osterreich_Diagnosen_und_Losungsmoglichkeiten_mit_einem_Schwerpunkt_auf_Entwicklung_der_Arbeitsbedingungen_des_diplomierten_Pflegepersonals

[3] https://www.icn.ch/news/covid-19-effect-worlds-nurses-facing-mass-trauma-immediate-danger-profession-and-future-our. The full report is available here.

[4] https://www.nytimes.com/2021/02/25/opinion/nursing-crisis-coronavirus.html?campaign_id=39&emc=edit_ty_20210225&instance_id=27474&nl=opinion-today&regi_id=100923489&segment_id=52313&te=1&user_id=a76ca05d394c6a074b87e7be271f2080

[5] https://www.japantimes.co.jp/news/2020/12/23/national/nurses-quit-hospitals-survey/; http://www.asahi.com/ajw/articles/14053178

[6] https://www.bbc.com/worklife/article/20200205-what-the-world-can-learn-from-japans-robots

[7] Zum Beispiel Soziales Gestalten von Formgebung, Rauner et al. (1988), und Kunst- und Technologiebewegung an der Universität Aachen

[8] Zum Beispiel die Arbeit des schwedischen Zentrums für Arbeitsleben, siehe Goranzon und Josefson (1988)

[9] Zum Beispiel Cooley (1987) und Gill (1987, 1990).

[10] Siehe Lewin (1948)

[11] Zum Beispiel, Carew und Stapleton (2014).

[12] Der Rothman-Index ist ein Schweregradindex, der in die elektronische Patientenakte eingebettet ist. Es werden kontinuierlich 26 oben gezeigte Variablen verfolgt. Diese Daten werden in einen proprietären Algorithmus eingespeist und ergeben eine numerische Bewertung, die die Krankheit des Patienten widerspiegelt. https://www.google.com/search?q=rothman+index+score&rlz=1C5CHFA_enAT892AT892&oq=rothman+index+&aqs=chrome.1.69i57j0l9.6166j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

[13] Film, Regie Ken Browne - Why Doctors Write: Finding Humanity in Medicine

[14] https://www.kbprods.com/portfolio/why-doctors-write/

Pflege neu denken

Im Krankenhaus Göttlicher Heiland hat sich im Februar 2021 das Qualitätsteam Pflege neu aufgestellt. Das Team setzt sich aus den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Stationen und dem Advanced Nursing Practice (ANP) Team zusammen. Ziel dieser Entwicklung ist es, der Qualität in der Pflege zusätzlichen Raum zu geben.

Das ANP Team besteht aus Expertinnen und Experten für Wund- und Stomamanagement, Geriatrie, Pflegequalitätsentwicklung, das Heimaufenthaltsgesetz, Diabetes, Kinaesthetics, Ausbildung und Hygiene.

In einem monatlichen Jour fixe werden allgemeine Hausthemen und stationseigene Vorstellungen, sowie Ideen besprochen. Ziel dieser Besprechungen ist es, dass alle Bereiche von den Ideen einzelner Stationen profitieren und diese aufgearbeitet allen zur Verfügung gestellt werden. Der Austausch unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führt zu neuen Ideen und innovativen Lösungsansätzen.

In einer eigenen digitalen Teamakte des „Qualitätsteam Pflege“ werden für alle Pflegemitarbeitenden Neuigkeiten und Informationen im Intranet gepostet. Über eine Diskussionsmöglichkeit können von allen Evidence based Nursing (EBN) Themenwünsche eingebracht werden, die durch die ANP für Pflegequalitätsentwicklung weiterverfolgt und ausgearbeitet werden.

„Wir haben den „kollegialen Pflegedialog“ (KPD) entwickelt um im Diskurs geeignete Pflegeinterventionen zu identifizieren und rasch umzusetzen,“ erklärt Wolfgang Sissolak, Pflegedirektor des Krankenhauses Göttlicher Heiland. „Besonders bei unerwünschten Ereignissen, wie Stürzen oder komplexen Pflegesituationen gilt es hier, Ursachen zu erkennen und zu lernen.“

Cornelia Pfeffer, Leiterin des Qualitätsteams erklärt die Abläufe: „Um den Dokumentationsaufwand

auf das Wesentliche zu reduzieren und damit die Praktikabilität zu erhöhen, haben wir in der Teamakte ein digitales Tool geschaffen. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren fokussieren sich bei den Meetings auf ein spezielles Thema, wie zum Beispiel einen stattgefundenen Sturz. Die gesetzten Maßnahmen, getroffenen Assessments oder gewählten Pflegediagnosen werden im Pflegeteam analysiert und auf Sinnhaftigkeit, Vollständigkeit und weitere Interventionsmöglichkeiten hin diskutiert und angepasst. Der nochmals reduzierte Dokumentationsaufwand dieses Erfassungstools hat zu einer zusätzlichen Steigerung der Akzeptanz und der Frequenz der KPD geführt."

In einem quartalweise erscheinenden „Pflege.Aktuell" werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über pflegerische Innovationen, wie neue Webinare, One Minute Fortbildungen, stationäre Neuigkeiten und vielem mehr informiert.

Pflegevisite anders auf der Akutgeriatrie

Auf der Station für Akutgeriatrie und Remobilisation (AGR) steht das völlig neu definierte Instrument der Pflegevisite vor der Ausrollung. Es unterscheidet sich maßgeblich von der bisherigen Bedeutung des Begriffes der Pflegevisite. Aus einer Dokumentationsüberprüfung wurde ein Instrument, in dem der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege in Dialog mit Patientinnen und Patienten tritt und gemeinsam Pflegeinterventionen und Ziele definiert.

Sehr positive Rückmeldungen des gehobenen Dienstes zeigen bereits jetzt, dass die Pflegeexpertise dadurch sichtbar gemacht wird und sowohl von Patientinnen und Patienten, als auch Angehörigen und im interdisziplinären Team wahrgenommen wird. Der Weg für die Pflege der Zukunft ist geebnet.

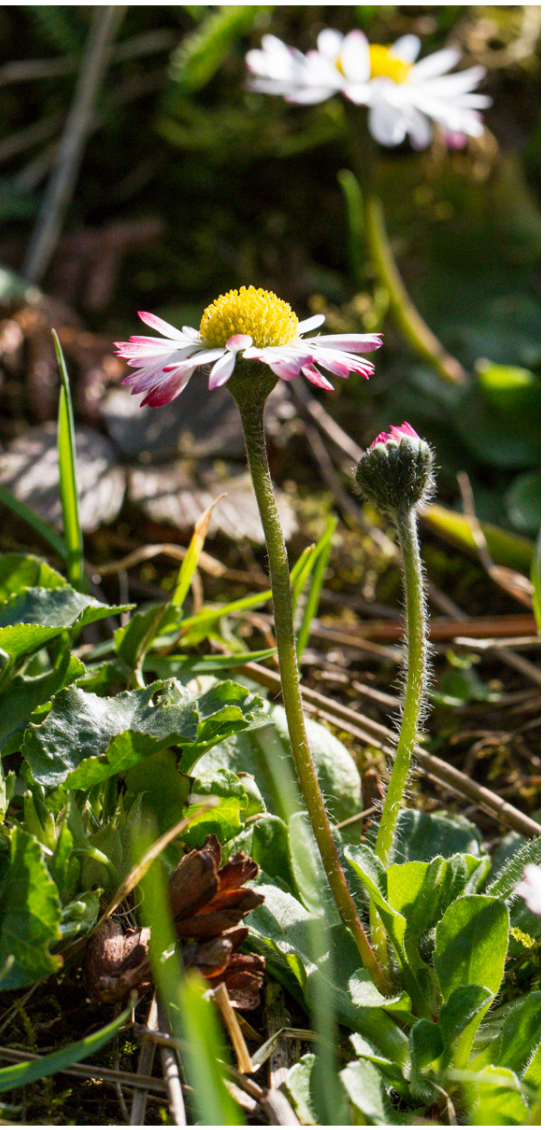
Das Gänseblümchen | Bellis perennis

Das Gänseblümchen gilt als ein Symbol der Widerstandskraft. Seine ausdauernde, allen Widrigkeiten und Tritten widerstehende Kraft macht es zu einem Zeichen der Beständigkeit und auch des ewigen Lebens. Der botanische Name „Bellis perennis“ ist Programm und heißt übersetzt „lieblich, das ganze Jahr hindurch.“

Interessant ist, dass der deutsche Name „Gänseblümchen“ erstmals im 16. Jahrhundert bei Johann Fuchs 1543 aufschien. Davor wurde es Maßliebchen genannt. Man nimmt an, dass der „neue“ Name Gänseblümchen von einem der häufigsten Standorte und Futterpflanze herrührt: Gänsefutter auf den Gänseweiden.

Erst durch die Einführung des kurzen Rasens hat sich das Gänseblümchen immer mehr domestiziert, da es dort die besten Wuchsbedingungen und wenig Konkurrenz vorfindet.

Weitere Namen
Angeblümlein, Angerbleamerl, Augenblümchen, Gichtkraut, Grasblume, Johannisblümli, Klein Beinwellen (althochdtsch), Magdalenenblümchen, Magdlieben, Mairienblümchen, Margarethel (Margeritina (ital.), Margeritli (kleine Margerite -> schweiz.), Marienblümlein, Maßliebchen, Monale (Tirol), Monatbleaml (Salzburg), Monatsröserl, Mosslieb, Osterblume, Palmblumen, Petersblümchen, Ringelrösslein, Ruckerl (Steiermark), Schafblümli, Schweizgerlar (Zillertal), Sommerröschen, Tausendschön, Winterkrönchen, Zeitlose, Zytlosenkrut



Beschreibung

Das Gänseblümchen, ein Korbblütler (Asteraceae), eine kleine, ausdauernde, krautige Pflanze, das ca. 10-15cm hoch wächst.

Aus der grundständigen Blattrosette mit ihren rundlichen bis spateligen, einnervigen Blättern, entspringt ein längerer behaarter, runder Blütenstiel. Darauf sitzen einzelne Blütenköpfchen mit gelben Röhrenblüten (1-1,5mm lang), die von weißen, von den Spitzen verlaufend oft rötlichen, zungenförmigen weiblichen Strahlenblüten 1-reihig umgeben sind.

Die Hüllblätter legen sich bei Nacht oder Regen (bis zu sechs Stunden zuvor) um die Blütenblätter und die Blütenköpfe senken die Köpfchen.

Gänseblümchen gehören zu den tagneutralen Pflanzen (wie auch der Feinstrahl), die unabhängig von der Tageslänge blühen – im frühen Frühling genauso wie im Sommer bei langem Sonnenschein.

Die Früchte sind zusammengedrückte Achänen (1-1,5mm) ohne Pappus, die durch Wind oder Tiere verbreitet werden. Die Vermehrung von Gänseblümchen findet sowohl generativ (durch Samen) als auch vegetativ statt (Teilung aus Mutterpflanze heraus ohne notwendiger Bestäubung).

Es wächst auf Wiesen, Weiden, Rasen von der Ebene bis in die alpine Stufe (bis ca. 2.000m) in fast ganz Europa. Die Gattung Bellis umfasst ca. 10 Arten, die insbesondere im Mittelmeergebiet verbreitet sind.

Das Gänseblümchen bevorzugt nährstoffreiche, frische Böden und wächst oft in dichten Lehm- und Sandböden.

Zugeordnet ist das kleine Kraut dem Planeten Venus und der Sonne bzw. dem Mond, was dadurch auch die Vielfältigkeit des Wildkrautes verdeutlicht.

Möglicher Schädlingsbefall kann durch Pilz (Protomycopsis bellidis), Rostpilz (Puccina abscura) oder Blattminierer geschehen.

Historisches

Vor ca. 5.000 Jahren bereits zierte die 16-blättrige Form des Gänseblümchens als häufigstes Element das Tor Ištar [Ischtar] (= eines der Stadttore Babylons) als Zeichen Ištars.

Im 3. Jahrhundert wurde der Kopfschmuck von Königsgräbern mit Gänseblümchen verziert.

Hildegard von Bingen (11. Jhd.) empfiehlt frische Pflanze zur Vermehrung des guten Blutes und Klärung des Verstandes sowie der Augen.

Der französische König Ludwig IX (13. Jhd.) nahm Gänseblümchen mit Lilien in sein Wappen auf und trug einen Ring mit geflochtenem Blütenkranz.

Erstmalige Nennung des Wildkrautes als „Gänseblümchen“ wird Bellis perennis L. 1543 im Kräuterbuch des Leonhart Fuchs (1501-1566) erwähnt, der es als Wundheilmittel, bei Podagra, Hüftweh und Kropf empfiehlt.

Lonicerus (Adam Lonitzer (1528-1586) beschrieb 1564 das Gänseblümchen in seinem Kräuterbuch) auf nüchternen Magen gegessene Gänseblümchen als appetitanregend. In früheren Zeiten galt das Gänseblümchen als Mittel gegen Fieber, Leberentzündungen sowie

alle Arten von Schmerzen. Vermutlich wurde es auch bei Abtreibungen eingesetzt (Apartivum), was dazu führte, dass es nach einer Verordnung von 1793 ausgerottet werden sollte. Sind wir froh, dass es nicht erfolgreich war...

„Niederländische Sprichwörter“ von Pieter Brueghel dem Älteren (1530 - 1569) stellt sämtliche Sprichwörter dar. Darunter auch das Sprichwort „Perlen vor die Säue werfen“. Nur wurden aus den Perlen aufgrund eines Übersetzungsfehlers Gänseblümchen. margarita = Perle (lat.) / marguerite = Gänseblümchen (franz.). Der Künstler wurde zum Gespött der Nation -> „Falsche Perlen (Gänseblümchen) vor die Säue werfen“.

Sagenumwobenes & Brauchtum

Christentum

Laut Überlieferungen zufolge soll das Gänseblümchen aus einer Träne von Maria entstanden sein, daher auch einer ihrer Namen „Marienblümchen“. Marias Flucht nach Ägypten und ihrer Verletzungen, die sich Maria zuzog, soll die purpurne Färbung auf Unterseite der Zungenblüten erklären, als sie für Jesus die Blumen zu seinem Geburtstag bastelte. Das Jesuskind fand die Blüten so hübsch, dass es sie zum Leben erweckte.

Nordische Mythologie

Germanen bezeichneten Gänseblümchen als „Baldus Auge“ oder „Baldus Braue“. Wenn sich die Blüten des Gänseblümchens öffnen, dann kommt die Sonne hinter den Wolken hervor, was im nebeligen Norden eher selten vorkam.

Kelten

Zum Beltaine, das keltische Fruchtbarkeitsfest, wurde die Frühlingsgöttin, Ostara mit Gänseblümchen Margeriten und Weißdorn geschmückt. Ihr wurde das Gänseblümchen geweiht.

In irischer Sage galt das Gänseblümchen als wachstumshemmend. Die Fee Milkah gab dem Königskind heimlich Gänseblümchen damit es nie erwachsen werde. Heute noch werden auf britischen Inseln und bei spanischen Zigeunern Welpen mit Gänseblümchen gefüttert, da sie dadurch besser verkäuflich sind.

Brauchtum

Langstielig wachsende Gänseblümchen sollten ein langes Halmwachstum des Flachses ankündigen.

In der Volksmeteorologie halfen

geschlossene Blüten (bis 6 Stunden zuvor) einen herannahenden Regen zu erkennen.

An Johanni mittags um 12 Uhr ausgegraben und bei sich getragen, würden Gänseblümchen einen gegen die Pest schützen.

Wer getrocknete Gänseblümchen bei sich trägt, die am Johannistag zwischen 12 und 13 Uhr gepflückt wurden, dem geht keine wichtige Arbeit schief.

Wer die ersten 3 Gänseblümchen im Frühjahr isst, ist für den Rest des Jahres frei von Zahnschmerzen, Augenbeschwerden und Fieber.

Drei mit dem Munde abgebissene und nicht mit den Händen berührte Blumen (wie alle magischen Heilpflanzen) sollten Magenbeschwerden vertreiben.

Gänseblümchen in Papier eingewickelt bei sich getragen, sollen bei Prüfungen Glück bringen.

Die Orakelblume

Das Maßliebchen wurde auch gerne als Orakelblume genommen, denn das einzelne Auszupfen der Zungenblüten mit Aufsagen der Möglichkeiten bis zu letzten Blüte, sollte die Zukunft vorhersagen.

Liebesorakel, um herauszufinden, wie der / die Angebetete empfindet:
„liebt mich, liebt mich nicht – liebt mich – von Herzen – mit Schmerzen – ein bisschen – ein wenig – gar nicht.“

Kleine Kinder zupften auch die Zungenblüten als Reaktion der Eltern auf Ungehorsam:
„Schelte – Schläge – gute Worte“

Hauptinhaltsstoffe

Saponine (Triterpensaponine (bis 2,7%), bei denen es sich um Bidesmoside der Polygalasäure handelt, Bayogenin), Gerbstoffe, Bitterstoffe, Inulin, ätherische Öle, Glucoside (Apigenin-7 Glucosid (in den Strahlenblüten), Kämpferol-3-glucosid (in Scheibenblüten, Quercetin-3-glucosid (in Scheibenblüten und Kraut), Isorhamnetin-3-glycosid (in Scheibenblüten)), organische Säuren (Apfel-, Essig- und Oxalsäure), Flavonoide (Cosmosiin), Schleimstoffe.

Wirkung der Inhaltsstoffe | adstringierend, expektorierend (= auswurffördernd – Saponine) antimikrobiell, antihyperlipidämisch (bewirkt eine Senkung des Gehalts an Lipiden und Lipoproteinen im Blutkreislauf – Hyperlipidämie: Störung des Fettstoffwechsels, die eine Erhöhung der Cholesterinwerte, Lipoproteine und Triglyzeride zur Folge hat).

Volksheilkunde

Das Gänseblümchen wird in der Volksheilkunde äußerlich als Heilmittel bei Hauterkrankungen, Akne, juckenden Insektenstichen, Gelenksschmerzen, Furunkel, Ekzeme, und innerlich bei schmerzhafter oder ausbleibender Regelblutung, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, festsitzendem Husten, Angina, Asthma, Bronchitis, Gelbsucht, Nierenschwäche, Ödemen genutzt. Es ist weiters harntreibend und darmregulierend – somit ein richtiger Tausendsassa.

innerlich

Als **Tee** getrunken, hilft Gänseblümchen (Blüten und Blätter) indem es den Stoffwechsel anregt und soll so auch beim Entschlacken und helfen. In lagerfähigerer Form, ist die **Tinktur** ebenfalls hilfreich: 1-3x tgl. 2-5 Tropfen in etwas Flüssigkeit verdünnt nehmen. Die kindertaugliche und alkoholfreie Alternative zum Alkoholaus-

zug ist das Oxymel (= „saurer Honig“). Ca. 1 TL - 1 EL täglich, nach Wunsch mit Wasser verdünnt einnehmen.

äußerlich

Äußerlich angewandt ist Gänseblümchen adstringierend, schmerzlindernd, auch als „sanftes Arnika“ tituliert, hilfreich bei Prellungen, Rheuma, Schürfwunden, Verstauchungen.

Anwendungsvorschläge:

Umschläge mit einem starken Gänseblümchen-Warmauszug:
Zu Brei verarbeitetes Kraut pur oder mit Öl vermischt (z.B. Olivenöl hat ansich auch schon leicht schmerzstillende Eigenschaften).
10-20 Tropfen Gänseblümchentinktur in Wasszer verdünnt auftragen

Dampfbad (z.B. bei unreiner Gesichtshaut) – einfach wie starken Tee zubereiten.

Zerriebene Blätter oder Blüten auf z.B. Insektenstiche, juckende Hautstelle legen

Nutzung

Es kann das gesamte Kraut verwendet werden. Die Blätter schmecken nussig, pikant, ähnlich dem Feldsalat, die Blüten(knospen) riechen nach Heu und schmecken leicht säuerlich, nussig.

Geerntet kann das Gänseblümchen das gesamte Jahr über. Im Frühsommer (rund um den Johannestag (24.6.) soll die Pflanze ihre größte Wirkung entfalten, da sie dann auf dem Höhepunkt ihrer Entwicklung steht.

Kulinarik

In der Küche findet das Gänseblümchen aufgrund des milden, nussigen Geschmacks vielfältigste Anwendung – sowohl pikant als auch süß. Optisch ist es natürlich auch noch ein Aufputz.

Auf Salaten als Beigabe, in Kräuteraufstrichen, in Wildkräuter-Pestos oder als Deko für pikante oder süße Speisen (z.B. Topfen-Joghurt-Creme).

Gänseblümchenknospen-Kapern

Blütenknospen der Gänseblümchen können zu Kräuter-Kapern verarbeitet werden, die herrlich so geknabbert schmecken oder dem Salat noch einen Pfiff verpassen.

Zutaten:

200 ml Wasser
2 EL Salz (am besten unjodiert)
200 ml Essig (nach Vorlieben und Geschmack – ich bevorzuge den naturtrüben Apfelessig)
optional Zwiebel, Thymian
Gänseblümchenknospen

Zubereitung:

Das Salz mit dem Wasser vermischen und die Gänseblümchenknospen hinzugeben – über Nacht mit einem Tuch abgedeckt ziehen lassen.

Den Essig in einem Topf kurz aufkochen und etwas abkühlen lassen. Dann gemeinsam den Essig mit dem Gänseblümchenknospen-Gemisch und den optionalen Zutaten in ein großes Einmachglas mit weitem Hals füllen. Circa zwei Wochen bei Zimmertemperatur ziehen lassen. Danach gekühlt und dunkel lagern.

Schokoblümchen

Dunkle Schokolade, Butter in Wasserbad oder Schokofondue schmelzen,
Frühlingsblüten (Gänseblümchen, Gundelrebe, Löwenzahn (klein), Veilchen,…) durchziehen und auf einem Backpapier mind. 2 Std. auskühlen / aushärten lassen.

Zu Desserts als Deko und als süße Knabberei.

Gänseblümchensalz

Zutaten:

100g Ursalz, 1 Handvoll Gänseblümchenblüten (frisch oder getrocknet), optional eine Vanillestange.

Zubereitung und Nutzung:

Salz mit den Gänseblümchen und mit ausgekratzter Vanilleschote zur gewünschten Feinheit mahlen. Wenn frische Kräuter verwendet werden, dann im Backrohr bei ca. 50°C und leicht geöffneter Ofentüre trocknen lassen. Das Salz ist unbegrenzt haltbar und als Würze bei sämtlichen pikanten Speisen der besondere Kick.

Kosmetik

In der Kosmetik findet das Gänseblümchen auch seinen erfolgreichen Einsatz. Als pflegende Salbe, Creme oder Pflegeöl – so-

wohl als alleinige Zutat als auch in Kombination, je nach gewünschter Wirkung, mit anderen Kräutern.

Gänseblümchenöl

Frische Gänseblümchen in ein hitzebeständiges Gefäß geben und mit Öl (z.B. Olivenöl) bedecken, erhitzen, abkühlen lassen und über Nacht stehen lassen. Am nächsten Tag wieder erhitzen, abkühlen lassen, abseihen und in ein gut verschließbares Gefäß füllen. Kühl und dunkel gelagert ist das Öl 3-6 Monate haltbar.

Gänseblümchencreme

100ml Gänseblümchenöl (Zubereitung s. oben), 10g Bienenwachs.
Zutaten in ein hitzebeständiges Gefäß geben und erwärmen, bis sich das Bienenwachs auflöst. In Cremetigel füllen, fest werden lassen. Die Creme ist mindestens 6 Monate haltbar.

Ein **Badezusatz** (z.B. mit Salz gemischt) oder ein **Gesichtswasser** aus Gänseblümchen-Absud unterstützt gegen Hautunreinheiten, Akne, Ekzeme, Quetschungen. Dafür 15g Gänseblümchen in 150ml. Wasser 5min lang kochen lassen und 10min ziehen lassen.

Festes Deo mit Gänseblümchen

Zutaten:
Ein besonders schonend pflegendes Deo, das keine Flecken hinterlässt, praktisch portioniert auch als Reisedeo perfekt.
2 EL Gänseblümchen, 70 g Kakaobutter, 30 g Natron

Zubereitung:
Kakaobutter in einem hitzebeständigen Gefäß erwärmen bis es flüssig ist, zerkleinerte Gänseblümchen hinzufügen und gut mixen. Auf niedriger Stufe ca. 1 Stunde ziehen lassen und durch einen Tee- oder Kaffefilter filtern. Natron und ggf. 3-6 Tropfen ätherisches Öl (z.B. Salbei, Lavendel) hinzufügen. Die Masse in (Pralinen) Förmchen gießen und gekühlt fest werden lassen.

Anwendung:
Das Deo nach Bedarf auftragen. Die „Pralinen“ sind ca. 6 Monate bei Zimmertemperatur haltbar.

Homöopathie

Urtinktur aus frischer Pflanze wird gegen niedrigen Blutdruck, Entzündungen des Magen / Dams, Rheuma; Behandlung von Blutungen, Blutergüssen, Muskelzerrungen, -schmerzen eingesetzt.

Räucherungen

Beim Räuchern schafft das Gänseblümchen Kontakt zu unserem inneren Kind und verleiht damit der Seele kleine Flügelchen. So können wir die „Erwachsenenwelt“ aus einer anderen Perspektive betrachten.

Quellen:

- Das grosse Kräuter Heilbuch von Kräuterpfarrer Johann Künzle | Albatros (ISBN: 3-491-96162-9), S437f
- https://de.wikipedia.org/wiki/G%C3%A4nsebl%C3%BCmchen (17.4.2016)
- http://www.vitamine.com/heilpflanzen/heilwirkung/antihyperlipidaemisch/
- Nutzpflanzen und ihre Inhaltsstoffe
- Enzyklopädie der Wildpflanzen (Fischer Margot)
- http://www.spektrum.de/lexikon/biologie-kompakt/adventivwurzel/238 (17.4.2016)
- http://shanelledeater-studio.blogspot.co.at/2012_03_01_archive.html (22.4.2016)
- https://de.wikipedia.org/wiki/Adam_Lonitzer (22.4.2016)
- Illustrierte Flora von Mitteleuropa, Band VI, Teil3 von Gustav Hegi | Verlag Paul Parey, S. 29ff
- Natürliche Deos aus Wald und Wiese von Gabriela Nedoma; Servus (ISBN: 9-783710-400957), 2016, S. 30
- https://de.wikipedia.org/wiki/Glucoside (22.4.2016)

Autorin & Links

www.gartenstrawanzerin.at

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

Lärm, Licht und Schmerz im Aufwachraum

Akute Schmerzen zu erleben hat physische und psychische Auswirkungen sowie Auswirkungen auf das soziale Gefüge von Patient*innen.

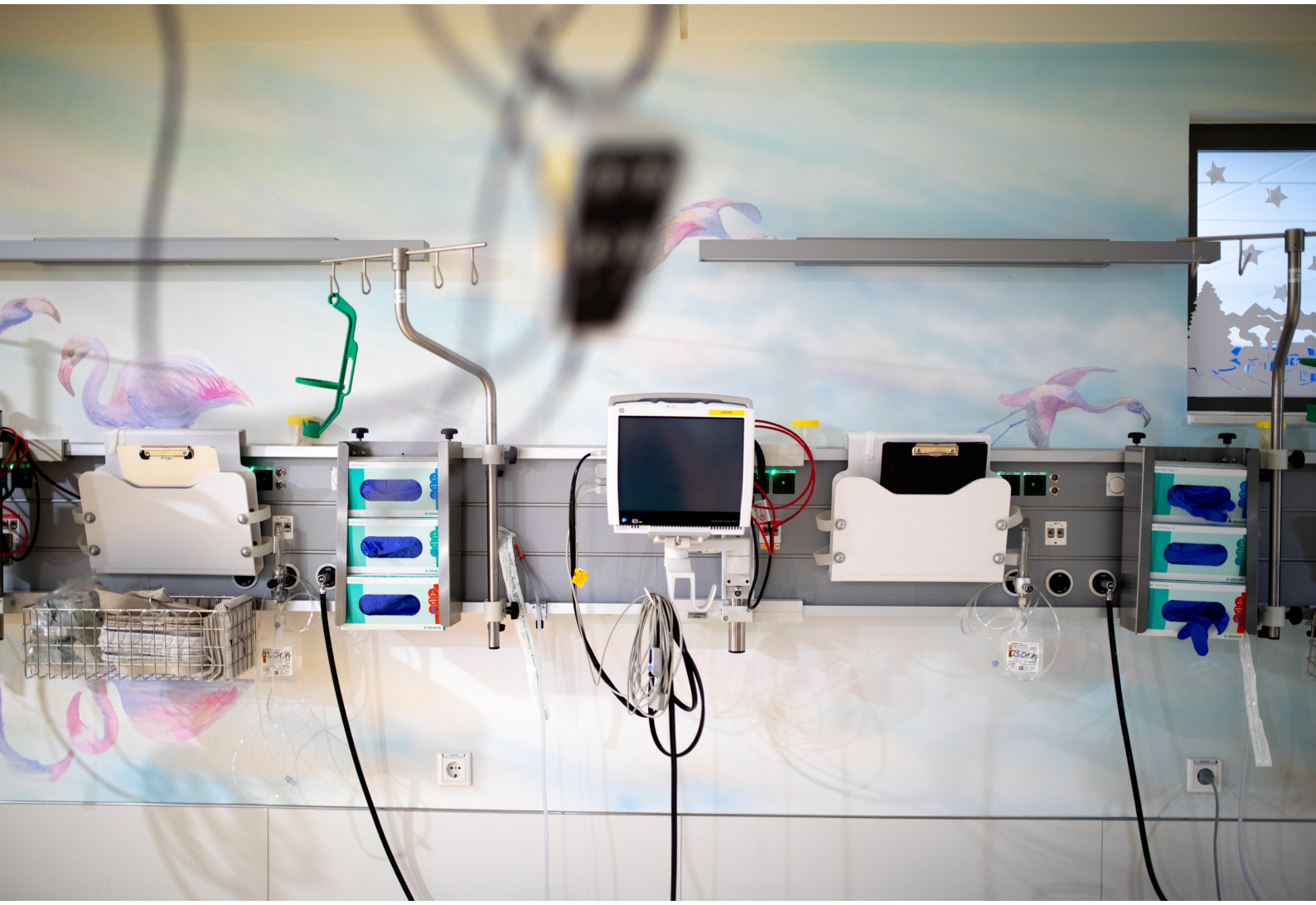
Die Definition von Schmerz ist laut der Weltschmerzorganisation IASP (International Association for the Study of Pain) selbstsprechend: „Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“ (Loeser et al., 2011)

Diese Definition beschreibt den Aspekt der sensorischen Wahrnehmung bzw. der Sinneswahrnehmung. Ebenso wird auf den auch auf den emotionalen Anteil des Schmerzes eingegangen. Das Erleben von Schmerz ist untrennbar durch diese beiden Aspekte, den des sinnlichen und den des emotionalen, verbunden. (Nobis & Rolke, 2016).

Die negativen Folgen von Schmerzen reichen von momentanen Belastungen und Beeinträchtigungen, bis hin zu einer umfassenden und lang andauernden Minderung der gesamten Lebensqualität. Schmerzereignisse haben einen erheblichen Einfluss auf den gesamten Heilungs- und Erholungsprozess. Schmerzen können die Erfahrung von Leid verlängern und damit auch eine längere Aufenthaltsdauer der Patient*innen im Krankenhaus nach sich ziehen. Dies kann wiederum zu weiteren Kosten im Gesundheitswesen führen. (Büscher et al., 2011).

Epidemiologie

Die Relevanz des postoperativen Schmerzes zeigt die Spitalsentlassungsstatistik Österreichs aus dem Jahr 2019, in dem etwas mehr als 1,28 Millionen Operationen durchgeführt wurden (Statistik Austria, 2021). Das Aktionsfeld im Zusammenhang mit dieser Anzahl an operierten Patient*innen



(C) Torben

umfasst den perioperativen, insbesondere jedoch den postoperativen Bereich im Bezug auf Schmerzen (Likar et al., 2017).

Bereits im Jahre 1859 bemerkte Florence Nightingale, dass es sinnvoll sei Patient*innen in einem eigenen Bereich postoperativ zu überwachen (Bartoszek et al., 2004). Die Notwendigkeit der Betreuung von postoperativen Patient*innen im Aufwachraum ist gegeben, weil die Patient*innen durch „die Auswirkungen des Betäubungsverfahrens auf die vitalen Funktionen noch für mehrere Stunden akut gefährdet“ (Horn-Püschel, 2015) sind. Außerdem ist durch einen zentralen Betreuungsschwerpunkt im Aufwachraum die Erkennung von Schmerzen und die Linderung derer gegeben. Aus diesen Gründen bedarf es „einer lückenlosen, intensiven Überwachung.“ (Horn-Püschel, 2015) von postoperativen Patient*innen im Aufwachraum.

Mavridou et al. (2013) zeigten, dass knapp 75 Prozent der Befragten welchen ein chirurgischer Eingriff bevorstand hatten ab der Diagnosestellung Angst und 84 Prozent der Befragten vor den postoperativen Schmerzen. Die Prävalenz für mittelstarke bis starke, postoperative Schmerzen in den ersten 24-48 Stunden nach einer Operation liegen zwischen 40 und 80 Prozent (Brennan et al., 2007; Gan et al., 2014; Gerbershagen et al., 2013; Jaksch et al., 2015; Pschowski & Motsch, 2008; Strohbuecker et al., 2005). Aus diesen Daten lässt sich schließen, dass der postoperative Schmerz immer noch unzureichend behandelt wird (Rothaug et al., 2013).

Das sich daraus ergebende Problem ist, dass nicht ausreichend behandelte, postoperative Schmerzen zu einer Chronifizierung der Schmerzen führen kann. (Likar et al., 2017).

Daher ist es die Aufgabe des verantwortlichen Betreuungsteams in der Anästhesie für eine Umgebung zu sorgen, die Schmerzen sowohl peri- als auch postoperativ zu minimieren hilft. Hierzu gibt es eine Bandbreite unterschiedlichster Ansätze. Einerseits sind medikamentöse Maßnahmen zu nennen, andererseits erhält die Gesundheits- und Krankenpflege mit deren ganzheitlichem Ansatz, durch spezifische Pflegeinterventionen, in der nichtmedikamentösen Schmerztherapie (Riedl, 2006) eine zentrale Bedeutung. (Likar et al., 2017)

Hier kommt nun den Pflegepersonen im Aufwachraum besondere Bedeutung zu, da sie unmittelbar an den Patient*innen tätig sind und sie „erkennen als Erste, neben den Schmerzen, weitere Symptome und Anzeichen möglicher, postoperativer Symptome (...). Sie sind auch die Ersten, die entsprechende, weiterführende Maßnahmen einleiten, (...)“ (Likar et al., 2017). Daher ist es naheliegend, dass die handelnden Pflegepersonen als Erste Maßnahmen ergreifen, um den postoperativen Schmerz zu minimieren. Dabei können sie auf die unterschiedlichen Einfluss- und Umgebungsfaktoren eingehen, denen in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund rückten (Likar et al., 2017). Eben diese Umweltfaktoren sind so bedeutend, da der Großteil der Informationen, rund 90 Prozent, unser Gehirn über die Augen und die Ohren erreichen. Diese „sind demnach die wichtigsten Schnittstellen zwischen der Außen- und Innenwelt.“ (Eißing & Fickus, 2018)

Relevanter Umweltfaktor - Geräusche

Ohne die physiologischen und psychologischen Mechanismen zu kennen, bemerkte Florence Nightingale einen Zusammenhang zwischen Lärm und Patient*innenbeschwerden. Sie vermutete, dass Geräusche den Schlaf stören, dies zu Schmerzen führt und letztendlich zu einer Reizbarkeit des Gehirns (Davies, 2012). Mittlerweile ist klar belegt, dass sich Lärm negativ auf die Erholung und die Genesung der Patient*innen auswirkt (Meyer-Falcke et al., 1993).

Noch viel früher, mindestens 600 Jahr vor Christus, wurde Lärm als schädlich für den Menschen erkannt, als in Sybarites in Griechenland, Metallarbeiten innerhalb der Stadtgrenzen verboten wurden. Trotz des technologischen Fortschritts hat der Geräuschpegel in Krankenhäusern in einem Maße zugenommen, dass dieser sowohl für Patient*innen als auch für das Personal potenziell schädlich ist. (Kam et al., 1994).

Durch die hochentwickelte Technologie bzw. Aparatur mit seinen unterschiedlichsten Warnsignalen als auch dem hohen Patient*innenaufkommen im klinischen Bereich steigt die akkustische Reizüberflutung stetig. Mehrere von der World Health Organisation (WHO) durchgeführte Studien zeigen, dass der Lärmpegel der Krankenhäuser seit 1960 stetig ansteigt (Ryherd et al., 2008). Daher empfahl die Environmental Protection Agency (EPA) der Vereinigten Staaten 1974, den Geräuschpegel in einem Krankenhaus tagsüber auf nicht mehr als 45 Dezibel (dB) und nachts auf nicht mehr als 35 dB zu halten. (Li et al.,

2011). Die WHO empfiehlt mittlerweile sogar, dass der Geräuschpegel in Räumen, in denen sich Patient*innen aufhalten und intensivmedizinisch behandelt oder beobachtet werden, 35 dB nicht überschreiten sollte (Richardson et al., 2009). Die Forscher*innen konnten zeigen, dass jedoch entgegen dieser Empfehlung in Krankenhäusern, unabhängig von ihrer Größe und der Art ihrer Patient*innen, nahezu ständig die von der EPA und der WHO empfohlenen Geräuschpegel überschritten werden (Choiniere, 2010).

Ein Bereich im klinischen Setting wo diese Geräuschbelastung sehr markante od. besonders hohe Werte erreicht ist der Aufwachraum. In unterschiedlichen Studien wurde die Geräuschbelastung in Aufwachräumen erfasst. Die Werte liegen durchschnittlich zwischen 45 und 84 dB(A) mit Spitzenwerten von 126,2 dB(A) – dieser Wert entspricht einem startenden Düsenflugzeug und liegt damit weit über der Empfehlung der WHO (Allaouchiche et al., 2002; Kam et al., 1994; Sarkar et al., 2016).

Durch diesen Lärm ergeben sich physiologische Auswirkungen und Stressreaktionen. Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse ist so geräuschempfindlich, dass es ab 65 dB beim Menschen zu einer Steigerung um 53 Prozent des 17-OH-Corticosteroidspiegels im Plasma führt. Lärm scheint auch ein wichtiger Faktor bei Schlafentzug zu sein. Mit einem Elektroenzephalogramm (EEG) konnte herausgefunden werden, dass bei Geräuschen zwischen 40 – 45 dB eine Aufwachwahrscheinlichkeit von 10 – 20 % besteht oder im EEG ein Schlafstadienwechsel sichtbar wurde. Geräusche ab 50 dB führten zu einer 25 prozentigen Wahrscheinlichkeit aufzuwachen. Lärm hat auch unerwünschte Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System. Eine Lärmbelastung von mehr als 70 dB führt zu einer erhöhten Vasokonstriktion, zur Tachykardie und Hypertonie. In manchen Fällen konnte sogar Kammerflimmern bei Erregung aus dem Schlaf durch Lärm beobachtet werden sowie Arhythmien und Herzstillstände (Kam et al., 1994).

Wie Cunha & Silva (2015) feststellten wirkt sich der Lärm auch auf das subjektive Wohlbefinden von Patient*innen aus. Bei dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Wohlbefinden und klinischen Lärmquellen sowie physiologische und psychologische Auswirkungen durch Lärm vorhanden sind. Wenn der Umweltfaktor Lärm gesenkt wird, so steigt das Wohlbefinden der Patient*innen. Es wurde auch gezeigt, dass der positive Effekt höher war, wenn weniger physiologische und psychologische Effekte durch Lärm verursacht wurden.

Es konnten drei Arten von Geräuschquellen in einem Aufwachraum identifiziert werden.

1. Quelle: Die vielen, verschiedenen Geräte wie z.B. Monitoringsysteme, Beatmungsgeräte, Klimaanlagen, Telefone, hochintensive Alarme zur Meldung von medizinischen Notfällen usw. (Lawson et al., 2010). Die Geräuschpegel dieser Gerätschaften stehen nicht zur Gänze unter der Kontrolle der Mitarbeiter*innen.
2. Quelle: Diese geht von den Patient*innen selbst aus durch z.B. Husten, Weinen und Erbrechen usw.
3. Quelle: Die wahrscheinlich am besten zu kontrollierende Geräuschkulisse wird durch Mitarbeiter*innengespräche und Pflegehandlungen im Aufwachraum erzeugt (Allaouchiche et al., 2002).

Die häufigsten Ursachen für Schlafstörungen der Patient*innen auf der Intensivstation und dem Aufwachraum, aus diesen drei Quellen, wurde in der Studie von Le Guen et al. (2014) festgestellt. Es sind die Pflegehandlungen, die Gespräche des Personals und der Lärm von den Monitoralarmen (EKG, SpO2, Beatmungsgerät).

Sarkar et al. (2016) untersuchten die Auswirkung der Reduzierung von Lärm im Aufwachraum. Untersucht wurden 50 Patient*innen welche sich im Aufwachraum befanden. Die Lärmbelastung lag im Aufwachraum durchschnittlich bei 81,1 Dezibel mit Spitzenwerten von 100,3 dB. Unter diesen Werten gaben 44 Patient*innen an sich auf Grund des Lärms nicht ausruhen zu können. In weiterer Folge wurde im Aufwachraum gezielt der Lärm reduziert, so dass ein Wert von 59,1 dB nicht überschritten wurde. Unter diesen Werten gaben 36 von 50 Patient*innen an zufrieden zu sein und 33 von 50, dass sie sich in der Lage fühlten sich auszuruhen.

Der durchschnittliche Geräuschpegel bei der Untersuchung von Allaouchiche et al. (2002) im Aufwachraum lag zwischen 48,6 und 75,7 dB. Dabei wurden mitunter Spitzenwerte von 126,2 dB erreicht. Aus dieser Untersuchung ging ebenfalls hervor, dass 56 Prozent des Geräuschpegels über 65 dB durch Gespräche des Per-

(C) beerkoff

sonals verursacht wurden.

Im Aufwachraum reichten die Geräuschpegel in der Studie von Kam et al. (1994) von 45 - 84 dB. Die signifikanteste Lärmquelle ist das Gespräch zwischen Mitarbeiter*innen, welches um die 60 - 70 dB erreichen kann. Inhalte dieser Gespräche sind häufig postoperative Anweisungen und fachliche Gespräche, private Gespräche oder Gelächter. Wenn der Lärmpegel im Aufwachraum hoch ist, so stellte sich heraus, dass die Patient*innen mehr Zeit benötigen um sich zu erholen und einen höheren Analgetikabedarf haben.

Im Aufwachraum sollten die Gespräche auf Inhalte beschränkt sein die der Patient*innenversorgung dienen. Eine angenehme, ruhige Umgebung kann für Patient*innen sowie für Mitarbeiter*innen von Vorteil sein. Das Personal wird dadurch weniger ermüden und psychischer Stress wird ebenfalls gesenkt. Patient*innen werden weniger an physiologischen und psychologischen Belastungen leiden und sich schneller erholen. Durch die Begrenzung der Gespräche von Mitarbeiter*innen auf die wesentlichen Dinge und die Sensibilisierung bzgl. der Lautstärke wird der Aufwachraum eine ruhige Umgebung sowohl für die Patient*innen als auch für das Personal sein (Kam et al., 1994).

Relevanter Umweltfaktor - Licht

Ein weiterer Umgebungsfaktor welcher das Wohlbefinden von Patient*innen beeinflussen kann, ist Licht (Meyer-Falcke et al., 1993). Auch dieser Faktor zählt zu den Umwelteinflüssen, welchen die Betroffenen in einem Aufwachraum ausgesetzt sind.

Wie bereits beschrieben findet der Großteil der Wahrnehmung über das Gehör und das Sehvermögen statt. Licht ist ein sehr wichtiger Teil für die Wahrnehmung des Menschen, denn ohne Licht ist es nicht möglich unsere Umwelt durch das Auge wahrzunehmen (Silbernagl et al., 2018). Licht bzw. Beleuchtung sind nicht nur für die Wahrnehmung der Umwelt notwendig, sondern zeigt auch physiologische Auswirkungen auf den Menschen.

In der Studie von Walch et al. (2005) wurde die Auswirkung von natürlichem Sonnenlicht auf die Verwendung von Schmerzmitteln bei postoperativen Patient*innen untersucht. Dazu wurde der durchschnittliche Analgetikaverbrauch pro Stunde zwischen den Patient*innen in sonnenlichtdurchfluteten Zimmern und den Zimmern mit weniger Sonnenlicht verglichen. Die Patient*innen, die auf der lichtintensiven Seite waren, erhielten 46 Prozent mehr

natürliches Sonnenlicht als die Kontrollgruppe. Die Patient*innen in den Zimmern mit weniger Sonnenlicht benötigten durchschnittlich 28,3 Prozent mehr Analgetika pro Stunde über die gesamte Aufenthaltsdauer als Patient*innen in den Sonnenlichtzimmern. Gerade in den ersten 24 Stunden nach der Operation, konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe festgestellt werden (Walch et al., 2005).

Dies liefert einen Hinweis, dass anscheinend in den ersten 24 Stunden nach einer Operation Patient*innen auf Licht bzw. Beleuchtung im Zusammenhang mit Schmerzen reagieren. Ein direkter Zusammenhang, insbesondere bei künstlicher Beleuchtung, konnte nicht in der Literatur gefunden werden. Besonders im Setting von Aufwachräumen gibt es eine helle, künstliche Beleuchtung auf Grund der 24-Stunden-Überwachung der Patient*innen. Daher sind sie einem hohen Maß an Licht ausgesetzt (Le Guen et al., 2014).

Le Guen et al. (2014) haben sich in einer Studie mit der Auswirkung von Licht auf die Schlafqualität und dem damit verbundenen Schmerzempfinden und Schmerzmittelbedarf befasst. Während des postoperativen Aufenthalts auf Intensivstationen und in Aufwachräumen sind Schlafdeprivation und Schlafunterbrechung bekannt und daraus ergibt sich eine große Herausforderung für das Personal die Patient*innen zu unterstützen. Die Ursachen sind multifaktoriell und begründen sich durch Angstzustände, Nebeneffekte der Anästhetika, ungewohnter Umgebung und postoperativem Schmerz. Patient*innen aus der Kontrollgruppe erhielten in der Nacht eine angemessene und standardisierte Pflege laut den geltenden Richtlinien der Institution und ihres Berufsgesetzes. Die Interventionsgruppe hingegen erhielt zudem ‚Schlafmasken und Ohrstöpsel. Um ein valides Ergebnis des Schmerzmittelbedarfs in den beiden Gruppen zu erhalten, wurde die patientenkontrollierte Morphingabe der ersten 24 Stunden im Aufwachraum verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patient*innen in der Interventionsgruppe mit weniger Geräuschen und gedimmten Licht 55% weniger Schmerzmittel in den ersten 24 Stunden benötigten als die Kontrollgruppe.

In der Studie von Goeren et al. (2018) konzentrierte man sich auf die Lärmreduktion. Eine Maßnahme um den Lärm für einen definierter Zeitraum zu reduzieren, war das Licht zu dimmen. Es wird beschrieben, dass die gedimmte Lichtsituation eine große visuelle Hilfe war, um das Personal an die Maßnahme der Lärmreduzierung zu erinnern und sie waren dadurch disziplinierter in der Umsetzung.

Bei der Untersuchung von Hedges et al. (2018) wurde in einer Akutversorgungseinheit ebenfalls für einen bestimmten Zeitraum der Lärm reduziert. Das Ziel war eine bessere Umgebung für die Patient*innen zu schaffen um sich zu erholen. Es wurde eine Ruhezeit in der Nacht und eine am Nachmittag eingeführt. Zur Erreichung der verminderten Geräusche wurden unterschiedliche Maßnahmen zusammengeführt wie z.B. das Ersetzen der lauten Räder an den Servicewägen oder die Senkung der Stimmen und das Dimmen des Lichts. Auch hier geht die Maßnahme mit der Dimmung des Lichts einher.

Ebenso beschrieben Feldman & Sobrino-Bonilla (2014) ein Projekt zur Reduzierung des Lärms in einer critical care unit. Die Maßnahmen zur Erreichung der Reduzierung des Geräuschpegels während der quiet time waren eine persönliche Ankündigung für die Besucher sowie für die Patient*innen. Weiters wurde ein Hinweis zur quiet time an den Eingängen zur Station angebracht und es wurden besondere Maßnahmen getroffen um sämtliche Lärmquellen zu vermeiden. Eine weitere Maßnahme war auch hier die Lichter zu dimmen. Das Ergebnis war eine Reduzierung des Geräuschpegels um 7 Prozent.

Zusammenfassung und Conclusio

Der Schmerz im Setting Aufwachraum wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Einer dieser Faktoren ist der Lärm. Dieses Thema ist im Bereich des Krankenhauses und vor allem in Bezug der Intensivstation relativ gut erforscht. Eine Lücke ergibt sich allerdings im Bereich der Aufwachräume. Wie gezeigt nimmt der Lärmpegel hier auch Lautstärken um die 120dB an. Dies ist ein Faktor, der die Umgebung für die Patient*innen unangenehm macht und wie auch bereits beschrieben, äußerten sich dazu Betroffene, die sich nicht richtig erholen konnten. Außerdem konnte auch festgestellt werden, dass es starke physiologische Auswirkungen durch Lärm geben kann, besonders wenn Patient*innen durch diesen geweckt werden. Im Extremfall kann es sogar bis zum Kreislaufstillstand führen. Einer der wichtigsten Faktoren, der für den Lärmpegel über 65dB verantwortlich ist, sind die Gespräche von Mitarbeiter*innen im Aufwachraum.

Ein weiterer Umweltfaktor ist das Licht oder die Beleuchtung, welche im Bezug zum Thema Schmerz nur sehr wenig beforscht wurde und wenn, dann im Zusammenhang mit natürlichem Licht. In verschiedenen Studien zeigte sich, dass die Dimmung des Lichst als Maßnahme angewandt wurde, um die Lautstärke zu reduzieren, welches sich auch als wirkungsvoll herausstellte.

Es ist eine leicht umzusetzende und kostengünstige Pflegeintervention, die Umgebung für die Patient*innen so zu gestalten, dass eine Steigerung des Wohlbefindens stattfindet (Goeren et al., 2018) und so die Schmerzen reduziert werden. Als Beispiele für einfach umzusetzende Anpassungen der Umgebung können Adaptierungen bei Licht und Lärm genannt werden. Diese Maßnahmen sind ausschlaggebend, da an erster Stelle für Unbehagen im Aufwachraum der Schmerz steht und an zweiter Stelle der Lärm.

Um die Umgebung für die Patient*innen in Bezug auf postoperative Schmerzen, vor allem in den ersten 24 Stunden so angenehm wie möglich zu gestalten, können somit Pflegepersonen im Aufwachraum verschiedenste Maßnahmen mit einem geringen Aufwand umsetzen. Zu den Maßnahmen gehören unter anderem:

- Bewusstseinstärkung durch Informationen für das Personal, welche Auswirkungen Licht und Lärm auf das Patient*innenwohl hat
- Mitarbeiter*innengespräche im Aufwachraum auf das Notwendigste zu reduzieren
- Die Beleuchtungsstärke reduzieren
- An den Eingängen zum Aufwachraum Hinweisschilder anbringen, welche um Ruhe bitten
- Einstellung von Alarmgrenzen und Alarmlautstärken in einem sinnvollen Maß (McGough et al. 2018)

Wenn diese Maßnahmen betrachtet werden, sind sie tatsächlich mit nur geringem Aufwand umzusetzen um die bestmögliche Betreuung der Patient*innen im Aufwachraum zu gewährleisten und ebenso eine angenehme Umgebung für die Mitarbeiter*innen zu schaffen. Somit kann man den Worten von Albert Schweizer sicherlich zustimmen, der sich zu Schmerz folgendermaßen äußerte: „Das Wenige, das du tun kannst, ist viel – wenn du nur irgendwo Schmerz und Weh und Angst von einem Wesen nimmst, sei es Mensch, sei es irgendeine Kreatur.“ (Albert Schweitzer Stiftung, 2019)

Autor

Manuel Kaider BSc MScN
Anästhesiepfleger, Pflegewissenschaftler, FH-Dozent,
Mitglied ÖGKV Bundesarbeitsgruppe Intensiv- und Anästhesiepflege

Literaturverzeichnis

Allaouchiche, B., Duflo, F., Debon, R., Bergeret, A., & Chassard, D. (2002). Noise in the postanaesthesia care unit. British Journal of Anaesthesia, 88(3), 369–373. https://doi.org/10.1093/bja/88.3.369

Bartoszek, G., Birkner, K., Dinter, I., Herzog, S., Otzen, I., Pinkert, C., Seuser, B., de Silva, N., & Strunk, H. (2004). Arbeitsgruppe Intensivpflege/Critical Care Nursing am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. In A. Abt-Zegelin (Hrsg.), Fokus: Intensivpflege (S. 275–299). Schlüter.

Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management: A fundamental human right. Anesthesia and analgesia, 105(1), 205–221. https://doi.org/10.1213/01.ane.0000268145.52345.55

Büscher, A., Blumenberg, P., Krebs, M., Moers, M., Möller, A., Schiemann, D., & Stehling, H. (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011). Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Choiniere, D. B. (2010). The effects of hospital noise. Nursing administration quarterly, 34(4), 327–333. https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3181f563db

Cunha, M., & Silva, N. (2015). Hospital Noise and Patients' Wellbeing. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 171, 246–251. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.117

Davies, R. (2012). „Notes on nursing: What it is and what it is not“. (1860): By Florence Nightingale. Nurse education today, 32(6), 624–626. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.025

Eißing, E., & Fickus, P. (2018). Pflegerische Interventionen (A. Lauber & P. Schmalstieg, Hrsg.; 4., aktualisierte Auflage). Georg Thieme Verlag.

Feldman, V., & Sobrino-Bonilla, Y. (2014). Dim down the lights: Implementing quiet time in the coronary care unit. Critical care nurse, 34(6), 74–75. https://doi.org/10.4037/ccn2014253

Gan, T. J., Habib, A. S., Miller, T. E., White, W., & Apfelbaum, J. L. (2014). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: Results from a US national survey. Current medical research and opinion, 30(1), 149–160. https://doi.org/10.1185/03007995.2013.860019

Gerbershagen, H. J., Aduckathil, S., van Wijck, A. J. M., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Meissner, W. (2013). Pain intensity on the first day after surgery: A prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. Anesthesiology, 118(4), 934–944. https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31828866b3

Goeren, D., John, S., Meskill, K., Iacono, L., Wahl, S., & Scanlon, K. (2018). Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurosurgical Intensive Care Unit. Critical care nurse, 38(4), 38–44. https://doi.org/10.4037/ccn2018219

Hedges, C., Hunt, C., & Ball, P. (2018). Quiet Time Improves the Patient Experience. Journal of nursing care quality. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000363

Horn-Püschel, S. (2015). Aufwachraum. In L. Ullrich & D. Stolecki (Hrsg.), Intensivpflege und Anästhesie (S. 730–745). Georg Thieme Verlag.

Jaksch, W., Neuwersch, S., Reichhalter, R., Gustorff, B., Handl, G., Köstenberger, M., Pipam, W., & Likar, R. (2015). Schmerz im Krankenhaus: Erfassung der Schmerzsituation österreichischer Patienten. Schmerz (Berlin, Germany), 29(6), 625–631. https://doi.org/10.1007/s00482-015-0050-0

Kam, P. C., Kam, A. C., & Thompson, J. F. (1994). Noise pollution in the anaesthetic and intensive care environment. Anaesthesia, 49(11), 982–986.

Lawson, N., Thompson, K., Saunders, G., Saiz, J., Richardson, J., Brown, D., Ince, N., Caldwell, M., & Pope, D. (2010). Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 19(6), e88-98; quiz e99. https://doi.org/10.4037/ajcc2010180

Le Guen, M., Nicolas-Robin, A., Lebard, C., Arnulf, I., & Langeron, O. (2014). Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: A randomized study. British Journal of Anaesthesia, 112(1), 89–95. https://doi.org/10.1093/bja/aet304

Li, S.-Y., Wang, T.-J., Vivienne Wu, S. F., Liang, S.-Y., & Tung, H.-H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. Journal of clinical nursing, 20(3–4), 396–407. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x

Likar, R., Jaksch, W., Aigmüller, T., Brunner, M., Cohnert, T., Dieber, J., Eisner, W., Geyrhofer, S., Grögl, G., Herbst, F., Hetterle, R., Javorsky, F., Kress, H. G., Kwasny, O., Madersbacher, S., Mächler, H., Mittermair, R., Osterbrink, J., Stöckl, B., … Sandner-Kiesling, A. (2017). Interdisziplinäres Positionspapier \glqqPerioperatives Schmerzmanagement\grqq. Schmerz (Berlin, Germany), 31(5), 463–482. https://doi.org/10.1007/s00482-017-0217-y

Loeser, J. D., Arendt-Nielsen, L., Basbaum, A., Bond, M., Breivik, H., Clauw, D., De Laat, A., Dworkin, R., Giamberardino, M. A., Goadsby, P., Haanpaa, M., Okifuji, A., Paice, J., & Woda, A. (2011). Pain Terms: A Current List with Definitions and Notes on Usage. https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf

Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. Journal of anesthesia, 27(1), 104–108. https://doi.org/10.1007/s00540-012-1460-0

McGough, N. N. H., Keane, T., Uppal, A., Dumlao, M., Rutherford, W., Kellogg, K., Ward, E., Kendal, C., & Fields, W. (2018). Noise Reduction in Progressive Care Units. Journal of nursing care quality, 33(2), 166–172. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000275

Meyer-Falcke, A., Lanzendörfer, A., & Eichwede, F. (1993). Anästhesie und Intensivmedizin: Belastung der Patienten durch Lärm? Zeitschrift für Lärmbekämpfung, 40, 31–36.

Nobis, H.-G., & Rolke, R. (2016). Herausforderung Schmerz. In H.-

G. Nobis, R. Rolke, & T. Graf-Baumann (Hrsg.), Schmerz—Eine Herausforderung (S. 1–16). Springer Berlin Heidelberg.

Pschowski, R., & Motsch, J. (2008). Die postoperative Schmerztherapie. Wiener medizinische Wochenschrift (1946), 158(21–22), 603–609. https://doi.org/10.1007/s10354-008-0608-x

Richardson, A., Thompson, A., Coghill, E., Chambers, I., & Turnock, C. (2009). Development and implementation of a noise reduction intervention programme: A pre- and postaudit of three hospital wards. Journal of clinical nursing, 18(23), 3316–3324. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02897.x

Riedl, M. (2006). Grundlagen des integrativen Pflegekonzepts.

Rothaug, J., Zaslansky, R., Schwenkglenks, M., Komann, M., Allvin, R., Backström, R., Brill, S., Buchholz, I., Engel, C., Fletcher, D., Fodor, L., Funk, P., Gerbershagen, H. J., Gordon, D. B., Konrad, C., Kopf, A., Leykin, Y., Pogatzki-Zahn, E., Puig, M., … Meissner, W. (2013). Patients' perception of postoperative pain management: Validation of the International Pain Outcomes (IPO) questionnaire. The journal of pain : official journal of the American Pain Society, 14(11), 1361–1370. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.05.016

Ryherd, E. E., Waye, K. P., & Ljungkvist, L. (2008). Characterizing noise and perceived work environment in a neurological intensive care unit. The Journal of the Acoustical Society of America, 123(2), 747–756. https://doi.org/10.1121/1.2822661

Sarkar, M., Hazzard, B., & Hong, C. (2016). Targeted Quiet Time Intervention in the PACU. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 31(4), e28–e29. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.04.066

Silbernagl, S., Despopoulos, A., & Draguhn, A. (2018). Taschenatlas Physiologie (9., vollständig überarbeitete Auflage). Georg Thieme Verlag.

Statistik Austria. (2021). Medizinische Leistungen 2019 nach Geschlecht und Kapitel des Leistungskatalogs. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/medizinische_leistungen/022015.html

Strohbuecker, B., Mayer, H., Evers, G. C. M., & Sabatowski, R. (2005). Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. Journal of pain and symptom management, 29(5), 498–506. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.08.012

Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K., & Kang, J. D. (2005). The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: A prospective study of patients undergoing spinal surgery. Psychosomatic medicine, 67(1), 156–163. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149258.42508.70

Zitate von Albert Schweitzer • Albert Schweitzer Stiftung. (2019). https://albert-schweitzer-stiftung.de/ueber-uns/menschen/albert-schweitzer/zitate

IPEG – Interprofessionelle ExpertInnen Gesundheitsberufe

Pressemitteilungen, Artikel, Videos oder TV Auftritte der Politik oder unterschiedlicher Berufsgruppen betreffen oft Berufe aus dem Gesundheitswesen, ohne dass diese in irgendeiner Weise eingebunden sind. Dies gilt auch für gesetzliche Entscheidungen und Novellen. Die einzelnen Berufsverbände versuchen hierbei ihr Möglichstes, doch die Schnelligkeit und Menge der Informationen macht es oft unmöglich, zeitgerecht zu reagieren.

Auf der anderen Seite haben Medien oft das Problem, eine/n geeignete/n ExpertIn für ein Thema zu finden, da sie nicht wirklich in der Gesundheitsmaterie zu Hause sind und es schwer ist, von außen ExpertInnen zu benennen. Schnell greift man auf „alte Quellen“ zu, ohne dabei neue InnovatorInnen oder SpezialistInnen Raum zu bieten.

Dies war ein Grund für Pflege Professionell ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen einzuladen, um eine eigene Redaktionsgruppe ins Leben zu rufen. Schnell fanden sich namhafte Personen aus dem Gesundheitswesen, die bereit sind, eine Extrameile fürs Gesundheitsberufe zu gehen.

Die Gruppe wird derzeit wöchentlich erweitert, da wirklich alle Gesundheitsberufe und Sparten in diesem Projekt involviert sein sollten.

Schon in der ersten Woche gab es eine Menge zu tun. Es wurden 24 Fragen für ein Interview mit Bundesminister Dr. Wolfgang Mückstein ausgearbeitet, eine Pressemeldung der SPÖ wurde mit Zitaten von Frau Dr. Pamela Rendi-Wagner im Standard publiziert, welche einige Fragen aufwarfen und vieles mehr.

Die IPEG versucht alle Gesundheitsberufe noch sichtbarer zu machen und dies geschieht nur, wenn man regelmäßig auf aktuelle Themen reagiert. Ein Auftrag, der mit Sicherheit viel Zeit und Fingerspitzengefühl in Anspruch nehmen wird. Doch dieser Aufgabe wird sich die IPEG ab nun stellen. Hierbei wird das Team mit allen Parteien und Medien zusammenarbeiten und niemanden ausgrenzen.

Alle Anfragen und Redaktionsmitglieder finden Sie auf einer eigenen Seite von Pflege Professionell.

Natürlich wollen wir Ihnen auch nicht die 24 Fragen an den neuen österreichischen Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vorenthalten. Zu allen Fragen wurden auch zusätzliche Informationen mitgesandt.

- Warum übernimmt man in diesen Zeiten einen Job, den wahrscheinlich niemand in Pandemiezeiten haben will?
- Was werden Sie von ihrem Vorgänger im Bereich Pflege übernehmen?
- Was werden Sie besser machen als ihr Vorgänger?
- Was nehmen Sie aus der Pflege Task Force mit?
- Die Ärztekammer mischt sich gerade in der Gesetzgebung in der Gesundheits- und Krankenpflege immer wieder ein. Wie stehen Sie dazu?
- Wie wollen Sie im Bereich Pflege dem Pflegemangel gegenübertreten?

Bereich Intensiv

- Wie gedenken Sie mit konstruktiven Forderungen der Fachgesellschaften aus den beiden Spezialbereichen in Österreich in Bezug auf Ausbildung, Kompetenzen, Rahmenbedingungen und Finanzierung des Pflegebedarfs sowie dem Thema der Bezahlung des Personals umzugehen?
- Wie können Sie sich im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit die Einbindung der professionellen Intensiv- und Anästhesiepflege in entsprechend diesen beiden Bereiche betreffende, politische Entscheidungen vorstellen?

Bereich Hygiene

- Derzeit liegt dem Ministerium ein mit dem ÖGKV, der ÖGHMP und der ÖGKH abgestimmtes Curriculum für die Ausbildung dieser Spezialisierung auf Masterniveau vor. Ex-Gesundheitsminister R. Anschober hat kurz vor seinem Rücktritt schriftlich die Zusage zu diesem seit der GuKG-Novelle 2016 notwendigen Schritt gegeben. Wann ist die Umsetzung geplant? Wird es weitere 5 Jahre für den nächsten Schritt dauern?
- Wird es bundesweit einheitliche dementsprechende Anpassungen in der Kompetenz-Aufteilung zwischen Medizin und Pflege und in der Entlohnung geben?

Bereich Langzeitpflege

- Es drängt sich daher die dringende Fragestellung auf, welche konkreten Finanzierungsmodelle für die Versorgung für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sind geplant? Und in welchem Zeitraum werden diese umgesetzt?
- Gibt es konkrete Anpassungsschritte, um von Vorarlberg bis ins Burgenland die selben Rahmenbedingungen in der Pflegebedürftigkeit vorzufinden?

Bereich Ethik

- Wie wird in Zukunft die wichtige fachliche und ethische Perspektive der Pflege in den Entscheidungs-, Gesetzgebungs- und Diskussionsgremien gesichert sein z.B. Österreichische Bioethikkommission, Corona Task Force, Arbeitsgruppen zu Public Health Maßnahmen, Gesetzgebung zum assistierten Suizid und vieles mehr?

Bereich Psychiatrische Pflege

- Wann werden endlich die Spezialisierungsausbildungen gesetzlich an eine moderne psychiatrisch-pflegerische Versorgung sowie an das EU-weit geltenden Bologna-Prozess angepasst und als Masterstudien österreichweit regelmentiert?
- Wann werden die speziellen Kompetenzen der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege endlich im Gesundheitswesen gesetzlich so berücksichtigt, damit ein professionelles Handeln ohne Abhängigkeit zu anderen Berufsgruppen (insb. Ärzte) bzw. interdisziplinär auf „Augenhöhe“ möglich wird?

Bereich Altenpflege

- Welche Vision von Altenpflege haben Sie?
- Bislang zu kurz gekommen sind beim Schwerpunkt Pflege und älterwerdende Gesellschaft Vorsorgeprojekte, die Pflegebedürftigkeit im Alter hinauszögern. Ist hier von Ihrer Seite etwas zu erwarten, und wenn ja, was, welche Projekte, welche Schwerpunkte?

Bereich ANP

- Im Regierungsabkommen wird als Ziel definiert, dass bis 2024 für 500 Gemeinden Community Health Nurses implementiert werden sollen. Pflegeexpert*innen warnen vor einer Schmalspurversion dieser Berufsgruppe, da Community Health Nurses eineSpezialisierung im Bereich „Advanced Nursing Practice“, also eine Ausbildung auf Masterniveaubenötigen. Auch international wird diese Rolle auf Masterniveau ausgebildet. Welche Ausbildungsform und Kompetenzen werden zukünftig für Community Health Nurses vorausgesetzt?
- In Österreich werden bereits Advanced Practice Nurses auf Masterniveau ausgebildet. Wenn die neuen Rollen der Pflegexpert*innen im GuKG verankert werden, sollten die Tätigkeitsfelder, Kompetenzen und Ausbildungsform auch von den jeweiligen Expert*innen der Pflege definiert werden. Ist das von Ihnen vorgesehen und wenn ja, wie werden Sie die Spezialist*innen hinzuziehen und in den Prozess miteinbinden?

Bereich 24 Stunden Betreuung

- Welche Schritte planen Sie - um diese von den Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörige geschätzte und nachweislich gut funktionierende Betreuungssystem - einem größeren Teil unserer betreuungsbedürftigen Personen zugänglich zu machen?
- Werden Sie dieses Ziel weiter verfolgen und den Einsatz von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften zur Verbesserung der Betreuungssituationen von Klientinnen und Klienten, Angehörige und Betreuungskräfte durch die Schaffung von Fördermitteln zur Qualitätssicherung gewährleisten?

Bereich Hebammen

- Wann wird die Berufsgruppe der Hebammen mit den anderen, nicht ärztlichen Gesundheitsberufen wie Diätolog:innen oder MTD Berufen gleichgestellt und in die Gehaltsstufe NOG 12 in Niederösterreich angehoben?
- Wird es einen digitalen MUKI-Pass in naher Zukunft geben, und wird dieser dann mit Elga verknüpft? Wie weit ist die Entwicklung und Umsetzung?
- Kann die Hebammenbegleitung der Frauen nach Fehlgeburten in den ersten 12 Wochen, von der ÖGK wieder übernommen werden? In Deutschland ist dies üblich und bis 1985 war dies auch in Österreich Standart.

Warum übernimmt man in diesen Zeiten einen Job, den wahrscheinlich niemand in Pandemiezeiten haben will?

Ich bin Arzt geworden, weil ich der Gesellschaft einen wichtigen Dienst leisten möchte. Es erfüllt mich, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Als mich Vizekanzler Werner Kogler anrief und fragte, ob ich mir vorstellen könnte, das Amt des Gesundheitsministers zu übernehmen, habe ich jedoch erstmal Bedenkzeit erbeten. In meiner Ordination habe ich im letzten Jahr erlebt, wie es den Menschen mit der Pandemie ging, welche Sorgen und Ängste bestehen, wie wichtig es ist, hier jetzt als Gesellschaft zusammen zu halten. Gleichzeitig ist mir bewusst, wie herausfordernd und verantwortungsvoll der Job des Gesundheitsministers in einer Pandemie ist. Dann war meine Entscheidung aber klar: Ich habe großen Respekt vor dieser Aufgabe, aber ich möchte Teil der Lösung sein. Also habe ich zugesagt!

Was werden Sie von ihrem Vorgänger im Bereich Pflege übernehmen?

Mein Vorgänger BM aD Rudi Anschober hat im Vorjahr die inhaltlichen Eckpfeiler der Pflegereform mit einer breit angelegten Task Force Pflege ausgearbeitet. Die Ergebnisse, die gemeinsam mit vielen engagierten Stakeholdern formuliert wurden, wurden in einem Bericht der GÖG zusammengefasst. Basierend auf diesen Erkenntnissen bereiten wir gerade die Umsetzung der Pflegereform vor, wir befinden uns somit quasi in einem „fließenden Prozess“: das bestehende System wird für die Betroffenen und zusammen mit ihnen weiterentwickelt.

Was werden Sie besser machen als ihr Vorgänger?

Im Bereich der Pflege habe ich mit dem Bericht zur Task Force Pflege eine hochprofessionelle inhaltliche Grundlage von meinem Vorgänger BM aD Rudi Anschober erarbeitet bekommen, darauf bauen wir auf und gehen 2021 in die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen. Ich habe großen Respekt vor meinem Amtsvorgänger und großen Respekt vor der Aufgabe.

Was nehmen Sie aus der Pflege Task Force mit?

Für die Umsetzung der Pflegereform ab 2021 haben sich aus der Taskforce Pflege einige Punkte herauskristallisiert, deren Bearbeitung zum Teil bereits begonnen haben. Dabei geht es um die Weiterentwicklung des Pflegegeldes zur Verbesserung der Demenzbewertung, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch Kurse und Schulungen im Bereich Pflege und Betreuung, die weitere Umsetzung der Demenzstrategie, die Pilotierung von Projekten wie Community Nursing und den pflegefreien Tag sowie Maßnahmen im Bereich Personal und Ausbildung. Damit soll qualitätsvolle Pflege in Österreich auch in Zukunft gesichert werden.

Die Ärztekammer mischt sich gerade in der Gesetzgebung in der Gesundheits- und Krankenpflege immer wieder ein. Wie stehen Sie dazu?

Die ÖÄK ist ein wichtiger Stakeholder im Gesundheitswesen und naturgemäß hat die Ärzteschaft enge Anknüpfungspunkte zur professionellen Pflege. Im Sinne von allgemein akzeptierten Regelungen wird die ÖÄK somit auch in die Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe einbezogen.

Wie wollen Sie im Bereich Pflege dem Pflegemangel gegenübertreten?

Wenn sie den Bedarf an Pflegekräften ansprechen: Wir wissen, dass wir bis 2030 um die 76000 zusätzliche Personen in der Pflege benötigen. Das geht aus der Studie der GÖG „Pflegepersonal – Bedarfsprognose in Österreich“ hervor. Der Grund hierfür ist die demographische Entwicklung: Die Bevölkerung wächst und wird älter – das finde ich als Gesundheitsminister natürlich sehr erfreulich! Aber damit steigt auch die Anzahl jener Personen, die im Alter Pflege benötigen werden. Wir müssen jetzt alles daran setzen, das Ausbildungsangebot im Bereich der Pflege zu erweitern und die Rahmenbedingungen im Beruf zu verbessern. Die Menschen sollen nicht nur den Beruf der Pflege ergreifen, sie sollen auch darin bleiben! Dieser Herausforderung müssen wir professionell begegnen und sie als gesamtgesellschaftlichen Auftrag verstehen: Das können wir nur gemeinsam bewältigen.

Die derzeitige Krise offenbart uns nicht nur die gut funktionierenden Seiten unseres Gesundheitssystems, sondern auch die Schwächen. Der Vergleich mit anderen Ländern wie zB Deutschland zeigt, wo die Reise in Bezug auf Spezialisierungen im Bereich der Intensiv- oder Anästhesiepflege schlimmstenfalls hingehen kann. Wie gedenken Sie mit konstruktiven

Forderungen der Fachgesellschaften aus den beiden Spezialbereichen in Österreich in Bezug auf Ausbildung, Kompetenzen, Rahmenbedingungen und Finanzierung des Pflegebedarfs sowie dem Thema der Bezahlung des Personals umzugehen?

Die Problematik dieses Themas ist uns bewusst. Als Gesundheitsminister ist mir wichtig, dass Lücken im System, die erst durch die Krise sichtbar wurden, gezielt zu analysieren und darauf folgend konkrete Maßnahmen zu setzen. Dafür wird im ersten Schritt geprüft werden, welchen gesetzlichen Änderungsbedarf es gibt, um auch eine Änderung der geltenden Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung bewirken zu können.

Wird es bundesweit einheitliche dementsprechende Anpassungen in der Kompetenz-Aufteilung zwischen Medizin und Pflege und in der Entlohnung geben?

Die GuK-Spezialisierungen weisen bereits derzeit weitreichende, über die Grundqualifikation des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hinausgehende, berufsrechtliche Kompetenzen auf. Die neuen Regelungen auf Verordnungsebene werden auf den neuen Qualifikationsprofilen aufbauen und - wie bisher -bundeseinheitlich gelten. Die besoldungsrechtliche Einstufung fällt hingegen in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder bzw. der Sozialpartner.

Es drängt sich die dringende Fragestellung auf, welche konkreten Finanzierungsmodelle für die Versorgung für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sind geplant? Und in welchem Zeitraum werden diese umgesetzt?

Das Regierungsprogramm 2020 - 2024 enthält wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Unter anderem ist die „Verbesserung der Demenzbewertung“ vorgesehen. Bei der Pflegegeldeinstufung von Menschen mit einer schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer dementiellen Beeinträchtigung, wird derzeit ein Erschwerniszuschlag im Ausmaß von 25 Stunden berücksichtigt. Wie die Erfahrungen bei der Vollziehung gezeigt haben, wird der besonders herausfordernden und belastenden Pflege in diesen Fällen nicht ausreichend Rechnung getragen. Daher werden wir diese Regelung überarbeiten.

Im Regierungsabkommen wird als Ziel definiert, dass bis 2024 für 500 Gemeinden Community Health Nurses implementiert werden sollen. Pflegeexpert*innen warnen vor einer Schmalspurversion dieser Berufsgruppe, da Community Health Nurses eine Spezialisierung im Bereich „Advanced Nursing Practice“, also eine Ausbildung auf Masterniveau benötigen. Auch international wird diese Rolle auf Masterniveau ausgebildet. Welche Ausbildungsform und Kompetenzen werden zukünftig für Community Health Nurses vorausgesetzt?

Wie im Regierungsprogramm vorgesehen wird derzeit an Pilotprojekten im Bereich des Community Nursing gearbeitet. Wichtigste Aufgaben werden präventive Tätigkeiten (hier auch Hausbesuche), Koordination, Information und Beratung für ältere Menschen und pflegende Angehörige sein. Aus unserer Sicht sollten diese Aufgaben von DGKP übernommen werden.

Welche Schritte planen Sie - um diese von den Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörige geschätzte und nachweislich gut funktionierende Betreuungssystem - einem größeren Teil unserer betreuungsbedürftigen Personen zugänglich zu machen?

Die vom Sozialministerium entwickelte 24-Stunden-Betreuung hat sich als bedeutsames Instrumentarium im Rahmen der Pflege daheim etabliert und wird von den betroffenen Menschen sehr gut angenommen. Das zeigt sich insbesondere daran, dass sich die Anzahl der Förderungsbezieher*innen seit Jahren auf einem hohen Niveau befindet. Die Förderung betrug im Jahr 2020 im Durchschnitt rund 24.000 pro Monat, der gesamte durch Bund (60%) und Länder (40%) getragene Aufwand rund 161,2 Millionen Euro. Es trifft zu, dass im Rahmen des Förderungsmodells beinahe ausschließlich selbstständige Personenbetreuer*innen zum Einsatz gelangen. Deren Anteil lag im April 2021 bei 99,94%.

Das aktuelle Regierungsprogramm sieht eine Weiterentwicklung dieses Förderungsmodells unter Einbeziehung von Qualitätssicherungsmerkmalen vor. Auch im Bereich der Taskforce Pflege wird der Weiterentwicklung der 24-Stunden-Betreuung daher besonderes Augenmerk geschenkt. Von meinem Ministerium werden verschiedene Varianten unter diesen Gesichtspunkten entwickelt.

Geplant ist, diese Thematik gemeinsam mit den betroffenen Stakeholdern zu bearbeiten und einer für alle Beteiligten guten und praktikablen Lösung zuzuführen.

Wann wird die Berufsgruppe der Hebammen mit den anderen, nicht ärztlichen Gesundheitsberufen wie Diätolog:innen oder MTD Berufen gleichgestellt und in die Gehaltsstufe NOG 12 in Niederösterreich angehoben?

Die universitäre Ausbildung der Hebammen wurde bereits früher als jene der MTD-Berufe umgesetzt und abgeschlossen. Die berufsrechtliche und auch akademische Gleichstellung mit den MTD-Berufen ist daher seit längerer Zeit geplant. Die besoldungsrechtliche Einstufung fällt jedoch in die ausschließlich Zuständigkeit der Länder bzw. der Sozialpartner.

Alle Bilder (C) Bildquelle: BMSGPK/Kulhanek

Doris Fölsch

Ethik in der Pflegepraxis

Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag

facultas 2021, 4., überarbeitete Auflage
252 Seiten, Klappenbroschur
EUR 25,90 (A) / 25,20 (D) / sFr 33,– UVP
ISBN 978-3-7089-2105-1
e-ISBN 978-3-99111-334-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Assistierter Suizid

Was bedeutet dies für die Pflege als Profession?

In Österreich muss in diesem Jahr aufgrund eines Urteils des VfGH eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids erfolgen. In diesem Artikel zeigen wir die Wichtigkeit einer Einbeziehung der Pflege bei der Gesetzesentwicklung auf und stellen mögliche Szenarien für eine gesetzliche Regelung und vor allem die Rolle der Pflege darin dar.

Das Urteil des VfGH war für Expert*innen nicht überraschend. Die Österreichische Gesellschaft vollzieht - so wie viele anderen Gesellschaften in dieser Welt - einen Wandel bei End-of-Life-Decisions. Immer mehr Länder stellen den assistierten Suizid straffrei oder diskutieren derartiges. Sogar am 16. Weltkongress der EAPC 2019 in Berlin gab es zum ersten Mal in der Kongressgeschichte eine eigene Vortragssession mit Vorträgen aus Ländern, wo assistierter Suizid und Euthanasie straffrei sind und bereits praktiziert werden.

Pflegepersonen stehen wie keine andere Berufsgruppe in enger und vertrauensvoller Beziehung zu pflege- und unterstützungsbedürftigen Menschen und verbringen häufig viel Zeit mit ihnen. Viele pflegerische Handlungen offenbaren auf unterschiedlichen Ebenen existentielles Leid. Sterbewünsche entstehen zumeist nicht plötzlich, in den allermeisten Fällen handelt es sich um ein prozesshaftes Geschehen. Pflegepersonen nehmen dabei oft eine Schlüsselrolle ein, für sie ist der wachsende Leidensdruck von Betroffenen häufig schon vor dem Aussprechen eines Todeswunsches sicht- und spürbar. Ein Todeswunsch und der Wunsch, einen Leidenszustand zu beenden,

(C) Firma V

ist heute bereits für Pflegepersonen, die in Kliniken, Pflegeheimen oder in der Mobilen Pflege tätig sind, nichts Unbekanntes und der Umgang damit ist herausfordernd. In der Wahrnehmung und Kommunikation von Sterbewünschen werden Pflegepersonen eine wesentliche Rolle einnehmen, nicht zuletzt auch, um die Entwicklung eines solchen Wunsches in der Einschätzung nachvollziehbar und objektivierbar zu machen

Die Entwicklung, Etablierung, Durchführung und Kontrolle des assistierten Suizids ohne Einbeziehung von Pflegepersonen ist daher aus Sicht der Autor*innen nicht sinnvoll. Denn Pflegepersonen werden immer in den Prozess involviert sein aufgrund der Betreuung und Begleitung schwerkranker Menschen. Das Wissen von Pflegepersonen um die Nöte und Sorgen ihrer Patient*innen und die Kenntnisse über den Prozess, der zur Entwicklung eines Sterbewunsches geführt hat, müssen berücksichtigt werden. Dies ist im Sinne der Betroffenen, aber auch eine Voraussetzung, damit Pflegeperson ethisch und fachlich kompetent handeln könne.

Es ist noch nicht klar, in welche Richtung das Gesetz zum assistierten Suizid gehen wird, d.h. beispielsweise ob sogenannte Sterbehilfevereine dies durchführen dürfen, ob eine ärztliche Konsultation und Beratung durch eine*n Notar*in ähnlich der Patientenverfügung nötig erscheint, ob Ärzt*innen assistierten Suizid durchführen.

Den Autor*innen erscheint es unabdingbar, dass Aufklärung, Beratung, Betreuung und Durchführung bei assistiertem Suizid durch ein multiprofessionelles Team erfolgen sollte, dem jedenfalls auch Pflegepersonen angehören. Das ermöglicht, wie im palliativmedizinischen Bereich schon lange etabliert, unterschiedliche professionelle Perspektiven und Einschätzungen zur Situation einer*eines Patientin*Patienten mit Sterbewunsch. Grundsätzlich ist aber festzuhalten, dass Pflegepersonen nie dazu gezwungen werden dürfen (weder durch Vorgesetzte noch durch Strukturen oder gesellschaftliche Entwicklungen), am assistierten Suizid teilzunehmen, dies muss eine freiwillige Tätigkeit darstellen.

Durch Schaffung von Strukturen, die eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und juristischen Berufsgruppen fördern und ermöglichen, können Menschen, die einen assistierten Suizid überlegen oder sich dafür entscheiden, professionell, menschlich und ergebnisoffen begleitet werden. Die Aufklärung, Beratung, Begleitung und Durchführung sollte nicht nur eine ärztliche und juristische Aufgabe sein, sondern im Sinne eines ganzheitlichen Menschenbildes multiprofessionell erfolgen.

Diese multiprofessionellen Teams könnten analog zu mobilen Palliativteams bei Menschen, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußern, in allen Settings hinzugezogen werden, um Aufklärung, Beratung und Begleitung durchzuführen. Um die Perspektive eines ganzheitlichen Menschenbildes umzusetzen, sollten Ärzt*innen, Pflegepersonen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen, Jurist*innen in diesen Teams vertreten sein und je nach Bedarf und Wunsch der betroffenen Menschen in die Betreuung involviert werden.

Um sicher zu stellen, dass Menschen mit einem Sterbewunsch Bescheid wissen über die Optionen von Palliative Care, sollten Palliativteams oder palliative Expert*innen eng mit diesen multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten und die Betroffenen ergebnissoffen beraten.

Die konkrete Beratung, Begleitung im Entscheidungsprozess und Unterstützung bei Assistenz zum Suizid sollte durch speziell ausgebildete, berufserfahrene Pflegepersonen (ANP mit Zusatzausbildung Ethik) in diesem multiprofessionellen Team erfolgen.

Aus Sicht der Autor*innen erscheint es notwendig, dass alle Mitglieder eines solchen Teams spezielle Zusatzausbildungen in Ethik absolviert haben. Ebenso ist eine begleitende Supervision durchführen. Begleitende psychologische Betreuung der involvierten, aber vor allem der durchführenden Personen ist dringend erforderlich, da dies eine sehr emotionale Situation darstellt.

Um diese erforderliche Beteiligung im Prozess der Begleitung beim assistierten Suizid umsetzen zu können, benötigt es jedoch auch Ressourcen für die Pflegepersonen. Es muss eine entsprechende Ausbildung auf Masterniveau angeboten werden, in der die fachlichen, kommunikativen und ethischen Kompetenzen vermittelt werden, u.a. gesetzlichen Rahmenbedingungen, Informationen über vorhandene Strukturen, ethisches Wissen und Wissen ethischer Entscheidungsfindung am Lebensende. Neben der Ausbildung und Wissensvermittlung sind aber auch organisationale Rahmenbedingungen erforderlich. Die Aufgaben von Pflegepersonen im

Ablauf eines assistierten Suizids müssen klar und sichtbar definiert, strukturiert und mit anderen beteiligten Berufsgruppen abgestimmt werden. Zeitressourcen müssen zur Verfügung stehen, ebenso wie eine gute nachvollziehbare Dokumentation und strukturierte Reflexion.

Abschließend möchten die Autor*innen darauf hinweisen, dass es eines großen Vertrauensverhältnisses zwischen Menschen, die um assistierten Suizid bitten, und dem Betreuungsteam bedarf, um derartige Entscheidungen zu treffen und professionell und zugleich empathisch zu begleiten. Sich für oder gegen den assistierten Suizid zu entscheiden, ist keine pflegerische oder medizinische Frage. Schwerkranke Menschen brauchen die Gewissheit, dass ihnen eine umfassende soziale, medizinische und pflegerische Behandlung, Beratung und Begleitung zur Verfügung steht – egal, wo sie diese brauchen.

Dieser Artikel wurde von Mag.ª Sabine Ruppert und Frau Mag.ª Alexandra Hornek, beide Lehrende an der FH-Krems, und Dr. Patrik Heindl, Mitglied von Vorstand von LV Wien, ÖGKV verfasst in Anlehnung an ihre Stellungnahme zum assistiertem Suizid im Auftrag des ÖGKV.

Autorin

Mag.a Sabine Ruppert, DGKP
Pflegewissenschafterin, diplomierte Erwachsenenbildnerin, zertifizierte klinische Ethikberaterin, Leiterin der Stabsstelle Missbrauchs- & Gewaltprävention, Kinder- & Jugendschutz der Erzdiözese Wien, Stellvertretende Kommissionleiterin der Kommission 5 der Volksanwaltschaft, Externe Lektorin (u.a. FH-Krems, Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, UMIT)

Autor

Dr. phil. Patrik Heindl
DGKP im Intensivbereich, Pflegewissenschafter, externer Lektor, ÖGKV Mitglied des Landesverband Wien, Freiberufliche Tätigkeit in der Pflege

Autorin

Mag.a Alexandra Hornek
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin (Kinder- und Jugendpflege, allgemeine Krankenpflege), Zusatzausbildung in Palliative Care, langjährige Tätigkeit in einem spezialisierten mobilen Palliativteam; externe Lehrbeauftragte an der IMC FH Krems; Vortragstätigkeit

Wir sind da,
wo jedes Glück eine schwierige Geburt ist.
Jetzt spenden und helfen!
Wir gehen da hin, wo's weh tut.
MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN
www.aerzte-ohne-grenzen.at
© Peter Bräunig/MSF

Auslandseinsatz Bethlehem

Im März 2020 sind 6 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler und -schülerinnen des LVR-Klinikums Düsseldorf für einen Auslandseinsatz nach Palästina gereist. Dort ist die Pflegeausbildung bereits vollständig akademisiert und schließt mit einem Bachelor ab. Das Pilotprojekt sollte 4 Wochen laufen und einen bleibenden Kontakt zu der Universität Bethlehem herstellen.

Die Reise begann damit, dass unser Kursleiter Herr Fischer im März 2019 im Unterricht an der Krankenpflegeschule des LVR-Klinikums Düsseldorf eine Interessensabfrage gemacht hat, welche Schüler aus unserem Kurs bei einem praktischen Auslandseinsatz in Palästina dabei sein möchten. Die Gelegenheit ist über einen Kontakt unseres Klinikseelsorgers Herr Scheven zustande gekommen und wurde so vorher vom LVR noch nicht durchgeführt. Der Aufenthalt sollte im März 2020 stattfinden und den gesamten Monat einnehmen. Zur ersten Information diente ein Vortrag über Israel und Palästina in unserem Sozialzentrum. Bereits dort haben wir gemerkt, dass es nicht mit einer Reise nach Spanien oder Frankreich vergleichbar ist, so kulturell vielseitig und verstrickt ist die Region um das heilige Land.

Das Ziel war es zum einen praktische Erfahrungen in der Pflege in einem anderen Land zu sammeln, vor allem hinter dem enormen historischen und kulturellen Hintergrund von Palästina. Auf der anderen Seite ging es darum in Kooperation mit der Universität Bethlehem die pflegerische Arbeit in der Psychiatrie zu vergleichen, um Partnerschaften aufzubauen und so auf lange Sicht internationale wissenschaftsbasierte Pflegestandards zu erarbeiten, die es bisher nur in den Anfängen gibt. Eine weitere Besonderheit, die diesen Austausch so interessant macht, ist die Tatsache, dass die Pflegeausbildung in Palästina schon vollständig akademisiert ist, man also ein Studium mit dem Bachelor abschließt, während man in Deutschland am Konzept der praktisch orientierten betrieblichen Ausbildung festhält.

Da bei dieser einmaligen Chance die Zahl der Interessenten die Zahl der Teilnehmer übertraf, wurde ein Bewerbungsverfahren organisiert. In der ersten Runde mussten die Schüler ein Motivationsschreiben auf Englisch verfassen, in dem die Beweggründe und das Interesse an der Reise begründet wurden. In der zweiten Runde gab es ein ebenfalls englischsprachiges Interview, geführt wurde dieses von Frau Kuckert, die das ganze Projekt von außen betreut hat. Die glücklichen 6 Auszubildenen, auf die die Entscheidung gefallen ist, machten sich kurz danach auch direkt an die erste Vorbereitung: Das Schreiben eines Essays zu verschiedenen Themen der psychiatrischen Pflege, z.B. Selbstmordgefährdung im stationären Aufenthalt oder die Pflege bei posttraumatischer Belastungsstörung. Diese sollten dann an der Uni in Bethlehem den dortigen Studenten und Dozenten präsentiert werden, welche wiederum eigene Themen bearbeitet haben.

Am 12.02.2020 war dann die letzte offizielle Vorbesprechung vor der Reise, die Flüge und Unterkunft waren gebucht und alle waren sowohl aufgeregt als auch voller Vorfreude auf die Reise. Es wurde eine Gepäckliste erstellt und wir wurden den verschieden Einsatzorten vor Ort eingeteilt. Ich wurde dem Al-Ahli-Krankenhaus in Hebron zugeteilt, auf eine Station mit chirurgischem Schwerpunkt.

Mit dem 29.02.2020 war der Tag der Ab- bzw. Anreise gekommen und wir flogen vom Flughafen Düsseldorf mit einem kurzen Zwischenstopp in München nach Tel Aviv Jaffa, dem einzigen internationalen Flughafen in der Region. Die israelische Regierung hat schnell auf den Ausbruch des Coronavirus in China reagiert und einrei-

sende Fluggäste mit Symptomen wurden in einem separaten Hangar provisorisch isoliert und ggf. behandelt. Bei der Ankunft wurde jeder Einreisende unabhängig von dem Virus vom Sicherheitspersonal nach vorherigen Aufenthalten gefragt sowie nach dem Ziel der Reise, der erste große Kontrast zu Deutschland. Doch es sollte nicht der einzige bleiben…

Direkt am Flughafen teilte sich unsere kleine Gruppe auf, ich und 3 weitere Auszubildene fuhren nach Bethlehem, die anderen beiden verbrachten das Projekt im benachbarten El Qubebe im Pflegeheim Beit Emmaus bei den Ordensschwestern der Salvatorianerinnen.

Mit einem Taxi fuhren wir über die gut ausgebaute, jedoch abgezäunte Autobahn nach Bethlehem. Auf dem Weg dorthin durchquerten wir einige israelische Siedlungen in der Westbank, hochmodern und von Soldaten bewacht. Am Abend kamen wir bei unserer Gastfamilie an und mit einem Abendessen nach palästinensischer Art ging der erste Tag unserer Reise dem Ende zu.

Der zweite Tag war noch zu unserer freien Verfügung, und so machten wir uns mit dem uns unbekannten Land etwas vertrauter, indem wir uns zu Fuß die Stadt Bethlehem etwas näher ansahen. Aufgrund der Offenheit und Gastfreundschaft der Palästinenser haben wir schnell ein grobes Gefühl für das Leben vor Ort bekommen. Keine durchgängigen Straßennamen, keine festen Preise in Supermärkten und ein insgesamt sehr enger und schon fast familiärer Umgang untereinander waren weitere Unterschiede zum eher rationalen und distanzierten Deutschland.

Am 02.03.2020 stand die Besichtigung der Universität Bethlehem und das Treffen mit der Dekanin auf dem Plan. Wir lernten unsere Praxisanleiterinnen kennen und erstellten zusammen mit ihnen unsere Dienstpläne. Die Uni ist verhältnismäßig klein (3000-3500 Studenten), jedoch was ihr an Größe fehlt macht sie durch ihre beeindruckende Architektur und Modernität wieder wett. Extra für Pflegestudenten wurde ein Simulation Center errichtet, ausgestattet mit fortschrittlichen Übungspuppen. Diese konnten über ein Tablet ferngesteuert werden, um so verschiedenste Situationen im Krankenhaus zu simulieren, z.B. ein plötzlicher Hustenanfall oder akute Veränderungen der Vitalzeichen. Auf diese Weise ist es den Studenten möglich, akute Krisensituationen bereits im geschützten Rahmen praktisch zu trainieren.

Die nächsten vier Tage verbrachte ich im Al-Ahli-Krankenhaus in Hebron. Dort wurde ich einer Gruppe Studenten zugeteilt, welche ich zum Teil schon vom Tag an der Universität kannte. Der erste gravierende Unterschied zu Deutschland wurde mir bereits auf dem Weg zum Krankenhaus bewusst: Hebron ist von israelischen Siedlungen umgeben, also herrscht in der Region eine besonders hohe militärische Präsenz und damit verbundene Anspannung zwischen den Palästinensern und den israelischen Soldaten. Auch auf den Stationen im Krankenhaus gab es an jedem Eingang Sicherheitspersonal. Im Gegensatz zu meiner „Heimatklinik“ gibt es keine Übergaben in Dienstzimmern, oder überhaupt Dienstzimmer als solches. Die Übergaben werden in Form einer „Nursing Round“ abgehalten, dabei gehen die beiden Schichten zusammen mit den Stationsärzten von Patient zu Patient

und machen die Übergabe direkt mit dem Betroffenen an seinem Bett. Ebenfalls schnell ins Auge fällt die starke Ressourcenknappheit was medizinische Produkte betrifft, dies ist der wirtschaftlichen und geopolitischen Situation in Palästina geschuldet. Auch im Krankenhausalltag fällt der kulturelle Hintergrund schnell auf: Die Patienten haben deutlich mehr Besuch von Angehörigen, diese übernehmen auch die Körperpflege und die Nahrungsverabreichung der Patienten. Somit übernehmen die Pflegekräfte überwiegend medizinische und organisatorische Tätigkeiten, von der Medikamentengabe, der Ausarbeitung von ärztlichen Anordnungen über die weitere Koordinierung der Therapien und sonstige Administrative Aufgaben.

Im Laufe der Woche bekamen die Gespräche im Krankenhaus und auf den Straßen sehr schnell ein neues Thema: Das neuartige Coronavirus, welches sich langsam weltweit ausbreitete. Die Krankenhäuser in Palästina konnten sich aufgrund ihrer Ressourcenknappheit keinen schnellen Pandemieverlauf erlauben und so wurde der Entschluss gefällt, keine Studenten mehr in die Krankenhäuser zu lassen, um so weitere Infektionsketten zu verhindern.

Am Montag, dem 09.03.2021 wurde ein Notfallmeeting mit der Dekanin und unserer Praxisanleiterin einberufen, um den weiteren Verlauf des Projektes zu besprechen. Über das Wochenende haben die palästinensischen Autoritäten entschieden, die Region um Bethlehem vollständig abzuriegeln und alle ausländischen Touristen für mindestens 2 Wochen in bewachten Hotels zu isolieren. Um diesem Schicksal zu enteilen haben wir in Rücksprache mit unserem Kursleiter und der Uni den Entschluss gefasst Bethlehem kurzzeitig zu verlassen und einige Tage abzuwarten, ob sich die Situation wieder normalisiert. Als sinnvollstes Ziel kam für uns Tel Aviv infrage, da dort der einzige Flughafen in der Region ist und die israelische Regierung noch keine strikten Maßnahmen zur Viruseindämmung ergriffen hatte. Am 10. März sind wir dann gegen Mittag in der innovativen Küstenstadt eingetroffen und haben unser Apartment bezogen. Die Stadt ist ein kompletter Gegensatz zu unseren bisherigen Erfahrungen der Reise: Moderne Wolkenkratzer, E-Scooter auf den Straßen und luxuriöse Restaurants, Tel Aviv hatte wirklich einiges zu bieten! Die Menschen hier waren noch nicht sonderlich besorgt bezüglich der Virusverbreitung und so konnten wir noch 3 Tage das Alltagsleben vor Ort genießen. Wir bekamen über unsere Verwandten und Freunde in der Heimat natürlich auch die Situation in Deutschland mit und so entschieden wir uns in Rücksprache mit der Uni und dem LVR dazu, das Projekt frühzeitig abzubrechen und den Heimweg anzutreten. Am 14.03.2020 flogen wir vier nach Berlin und von dort aus ging es mit dem Zug zurück ins Rheinland. Die anderen beiden Schülerinnen sind eine Woche später ebenfalls zurückgekehrt.

Abschließend bleibt zu sagen, dass auch wenn wir nur die Hälfte der geplanten Zeit in diesem äußerst faszinierenden Land verbracht haben, hat es sich trotzdem auf jeden Fall gelohnt. Diese kulturreiche und historisch bedeutende Region möchte ich in Zukunft definitiv erneut besuchen. Ich hoffe, dass auch zukünftige Generationen von Auszubildenen der Pflege beim Landschaftsverband Rheinland in den Genuss dieses Projektes kommen. Ich bin sehr dankbar, dass der LVR und Herr Fischer das alles ermöglicht haben und ich diese Chance nutzen durfte.

Autor

David Bazynski
Mein Name ist David Bazynski, geboren am 03.01.2000 in Stadtlohn. Im Oktober 2018 habe ich die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger im LVR-Klinikum Düsseldorf begonnen und bin jetzt im dritten Ausbildungsjahr.
Email: David-bazynski@web.de

BEHNG

WIR GEBEN KINDERN WIEDER EIN ZUHAUSE
SPENDEN UNTER WWW.PROJUVENTUTE.AT
SPENDENKONTO: IBAN: AT61 2040 4000 4040 4600
pro Juventute

(C) stocksnapper

Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 4

Emigration in weitere Länder

Wichtige außereuropäische Fluchtdestinationen für ÖsterreicherInnen waren außer den USA noch Palästina (ca. 15.000), Lateinamerika (ca. 7.000) und asiatische Länder (ca. 7.000). Nach Australien und Afrika sind ca. je 1.000 Menschen geflohen.[64] In andere europäische Staaten außer Großbritannien gelangten ca. 40.000 ÖsterreicherInnen, davon mussten viele einen illegalen Weg wählen. Nach Belgien war eine Emigration praktisch nur durch illegalen Grenzübertritt möglich, da die belgischen Konsulate in Österreich bereits am 15. März 1938 den Auftrag erhielten, keine Visa auszustellen. Deutschland förderte diese illegalen Grenzübertritte, da die Ausreise möglichst vieler Juden (unter Zurücklassung ihres Vermögens) erwünscht war.[65] Auch nach Holland, Frankreich und die Schweiz mussten viele Personen ohne offizielle Erlaubnis einreisen. Bereits im Frühjahr 1938 hatte der Schweizer Bundesrat die Visumspflicht für Österreicher eingeführt.[66] Wenn das betreffende Gebiet vonDeutschland besetzt wurde, wurden die dorthin Geflüchteten in Holland, Belgien, Frankreich oder Italien erneut verfolgt.

Aus keinem dieser Länder ist bekannt, dass die Krankenpflege bei Fluchtoder Arbeitsmöglichkeiten eine nur annähernd so große Rolle gespielt hätte wie in Großbritannien. In der Literatur zur jüdischen Emigration finden sich allerdings immer wieder Darstellungen von Lebensläufen weiblicher Flüchtlinge, die entweder im Jahr 1938 bereits Krankenschwestern waren oder diesen Beruf später gewählt haben. Zwei von ihnen sollen kurz erwähnt werden. Die diplomierte Krankenschwester Friederike Popper (1905–1966) war im Wiener Allgemeinen Krankenhaus angestellt. Als sie wegen ihres Gatten, des jüdischen Arztes Ludwig Popper (1904–1984), zwangspensioniert wurde, hatte sie gerade ihr zweites Kind bekommen. Nach etlichen vergeblichen Anstrengungen zur Flucht gelang der Familie die Ausreise nach Bolivien, wo ihr Mann als Militärarzt arbeiten konnte. In Bolivien wurden zwei weitere Kinder geboren; Friederike Popper führte zunächst den Haushalt, später wurde sie beim Heer als Hebamme beschäftigt. 1947 konnte die Familie nach Wien zurückkehren.[67]

Ren8e Spindel (1929–2017), die Tochter eines Wiener Großhandelskaufmanns, war erst zehn Jahre alt, als sie gemeinsam mit ihrer jüngeren Schwester in einem Kindertransport nach Frankreich geschicktwurde. Dort lebten die Kinder zuerst in einem Heim in Paris, dann in Zentralfrankreich. Nach der deutschen Besetzung Südfrankreichs im Jahr 1942 und einer abenteuerlichen Flucht fanden die Kinder über die Vermittlung katholischer Ordensfrauen eine Zuflucht bei privaten Familien. Ihre früheren Erfahrungen als Helferin eines Arztes im französischen Kinderheim motivierten Ren8e Spindel nach ihrer Weiterflucht in die USA, eine Ausbildung zur Krankenschwester zu absolvieren.[68]

In den nun folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Lebensbrüche, von denen die Geflüchteten betroffen waren, anhand beispielhafter Schilderungen der Schicksale einzelner Personen illustriert.

Erzwungener Abbruch der Pflegeausbildung

Am 2. Dezember 1938 trat in Österreich das Gesetz zur Neuordnung der Krankenpflege in Kraft. Es bestimmte unter anderem, dass die Bewerberinnen für Krankenpflegeschulen »deutschen oder artverwandten Blutes« und »politisch zuverlässig« sein mussten.[69] Schon davor – im Sommer 1938 – mussten jüdische Mädchen, die bereits eine solche Schule besuchten, ihre Ausbildung abbrechen. Aus der Schule des Wiener Allgemeinen Krankenhauses sind die Namen von drei Schülerinnen bekannt: Eva Lemler (1919–2016), Else Heilig (geb. 1917) und Stella Schor (geb. 1916);[70] aus anderen Schulen wurden bisher keine diesbezüglichen Angaben gefunden. Mit der Erstgenannten gelang es im Jahr 2008, E-Mail-Kontakt aufzunehmen.

Eva Lemler (später verehelichte Bostock) besuchte die Krankenpflegeschule ab 1937 mit Förderung der Israelitischen Kultusgemeinde; sie hatte ausgezeichnete Noten. Nachdem sie am 31. Juli 1938 die Schule verlassen musste, emigrierte sie nach Großbritannien, heiratete und wanderte später nach Australien weiter. Ihre Eltern und ihr jüngerer Bruder wurden von den Nationalsozialisten ermordet. Sie selbst starb im Alter von 97 Jahren im August 2016 in Australien.[71]

Stella Schor (später verehelichte Loeb) war Halbwaise, hatte die dreijährige kaufmännische Fortbildungsschule mit Auszeichnung beendet und bereits einige Jahre in einem Büro gearbeitet, als sie 1937 die Ausbildung zur Krankenschwester begann. Nach deren erzwungenemAbbruch wanderte sie nach Israel aus und 1952 von dort in die USA. Ihre Mutter starb in Haft.[72]

Ein Jahr früher als diese beiden Schülerinnen, nämlich im Jahr 1936, war Else Heilig in die Schule eingetreten. Schon 1937 musste sie diese wegen eines Einspruchs der Vaterländischen Front kurzfristig verlassen, war aber nach einer Intervention wieder aufgenommen worden. Kurz nachdem ihr Vater Ernst Heilig (1881–1938), Vorstand des Stenografenamtes im österreichischen Nationalrat, am 6. März 1938 gestorben war, musste sie wegen ihrer jüdischen Herkunft endgültig aus der Schule ausscheiden. Die letzte Nachricht, die über sie zu finden ist, stellt ein Vermerk auf dem Meldezettel dar: »Am 19. 10. 1939 nach Buenos Aires abgemeldet«.[73]

Eine vierte Schülerin der Krankenpflegeschule am Allgemeinen Krankenhaus, Grete Klaar (geb. 1917), die schon 1935 mit der Ausbildung begonnen hatte, konnte die letzten Prüfungen im Sommer 1938 gerade noch abschließen; ob sie das Krankenpflegediplom je ausgefolgt bekam, geht aus den Akten nicht hervor. Sie war die Adoptivtochter des jüdischen EhepaarsHans (geb. 1884) und Lilli Klaar (geb. 1891) und mosaischer Religion. Im März 1939 flüchtete sie mit ihren Adoptiveltern nach Großbritannien.[74]

Erzwungener Studienabbruch

An den Universitäten in Österreich – und nicht nur in Österreich – hatte der Antisemitismus eine lange Tradition. In der Zeit des österreichischen »Ständestaats « war seine Ausprägung jedoch versteckter geworden. Kurt Bauer zitiert eine Aussage Walter H. Sokels (1917–2014), der ab Herbst 1936 an der Wiener Universität Romanistik inskribiert hatte:

»Was ich an der Universität vorfand, waren keine Schlägereien, keine Krawalle, keine physischen Angriffe mehr auf jüdische Studenten, sondern Vorzeichen dessen, was später als Shoa so grauenhaft bekannt werden sollte. Ich meine damit eine stillschweigende, nicht offizielle, totale Ausgrenzung der Juden aus der Gemeinschaft […]. Wir jüdischen, das heißt als nicht-arisch geltenden Studenten, fanden uns isoliert, völlig auf uns allein angewiesen, ohne kameradschaftliche, ohne gesellschaftliche Beziehungen zu unseren sogenannten arischen Kommilitonen […]. Wir waren ghettoisiert. «[75]

In dieser Situation befanden sich die jüdischen Studierenden, als sie mit dem »Anschluss« 1938 vom Studium ausgeschlossen wurden. Im »Gedenkbuch für die Opfer des Nationalsozialismus an der UniversitätWien 1938«[76] finden sich 21 Namen jüdischer Studentinnen, die ihr Studium abbrechen mussten, emigrierten und im Ausland (meist in Großbritannien) wenigstens zeitweise als Krankenschwestern arbeiteten. Bei denen, die Medizin studiert hatten, lag dies in gewisser Weise nahe; vier von ihnen, Edith Hauser (geb. 1918), Hertha Lisbeth Keller (geb. 1914), Edith Strehblow (geb. 1918) und Frieda Zuckermann (geb. 1912) hatten auch schon die Qualifikation einer State Registered Nurse erworben, als sie nach dem Krieg die britische Staatsbürgerschaft erlangten. Über Lisbeth Hockey, die ebenfalls ihr Medizinstudium abbrechen musste – allerdings an

der Universität Graz – wurde in einem anderen Abschnitt dieses Beitrags ausführlicher berichtet.

Es waren aber nicht nur Medizinstudentinnen, die sich aus der Not heraus für die Pflegeausbildung interessierten. Annie Altschul, der ebenfalls ein ausführlicher Bericht gewidmet ist, war bis 1938 Studentin der Mathematik an der Wiener Universität. Auch die Wiener Romanistik-Studentin Gisela Lewin (geb. 1913) absolvierte in Großbritannien eine Ausbildung zur State Registered Nurse.

Das Schicksal leitender Pflegepersonen

Leitende Pflegepersonen, die den Nationalsozialisten unerwünscht waren, wurden sofort nach dem »Anschluss« suspendiert und dann mit reduzierten Bezügen pensioniert. Von zwei Personen, bei denen der Grund ihre jüdische Abstammung war, ist bekannt, dass sie nach Großbritannien emigrierten. Hanna Katz, am 21. April 1884 in Reichenberg geboren, hatte schon vor ihrer Pflegeausbildung die erste österreichische, von Ilse Arlt (1876–1960) in Wien gegründete Fürsorgeschule, die Vereinigten Fachkurse für Volkspflege, besucht. Nach ihrer Diplomierung in der Pflege arbeitete sie zuerst als Lehrerin an der Krankenpflegeschule des Allgemeinen Krankenhauses und wurde dann Schuloberin am Wilhelminenspital in Wien. Besonders erwähnenswert ist, dass sie 1918 ein Buch Grundriß der Anatomie für Krankenschwestern und 1926 ein Lehrbuch Einführung in die praktische Krankenpflege veröffentlichte, was zu dieser Zeit noch sehr ungewöhnlich war, denn die Lehrbücher für die Krankenpflege wurden allgemein nur von Ärzten – und eventuell von Geistlichen – verfasst. Katz war auch Schriftleiterin der Fachzeitschrift für Krankenpflegerinnen und Fürsorgeschwestern.

Im Jahr 1938 verlor Hanna Katz ihren Posten.[77] Nach ihrer Emigration nach Großbritannien 1939 leitete sie in Oxford eine Kriegsküche für Flüchtlinge und kehrte 1946 nach Wien zurück. Man hatte ihr eine Wiedereinstellung versprochen, aber nicht eindeutig klar gemacht, was darunter zu verstehen war. Katz dürfte sich eine Rückkehr in ihre frühere Position erwartet haben, denn sie schrieb in ihrem Ansuchen um Rückkehrbewilligung an die alliierte Militärbehörde in Wien: »I have already been informed from Vienna that I am wanted there, and even that my old post at the Wilhelminenspital is free for me in case I should wish to work there again.«[78] Der betreffende Posten war jedoch bei ihrer Rückkehr nichtmehr frei, ebensowenig wie andereOberinnenposten. Katz sollte daher vorübergehend an der Magistratsabteilung 17 (Anstaltenamt) angestellt werden. Dagegen erhob aber die Gewerkschaft Einspruch. So wurde diese Beschäftigung abgebrochen und Katz ging 1948 62-jährig »aus gesundheitlichen Gründen« in Pension. Am 6. 2. 1962 starb sie; ihre ehemalige Kollegin im Wilhelminenspital, Leonie Blühdorn (1888–1967), die selbst wegen ihres jüdischen Großvaters verfolgt wurde, hatte sie bis zu ihrem Tod gepflegt.[79]

Johanna Löwenstein (1902–1992), geboren am 16. Jänner 1902, hatte fünf Semester Staatswissenschaft studiert und einige Jahre als Beamtin gearbeitet, bevor sie 1930 bis 1933 eine Pflegeausbildung im Rudolfinerhaus absolvierte. Nach ihrer Diplomierung verließ sie das Krankenhaus, arbeitete in der Kinderübernahmsstelle der Gemeinde Wien und besuchte eine Fürsorgeausbildung. Ab 1936 Oberin des weltlichen Pflegedienstes im Versorgungsheim Lainz, wurde sie im April 1938 in den dauernden Ruhestand versetzt.[80] Sie emigrierte nach Großbritannien und heiratete dort den deutschen Journalisten Johannes Maier-Hultschin (1901–1958), der zu dieser Zeit polnischer Staatsbürger war. Die Familie Maier-Hultschin kehrte 1950 nach Deutschland zurück, er starb 1958, seine Witwe Johanna lebte noch bis 1992.[81]

Nicht aus »rassischen«, sondern aus politischen Gründen wurde Friederike Zehetner (1880–1959), Oberin des Pflegedienstes am Wilhelminenspital, verfolgt. Sie wurde am 14. März 1938 auf Antrag des SS-Oberkommandos beurlaubt und verlor ihre Stelle. Man warf ihr vor, sie habe den Schülerinnen den »deutschen Gruß« verboten, sie nicht zu einem Fackelzug gehen lassen und den Tag des »Anschlusses« als den »traurigsten Tag ihres Lebens« bezeichnet. Außerdem mangle es ihr an Gemeinschaftssinn, sie stütze sich nur auf eine »Gruppe legitimistischer und jüdischer Elemente«, wodurch sie als Oberin im nationalsozialistischen Staat nicht geeignet sei. Unterschriebenwurden diese Vorwürfe »für die N. S. Schwesternschaft« von einer Schwester, die »Parteigenossin« war, und weiteren 26 Krankenschwestern des Wilhelminenspitals.[82] Friederike Zehetner starb am 21. 7. 1959 in Bad Ischl.

Ebenfalls aus politischen Gründen wurden 1938 zwei weitere Oberinnen in verfrühte Pension geschickt: Marie Karwinsky (1889–1959), die Oberin des Allgemeinen Krankenhauses, und Anna Nyerges (1886–1956), Oberin im Rudolfspital. Marie Karwinsky war offensichtlich

als Schwester vonCarl Karwinsky (1888–1958), der 1933/34 Staatssekretär für Sicherheitswesen gewesen war, wegen ihrer politischen Einstellung für das neue Regime als Oberin nicht tragbar. Im August 1945 wurde sie wieder in den Dienst der Stadt Wien aufgenommen und anschließend im 56. Lebensjahr pensioniert. Sie starb 1959.[83] Anna Nyerges gab nach dem Krieg an, am 13. März 1938 habe ihr ein Sekundararzt des Rudolfspitals erklärt, sie könne ihren Posten wegen ihrer Weltanschauung und ihrer gegnerischen politischen Einstellung nicht behalten. Sie musste ein Pensionsansuchen unterschreiben. Da sie 1946 schon 60 Jahre alt war, ersuchte sie um Rehabilitierung und Anrechnung der verlorenen Jahre; zum neuerlichen Dienstantritt sah sie sich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage.[84]

Maria Demel (1902–1980), die erst seit März 1937 Schuloberin der Krankenpflegeschule der Stadt Wien in Lainz war, wurde am 18. März 1938 von der Gestapo verhaftet, u. a. aufgrund der Anklage, sie habe den Schülerinnen die Teilnahme amFackelzug verweigert.Am27. 3. 1938 wurde sie wieder freigelassen und nach einer Zeit des Krankenstandes in den Verwaltungsdienst versetzt, wo sie bis zu ihrer Pensionierung im Jahr 1962 tätigwar. ImJahr 1980 starb sie.[85] Die Krankenpflegeschule der Stadt Wien wurde 1938 den nationalsozialistischen Braunen Schwestern übergeben.

Da alle diese Personen bereits in den ersten Tagen nach dem 12. März 1938 außer Dienst gestellt wurden und sich auch die Oberin des Rudolfinerhauses Alice Pietzcker, wie bereits beschrieben, zur Flucht genötigt sah, war ein Großteil der an führender Stelle stehenden Pflegepersonen Wiens mit einem Schlag ausgeschaltet worden. An ihre Stelle traten den Nationalsozialisten genehme Personen und das »Krankenpflegewesen«, wie man es damals nannte, wurde nach nationalsozialistischen Vorstellungen umgestaltet.

Politisches Engagement emigrierter Pflegepersonen

Im Dezember 1941 wurde vonExilösterreicherInnen in Großbritannien das Free Austrian Movement als Dachverband österreichischer Exilorganisationen gegründet. Eine der ersten beruflich orientierten Gruppierungen, die sich ihm anschlossen, war die Association of Austrian Nurses and Allied Professions in Great Britain.[86] Hier engagierten sich österreichische Krankenschwestern. »Chairman« der Organisation war zunächst Johanna Löwenstein, die später von Hanna Katz abgelöst wurde; Sekretärinwar erst Lizzi Haas (geb. 1914), ihr folgte Alice Reiter (1905–1975), eine Säuglingspflegerin, die von 1935 bis 1938 das Ferienkinderheim St. Peter bei Aspang geleitet hatte.[87]

Einige andere Krankenschwestern hatten in Österreich im Rahmen der Gewerkschaft gearbeitet und setzten sich auch in der Emigration politisch ein. Lucia Loch (1881–1943), am 8. Februar 1881 in Zlin im damaligen Ostpreußen geboren, war im Ersten Weltkrieg nach Wien gekommen, wo sie zunächst als Pflegerin in einem Kriegsspital und nach dem Krieg eine Zeit lang als Oberschwester im Wiener Allgemeinen Krankenhaus arbeitete. Sie begann bald, sich für die Rechte der Krankenpflegerinnen zu engagieren und war eine der Gründerinnen ihrer gewerkschaftlichen Organisation in Österreich. Nach den Februarkämpfen 1934 arbeitete sie im Untergrund weiter. Als sie 1938 von den Nationalsozialisten bedroht wurde, flüchtete sie in die Schweiz und kam über Paris im Jahr 1941 in die USA, wo sie am 13. 12. 1943 starb.[88]

Die bekannte sozialdemokratische (und später kommunistische) Politikerin Marie Köstler, geborene Mattauch, die schon 1934 nach London emigrierte und dort in der sozialdemokratischen Exilorganisation tätig war, verfügte ebenfalls über einen pflegerischen Hintergrund. Sie hatte im Ersten Weltkrieg eine Krankenpflegeausbildung absolviert und war an der Gründung einer Krankenpflegerinnengewerkschaft imJahr 1917 in Graz beteiligt, deren Sekretärin sie bis 1934 war.[89]

Ein weiteres Beispiel für politisches Engagement ist Margit Czernetz (1910– 1996), geborene Kohn. Nach einer Ausbildung zur Kinderkrankenschwester im Mautner Markhof ’schen Kinderspital war sie im Wiener Rothschildspital tätig. Nach 1934 engagierte sie sich im Untergrund im Rahmen sozialistischer Gruppierungen und musste im Oktober 1938 nach Großbritannien flüchten. In London arbeitete sie im Büro der österreichischen Sozialisten mit, dessen Mitbegründer ihr Mann Karl Czernetz (1910–1978) war.[90] Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zahl österreichischer Krankenschwestern, die sich in der Emigration politisch betätigten, zwar nicht besonders hoch gewesen sein dürfte, dass das Klischee der »unpolitischen Krankenschwester« sich jedoch nicht durchwegs bestätigt. Vor allem jene Personen, die schon vor 1938 politisches Engagement gezeigt hatten, kämpften auch in der Emigration weiter.

Fußnoten

64 Vgl. Victoria Kumar, Land der Verheißung – Ort der Zuflucht. Jüdische Emigration und nationalsozialistische Vertreibung aus Österreich nach Palästina 1920 bis 1945, Innsbruck: StudienVerlag 2016. – Die Angaben sollen nur die ungefähre Größenordnung zeigen.

65 Vgl. DÖW (Hg.), Österreicher im Exil. Belgien 1938–1945. Eine Dokumentation, Wien: Österr. Bundesverlag 1987, 20–21.

66 Vgl. Unabhängige Expertenkommission Schweiz, Zweiter Weltkrieg (Hg.), Die Schweiz und die Flüchtlinge zur Zeit des Nationalsozialismus, Bern: 1999, 108.

67 Vgl. Ludwig Popper, Bolivien für Gringos. Exil-Tagebuch eines Wiener Arztes, Oberwart:
Edition Lex Liszt 12, 2005. – Personalakt Friederike Popper, WStLA, M.Abt. 202, Personalakten 1.Reihe.

68 Vgl. Gerda Hofreiter, Allein in die Fremde. Kindertransporte vonÖsterreich nach Frankreich, Großbritannien und in die USA 1938–1941, Innsbruck: StudienVerlag 2010, 97–99.

69 Vgl. Herbert Weisbrod-Frey, Krankenpflegeausbildung im Dritten Reich, in: Hilde Steppe (Hg.), Krankenpflege im Nationalsozialismus, 8. Auflage, Frankfurt/Main: Mabuse 1996, 87–110, 88–95.

70 Vgl. Ilsemarie Walter, »Keine Ausnahme«. Veränderungen in der österreichischen Krankenpflege in den Jahren 1938/39, in: Österreichische Pflegezeitschrift 62 (2009) 1, 20–24, 20–22.

71 Vgl. E-Mail-Korrespondenz zwischen Eva Bostock und Ilsemarie Walter, 15. 12. 2008–4. 3. 2009, Kopien im Besitz der Verfasserin.

72 Vgl. Loeb Stella, Ansuchen um Entschäd., ÖStA, AdR, Entschäd. u. Restit. Angel., Alter Hilfsfonds.

73 Vgl. Meldezettel Else Heilig, WStLA, Bundespolizeidir. Wien, Histor. Meldeunterlagen, DAntiquariat. – Aufnahmegesuch Else Heilig, WStLA, Dir. Akten AKH, A3, Kt. 99. – Ausscheiden von Schülerinnen wegen Einspruch der Vaterländischen Front, ÖStA, AdR, BMfsV, VG, Kt. 2307, Akt 26.920/37.– Wiederaufnahme Else Heilig, ebd., Akt 37.728/37.–Meldung
nichtarischer Schülerinnen, WStLA, Dir. Akten AKH, A3, Kt. 97.

74 Vgl. Meldezettel Margarethe Klaar, WStLA, Bundespolizeidir. Wien, Histor. Meldeunterlagen, D-Antiquariat. – Bestät. f. Grete Klaar, WStLA, Dir. Akten AKH, A3, Kt. 97 und 98. – Hans Klaar, Ansuchen um Entschäd., ÖStA, AdR, Entschädigungs- und Restitutions-Angelegenheiten,
Alter Hilfsfonds.

75 Vgl. Walter H. Sokel, Das provisorische Dasein. 1936–1938, Vortrag gehalten am 12. März 2008 im Kleinen Festsaal der Universität Wien. Zit. nach: Kurt Bauer, Schlagring Nr. 1. Antisemitische Gewalt an der Universität Wien von den 1870er- bis in die 1930er-Jahre, in: Regina Fritz/et al. (Hg.), Alma Mater Antisemitica. Akademisches Milieu, Juden und Anti-Kransemitismus an den Universitäten Europas zwischen 1918 und 1939,Wien: new academic press
2016, 137–160, 158–159.

76 Vgl. Gedenkbuch für die Opfer des Nationalsozialismus an der Universität Wien 1938, URL:gedenkbuch.univie.ac.at.

77 Vgl. Personalakt Hanna Katz, WStLA, M.Abt. 209, Personalakten Wilhelminenspital.

78 Hanna Katz, Rückkehr nach Österreich, ÖStA, AdR, BMfsV, VG, Kt. 18, Akt 24.576/47.

79 Vgl. Personalakt Johanna Katz, WStLA, M.Abt. 202, Personalakten 1.Reihe.

80 Vgl. Personalakt Johanna Löwenstein, Rudolfinerhaus, 1933, Ausgetretene Schwestern, Schülerinnen und Aushilfsschwestern, WStLA, M.Abt. 202, Personalakten 1.Reihe, A–SCH.

81 Vgl. Nachlass Johannes Maier-Hultschin, Das Bundesarchiv, URL: www.nachlassdatenbank.
de/viewsingle.php?person_id=8913&asset_id=9667 (abgerufen am 6. 6. 2018).

82 Vgl. Personalakt Friederike Zehetner,WStLA, M.Abt. 209, Personalakten Wilhelminenspital.

83 Vgl. Personalakt Marie Karwinsky, WStLA, M.Abt. 521, Personalakten 20. Jh. 2. Reihe.

84 Vgl. Brief Anna Nyerges vom 17. 11. 1946 an das Bundesmin. f. soz. Verwaltg., WStLA, M.Abt. 209, Allgem. Reg. 1945–1971, Kt. 41.

85 Vgl. Personalakt Maria Demel, WStLA, M.Abt. 202, Personalakten 2.Reihe.

86 Vgl. Wolfgang L. Reiter, Aufbruch und Zerstörung. Zur Geschichte der Naturwissenschaften in Österreich 1850 bis 1950 (Emigration – Exil – Kontinuität. Schriften zur zeitgeschichtlichen Kultur und Wissenschaftsforschung 15), Wien: Lit 2017, 356–357.

87 Vgl. Rückführung, österr. Krankenpflegerinnen aus England, WStLA, M.Abt. 209, A1, IId V 144/46 (Aktenkonvolut).

88 Vgl. Gabriele Dorffner, Loch Lucia, in: Horst-Peter Wolff (Hg.), Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Whowas who in nursing history A–Z, Berlin: Ullstein Mosby 1997, 120–121. – Karin Nusko, Loch Lucia (Lucie), Gewerkschafterin (RS) und Krankenpflegerin, Universität Wien, URL: www.univie.ac.at/biografiA/daten/text/bio/loch.htm (abgerufen am 23. 1. 2017).

89 Vgl. Lydia Jammernegg, Marie Köstler, Frauen in Bewegung 1848–1938, Österreichische Nationalbibliothek, URL: www.fraueninbewegung.onb.ac.at/Pages/PersonDetail.aspx?p_iPersonenID=8674981 (abgerufen am 28. 8. 2016).

90 Vgl. Karin Nusko, Czernetz Margit, geb. Kohn, Widerstandskämpferin (RS), Politikerin (SPÖ) und Krankenpflegerin, Universität Wien, URL: www.univie.ac.at/biografiA/projekt/Widerstandskaempferinnen/Czernetz_Margit.htm (abgerufen am 23. 1. 2017).

Ersterschienen bei eLibary

Autorin

MMag.ª Dr.in Ilsemarie Walter

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

Der facultas Onlineshop
ist für alle da!
Mit
Click & Collect-
Funktion
Literatur für das Studium, Fachbücher für den Beruf, Buchgeschenke oder der Roman, der schon lange auf der eigenen Wunschliste steht: Jetzt bis 30.4.21 im facultas Onlineshop Bücher österreichweit versandkostenfrei bestellen!
Mehr Infos auf facultas.at
facultas

2. / 3. September 2021

Hotel Hilton am Stadtpark

BUSINESS circle

Österreichs exklusives Forum für Führungskräfte der Pflege

Pflege-Management Forum 2021

NEUER TERMIN
2. / 3. September

- 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