Pflege Professionell

Das Open Source Fachmagazin für den Gesundheitsbereich Herbst 2016

Jahrhundertchance Pflegeberufereformgesetz
Andreas Westerfellhaus

Chief Nursing Officer in Österreich
Paul Resetarics

Gesundheitsförderung an Pflegeschulen
Matthias Drossel, MSc. & Dennis Krumpholz, BSc

ISSN 2517-9780

MACHEN WIR PFLEGE GEMEINSAM ZUM THEMA.
volkshilfe.
Luise.
www.pflegepreis.at
ÖSTERREICHISCHER PFLEGE- UND BETREUUNGSPREIS 2016
Sie pflegen und betreuen ein Familienmitglied?
Sie engagieren sich ehrenamtlich im Bereich Pflege und Betreuung?
Sie engagieren sich als ArbeitgeberIn für pflegende MitarbeiterInnen?
Du bist JugendlicheR und hilfst bei der Pflege und Betreuung mit?
JETZT BIS 8. OKTOBER 2016 UNTER WWW.PFLEGEPREIS.AT BEWERBEN!
PFLEGE PROFESSIONELL unterstützt die Volkshilfe mit dieser Gratisschaltung

BILDUNG & MANAGEMENT

05 **Die nächste Entwicklungsstufe der Beratung...**
Dr. Christoph Zulehner

09 **Was ist Ko-Kompetenz**
Dr. Christoph Zulehner

GESUNDHEITSPOLITIK

13 **Chief Nursing Officer in Österreich**
Mag. Paul Resetarics, MSc

15 **Berufsordnung und Pflegekammer**
Dr. Edith Kellnhauser, RN, BA, MSEd

21 **Jahrhundertchance Pflegeberufereformgesetz**
Präsident Andreas Westerfellhaus

PEER REVIEW

25 **Gesundheitsförderung an Pflegeschulen**
Matthias Drossel, MSc. & Dennis Krumpholz, BSc

FACHWISSEN

39 **„Triage“ in der Notaufnahme**
Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, RbP

45 **Kompressionstherapie beim Ulcus cruris venosum**
DGKS Kerstin Protz

53 **Besondere Haut braucht besondere Pflege**
DGKP Sebastian Kruschwitz

57 **Krisenintervention des Roten Kreuzes Steiermark**
Mag. Petra Preimesberger

63 **Wenn Schönheit krank macht**
Karin Grössing

ERLEBEN

73 **Und was kommt dann?**
Mag. Silvia Langthaler

77 **Wer keine Wahl hat**
Präsidentin IG Birgit Meinhard-Schiebel,
Gemeinderätin & Landtagsabgeordnete

79 **Pension – Zeit sich neu zu erfinden!**
Sonja Schiff, MA

67 **REZENSIONEN**

IMPRESSUM

MedieninhaberIn
Markus Golla
Peter Paulstrasse 15/1/4
2201 Gerasdorf bei Wien,
golla@pflege-professionell.at

Herausgeber
Markus Golla

Chefredaktion
Markus & Kathrin Golla

Lektorat
Kathrin Golla & Facultas

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar via Email: druck@facultas.at

Druckerei & Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
golla@pflege-professionell.at
0043/6507006615

Titelbild (C) Michael Vorstandlechner
www.michaelvorstandlechner.com

(C) 2016 Markus Golla

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.

DGKP Markus Golla

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die persönliche Definition von Erfolg zu beschreiben ist für uns oft keine leichte Aufgabe. Es gibt Menschen die erfolgreich sind und andere, die davon träumen. Viele Personen würden alles opfern, um einen gesegneten Weg zu haben. Aber sind erfolgreiche Menschen glücklicher als andere? Eine Frage auf die wir oft keine sofortige Antwort parat haben. Beschäftigt man sich mit erfolgreichen bzw. berühmten Persönlichkeiten, muss man ziemlich schnell erkennen, dass es ein langer Weg des Scheiterns war, der irgendwann zum gewünschten Ziel geführt hat. Walt Disney wurde in seiner ersten Anstellung wegen mangelnder Kreativität gefeuert, Henry Ford ging fünfmal Bankrott, bevor er beim sechsten Mal den Durchbruch hatte und Personen wie Mark Zuckerberg oder Steve Jobs benötigten ebenfalls mehrere Anläufe.

Was hat das mit Pflege und dem Gesundheitswesen zu tun?

Gerade in der heutigen Zeit in der wir nun merken, dass die festgefahrenen Systeme, Hierarchien und starren Führungsmethoden nicht mehr funktionieren, brauchen wir neue erfolgreiche Ansätze von QuerdenkerInnen, die unseren Alltag verändern. Um neue innovative Wege zu implementieren benötigt es aber auch die Bereitschaft zu scheitern, wieder aufzustehen und weiter zu scheitern, bis man an dem Punkt angelangt ist, an dem es funktioniert. Unser Gesundheitssystem hat nun mehr denn je einen Erfolg nötig, denn unsere Strukturen zerbrechen an alten Denkweisen und Handlungsmustern.

Vielleicht sind ja Sie die/der QuerdenkerIn, die wir nun benötigen. Eventuell müsste man Ihnen ja nur sagen „Wir brauchen dich…“, damit Sie diese Veränderung einleiten. Möglicherweise beschließen Sie aber einfach selbst von heute auf morgen diesen Weg zu gehen. Mit dieser Ausgabe möchten wir Ihnen wieder einige solcher Personen vorstellen: Menschen mit Visionen…

Markus Golla

Herausgeber

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

„Es gibt zwei Medien ein Unternehmen zu steuern. Geld und Information. Geld ist aus!“ So lautet eine provokante These der Unternehmenssteuerung. Information wird immer mehr zum unverzichtbaren Schmierstoff für Erfolg. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass die Information verständlich, aktuell und toll verpackt ist.

Medien, welcher Form auch immer, müssen sich deshalb zusehends als die Verpackungskünstler der Information verstehen. Nicht immer gelingt dies. Die eine oder andere wissenschaftliche Publikation ist der abschreckende Beleg dafür. Dabei wäre es so einfach. Und doch versucht so manche Veröffentlichung sich krampfhaft von der Populärwissenschaft abzugrenzen. Ja nur nicht für alle verständlich sein, so scheint das Rezept zu lauten. Unverständliche Rezepte führen aber nicht selten zu nicht schmackhaften Ergebnissen

Die aktuelle Ausgabe von Pflege-Professionell ist ein wunderbarer Beleg dafür, dass es möglich ist, wertvolle Information genießbar zu machen. In diesem Sinne:
Viel Freude beim Auspacken und guten Appetit beim Lesen.

Dr. Christoph Zulehner

Speaker & Stratege

Dr. Christoph Zulehner

Was ist Ko-Kompetenz

Allein agieren nur mehr die Dummen!

„Sie hat die Kompetenz auf diesem Themengebiet!“, „Das ist alleine sein Kompetenzbereich!“, „Wir werden Sie an ein Kompetenzzentrum überweisen!“. Solchen und ähnlichen Sätzen begegnen wir täglich. Sei es als Kunden oder aber auch dort, wo wir selber mit unserem eigenen Fachwissen mitmischen.

Als Kompetenz generell, bezeichnen wir die Eignung oder die Fähigkeit einer Person. Also das auf der individuellen Ebene verankerte Können. Seitdem wir uns mehr und mehr zu einer Wissens- und Kreativgesellschaft verändern, nehmen auch die Differenzierungen stetig zu. Dabei fällt auf, dass synonym Begriffe wie Befähigung, Eignung oder Intelligenz verwendet werden. Deshalb lohnt es sich ein bisschen in die Literatur zu blicken. Und da wird vor allem eines deutlich: Die Kompetenz als solche gibt es nicht. Die Zeit des IQ als das Maß von Verstand und Können ist vorbei.

Da die Fähigkeiten der Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt sind und keine Einigkeit darüber besteht, wie diese zu bestimmen und zu unterscheiden sind, gibt es auch keine allgemeingültige Definition von Fähigkeit und Intelligenz. Fest steht: Es braucht die Differenzierung.

Der amerikanische Erziehungswissenschaftler Howard Gardner beispielsweise, unterscheidet in seiner **Theorie der multiplen Intelligenzen** folgende neun Formen:

- sprachlich
- musikalisch
- logisch-mathematisch
- visuell-räumlich
- körperlich-kinästhetisch
- intrapersonal
- sozial-interpersonal
- naturalistisch
- existenziell-spirituell

Damit ist aber nicht das multitalentierte Genie gemeint. Kaum vorstellbar, dass ein einzelnes Individuum alle neun Begabungen in höchster Ausprägung mitbringt.

Auch in der Organisationslehre kennt man den Begriff der „Kompetenz“. Es sind neben den Fähigkeiten

(C) Lassedesignen

damit auch die Rechte und Pflichten der Mitarbeitenden gemeint. Kompetenz als Legitimation bestimmte Handlungen und Aufgaben zu übernehmen. Eine Besonderheit sind in diesem Zusammenhang jene Organisationen, die dementsprechenden rechtlichen Regulativen unterliegen. Dann wird aus der Aufgabe die **Vorbehalts-Aufgabe**. Jene Tätigkeit, die zu tun, nur ganz bestimmten Berufsgruppen vorbehalten ist.

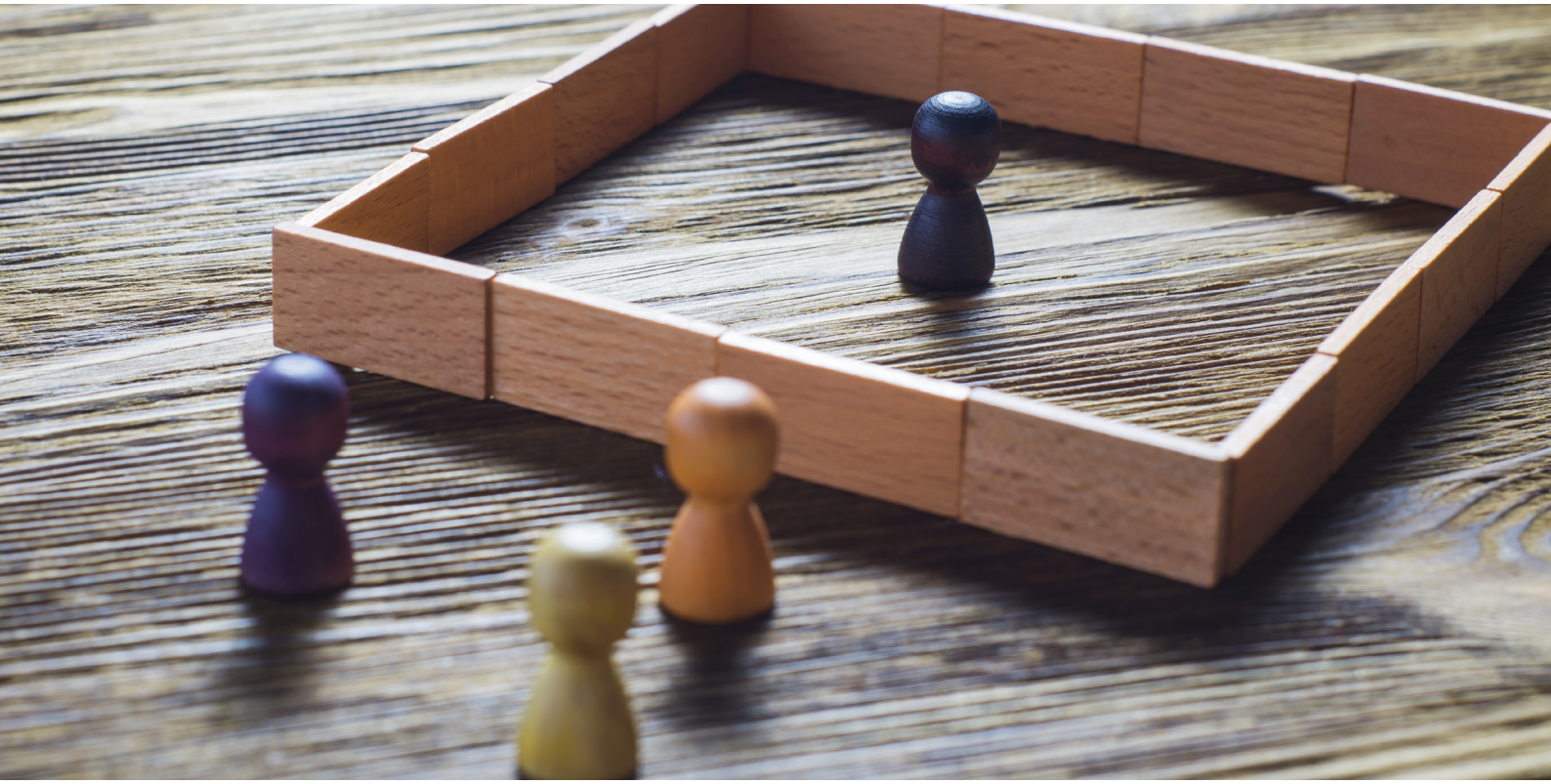
Die Explosion des Wissens führt dazu, dass Experten vermehrt dazu gezwungen sind, sich auf immer kleinere Fachgebiete zu konzentrieren. Idealerweise orientieren sie sich dabei an ihren Kompetenzen und Fähigkeiten. Das ist wichtig und notwendig. Vor allem aber unvermeidbar. Vertiefung heißt aber auch Verzicht. Verzicht darauf in mehreren Expertenfeldern ganz vorne mit dabei zu sein. Experte zu sein in einem Fachgebiet, bedeutet nämlich in tausenden anderen Bereichen Nicht-Experte zu sein. Wenn wir es also mit einem „Experten für ...“ zu tun haben, muss uns bewusst sein, dass wir es gleichzeitig mit einem „NICHT-Experten für ...“ zu tun haben. Und das stellt uns zusehends vor ganz besondere Herausforderungen.

Diese Herausforderungen sind per se noch keine Katastrophe. Sie verlangen aber nach zwei Dingen: Die geeigneten Experten zu kennen. Die richtigen Experten zusammenzuführen. Anders formuliert: Je mehr wir uns vertiefen umso mehr bedarf es der Zusammenarbeit. Allein agieren nur mehr die Dummen!

Bestimmt haben Sie schon von den Panama-Papers gehört. Die Aufdeckung der kriminellen Machenschaften eines auf Briefkastenfirmen und Steueroasen spezialisierten Finanzberaters mit Sitz in Panama-Stadt. Kennen Sie aber auch ihre Enthüller? Nein? Frederik Obermaier und Bastian Obermayer. In der Redaktion der Süddeutschen Zeitung launig „Gebrüder Obermeier“ genannt. Ihre Enthüllungen haben weltweit eine Debatte über Steuerschlupflöcher, Briefkastenfirmen, Steueroasen, Steuerdelikte und Steuermoral ausgelöst. In Island führten die Enthüllungen sogar zum Rücktritt von Ministerpräsident Gunnlaugsson.

Nachdem das Leak zu einem unglaublichen Ausmaß von 2,6t Terabyte angewachsen ist, galt es eine bisher nicht gekannte Form des Zusammenwirkens zu entwickeln. Die beiden Redakteure koordinierten ihre Arbeit über das ICIJ, das International Consortium of Investigative Journalists. Nach mehr als einjähriger geheimer Datenauswertung, wurde das Ergebnis am 3. April 2016 bei einer akkordierten Aktion in 109 Zeitungen, Fernseh-Stationen und Online-Medien in 76 Ländern öffentlich gemacht. Beteiligt waren am Ende 400 Journalisten aus über 70 Ländern. Eine Meisterleistung der Ko-Kompetenz.

(C) radachynskyi



Warum Ko-Kompetenz? Ko-Kompetenz ist eine Verknüpfung der Begriffe Kompetenz und Kooperation. Was Kompetenz bedeutet wissen wir. Aber was heißt Kooperation? Sprachlich bedeutet es „Zusammen-Wirkung“. Wunderbar: Es soll das was wir tun also eine Wirkung haben. Eine zielgerichtete Wirkung.

Nun! Dies kann einerseits so passieren, dass den Kooperierenden eine steuernde bzw. anweisende Person vorsteht und dafür sorgt, dass die angestrebte Wirkung erzielt wird. Das ist die herkömmliche Form von Kooperation. So wie wir sie auch von Unternehmen kennen.

Was aber, wenn sich der Prozess als enorm dynamisch oder ungewöhnlich komplex darstellt? Wenn aus zwei plötzlich hundert oder vierhundert werden? Was, wenn es gar nicht zu schaffen ist ein konventionelles Management zu organisieren? Was, wenn die Entwicklung zeigt, dass es schneller Reaktionen und laufender Anpassungen bedarf. Was, wenn zwar das Ziel klar aber der Ausgang offen ist?

Dann gilt es **Ko-Kompetenz** zu entwickeln. Dabei organisieren sich die Kollaborierenden selber. Bilden ein aufgabenspezifisches System um auf schnellem und unkonventionellem Weg zu den gewünschten Ergebnissen zu kommen. Ko-kompetent Agierende zeichnen sich unter anderem durch folgende Merkmale aus:

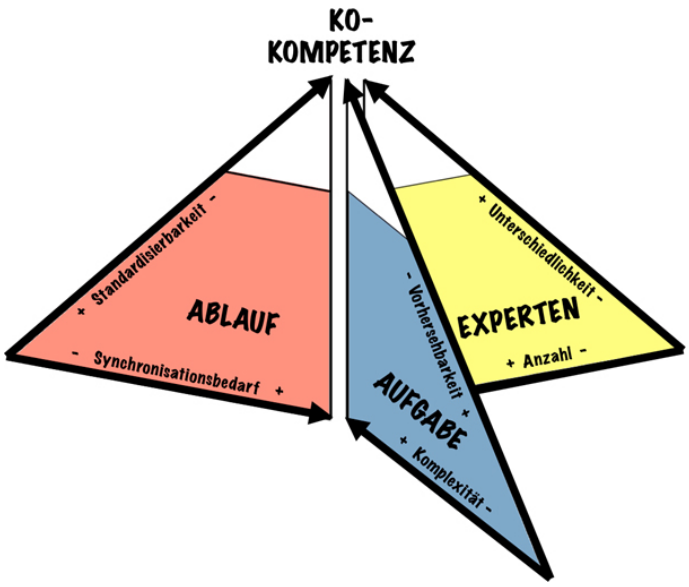
- sie konzentrieren sich ungestört auf ihr eigenes Expertenfeld
- sie bringen die eigenen Ergebnisse in ein ko-kompetente System ein
- sie teilen die gewonnenen Erkenntnisse in einem ko-kompetenten System
- sie imaginieren die nächsten Schritte und entscheiden selbststeuernd

Immer öfter finden wir solche Systeme. Weil es notwendig ist. Auf den ersten Blick ist uns oft gar nicht bewusst, dass es sich um ko-kompetente Systeme handelt. Was auffällt ist, dass sie uns begeistern, weil sie in der Lage sind ihr Zusammenwirken zu imaginieren und bei uns den Eindruck hinterlassen, als würden sie sich blind verstehen. Beispiele ko-kompetent agierender Systeme finden sich unter anderem bei erfolgreichen Mannschaften im Spitzensport, bei OP-Teams, bei Seilschaften der Bergrettung oder bei Forschergruppen, um nur einige zu nennen.

Werfen Sie einmal einen kritischen Blick auf Ihre eigene Organisation. Je mehr der folgenden Kriterien zutreffen, umso eher sind Sie gefordert Ko-Kompetenz zu entwickeln. Diese Form der Kollaboration wird vor allem Know-how-getriebene Unternehmen in den nächsten Jahren beschäftigen. Und darauf dürfen wir uns freuen. Als Mitarbeitenden gleichermaßen wie als Unternehmen.

Sechs kritische Fragen führen zu einer guten Einschätzung, ob ein System Ko-Kompetenz braucht:

1. Ist die Anzahl der notwendigen Experten hoch?
2. Ist die Unterschiedlichkeit der Expertisen groß?
3. Ist die zu erledigende Aufgabe komplex?
4. Ist die Vorhersehbarkeit des Ausgangs gering?
5. Ist der Synchronisationsbedarf beim Ablauf groß?
6. Ist die Standardisierbarkeit des Ablaufes gering?



Quellen

Gardner, H. (1991): Intelligence: Multiple Perspectives. Zus. mit Mindy Kornhaber und Warren Wake. Holt, Rinehart and Winston inc., USA

Gardner, H. (2010): Multiple Intelligences. New Horizons. Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, USA

Marland, S. P. (1973): Career Education: Off the Drawing Board, USA

Reimann-Höhn, U. (2007): Welche Talente und Begabungen hat Ihr Kind? Herder Verlag, Freiburg, Deutschland

Stern, E.; Neubauer, A. (2013): Intelligenz – Große Unterschiede und ihre Folgen, Deutsche Verlags-Anstalt, München, Deutschland

Zulehner, C. (2016): Her mit Impulsen – Wie neue Bildungsformate zu Ko-Kompetenz führen, Innovator, Nr. 29, Juli 2016, S. 15 – 17

Zulehner, C. (2016): Ko-Kompetenz – Die Zukunft der Zusammenarbeit, Pflege Professionell – Das Fachmagazin, 04-2016, S. 3 - 6

http://panamapapers.sueddeutsche.de

Autor & Links

www.seges.at

www.christophzulehner.com

Dr. Christoph Zulehner
Speaker & Experte
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Dipl. Kaufmann für Gesundheitmanagement
Doktorat in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Unternehmensberater & Geschäftsführer seGes
Gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Management von Gesundheitseinrichtungen

Die nächste Entwicklungsstufe der Beratung...

Vom Unternehmensberater zum Speaker?

Der österreichische Unternehmensberater des Gesundheitswesens Dr. Christoph Zulehner geht neue Wege. Eine komplett neue Webseite, Videopodcasts die von einem eigenen Filmteam gedreht wurden und eine ungewöhnliche kommende Buchreihe leiten eine neue Präsentationsebene ein. Wir wollten natürlich persönlich von ihm erfahren, was genau dahintersteckt und trafen das kreative Mastermind zu einem Interview...

Pflege-Professionell: Neben Ihrer Tätigkeit als Strategieberater sind Sie auch als Speaker tätig. Ein im deutschsprachigen Raum noch nicht sehr gebräuchlicher Begriff!

Christoph Zulehner: Ja das stimmt. Beim Begriff wird der angloamerikanische Einfluss stark spürbar. Den Bedarf gibt es aber auch bei uns!

Pflege-Professionell: Wo sehen Sie aus ihrer Perspektive diesen Bedarf.

Christoph Zulehner: Bestimmt kennen die meisten Leserinnen und Leser den Film „Transporter“. Als Speaker ist man nichts anderes als ein „Transporter“. Was ein Speaker allerdings transportiert ist viel kostbarer als das Transportgut in besagtem Film.

Als Speaker transportiere ich Information. Dabei sorge ich nicht nur dafür, dass die Information sicher beim Empfänger ankommt sondern auch attraktiv verpackt. – Also gut, hier gibt es noch eine Parallele zum Film (lacht).

Pflege-Professionell: Wie sieht denn die Verpackung aus in der Sie Ihre Information anliefern?

Christoph Zulehner: Information muss schön verpackt sein. Die Verpackung muss neugierig auf den Inhalt machen. Das geht am besten mit einer Story. Die Story muss wahr sein. Sie muss belegt sein und sie muss von etwas Außergewöhnlichem erzählen.

Pflege-Professionell: Eine gute Geschichte also?

Christoph Zulehner: Ja eine Geschichte. Der Begriff verrät ja schon sehr viel. Nicht umsonst sprechen wir im deutschen Raum auch von Geschichte wenn es um die Historie geht.

Bevor es die Schrift gab, wurden die Herkunft, die Erfahrungen, das Wissen und die Weisheiten durch Geschichten weiter gegeben. Und das ist bis heute so. Stellen Sie sich vor, Kinder würden erst mit dem Lesen zu lernen beginnen. Unvorstellbar. Von Geburt an werden wir von unseren Eltern durch Geschichten begleitet und aufs Leben vorbereitet. Menschen lieben Geschichten. Auch wenn sie erwachsen sind.

Pflege-Professionell: Sie legen in Ihrem Beitrag eine freche These vor: „Alleine agieren nur mehr die Dummen“, schreiben Sie. Es geht um Ko-Kompetenz und neue Formen des Zusammenwirkens. Wie sieht es eigentlich bei Ihnen aus? Sind sie auch „ko-kompetent organisiert“?

Christoph Zulehner: Auf jeden Fall. Obwohl ich am Markt als Zulehner auftrete werde ich von einer Vielzahl an Experten unterstützt. Die Auflistung würde Sie überraschen.

Pflege-Professionell: Na dann legen Sie mal los! Unsere Leserinnen und Leser interessiert das ganz bestimmt.

Christoph Zulehner: Wenn Sie meinen. Hier ein kleiner Auszug: Fotostudio, Publikationsexperte, Inhalts-Lektorat, Stil-Lektorat, wissenschaftliche Beratung, Social-Media Experte, Verlagsexperte, Experte für Managementspiele, Planspiel-Entwickler, Layout-Experte für Drucksorten, Experte für Social-Media-Methodik, Experte für Online-Inhalte, Englisch-Lektorat, Speaker-Coach, Bühnentrainer, Sprachtrainerin, Filmemacher, Experte für Online-Marketing Outfit- und Typberatung, Celebrity Experte. Genug?

Pflege-Professionell: Das klingt nicht nach Einzelunternehmer?

Christoph Zulehner: Das ist richtig. Ich bin zwar Unternehmer aber auch ein Unternehmen. Auch ich bin Experte. Umso mehr brauche ich ein ko-kompetentes System in das ich eingebettet bin. Auch ich wäre alleine nicht erfolgreich. Drei Fachbücher, eine Planspiel, ein Strategiespiel, entstehen ja nicht von selbst. Aktuell schreibe ich gerade an meinem vierten Buch. Mein erstes Sachbuch.

Pflege-Professionell: Wollen Sie uns verraten worum es darin geht?

Christoph Zulehner: Ein Bisschen kann ich schon verraten. Es knüpft am Thema Ko-Kompetenz an. Bei meinen aktuellen Vorträgen beschäftige ich mich mit den zukünftigen Veränderungen am Markt und wie sich Unternehmen darauf vorbereiten können. In meinem neuen Buch geht es um den Menschen. Um das Individuum in der Expertenwelt. Dabei stehen zwei Fragen im Mittelpunkt: Wie werde ich Experte und wie agiere ich, wenn ich auf dem Weg zum Experten bin? Wenn ich möglicherweise noch gar kein

richtiger Experte bin aber bereits als solcher agieren muss. Das ist viel öfter der Fall als man glaubt. Ich bin überzeugt davon, dass viele Leserinnen und Leser schon selber in dieser Situation waren.

Pflege-Professionell: Klingt spannend.

Christoph Zulehner: Ist es auch. Das Schreiben macht viel Spaß und im Frühling 2017 gibt es das Ergebnis im Buchhandel.

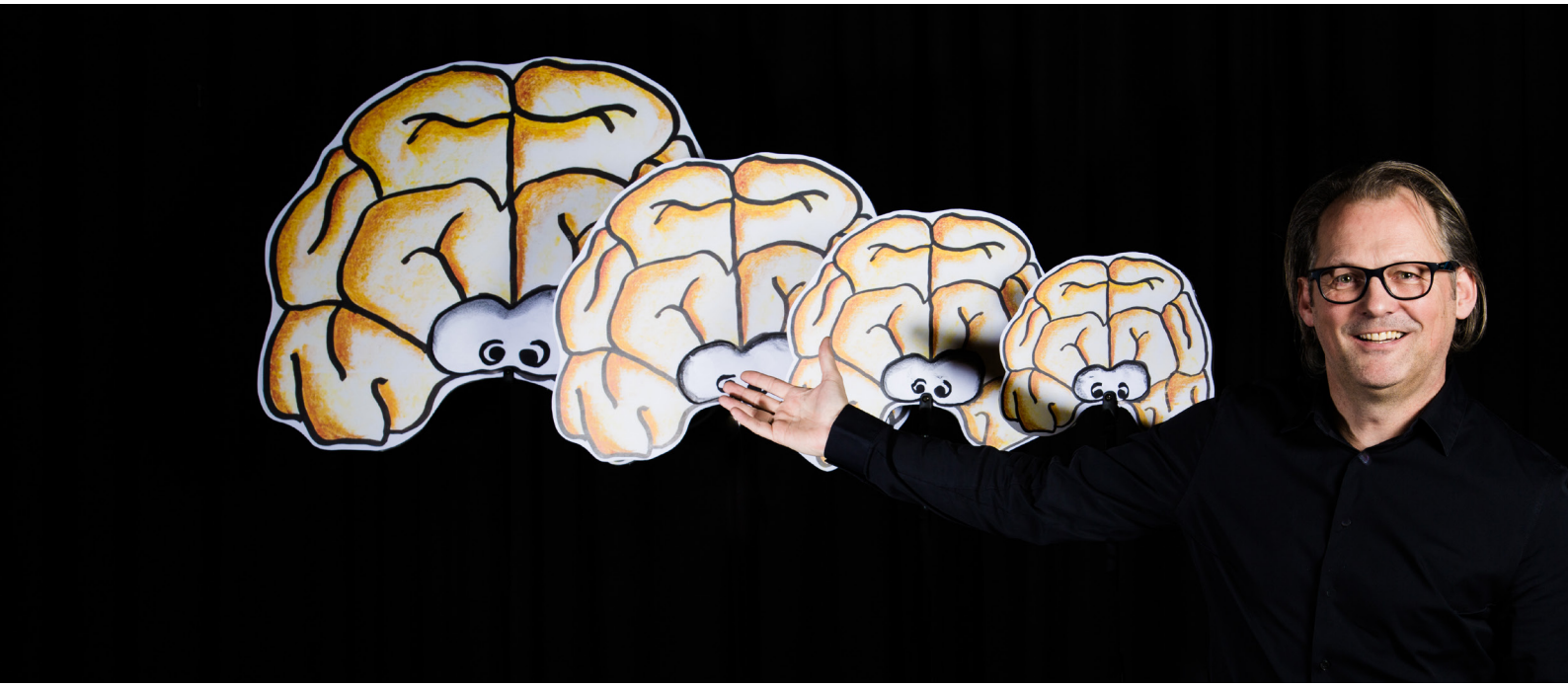
Pflege-Professionell: Vielleicht gelingt es uns ja als Pflege-Professionell einen kleinen Vorsprung herauszuholen und den Leserinnen und Lesern schon früher etwas von Ihrem Buch zu zeigen.

Christoph Zulehner: Das klingt nach einer tollen Idee.

Pflege-Professionell: Wunderbar. Dann wünsche ich Ihnen viel Erfolg und bedanke mich sehr herzlich für das Gespräch.

Interview: Markus Golla, BScN
Fotos: Michael Vorstandlechner

Zulehners Wochenkarte jeden Montag auf Facebook



AkademikerVerlag

Gesundheitsförderung an Berufsfachschulen für Krankenpflege

- Handlungsempfehlungen für Schulleitungen in BFS für Krankenpflege in Bayern

von Matthias Drossel

ISBN: 978-3-639-72957-3

info@akademikerverlag.de
www.akademikerverlag.de

Buy this book at
www.morebooks.de
More Books!

Chief Nursing Officer in Österreich

Mag. Paul Resetarics, MSc im Interview

Befragt man 100 Pflegefachpersonen, welchen Aufgaben der „Chief Nursing Officer“ in Österreich täglich nachgeht, erntet man nur ratlose Blicke. „Was ist den das für eine Funktion?“, „Wie wird man das?“ oder „Gibt es das in Österreich wirklich?“ sind typischen Antworten, die man auf diese Frage erhält. Ein Grund für Pflege Professionell Herrn Mag. Paul Resetarics, MSc zu einem Interview einzuladen...

Pflege Professionell: Seit wann gibt es die Funktion des Chief Nursing Officers in Österreich?

Paul Resetarics: 1997 empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals Nurses (in Österreich würden wir wohl von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sprechen) und Midwifes (Hebammen) in den für diese Berufsgruppen zuständigen Organisationen, (in Österreich das Bundesministerien für Gesundheit und Frauen) zu installieren. Diese Goverment Chief Nursing and Midwifery Officer (GCNMO) sollten den zuständigen Organisationen insbesondere mit der berufsspezifischen Expertise bei fachlichen Angelegenheiten (z.B. Novellierungen des Berufsgesetzes, Ausbildungsverordnungen, Anerkennung von ausländischen Ausbildungen, externe fachliche Anfragen an das Ressort) beratend zur Seite und in engem Kontakt mit der betreffenden Berufsgruppe stehen.

Während die Agenden der Midwifery Officer erforderlichenfalls von Vertreterinnen des Österreichischen Hebammengremiums wahrgenommen werden, wurde 2002 im damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, an der im selben Jahr eingerichteten Fachabteilung für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, eine Kollegin der Kinder- und Jugendlichenpflege in der Funktion des Chief Nursing Officers (CNO) eingestellt.

Pflege Professionell: Seit wann sind Sie in der Funktion des CNOs?

Paul Resetarics: Als meine Vorgängerin 2007 in Pension ging, wurde die Stelle bzw. Funktion öffentlich ausgeschrieben. Ich habe mich auf diese Ausschreibung hin beworben und konnte mich in einem mehrstufigen Auswahlverfahren gegenüber meiner Mitbewerber/innen durchsetzen. Meinen Dienst als

CNO trat ich am 2.1.2008 in der Fachabteilung für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe unter der Leitung von Frau Johanna Ehmsen-Höhnl, DGKS, DSA an. 2010 wurde die Fachabteilung unter dem damaligen Bundesminister für Gesundheit, Alois Stöger, aufgelöst bzw. die Agenden in die Abteilung für allgemeine Gesundheitsrechtsangelgenheiten und Gesundheitsberufe, unter der Leitung von Frau Dr. iur. Meinhild Hausreither, verschoben. Nunmehr waren erstmals die rechtliche und fachliche Expertise die Berufsgruppe betreffend in einer Organisationseinheit konzentriert.

Pflege Professionell: Welche Anforderungen gab es damals bei Ihrem Stellenantritt?

Paul Resetarics: Als Voraussetzung für die Bewerbung galten insbesondere die erfolgreiche Ablegung der Reifeprüfung, eine abgeschlossene Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und mehrjährige Berufserfahrung, berufliche Erfahrung in den verschiedenen Einsatzgebieten der Gesundheits- und Krankenpflege, Erfahrung in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheits- und Krankenpflege, sehr gute Kenntnisse der im Aufgabenbereich relevanten einschlägigen Rechtsmaterien sowie umfangreiche Kenntnisse des Gesundheits- und Bildungswesens einschließlich der Berufsbilder der Gesundheitsberufe.

Pflege Professionell: Können Sie bitte kurz Ihren fachlichen Background beschreiben?

Paul Resetarics: Ich begann als Stationsgehilfe/ Krankenträger, gefolgt von mehrjähriger Tätigkeit in Unfall-OP, Unfall-Ambulanz und Gipszimmer, Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (allgemeines Diplom), mehrjährige Tätigkeit auf Unfallabteilung, Interne Abteilung, Herzüberwachung, Sonderausbildung für Lehraufgaben, mehrjährige Tätigkeit als Lehrer an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, nebenberufliche Tätigkeit am Institut für Pflegewissenschaft der Uni Wien, Masterprogramm Pflegepädagogik Uni Graz, Fachbuchautor (Grundlagen pflegerischen Handelns, Abschlussarbeiten mit LaTeX, Berufsethik und Berufskunde), Lehrtätigkeit an Fachhochschulen. Mittlerweile blicke ich auf über 25 Jahre Berufserfahrung in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens zurück.

Pflege Professionell: Was sind Ihre Tätigkeitsbereiche als CNO?

Paul Resetarics: Mein Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere die Erarbeitung von fachlichen Grundlagen für das Berufs- und Ausbildungsrecht der in die Zuständigkeit der Abteilung fallenden Gesundheitsberufe einschließlich Erteilung entsprechender Auskünfte, die fachliche Expertise im Rahmen der Berufsanerkennungen und Qualitätssicherung gesundheitsberuflicher FH-Ausbildungen sowie die Vertretung des Ressorts und Sicherstellung eines fachspezifischen Beitrags zur Gesundheitspolitik in facheinschlägigen nationalen und internationalen Gremien, Beiräten und Arbeitsgruppen.

Pflege Professionell: Wie erleben Sie die Berufsgruppe in Ihrer Arbeit als CNO?

Paul Resetarics: Ich verfüge über gute fachliche Kontakte zu den Berufsverbänden, wie beispielsweise dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), dem Berufsverband Kinderkrankenpflege (BKKÖ) und dem Österreichischen Berufsverband für Anästhesie- und Intensivpflege (ÖBAI) und erlebe die Kolleginnen und Kollegen als sehr engagiert. Bei Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis, z.B. während Kongressen oder sonstigen Veranstaltungen, wird eine hohe fachliche Expertise sichtbar.

Manchmal erlebe ich die Berufsgruppe jedoch auch als sehr zurückhaltend, wenn es z.B. um das Ausschöpfen der Möglichkeiten geht, die das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz eröffnet, oder wenn das eigene Tun fachlich argumentiert werden soll. Wenn ich diverse Einträge in digitalen Medien lese, habe ich oft den Eindruck, als kennen die Kolleginnen und Kollegen ihr Berufsgesetz kaum und lassen sich vielmehr von Gerüchten beeinflussen bzw. verängstigen.

Pflege Professionell: Worin sehen Sie die größte Herausforderung für die Berufsgruppe in naher Zukunft?

Paul Resetarics: Die größte Herausforderung, vor allem für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, sehe ich darin, die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes mit Leben zu füllen. Angehörige des gehobenen Dienstes müssen lernen, dass der Unterschied zu den zukünftigen Assistenzberufen nicht ausschließlich die Durchführung einzelner ärztlicher Tätigkeiten ist, sondern vor allem das pflegerische Wissen das sie dazu qualifiziert, das fachliche Leadership zu übernehmen. Da ich weiß, was die Kolleginnen und Kollegen zu leisten im Stande sind bin ich davon überzeugt, dass auch diese Herausforderung gemeistert werden wird.

Berufsordnung und Pflegekammer

Nach Jahren erfolglosen Bemühens um die Errichtung von Pflegekammern in Deutschland ist es in jüngster Zeit engagierten Kolleg/innen gelungen die hierfür erforderliche Gesetzgebung in einigen Bundesländern zu erwirken. Eine zentrale Aufgabe dieser Pflegekammern ist die Regulierung des Berufsstandes. Hierzu dient unter anderem eine detaillierte Berufsordnung. Diese bildet die berufsethische Grundlage pflegerischen Handelns für alle Berufsangehörigen.

Während in den zwei jüngst etablierten Pflegekammern in Deutschland (Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein) Berufsordnungen derzeit in Bearbeitung sind, gibt es diese in der internationalen Pflege seit langem. In den nachstehenden Ausführungen zum Thema werden drei ähnliche, in bestimmten Aspekten jedoch unterschiedliche Berufsordnungen, komprimiert vorgestellt. Es sind die Rahmenberufsordnung des DPR (Deutscher Pflegerat), der Ethikkodex des ICN (Weltbund der Krankenschwestern-/pfleger) und der Berufskodex des NMC (National Council for Nursing and Midwifery), England.

Definitionen zur Abgrenzung

In der Pflege gibt es zahlreiche berufliche Erlasse und Bestimmungen, die zur Verwirrung führen können. Die nachstehenden Definitionen sollen zur Klärung beitragen.

Definition Pflegekammer:

Eine Pflegekammer ist, wie andere Berufskammern, „eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.“ (1)

Definition Berufsordnung

Eine Berufsordnung legt die Berufspflichten von Berufsangehörigen fest. Sie regelt das Verhalten gegenüber Patienten, Kolleg/innen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Sie dient dazu die Qualität der beruflichen Tätigkeit sicherzustellen und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren. Die Berufsordnung fördert berufswürdiges Verhalten und ist Grundlage für die Ahndung berufsunwürdigen Verhaltens.(2)

Wenngleich eine Berufsordnung auf gesetzlicher Grundlage basiert, ist sie keine nähere Ergänzung des Krankenpflegegesetzes, sondern legt die Verhaltensgrundsätze für die Berufsangehörigen gegenüber Patienten/Klienten/Betreuten fest. Das Krankenpflegegesetz bestimmt was gemacht wird. Die Berufsordnung beschreibt, mit welcher beruflichen Einstellung pflegerische Tätigkeiten ausgeführt werden. Die internationale Pflege ist in den vergangenen Jahren zunehmend dazu übergegangen die Berufsordnung mit dem ethischen Kodex zu vereinen, weil pflegerische Handlungen vielfach im Zusammenspiel mit ethischen Aspekten durchgeführt werden und nicht voneinander zu trennen sind. Siehe dazu den Kodex des NMC.

Definition ethischer Kodex

Ethik ist eine Anleitung zu fragerichtigem Handeln. Sie befasst sich mit den Grundlagen menschlicher Werte und Normen, dem Sittlichen und der allgemeinen Moral. Zentrale Probleme der Ethik betreffen Motive, die Methoden und Folgen menschlichen Handelns.(3) Für die Pflege bedeutet dies, dass in einer schriftlichen Erklärung die ideellen Wertvorstellungen des Pflegeberufes festgelegt sind. Diese Erklärung beschreibt die moralische Grundeinstellung und Verpflichtung der Pflegenden gegenüber Patienten/Klienten/Betreuten.

Definition Krankenpflegegesetz

Generell ist ein Gesetz eine Regelung von Verhaltensweisen oder Handlungen, verordnet oder formal verpflichtend anerkannt (durch den Gesetzgeber) und durchgesetzt von einer kontrollierenden Autorität. (4) Übertragen auf die Pflege heißt dies, das Krankenpflegegesetz legt berufsspezifische Handlungen und Verhaltensweisen fest, an die sich professionell Pflegende bei ihrer Berufsausübung halten müssen.

Berufsordnung des DPR

Die Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerats, dem länderübergeordneten Organ der Berufsverbände, soll bei der Erstellung von Berufsordnungen in den einzelnen Ländern dienen.

Diese Berufsordnung befasst sich mit den folgenden Schwerpunkten:

1. Professionell Pflegende
2. Aufgaben der professionell Pflegenden
3. Berufspflichten
4. Berufspflichten für freiberuflich Tätige
5. Verletzung der Berufspflichten.

Unter dem Schwerpunkt **professionell Pflegende** werden stichwortartig generelle Aussagen zum Tätigkeitsfeld von Pflegenden gemacht. Es wird auf den gesellschaftlichen Auftrag der Pflegenden hingewiesen, und es werden die damit verbundenen Pflichten aufgeführt. Dazu gehört auch für Pflegende mitzuarbeiten bei den sich auf die Pflege auswirkenden gesellschaftlichen Problemen und deren Lösungen.

Es werden Kommunikation und Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen angegeben. Es wird die Erhöhung des Ansehens des Berufsstandes angesprochen und zwar im Zusammenhang mit entsprechendem Handeln der Berufsangehörigen. Es wird auf die Beteiligung an Forschungsprojekten zur Erweiterung der Pflegewissenschaft hingewiesen. Es wird die Unterstützung der beruflichen Interessenvertretung gefordert durch Zugehörigkeit der Einzelnen in einem Berufsverband.

Unter dem Schwerpunkt **Aufgaben** wird eine professionelle Arbeitsweise auf der Basis pflegewissenschaftlicher und fachverwandter aktueller Erkenntnisse angesprochen. Es wird die Unvoreingenommenheit der Pflege bezüglich spezieller Attribute von Patienten angeführt, beispielsweise Rasse, Religion, u. a. Bei den eigenverantwortlichen Aufgaben von Pflegenden werden der Pflegeprozess, die Qualitätsentwicklung, die Unterstützung von Patienten und deren Angehörigen, sowie Notfallaktionen aufgeführt.

Bei den Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung werden bestimmte vom Arzt delegierte Maßnahmen angesprochen. Und es wird auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit hingewiesen.

Unter dem Schwerpunkt **Berufspflichten** werden die folgenden Begriffe aufgeführt:

- Schweigepflicht
- Auskunftspflicht
- Beratungspflicht
- Dokumentationspflicht
- Berufshaftungspflicht und gesetzliche Unfallversicherung
- Fortbildung
- Umgang mit geldwertigen Leistungen.

Unter dem Schwerpunkt **Berufspflichten für freiberuflich Tätige** werden die Besonderheiten dieser pflegerischen Arbeitsweise angesprochen.

Unter dem Schwerpunkt **Verletzung der Berufspflichten** wird darauf hingewiesen, dass die Aufsicht über die Einhaltung dieser Berufsordnung der Gesundheitsbehörde der einzelnen Länder obliegt. Seit Errichtung von Pflegekammern (in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein)ist dies Aufgabe dieser gesetzlich ermächtigen Standesvertretungen in diesen Ländern, die auch Sanktionen verhängen können.(5)

Deutsche Pflegekammern und Berufsordnung

Die zwei jüngst in Deutschland gegründeten Pflegekammern haben es sich zur Aufgabe gemacht für die Sicherheit von Patienten durch eine qualitativ hochstehende pflegerische Gesundheitsversorgung von Patienten zu sorgen. Die Erreichung dieses Ziels erfordert die Regulierung des Berufsstandes. Ein Aspekt der beruflichen Regulierung ist die Festlegung einer Berufsordnung mit Gültigkeit für alle professionell Pflegenden. Die neuen Pflegekammern sind derzeit mit der Erarbeitung von Berufsordnungen beschäftigt und werden zu gegebener Zeit die Einhaltung der darin festgelegten speziellen Vorgaben auch einfordern. Die Berufsangehörigen anderer Bundesländer unterliegen weiterhin den dortigen gültigen Regelungen.

Ethikkodex des ICN

Der Ethikkodex des ICN ist eine weltweit gültige Vorgabe von erforderlichen Kompetenzen für professionell Pflegende. Diese ist nicht, wie die nationalen Berufsordnungen, an Ländergesetze gebunden, sondern ist länderübergeordnet von einer seit 1899 bestehenden international anerkannten beruflichen Instanz herausgegeben. Der Kodex umfasst eine detaillierte Auflistung pflegerischer Kompetenzen und Aufgaben und kann somit als Vorlage bei der Erarbeitung von nationalen Berufsordnungen genutzt werden.

Der Ethikkodex des ICN legt vier Hauptbereiche fest:

1.Pflegende und ihre Mitmenschen
2.Pflegende und die Berufsausübung
3.Pflegende und die Profession
4.Pflegende und ihre Kolleginnen

Im Hauptbereich Pflegende und ihre Mitmenschen wird auf die spezielle Verantwortung von Pflegenden hinsichtlich der Achtung der Menschenrechte hingewiesen, und zusammenhängend damit werden entsprechende Ausbildungsprogramme empfohlen. Nationale Berufsverbände werden aufgefordert ethische Richtlinien zu erlassen und im Berufsbereich

geltend zu machen.

Im Hauptbereich Pflegende und die Berufsausübung wird auf den Einsatz von Standards bei der Erbringung qualitativer Pflegeleistungen hingewiesen. Es werden Systeme zur Qualitätsbeurteilung und zum Erhalt pflegerischer Kompetenzen angeführt. Unterstützend hierfür wird ein forschungsbasiertes Lehr- und Lernangebot empfohlen, das lebenslanges Lernen, sowie den Erhalt der eigenen Gesundheit der Pflegenden fördert. Die nationalen Berufsverbände werden aufgefordert den Zugang zu Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen, angemessene Qualitätsstandards festzulegen, gesundheitsfördernde Programme anzubieten.

Im Hauptbereich Pflegende und die Profession wird auf die Festlegung von Normen für die Pflegepraxis und das Pflegemanagement hingewiesen. Die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Forschungsergebnissen am Arbeitsplatz wird empfohlen. Entsprechend sollen diese bei Lehr-und Lernangeboten Eingang finden. Die nationalen Berufsverbände werden aufgefordert Stellungnahmen und Richtlinien zur Unterstützung von Berufsangehörigen hinsichtlich deren wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen am Arbeitsplatz zu entwickeln.

Im Hauptbereich Pflegende und Kolleginnen wird darauf hingewiesen bei Pflegenden in Praxis und Management ein Bewusstsein zu schaffen, dass bei ihren berufsübergreifende Aufgaben interdisziplinäre Spannungen auftreten können. Die Entwicklung von Strategien zu Konfliktlösungen wird empfohlen. In Lehr- und Lernprogrammen soll Verständnis für andere Berufsgruppen und die berufliche Interaktion mit ihnen erzeugt werden. Die nationalen Berufsverbände werden aufgefordert die Zusammenarbeit mit den berufsverwandten Gruppen zu fördern. In Richtlinien und Diskussionsforen für den Schutz von Menschen, die durch Einwirken von Gesundheitspersonal gefährdet sind, zu plädieren.(6)

Berufskodex des NMC

Der Berufskodex des NMC=Nursing and Midwifery Council, Pflegekammer in England, verfolgt das Ziel:

- Die professionell Tätigen über den Standard beruflichen Verhaltens zu informieren, der von ihnen erwartet wird bei der Ausübung ihrer pflegerischen Praxis und Verantwortungsübernahme,
- die Bevölkerung, andere Berufsangehörige und Arbeitgeber über den Standard beruflichen Verhaltens zu informieren, den sie von einer registrierten Pflegenden erwarten können.

Im ausführlichen Text des Kodex folgen detaillierte Auflistungen von Verhaltensweisen für registrierte Pflegende hinsichtlich der Berufsausführung, des Kompetenzerhalts und der Verantwortungsübernahme, gefolgt von Rechten der Patienten, deren Würde, Selbstbestimmung und Schutzwürdigkeit.

Übrigens, der Kodex des englischen NMC und der Kodex der amerikanischen ANA=American Nurses Association(hier nicht aufgeführt) stimmen inhaltlich weitgehend überein.

Der Berufskodex von England ist von der dortigen Pflegekammer verfasst und gibt die Richtlinien für professionelle Pflegepraxis vor. Diese Schrift ist keine listenartige Aufzählung von Berufspflichten, sondern zeigt eine umfassende textliche Behandlung von Pflegesituationen unterteilt in die folgenden Schwerpunkte:

- Beweisführung – Verantwortungsübernahme für berufliches Handeln,
- Verpflichtung zu pflegen,
- Patientenvertretung und Patientenautonomie,
- Kommunikation,
- Wahrhaftigkeit –Ehrlichkeit gegenüber Patienten, Klienten,
- Erlaubnis – Patientenzustimmung zur pflegerischen Behandlung,
- Meldung von beruflichen Besorgnissen – Aufzeigen von Ressourcenmangel,
- Zusammenarbeit inner- und interberuflich,
- Widerspruch aus Gewissensgründen,
- Schweigepflicht,
- Werbung und Sponsoren,
- Forschung und Evaluation.

Auffallend bei diesem Berufskodex ist, dass die Pflegepersonen in kollegialer Weise direkt angesprochen werden. Das heißt, wenn auch nicht schriftlich hervorgehoben, ist klar zwischen den Zeilen zu lesen, dass den Pflegenden berufliches Wissen und Können unterstellt und als selbstverständlich vorausgesetzt und zugesprochen werden. Gleichzeitig ist eine bestimmte Ernsthaftigkeit dabei nicht zu verkennen. Entsprechend beginnen die einzelnen Abschnitte meist mit: „Als registered nurse (bei der Pflegekammer registrierte Pflegende) sind Sie persönlich verantwortlich für Ihre Praxis und bei der Übernahme Ihrer professionellen Beweisführung müssen Sie...“ (7)

Die Vorgaben in diesem Berufskodex sind als Hilfestellung für die Pflegenden bei ihren beruflichen Entscheidungen gedacht. Entsprechend werden zu bestimmten Situationen, die pflegerische Entscheidungsfindungen und damit möglicherweise verbundenen Pflegehandlungen beeinflussen, praktische Beispiele aufgeführt.

Beispielsweise wird in dieser Schrift des Öfteren das Wort „angemessen“ verwendet. Was heißt angemessen? Im Zusammenhang mit der Delegation von Aufgaben wird dieser Terminus aufgegriffen und basierend auf einer Gerichtsentscheidung folgendermaßen erklärt.“Die Grundlage ist der Standard eines gewöhnlich fähigen Mannes, der diese Tätigkeit ausführt und behauptet die hierfür speziellen Fähigkeiten zu haben. Ein Mann muss nicht die höchsten Expertenfähigkeiten haben, um das Risiko einzugehen, für nachlässig befunden zu werden....Es ist ausreichend, wenn er die Fähigkeiten eines gewöhnlich kompetenten Mannes ausführt auf diesem speziellen Gebiet.“ (8)

Hierzu wird erläutert, dass beruhend auf dieser gerichtlichen Entscheidung die Handlungen jeder professionellen Pflegeperson bezüglich der Delegation von Aufgaben überprüft werden können. Konkret wird ausgesagt: „Sie haben die Pflicht sicherzustellen, dass die Pflege, die Sie delegieren, in Übereinstimmung mit einem angemessenen kompetenten Standard ausgeführt wird. Das bedeutet, dass sie verantwortlich bleiben für die Delegation von Tätigkeiten und die Sicherstellung, dass die Person, die die Tätigkeiten ausführt, diese auch ausführen kann.“ (9)

Für die Pflegenden in der Praxis bedeutet dies, dass sie bei der Delegation von Tätigkeiten/Aufgaben bestimmte Voraussetzungen beachten müssen, dass sie sich aber auch auf diese verbindliche Richtlinie berufen können. Dies ist eines der in dieser Berufsordnung aufgeführten praktischen Beispiele, die die Hilfestellung für die Pflegepraktiker faktisch belegen. Logischerweise wird aber auch darauf hingewiesen, dass nicht für alle der oft sehr komplexen Pflegesituationen Beispiele geliefert werden können.

Vergleich der Berufsordnungen

Ein Vergleich der drei Berufsordnungen im Hinblick auf Inhalte, Autorenschaft und Aufsicht der Einhaltung von Vorschriften macht deutlich: Die Inhalte dieser Berufsordnungen sind naturgemäß sehr ähnlich. Die Inhalte der deutschen Berufsordnung orientieren sich eng am Text des Krankenpflegegesetzes. Sie ist vom deutschen Pflegerat erstellt und herausgegeben worden. Die Aufsicht über die Einhaltung der berufsrechtlichen Vorschriften liegt bei der jeweiligen Gesundheitsbehörde des Landes. Einzig die bereits gesetzlich etablierten Landespflegekammern in Deutschland (Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein), als Körperschaften des öffentlichen Rechts, nehmen diese Berufsaufsicht selbst wahr.

Der **Ethikkodex des ICN** legt eine Auflistung pflegerischer Kompetenzen, Bildungsanforderungen und Aufgaben zuständiger nationaler Pflegeverbände vor. Sie ist von einem internationalen Gremium verfasst worden mit dem Ziel höchste Qualität in der Pflege weltweit zu erreichen. Es ist nicht Aufgabe des ICN die Einhaltung der Vorgaben zu überprüfen. Dies ist den jeweiligen Ländern anheim gestellt. Während die **deutsche Berufsordnung** und der Ethikkodex des ICN zahlreiche Aspekte beruflichen Verhaltens größtenteils auflisten, beschreibt der **Berufskodex des NMC** ausführlich korrekte Vorgehensweisen in pflegerischen Situationen und gibt hierfür praktische Hilfestellungen. Dieser Berufskodex ist vom NMC =englische Pflegekammer auf der ihr vom Gesetzgeber übertragenen rechtlichen Grundlage verfasst. Fehlverhalten von Berufsangehörigen wird vom berufseigenen Kammergericht überprüft und geahndet. *

Bedeutung von Verhaltenskodizes für die Berufsangehörigen

Generell bilden diese Verhaltenskodizes die klar umrissene Grundlage des Kompetenzbereichs von registrierten Pflegefachkräften und geben diesen Praxissicherheit. Sie zeichnen ein breit gefächertes Berufsbild mit entsprechenden Berufspflichten. Pflegende können sich in schwierigen Situationen im Arbeitsfeld auf die Vorgaben des Kodex berufen. Eine Berufsordnung fordert die Einhaltung ethischer Grundsätze. Sie zielt auf Kompetenzerhöhung und Qualitätssicherung durch Bildung. Sie verdeutlicht den Berufsangehörigen ihre berufliche Verantwortung gegenüber der pflege-/versorgungsbedürftigen Bevölkerung. Sie befürwortet die Interdisziplinarität zum Zwecke gemeinsamer Zielerreichung. Die Wirkkraft einer „gelebten“ Berufsordnung steigert und festigt das pflegerische Selbstverständnis und Selbstbewusstsein. Um es mit der amerikanischen Autorin Lachmann zu sagen: “Durch die Einhaltung dieser Richtlinien wird die Pflegende die Person im Gesundheitswesen bleiben, der man am meisten vertraut“.(10)

Des Öfteren heben die Kodizes hervor, wodurch registrierte Pflegende ihr berufliches Ansehen bei Patienten/Klienten und in der Bevölkerung erhalten und steigern können. Damit wird den Pflegenden verdeutlicht, dass sie berufliche Anerkennung nicht automatisch von außerhalb des Berufsstandes erwarten können, sondern dass es hauptsächlich bei ihnen selbst liegt, mit Unterstützung der Pflegekammer dieses Bestreben zu realisieren. Obwohl diese Berufsordnungen detaillierte Angaben zur professionellen Verhaltensweise von Berufsangehörigen machen, sind sie jedoch nicht so starr formuliert, dass keine Möglichkeit zur Interpretation in der alltäglichen Berufspraxis bleibt.

Es ist klar erkennbar: Sie sind von Pflegenden für Pflegende geschrieben. Sie sind zwar fordernd im Ton, haben jedoch gleichzeitig einen fürsorglich rückversichernden Wortlaut. Sie werden in der pflegerischen Grundausbildung gelehrt, von den Auszubildenden verinnerlicht und bei ihrer späteren Pflegepraxis eingehalten. Zur Einhaltung der Berufsordnung durch die Pflegenden müssen alle dieses Dokument verfügbar haben. Dies kann in Deutschland derzeit nur durch die beiden etablierten Pflegekammern gesichert werden. Denn nur diese haben aufgrund der Registrierung aller professionell Pflegenden deren Kontaktadressen und stehen kontinuierlich mit ihnen in Verbindung. Somit sind diese Berufsangehörigen in der Pflicht nach der Grundlage der Berufsordnung in der Pflegepraxis zu handeln.

Fazit

Eine Berufsordnung ist eine Orientierungsrichtlinie für berufsangemessenes Verhalten der Berufsangehörigen. Ein Vergleich der deutschen Berufsordnung mit dem Ethikkodex des ICN und des Berufskodex des NMC zeigt die Ähnlichkeit der Inhalte, sowie die Verschiedenheit der Autorenschaft und der für die Einhaltung der Richtlinien verantwortlichen Instanzen. Die Bedeutung einer Berufsordnung für die Berufsangehörigen liegt in deren berufsfördernden Aspekten. Für die Überwachung der Einhaltung einer Berufsordnung ist die Existenz von Pflegekammern unabdingbar, da deren berufseigenes Schiedsgericht ein Fehlverhalten von Berufsangehörigen fachgerecht untersuchen, begutachten und darüber entsprechend urteilen kann.

*Siehe dazu: Kellnhauser Edith, Pflegekammer wacht über Berufskodex. In: Die Schwester Der Pfleger, Melsungen (2009) Nr. 12, S.1262-1265

Literatur

1) Pflegekammer Heilberufsgesetz (HeilBG) Rheinland-Pfalz von 19.12.2014 §2
2) Bayerische Landesapothekerkammer, Berufsordnung, 01.07.2006. München
3) http://ethik.know-library.net/
4) Webster New College Dictionary. Merriam, 1975, USA
5) Deutscher Pflegerat. Rahmen-Berufsordnung 18.5.2004 Berlin
6) International Council for Nurses, ICN-Ethikkodex für Pflegende, Berlin, Juli 2014
7) Nursing and Midwifery Council,(2013) Schrift: Corporate Plan. S.4, www.nmc-uk.org
8) Ebd Seite 11
9) Ebd Seite 12
10) Lachmann,V. (2009) Practical Use of the Nursing Code of Ethics: Part I. In: MEDSURG Nursing, Jan/Feb-Vol.18/No 1, S.57

Autorin

Dr. phil. Edith Kellnhauser, RN, BA, MSEd

Edith Kellnhauser hat als Krankenschwester in Deutschland, Großbritannien, Ägypten und den USA gearbeitet,war 14 Jahre in verschiedenen Positionen im Pflegemanagement, promovierte an der Universität in Osnabrück und wurde Professorin für Pflegewissenschaft/Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule in Mainz. Autorin bzw. Herausgeberin zahlreicher pflegefachlicher Publikationen, Referentin auf internationalen Kongressen und Mitglied im Gründungsausschuss bei der Errichtung der Landespflegekammer.in Rheinland-Pfalz.

Eine starke Stimme für die Pflege

Edith Kellnhauser

Der Gründungsprozess der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

- Landespflegekammer: von der Idee zur Umsetzung
- Vorgehensweise, Registrierung der Mitglieder & Wahl der Vertreterversammlung

72 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-380-2
€ 19,95

Edith Kellnhauser

hat als Krankenschwester in Deutschland, Großbritannien, Ägypten und den USA gearbeitet. 1992 bis 1999 war sie Professorin für Pflegewissenschaft/Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule in Mainz. Sie war außerdem Mitglied im Gründungsausschuss bei der Errichtung der Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz. Derzeit ist sie Mitglied der Vertreterversammlung der Kammer.

Aus dem Inhalt

- Auf dem Weg zu einer Pflegekammer
- Berufliche Initiativen zur Gründung einer Pflegekammer
- Sachstand: Pflegekammern in den Bundesländern
- Die Gründung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
- Die Gründungskonferenz
- Die Novellierung und Verabschiedung des Heilberufegesetzes
- Der Gründungsausschuss
- Die Vertreterversammlung
- Abschluss und Ausblick

www.buecher.schluetersche.de

schlütersche

Bitte bestellen Sie in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.
Fax: 0511 8550-2408, Tel.: 0511 8550-2538
E-Mail: buchvertrieb@schluetersche.de; www.buecher.schluetersche.de

HIERMIT BESTELLE ICH:

Exemplare **Kellnhauser, Der Gründungsprozess der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz**

ISBN 978-3-89993-380-2, € 19,95

Wir liefern innerhalb Deutschlands versandkostenfrei!

Das Buch ist auch als eBook erhältlich.

Absender

Firma

Vor- und Zuname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Datum/Unterschrift

Bitte ausreichend frankieren

Antwort

Schlütersche
Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Buchvertrieb
30130 Hannover

Jahrhundertchance Pflegeberufereformgesetz

Warum die neue, moderne Pflegeausbildung für die Patientensicherheit so wichtig ist

Foto (C) Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerats e. V. (DPR)

Deutschland steht vor einer wegweisenden Neuausrichtung der Ausbildung der Pflegeberufe. Aktuell berät der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). In der gemeinsamen Anhörung des Familien- und Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags überwogen die positiven Aspekte.

Dem Gesetzentwurf für eine generalistische Pflegeausbildung mit Schwerpunktsetzung geht eine fast zehn Jahre lange ausführliche Diskussion voraus, bei der zahlreiche Argumente des Für und Wider eines solchen Schritts abgeklopft wurden. Vor diesem Hintergrund ist die Kritik am Gesetzentwurf schwer nachvollziehbar.

Ein solches Handeln ist zudem im hohen Maße fahrlässig. Damit würde das Aus für eine neue, moderne Form der Pflegeausbildung riskiert, die wir angesichts der demografischen Entwicklungen und der damit einhergehenden Herausforderungen an den Pflegeberuf mehr denn je benötigen. Im Übrigen steht im Rahmen des weiteren Verfahrens noch genügend Zeit zur Verfügung, um sich über wichtige Fragen sachlich auszutauschen. Es darf nicht vergessen werden, dass es sich bei diesem Reformvorhaben um die einzige Zusage handelt, die die Koalitionsparteien in dieser Wahlperiode an die Profession Pflege gegeben hat. Es gibt keine sinnvolle Alternative zur generalistischen Ausbildung.

Deutscher Pflegerat sagt „Ja“ zur generalistischen Ausbildung

Der Deutsche Pflegerat steht zu seiner Forderung nach einer generalistischen Ausbildung mit Schwerpunktsetzung. Diese muss den hohen Anforderungen an den pflegerischen Beruf gerecht werden. Dabei gilt die Generalistik für die Profession Pflege. Verwundert ist man daher schon, dass sich auch andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, wie zum Beispiel auf der Ärzteseite, in die Diskussion einmischen und dem Pflegeberufereformgesetz kritisch gegenüberstehen. Andersherum würde dies wohl zu einem Sturm der Entrüstung führen. Diese Fremdbestimmung über die professionell Pflegenden muss ein Ende haben.

In der generalistischen Pflegeausbildung mit der Zusammenführung der drei Pflegefachberufe „Altenpflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ sehen wir einen Meilenstein, mit dessen Hilfe die berufliche Entwicklung der Pflegeberufe in Deutschland sowie das Selbstverständnis der professionell Pflegenden gefördert wird. Beides sind Positionen, die seit langem aus der Pflege selbst kommen. Insbesondere das Letztere wird in der Diskussion häufig übersehen.

Wir brauchen eine zukunftsfeste Reform

Angesichts der Herausforderungen, die an die Pflege gestellt werden, können wir nicht alles beim Alten lassen. Viele der Generalistik zugeschriebene Folgen hätten wir im Übrigen auch, wenn wir die dringend erforderliche Reform der Ausbildung ohne Generalistik machen würden. Wir brauchen jetzt eine zukunftsfeste Reform, die nicht durch zu viele Kompromisse verwässert wird.

Die Frage, warum es eine neue Pflegeausbildung braucht, muss mit Blick auf die geänderten Rahmenbedingungen der Pflegeberufe beantwortet werden. So nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen, die eine medizinisch orientierte Versorgung benötigen, in der ambulanten und stationären Altenpflege gravierend zu. Gleichzeitig werden immer mehr alte und

hochbetagte Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen und zunehmenden Alterserkrankungen, wie beispielsweise Demenz, in Krankenhäusern versorgt. Hier wird die neue Pflegeausbildung zu einer der wichtigsten Antworten auf die Herausforderungen des demografischen und epidemiologischen Wandels.

Das macht jedoch veränderte Kompetenzprofile erforderlich, die ausgebildet werden müssen. Pflege muss künftig auf Kompetenzen aufbauen, die übergreifend gelten. Sie muss sich zeitgleich mit dem Pflegebedürftig sein und dem Kranksein auseinandersetzen. Die dabei an die Pflege gestellten Aufgaben müssen unmittelbar beim hilfebedürftigen Menschen geleistet werden können.

Neue Ausbildung rückt Kompetenzen in den Mittelpunkt

Die Neuregelung der Pflegeberufe ist dringend geboten und wird von vielen professionell Pflegenden zu Recht gefordert. Bislang hat sich die Pflegeausbildung an den zu versorgenden Altersgruppen – Kinder, Erwachsene, alte Menschen – und an den Institutionen der Versorgung – Krankenhaus, Altenheim – orientiert. Mithilfe der generalistischen Pflegeausbildung wird es erstmals gelingen, die erforderlichen pflegerischen Kompetenzen für pflegebedürftige und kranke Menschen jeden Alters in den Mittelpunkt zu stellen.

Es geht um die Qualifizierung in der Profession Pflege. Die Stärken und Besonderheiten der drei bisherigen Pflegefachberufe werden zu einem neuen Pflegeberuf mit einem einheitlichen Berufsabschluss zusammengefasst. Das ist etwas anderes und mehr als die Aneinanderreihung von Pflegetätigkeiten.

Mit der neuen Pflegeausbildung mit Schwerpunktsetzung wird endlich gesetzlich anerkannt, dass Pflege einen ureigensten Bereich hat, der als sogenannte vorbehaltene Aufgaben definiert wird. Das umfasst die Erhebung des Pflegebedarfs, die Planung der pflegerischen Versorgung sowie die Überprüfung der Pflegequalität. Dadurch wird die Qualität der Pflege gesteigert. Eine weitere Antwort auf die steigenden Anforderungen ist die hochschulische Ausbildung als zweiter Zugang zum Beruf. Damit werden neue Bewerbergruppen angesprochen.

Sind höhere Kosten gerechtfertigt?

Aktuell entsteht der Eindruck, dass die Kritiker der neuen, modernen Pflegeausbildung eine Höherqualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht unbedingt wollen. Sie verweisen dabei auf zu hohe Kosten. Der Deutsche Pflegerat ist sich sicher, dass die Kostenträger und die Öffentlichkeit absolutes Verständnis dafür haben, dass eine bestmögliche pflegerische Versorgung, die die Patientensicherheit gewährleistet, auch mit mehr Geld verbunden ist.

Wir brauchen eine gemeinsame Pflegeausbildung mit Schwerpunktsetzung, auch wenn diese mit höheren Kosten verbunden ist. Diese sichert die Qualität der pflegerischen Versorgung. Die Kosten dürfen dabei kein Bremsklotz für die in dieser Legislaturperiode wichtigste Reform für die Profession der Pflegenden sein.

Wie steht es um die Kinderkrankenpflege?

Einige Kritiker erwarten Nachteile für die Kinderkrankenpflege. Sie befürchten, dass für diese nicht genügend Zeit für die Berufsausbildung bleibe. Hier wird es im Rahmen der neuen Pflegeausbildung insbesondere auf die geplante Schwerpunktsetzung ankommen. Die im Rahmen der Pflegeausbildung geplante Vertiefungsrichtung muss ein deutliches Profil erhalten. Für die Akzeptanz des Gesetzes ist das sehr wichtig.

Eine Reform – auch für die Steigerung der Attraktivität

Die Reform der Pflegeausbildung ist eine gute Nachricht für alle professionell Pflegenden. Ihre Arbeit wird dadurch aufgewertet. Die neue Ausbildung wird zu besseren Karrierechancen und zu einer besseren Bezahlung, insbesondere in der Altenpflege führen. Durch die reformierte Ausbildung haben die zukünftigen Pflegefachpersonen zudem mehr Möglichkeiten für einen Wechsel innerhalb des Berufsfeldes. Das steigert die Attraktivität des Berufsbildes Pflege, auch hier insbesondere das der Altenpflege, und fördert den längeren Verbleib im Pflegeberuf.

Entgegen anderweitiger Befürchtungen werden die Auszubildenden der neuen Pflegeausbildung nicht fernbleiben. Im Gegenteil, die neue, moderne Pflegeausbildung wird zu einem wesentlichen Baustein der Sicherung der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Sie schafft ein neues, modernes Berufsbild.

Dies alles sind wichtige Bausteine dafür, dass sich aufgrund der neuen Pflegeausbildung mehr

Menschen für den Pflegeberuf entscheiden werden. Mit in der Pflicht sind dabei natürlich auch die Kostenträger und die Arbeitgeber. Sie müssen dafür sorgen, dass die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass es dadurch zu einer bestmöglichen Unterstützung der neuen Pflegeausbildung mit Schwerpunktsetzung kommt.

Eckpunkte bringen Licht ins Dunkle

Licht ins Dunkle gebracht haben auch die Eckpunkte einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Gesetzentwurf des Pflegeberufereformgesetzes. Der Deutsche Pflegerat begrüßt die umfangreiche Vorlage der Eckpunkte. Diese wurden seitens des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesfamilienministeriums wie versprochen geliefert. Sie bieten eine Grundlage für die weiteren Gespräche. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens sollen sie weiter verfeinert werden.

Mit den Eckpunkten ist man den richtigen Schritt weg von der bisherigen Grundsatzdiskussion und hin zur wichtigen inhaltlichen Diskussion gegangen. Diese muss nach wie vor im Mittelpunkt stehen. Damit ist jedoch auch klar, dass die neue Pflegeausbildung nicht mehr infrage zu stellen ist. Jetzt geht es um die weitere präzise Ausgestaltung des Reformvorhabens. Diese muss in den Händen der Profession Pflege liegen.

Im Kern geht es bei der neuen, modernen Pflegeausbildung mit Schwerpunktsetzung vor allem auch um die Patientensicherheit, welche ein enorm hohes Gut ist. Der Deutsche Pflegerat wird daher sehr genau darauf achten, dass im weiteren Gesetzesverlauf die Stärken und Besonderheiten der drei bisherigen Pflegefachberufe erhalten bleiben.

Ich bin sehr zuversichtlich, dass uns das auch gelingt. Über 40 Modellversuche haben letztlich bewiesen: Die neue Pflegeausbildung funktioniert.

GABAL
Dein Business
Dein Leben
Dein Erfolg

Die Spielregeln der neuen Arbeitswelt

Es wird Zeit, Arbeit neu zu denken.
Es wird Zeit für **NEW WORK.**

256 Seiten
€ 24,90 (D) / € 25,60 (A)
ISBN 978-3-86936-720-0
Auch als E-Book erhältlich

gabal-verlag.de

IAD: eine Herausforderung für die Pflege

Neue Forschungsergebnisse zu Hintergrund, Tools und Interventionen

Gerhard Müller, Alfred Steininger, Petra Schumacher, Margareta Jukic-Puntigam (Hg.)

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis

Grundlagen – Instrumente – Interventionen

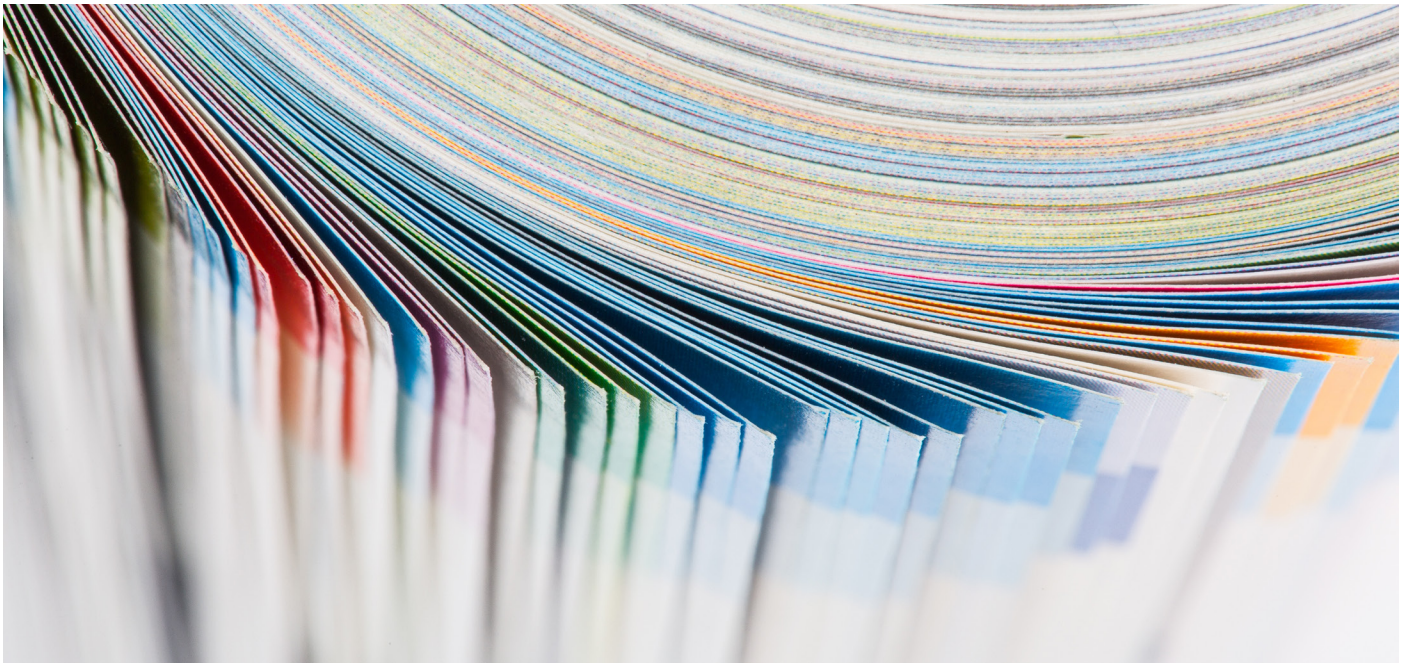
Schriftenreihe Pflegewissenschaft – UMIT Hall in Tirol, Linz, Wien

facultas 2016, 180 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP
ISBN 978-3-7089-1391-9

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) stellt für die Pflegepraxis in Hinblick auf die demografische Entwicklung im stationären wie im ambulanten Gesundheitsbereich eine pflegerische Herausforderung dar. Bei der IAD handelt es sich um ein komplexes und multifaktorielles Geschehen und um eine der klinisch bedeutsamsten Manifestationen von feuchtigkeitsbedingten Hautschäden.
Der zweite Band der Schriftenreihe widmet sich diesem pflegerischen Phänomen. Theoretische Grundlagen zur IAD, epidemiologische Entwicklungen und subjektive Wahrnehmungen bei Harninkontinenz werden ebenso vorgestellt wie pflegerische Assessmentinstrumente. Im Einzelnen werden zwei deutschsprachige Instrumente – PAT und IADIT – zur Risikoeinschätzung und Klassifizierung vorgestellt. IADIT umfasst auch Bildmaterial zur Einschätzung sowie pflegerische Interventionsvorschläge.

Weitere Informationen zu unserem Programm erhalten Sie unter www.facultas.at/verlag.

facultas



(C) centrodigitale.com

AutorInnen-Richtlinien 2017

Welche AutorInnenrichtlinien gibt es bei Pflege Professionell?
Wir bestätigen ihnen den Eingang ihres Artikels. Die Publikation wird zur Begutachtung anonymisiert an zwei akademische Fachpersonen geschickt, die innerhalb sechs Wochen eine Empfehlung abgeben. Unter Zuhilfenahme der Expertenreferenz entscheidet die Redaktion über die Veröffentlichung des Beitrages im Printmagazin „Pflege Professionell“. Die publizierende Person kann anhand der Empfehlung des Expertenteams den Artikel entsprechend überarbeiten.

Das Veröffentlichungsrecht bleibt weiterhin bei(m) (der) AutorIn.

Die Inhalte werden auf Brisanz, wissenschaftlichen Wert inkl. Methodik und Authentizität vom Expertenteam und der Redaktion begutachtet. Thematisch muss das eingereichte Werk aus dem Gesundheitswesen kommen.

Es wird pro Ausgabe nur ein Artikel im Peer Review Bereich publiziert.

Einleitend muss ein Abstract mit maximal 250 Wörter voranstehen, welches in deutscher und englischer Sprache verfasst sein muss. Hierbei gilt der übliche Aufbau: Titel, Ziel der Arbeit, Problemstellung, Methode, Ergebnis, Schlussfolgerung. Um eine Indexierung in den Datenbanken zu ermöglichen, müssen am Ende des Abstracts 5 Schlüsselworte angegeben werden.

Die Gliederung der eigentlichen Publikation richtet sich nach internationalen Standards und muss somit die Punkte Einleitung, Methode, Ergebnis und Diskussion als Struktur aufweisen. Der Zeichenumfang sollte 35.000 inkl. Leerzeichen nicht überschreiten. Ausnahmen können mit der Redaktion vereinbart werden. Die neue deutsche Rechtschreibung und ist einzuhalten. Alle Texte müssen zeitgemäß gegendert werden. Abkürzungen sollten wegen der Leserlichkeit vermieden werden. Für alle Arbeiten gilt die Harvard-Zitierweise, alle Quellenangaben müssen in einem entsprechenden Anhang angegeben werden. Grafiken und Tabellen müssen mit einer Auflösung von 300DPI mitgesendet werden. Das Bildformat muss in einem photoshopfähigen Format mitgeschickt werden (JPG, TIFF, etc.). Sollte dies nicht möglich sein, muss dies in schriftlicher Form mit der Redaktion besprochen werden.

Die Autorinnen und Autoren bestätigen und garantieren, dass sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an ihrem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügen, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Gesundheitsförderung an Pflegeschulen

Matthias Drossel, MSc. & Dennis Krumpholz, BSc

Eingereicht: 26.05.2016 Akzeptiert: 6.7.2016

Abstract

Einleitung
Die demografische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und der damit verbundene Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dementsprechend muss es einerseits gelingen, junge motivierte Menschen für die Ausbildung für Pflegeberufe zu begeistern, andererseits diese an die Institution zu binden und gesund zu erhalten. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Konzepte und Verbesserungen der Rahmenbedingungen gelten als unabdingbar. Diese müssen analysiert und weiterentwickelt werden.

Ziel der Untersuchung
Ziel der Studie war es, Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung an Berufsfachschulen für Gesundheits- und Krankenpflege zu erstellen.

Methoden
Die Untersuchung basiert im wesentlichen auf drei Teile mit quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden: Eine Interventionsstudie, eine Befragung von Auszubildenden mit halbstandardisierten Fragebögen und eine Befragung von Experten.

Ergebnisse
Die Ergebnisse zeigen, dass Interventionen im Schulalltag einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Auszubildenden haben. Die Ergebnisse zum Erleben von Einflüssen, die gesundheitsfördernd oder -schädigend wirken, beziehen sich neben Rahmenbedingungen und Schulorganisation auch auf eine gemeinsame Schulentwicklung und -gestaltung. Experten bestätigen, dass Sportunterricht einen wichtigen positiven Einfluss hat und in den Schulalltag integriert werden sollte.

Schlussfolgerung
Die resultierenden Handlungsempfehlungen sollten für die Schulorganisation- und -entwicklung berücksichtigt werden. Weiter sollten Interventionen zur Gesundheitsförderung, wie z. B. Sportunterricht in den Schulalltag fest implementiert werden.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung – Berufsfachschulen – Pflegeberufe – Determinanten – Sportunterricht - Konzept

Abstract

Introduction
The demographic trend in the Federal Republic of Germany and the associated increase of people in need of care gains more and more in importance. Accordingly, on the one hand it has to be achieved to imspire young and motivated people for the apprenticeship, on the other hand to bond them to the institutions and keep them healthy. Health promoting activities, concepts and improvement of framework conditions are said to be of vital importance. These have to be analyzed and enhanced.

Aim of the study
The aim of the investigation was to give recommendations for health promotion to nurses training schools.

Methods
The study is based on three main components with quantitative and qualitative research methods : An intervention study , a survey of students with semi-structured questionnaires and a survey of experts.

Results
The results of the experience of influences which are positive or negative on the trainees health refer to the framework requirements and school organization alongside with common school development and school arrangement.

Conclusion
The resulting recommendations should be considered in school organization- and development. Furthermore health promotion interventions such as, e.g. physical education, be implemented into the school routine/schedule at nurses training schools..

Keywords: Health promotion – school of nursing – nursing – determinants – physical education - concept

(C) Nedjo

Gesundheitsförderung an Pflegeschulen

Einleitung

Herausforderungen für Gesundheitsunternehmen

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) rechnen in den kommenden Jahren mit einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen auf Grund der demografischen Entwicklung. Die Untersuchungen zeigen, dass die Anzahl der Personen, die professionelle Pflege benötigen, im Jahre 2011 bei 2,5 Millionen lag und bis zum Jahr 2020 um 36,8 Prozent auf 3,42 Millionen ansteigen wird (Pfaff, 2013; Bundesamt, 2008). Daraus resultiert ein deutlicher Mehrbedarf beruflich Pflegender in den nächsten Jahren (Fleßa, Golombek, 2011) und setzt voraus, dass die Anzahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen entsprechend steigen müsste.

Die demografische Entwicklung wirkt sich jedoch auch auf Seiten des Nachwuchses beruflich Pflegender aus. So sanken beispielsweise die Bewerberzahlen an einer Akademie für Gesundheitsberufe in Oberfranken im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege seit dem Jahre 2000 um fast die Hälfte (Jahr 2000: 600 Bewerbungen; 2011: 350 Bewerbungen). Aus diesem Grund ist es und wird zukünftig eine noch wichtigere Aufgabe sein, qualifizierte Auszubildende zu gewinnen und ausgebildete Fachkräfte langfristig an ihr Unternehmen zu binden (Borchart et al., 2011). Dies stellt eine große Herausforderung für die Gesundheitsunternehmen dar und bedarf geeigneter Human-Ressource- Management-Konzepte. Diesen Vorhaben wirken jedoch berufsbedingte Anforderungen entgegen. Die hohen physischen und psychischen Belastungen führen laut der „Nurses Early Exit Studie“ (NEXT – Studie) zum Einen dazu, dass viele Pflegende frühzeitig aus dem Pflegeberuf ausscheiden (Fleßa, Golombek, 2011), oder dass zum Anderen viele Jugendliche diesen Beruf erst gar nicht erlernen wollen (Trojan et al., 2002). Hier sollte jedoch beachtet werden, dass eine Studie aus Österreich beschreibt, dass v. a. die Rahmenbedingungen (unregelmäßige Arbeitszeiten, Übernahme von Erziehungsaufgaben) einen Grund für den Ausstieg darstellen und nicht oben beschriebene physische und psychische Belastungen (Them, 2006) Studien von Simon und Kollegen (2005) verdeutlichten, dass bei wachsendem Zugehörigkeitsgefühl zur Institution die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass die Pflegekraft das Unternehmen verlässt. Krankenhäuser, die eine feste und langfristige Bindung ihrer Mitarbeiter erreichen und mitarbeiterfreundlich agieren, werden wettbewerbsfähiger gegenüber anderen Einrichtungen (Trojan et al., 2002). Doch nicht nur die Zufriedenheit der Mitarbeiter in der Einrichtung spielt eine große Rolle, sondern eben auch die persönliche Gesundheit einer jeden Pflegekraft. Die häufigsten Beschwerden von Pflegekräften sind nach einer Untersuchung von Michaelis und Kollegen (1995) Rücken- und Gelenkbeschwerden. Sie stellten fest, dass 23 bis 63 Prozent der befragten Pflegekräfte (n = 3300) unter Rückenproblemen leiden. Für die Zukunft müssen also geeignete Konzepte entwickelt werden, die die Attraktivität des Pflegeberufes steigern, die Beschwerden und Belastungen senken und dazu beitragen, Pflegekräfte langfristig an ihr Unternehmen zu binden.

Gesundheit erhalten
Nur Pflegepersonal, welches gesund und physisch und psychisch belastbar ist, kann den steigenden Anforderungen gerecht werden. Gesundheitsfördernde Maßnahmen könnten dabei eine Möglichkeit sein, Mitarbeiter für ihre persönliche Gesunderhaltung zu sensibilisieren und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen abzubauen (Drossel, Hirsch, 2013; Trojan et al., 2002).

Doch gerade Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege zeigen erhebliche gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Rauchen oder mangelnde sportliche Aktivitäten liegen bei einer großen Anzahl von Auszubildenden vor (von Lindemann et al., 2011). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Bomball et al. (2010). Sie stellten fest, dass Pflegeauszubildende häufiger rauchen als ihre Altersgenossen und sich häufig ungesünder ernähren. In Deutschland rauchten im Jahr 2009 33,2 Prozent der Männer und 22,3 Prozent der Frauen (Bundesamt, 2010). Die Raucherquote von Auszubildenden in der Gesundheits- und Kranken- pflege in Sachsen-Anhalt lag bei einer Erhebung von Hirsch et al. (2010) bei 53,5 Prozent und somit weit über dem bundesweiten Durchschnitt. Wie Hurrelmann et al. (2003) aufzeigen, bilden sich gesundheitsschädigende Verhaltensweisen frühzeitig und nicht erst zu Beginn einer Ausbildung aus. Maßnahmen zur Optimierung der Ausbildung, die Einfluss auf dieses selbstschädigende Verhalten nehmen können, sind also so früh wie möglich notwendig (von Lindemann et al., 2011). Beispiele hierfür wären, so zeigt eine Interventionsstudie von Drossel und Hirsch (2013), u. a. Maßnahmen zur körperlichen Fitness, wie Yoga, Rücken- und Lauftraining.

Sport und Bewegung
Für den Sportwissenschaftler Hauer besitzt Bewegung - insbesondere Sport - eine vielfältige Funktionen, die „von der Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverhütung über seine pädagogische Rolle im Sinne einer Wertevermittlung“ reicht (Hauer, 2012, 19). Körperliche Aktivität tragen wesentlich zur Risiko-Reduktion von cardio-vasculären (z.B. Herzinfarkt), metabolischen (z.B. Diabetes) und bei bösartigen Neubildungen (z. B. Tumore) bei, belegt mit entsprechenden Studien (vgl. Reicherz et al. in Geuter, 2012, 153). Diese gesundheitsförderlichen Aspekte sind begründet im Drang nach Bewegung, welcher grundsätzlich in der menschlichen Natur angelegt und deswegen ein zentrales menschliches Bedürfnis ist (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, 144): „Bewegung ist ein Urphänomen des Lebens“ (Brieskorn-Zinke, 2006, 145). Bereits im Vorschulalter werden Kinderbetreuungseinrichtungen Sport- und Bewegungsangebote angeboten. Diese werden durch Sportunterricht an Regelschulen - curricular geregelt - weitergeführt. Mit Eintritt in Berufsbildung - so auch bei den Pflegeberufen - endet diese kontinuierliche Förderung abrupt. Freese untersuchte bereits 2005 innerhalb des Projektes „Transfer orientierte Forschung an Fachhochschulen“ (TRAFO) 127 Auszubildenden und Pflegenden den subjektiven Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und das Gesundheitsinteresse.

Er zeigte auf, dass Rückenbeschwerden im Verlauf der Pflegeausbildung kontinuierlich zunahmen. So waren es im ersten Jahr 22,2 Prozent. Im zweiten Jahr stieg dieser Anteil auf 33,4 Prozent und im dritten Jahr auf 46,2 Prozent (Freese in Bonse-Rohmann, 2005, 48). Den wichtigen Stellenwert von Gesundheit insbesondere in der Pflegeausbildung, belegt die bundesweite Vollerhebung zu Gesundheitsförderung und Prävention an Pflegeschulen (Bomball et al., 2010, 1048-1054). Insgesamt wurden 1.505 Schul- und Pflegedienstleitungen sowie zusätzlich 1.119 Pflege-Auszubildende zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Zentrale Ergebnisse der Studie: über die Hälfte der Schüler (52,6 Prozent) leiden täglich bis wenigstens einmal wöchentlich an Kreuz- bzw. Rückenschmerzen. 49 Prozent geben Nacken- und Schulterschmerzen an. Unter Kopfschmerzen leiden 45,9 Prozent der angehenden Pflegekräfte mindestens einmal wöchentlich. Hinzu kommen Ergebnisse des „Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012“, einer weiteren deutschlandweiten Befragung von insgesamt 2.660 Auszubildenden (Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft, 2012). Demnach empfinden drei von zehn Auszubildenden (28,8 Prozent) das schwere Heben und Tragen als besonders belastend. „Vor dem Hintergrund eines langen Erwerbslebens im Pflegeberuf bis in das Rentenalter hinein erscheint diese hohe Antwortquote der befragten Auszubildenden sehr bedenklich. Hier zeigt sich, dass betriebliche gesundheitsfördernde Maßnahmen notwendig sind, in die auch Auszubildende von Beginn ihrer Ausbildung an einbezogen werden müssen“ (Verdi, 2012, 43, 44). Drossel untersuchte in einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2013 zur „Gesundheitsförderung an Fachschulen für Pflegeausbildung in Bayern“, insgesamt 13 Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr und detektierte unterschiedliche Faktoren mit gesundheitsförderlichen und -schädigenden Auswirkungen während der Ausbildungszeit. Als gesundheitsschädigend wurde beispielsweise reduzierte sportliche Aktivitäten sowie übermäßiger und ungesunder Nahrungs- bzw. Genussmittelkonsum angegeben (Drossel, 2014, 56-58).

Quantitative Erhebungen als Voruntersuchung Fokussierung des Forschungsfeldes
Auf die dargelegten Ergebnisse aufbauend, wurde eine quantitative Erhebung durch Krumpholz (Krumpholz, 2015, 61 ff.) als Voruntersuchung bezüglich des Gesundheits- sowie Sport- und Bewegungsverhalten von mit 71 Probanden innerhalb einer Gesundheitsschule aus einem Zusammenschluss von fünf unterschiedlichen Trägern aus dem südöstlichen Rhein-Main-Gebiet durchgeführt (n=71, darunter 49 Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (84,5 Prozent) sowie 11 Teilnehmern aus der Krankenpflegehilfe (15,5 Prozent)). Bei 47 Teilnehmern (66,2 Prozent) wurde kein betriebliches Sport- oder Bewegungsprogramm angeboten. Über 50 Teilnehmer sind Freizeitsportler (70,4 Prozent), von diesen konnten 8 Stück (11,3 Prozent) ihren gewohnten

Sportumfang beibehalten, 38 Teilnehmer (53,5 Prozent) reduzierten diesen und 10 Teilnehmer (14,1 Prozent) mussten diesen komplett einstellen. 31 Teilnehmer nahmen an Gewicht zu (43,7 Prozent), 35 Personen verneinten dies (49,3 Prozent). 29 Rückmeldungen (40,8 Prozent) gab es bezogen auf die Gewichtszunahme welche durchschnittlich 6,4 kg betrug, der Median lag bei 5 kg. Der restliche Teil der Teilnehmer (42 Personen=59,2 Prozent) enthielt sich oder konnte hierzu keinerlei Angaben machen. 43 Teilnehmer (60,6 Prozent) bezeichneten sich als gesundheitsbewusst. 44 Teilnehmer (62 Prozent) änderten ihre Ernährungsgewohnheiten während der Ausbildung, davon 29 Teilnehmer (40,8 Prozent) hin zum Gesundheitsbewussten und 34 Personen (47,9 Prozent) zum ungesünderen Lebensstil hin.

Die Ergebnisse zeigen, dass mit 50 Personen überdurchschnittlich viele Freizeitsportler in der untersuchten Schülerkohorte vertreten sind (70,4 Prozent). Verglichen mit der GEDA Studie des RKI aus dem Jahre 2012, nach welcher 35 Prozent der deutschen Männer und Frauen zwischen dem 18 und 30 Lebensjahr Freizeitsport betreiben, sind hier sogar doppelt soviel sportlich aktiv. Der Median der Gewichtszunahme liegt bedenklich hoch. Bedingt durch die Ausbildung mussten 10 Teilnehmer (14,1 Prozent) ihren sportlichen Ausgleich beenden und sogar 38 Teilnehmer (53,5 Prozent) reduzierten diesen, sonst läge die Zahl noch höher. Lediglich einer der fünf Träger des Gesundheitsschule bietet Sport- und Bewegungskurse im Rahmen seines Betrieblichen Gesundheitsmanagements an. Die Erhebung macht den Handlungsbedarf sichtbar, welchen es nun gilt weiter zu erforschen.

(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-668-02677-3)

Als weiteres quantitatives Forschungsergebnis wurde die Untersuchung von Drossel und Hirsch (2013), Ergebnisse veröffentlicht in Heilberufe Science, Springer, einbezogen. In einer dreimonatigen Interventionsstudie ‚Meine Gesundheit in meiner Hand' wurden an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe verschiedene positive Effekte durch Gesundheitsförderung im Schulunterricht durch die Untersuchung erkannt. Es wurden als Intervention wechselnd über einen Zeitraum von drei Monaten Unterrichte mit den Themen zu Fitness, Entspannung und Ernährung angeboten. Untersucht wurden 158 Auszubildende. Die wesentlichen Ergebnisse der Studie werden folgend zusammengefasst (Drossel, Hirsch, 2013, 115-120):

1) Die Auszubildenden wurden durch die das Thema Gesundheitsförderung in ihrer Einrichtung sensibilisiert.

2) Die Auszubildenden widmen sich mehr sportlichen Aktivitäten.

3) Die Auszubildenden zeigen vermehrt gesundheitsförderndes Verhalten.

4) Das subjektive Gesundheitsempfinden wird durch Gesundheitsförderung im Schulalltag positiv beeinflusst.

5) Gesundheitsförderung führt zu einer Reduktion gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z. B. Anzahl Raucher verringert sich).

6) Schmerzen (z. B. Rückenschmerzen) verringern sich.

(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-639-79269-0, Veröffentlicht als Fachartikel: DOI 10.1007/s16024-013-0161-4)

Nachfolgend werden zwei Forschungsteile beschrieben, die Gesundheitsförderung in der theoretischen Ausbildung in Berufsfachschulen für Krankenpflege von Drossel (Teil 1) und Krumpholz (Teil 2) untersuchen:

Teil 1: Qualitative Erhebung ‚Einflussfaktoren und Aktivitäten der Gesundheitsförderung im theoretischen Setting von Berufsfachschulen für Krankenpflege' (Drossel, 2015)

(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-639-72957-3)

Zur Erhebung der Einflussfaktoren und Aktivitäten Auszubildender in Berufsfachschulen für Krankenpflege wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um so die Einstellung von Auszubildenden zu gesundheitserhaltender und -fördernder Faktoren in der Berufsfachschule für Krankenpflege abfragen zu können (Mayer, 2011a, 89, f.; Mayer, 2011b, 70, f.). Da die Fragestellungen auf das subjektive Empfinden abzielten und Probleme der gesellschaftlichen Realität in der Gruppe der Auszubildenden in Berufsfachschulen abbilden sollen, wurden v. a. problemzentrierte Elemente genutzt (Witzel, Reiter, 2012, 24-51; Schmidt- Grunert, 2004, 11-68). Die Inhaltsanalyse der Interviews erfolgte nach Mayring (2010). Ziel der Inhaltsanalyse nach Mayring war es, Material, das durch Kommunikation entstand, theorie- und regelgeleitet systematisch zu analysieren (Mayring, 2010, 11, ff.).

Forschungsfrage und Ziel

Folgende Forschungsfragen waren Gegenstand der durchgeführten Untersuchung und bezogen sich auf die theoretische Ausbildung in Berufsfachschulen für Krankenpflege:

Welche Determinanten während der theoretischen Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege beeinflussen das Gesundheitsempfinden aus Sicht von Auszubildenden positiv?

Welche Determinanten während der theoretischen Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege beeinflussen

das Gesundheitsempfinden aus Sicht von Auszubildenden negativ?

Welche gesundheitsfördernden Aktivitäten werden durch Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege in der Freizeit ausgeübt?

Welchen gesundheitsschädigenden Aktivitäten setzen sich Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege aus?

Methode und Erhebungsinstrument

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um so die Einstellung von Auszubildenden bzgl. gesundheitserhaltender und -fördernder Faktoren in der Berufsfachschule für Krankenpflege abfragen zu können (Mayer, 2011a, 89, f.; Mayer, 2011b, 70, f.). Die Forschungsfragen sollten durch leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews beantwortet werden. Da die Fragestellungen auf das subjektive Empfinden abzielten und Probleme der gesellschaftlichen Realität in der Gruppe der Auszubildenden in Berufsfachschulen abbilden sollen, wurden v. a. problemzentrierte Elemente genutzt (Witzel, Reiter, 2012, S. 24-51; Schmidt- Grunert, 2004, 11-68). Die Inhaltsanalyse der Interviews erfolgte nach Mayring (2010). Ziel der Inhaltsanalyse nach Mayring war es, Material, das durch Kommunikation entstand, theorie- und regelgeleitet systematisch zu analysieren (Mayring, 2010, 11, ff.). Als Erhebungsinstrument wurde vom Autor ein Interviewleitfaden erstellt. Dieser war in sechs Haupt- und zwölf Nebenfragen gegliedert. Nachfolgend wurde der Interviewleitfaden mit zwei Pflegewissenschaftlerinnen diskutiert und daraufhin einzelne Fragestellungen präzisiert sowie einige Formulierungen zur besseren Verständlichkeit angepasst. Zudem wurde der Leitfaden nach einem Probeinterview mit drei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege nochmals überarbeitet und angepasst: Es wurde eine Mehrauswahl an Nebenfragen hinzugefügt. Ziel dieser Änderungen war es, bei Bedarf detaillierter und zielgerichtet nachfragen zu können, z. B. bei gesundheitsfördernden oder -schädigenden Maßnahmen. Es wurden nur Fragen gewählt, die das theoretische Setting der Krankenpflegeausbildung zum Inhalt hatten, da wie bereits vom Autor erwähnt, die Einflussmöglichkeiten der Schulleitungen von Berufsfachschulen auf das Setting der praktischen Ausbildung unzureichend sind. Den Auszubildenden wurde die Zielsetzung der Arbeit vom Autor im Vorfeld erklärt. Eine Einflussnahme auf das praktische Setting hätte nach Ansicht des Autors das Vorhaben unglaubwürdig erscheinen lassen und die Compliance bei den Interviews seitens der Befragten verändert.

Sample

Es war geplant, so viele Personen zu befragen, bis das Leitprinzip der theoretischen Datensättigung erreicht werde. Diese war aus Sicht des Autors bereits nach 13 Interviews erreicht.

Die Rekrutierung der Befragten erfolgte über einen Aushang in den jeweiligen Berufsfachschulen in Ober- und Mittelfranken. Insgesamt wurden 19 Auszubildende aus fünf Berufsfachschulen für Krankenpflege im Raum Ober- und Mittelfranken befragt.

Einschlusskriterien: Als Einschlusskriterien wurden Auszubildende des dritten Ausbildungsjahres der Gesundheits- und Krankenpflege in Franken, Bayern, Deutschland, festgelegt. Der fortgeschrittene Ausbildungsstand diente einer erfahrenen und reflektierten Darstellung der Wünsche und Anregungen bzgl. des Settings der Berufsfachschule (z. B. räumliche Gestaltung). Als weiteres Kriterium wurden einzig Schulen in Franken (Bayern) in die Befragung eingeschlossen, da durch das föderalistische Prinzip deutschlandweit, trotz bundesweitem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, sehr unterschiedlich ausgebildet wird. Eine Befragung von Auszubildenden in Ballungszentren und ländlichen Gegenden zu je der Hälfte wurde angestrebt, da vom Autor vermutet wurde, dass die Bedürfnisse bzgl. gesundheitsfördernder Faktoren von Bewohnern ländlicher Regionen zu denen aus Ballungszentren teilweise differieren und gesundheitsschädigende Faktoren unterschiedlich wahrgenommen werden. Weiter wurde angenommen, dass die Umweltbelastungen unterschiedlich sind und Auswirkungen auf das Gesundheitsempfinden haben.

Ausschlusskriterien: Auszubildende des ersten und zweiten Ausbildungsjahres wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen, da diese einerseits noch minderjährig sein könnten, andererseits aus Sicht des Autors noch nicht ausreichend Erfahrungen in der theoretischen Pflegeausbildung gesammelt haben. Angehörige anderer Pflegeberufe (Altenpflege, Kinderkrankenpflege) wurden ebenso nicht befragt, da das Tätigkeitsfeld und die theoretische Ausbildung sich sehr stark von der Gesundheits- und Krankenpflege unterscheiden.

Es wurde geplant, dass potenzielle Interviewpartner (Auszubildende) sich freiwillig beim Autor der Studie, der zugleich die Interviews durchführte, zur Interviewführung melden. Dies geschah mittels Informationsblatt in den jeweiligen Bildungseinrichtungen. Dieses beinhaltete eine Darstellung über den Studienzweck und das Studienziel, die persönliche Vorstellung des Interviewers und Informationen zu den Rahmenbedingungen des Interviews (Datenschutz, Einverständniserklärung, jederzeitiger Abbruch des Interviews, etc.). Interessierte Auszubildende konnten somit frei entscheiden, ob sie sich für das Interview beim Interviewer oder Klassenleiter bzw. Schulleiter melden.

Ethische Aspekte

Bei den befragten Personen handelte es sich aus ethischer Sicht um keine vulnerable Gruppe. Eine Meldung wurde beim Research Committee for Scientific and Ethical

Questions (RCSEQ) der UMIT Universität, Hall in Tirol, eingereicht. Die Kommission bewertete die Durchführung der Studie als ethisch unbedenklich und genehmigte die Durchführung. Die Auszubildenden wurden über ein Informationsblatt in den Berufsfachschulen für Krankenpflege vorinformiert. Sie konnten sich freiwillig für die Befragung melden. Vor dem Interview wurde die Einverständniserklärung ausgehändigt und die Inhalte dieser besprochen. Die Auszubildenden wurden über Sinn und Zweck der Untersuchung informiert. Abschließend wurde die Zustimmung für das Interview durch eine Unterschrift formal bestätigt. Die Befragung ermöglichte es, eigene Vorstellungen zu äußern. Daraus resultierte das Risiko, dass bisher geplante Ziele des Autors verfehlt werden könnten oder diese sogar mit dessen konkurrieren. Der Untersucher war sich dieser Probleme bewusst und akzeptierte sie. Es gilt als Grundprinzip in der Vorgehensweise wissenschaftlichen Arbeitens.

Durchführung der Datenerhebung, -analyse

Ein Promoten der Befragung fand über Aushänge und die Klassenlehrer der jeweiligen Ausbildungsstätten (Berufsfachschulen für Krankenpflege) statt. Hierzu wurden die jeweiligen Schulleitungen kontaktiert, angefragt und informiert.

Ziel war es, das Interesse der Auszubildenden an der Teilnahme der Interviews zu wecken. Es sollte erreicht werden, dass diese von sich aus Interesse

an dem Interview und der Untersuchung bekunden. Die Bereitschaft war allerorts vorhanden. Die Unterstützung der Berufsfachschulleitungen und Klassenleitungen war groß. Es meldeten sich insgesamt 23 Auszubildende verschiedener Berufsfachschulen für Krankenpflege in Oberfranken und Mittelfranken. 17 Personen wurden in die Untersuchung eingeschlossen und interviewt.

Die Interviews wurden in den Räumen der jeweilig besuchten Berufsfachschule oder angeschlossenen Kliniken durchgeführt. Die Interviewpartner wurden über den Ablauf des Interviews informiert. Eine Einverständniserklärung wurde vor dem Beginn schriftlich eingeholt und in Kopie ausgehändigt. Die Interviews wurden über eine Aufnahmesoftware digital aufgezeichnet. Das Interview konnte jederzeit abgebrochen, die Aufnahme jederzeit gelöscht werden. Eine Nichtbeantwortung von einzelnen Fragen war möglich. Die Befragungen fanden im Zeitraum Oktober bis Dezember 2013 statt. Die Datenanalyse orientierte sich nach dem neunstufigen Ablaufmodell nach Mayring (2010, 52, ff.).

Ausgewählte Ergebnisse in Stichpunkten

Insgesamt konnten vier Kategorien elaboriert werden, siehe Tabelle 1:

Tabelle 1: Kategorien und Ergebnisse (Übersicht in Stichpunkten ohne Ankerbeispiele)

Kategorie	Ergebnisse
Kategorie 1 – Gesundheitsfördernde Auswirkungen **Kurzbeschreibung: Determinanten, die gesundheitsfördernde Auswirkungen während der Schulzeit aus Sicht der Auszubildenden haben.**	• Regelmäßige Pausen und verfügbarer Pausenraum. Eine kleine Klassengröße ist sinnvoll. • Gute individuelle Betreuung der Lernenden durch Lehrer. • Kostenlose Getränkeangebote (z. B. Wasser) der Schule. • Theoriephasen bergen weniger Verantwortung und dadurch weniger Belastung als Praxisphasen. • Praxisrelevanz des Unterrichtes sorgt für mehr Verständnis, den Inhalt lernen zu müssen, und erhöht Lernfreude. • Gesundheitsfördernder Unterricht: (Zusatz)Unterrichte für Gesundheitsförderung schaffen; Ausgleich und Entspannung • Unterrichte, die präventiven Charakter haben, senken die Krankheitshäufigkeit und Arztbesuche. • Unterrichtsformen und -gestaltung: Gruppen- und Projektarbeiten sorgen für sowohl physische als auch psychische/kognitive Mobilisation; Gruppen- und Projektarbeiten sorgen für bessere Aufnahmefähigkeit durch Selbststeuerung und verringern dadurch den Lernaufwand zu Hause. • Pädagogisch gut gebildetes Personal sorgt dafür, dass weniger Lernaufwand zu Hause investiert werden muss.

Kategorie	Ergebnisse
Kategorie 2 – gesundheitsschädigende Auswirkungen **Kurzbeschreibung: Determinanten, die gesundheitsschädigenden Auswirkungen während der Schulzeit aus Sicht der Auszubildenden:**	• Spannungen, Missverständnisse, mangelnde Absprachen zwischen den Lehrern werden auf Auszubildende (z. B. Entstehung von Lernlücken; Mehraufwand zu Hause) übertragen. • Erhöhter Konkurrenzdruck mit anderen Klassen und ständiger Leistungs- und Fehlzeitendruck von Lehrenden an Lernenden erzeugt Verunsicherung und Ängste. • Raumausstattungen nicht schülergerecht, schlechtes Raumklima, häufig zu dunkles Ambiente und nicht ausreichende Beleuchtung. • Das Inventar ist nicht an die Größe der Auszubildenden anpassbar. • Lehrer ohne pädagogische und pflegerische Vorbildung erschweren den Lernfortschritt. • Hohe Leistungsdichte durch Organisationsdefizite der Planung von Leistungs- nachweisen sorgt für Überforderung und erhebliche Spitzen des Lernaufwandes. • Unterrichtszeiten sind lange und ermüdend. Eine frühe Mittagspause führt zu erhöhter Nahrungszufuhr am Abend. • Leistungsstarke Schüler fühlen sich vernachlässigt gegenüber schwachen Auszubildenden. • Rauchverbote werden durch die Schulen unzureichend durchgesetzt und Nichtraucher werden nicht geschützt. • Unterrichtsformen: Frontalunterricht wird als wenig zielführend bzgl. Wissenszuwachs und Mehr- wert erachtet; Gruppenarbeiten sind von Lehrenden schlecht vorbereitet, treten in einer hohen Zahl in unterschiedlichen Fächern gleichzeitig auf und beinhalten keine Ergebnissicherung. • Viele Lehrer in einem Themenbereich führen zu Uneinheitlichkeit der Lehre, weiter sind sie schlecht abgesprochen und verursachen große Überschneidungen und unterschiedliche Lehrmeinungen (Lernstofflücken). • Lehrer wirken schlecht vorbereitet und unmotiviert (besonders bei Unterrichten zur Gesundheitsförderung).

Kategorie	Ergebnisse
Kategorie 3 – Angaben zu persönlichem Gesundheitsverhalten **Kurzbeschreibung: Verhalten, das gesundheitsfördernd oder – schädigend wirkt.**	• Gesundheitsförderndes Verhalten: Regelmäßige sportliche Tätigkeit; Beachtung des Ernährungsverhaltens; Ergonomische Ausrichtung des Arbeitsplatzes; Austausch mit Freunden und Angehörigen; • Gesundheitsschädigendes Verhalten: Seltener Sport durch Schichtdienst und hohen Lernaufwand in der Freizeit; Nebenjob als zusätzlicher Aufwand, da Ausbildungsentgelt nicht ausreicht; Alkohol, Zigaretten und Süßes werden regelmäßig konsumiert.
Kategorie 4 – Wünsche und Erwartungen der Auszubildenden	• Mehr Projektarbeiten • Außerschulische Aktivitäten mit der Schule (z. B. Schulmannschaften) • Möglichkeit der Bewegung im Klassenzimmer. • Sensibilisierung der Lehrer auf die Wahrnehmung der Schüler bzgl. verschiedener Aspekte.

Diskussion

Die demografische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und der daraus resultierende Mehrbedarf an Pflegenden lassen sich nicht beeinflussen und gewinnen zunehmend an Bedeutung (Bundesamt, 2008). Da geburtenschwache Jahrgänge die Deckung des Mehrbedarfs zusätzlich erschweren, müssen Konzepte entwickelt

werden, die einerseits direkt auf die Auszubildenden Einfluss nehmen, andererseits durch Veränderung der Rahmenbedingungen innerhalb der Berufsfachschulen die Auszubildenden gesund erhalten und die Identifikation mit dem Unternehmen mehren (Pfaff, 2013; Borchart et al., 2011; Fleßa, Golombek, 2011; Trojan et al., 2002). Neben einem interventionellen Ansatz, wie ihn z. B. Drossel und Hirsch (2013) erfolgreich in ihrer Interventionsstudie in einer Berufsfachschule für Krankenpflege erprobten, müssen auch die Rahmenbedingungen an Schulen auf ihren gesundheitsfördernden oder -schädigenden Charakter unter- sucht und entsprechend verändert bzw. angepasst werden (Kultusministerkonferenz, 2012; Paulus, 2012; Krankenkassen, 2012; Bomball et al., 2010).

Paulus (2012) fordert neben der Durchführung der Gesundheitsförderung in Schulen auch die adäquate Schulentwicklung, die sich an Gesundheitsförderung orientieren muss. Diesen Forderungen, also weitere Aspekte im Setting-Ansatz aufzugreifen (Paulus, 2012; Engelmann, Halkow, 2008), kommt die vorliegende Untersuchung nach. Als Grundlage zur erfolgreichen Schulentwicklung muss eine partizipatorische Vorgehensweise aller Beteiligten erfolgen (Krankenkassen, 2012; Kultusministerkonferenz, 2012; Paulus, 2012). In der vor- liegenden Untersuchung wird ein Teilaspekt, die Empfindungen der Auszubildenen, untersucht. Die bisher erfassten Ergebnisse aus anderen Untersuchungen (Drossel, Hirsch, 2013; Varela-Mato et al., 2012; von Lindemann et al., 2011; Bomball et al., 2010; Hirsch et al., 2010; Al-Kandari et al., 2008; Purcell et al., 2006; Watson et al., 2006; Yeh et al., 2005; Wenderlein, 2003) stellen derzeit nicht dar, welche Wahrnehmungen und Empfindungen die Auszubildenden gegenüber gesundheitsschädigenden und -fördernden Einwirkungen im Berufsfachschul-Setting für Krankenpflege haben. Neben den Interventionen zur Gesundheitsförderung ist es also wichtig, die Determinanten, die Lernende beeinflussen, wie z. B. Rahmenbedingungen und Unterrichtsgestaltung, herauszufinden und so anzupassen, dass diese gesundheitserhaltende und -förderliche Wirkung haben.

Die vorliegende Studie erhebt einerseits das subjektive Empfinden der Auszubildenden, welche Einflüsse sie in ihrer theoretischen Ausbildung gesund erhalten bzw. in ihrer Gesundheit fördern, andererseits das Empfinden, was in diesem Setting schädigende Einflüsse auf sie hat. Weiter wurden Wünsche und Erwartungen der Auszubildenden abgefragt. Auch abgefragt wurde, welches gesundheitsfördernde und -schädigende Verhalten die Auszubildenden im Alltag leben.

Limitation

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte anhand oben angegebenen Ein- und Ausschlusskriterien. Einerseits durch die Freiwilligkeit, andererseits durch keine weitere Selektion anhand bestimmter weiterführender Kriterien (z. B. Leistungsniveau). Vor der Durchführung der Befragung konnte nicht sichergestellt werden, dass eine Durchmischung aller Niveaus der Auszubildenden erreicht wurde. Trotz der großen Bereitschaft vieler Schulleitungen von Berufsfachschulen konnten nicht aus allen Schulen Oberfrankens Teilnehmer erreicht werden, da Rückmeldungen nicht oder trotz mehrmaligen Nachfragens erst nach Abschluss der Datenerhebung erfolgten oder durch die Schulleitung ignoriert oder abgelehnt wurden. Der Untersucher hatte auch Befragte eingeschlossen, die aus der Bildungseinrichtung kommen, in der er als stellvertretender Schulleiter tätig ist. Hier konnte festgestellt werden, dass die Auszubildenden zu Beginn der Befragung sehr vorsichtig waren. Einen Einbezug von Auszubildenden, die sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden, würde der Autor in zukünftigen Untersuchungen vermeiden oder die Objektivität und Verschwiegenheit als Grundsatz der Erhebung vor der Befragung noch mehr betonen. Weiter ist trotz Probephase der Interviewführung eine weitere Anpassung zu empfehlen und anhand vertiefender Kriterien die gesundheitsschädigenden und gesundheitsfördernden Aspekte zu untersuchen. In der vorliegenden Studie wurde ein qualitativer Ansatz genutzt. In der Auswertung der Ergebnisse wurde jedoch deutlich, dass auch quantitative Aspekte hier eine große Rolle innehaben, um die Ergebnisse noch deutlicher nach ihrer Gewichtung darstellen zu können. Aus Sicht des Autors wäre eine Erhebung quantitativer und qualitativer Daten und eine Triangulation dieser, eine weitere sinnvolle Vorgehensweise. Ein Vergleich mit Daten aus dem Ausland war schwierig, da das deutsche Ausbildungssystem und somit auch die Rahmenbedingungen sich erheblich von denen im Ausland unterscheiden. Die Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse auf die vorliegende Untersuchung ist nur bedingt sinnvoll.

Rekapitulation der Ergebnisse

Gesundheitsfördernde Auswirkungen in der theoretischen Ausbildungsphase und dem Setting Schule aus Sicht der Auszubildenden wurden im Interview abgefragt. In der Ergebnisdarstellung wurde deutlich, dass es Rahmenbedingungen gibt, die alltäglich in Berufsfachschulen vorhanden sind, häufig pädagogisch begründet sind und positiv von den Auszubildenden wahrgenommen werden. Es wurde deutlich, dass z. B. die Verfügbarkeit eines Pausenraumes für die Auszubildenden wichtig ist, dieser kann durchaus das Klassenzimmer sein. In diesem Zusammenhang sind regelmäßige Pausen nach spätestens 90 Minuten ein wichtiger Aspekt für die Befragten. Pausen werden durch die Befragten z. B. für Bewegung genutzt. Weiter wurde eine Klassengröße unter 20 Personen positiv bewertet, da die Mit- und Zusammenarbeit im Unterricht hier besonders gut ist. Eine individuelle Betreuung durch die Lehrer, wie dies im System der Berufsfachschulen für Krankenpflege in Deutschland möglich ist, wurde durch die Auszubildenden betont. Die Befragten äußerten auch, dass sie Theoriezeiten weniger stressig empfinden als Zeiten in der praktischen Ausbildung, da dort Anforderungen und Verantwortung ständig präsent sind, in der Schule jedoch nicht. Da der Unterricht in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung einen hohen Praxisbezug hat, ist die

Bereitschaft, die Inhalte zu lernen, aus Sicht der Befragten hoch. Gesundheitsfördernder Unterricht wirkt sich positiv aus und wird als sehr förderlich wahrgenommen. Auch die Auswirkungen anderer Unterrichte (z. B. Krankheitslehre) wirken präventiv, da Auszubildende durch das erlernte Fachwissen das Gefühl haben, frühzeitig auf die Krankheit Einfluss zu nehmen. Arztbesuche werden aus Sicht der Befragten dadurch seltener. Unterrichtsformen, wie z. B. Gruppen- und Projektarbeiten führen durch physische und psychische Bewegung zu höheren Konzentrationseffekten, weniger Ermüdung und nachhaltigen Lerneffekten. Dies senkt den Lernaufwand zu Hause, so die Befragten, erheblich. Zeiten mit hoher Konzentrationsfähigkeit können so effizienter genutzt werden. Äußerungen zur pädagogischen Bildung der Lehrpersonen standen im Zusammenhang mit mehr Nachhaltigkeit der Unterrichtseinheit und somit weniger Mehrbelastung zu Hause in der Freizeit. Zu den gesundheitsschädigenden Auswirkungen äußerten nahezu alle Auszubildenden, dass sie auf Grund von Spannungen, Missverständnissen und mangelnden Absprachen unter den Lehrenden Nachteile erleiden, wie z. B. Mehraufwand zu Hause, kaum Freizeit, Unsicherheiten in der Vorbereitung und Lücken für Leistungsnachweise. Weiter verunsichere die Auszubildenden und führe zu inneren Konflikten, dass Lehrer einerseits den Auszubildenden Werte (z. B. Kollegialität, Teamfähigkeit) vermitteln, andererseits aber selbst anders im Alltag agieren. Dies stellt eine große Diskrepanz zwischen Gelehrtem und Gelebtem dar. Aus Sicht der Auszubildenden arbeiten Lehrer mit hohem Leistungsdruck. Dies führe sogar soweit, dass Auszubildenden nicht mehr klar ist, ob sie dem Anspruch der Ausbildung genügen. Dies wird durch Betonung, welchen hohen Leistungsanspruch die Abschlussprüfung hat, unterstrichen. Dieses Druckmittel wird neben der Fehlzeitenregelung, die sogar dazu führt, dass Auszubildende krank arbeiten gehen, häufig eingesetzt und belastet einen Teil der Befragten, da es weiter auch zu Verunsicherung und Ängsten führt. Die Klassenräume werden teilweise als nicht ausreichend beleuchtet wahrgenommen und ein gutes Raumklima ist häufig nicht möglich. Dies habe Auswirkungen auf die Vitalität der Auszubildenden. Das Inventar ist nicht größenverstellbar und unterscheide sich bzgl. des Komforts von dem der Lehrer. Dies führe zu Verspannungen und Rückenbeschwerden. Lehrer, die nicht pädagogisch und pflegerisch vorgebildet sind, sorgen durch mangelnde Lehrfähigkeiten häufig dafür, dass aus Sicht des Lernendens die Nachhaltigkeit des Unterrichts meist sehr gering ist. Weiter ist es laut der Befragten wichtig, dass die Lehrenden neben einer pädagogischen Ausbildung auch einen Grundberuf aus dem Gesundheitswesen haben, um Fragen, die im Unterricht aufkommen, direkt beantworten oder nachvollziehen zu können. Die zeitweise hohe Leistungsdichte (z.B. Schulaufgaben, Kurzarbeiten) auf Grund von Organisationsdefiziten, wie z. B. mangelnde gleichmäßige Verteilung der Leistungsnachweise in den Theoriephasen durch die Klassenleitungen (oder Person der Stundenplanung), führe zu Überforderungen in bestimmten Zeiten. Lange Unterrichtszeiten und der nachfolgende Lernaufwand lassen, so die Auszubildenden, kaum mehr Zeit für Freizeitgestaltung. Eine frühe Mittagspause (11:00 Uhr) führe dazu, dass die Auszubildenden mittags wenig und dann abends umso mehr essen. Eine Änderung der Pausenzeiten auf Grund der Forderung von Auszubildenden wurde an einer Schule durchgeführt, aber ohne für die Auszubildenden nachvollziehbare Begründung wieder rückgängig gemacht. Leistungsstarke Auszubildende fühlen sich gegenüber leistungsschwächeren nicht gut unterstützt und erwarten sich ebenso eine Förderung durch den Lehrer. Rauchverbote an Berufsfachschulen werden häufig nicht durchgesetzt und belasten die nichtrauchenden Auszubildenden. Ein weiterer Aspekt, den die Befragten anführten, war, dass sie Frontalunterricht als nicht nachhaltig empfinden und so der Lernaufwand zu Hause erheblich zunimmt und die Freizeit mindere. Lehrende bereiten teilweise z. B. Gruppenarbeiten schlecht vor und es mangelt an Absprachen mit anderen Kollegen. Dies führt zu einer Vielzahl an Gruppenarbeiten in den verschiedenen Fächern. Eine Ergebnissicherung bleibt häufig am Ende der Lerneinheit aus. Deshalb stellen die Auszubildenden die Motivation des Lehrenden in Frage und fühlen sich schlecht auf die Leistungsnachweise vorbereitet. Auch hier sind die Auszubildenden unsicher, ob die vorhandenen Lernunterlagen dem Niveau der Prüfung entsprechen. Viele Lehrende in einem Themenbereich führen dazu, dass Absprachen nicht stattfinden oder Inhalte uneinheitlich gelehrt werden. Weiter werden viele Inhalte häufig mehrmals (aber inhaltlich unterschiedlich) unterrichtet. Diese Schulzeiten empfinden die Auszubildenden als verschwendete Zeit. Die Befragten geben auch an, dass viele Lehrer kein Interesse an gesundheitsförderndem Unterricht haben und diesen auch vernachlässigen. Gesundheitsfördernder Unterricht gewinne dadurch einen negativen Touch. Eine Partizipation der Wünsche der Auszubildenden in der Auswahl des gesundheitsförderlichen Unterrichts bleibt häufig aus.

Einige Auszubildenden gaben an, dass sie teilweise gesundes Ernährungsverhalten aufzeigen, teilweise aber auch nicht und so bspw. zu Fastfood-Produkten, Süßigkeiten u. ä. greifen. Die ergonomische Ausrichtung des Arbeitsplatzes wurde als gesundheitsförderndes Verhalten genannt. Auch der Austausch mit Freunden zur Psychohygiene. Regelmäßige sportliche Tätigkeit gelingt teilweise, ist aber durch den Schichtdienst und den hohen Lernaufwand seltener oder gar nicht (z. B. Teamsport) mehr möglich.

Ein weiteres gesundheitsschädigendes Verhalten, das genannt wurde, war, dass auf Grund von Geldmangel, noch ein zusätzlicher Nebenjob angenommen wurde.

Als Wünsche und Erwartungen, die die Auszubildenden angeben durften, wurde genannt, dass sie sich mehr Projektarbeiten, außerschulische Aktivitäten mit der Schule (z. B. Schulmannschaften), Möglichkeit der Bewegung im Klassenzimmer wünschen. Auch wurde gewünscht, dass

die Lehrer auf die Wahrnehmung der Auszubildenden (z. B. Ergebnisse der Arbeit) sensibilisiert werden sollen.

Handlungsempfehlungen für die Praxis
Folgende Empfehlungen für Schulleitungen zur institutionellen Gesundheitsförderung und -erhaltung für Berufsfachschulen der Krankenpflege (in Bayern) der Bundesrepublik Deutschland können aus den Antworten der Befragten abgeleitet werden. Die nachfolgenden Empfehlungen (insgesamt 27) sind in sieben Bereiche aufgeteilt:

I. Rahmenbedingungen:
1) Bereitstellung von Sozial- bzw. Pausenräumen, als Ort der Pausengestaltung und Begegnung.

2) Durchführung regelmäßiger Pausen nach spätestens 90 Minuten; Mittagspause mit der Schülermitverantwortung (SMV) und den Lehrern gemeinsam festlegen und bei Bedarf anpassen (z. B. sinnvoll nach 12 Uhr).

3) Unterrichte sinnvoll auf Unterrichtszeiten anpassen, z. B. fachpraktischen oder aktivierenden Unterricht am Nachmittag.

4) Raumkonzepte (Licht, Farbe, Klima, Pflanzen) nach bestehenden Empfehlungen (z. B. „Das lernfördernde Klassenzimmer“ (Frenzel, Schram, 2012) umsetzen. Größenverstellbares Inventar anschaffen/gleiches Inventar für Lehrer und Auszubildende.

5) Rauchverbote an bayerischen Schulen und auf dem Schulgelände (Staatsregierung, 2010) so umsetzen, dass Nichtraucher nicht belästigt werden: Raucherbereiche nicht im Bereich des Durchgangverkehrs.

II. Schulorganisation:
6) Kleine Klassengrößen bevorzugen

7) Klassenleiterprinzip zur Individualbetreuung aller, sowohl leistungsschwacher als auch leistungsstarker Auszubildender.

8) Didaktische Jahresplanung nach den Vorgaben und Forderungen des ISB (Hoffmann et al., 2013); Festlegung und Koordination der Lehren- den innerhalb eines Themenbereiches; regelmäßige Absprachen der Lehrenden in einem Themengebiet zu Unterrichtsformen und -methoden.

9) Qualitätssicherung: Zielvereinbarungen mit den Lehrenden festlegen; Kontrolle dieser durch Hospitationen von Lehrern/Schulleitung für Lehrer, um die Qualität des Unterrichts zu verbessern: besonderes Augenmerk auf Ergebnissicherung am Ende einer Lerneinheit.

10) Einsatz von Personen mit einem Grundberuf im Gesundheitswesen (bevorzugt Pflege) und pädagogischer Bildung (bevorzugt akademisiert in der Pflege- und Medizinpädagogik, o. ä.).

11) Controlling der Klassenleitungen/Stundenplaner: z. B. Verteilung von Leistungsnachweisen, v. a. auf gleichmäßige Verteilung achten.

12) Schule als Dienstleister: Motivation, Professionalität und Höflichkeit der Lehrenden als Grundprinzip (in Leitbild aufnehmen), bei Bedarf Schulungen, Teambildung anbieten.

13) Einbezug des s. g. Schülerforums (SMV) in Schulentwicklung und -organisation: Möglichkeit, z. B. der Gestaltung gemeinsamer außerschulischer Aktivitäten; gemeinsame Festlegung der Pausenzeiten, Verfügung über Sozial- und Pausenräumen.

III. Serviceangebote organisieren und etablieren:
14) Kostenlose Verfügbarkeit von Getränken, z. B. Trinkwasser; Süßigkeitenautomat abschaffen oder mit gesunden Inhalten füllen

15) Präventionsprogramme (z. B. Raucherentwöhnung, Ernährung im Schichtdienst, etc.) /sozialpädagogische Beratung, bevorzugt durch Personen, die nur teilzeitbeschäftigt sind und keine Klassenleitung innehaben (Minimierung des Abhängigkeitsverhältnisses!), anbieten.

IV. Unterrichtsgestaltungen/curriculare Arbeit:
16) Praxisrelevanz in den Vordergrund stellen, den Auszubildenden transparent machen. Bewusstsein der Lernenden z. B. für Gegenwarts- und Zukunftsbedeutung durch explizite Nennung zu Unterrichtsbeginn, schaffen.

17) Mehrung an Gruppenarbeiten und Projektunterrichten im Curriculum prüfen; Bewusstsein für „kognitive und physische Bewegung, weniger Arbeitsaufwand zu Hause“ entwickeln.

18) „bewegten Unterricht“ o. ä. als ein Prinzip der Gesundheitsförderung fest etablieren.

V. Unterricht zur Gesundheitsförderung:
19) Während der Schulzeit, z. B. beantragt als verpflichtenden Zusatzunterricht.

20) als Ausgleich und Entspannung (z. B. in der Wochenmitte) terminieren bzw. Erweiterung des Horizonts bzgl. Angebote (z. B. interessante verschiedene Fitness- und Sportangebote)

21) Partizipation der Wünsche der Auszubildenden als Leitprinzip der Planung.

VI. Gespräche mit Lehrerkollegium – Sensibilisierung auf:
22) Wahrnehmung des Aspektes „Ängste der Auszubildenden bzgl. Leistungsdruck, Klassenvergleich, Fehlzeitendruck, Übertragung von Spannungen und Miss-

verständnissen auf Auszubildenden“ im Lehrerteam.

23) Lehrende sollten mit Motivation statt Leistungsdruck arbeiten.

24) Lehrende dürfen Auszubildende und Klassen nicht offensichtlich vergleichen und bewerten.

25) Gründe für Fehlzeiten eruieren, Auszubildende dabei individuell fördern, (vgl. Empfehlung 15); (Gesundheitsförderung senkt Krankheitshäufigkeiten).

26) Lehrerprofessionalität darf keinen Raum dafür lassen, dass Spannungen und Missverständnisse unter Lehrern offen an Auszubildende kommuniziert werden oder spürbar für diese sind (vgl. Empfehlung 12).

27) Berufsfachschule im Wettbewerb: Entwicklung des Grundgedankens „Magnetschule“ sein zu wollen.

Teil 2: Qualitative Erhebung ‚Sport und Bewegungsunterricht als Teil des Lehrplans’ (Krumpholz, 2015)

(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-668-02677-3)

Analog zu Drossels Untersuchungen wählte Krumpholz zur Erhebung von Good-Practice-Beispielen ein qualitatives Forschungsdesign und wertete die Interviews ebenfalls nach Mayring aus (Mayring, 2010, 11, ff.). Unabhängig von einander wurden so weitere Ergebnisse aus Sicht der Schülerinnen und Schüler generiert und durch Expertenmeinungen ergänzt. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

Forschungsfragen und Ziel
Folgende Forschungsfrage wurde generiert:
Ist Sport und Bewegung als Bestandteil von Bildungssituationen in den Lehrplänen der Pflegeschule vorgesehen?

Diese wurde wie folgt ergänzt:
Wenn ja, in welcher Form:

Als Pflichtveranstaltung oder als Wahlveranstaltung?

Wie ist der zeitliche Umfang?

Welche Formen von Sport- und Bewegungsunterricht finden statt?

Welches Qualifikationsprofil besitzt das Lehrpersonal?

Erfolgt eine Evaluation des Sport- und Bewegungsunterrichts?

Gab es Widerstände bei Ein- und/oder Durchführung des Sport- und Bewegungsunterricht, in Bezug auf die Auszubildenden, die Lehrenden oder die Träger der Pflegeschulen?

Ziel der Untersuchung war es, am Ende des Forschungsprozesses eine Best-Practise-Empfehlungen zu Sport- und Bewegungsunterricht an Pflegeschulungen geben zu können.

Methode und Erhebungsinstrumente
Die Leitfragen gestützten Interviews wurden telefonisch geführt, elektronisch aufgezeichnet, transkribiert und anschließend und mittels qualitativer Sozialforschungs-Methode nach Mayring (2010, 52-118) regelgeleitet ausgewertet.

Sample
Geplant war es eine möglichst große Breite von Pflegeschulen mit Sport- und Bewegungsunterricht innerhalb Deutschlands zu erzielen und diese zu befragen. Die Rekrutierung dieser erfolgte über literarische Recherche, persönlichen Empfehlungen, über die Suchplattform Google sowie webbasiert mittels Forum-Beitrag auf ‚Krankenschwester.de’.

Zu den Einschlusskriterien zählte das Vorhandensein von Sport- und Bewegungsunterricht an Pflegeschulen. Dementsprechende Ausschlusskriterien, eine fehlende Implementierung.

Ethische Aspekte
Durch das Einholen von individuellen schriftlichen Einverständniserklärungen sowie der Tatsache einer fehlenden Vulnerabilität, wurde kein Antrag zur ethischen Überprüfung gestellt. Zusätzlich wurden die Daten anonymisiert.

Durchführung der Datenerhebung, -analyse
Die kritische Würdigung internationaler Studien oder Publikationen bezüglich „Sport- und Bewegungsunterricht im Setting einer Pflegeschule“ erwies sich bedingt durch die akademische Ausbildung der Pflegenden in nahezu allen europäischen Mitgliedsstaaten als schwer vergleichbar mit Deutschland. Auch mit internationalem Blick sind die Grundvoraussetzungen der Verortung der Pflegeausbildung zu unterschiedlich, um sie adäquat miteinander vergleichen zu können. Somit beschränkte sich die Suche nach Beispielen und Projekten in diesem speziellen Setting auf Deutschland. Die Sichtung bezüglich Fachliteratur erfolgte durch Suchmaschinen wie dem National Center for Biotechnology Information (NCBI), der US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) und der Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) der Firma EBSCO sowie dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Letztgenanntes beinhaltet deutschsprachige Fachliteratur zu den Themenbereichen Berufsbildung, Berufspädagogik sowie Berufsbildungsforschung. Verwendete Suchbegriffe waren: nursing, students, education, Gesundheitsförderung, Pflegeschule, Pflegeberufe, Pflegeschüler, Pflegeausbildung, Bewegung, Bewegungsförderung, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, Altenpflege,

Berufsschule, Berufsschüler, Tanz, Laufen, gute gesunde Schule, Sport und Unterricht.

Ausgewählte Ergebnisse in Stichpunkten

Bei der Auswertung wurden folgende Kategorien gebildet: Administration (Schule, Expertenperson), Sport- und Bewegung-Projekt (Art des Sport- und Bewegungsunterrichts, Umfang, Inhalt, Dauer, Lehrer, Finanzbedarf, Evaluation, Freiwilligkeit vs. Verpflichtung, Einbettung im Themenkomplex der Gesundheitsförderung, Möglichkeiten als Zusatzangebot) und Unterstützung (Schüler, Lehrer und Träger). Hierbei trat das Laufen, Joggen und Walken besonders in den Vordergrund, denn ausnahmslos alle Interviewten integrierten dies in ihr Unterrichtsangebot. Es scheint eine ausgezeichnete Maßnahme zu sein, Sport- und Bewegungsunterricht anzubieten und Auszubildende so zu bewegen. Hinzu kamen Sport- und Bewegungsinhalte wie Drachenbootfahren, Rückengymnastik, Entspannung, Bewegung, Kegeln, Boule, Aikido, Aerobic, Zumba, Tanz, Pilates, Aerobic & Kickbox-Aerobic, Yoga, Massage, Naturwandern, Bogenschießen und Teamsport wie Fußball oder Basketball. Teilweise wurde Unterrichtsinhalte vorgegeben, oder es lag „[...] in der Macht der Gruppe [...] und dann würde das ermöglicht.“ (P-VII in Krumpholz, 2015, 33-35). Einen besonders hohen Motivationscharakter erreichte eine Einrichtung über die Hinzunahme eines Triathleten als Sportlehrer.

Ausnahmslos alle Interviewpartner bejahten die Frage nach Anrechnung des Sport- und Bewegungsunterrichts auf die Arbeitszeit. „Diese sind für alle verbindlich und werden auf die Theoriezeit angerechnet“ (P-II in Krumpholz, 2015, 14-15). Für alle Träger der befragten Pflegeschulen, verlief die Einführung von Sport- und Bewegungsunterricht unproblematisch: „Wir haben ein hohes Interesse bezüglich der Schülergesundheit und werden hier problemlos unterstützt“ (P-I in Krumpholz, 2015, 52-53). Einige implementierte die Inhalte sofort im Einführungsblock und die Auszubildenden wurden mit einem Trainingsplan vertraut gemacht. „Das heißt, die Schüler haben einmal die Woche Lauftraining 10 mal und dann 8 mal Theorie. Das ist ein strukturierter Plan, dass jeder am Ende der Wochen eine halbe Stunde am Stück laufen kann“ (P-VI in Krumpholz, 2015, 89-92). Andere Schulen beschränkten sich auf entsprechende Inhalte der Unterrichtsmodule. Von den Auszubildenden erhielten die Befragten als positive Rückmeldungen, das einige auch in ihrer Freizeit laufen oder Zumba-Training im Fitness-Studio fortführen. Für sie „[...] ist es eine gute Selbsterfahrung denn die nehmen zu Hause dann wahr, dass sie fit sind!“ (P-VI in Krumpholz, 2015, 105-106). Widerstände der Auszubildenden und im Kollegium konnten durch Gruppendynamik und durch die Vorbildfunktion der Lehrenden abgebaut werden. So wurden sogar „Mittagspausen zu Übungsstunden umfunktioniert“ (P-II in Krumpholz, 2015, 42) und für „die Schüler ist es eine gute Selbsterfahrung, denn die nehmen zu Hause dann wahr, dass sie fit sind!“ (P-VI in Krumpholz, 2015, 103-105)

Diskussion

Bei der Untersuchung wurden lediglich neun deutsche Pflegeschulen ausfindig gemacht, an denen Sport- und Bewegungsunterricht angeboten wurde. Auffallend hierbei die Häufung im Bundesland Bayern mit fünf Pflegeschulen (55 Prozent). Im Idealfall sollten alle Pflegeschulen in Deutschland sich am Ansatz der „gesundheitsfördernden Schule“ orientieren, denn diese „bringt Gesundheit mit dem Ziel in die Schule, sie auf allen Ebenen der Organisation gesünder zu machen“ (Paulus, 2003, 14). Im Kontext eines Schulentwicklungsprozess, könnte dies dann mit Ziel der Implementierung im Schulleitbild einhergehen. Der Ansatz des Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) bestätigt das „Unternehmen, die sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren, […] von Beschäftigten als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen“ (DNBGF, 2011, 9) werden. Demnach haben Auszubildende welche Gesundheitsförderung aktiv durch Sport- und Bewegungsunterricht erfahren, eine höhere Belastbarkeit, eine Zunahme an Motivation, eine Steigerung der beruflichen Identifikation mit dem Arbeitgeber sowie einer verbesserten Work-Life-Balance.

Limitation

Bei Vorlage einer Kombination von mehreren gesundheitsfördernden Maßnahmen innerhalb eines Interviews, bleibt die Bewertung der Wirksamkeit aufgrund fehlender Differenzierungsmöglichkeiten weniger aussagekräftig. Dies liegt am qualitativen Design. Zur Objektivierung der Ergebnisse sollte ein quantitatives Messverfahren Anwendung finden. So kann mittels einer standardisierten Befragung die Sichtweisen der Schüler, Lehrer und auch Träger repräsentativ und objektiv evaluiert werden. Eine solche Operationalisierung sollte zudem mittel- bis langfristigen Zeiträume untersuchen, um insbesondere im Bezug auf Gesundheitsförderung die Nachhaltigkeit zu evaluieren. Zudem fehlt eine breitere Befragung deutscher Pflegeschulen.

Handlungsempfehlungen für die Praxis

Die dargelegte Empirie soll als Startschuss verstanden werden in Pflegeschulen Tätige zu überzeugen, den Prozess der Schulentwicklung hin zur gesundheitsfördernden Pflegeschule unter Zuhilfenahme von regelmäßigem Sport- und Bewegungsunterricht zu beginnen oder fortzuführen. Insbesondere das Laufen, Joggen und Walken sind leicht zu implementierende Inhalte, welche unter partizipativen Gesichtspunkten durch weitere Sportangebote ergänzt werden sollten. Ein weiterer nicht minder wichtiger Ansatz ist die Ermöglichung einer Teilnahme an Sport- und Bewegungsangeboten außerhalb der Schulzeit. Innerhalb der Praxiszeiten könnte die Fortführung des Lauf- und Walking-Angebots mit Hilfe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements abgedeckt werden. Als besonders positiv hierbei wurde die Übernahme des Sport- und Bewegungsunterricht durch Dozenten mit spezieller Expertise evaluiert. So wurden neben einem Sportlehrere, Aikido-Trainer, Sporttherapeuten, Zumba-Trainer, Lauftrai-

ner, Nordic-Walking-Trainer auch ein Triathlet als ehemalige Profisportler explizit für die unterrichtlichen Inhalte eingestellt. Mit diesen Empfehlungen zur Best-Practice von Sport- und Bewegungsunterricht, können Schulträger ihrer Fürsorgepflicht nachkommen und Auszubildende nachhaltig auf die körperlichen Herausforderungen des Pflegeberufs vorbereiten. Zudem wäre Görres zentrale Aussage Rechnung getragen und nicht nur der Pflegeberuf, sondern auch die Schulen würden „deutlich attraktiver werden […] Durch entsprechende Angebote zur Förderung der Gesundheit könnten sie die Anziehungskraft auf jugendliche Berufsanfänger deutlich erhöhen“ (Görres, 2010) und was ist neben der Gesunderhaltung der Pflegenden wichtiger als die Akquise und Begeisterung neuer Menschen für unseren abwechslungsreichen, attraktiven und zukunftssicheren Pflegeberuf?

Zusammenführung der Ergebnisse aus Teil 1 und 2

Die Untersuchungen von Drossel und Hirsch (2013) waren ein Indikator dafür, dass Maßnahmen im Bereich Fitness, Entspannung und Ernährung als Teil der theoretischen Ausbildung in Pflegeberufen, erfolgreich sind und nachhaltig wirken könnten. Weitere Aspekte, die junge Menschen in Ihrer Gesundheit fördern können und gesundheitsschädigende Faktoren reduzieren, konnten in der qualitativen Untersuchung von Drossel (Teil 1) festgestellt werden. Organisations- und Schulentwicklung erfordert aus Sicht der Autoren ein Umdenken, die in Handlungsempfehlungen für Schulleiter zusammengefasst wurden.

Die Untersuchung von Krumpholz (Teil 2) empfiehlt im Rahmen einer gesundheitsfördernde Pflegeschule dauerhaft Sport- und Bewegungsunterricht zu implementieren. Dieser soll zudem zusätzlich außerhalb der Schulzeit angeboten werden, so dass dieser auch innerhalb der Praxiszeiten besucht werden kann. Hier hat sich das Laufen und Walken, insbesondere in Kombination mit externen Dozenten inklusive besonderer Expertise, bei allen vorgestellten Projekten als leicht zu implementierende und nachhaltig durchführbare Sportart bewährt. Die durchschnittlichen angebotenen 1,3 Unterrichtseinheiten pro Woche, wurden von allen befragten Schulträgern als Arbeitszeit angerechnet. So kamen diese ihrer Fürsorgepflicht nach, Auszubildende auf die körperlichen Herausforderungen des Pflegeberufs vorzubereiten.

Als abschließende Empfehlung weisen Drossel und Krumpholz darauf hin, dass Schulleitungen ihre Schlüsselrolle wahrnehmen sollen und als sogenannte Change-Agents gemeinsam mit ihrem pädagogischen Team, den Sport- und Bewegungsunterricht ein- und fortzuführen. So tragen diese maßgeblich zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufsausbildung bei und helfen sogar die gültigen Bewegungsempfehlungen der WHO zu erfüllen.

Autor

Matthias Drossel, MScN
Gesundheits- und Krankenpfleger
Medizinpädagoge und Pflegewissenschaftler
Stv. Schulleitung Berufsfachschule für Krankenpflege
an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe
Lehrbeauftragter an der SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera

Autor

Dennis Krumpholz, BSc (cand. MA)
Fachkinderkrankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege
Praxisanleiter sowie Referent an den Schulen für Gesundheitsberufe
an den HELIOS- Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden

Literatur

AL-KANDARI, F., VIDAL, V. L. & THOMAS, D. (2008): Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: a correlational study. Nurs Health Sci, 10, 43-50.

BOMBALL, J., SCHWANKE, A., STÖVER, M. & GÖRRES, S. (2010): Gesunde Pflege beginnt in der Ausbildung. Die Schwester Der Pfleger, 1048-1054.

BONSE-ROHMANN, M. (2005): Gesundheitsförderung über die Implementation von Bewegungsunterricht in die pflegeberufliche Bildung. Hamburg: G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung.

BORCHART, D., GALATSCH, M., SCHMIDT, S. G. & HASSELHORN, H. M. (2011): Warum Pflegende ihre Einrichtung verlassen.

BRIESKORN-ZINKE, M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege Ein Lehr- Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.

BUNDESAMT, S. (2008): Demografischer Wandel in Deutschland, Wiesbaden, Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

BUNDESAMT, S. (2010): Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit, Wiesbaden, Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

DNBFG. (2011): Gesunde Beschäftigte in einem gesunden Gesundheitssystem Positionspapier Forum Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege. Essen: DNGBF.

DROSSEL, M. & HIRSCH, K. (2013): Gesundheitsförderung an Schulen für Pflegeberufe - Interventionsstudie an der Bamberger Akademie für Gesundheitsberufe/am Bamberger Bildungszentrum für Altenhilfe. HeilberufeScience, Online First. DOI 10.1007/s16024-013-0161-4

ENGELMANN, F. & HALKOW, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health.

FLEßA, J. & GOLOMBEK, S. (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Healh SCIENCE, 3-10.

FRENZEL, E. & SCHRAM, P. (2012): Ein Konzept der guten, gesunden Schule- Handlungsanleitung für Planer, Schulleiter und Lehrkräfte, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung und Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband (Bayer. GUVV) - Bayerische Landesunfallkasse, Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus.

GÖRRES, S. (2010): Gesundheit des Pflegepersonals muss bereits in der Ausbildung stärker beachtet werden – Pressestelle 07/29/2010. IPP.

GEUTER, G. & HOLLEDERER, A. (2012): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.

HAUER, S. (2012): Sportjournalismus in Deutschland – Vom Marktschreier zum Missionar: Das berufliche Selbstverständnis von Sportjournalisten in Deutschland. Münster: Lit Verlag.

HIRSCH, K., VOIGT, K., GERLACH, K., KUGLER, J. & BERGMANN, A. (2010): Smoking, alcohol consumption, use of illegal substances, and vaccinations in nursing students from Saxony-Anhalt. HeilberufeScience, 127-139.

HOFFMANN, P., HUBER, D., MÜLLER, W., STAHL, C., WITT, R. & KARRLEIN, J. (2013): Didaktische Jahresplanung -Kompetenzorientierten Unterricht systematisch planen, Dillingen, Staatsinstitut für Schulqualitätund Bildungsforschung - Akademie für Lehrerfortbildung und Personalführung.

HURRELMANN , K., KLOCKE , A., MELZER, W., & RAVENS-SIEBERER, U. (2003): WHO-Jugendgesundheitssurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. Erziehungswissenschaft Erziehungswissenschaft 17, 79-108.

KRUMPHOLZ, D. (2015): Sport- und Bewegungsunterricht im Setting einer gesundheitsfördernden Pflegeschule. GRIN-Verlag, Norderstedt, 61-66.

KULTUSMINISTERKONFERENZ 2012. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule - Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

MAYER, H. (2011a): Pflegeforschung anwenden : Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, Wien, Facultas.wuv.

MAYER, H. (2011b): Pflegeforschung kennenlernen : Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, Wien, Facultas.wuv.

MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken, Weinheim [u.a.], Beltz.

MICHAELIS, M., SIEGEL, A., STOSSEL, U. & HOFMANN, F. (1995): [Epidemiology of spinal diseases in nurses]. Pflege, 8, 154-162.

PAULUS, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. [Online Dokument] URL bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/themen/gesundheit/Lehrkraeftegesundheit/Vom_Kopf_auf_die_Fuesse.pdf [02.02.2015]

PAULUS, C. (2009): Der Einfluss der Klassengröße auf Schülerleistungen an Grundschulen, Universität des Saarlandes, Universität des Saarlandes: Fachrichtung Erziehungswissenschaft.

PAULUS, P. (2012): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt, Lüneburg, Universitätsinstitut für Psychologie.

PFAFF, H. (2013): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

PURCELL, C., MOYLE, W. & EVANS, K. (2006): An exploration of modifiable health associated risk factors within a cohort of undergraduate nursing students. Contemp Nurse, 23, 100-110.

SIMON, M., TACKENBERG, P., HASSELHORN, H. M., KÜMMERLING , H., BÜSCHER, H. & MÜLLER, B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT - Studie in Deutschland, Wuppertal, Universität Wuppertal.

STAATSREGIERUNG, B. 2010. Gesetz zum Schutz der Gesundheit. Justiz.

THEM, K.-H. (2006): Berufsverbleib, Berufsausstieg bzw. Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich, Hall in Tirol, UMIT-Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik.

TROJAN, A., NICKEL, S. & WERNER, S. (2002): Mitarbeiter(innen)orientierung und - gesundheit im Krankenhaus. Das Gesundheitswesen, 207-213.

VARELA-MATO, V., CANCELA, J. M., AYAN, C., MARTÍN, V. & MOLINA, A. (2012): Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. International Journal of Environmental Research and Public Health, 9, 2728-2741.

VON LINDEMANN, K., KUGLER, J. & KLEWER, J. (2011): Gesundheitsverhalten von Auszubildenden in Krankenpflegeberufen. Health SCIENCE, 82-89.

WATSON, H., WHYTE, R., SCHARTAU, E. & JAMIESON, E. (2006): Survey of student nurses and midwives: smoking and alcohol use. Br J Nurs, 15, 1212-1216.

WENDERLEIN, F. U. (2003): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege. Gesundheitswesen, 65, 620-628.

WERNER, M. (2010): Führungskraft Lehrer - Klassen führen und Schüler motivieren, GRIN Verlag.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, New York, Weltgesundheitsorganisation (WHO).

WHO (1986): Ottawa charter for health promotion : 1st International conference on health promotion : Report.

Ver.di (2012): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. [Online Dokument] URL www.verdi.de/++file++512f26b36f6844094a000028/download/pflegereport2012final.pdf [12.01.2015]

WITZEL, A. & REITER, H. (2012): The problem-centred interview : principles and practice, Los Angeles [u.a.], Sage.

YEH, L., CHEN, C. H., WANG, C. J., WEN, M. J. & FETZER, S. J. (2005): A preliminary study of a healthy-lifestyle-promoting program for nursing students in Taiwan. J Nurs Educ, 44, 563-565.

„Triage“ in der Notaufnahme

Risikomanagement mit einem strukturierten Einschätzungsinstrument

Risiken gibt es in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung, in kaum einem anderen Versorgungsbereich im Krankenhaus ist das Risiko dabei so hoch, wie in der Notaufnahme. Unbestreitbar bestehen auf den Intensivstationen, dem Kreißsaal und dem OP bei kritisch kranken Patienten Risiken, in der Notaufnahme aber kommt ein Mix aus Stress, geringer Personalausstattung und ständig schwankenden Patientenzahlen und Krankheitsbilder hinzu. Die Situation in den nächsten 0 Minuten ist kaum vorhersagbar, der nächste Patient mag vital bedroht sein – oder aber eigentlich seit langem schon in die Betreuung durch den Hausarzt gehört haben. Dies macht die Arbeit zur Belastung und erhöht das Risiko, den kritisch Erkrankten nicht zeitnah zu erkennen. Die besondere Kompetenz der dort Tätigen liegt also in der Fähigkeit mit dem Unerwarteten umzugehen. Die in diesem Artikel dargestellte Ersteinschätzung ist eine strukturierte Beschreibung dieser Fachkompetenz und stellt sie allen Mitarbeitern der Notaufnahme zur Verfügung. Damit sollen alle Anwender des Systems gleichermaßen in die Lage versetzt werden, den gefährdeten Patienten zeitnah zu identifizieren und der ärztlichen Behandlung zuzuführen.

Notaufnahmen stehen unabhängig von ihrer Organisationsform als zentrale interdisziplinäre oder dezentrale disziplinäre Strukturen unter zunehmendem Druck. In der Vergangenheit wurden Notfallstrukturen meist als Anhängsel der Abteilungen gesehen und waren daher dem Wohlwollen der Abteilungsleitungen entsprechend personell und räumlich ausgestattet. Im ersten Jahrzehnt des Jahrtausends wurden in vielen Krankenhäusern die Notaufnahmen in ihrer Bedeutung für das Haus und sein Image stärker wahrgenommen (und in der Folge besser ausgestattet). Der Notwendigkeit zu sparen begegneten die Krankenhäuser dadurch, dass die dezentralen Notfallstrukturen zu Zentralen Notaufnahmen zusammengefasst wurden und meist besser ausgestattet wurden. Durch den zunehmenden Spardruck im Gesundheitswesen kippt dieser Effekt nun in den letzten Jahren wieder. Der Rotstift wird angesetzt, obwohl die Notaufnahmen eigentlich sogar eine personelle Verstärkung bräuchten, sehen sie sich doch stetig steigenden Durchgangszahlen gegenüber. Durch die Probleme der Finanzierung und Besetzung der Arztpraxen im Bereich der Kassenärzte steigen seit einigen Jahren die Wartezeiten der Patienten auf bestimmte Arzttermine und Untersuchungen, Hausärzte weisen deshalb ihre Patienten häufiger den Krankenhäusern zu. Dies führt dazu, dass die Notaufnahmen in erheblichem Maße von Patienten in Anspruch genommen werden, die eigentlich nicht in die Notaufnahme gehören [1]. Die Berichte aus den Notaufnahmen zeigen einen jährlichen Anstieg von 5-10%, in Einzelfällen berichten Häuser sogar von Steigerungen um 20-40%.

Die in den Notaufnahmen tätigen Pflegenden (und Ärzte) stehen also drei Problemen gegenüber:

1. Multi- bzw. Interdisziplinäre Fälle, die eine hohe Fachkompetenz verlangen
2. Wahrnehmbar steigende Patientenzahlen
3. Umfangreicher Gefährdungsmix vom Hausarztfall bis zur vitalen Bedrohung

Wartezeiten sind unter diesen Rahmenbedingungen also ein Faktor, mit dem in ungeplanten Umgebungen wie der Notaufnahme immer gerechnet werden muss. Wenn Wartezeiten ein grundsätzlich vorhandenes Phänomen sind, bedarf es ihrer Gestaltung in einer Form, dass sie für den Patienten und seine

Angehörigen annehmbar sind und dass durch sie kein medizinischer Schaden verursacht wird. Dies bedeutet, dass bei jedem Patienten unmittelbar bei Eintreffen eine Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit durchzuführen ist. Aufgrund des Ergebnisses muss der Patient dann in eine Reihenfolge der nächsten Behandlungen eingereiht werden. Zweierlei ist dabei wichtig: Das Vorgehen und Ergebnis muss dem Patient und, bei Kindern besonders wichtig, den Angehörigen/Eltern verständlich gemacht werden. Der schweigende Rückzug auf Expertenwissen ist hierbei kontraproduktiv. Außerdem ist zu beachten, dass dieses Einschätzungsergebnis eine Momentaufnahme der Situation des Patienten darstellt und daher regelmäßiger Überprüfung bedarf.

Instrumente zur Einschätzung

Unter der Bezeichnung Triage stehen international verschiedene validierte Instrumente zur Abschätzung der Behandlungsdringlichkeit im klinischen Bereich zur Verfügung. Untersuchungen zur Verlässlichkeit (validity) und Nachvollziehbarkeit (reliability) belegen, dass fünfstufige Systeme grundsätzlich eine bessere Qualität liefern [2]. Aufgrund ihrer Verbreitung und wissenschaftlichen Validierung kommen nur vier Systeme in Frage: das australische ATS [3], das kanadische CTAS [4] (mit einer pädiatrischen Variante CPTAS), der US-amerikanische ESI [5] und das britische MTS [6]. Die Systeme unterscheiden sich in Funktionsweise und Aufbau. Die Entscheidung, welches System für den deutschsprachigen Raum geeignet ist, fällt zugunsten des britischen Systems.

Dies hat folgende Gründe:

- 5 Stufen
- Dringlichkeit basiert auf Symptomen
- Aufbau als Diagramm nach Beschwerdebildern ermöglicht schnelle Anwendung
- Gute Validierung
- Weite Verbreitung in Europa
- Gute Anwendbarkeit für die Krankenpflege in Deutschland und Österreich

Hinzu kommt, dass einzig beim MTS eine koordinierte internationale Zusammenarbeit und Weiterentwicklung in einer Internationalen Referenzgruppe IRG stattfindet, alle anderen Systeme werden in nationalen Varianten weiterentwickelt. Damit sind nur beim MTS die Studienergebnisse international vergleichbar.

Für Deutschland hat die Ärztekammer Hamburg 2005 die Durchführung der Ersteinschätzung durch Pflegende mittels dem MTS als zulässig bestätigt.

Abgrenzungen

Der oben aufgeführte Begriff der Triage ist für das deutsche Gesundheitswesen ein Begriff, der außerhalb des Katastrophenschutz und der Militärmedizin (und teilweise selbst dort) schwer zu ertragen ist. Tatsächlich besteht auch ein gravierender Unterschied zwischen der Situation im Massenanfall (hier müssen Patienten aufgrund fehlender Behandlungskapazitäten für einen Zeitraum von der Behandlung ausgeschlossen werden) und der in der Notaufnahme, wo es gilt, die Patienten in die richtige dringlichkeitsgerechte Reihenfolge der Behandlung zu bringen. Aus diesem Grund wurde für die deutsche Implementierung des MTS der Begriff Ersteinschätzung gewählt, der sich in der Folge auch in Österreich etabliert hat. Dieser Begriff hat sich mittlerweile soweit durchgesetzt, dass auch vereinzelte Anwendungen anderer Systeme denselben Begriff benutzen.

Die Ersteinschätzung nach dem MTS soll keine Diagnostik ersetzen, keinen Patienten von der Behandlung ausschließen (zum Hausarzt schicken) oder eine Reduktion von Mitarbeitern oder deren Qualifikation ermöglichen. Ersteinschätzung ist ein Instrument um die bestehenden Prozesse zu strukturieren und über die Strukturierung den fachlichen Austausch zu erleichtern, die Dokumentation zu ermöglichen und zu vermeiden, dass Dringlichkeiten übersehen werden.

Was Ersteinschätzung nicht erreicht, ist eine Reduktion der Summe aller Wartezeiten, hängt diese doch von den bereits erwähnten Ressourcenengpässen ab. Allerdings kann sich der Patient sicher sein, dass seine Dringlichkeit korrekt eingeschätzt und er (außer in Ausnahmesituationen) rechtzeitig der notwendigen Behandlung zugeführt wird. Die Erfahrung zeigt, dass sowohl in „normalen“ Notaufnahmen wie in pädiatrischen Notaufnahmen dieses Vorgehen eine grundsätzliche Akzeptanz durch die Patienten (bzw. Eltern) erfährt und sich die Situation des Wartens deutlich entspannt: schwerer Erkrankte kommen zügig in Behandlung, der leichter Erkrankte kann mit seiner längeren Wartezeit deutlich besser umgehen.

Was Ersteinschätzung primär ebenfalls nicht macht, ist die Zuweisung eines Patienten zu einer Fachabteilung. Es kann allerdings in einem Krankenhaus vereinbart werden, dass ein bestimmter Dringlichkeitsindikator in einem bestimmten Präsentationsdiagramm bestimmte diagnostische Maßnahmen initiiert oder eben zur Zuweisung zu einer bestimmten

Fachabteilung führt. Dieser Ansatz wird mittlerweile von vielen anwendenden Krankenhäusern verfolgt und zeigt gute Ergebnisse.

Ersteinschätzung mit dem Manchester Triage System

Aufbau des Systems

1. Präsentationsdiagramme: Das Manchester Triage System arbeitet mit Beschwerdebildern in Form von sogenannten Präsentationsdiagrammen. Aus dem Hauptbeschwerdebild des Patienten ergibt sich, welches von 50 Diagrammen das Krankheitsbild am besten beschreibt.
2. Indikatoren: Die im Manchester Triage System eingesetzten Indikatoren beschreiben die Symptome des Patienten, die bestimmte Dringlichkeiten ausdrücken können. Dabei gibt es Symptome, die unabhängig vom Hauptbeschwerdebild immer zutreffen können, die sogenannten „Generellen Indikatoren“. Die besonderen Symptome der einzelnen Beschwerdebilder werden durch die „Speziellen Indikatoren“ abgedeckt. Diese beziehen sich auf das geäußerte Beschwerdebild und beschreiben die besonderen Situationen und Gefahren der beschwerdebildspezifischen Symptome. Die speziellen Indikatoren nur dann abgefragt, wenn sie für dieses Beschwerdebild Relevanz haben. Dies ist der entscheidende Grund für die Schnelligkeit der Anwendung des Manchester Triage Systems.
3. Die Zuordnung der Indikatoren zu den jeweiligen Dringlichkeitsstufen erfolgt dabei nach dem Grundsatz, dass Symptome, bei denen eine Gefährdung des Patienten bestehen kann, höher eingruppiert sind. Bei der Abfrage der Indikatoren geht das System von der Stufe der höchsten Dringlichkeit aus und schließt die Risiken dann mit abnehmender Dringlichkeit aus. Dies heißt, dass jeder Patient erstmal als potentiell vital bedroht angesehen wird.
4. Den Dringlichkeitsstufen sind zeitliche Rahmen zugeordnet, die beschreiben, wie schnell der Patient einem Arzt vorgestellt werden sollte. Dabei nimmt die Einordnung an, dass nach den beim Eintreffen geäußerten Beschwerden ist nicht mit weiteren Schäden / Verschlechterungen zu rechnen, wenn der Patient bis zu einer bestimmten Zeit auf den ersten Arztkontakt (nicht der kompletten Behandlung!) warten muss. Der ursprüngliche Zeitrahmen, der die Vorgaben des britischen Gesundheitssystems abbildete, ist für die Anwendung in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien modifiziert worden (siehe Abbildung 2). Solange der Arztkontakt nicht erfolgen konnte, bleibt der Patient in Beobachtung der Ersteinschätzungskraft.

Stufe	EE D, A, CH
1	0
2	10
3	30
4	90
5	120

Prozess der Ersteinschätzung

Die folgende Darstellung beschreibt den Prozess der Ersteinschätzung. Die einzelnen Schritte der Beschreibung verschmelzen mit steigender Anwendungserfahrung. Dadurch nähert sich die Ersteinschätzung mit dem Manchester Triage System dann auch der Zielzeit von 60-120 Sekunden an.

1. Begrüßung des Patienten - bereits die Umstände des Eintreffens des Patienten geben der Pflegekraft wichtige Informationen. Dies ist zum einen die Zuführungsart (Rettungswagen, zu Fuß, …), aber auch der erste Eindruck, den der Patient vermittelt: Hat er offensichtliche Atemprobleme, stärkste Schmerzen, eine auffällige Blässe oder weist er andere offensichtliche Symptome auf. So wird beispielsweise bei einem Patienten mit einem anhaltenden Krampfanfall der Patient schon bei der ersten Betrachtung in die höchste Dringlichkeitsstufe einzuordnen sein – die Ersteinschätzung ist abgeschlossen.
2. Vorgeschichte des Patienten - die kurze Befragung des Patienten zu seinen aktuellen Beschwerden bereitet den Übergang zum nächsten Schritt vor. Die entscheidende Herausforderung besteht bei manchen Patienten darin, eine Kurzfassung der Situation zu erhalten. Hier kommt es auf das Geschick an, einen zu umfassenden Erzählfluss zu bremsen, ohne wichtige Auskünfte zu unterdrücken.
3. Die Hauptbeschwerde - aus der Zusammenfassung der Auskünfte des Patienten ergibt sich seine Hauptbeschwerde. Nach dieser wird das geeignete Präsentationsdiagramm ausgewählt
4. Eingrenzende Fragen - dem ausgewählten Präsentationsdiagramm folgend, werden nun die einzelnen Indikatoren abgefragt. Diese Indikatoren bilden die Symptome des Beschwerdebildes

die Symptome des Beschwerdebildes ab, die eine Dringlichkeit ausmachen können. Die Abfrage erfolgt mit abnehmender Dringlichkeit, so dass der Patient mit der höheren Behandlungsdringlichkeit auch zeitnah erkannt wird. Der erste zutreffende Indikator beendet dann den Prozess, die Dringlichkeitsstufe ist zugewiesen.

5. Körperliche Untersuchung und Bestimmung von Parametern - für den Ausschluss oder die Bestätigung einzelner Indikatoren ist die Bestimmung einzelner Vitalparameter (bspw. Puls, Temperatur, pO2) sowie die Inspektion einer eventuell vorhandenen Wunde erforderlich. Die häufig in Notaufnahmen geforderten Standardmaßnahmen (RR, EKG, Labor) können hier in den Prozess der Ersteinschätzung integriert werden, diese Integration darf allerdings nicht dazu führen, dass die Ersteinschätzung anderer Patienten verzögert wird. Außerdem darf der zusätzliche Zeitbedarf nicht der Ersteinschätzung zugerechnet werden.

6. Schmerzeinschätzung - kein anderes System legt einen solchen Wert auf die Einschätzung des vom Patienten empfundenen Schmerzes. Zwar führt in den anderen großen Systemen auch der stärkste Schmerz zu einer hohen Einstufung des Patienten, beim MTS aber ist die Schmerzeinschätzung integraler Bestandteil, auf allen Stufen wird das Schmerzempfinden des Patienten berücksichtigt. Dabei wird grundsätzlich die Eigeneinstufung des Patienten als Maß des Schmerzes akzeptiert, bei offensichtlichen Abweichungen von einer professionellen Einschätzung wird versucht, den Grund der Abweichung zu finden. Das bleibende Restrisiko, dass der Schmerz missbräuchlich zu hoch angegeben wird, wird in Anbetracht der Bedeutung des Schmerzes für die Dringlichkeit in Kauf genommen.

7. Zuweisung der Dringlichkeitsstufe - aus den vorliegenden Ergebnissen bestimmt sich nun die für diesen Patienten zutreffende Dringlichkeitsstufe.

8. Dokumentation - alle erfassten Informationen werden dokumentiert. Es gibt hierzu eine standardisierte Vorlage des Deutschen Netzwerkes Ersteinschätzung, die in die hauseigene Dokumentation integriert werden kann und darf. Wenn im Rahmen der Ersteinschätzung Allergien oder Angaben zur Medikation des Patienten ermittelt wurden, so sollten diese zur Erleichterung der weiteren Behandlung gleichfalls dokumentiert werden. Dasselbe gilt für eventuelle erste Versorgungsmaßnahmen wie z.B. Verbände, Lagerungen oder Kühlungen.

9. Kontrolleinschätzung – die Ersteinschätzung ist ein dynamischer Prozess, der Zustand des Patienten unterliegt Veränderungen. Solange der Patient warten muss (und sich damit in der Zuständigkeit der Ersteinschätzung befindet) wird er von der einschätzenden Pflegekraft zu „überwachen“ sein. Überwachung zieht nicht ein permanentes Monitoring nach sich, allerdings sollte der Patient in Sichtweite bleiben und spätestens bei Überschreiten der mit der zugewiesenen Stufe zugestandenen maximalen Wartezeit einer Neueinschätzung unterzogen werden. Gleiches gilt, wenn sich der Patient (bei der Inaugenscheinnahme aus Distanz) sichtbar verschlechtert oder aber wenn er eine Medikation (z.B. gegen Schmerzen) erhalten hat.

Fallbeispiel

Das folgende Fallbeispiel soll exemplarisch den Prozess der Ersteinschätzung mit dem Manchester Triage System darstellen:

Ein 33jähriger Mann kommt zu Fuß in die Notaufnahme und klagt über Schwierigkeiten beim Atmen. Der erste Eindruck beim Eintreffen des Patienten gibt keinen Hinweis auf einen der Indikatoren der höchsten Dringlichkeitsstufe „ROT“. Nach seinen ersten Äußerungen könnte eines der Präsentationsdiagramme „Atemnot beim Erwachsenen“, „Asthma“, „Thoraxschmerz“ (siehe Abbildung 3) oder vielleicht „Körperstammverletzung“ in Frage zu kommen.

Im Rahmen der ersten Fragen verneint der Patient einen Unfall und gibt an, dass sich das Problem innerhalb der letzten zwei Tage entwickelt habe.

Ein Asthmaleiden ist bei ihm auch nicht bekannt. Damit können die Diagramme „Asthma“ und „Körperstammverletzung“ ausgeschlossen werden. Die Entscheidung zur Wahl des Diagramms „Atemnot“ oder „Thoraxschmerz“ hängt davon ab, welche Beschwerden sich bei der Präsentation des Patienten vordergründig darstellen. Beide Diagramme werden in der Folge aber zum selben Ergebnis führen.

Der Patient zeigt keine Zeichen eines gefährdeten Atemwegs oder einer unzureichenden Atmung, keinen Stridor, keinen Speichelfluss (wie bei Quincke-Ödem), kein Anzeichen für einen Schock.

Damit kann die Dringlichkeitsstufe „**ROT**“ ausgeschlossen werden, die Indikatoren für die nächste Dringlichkeitsstufe werden abgefragt.

Der Patient ist voll orientiert und kann in ganzen Sätzen sprechen. Er verneint einen „Kardialen Schmerz“, hat keine Verletzung erlitten, es gibt keine auffällige respiratorische Anamnese (bekannte akut verlaufende Erkrankungen der Atemwege in der Vorgeschichte). Sein Puls ist mit 100/min im akzeptablen Rahmen, die Sauerstoffsättigung beträgt 94% unter Raumluft. Seine Schmerzen beschreibt er auch nicht als stärkste Schmerzen, er wirkt nicht erschöpft.

Damit sind alle Indikatoren der Dringlichkeitsstufe „**ORANGE**“ ausgeschlossen. Hierzu ist die Bestimmung der Vitalparameter Puls, Sauerstoffsättigung und ggf. Blutdruck für den Schockausschluss vorzunehmen.

Der Patient gibt an, dass sich der Schmerz bei tiefem Luftholen oder bei Husten verstärkt. Der Indikator „Pleuraschmerz“ in der Dringlichkeitsstufe „**GELB**“ ist durch die Atemabhängigkeit des Schmerzes definiert. Damit kann dem Patienten diese Stufe zugewiesen werden. Er sollte seinen ersten Kontakt mit dem Arzt der Notaufnahme binnen 30 Minuten haben, gelingt die nicht, so ist er nach spätestens 30 Minuten von der zuständigen Pflegekraft erneut einzuschätzen.

Zusammenfassung für die Dokumentation:
Diagramm: Atemnot beim Erwachsenen
Indikator: Pleuraschmerz
Dringlichkeitsstufe: GELB (30 min)

Die Vielzahl der innerhalb kürzester Zeit zu tätigenden Abschätzungen zeigen, warum seitens der Manchester Triage Group die Durchführung der Ersteinschätzung durch eine erfahrene Krankenpflegekraft mit einer guten Gabe zur Krankenbeobachtung angeraten wird. Nur unter diesen Voraussetzungen wird sich die Qualität bei der geforderten Geschwindigkeit erzielen lassen. Allerdings ist es auch erfahrenen Arzthelferinnen oder Rettungsassistenten möglich, diese Ersteinschätzung korrekt durchzuführen.

Ersteinschätzung – und dann?

Wie bereits oben ausgeführt, ändert die Einführung der Ersteinschätzung zunächst nichts an der Summe aller Wartezeiten, sie erlaubt zunächst nur die individuell „zumutbare“ Zuordnung der patienteneigenen Wartezeit. Bei geschickter Nutzung des Ersteinschätzungsergebnisses lassen sich dann aber doch Entlastungen für die Notaufnahme und damit Beschleunigungen der Behandlungsprozesse erreichen. Dies wird dann in der Folge doch zu einer Reduktion der Wartezeiten führen [7]. Folgende Maßnahmen sind möglich:

Steuerung der Patientenströme

Das Ergebnis der Ersteinschätzung kann dazu benutzt werden, dass Patienten identifiziert werden, die dem Notfalldienst der niedergelassenen Kassenärzte (in Deutschland: Notfallpraxis der KV) – sofern am Krankenhaus vorhanden – zugewiesen werden können. Damit wird die Notaufnahme zu den Dienstzeiten der KV-Praxis von den bereits erwähnten Patienten entlastet, die eigentlich sowieso nicht in die Notaufnahme gehören.

Passend zu allen Diagramm-Indikator-Kombinationen kann in Absprache mit den Fachabteilungen des Hauses eine primäre fachliche Zuständigkeit vereinbart werden. Damit kann die Übergabe an den Facharzt beschleunigt werden.

Integration von Behandlungsstandards

Passend zu allen Diagramm-Indikator-Kombinationen können durch Fachabteilungen des Hauses Behandlungsstandards beschrieben werden. Damit kann auch beim Notfallpatient noch vor dem Facharztkontakt der Facharztstandard sichergestellt werden. Diese Strukturierung führt durch die Konzentration auf das fachlich notwendige nachweislich zu einer Beschleunigung der Behandlung [8].

Passend zu den Diagramm-Indikator-Kombinationen können in Absprache mit den Fachabteilungen des

Hauses Laborprofile festgelegt werden. Bei einhergehender zunehmender Verbreitung von Labordiagnostik am Point of Care können so genau definierte Laborprofile sofort bestimmt werden und die Laborkosten durch die Vermeidung unnötiger Untersuchungen drastisch gesenkt werden (Rationalisierung statt Rationierung) [9]. Die frei werdenden Mittel können der Notaufnahme an anderer Stelle zu Gute kommen. Dem Arzt steht dann beim Kontakt mit dem Patienten bereits das Ergebnis zur Verfügung, was zu einer Beschleunigung der Behandlung führt.

Optimierung der Raumnutzung

Sehr oft liegen mehrere Sprechstunden und Elektivambulanzen in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme, nicht selten haben sich diese in vorher zur Notaufnahme gehörenden Räumen etabliert, bzw. in diese erweitert. Die Räume stehen diesen Ambulanzen exklusiv zur Verfügung, die Nutzung durch die Notaufnahme ist nicht vorgesehen und gewünscht. Dabei werden diese Räume antizyklisch genutzt – wenn in der Notaufnahme das eher entspannte Geschäft des frühen Vormittags betrieben wird, herrscht in den Sprechstunden ein buntes Treiben, kehrt nach Ende der Sprechzeit in Letzteren die Ruhe ein, beginnt das Leben und Warten in der Notaufnahme.

Hieraus ist der Schluss zu ziehen: Notaufnahmen und Sprechstunden gehören in unmittelbare räumliche Nähe in einer Art und Weise, die es erlaubt mit kurzen Wegen die gerade leerstehenden Kapazitäten bei Bedarf gegenseitig zu nutzen. Damit hat die Notaufnahme für Spitzenzeiten einen Raumpuffer zur Verfügung, der es ihr erlaubt, Patienten unterzubringen, die zum Beispiel nur einen Ruheplatz benötigen. Das Haupthindernis einer solchen abteilungsübergreifenden Nutzung findet sich im Egoismus der Abteilungen, diesen gilt es im Gesamtinteresse des Krankenhauses zu bekämpfen. Diese Zusammenarbeit ist unabdingbar, da der betroffene Besucher (unabhängig ob Patient oder Angehöriger) nicht zwischen den Abteilungen unterscheiden wird, sondern seinen Unmut auf das gesamte Krankenhaus, zumindest auf den gesamten Bereich (z.B. Pädiatrie) ohne Unterscheidung der Spezialität bezieht. Bei anstehenden Baumaßnahmen sollte zusätzlich auf eine Optimierung der Raumpositionierung und –größen geachtet werden, lange Wegstrecken und unnötig große Flächen binden zusätzliches Personal.

Zusammenfassung

Wartezeiten sind aufgrund der unplanbaren Natur des Notfallgeschäftes nur unter nicht tragbarem Aufwand gänzlich auszuschließen. In den vorhandenen Prozessen und Strategien der Notaufnahmen stecken aber erhebliche Potentiale zur Reduktion oder zumindest Reorganisation der Wartezeiten. Die Hebung dieser Potentiale liegt im Interesse aller Beteiligten, angefangen beim Patienten und seinen Angehörigen, über das diensttuende Personal aus ärztlichem und pflegerischem Dienst bis hin zur Leitung der Abteilung und des Krankenhauses.

Die Implementierung einer pflegerischen Ersteinschätzung (klinische Triage) sichert dabei die medizinisch korrekte Identifizierung der Behandlungsdringlichkeit und stellt sicher, dass der nicht wartefähige Patient auch umgehend behandelt wird.

Die Reorganisation der Behandlungsprozesse und Raumnutzung ermöglicht eine konzentrierte und damit zügigere Behandlung, wodurch die Wartezeiten der nachfolgenden Patienten abnehmen (können).

Literatur

[1]Haji Loueian, E.; Lange, D.R.; Borde, T.; David, M.; Babtisch, B.: Werden klinische Notfallambulanzen angemessen genutzt? Ergebnisse einer kombinierten Patientenbefragung und Erste-Hilfe-Schein-Analyse in Berlin. Notfall+ Rettungsmedizin 2012;15(8):683-689.

[2] Zimmermann, P.G.: The Case for a Universal, Valid, Reliable 5-Tier Triage Acuity Scale For US Emergency Departments. Journal of Emergency Nursing, Elsevier, New York, 27.Jg. (2001), H.3, S.246-254.

[3] www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/casemix-ED-Triage+Review+Fact+Sheet+Documents (Stand 30.04.2015)

[4] www.caep.ca/resources/ctas (Stand 30.04.2015)

[5] Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No.12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

[6] Mackway-Jones, K.; Marsden, J.; Windle, J. (Ed): Emergency Triage. Second Edition. 6. unveränderter Nachdruck, BMJ, Oxford, 2011. Deutsche Ausgabe: Mackway-Jones, K.; Marsden, J.; Windle, J.; deutsch von Krey, J.; Moecke, Hp. (Hrsg): Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage-System. 3. Überarbeitete und ergänzte Auflage, Huber, Bern, 2011.

[7] Schaaf, M.: Modellierung und Evaluation einer Simulation der Pflegeprozesse in der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Leipzig AöR. Unveröff. Diplomarbeit, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie (IMISE), April 2011.

[8] Gräff, I.; Wittmann, M.; Dahmen, A.; Goldschmidt, B.; Tenzer, D.; Glien, P.; Drehsen, L.; Link, N.; Hoeft, A.; Baumgarten, G.: Prozessoptimierung im interdisziplinären Notfallzentrum. Notfall + Rettungsmedizin 2011;14(3):202-210

[9] Schellein, O.; Ludwig-Pistor, F.; Bremerich, D.H.: „Manchester Triage System“: Prozessoptimierung in der interdisziplinären Notaufnahme. Anaesthesist 2009, 58:163–170.

Autor

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, RbP
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger,
Dozent für Ersteinschätzung, Berater für Notaufnahmen.
Seit 13 Jahren Leiter der deutsche MTS-Referenzgruppe und Kursleiter für Ersteinschätzung, Übersetzer der deutschen Ausgabe des Buches „Emergency Triage. Manchester Triage Group“

Kompressionstherapie beim Ulcus cruris venosum

Eine wichtige Säule der Therapie

Die Kompressionstherapie ist ein grundlegender Aspekt in der Behandlung des Ulcus cruris venosum (UCV). Eine sach- und fachgerechte Kompressionstherapie bewirkt eine dauerhafte Steigerung des venösen Rückflusses und somit eine Reduktion der Druck- und Volumenüberlastung im Venensystem der Beine. Mit unterschiedlichen Materialien und Verfahren wird ein herzwärts sukzessiv abnehmender Kompressionsdruck erzeugt, der den venösen Querschnitt verringert. Noch nicht zerstörte Venenklappen können ihre Funktion als Rückstauventil wieder aufnehmen, Ödeme werden reduziert, der venöse Rücktransport gefördert und Schlackenstoffe sowie Metabolite abtransportiert. Die Reduktion des Ödems ist schmerzlindernd. Zudem bildet die Kompressionstherapie ein stabiles Widerlager für die Beinmuskulatur, so dass sich die Arbeit der Muskelpumpen – insbesondere Sprunggelenk- und Wadenmuskelpumpe- intensiviert. Somit wird zunächst eine periphere Entstauung bewirkt. Im weiteren Verlauf folgt die Abheilung von Ulzerationen. Zudem beugt die Kompressionstherapie der Neuentstehung von Ödemen und der Entwicklung von Thrombosen vor.

Indikationen, Kontraindikationen und Risiken

Indikationen

Varikose
- Varikose
- Varikose in der Schwangerschaft
- Unterstützend bei der invasiven Therapie bei Varikose

Thrombose/Thrombophlebitis
- Thrombophlebitis sowie Zustand nach abgeheilter Thrombophlebitis
- Tiefe Bein- und Armvenenthrombose
- Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose
- Postthrombisches Syndrom
- Thromboseprophylaxe

Chronische Veneninsuffizienz (CVI)
- CVI nach CEAP C3-C6
- Primäre und sekundäre Prävention des Ulcus curis venosum
- Leitveneninsuffizienz
- Angiodysplasie

Sonstige Ödeme
- Lymphödeme
- Ödeme in der Schwangerschaft
- Posttraumatische Ödeme
- Hormonell bedingte Ödeme
- Lipödeme
- Stauungszustände infolge Immobilitäten (arthrogenes Stauungssyndrom, Paresen und Teilparesen der Extremität)
- Medikamentös induzierte Ödeme (z.B. Kalziumantagonisten, Isosorbiddinitrat, Lithium-Salbe, Sexualhormone u.a.)

Kontraindikationen

Absolute:
- Systemische Entzündungen, wie Erysipel, septische Phlebitis
- Dekompensierte Herzinsuffizienz
- Akute und chronisch kritische Ischämie
- Phlegmasia coerulea dolens

Relative:
- Ausgeprägte Sensibilitätsstörungen der Extremitäten
- Chronische kompensierte Herzinsuffizienz
- Nässende Dermatosen
- Noch kompensierte pAVK
- Materialunverträglichkeit
- Schmerzen durch die Therapie

Risiken und Nebenwirkungen

- Nicht passende medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) sowie eine unsachgemäße Bandagierung können zu Schnürfurchen, Blasenbildung, Druckulzera, Nekrosen und nervalen Druckschäden auf periphere Nerven führen.

Grundsätzliches

Die Kompressionstherapie erlangt ihre volle Wirkung erst in Verbindung mit aktiver Bewegung. In der Therapiephase, der sogenannten **initialen Entstauungsphase**, ist beim floriden UCV zur Ödemreduktion und zur Unterstützung der Abheilung eine kräftige Kompressionsversorgung zu gewährleisten. Hierfür können Kurzzugbinden, Mehrkomponentensysteme oder spezielle Kompressionskits zum Einsatz kommen. Zudem gibt es adaptive Kompressionsbandagen, auch Wrap-Systeme oder Klettbandagen (z. B. circaid® juxtacures® Firma medi) genannt, bei denen durch ein Klettsystem der erwünschte Kompressionsdruck ggf. mithilfe einer Kontrollschablone einstellbar ist.

Wenn die initiale Entstauungsphase - meist nach drei bis vier Wochen - abgeschlossen ist, folgt die **Erhaltungsphase**. Es liegt ein stabiler Zustand vor, d. h. Ödeme sind entstaut, und die Abheilung des Ulkus schreitet voran. Nun sollte eine Umstellung der Versorgung auf Ulkus-Strumpfsysteme oder medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) erfolgen.

Tipp: Um den Erfolg der Kompressionstherapie zu überprüfen, sind einmal wöchentlich Vorfuß-, Knöchel- und Wadenumfang an der jeweils dicksten Stelle zu messen. Findet keine Entstauung statt, kann dies u. a. an einer ineffizienten Kompressionsversorgung, aber auch an einer nicht vorhandenen bzw. nur sehr eingeschränkten Funktion der Venenpumpen liegen.

Nach Abheilung des UCV ist zur Rezidivprophylaxe eine störungsfreie Erhaltungsphase zu gewährleisten. Hierfür ist eine mittlere Kompressionstärke mit MKS in der Kompressionsklasse (KKL) II meist ausreichend. Eine solche Bestrumpfung ist zur Rezidivprophylaxe ein Leben lang zu tragen.

Cave: Sowohl Ulkus-Strumpfsysteme wie auch MKS sind erst im Anschluss an eine erfolgreiche Entstauung sinnvoll einzusetzen.

Für die Kompressionstherapie stehen verschiedene Materialien zur Verfügung. Hierzu gehören unter anderem:

- Kurzzug-, Mittelzug- und Langzugbinden,
- Zinkleimbinden,
- Bindensysteme bzw. sogenannte Mehrkomponentensysteme,
- Adaptive Kompressionsbandagen,
- Polstermaterialien, z. B. Watte, Schaumstoff, Pelotten,
- Ulkus-Strumpfsysteme,
- Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) und
- Intermittierende pneumatische Kompressionsverfahren.

Möglichkeiten der Kompressionsversorgung in der initialen Entstauungsphase

Der phlebologische Kompressionsverband (PKV) ist laut Studien mit einem hohen Druck anzulegen. Mehrkomponentensysteme sind daher darauf ausgelegt, einen solchen Druck entsprechend zu gewährleisten. Laut internationalem Konsens werden folgende Kompressionsdruckwerte empfohlen: leicht: < 20 mmHg, mittelstark: ≥ 20–40 mmHg, stark: ≥ 40–60 mmHg, sehr stark: > 60 mmHg. Es gibt verschiedene Möglichkeiten in der Versorgung.

Kurzzugbinden

sind unelastisch und haben ein geringes Dehnungsvermögen von unter 100 %. Sie erzeugen einen hohen Arbeitsdruck und einen niedrigen Ruhedruck. Ihre Anwendung erfolgt bei mobilen Patienten, die durch Eigenbewegung einen entsprechenden Arbeitsdruck erzeugen können. Kurzzugbinden geben schnell nach, verrutschen und verlieren bereits nach wenigen Stunden ihre Form, sodass sie den gewünschten Anlagedruck nicht lange halten können. Bei Bewegung und Ödemreduktion nimmt der Druck über die ersten 24 Stunden erheblich ab. Daher ist die Bandagierung in der initialen Entstauungsphase ggf. täglich zu erneuern.

Tipp: In der Therapiephase sollten Kurzzugbinden zur Unterstützung des Abheilungsprozesses kontinuierlich über 24 Stunden getragen werden. Wenn der Patient ohne Bandagierung nach Ablegen der Kompressionsversorgung abends noch herumläuft oder morgens vor Anlage viel in Bewegung ist, geht der Entstauungserfolg vom Vortag verloren.

Langzugbinden

haben ein hohes Dehnungsvermögen bis zu 200%. Sie erzeugen einen niedrigen Arbeitsdruck und einen hohen Ruhedruck. Bei Bewegung und Veränderung des Extremitätenumfangs passt sich die Langzugbinde an und hält den Druck daher über mehrere Tage.
Cave: Bei immobilen Patienten besteht ein Risiko. Aufgrund des hohen Ruhedrucks können bei längeren Ruhephasen starke Einschnürungen entstehen! Deshalb sollte eine alleinige Bandagierung mit Langzubinden in der Kompressionstherapie nicht mehr zum Einsatz kommen.

Zinkleimbinden

sind nahezu steif und liegen in ihrem Dehnungsvermögen unter 10 %. Sie erzeugen einen sehr hohen Arbeits- und einen niedrigen Ruhedruck. Sie werden feucht angelegt und entwickeln den Kompressionsdruck durch Aushärten. Zinkleimwinden erzeugen aufgrund der Steifigkeit eine schnelle Entstauung, etwa zu Beginn der Therapie. Cave: Die steifen Binden schränken die Arbeit der Muskelpumpen, insbesondere im Sprunggelenk, erheblich ein. Bei Ödemreduktion mindert sich der Anlagedruck. Zinkleimbinden können überschüssiges Wundexsudat nicht aufnehmen. Dadurch sind Hautschädigungen wie Mazeration und eine unangenehme Geruchsentwicklung möglich.

Fertigbinden-/Mehrkomponentensysteme

bestehen aus zwei-, drei- oder vier Komponenten, z. B. Polster-, Kompressions- und Fixierbinden, z. T. werden Kurz- und Langzugbinden sowie kohäsive Materialien kombiniert (Abb. 1 und 2). Sie haben den Vorteil, dass meist keine aufwendigen Kompressionstechniken beherrscht werden müssen. Einige Systeme verfügen über optische Markierungen, die die Anlage eines therapierelevanten Drucks erleichtern (Abb. 3). Diese Produkte können - im Gegensatz zu Kurzzugbinden -, den Anpressdruck über viele Stunden, je nach Entstauungssituation, relativ konstant halten. Die jeweils abschließende, kohäsive Binde beugt einem raschen Lockern bzw. Verrutschen vor. Studien weisen auf die Überlegenheit dieser Systeme gegenüber den Bandagierungen mit Kurzzugbinden hin. Mehrkomponentensysteme verbleiben bis zu sieben Tage und verrutschen nicht. Sie sind z. T. auch als „Lite“-Variante erhältlich und für Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen (ohne kritische Ischämie!), meist mit einem Knöchel-Arm-Druck-Index (KADI/ABPI) zwischen 0,6 und 0,8, geeignet.

Adaptive Kompressionsbandagen

Eine neue Entwicklung sind adaptive Kompressionsversorgungen, wie Klett- bzw. Wrap-Verbände/-bandagen (z. B. JuxtaCures® Firma medi, Bayreuth). Sie sind eine Alternative zu den herkömmlichen Bindenbandagierungen. Bei diesen Produkten ist der erwünschte Kompressionsdruck durch ein Klettsystem einstellbar. Der erzeugte Druck ist zum Teil durch eine visuelle Messscheibe kontrollierbar (Abb. 4a und b). Dies gewährleistet eine Sicherheit über den angelegten Druck. Derzeit gibt es Systeme für das

Abb.1: Beispielhafte Übersicht von Mehrkomponentensystemen

Abb.2: Angelegte Versorgung mit einem Mehrkomponentensystem

Abb.3: Bandagierung mit optischen Markierungen zum erleichterten korrekten Anlegen

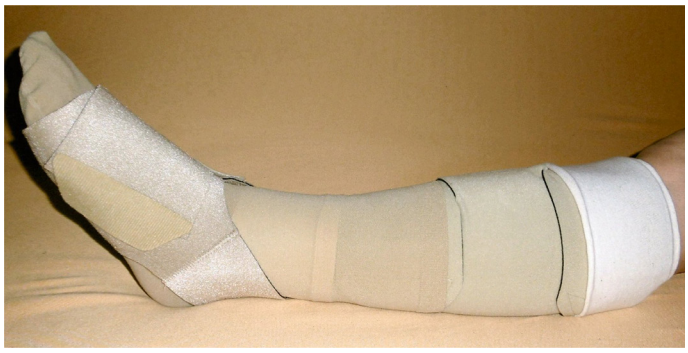


Abb.4a: Angelegte adaptive Kompressionsbandage

Abb.4b: Druckkontrolle mit Messscheibe

UCV mit einer Druckwertspanne von 20 bis 50 mmHg. Durch die Klettverschlüsse ist der Druck jederzeit individuell nachjustierbar. Solche Systeme sind ggf. von den Angehörigen bzw. Patienten selber anzulegen und einzustellen.

Grundlagen der Bandagierung

Die Überlegenheit einer bestimmten Bandagierungstechnik, z. B. nach Pütter, Sigg, Fischer, ist nicht erwiesen. Entscheidend für die Effizienz ist die sach- und fachgerechte Ausführung der gewählten Methode. Die nachfolgenden Aspekte sind für jede Kompressionsbandagierung grundlegend. Zu Beginn wird ein Schlauchverband aus Baumwolle zum Schutz der Haut bis unterhalb des Knies angezogen. Eine unsachgemäße Anlage der Kompressionsversorgung kann Druckschäden mit sich bringen. Selbst eine Kompressionsbandagierung, die von einer fachlich versierten Kraft angelegt wurde, kann unbemerkte Einschnürungen, nervale Schädigungen, Drucknekrosen oder Blasen bewirken. Eine adäquate Unterpolsterung beugt diesen unerwünschten Begleiterscheinungen vor. Die Form der zu wickelnden Extremität wird bei der Anlage ebenfalls berücksichtigt. Dies bedeutet, eventuelle Hervorhebungen oder Absenkungen sind entsprechend zu polstern bzw. aufzufüllen, so dass der gewünschte Druck überall gleichmäßig erzeugt wird und auf die Gesamtheit der zu wickelnden Extremität einwirken kann.

Druckpolster und Pelotten können die Effektivität zusätzlich verstärken. Um die Verletzungsgefahr zu reduzieren, erfolgt kein Einsatz von beiliegenden Fixierklammern (sog. „Schwiegermütter“). Zur Fixierung des Bindenabschluss dienen Pflasterstreifen. Die Bindenbreite ist orientiert an Form und Durchmesser des jeweiligen Körperteils auszuwählen. Zur adäquaten Kompressionsversorgung sind mindestens zwei Binden notwendig, je nach Umfang auch mehr. Die Ferse ist immer mit einzubinden. Der Beginn der Bandagierung erfolgt am Großzehengrundgelenk. Die Binde folgt anschließend dem weiteren Zehenverlauf. Es ist darauf zu achten, dass der Fuß in Dorsalflexion (= im rechten Winkel zur Wade) steht; ansonsten besteht Spitzfußgefahr! Der Bindenanfang wird mit zwei Kreistouren fixiert. Dabei ist auf einen guten Anlagedruck zu achten. Zu lockere Touren am Vorfuß können Ödemausbildungen provozieren. Die Binde ist mit der Rolle nach oben in der Hand liegend zu führen. Dabei wird ein abnehmendes Druckgefälle von distal nach proximal hergestellt. Die Bindenrolle wird unmittelbar auf der Haut unter permanentem Zug geführt, so dass sich die Binde gleichmäßig an das Bein anmodelliert. Ein zu straffes Anziehen einzelner Bindentouren stört das Druckgefälle und kann bei Einschnürungen zu einer venösen Stauung bis hin zur Erhöhung des Thromboserisikos, nervalen Druckschäden oder Drucknekrosen führen. Im Einzelfall, z. B. bei stark ausgeprägten Vorfußödemen oder begleitenden Lymphödemen, sind auch die Zehen mit zu komprimieren, um einen Ödemeinfluß zu vermeiden.

Indikationen für sofortiges Entfernen der Kompressionsbandagierung

- Blau- oder Weißfärbung der Zehen
- Missempfindungen und Taubheitsgefühle
- Zunehmende Schmerzen
- Kurzatmigkeit und Schweißausbrüche
- Akute Bewegungseinschränkungen

Tipp: Zur Anlagekontrolle und zum Training einer adäquaten Kompressionsbandagierung existieren Kompressionsdruck-Messgeräte, z. B. Kikuhime®, PicoPress® (Abb. 5).

Möglichkeiten der Kompressionsversorgung in der Erhaltungsphase

Ödeme sind entstaut und ein stabiler Heilungsprozess ist erreicht. In dieser Phase können folgende Produkte zum Einsatz kommen:

- **Ulkus-Strumpfsysteme**

Diese Produkte bestehen aus zwei Komponenten: einem Unterziehstrumpf, der den Wundverband schützt und fixiert und einem klassischen Kompressionsstrumpf, der den Druck erwirkt (Abb. 6a und 6b). Der Unterziehstrumpf mit einem geringen Anlagedruck verbleibt auch nachts am Unterschenkel. Der Überziehstrumpf wird jeweils nur tagsüber getragen. Nach entsprechender Schulung sind Betroffene oft in der Lage, solche Systeme selber an- und auszuziehen.

- **Medizinische Kompressionsstrümpfe (s. u.)**

Möglichkeiten der Kompressionsversorgung nach Abheilung des Ulcus cruris venosum und als Rezidivprophylaxe

Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) kommen zum Einsatz, wenn eine Entstauung erzielt wurde, meist bei abgeheiltem UCV. Sie sind für die Langzeit- und Dauerbehandlung von Venenerkrankungen indiziert. Eine Bestrumpfung erhält das bisherige Therapieergebnis und beugt Rezidiven vor. MKS erzeugen nicht nur einen konstanten Anlagedruck, sie bieten im Gegensatz zur Bandagierung, die Sicherheit, dass sie nicht verrutschen oder unangenehm auftragen. Ein faltenfreies Anziehen beugt der Entstehung von Druckstellen oder Schnürfurchen vor. Um keine Ziehfäden im Material zu erzeugen, sollte der Patient beim Anziehen Uhr und Schmuck abnehmen sowie darauf achten, Finger- und Fußnägel sorgfältig zu schneiden und zu feilen sowie die Hornhaut an den Füßen zu entfernen. Je nach Indikation werden MKS in verschiedenen Kompressionsklassen als konfektioniertes Fertigprodukt oder als Maßanfertigung, z. B. als Strumpf/-hose, angepasst. Ggf. sind MKS auch an anatomische Gegebenheiten anzupassen, z. B. durch eingenähte Druckpolster, sogenannte Pelotten. Für viele Indikationen, insbesondere das UCV, ist die Unterschenkelkompression ausreichend. Eine Oberschenkelkompression ist z. B. bei tiefer Beinvenenthrombose, Knieödemen, Varikophlebitis im Oberschenkelbereich, nach Varizen OPs sowie lymphatischen Erkrankungen (hier meist Strumpfhosen) erforderlich.

Abb.5: Kompressionsdruckmessung mit Kikuhime

Abb.6a: Beispielhafte Übersicht über Ulkus-Strumpfsysteme

Abb.6b: Angelegtes Ulkus-Strumpfsystem

Strickarten

Die Fertigung von medizinischen Kompressionsstrümpfen erfolgt in zwei unterschiedlichen Strickverfahren. Im Rundstrickverfahren wird der Strumpf mit einer fest definierten Anzahl an Nadeln auf einem Strickzylinder produziert und ist daher nahtlos. Es können weder zusätzliche Maschen auf- noch Maschen wieder abgenommen werden. Eine Anpassung an die Beinform erfolgt lediglich durch Änderung der Maschengröße, also eine feste oder lockere Strickung bzw. der Fadenspannung und ist daher nur sehr eingeschränkt möglich. Rundgestrickte MKS kommen meist bei Venenerkrankungen zum Einsatz. Das Rundstrickverfahren hat Grenzen bei

der Formgebung, insbesondere bei außergewöhnlichen Beinumfängen bzw. starken Variationen in den Extremitätenumfängen. Da im Flachstrickverfahren Maschen individuell auf- oder abgenommen werden können, ist hiermit auch eine Anpassung an außergewöhnliche Beinumfänge möglich, z. B. bei Lip-/Lymphödemen. Der Strumpf wird an einem Stück gestrickt und am Ende zusammengenäht, so dass eine Naht entsteht. Flachstrickprodukte sind deutlich gröber, fester, dicker und weniger elastisch als rundgestrickte MKS.

Kompressionsklassen

Die Kompressionsklassen (KKL) werden nach der Intensität des Andrucks in der Ruhephase auf die Extremität eingeteilt. Medizinische Kompressionsstrümpfe unterscheiden sich nicht nur durch ihr Material und dessen Elastizität, sondern auch durch die KKL. Die Verordnung hängt zum einen von der Diagnose aber auch von der Patientenakzeptanz ab. Daher gibt es derzeit keine verbindlichen Normen zur Verordnung bestimmter Kompressionsklassen. Nachfolgende Angaben dienen lediglich der Orientierung (Tabelle unten)

Pflege von MKS

Beim Waschen der MKS sind grundsätzlich die Herstellerangaben zu berücksichtigen. Aus hygienischen Gründen sollte eine tägliche Reinigung erfolgen. Üblich ist die Wäsche bei 30-40° C im Feinwaschprogramm, ggf. separat im Wäschenetz, unter Beigabe eines Feinwaschmittels. Kein Einsatz von Vollwaschmittel, Haarshampoos oder Weichspüler! Das Trocknen erfolgt flachliegend auf dem Wäscheständer. Heizung, Wäschetrockner oder direkte Sonneneinstrahlung können der Elastizität oder einer eventuellen Beschichtung schaden. Bügeln, chloren oder chemische Reinigung zerstören das Material.

An- und Ausziehhilfen

Das An- und Ausziehen der medizinischen Kompressionsstrümpfe stellt für viele Patienten eine Herausforderung dar. Da ihre Verwendung den Bewegungs- und Kraftaufwand verringert, ermöglichen sie, insbesondere Patienten mit Bewegungseinschränkungen, den eigenständigen Umgang mit den Materialien. An- und Ausziehhilfen erleichtern den Umgang mit den MKS. Es gibt diverse unterschiedliche Modelle. Der Patient sollte vorab eine individuelle Beratung erhalten, um herauszufinden, welches Modell am besten für seine Bedürfnisse und körperlichen Fähigkeiten geeignet ist. Es wird nach Produkten unterschieden, die für das Anlegen von MKS mit offener und/oder geschlossener Spitze geeignet sind sowie nur das Anziehen oder das An- und Ausziehen erleichtern. Generell gibt es zwei große unterschiedliche Bereiche, die Gleiter (Abb. 7) und die Gestelle (Abb. 8) bzw. Kombinationen aus beiden. Letztere sind in sitzender wie auch stehender Position nutzbar und insbesondere für Patienten mit Bewegungseinschränkungen geeignet, die häufig nicht mehr an ihren Vorfuß heranreichen. Sie sind grundsätzlich für offene und geschlossene Strümpfe geeignet und relativ einfach zu reinigen bzw. zu

Kompressionsklasse (KKL)	Indikation
I = 20 mmHg (18-21 mmHg), leichte Kompression	Schwere- und Müdigkeitsgefühl in den Beinen mit Schwellneigung, Thromboseprophylaxe, geringfügige Varikosis ohne Beinödeme oder während der Schwangerschaft, Ödeme bei kompensierter pAVK/ Herzinsuffizienz
II = 30 mmHg (23-32 mmHg), mittlere Kompression	Varikosis mit Ödemneigung, ausgeprägte Schwangerschafts-varikosis, nach Varizenbehandlung, tiefe Beinvenenthrombose, postthrombotisches Syndrom, Lipödem, Rezidivprophylaxe nach abgeheiltem UCV
III = 40 mmHg (34-46 mmHg), kräftige Kompression	florides UCV, reversibles Lymphödem, Angiodysplasie
IV = > 49 mmHg (meist 60 mmHg), sehr kräftige Kompression	irreversibles Lymphödem

wischdesinfizieren. Allerdings sind diese Gestelle relativ groß, sperrig und schwer. Die Gleiter bestehen aus sehr gleitfähiger Chemiefaser, z. B. Segeltuch oder Ballonseide. Sie reduzieren die Scherkräfte, so dass auch eine Wundauflage nicht verrutscht. Zudem sind sie klein, faltbar und passen in jede Handtasche. Allerdings benötigt der Patient ausreichend Beweglichkeit, um an seinen Vorfuß heranzukommen. Betreffend der Reinigung sind die Angaben der Packungsbeilage zu entnehmen. Die meisten Gleiter sind wischdesinfizierbar oder bei 30° C waschbar. Der unterstützende Einsatz von genoppten Gummi- bzw. Haushaltshandschuhen bietet eine zusätzliche Erleichterung, da die Griffigkeit erhöht und das Risiko von Materialschäden, z. B. durch die Fingernägel, gemindert wird.

Unterstützende Verfahren in der initialen Entstauungs- und Erhaltungsphase

Bei der intermittierenden pneumatischen Kompressionstherapie (IPK) (auch als apparative intermittierende Kompressionstherapie (AIK) bezeichnet) wird durch eine elektrische Pumpe in einem Ein- oder Mehrkammerluftkissen, das um das Bein angelegt wird, ein variabler Druck erzeugt. Diese Methode ermöglicht eine exakte Druckbestimmung, die bei Kompressionsbandagierungen nur mit Druckmessgeräten zu gewährleisten ist. Ohne Einsatz der Muskelpumpe verbessert die IPK die Blutzirkulation, die Funktion der Lymphgefäße, entstaut Ödeme und bewirkt gleichzeitig eine Druckentlastung in den Ruhephasen. Je nach Therapieplan kommt diese Methode in individuell abgestimmten Intervallen und mit individuell abgestimmten Druckwerten über dem Kompressionsverband zur Anwendung. Sie ist eine gute Unterstützung bei immobilen oder bewegungseingeschränkten Patienten. Die IPK ersetzt nicht die manuelle Lymphdrainage! Cave: Der Abfluss über das Lymphsystem muss gewährleistet sein Der Patient sollte bei der Behandlung liegen und nicht im Leistenbereich abknicken.

Fazit

Im Hinblick auf die Verschiedenheit dieser Produkte und der Variantenvielfalt ihrer Anwendung basiert die Kompressionstherapie als einer der wichtigsten Säulen der Therapie des UCV gleichermaßen auf der Kenntnis der adäquaten Materialien als auch auf der Befähigung der Versorger, diese sachgerecht anzuwenden. Nur unter Aufklärung und Einbeziehung des Patienten kann eine optimale Abheilung des Ulcus cruris venosum gelingen.

Abb.7: Beispielhafte Übersicht Gleiter

Abb.8: Nutzung eines Gestells

Autorin

Kerstin Protz
Krankenschwester, Projektmanagerin Wundforschung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf, Referentin für Wundversorgungskonzepte, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e.V.

Quellen

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Leitlinie: Intermittierende pneumatische Kompression (IPK oder AIK). 2005. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/007, Entwicklungsstufe 2. Status 2016: in Überarbeitung.

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Leitlinie: Phlebologischer Kompressionsverband (PKV). 2009. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/005, Entwicklungsstufe 1. Status 2016: in Überarbeitung.

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Leitlinie: Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. 2008. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/009, Entwicklungsstufe 3. Status 2016: in Überarbeitung.

Eurocom e.V. Venenerkrankungen und ihre Therapie. Düren, 3. Auflage 2012

O`Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2012; 11: CD000265.

Partsch H, Clark M, Mosti G, Steinlechner E, Schuren J, Abel M, Benigni JP, Coleridige-Smith P, Cornu-Thénard A, Flour M, Hutchinson J, Gamble J, Issberner K, Juenger M, Moffatt C, Neumann HAM, Rabe E, Uhl JF. Classification of compression bandages: practical aspects. Dermatol Surg 2008; 34(5): 600-609.

Protz K (2016): Moderne Wundversorgung, 8. Auflage, Elsevier Verlag, München

Protz K, Dissemond J, Kröger K (2016): Kompressionstherapie – Ein Überblick für die Praxis, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Wundzentrum Hamburg e.V.: www.wundzentrum-hamburg.de

Moderne Wundversorgung – der Klassiker in der 8. Auflage

2016. 256 S.,
ca. 160 farb. Abb., kt.
Ca. € [D] 24,99 /
€ [A] 25,70 / sFr 34,–
ISBN 978-3-437-27885-3
Erscheint im September 2016

Kerstin Protz

Moderne Wundversorgung

Basierend auf adäquater Diagnostik und angepasster Kausaltherapie bietet die moderne, hydroaktive Wundversorgung individuell angepasste Versorgungsmöglichkeiten. Dieses Buch enthält u. a. Informationen zu folgenden Themen:

- Grundlagen über Haut, Hautpflege und Wundarten
- Möglichkeiten und Methoden der Wundreinigung und -spülung
- Phasengerechte Wundversorgung und unzeitgemäße Produkte
- Hygienische Aspekte
- Versorgung von Menschen mit: Dekubitus, Feuchtigkeitsläsion, Ulcus cruris und diabetischem Fußsyndrom
- Ernährung und Schmerz, Aspekte der palliativen Wundversorgung
- Aspekte der Wund- und Fotodokumentation
- Nationaler Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“
- Verordnung, Erstattung, Kosten und rechtliche Aspekte

Der Markt bietet eine nicht mehr überschaubare Produktpalette. Deshalb finden Sie in der 8. Auflage auf der beiliegenden CD*

- eine beispielhafte Übersicht über Produktgruppen mit Angabe der Hersteller, erhältlichen Größen und Pharmazentralnummern (PZN)
- Assessmentinstrumente, Standards, Wunddokumentationsformulare sowie Patienten- und Angehörigenbroschüren.

* Auch unter www.pflegeheute.de mit dem Code aus dem Buch downloadbar

Empowering Knowledge
elsevier.de

ELSEVIER

Bestellung

Ja, ich bestelle von Elsevier, Urban & Fischer Verlag

__ Expl. Protz, **Moderne Wundversorgung**
Ca. € [D] 24,99 / € [A] 25,70 / sFr 34,–
ISBN 978-3-437-27885-3

Ich bezahle ☐ nach Erhalt der Rechnung ☐ per Bankeinzug

IBAN

BIC

Datum / Unterschrift

Name / Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

E-Mail

Tel. – für evtl. Rückfragen

Tel. (0 70 71) 93 53 14 Fax (0 70 71) 93 53 93 E-Mail: bestellung@elsevier.de

HGV Servicecenter Fachverlage
Holzwiesenstraße 2
72127 Kusterdingen

Oder bestellen Sie versandkostenfrei [D] über **www.elsevier.de**
Immer top informiert mit unseren kostenlosen Newslettern.
Jetzt abonnieren unter **www.elsevier.de/services-informationen/newsletter**

Stand: 07/2016. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
€-Preise gültig in Deutschland inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten.
sFr-Preise sind empf. Ladenpreise.

Besondere Haut braucht besondere Pflege

Die Pergamenthaut ist im Bereich von beatmeten Patienten eine weitverbreitete Spätfolge unter der die Betroffenen sehr leiden. Es kommt nach einer Verletzung zu langen Heilungsverläufen und ist meist mit ausgeprägten Wundschmerzen verbunden.

Absolutes No-Go, bei Pergamenthaut dürfen auf gar keinen Fall Hydrokolloide oder Wundauflagen mit einem Polyacrylkleber verwendet werden! Es kommt in der Regel dann zu weiteren Hautläsionen beim ablösen. Die Salbengaze direkt auf der Wunde ist in diesem Fall völlig kontraindiziert, da sie unter dem Hydrokolloid das wachsen von Bakterienstämmen begünstigen würde (Feuchte Kammer).

Ursachen :

Eine sogenannte Pergamenthaut ist sehr dünn, sie verliert stark an Elastizität, die Adern zeichnen sich deutlich unter der Haut ab und es besteht fast kein Unterhautfettgewebe mehr. Selbst bei einem leichten Kratzen blutet die Haut sehr schnell, sie ist anfällig für Hämatome und Hautläsionen. Bei einer Pergamenthaut bleibt meist eine kleine Hautfalte für einige Sekunden stehen, wenn man etwas Haut zwischen zwei Finger anhebt. Im hohen Lebensalter kann eine Pergamenthaut einfach wegen des natürlichen Alterungsprozesses der Haut zustande kommen. Die Haut wird mit zunehmendem Alter bei jedem Menschen dünner, auch wenn keine Erkrankung zugrunde liegt. Bei jüngeren Patienten, kann die Einnahme bestimmter Medikamente, wie zum Beispiel Cortison oder Gerinnungshemmer, zu einer Pergamenthaut führen. In diesem Falle sollte der behandelnde Arzt nach den Zusammenhängen zwischen Haut und Medikation fragen. Auch bei Patienten mit Lebererkrankungen oder die an Diabetes leiden, kann die Haut sehr dünn und trocken werden.

Wichtig die richtige Pflege:

Pergamenthaut ist sehr empfindlich. Meist sind die Unterarme, Hände und Schienbeine betroffen, hier ist die Haut dann besonders dünn und trocken. Da die Haut sehr empfindlich ist, kann sich der Betroffene schnell verletzen. Die Haut reißt rasch ein- wie Pergamentpapier. Da Verletzungen bei Pergamenthaut schlecht bzw. sehr langsam heilen, muss der Umgang mit den Betroffenen besonders sorgsam sein. So sollte auf einen hohen Lichtschutzfaktor geachtet werden, wenn die Haut der Sonne ausgesetzt wird. Verzichten sollten die Patienten möglichst auf heiße Wannenbäder, obwohl Sie meistens ein kälteres Temperaturempfinden haben. Das würde die Haut noch mehr als nötig austrocknen. Besser sind Duschen mit lauwarmen Wasser und PH-neutralem Duschgel oder Duschöl. Waschlappen und Handtücher aus Mikrofaser sind zur Pflege nicht empfehlenswert, da die Mikrofaser der Haut bei der Körperpflege oder dem Abtrocknen unnötig viel Feuchtigkeit entzieht. Auch harte Schwämme und Bürsten sind nicht geeignet. Das Wichtigste bei der Pflege von Pergamenthaut ist es, genügend Feuchtigkeit und Fett zuzuführen. Mindestens ein- bis zweimal täglich sollte die Haut eingecremt werden. Besonders geeignet sind Pflegeprodukte, die viel Panthenol

enthalten, aber auch Pflegeprodukte mit Aloe vera sind hilfreich, um die Haut zu schützen. Die Pflegeprodukte sollten frei von Konservierungsstoffen und künstlichen Farbstoffen sowie frei von Parfüm und Alkohol sein.

Zum Arzt auch bei kleineren Wunden

Empfehlenswert ist auch bei kleineren Hautläsionen die Vorstellung beim Arzt. Pergamenthaut heilt schlechter und es kann zu Infektionen kommen In jedem Fall sollte eine Silikonwundauflage verwendet werden, um den Hautdefekt abzudecken. Diese haben den Vorteil einer langen Tragedauer bei nicht infizierten Wunden und gewährleisten so die für die Heilung so wichtige Wundruhe. Um weitere Hautläsionen zu vermeiden kann man zusätzlich einen Polymer-Gel-Ellenbogenschutz anlegen. Hiermit lassen sich weitere Hautläsionen vermeiden. Der Schutz kann auch über den Wundauflagen getragen werden. Um dem Austrocknen entgegenzuwirken, muss stets ausreichend getrunken werden.

Die passende Pflege finden

Bei trockener Haut ist es besonders wichtig, ein Duschgel zu verwenden, das die Haut nicht noch mehr austrocknet, sondern ihr während des Duschens möglichst viel Feuchtigkeit spendet. Sind die Hautprobleme noch nicht allzu stark ausgeprägt, findet man im Einzelhandel speziell für trockene Haut entwickelte und ph-hautneutrale Duschgele. Auch diese sollten frei von Konservierungsstoffen, künstlichen Farbstoffen sowie von Parfüm und Alkohol sein. Alternativ können auch Duschöle, frei von Seifen und chemischen Zusätzen, verwendet werden. Diese schäumen nicht, schützen dafür aber die Haut schon während des Duschens und hinterlassen ein angenehmes Gefühl. Je natürlicher das Duschgel oder –öl ist, desto weniger schadet es trockener Haut. Bei stärkeren Hautproblemen muss der Hautarzt tätig werden und ein entsprechendes Produkt verschreiben. Es gilt außerdem: Duschgel nur auf den Stellen anwenden, an denen Schweiß und Geruch entstehen; den Rest des Körpers nur mit klarem Wasser abspülen.

Wundtherapie bei Pergamenthaut

Im hier genannten Fallbeispiel wurde eine Silikon Wundauflage (mit Silikonkleber) eingesetzt, um einen möglichst schmerzarmen Verbandswechsel zu gewährleisten. Der Silikonverband kombiniert eine sanfte und sichere Silikonhaftung mit einem Polyurethanschaum sowie einem zusätzlichen Depot und schafft so die Voraussetzungen für eine ungehinderte sehr gute Absorption.

In der Akutphase kann zusätzlich eine Calzium-Alginat- Kompresse angewendet werden (Blutungsstillend), diese sollte die Wundränder allerdings nicht überlappen und beim nächsten Verbandswechsel falls nötig mit der verwendeten Wundspüllösung zusätzlich angefeuchtet werden.

Der Vorteil der Wundauflage ist nach rückläufiger Wundexsudation eine gewährleistete Wundruhe von fünf bis sieben Tagen, bei gegebenen nicht infizierten Wundverhältnissen. Die Wundruhe ist immer einzuhalten, da bei jedem Verbandswechsel die sensiblen Prozesse der Wundheilung gestört werden.

Gespült wurde die Wunde mit körperwarmen Prontosan, Verbandswechselintervalle lagen anfangs bei 3-4 Tagen und konnten bereits nach einer Woche auf 5-7 Tage und bei Bedarf verlängert werden. Dies bedeutet hier natürlich auch einen ökonomischen Faktor, wenn man sich die Gesamtheilungszeit anschaut. Um Hautläsionen/Ablederungen wie in dem genannten Beispiel zu verhindern, sollte man sich eines einfachen Schutzes bedienen.

Prävention

Gerade im Klinikalltag stellen unruhige, verwirrte, immobile Patienten die größte Herausforderung an das Pflegepersonal dar. Schnell werden in solchen Fällen die Bettgitter an das Krankenbett angebracht. Sie sorgen zwar für die Sicherheit vor Stürzen, aber nicht vor Verletzungen an Armen und Beinen. Hier erweist sich der Polymer-Ellenbogenschutz als ein gutes Instrument, um Läsionen und Hämatome zu verhindern. Diese Armbandage ist Silikon- und latexfrei, mit einem eingearbeiteten Hautöl wird Haut gepflegt. Es gibt verschiedene Größen und Bandagen für den Kniebereich.

Aufgrund des Materials und der Oberfläche lässt sich dieser Ellenbogenschutz problemlos auch bei Pergamenthaut an und aufrollen. In der Anschaffung ist er recht preiswert, gegenüber einer schmerzhaften, langwierigen, kostenintensiven Wundbehandlung.

Fallbeispiel 1

90-jährigen Bewohnerin mit ausgeprägter Pergamenthaut.

Diagnosen: chronische obstruktive Lungenkrankheit, akut exazerbiert respiratorische Globalinsuffizienz, respiratorische Azidose, Vorhofflimmern, paroxysmal, Hypoosmolalität und Hyponatriämie, Hypokaliämie, Syndrom der unruhigen Beine (Restless-Legs-Syndrom),

Benigne essentielle Hypertonie: ohne Angaben einer hypertensiven Krise, chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet, chronische Polyarthritis, offene Wunde des Ellenbogens.

Nach Aufnahme der Patientin aus einer Berliner Klinik zeigte sich eine Hautläsion in der Nähe des linken Ellenbogens. Die Hautläsion blutete stark in der ersten Wundheilungsphase und verursachte Schmerzen. Aufgrund des Alters und des kaum bis gar nicht mehr vorhandenen Unterhautfett gewebes kam es hier zu einem langen Heilungsverlauf, der in die chronischen Wunden eingestuft werden konnte. Im zweiten Fall zeigte sich der Heilungsverlauf wesentlich kürzer.

Patienten mit Pergamenthaut müssen frühzeitig erkannt werden um weitere Hautschädigungen zu vermeiden, eine falsch angelegte Wundauflage aus dem riesigen Portfolio des modernen Wundmanagements kann negative Auswirkungen haben und zusätzliches Leiden für den Patienten bedeuten. Daher ist es wichtig auf Prävention zu achten und mit den entsprechenden Hilfsmitteln und der richtigen Pflege zu reagieren.

Diagnosen des Patienten:
Chronische obstruktive Lungenkrankheit, akut exazerbiert (J44.99); respiratorische Globalinsuffizienz (J96.99); respiratorische Azidose (E87.2); Vorhofflimmern paroxysmal (I48.0); Hypoosmolalität und Hyponaträmie (E87.1); Hypokalämie (E87.6), Syndrom der unruhigen Beine (G25.81); Benigne essentielle Hypertonie (I10.0); Chronische ischämische Herzkrankheit (I25.9); Chronische Polyarthritis (M06.99); Offene Wunde des Ellbogens (S51.0)

Beginn der Therapie:
Ambulante Übernahme einer 90 jährige Patientin mit einer Ablederung am linken Oberarm/ Ellenbogen, stark blutend. Um die Blutung hier vorerst zu minimieren kann ein Calzium Alginat als Primärauflage verwendet werden. Calciumalginat: Calcium-Alginat-Fasern verwandeln sich in visköses Gel bei Kontakt mit Natriumsalzen (im Blut/Wundsekret vorhanden).Durch die Freisetzung von Calciumionen wirken Alginate blutstillend. Gereinigt wurde die Wunde mit Prontosan ein Verbandswechsel fand alle 3-4 Tage statt.Abgedeckt wurde die Wunde mit einem Polyurethanschaum mit Silikonkleber.

Ca. einen Monat später, die Wunde zeigt sich sauber, ein zarter Epithelsaum ist am Wundrand erkennbar. Die Wundexsudation hat deutlich nachgelassen. Die Therapie konnte auf 5-7 tägige Verbandswechselintervalle ausgebaut werden.

Ca. 1 Monat und eine Woche die Wundoberfläche wird von Epithelzellen überzogen, gleichzeitig findet die Wundkontraktion statt. Verbandswechsel fanden nur noch alle 7 Tage statt.

Die Gesamtheilungszeit betrug 137 Tage bis zur vollständigen Epithelisation. Zu berücksichtigen ist hier das hohe Alter der Patientin, die Diagnosen als auch der herabgesetzte Allgemeinzustand. Ein sehr langer Heilungsprozess der weit über die normale Wundheilungszeit hinausgeht. Der ökonomische Faktor ist hier auch nicht unwesentlich, daher sind lange Verbandswechselintervalle anzustreben.

Silikonwundauflagen (mit Silikongel/Silikonfilm/* Safetac-Technologie)
Allevyn Gentle Border, Life, Multisite,
Aslina DresSil Border
Biatain Silicone
Cutimed Siltec B
Kerra-Foam Gentle Border
Suprasorb P silicone border
Tielle Silikon haftend
Mepilex Border*

Autor

Sebastian Kruschwitz
exam. Krankenpfleger, Wundexperte/Pflegetherapeut Wunde ICW,
Pflegefachkraft in der außerklinischen Beatmung
Fachbereichsleitung Wundmanagement im Zentrum für Beatmung
und Intensivpflege GmbH
Franz-Jacob-Straße 4D, 10369 Berlin, mobil: 0176 32900997
Kontakt: sebastian.kruschwitz@zentrum-berlin.com

Alle Bilder (C): Kruschwitz

Krisenintervention des Roten Kreuzes Steiermark

Unter Krisenintervention verstehen wir eine psychosoziale Akutintervention sehr zeitnah am Geschehen, bis längstens 48 Stunden nach dem Ereignis. Diese Intervention stellt eine vorbeugende Maßnahme dar, da durch traumatische Ereignisse Belastungsreaktionen hervorgerufen werden können. Diese Erstintervention erfolgt in einem Zeitfenstern, in welchem sich die Betroffenen oft als hilflos und handlungsunfähig den Ereignissen ausgeliefert fühlen. Durch eine kompetente Unterstützung gelingt es meist in einem sehr kurzen Zeitraum (ein Einsatz dauert durchschnittlich 1,5 Stunden), die Handlungsfähigkeit der Betroffenen wiederherzustellen.

Da jeder Mensch ein Individuum ist, reagiert auch jeder Mensch in Ausnahmesituationen anders. Da auch kein Einsatz dem vorigen gleicht, wird eine sehr hohe Flexibilität in der Betreuung Angehöriger von den Kriseninterventionsmitarbeiter/Innen gefordert.

Unsere Kolleg/Innen arbeiten bedürfnisorientiert, das heißt in unserem Fall, dass wir uns von den Bedürfnissen der zu betreuenden Personen leiten lassen und nach Möglichkeit versuchen, diese Bedürfnisse auch zu befriedigen. Ein Bedürfnis kann zum Beispiel sein, sich vom Verstorbenen nochmals verabschieden zu können, oder die Unfallstelle zu besuchen, bestimmte Personen an seiner Seite zu haben, oder der Wunsch, mit jemand darüber reden zu können oder dass „einfach nur jemand da ist“. Diese Bedürfnisse können sich während der Betreuung natürlich auch ändern und es ist auch zu beachten, dass Kinder andere Bedürfnisse haben als Erwachsene. So können zum Beispiel Kinder diesen sehr belastenden Zustand der Trauer nicht so lange aushalten wie Erwachsene und brauchen deshalb immer wieder die „Erlaubnis“, aus der Trauer auszusteigen, zu spielen oder vielleicht sogar zu toben und zu lachen.

Neben der Bedürfnisorientierung versuchen wir auch immer nach der Phase der Stabilisierung, die persönlichen Ressourcen der Betroffenen zu mobilisieren und das familiäre bzw. soziale Netzwerk zu aktivieren, da unsere Tätigkeit vor Ort ja nur eine kurzfristige und einmalige Intervention ist. Durch unsere Tätigkeit versorgen wir das Zeitfenster zwischen Ereignis in der Akutphase und psychosozialer Nachbetreuung.

Wenn unsere Mitarbeiter/innen den Bedarf nach

(C) pavle

einer weiteren Betreuung feststellen, vermitteln wir an psychosoziale Fachkräfte bzw. Fachstellen weiter.

Bei suizidalen Personen dient die Krisenintervention der kurzfristigen Stabilisierung und Zuführung zu weiteren Hilfseinrichtungen. Unsere Unterstützung wird meist von den Einsatzkräften vor Ort angefordert, wenn es sich um

- Todesfälle / Unfälle mit Todesfolge / schwere Verletzungen
- Suizid / Suizidversuch
- Plötzlicher Kindstod
- Betreuung von Angehörigen vermisster Personen
- Betreuung von Ersthelfer / Augenzeugen
- Begleiten der Polizei bei der Überbringung von Todesnachrichten
- Gewaltdelikte
- Betreuung nach Reanimation / Todesfall im häuslichen Bereich
- Komplexen Schadenslagen (Busunfall, Zugunglück, ….)
- und Katastrophen (Naturereignisse, Unfälle, Anschläge, …) handelt.

Bei all diesen Einsatzindikationen ist zu beachten, dass nicht jedes dramatische Ereignis automatisch zu einer Belastungsreaktion bzw. zu einem Trauma führt. Menschen sind im Grunde oft sehr resilient (= widerstandsfähig) und können im Allgemeinen mit Krisen gut umgehen. Hilfreich dabei ist es, wenn man auf Bewältigungsmechanismen aus der Vergangenheit zurückgreifen kann, die momentanen eigenen Bedürfnisse gut erkennt und in der Lage ist, sich Unterstützung zu organisieren und diese Hilfe dann auch annehmen kann. Auch einer hoher S.O.C Wert (= Sense of Coherence) ist resilienzfördernd. Bei diesem Kohärenzsinn handelt sich um eine individuelle Einflussgröße, welche sowohl von Lebenserfahrungen als auch von gesellschaftlichen Gegebenheiten geformt wird und die dafür verantwortlich ist, dass Menschen trotz negativer Einflüsse gesund bleiben oder sich von Beeinträchtigungen wieder entsprechend erholen.

Das Kohärenzgefühl setzt sich zusammen aus drei miteinander stark verbundenen Komponenten:

1. Verstehbarkeit – die Welt erscheint prinzipiell verstehbar, stimmig und geordnet. Auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, versuche ich zu verstehen und in einem größeren Zusammenhang zu sehen. Ich versuche zu verstehen, was passiert ist.

2. Handhabbarkeit – das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner Probleme mobilisieren kann. Ich kann auch in eingeschränkten Situationen noch versuchen kleine Handlungs- und Entscheidungsspielräume zu nutzen. Ich kann erkennen, dass ich nicht vollkommen die Kontrolle verloren habe.

3. Sinnhaftigkeit – für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich lohnt, sich zu engagieren. Ich vertraue darauf, dass es sich lohnt weiter zu machen, bzw. dass ich etwas daraus lernen kann.

Unsere Mitarbeiter/Innen orientieren sich in der Betreuung von Betroffenen am

„BASIS-Modell“.
Hier steht das „**B**“ für Bindung herstellen.

Dies kann geschehen, in dem man im ersten Schritt Vertrauen aufbaut, dies passiert zumeist schon bei der Vorstellung, wenn man seine Funktion erklärt und auch vermittelt, dass man Zeit hat und da bleibt. Kleine Gesten – zum Beispiel das Reichen von Taschentüchern, … können den Kontaktaufbau unterstützen. Im zweiten Schritt führt man den Betroffenen weg vom belastenden Inhalt, d.h. manchmal ist es hilfreich, mit den Personen den Raum oder Ort zu wechseln oder Routinetätigkeiten wie Spazieren gehen, Kaffee trinken, o.ä. vorzuschlagen. Diese Maßnahme ist geeignet, Phasen der Überwältigung zu unterbrechen. Speziell bei Kindern ist diese Strategie oft zweckmäßig. Es ist auch möglich nach Dingen zu fragen, die vom belastenden Inhalt wegführen. Im dritten Schritt fördert man das Erzählen des Vorgefallenen, bzw. der Geschichte. Dadurch gelingt es den Personen auf die kognitive Beobachtungsebene zu wechseln. Das wirkt strukturgebend, da über das Erzählen das Gefühl der Kontrolle schrittweise wiedererlangt wird. Die Betroffenen merken, dass z.B. das Weinen damit unterbrochen werden kann. Die betroffenen Personen schwanken meist zwischen Abwehr (es nicht wahrhaben wollen) und Überwältigung (Erstarrung, Schockzustand). Wesentlich ist es, dieses Schwanken mitzumachen und nur dann einzugreifen, wenn die Person in einem der beiden Extreme „festhängt“. Egal, welches Verhalten die betroffenen Personen zeigen, es ist wichtig, dabei zu bleiben.

Das Gefühl zu vermitteln „ich bin jetzt nur für Sie da, ich habe Zeit“.

Das „**A**“ steht für Abschätzen der Handlungsfähigkeit und explorieren der Bedürfnisse:

Menschen reagieren in Krisen sehr unterschiedlich und deshalb ist auch die Intervention sehr individuell zu setzen. Im Folgenden sind mögliche Reaktionen angeführt. Ist die Person in der Überwältigung ist es wichtig, sich zurückzuhalten, dabeizubleiben und die Konfrontation mit dem Leid auszuhalten. Im Bewusstsein, dass man den Personen ihr Leid nicht nehmen kann, sollte man darauf achten, nicht ins „Ausagieren“, ins „Tun“ zu verfallen.

Wenn eine Person sehr verzweifelt und von ihren Gefühlen überwältigt ist, ist es oft schwierig einen ersten Kontakt herzustellen. Wichtig ist es in diesen Fällen, auf das eigene nonverbale Verhalten zu achten. Das Herstellen von Blickkontakt, eine ruhige Stimmlage und das Vermeiden hektischer Bewegungen, sind unerlässliche Voraussetzungen für eine tragfähige Kommunikationssituation. Durch kontinuierliche Versuche, ein Gespräch zu beginnen, bzw. Struktur ins Gespräch zu bringen, gelingt es meist, die Personen ¬zumindest für Momente ¬aus der Überwältigung zu holen. Zwei Dinge sind hierbei besonders zu beachten:

- Vorsicht mit Körperkontakt: Es kann hilfreich sein, eine Person die weinend am Tisch sitzt und ihren Kopf in den Armen vergraben hat, kurz an der Schulter zu berühren, um Kontakt herzustellen. Es ist jedoch in den meisten Fällen völlig unangebracht, eine weinende Person, zu der man noch keine Beziehung hergestellt hat, in die Arme zu nehmen.
- Die Person als mündig betrachten: auch wenn eine Person sehr überwältigt ist, ist es notwendig, sich immer wieder vor Augen zu führen, dass man es nicht mit einem psychisch Kranken oder einem unmündigen Menschen zu tun hat.

Manche Betroffene leiden regelrecht unter einem „Rededruck“ und andere wiederum wollen sich zurückziehen, für sich alleine bleiben und schweigen. Wenn Personen diesem Rededruck unterliegen, kann man sie unterstützen, indem man ihnen behilflich ist, einen „roten Faden“ durch die Ereignisse zu finden, d.h. man lässt sich das Geschehene von Anfang bis Ende erzählen und vermittelt somit das Gefühl von Verständnis und Anerkennen der Situation. Möchte sich eine betroffene Person zurückziehen, ist das vorerst zu akzeptieren - mit dem Hinweis, dass man in der Nähe bleibt und zu einem späteren Zeitpunkt

(C) Bits and Splits

nochmals das Gespräch sucht. (außer bei suizidalen Personen, hier ist immer Augenkontakt zu halten!).

Beinahe nach jedem Unglück bzw. Todesfall stehen Schuld und Schuldgefühle im Raum. Schuldgefühle sind nicht identisch mit Schuld! Schuldhaftes Handeln liegt dann vor, wenn eine Person auf Grund ihres Handelns oder auf Grund ihres Nicht-handelns einer anderen Person Schaden zufügt. Grundsätzlich reagiert man in der Krisenintervention auf Schuldgefühle anders als im Alltag. Im Alltag werden Schuldgefühle und Schuld oft verwechselt. Das führt im Fall des Todes von Angehörigen dazu, dass andere Angehörige und Freunde den Betroffenen oft gar nicht ausreden lassen, sobald er sagt, dass er sich schuldig fühlt. Sie erklären ihm sofort, ihn träfe gar keine Schuld. Bei den Betroffenen entsteht dadurch leicht der Eindruck, sie dürften ihre Schuldgefühle nicht zum Ausdruck bringen, bzw. sie würden nicht normal reagieren. Sie fühlen sich nicht ernst genommen. Kriseninterventionsmitarbeiter versuchen demgegenüber, den Betroffenen erst mal über seine Schuldgefühle sprechen zu lassen. Sie helfen ihm, Schuldgefühle und Schuld auseinander zu halten und sie als normale Reaktion zu betrachten.

Wenn eine Person sich Vorwürfe macht, weil sie zuerst zum Nachbarn gerannt ist um Hilfe zu holen, anstatt zu reanimieren, ist die Tatsache, Hilfe geholt zu haben, eine positive Handlung, die durch Nachfragen ins Bewusstsein der Person gebracht werden kann (= auf die Handlungsebene führen). Daher ist es hier sinnvoll zu fragen: „Was haben Sie getan?“, um das eigene (positive) Handeln ins Bewusstsein

zu rücken. Auch hier ist wieder auf Suizidalität zu achten!

Es kann auch vorkommen, dass Betroffene plötzlich sehr aktiv werden, also einen regelrechten Handlungsdruck bekommen oder genau das Gegenteil tritt ein – sie sind handlungsunfähig. Bei Handlungsdruck meinen die Betroffenen, durch ihr Tun die Situation wieder unter Kontrolle zu bekommen, etwas wieder „gut machen zu können". Hier kann man die Hyperaktivität in geordnete Bahnen lenken und zum Beispiel den Stress abbauen, in dem man einmal um den Block geht. Ist eine Person handlungsunfähig, kann die simple Bitte um ein Glas Wasser die Person aus dieser Inaktivität bringen und wieder handlungsfähig machen.

Oft – sehr häufig vor allem nach einem Suizid – drängen sich Fragen auf. Diese Fragen sollte man so ehrlich wie möglich beantworten. Das können Fragen über die Todesursache, die Rettungsmaßnahmen oder nach weiteren Schritten sein. Ebenso können Fragen nach körperlichen Reaktionen auftreten, ob diese „normal" sind und auch wieder verschwinden. Wird die Frage nach dem „Warum" gestellt, kann man diese Frage als rhetorische Frage ansehen, da es in den meisten Fällen keine Antwort auf diese Frage gibt. Zu beachten ist, dass man hier mit Kindern anders kommuniziert als mit Erwachsenen. Bei Kindern lassen wir uns durch deren Fragen leiten, d.h. wir beantworten die Frage kindgerecht (kurz und einfach, dem Alter des Kindes entsprechend). Durch das Ereignis muss oftmals die Zukunft neugestaltet werden, hier können sich Zukunftsängste zeigen. Der Betroffene muss lernen, mit der veränderten Situation umzugehen, neue Pläne zu schmieden und sein Selbst – bzw. Weltbild zu überdenken. Hier kann man ihn unterstützen, indem man ihm hilft, sich seiner Ressourcen bewusst zu werden bzw. an entsprechende Stellen weiterleiten.

Das „**S**" steht für strukturieren, Struktur geben.

Dies ist eine der Hauptaufgaben in der Krisenintervention. Die zu betreuenden Personen sind meist zum ersten Mal in einer derartigen Situation und wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen bzw. was mit ihnen geschieht. Wir kennen die Situation, den formalen Ablauf, sowie das Ziel unserer Intervention. Daher können wir Sicherheit vermitteln und den Personen das Gefühl geben, dass auch diese unbewältigbar erscheinende Situation schrittweise bewältigbar wird. Krisenintervention heißt, der Situation gedanklich einen Schritt voraus zu sein. Ist dies nicht der Fall, verliert man leicht die Kontrolle. Struktur geben, heißt, selbst einen Überblick über die Situation zu erhalten und zu behalten.

Zum „Strukturgeben" gehört es, die notwendigen Handlungsschritte zu begleiten und zu erklären. Struktur gibt man auch, indem man abklärt, wann der Amtsarzt kommt, hilft weitere Angehörige zu benachrichtigen, den Kontakt zum Bestattungsinstitut vermittelt und alle anderen notwendigen praktischen Schritte begleitet. Auch das strukturierte Erzählen kann man fördern: Durch wiederholtes Nachfragen (nicht Nachbohren!) versucht man, der Geschichte eine Ordnung zu geben. Ziel ist es, für sich, v.a. aber für die Angehörigen, eine vollständige Geschichte zu erhalten. „Erzählen Sie mir bitte noch einmal, was war da jetzt genau am Anfang? Und dann? …".

Als Strukturierungsmaßnahme kann man auch die positive Bewältigung fördern. Alle positiven Handlungen, die die betreute Person selbst setzen will, werden begleitet, bzw. unterstützt. Dabei ist es wichtig, die Person so viel alleine machen zu lassen wie sie möchte und kann. Wo Entscheidungsmöglichkeiten sind (z.B. will die Person den Verstorbenen noch einmal sehen, oder nicht?) fragt man nach und respektiert die Entscheidungen und berät bei Unklarheiten.

Das „**I**" im BASIS-Modell steht für informieren.

Information bedeutet, der Person nichts vorzuenthalten, was sie wissen möchte und der betroffenen Person die eigenen (emotionalen) Reaktionen zu erklären. Oft sind die Betroffenen durch die eigenen Reaktionen oder die ihrer Kinder verunsichert. „Ich kann nicht weinen, ist das normal?" oder „Ist es normal, dass meine 14¬jährige Tochter vor dem Fernseher sitzt und nicht reden will?" sind häufig. Mit dem nötigen Wissen über Trauerprozesse und akute Belastungsreaktionen bei Erwachsenen und Kindern kann man Erklärungen geben und die Personen über die Normalität der Reaktionen aufklären. Diese Psychoedukation schafft Erleichterung.

Fragen werden offen und ehrlich beantwortet. Zu diesem Zweck muss man meist schon im Vorfeld versuchen, selbst ausreichende Informationen (über den Hergang der Ereignisse, über das Aussehen des Verstorbenen, den Ort, an dem er sich befindet, etc.) zu bekommen.

Als letzter Buchstabe steht das „**S**“ für das Sicherstellen von Auffangnetzen:

Krisenintervention ist Hilfe zur Selbsthilfe und keine Therapie! Ziel ist es, das soziale Netz soweit wieder funktionsfähig zu machen, dass unsere Anwesenheit überflüssig wird. Unser Ziel ist es, die Personen in die Lage zu versetzen, sich gegenseitig zu stützen und zu helfen. Um dies zu erreichen, kann man die Kommunikation der Betroffenen untereinander fördern und soziale Ressourcen nutzbar machen oder weitervermitteln (psychosoziale Nachsorgeeinrichtungen, Beratungszentren, bei Suizidalität auch Psychiatrie, ...). Die Aufgabe der Krisenintervention ist es auch, soziale Ressourcen zu organisieren, wo keine vorhanden sind (Verwandte, Freunde, etc.). Wir begleiten die erste Zeit der Unterstützung, da Verwandte und Freunde oft nicht wissen, wie sie mit jemandem umgehen sollen, der gerade jemanden verloren hat und wir vermitteln auch professionelle Weiterbetreuung, wenn notwendig.

Die Teams der Krisenintervention des Roten Kreuzes sind in Österreich in den Rettungsdienst eingebunden und werden von einer psychosozialen Fachkraft (Klinischer Psychologe) geleitet. Derzeit besteht unser Team in der Steiermark aus rund 250 ehrenamtlichen, multiprofessionellen Mitarbeiter/Innen, welche ihre Freizeit Menschen in Ausnahmesituationen zur Verfügung stellen. Die Ausbildung dauert 5 Wochenenden, wobei ein Auswahlverfahren vorangeht und eine mündliche Prüfung die Ausbildung abschließt. Zusätzlich müssen unsere Mitarbeiter/Innen – sofern sie nicht im Sanitätsdienst tätig sind, 80 Stunden als „Dritthelfer“ mitfahren. Wir versuchen relativ zeitnah vor Ort zu sein, sind mit den vorhandenen Strukturen (Bestatter, Betreuungseinrichtungen, andere Einsatzorganisationen, …) gut vernetzt und nehmen regelmäßig an Übungen teil. Supervision gehört zu unserer Tätigkeit genauso wie regelmäßige Teamtreffen und jährliche Fort – und Weiterbildungen.

Autorin & Links

www.petra-preimesberger.com

Mag. Petra Preimesberger
Klinische und Gesundheitspsychologin, Notfallpsychologin, Supervisorin, Leiterin Psychosoziale Betreuung im Landesrettungskommando Steiermark

Ein Herz für die Pflege - in Ausbildung und Beruf

www.elsevier.de

Empowering Knowledge

ELSEVIER

(C) Anna Ismagilova

Wenn Schönheit krank macht

Die Suche nach einer allgemein gültigen Antwort auf die Frage: „Was ist ein schöner Mensch?“ ist mehrdimensional unweigerlich zum Scheitern verurteilt und doch beeinflusst das Thema „Schönheit“ unser aller Leben, Frauen wie Männer, einst und jetzt, hier wie dort, privat und öffentlich.

Die unterschiedlichsten Kulturkreise wie auch geschichtliche Epochen haben ihre eigenen Schönheitsvorstellungen körperlicher Merkmale und körperlicher Inszenierungen. Verschiedene Forschungsdisziplinen suchen ebenfalls nach einer Definition der Schönheit. Ethnologische Forschung sieht Schönheitsstandards als das Resultat sexueller Selektion, wohingegen die Soziologie Interesse daran hat, Erklärungen zu finden, für plötzlich auftauchende oder ins Übertriebene gesteigerte Körpertechnologien und deren Ausprägungen als gesellschaftliche Trends. In den theoretischen Grundlagen der Attraktivitäts-und Geschlechterforschung besteht Einigkeit darüber, dass Schönheit in der Konstruktion von Weiblichkeit eine ungleich größere Rolle spielt, als von Männlichkeit. Seit einigen Jahren ist allerdings auch ein Anstieg männlichen Schönheitshandelns beobachtbar.

Schönheit im Wandel der Zeit

Schönheit definiert sich kulturell (Otto Penz). So ist ein Schönheitsideal eine zeitgemäße Vorstellung von Schönheit innerhalb einer Kultur und bezieht sich in erster Linie auf Körper und Gesicht. Die Mode hingegen bezeichnet das Schönheitsbild von Kleidung, Schmuck und Frisur.

Die Geschichte zeigt eindrücklich den Wandel von Schönheitsbildern. Galt in der Renaissance ein Doppelkinn als sexuell attraktiv, so führt dieses in der heutigen Zeit möglicherweise in die Schönheitschirurgie. Schlank, war nicht immer das körperliche Ideal, Fettleibigkeit galt als begehrtes Wohlstandszeichen. Im Mittelalter galt ein vorgewölbter Bauch als erotisches Merkmal.

Im Barock standen üppige Formen hoch im Kurs. Mitte des 17. Jahrhunderts kam das Korsett in Mode und hielt sich mehrere Jahrhunderte. Im viktorianischen Bürgertum stand Körperfülle für Wohlstand und Respektabilität. Frauen wurden als „das schöne Geschlecht“ bezeichnet, wohingegen schöne, modebewusste Männer als verweichlicht und effeminiert galten.

(C) Armina

(C) nazarovsergey

Schönheit um jeden Preis

Um den Schönheitsvorstellungen zu entsprechen, wurden und werden die unterschiedlichsten Mittel eingesetzt, davon leben mehrere Industriezweige wie Mode-, Kosmetik-, Pharmaindustrie, aber auch die „Ästhetische“ Medizin und viele Bereiche der „Lebensberatung“, wo der Zwang der Selbstoptimierung die wildesten Auswüchse annehmen kann und einer Sisyphus-Arbeit gleich kommt.

Weltweit zeigt sich in der Körpermodifikation nicht nur das Bestreben nach Schönheit, sondern ist auch Ausdruck von Zugehörigkeit zu einer Klasse oder einem Clan, beispielsweise die Verlängerung des Halses durch Messingringe oder die sogenannten „Tellerlippen“. Auch in den Industrieländern ist ein Zusammenhang von Schönheit, Status, gesellschaftlicher Zugehörigkeit, Macht und Reichtum zu erkennen. Es gibt sogar Vermittlungsagenturen, die gut situierte Männer aus Wirtschaft, Sport oder Kunst gegen Bezahlung mit ausschließlich jungen, schönen Frauen vertraglich verbindet, weil es sich medial gut macht.

Körpergewicht und Schönheitsideal

Schlank-Sein ist das vorherrschende Schönheitsideal in unseren Breiten. Kaum eine Frau, die nicht schon eine oder gar mehrere Diäten hinter sich hat und zunehmend trifft das auch auf Männer zu. Besonders dramatisch ist diese Entwicklung bei heranwachsenden Kindern und Jugendlichen. Mediale Visualisierungen verstärken diese Entwicklung. Fotografie, Film, digitale Medien und Fernsehen schaffen eine Schönheitsatmosphäre, der sich sowohl jung wie alt schwer entziehen kann. Macht über den eigenen Körper zu erlangen, kompensiert scheinbar die Hilflosigkeit auf anderen Gebieten des Lebens. Von der Selbstentwertung „ich bin nicht gut genug“ zur Selbstermächtigung „ich mache was“.

Körperkult und Fetischismus

Der Selbstwert von Frauen aber auch zunehmend von Männern ist stark von Körperlichkeit beeinflusst, wobei der wirtschaftliche Faktor nicht zu unterschätzen ist, denn die Gewinne der Schönheits-, Pharma- und Diätindustrie wachsen in dem Maße, indem der eigene Körper als „nicht richtig“ empfunden wird. Körperfetischismus kann in verschiedenen Formen zum Körperhass werden, was sich beispielsweise durch Essstörungen und Fitnesswahn ausdrückt. Kulturelles Umfeld, Familie und gesellschaftliche Zusammenhänge spielen dabei eine große Rolle (Susie Orbach).

Der Fixierung auf Schlankheit und Schönheit steht das Schreckgespenst der steigenden Übergewichtsrate gegenüber und somit die Angst vor Ausgrenzung, Krankheit, mangelnder Attraktivität und geringeren Erfolgschancen im Beruf und in der Liebe. Dicke Menschen werden oftmals diskriminiert, es wird ihnen Faulheit, Undiszipliniertheit und Willensschwäche unterstellt. Alle schönheitsbezogenen

Anstrengungen durch Fitnesstrainings, Kosmetik und Mode bis hin zu Schönheitsoperationen bringen zum Ausdruck, wie wir gesehen werden wollen und wie wir uns selbst sehen. Der vielzitierte Ausspruch: „ich tu das nur für mich“ ist eine Illusion und bedarf eines genauen „Hinsehens“.

Schönheitspflege, Behandlungen und operative Eingriffe

Schönheitspflege dient, wie der Name schon sagt, zur Pflege der eigenen Schönheit, dem Wohlbefinden, der Zufriedenheit und schließt sowohl den Körper wie die Seele mit ein. Schönheitsbehandlungen und –operationen sind ein weites Feld, auf dem sich nicht nur SchönheitschirurgInnen tummeln, sondern auch DermatologInnen, KosmetikerInnen oder auch Spa-und Wellnessbetriebe mit Schönheitsversprechen. Kaum ein Fernsehsender oder eine Frauenzeitschrift, die nicht ein Vorher-Nachher Programm anbieten, Casting-Shows haben erschreckend hohe Einschaltquoten. Voyerismus trifft auf „Alles-ist-möglich“, vermeintlich unkompliziert und schmerzfrei.

Eine Schönheitsoperation ist ein chirurgischer Eingriff, der keine medizinische Notwendigkeit hat, sondern der subjektiven Verschönerung dienen soll. Doch jede Operation birgt auch ein Risiko, umso notwendiger ist es, nicht nur die Motivation und die Kosten dafür zu beachten, sondern vor allem die fachliche Kompetenz und Erfahrung der ChirurgInnen, denn nur Plastische ChirurgInnen verfügen über eine mehrjährige Zusatzausbildung, wobei in Österreich gesetzlich gesehen jede Ärztin/jeder Arzt eine Schönheitsoperation durchführen darf.

Zu den häufigsten Schönheitseingriffen zählen:

- Brustvergrößerungen
- Liposuction (Fettabsaugung)
- Lipofilling (Eigenfetttransplantation)
- Dermabrasion (Hautschleifbehandlung)
- Blepharoplastik (Lidstraffung)
- Nasenkorrekturen
- Facelifting
- Bauchdeckenstraffung
- Otoplastik (Ohrmuschelkorrektur)
- Haartransplantationen

Laut Statistik werden in Österreich etwa 50.000 Eingriffe/Jahr vorgenommen, Tendenz steigend und mit über 90% überwiegend Frauen. Eine Statistik zu postoperativen Komplikationen oder Todesfällen gibt es nicht. Kosmetische Eingriffe z.B. mit Botox oder Hyaluronsäure werden als harmlos dargestellt und finden mittlerweile sogar in Privathaushalten wie einst die Tupper-Partys statt.

Intimchirurgie

Welche extreme Auswirkungen der weibliche Schönheitswahn annehmen kann, zeigt sich in den steigenden Zahlen von operativen Eingriffen im Genitalbereich, allen voran die Schamlippenverkleinerung aus ästhetischen Motiven.

Nun stellt sich die Frage, wie kommt das Bild einer perfekten Vulva zustande?

Sexualtherapeutin Dr.in Elia Bragagna weist darauf hin, dass vorwiegend junge Frauen davon betroffen sind, verblendet vom medial transportierten weiblichen Schönheitsideal und einem präpubertären Mädchenkörper im Kopf, der mit dem realen Frauenkörper nicht überein stimmt, zudem glatt, straff und haarlos. Weitere Gründe für die Intimchirurgie werden mit Schmerzen beim Koitus oder mangelnde Erregung angegeben. Der Weg in die Chirurgie scheint leichter zu sein, als sich mit den eigenen Bedürfnissen auseinanderzusetzen und mit der Frage:

Was brauche ich persönlich für ein erfülltes Leben, fern von Normierungen?

Machen-lassen statt Sein-lassen.

In unserer Gesellschaft herrscht die Haltung des Machbaren, unterstützt von der Schönheitsindustrie. Veränderungen am Körper tragen nicht automatisch zu einem gesteigerten Selbstbewusstsein bei oder einer gesünderen Körperwahrnehmung.

Was senden wir für eine doppeldeutige Botschaft, wenn einerseits zu Recht gegen Genitalverstümmelung (FGM) protestiert wird und andererseits Frauen in den Industrieländern ihre Genitalien „beschneiden“ lassen um einer vermeintlichen Schönheitsnorm zu entsprechen?

Komplikation und Krankheit

Die meisten Komplikationen nach Schönheitsoperationen treten nach Brust-OP, Fettabsaugung und Bauchdeckenstraffung auf. Wundheilungsstörungen, wochenlange Schmerzen, Asymmetrie, Embolien und Narbenbildung sind keine Seltenheit. Es gibt keine Erfolgsgarantie und gerichtliche Prozesse sind langwierig, kostenintensiv und selten von Erfolg gekrönt.

In Diskussionen um die Schönheitschirurgie geht es

nicht um Patientinnen und Patienten, die durch Unfälle, angeborene Fehlbildungen wie LKGS-Spalte oder Mastektomie die Plastische Chirurgie / Rekonstruktionschirurgie in Anspruch nehmen. Vielmehr geht es um die Ästhetische Medizin für deren Einsatzgebiet es keine medizinische Notwendigkeit gibt. Umso wichtiger ist es, im Vorfeld die Beweggründe für Schönheitsoperationen genauestens zu analysieren und besonders die Erwartungen zu thematisieren. Eine ausführliche Anamnese ist unumgänglich, auch um eine mögliche, bereits bestehende psychische Erkrankung auszuschließen, die vielleicht den Wunsch nach einer Schönheitsoperation indiziert.

Neben den körperlichen Risiken einer Schönheitsoperation, gibt es auch psychische Risiken z.B. die Sucht nach noch mehr Eingriffen, weil die persönliche Zufriedenheit trotz gelungener Operationen und Behandlungen nicht erreicht wird.

Wird nach einer Operation das persönliche Leben glücklicher verlaufen, der Erfolg im Beruf oder beim anderen Geschlecht automatisch funktionieren und Selbstsicherheit mit Garantie vorhanden sein?

Das „Wiener Programm für Frauengesundheit“ hat eine höchst empfehlenswerte Broschüre herausgegeben: „Schönheit um jeden Preis?“. Eine Ratgeberin, wie der eigenen Schönheit auf die Spur zu kommen ist, was bei Schönheitsoperationen zu beachten ist, wie die richtigen ÄrztInnen oder PsychologInnen zu finden sind, samt rechtlichen Informationen.

Mein persönliches Fazit:
Es muss möglich sein, sich wertfrei dem Thema anzunehmen!

In meiner WJ-Beratungspraxis erlebe ich immer wieder Frauen mit großen Unsicherheiten, denn einerseits liebäugeln sie mit der einen oder anderen Schönheitsoperation und gleichzeitig schämen sie sich dafür, dass sie nicht zum Altern und seinen sichtbaren Spuren stehen können. Sie erhoffen sich durch den Eingriff eine persönliche Aufwertung und fürchten gleichzeitig die Abwertung, wenn sie diesen Schritt machen, denn Aussagen wie: sie kann nicht zu ihrem Alter stehen, sie hat ein Problem mit ihrem Frau-Sein etc. sind keine Seltenheit. Immer wieder höre ich den Satz: ich möchte etwas machen lassen, aber so, dass man es nicht sieht, also ganz natürlich.

Es stimmt mich nachdenklich, dass 50jährige Frauen jung aussehen wollen und das, obwohl sie in jungen Jahren mit ihrem Aussehen gar nicht zufrieden waren. Die größten Gefahren sehe ich jedoch für junge Menschen, besonders wenn das Schönheitsideal mit einem Leistungsideal gekoppelt ist: „Mach was aus deinem Leben!“ Der Selbstoptimierungswahn kennt keine Grenzen! Mit dem Ziel der Verschönerung, verhässlichen sie sich bzw. lassen sich verhässlichen. Beliebt ist auch der Ausspruch: „das tun eh schon alle“! Wenn etwas zur vermeintlichen Normalität wird, so wird es m.E. nicht unbedingt besser oder ungefährlicher, ganz im Gegenteil.

Aktuell gibt der Schönheitschirug Dr. Turkov an, dass die häufigsten Eingriffe die ohnehin schönen Menschen durchführen lassen. Schönheit ist ein Konstrukt. Doch wer sind die KonstrukteurInnen?

Merke: Durch die Augen der Liebe betrachtet, sind wir alle schön!

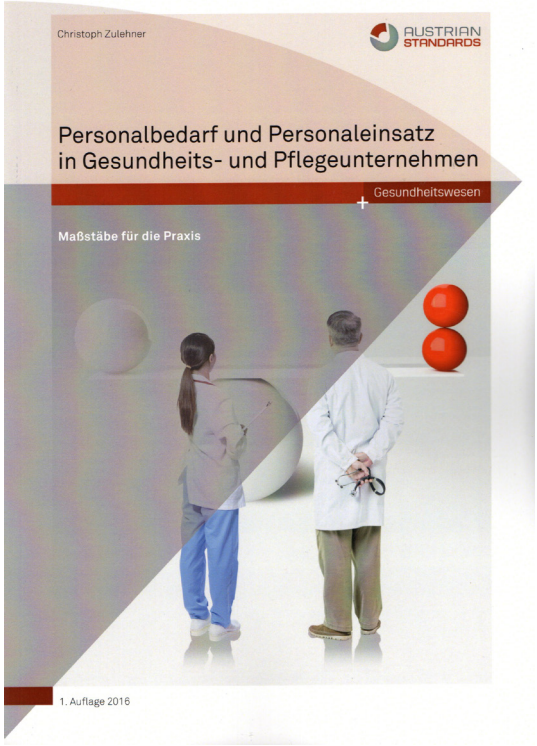
Autorin

www.wechselweise.at

Karin Grössing
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Wechseljahre-Beraterin
Kontinenz-und Stomaberaterin

Quellen:
D.Filter, J.Reich: Bei mir bist du schön…
S.Orbach: Bodies – Schlachtfelder der Schönheit
wikipedia.org

Wechsel Weise
www.wechselweise.at



Autor: Christoph Zulehner
Sprache: Deutsch
Verlag: Austrian Standards
Seitenumfang: 252 Seiten
ISBN: 978-3-85402-326-5

BUCHTIPP DES MONATS

Personalbedarf und Personaleinsatz in Gesundheits- und Pflegeunternehmen

Maßstäbe für die Praxis

Über den Autor

Dr. Christoph Zulehner -Speaker und Stratege- ist promovierter Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler und seit mehr als 30 Jahren im Gesundheits- und Sozialbereich tätig. Zunächst in unterschiedlichen Fachpositionen dann im Management. Nach mehreren Studienaufenthalten unter anderem an der Harvard University Boston, USA und beruflichen Aufenthalte in den Vereinigten Staaten, Osteuropa und im Nahen Osten ist Dr. Zulehner heute als selbständiger Unternehmer und Keynote-Speaker tätig. Seine Schwerpunkte sind Strategie und Management von Know-how-orientierten Unternehmen. Der Autor ist Verfasser mehrerer Fachbücher sowie Fachartikel und hat Gastprofessuren für Strategie und Ko-Kompetenz an Hochschulen in Deutschland und Österreich inne. Er ist Mitentwickler eines computerassistierten Planspiels für Change-Management in Gesundheitsunternehmen und Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Management von Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

Kurzbeschreibung

Der entscheidende Schlüssel zum Unternehmenserfolg ist eine effiziente Personalausstattung und Personaleinteilung. Besonders in Gesundheits- und Pflegeunternehmen, die einen hoch professionellen Dienstleistungsgrad aufweisen, sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die wertvollste Ressource. Auf Grund sich ständig verändernder gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen stellt die Personalbedarfsanalyse ein sehr komplexes Themenfeld dar. Die Personalbedarfsmethoden und -vorgehensweisen sind vielfältig und müssen stets dem jeweiligen Betriebsumfeld angepasst werden. Mit diesem Buch erwerben Sie auf leicht verständliche Weise Methoden-Verständnis und die notwendigen Anwendungsfähigkeiten für Ihre tägliche Praxis bei der Personalplanung. Es werden Wege aufgezeigt, wie Fragen des Personalbedarfs und der Personaleinsatzplanung schrittweise und praktisch zu lösen sind. Dabei unterstützen Sie 120 Abbildungen und Kalkulationstabellen und führen Sie Schritt für Schritt durch das Thema. Die mehr als dreißigjährige Erfahrung des renommierten Autors liefert Ihnen ein fundiertes Handwerkszeug für eine einfache und nachhaltige Personalplanung.

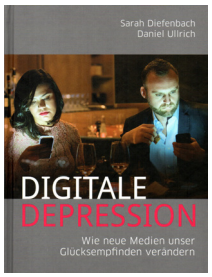
Persönliches Fazit

Personalbedarfsberechnungen sind trockene und abstrakte Kalkulationen, die weder mit der Praxis, noch mit wertschätzendem Personaleinsatz zu tun haben…. Wenn Sie dieser Meinung sind, dann haben Sie das neueste Werk von Dr. Christoph Zulehner noch nicht gelesen. Jedes Kapitel beginnt mit einer Geschichte oder mit Fakten aus dem internationalen Bereich, welche auf das kommende Thema einstimmen. Komplexe Themen und Methoden werden klar und verständlich dargestellt. Trotz der abgebildeten Vielfalt behält man stets einen guten Überblick über alle Möglichkeiten. Schnell merkt man, dass es sich hierbei um ein Expertenwerk handelt, dass praxisnah und zukunftsweisend ist. Auch für Praktiker endlich ein verständliches Werk, dass aus beruflicher Erfahrung und Fachwissen heraus entstanden ist. Dies wird auch durch die Fülle der Praxisbeispiele untermauert. Aber auch Analytiker und Statistiker haben mit den gut strukturierten Darstellungen und Tabellen ihre helle Freude. So findet die komplette Leserschaft einen schnellen Zugang zu dieser spannenden Managementthematik.

Bewertung dieser Publikation: „Ein typischer Zulehner. Exzellent, intelligent und auf den Punkt gebracht.“ (MG)

Digitale Depression

Wie neue Medien unser Glücksempfinden verändern



AutorInnen: Sarah Diefenbach, Daniel Ulrich
Sprache: Deutsch
Verlag: mvgverlag
Seitenumfang: 240 Seiten
ISBN: 978-3-86882-664-7

Kurzbeschreibung

Ein wunderschöner Strand im Abendlicht, die Sonne verschwindet am Horizont. Ein ganz besonderer Moment, den man genießen sollte, im Hier und Jetzt. Doch immer mehr Menschen zerstören solche unmittelbaren Glücksmomente, indem sie ihr Smartphone zücken, um das perfekte Foto zu schießen – während der magische Augenblick vorbeizieht. Anschließend wird das Foto in den sozialen Medien gepostet. Das Ziel: möglichst viele Likes und damit Selbstbestätigung zu bekommen. Wer hingegen zu Hause auf dem Sofa sitzt und die vielen tollen Urlaubsfotos, ausgefallenen Essen und sportlichen Erfolge seiner Kontakte verfolgt, fragt sich, wieso das eigene Leben so viel langweiliger ist als das der anderen. Beim Versuch, das Glück zu intensivieren (zu tracken, zu posten, zu teilen), verlernen wir, es direkt zu erleben. Eine Reise in das Seelenleben der Generation Smartphone.

Persönliches Fazit

Da sitzt man mit einem neuen Buch auf dem Balkon und denkt sich bei jedem zweiten Kapitel:“So habe ich das noch gar nicht betrachtet.“ Kennen Sie dieses Gefühl? Wenn nicht, dann sollten Sie sich auf jeden Fall dieses Buch gönnen. Schon ab der ersten Seite beschreiben die AutorInnen das Tempo des westlichen Lebens. Wir optimieren unseren Alltag durch Technik, erweitern unser Netzwerk über digitale Medien und präsentieren uns via Facebook, Twitter, Instagram oder ähnlichem. Doch führt uns dies wirklich ans Ziel oder beginnen wir durch diese Digitalisierung das Wesentliche aus den Augen zu verlieren? Ist Optimiert auch wirklich optimal? Dauernd erreichbar via Apps und Internet, Leistungsmessungen auf Smartphones und Trackingsysteme, das perfekte Urlaubsfoto, ewig gut aussehen und Kaffeetabs haben also doch etwas gemeinsam. Den Zusammenhang und was es mit uns macht finden Sie in diesem einzigartigen Werk, dass Sie auf keinen Fall verpassen sollten. PRÄDIKAT WERTVOLL ! (MG)

Herzenssache Mitarbeiter

Die neue Unternehmenskultur im digitalen Zeitalter

HerausgeberInnen: Edgar K. Geffroy, Doris Albiez
Sprache: Deutsch
Verlag: Redline Verlag
Seitenumfang: 224 Seiten
ISBN: 978-3-86881-621-1

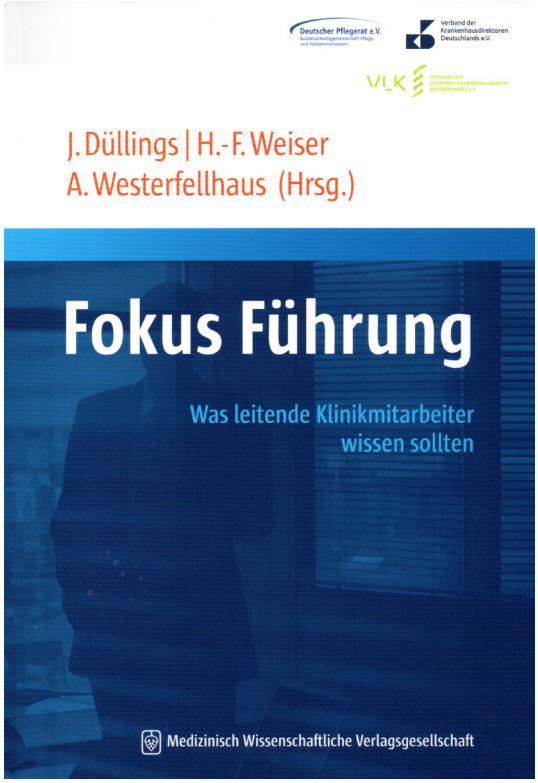
Kurzbeschreibung

Das digitale Zeitalter erfordert eine gänzlich neue Beziehung zwischen Mitarbeiter und Unternehmen. Die erhöhte Flexibilität, die durch den digitalen Fortschritt bedingt wird, sowie die zunehmende Transparenz, die das Internet mit sich bringt, stellen an die Unternehmen gänzlich andere Anforderungen als noch vor wenigen Jahren. Bewerber sind heute in der Position, sich im Voraus und recht einfach im Internet über ihren potenziellen neuen Arbeitgeber informieren zu können – das Unternehmen wird gläsern. Die Unternehmen müssen sich daher attraktiv präsentieren und stehen untereinander in ständiger Konkurrenz um die besten Arbeitskräfte. Michael Dell, Edgar K. Geffroy und Mario Ohoven bieten einen Ausblick darauf, wie die Zukunft der Mitarbeiterbindung aussieht und was Unternehmen heute tun müssen, um die besten an sich zu binden. Nur wer den Mitarbeiter zum Mittelpunkt der Geschäftsstrategie macht, wird von motivierten und erfolgsorientierten Angestellten profitieren – für langfristigen Erfolg muss der Mitarbeiter zur Herzenssache werden.

Persönliches Fazit

Die Zeiten ändern sich...Generation Y, die demografische Entwicklung und der „War for talents“ bringen Veränderungen in die Personalführung. Aus dem „Bittsteller“ um eine Anstellung, wurde ein „Suchender“ der für seine Werte und Motivation einen Platz ermittelt. Dieses neue Zeitalter benötigt eine neue Denkweise und Handlungsschemata, die in diesem Werk durch Geschichten und Fakten erläutert werden. Beginnend beim Recruiting der Jetztzeit, über die Mitarbeiterführung, bis hin zur Aufstiegsmotivation, zeigen die einzelnen Abschnitte: Es hat sich viel verändert. Die Kapitel“Wie weit darf Diversity gehen?“, „Warum Besonderes besonders honoriert werden muss“ und „Arbeit aus der Sicht des Mitarbeiters“ bilden für die Leserschaft schnell ab, dass der Individualismus in dieser Zeit groß geschrieben wird. Ein eigenes Kapitel über Führungskräfte beschäftigt sich mit den Unterschieden zwischen Führungskräften. Auch hier ist lebenslanges Lernen angesagt. Am Schluss trifft man durch dieses Buch die Aussage: „Wenn meine Mitarbeiter wertschätzend und motiviert strahlen, so wird sich dies auch auf meine Patienten/Kunden auswirken. So strahlt dann auch das Unternehmen.“

Dieses Buch ist zwar nicht aus dem Gesundheitssektor, zeigt aber dennoch, dass Personalführende aus allen Sparten sich derzeit mit den selben Problemen und Themen beschäftigen. Gerade deswegen empfehlen wir dieses Werk, da es ein Blick über den Tellerrand ist. Hervorragend recherchiert, mit vielen Beweisen, Facts und spannenden Stories! (MG)



HerausgeberInnen: J. Düllings, H.-F. Weiser, A.Westerfellhaus
Sprache: Deutsch
Verlag: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
Seitenumfang: 241 Seiten
ISBN: 978-3-95466-241-8

Fokus Führung
Was leitende Klinikmitarbeiter wissen sollten

Kurzbeschreibung

Führungswissen und -werkzeuge praxisorientiert vermittelt
Die Krankenhausbranche hat sich in den letzten fünfzehn Jahren so weitgehend verändert wie in keiner Phase zuvor. DRG-System, Qualitäts- und Risikomanagement, Marketing, Soziale Medien, Digitalisierung, Fusionen und Privatisierung sind wesentliche Felder der Veränderung. Und seit Jahren nehmen - bedingt durch einschränkende Regelungen des Gesetzgebers - Wettbewerbs- und Rationalisierungsdruck zu. Während die zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt werden, steigen die Ansprüche der Patienten und Versicherer - auch motiviert durch politische Forderungen - immer weiter an.

In diesem Kontext wachsen die Anforderungen an leitende Klinikmitarbeiter, angemessene Entscheidungen zur Organisation der Patientenversorgung zu treffen. Ebenso muss das Führungsverhalten auf die Erwartungen der jüngeren Generation eingestellt sein. Denn es gilt im Einstiegswettbewerb mit anderen Branchen, hochqualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen. Althergebrachte, autoritäre Führungsmodelle verlieren ihre Gültigkeit. Im Vordergrund stehen kooperative Führungsstrukturen und interkollegiale Zusammenarbeit in den drei Säulen Medizin, Pflege und Verwaltung.

Führung bedeutet auch, die zunehmende Komplexität der Abläufe so zu reduzieren, dass Wirtschaftlichkeit und Qualität der Patientenversorgung nicht im Widerspruch zueinander stehen. Führen ist Haltung, Kultur und Handwerk zugleich!

- wertvolle Grundlagen wirksamer Führung
- praktisch erprobte Tools
- neue Konzepte zur Erweiterung der Führungsfähigkeiten

Persönliches Fazit

Das Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren sehr verändert und viele Führungskräfte erleben ihren Arbeitsplatz immer mehr als Kriegsschauplatz, Hamsterrad oder Sisyphosaufgabe. Agenden ändern sich schneller als man oft agieren kann und so wird das Agieren nur noch zum Reagieren. Ein Punkt wird durch dieses Buch schnell klar: Die Zeit tickt und Lösungen sollten nicht aufgeschoben werden. Umso wichtiger ist es zeitgemäße Führungsliteratur als Hilfestellung bzw. Beratungsleitlinien zu nutzen. Das Werk „Fokus Führung“ zählt mit Sicherheit zu den Pflichtpublikationen, die man auf keinen Fall auslassen sollte. Das Sammelsurium an interessanten Themen bringt der Leserschaft nicht nur die essentiellen Problemstellungen nahe, sondern liefert auch entsprechende Tools und Lösungsangebote diverser AnbieterInnen. So können Sie sich auf den „War for talents“ vorbereiten, bekommen Lösungen zu kritischen Situationen und den Einsatz der „Big-Five“ aufbereitet dargestellt oder nutzen den „Circle of change“ für eine Veränderung bei Führungspersonen. Besonders hervorheben wollen wir hier noch das Kapitel von Andreas Westerfellhaus, welches sich mit den Anforderungen an leitende Pflegekräfte beschäftigt. „Welche Punkte sollte man beim Auswahlverfahren von Führungskräften beachten?“, „Welche Faktoren sind bei der Mitarbeiterführung unverzichtbar?“ oder „Wie hält man gute Mitarbeiter?“ sind nur ein Teil der hier beantworteten Fragen. Doch dieses Buch hat noch wesentlich mehr Fassetten als hier angegeben. Eigene Kapitel für Geschäftsführer und ärztliche Leitungen zeigen, gemeinsam mit den Kapiteln über Pflege, dass die Führung eines Krankenhauses im „selben Boot“ sitzt und man sich gemeinsam über gute Führung Gedanken machen sollte.

241 Seiten, die für jede kollegiale Führung und Geschäftsführung Pflichtlektüre sein sollte. (MG)

No legs no limits!
Grenze oder Herausforderung - du entscheidest!

Autor: Rüdiger Böhm
Sprache: Deutsch
Verlag: Goldegg Verlag
Seitenumfang: 220 Seiten
ISBN: 978-3903090095

Kurzbeschreibung
Rüdiger Böhm erlebt den Albtraum vieler Menschen: Als Topsportler verliert er einen Tag vor seinem 27. Geburtstag durch einen tragischen Verkehrsunfall beide Beine. Es folgen ein Monat im Koma, 151 Tage im Krankenhaus, künstliche Ernährung und ein monatelanger Kampf zurück ins Leben. Heute ist Rüdiger Böhm wieder ein lebensfroher Spitzensportler, der hohe Berge per Handbike erklimmt und auf Skiern seiner Abenteuerlust freien Lauf lässt. Der Motivationstrainer hat immer einen flotten Spruch auf den Lippen, liebt Nervenkitzel und tourt als erfolgreicher Topspeaker durch Europa. In seinem Buch erzählt er, wie er sich sein Leben durch eine große Portion Willen, Mut und klare Entscheidungen zurückerobert hat. Er hilft anderen Menschen durch seine Erfahrungen dabei, nie aufzugeben, und inspiriert dazu, mutig und positiv das Beste aus allem zu machen.

Grenzen existieren nur in unseren Köpfen – lassen wir sie hinter uns!

Persönliches Fazit
Sie stehen im Leben, sind erfolgreich und auf dem Weg ganz nach oben? Dann kommt der Tag an dem Sie einen Unfall haben und alles ist anders. Was wie ein verfilmter Alptraum klingt wurde für Rüdiger Böhm zur Lebensgeschichte. Doch anstatt zu Hause herum zu sitzen und aufzugeben, war dies für den Leistungssportler eine Kampfansage an das Schicksal. „Du musst wissen, was du willst oder nehmen was übrigbleibt.“, stand damals auf dem Glückskeks, den er bis heute in seiner Brieftasche aufbewahrt. Speaker, Fussballlehrer ohne Beine, Mentalcoach und Para-Triathlet. Rüdiger Böhm ist nicht aufzuhalten. Die drei großen Kapitel „Das Leben ist Veränderung“, „Stay positive - es ist deine Entscheidung“ und „Grenzen überwinden“ bieten allein schon in der Kapitelüberschrift die Anleitung zu einem einzigartigen Leben. Seine Geschichte, Erfahrungen und Erkenntnisse stehen in diesem einzigartigen Buch, dass mitreißt, zum Denken anregt und uns wieder einmal bewusstmacht, dass wir selbst unseres Glückes Schmied sind. (MG)

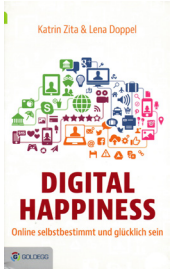
Palliativpflege in der Praxis
Wissen und Anwendungen

AutorInnen: Angelika Feichtner
Sprache: Deutsch
Verlag: Facultas Verlag
Seitenumfang: 152 Seiten
ISBN: 978-3708913889

Kurzbeschreibung
Wenn nicht mehr geheilt werden kann, geht es in der Pflege vor allem um die Erhaltung des Wohlbefindens der Kranken und die ganz individuelle Versorgung. Eine terminale Erkrankung ist fast immer mit verschiedenen, oft sehr belastenden Symptomen und mit tiefem Leid verbunden. Dieses Buch stellt vielfältige pflegerische Strategien zur Linderung dieser Symptome praxisnah dar. Es zeigt aber auch auf, wie Pflegende existenziell leidenden Menschen zugewandt und unterstützend begegnen können. Themenschwerpunkte sind Symptom-Assessment, vorausschauende Krisen- und Notfallplanung, Fragen der Ernährung sowie die Unterstützung Angehöriger und Anregungen zur Pflege in der unmittelbaren Sterbephase. In komprimierter Form und übersichtlich gestaltet, bietet das Buch aktuelles Palliativpflegewissen und wertvolle Impulse für die patientenorientierte Pflege.

Persönliches Fazit
Palliativpflege wird immer mehr zum offenen Thema. Was einst eher unausgesprochen blieb, wird derzeit literarisch mehrmals aufgearbeitet. Doch was braucht man in der Praxis wirklich? Angelika Feichtner versucht die Informationen in ihrem neuen Werk auf das Wesentliche acht zu geben, ohne es mit Berge an Theorien zu überfüllen. Was wirklich zählt ist das Individuum und seine Bedürfnisse. Der Fokus liegt hier ganz klar auf dem Thema Symptomlinderung, welche in dieser Publikation eingehend aber einfach beschrieben werden. Hierbei werden die wichtigsten 12 Interventionen zur Erleichterung er Situation beschrieben. Das Buch endet mit einem kurzen Kapitel über die Finalphase und einigen Informationen über die Versorgung der Verstorbenen. (MG)

Digital Happiness
Online selbstbestimmt und glücklich sein



AutorInnen: Katrin Zita, Lena Doppel
Sprache: Deutsch
Verlag: Goldegg Verlag
Seitenumfang: 220 Seiten
ISBN: 978-3903090057

Kurzbeschreibung

Digital Happiness - Glück hat eine neue Dimension: WhatsApp, Facebook, Twitter, E-Mail, Skype, Messenger, Laptop, Smartphone, iPad: Wir leben online und steuern vieles über das Internet. Bei allem Komfort, den uns diese digitale Welt bietet, überfordert sie uns rasch. Viele taumeln zwischen grenzenloser Sichtbarkeit und völligem Datenrückzug. Unser Glück hat eine neue Dimension bekommen: Nur wenn wir unser Online-Leben im Griff haben, können wir selbstbestimmt handeln und unseren persönlichen Wohlfühl-Level erreichen. Top-Coach Katrin Zita und Digital-Strategist Lena Doppel durchleuchten unser virtuelles Leben, nehmen diffuse Ängste und schaffen Klarheit. Sie bieten eine Fülle an Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen der Datensicherheit und liefern Impulse, wie Sie zu Ihrem individuellen selbstbestimmten Umgang finden. Eine Inspiration für Ihre Digital Happiness!

Was passiert mit meinen Daten?
- Sollte ich überhaupt auf Facebook sein?
- Wie kläre ich meine Kinder richtig über das Internet auf und schütze sie vor unliebsamen Überraschungen?
- Wo muss ich mich abgrenzen, um Gefahrenquellen aus dem Weg zu gehen?

Persönliches Fazit

Gehören sie zu den digitalen Gegnern oder erfreuen sie sich an der absoluten Transparenz, die unsere Neuzeit mit sich bringt? Jede Medaille hat zwei Seiten. Dennoch sollten Sie keine Angst vor den neuen Technologien haben, denn sie bringen in vielen Punkten auch Möglichkeiten, die vorher nicht vorhanden waren. Kathrin Zita und Lena Doppel zeigen ihnen in ihrem Buch, wie man beide Seiten sehen kann. Schnell bekommt die Leserschaft den Einblick, dass es nur ein schmaler Grat zwischen „ausgeliefert“ und „produktiv eingesetzt“ ist, der zwischen Lust und Frust entscheidet. Für Neueinsteiger in digitalen Medien bietet die Publikation einen kritischen Blick auf Themen wie Data-Mining, Shitstorms, Passwörter und vieles mehr. Auf was sie dabei besonders achten müssen, wie sie die neuen Medien am besten verstehen, ohne sich ausgeliefert zu fühlen und wo wir eine klare Grenze ziehen müssen, finden Sie in diesem gut geschriebenen Werk aus dem Hause Goldegg Verlag. (MG)

Das erfolgreiche Krankenhaus
Leistungsfähigkeit steigern - Kosten senken - Risiken beherrschen

Autor: Hans Joachim Conrad
Sprache: Deutsch
Verlag: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
Seitenumfang: 187 Seiten
ISBN: 978-3954661442

Kurzbeschreibung

Dieses Kompendium bietet Führungs- und Nachwuchskräften eine praxisbezogene Einführung in die Leitungs- und Leistungsstrukturen, Grundregeln der Organisation und Betriebsführung im Krankenhaus. Der Allgemeine Teil gibt in komprimierter Form einen Überblick über die wesentlichen Eckpunkte einer angemessenen Managementstruktur. Im Speziellen Teil werden anhand von 30 Stichworten unverzichtbare Managementwerkzeuge (wie z.B. Controlling, Risikomanagement oder Zielvereinbarungen) sowie Erfahrungen und Empfehlungen zur Gestaltung von Organisationsstrukturen und Prozessen (etwa bei neuen Behandlungsformen, Kooperationen, der rechtskonformen Absicherung der Privatliquidation, Fragen der betrieblichen Steuerung oder bei Einkaufs- und Logistikkonzepten) praxisbezogen vermittelt. Eine Anleitung zur Interpretation betriebswirtschaftlicher Auswertungen und Kennzahlen mit möglichen Steuerungs- und Handlungskonsequenzen erhöht den Nutzen dieses Buches für die Praxis zusätzlich. Die klare Gliederung und die Konzentration auf das Wesentliche geben dem Leser schnell Hinweise zur Lösung vielfältiger praktischer Fragen des Krankenhausalltags. Der Autor bringt seine Erfahrung aus über 30 Jahren in führender Position in Krankenhäusern ein – mit zahlreichen Insidertipps, die für Führungskräfte aus Administration, Medizin und Pflege gleichermaßen nützlich sind und sich wirtschaftlich schnell auszahlen.

Persönliches Fazit

Das Führen einer Gesundheitseinrichtung zählt zu den komplexesten Aufgaben, die man sich nur vorstellen kann. Diese Aufgabe unterscheidet sich komplett von allen anderen Wirtschaftszweigen auf dieser Welt... oder vielleicht doch nicht? Führungsaufgaben sind in allen ernst gemeinten Unternehmen eine Herausforderung. Man benötigt Instrumente wie SWOT oder Portfolioanalysen, erarbeitet Markt- und Wettbewerbsstrategien und baut ein entsprechendes Risikomanagement auf, um Kontrolle und Transparenz zu gewährleisten. Doch welche besondere Aufgabe spielt hierbei der Arzt oder die Pflegekraft? Wie bildet man Leistungen, Erlöse und Kosten entsprechend ab und inwieweit ist eine balanced Scorecard von Nöten?

Professionell und prägnant zusammengefasst bietet dieses Buch einen guten Überblick über all diese Themen und noch mehr. Um das Konzept eines erfolgreichen Krankenhauses zu verstehen, um die Komplexität der ganzen Materie zu erfassen, bedarf es solcher Werke wie Hans Joachim Conrads Publikation „Das erfolgreiche Krankenhaus“. (MG)

Führen mit Hirn

Mitarbeiter begeistern und Unternehmenserfolg steigern

Autor: Sebastian Purps-Pardigol
Sprache: Deutsch
Verlag: Campus
Seitenumfang: 232 Seiten
ISBN: 978-3593503394

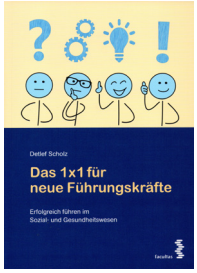
Kurzbeschreibung

Reine Kopfsache! Eine Belegschaft, die die eigene Firmenstrategie erarbeitet und damit ein Umsatzwachstum von 70 Prozent erreicht; eine Geschäftsführung, die das Glück im Unternehmen zur Firmenstrategie macht und damit den Umsatz verdoppelt; Mitarbeiter, die durch Achtsamkeitsmeditation messbar gesünder wurden. Wie gelingt es manchen Unternehmen, die Belegschaft immer wieder begeistert über sich hinaus wachsen zu lassen und damit noch sehr erfolgreich zu sein? Sebastian Purps-Pardigol hat die Erfolgsmuster anhand vieler Firmenbeispiele herausgearbeitet: Sieben Faktoren für zufriedenere, gesündere Mitarbeiter und dadurch mehr wirtschaftliches Wachstum. Dabei verknüpft er neueste Erkenntnisse aus Hirnforschung, Psychologie und Verhaltensökonomie mit dem praktischen Wissen aus mehr als 150 tiefgreifenden Interviews. Ob Eckes-Granini Deutschland, Upstalboom, Phoenix Contact oder Weleda - sie und viele weitere haben erkannt, dass der Schlüssel zum Erfolg buchstäblich in den Köpfen ihrer Mitarbeiter liegt.

Persönliches Fazit

Was passiert wenn man erfolgreiche Führungskonzepte mit gegenwärtigen Forschungsergebnissen der Psychologie, Neurowissenschaften, und Verhaltensökonomie verbindet? Genau! Dann entsteht so eine lesenswerte Publikation wie „Führen mit Hirn“. Hierbei wird das gesammelte Wissen durch greifbare Beispiele aus prominenten Unternehmen untermauert. Der Autor setzt hierbei nicht auf 0815 Führungsthemen, sondern bietet eine ganz spezielle alternative Art der Unternehmensführung an. Schnell wird einem durch dieses Werk klar, dass es an der Zeit für Veränderungsprozesse ist, wenn man mit seinem Unternehmen dem Wandel der Zeit und dem Tempo der Wirtschaft stand halten möchte. „Menschenzugewandt“ heißt hier die Devise. Doch wie setzt man dies in einem Unternehmen um? Welche Faktoren müssen dabei berücksichtigt werden? Sebastian Purps-Pardigol gibt ihnen auf jeden Fall viele Punkte zum Nachdenken. (MG)

Das 1x1 für neue Führungskräfte



Autor: Detlef Scholz
Sprache: Deutsch
Verlag: facultas
Seitenumfang: 192 Seiten
ISBN: 978-3-7089-1341-4

Kurzbeschreibung

Das 1 x 1 für neue Führungskräfte Egal, ob Sie eine erfahrene Fachkraft sind, die jetzt Führungsverantwortung übernimmt, oder ob Sie nach dem Studium in führender Position ins kalte Wasser springen: Gerade in der ersten Zeit sind Grundregeln und Tipps aus der praktischen Erfahrung hilfreich. Aber auch für erfahrene Führungskräfte führen die Rückbesinnung auf das Einfache und die Auffrischung von Basiswissen oft zu völlig neuen Ideen. Detlef Scholz, selbst Führungskraft im Gesundheitsmanagement sowie Trainer, hat die wichtigsten Grundlagen in diesem Buch zusammengefasst. Die berufliche Praxis steht dabei klar im Zentrum: Neben einer Auswahl erprobter Führungsgrundsätze, die überraschend einfach an verschiedene Rahmenbedingungen angepasst werden können, helfen Best-Practice-Beispiele und kurze Tipps für den Alltag beim Einstieg in die erfolgreiche Führung.

Plus • Zahlreiche Erfahrungsberichte aus der Führungspraxis • Anhang: Übersichten und Kopiervorlagen

Persönliches Fazit

Sie haben sich für einen neuen Weg entschieden und wollen eine Führungsposition für ihr weiteres Leben? Sie wissen nicht, welches Führungsbuch eine gute Anfangslektüre ist? Dann haben sie mit „Das 1x1 für neue Führungskräfte“ dich richtige Publikation erworben. Alle relevanten Basisinformationen wurden auf 192 Seiten kurz und bündig zusammengefasst. Tipps und Geschichten von 13 Führungspersonen untermalen die Wichtigkeit dieses Basiswerkes. Schnell wird der Leserschaft vermittelt, dass „Führung“ nicht gleich „Führung“ ist. Schon in den ersten Kapiteln beschreibt der Autor die Erwartungshaltung aller Einzubindenden, die Unterschiede in den Managementzielen und Führungsmodellen und stellt alles einfach und verständlich dar. Schnell taucht man in die Materie ein und merkt, wie einfach und komplex dieses Thema zugleich sein kann. Die Publikation endet mit einem riesigen Teil zum Thema Selbstcoaching. Das ist ihnen noch nicht genug? Der große Anhang bietet eine Vielzahl an Kopiervorlagen um ihnen den Einstieg in diese Materie auch praktisch zu erleichtern. Willkommen in der Welt des Management. (MG)

Und was kommt dann?

Begleitung von Kindern und Jugendlichen unheilbar kranker Menschen

Im Roten Anker, der psychotherapeutischen Beratungsstelle des CS Hospiz Rennweg, werden Kinder und Jugendliche begleitet, die mit dem Tod eines geliebten Angehörigen konfrontiert sind.

Erwachsenen Mut zu machen, mit Kindern und Jugendlichen über den Tod ins Gespräch zu kommen und Berührungsängste abzubauen, ist das Ziel des Roten Ankers. Kinder und Jugendliche sollen bewusst an der letzten Lebensphase und am Sterben ihrer geliebten Menschen teilhaben dürfen.

Der Tod gehört zum Leben

Der Tod wurde aus dem Leben verdrängt, das Umgehen mit ihm über Generationen hinweg verlernt. Erwachsene wollen Kinder schützen, indem sie nicht über den Tod sprechen und Kinder fernhalten, um diese „nicht zu belasten“. Kinder brauchen ehrliche Antworten und jemanden mit dem sie über Belastendes reden können. Die Möglichkeit einbezogen zu werden, wenn sie dies möchten, ist für Kinder wichtig. Trauer, aber auch Wut und Verzweiflung dürfen in jeder Phase offen gezeigt werden, nur dann können Kinder ihre Empfindung verarbeiten.

Ein Spielplatz im Hospiz?

Damit Kinder und Jugendliche den Tod ihres/ihrer Angehörigen begreifen und ihre Gefühle ausdrücken können, ist es wichtig, dass sie die Möglichkeit haben, wann immer sie wollen, das erkrankte Familienmitglied zu besuchen. Eine wichtige Aufgabe ist es, die BesucherInnen zu ermutigen, ihre Kinder mitzunehmen. Deswegen gibt es auf der Palliativstation des CS Hospiz Rennweg einen Platz, an dem Kinder spielen und basteln können. Dieser ist mit Büchern, Spielsachen und Bastelmaterial ausgestattet. Mit letzterem können sie für ihre lieben Angehörigen etwas gestalten und ihm/ihr eventuell sogar in den Sarg mitgeben. Die jahrelange Erfahrung zeigt, dass Kinder sehr gerne bei dem kleinen „Spiel- und Bastelplatz“ sind.

Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt

Nicht nur für Kinder, auch für Erwachsene ist es oft schwierig, den Tod zu verstehen. Wie aber sollen Kinder begreifen, was da passiert, wie können Kinder Bewältigungsstrategien entwickeln, wenn wir sie vor dem Tod fernhalten?

Die Mama des dreijährigen Lukas ist gestorben. Ich bereitete ihn auf das Begräbnis vor. Lukas „plapperte“ mir alles nach: „Die Mama ist tot. Sie wird beerdigt …“ Danach brachte ich ihn zu seinem Vater – Lukas strahlte ihn an und sagte: „Gehen wir jetzt zu Mama hinauf, ich will mit ihr spielen.“ Ich begriff: Es ist zwar wichtig, auch mit kleinen Kindern über den Tod zu reden, ich darf aber nicht erwarten, dass sie ihn verstehen – es wird noch einige Zeit dauern, bis Lukas realisieren wird, dass er ohne seiner Mama aufwachsen muss.

Mit etwa fünf Jahren beginnen Kinder, den Tod zu erforschen, indem sie beispielsweise tote Tiere sezieren und begraben. Sie stellen viele Fragen („Stirbst du auch, Mama?“) und versuchen zu begreifen, was der Tod sein könnte, was er bedeutet. Das

(C) Gernot Weiler

(C) Gernot Weiler

Sterben wird jedoch vorerst nicht mit der eigenen Person in Zusammenhang gebracht, es sterben „nur die anderen“. Im Volksschulalter gewinnen Kinder langsam die Erkenntnis, dass der Tod endgültig ist, dass auch sie selbst einmal sterben werden oder dass sie Bezugspersonen durch den Tod verlieren können. Sie beginnen den Tod realistisch zu sehen und wissen zum Beispiel, dass der Körper nach dem Tod verwest. Das Erforschen der Hintergründe wird interessant. („Wie ist der Nachbar gestorben?“).

Den Tod beim Namen nennen

Es ist wichtig, mit Kindern über den Tod zu reden und dabei auch die Wörter „tot“ und „gestorben“ zu verwenden.

Dem fünfjährigen Manuel wurde gesagt, dass seine Oma, die an einem Herzinfarkt gestorben war, „eingeschlafen“ sei. Was geschah daraufhin? Jedes Mal, wenn die Mutter sich hinlegen wollte, schüttelte Manuel sie panisch und schrie: „Nicht einschlafen, nicht einschlafen, Mama!“ In therapeutischen Sitzungen mit der Mutter und dem Kind versuchte ich ihm den Unterschied zwischen einem schlafenden und einem toten Menschen zu erklären: Ein schlafender Mensch ist warm, er atmet, sein Herz schlägt, er wacht wieder auf – ein toter Mensch ist ganz kalt, er atmet nicht mehr, sein Herz steht still, er kann sich nicht mehr bewegen und er wacht auch nicht mehr auf. Nach zwei Therapiesitzungen verschwanden seine Ängste.

Der letzte Abschied

Die oft gestellte Frage: „Sollen Kinder zu einem Begräbnis mitgehen?“, kann mit einem eindeutigen Ja beantwortet werden. Dies gilt für jede Altersgruppe, wobei auch hier zu bedenken ist, das Kind gut auf das Bevorstehende vorzubereiten. Kinder und Jugendliche können das Begräbnis mitgestalten. Während Kinder eher gerne basteln, bevorzugen es Jugendliche, eine Power Point Präsentation oder einen Kurzfilm zu machen.

Wenn beispielsweise ein Elternteil gestorben ist, kann es sein, dass der andere Elternteil beim Begräbnis sehr betroffen und emotional sein wird. Hier ist es wichtig vorzusorgen und jemanden zu bitten, auf das Kind zu achten. Das kann eine Freundin, eine Lehrerin oder eine andere nahestehende Person des Kindes sein.

Kinder trauern anders

Die Kindertrauer unterscheidet sich von der Trauer der Erwachsenen. Die jungen Angehörigen trauern in der Regel punktuell, also in abgegrenzten Zeit abschnitten. Während Erwachsene ihre Trauer in einem Fluss durchleben, gibt es diese Kontinuität bei Kindern selten. Bei ihnen gilt das Sprichwort „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“. Kinder würden ständige Trauer physiologisch gar nicht aushalten. So lassen sie immer nur so viel Trauer zu, wie sie bewältigen können.

Der Umgang mit diesem Gefühlswechsel zwischen Traurigkeit und Fröhlichkeit ist für die Erwachsenen oft nicht nachvollziehbar und daher verunsichernd.

Wenn eine sehr nahestehende Person gestorben ist, leiden Kinder/Jugendliche oftmals unter Schuldgefühlen. Sie überlegen, ob sie vielleicht etwas falsch

(C) CS

(C) Gernot Weiler

(C) Gernot Weiler

gemacht haben. Den zwölfjährigen Tobias fragte ich: „Du Tobias, ein Bursche namens Max, dessen Mama auch gestorben ist, hat mir einmal erzählt, dass er sich schuldig fühlte, weil er sich irgendwann einmal im Streit gedacht hat, ohne Mama wäre es leichter. Wie ist das bei dir?“ Jetzt hatte Tobias die Möglichkeit zu sagen: „Ja, mir geht es ähnlich“, oder „Nein, so ein Blödsinn, daran kann man nicht schuld sein.“ Es ist wichtig, Schuldgefühle zu thematisieren und die Kinder/Jugendlichen davon frei zu sprechen.

Was bleibt, sind die Erinnerungen

Die 10jährige Sophie hatte Angst, diese zu verlieren.

(C) CS

(C) Gernot Weiler

(C) CS

Ein Teil unserer gemeinsamen Arbeit war es, diese Erinnerungen zu „archivieren“. Sie gestalte gemeinsam mit ihrem Papa eine Erinnerungskiste an ihre Mama. Sie legte dort die wichtigsten Erinnerungsstücke hinein: ihr Parfum, Fotos, ihr Lieblingstuch, die Perlenkette, das Rezeptbuch und die Schneekugel vom letzten gemeinsamen Ausflug. Außerdem begann sie, ihre Erinnerungen aufzuschreiben.

Ich werde dich nie vergessen

Ich bemale gerne mit Kindern weiße Grabkerzen mit wasserfesten Stiften. Währenddessen lasse ich mir über die verstorbene Person erzählen, was sie gerne gemacht hat, was sie gerne gegessen hat usw. Auf die Innenseite des Deckels kann das Kind eine Geheimbotschaft an den Verstorbenen/die Verstorbene schreiben. Dann bekommt die Bezugsperson des Kindes die Aufgabe, gemeinsam zum Friedhof zu gehen und die Kerze dort anzuzünden.

Zu Weihnachten kann die Familie einen geschmückten Zweig des eigenen Christbaums zum Grab bringen, zu Ostern einen Ast des Osterstrauches, aus dem Urlaub eine Muschel mitbringen.

Und was kommt dann?

Kinder frage ich meist: „Sag mal, bist du auf irgendeine Art und Weise mit deinem verstorbenen Angehörigen in Verbindung?“, und sie wissen immer genau, was ich meine. „Ja natürlich“, sagte Simon „Mama ist da, ich kann sie spüren.“

Der 17jährige Felix dachte, nach dem Tod sei nichts mehr, alles wäre aus. Für ihn war diese Vorstellung sehr belastend. Deswegen erzählte ich ihm die Geschichte von der 16jährigen Antonia, die täglich ihrer verstorbenen Mama schrieb. In die nächste Stunde kam er mit einem halb ausgeschriebenen „Mamabuch“ und sagte, dass es ihm half, über dieses Buch „Kontakt mit seiner Mama aufzunehmen“. Er hatte die Vorstellung, dass sie alles, was er aufschrieb, wusste und alles, was er nicht in das Buch schrieb, nicht wusste. (Welcher 17jährige will denn schon, dass seine Mutter über alles Bescheid weiß?) Ein halbes Jahr später bekam er ein schlechtes Gewissen, weil er das Buch nicht mehr so viel nutzte. Mir fiel eine Aussage meiner Mutter ein: „Keine Nachrichten sind gute Nachrichten!“ „Ja“, meinte Felix, „Mama würde sich sicher sehr darüber freuen, dass es mir gut geht!“

(C) CS

(C) Gernot Weiler

Die kleine Raupe Nimmersatt

Jedes Kind kennt die kleine Raupe Nimmersatt, die frisst und frisst und frisst und frisst … und wenn ich zu ihr sage: „Du liebe Raupe, irgendwann einmal wirst du fliegen können!“, würde sie mir wahrscheinlich antworten: „Du träumst! Schau mich an! Ich bin dick und fett. Wie soll ich da fliegen können? Außerdem habe ich doch keine Flügel.“ Das heißt, sie kann sich beim allerbesten Willen ein Leben nach ihrem Raupendasein nicht vorstellen - und dennoch, irgendwann verpuppt sie sich und wird zum wunderschönen Schmetterling. Diese Geschichte hilft oft Antworten auf die Frage „Und was kommt dann?“ zu geben.

Kinderbuch und animierte Hörbuch-App „Max und Urli vom Ehrlingerhof“ Sterben kindgerecht erklärt

(C) CS

„Sind Kinder mit dem Sterben und dem Tod eines geliebten Angehörigen konfrontiert, schafft dies bei Erwachsenen oft Ratlosigkeit und Unsicherheit. Es stellt sich die Frage, wie wir Kindern in einer derartig schwierigen Situation begegnen können. Das Büchlein „Max und Urli vom Ehrlingerhof“ will Eltern dazu ermutigen, mit ihren Kindern über Abschied, Tod und Trauer ins Gespräch zu kommen und zeigt einen Weg, Kinder in dieser schwierigen Situation zu begleiten.

Bestellungen: renate.magerl@cs.or.at oder 01/717 53-3130

Roter Anker

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist für die Familien kostenlos und kann nur durch die großzügige Unterstützung unserer SpenderInnen ermöglicht werden. Der Rote Anker ist ausschließlich aus Spenden finanziert.

PSK Spendenkonto:
IBAN: AT27 2011 1800 8098 0900

Autorin & Link

www.cs.or.at/roteranker

Mag. Silvia Langthaler
Psychotherapeutin im Roten Anker des CS Hospiz Rennweg

Kontakt:
www.cs.or.at/roteranker
roteranker@cs.or.at oder 01/717 53-3220

Wer keine Wahl hat...

Foto (C) Christian Anderl

Birgit Meinhard-Schiebel
Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger, Landtagsabgeordnete / Gemeinderätin der Grünen in Wien

...hat die Qual. Menschen, die über Jahre, manchmal über Jahrzehnte, pflegen und betreuen stehen oft genug vor der Wahl, entweder allein zurecht zu kommen oder Hilfe anzunehmen. Dass es Hilfe gibt, steht zwar in Broschüren, Infoblättern oder kommt mit Mundpropaganda daher, bleibt aber weit hinten im Gedächtnis hängen oder wird ausgeblendet - bis es buchstäbliche brennt.

Wer wenn, was wenn, wo wenn?
Die Erde dreht sich und das mit scheinbar höher werdender Geschwindigkeit. IT und digitale Information jagen durch das Cyberspace. Pflegende Angehörige werden zum Studienobjekt für die Informatikwelt, die sie als Zielgruppe entdeckt hat. Hochintelligente Systeme bieten Hilfe. Vom perfekten Krankenbett samt Umgebung, Entlastungsinfos, guten Tipps, Videos usw. über Tablets, Smartphones, Touchscreens. Digitale Perfektion als „Pflegehilfe“ - und Mensch humpelt hinterher...

Digital trifft analog
Wie denn so der ganz normale Wahnsinn einer der StudienteilnehmerInnen aussieht? M. schreibt schnell, weil keine Zeit: „Ich gehe weg u Mama ist nicht fertig gewaschen nicht fertig angezogen u ebenso Tabletten u Frühst. Ich lasse sie auf 1/2 Wege stehen. Um 13.15 müssen wir bei d Friseurin sein. Einziger Termin. mittagessen f Mama biitte wann? Am Nachm. Da kommt dann meine Tante mit grossem Koffer per Bus in Erdb an. Am Abend will.ich ins Belv zur Ausstellung. Und dann schreiben d 1 Programmpkt, dass d Plattform hilft Beruf u Pflege zu vereinbaren?! Ich lade sie ein 1 Woche in meinem normalen Wahnsinn zu überleben. Mama kann sich allein waschen, zt anziehen, zt essen, aber ich muss es herrichten...und sie ist extrem langsam. (Ca 2 1/2 Std am Vormittag...) was macht wer andrer bitte, wo das nicht so geht? Blick in den pc reicht? Ja? Und Zauberstab im Gepäck....Kopfschüttelnd“

Das Entwicklungspotential pflegende Angehörige und Zugehörige ist unendlich. Es wird mehr werden und nicht weniger. Menschen zur Vorsorge „erziehen“, wie geht das? Ein Leben lang bei Rot über die Straße gehen, immer mit dem Bewusstsein - es wird schon nichts passieren?

Im Mittelpunkt steht und bleibt die Frage: wenn dann, was dann?

Pflege-Wissen mobil: die FacultasApp

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

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

Appstore

Google Play

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

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

Ein Service von KNOWLEDGEFOX facultas

Pension – Zeit sich neu zu erfinden!

Die Babyboomer kommen in die Jahre. Ab 2020 verabschieden sich die geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben, es werden Jahr für Jahr viele Menschen gleichzeitig in Pension gehen. Eine Herausforderung für Unternehmen, Gesellschaft und für die Menschen, die am Übergang in den Ruhestand stehen. Der nachfolgende Artikel stellt die Vorstellung auf den Kopf, Ruhestand wäre immerwährender Urlaub und zeigt auf, wie mit einer guten Vorbereitung der Ruhestand zu einer erfüllenden Lebensphase werden kann.

„Ich habe alle Reisen gemacht, die ich immer schon machen wollte. Ich habe alle Bücher gelesen, die ich lesen wollte. Und jetzt ist mir plötzlich langweilig. Unendlich langweilig. Da ist nichts mehr wofür ich brennen kann."

Sabine R., 62, ehemalige Pflegedienstleiterin, 2 Jahre nach ihrem Pensionsantritt.

Pensionierung, Ruhestand – viele Menschen verbinden mit diesen beiden Begriffen Freiheit, Freizeit, unbegrenzten Urlaub und freuen sich darauf, Zeit zu haben und tun zu können, was sie immer schon tun wollten. Endlich viel und lange reisen, endlich stundenlang Bücher lesen, endlich ausschlafen und danach lange und voll Genuss frühstücken. Die Medien zeigen uns täglich das Bild der rüstigen, freizeithungrigen, fitten, sportlichen und den Urlaub genießenden Senioren in der Blüte ihrer Zeit. Doch da gibt es in unserer Umgangssprache auch das Wort „Pensionsschock" und fast jeder kennt in seinem Umfeld einen Menschen, der den Übergang in die Pension nicht so gut geschafft hat. Den Freund etwa, der zwei Jahre nach der Pension den ersten Herzinfarkt erlebt. Den Bekannten von Bekannten, der seine Zeit vor allem vor dem Fernseher oder Computer verbringt. Die Nachbarin, die keine sozialen Kontakte mehr hat und sichtbar vereinsamt.

Nicht alle Menschen schaffen den Übergang in den Ruhestand so einfach und ohne Probleme. Es lohnt sich daher, genauer hinzusehen auf die zukünftige Lebensphase und sich auseinanderzusetzen mit den Veränderungen und Chancen der nächsten Lebensjahrzehnte.

(C) Jürgen Fälchle

Arbeit – mehr als nur Geld verdienen

Unsere Arbeitswelt ist schnell geworden, der Druck ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen und steigt weiter. Daher ist es kein Wunder, dass viele Menschen jenseits der 50 ihren Pensionsantritt herbeisehnen und sich bei erster gebotener Gelegenheit in die Pension flüchten. Die Organisation Senior4Success hat 2014 eine große Marktforschungsstudie unter webaktiven Personen zwischen 18 und 70 Jahren mit dem Titel „Was denkt der Österreicher über die Pension“ in Auftrag gegeben und dabei herausgefunden, dass 50,7 Prozent der Befragten in diese Kategorie fallen. Sie wollen einfach nur raus und weg, dem Druck entfliehen, dem Zeitkorsett, der Fremdbestimmung. Sie wollen ab in die große Freiheit und glauben, dass damit alle Probleme gelöst sind.

Dieselbe Befragung hat allerdings auch gezeigt, dass es rund einem Fünftel der sich in Pension befindenden Menschen schlechter oder sogar viel schlechter geht im Ruhestand als erwartet. Genauer nachgefragt wurden folgende Nachteile vom Pensionsleben genannt:

- Weniger soziale Kontakte
- Weniger zur Verfügung stehendes Geld
- Fehlende Aufgabe im Leben
- Wenig Anerkennung und Wertschätzung

Auch wenn wir oberflächlich die Arbeit vor allem als Mittel zur Finanzierung unseres Lebens betrachten, müssen wir uns eingestehen, dass sie bei genauerem Hinsehen doch eine viel größere Rolle in unserem Leben spielt. Arbeit prägt und bestimmt unser halbes Leben. Arbeit sichert unsere Existenz und ermöglicht den kleinen Luxus, aber sie strukturiert auch unser Leben, sie schafft Identität und Prestige, sie ist ein Ort sozialer Kontakte, sie fordert uns und entwickelt uns weiter.

Wir stehen morgens auf, um den Bus in die Arbeit rechtzeitig zu erreichen. Wir freuen uns auf die Mittagspause mit oder ohne KollegInnen, im Park oder im Bistro. Dann die Fahrt von der Arbeit nach Hause und ab geht’s in den Feierabend, Zeit für uns, für Familie, Hobbies und Freunde. Dass wir den Feierabend so wunderbar finden, liegt daran, dass er nach einem langen Arbeitstag stattfindet. Aufs Wochenende oder freie Tage freuen wir uns, weil sie eingegrenzt sind von Arbeitstagen. Und auch der Urlaub, unser jährliches Highlight, wird umrahmt vom letzten Arbeitstag vor dem Urlaub und dem ersten Arbeitstag nach dem Urlaub. Erst die Begrenzung der zur Verfügung stehenden Zeit macht die freie Zeit so kostbar. Es ist also die Arbeit, die unsere freien Tage zu besonderen Tagen macht.

Wir sind Diplompflegefachkraft, Pflegehelferin und Fachsozialbetreuer. Kein gegenseitiges Kennenlernen ohne Frage nach dem Beruf des Gegenübers. Sie sind Krankenschwester? Schon hat man ein ausgiebiges Gesprächsthema und beginnt das eben kennen gelernte Gegenüber gesellschaftlich zuzuordnen. Die Nennung des Berufes schafft soziale Orientierung. Wir sind was wir arbeiten. Über Arbeit erhalten wir Rollen und Funktionen, man ist „jemand“ geworden. OP-Schwester, Intensivpfleger, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegedienstleiterin, Stationsleiter oder Pflegeberaterin. Je nach Rolle und Position schafft Arbeit sichtbar oder auch unsichtbar Prestige.

Dem Arbeitsplatz kommt auch im sozialen Leben eine wesentliche Rolle zu. So ist etwa bekannt, dass Partnerschaften häufig am Arbeitsplatz ihren Ausgang nehmen. Viele der persönlichen Kontakte und Bekanntschaften hängen mit dem Arbeitsplatz zusammen. Da gibt es den Kollegen mit dem man regelmäßig die Mittagspause teilt. Mit der lieben Kollegin vom zweiten Stock geht man am Freitag gern auf einen abschließenden Drink und tratscht über die Ereignisse der Woche. Mit einem anderen Kollegen macht man regelmäßig Sport und mit der netten Kollegin von der Station nebenan geht man einmal im Monat in die Sauna.

Arbeit stellt uns immer wieder vor neue Herausforderungen und entwickelt uns auf diese Weise weiter. Wir sind ständig mit Aufgabenstellungen konfrontiert, die uns fordern. Wir besuchen Fortbildungen, lesen Fachliteratur, wir sind mit unserer Kreativität und Flexibilität gefragt. Arbeit zwingt uns zur Auseinandersetzung mit Neuem und Unbekanntem und ermöglicht dadurch permanente Weiterentwicklung. Arbeit trägt wesentlich bei zu unserer Lebenszufriedenheit. Wir erhalten Lob, Anerkennung, wir werden gebraucht. So verwundert es nicht, dass bei der bereits genannten Befragung der Organisation Senior4Success auch 32,9 Prozent der Befragten meinten, sie würden gerne nach der Pensionierung in irgendeiner Form weiterarbeiten. Als Begründung gaben sie beispielsweise an, mit der Arbeit soziale

Kontakte aufrecht erhalten zu wollen, die Zeit sinnvoll nutzen zu wollen und sich durch Arbeit gebraucht zu fühlen.

Übergang in den Ruhestand – ein Prozess

In der Soziologie wird der Übergang in die Pension als Rollenübergang beschrieben. Die in Pension gehende Person erfährt ein Loslösen aus dem Status der Erwerbstätigen, ein Loslösen vom Arbeitgeber, aus dem sozialen Umfeld der Arbeitswelt und aus einer vorgegebenen Zeitstruktur. Danach muss die betroffene Person ihre neuen Rollen in der Gesellschaft finden, ihren neuen Platz und neue Aufgaben.

Der Amerikaner Robert Atchley beschrieb 1971 ein Phasenmodell am Übergang in den Ruhestand. Die Zeit rund um den Pensionsantritt bis etwa ein Jahr nach dem Pensionsantritt nannte er die „Honeymoon-Phase“. Der Blick auf die Pension wäre in dieser Zeit euphorisch und verklärt, überwiegen würde die Vorfreude auf die neue Freiheit. Das Ende des Erwerbslebens wird als Befreiung erlebt und die frisch gebackenen PensionstInnen genießen es länger zu schlafen und endlich tun zu können, was das Herz begehrt.

Doch schon nach einigen Monaten merken die Neu-PensionistInnen, dass Ruhestand nicht gleichzusetzen ist mit Urlaub, dass kein Mensch es erträgt fünfzehn, zwanzig oder sogar mehr Jahre auf der faulen Haut zu liegen und sich die Sonne auf den Bauch scheinen zu lassen.
Atchley nennt die Zeit dieser Erkenntnis die „Ernüchterungsphase“. Plötzlich ist Langeweile ins Leben getreten, die erste Euphorie ist verflogen und die Menschen merken „Da fehlt etwas“, Urlaub alleine ist kein Lebenssinn, es braucht Aufgaben.

Die Phasen danach nannte Atchley die „Neuorientierungsphase“ und die „Stabilitätsphase“. In der Neuorientierungsphase suchen und finden die betroffenen Menschen Aufgaben und eine neue Zeitstruktur für ihren Alltag im Leben. In der Stabilitätsphase haben die Menschen ihre neuen Rollen verinnerlicht und damit ihre neue Identität gefunden.

Die Frage am Übergang in den Ruhestand ist also: Wie gelingt der RuheständlerIn die Bewältigung der Ernüchterungsphase? Welche Veränderungen liegen vor ihr/ ihm? Was könnten neue Aufgaben und neue Rollen im Leben sein?

Die Pensionszeit als Chance „sich neu zu erfinden“
Unser halbes Leben lang müssen wir Kompromisse eingehen, weil wir unsere Existenz sichern müssen und deshalb damit beschäftigt sind, Privatleben und Beruf unter einen Hut zu bringen. Wir wollen uns ein Auto kaufen, also machen wir einen Job weiter, den wir im Moment nicht ganz so gut finden. Wir haben uns eine Wohnung gekauft, müssen den Kredit abbezahlen, also arbeiten wir mehr als wir eigentlich wirklich arbeiten wollen. Wir bekommen Kinder, wollen ihnen eine gute Ausbildung finanzieren, also stellen wir das eigene Leben hinten an.

Die Pensionszeit mit der regelmäßigen Pensionsauszahlung ist die einzige Phase im Erwachsenenleben, in der die Existenz voll oder teilweise gesichert ist. Jeden Monat kommt eine bestimmte Summe Geld aufs Konto ohne dass der Mensch dafür noch etwas leisten muss. Daraus ergeben sich enorme Chancen, selbst bei kleiner Pension. Es wird Energie frei, die vorher gebunden war an Arbeit. Diese Energie könnten nun genützt werden, um endlich Seiten von sich zu leben, die bislang unterdrückt werden mussten. Überspitzt formuliert: Die regelmäßige Existenzsicherung durch die Pension schafft die Möglichkeit sich, wenigstens ein Stück, neu zu erfinden.

Hannah G. war viele Jahre in Teilzeit als DGKS in einem Krankenhaus tätig und sie war alleinerziehende Mutter von 3 Kindern. Das Geld war immer knapp. Trotzdem schaffte sie es allen Kinder Ausbildungen zu ermöglichen. Ihren eigenen Traum von längeren Auslandsaufenthalten hat Hannah immer verscheucht, er hatte keinen Platz in ihrem Leben. Durch die Teilzeittätigkeit war abzusehen, dass Hannah im Ruhestand nur eine mäßige monatliche Pensionsauszahlung erhalten würde.

Hannah G. hat sich aber auf ihre Pensionszeit vorbereitet. Sie hat ihre Wohnung rechtzeitig gegen eine kleinere und günstigere Wohnung getauscht. Sie hat ihr Auto weggegeben und mit einer Freundin ein Car-Sharing gestartet. Sie hat sich überlegt, welche Stärken sie hat. Sie hat die Erwartungen der Kinder an Sie als Pensionistin geklärt. Und sie hat das Internet genützt um zu recherchieren, welche Möglichkeiten sie als Pensionistin hat Reisen und Arbeiten zu verbinden. Dabei wurde Hannah G. fündig.

Heute befindet sich Hannah G. seit vier Monaten in Island. Als Granny-AuPair lebt sie bei einer Familie mit Kindern und übernimmt dort die Rolle der Großmutter, bei ausreichend Freizeit daneben Land und Leute kennen zu lernen. Über ihre Erlebnisse bloggt sie und lässt so ihre Familie und Freunde dabei sein virtuell und bleibt auf diese Weise in Kontakt mit der Heimat.

Die nächste Reise ist übrigens auch bereits geplant. Hannah G. geht, nach einem mehrwöchigen Aufenthalt in Österreich, für sechs Monate nach Namibia.

Lesen Sie in der nächsten Ausgabe wie eine gute Vorbereitung auf die Pension aussehen kann, welche Veränderungen Menschen durch die Pensionierung erfahren und warum es wichtig ist die PartnerIn in die Vorbereitung auf die Pension einzubeziehen.

Weiterführende Literatur:

Heck, H. (2008): Beugen Sie dem „Pensionsschock“ vor!“ In: Informationen für Ihre Gesundheit. Freie Krankenkasse. Ausgabe 04.

Stieger, L. (2016): Pension. Lust oder Frust? Wien. Edition Va Bene.

Senior4Success (2014): Studienpräsentation: Wie die Österreicher über die Pension und die neue Lebensphase denken. Abgerufen am 27.07.2016 http://www.seniors-4success.at/images/Artikel/pressekonferenz.pdf

Autorin & Links

www.careconsulting.at

www.vielfalten.com

Sonja Schiff, M.A.
Gerontologin, diplomierte psychiatrische Pflegefachkraft, Altenpflegeexpertin, Bloggerin und Autorin. Sie führt seit 14 Jahren für große Unternehmen Pensionsvorbereitungsseminare durch.

Ihr aktuelles Buch: „10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte. Einsichten einer Altenpflegerin“

PFLEGE GRUPPE GmbH

Personalbereitstellung
Fortbildungen
Assessments

PFLEGE GRUPPE VEREIN

24Stunden-Betreuung
Case & Caremanagement

www.pflegegruppe.at

PFLEGE GRUPPE

Mit einem guten Partner
effizient in die Zukunft

„Wir haben noch viel mehr zu sagen....“

...und so wenig Seiten, um es wiederzugeben. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen im Jahr 2017 unsere Auflage **von vier Ausgaben auf acht** zu erhöhen. Die nächsten Ausgaben erwarten Sie.

Dezember 2016 (Ausgabe 06)

„Der Himmel ist nicht die Grenze, wenn dahinter ein ganzes Universum liegt...“

Kelly Knox, Inklusionsbotschafterin aus England erzählt in dieser Ausgabe von Ihrer Arbeit als „Modell mit Behinderung“, von ihren Projekten in der Elternbetreuung und Aufklärung. (Coverartikel)

Doch dies ist nur der „Tropfen auf dem heißen Stein“. Auch in dieser Ausgabe begrüssen Sie 14 AutorInnen zu den unterschiedlichsten Themen.

Januar 2017 (Themenausgabe 01)

„Die Lernenden von heute, sind die Pflegekräfte von morgen...“

Aus diesem Grund haben wir SchülerInnen und StudentInnen eingeladen eine komplette Themenausgabe mit ihrem schreiberischen Talent zu füllen. Fachthemen, Meinungen und Interviews füllen diese erste Sonderausgabe. Hierbei wurden die Damen und Herren von Ihren Schulen, Fachhochschulen und Universitäten aus Österreich, Deutschland und der Schweiz entsprechend unterstützt, um diese erste Publikation zu ermöglichen

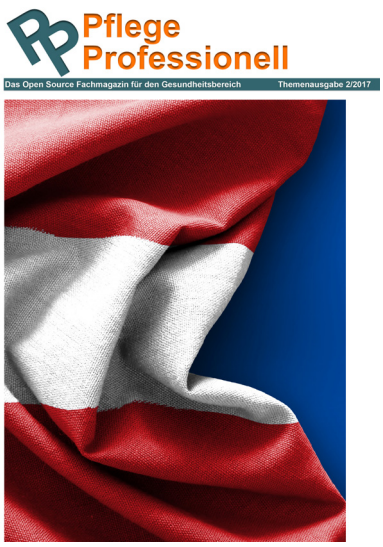
Die zukünftig Pflegenden präsentieren sich mit ihren eigenen Worten. Dies wird nicht das letzte Mal gewesen sein, dass wir den ExpertInnen von morgen eine Ausgabe widmen!

Februar 2017 (Themenausgabe 02)

„Interdisziplinär & Multiprofessionell: ALLE GEMEINSAM“

Das Gesundheitswesen hat ein gut strukturiertes Netz, welches aus mehreren Berufsgruppen besteht. Große Gruppen an Menschen arbeiten Hand in Hand in den unterschiedlichsten Disziplinen mit den verschiedensten Professionen. Doch wie funktioniert diese Zusammenarbeit wirklich? Welche Anliegen, Stärken und Schwächen haben die einzelnen Bereiche?

Wir haben alle Berufsgruppen, Interessensvertretungen und die Politik eingeladen an einer gemeinsamen Ausgabe zu schreiben und sie haben zugesagt! Wir freuen uns diese Ausgabe im Februar präsentieren zu dürfen.



HOSPIZ RENNWEG

Weil jeder Augenblick zählt

Herbstbenefizkonzert

Mitglieder der Wiener Philharmoniker konzertieren für
CS Hospiz Rennweg

19. Oktober 2016

WIENER KONZERTHAUS

Kartenbestellung:
Tel.: 01/242 002
ticket@konzerthaus.at
www.konzerthaus.at

Der Erlös des Konzertabends ist eine Spende an das CS Hospiz Rennweg.