Pflege Professionell

Das Open Source Fachmagazin für den Gesundheitsbereich Winter 2016

Wenn sich eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis zur Inkontinenz gesellt

Steininger A., Jukic-Puntigam M., Schumacher P., Müller G.

„One day baby we will be old...“ Pflegezeit ist Lebenszeit

Dr. Eckart von Hirschhausen

Personenportrait Direktor Mag. Erich Fenninger, DSA

Junfermann
Coaching fürs Leben

NEU!

Auch als E-Book

224 Seiten, kart. • € (D) 25,– • ISBN 978-3-95571-490-1

Junfermann
Coaching fürs Leben

www.junfermann.de

Junfermann Verlag

BILDUNG & MANAGEMENT

05 **Was die Pflegepraxis über Forschungsethik wissen muss**
Mag. Dr. Berta Schrems

13 **Demenz.Bewegt.Leben**
FH-Profin. Priv.-Dozin. Maga. Drin. Eva Mir

GESUNDHEITSPOLITIK

17 **Im Interview mit Erich Fenninger**
Markus Golla, BScN

ALTENPFLEGE

23 **„One day baby we will be old...“**
Dr. Eckart von Hirschhausen

PEER REVIEW

29 **Gesundheitsförderung für Lehrkräfte an Schulen für Gesundheitsberufe**
Ina Güth BA, BSc & Matthias Drossel, BA, MSc.

PFLEGEGESCHICHTE

37 **Der sog. „Bruderkrieg“ von 1866 in Unterfranken: Kriegskrankenpflege zwischen Anspruch und Realität**
Dr. Ute Feuerbach, Magister Atrium

FACHWISSEN

45 **Wenn sich eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis zur Inkontinenz gesellt**
Mag. Dr. Alfred Steininger; Mag. Dr. Margareta Jukic-Puntigam; Petra Schumacher, MSc; Ass. Prof. Dr. Gerhard Müller, MSc

51 **Klangschalen als Option für die Intensivpflege**
Gabriele Seidenmath

55 **Die Resilienz der Angehörigen krebskranker Kinder**
Mag. Dr. Franco Mantovan, BSc; Annika Wörnhart, BSc; Mag. Andreas Huber

ERLEBEN

67 **Pensionsvorbereitung statt Pensionsschock**
Sonja Schiff, MA

61 **REZENSIONEN**

IMPRESSUM

MedieninhaberIn
Markus Golla
Lechnerstrasse 2-4/4/48
1030 Wien,
golla@pflege-professionell.at

Herausgeber
Markus Golla

Chefredaktion
Markus Golla

Lektorat
Markus Golla

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
0043/6764908676

Titelbild (C) Michael Zargarinejad

(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.

JUBILÄUMSKONGRESS

ÖGwA

10 Jahre Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Aromatherapie und Aromapflege

Aromatherapie und Aromapflege:
„Die Zukunft beginnt heute!“

Samstag, 04. März 2017, 09:00 bis 18:00 Uhr
Europahaus, 1140 Wien, Linzer Straße 429
http://kongress.oegwa.at

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das Jahr 2016 geht zu Ende und als Resümee kann man sagen, dass es „das Jahr der Veränderungen“ war. Wir haben in Österreich eine große Novelle des GuKG bekommen, in Deutschland ist förmlich ein Krieg zum Thema Pflegekammer ausgebrochen, politisch hat sich in ganz Europa & Amerika viel bewegt und auch privat gab es in unserer Umgebung eine Welle des Umbruchs. Eine Welle, die unserem Magazin beinahe das „Aus“ bereitet hätte. Alles wurde buchstäblich aus der Komfortzone gerissen und für viele Menschen gab es bzw. gibt es einen kompletten Neubeginn. Dies ist nicht immer angenehm und für den einen oder anderen ist eine solche Zeit ein richtiger Schicksalsschlag, der schwer zu verdauen ist.

Aber sind wir in der Pflege nicht Tag täglich mit Menschen außerhalb ihrer Komfortzone beschäftigt? Erleben wir nicht in unserem Alltag, wie Personen diese Notsituationen meistern und lernen damit umzugehen?

Wir haben einen Blick für das Wesentliche, lernen schon in der Ausbildung Ereignisse, Personen und Begebenheiten ganzheitlich zu sehen und anzunehmen, begleiten dadurch Menschen in ihrer herausfordernden Situation. Nicht der Verband, den wir an einem Knie anlegen, nicht die Diabetes Beratung, die wir in einer Schulungsstunde geben, macht unsere Profession aus, sondern der analytische Blick fürs Ganze, das Erkennen der Bedürfnisse, um Menschen wieder bereit für den Alltag zu machen und das Setzen von Maßnahmen, die unterstützen aber die Autonomie nicht verlagern, gehören zu unseren Kernkompetenzen.

Aus diesem Grund ist ein „Jahr der Veränderung“ für die einen ein Schicksalsschlag, für die anderen eine Option und für die Kranken- und Altenpflege „der übliche Alltag mit besonderen Situationen“. Danke, dass Sie diese Profession gewählt haben!

In diesem Sinne einen guten Start in die Weihnachtszeit und einen guten Rutsch ins neue Jahr !

Markus Golla
Herausgeber

DGKP Markus Golla, BScN

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

Was die Pflegepraxis über Forschungsethik wissen muss

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich neben der Medizin die Pflegewissenschaft als eigenständige wissenschaftliche Disziplin etabliert. Das Ziel der Pflegeforschung ist es, Grundlagen zur Verbesserung der Pflegepraxis zu schaffen. Dies bringt mit sich, dass im Praxisfeld vermehrt Forschungsaktivitäten stattfinden, bei denen Pflegepersonen in unterschiedlicher Weise eingebunden sind. So können sie die Beforschten, die Forschenden oder an der Forschung Mitwirkende sein. Die Mitwirkung an der Forschung kann in verschiedener Weise erfolgen, z.B. in Form der Datensammlung, der Beobachtung, der Anwendung von Maßnahmen oder der Auswahl von StudienteilnehmerInnen. Pflegepersonen in der Praxis übernehmen damit eine wichtige Rolle in der Weiterentwicklung der Profession Pflege.

Wie die Pflege, so verfügt auch die Wissenschaft und Forschung über ethische Standards. Für die Pflegewissenschaft generieren sich forschungsethische Fragestellungen zum großen Teil aus den demografischen und epidemiologischen Entwicklungen, wie hohes Alter, chronische Krankheit, Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit, die es für eine bestimmte Zeit oder dauerhaft unmöglich machen, für sich selbst Sorge zu tragen bzw. für die eigenen Interessen einzutreten. Durch die Pflegebedürftigkeit entstehen Abhängigkeiten, die Menschen in besonderer Weise verletzbar machen. Allgemein wie auch im Gesundheitsbereich wird zur Bezeichnung einer potenziellen Verletzbarkeit der Begriff Vulnerabilität verwendet, begrifflich abgeleitet vom lateinischen vulnus für Wunde. Vulnerable Menschen bedürfen in Forschungsprojekten eines besonderen Schutzes in zweierlei Hinsicht. Zum einen gilt es ihre Autonomie zu schützen. Und zum anderen müssen sie vor Missbrauch, Ausbeutung und/oder einem Schaden geschützt werden. Das leitende Prinzip lautet, dass der Mensch nie nur Mittel zum Zweck von Forschung sein darf. Prinzipiell hat die forschende Person für die Einhaltung forschungsethischer Standards Sorge zu tragen. So sind Forschungsprojekte mit und am Menschen Ethikkommissionen zur Begutachtung vorzulegen. Ethikkommissionen sind unabhängige Einrichtungen an Forschungsstätten oder Gesundheitsorganisationen, deren Aufgabe es ist, Forschungsvorhaben nach forschungsethischen Standards zu beurteilen. Diese Aufgabe können sie entscheidend und beratend erfüllen, indem sie ein Forschungsvorhaben als ethisch unbedenklich akzeptieren, als bedenklich ablehnen oder Vorschläge zur Erlangung ethischer Unbedenklichkeit machen.

Ethikkommissionen prüfen das Vorhaben vor Beginn der Forschung. Dennoch können in der Planung nicht immer alle möglichen Situationen vorhergesehen werden. Dies

(C) Robert Kneschke

trifft insbesondere auf Forschung mit vulnerablen Menschen zu, wie Forschung mit Kindern, mit kranken oder sehr alten Menschen. Der physische und psychische Zustand dieser Menschen kann sich rasch ändern, daher ist auch in der Umsetzung von Forschungsprojekten die kontinuierliche Prüfung ethischer Standards notwendig. Dies erfordert während des gesamten Prozesses eine Vertrauensperson, die das Forschungsdesign und die forschungsethischen Prinzipien kennt und im Dialog mit allen Beteiligten steht. Diese Funktion kann die Forschende selbst nur zum Teil erfüllen. Es könnte ein Interessenskonflikt entstehen, wenn der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn der Forschenden mit den Interessen von ForschungsteilnehmerInnen kollidiert. Mit der Übernahme der Funktion der Vertrauensperson durch jemanden, der oder die nicht an der Forschung beteiligt ist, soll das Risiko, dass durch Forschung ein zusätzlicher Schaden erzeugt wird, minimiert werden. Diese Vertrauensfunktion entspricht dem Advocacy-Prinzip. Die Anforderungen an Advocacy finden sich im Ethik Kodex des International Council of Nursing (ICN) detailliert angeführt. Dabei geht es um die Wahrung der Menschenrechte und Wertvorstellungen, um den Informationsprozess und ebenso um die Zustimmung zur pflegerischen Versorgung und Behandlung sowie um die „[…] Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.“ (International Council of Nursing, 2006). Zu den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen zählt auch die Kernaufgabe der Pflegewissenschaft, die Gewinnung von Erkenntnissen über die besonderen Bedürfnisse von Menschen und die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Befriedigung derselben. Im Forschungskontext kann Advocacy an drei zentralen Funktionen festgemacht werden:

- Sicherung der Autonomie von ForschungsteilnehmerInnen
- Handeln im Namen von ForschungsteilnehmerInnen
- Eintreten für soziale Gerechtigkeit in der Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung (Bu & Jezewsky 2007)

Die Mitwirkung an einem Forschungsprojekt ebenso wie die Rolle einer Vertrauensperson erfordern Grundlagenkenntnisse forschungsethischer Prinzipien und Instrumente, die im Folgenden vorgestellt werden. Dass sich forschungsethische Prinzipien mit den Anforderungen von Advocacy überschneiden, ergibt sich aus der Tatsache, dass in beiden Disziplinen der Mensch im Mittelpunkt steht. Die Grundlage zu den zentralen forschungsethischen Prinzipien und den dazu passenden Instrumenten ist der Belmont Report zum Schutz von Menschen in der biomedizinischen und Verhaltensforschung (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 2016).

GRUNDLEGENDE FORSCHUNGSETHISCHE PRINZIPIEN

Menschenwürde und Autonomie

Menschenwürde und Autonomie zeigen sich im Respekt vor der Person. Im forschungsethischen Kontext umfasst dies zwei Prinzipien: Erstens sind Personen als autonome Menschen zu behandeln. Das Instrument zur Umsetzung dieses Prinzips ist die informierte Einwilligung oder der Informed consent, d.h. die freiwillige Entscheidung zur Teilnahme auf Basis von umfassenden und verständlichen Informationen. Das zweite Prinzip lautet, dass Personen, die in ihrer Autonomie eingeschränkt sind, besonderen Schutz erhalten müssen. Hierzu sind die Nutzen-Risiken Abwägung und alternative Möglichkeiten der Einwilligung die passenden Instrumente.

Wohltat und Nutzen

Die Prinzipien Wohltat und Nutzen bedeuten, die Interessen der ForschungsteilnehmerInnen im Fokus zu haben. Mögliche Risiken sollen minimiert und der Nutzen maximiert werden. Das Instrument dazu ist wiederum die Nutzen–Risiko Abwägung. Dabei steht die Frage im Zentrum, ob es eine andere Möglichkeit gäbe, die gleichen Erkenntnisse zum Wohle der Gesellschaft erhalten zu können, aber mit geringeren Risiken für die ForschungsteilnehmerInnen. Andere Möglichkeiten können sich auf die Wahl der Forschungsmethode oder auf die der ForschungsteilnehmerInnen beziehen.

Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit befasst sich mit der Verteilung von Lasten und Vorteilen der Forschung. Diese sollten ausgewogen sein, d.h., es sollte nicht eine Gruppe in der Gesellschaft nur die Kosten der Forschung tragen, während eine andere Gruppe die Vorteile erntet. Gerechtigkeit als Prinzip wird vor allem bei der Auswahl der ForschungsteilnehmerInnen relevant. Dabei geht es nicht darum, Menschen durch eine Nicht-Teilnahme an der Forschung vor einem Schaden zu schützen. Dies würde sich mitunter nachteilig für eine ganze Gruppe wie z.B. von Kindern oder an Demenz erkrankten Menschen auswirken und dem Prinzip der Gerechtigkeit widersprechen. Die Nicht-Teilnahme von schützenswerten Gruppen führt dazu, dass keine Erkenntnisse für deren besonderen Bedürfnisse gewonnen und damit auch keine Maßnahmen zur Befriedigung getroffen werden können. Auch wenn Letzteres möglicherweise erst in einem größeren Zeithorizont wirksam, weil die Erkenntnisse erst zu einem späteren Zeitpunkt Nutzen für die Gruppe von Betroffenen bringen.

(C) Robert Kneschke

INSTRUMENTE UND DIE ROLLE VON PFLEGENDEN IN DER REALISIERUNG FORSCHUNGSETHISCHER PRINZIPIEN

Informed consent zur Achtung der Menschenwürde und Autonomie

Für die Teilnahme an Forschungsvorhaben im Gesundheitsbereich ist die informierte Einwilligung, der Informed consent Standard. Ziel ist es, potenzielle ForschungsteilnehmerInnen vor Missbrauch oder Ausbeutung zu schützen, in dem sich diese auf Basis einer angemessenen Information selbst bestimmt für oder gegen eine Teilnahme entscheiden können.

Der Begriff Informed consent leitet sich aus dem englischen informed für informiert (auch fundiert, sachkundig) und consent für Zustimmung, Einwilligung, Einverständnis ab und bedeutet die Einwilligung nach einer umfassenden Aufklärung. Die Möglichkeit, zuzustimmen oder abzulehnen wird als eine Form der Selbstbestimmung und als zentrales Instrument der Verwirklichung der Patient(inn)enautonomie betrachtet (Düwell, 2008). Die Grundlage des Informed consent ist der Nürnberger Kodex der Ärztlichen Ethik, eine Leitlinie zur Forschung am Menschen aus dem Jahre 1947 (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft o.D.) und Folge der Nürnberger Ärzteprozesse in den Jahren 1946/1947 zu den Humanexperimenten im Nationalsozialismus. Der Nürnberger Kodex wurde vom Weltärztebund (World Medical Association) in der Helsinki und Tokyo Deklaration (1964/1975) weiter entwickelt, präzisiert und in diverse Guidelines übertragen. So findet sich z.B. in den Guidelines des Council for International Organizations of Medical Sciences eine Definition von Informed consent, die in dieser Allgemeinheit in vielen anderen Forschungsstandards verankert ist. Sie lautet: Die Einwilligung nach Aufklärung ist die Entscheidung eines kompetenten Einzelnen, der alle Informationen erhalten, verstanden und geprüft hat, freiwillig und ohne äußere Einwirkung an einer Forschung teilzunehmen (CIOMS, 2002). Eine sehr ähnliche Definition von Informed consent wird auch in der Pflegeforschung verwendet. Auch hier wird auf die adäquate Information, auf das Verstehen derselben sowie auf die Freiwilligkeit verwiesen (Polit & Hungler, 1999, 140). Die umfassende und angemessene Information (informed) dient potenziellen TeilnehmerInnen zur Entscheidungsfindung, mit der freiwilligen und kompetenten Zustimmung oder Einwilligung (consent) werden Forschende autorisiert, etwas Bestimmtes zu tun. Informed consent setzt demnach folgende Aspekte voraus:

- Kompetenz zu verstehen und bewusst zu entscheiden
- Vollständige und angemessene Information, auch über mögliche Konsequenzen
- Entscheidungsmöglichkeit ohne Fremdkontrolle (Faden & Beauchamp, 1986; Maio, 2012)

Diese Voraussetzungen sind gleichzusetzen mit der Möglichkeit, autonom zu handeln, die nicht alle sozialen Gruppen zur Gänze erfüllen können, wie z.B. kleine Kinder, schwerkranke Menschen, Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen. Sind die Möglichkeiten des Verstehens oder Handelns eingeschränkt, besteht die Gefahr einer Verletzung, so dass besondere Maßnahmen zum Schutz erforderlich sind. Dabei können verschiedene Formen des Informed consent unterschieden werden.

Eine Form ist die Übernahme der Entscheidung durch Angehörige, bei Kindern durch die Eltern oder bei Erwachsenen rechtliche BetreuerInnen, der sogenannte stellvertretende Consent (auch proxy oder surrogate consent). Dabei gilt es zu beachten, dass eine wie auch immer zum Ausdruck kommende Ablehnung des unmittelbar Betroffenen zu akzeptieren ist, auch wenn rechtlich autorisierte Betreuungspersonen zustimmen würden oder zugestimmt haben. Eine erweiterte Variante des stellvertretenden Consent ist der sogenannte Community Consent. Bei dieser Form des Consent werden neben Angehörige auch weniger involvierte Personen hinzugezogen, wie z.B. Freunde und Bekannte oder Pflege- und Betreuungspersonen. Um sicherzustellen, dass nicht einseitig persönliche Interessen einer stellvertretend entscheidenden Person verfolgt werden, werden mehrere Menschen mit einbezogen. Die betroffene Person selbst ist ebenfalls eingebunden, soweit sie es selbst möchte und kann. An dieser Stelle kann auf einem breiten Konsens aller Involvierten eine Zustimmung oder eine Ablehnung an der Teilnahme an einem Forschungsvorhaben erfolgen (Schrems 2014). Darüber hinaus wird auch eine nachträgliche Einwilligung diskutiert, z.B. bei zeitlich nicht einwilligungsfähigen Personen

(z.B. in Notfällen). Bei einer nachträglichen Ablehnung können die erfassten Daten jedoch nicht in die Untersuchung einbezogen werden, sie müssen gelöscht oder vernichtet werden. Letztendlich kann auf eine Einwilligung auch verzichtet werden, wenn diese undurchführbar ist. „In diesem Zusammenhang stellt die Bewertung des Risikos einer studienbezogenen Maßnahme oder Intervention ein essentielles Element in der Rechtfertigung eines Einwilligungsverzichts dar.“ (Bioethikkommission 2013, S. 13)

Die Rolle der Pflege in der Achtung der Menschenwürde und Autonomie

Menschen sind verletzbar und Menschen in außerordentlichen Situationen sind besonders verletzbar, sie bedürfen eines besonderen Schutzes vor Missbrauch und Ausbeutung. Im Zusammenhang mit Forschung sind sie als vulnerabel zu bezeichnen, weil in der Forschungsanwendung die Möglichkeit eines noch größeren oder eines zusätzlichen Schadens gegeben sein kann. Die Rolle von Pflegenden als Vertrauensperson beinhaltet die Wahrnehmung der Verletzlichkeit dieser Personen. Dabei geht es nicht nur um die prinzipielle Einwilligung, diese wurde vielleicht allgemein gegeben, sondern auch um die Bereitschaft zur Teilnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt. Beispiele hierzu sind Menschen, die an Krebs erkrankt sind und an den Belastungen der Therapie leiden, Menschen, die Schmerzen haben, Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die für den Moment entscheiden, oder hospitalisierte Kinder, die an Heimweh leiden. In diesen und ähnlichen Situationen sind sie besonders vulnerabel, was jedoch nicht bedeutet, dass sie das immer und in allen Facetten ihres Lebens sind. Das Konzept Vulnerabilität weist eine große Spannbreite auf. Die Rolle der Pflegeperson ist es daher, den Grad an Vulnerabilität zu erkennen und wenn notwendig, im Namen dieser Menschen zu handeln sowie für Gerechtigkeit zu sorgen.

Mit Vulnerabilität wird einerseits eine menschliche Grundeigenschaft beschrieben. Jeder Mensch ist verletzbar. Die Existenz der Menschenrechte zeugt ebenso wie Epidemien oder Umweltkatastrophen von einer existentiellen Schutzbedürftigkeit. Andererseits hat das Konzept eine spezifische Bedeutung, in dem es auf Gruppen von Menschen mit bestimmten Merkmalen und/oder auf Menschen in speziellen Situationen verweist. Armut, Migrationsstatus, Behinderung, Krankheit oder psychische Dispositionen können verletzbar machen und die Fähigkeit, für sich selbst Sorge zu tragen, einschränken. Diese zweifache Bedeutung des Begriffs führt zu zahlreichen Versuchen, Vulnerabilität zu präzisieren. Trotz der Breite des Begriffs herrscht Einigkeit darüber, dass eine Definition von Vulnerabilität zwei zentrale Aspekte beinhalten muss:

- Die Art der Verletzlichkeit des Menschen und die daraus resultierende Möglichkeit, einen Schaden zu erleiden,
- sowie die potenzielle Unfähigkeit, sich selbst davor zu schützen (Schrems 2014).

Die Ursachen für die mangelnde Fähigkeit, sich selbst zu schützen, können sehr unterschiedlich sein, wie z.B. kognitive, juristische, soziale, medizinische, ressourcenbezogene sowie infrastrukturelle Aspekte (Kipnis, 2006). Diese Arten der Vulnerabilität können einzeln oder in Kombination auftreten. So kann eine Person durch eine demenzielle Erkrankung vermeintlich die Bedeutung einer Entscheidung kognitiv nicht erfassen. Gleichzeitig kann diese kognitiv vulnerable Person auch als juristisch oder sozial vulnerabel bezeichnet werden, indem gesetzliche VertreterInnen die Entscheidungen treffen und diese Person pflegebedürftig und von anderen Personen abhängig in einer Langzeitpflegeeinrichtung lebt. Es kann jedoch auch nur eine Art der Vulnerabilität vorhanden sein, z.B. Menschen, die in Armut leben und aus existenzsichernden Gründen an einem bezahlten Medikamententest teilnehmen. Ein wiederum anderes Beispiel ist eine Frau in einer patriarchisch geprägten Gesellschaft, die keinen Zugang zu Gesundheitsressourcen ohne Zustimmung eines Mannes hat. Alle drei Personen sind im allgemeinen Verständnis einer vulnerablen Gruppe zugehörig, jedoch mit sehr unterschiedlichen Entscheidungskompetenzen bzw. Möglichkeiten, für die eigene Sicherheit zu sorgen und für ihre Interessen einzutreten.

So kann auch ein Großteil der zu Pflegenden, bedingt durch Multimorbidität und/oder altersbedingter Gebrechlichkeit als vulnerabel und schutzbedürftig im Sinne einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines zusätzlichen oder größeren Unrechts bezeichnet werden. Zur Feststellung des Grades an Verletzlichkeit und des Risikos eines zusätzlichen Schadens muss der Fokus auf das Besondere der ForschungsteilnehmerInnen im jeweiligen Kontext und im gesamten Forschungsprozess gerichtet werden. Vulnerabilität wird so nicht nur dem Menschen oder einer Gruppe von Menschen zugeschrieben, sondern der gesamten Situation. Der Pflege kommt hierbei eine besondere Rolle zu. Pflege als Profession folgt im Unterschied zur krankheitsbezogenen heilenden Medizin (cure) dem Prinzip der Fürsorge (care). Dabei steht nicht die Behandlung von Krankheit, Behinderung und von Alterserscheinungen im Zentrum, sondern die Unterstützung in der Alltagsbewältigung, die sich in Folge von oder als Reaktion auf Krankheit, Behinderung und Alter verändert bzw. verändert hat. Fürsorge wird in diesem Zusammenhang im Sinne der Care-Ethik verstanden, deren tragendes Element die menschliche Beziehung darstellt. Die theoretischen Wurzeln dazu finden sich bei Carol Gilligan und ihren Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden moralischen Handelns (Gilligan, 1993). In der Pflege wurde Caring als Grundprinzip pflegerischen Handelns und ethischen Urteilens übernommen (Sargent, 2012; Tschudin, 2003; Watson, 1985). Das Zusammentreffen von Vulnerabilität, Caring und wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn erzeugt im Forschungszusammenhang ein ethisches Spannungsfeld. Die Folgen sind mögliche Interessenskonflikte, wenn therapeutische Ziele nicht mit Forschungszielen im Einklang stehen, aber auch Verzerrungen bei der Auswahl

der TeilnehmerInnen, bei der Datenerhebung, der Datenanalyse und –interpretation sowie Probleme der Vertraulichkeit oder Gefühle von Zwang zur Teilnahme (Schrems, 2013). Die Lösung ist nicht, vulnerable Personen durch einen Ausschluss aus Forschungsvorhaben zu schützen, weil dadurch die Prinzipien der Gerechtigkeit und des Wohltuns verletzt werden. Es geht vielmehr darum, die Wahrscheinlichkeit eines zusätzlichen oder größeren Unrechts feststellen und zu minimieren. Dies erfolgt durch eine Nutzen-Risiko Abwägung. Dabei gilt es bei der Auswahl von ForschungsteilnehmerInnen zwei Faktoren abzugleichen: (1) die Art der Gefahr oder Bedrohung und (2) die Ressourcen oder Fähigkeiten, diese zu bewältigen.

Nutzen–Risiko Abwägung zum Erreichen von Wohltat

Eine Risiko-Nutzen Abwägung ist mehr oder weniger explizit die Grundlage jeder Entscheidung über die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben, wer immer sie auch trifft. Die erste Voraussetzung dazu ist, dass der Nutzen und die Risiken bekannt sind. Die Darlegung derselben erfolgt bereits bei der Forschungsplanung durch die forschende Person. Der Nutzen oder die Vorteile finden sich in der Zielsetzung des Forschungsvorhabens formuliert. Dabei kann unterschieden werden, ob die Person einen direkten Nutzen hat, z.B. durch eine spezielle Intervention, oder ob der Nutzen für eine Gruppe von Menschen gilt, die dieselben Merkmale aufweisen, z.B. das Erleben einer Isolierung aufgrund eines multiresistenten Keimes. Die insolierten PatientInnen haben wahrscheinlich keinen unmittelbaren Nutzen von den Forschungsergebnissen, aber zukünftig die Gruppe der Isolierten. Je direkter der mögliche Nutzen ist, desto höher ist auch das Risiko eines Schadens oder Nachteils. Z.B. können Untersuchungen zu neuen Lagerungstechniken, deren Wirkung im Rahmen eines Experiments getestet wird, zur Schmerzlinderung den Schmerz unmittelbar lindern, aber auch unmittelbar einen Schaden erzeugen. Neben dem angestrebten Nutzen können durch eine Forschungsteilnahme auch noch Vorteile als Nebeneffekte entstehen, wie z.B. Informationen, Abwechslung oder Selbsterkenntnis.

Risiko bezeichnet ein noch nicht eingetretenes unerwünschtes Ereignis. Unerwünschte Ereignisse können im physischen Bereich oder im psychischen Bereich auftreten. Ein körperlicher Schaden wäre der genannte Schaden durch die Anwendung einer neuen Lagerungstechnik. Psychische Belastungen können durch Forschungsthemen entstehen, die physische und psychische Leiden bereiten und/oder tabuisierte bzw. traumatisierende Erfahrungen hervorbringen. Auch bei den Risiken können neben den unmittelbaren Folgen durch Forschung Nachteile als Nebeneffekte entstehen. Dies sind z.B. Zeitverlust durch ein Interview oder das Eindringen in die Privatsphäre, wenn dieses z.B. im Wohnbereich der interviewten Person stattfindet. Das Eindringen in die Lebenswelt der ForschungsteilnehmerInnen bringt auch einen Mangel an Anonymität und Vertraulichkeit mit sich. Die Aufgabe der forschenden Person ist es, den Nutzen und die Risiken fundiert zu reflektieren, gegeneinander abzuwägen und die Forschungsmethoden entsprechend anzupassen.

Die Rolle der Pflegepersonen in der Nutzen-Risiko Abwägung

Im Einzelfall ist es aber oft nicht die forschende Person, die eine fundierte Nutzen-Risiko Abwägung machen kann, sondern die Pflegeperson in der Praxis. Sie kennt die potenziellen oder realen ForschungsteilnehmerInnen gut, kann deren Reaktionen deuten, ist gegebenenfalls mit möglichen Folgen konfrontiert und hat für Unterstützung zu sorgen, wenn Belastungen auftreten. Ihre Aufgabe ist es, als FürsprecherIn für die ForschungsteilnehmerInnen aufzutreten, sich einzubringen und Zeit und Raum der Forschungsanwendung mitzubestimmen oder vielmehr mitzugestalten, so dass Risiken minimiert und eine forschungsindizierte Vulnerabilität vermieden werden kann. Doch auch hier ist es wichtig, die Prinzipien der Wohltat und der Schadensvermeidung mit jenen der Autonomie und Gerechtigkeit abzuwägen.

Die Auswahl von ForschungsteilnehmerInnen zur Sicherung von Gerechtigkeit

Gerechtigkeit bei der Auswahl von ForschungsteilnehmerInnen bedeutet, dass die Lasten und Vorteile auf die Bevölkerungsgruppen gleich verteilt sind (Metzler & Childress 2008). Die Geschichte der Forschungsethik zeigt jedoch, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen seit jeher für Hochrisikoforschung ausgewählt wurden. Die neuere Geschichte der Forschungsethik beginnt mit den Experimenten des nationalsozialistischen Regimes während des zweiten Weltkriegs und dem Nürnberger Kodex (1947) als Konsequenz. Im Dritten Reich stellten vor allem psychiatrische Einrichtungen und die Konzentrationslager das Experimentierfeld für die Medizin dar (Textor 1989). Die Rolle von Pflegepersonen dabei wurde von Hildegard Steppe eindrücklich dokumentiert (Steppe 2013). Aber nicht nur im Dritten Reich, sondern auch in den Vereinigten Staaten wurden vor und auch nach der Entwicklung des Nürnberger Kodex ähnlich menschenverachtende Experimente durchgeführt. Bekannteste Beispiel ist das „Tuskegee Syphilis Experiment“. Bei diesem Experiment wurden im Zeitraum von 1932 bis 1972 über 400 an Syphilis erkrankte Afroamerikanern nicht über die Diagnose informiert und auch nicht medizinisch behandelt, um so den Krankheitsverlauf beobachten zu können (Burns & Grove 2005). Dieses Experiment war von staatlicher Seite unterstützt und von anerkannten MedizinerInnen durchgeführt worden. Ebenso wurden zur Bekämpfung von kriegswichtigen Seuchen Anstaltsinsassen für Menschenversuche wie z.B. für Impfstoff oder für Medikamententest herangezogen (Schott 2003). Es sind dies nur wenige Beispiele aus einer vielleicht nicht langen, aber doch sehr dichten Geschichte ethisch äußert bedenklicher Forschung im Gesundheitsbereich. Die Kenntnis der Geschichte der medizinischen Forschung und vor allem die der unterstützenden Rolle der Pflegepersonen ist wichtig für die Schaffung eines Bewusstsein zu Bedeutung der Forschungsethik, eben nicht nur für jene, die die Forschung durchführen.

Forschende wählen die potenziellen ForschungsteilnehmerInnen entsprechend der Fragestellung aus. Das tun sie, indem sie Einschlusskriterien festlegen. Das sind Merkmale, die Personen erfüllen müssen, um als TeilnehmerInnen in Frage zu kommen. Dies können Alter, Geschlecht, Zustandsbild, Pflegediagnose oder auch das Setting sein. In den meisten Fällen werden auch Ausschlusskriterien genannt, d.h. Merkmale von Personen, die von einer Teilnahme ausgeschlossen sind. Z.B. Menschen mit ungenügenden Deutschkenntnissen bei Interviews oder Patschworkfamilien bei Themen, die Eltern betreffen. Sind die wissenschaftlichen Kriterien der ForschungsteilnehmerInnen festgelegt, gilt es weitere Überlegungen anzustellen. Es sind dies die Risikominimierung und die Nutzensteigerung. Gerechtigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass für risikoreiche Forschungsvorhaben nicht jene Gruppen vorzugsweise eingeschlossen werden, die ohnehin größeren Risiken ausgesetzt sind. Weitere Überlegungen sind die Verringerung der Vulnerabilität, die partnerschaftliche Teilhaberschaft sowie die Durchführbarkeit z.B. im Hinblick auf notwendige Ressourcen im praktischen Kontext der Pflege. In allen Punkten kommt mitwirkenden Pflegepersonen eine wichtige Rolle zu.

Die Rolle der Pflegepersonen in der Sicherung der Gerechtigkeit

Gerechtigkeit bezieht sich neben der Gleichverteilung von Vor- und Nachteilen von Forschung auch auf den fairen Umgang mit ForschungsteilnehmerInnen einer Studie. Die Rolle der Pflegepersonen hierbei ist es, einen kritischen Blick zu wahren, auch auf die eigene Beziehung zu potenziellen ForschungsteilnehmerInnen, wenn sie z.B. Empfehlungen zur Auswahl von TeilnehmerInnen macht. Die Auswahl darf nicht nach persönlichen Vorlieben erfolgen und nicht von Voreingenommenheiten geleitet sein, z.B. im Hinblick auf soziale, ethnische oder kulturelle Merkmale. Ebenso wenig dürfen Personen für eine Studie empfohlen werden, um ihnen einen persönlichen Vorteil zu verschaffen. Jenen, die nicht teilnehmen oder zu einem späteren Zeitpunkt aus einer Studie aussteigen wollen, darf wiederum kein Nachteil entstehen. Sind Pflegepersonen in Interventionsstudien beteiligt, z.B. in dem sie Daten sammeln oder bestimmte Wirkungen beobachten und dokumentieren, dann muss den Nicht-Teilnehmenden weiterhin die beste Pflege oder Behandlung zukommen. Die partnerschaftliche Teilhaberschaft bedeutet, dass die Teilnehmenden an der Forschung nicht als Mittel zum Zweck werden, sondern in ihren unterschiedlichen Expertisen als PartnerInnen anerkannt werden. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass die partnerschaftliche Teilhabe als ein Lockmittel benutzt wird. Die Nähe, die durch diese partnerschaftliche Teilhabe entsteht, erfordert eine kontinuierliche Reflexion der Regeln im Umgang miteinander, z.B. wie Daten und Informationen gesammelt, festgehalten und ausgewertet werden, damit für die Beteiligten kein Schaden entsteht und deren Privatsphäre gewahrt bleibt (Bergold & Thomas 2012). Da Forschung in der Praxis in den meisten Fällen Ressourcen benötig, sei es das eine oder andere Gespräch, die Beteiligung an Arbeitsgruppen oder an Workshops oder die Dokumentation von Daten, gilt es auch zu klären, in wie weit diese zusätzlichen Anforderungen die an sich knappen Ressourcen der Pflege noch mehr einschränken. So ist es die Rolle der Pflegepersonen in der Praxis kritisch zu prüfen, inwiefern durch die Forschung bestimmte Pflegehandlungen nicht durchgeführt werden können oder unter zusätzlichen Belastungen durchgeführt werden müssen, und Kompensationsmöglichkeiten zu klären.

Forschungsethik geht jeden an

Forschungsethik geht jeden an, soviel sollten wir aus der Geschichte der Pflege im Nationalsozialismus gelernt haben. Darüber hinaus hat sich die Pflege den Anspruch, eine Profession zu sein, auf ihre Fahnen geschrieben. Dies bedeutet, das pflegerische Handeln wissenschaftlich zu fundieren und abzusichern, doch vielfach muss das wissenschaftliche Fundament erst geschaffen werden. Dazu ist eine gute Zusammenarbeit zwischen allen an einem Forschungsvorhaben Beteiligten notwendig, die jedoch nur dann gelingt, wenn die forschungsethischen Prinzipien zwischen den Beteiligten bekannt, ausgetauscht und eingehalten werden.

Autorin

www.berta-schrems.at

Mag. Dr. Berta Schrems
Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, Soziologiestudium, Weiterbildungen in Personal- und Organisationsentwicklung sowie Qualitäts- und Projektmanagement. Freiberuflich tätig in Lehre, Beratung und Forschung. Privatdozentin der Universität Wien. Mitherausgeberin der PFLEGE - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe.

Literatur

BERGOLD, J. & THOMAS, S. (2012): Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. Forum Qualitative Sozialforschung 13 (1), Artikel 30, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201302 (10.10.2016)

BIOETHIKKOMMISSION (2013): Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen – unter besonderer Berücksichtigung des Risikobegriffes. Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. https://www.bka.gv.at/DocView.axd? CobId=51902 (30.09.2016)

Bu, X. & Jezewski, M. A. (2007): Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 57(1): 101-110.

BURNS, N., GROVE, S.K. (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden. München: Elsevier, Urban & Fischer.
CIOMS (2002): International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. CIOMS: Geneva.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT (o.D.): Nürnberger Kodex (1947): http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/NuernbergKodex.pdf (02.08.2016)

DÜWELL, M. (2008): Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. J.B. Metzler: Stuttgart, Weimar.

FADEN, R. R. & BEAUCHAMP, T. L. (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press: New York.

GILLIGAN, C. (1993): In a different voice. Harvard University Press: Cambridge Massachusetts, London.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (2006): ICN-Ethikkodex für Pflegende. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/ icncode_german.pdf (30.09.2016).

KIPNIS, K. (2006): Vulnerability in Research Subjects: A Bioethical Taxonomy (Research Involving Human Participants V2) „Online Ethics Center for Engineering, 6 (15): www.onlineethics.org/Topics/RespResearch/ResResources/ nbacindex/nbachindex/hkipnis.aspx (30.09.2016).

MAIO, G. (2012): Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Schattauer: Stuttgart.

MELTZER, L, A, CHILDRESS, J.F. (2008): What is fair participant selection? In: Emanuel E.J. et al. (Hg.): The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics, Oxford University Press, New York, 377–385.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. (1999): Nursing Research. Principles and Methods. Lippincott: Philadelphia, New York, Baltimore.

SARGENT, A. (2012): Reframing caring as discursive practice: a critical review ofconceptual analyses of caring in nursing. Nursing Inquiry, 19(2): 134-143.

SCHREMS, B. (2013): Mind the gaps in ethics regulations of nursing research. Nursing Ethics, 20 (3), 294 – 304.

SCHREMS, B. (2014). Informed consent, vulnerability and the risks of group-specific attribution. Nursing Ethics, 21(7) 829-843.

SCHOTT, H (2003): Menschenversuch und Menschlichkeit. Deutsches Ärzteblatt, 100 (17), A1108-A1111.

STEPPE, H. (2013): Pflege im Nationalsozialismus. 10. Aktualisierte Auflage. Mabuse Verlag: Frankfurt am Main.

THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (2016): Belmont Report (1997): http://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html (30.09.2016).

TEXTOR, M.R. (1989): Experimente am Menschen - ethische und juristische Aspekte. Medizin Mensch Gesellschaft 1989, 14, 208-213.

TSCHUDIN, V. (2007): Ethics in Nursing. The Caring Relationship. Butterworth-Heinemann: Edinburgh, London, New Yoirk, Oxford, Philadelphia, St. Luis, Sydney, Toronto.

WATSON, J. (1985): Nursing. The Philosophy And Science Of Caring. University Press of Colorado: Niwot, Colorado.

GABAL 30 MINUTEN

Großes Lesergewinnspiel

zum 20-jährigen Bestehen der 30-Minuten-Reihe

Der GABAL Verlag verlost 30 Erlebnis-Gutscheine von Jochen Schweizer im Wert von 60 €.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Was Sie dafür tun müssen?

Erwerben Sie ein 30-Minuten-Buch, schicken Sie den Kaufbeleg bis zum 30.01.2017 an den Verlag und nehmen Sie automatisch an der Verlosung teil.

JOCHEN SCHWEIZER
Du bist, was du erlebst.

Teilnahmebedingungen unter gabal-verlag.de/agb

(C) JSB31

Demenz.Bewegt.Leben

Ein nachhaltiges Lehr- und Lernprojekt zur Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz

Gesundheitsförderung stellt in unserer Gesellschaft aktuell und zukünftig einen bedeutsamen Bereich in der Gesundheitsversorgung dar. Die Rahmen-Gesundheitsziele[1] oder auch die 2014 erlassene Gesundheitsförderungsstrategie [2] bieten dafür eine strategische Basis. In Hinblick auf die Aktionsbereiche werden als eine Zielgruppe ältere Menschen definiert: So werden gemäß Gesundheitsförderungsstrategie Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds für die Förderung der sozialen Teilhabe sowie der psychosozialen Gesundheit älterer Menschen bereitgestellt; in den Rahmen-Gesundheitszielen wird die Wichtigkeit unterschiedlicher Themenbereiche wie etwa Ernährung und Bewegung bis ins hohe Lebensalter betont. Das Lehr- und Lernprojekt „Demenz.Bewegt.Leben“ der Studiengänge Gesundheits- und Pflegemanagement an der Fachhochschule Kärnten setzt genau hier an. Es hat sich der Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz verschrieben und will im Rahmen einer Bewegungskampagne für das Thema sensibilisieren.

Bewegungsförderung spielt im Zuge primärpräventiver Bemühungen hinsichtlich Demenz eine große Rolle, doch auch für Menschen mit Demenz sind bewegungsbezogene Interventionen wichtig. Dadurch können einerseits physiologische Parameter wie Stabilität beim Stehen, Balance, Muskelkraft oder Bewegungsfähigkeit gestärkt werden; andererseits zeigen sich auch positive Effekte auf Aktivitäten des täglichen Lebens oder die Lebensqualität (Forbes et al., 2015; Mir et al., 2014). Derartige Erkenntnisse gilt es in einem ersten Schritt den Menschen mit Demenz, deren Angehörigen und den in Gesundheitsberufen Tätigen näher zu bringen, so dass Bewegungsförderung nachhaltig Einzug in die Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz finden kann.

Das Konzept zum Lehr- und Lernprojekt „Demenz.Bewegt.Leben“

An den Studiengängen Gesundheits- und Pflegemanagement der Fachhochschule Kärnten wurde aus diesen Gründen das Lehr- und Lernprojekt „Demenz.Bewegt.Leben“ gestartet. Im Wintersemester 2014/2015 erarbeiteten die Drittsemestrigen des Vollzeitbachelorstudienganges Gesundheits- und Pflegemanagement unter Leitung von Fachhochschulprofessorin Eva Mir eine Bewegungskampagne für Menschen mit Demenz. Die Initiative ist curricular betrachtet eingebettet in das Modul „Gesundheitsförderung: Grundlagen und Anwendung“ (10.5 ECTS; 8 SWS): Hier wird eingangs Basis- und Praxiswissen der Gesundheitsförderung und Prävention vermittelt und erarbeitet, um dann das Erlernte an einem Anwendungsprojekt zu erproben. „Demenz.Bewegt.Leben“ bot in diesem

Rahmen die Möglichkeit, theoretisch erworbenes Wissen in der Praxis umzusetzen und dabei einen Beitrag zu evidenzbasierter Gesundheitskommunikation zu liefern (Hurrelmann & Leppin, 2001). Gearbeitet wurde in drei Teilgruppen, die kontinuierlich mittels Mentoring durch die Lehrveranstaltungsleiterin begleitet wurden (Eps et al., 2006). Zwischenpräsentationen boten die Gelegenheit, das bereits Erarbeitete mit den Kommilitoninnen und Kommilitonen zu diskutieren und wertvolle Inputs für die weiteren Schritte zu erhalten. Die Lehrveranstaltung zeichnete sich durch ein hohes Ausmaß an partizipativer Gestaltung und aktives Lernen aus (Middleton, 2013). Anstelle einer Abschlussprüfung galt als finaler Leistungsnachweis das jeweils erarbeitete Informationsmaterial, das in weiterer Folge einen praktischen Nutzen hat, nämlich Menschen über die Bedeutsamkeit von Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz aufzuklären.

„Mit dem Lehr- und Lernprojekt „Demenz.Bewegt. Leben“ haben wir das konventionelle Konzept von Lernen und Überprüfen verlassen. Als Resultat liegt vielmehr ein aktiver Beitrag für die Gesundheitsförderung vor, nämlich für die Aufklärung zur Bedeutung von Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz.“

(Lehrveranstaltungsleiterin Eva Mir)

Die Materialien zur Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz

Die erste Teilprojektgruppe (N. Breunig, M. Herrenhof, C. Jank, E. Mijić, C. Frey) entwickelte ein Poster sowie eine Postkartenserie, die nachweislich gesundheitswirksame Bewegungsarten für Menschen mit Demenz darstellen. Die Postkarten enthalten neben Bildern, die die gewählten sechs Bewegungsarten darstellen (Tanzen, Gartenarbeit, Yoga, Radfahren, Dehnen, Spazieren), kurze, einprägsame Sprüche, die den Nutzen der jeweiligen Bewegungsart unterstreichen. So zeigt beispielsweise eine Postkarte eine Gruppe älterer Menschen beim Tanzen und führt den auf Basis der Literatur (Karkou & Meekums, 2014) entwickelten Spruch „Durch Tanzen körperliche und soziale Integration fördern!“. Die Bilder sind auf den Postkarten als Puzzle-Steine dargestellt, die in der Gesamtheit zusammengeführt das Poster ergeben. Teilgruppe 2 (A. Griesser, S. Kumb, L. Peißl, J. Trost, P. Zwerger) hat ein Informationsfaltblatt entwickelt, das sich in erster Linie an die Angehörigen von Menschen mit Demenz richtet und diesen den Nutzen von Bewegungsförderung näher bringt. Neben dem Nutzen, den Bewegung für Menschen mit Demenz hat, werden fünf Empfehlungen zur Anregung und Aktivierung der Betroffenen gegeben (Bonner, 2005; Buijssen, 2005), wobei ebenso auf eine literaturgestützte und wissenschaftlich fundierte Aufarbeitung größter Wert gelegt wurde. Zudem wurden drei regionale Expertinnen und Experten aus Gesundheits- und Pflegemanagement, Pflege und Medizin zu Bewegung für Menschen mit Demenz interviewt und deren Stimmen in das Informationsfaltblatt aufgenommen. Teilprojektgruppe 3 (M. Gruber, M. Hedenik, A.-T. Mark, P. Mautz, M. Pesserer) hat ein Drehbuch und ein Storyboard als Grundlage für ein Video erstellt. Zu Beginn werden hier pathogenetisch orientierte Fakten rund um Demenzerkrankungen aufgearbeitet (Gleichweit & Rossa, 2009). Der Alltag eines Menschen mit Demenz wird unter Rückbezug auf zahlreiche negative Stereotypien dargestellt, um in weiterer Folge die positiven Folgen von sozialer Teilhabe und Bewegung aufzugreifen. So wird das anfangs negativ gezeichnete Bild Schritt für Schritt ins Positive gekehrt, um schließlich ressourcenorientiert mit zahlreichen positiven Fakten über Bewegung für Menschen mit Demenz zu schließen. Das Video ist über You Tube verfügbar[3].

Die Bewegungskampagne „Demenz.Bewegt.Leben“ in der Öffentlichkeit

Bereits im Rahmen der Lehrveranstaltung wurden erste Schritte zur Öffentlichkeitsarbeit für die Bewegungskampagne „Demenz.Bewegt.Leben“ unternommen. Das Konzept sowie die Ergebnisse aus den drei Teilprojektgruppen sind auf der Homepage der Fachhochschule Kärnten präsentiert; dort können die Kampagnenmaterialien kostenfrei heruntergeladen werden[4]. Die Postkartenserie, das Poster sowie das Informationsfaltblatt wurden mit finanzieller Unterstützung durch die Studiengänge Gesundheits- und Pflegemanagement sowie durch die ÖH FH Kärnten Studierendenvertretung gedruckt und bei unterschiedlichen Anlässen (z.B. Demenzfachtag der FH Kärnten im September 2015, Kärntner Demenzforum im Oktober 2015) disseminiert. Darüber hinaus wurde die Kampagne im März 2015 im ÖGPH Newsletter vorgestellt (Mir, 2015a) und am Interprofessionellen Gesundheitskongress in Dresden (Mir, 2015b) sowie beim Kärntner Demenzforum im Herbst 2015[5] präsentiert. Eine Beschreibung des Lehrveranstaltungskonzepts findet sich im Atlas der guten Lehre des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft[6]. Im Rahmen des Sustainability Award 2016 wurde die Initiative in der Kategorie „Lehre und Curricula“ mit dem 3. Platz ausgezeichnet[7].

„Mit der Bewegungskampagne „Demenz.Bewegt. Leben“ haben wir einen nachhaltigen Beitrag zur Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz in der Region und auch darüber hinaus geleistet.“ (Lehrveranstaltungsleiterin Eva Mir)

Zukünftig gilt es, an den Erfolg der Bewegungskampagne „Demenz.Bewegt.Leben“ anzuschließen und weitere Beiträge für Gesundheitsförderung im Rahmen von Lehr- und Lernprojekten zu entwickeln.

Fussnoten

(1)http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/ [03.09.2016]

(2)http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheitsfoerderungsstrategie [03.09.2016]

(3) https://www.youtube.com/watch?v=J6VEvFIV750 [03.09.2016]

(4)https://www.fh-kaernten.at/de/unser-studienangebot/gesundheit-soziales/ueberblick/gesundheit-soziales/bachelor/gesundheits-und-pflegemanagement/mehr-gesundheits-und-pflegemanagement/projekte-von-studierenden/demenzbewegtleben/ [03.09.2016]

(5)http://www.kaerntner-demenzforum.at/eva-mir/ [03.09.2016]

(6)http://www.gutelehre.at/lehre-detail/?tx_bmwfwlehre_pi1%5Bproject%5D=215&tx_bmwfwlehre_pi1%5Bcontroller%5D=Project&tx_bmwfwlehre_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=d68f1702818bcfdf4cc6011979f4d09c [03.09.2016]

(7)http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20160503_OTS0201/kampagne-demenzbewegtleben-mit-sustainability-award-ausgezeichnet-bild [03.09.2016]

Literatur

Bonner, C. (2005). Reducing Stress-related Behaviours in People with Dementia. Care-based Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.

Buijssen, H.P.J. (2005). The simplicity of dementia: a guide for family and carers. London: Jessica Kingsley Publishers.

Eps, M.A. van, Cooke, M., Creedy, D.K. & Walker, R. (2006). Student evaluations of a year-long mentorship program: A quality improvement initiative. Nurse Education Today, 26, 519-524.

Forbes, D., Forbes, S.C., Blake, C.M., Thiessen, E.J., & Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Online in Internet: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006489.pub4/full [03.09.2015].

Gleichweit, S. Rossa, M. (2009). Erster österreichischer Demenzbericht, Wien: WGKK

Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.) (2001). Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Hans Huber Verlag

Karkou V., Meekums B. (2014). Dance movement therapy for dementia (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Online in Internet:

Middleton, R. (2013). Active learning and leadership in an undergraduate curriculum. How effective is it for student learning and transition to practice? Nurse Education in Practice, 13, 83-88.

Mir, E. (2015a). Bewegungskampagne „Demenz.Bewegt.Leben“ an den Studiengängen Gesundheits- und Pflegemanagement der Fachhochschule Kärnten erfolgreich umgesetzt. ÖGPH Newsletter, März 2015 . Online in Internet: http://www.oeph.at/images/newsletter/%C3%96GPH_Newsletter_M%C3%A4rz_2015.pdf [03.09.2016]

Mir, E. (2015b). Demenz.Bewegt.Leben – Konzipierung und Realisierung einer Bewegungskampagne für Menschen mit Demenz. HeilberufeSCIENCE, 6 (Suppl), 13

Mir, E., Gebhard, D., Webernig, G., Fluch, E., Mitterbacher, A. & Bokalić, M. (2014). Bewegung und Demenz. Ein innovatives transdisziplinäres Gesundheitsförderungsprojekt unterstützt gemeinsame Bewegung bei demenzerkrankten Menschen. Procare, 5, 30-31.

Autorin

Eva Mir (geb. Brunner)
FH-Profin. Priv.-Dozin. Maga. Drin.

arbeitet seit 2008 als Fachhochschulprofessur für Angewandte Sozialwissenschaften an den Studiengängen Gesundheits- und Pflegemanagement der Fachhochschule Kärnten. Im Mai 2014 hat sie sich an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd (Deutschland), an der sie 2010 als w3-Gastprofessorin gearbeitet hat, habilitiert (Titel der kumulativen Habilitationsschrift: Psychologische Gesundheitsförderung im Studien- und Arbeitskontext. Beiträge zur Förderung der Gesundheit von im Gesundheitswesen Tätigen). Die Venia Legendi wurde ihr für das Fachgebiet „Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention verliehen. Eva Mir hat weitreichende Lehr- und Projekterfahrungen im Bereich Gesundheitsförderung und beschäftigt sich vor allem im Rahmen von EU-Projekten mit gerontologischen Themen und vor allem Demenz.

volkshilfe.

FONDS DEMENZHILFE ÖSTERREICH

FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG FÜR DEMENZERKRANKTE

Die **Volkshilfe Österreich** unterstützt finanziell benachteiligte **Demenzerkrankte und deren pflegende Angehörige** mit Geldern aus dem Fonds Demenzhilfe Österreich.

Mehr als 500 Betroffene erhielten in den vergangenen Jahren einen Betrag von rund 300,- Euro.

SIE MÖCHTEN UM UNTERSTÜTZUNG ANSUCHEN?
TRETEN SIE MIT UNS IN KONTAKT!

Volkshilfe Österreich
Tel: +43 1 / 402 62 09
E-Mail: demenzhilfe@volkshilfe.at

MEHR INFOS UNTER:

www.demenz-hilfe.at/fonds
www.volkshilfe.at/demenzhilfe

PFLEGE PROFESSIONELL unterstützt die Volkshilfe mit dieser Gratisschaltung

Foto © Fotolia.com
Alexander Raths

Direktor Mag. (FH) Erich Fenninger, DSA
(C) Mike Ranz

Im Interview mit Erich Fenninger

Er taucht immer wieder in sämtlichen sozialen Medien und Zeitungen auf, setzt sich für Menschenrechte, soziale Gerechtigkeit, Kinder und Jugendliche, Pflegethemen und vieles andere ein. Geschäftsführer, Familienvater und Gerechtigkeitskämpfer in vielen Bereichen!

Ein Grund für Pflege Professionell diesen sozial aktiven Menschen zu einem Interview zu bitten...

Pflege Professionell: Können Sie uns zu Beginn etwas über sich als Person erzählen?

Erich Fenninger: Ich habe zu Beginn eine ganz normale Schullaufbahn abgeschlossen, bin nach dem Gymnasium in der HTL gelandet und habe dort die Matura absolviert. Schon damals mit 12 Jahren begann ich mich für die Themen „Frieden“, „soziale Gerechtigkeit“, „Menschenrechte“ zu interessieren. Schnell wurden diese Bereiche für mich besonders wichtig. Es war die Zeit der NATO-Vorrüstung, des Doppelbeschlusses, der Bedrohung durch Atomwaffen, des Widerstandes gegen die ersten Atomkraftwerke und der Unterdrückung des lateinamerikanischen Raumes. Dritte-Welt-Länder wurden groß ausgebeutet und das Apartheid Regime in Südafrika hatte seinen Höchsttand. Ich habe mir schon damals sehr früh über diese Themen Gedanken gemacht und war über diese Ungerechtigkeiten regelrecht erzürnt. Genau aus diesem Grund habe ich mit 15 Jahren begonnen, bei Amnesty International ehrenamtlich zu arbeiten. Wir haben Briefe geschrieben, um die Menschenrechte für besagte Gruppen einzufordern. Doch es blieb nicht nur beim Schreiben, denn es waren natürlich auch Aktionen gefragt. An meinen ersten Vortrag kann ich mich noch gut erinnern. Ich habe ihn damals zitternd abgehalten, doch es hat mir sehr viel bedeutet. Schon damals war klar, dass ich nach der Matura nicht im technischen Bereich bleiben wollte. Ich fand zwar Freude an der gestalterischen Architektur, die mich bis heute noch begeistert, aber mein Herz schlug eindeutig für die soziale Arbeit. Den Zivildienst absolvierte ich im Flüchtlingslager Traiskirchen, der Dienst an der Waffe war einfach unvorstellbar. Voller Freude entdeckte ich zu dieser Zeit den Studiengang „Sozialarbeit“, welchen ich mit ganzem Herzen absolvierte. Es waren nicht nur die Themen im Studium, sondern auch das Auseinandersetzen mit mir als Person, welches mich wachsen ließ. Fragen wie „Wie kann man sozial benachteiligte Menschen unterstützen?“ oder „Wie arbeitet man in einem solchen Bereich, damit diese Menschen ein verbessertes Leben führen können?“ formten mich in meinem Tun. „Weg vom Paternalismus, hin zur Ermächtigung des Einzelnen“. Während des Studiums wollte ich unbedingt in die freie autonome Sozialarbeit, doch am Ende wurde es die institutionelle Kinder- und Jugendarbeit beim Jugendamt, die ich voller Überzeugung antrat, weil es dort um multipelste Problemstellungen ging. Da man in diesem Bereich mit der gesamten Familie arbeiten kann, lernte ich hier auch das systemische Arbeiten und die Vielfalt der Optionen, Menschen in verschiedenen Lebenslagen zu unterstützen. Ich wollte aber auch noch in anderen Bereichen der Sozialarbeit

arbeiten und ging so drei Jahre später zur Volkshilfe Niederösterreich. Schon nach kurzer Zeit durfte ich die Leitung der Pflegedienste und der sozialen Arbeit übernehmen und wurde schließlich mit 27 Jahren zum Geschäftsführer bestellt. Der Vorstand hat mir damals sein Vertrauen geschenkt und ich bin bis heute dankbar dafür. Begonnen haben wir damals mit 250 MitarbeiterInnen. Nebenbei studierte ich Organisationsentwicklung und Sozialmanagement. Mit dem Wissen aus dem Studium konnte ich die Strukturen aufbauen und professionalisieren. Einige Zeit später waren 1600 MitarbeiterInnen bei der Volkshilfe Niederösterreich beschäftigt und es folgte die Zusatzaufgabe, die Volkshilfe Burgenland zu sanieren. Diese Pionierrolle hat mir sehr gut gefallen und war eine große Herausforderung. Trotzdem war ich neben der Volkshilfe auch weiterhin politisch engagiert, da mir mein Philosophiegebäude sehr wichtig war. Basierend auf den Philosophen der Moderne Hegel, Marx und Kant war meine Weltanschauung immer mein Antrieb, der mich neben der Volkshilfe agieren ließ. Ich habe auch immer wieder versucht, diese beiden Themen zu vereinen. Zu guter Letzt wurde ich gefragt, ob ich nicht die Volkshilfe Österreich übernehmen möchte. Nachdem ich extrem gerne an Entwicklungen beteiligt bin, habe ich diese Herausforderung angenommen. Die letzten zehn Jahre habe ich damit verbracht, an dieser Struktur zu arbeiten. So wurde aus der Volkshilfe eine NGO, die ihre Stimme für benachteiligte Menschen erhebt, nichtpaternalistisch und nichtalmosenorientiert agiert und sich um mehrere Themenbereiche gleichzeitig kümmert. Hierbei steht die Sichtweise der betroffenen Personen stets im Vordergrund. Die Volkshilfe unterstützt im kleinen Rahmen, geht aber auch offen und offensiv auf die Straße, wenn es um die Rechte der Hilfsbedürftigen geht. Gesamt gesehen bin ich sehr dankbar und sehe es als Privileg, dass meine Arbeit und mein Engagement für soziale Gerechtigkeit in einem Kontext stehen können. Genau das macht mein Leben aus und ich sehe es noch nach all diesen Jahren als persönliche Mission, ohne jemanden missionieren zu wollen.

Pflege Professionell: Gibt es dann überhaupt noch einen privaten Erich Fenninger?

Erich Fenninger: Ich habe schon sehr früh für mich beschlossen, dass es keine Grenzen zwischen meinem Engagement, der beruflich sowie politischen Seite und meinem Privatleben geben kann. Ich habe trotz allem drei Söhne, der Jüngste ist gerade 13 geworden, die diese Einstellung mitleben. Meine Frau und ich haben schon zu Beginn beschlossen, mit unseren Kindern egalitär zu leben, denn von „Erziehung“ im traditionellen Sinn halte ich überhaupt nichts. Erziehung bedeutet für mich Kinder in eine Richtung zu ziehen oder dorthin zu stellen, wo man selbst gerne wäre. Aufgrund unserer Herangehensweise erleben wir oft tolle Familiengeschehen, in denen wir sprechen, diskutieren und uns die Meinung der Kinder anhören, die dadurch ein entsprechendes Selbstvertrauen und eine eigene Meinung entwickeln können.

Pflege Professionell: Sie sind in der Ära des Widerstandes groß geworden und erleben jetzt eine neue Veränderung in Europa und in der Politik einen massiven Rechtsruck und einem Abwenden von Hilfsbedürftigen. Ist das nicht extrem frustrierend für einen Mann mit dieser Einstellung und Engagement?

Erich Fenninger: Zum Grundverständnis zur Person Erich Fenninger: Ich bin erst dann frustriert, wenn ich nicht einschreiten kann. Ich habe das schon mit 15 Jahren nicht ausgehalten, die Nachrichten nur passiv als Medienkonsum anzusehen, ohne den Versuch zu starten, einen entsprechenden Beitrag zu leisten, um die Welt zu verbessern. In den 60er, 70er und 80er Jahren hätte man sich sicher nicht vorstellen können, dass sich die Welt 2016 so sehr spaltet wie nie zuvor. Die Vermögenskonzentration hat einen Höchststand erreicht und ist in den Händen von so wenigen. Auf der anderen Seite ist die Armut in der Bevölkerung überdurchschnittlich stark angestiegen. 62 Menschen haben so viel Vermögen angehäuft, wie die komplette untere Hälfte der Weltbevölkerung besitzt. Dies ist einfach nicht mehr zumutbar und die einzige Lösung ist leider nur noch ein Kampf gegen die Superprivilegierten, die andere Millionen Menschen in Armut und Arbeitslosigkeit halten. Für mich gibt es da eine ganz klare Verbindung zum Rechtsruck. Es ist mir aber wichtig, ist die Ursache nicht im Fremden zu sehen, auch wenn die Rechten den Ausländer oder Flüchtling zum Feindbild machen. Es geht hier ganz einfach um Ungerechtigkeit. Wir leben in einer gefährlichen Zeit, wie Slavoj Žižek schon gesagt hat, weil es eben nicht ausgemacht ist, wie die Zukunft sein wird. Man kann es mit 1928/29 vergleichen, als es ebenso eine hohe Arbeitslosigkeit, eine hohe Armut und Privilegien für ein paar Auserwählte gegeben hat. Nur so konnten damals faschistische Parteien die Macht übernehmen. Dieselben ökonomischen Bedingungen haben wir nun 2016. Amerika hat seinerseits versucht, der Weltwirtschaftskrise auszuweichen indem Erbschaftssteuern und Vermögenssteuern eingeführt wurden und ist dabei bis zu 85% gegangen. Das war einer der Gründe, warum es diese Form des Faschismus auf diesem Kontinent nicht gegeben hat. Roosevelt hat damals vollkommen dagegen gearbeitet, weil er dies nicht mit seinen Ansichten vereinbaren konnte. Das Negative in Europa ist derzeit, dass dieser Neoliberalismus der die Welt erobert hat, eine besondere Ausprägung des Kapitalismus ist. Dies ist nicht nur Wirtschaft, sondern in vielen Punkten auch Ideologie. Nur dadurch wurde es den Superprivilegierten ermöglicht, eine Hegemonie aufzubauen. Die Meinungen und Anliegen dieser Superprivilegierten, die absolut nicht im Interesse der Bevölkerung liegen, werden aber dennoch von den Menschen übernommen. Im Sinne der Aufklärung muss man dekonstruieren, warum die Lebensbedingungen heute schlechter sind, warum so viele Menschen in so schlechten Wohnverhältnissen leben, warum können so viele Menschen die Miete nicht mehr bezahlen können, warum seit 30 Jahren die

Lohnquote stagnierend ist und die Gewinne der Konzerne aber ins Unermessliche steigen. Dagegen müssen wir uns wehren und nicht gegen die Zuwanderer, die in unser Land kommen.

Pflege Professionell: Sie waren früher in Niederösterreich und Burgenland tätig. Man hat irgendwie das Gefühl, dass die Bereitschaft zur ehrenamtlichen Arbeit am Land stärker ist als in der Stadt. Ist dies eine Einbildung oder wie sehen sie das?

Erich Fenninger: Aus meiner Sicht ist die Nichtanonymität des ländlichen Bereichs der Grund dafür. In einer kleinen Gemeinde, wo man sich kennt, ist die Vertrautheit und die Bereitschaft dem Gegenüber zu helfen, einfach wesentlich mehr vorhanden, als im anonymen, urbanen Raum. Es zeichnen sich auch viele Gemeinden dadurch aus, dass wirklich jeder jeden kennt. Mittlerweile hat sich das Angebot am Land sehr verändert. Es gibt Pflegestammtische und palliative Gruppen. Dadurch ist vieles schneller sichtbar und letztlich in der ganzen Gemeinde bekannt. Wenn es zum Beispiel eine neue Initiative, Hauskrankenpflege oder Sozialstation gibt, weiß es ziemlich schnell jede Person der Umgebung. In Großstädten entstehen ebenso Initiativen und Angebote. Es ist aber viel schwieriger, dies für die ganze städtische Bevölkerung publik zu machen. Auch hier gibt es eine große gegenseitige Unterstützung, die aber trotzdem eher regional bezogen ist. So wissen zum Beispiel die Floridsdorfer, wenn es eine neue Initiative in ihrem Bezirk gibt, WienerInnen aus anderen Bezirken bekommen das aber nicht so mit. Durch die Vernetzungsmöglichkeiten kommt es aber auch zur globalen Zusammenarbeit. So kann eine Vorarlbergerin mit einer Wienerin über soziale Netzwerke Kontakt aufnehmen und entsprechend Unterstützung anbieten.

Pflege Professionell: Wenn man sich Ihre Arbeit und die der Volkshilfe ansieht, sind die Themen wirklich vielseitig und umfangreich: Menschenrechte, Pflegethemen, Kinderarmut und soziale Gerechtigkeit. Das Thema Kinderarmut scheint aber bei Ihnen und der Volkshilfe ein wirklich großes Thema zu sein, welches bei anderen NGOs eher klein beleuchtet ist. Wie ist das entstanden?

Erich Fenninger: Es gibt natürlich zu diesem Thema einen persönlichen Zugang, der darin besteht, wie ich Kinder sehe. Kinder sollen eine richtige Kindheit und somit auch Freiheiten haben. Ich sehe sie als ebenbürtige Menschen. Das beginnt schon bei Säuglingen, die einen entsprechenden Respekt verdienen. Für mich gibt es keinen Bedarf an Erziehung, sondern das Bedürfnis des Schutzes und der bedingungslosen Liebe. Es geht hierbei nicht um Leistung, denn Liebe muss ohne Grund sein und darf auch einen solchen nicht kennen. Dieser Schutz, der mir wichtig ist

(C) Christopher Glanzl

müssen Kinder spüren, um sich selbstständig frei entwickeln zu können. Hierbei richtet sich alles an den Stärken des Kindes, eine Normierung und Verpflichtungen darf es in diesem Bezug nicht geben. Der zweite Punkt ist die Armut der Familien und Kinder. Wenn man sich näher auseinandersetzt, dann begreift man erst, welchen massiven Raub an Lebenschancen Armut zur Folge hat. Wir wissen mittlerweile, dass arme Menschen sechs bis neun Jahre weniger Lebenszeit haben, als Menschen, die nicht von Armut betroffen sind. Man kann hier also wirklich von einem Raub der Lebenszeit sprechen. Ein Stärken dieser Personen fordert viel Zeit und auch hier gibt es Verantwortliche. Menschen, die arm sind, haben es sich nicht ausgesucht, in Armut zu leben. Dies geschieht durch eine strukturelle Benachteiligung. Das Wesen der Ökonomie ist es, zu schauen, dass jeder Mensch einen Job hat. Arbeit ist die Grundlage für eine Auseinandersetzung mit der Umwelt. Genau aus dieser Essenz werden arme Menschen ausgeschlossen. Zu diesem Thema gibt es meiner Meinung nach genau zwei Optionen: Entweder ist man gegen Armut oder man lässt Armut zu. In der Sozialarbeit und in der empirischen Forschung sieht man ganz schnell, dass Kinder, die bei finanziell starken Eltern aufgewachsen sind, eine wesentlich positivere Entwicklung aufweisen, als Kinder, die bei finanziell benachteiligten Familien groß werden. Ich habe mich in den letzten Jahren mit Forschungsthemen auf europäischer Ebene auseinandergesetzt und man sieht eindeutig, dass Kinder in Armut von ihren Chancen und potentiellen Lebenswegen abgeschottet werden. Die sozialen Kontakte werden dadurch minimiert, der Freundeskreis ist sehr eng, sie feiern ihre Geburtstage nicht und es kommen keine Freundinnen zu Besuch, weil es an Räumlichkeiten fehlt. Sie erfahren keine Anerkennung. Das trifft nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene, wenn sie keine Wertschätzung erfahren. Wenn man dann in jedem Lebensbereich gemaßregelt und nicht unterstützt wird, kann es zu keiner Änderung kommen. Die Kinder dieser Umgebung lernen das automatisch mit, das die Eltern unter Dauerdruck sind und in den entsprechenden Institutionen nicht gewollt werden. Dadurch haben diese Kinder kulturell, sozial, kognitiv und gesundheitlich eine extrem schlechte Entwicklung. Bourdieu, der große Soziologe aus Frankreich meint, dass das soziale Kapital, also Netzwerke, die kulturelle Umgebung und Sozialkompetenzen ausschlaggebend sind für eine gute Entwicklung. Das kann aber nicht aufgebaut werden, wenn der Lebensbereich eingeschränkt ist. Ein deutsches Klinikum brachte letztes Jahr ein neues Screeningverfahren heraus, das zeigt, wurde, dass Kinder aus armen Familien beim Schuleintritt viel schlechter Deutsch können, in der Mengenlehre negativer abschneiden und die Visomotorik vermindert ist, als bei Kindern aus guten Verhältnissen. In der Schule werden diese Kinder noch mehr abgestempelt. Die Gesellschaft bemüht sich also überhaupt nicht, diese Chancenungleichheit aufzuheben. Das ist für die Volkshilfe und mich einfach ein Grund und ein essentieller Antrieb, gegen diese Ungerechtigkeit anzutreten. Diese Kinder brauchen eine Chance!

Pflege Professionell: Im europäischen Vergleich ist Österreich mit Sicherheit kein armes Land. Ist das Thema Kinderarmut dann bei uns wirklich so groß?

Erich Fenninger: Wir sind mit Sicherheit kein armes Land, aber es gab in den 70ern und 80ern eine ausgeglichene Verteilung des Wohlstandes. Somit wurden Optionen geschaffen. Dies ist aber leider Vergangenheit und die Chancenungleichheit wird immer größer. Man kann natürlich sagen „Unsere Großeltern ist es damals im Krieg auch schlecht gegangen.“, aber da ging es den meisten schlecht und die Situation wurde von allen getragen. Natürlich ist es positiv, dass es uns im Vergleich zu anderen Ländern in Europa gut geht, aber wir haben trotzdem nach europäischen Bemessungszahlen über eine Million Personen, die armutsgefährdet sind. 400.000 gefährdete Kinder sind meiner Meinung nach eine wirklich hohe Zahl und die Kluft zwischen Arm und Reich wird immer größer. Der Gini-Koeffizient besagt wie gleich eine Gesellschaft ist, welcher mittlerweile auch in Österreich keine guten Zahlen vorweist.

Pflege Professionell: Sie sprechen sehr oft über Europa. Wie weit geht ihre und die Arbeit der Volkshilfe über die Grenzen Österreichs hinaus?

Erich Fenninger: Strukturell sind wir im europäischen Netzwerk „Solidar“ eingebunden, welches ein Bündnis von verschiedensten NGOs ist. Die Ausrichtungen dieser NGOs sind zwar unterschiedlich. Wir alle arbeiten nationalstaatsübergreifend am sozialpolitischen und menschenrechtsorientierten Sektor zusammen. Die Volkshilfe ist im Vergleich zu anderen Mitgliedern wirklich ein kleiner Träger. Wir versuchen internationale Solidarität zu leben. Das Wichtige an dieser Arbeit ist aber die Zusammenarbeit mit den ansässigen einheimischen Gruppen, die vor Ort alles organisieren und in Bewegung setzen. Hierbei ist es vor allem von Relevanz, dass die Betroffenen in den Assessments entsprechend eingebunden werden, denn nur sie können wirklich sagen, was benötigt wird. So etwas kann man nicht von „weit weit weg“ entscheiden. So halfen wir und viele andere Organisationen zum Beispiel beim Erdbeben in Pakistan. Viele der NGOs kauften damals Zelte, bis die Einheimischen um einen Stopp des Zeltekaufs baten, weil sie lieber Blechplatten haben wollten, um ihre Häuser wiederaufzubauen. Die Zelte wären sowieso in einigen Monaten kaputt gewesen. In derselben Zeit konnten die Pakistani aber ihre Ruinen mit den Blechplatten schützen und darunter renovieren. Solche Projekte gehen natürlich nur mit Spenden.

Pflege Professionell: Hat sich die Spendenbereitschaft in Österreich in den letzten 20 Jahren verändert oder ist diese gleich geblieben?

(C) Markus Golla

Erich Fenninger: Die Spendenberichte, bei denen diese Situation wissenschaftlich untersucht wird, zeigt, dass die Bereitschaft gewachsen ist. Es hängt aber sehr damit zusammen wofür gespendet werden soll. Die Leute sind stärker bereit, bei großen Katastrophen zu spenden, als bei mehreren kleinen Aktionen. Wir erleben als Volkshilfe immer wieder, dass Menschen spenden, die ein geringeres Einkommen haben, aber trotzdem mit den Betroffenen teilen wollen. Was wir zum Beispiel nicht tun, ist eine Spendenannahme von Firmen, die nachweislich an Ausbeutungen beteiligt sind.

Pflege Professionell: Thema Krankenpflege. Man hat das Gefühl, dass dem Staat langsam das Geld für diese Leistungen ausgeht. Das Thema Pflege ist aber auch bei der Volkshilfe ein großes Thema. Wie sehen Sie die derzeitige Situation in der Gesundheits- und Krankenpflege?

Erich Fenninger: Die Leute die Pflege „machen“ und jeden Tag organisieren, leisten einen wesentlich härteren Job als vor 20 Jahren, weil mittlerweile wirklich alles ökonomisiert ist. Es geht fast nur noch um Effizienzsteigerung, die Betreuungszeit wird reduziert weil wirklich alles finanzierungsgetrieben ist. Die Pflegepersonen bekommen immer weniger Zeit für ihre Handlungen, da es wirklich nur noch minutengenaue Vergaben gibt. Es wird an jedem Ende gekürzt. Man kann also sagen, dass die Zeit immer knapper wird und sich die Leistungen verdichten. Der Mensch kommt hier eindeutig zu kurz. Ich sehe hier Chancen der Veränderung wenn wir uns gemeinsam mit den MitarbeiterInnen und anderen Trägern gegen diese Begebenheiten wehren. Man kann ja nicht als Geschäftsführer die Forderungen der Fördergeber eins zu eins auf den Mitarbeiter weitergeben. Wir haben die Verantwortung, uns für unsere MitarbeiterInnen einzusetzen und wissen natürlich, dass soziale Arbeit leider noch immer unterbezahlt ist. Hierfür müssen wir einfach gemeinsam kämpfen. Wenn der Staat für solche Leistungen das Geld nicht aufbringen kann, dann müssen einfach andere Wege gefunden werden. Hier dürfen sich aber auch nicht die PolitikerInnen von den Finanzeliten dieser Welt instrumentalisieren lassen. Es ist auf jeden Fall noch ein weiter Weg.

Pflege Professionell: Sie bearbeiten so viele unterschiedliche Themen. Wenn sich Erich Fenninger zwischen seinen Themen entscheiden müsste, wie würde er sein Tun priorisieren?

Erich Fenninger: Das ist eine wirklich schwierige Frage. Wir haben natürlich immer wieder Finanzierungsprobleme und wir müssen oft Eigenmittel investieren. Aber wenn die Finanzierung zu hoch wird, müssen wir leider auch immer wieder mit Projekten oder bestimmten Leistungen aufhören. Das tut weh und passiert leider immer wieder. Trotzdem wollen wir von den großen Themen nichts aufgeben. Wir könnten keines unserer Kernthemen auf der Strecke lassen.

Autor

www.pflege-professionell.at

Markus Golla, BScN
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege
Masterstudent „Pflegewissenschaft“ der Universität Wien
Kommunikationstrainer

Britta Blumencron
Am Puls des Patienten
Hardcover, 170 Seiten
ISBN: 978-3-903090-72-9
Preis: 24,95 Euro

Auf Erfolgskurs mit gesunder Kommunikation

GOLDEGG

„One Day Baby we will be old....“

Meine erste Nacht im Altersheim. Es ist früh, ich döse vor mich hin. Irgendwo klingelt ein Wecker. Typisch denke ich, irgend so ein Dementer kapiert nicht, dass es sein eigener Wecker ist. Das „düdüdüdüt“ bleibt hartnäckig. Gut, dass ich mir für den besseren Schlaf Watte in die Ohren getan habe. Ich dreh mich nochmal um, es war spät gestern, als ich den Nachtdienst auf der Runde durch die verschiedenen Wohngruppen begleiten durfte.

Hier sind viele, die nicht die ganze Nacht in der selben Position schlafen können, weil sie sich sonst wundliegen. Die werden umgelagert, dann die Kissen neu sortiert, und Vorlagen gewechselt. Ich denke, was für eine Freiheit das ist, sich selber drehen zu können. Und tue es. Immer noch nervt der Klingelton. Und in meiner Morgendämmerung dämmert es mir: hier wohnt außer mir keiner mit einem Handy. Der Weckruf war mein eigener.

Wie fühlt es sich an, unter Menschen zu sein, die sich nicht mehr an Vieles erinnern können? In meiner Arztausbildung vor 25 Jahren habe ich noch gelernt, Alter und den Tod als bösen Feind zu betrachten. Was für ein Quatsch. Denn dass heute mehr Menschen mit Alzheimer in Deutschland leben ist salopp gesagt ein gutes Zeichen. Es bedeutet: man ist nicht an etwas anderem vorher schon gestorben. Nächstes Jahr werde ich 50. Und nur mit sehr viel Optimismus kann ich das als Halbzeit bezeichnen. Wovor habe ich Angst, wovor haben wir alle Angst, wenn wir an Alzheimer denken? Wer Höhenangst hat, geht am besten Schritt für Schritt auf Türme. Wer Spinnen fürchtet, tastet sich an Gummispinnen heran. Und wer Angst vor dem Alter hat, übernachtet am besten einfach mal dort, wo die Matratzen Gummiüberzüge haben. Und so zog ich für drei Tage in meine Zukunft – ins Ferdinand-Heye Haus vom Diakoniezentrum Gerresheim.

„Besser du schließt ab,“ hatte mich Adam gewarnt. Denn nachts sind hier einige der Bewohner in ihrem eigenen Rhythmus aktiv. „Kennst du Zombie-Filme? Ich wette, der Typ, der sich die ausgedacht hat, hat seine Ideen aus dem Altenheim geklaut. Die Gespenster im Nachthemd, die Geräusche, manchmal Schreie, und der schlurfende Gang, die Blicke, die durch dich hindurchgehen...“ Aber er sagt das mit einer Liebe in der Stimme, die mich über diese gruselige Analogie hinwegtröstet. Adam war mal Automechaniker in Polen. Einer von vielen Quereinsteigern in der Altenpflege. Als er vor 20 Jahren nach Deutschland kam, machte er erstmal ein Praktikum und blieb dabei. „Pflege war erst nicht mein Traumjob, aber wenn ich nach Hause gehe und weiß, wie vielen Menschen ich für diesen Tag oder in dieser Nacht helfen konnte, bin ich glücklich.“

Einer meiner Mitbewohner ist Herr Huth, auch schon weit über die 80. Er ist gerne spät unterwegs und dreht auf den Gängen seine Runden. Er grüßt freundlich. Und er entschuldigt sich, wenn er in ein Zimmer geht, was nicht das seine ist. Ich frage, was er sucht. „Ich will zu meiner Frau“ und deutet in meine Richtung. Dann lacht er, schlägt die Hand vor den Kopf: „Ach nee, die ist ja gar nicht hier.“

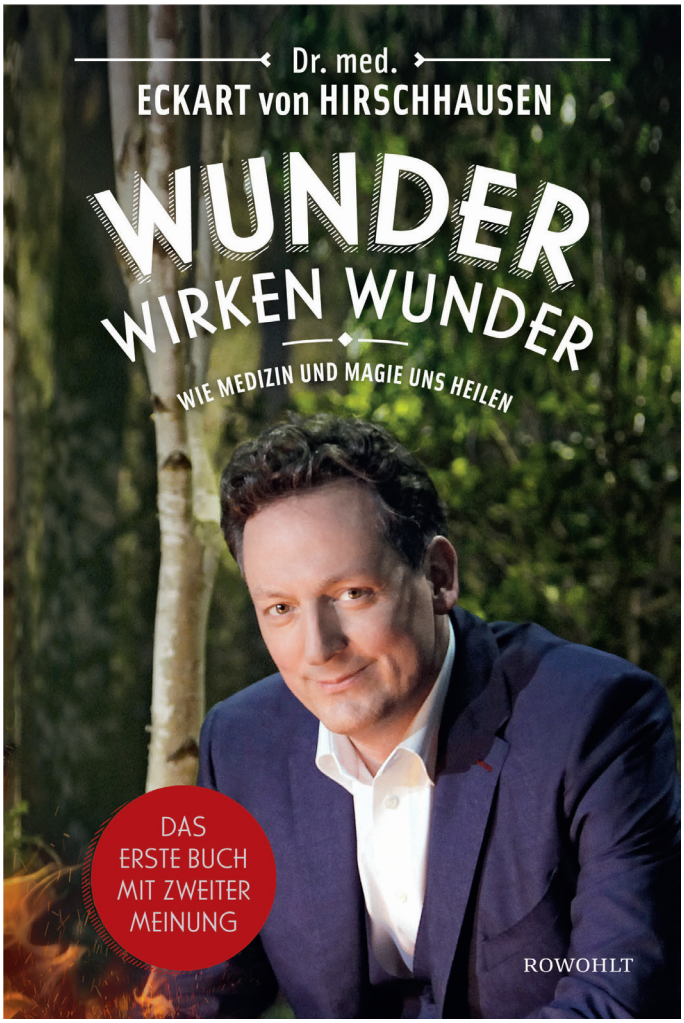
Ich frag ihn, wo sein Zimmer ist. Er weiß es ganz genau. Vielleicht war ihm einfach nur langweilig. Er schlappt zurück dorthin, wo die Tür noch offen steht und der Fernseher laut aus dem Türspalt tönt, mit einem Krimi, dessen Handlung niemand verfolgt.

Herr Huth hat früher viel getanzt. „Walzer, Foxtrott,...“ erzählt er und seine Augen fangen über dem roten Unterrand an zu leuchten. Kann er mir noch ein paar Schritte beibringen? Er nimmt Haltung an, trippelt, dann lacht er: „Das geht nicht barfuß“. Und wir beide bewahren unser Gesicht.

Einen Tag später werde ich von jemand in seinem Alter im Tischtennis geschlagen. Heinz Nink war 1961 mit Borussia Düsseldorf Deutscher Meister. Da war ich noch nicht geboren. Heute kommt er mit der Aktion „Bunt geht´s rund“ in Heime, Behinderteneinrichtungen oder zu Flüchtlingen, um die Begeisterung für das Ping-Pong-Spielen weiter zu geben. Es gibt viele kreative Wege, das Spiel so zu gestalten, dass jeder mitmachen kann, auch ohne Rollator-Rundlauf. Größere Bälle, oder Schaumstoff, oder Luftballons. Das macht echt Spaß. Und Herr Huth, den ich schlurfend auf dem Gang erlebt hatte, überrascht mich mit schnellen Luftballon-Schmetterbällen, volley, direkt in meine Richtung. Wir lachen uns an. Und ich merke, wie schnell ich andere Menschen von außen beurteile, und keine Ahnung habe, haben kann, was in ihnen vorgeht. Wie fit hätte Herr Huth älter werden können, wenn er wie Heinz mehrmals die Woche Tischtennis gespielt hätte? Weiß auch keiner. Ist aber eine gute Frage.

Das Gehirn ist die komplexeste Struktur im Universum. Und es kommt ohne Gebrauchsanweisung. Automatisch gehen die meisten falsch damit um. Sie meinen: Ich möchte mir das möglichst lange frisch erhalten – und deshalb setze ich es nur ganz selten ein. Genau falsch. Use it or lose it! Was im Kopf nicht gebraucht wird, wird eingestampft. Klar gibt es ein genetisches Risiko, klar gibt es medizinische Gründe, die Hirnabbau beschleunigen, aber so richtig verstehen die Forscher die „Neurodegeneration“ ehrlicherweise noch nicht. Alle starren durch die Mikroskope und hoffen darauf, dass man irgendwann diese hässlichen Proteinablagerungen mit einem großen Schluck Rohrreiniger wieder wegbekommt. Oder einer magischen Tablette. Dabei ist bis heute nicht ganz klar, ob die Plaques überhaupt das Problem sind oder nur eine Begleiterscheinung. Mein Vater musste in der Schule noch Glutamat schlucken. Diese Aminosäure war damals noch nicht als Geschmacksverstärker gebräuchlich, sondern sollte das Lernvermögen verbessern. Wie kam man darauf? Forscher hatten das Gehirn in seine Bestandteile zerlegt und dabei unter anderem Glutamat als einen Baustein der Nervenübertragung identifiziert. Heute lachen wir darüber, wie man so naiv sein konnte, nur weil da etwas im Reagenzglas schwimmt zu denken: kippen wir mal mehr davon in die jungen Gehirne. Viel hilft viel. Meinem Vater hat es zumindest nicht geschadet. Warum schauen wir aber immer noch so sehr in die Labore und nicht ins Leben? Die größte Studie darüber, wie wir alt werden, läuft doch schon vor unseren Augen. Schau dir fitte alte Menschen an, und frag erst sie und dann dich, worauf es sich lohnt, im Leben acht zu geben. Die legendäre Einstein Aging Study, begleitete Menschen über 20 Jahre und zeigte: Was die Menschen taten, um sich die Zeit zu

© Dirk Borm



vertreiben, beeinflusst deutlich die Zeit, in der das Hirn abbaute. Meine Oma machte immer Kreuzworträtsel, und daher wusste ich schon früh im Leben: tropischer Vogel mit drei Buchstaben: ARA! Wer mehrmals die Woche Kreuzworträtsel löste, reduzierte sein Risiko für dementielle Erkrankungen um 41%. Bewegung und Sport wie Schwimmen alleine brachten nur 29%. Tischtennis war nicht dabei. Sensationelle 76% Risikoreduktion brachte nur eins: Tanzen! Als ich das las, habe mich zwei Mal ins MRT gelegt. Dazwischen habe ich Tanzstunden genommen, nein, nicht für RTL sondern für „Hirschhausens Quiz des Menschen“ in der ARD. Ich wollte wissen, wie plastisch ist mein Hirn, und wir praktisch bin ich veranlagt, mit „West Coast Swing“ eine Schrittfolge zu erlernen, von deren Existenz ich bis dato noch gar nichts wusste. Über 30 Jahre hatte ich keinen Schritt mehr in eine Tanzschule gesetzt. Und entsprechend mühsam war es für mich auch, die neuen Moves zu memorieren. Tanzen fordert auf vielen Ebenen: Wir bewegen unseren eigenen Körper und den eines anderen, lernen neue Schritte, trainieren die Koordination auf dem Parkett, der soziale Kontakt hellt unsere Stimmung auf, und wir hören Musik, die uns glücklich macht. Dagegen kann Kreuzworträtsel immer nur zwei Ebenen: senkrecht oder waagerecht. Kein Medikament, kein Schachspiel, keine Nahrungsergänzung hat bis heute eine bessere Wirkung gezeigt. Also nicht nur den Arsch hoch kriegen, bringt was. Er will auch noch rhythmisch nach rechts und links bewegt werden. Und als ich das zweite Mal den Kopf ins MRT schob, zeigte sich: beim Hören der Musik verlagerte sich die Aktivität aus dem visuellen Kortex in die Bewegungszentren. Auf gut deutsch: sobald der Rhythmus erklang, war ich nicht mehr unbeteiligter Betrachter, sondern durch das Training setzte mein Hirn die Takte automatisch in Bewegungsmuster um. Ich war nicht am Rand, ich war mittendrin, es zuckte und leuchtete von der Birne bis in die Beine.

Ein Grund, warum die Behandlung der Demenz so wenig sichtbare Erfolge bringt: sie beginnt erst, wenn es für viele Nervenzellen schon zu spät ist. Das ist wie Flugblätter verteilen in einem Fußballstadion - zwei Stunden nach dem Spiel. Bei Alzheimer kommen wir zwei Jahrzehnte zu spät, mindestens. Hirnabbau kommt nicht über Nacht. Und auch nicht von ungefähr. Es gibt keine Zauberformel, keine „App“ die annähernd so viel für den Erhalt unsere grauen Zellen tut wie ein buntes und bewegtes Leben!

Was daraus für die Forschung folgen muss: mehr Studien im echten Leben, und so früh starten wie es geht. Was bewirkt es, Kindern im Vorschulalter schon Singen, Tanzen und Trommeln beizubringen? Es laufen gerade große epidemiologische Beobachtungen für Millionen von Steuergeldern, die aber alle nur beobachten und beschreiben. In keiner nimmt man sich eine Gruppe heraus, bringt denen was bei und schaut, ob die 10 Jahre später besser dran sind. Für Proteine gibt es Nobelpreise. Für Versorgungsforschung und Lebensstilveränderung weder große Forschungsgelder noch Anerkennung. Eigentlich müssten wir im Erwachsenenalter nicht mühselig tanzen lernen, wenn wir es uns nicht vorher abgewöhnt hätten. Jedes Kind bewegt sich automatisch zu Musik. Was man schon weiss: Kinder, die viel tanzen, sind im räumlichen Denken besser und in vielen sozialen Fähigkeiten. Was ich gerne wüsste: wenn ich zwischen 40 und 60 regelmäßig tanze, wie stark schützt das mein Gehirn?

Jede Lebensphase hat ihr Herausforderung. So wie in diesem Witz:

40 Jahre Abitur. Das muss gefeiert werden. Drei Kumpel von damals beratschlagen, wo man sich treffen solle. Einer schlägt vor: „Lasst uns ins Goldene Krokodil gehen, die haben da sehr attraktive Studentinnen im Service“. Gesagt, getan. 10 Jahre später, inzwischen gehen alle auf die 70 zu, die gleiche Runde: Wo soll man sich treffen? Der zweite schlägt vor: „Goldenes Krokodil, die haben inzwischen einen Sternekoch, da können wir wirklich gut essen!“ Schnell ist man sich einig. Dann steht die 60 Jahr Feier an. Wieder berät man sich. Der dritte schlägt vor: „Lasst uns doch ins goldene Krokodil gehen. Da waren wir noch nie!“

Witze sind die Waffe unseres Geistes gegen die Angst. Und eine der großen und berechtigten Ängste ist, dass diese Waffe irgendwann nachlässt, weil unser Geist nicht mehr so geistesgegenwärtig ist oder genauer gesagt nur noch die Gegenwart kennt. In jeder Lebensphase können wir neue Dinge schätzen lernen können, und damit reifen. Unfreiwillig komisch sind Menschen, die mit 60 immer noch die gleichen Ziele verfolgen wie mit 20 – in den gleichen Klamotten. Im großen Kreis des Lebens werden viele im Alter heiter und gelassen. Humor hilft heilen, auch wenn etwas nicht zu heilen ist. Was weckt alte Erinnerungen? Über alle Sinne, die noch offen stehen, können Reize von außen etwas tief im Inneren hervor kitzeln. Maßgeblich gelingt das über Berührung, Humor und Musik. Sophie Rosentreter war TV Moderatorin. Als ihre Großmutter dementiell erkrankte, merkte sie, wie zwar oft in Heimen der Fernseher lief, aber nichts von den schnellen Bildern und Geräuschen auf der Mattscheibe zur Stimmungsaufhellung beitrug. Mit dem Programm „Ilses weite Welt“ entstanden Filme, die genau auf die Bedürfnisse der älteren Menschen zugeschnitten sind. Wenn es im Film um Hundewelpen geht, gibt es dazu Fotos, Spielzeug und Stoffhunde mit Fell, so dass auf allen anderen Sinneskanälen die Infos zu dem Gesehenen passen. Nach vielen Jahren der Pionierarbeit steigen jetzt einzelne Krankenkassen wie die AOK mit ein.

Was mir in den drei Tagen im Heim half, einen neuen Blick zu bekommen, war ein Alterssimulator. Wie fühlt sich ein Arztbesuch an, wenn ich schlechter höre und Informationen verarbeite? „Fahren Sie nach Wien?“ Diese Frage macht so überhaupt keinen Sinn. Aber das macht das eingeschränkte Hirn aus „Haben Sie einen Termin“. Kein Wunder sind viele Ältere gestresst, wenn die Arzthelferin für sie unverständlich ist. „Für die Alzheimer-Patienten sind wir die Verrückten“, erklärt mir die Sozialpädagogin Julia Richarz. „Aus deren Sicht reden wir Unsinn, machen seltsame Dinge und verstehen sie nicht.“ Und was sie mir auch beibringt und alle Mitarbeiter hier beherzigen: Widersprechen bringt nur Stress. Wenn jemand meint, er muss sich jetzt um seine Eltern kümmern, hat er nichts davon zu hören: „Ihre Eltern sind schon lange tot, sie sind doch selber schon über 90!“

Viel günstiger: das Gefühl dahinter wahrnehmen, spiegeln und begleiten. „Sie sind aber wirklich ein sehr fürsorglicher Mensch. Ich freue mich, dass sie sich gerne um andere kümmern. Schauen sie mal hier....“ Warum lernt man sowas nicht gleich in der Schule? Und warum gehen Hipster zum Entschleunigen in teure exotische Wellnesshotels. Geduld und Tempo rausnehmen kann man in jedem Heim um die Ecke günstiger lernen.

Ist Alzheimer nur Drama, oder auch Komödie? Helmuth Karasek erzählte gerne den Witz, wo ein älterer Mann zum Arzt sagt: „Nach dem Sex habe ich immer so ein Pfeifen im Ohr! Woraufhin der Arzt sagt: Was erwarten Sie? Standing Ovations?“

In dem Buch „Demensch“ haben der Gerontologe Thomas Klie und der Zeichner Peter Gaymann versammelt, was es Ernstes und Komisches zur Demenz gibt. Auf einer Zeichnung steht eine alte Frau mit ihrem Rollator auf der Straße vor einem Kruzifix und sagt zu Jesus: „Du verzeihst immer alles, ich vergess immer alles – Letztendlich kommt

© Paul Ripke

es aufs Gleiche raus“.

Ulrich Fey geht in der Clownsfigur „Albert“ seit über 10 Jahren in Altenpflegeeinrichtungen. Die Clowns sind Joker der Zuwendung, und dürfen aus der Rolle fallen, sich noch ungeschickter anstellen als alle anderen. Sie nehmen sich auf den Arm, und machen Schweres leichter. Von ihrer Kunst der direkten Kontaktaufnahme, des spielerischen Umgangs mit Peinlichem und dem Wert eigener Seelenhypgiene lernen gerade auch über 2000 Mitarbeiter der Altenpflege vom evangelischen Johanniswerk in Workshops, den Humor in der Pflege zu pflegen. In dem bemerkenswerten Buch: “Clowns für Menschen mit Demenz – Das Potential einer komischen Kunst“ beschreibt Fey Begegnungen der anderen Art.

Die kleine Gruppe im Gemeinschaftsraum des Frankfurter Altenheimes ist bunt gemischt: Orientierte Damen und Herren ebenso wie nur eingeschränkt Orientierte, Sehende und Nicht-Sehende, Sprechende und Nicht-Sprechende. Doch alle wollen mit dem Clown singen. „Ich weiß nicht, was soll es bedeuten“ und „Oh, mein Papa“ aktivieren, „Muss i denn“ noch mehr. „Ach, des hat der Elvis aach so schee g’sunge“, sagt eine Gedanken verloren. „Wer?“ fragt eine sonst in sich versunkene Bewohnerin. „Der Elvis Presley“! Nächste Frage: „Hat der hier auch ein Zimmer?

© Michael Zargarinejad

Elvis lebt! Was Musik auch in der letzten Lebensphase bewirken kann, zeigt sehr anrührend der Film „Alive Inside“. Das Projekt „Music and Memory“ startete in den USA, und kommt jetzt auch nach Deutschland, unterstützt durch Forscher wie Gabriele Wilz von der Universität Jena. Die Idee ist einfach und genial: nutze den persönlichen Soundtrack des Lebens bei dementiell Erkrankten, um lang verschollenen Erinnerungen wieder zum Klingen zu bringen. Spiel die Hits individuell auf einen MP3 Player, und gib Musik als Medikament zwei Mal am Tag für 10 Minuten –über Kopfhörer, sozusagen „ohr-al“. Ich konnte es mit einer Musiktherapeutin zusammen praktisch ausprobieren. So unterschiedlich wie die Menschen und Lieder, so unterschiedlich die Reaktionen. Mal tat sich wenig, mal hatten alle Tränen in den Augen. Ich drehte mich im Walzertakt mit einer 93jährigen zu „Ich tanze mit Dir in den Himmel hinein...“ . Ich erlebte, wie eine in sich zusammengesunkene Frau die Augen aufschlug, als mit „Veronika der Lenz ist da“ ein bisschen Frühling bei ihr einzog. Und bei einem bettlägerigen schwer dementen 69-jährigen Mann fing unter der Bettdecke der Fuß an zu zucken, als er „I can´t get no satisfaction“ über die Kopfhörer bekam. Bei der Gelegenheit fiel mir auf, dass ich dringend meine Eltern fragen muss, was sie eigentlich in der Jugend gehört haben.

In den letzten Jahren wurden 50.000 Pflegekräfte eingespart. Warum hört man in der Gesundheitspolitik so viel von den 29.000 Apothekern in Deutschland. Und so wenig von den 1,5 Millionen Pflegekräften? Wenn die Lokführer oder die Piloten streiken, kommen Leute ein paar Tage schlechter von A nach B. Aber wenn die Pflege nicht da ist, kommt kein Bedürftiger mehr vom Bett aufs Klo. Was ist uns wichtiger?

„Pflegezeit ist Lebenszeit!“ Und das sollte für beide Seiten gelten, für Patienten und Pflegende. Aber wer hat noch Zeit? Wenn Zeit Geld ist, und gespart wird, wird am grausamsten an Zuwendung gespart, denn das fällt erst einmal nicht so auf. Ich habe selber noch an der Universitätsklinik in Berlin, heute Charité, das größte Klinikum Europas. Was die wenigsten noch wissen: das Wort Charité kommt nicht von Shareholder Value. Charité kommt von Caritas, der Nächstenliebe. Sich um kranke Menschen zu kümmern, war ursprünglich im christlichen Abendland ein Akt der Barmherzigkeit, ein Hospital ein Ort der Gastfreundschaft und ein Patient kein Kunde, sondern ein leidender Mensch. Und die wichtigste Frage sollte bis heute nicht sein, wie mache ich mit dessen Leid 20% Rendite, sondern: Was kann dem helfen? Und wenn wir so viel reden über die Bedrohung der Abendländischen Kultur - Nächstenliebe, Solidarität und Gerechtigkeit sind Werte, für die es sich lohnt, auf die Straße zu gehen.

Ja, es gibt ein massives gesellschaftliches Problem. Heute und erst Recht in den nächsten Jahren. Aber das wird nicht besser, wenn wir nicht anfangen, gute Beispiele zu zeigen, damit viele junge Menschen in den Gesundheitsberufen

ihre Zukunft sehen. Ich habe in meinem Pflege-Crash-Kurs viel gelernt. Wahrscheinlich ist der Übergang schlimm ins Alter, wo ich mich ständig vergleiche und ärgere, was nicht mehr geht. Aber ich habe viele Alte getroffen, die mir die Angst genommen haben. Solange es so herzliche Menschen gibt, die sich kümmern wie in Gerresheim. Sie haben mich offen empfangen, mir alles zeigten, und mit gelacht, als mich eine Anwohnerin erkannt hat: „Sie sind doch der aus dem Fernsehen, Dalli-Dalli!“ Ich habe getanzt, Tiere gestreichelt, gesungen und geschwiegen. Ich habe Frauen gesprochen, deren Männer schon seit 40 Jahren tot sind. Und eine, die jeden Tag zweimal zu ihrem Mann geht, der seit seinem Schlaganfall ein Stockwerk drüber liegt, und auch wenn er sie nicht erkennt, machte er einen zufriedenen Eindruck.

Jeder, der tagtäglich für Menschen da ist, die nicht mehr „nützlich“ sind, hat meine Hochachtung. Jeder, der Menschen nicht für wertlos hält, nur weil diese nicht wieder gesund und stark werden. Helden des Alltags machen Pippi weg und Tränen und mehr, Tag und Nacht, auch am Wochenende und Weihnachten. (Übrigens: der Hautpflegeschaum für untenrum funktioniert auch zum Rasieren - wollte nur was aus meiner Erfahrung zurückgeben.)

Was kommt zurück? Viel, wie mir alle bestätigen. Es gibt „Satisfaction“ in der Pflege! Wozu braucht man Bücher über Gelassenheit, wenn man in der Altenpflege arbeitet? Wie lange müssen viele meditieren um „im hier und jetzt“ zu sein. Demente sind das einfach so. Und im günstigsten Fall, strahlen sie das auch auf andere aus: was ist wichtig, was ist nötig, was zählt?

Herr Danecke rät mir, soviel wie möglich von der Welt zu sehen. Er war sein Leben lang gerne unterwegs und ist noch mit 80 mit seiner Frau auf Kuba gewesen, mit Rucksack. Jetzt ist er 86 und in Kurzzeitpflege, weil es zu Hause nicht mehr alles so klappte. Wo war es am schönsten? Samoa? Philippinen? Norwegen? „Das kann ich so gar nicht sagen. Aber wissen Sie – wenn ich abends in meinem Bett liege, mach ich die Augen zu, nehme mir ein Ziel vor – und verreise.“

10 Dinge, die alle, die das hier lesen und verstehen heute beginnen können:

1. Fangen Sie wieder an zu tanzen!

2. Pflegen Sie Freundschaften.

3. Trinken Sie Alkohol. Abends, gemeinsam und nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig. Genuss ist keine Sucht. Und es gibt wenige Lebensmittel, die nachweislich einen lebensverlängernden und gefäßschonenden Effekt haben, in niedrigen Dosen selbstverständlich. Grüner Tee geht auch.

4. Sitzen ist das neue Rauchen. Schmeißen Sie ihren Fernseher raus. Oder stellen sie ein Sportgerät davor.

5. Sie werden gebraucht. Finden sie raus von wem. Engagieren Sie sich. Wer anderen in seinem Leben geholfen hat, tut sich leichter, selber Hilfe anzunehmen. Füllen Sie ihr Karma-Konto.

6. Rauchen ist Gift. Für Lunge, Hirn und Gefäße. Aufhören. Noch besser: nicht anfangen. Es gibt Schöneres. Finden Sie für sich heraus, welche Laster sich lohnen.

7. Was gut fürs Herz ist, ist gut fürs Hirn, also: Blutdruck und Fettwerte runter. Und Übergewicht auch. Turne bis zur Urne. Bewegt bleiben. Pingpong, Yoga, Waldspaziergang, Gassi gehen, auch ohne Hund. Hauptsache Arsch hoch, solange du das noch selber in der Hand hast.

8. Suchen Sie sich gute Vorbilder: wer sind die coolsten Alten, wie wollen Sie mal werden? Wer ein positives Bild vom Alter hat, lebt nachweislich länger und gesünder.

9. Machen Sie ihre Playlist: welche Musik hat Sie zwischen 12 und 25 am meisten begeistert? Wissen das ihre Kinder? Reden Sie darüber. Noch besser: Machen Sie selber Musik, im Chor, in der Band, am Lagerfeuer.

10. Leben Sie jetzt. Klingt banal. Aber später ist das Jetzt von Jetzt vorbei. Für immer. Das Leben ist wie eine Wunderkerze. Es brennt ab. So oder so. Wundern müssen wir uns selber.

BUCHEMPFEHLUNGEN/ LINKS

Ilses weite Welt

Ulrich Fey: Clowns für Menschen mit Demenz, Mabuse Verlag

HARALD-ALEXANDER KORP: Am Ende ist nicht Schluss mit lustig. Humor angesichts von Sterben und Tod. Random House

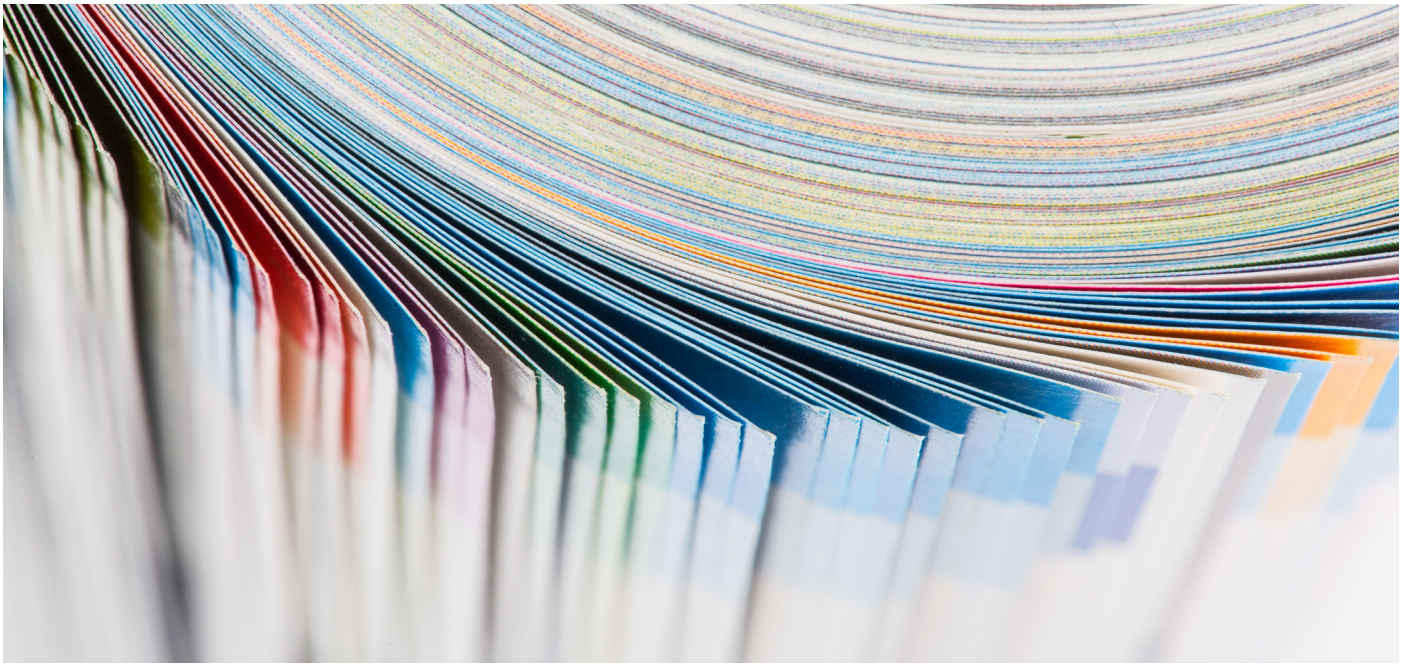
www.humor-hilft-heilen.de
Hier finden Interessierte auch Informationen und Fördermöglichkeiten für Workshops für Pflegende

Autor & Link

www.hirschhausen.com

Dr. Eckart von Hirschhausen

studierte Medizin und Wissenschaftsjournalismus. Seit über 20 Jahren ist er als Komiker, Autor und Moderator in den Medien und auf allen großen Bühnen Deutschlands unterwegs. Aktuell tourt er mit seinem Bühnenprogramm „Wunderheiler – Wie sich das Unerklärliche erklärt“. In der ARD moderiert er die Wissensshows „Frag doch mal die Maus“ und „Hirschhausens Quiz des Menschen“. Mit seiner Stiftung HUMOR HILFT HEILEN engagiert sich Eckart von Hirschhausen für mehr gesundes Lachen im Krankenhaus. Sein neues Buch „Wunder wirken Wunder“ wirft einen humorvollen Blick auf die bunte Wunderwelt der Heilkunst.



(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 für Lehrkräfte an Schulen der Gesundheitsberufe Eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise

Ina Güth, BA, BSc & Matthias Drossel, BA, MSc

Eingereicht: 25.04.2016 Akzeptiert: 6.7.2016

Abstract

Einleitung
Die Themen Prävention und Gesundheitsförderung haben in den letzten Jahren in Schulen an Aktualität gewonnen. In Folge dessen erhalten die Lehrergesundheit und die Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte vermehrte Aufmerksamkeit. Ziel dieser Untersuchung ist darzustellen, welche Beachtung die Gruppe der Lehrkräfte an Schulen für Gesundheitsberufe im Rahmen dieser Entwicklung gegenwärtig erfährt, indem eine Bestandsaufnahme über die aktuelle Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheits-förderung für diese Zielgruppe erfolgt. Außerdem wird vor dem Hintergrund einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise aufgezeigt, ob mittels der durchgeführten Maßnahmen primär die externen oder die internen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte gestärkt werden sollen.

Methoden
Durchgeführt wurden eine systematische Literaturrecherche, sowie eine ergänzende Expertenbefragung.

Ergebnisse
Zu dem jetzigen Zeitpunkt mangelt es eindeutig an Transparenz in diesem Forschungsbereich, und es werden nur wenige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe durchgeführt. Zwei Programme und Projekte konnten ermittelt werden, die bisher an insgesamt 21 Schulen für Gesundheitsberufe umgesetzt wurden. Die dort durchgeführten Maßnahmen zielen auf eine Stärkung der internen und externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte ab.

Schlussfolgerung
In Zukunft muss die Gruppe der Lehrkräfte für Gesundheitsberufe im Rahmen von Gesundheitsförderung unbedingt mehr Beachtung finden, da sich diese spezifische Lehrendengruppe an einer zentralen Stelle für die Qualifizierung der zukünftig dringend benötigten Fachkräfte im Gesundheitswesen befindet. Um die Transparenz zu erhöhen und weitere wichtige Erkenntnisse über den offensichtlichen Handlungs- und Forschungsbedarf in diesem Bereich zu erlangen, ist eine systematische Erfassung und Evaluation der bereits durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe unabdingbar.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, Lehrkräfte der Gesundheitsberufe, Schulen für Gesundheitsberufe

Abstract

Introduction
Prevention and health promotion have grown in significance in schools in the last years. In consequence, issues such as teachers' health and teachers' health resources have attracted growing interest. The present study examines to what extent teachers working in schools for the health profession have been covered under these new schemes. It does so by taking stock of measures taken to further promotion of health amongst teachers working within the health profession. A resource-orientated line of enquiry will furthermore determine whether it is the internal or external health resources of teachers that should be particularly promoted by these measures.

Methods
This is a systematic literature-based hermeneutic study, supplemented by a survey of experts.

Results
Thus far there is a remarkable lack of transparent knowledge, and measures of health promotion for teachers working within the health profession are taken sporadically. Two projects and programmes could be detected so far, implemented across 21 schools in total. It is intended that the measures taken via these two projects and programmes will strengthen the internal as well as external health resources within the profession.

Conclusion
Teachers within the health professions need to be supported more strongly than hitherto in the near future what regards measures of health promotion. This is self-obvious as this group of teachers fulfils a crucial function within the training of future professionals within the health care system. In order to increase overall transparency as well as gain more knowledge of the current state of research and action within the profession, a systematic survey and discussion of measures of health promotion amongst teachers working within the health profession is crucial and badly-needed.

Keywords:
health promotion– Teachers working within the health profession – Schools within the health profession – teachers' health – health resources

Gesundheitsförderung für Lehrkräfte an Schulen der Gesundheitsberufe

Eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise

Einleitung/Problemstellung

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung im Jahr 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vollzog sich ein Perspektivenwechsel von einer pathogen orientierten Betrachtung hin zu einer salutogenen, ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit. In diesem Zusammenhang gewannen Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung und haben auch in Schulen zunehmend an Aktualität gewonnen, wobei die schulische Gesundheitsförderung bis Ende der 1990er-Jahre weitestgehend geprägt war durch Maßnahmen zur Sicherung und Förderung der Schülergesundheit. Die Lehrkräfte stellten fast ausschließlich Multiplikatoren für die Verbesserung der Schülergesundheit dar (Hundeloh, 2012, S. 7).

Doch in den letzten Jahren erhielt auch die Lehrergesundheit vermehrte Aufmerksamkeit. Wesentliche Gründe hierfür sind die empirisch belegten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Lehrer sowie die Belastungen einer Lehrtätigkeit (ebd. S. 25). Zahlreiche Untersuchungen zur Lehrergesundheit belegen, dass bei dieser Berufsgruppe im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen deutlich häufiger psychische Erkrankungen auftreten und Lehrkräfte vermehrt unter Symptomen leiden, die auch bei depressiven Störungen auftreten, wie Erschöpfung, Nervosität, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Außerdem stellen affektive Störungen wie Depression oder Burnout die Hauptursachen für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Lehrerberuf dar (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 140, Scheuch, Haufe & Seibt, 2015, S. 347).

Als besonders belastend erleben Lehrkräfte in ihrem Berufsalltag vor allem Korrekturtätigkeiten und die Notengebung. Neben diesen unmittelbar mit der Kerntätigkeit des Unterrichtens verbundenen Arbeitsbedingungen und Merkmalen werden oft auch die mangelnde Kooperation mit Kollegen und der Schulleitung sowie eine ineffiziente Schulorganisation und das Klima an der Schule als problematisch beschrieben (Krause & Dorsemagen, 2007; Schaarschmidt, 2004; van Dick, 2006 zitiert nach Schumacher, 2012, S. 98).

Diese Erkenntnisse über den Gesundheitsstatus von Lehrkräften waren der Anlass für eine neue Diskussion. So fordern Scheuch, Rehm und Seibt (2008, S. 199) „Schule und Gesellschaft brauchen gesunde Lehrer“, denn gesunde Lehrkräfte können ihre beruflichen Anforderungen besser bewältigen, was sich positiv auf die Unterrichtsqualität und somit auf die gesamte Schulqualität auswirkt. Viele Schulen möchten sich daher auf den Weg machen und die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass ihre Lehrkräfte gesund bleiben und gerne arbeiten (Nieskens, Rupprecht & Erbring, 2012, S. 41).

Schneider, Bonse-Rohmann und Heidenreich (2015, S. 29) konstatieren jedoch, dass bislang vor allem der Berufsalltag der Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen untersucht wurde, und die Gesundheitssituation von Lehrkräften an Schulen für Gesundheitsberufe bedauerlicherweise im Rahmen dieser Entwicklung zu dem jetzigen Zeitpunkt nur wenig Beachtung erfährt. Erhöhte gesundheitliche Belastungen von Lehrkräften sind aber in immer stärkerem Maße auch ein Problem der Berufsschulen. Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hat zusammen mit dem Bundesverband der Unfallkassen (BUK), dem Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUVV) und dem Institut für Psychologie der Universität Lüneburg im Rahmen einer Befragung von 507 Berufsschullehrern festgestellt, dass mehr als jeder dritte Berufsschullehrer gefährdet ist, psychisch zu erkranken, wobei vor allem die weiblichen Lehrkräfte aller Altersgruppen betroffen sind (Deutsche Angestellten Krankenkasse, 2003, S. 5f.).

Die Ursache für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind salutogenetischen Konzepten folgend fehlende Ressourcen (Winkelmann, 2011, S. 48). Welche Ressourcen für Lehrkräfte gesundheitsfördernd wirken können und somit von besonderer Bedeutung sind, wird zunehmend untersucht (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144).

Ressourcen von Lehrkräften

Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, über die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit zu verbessern (Altgeld & Kolip, 2014, S. 47). Döring-Seipel (2014, S. 19) definiert Ressourcen wie folgt: „Ressourcen bezeichnen die Gesamtheit verfügbarer Mittel, Kräfte und Möglichkeiten, auf die Personen zur Erhaltung ihres psychischen und physischen Wohlbefindens und zur Erreichung von persönlichen Zielen zurückgreifen können. Ressourcenquellen können innerhalb der Person – sogenannte interne oder personale Ressourcen – oder außerhalb der Person in ihrem (sozialen) Umfeld liegen, sogenannte

externe Ressourcen."

Ein Ansatzpunkt von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kann demnach die individuelle Verhaltensebene sein, indem versucht wird, Einfluss auf die internen Ressourcen einer Person zu nehmen. Zum anderen können externe Ressourcen gestärkt werden, indem Maßnahmen auf der Verhältnisebene umgesetzt werden, wie beispielsweise eine Optimierung der Arbeitsorganisation.

Im Rahmen der Kasseler Studie zur Lehrergesundheit, die insgesamt 1.234 Lehrkräfte einbezog, wurden die Lehrkräfte zu ihrer Arbeitssituation, ihren Belastungen und persönlichen und sozialen Ressourcen, ihrem Unterrichtshandeln und zu ihrer gesundheitlichen Verfassung befragt. Es zeigte sich, dass von allen untersuchten Faktoren Ressourcen die bedeutendste Rolle für den Umgang mit belastenden Anforderungen und Gesundheit spielten. Die Bewertung ihrer beruflichen Situation fiel umso positiver aus, je günstiger die Ressourcenbasis ausfiel, auf die die befragten Lehrkräfte zurückgreifen konnten (Döring-Seipel, 2014, S. 21).

Interne Ressourcen

Für Lehrkräfte existieren aufgrund spezieller beruflicher Belastungen besondere positiv wirkende Personenmerkmale, welche auch als interne Ressourcen für die Erhaltung der eigenen Gesundheit bezeichnet werden können (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 143). Grundsätzlich zeichnen sich Lehrkräfte gegenüber der Allgemeinbevölkerung durch ein gesundheitsförderliches Verhalten sowie geringer ausgeprägte kardiovaskuläre Risikofaktoren, ausgenommen Hypertonie, aus (Scheuch, Haufe & Seibt, 2015, S. 347).

Zu den Einflussfaktoren und den möglichen internen Gesundheitsressourcen einer Person gehören natürlich die Ernährung, das Suchtverhalten, das Ausmaß an sportlicher Betätigung und das Erholungsverhalten. Sie gelten jedoch nicht nur für Lehrkräfte (Nieskens, 2006, S. 42).

Im Rahmen der Potsdamer Lehrerstudie von Schaarschmidt und Kieschke (2005) wurde über einige Jahre im deutschsprachigen Raum bei mehreren tausend Lehrkräften das sogenannte Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM-Muster) erfasst. Im Ergebnis fanden die Forscher vier grundlegende AVEM-Muster, die sich in Bezug auf die Leistungsfähigkeit, das Kommunikationsverhalten, das Selbstwerterleben und das Gesundheitsrisiko unter-scheiden (Nieskens, 2006, S. 43). Eine Lehrkraft, die dem AVEM-Muster G (gesunde Lehrkraft) zuzuordnen ist, zeichnet sich aus durch einen eher hohen Stellenwert der Arbeit, eine mittlere Verausgabungsbereitschaft bei der Erfüllung der Arbeitsaufgabe, ein stark ausgeprägtes Streben nach beruflichem Aufstieg, eher hohe Qualitätsansprüche an die eigene Arbeitsleistung, eine eher hohe Erholungs- bzw. Distanzierungsfähigkeit und niedrige Resignationstendenz nach Misserfolgen, eine optimistische Haltung bei auftretenden Problemen, eine stark ausgeprägte innere Ruhe und Ausgeglichenheit, eine hohe Lebenszufriedenheit, ein hohes Erfolgserleben im Beruf sowie ein eher hohes Erleben sozialer Unterstützung (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 142f.)

Eine positive Gesundheitswirkung konnte mittlerweile ebenfalls für die internen Ressourcen Selbstwirksamkeit als Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Kohärenzgefühl als Überzeugung der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Dinge des Lebens und Achtsamkeit als aufmerksame offene Haltung sich selbst und dem gegenwärtigen inneren Erleben gegenüber empirisch abgesichert werden (Döring-Seipel, 2014, S. 20).

Des Weiteren wurde die Bedeutung der Ambiguitätstoleranz, der Fähigkeit zum Umgang mit Unsicherheiten, nachgewiesen (König & Dalbert, 2004 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 143).

Für die besondere Zielgruppe der Lehrkräfte für Gesundheitsberufe, die nicht selten einen entsprechenden Ausgangsberuf aufweisen, ist über ein anzunehmendes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen hinaus davon auszugehen, dass die Themen Gesundheitsförderung und Prävention in vermutlich fast allen Studiengängen dieser Fachrichtungen zumindest fachwissenschaftlich nachzuweisen sind. Festzuhalten ist hier also, dass diese Zielgruppe in der Regel über ein deutlich umfangreicheres gesundheitswissenschaftliches Fachwissen verfügen sollten als Lehrkräfte anderer beruflicher Fachrichtungen (Bonse-Rohmann, 2013, S. 3). Dieser Aspekt kann insbesondere für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe als interne Ressource im Rahmen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung genutzt werden.

Externe Ressourcen

Externe Ressourcen, bei denen empirische Belege für einen positiven Zusammenhang zur Lehrergesundheit bereits bestehen, können an verschiedenen Schulen unterschiedlich ausgeprägt sein und sind beeinflussbar. Die Lehrtätigkeit selbst beinhaltet schon Gesundheitsressourcen, die für andere Berufsgruppen nach den Erkenntnissen arbeitswissenschaftlicher Forschung erst erreicht werden müssen. Dazu gehören die Ganzheitlichkeit und Anforderungsvielfalt der Tätigkeit, die weitgehende Autonomie, die Möglichkeiten der sozialen Interaktion, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Zeitelastizität und Sinnhaftigkeit der Arbeit (Scheuch & Haufe, 2005, S. 1f.)

Zu den wichtigsten schulrelevanten externen Ressourcen gehören die soziale Unterstützung und Wertschätzung von Kollegen, Kolleginnen und Schulleitung, ein hoher Zusammenhalt im Kollegium sowie eine effiziente Organisation (Schumacher, 2012, S. 108).

Im Rahmen der Arbeitsorganisation stellen das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Kompetenzen der einzelnen Lehrkräfte (Hubermann, 1991 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144), sowie die Beteiligung an zentralen Entscheidungen

der Schule bzw. die Transparenz der Entscheidungen und guter Informationsfluss wichtige externe Ressourcen dar (Kaempf & Krause, 2004; Punch & Tuettemann, 1990 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144).

Ferner zählen Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten (Kaempf & Krause, 2004 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144), eine gerechte Arbeitsverteilung innerhalb der Schule (Lacroix, Dorsemagen, Krause & Bäuerle 2005 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145), professionelle Rückmeldungen zur eigenen Arbeit und ein funktionierender Erfahrungsaustausch (Jacobsson, Pousette & Tylefors, 2001 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145) zu den gesundheitsfördernden externen Ressourcen.

Außerdem stellen eine hohe Führungsqualität der Schulleitung (Blase, Dedrick & Strathe, 1986, Kunz Heim & Nido, 2008 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145), unterstützende Konferenzen und Besprechungen (Nübling et al., 2008 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144), sowie eine gute Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben (Wilson, 2002 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145) wichtige gesundheitsrelevante externe Ressourcen dar.

Forschungsfrage, Ziel und Methodik

Aus der Problemstellung ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Welche Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' werden bereits durchgeführt?

Setzen diese Maßnahmen vorrangig auf der Verhaltens- oder Verhältnisebene an und sollen somit primär die internen oder externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte gestärkt werden?

Ziel dieser Untersuchung ist im Rahmen einer Bestandsaufnahme zu erfassen, welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' in Deutschland bereits umgesetzt werden und anhand der Ergebnisse aufzuzeigen, ob mittels der durchgeführten Maßnahmen primär die internen oder externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte gestärkt werden sollen.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine systematische Literaturrecherche in fachspezifischen Datenbanken wie Cochrane libary, Livivo, Pubmed, Eric sowie ergänzend in Google, Google scholar, Google books durchgeführt wurde. Darüber hinaus erfolgte eine Freihandsuche und Bibliothekskatalogsuche in der Universitätsbibliothek Leipzig sowie in der Bibliothek der SRH Fachhochschule für Gesundheit in Gera. Bei der Recherche war die Eingrenzung der Suchkriterien mittels Ausschlusskriterien erforderlich. Literatur über Gesundheitsförderungsmaßnahmen an allgemeinbildenden Schulformen, sowie beruflichen Schulen mit anderen Ausbildungsberufen, die nicht den Gesundheitsberufen zuzuordnen sind, fand keine Berücksichtigung. Zudem ist bei der Auseinandersetzung mit dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' und der Zielgruppe der Lehrkräfte zu beachten, dass internationale Literatur und die dabei beschriebenen Erfahrungen, Methoden und Schlussfolgerungen nicht automatisch auf die Komplexität des deutschen Berufsschulwesens übertragen werden können.

Folgende Suchbegriffe wurden in verschiedenen Kombinationen unter Verwendung der „Bool`schen Operatoren" in den oben genannten Datenbanken verwendet:

- Gesundheitsförderung (health promotion)
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen (health promotion arrangements)
- Lehrer (teacher), Medizinpädagoge, Pflegepädagoge
- Lehrergesundheit (teacher health)
- Berufsschullehrer (vocational school teacher)
- Berufsbildende Schule, berufliche Schule, Berufsfachschule (vocational school)
- Projekt Gesundheitsförderung (health promotion project)

Ergänzend zu der systematischen Literaturrecherche, welche eine sehr geringe Anzahl an relevanten Publikationen ergab, fand eine Kontaktaufnahme per E-Mail zu vier Experten statt. Die Forschungsschwerpunkte der Experten reichen von Lehrergesundheit über Salutogenese bis hin zu Gesundheitsförderung in Schulen. Bei zwei der befragten Experten handelt es sich um erfahrene Praktiker in dem Bereich Gesundheitsförderung für Lehrkräfte, da sie bereits Programme und Interventionen zur Gesundheitsförderung entwickelt und in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' umgesetzt haben. Die Experten wurden zu weiteren möglichen Literaturhinweisen in Bezug auf die Thematik „Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe" befragt und zusätzlich gebeten eine Aussage zu treffen, ob bereits Schulen für Gesundheitsberufe an dem von Ihnen durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilgenommen haben.

Ergebnisse

Deutschlandweit konnten zwei konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Lehrkräfte ermittelt werden, die in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' bereits umgesetzt wurden. Dabei handelt es sich um das Modellprojekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen - Entwicklung von Maßnahmen und Strategien', welches an einer Schule für Gesundheitsberufe umgesetzt wurde, sowie das Programm ‚Denkanstöße'. „Bisher haben 20 berufliche Schulen mit dem Schwerpunkt Gesundheitsberufe an dem Programm teilgenommen" (E1, Z 2). Die Maßnahmen und Interventionen des Modellprojektes und des Programms sind beide auf eine Stärkung der internen als auch

der externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte ausgerichtet.

Das Modellprojekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen – Entwicklung von Maßnahmen und Strategien' verfolgte das Ziel, eine nachhaltige Gesundheitsförderung bei Berufsschullehrern anzustoßen (Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUVV), Bundesverband der Unfallkassen (BUK), 2006, S. 3f). Insgesamt beschreibt das Modellprojekt ein Konzept zur Organisationsentwicklung, welches Schulen helfen soll, einen umfassenden, auf ihre Verhältnisse zugeschnittenen Entwicklungsprozess zu gestalten, bei dem Arbeits- und Kommunikationsprozesse ebenso wie Organisationsstrukturen auf ihre gesundheitsförderliche Wirkung bzw. ihren gesundheitlichen Belastungswert hin geprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Diese umfassenden Entwicklungsprozesse können und sollen auch konkrete Maßnahmen zur Reduzierung spezifischer Belastungen und zur Förderung individueller Ressourcen umfassen. Darüber hinaus soll aber eben auch eine Verbesserung der Arbeits- und Organisationsbedingungen angestrebt werden, denn die Projektleitung ist der Überzeugung, dass eine nachhaltige Gesundheitsförderung tief greifende Wandelprozesse in den Schulen erfordert (Schumacher, 2006, S. 8).

Das Programm ‚Denkanstöße!' verfolgt das Ziel, Schulen, Kollegien und ihre Leitungen dabei zu unterstützen, vorhandene Ressourcen und Veränderungsbedarf zu erkennen (Schaarschmidt & Fischer, 2013, S. 6). Die Interventionsmaßnahmen des Programms sind alle auf eine Förderung der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter ausgerichtet (ebd., S. 81). Zu Beginn des Programms erfolgt die Analyse der Beanspruchungsverhältnisse mittels des Diagnoseinstruments IEGL (Inventar zur Erfassung von Gesundheitsressourcen im Lehrerberuf), wie sie an der konkreten Schule vorliegen. Anhand IEGL ist sowohl eine personen- als auch eine bedingungsbezogene Analyse möglich, das heißt einerseits Aussagen über das Beanspruchungserleben der Lehrkräfte, andererseits Einschätzungen zu den Arbeitsverhältnissen an der konkreten Schule. Die personenbezogene Analyse erfolgt mit Hilfe des AVEM, unterstützt durch eine Beschwerdeliste zu psychischen und körperlichen Beschwerden (BESL), und die bedingungsbezogene Analyse durch das Arbeitsbewertungsverfahren ABC-L (Arbeits-Bewertungscheck-Check für Lehrkräfte) (ebd., S. 11). Im Anschluss geht es darum, die Ergebnisse für den Einzelnen und die Schule als Ganzes aufzubereiten, Schlussfolgerungen auf individueller und kollegialer Ebene zu ziehen und diese schließlich in Form geeigneter Interventionsmaßnahmen umzusetzen. Bei diesen Interventionen geht es sowohl um die gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch um Unterstützungsmaßnahmen, die den Lehrkräften direkt zugutekommen sollen. Die gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung sollen die Leitung und das Kollegium jedoch dabei aus eigener Kraft in Angriff nehmen, wohingegen die personenbezogenen Interventionen durch die Unterstützung von ausgebildeten Moderatoren erfolgen.

Durch die Umsetzung des Programms ‚Denkanstöße!' und dem Modellprojekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen - Entwicklung von Maßnahmen und Strategien' wird zum einen versucht Gesundheit als Organisationsprinzip in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' zu integrieren, und zum anderen die persönliche Handlungsfähigkeit einzelner Lehrkräfte für die Gestaltung ihrer gesundheitlichen Lebensbedingungen zu stärken, um sie zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu motivieren und zu befähigen (Autonomie und Empowerment). Dieses Vorgehen entspricht dem Versuch der Gestaltung eines ‚gesundheitsfördernden Settings', bei dem die Förderung der internen und externen Gesundheitsressourcen von Lehrpersonen im Vordergrund steht. Sie können infolgedessen als positive Beispiele für eine nachhaltige Gesundheitsförderung von Lehrkräften der Gesundheitsberufe dienen, da sie sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnis-ebene ansetzen und diese Kombination im Rahmen von Gesundheitsförderung besonders wirkungsvoll ist (Altgeld & Kolip, 2014, S. 47).

Diskussion

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und ergänzenden Expertenbefragung zeigen auf, dass es eindeutig an Transparenz mangelt, welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe bereits durchgeführt werden. Diese Tatsache wird durch die Aussage einer befragten Expertin bestätigt: „Es gibt verschiedene Übersichten, u. a. bei Martin Rothland, Andreas Krause und Michael Stiller. Nur zu dem von Ihnen angefragten Berufsfeld gibt es nix, was ich kenne." (E2, Z 1-4). Die knappe Veröffentlichungslage und fehlende Transparenz ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass wenig bis keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Zum anderen kann diese Tatsache jedoch auch bedeuten, dass bereits durchgeführte Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht systematisch erfasst und evaluiert werden.

Zu dem jetzigen Zeitpunkt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass nur wenige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' umgesetzt werden. Diese Ergebnisse decken sich mit folgender Einschätzung von Gläßer, Dlugosch und Haselwander (2010, zitiert nach Krause, Dorsemagen, & Baeriswyl, 2013, S. 76), die der Meinung sind, wenn Angebote zur Gesundheitsförderung unterbreitet werden, erreichen diese viele Schulen und Lehrpersonen immer noch nicht und bestehende Maßnahmen werden nur punktuell eingesetzt. Die Untersuchung von Stab (2007, S. 51f.) bestätigt ebenfalls, dass im Vergleich zu den Gesundheitsförderungsmaßnahmen, welche an allgemeinbildenden Schulen durchgeführt werden, die

berufsbildenden Schulen und somit auch die Schulen für Gesundheitsberufe und deren Lehrkräfte eine stark unterrepräsentierte Zielgruppe darstellt, die keine ausreichende Berücksichtigung hinsichtlich schulischer Prävention und Gesundheitsförderung erfährt. Ferner erhalten berufsbildende Schulen keine angemessene Beachtung in bestehenden Netzwerken.

Um die wichtige Frage zu beantworten, wie Lehrkräfte für Gesundheitsberufe – trotz hoher Arbeitsbelastungen – gesund bleiben, muss zukünftig im Rahmen einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise vermehrt hinterfragt werden, wie Ressourcen aktiviert und gepflegt werden können. Dies bedeutet jedoch für den Lehrberuf, dass neben den internen Ressourcen auch externe Ressourcen berücksichtigt werden müssen, denn defizitäre Arbeitsverhältnisse lassen sich nicht durch gesundheitsfördernde Maßnahmen, die ausschließlich am Individuum ansetzen, verändern. Sicherlich ist auch jede einzelne Lehrkraft gefordert darüber nachzudenken, inwiefern sie die eigenen Ziele, Erwartungen und Verhaltensweisen so modifizieren kann, dass gesundheitliche Belastungen reduziert werden. Doch um erfolgreich und nachhaltig zu sein, bedürfen personenbezogene Maßnahmen unbedingt der Begleitung durch die Arbeitsbedingungsgestaltung (Schaarschmidt & Fischer, 2013, S. 81).

Tatsache ist, dass auf politischer Ebene und auf Seiten der Krankenkassen, der Unfallkassen und anderer Träger ebenfalls dringender Handlungsbedarf besteht. Im Hinblick auf die Auswirkungen des am 18.06.2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes ist vor allem eine Stärkung der Gesundheitsförderungsinterventionen nach dem Setting-Ansatz und der setting-bezogenen Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung in Deutschland zu erwarten. Dabei sind Leistungsträger gefordert, ihre Leistungen im Sinne des § 20a SGB V verstärkt auch an Schulen für Gesundheitsberufe zu erbringen, denn die Gesundheit dieser Lehrendengruppe ist von großer gesellschaftlicher Relevanz. Sie befindet sich an einer zentralen Stelle für die Qualifizierung der zukünftig dringend benötigten Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nur mit qualifiziertem Personal kann dem demographischen Wandel und den immer komplexeren Krankheitsbildern begegnet werden (Schneider, Bonse-Rohmann & Heidenreich, 2015, S. 27). Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die Ausbildungsqualität unmittelbar mit der Lehrergesundheit zusammenhängt.

Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe ist jedoch nicht nur wichtig, um deren eigene Gesundheit zu stärken, sondern auch um als glaubwürdigere Beispiele in der Vermittlung gesundheitsbezogener Kompetenzen wahrgenommen zu werden. Darüber hinaus können Lehrkräfte der Gesundheitsberufe nicht nur für ihre jeweils eigene Berufsgruppe die Verbreitung der Gesundheitsförderung in beruflichen Schulen und Betrieben forcieren, sondern auch eine Vorreiter- oder Multiplikatorenfunktion für andere Ausbildungsberufe übernehmen (Bonse-Rohmann, 2013, S. 1). Abschließend ist in dem Bereich Gesundheitsförderung für Lehrkräfte an Schulen der Gesundheitsberufe ein dringender Handlungs- und Forschungsbedarf zu konstatieren.

Literatur:

Altgeld , T. & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S.45-59). Bern: Hans Huber.

Bonse-Rohmann, M. (2013). Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung und der Lehrerbildung für Gesundheitsberufe. In bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 10, hrsg. v. Bonse-Rohmann, M./ Weyland, U., 1-21. Zugriff am 10.08.2015 unter: http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/bonse-rohmann_ft10-ht2013.pdf

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hrsg.) (2003). DAK-Report Berufsschul-lehrer. Belastungsschwerpunkte von Berufs-schullehrern – Ergebnisse einer Befragung. Zugriff am 18.11.2015 unter: http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2009/4052/pdf/Berufsschulreport_2004.pdf

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Bundesverband der Unfallkassen (BUK) & Gemeindeunfallversicherungsverband West-phalen-Lippe (GUVV W-L) (Hrsg.). (2006). Lehrergesundheit - Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsent-wicklung. ISBN 3-9809765-2-1

Döring-Seipel, E. (2014). Lehrer-/-innen-Gesundheit - eine ressourcenorientierte Betrachtung. Die berufsbildende Schule, 1, 19-22

Hundeloh, H. (2012). Gesundheits-management an Schulen. Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Schulleitung. Weinheim: Beltz.

Krause, A. & Dorsemagen, C. (2011). Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer. In Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: Ein Handbuch. (S. 139-157). Göttingen, Bern, Wien u.a.: Hogrefe.

Autor

Matthias Drossel, BA, 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

Autorin

Ina Güth, BA, BSc
Ergotherapeutin, BSc Occ. Th.
Medizinpädagogin, B. A.

Krause, A., Dorsemagen, C. & Baeriswyl, S. (2013). Zur Arbeitssituation von Lehrerinnen und Lehrern. Ein Einstieg in die Lehrerbelastungs- u. gesundheitsforschung. In Rothland, M. (Hrsg.). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle – Befunde – Interventionen. (2., überarbeitete Auflage). (S. 60-80). Wiesbaden: Springer.

Nieskens, B., Rupprecht, S. & Erbring, S. (2012). Was hält Lehrkräfte gesund? Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In DAK-Gesundheit & Unfallkasse NRW (Hrsg.). Handbuch Lehrergesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen. (2., umfänglich überarbeitete und erweiterte Auflage). (S. 41-94) Köln: Carl Link.

Nieskens, B. (2006). Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hrsg.). Lehrer-gesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheits-fördernde Organisationsentwicklung (S. 19-50).

Schaarschmidt, U. & Fischer A. W. (2013). Lehrergesundheit fördern – Schulen stärken. Ein Unterstützungsprogramm für Kollegium und Leitung. Weinheim: Beltz.

Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (Hrsg.) (2005). Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. (2., Auflage). Weinheim: Beltz.

Scheuch, K., Rehm U.·& Seibt R. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung in Lehrberufen. Prävention und Gesundheits-förderung, 3, 199-205. DOI: 10.1007/s11553-008-0127-z

Scheuch, K., Haufe, E. & Seibt R. (2015). Lehrergesundheit. Deutsches Ärzteblatt, 112, 347–356. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0347

Scheuch, K., Haufe, E. (2005) Belastungen und Gesundheit im Lehrberuf. In Konietzko J., Dupuis, H., Letzel, S. (Hrsg.) Handbuch der Arbeitsmedizin. Arbeitsphysiologie – Arbeitspathologie – Prävention (S. 1–15). Landsberg: ecomed MEDIZIN

Schneider, C., Bonse-Rohmann, M. & Heidenreich, T. (2015). Ressourcen und Belastungen im Berufsalltag von Lehrenden an Altenpflegeschulen. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 2, 27-35, DOI: 10293.000/30000-20

Schumacher, L. (2006). Einleitung. In Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Bundesverband der Unfallkassen (BUK) & Gemeindeunfallversicherungsverband West-phalen-Lippe (GUVV W-L) (Hrsg.). (2006). Lehrergesundheit - Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsent-wicklung. (S. 7-18) ISBN 3-9809765-2-1

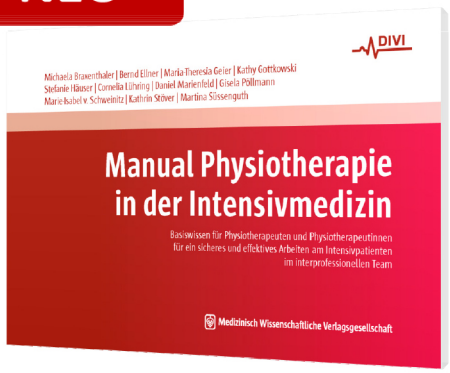
Schumacher, L. (2012). Wege zu einer guten gesunden Schule – Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. In DAK-Gesundheit & Unfallkasse NRW (Hrsg.). Handbuch Lehrergesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen (2., umfänglich überarbeitete und erweiterte Auflage). (S. 95-128) Köln: Carl Link.

Stab, N. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Jugendlichen im Setting Berufsbildende Schule. Magdeburg: Blauer Punkt Verlag Zugriff am 05.01.2016 unter: http://www.gesundheitsfoerderung.info

Winkelmann, C. (2011). Ressourcen-stärkendes Training für angehende und berufstätige Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen, Entwicklung, Erprobung und Evaluation. Prävention und Gesundheits-förderung, 1, 48-57. DOI: 10.1007/s11553-010-0270-1

www.mwv-berlin.de

NEU



114 Seiten
11|2016 erschienen
ISBN 978-3-95466-294-4

€ 19,95 [D]

Umfassendes physiotherapeutisches Fach- und Praxiswissen in der Intensivmedizin

Dieses Manual bietet erstmalig eine umfassende Zusammenstellung von erforderlichen Informationen für Physiotherapeuten/-innen, die auf Intensivstationen tätig sind.

In komprimierter und strukturierter Form wird das notwendige Wissen fundiert für die physiotherapeutische Behandlung kritisch kranker Patienten/-innen aufgearbeitet.

Das Manual unterstützt die Physiotherapeuten/-innen dabei, eine effektive, reflektierte und sichere Behandlung ihrer Patienten/-innen zu planen und durchzuführen. Es ist vorwiegend tabellarisch aufgebaut und dient vor allem als Nachschlagewerk zu:

- (intensivmedizinischen) Grundlagen für den physiotherapeutischen Befund und die Therapieplanung
- physiotherapeutischer Befunderhebung
- Prinzipien physiotherapeutischer Interventionen

Die Autoren und Autorinnen sind Mitglieder der „Sektion Physiotherapie“ in der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und erfahrene, in der Intensivmedizin tätige Physiotherapeuten/-innen.

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

949 950

Königlich Bayerisches

Kreis- Amtsblatt

von Unterfranken und Aschaffenburg.

№ 78. Würzburg, den 4. Juli 1866.

Inhalt:
Königliche Proklamation betr. — Verhalten der Beamten für den Fall einer feindlichen Invasion oder Occupation betr. — Die Unterstützung der Kriegs-Veteranen in Bayern betr. — Aufstellung eines Amtsverwesers während des Urlaubes des k. Notars Kohlhaas zu Brückenau betr. — Schrannenanzeigen.

Königliche Proklamation.

An mein Volk!

Der verhängnißvolle Krieg in Deutschland ist unaufhaltsam ausgebrochen.

Abb.1: An mein Volk Proklamation vom 4. Juli 1866

Der sog. „Bruderkrieg“ von 1866 in Unterfranken: Kriegskrankenpflege zwischen Anspruch und Realität

„Der verhängnisvolle Krieg in Deutschland ist unaufhaltsam ausgebrochen. Es gilt den Kampf aufzunehmen für deutsches Recht und deutsche Ehre, für die eigene Würde und Unabhängigkeit, für die Zukunft unserer großen Nation…Das bayerische Volk ist mit Mir in edler Opferwilligkeit, in bewährter Treue und Hingebung…“ [Abb.1] Als sich der bayerische König Ludwig II. am 4. Juli 1866 mit diesen Worten „an sein Volk“ wandte, um den Kriegseintritt Bayerns an der Seite Österreichs gegen Preußen zu verkünden, war die katholisch geprägte Bürgerschaft im beschaulchen Städtchen Volkach am Main gerade dabei die Wunden der Säkularisation und des revolutionären Umbruchversuchs von 1848 zu heilen.

Die als Drahtzieher in Verdacht geratene Lehrerschaft an der öffentlichen Schule war vor zehn Jahren ausgetauscht worden. Im Oktober 1856 war Maria Ignatia Reindl (1814 – 1891) mit einer Lehramtskandidatin und einer Hauswirtschafterin aus dem franziskanischen Dritten Orden der Dillinger Franziskanerinnen nach Volkach gekommen, um im Auftrag der Stadt den Mädchenunterricht an der Volkacher Schule zu übernehmen. Ihr kleines klösterliches Hospitium hinter dem Rathaus war als Außenstelle des seit 1827 in Bayern zugelassenen Schulordens geplant, aber mittlerweile längst in einem eigenen Klostergebäude im Schatten der Pfarrkirche zu einem Konvent mit drei Klosterfrauen, drei Novizinnen und zwei Kandidatinnen gewachsen. Dem Wunsch der Bürgerschaft entsprechend und mit Unterstützung der für Bayern und Österreich tätigen Beamten Volkacher Herkunft hatte Ignatia bald begonnen, konfessionsunabhängig Mädchen nach Abschluss der Pflichtschule in Handarbeit und Französisch fortzubilden, in der Bereitschaft, sie nicht nur für den Klosterberuf zu gewinnen, sondern den katholischen Mädchen eine Ausbildung als Ki derwärterin und Lehrerin in der klostereigenen Ausbildungsstelle in Maria Medingen in Aussicht zustellen. 1858 hatte die Regierung von Unterfranken die Einrichtung einer Kleinkinderbewahranstalt genehmigt, nachdem auch die Kleinkindererziehung unter staatlicher bzw. kirchlicher Aufsicht ihre öffentliche Anerkennung gefunden hatte. Der Aufbau einer klostereigenen höheren Mädchenschule mit staatlich anerkanntem Abschluss sollte in ferner Zukunft erfolgen. Jetzt im Jahr 1866 war der Weg bereitet, dass Volkach Sitz eines Franziskanerinnenklosters mit unterschiedlichen Aufgaben zum privat finanzierten Erziehungswesen wird. Die seit dem Mittelalter bestehende Lateinschule für die männliche Schuljugend hatte bislang für weitreichende berufliche Karrieren gesorgt. Nun hatten die Mädchen mit Hilfe des Stiftungswillens unter den weiblichen Abkömmlingen

der Stadt- wie Landhonoratioren eine Chance zur Berufsbildung erhalten.

Die seit fürstbischöflicher Zeit permanent leere Stadtkasse musste seit jeher auf die Stiftungsfreudigkeit Volkacher Bürgerinnen und Bürger zählen, wenn es darum ging die allgemeine Wohlfahrt in der Stadt zu erhalten bzw. zu modernisieren. Zweimal, nämlich 1828 und 1863, stand der seit 1814 unter königlich-bayerischer Aufsicht stehende Stadtmagistrat vor der Frage, sich selbst aufzulösen und in den Stand einer Landgemeinde zurückzukehren, weil der Unterhalt städtischer Einrichtungen die Steuerkraft der vom Handwerk und vom Wein- wie Obstbau lebenden Bürger überforderte. Von 1836 bis 1848 und von 1863 bis 1869 wurde die Gemeinde ohne Magistrat und Bürgermeister, sondern ausschließlich von einem Gemeindevorstand und den gewählten Vertretern der Gemeinde regiert, um die Kosten einer bayerischen Magistratsverfassung zu sparen. Seit 1862 war die Stadt dennoch Sitz eines Bezirksamtes.

Die Einrichtung der bürgerlichen Altenpflege war nach einer seit dem 15.Jahrhundert währenden wohltätigen Wirkungszeit bereits zum Ausgang des 18.Jahrhunderts aufgegeben worden. Die Stiftung des ehemaligen Abtes der 1803 säkularisierten Benediktinerabtei Theres Benedikt Mahlmeister für die Einrichtung einer Altenpflege auf dem der Stadt zugehörigen Elgersheimer Hof hatte den schmerzlich empfundenen Verlust lindern helfen. Allein die dorthin bestellte Pflegeleitung sorgte sich eher um das eigene Wohl als um das Wohl der Pfründner. Eine geprüfte berufliche Qualifizierung für die Pflege der alten und kranken Pfründner war bei der Einstellung auch nicht gefordert. Es reichte, wenn die Hausfrau den Haushalt führen konnte, der Hausmann für alle anfallenden Arbeiten in Haus und Hof zu gebrauchen war. Den für die Aufsicht zuständigen Stadtpfarrern wie für die vom bayerischen Staat installierten Amtsärzte in der Stadt war so die Pflegeleitung im Elgersheimer Hof immer ein Ärgernis. Ebenso war es im Fall der von der Bürgersfrau Justina Hartmann finanzierten Einrichtung des städtischen Spitals von 1804. Die bestellte Köchin war zugleich Hausmutter. Sie wurde bei den häuslichen Arbeiten von den diensttauglichen Pfründern unterstützt. Dafür b kamen alle fünfzehn Pfründner volle Kost und freie Logis. Jeder frei werdende Platz wurde nach Abstimmung von Magistrat, dem darin sitzenden Spitalverwalter, dem Stadtpfarrer und mit Hinzuziehung des Landgerichtsarztes besetzt.

In Franz Christoph (von) Rothmund (1801-1891) [Abb.2] hatte die Stadt seit 1829 neben dem handwerklich tätigen Bader einen hochqualifizierten Arzt. Als junger Privatdozent hatte Rothmund bei Johann Lukas Schönlein nicht nur die Theorie einer vom Arzt angeleiteten Krankenpflege kennengelernt, sondern auch als provisorisch eingesetzter Leiter des Würzburger Juliusspital schon mal die Praxis anleiten dürfen. In Ergänzung seiner Fortbildung in der chirurgischen Wundheilung bei Kriegsverletzungen in

Abb.2: Ehrenbürger Franz Christoph Rothmund

Berlin, die er beim führenden Chirurgen Preußens in den Freiheitskriegen, bei Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840) absolvierte, und seiner wissenschaftlichen Promotion zum Thema „Müdigkeit“ 1823/1824 dürfte der Elgersheimer Hof wie das städtische Bürgerspital in seiner Zeit als Volkacher Gerichtsarzt anschauliche Beispiele dafür gewesen sein, wie das Handwerk der Alten- und Krankenpflege trotz Anstrengungen im wissenschaftlichen Ausbildungsbereich noch immer im Argen lag. Die unruhigen politischen Zeiten seit dem Regierungsantritt des jungen Königs Ludwig I. nach 1825 ließen allerdings dem Arzt es geraten scheinen, sich auf die offiziellen Aufgaben seines Amtes zu konzentrieren. Seine Verdienste in der Bekämpfung der Cholerawelle der Jahre 1835/36, aber auch seine Bindung an den in unmittelbarer Nähe residierenden Standesherren Graf Erwein von Schönborn und damit zum bisweilen im nahen Bad Brückenau zur Kur weilenden König Ludwig sorgten für den Karrieresprung nach München. Dort wurde er im Jahr 1843 zum Leiter der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses bestellt. Auf dieser Stelle konnte er als Mitglied des Obersten Medizinalkomitee die in Volkach gemachten Erfahrungen in der privat organisierten Versorgung von Alten und Kranken nach der Revolution von 1848 dem Nachfolger Ludwigs König Maximilian II. ebenso nahe bringen wie dessen Militärärzten.

Sein Nachfolger im Volkacher Amt Heinrich Maximilian Brunner (1817 geboren als Sohn eines Regiments-

quartiermeisters in Augsburg), mit Ausbildung an der Universität in München, wo er von Johann Nepomuk von Ringseis, bekanntermaßen Leibarzt König Ludwig I. und eng befreundet mit den Förderern der neuen klösterlichen Frauenbewegung, promoviert wurde, sah in der Amtsstelle in Volkach nur ein Sprungbrett für höhere Aufgaben im bayerischen Königreich. Er nahm deshalb die Zustände in den beiden Volkacher Spitälern wie in der kirchlich mitbestimmten Armenpflege sehr ernst. Allerdings hatten die revolutionären Ereignisse von 1848 dem „großstädtischem Gemüt des national gesinnten Bürgers“ nicht gut getan, wie seine Vorgesetzten meinten. Jetzt musste er sich nicht nur darum kümmern, dass seine bald auf die Zahl sieben gewachsene Kinderschar eine entsprechende Zukunft bekam. Da seine Versetzungsgesuche regelmäßig abgeschlagen wurden, zuletzt 1859 um Verwendung im Militärgesundheitsdienst, blieb ihm nichts anderes, als sich in der Stadt Volkach für die der Allgemeinheit zu Gute kommenden Pflegeeinrichtungen zu engagieren. „In unserer Zeit“, wo „das mittelalterliche Kleinstädterthum mit all seinen Schwächen und Einseitigkeiten“ die politischen Entscheidungen bestimmten, wie er selbst meinte, war die gewünschte Einrichtung eines Distriktkrankenhauses neben der Verbesserung der Pflege in den Spitälern zur Beförderung der erwünschten Karriere im Staatsdienst nur mit viel politischem Geschick zu erreichen.

War nun das bürgerliche Engagement für eine qualifizierte Mädchenbildung innerhalb weniger Jahre geglückt, sollte es dem Feder führenden Stadtpfarrer Förster mit Unterstützung des Gerichtsarztes Brunner auch gelingen, den wieder im Amt befindlichen Magistrat davon zu überzeugen, dass mit Hilfe von zu bestellenden Klosterfrauen die im Argen liegende Alten- wie Krankenpflege modernisiert werden könnte. Die in klösterlicher Hand erfolgte traditionelle Qualifizierung für die Alten- und Krankenpflege hatte mit der Berufung von Barmherzigen Schwestern aus Frankreich in die Universitätsstadt Würzburg, wo es seit den Zeiten des Fürstbischofs Julius Echter hervorragende Einrichtungen für Pflege und Medizin gab, eine Renaissance erfahren. Wie Ignatia Reindl im Erziehungswesen erfolgreich die Bürgerschaft von Volkach wie die kritisch beobachtenden Regierungsbeamten überzeugen konnte, gelang es Honorine Steimer (1831–1903) der ersten Generaloberin der aus dem Orden der Barmherzigen Schwestern zu Niederbronn hervorgegangenen Kongregation der Schwestern des Allerheiligsten Erlösers zu Würzburg ihre in der Pflege ausgebildeten Mitstreiterinnen für Volkach anzuempfehlen. Wie schon zuvor 1856 in die neu errichtete Heil- und Pflegeanstalt für psychisch Kranke unter der Leitung von Bernhard von Gudden in Werneck zogen nun am 21. April 1857 zwei Erlöserschwestern in das neu erbaute Distriktspital in Volkach ein. Die von der Regierung genehmigten Statuten beginnen mit den Worten: „Die Distrikts- Heilanstalt ist eine zur Förderung des physischen Wohles der im Landgerichtsbezirke Volkach befindlichen Personen getroffene Einrichtung....Die Bestimmung der Anstalt ist, zunächst der dienenden und dürftigen Klasse der Distriktbevölkerung aus ihren eigenen Mitteln in Krankheitsfällen Unterkunft und Pflege behufs [heißt mit Hilfe] der Heilung zu sichern.“ In seinem Schreiben vom 15. Januar 1857 bittet Dr. Brunner um eine staatliche Genehmigung zur Berufung der Schwestern aus dem Würzburger Haus der Honorine Steimer: „Es gehe jetzt noch darum, fuer die möglichbeste Krankenpflege zu sorgen und es ist diesen wichtige Moment, auf welchen ich die ungetheilte Aufmerksamkeit des hier versammelten verehrten Ausschusses des D[istriktes] um so mehr lenken wünsche, als denselben ausschließlich bereits durch früherer Plenarversammlungen des D[istriktes] Mandat und Vollmacht übertragen wurde für die endgültige Beschlussfassung dieser und ähnlicher interner Angelegenheiten des Bezirkskrankenhauses. Eine religiöse und zweckmäßig geordnete Krankenpflege herbeizuführen, dürfte wohl zuerst die Aufgabe sein, die zu lösen wäre. An Leutseligkeit, Unverdrossenheit, Reinlichkeit, Ordnung und Ehrlichkeit, an Nüchternheit und beständige Aufmerksamkeit, die nöthigsten Eigenschaften zur Krankenpflege ist bei dieser Klasse,“ gemeint sind die Wärter, „in der Regel gar nicht zu denken. Als Beweis der Charakteristik weltlicher Wärtersleute mag dienen, daß man in vielen Anstalten wie z.B. im allgemeinen Krankenhause zu Wien sogar gezwungen ist körperliche Strafen zur Beeiferung ihres Dienstes in Anwendung zu bringen. Es wird dem Gesagten zufolge nicht bezweifelt werden können, daß etwas Besseres an die Stelle dieses nicht Genügenden gesetzt werden muß. Dieses Bessere, ja Unübertreffliche findet sich in denjenigen geistlichen weiblichen Orden, welche sich mit der Krankenpflege befassen. Dem weiblichen Geschlechte ist ein eigenes Zartgefühl eine wärmere Theilnahme an dem körperlichen Leiden Anderer, eine größere Geduld und Beharrlichkeit in Verrichtung kleiner, weder Verstand noch die physischen Kräfte sehr anstrengender Arbeiten eigen, durch welche Eigenschaften sich dasselbe vorzüglich von den raueren und ungeduldigen Männergeschlechte empfiehlt. Sofern die erwähnten Vorzüge des weiblichen Geschlechts durch eine sorgsame Auswahl hiezu tauglicher Subjekten, durch einen vorläufigen zweckmäßigen Unterricht, durch eine damit zu vereinigende religiöse Tendenz erhöht werden, so ist deren Verwerthung für die Krankenpflege in Heilanstalten wie im Privatleben von unbestreitbarem Vortheile und Segen. Dermalen sind in Bayern zwei weibliche Orden mit der Krankenpflege beschäftigt, nämlich die barmherzigen Schwestern vom Orden des heil. Vincentinus u. Paulus mit dem Mutterhaus im allgemeinen Krankenhause zu München und die Congregation der Töchter des göttlichen Erlösers mit dem Mutterhaus in Niederbronn in Elsaß. Die ersten sind für kleine Anstalten nicht brauchbar, aber die zweiten. Er ziehe die Ordensschwestern dem Lohnpersonal auch für Volkach vor. Die religiöse Betreuung ist demnach seiner Auffassung nach für alle Kranke, erst recht für die Sterbenden von großem Nutzen, zudem am kostengünstigsten. Seiner Bitte um die Annahme des Antrages und um Auftrag zur Bestellung wird am 29. April 1859 entsprochen, unter der Auflage, dass die Schwestern keine eigene Niederlassung

in Volkach gründen dürfen. Die Einrichtung des Volkacher Distriktkrankenhauses wird in der Folge Vorbild für weitere Einrichtungen im Bezirk Unterfranken.

[Abb.3: Erinnerungsfoto vor dem Distriktkrankenhaus Volkach mit zwei Erlöserschwestern im Jahr 1870]

In Volkach unterstützen sich die beiden Schwesterngemeinschaften in dieser Zeit zunehmender Kritik am wieder aufblühenden weiblichen Ordenswesen gegenseitig. Die Würzburger Kirche selbst bemühte sich um die öffentliche Anerkennung, insbesondere für die in der Krankenpflege tätigen Nonnen. Gerichtsarzt Brunner ließ gegenüber der Regierung in Würzburg im Jahr 1861 keinen Zweifel daran, dass „die unaufhaltsamen politischen Bewegungen nur durch eine vernünftige kirchliche Behandlung der socialen Frage geregelt werden können, daß nun durch ein einträchtiges Zusammenwirken von Kirche, Staat und Gesellschaft ein dauerhafter Bau des gesamten öffentlichen Lebens erzielt werden kann…da sind wir überzeugt und wünschen unserer Überzeugung Realisierung.“ Seine Kritik an der mangelnden Herzenswärme der in staatlichen Krankenhäuser wirkenden Krankenwärter war wohl allgemein zu vernehmen, so dass seine Bemühungen um die Bestellung der Erlöser schwestern für die öffentliche Krankenpflege nach Volkach nicht zu seinem Nachteil sein sollten. Zum Jahresbeginn 1862 verließ Dr. Brunner das unte fränkische Landstädtchen, um in seiner Heimatstadt Augsburg als Bezirksgerichtsarzt zu wirken. Seine Töchter Katharina Anna Adelgunde, Jahrgang 1845 verstarb kurz nach dem Umzug an einer schwer heilbaren Krankheit, aber Mathilda Anna, geboren 1847 in Volkach konnte nach Unterricht bei Ignatia Reindl ebenso wie der Sohn August, geboren 1848, in der Bezirkshauptstadt die höhere Bildung erwerben. Wie im Falle von Rothmund war auch Brunner in späterer Zeit noch ein Karrieresprung im bayerischen Gesundheitswesen vergönnt. Er sollte nach vielen Auszeichnungen am 10. Juni 1890 zu Landshut versterben. Ob die beiden Einfluß auf die Einbeziehung klösterlicher Konvente in die Kriegskrankenpflege genommen hatten, ist noch eine offene Frage, obgleich als nicht unwahrscheinlich anzunehmen.

Der an das Distriktkrankenhaus 1858 bestellte praktische Arzt Dr. Ferdinand Then aus Neubrunn war gerademal 46jährig 1864 verstorben, nachdem er sich mit Bäderanwendungen nach chirurgischen Anwendungen im Ärztlichen Intelligenzblatt hoffnungsvoll zu Wort gemeldet hatte. Ihm rückte Dr. Gregor Schmitt nach. Als Vertreter der Gerichtsarztstelle am neu errichteten Bezirksamt Volkach wurde allerdings Dr. Johannes Friedrich Rheinisch bestellt, der sich beim Facharzt für Geburtshilfe Joseph Servatius d‘Outrepont promoviert hatte. Er wurde am 19. April 1862 von Hilders, einem armen Bezirk der Rhön, an den Main versetzt. Welcher politischen Richtung die beiden Ärzte anhingen, ist bislang noch nicht bekannt. Aber wohl wissend, wie es um die Zukunft der berufenen Schwesterngemeinschaften bestellt sein könnte, hatte Dr.

Brunner noch als Volkacher Gerichtsarzt Schulschwester Ignatia Reindl bestätigt, dass das neu erworbene Klostergebäude für die Unterbringung von 12 Lehrschwestern und 30 Zöglingen vollständig geeignet sei. Mit dem Einzug Ignatias und ihrer Zöglinge in das ehemalige Forstamtsgebäude entschloss sich dann auch Stadtpfarrer Förster zum Stellenwechsel. Gemeinsam mit Dr. Brunner erreichte er noch, dass die beiden Altenpflegeeinrichtungen dem Distriktkrankenhausverein, der für die finanzielle und personelle Ausstattung zuständig war, zugeordnet wurden. Auf diesem Wege konnte erreicht we den, dass auch dort Erlöserschwestern zur Pflege einzogen.

Am 14. März 1864 war aus Bad Kissingen der neu bestellte Geistliche Georg Scheurich eingetroffen, der wohl schon zu diesem Zeitpunkt wusste, was ihn in der Stadt erwarten würde, die nun nach dem Willen von Pfarrer Förster und Gerichtsarzt Brunner Kleinkindererziehung, Mädchenbildung und öffentliche Armen- und Krankenpflege ein halbes Jahrhundert nach der Säkularisation in die Hände von Klosterfrauen gelegt hatten. Denn Pfarrer Scheurich schrieb: „Am Feste des hl. Joseph 1864 begrüßte ich meine neue Pfarrgemeinde mit den Worten pax vobis [Friede mit euch] Und wünschte ihr das große Glück des Friedens im Leben, im Tode und in der Ewigkeit.“ Die Bürger Volkachs waren nämlich längst zerstritten. Die einen hingen der Idee nach, in Preußen die Führungsmacht zu suchen, die anderen ließen allein die Bildung eines Großdeutschen Staates unter Einschluss Österreichs als Option zu. Dass die Stadt einmal sogar selbst in den nun am Horizont aufziehenden Krieg zwischen den Mächten des zerbrochenen Deutschen Bundes verwickelt werden sollte, war wegen geheimen Absprachen um die Kriegsziele Bismarcks kaum in der Öffentlichkeit erkennbar wahrgenommen worden.

Das bayerische Militär hatte in der Zeit der geheimen Mobilmachung zur Vorbereitung einer eventuell notwendigen Versorgung verwundeter Soldaten neben mobilen Hauptfeldspitalzelte mit entsprechenden Personal auf alle zivilen Krankenhäuser für die Aufnahme in den Vorsorgeplan gesetzt. Darüber hinaus hatte das Kriegsministerium in München unter Leitung von Eduard Maximilian Lutz, seit 1864 Ritter von Lutz (1810-1893) die „der Krankenpflege gewidmeten geistlichen Orden“ auflisten lassen, die im Fall des Falles sich als Militärhospital zur Verfügung stellen wollen. Die in den Akten des Kriegsministeriums zum Sanitätsdienst im Feldzug gegen Preußen aufbewahrte Listenabschrift führt die Niederbronner Schwestern in Aschaffenburg mit sechs Mitgliedern, die Barmherzigen Schwestern im pfalz-bayerischen Pirmasens mit 20 bis 30 Mitgliedern, die Barmherzigen Schwestern in Würzburg mit 5 Mitgliedern auf. Die protestantischen Diakonissen zu Neudettelsau, im Marienhaus zu Speyer und zu Augsburg hatten sich ebenso zur Verfügung gestellt wie der Franziskanerinnen-Konvent der Sternschwestern zu Augsburg. Zur freiwilligen Kriegskrankenpflege angeboten hatte sich auch der vom Pfarrer der reformierten Kirche, Konsistorialrat Dr. August Ebrard, mitbegründete Erlanger Zentralverein für Felddiakonie. Ihm war der geplante Einsatz der Barmherzigen Schwestern und der Franziskanerinnen für die Pflege verwundeter Soldaten bekannt geworden und rief deshalb bald zur Gründung eines Vereins auf. „Es wäre ein trauriges Armutszeugnis gewesen“, so August Ebrard, „wenn die evangelische Kirche die evangelischen Verwundeten fremden Händen überlassen hätte.“ Der Konvent der Volkacher Schulschwestern stand nicht auf der Liste der Freiwilligen, zumal sie ja auch keine ausgebildeten Pflegerinnen hatten.

Im Verlauf der kriegerischen Auseinandersetzungen seit dem 4. Juli 1866 stellte sich jedoch rasch heraus, dass die Versorgung der im Kampf verwundeten Soldaten vom militärischen Sanitätsdienst kaum bewältigt werden konnte. Am 15. Juni noch hatte im Zuge der Mobilmachung die 3. Infanterie-Division des königlich-bayerischen Armeekommandos aus Bamberg nach München signalisiert, dass die 150 im Militärkrankenhaus vorhandenen wie die 100 mobilen Feldlagerbetten als ausreichend zu betrachten seien. Am 14. Juli forderte dann der Kommando führende Freiherr von der Thann aus dem Hauptquartier in Gerolzhofen, der Volkach nächst gelegenen Amtsstadt, vom Kavallerie-Reservecorps einen ärztlichen Rapport über die Lage der Sanitätsvorsorge ab. Unverzüglich meldet Luitpold von Bayern aus dem nahe liegenden Gochsheim, dass er die beiden ihn begleitenden Regimentsärzte nach Bad Kissingen geschickt habe, damit sie dort aushelfen. Mit der Schlacht bei Königgrätz, die Österreich verlor, wurde in diesen Tagen die von Bismarck gewünschte Mainlinie zu einem Schauplatz blutiger Kämpfe. Aus Schweinfurt war deshalb der Bericht an das Hauptquartier der bayerischen Armee gegangen, “daß das ärztliche Personal sowohl von bayerischer wie preußischer Seite bei der großen Zahl der Verwundeten, die noch dazu größtentheils schwer verwundet sind, nicht hinreiche, um den Kranken die aufopfernde Pflege angedeihen zu lassen.“ Doch „die Wartung der Kranken“ sei eine musterhafte. „Fürstinnen und Bürgerfrauen versuchen den Verletzten ihr Loos zu erleichtern. Preußen wie Bayern genießen die gute Pflege. Doch hält man es für die Pflicht, die Hauptsanitätsdirektion von dem Mangel an Ärzten in Kenntnis zu setzen.“ Die Kriegsnachrichten von der Schlacht in Bad Kissingen erreichen natürlich auch die Bürger in Volkach. Am 10. Juli notierte Pfarrer Schleiß: „Heute Vor- und Nachmittag vernahm man aus der Gegend von Hammelburg und Kissingen sehr starken Kanonendonner. Es scheinen die Preußen von Fulda über Brückenau und Neustadt sich dorthin vorgeschoben und mit den Bayern in ernsten Kämpfen sich eing lassen zu haben. Alles in banger Erwartung.“

Mit dem Kampf um die Mainlinie verschärfte sich die Versorgungssituation für die verwundeten und kranken Soldaten von Tag zu Tag. Die Verschiebung der Feld-Spitäler aus Bamberg nach Neustadt an der Saale war noch in den ersten Tagen des Juli ohne Probleme erfolgt. Aber bereits am 8. Juli suchte der verantwortliche Generalmajor

von Steinsdorff die Verwundeten im Kampf um Kissingen auf den Marienberg in Würzburg transportieren zu lassen. Am 10. Juli ordnete das Hauptquartier in Gerolzhofen die Divisionskommandos an, dass „die Verwundeten…im Laufe der Zeit und je nach dem Abzuge des Militärs den Civil-Aemtern übergeben und alles aufgeboten wird, um die möglichst gute Unterkunft und Pflege der Verwundeten und Kranken …zu sichern.“ Jetzt kamen auch die Aufnahmekapazitäten der Frauenkonvente in den Blick. Pfarrer Schleiß notierte: „Statt der gesunden Soldaten haben wir jetzt viele Kranke. Bereits liegt das Districtsspital voll von ihnen. Andere wurden im Bürgerspital untergebracht. Auch die Franziskanerinnen haben derer viel in ihrem Kloster aufgenommen. Im ganzen nahe an hundert. Typhus und Fieberkranke, Fußleidende und viele bis zur völligen Erschöpfung Ermattete.- neue Sorgen!-wenn das so fortgeht und vielleicht auch noch Verwundete dazu kommen, wird Volkach zu einem großen Spitale.“

Die angespannte Lage mit den versprengten Soldaten dem ganzen Main entlang zwischen Aschaffenburg, Würzburg bis Schweinfurt können die mobilen Spitäler trotz freiwilliger Meldung ziviler Ärzte nicht entschärfen. Die Schulfrauen der Dillinger Franziskanerinnen kommen selbst in Not mit jedem von Gerichtsarzt Rheinisch verordneten Krankenlager in ihrem Kloster. Ihre Chronik schildert das Geschehen eindrucksvoll: „Nun lagen sie da gebrochen u. erschöpft, an einen weiteren Marsch war nicht zu denken. Das hiesige Spital war schon überfüllt. Da bat der Offizier halt wieder, seine braven Soldaten nicht zu verstoßen. Und wieder gab die Fr. Oberin ihre Zusage. So war nun ein freiwilliges Lazarett geschaffen. Der gerufene Arzt konstatierte bei den meisten Hungerthyphus, Wechselfieber u. Cholarien. Gleich nach dem Gottesdienst kam auch der Herr Stadtpfarrer. Als ihm die Klosterschwestern ganz munter entgegenkamen, äußerte er sich: Gott sei dank, weil ihr noch lacht u. munter seid, jetzt wird mirs auch wieder leichter! Er war der eifrigste Besucher, Berater u. Tröster der armen Kranken u. ihrer Pflegerinnen. Die erste Aufgabe war nun, für frische Wäsche zu sorgen. Bei manchen fing die Leibwäsche buchstäblich zu faulen an. Nun wurde gewaschen; Fr. M. Anselma u. Jgfr. (Jungfer) Dorothea (Fr. M. Franziska) machten sich daran, kamen aber volle 14 Tage nicht mehr aus der Waschküche. Die Soldaten hatten fast nichts zum Wechseln. Im Laufe des 1. Vormittags kamen nochmal 12 Kranke an; gegen Abend noch mal 6, so daß nun 34 Mann zu verpflegen waren. Die guten Klosterschwestern gaben alles her; sie hatten für ihren Gebrauch weder Betten noch Stühle, ja nicht einmal Bestecke mehr. Niemanden fiel es nämlich ein, das Kloster in diesem Liebeswerk zu unterstützen; weder Bürgerliche noch Beamte gaben auch nur einen Kreuzer her. Von einem Kriegsdepot oder dgl. muß damals auch nichts existiert haben; oder es war schlecht organisiert. Kurz, es schien als wenn es so ausgedacht, daß das Kloster Quartier u. volle Verpflegung alles, alles umsonst, ja aus eigenen Mitteln stelle.- da wurde Fleisch, Wein, Eier u. alles, was 34 Mann nötig hatten, so lange vom eigenen Vorrat genommen, oder auf Rechnung des Klosters gekauft, bis Vorrat u. Kasse erschöpft waren. Dieser Fall trat dann auch ein. Was nun tun! Die Liebe macht erfinderisch. Es waren da einige Kandidatinnen da. Die sollten nun Lebensmittel beschaffen. So nahmen sie dann ihre Körbe auf den Rücken u. zogen eines Morgens aus auf Termin; die einen in der Stadt umher, die anderen in den benachbarten Ortschaften. Schweren Herzens gingen sie an dies ungewohnte Geschäft; doch froh kehrten sie am Abend reich beschenkt heim. So oft nun die Lebensmittel zur Neige gehen wollten, griffen die guten Kandidätchen nach dem Brotkorb und bettelten für die Verteidiger des Vaterlandes. Diese erholten sich allmählich unter der Pflege ihrer in der Tat barmherzigen Schwestern.- Aber leider! Die Anstrengungen u. Entbehrungen, die Ausdunstungen von so vielen Typhuskranken waren von den nachteiligsten Folgen. Fast alle Schwestern erkrankten auch an Typhus; die Kandidatinnen mussten heimgeschickt werden; eine erkrankte hier, die Ausgeherin wurde auch krank u. zuletzt forderte der Tod noch seine Opfer. Fr. Selina starb am 6. August, ... Fr. M. Kiliana am 19. Sept., Fr. M. Angela am 22. Sept., beide an Typhus. Fr. Anselma, Jgfr. Creszens Häuslein u. Eva lagen auf den Tod krank. Die Soldaten wurden gesund am 26. August entlassen. Das Kloster war wieder leer u. schien ausgestorben. Tiefbekümmert beratschlagte sich Fr. Oberin mit dem Herrn Stadtpfarrer Scheurich u. dem Hausarzte Dr. Schmitt, jetzt Kreismedizinalrat in Würzburg. Beide Herren bestanden darauf, daß Fr. Oberin u. Fr. Clodilde zu einiger Abspannung sich ins Mutterkloster begehen sollten. Sie wollten alles für das Wohl der noch am Leben gebliebenen aufbieten. So reisten dann die beiden Frauen ab. Im Kloster aber war außer den Kranken nur noch Fr. Benonnia u. Sr. Gertrudis nebst einem Mädchen – dieses Jahr bleibt ein denkwürdiges für den Convent Volkach, so lange es besteht.“

Alle Anstrengungen der Klosterfrauen wurden als selbstverständlich angenommen. Ihre Opfer waren es König Ludwig II. und seinen Ministern nicht wert ihrer Vaterlandsliebe wegen zu ehren. Im Gegenteil. Doch M. Ignatia hatte sich ebenso wenig entmutigen lassen wie die Erlöserschwestern. Ihr Glaube an die göttliche Gerechtigkeit hielt sie aufrecht: „Der oberste Kriegsherr u. König aller Könige wird es seinen Bräuten nicht vergessen u. ihr Opfer nicht mit einem himmlischen Ordenszeichen belohnen. Und ist das edle Bewusstsein unbelohnt, ja unbekümmert um Menschendank u. Menschenlohn nicht eine große, schöne Tat vollbracht zu haben, nicht selbst schon Lohn! Selig die Barmherzigen, denn sie werden Barmherzigkeit erlangen!“

Die Kriegskrankenpflege sollte nun von den konfessionellen Genossenschaften lernen. Als es darum ging eine weltliche Schwesternschaft unter Banner des Roten Kreuzes auszubilden, wurden sie zum Vorbild. Doch blieb die Führung des weltlichen Frauenvereins dem Adel vorbehalten, ganz nach dem Vorbild des preußischen Königshauses. Die Adelsfrauen sollten mit ihrem Besuch und der Verteilung von Gaben an die Soldaten Mitgefühl demonstrieren, sich aber keinesfalls selbst dem Tod

ausliefern, wie es die aus den niedrigen Ständen entstammenden Frauen in den klösterlichen Gemeinschaften taten.

Eigentlich hatten sich die Volkacher Franziskanerinnen aufgemacht den Mädchen eine höhere Bildung zu verschaffen. Dass sie dann 1866 unfreiwillig in die Kriegskrankenpflege gezwungen wurden, war ihnen aber eine Lehre, die sie schon ein paar Jahre später nutzen konnten. Im nächsten Krieg, dem deutsc französischen, der dann die nationale Einheit als Deutsches Kaiserreich unter der Führung der protestantischen Hohenzollern bringen sollte, meldeten sie sich auf Anfrage freiwillig zum Dienst an den verwundeten und kranken Soldaten, auch wenn es nicht der Dienst war, dem sie sich durch ihr ewiges Gelübde verschrieben hatten. Aus Anlass des 150jährigen Gedenkens an den sog. Bruderkrieg auch in Unterfranken war es nun höchste Zeit nochmals daran zu erinnern. [Abb.4]

Abb.4: M. Ignatia im Lazarett 1870 Lammgarten

Quellen:

Hauptstaatsarchiv München, Kriegsarchiv, Alter Bestand B. Feldzug gegen Preußen 1866. Nr. 857: Mobiles Armeecommando. Sanitätsdienst; Staatsarchiv Würzburg, Regierungsabgabe 1943/45, Nr. 13587, Rotes Kreuz betr., Nr. 6306, Landgerichtsphysikat Volkach 1843-1862 betr., Nr. 6308, Bezirksarztstelle I. Klasse Volkach 1862-1915 betr.; BA Volkach, Nr. 147, Akten des Landgerichts, dann Bezirksamtes Volkach, Distriktkrankenhaus und die Berufung der Schwestern v. göttlichen Erlöser zur Übernahme der Krankenpflege in denselben betr.: Klosterarchiv St. Maria Volkach, Chronik.

Literatur:

Ute Feuerbach: Frau und Caritas, 1906-2006. 100 Jahre Verein für ambulante Krankenpflege, Münsterschwarzach 2008; Dies.: Volkach 906-2006, 1100 Jahre verbriefte Geschichte, Volkach 2006; Dies.: Franz Christoph von Rothmund (1801-1891)- Gerichtsarzt in Volkach 1829-1843, in: Unsere Mainschleife 1993-2007 (Volkacher Hefte Band 17), S.250-254; Dies.: Biographische Notizen zu zwei Volkacher Gerichtsärzten, in: Ebd., S. 356-359; Werner K. Blessing: Äußerer Kampf und innerer Dissenz. Die Kriegserfahrung von 1866 in Franken, in: Frankenland, Sonderheft 2016, S. 23-34; Walter Hamm: „Dulce et decorum est pro patria mori“- Vom Sterben (und Leiden) im „Deutschen Krieg“ von 1866, in: Ebd., S. 68-72; Annett Büttner: Die konfessionelle Kriegskrankenpflege im 19. Jahrhundert (MedGG-Beiheft 47), Stuttgart 2013.

Autorin

Dr. Ute Feuerbach, Magister Artium

geb. 1958 in Langenthal, Kanton Bern (Schweiz), Promotionsstudium der fränkischen Landesgeschichte und Politikwissenschaften an der Julius-Maximiliansuniversität Würzburg, zwei Kinder, freischaffende Historikerin, ehrenamtliche Stadtarchivarin von Volkach, Wahlmitglied der Gesellschaft für fränkische Geschichte, Carl-Gottfried-Scharoldpreis der Gesellschaft Freunde für Mainfränkische Geschichte und Kunst, Stipendiatin der Bayerischen Einigung und Volksstiftung München.

Bilder:

Abb. 1: Proklamation des bayerischen Königs vom 4. Juli 1866 [Foto: Peter Feuerbach]

Abb.2: Ehrenbürger der Stadt Volkach Franz Christoph (von) Rothmund (1801-1891) [Stadtarchiv Volkach]

Abb.3: Erinnerungsfoto vor dem Distriktkrankenhaus Volkach mit zwei Erlöserschwestern im Jahr 1870 [Stadtarchiv Volkach, Abgabe Günther Schmitt]

Abb.4: Die Dillinger Franziskanerinnen Ignatia Reindl und Gabriela Heinzelmann im Lazarett 1870 [Stadtarchiv Volkach, Abgabe Günther Schmitt]

Bilderrechte (C) Stadtarchiv Volkach

HOSPIZ BRAUCHT MEHR RAUM.

Unterstützen Sie uns beim Ausbau des CS Hospiz Rennweg.

www.cs.or.at/mehrraum

Spendenkonto: Erste Bank
IBAN: AT27 2011 1800 8098 0900
BIC: GIBAATWW

CS
CARITAS SOCIALIS

Wenn sich eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis zur Inkontinenz gesellt

Steininger A., Jukic-Puntigam M., Schumacher P., Müller G.

Sie kennen den Begriff sicher unter den Synonymen Windelausschlag oder Windeldermatitis. Pflegebedürftige und schwerkranke Personen laufen also nicht nur Gefahr einen Dekubitus zu entwickeln, sondern auch eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis. Ein solches Pflegeproblem kann jedoch oft durch professionelle Pflege verhindert werden.

Entstehung der Inkontinenz-assoziierte Dermatitis

Der Begriff Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde erstmalig im Jahr 2007 in einer internationalen Expertengruppe diskutiert und in der Literatur als eine oberflächliche Entzündung und Schwellung der Haut beschrieben. Ebenso können Blasen mit serösem Exsudat, Hautabtragungen sowie sekundäre Hautinfektionen auftreten (Gray, Beeckman, Bliss, Fader, Logan, Junkin, Selekof, Doughty, & Kurz, 2012). Beeckman, Schoonhoven, Verhaeghe, Heyneman und Defloor (2009) gehen davon aus, dass die IAD das Resultat einer „top-down" Schädigung der Haut ist. Dazu zählt einerseits eine durch beispielsweise Alter oder Ernährung hervorgerufene Gewebeüberempfindlichkeit. Andererseits wird chronische Feuchtigkeit der betroffenen perinealen Hautregion, aufgrund einer Inkontinenz und häufig einhergehend mit einem möglichen Selbstpflegedefizit durch körperliche und kognitive Einschränkungen als ein Grund für den Beginn einer IAD genannt. Entstehungsursachen einer IAD sind somit sehr komplex und beziehen sich unter anderem auf chemische und mechanische Hautirritationen (Abbildung 1). Besonders die Harn- und / oder Stuhlinkontinenz, vor allem dünnflüssiger Stuhl, gelten als wesentliche Faktoren für die Entwicklung einer IAD. Zusätzlich erhöht ein basischer pH-Wert der Haut das Infektionsrisiko im betroffenen Gebiet. Ein langanhaltender Kontakt der perinealen und perigenitalen Haut mit Ausscheidungsprodukten führt zur Aufnahme der Feuchtigkeit durch die Korneozyten. In Folge quillt die Haut auf, das zur Mazeration führt. Zusätzlich führen häufiges Waschen der betroffenen, kontaminierten Haut, Tragen von Schutzhosen bzw. schlechtsitzende Kleidung zu Reibungen. Diese chemischen und mechanischen Reize schädigen die Hautintegrität und beeinträchtigen die Hautbarriere, wodurch sich eine IAD entwickeln kann (Beeckman et al., 2009). Eine Urininkontinenz alleine führt nicht zur IAD (Kottner & Blume-Peytavi, 2014).

facultas

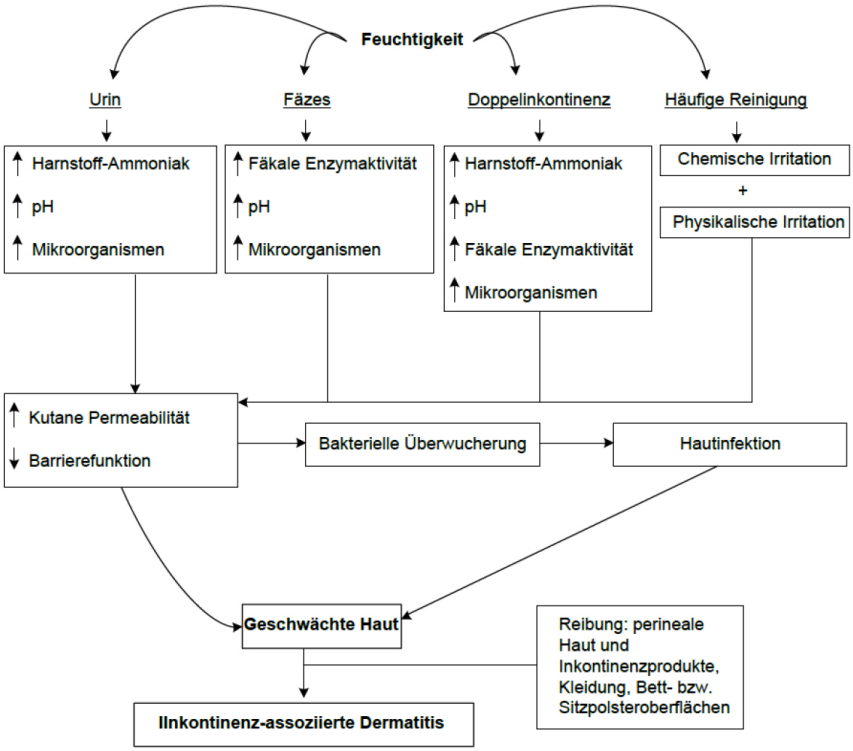


Abbildung 1: Entstehung der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (Beeckman et al., 2009, S. 1143)

Vor allem im Akutpflegebereich finden sich höhere Prävalenz und Inzidenzraten im Vergleich zum Langzeitpflegebereich (Gray et al., 2012). International liegt nach Gray et al. (2012) die Prävalenz der IAD zwischen 5,7 und 50%, die Inzidenzrate liegt zwischen 3,4 und 36%. Diese Datenvariabilität ist auf die Datenerhebung in den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen sowie auf die Teilnehmer in den Studien zurückzuführen.

Dekubitus oder Inkontinenz-assoziierte Dermatitis?

Ist die sichtbare Hautveränderung in der Gesäßregion nun ein Dekubitus oder eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis? Diese Frage scheint vor allem in Einrichtungen auf, in denen die IAD wenig bis kaum auftritt. Selbst für erfahrene Pflegepersonen ist der Unterschied nicht immer einfach auszumachen (Kottner & Blume-Peytavi, 2014), wobei die Schwierigkeit in der pflegerischen Diagnostik einer IAD liegt.

Durch eine grob orientierte Ersteinschätzung kann eine mögliche Differenzierung erfolgen. Ist die betroffene Region einem erhöhten Druck und / oder Scherkräften ausgesetzt und liegt eine gleichmäßige Rötung vor, dann besteht ein Dekubitus. Wenn das Areal einer Feuchtigkeit ausgesetzt ist – in Verbindung mit Reibung – und besteht eine ungleichmäßige Rötung, so ist eine IAD zu vermuten (Gray et al., 2007). Weitere Differenzierungsmerkmale sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Einschätzen einer IAD

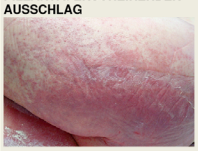
Sowohl die Prävention als auch die Behandlung einer IAD stellen Pflegepersonen in der Praxis vor große Herausforderungen. Eine strukturierte Einschätzung der IAD dient als Voraussetzung für die Einleitung von pflegerischen Präventionsmaßnahmen und Interventionen. Hier sollte zur Schärfung der Wahrnehmung ein Assessmentinstrument unterstützend herangezogen werden.

	Dekubitus (buttom up Läsion)	IAD (top down Läsion)
Ursache	Druck- und / oder Scherkräfte	Feuchtigkeit (z.B. Harninkontinenz, Diarrhoe)
Lokalisation	Wunde über Knochenvorsprung	IAD kann über Knochenvorsprung sein Feuchtigkeit muss vorliegen (Druck- und Scherkräfte ausschließen)
Ausprägung	Läsion ist lokal begrenzt	Diffuse, oberflächliche Hautveränderungen
Tiefe	Teilweise, komplett fehlende Hautschichten	Oberflächliche, teilweise fehlende Hautschicht
Nekrose	Nekrose	Keine Nekrose
Ränder	Ausgeprägte Ränder	Diffuse / ungleiche Ränder
Farbe	Nicht wegdrückbare Rötung (1. Kategorie)	Wegdrückbare oder nicht wegdrückbare Rötung

Tabelle 1: Differenzierung zwischen Dekubitus und IAD (Gray et al., 2007; EPUAP, 2005; Defloor et al., 2005)

Zur Früherkennung, Risikoerfassung und Klassifizierung einer IAD wurde das englischsprachige Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT) (Junkin, 2008) von Steininger, Jukic-Puntigam, Urban und Müller (2012) nach internationalen Übersetzungsprinzipien in die Zielsprache Deutsch übersetzt. Das Besondere an diesem Instrument ist die Bildverankerung zu den drei Schweregraden einer IAD, die Definitionsbeschreibungen und die integrierten Interventionsvorschläge. Das deutsche Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D) wurde in einer fast siebenjährigen Forschungszeit auf die Inhaltsvalidität (Steininger et al., 2012) sowie auf die Beobachterübereinstimmung von zwei unabhängigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Langzeitpflege (Braunschmidt, Müller, Jukic-Puntigam, & Steininger, 2013) wie auch im akutstationären Bereich (Notter, 2014) getestet. In einer weiteren Untersuchung wurden die literaturgestützten pflegerischen Interventionsvorschläge auf die Inhaltsvalidität geprüft (Müller, Schumacher, Jukic-Puntigam, & Steininger, 2016). Aus heutiger Sicht liegt mit dem IADIT-D (Abbildung 2a/b) ein verständliches und zuverlässiges Instrument für Pflegepersonen zur Erfassung und Differenzierung inkontinenz-assoziierter Hautschäden bei Erwachsenen vor.

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D)

	Definition	Anwendungshinweise
HOCHRISIKO IAD	Die Haut ist nicht gerötet oder wärmer als die umliegende Haut. Sie kann Narben oder Verfärbungen von früheren IAD-Episoden und/oder abgeheilte(s) Druckgeschwür(e) aufweisen. Harn- und/oder Stuhlinkontinenz liegen vor. Stuhlinkontinenz von flüssigem Stuhl mindestens 3 mal innerhalb von 24 Stunden. [24] Person kann nicht adäquat kommunizieren oder für sich selbst sorgen.	**Assessment** (z.B. Differenzierung zu druck- und anderen feuchtigkeitsassoziierten Hautschäden, Form/Ursache/Dauer der Inkontinenz, Hauttyp/Erscheinungsbild, verwendete Hilfsmittel) [10,19, 20,28] **Strukturierter Hautpflegeplan** zur IAD-Prävention und Behandlung mit Einzel- oder Kombinationsprodukten (Reinigung+Pflege+Schutz) [2,4,6,7,8,9-13,15,28] ***Hautreinigung*** Nach jeder Inkontinenzepisode, insbesondere bei flüssigem Stuhl, die Haut so rasch wie möglich schonend reinigen [22,23] - inklusive einer Hautinspektion [20] Kontamination mit Harn: lauwarmes Wasser [2,8,20] Kontamination mit Stuhl: pH hautneutrale Waschlotion [4,8,9] oder milde, nicht reizende Waschsubstanz verwenden, mit weichen Waschlappen schonend reinigen und weichem Handtuch trocknen, Reibung vermeiden **oder** Feucht-, Reinigungstücher ohne Konservierungsstoffe/Parfumzusätze verwenden [7,8,20] alkalische Seifen und Produkte mit anionischen Tensiden (Reinigungsmittel) nicht verwenden [7,5,7,8,10,22] ***Hautpflege*** Produkte je nach Hauttyp/Erscheinungsbild der Haut auswählen [2,7,8,20] Trockene Haut: feuchtigkeitsspendende, rückfettende Pflegeprodukte verwenden [2,4,7] Feuchte Haut: Hautschutz auftragen und feuchtigkeitsspendende Produkte meiden [8] ***Hautschutz*** Hautschutzprodukte bilden einen Schutzfilm (Barriere), [1,3,7,15,20] die speziell bei flüssigem Stuhl anzuwenden sind [9,23] Einzelprodukte (z.B. Dimethicone, Zinkoxidcremen) können verwendet werden [1,2,7,20,21,22,23] ***Kombinationsprodukte - Reinigung+Pflege+Schutz*** (z.B. imprägnierte Einwegtücher, Waschcremen) sind zur Prävention und bei Vorliegen einer IAD empfehlenswert [8,18,20,21,22] **Inkontinenzhilfsmittel** Körpernahe, aufsaugende und atmungsaktive Hilfsmittel (Inkontinenzprodukte) der Inkontinenzform (Frequenz, Volumen, Flussrate der Inkontinenz), dem Geschlecht, der richtigen Größe, der Saugkapazität und den körperlichen und mentalen Fähigkeiten der Person anpassen und individuell wechseln [4,7, 9,16,19,20,21] Offene körpernahe Inkontinenzhilfsmittel (z.B. Netzhose mit Einlage) sind geschlossenen (Inkontinenzslips) vorzuziehen, um das feucht-warme Milieu zu vermeiden [20] Körperferne, aufsaugende und atmungsaktive Hilfsmittel (z.B. Betteinlage, Überzüge) verwenden [19] **Urinalkondom** [4] **/Fäkalkollektor/Stuhldrainagesystem** [14,16,17] im Einzelfall verwenden, um den direkten Hautkontakt mit den Ausscheidungen zu vermeiden [8,19, 22] **Produktbeschreibungen** und deren **Anwendungshinweise** beachten und Schulungen durchführen [20] Situationsbezogene **kontinenzfördernde Maßnahmen** (z.B. Beckenboden-, Blasen- oder Darmtrainingsprogramme) einleiten [21] Pflegeperson mit Zusatzqualifikation (z.B. Wundmanagement, Kontinenz- und Stomaberatung) [19,20] bzw. einen Arzt konsultieren [20,24] In der **Pflegedokumentation** sind der Hautzustand, die Interventionen unter Angabe der Pflegeprodukte bzw. Hilfsmittel festzuhalten [19,20,21]
BEGINNENDE IAD	Die dem Stuhl und/oder Harn exponierte Haut ist trocken, intakt und zeigt keine Blasen; sie ist rosa oder rot, mit diffusen (unscharf begrenzten), oft unregelmäßigen Rändern. Bei dunklerer Hautfarbe könnte es schwieriger sein, Farbveränderungen zu erkennen (weiß, gelb, stark dunkelrot/violett). Eine Palpation der Haut ist sinnvoll. Durch die Palpation kann eine erhöhte Temperatur im Vergleich zur nicht betroffenen Haut festgestellt werden. Personen mit adäquatem Empfinden und der Fähigkeit zu kommunizieren, klagen unter Umständen über brennende, stechende oder andersartige Schmerzen.	
MÄSSIGE IAD	Betroffene Haut ist hell- oder hochrot; bei dunklerer Hautfarbe kann sie weiß, gelb oder stark dunkelrot/violett wirken. Die Haut erscheint für gewöhnlich feucht und glänzend mit nässenden oder punktförmig blutenden Arealen. Es können auch erhabene Areale oder kleine Blasen beobachtet werden. Möglicherweise kleine Areale mit Hautverlust, im Durchmesser von bis zu 2 cm. Immer schmerzhaft, auch wenn die Person nicht imstande ist, den Schmerz mitzuteilen.	↑ **Einschließlich der oben angeführten Interventionen** Bei Auftreten einer Hautläsion (z.B. nässende/blutende Stellen) einen Arzt (Dermatologe) konsultieren [24] Betroffene Hautstellen von Harn und/oder Stuhl konsequent fernhalten (z.B. Seitenlagerung) [8,19] **Kombinationsprodukte** (Reinigung+Pflege+Schutz) sind empfehlenswert [18,20] Auf Anzeichen möglicher **Sekundärinfektionen** achten [7] und eine mögliche angeordnete Therapie durchführen [19,20,24] Nach strenger Indikation ist die intermittierende Verwendung eines Blasenverweilkatheters bzw. Stuhl-Drainage Systems in Absprache eines Arztes in Betracht zu ziehen [17,19], damit sich die Haut wieder regenerieren kann [7]
SCHWERE IAD	Betroffene Haut ist rot mit Substanzdefekten (teilweiser Verlust von Hautgewebe), die nässen/bluten. Bei dunklerer Hautfarbe erscheint dies möglicherweise weiß, gelb oder stark dunkelrot/violett. Hautschichten können abgelöst sein, da das ausgetretene Protein klebrig ist und an jeder trockenen Oberfläche haftet. Immer schmerzhaft, auch wenn die Person nicht imstande ist, den Schmerz mitzuteilen.	
PILZARTIG-ERSCHEINENDER AUSSCHLAG 	Dies kann zusätzlich zu jedem Schweregrad der IAD auftreten. Üblicherweise lassen sich nahe den Rändern der gerötteten Stellen Punkte beobachten. Bei dunkelhäutigen Personen zeigen sich weiße, gelbe oder stark dunkelrote/violette Stellen. Diese können Pusteln sein oder einfach wie flache, rote (weiße oder gelbe) Punkte erscheinen. Möglicherweise klagt die Person über starken Juckreiz.	Hautfalten in Bauchschürzen, in der Leistenbeuge und unter den Brüsten sowie im Genitalbereich und in der Mundhöhle auf mögliche Pilzinfektionen untersuchen [19] Bei Hautveränderungen einen Facharzt konsultieren und die angeordnete antimykotische Therapie durchführen [19,20,24]

© Englische Originalfassung: Junkin 2008 [25,26,27]
© Deutsche Originalfassung (modifiziert): Steininger, Jukic-Puntigam 2015 Stand: Mai 2015
Dieses Instrument darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Abbildung 2a: Endversion des deutschsprachigen IADIT (IADIT-D)
Erhältlich unter www.facultas.at/list/978-3-7089-1391-9

Vorbeugung einer IAD

Der beste Weg eine IAD zu vermeiden, ist der Schutz der perinealen und perigenitalen Haut vor Feuchtigkeit. Nach Ermittlung der Form, Ursache und Dauer der Inkontinenz beginnt unter anderem gemäß dem deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014) die Präventionsarbeit zur Förderung der Kontinenz (Kottner & Blume-Peytavi, 2014). Des Weiteren ist zu beachten, dass das Risiko einer IAD durch die Verwendung von aufsaugenden oder nicht korrekt angepassten Inkontinenzprodukten erhöht wird, auch wenn diese oftmalig und gezielt gewechselt werden (Fader, Clarke-O´Neill, Cokk, Dean, Brooks, Cottenden, & Maone-Lee, 2003). Wenn aufsaugende Produkte bei einer nichtvorliegenden Inkontinenz verwendet werden, steigt das Risiko einer IAD ebenso, weil Feuchtigkeit auch durch Schweißbildung, transepidermalen Wasserverlust und durch Veränderung des pH-Wertes auf der Haut entsteht (Gray et al., 2012). Daher ist die richtige Wahl und Größe des Inkontinenzproduktes wesentlich für den Erhalt der Hautbeschaffenheit und -integrität (Bardsley, 2012).

Bei bestehender Inkontinenz wird ein strukturierter Hautpflegeplan empfohlen. Der beinhaltet sanfte Reinigung mit einer Hautpflege sowie die Applikation eines Hautschutzes oder einer Feuchtigkeitsbarriere (Gray et al., 2012). Die Reinigung der Haut muss so rasch wie möglich nach der Kontamination mit Stuhl und / oder Harn erfolgen. Zur perinealen Hautreinigung bei intakter aber entzündeter Haut sollten Produkte mit hautähnlichem pH-Wert von 5,4 bis 5,9 verwendet werden. Die klassische alkalische Seife sowie Produkte mit

anionischen Tensiden sind zu vermeiden. Lauwarmes Wasser soll sparsam, wenn überhaupt angewendet werden. Eine sinnvolle Alternative bieten gelistete medizinische Einmal- oder Feuchttücher, die neben den waschaktiven und rückfettenden auch hautschützende Substanzen beinhalten. Des Weiteren dürfen Produkte nicht Haut irritierend sein, d.h. jegliche Reibungen an der Haut vermeiden (Kottner, Lichterfeld, & Blume-Peytavi, 2013; Gray et al., 2012; Beeckman, Defloor, Schoonhoven, & Vanderwee, 2011). Für die beginnende bis mäßige IAD wird zusätzlich zur Erstellung eines Hautpflegeplans eine tägliche Applikation eines Hautschutzes empfohlen. Nach Kottner et al. (2013) und Gray et al. (2012) schützen Pflegeprodukte vor trockener Haut, wenn diese rückfettende, feuchtigkeitserhaltende Substanzen beinhalten. Auch okklusive Feuchtigkeitsspender schützen die Haut. Zusätzlich können Barriere- oder Hautschutzprodukte dazu beitragen, eine Mazeration und Irritation der Haut zu verhindern oder zu verzögern. Diese Produkte sind in verschiedenen Applikationsformen wie Sprays, Cremes, imprägnierte Feuchttücher erhältlich und beinhalten okkludierende Stoffe. Einige Experten gehen davon aus, dass die regelmäßige Anwendung eines Hautschutzproduktes das IAD Risiko senkt (Kottner et al., 2013; Beeckman et al., 2011). Die Produktbeschreibungen der Hersteller müssen beachtet werden. Bei Bettlägerigkeit kann durch regelmäßige Seiten- oder Bauchlagerungen, aber auch durch gezielten Hilfsmittelwechsel, die „Trocknung" der Haut erreicht werden (Doughty, Junkin, Kurz, Selekof, Gray, Fader, & Bliss, 2012). Zusätzlich muss die Haut vor weiterer Irritation geschützt werden. Für eine heilende Umgebung ist zu sorgen und die Ursache übermäßiger Feuchtigkeit sowie Sekundärinfektionen sind zu behandeln (Gray, Black, Baharestani, Bliss, Colwell, Goldberg, Kennedy-Evans, Logan, & Ratliff, 2011).

Aktuelle Untersuchungsergebnisse zur Inkontinenz-assoziierten Dermatitis und deren Einschätzungsinstrumente sind im neu veröffentlichen Buch von Müller, Steininger, Schumacher und Jukic-Puntigam „Inkontinenz-assoziierte Dermatitis. Grundlagen, Instrumente, Interventionen", nachzulesen, das im Jahr 2016 im Facultas Verlag erschienen ist.

Anwendung des Instruments

Das IADIT-D dient zur Risikoerfassung und Klassifizierung einer Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (IAD) bei harn- und / oder stuhlinkontinenten Personen im Erwachsenenalter, die mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten versorgt sind.

Mittels IADIT-D erfolgt die Einschätzung der Haut direkt bei PatientInnen/KlientenInnen/BewohnerInnen in folgenden Arealen: perineal, Gesäßfalte, linke und rechte untere und obere Gesäßhälfte, Genitalien (Labien, Skrotum), unteres Abdomen, Inguinalfalten, linke und rechte Innen- und Rückseite der Oberschenkel. Dabei ist der Hautzustand der PatientInnen/KlientInnen/BewohnerInnen mit dem Bild und der Definition des IADIT-D zu vergleichen und einzuschätzen. Die Beurteilung des „Hochrisikos" ist nur anhand der Definition möglich. Die Einschätzung einer bestehenden IAD erfolgt anhand der einzelnen „Schweregrade" (beginnende, mäßige, schwere IAD) und in Kombination mit der Begleiterscheinung/Komplikation „pilzartig-erscheinender Ausschlag". Das Einschätzungsergebnis ist zu dokumentieren. Bei der Festlegung der Prävention und Behandlung sind die Anwendungshinweise des IADIT-D zu berücksichtigen.

Literatur

Bardsley, A. (2012). Incontinence-associated dermatitis: looking after skin. Nursing & Residential Care, 14(7), 338-343.

Beeckman, D., Verhaeghe, S., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011). A 3-in-1 perineal care washcloth impregnated with dimethicone 3% versus water and pH neutral soap to prevent and treat incontinence-associated dermatitis: a randomized, controlled clinical trial. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 38(6), 627-634.

Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., & Defloor, T. (2009). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. Journal of Advanced Nursing, 65(6), 1141-1154.

Braunschmidt, B., Müller, G., Jukic-Puntigam, M., & Steininger, A. (2013). The inter-rater reliability of the Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool-D (IADIT-D) between two independent registered nurses of nursing home residents in long-term Care facilities. Journal of Nursing Measurement, 21(2), 284-295.

Defloor, T., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Heyman, H., Lubbers, M., Witherow, A., Bale, S., Bellingeri, A., Cherry, G., Clark, M., Colin, D., Dassen, T., Dealey, C., Gulacsi, L., Haalboom, J., Halfens, R., Hietanen, H., Lindholm, C., Moore, Z., Romanelli, M., Soriano, J. V., & Trustees of the European Pressure Ulcer Advisory Panel (2005). Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel – pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 32(5), 302-306.

1	Corcoran E.; Woodward S. (2013): Incontinence-associated dermatitis in the elderly: treatment options. In: British Journal of Nursing, 22 (8), 450-457
2	Kottner J.; Lichterfeld A.; Blume-Peytavi U. (2013): Maintaining skin integrity in the aged: a systematic review. In: British Journal of Dermatology, 169 (3), 528-42
3	Voegeli D. (2013): Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. In: British Journal of Community Nursing, 18 (1), 6-12
4	Bardsley A. (2013): Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. In: Nursing Standard, 27 (44), 41-46
5	Jones M. L. (2012): Choosing the appropriate barrier product. In: Nursing & Residential Care, 14 (4), 184-188
6	Gillibrand W. (2012): Faecal incontinence in the elderly: issues and interventions in the home. In: British Journal of Community Nursing, 17 (8), 364-368
7	Gray M.; Beeckman D.; Bliss D. Z.; Fader M.; Logan S.; Junkin J.; Selekof J.; Doughty D.; Kurz P. (2012): Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. In: Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 39 (1), 61-74
8	Doughty D.; Junkin J.; Kurz P.; Selekof J.; Gray M.; Fader M.; Bliss D. Z.; Beeckman D.; Logan S. (2012): Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. In: Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 39 (3), 303-315
9	Bardsley A. (2012): Incontinence-associated dermatitis: looking after skin. In: Nursing & Residential Care, 14 (7), 338-343
10	Beldon P. (2012): Incontinence-associated dermatitis: protecting the older person. In: British Journal of Nursing, 21 (7), 402-407
11	Voegeli D. (2012): Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. In: British Journal of Nursing, 21(9), 517-521
12	Lambert D. (2012): Prevention of Incontinence-Associated Dermatitis in Nursing Home Residents. In: Annals of Long Term Care, 20 (5), 25-29
13	Brunner M.; Droegemueller C.; Rivers S.; Deuser W. E. (2012): Prevention of incontinence-related skin breakdown for acute and critical care patients: comparison of two products. In: Urologic Nursing Journal, 32 (4), 214-219
14	Powers J.; Bliss D. Z. (2012): Product options for faecal incontinence management in acute care. In: World Council of Enterostomal Therapists Journal, 32 (1), 20-23
15	Benbow M. (2012): Skin care of the incontinent patient. In: Journal of Community Nursing, 26 (2), 31-35
16	Bianchi J. (2012): The use of faecal management systems to combat skin damage. In: Wounds UK, 8 (2), 11-16
17	Bianchi J. (2011): Causes and strategies for moisture lesions. In: Nursing Times, 108 (5), 20-22
18	Beeckman D.; Verhaeghe S.; Defloor T.; Schoonhoven L.; Vanderwee K. (2011): A 3-in-1perineal care washcloth impregnated with dimethicone 3% versus water and pH neutral soap to prevent and treat incontinence-associated dermatitis: a randomized, controlled clinical trial. In: Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 38 (6), 627-634
19	Junkin J.; Selekof J. L. (2008): Beyond "diaper rash": Incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing RED? In: Nursing, 38 (11), 56hn1-56hn10
20	Expertenmeinungen. (2014): Diplompflegekräfte mit der Zusatzqualifikation Kontinenz- und Stomaberatung sowie Wundmanagement, Dermatologen aus Österreich und Deutschland
21	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2014): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Hochschule Osnabrück
22	Kottner J.; Blume-Peytavi U. (2014): Inkontinenz erfordert besondere Hautpflege: Die Inkontinenzassoziierte Dermatitis. In: Die Schwester, der Pfleger: die Fachzeitschrift für Pflegeberufe, 53 (4), 344-348
23	Park K. H.; Kim K. S. (2014): Effect of a structured skin care regimen on patients with fecal incontinence: a comparison cohort study. In: Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 41 (2), 161-167
24	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG, 1997
25	Junkin J. (2008): Targeting Incontinence-Associated Dermatitis – A Leading Risk Factor for Pressure Ulcers. Poster, Presented at the 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies, June 4-8, 2008
26	Junkin J.; Selekof J. L. (2007): Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. In: Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 34 (3), 260-269
27	Bliss D. Z.; Savik K.; Harms S.; Fan Q.; Wyman J. F. (2006): Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. In: Nursing Research, 55 (4), 243-251
28	Beeckman D. et al. (2015): Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis moving prevention forward. In: Wounds International. Available to download from www.woundsinternational.com

Abbildung 2b: Endversion des deutschsprachigen IADIT (IADIT-D)
Erhältlich unter www.facultas.at/list/978-3-7089-1391-9

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2014). Expertenstandard. Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Hochschule Osnabrück.

Doughty, D., Junkin, J., Kurz, P., Selekof, J., Gray, M., Fader, M., Bliss, D. Z., Beeckman, D., & Logan, S. (2012). Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 39(3), 303-315.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). (2005). Pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. EPUAP Review, 6, 35-38.

Fader, M., Clarke-O'Neill, S., Cook, D., Dean, G., Brooks, R., Cottenden, A., & Malone-Lee, J. (2003). Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. Journal of Clinical Nursing, 12(3), 374-386.

Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D. Z., Fader, M., Logan, S., Junkin, J., Selekof, J., Doughty, D., & Kurz, P. (2012). Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 39(1), 61-74.

Gray, M., Black, J. M., Baharestani, M. M., Bliss, D. Z., Colwell, J. C., Goldberg, M., Kennedy-Evans, K. L., Logan, S., & Ratliff, C. R. (2011). Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 38(3), 233-241.

Gray, M., Bliss, D. Z., Doughty, D. B., Ermer-Seltun, J., Kennedy-Evans, K. L., & Palmer, M. H. (2007). Incontinence-associated Dermatitis: a consensus. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 34(1), 45-54
.
Junkin, J. (2008). Targeting incontinence-associated dermatitis – a leading risk factor for pressure ulcer. US hospitals no longer paid for pressure ulcer – fecal incontinence increases pressure ulcer risk by 22x! 3. Congress of the World Union of Wound Healing Societies. Toronto, Ontario Canada. June 4-8.

Kottner, J., & Blume-Peytavi, U. (2014). Inkontinenz erfordert besondere Hautpflege: Die Inkontinenz-assoziierte Dermatits. Die Schwester, der Pfleger: Die Fachzeitschrift für Pflegeberufe, 53(4), 344-348.

Steininger, A., Jukic-Puntigam, M., Urban, W., & Müller, G. (2012). Eine Delphi-Studie zur Inhaltsvaliditätsprüfung des deutschen Inkontinenz-assoziierten Dermatitis Interventions Tools (IADIT-D). Pflegewissenschaft, 14(2), 85-92.

Kottner, J., Lichterfeld, A., & Blume-Peytavi, U. (2013). Maintaining skin integrity in the aged: a systematic review. British Journal of Dermatology, 169(3), 528-542.

Müller, G., Schumacher, P., Jukic-Puntigam, M., & Steininger, A. (2016). Entwicklung valider Anwendungshinweise und pflegerischer Interventionsvorschläge für das deutschsprachige Inkontinenzassoziierte Dermatitis Intervention Tool. ProCare, 21(3), 5-14.

Müller, G., Steininger, A., Schumacher, P., & Jukic-Puntigam, M. (Hg.). (2016). Inkontinenz-assoziierte Dermatitis. Grundlagen, Instrumente, Interventionen. Wien: Facultas Verlag.

Notter, M. (2014). Prüfung der Interrater-Reliabilität und Praktikabilität des deutschen Inkontinenz-assoziierten Dermatitis Interventions Tools (IADIT-D) im akutstationären Bereich. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.

Autor

Steininger Alfred
Mag. Dr. phil., diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege und Universitätsassistent am UMIT-Zentrum für Pflegewissenschaft an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien, Vizepräsident der Austrian Pressure Ulcer Prevention Association (APUPA), alfred.steininger@bbwien.at

Autorin

Jukic-Puntigam Margareta
Mag. Dr. phil., diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, stellvertretende Schuldirektorin und Universitätsassistentin am UMIT-Zentrum für Pflegewissenschaft an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien, margareta.jukic@bbwien.at

Autorin

Schumacher Petra
MScN, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium der Pflegewissenschaft an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol. Derzeit Universitätsassistentin am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT, petra.schumacher@umit.at

Autor

Müller Gerhard
Ass.-Prof., Mag., Dr. phil., MSc, diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegewissenschafter, Studium der Pflegewissenschaft, Promotion und Habilitand an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol. Derzeit Assistenzprofessor und Leiter des Masterstudiums Pflegewissenschaft am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT, gerhard.mueller@umit.at

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) Seidenath

Klangschalen als Option für die Intensivpflege

Klangschalen haben mehrere Effekte: sie aktivieren die Wahrnehmung und sie haben eine entspannende Wirkung. Auch und gerade in einer Umgebung, die von Maschinen und Hochtechnologie geprägt ist – auf einer Intensivstation -, hat der Einsatz von Klangschalen spürbare Effekte, wie mehrjährige Erfahrun-gen auf der Intensivstation des Helios-Amper-Klinikums in Dachau gezeigt ha-ben: die Patienten waren nach dem Einsatz der Klangschalen merklich ruhiger, ihr Stress war spürbar reduziert - mit signifikant positiven Auswirkungen auf ihre Genesung.

Jene Intensivstation am Dachauer Krankenhaus ist eine interdisziplinäre Station mit verschiedenen Fachrichtungen wie Chirurgie, Innerer Medizin, Gynäkolo-gie, HNO, Neurologie und Anästhesie mit insgesamt 16 Beatmungsplätzen. Auch Hämofiltrationen finden dort statt. Die meisten Patienten sind beatmet und werden mit Hilfe von Monitoren überwacht. Hierdurch entsteht ein erheb-licher Lärmpegel, der die Patienten enorm belasten kann. Weitere Stressfakto-ren für die Patienten können deren jeweilige medizinischen Vorgeschichten sein: so wurden manche der auf der Intensivstation behandelten Patienten als Notfall (6)eingeliefert, andere wurden nach einer längeren Operation – etwa einer Lungen-Teilresektion - zur Nachbeatmung auf die Intensivstation verlegt, wieder andere müssen nach einer schweren Erkrankung wie etwa einer Pneu-monie oder einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) hier be-handelt werden.

Unabhängig von der Ursache ihrer Erkrankung oder Behandlung gilt: Patienten auf der Intensivstation sind aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen. Schon dies löst bei ihnen nicht selten Unsicherheit, (1) Angst und Stress aus.

Durch Stress entstehen nachteilige gesundheitliche Folgen. Beispielhaft sind hier zu nennen: eine Vasokompression durch die Aktivierung des Sympathikus mit der Folge eines Blutdruck-Anstiegs, verminderte Darmaktivität (Obstipati-on) oder weitere körperliche Reaktionen wie ein Anstieg des Blutzuckerspiegels im Stress, eine Gallensekretstauung oder eine Tachypnoe.

Diese Auswirkungen von Stress sind auch bei beatmeten Patienten auf der In-tensivstation zu beobachten, beispielsweise bei Patienten im CPAP-Modus.(1) Die Wirkung von Stress auf die Atmung ist signifikant.

Häufig tritt bei ihnen eine Tachypnoe auf, was dem Behandlungsziel einer guten Ventilation der Lunge und einer guten Oxygenierung entgegenwirkt.

Optimal ist in diesem Fall eine tiefe entspannte Bauchatmung, denn in der Regel führt – sofern ein Ventilations-, nicht aber ein Perfusionsproblem vorliegt - eine gut ventilierte Lunge auch zu guten arteriellen Blutgas-Werten.(5) Diese wiede-rum führen dazu, dass die unterstützende

Beatmung durch die Beatmungsma-schine reduziert werden kann (von BIPAP auf CPAP und ans T- Stück). Es ist für die Genesung von beatmeten Patienten folglich von enormer Bedeutung, ihnen nicht nur Schmerzen, sondern auch Angst, Unsicherheit und das Gefühl des Ausgeliefert-Seins zu nehmen und sie zu beruhigen. Dies gilt gerade während einer längeren Beatmungsphase und insbesondere dann, wenn sie von der Be-atmungsmaschine abtrainiert werden sollen, sich also im Weaning befinden.

Es lässt sich also zusammenfassend bis hierher feststellen: Stress und Atmung hängen ganz eng zusammen. Patienten, die wenig Stress und Angst empfinden und zusätzlich schmerzfrei sind, lassen sich leichter beatmen und auch weanen. Die Ventilation ihrer Lungen ist besser. Auch löst sich Sekret leichter, das in der Folge abgesaugt werden kann. Atelektasen – dem Kollaps ganzer Lungenareale - wird auf diese Weise vorgebeugt. Blutgasanalysen fallen folglich häufig besser aus.

Welchen Vorteil hat nun der Einsatz von Klangschalen auf einer Intensivstation?

Die Geräusche auf einer Intensivstation erreichen nicht selten Werte zwischen 70 und 80 Dezibel. Dieser hohe Lärmpegel führt zu Stress durch akustische Rei-ze. Denn das Gehör kann nicht einfach abgeschaltet werden, es nimmt in jeder Lage Reize auf und verarbeitet sie weiter. Hier setzt eine Klangmassage an, die diese Reize dämpft und den Patienten in erster Linie Entspannung und Wohlbefinden bringt. Je stärker sich der Stress mindert, desto ruhiger und tiefer wird auch folglich die Atmung.(3)

Die Schwingungen der Klangschalen vermitteln nicht nur über das Gehör das Gefühl von Geborgenheit, Vertrautheit und Sicherheit, sondern wirken auch auf verschiedene Bereiche wie etwa die Zellen, die Muskulatur, den Magen- Darm-Trakt, das vegetative Nervensystem und damit auch auf die Atmung.

Ein weiterer Vorteil ist die Verbesserung des Schlafes. Viele Patienten verlieren auf einer Intensivstation ihren Tag- und Nachtrhythmus, sie sind nicht selten – trotz der Gabe von Schlafmitteln - die ganze Nacht wach und liegen oft ange-spannt im Bett. Bei solchen Patienten wirkt sich eine Klangmassage in der Regel sehr positiv aus. Schon nach kurzer Zeit ist eine Entspannung sichtbar. Bei der Anwendung auf der Intensivstation der Helios Amper-Kliniken sind viele Patien-ten noch während der Klangschalentherapie eingeschlafen – dies war und ist sogar die Regel. Einige weitere haben kurze Zeit nach einer Klangmassage in den Schlaf gefunden. Das Besondere und Auffällige ist zudem die nachhaltige Dauer des hierdurch evozierten Schlafes - häufig über mehrere Stunden.

Die Schwingungen der Klangschalen mit ihrer vibro-taktilen Wirkung führen bei den Patienten schließlich somato-sensorisch zu einer verbesserten Wahrneh-mung und damit zu einer besseren Orientierung. Zahlreiche Patienten auf der Intensivstation nämlich leiden postoperativ unter einem Delir: bei den über 65-Jährigen sind es mehr als die Hälfte.

Patienten sind insbesondere dann orientierungslos, wenn sie zusätzlich auf Luftkissenmatratzen liegen. Derartige

(C) Seidenath

Matratzen sind zwar von hoher Bedeu-tung, um Dekubiti (Druckgeschwüre) zu vermeiden. Sie verstärken bei den Pa-tienten aber eine Wahrnehmungsstörung, weil sie das eigene Körpergefühl schwinden lassen. Genau hier setzt eine Klangschalentherapie an. Sie unterstützt bei diesen Pati-enten die körpereigene Wahrnehmung. Der Patient kann sich wieder mehr spüren und in der Folge leichter orientieren.

Wie läuft nun eine Klangschalentherapie auf der Intensivstation ab?

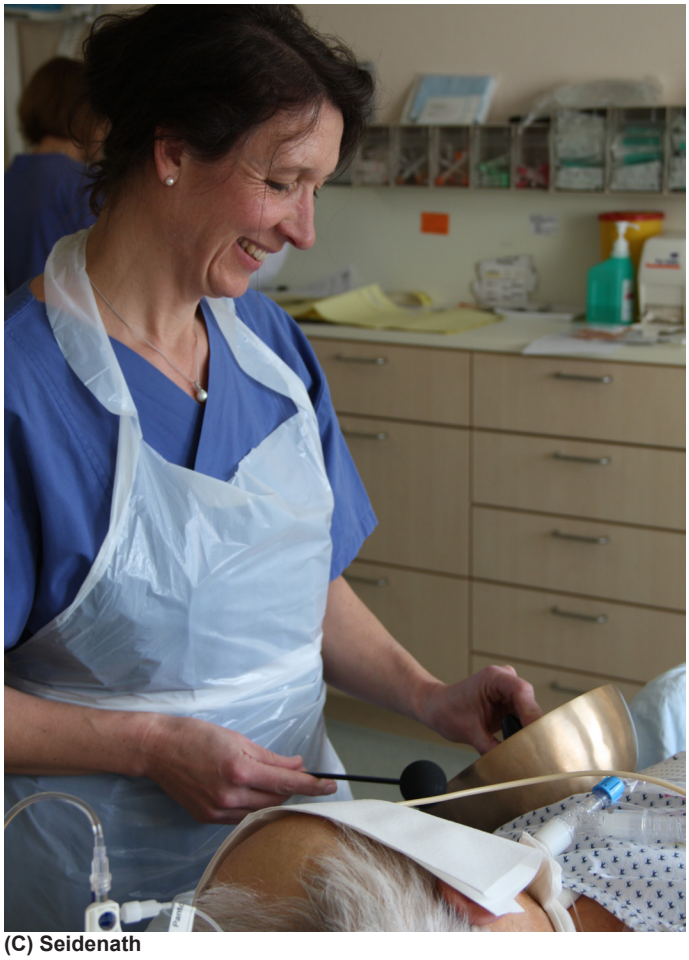
Normalerweise werden Klangschalen meist auf den bekleideten Körper aufge-stellt - an Händen und Füßen sowie im abdominellen und thorakalen Bereich. Auf der Intensivstation muss von dieser klassischen Form häufig abgewichen werden, denn viele der Intensivpatienten haben eine frische Bauch-OP, wes-halb eine Schale wegen ihres respektablen Gewichts nicht aufgestellt werden kann. Die Schalen werden deshalb am besten neben den Körper des Patienten gestellt.

Die drei Klangschalen, die bei einer Klangschalentherapie eingesetzt werden, können am Fußende oder zwischen den Füßen sowie im Schulterbereich rechts und links neben der Schulter situiert werden. In einem solchen Klangraum kann der Patient leicht zu einer Entspannung kommen. Die Schwelle für äußere Reize erhöht sich merklich. Die störenden Geräusche treten in den Hintergrund, entspannende Wirkungen können sich leichter einstellen. Eine Klangschalentherapie bei Intensivpatienten dauert meist nur wenige Minu-ten (fünf bis zehn), da sich die erwünschten Folgen – sichtbar am Patienten und am Monitor - rasch einstellen und die Anwendung in den zeitlichen Rahmen des Intensivablaufes integriert werden muss.

Hierzu ein Beispiel:

Patient M. kam als Notfall auf die Intensivstation. Er litt an einem massiven Coronarverschluss und musste zudem reanimiert werden. Im Anschluss war er über längere Zeit beatmungspflichtig. Da zusätzlich seine Nieren versagten, musste er auch an die Hämofiltration.

Als es Patient M. nach einer Weile besser ging, wollten ihn die Ärzte langsam aufwachen lassen. In der Folge wurde bei ihm das Schlafmittel (Midazolam) ab-gesetzt. Herr M. wurde noch künstlich beatmet, die Beatmungsmaschine wur-de von BIPAP auf CPAP, also auf seine eigene Atemfrequenz, umgestellt. In der Aufwachphase hatte Patient M. hohe Atemfrequenzen (zwischen 40 und 45 AF pro Minute), war aber noch nicht wach und ansprechbar. Er machte einen ge-stressten Eindruck. In dieser Situation entschied sich die betreuende Intensiv-schwester zu einer Klangmassage. Herr M. wurde vorher informiert, im Anschluss wurden die drei Klangschalen bei dem Patienten im Bereich der Schulter sowie im Fußbereich angeordnet, so dass er den Klang sowohl gut hören als auch spüren konnte.



(C) Seidenath

Während der Klangschalentherapie wurde der Atem bereits nach rund fünf Minuten tiefer und etwas ruhiger, die Atemfrequenz reduzierte sich. Nach der Klangschalentherapie hatte Patient M. eine Atemfrequenz von 15 bis 17 AF pro Minute, er lag entspannt im Bett und das Atmen mit und an der Beatmungsma-schine schien ihm viel leichter als zuvor. Auch der Blutdruck senkte sich.(4)

Fazit

Die Erfahrung zeigt, dass sich der Klang und die Vibration (2)der Klangschalen sehr gut insbesondere auf einer Intensivstation einsetzen lassen.

Die Klangschalentherapie hat eine positive Wirkung auf Körper, Geist und Seele - und entspannt somit den gestressten Intensivpatienten. Sie ist eine gute und einfache Methode, den Patienten zu einem Wohlgefühl sowie zur Entspannung zu führen. Klangschalen können somit die Hightech auf der modernen Intensiv-station unterstützen. Auch das ärztliche Personal ist von dieser Methode überzeugt und befürwortet den Einsatz von Klangschalen auf der Intensivstation. Eine wissenschaftliche Evaluation der Auswirkungen und Ergebnisse wird aktuell vorbereitet.

Literatur

(1)G. Seidenath, (Hrsg.) Georg Thieme Verlag, Fachzeitschrift für Intensivpfle-ge und Anästhesie 3|14,S.130 ,Stuttgart/ New York

(2)Hess P. Klangschalen- Gesundheit und innere Harmonie. München: Südwest 2011

(3)Hess P. Koller CM (Hrsg.) Peter Hess- Klangmethoden im Kontext von For-schung und Wissenschaft, Schüttdorf : Verlag Peter Hess; 2010

(4)Hess P. Die heilende Kraft der Klangmassage. München: Irisiana; 2012

(5)Rathgeber J (Hrsg.) Grundlagen der maschinellen Beatmung- Einführung in die Beatmung für Ärzte und Pflegekräfte. Stuttgart/ New York: Thieme; 2010

(6)Wolfgang Seidel, Emotionspsychologie im Krankenhaus, 2009

Autorin

Gabriele Seidenath
g.seidenath@web.de

Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege,
Heilpraktikerin (mit Praxis), Klangmassagepraktikerin,
Kursleiterin für Klangmassageausbildungen
(Pflege, Intensivpflege/ Außerklinische Intensivpflege),
Referentin zum Thema Klangtherapie in der Pflege und Intensivpflege,
Dozentin an Pflegeschulen

Bewegung, Tanz und Gesang begleiten uns das ganze Leben – also warum im Alter damit aufhören?

Monika Reiter

Aktiv durchs ganze Jahr

Ein Praxisbuch für die Aktivierung im stationären und häuslichen Pflegebereich

facultas 2016, 168 Seiten, broschiert
EUR 18,50 (A) / EUR 18,– (D) /
sFr 24,50 (UVP)
ISBN 978-3-7089-1427-5

Dieses Praxisbuch ist für alle jene gedacht, die ältere Menschen pflegen oder betreuen. Es liefert eine Fülle von Anregungen und praktischen Tipps zur Aktivierung und Förderung älterer Menschen, die leicht in den pflegerischen Alltag integriert werden können. Im Mittelpunkt stehen das kreative Arbeiten mit älteren Menschen, die Aktivierung der Wahrnehmung und der Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dazu liefert dieses Buch vielfältige Anregungen und Materialien, etwa für Brett-, Gedächtnis- und Kartenspiele, für Musik und Tanz, für Sprach-, Koordinations- und Gleichgewichtsübungen, Überlegungen zu Festen und Feiern sowie Ideen für 10-Minuten-Aktivierungen zwischendurch.

Plus: Mit vielen zusätzlichen Tipps für die Aktivierung von Menschen mit Migrationshintergrund.

facultas

Die Resilienz der Angehörigen krebskranker Kinder

Franco Mantovan, Annika Wörnhart, Andreas Huber

Abstrakt:
Das Wort „Resilienz“ leitet sich vom Englischen „resilience“ ab und bedeutet Spannkraft, Widerstandsfähigkeit oder Elastizität. Dass eine Person resilient ist heißt, dass diese schwierige Lebenslagen oder traumatische Ereignisse psychologisch erfolgreich meistert (Wustmann, 2004 zitiert in Fröhlich- Gildhoff, Rönnau- Böse, 2014). Besonders bei traumatischen Ereignissen, wie der Diagnose einer Tumorerkrankung beim eigenen Kindes, spielt Resilienz eine bedeutende Rolle. Verschiedene Faktoren tragen wesentlich zur Resilienz bei: Hoffnung, ein gutes Stressmanagement, sich Ziele setzen, einen Sinn in der Krankheit finden, Beziehungen und Glaube (Rosenberg et al., 2014). Greeff et al. (2014) weisen in ihrer Untersuchung darauf hin, dass angemessene Kommunikation in der Familie, offen gezeigte Emotionen, Verpflichtungen und Aufgabenverteilung zwischen den Familienmitgliedern, eine passive Haltung gegenüber Krisen und das Verbringen von Zeit in der Familie, weitere wichtige Aspekte darstellen, welche zur Stärkung der Resilienz beitragen. Stress, Angst, sich isolieren oder abgrenzen, Pessimismus und eine unangemessene Kommunikation innerhalb der Familie werden hingegen als negative Einflussfaktoren identifiziert (Rosenberg et al., 2014).

Abstract:
The term “resilience“can be defined as tension force, hardiness or elasticity. From a psychological perspective, resilience means, that a person is resistant against adverse situations or mental stress (Wustmann, 2004 cited in Fröhlich- Gildhoff, Rönnau- Böse, 2014). Especially in situations, such as a neoplasm of the own child, resilience is very important. The results of the review show that different factors influence resilience: hope, to have a good management with stress, to have goals, to find sense in one’s illness, to have relationships and a strong religious conviction (Rosenberg et al., 2014). Greeff et al. (2014) say that an acceptable communication in the family, to show emotions, the assignment of tasks in the family, to have a passive position against crisis and spent time with one’s family are elements, which influence the resilience positively. Stress, fear, isolation, pessimism and an inadequate communication in the family are factors, which influence resilience negatively (Rosenberg et al., 2014).

(C) Pingpao

Background

Eine Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter ist nicht nur für das Kind selbst, sondern auch für seine Familie eine belastende Situation und führt bei allen Angehörigen zu psychischen Belastungen, welche sich auf die Lebensqualität der Betroffenen und dessen Umfeld auswirken. für die Bewältigung dieser Belastungen spielt die Resilienz und deren Einflussfaktoren eine große Rolle. Angehörige sollten so früh wie möglich in den Betreuungsprozess mit einbezogen werden, denn sie bilden eine wichtige Ressource zur Verarbeitung der Krankheit und dienen als Stütze für den Patienten. Tiesmeyer (2012) nennt edukativen Unterstützungsbedarf als wichtigen Aspekt in der Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und deren Familie. Kerr et al. (2004) unterteilen den edukativen Unterstützungsbedarf der Eltern in fünf Kategorien: informationell, emotional, psychosozial, praktisch und spirituell/psychisch. Die Geschwister von krebskranken Kindern scheinen oft vergessen zu werden, doch auch für diese ist es wichtig, dass sie in die schwierige Situation mit einbezogen werden. Auch die Information über die Erkrankung sollte den Geschwistern nicht fehlen. Häufig werden gerade ihnen Informationen vorenthalten, was aber zur Folge hat, dass das Kind die Ereignisse selbst interpretiert. Nicht selten kommt es dabei zu Fehlinterpretationen, welche weitere Ängste, Sorgen und Belastungen mit sich bringen. Das Erleben der Geschwisterkinder ist geprägt durch intensive Gefühle wie Traurigkeit, Einsamkeit, Zurückweisung, Angst, Ärger, Eifersucht und Schuld (Wilkins&Woodgate, 2005 zit. in Tiesmeyer, 2012, S.50). Ältere Kinder erleben Schuldgefühle, weil sie ihr eigenes Leben leben, was dem kranken Kind nicht möglich ist.

Der Begriff „Resilienz“ leitet sich aus dem Englischen „resilience“ ab und bedeutet Spannkraft, Widerstandsfähigkeit oder Elastizität. Diese Begriffe bezeichnen die Fähigkeit eines Individuums, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Stressfolgen umgehen zu können (Wustmann, 2004, zitiert in Fröhlich- Gildhoff & Rönnau- Böse, 2014). Resilienz wird von externen und internen Faktoren beeinflusstund kann letztlich als Anpassungsleistungen an die soziale Umwelt verstanden werden(Fröhlich, Gildhoff & Rönnau- Böse, 2014). Laut Lösel & Bender (2008) ist Resilienz nicht angeboren, wie manche Resilienzforscher früher glaubten, sondern entwickelt sich in einem Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt. (Wustmann, 2004, zitiert in Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014). Betrachtet man Resilienz als Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Einflussfaktoren, kann man sagen, dass sie dynamisch, variabel, situationsspezifisch und multidimensional ist (Bengel & Lyssenko, 2010).

Siebert (2008) nennt verschiedene Charakteristika resilienter Menschen. Sie besitzen die spielerische Neugierde eines Kindes, lernen ständig aus neuen Erfahrungen, passen sich an neue Situationen schnell an, sie haben ein starkes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Außerdem basiert ihr Selbstvertrauen auf Selbstachtung, sie haben gute Freunde und eine liebevolle Beziehung, äußern ihre Gefühle offen, erwarten, dass die Dinge sich positiv entwickeln, beurteilen andere mit Empathie, setzen auf ihre Intuition, können sich gut schützen, haben ein Talent zum Glück und ziehen aus einem Missgeschick Gewinn. (McAllister & Lowe, 2013)

Aus der Resilienzforschung geht hervor, dass Resilienz erlernbar ist. Charney (2004, zitiert in Mc Allister & Lowe, 2013) nennt 10 typische Persönlichkeitsmerkmale, in welchen man sich üben kann: Optimismus, kognitive Flexibilität, religiöse und spirituelle Überzeugungen, Altruismus, die Orientierung an einem Rollenmodell, Ängste zulassen, Andere um Unterstützung bitten, im sozialen Netzwerk Erfahrungen austauschen, Sport und Humor.
Nun stellt sich uns die Frage, welche Faktoren sind für das Entstehen und Wachsen von Resilien förderlich bzw. hinderlich .

Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde im Zeitraum von Mai bis Juli 2016 eine narrative Literaturrecherche in folgenden Datenbanken durchgeführt: PupMed (National library of medicine), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature), Embase und PsycInfo. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde im Zeitraum von Mai bis Juli 2016 eine narrative Literaturrecherche in folgenden Datenbanken durchgeführt: PupMed (National library of medicine), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature), Embase und PsycInfo.

Autoren	Studiendesign
Rosenberg et al. (2014)	Prospektive longitudinale mixed method Studie
Kim&Yoo (2010)	Querschnittstudie
Rosenberg et al. (2013)	Querschnittstudie
Phipps et al. (2015)	Querschnittstudie
Greeff et al. (2014)	Querschnittstudie
Eilertsen et al. (2014)	Querschnittstudie
Van Schoors et al. (2015)	Systematische Übersichtsarbeit

Tabelle 1: Eingeschlossene Studien (eigene Darstellung)

Folgende Suchbegriffe wurden für die Recherche verwendet:

Resilience, children, adolescent, cancer, neoplasm, „protective factor“, contributor, family, caregiver, „quality of life“, „pediatric cancer“, „cancer experience“, „childhood cancer“, coping.

Die Suchbegriffe wurden mit den Bool’schen Operatoren AND oder/und OR verknüpft, um ein optimales Suchergebnis zu erlangen. Mit der beschriebenen Suchstrategie konnten insgesamt 387 Treffer erzielt werden, wovon 31 relevant waren. Anhand der Ein- und Ausschlusskriterien und Einsicht in die Vollversion wurden 8 Studien ausgewählt. Diese Studien wurden mit der Checkliste für die Qualitätsprüfung Downs&Black (1998) geprüft und dabei wurde eine Studie ausgeschlossen. Insgesamt konnten 7 Studien in die Literaturrecherche eingebaut werden.

Ergebnisse

Rosenberg et al. (2014) nennen 5 verschiedene Bereiche, welche zur Resilienz beitragen: Stress und Coping, Hoffnung, Ziele haben, einen Sinn in der Krankheit finden, Dankbarkeit, Beziehungen und Glaube. Des Weiteren kommen die Autoren zum Ergebnis, dass ein gutes Stressmanagement, soziale Unterstützung von Außenstehenden, sowie positives Denken wichtige Ressourcen für Resilienz darstellen. Greeff et al. (2014) stellten fest, dass Verpflichtungen innerhalb der Familie, in der Familie miteinander Zeit verbringen, den gewohnten Alltag leben, eine passive Haltung gegenüber Krisen, eine angemessene und ausreichende Kommunikation, sowie Emotionen offen zeigen, Funktionen darstellen, welche die Anpassungsfähigkeit der Eltern an die Krankheit des Kindes fördern. Die Kommunikation innerhalb der Familie, als Faktor der Resilienz, wurde in der Studie von Van Schoors et al. (2015) untersucht, welche zum Ergebnis kamen, dass nach der Diagnose des Tumors die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern offen, klar und effektiv sein sollte, um die Resilienz zu fördern. 52% der Eltern und 62% der Kinder äußern in der Studie von Greeff et al. (2014), dass die Verbundenheit und die gegenseitigen Verpflichtungen wichtige Ressourcen für Resilienz sind. Die Querschnittsstudie von Eilertsen et al. (2015) ergänzt als fördernde Faktoren zusätzlich noch einen starken Familienzusammenhalt, eine gute Selbstwahrnehmung und das Planen der Zukunft. Nähe, sich gegenseitig verstehen, Ehrlichkeit, die Freude, einander zu sehen, miteinander Zeit verbringen, sich unterstützen, sich gegenseitig kümmern, sind weitere positive Ressourcen. Außerdem äußern die Teilnehmer teilweise auch die Offenheit und Vertrauen der Krankenpfleger und Ärzte, sowie auch das informiert sein über die Krankheit, als positiv (Greff et al., 2014).

Stress, Angst, sich isolieren oder abgrenzen, Pessimismus, beschreiben Rosenberg et al. (2014) als negative Faktoren. Greeff et al. (2014) nennen nur eine unangemessene Kommunikation innerhalb der Familie als einen Faktor, welcher sich hemmend auf die Resilienz auswirkt. Zwei Studien (Kim&Yoo, 2010; Rosenberg et al., 2013) stützen die Annahme, dass Alter des krebskranken Kindes, Geschlecht, Religion und Art des Tumors keinen Einfluss auf die Resilienz der Eltern haben, wobei Kim&Yoo (2010) zu den genannten Faktoren noch Behandlungsstatus, Dauer der Krankheit, Bildungsstatus, Familienstruktur und Alter der Eltern ergänzen. Phipps et al. (2015) kommen im Vergleich zu Kim&Yoo (2010) und Rosenberg et al. (2013) zum Ergebnis, dass die Art des Tumors einen Einfluss auf die Resilienz hat, denn Eltern von Kindern mit einem Hodgkin oder Non-Hodgkin Lymphom nennen die Diagnose des Tumors als ein stressreicheres Erlebnis als jene Eltern von Kinder mit soliden Tumoren. Eine Studie (Horwitz & Kazak, 1992; zit. in Van Schoors et al., 2015) der systematischen Übersichtsarbeit, welche die Anpassungsfähigkeit der Eltern untersuchen, kommt zum Ergebnis, dass Eltern sich nach der Diagnose Krebs an die neue Situation nicht anpassen können und einem negativen Outcome wie einer posttraumatischen Belastungsstörung, Depressionen, Schlafstörungen oder vermindertem Wohlbefinden entgegensteuern. 22,3% der Teilnehmer an der Studie von Phipps et al. (2015) nennen nicht die Diagnose des Tumors, sondern andere Lebensereignisse wie einen Autounfall, Militärdienst, eine Abhängigkeitserkrankung, Verlust eines Familienmitglieds, Scheidung, sexuellen Missbrauch, chronische Erkrankung von sich selbst oder einer nahestehenden Person, Mord des Ehepartners, als das traumatischste Ereignis ihres Lebens.

Geschwister der betroffenen Kinder oder Jugendlichen berichten von einem gestörten Tagesablauf, oft von der Familie entfernt zu sein und ein allgemeines Fehlen des üblichen Familienalltags. Insgesamt wurde aber festgestellt, dass die meisten Eltern krebskranker Kinder resilient sind und das Familienleben trotz allem, gut bewältigen können (Eilertsen et al., 2015; Van Schoors et al., 2015).

BillionPhotos.com

Diskussion und Implikationen für die Praxis

Die Resilienz hat sich hinsichtlich der Familien mit einem krebskranken Kind als ein wichtiger protektiver Faktor erwiesen, um psychischen Störungen vorzubeugen. Folgen einer unzureichenden Resilienz oder der nicht aktivierten Resilienzfaktoren können Depressionen, eine posttraumatischen Belastungsstörung, Schlafstörungen, Streit innerhalb der Familie und ein vermindertes Wohlbefinden der Eltern sein (Rosenberg et al., 2014). Auch Phipps et al. (2015) bestätigen dieses Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken. 1,6% der Eltern (n=5) mit einem tumorkranken Kind wiesen eine posttraumatische Belastungsstörung auf, wobei bei 4 Teilnehmern der Tumor des Kindes der Auslöser war.

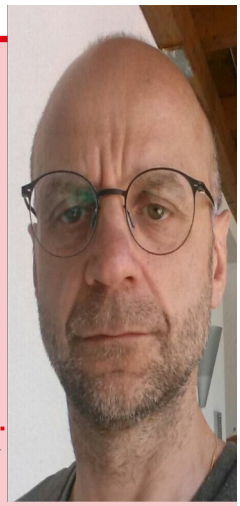
Drei von den sieben analysierten Studien (Rosenberg et al., 2014; Rosenberg et al., 2013; Kim & Yoo, 2010) kommen zu ähnlichen Ergebnissen, dass demographische Charakteristika, wie Alter und Geschlecht des betroffenen Kindes, Religion, Einkommensverhältnisse, sowie Art und Dauer des Tumors, Behandlungsstatus, Bildungsstatus und Alter der Eltern keinen Einfluss auf die Entwicklung der Resilienz nehmen. Rosenberg et al. (2014) beschreiben in den Ergebnissen, dass Hoffnung, ein gutes Stressmanagement, sich Ziele setzen, einen Sinn in der Krankheit finden, Beziehungen zu Außenstehenden, Optimismus, Glaube und Religion sich positiv auf Resilienz auswirken. Greeff et al. (2014) ergänzen noch angemessene Kommunikation innerhalb der Familie und Emotionen offen zeigen, Verpflichtungen und Aufgabenverteilung in der Familie, eine passive Haltung gegenüber Krisen und Zeit in der Familie zu verbringen.

Rosenberg et al. (2014) beschreiben, dass Eltern der Betroffenen bei den behandelnden Ärzten ihre Hoffnung und Sorgen nicht aussprechen können, wobei der Grund hierfür nicht genannt wird. Möglicherweise ist es für Eltern krebskranker Kinder nicht primär essentiell ihre Sorgen bei Ärzten anzusprechen, denn wie die Studie von Greeff et al. (2014) feststellt, hat soziale Unterstützung von Freunden und Verwandten eine sehr wichtige Bedeutung.

Die Ergebnisse bezüglich der Entwicklung von Resilienz zeigen sich etwas kontrovers, denn Phipps et al. (2015) konnten feststellen, dass diese sich in Bezug auf die Tumorerkrankung ihres Kindes ausreichend resilient zeigten. Eine Studie der systematischen Übersichtsarbeit (Horwitz&Kazak, 1992; zit. in Van Schoors et al., 2015) behauptet hingegen, dass Eltern krebskranker Kinder/Jugendlicher nur wenig Widerstandsfähigkeit zeigten.

Im Krankenhaus ist es für Betroffene, sowie auch für Angehörige wichtig, dass diese schon bei der Diagnose psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen können. Im Rahmen dieser Betreuung, sollten Einflussfaktoren der Resilienz identifiziert und dementsprechend gestärkt werden. Besonders Krankenpfleger/Innen, welche mit Patienten und Angehörigen besonders viel in Kontakt stehen, sollten über häufige Reaktionen aufgeklärt sein und verstärktgeeignete, die Resilienz fördernde Kommunikationsweisen erlernen und anwenden.

Autor



Mag. Dr. Franco Mantovan, BSc.
BSc., Mag., Dr. phil., Dozent an der Landesfachhochschule „Claudiana"/Universität Verona – Italien.
franco.mantovan@claudiana.bz.it

Autorin

Annika Wörnhart, BSc.
BSc., Krankenpflegerin, Gesundheitsbezirk Meran – Südtiroler Sanitätsbetrieb - Südtirol – Italien. annika.woernhart@hotmail.com

Autor

Mag. Andreas Huber
Mag. Psychologe/Psychotherapeut, Psychologischer Dienst, Sanitätsbezirk, Bruneck – Südtiroler Sanitätsbetrieb - Südtirol - Italien

Literaturverzeichnis

- Abby R. Rosenberg, Joyce P. Yi-Frazier, Claire Wharton, Karen Gordon, Barbara Jones (2014). Contributors and Inhibitors of Resilience Among Adolescents and Young Adults with Cancer; Journal of adolescent and young adult oncology, 3 (4), 185-193; DOI: 10.1089/jayao.2014.0033

- Abby R. Rosenberg, Joanne Wolfe, Miranda C. Bradford, Michele L. Shaffer, Joyce P. Yi-Frazier, J. Randall Curtis, Karen L. Syrjala, K. Scott Baker (2013). Resilience and psychosocial outcomes in parents of children with cancer; Pediatric blood cancer, 61 (3), 552-557; doi: 10.1002/pbc.24854.

- Abraham Petrus Greeff, Alfons Vansteenwegen, Annelies Geldhof (2014). Resilience in families with a child with cancer; Pediatric hematology and oncology, 31, 670-679; DOI: 10.3109/08880018.2014.905666

- Bengel J., Lyssenko L. (2012), Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

- Dong H Kim, Y Yoo (2010). Factors associated with resilience of school age children with cancer; Journal of pediatric and child health, 46 (7-8), 431-436; doi:10.1111/j.1440-1754.2010.01749.x

- Fröhlich-Gildhoff K., Rönnau-Böse M. (2014), Resilienz, Ernst Reinhardt Verlag, 3. Auflage, München

- Marieke Van Schoors, Line Caes, Lesley L. Verhofstadt, Liesbet Goubert, Melissa A. Alderfer (2015). Systematic review: Family resilience after pediatric cancer diagnosis; Journal of pediatric psychology, 40 (9), 856-868; doi: 10.1093/jpepsy/jsv055

- Mary-Elizabeth Eilertsen, Odin Hjemdal, Thien Tanh Le, Trond H. Diseth, Trude Reinfjell (2015). Resilience factors play an important role in the mental health of parents when children survive acute lymphoblastic leukaemia; Acta paediatrica, 105 (1), 30-34; doi: 10.1111/apa.13232.

- McAllister M., Lowe J.B. (2013), Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden, Hans Huber Verlag, 1. Auflage, Bern

- Sean Phipps, Alanna Long, Victoria W. Willard, Yuko Okado, Melissa Hudson, Qinlei Huang, Hui Zhang, Robert Noll (2015). Parents of children with cancer: at risk or resilient? ; Journal of pediatric psychology, 40 (9), 914-925; doi: 10.1093/jpepsy/jsv047

- Tiesmeyer K. (2012), Familien mit einem krebskranken Kind – Möglichkeiten und Grenzen edukativer Unterstützung, Hans Huber Verlag, 1. Auflage, Bern

Internetseiten:

- I tumori in Italia - Rapporto 2012 (letzter Zugriff 20/10/16) http://www.registritumori.it/PDF/AIRTUM2012/EP37_1_s1_t001_024_AIRTUM.pdf

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

Autorin: Maren Lehky
Sprache: Deutsch
Verlag: Campus Verlag
Seitenumfang: 219 Seiten
ISBN: 978-3593505688

BUCHTIPP DES MONATS

Alles super, und selbst?
Strategien für mehr Lebenskraft in der Führungsrolle

Über die Autorin
Maren Lehky war viele Jahre als Personalleiterin tätig, zuletzt als Geschäftsleitungsmitglied eines internationalen Industrieunternehmens. Seit 2002 ist sie Inhaberin einer Unternehmensberatung für Personalmanagement und trainiert und coacht Führungskräfte zu Leadershipthemen.

Kurzbeschreibung
„Alles super, und selbst?“ - Mit dieser Floskel unter Kolleginnen und Geschäftspartnern hält man sich Fragen nach dem eigenen Befinden gerne vom Leib. Denn wer möchte schon zugeben, dass er manchmal Dienstagmorgens nicht weiß, wie er das Wochenende erreichen soll oder dass er die Sinnkrise hat? Die erfahrene Leadershipexpertin und ehemalige Topmanagerin Maren Lehky schaut hinter die Kulissen des schönen Scheins, der oft sehr viel echte Lebenskraft kostet. Sie zeigt, wie man den Berufsalltag so gestaltet, dass man Kraft für die Führungsrolle ebenso wie für ein erfülltes Leben hat. Im Fokus stehen das Verhältnis zum Chef und zu den Mitarbeitern, innere Konflikte und Werte, Zeitdruck und Stress, die eigene Gesundheit, das Privatleben und schließlich die Erwartungen an sich selbst. Dabei geht es in allen Kapiteln darum, Energieräuber aufzudecken und unschädlich zu machen, mit vielen praktischen Tipps zur sofortigen Umsetzung. Das Buch ist die aktualisierte Neuausgabe von „Neue Kraft für Manager. Strategien für mehr Energie in der Führungsrolle“.

Persönliches Fazit
Die Führungskraft soll menschlich sein, motivieren, das Beste für alle herausholen und gute Entscheidungen treffen. Sie soll wertschätzen und stets auf alle achten. Doch wer achtet und motiviert die Führungskraft? Wie geht es den Menschen in dieser Rolle? Maren Lehky holt die Leserschaft schon mit den ersten Worten ab und führt uns durch sieben spannende Kapitel. Hierbei geht es ab dem ersten Kapitel um interessante Themen, die für alle Führungspersonen Alltag ist. Der Fokus liegt fortwährend auf einer gesunden Perspektive und den eigenen Entscheidungen in den unterschiedlichsten Bereichen. Selbstreflexion auf höchstem Niveau. Dabei stützt sich die Autorin auf wissenschaftliche Ergebnisse, therapeutische Methoden und Erfahrungen aus dem Alltag. Wichtige Sätze werden durch eine „fett gedruckte rote“ Schriftform hervorgehoben.

Dieses Buch hat mich viel reflektieren lassen. Es regt zum Denken an und vermittelt uns, dass man Führungswerte und Optimierung nur dann weitergeben kann, wenn man bei sich selber anfängt und auf die eigene Lebensweise achtet. Eine Pflichtlektüre für alle, die dem Tempo der Gesellschaft und den Herausforderungen auf einer führenden Ebene gewachsen sein wollen. (MG)

Feedback: Kritik äußern - Kritik annehmen

Autorin: Marieta Koopmans
Sprache: Deutsch
Verlag: Junfermann Verlag
Seitenumfang: 112 Seiten
ISBN: 978-3-95571-424-6

Kurzbeschreibung

Halten Sie mit Kritik an anderen manchmal hinterm Berg? Macht es für Sie einen Unterschied, ob Sie etwas an einem Mitarbeiter, einem Kollegen oder vielleicht am Chef zu bemängeln haben? Und: Geben Sie eher selten positives Feedback? Viele Menschen dürften diese Fragen mit Ja beantworten, denn der Umgang mit Feedback ist oft eine heikle Angelegenheit. Nicht immer wird so klar und offen kommuniziert, wie es eigentlich wünschenswert und nötig wäre. In diesem Buch geht es darum, zu hören, was andere uns zu sagen haben – und Kritik so zu äußern, dass andere uns wirklich zuhören. Sie erfahren, wie Sie andere unmissverständlich kritisieren können, ohne sie zu verletzen oder zu kränken. Außerdem erfahren Sie etwas über die Ängste und Emotionen, die dabei eine Rolle spielen.

Persönliches Fazit

Hierbei handelt es sich nicht um ein weiteres theoretisches Werk zum Thema „Kommunikation“ oder „Feedback“, sondern um ein Sammelsurium an wichtigen Informationen, warum oder wie man mit Kritik umgehen sollte. Sie sind bereits Profi auf diesem Sektor und wissen welche wichtigen Regeln beim „Geben von Feedback“ und beim „Empfangen von Feedback“ essentiell sind? Nein ? Dann sollten Sie dieses kompakte und lebensnahe Werk lesen. Was bewegt eine Person eine Abwehrhaltung zu haben? Liegt es an ihnen oder an Erfahrungen aus der Vergangenheit? Welche Gefühle kommen hierbei zu Tage? Fragen die dieses Buch beantwortet. Zu guter Letzt erhält man einen kleinen Einblick über die unterschiedlichen Feedbackarten in der Praxis. Unterstützend gibt es in vielen Kapitel diverse Übungsansätze, um an den eigenen Techniken und an der Einstellung zu Feedback zu arbeiten. In einer Welt, in der zwischenmenschliche Kommunikation durch digitale Weitergaben ausgetauscht wird, ist dieses Werk eine wichtige Basis für ein gutes Miteinander! (MG)

Müdigkeitsgesellschaft Burnoutgesellschaft Hoch-Zeit

Autor: Byung-Chul Han
Sprache: Deutsch
Verlag: MSB Matthes & Seitz Berlin
Seitenumfang: 115 Seiten
ISBN: 978-3-95757-274-5

Kurzbeschreibung

Vor 5 Jahren erschien einer der wichtigsten zeitdiagnostischen Essays der letzten Jahre: Die »Müdigkeitsgesellschaft« hat sich bis heute weltweit über 300 000 mal verkauft. Byung-Chul Han konstatiert darin knapp und präzise einen entscheidenden Paradigmenwechsel: Die Gesellschaft der Negativität weicht einer Gesellschaft, die von einem Übermaß an Positivität beherrscht ist. Davon ausgehend zeichnet Han die pathologische Landschaft der heutigen Gesellschaft, zu der neuronale Erkrankungen wie Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Borderline oder Burnout gehören. Sie sind keine Infektionen, sondern Infarkte, die nicht durch die Negativität des immunologisch Anderen, sondern durch ein Übermaß an Positivität bedingt sind. So entziehen sie sich jeder immunologischen Technik der Prophylaxe und Abwehr. Hans Analyse mündet am Ende in die Vision einer Gesellschaft, die er in beabsichtigter Ambivalenz »Müdigkeitsgesellschaft« nennt. Die Neuauflage ergänzt den Essay um zwei weitere Texte, in denen er seine These weiterführt: »Burnoutgesellschaft« und »Hoch-Zeit«.

Persönliches Fazit

Bisher fanden wir immer ein Heilmittel gegen den „Feind“ des jeweiligen Zeitalters. Antibiotika, Impfungen und andere Lösungen verhalfen der Gesellschaft aus diesen negativen Erscheinungen heraus. Doch welches Mittel soll es gegen eine positive Erscheinung geben: dem Wohlstand und Fortschritt. Das Tempo macht uns müde und es scheint, dass wir keinen Ausweg finden. Wie auch? Wie kann man für eine positive Erscheinung ein Heilmittel finden? In wertschätzender Weise aber auch in der kritischen Betrachtung anderer Philosophen sieht der Autor einen notwendigen Weckruf, da eine Änderung nur durch ums selbst bzw. durch unser Inneres erfolgen kann. Die zwanghafte Schnelligkeit, welche uns so müde macht aus dem Leben verbannen, um wieder Platz für Leben zu schaffen. Aus dem MÜSSEN ein WOLLEN, aus dem SOLLEN ein KÖNNEN machen. Der Autor legt uns nahe loszulassen, wieder achtsam mit dem eigenen Wohl umzugehen. Das Leben achten, sein Wirken reflektieren. Ein Meisterwerk! (MG)

Autor: Jonathan Gutmann
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 312 Seiten
ISBN: 978-3456856278

Humor in der psychiatrischen Pflege

Über den Autor

Jonathan Gutmann ist Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachpfleger für Psychiatrische Pflege, Burnout-Berater, Stressbewältigungstrainer,

Kurzbeschreibung

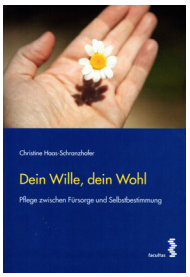
Wie kann man psychisch kranken Menschen mit Humor begegnen und helfen? Das Praxishandbuch des erfahrenen Fachpflegers für psychiatrische Pflege, Jonathan Gutmann, klärt das Konzept Humor für die psychiatrische Pflege und begründet dessen Einsatz. Er zeigt, wie Pflegende einschätzen können, bei wem Humoranwendungen sinnvoll oder fehl am Platz sind, und bietet eine Werkzeugkiste mit Humorinterventionen für die tägliche Pflegepraxis. Aus dem Inhalt: Aller Anfang ist schwer, Lachen ist die beste Medizin, Ein Blick hinter die Kulissen, Humordefinitionen, Humor und Gesundheitsförderung, Beziehungsarbeit - das A und O in der psychiatrischen Pflege, Der Pflegeprozess nach Peplau, Lachen und Humor bei psychischen Störungen, Humorvolle Interventionen, Humor in pflegerischen Gruppen, Humor in der ambulanten psychiatrischen Pflege, Humortraining - Übung macht den Meister, Psychohygiene, Humor - eine Pille ohne Nebenwirkungen?, Muss man sich denn immer zum Clown machen?, Wenn die Humorquelle versiegt - oder: Wenn pflegen keinen Spaß mehr macht •Pflegestandards für Humor in der psychiatrischen Pflege, Sensibel-humorvolle Ernsthaftigkeit in der Angehörigenarbeit, Hammerhart, hammermäßig, oder einfach nur Hammer?, Schluss mit lustig! und Interviews mit Rolf Dieter Hirsch, Sibylle Prins, Irmela Boden und ein Brief von Patch Adams. Psychische Leiden mit Humor und Pflege lindern.

Persönliches Fazit

Humor in der psychiatrischen Pflege ist mit Sicherheit ein heikles Thema. Schnell wird ein lustiger Impuls ein Zeichen der Überlegenheit, wenn nicht sogar der Ignoranz. Es erfordert große Empathie diese Schwelle nicht zu überschreiten. Viele Pflegepersonen aus diesem Bereich orientieren sich eher an den Problemen der Menschen und gehen die psychosoziale Begleitung eher ernsthaft an. Dabei Bedarf es gerade in diesem Bereich an einer großen Portion an empathischen Humors. Während sich der erste Teil des Buches mit dem theoretischen Teil dieses Themas beschäftigt, geht es schon nach fast 90 Seiten um die praktischen Beispiele und der Beziehungsarbeit in der psychiatrischen Pflege. Hierbei schreibt der Autor kurz über die einzelnen Krankheitsbilder in Bezug auf Herausforderung und Humor. Speziell markierte Reflexionsfragen bieten der Leserschaft die Möglichkeit ihre eigene Sichtweise zu überdenken. Praxisnahen Beispiele beweisen, dass dieses Werk kein „Theoriewälzer“ ist, sondern ein Sammelsurium an Möglichkeiten. Kritisch beendet der Autor sein Werk mit Fragen, die die Pflege zu diesem Thema beschäftigt: „Muss ich denn immer den Clown machen?“, „Wenn die Humorquelle versiegt:“ oder ähnlichem. Schnell wird einem bewusst, das Humor einfach und nicht einfach sein kann. Der Anhang bietet abschließend ein Sammelsurium an interessanten Interviews. Die Publikation regt an über das eigene Verhalten nachzudenken und persönliche Verhaltensmuster zu überprüfen. Ein Werk zum Nachdenken und eine Pflichtlektüre für Pflegepersonen aus diesem Fachbereich, aber auch die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege sollte sich dieses Werk zu Gemüte führen um etwaige Verhaltensmuster zu überdenken! (MG)

Dein Wille, dein Wohl

Pflege zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung



Autorin: Christine Haas-Schranzhofer
Sprache: Deutsch
Verlag: Facultas
Seitenumfang: 168 Seiten
ISBN: 978-3708914152

Kurzbeschreibung

Was tun, wenn ein Patient seit Tagen nichts essen oder trinken will und sich dazu weder verführen noch überreden lässt? Wenn eine Patientin kognitiv stark beeinträchtigt ist, aber gerade jetzt eine wichtige Therapieentscheidung zu treffen wäre? Oder wenn sich eine ärztlich verordnete Therapie nicht mit dem pflegerischen Standpunkt deckt? Viele Situationen im beruflichen Alltag führen bei Pflegepersonen zu Gewissenskonflikten. Die richtige Balance zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Verantwortung von Pflegenden ist schwer zu finden. In Zeiten verstärkter Migration kommen verschiedene kulturelle Hintergründe erschwerend hinzu. Dieses Buch zeigt fachlich fundiert und anschaulich, wie Handeln in diesem Spannungsfeld erfolgreich gelingen kann. Mit rechtlichen Hintergrundinformationen, lebensnahen Beispielen und Überlegungen für die Praxis.

Persönliches Fazit

Wir sprechen in der Gesundheits- und Krankenpflege stets von einer ganzheitlichen Sichtweise und der Autonomie des Menschen. Doch die Grenzen zwischen Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht sind verschwimmend und hin und wieder überschreitet man eine Grenze, da sie für einen nicht ersichtlich ist. Wie sieht das die Gesetzgebung? Gibt es vielen Fragen eine Antwort und was trägt die Forschung dazu bei? Fragen die in dieser Publikation beantwortet werden. Beginnend bei den Grundprinzipien der Ethik und den juristischen Aspekten (Menschenrechte, Patientenrechte, Verfügungen und Vollmachten) geht es nach den ausführlichen Erläuterungen direkt zur Fürsorgepflicht. Hierbei ist es nicht nur die Vorgabe der Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, sondern auch eine Frage der persönlichen Haltung zu diesem Thema. Christine Haas-Schranzhofer stellt hier die unterschiedlichsten Optionen dar. Nun folgt ein neues großes Kapitel über interessante Forschungsergebnisse geht. Diese interessanten internationalen Forschungsergebnisse zeigen, wie wichtig und vielseitig dieses Thema ist und das viele Fragen gar nicht so einfach und eindeutig zu beantworten sind. Fazit: Für Personen, die eine Arbeit in Gesundheitsberufen nicht nur als Funktionsarbeit sehen ist dieses Werk ein Meilenstein, für die anderen ein wichtiger Anstoß über ihr Handeln nachzudenken. DANKE! (MG)

Aktiv durchs ganze Jahr

Ein Praxisbuch für die Aktivierung im stationären und häuslichen Bereich

Autorin: Monika Reiter
Sprache: Deutsch
Verlag: Facultas
Seitenumfang: 168 Seiten
ISBN: 978-3-7089-1427-5

Kurzbeschreibung

Bewegung, Tanz und Gesang begleiten uns das ganze Leben – also warum im Alter damit aufhören? Dieses Praxisbuch ist für alle jene gedacht, die ältere Menschen pflegen oder betreuen. Es liefert eine Fülle von Anregungen und praktischen Tipps zur Aktivierung und Förderung älterer Menschen, die leicht in den pflegerischen Alltag integriert werden können. Im Mittelpunkt stehen das kreative Arbeiten mit älteren Menschen, die Aktivierung der Wahrnehmung und der Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dazu liefert dieses Buch vielfältige Anregungen und Materialien, etwa für Brett-, Gedächtnis- und Kartenspiele, für Musik und Tanz, für Sprach-, Koordinations- und Gleichgewichtsübungen, Überlegungen zu Festen und Feiern sowie Ideen für 10-Minuten-Aktivierungen zwischendurch. Plus: Mit vielen zusätzlichen Tipps für die Aktivierung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Persönliches Fazit

Was macht eine gute personenzentrierte Pflege Alltag aus? Schnell lassen wir uns vom Trott überrollen und werden am Sektor der Aktivierung unheimlich unkreativ. Obwohl dies genau das Salz in der Suppe ist, beschränken wir uns oft auf die funktionelle Pflege. Dieses Buch bietet eine wunderbare Inspiration, mit welchen Liedern und Themen wir die Menschen wieder erreichen. Hierbei wurde sogar der Migrationshintergrund der zu pflegenden Menschen bedacht. So findet man Lieder aus Israel Indien, Türkei, Brasilien und anderen Ländern, kann über Spiele für ältere Menschen nachlesen und beschäftigt sich mit dem Thema Motivation und Bedürfnisse von der ersten Seite an. Geben sie der kreativen Aktivierung eine Chance und nutzen sie die Inhalte um die Herzen der Menschen zu erfreuen. Zwischenmenschlich mit Prädikat „wertvoll“. (MG)

HerausgeberInnen:
Jutta Busch, Birgit Trierweiler-Hauke
Sprache: Deutsch
Verlag: Springer Verlag
Seitenumfang: 319 Seiten
ISBN:978-3-662-49510-0

Pflegewissen Intermediate Care

Für die Weiterbildung und die Praxis - 2. Auflage

Über den Autor

Jutta Busch: M.A., Erziehungswissenschaftlerin, Fachkrankenschwester A&I, Lehrkraft in der Fachweiterbildung, UKSH Akademie, Campus Kiel

Birgit Trierweiler-Hauke: BBA, Fachkrankenschwester A&I, Stationsleitung der IMC und Dialyse, Chirurgische Klinik, Heidelberg; Dozentin in der Weiterbildung , Universitätsklinikum Heidelberg

Kurzbeschreibung

Professionelles Wissen konkret für die Praxis! Dieses Fachbuch bietet Pflegenden aus dem Bereich Intermediate Care kompaktes Grundlagenwissen und zeigt anhand zahlreicher Beispiele die erfolgreiche Umsetzung im täglichen Arbeitsablauf.Durch die ausführliche Darstellung von konkreten Fällen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen werden die pflegerischen Aufgaben und besonderen Herausforderungen auf der IMC − Station erläutert. Profitieren Sie vom Erfahrungsschatz der Autoren und lesen Sie zusätzlich zahlreiche Tipps und Anregungen für die gelungene Anleitung neuer Mitarbeiter. Die übersichtliche inhaltliche Struktur ermöglicht Ihnen einen schnellen Zugang zu den wichtigen Informationen und erleichtert den Einstieg in diesen anspruchsvollen Aufgabenbereich. Dieses Buch beinhaltet Grundlagewissen zur Überwachung und Pflege von IMC Patienten (u.a. Monitoring, Atemunterstützung, Akutsituationen, Schmerzmanagement), Zahlreiche Tipps und Anregungen für eine erfolgreiche Anleitung von Mitarbeiter, Organisation und Weiterbildung in Anlehnung an die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste.

Persönliches Fazit

Dieses Werk ist ist in die drei großen Bereiche „Wissen für die IMC Pflege“, „Lernen an Fallbeispielen aus der Praxis“ und „Organisation, Konzepte, Weiterbildung“ eingeteilt. Im ersten Abschnitt erfolgt ein sehr guter Überblick über das notwendigen Grundwissen, um auf einer IMC arbeiten zu können. Da in diesem Arbeitsbereich sehr umfangreiche Kenntnisse von Nöten sind, können viele Themen nur angeschnitten werden. Als Nachschlagewerk für die Einarbeitungsphase ist diese Publikation aber absolut einmalig. Sicherheitsrelevante Hinweise werden entsprechend grafisch hervorgehoben und alle Themen mit Grafiken und Fotos entsprechend dargestellt. Der zweite Teil des Buches widmet sich den Fallbeispielen. Dies ist auch der absolute Höhepunkt des Werkes. Die vorgestellten Beispiele weisen auf die klassischen Probleme einer solchen Station hin. Zehn Fallbesprechungen, die wirklich alles beinhalten, vermischen pflegerische Aktivitäten, das notwendige Wissen über die Pharmakologie und ein notwendiges Verständnis für diesen anspruchsvollen Bereich. Zu guter Letzt gehen die AutorInnen auf verschiedenste Organisationsstrukturen ein. Abschließend muss man wirklich betonen: Es handelt sich hierbei um ein Buch welches von achtzehn AutorInnen geschrieben wurde, die keine „SchreibtischtheoretikerInnen“ sind, sondern das Wissen der Leserschaft praxisorientiert für einen Einsatz auf einer IMC erweitern. Sie wollen auf einer IMC arbeiten? Dann sollten Sie sich dieses Werk wirklich als Lektüre besorgen. (MG)

Palliative Versorgung in der Langzeitpflege

Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität

Herausgeber: Andre Fringer
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 208 Seiten
ISBN: 978-3456856193

Kurzbeschreibung

Wie lassen sich Ziele der Palliative Care und der Qualitätssicherung vereinbaren? Das erfahrene Autorenteam bietet Heim- und Pflegeleitungen Hilfestellung, um die nationalen und regionalen Entwicklungen im Bereich der Palliative Care auf die eigene Institution zu übertragen und die Grundsätze der Palliative Care in der Langzeitpflege im Sinne der Qualitätssicherung einschätzen zu können. Hierbei geht es um Themen wie Palliative Kompetenz in der Sorge um ältere Menschen, Palliative Care im Spannungsfeld von Demenz und Heimpflege, Bewahrung von hospizlich-palliativer Qualität im Pflegeheim, Ist-Situation der Palliative Care in der stationären Langzeitpflege, Messinstrumente und Ansätze zur Qualitätsüberprüfung palliativer Betreuungen, Entwicklungsmöglichkeiten der Palliative Care in der Langzeitversorgung, Qualitätsoptimierung in der Praxis, Menschen mit Demenz am Lebensende, Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz am Lebensende, Dialog in guter Qualität: Perspektiven der Organisationsberatung, Interprofessionalität in der Langzeitpflege, Die Sichtweise des Palliativzentrums auf Langzeitpflege, Notwendigkeit und Bedeutung der Zertifizierung, Versorgungssicherheit auf dem Prüfstand, Advanced Practice Nursing und Standards/Leitlinien für die Qualitätssicherung, Alternative und komplementäre Methoden als Qualitätsaspekte, Bewegungskompetenz in der Palliative Care - Kinaesthetics, Spiritual Care in der End-of-Life-Care und Instrumente zur Qualitätssicherung.

Persönliches Fazit

Menschen sterben nicht nur in ihren heimischen vier Wänden, sondern auch in Langzeitpflegeeinrichtungen. Durch die demografische Entwicklung Europas ist dies natürlich ein Thema, dass entsprechend aufbereitet gehört. Der Herausgeber André Fringer geht bei seinem Werk aber nicht den üblichen Publikationsweg, sondern mischt unterschiedliche Darstellungsweisen. Interviews, wissenschaftliche Arbeiten, Konzepte und praxisnahe Erlebnisse werden zu einem einzelnen Werk. Man erhält schnell und professionell einen guten Überblick zum Thema „Palliativ und Langzeitpflege“ und merkt, das sich die Thematik erst am Anfang eines langen Weges befindet. Inhalte wie „Demenz und Palliativ in der Langzeitpflege“ zeigen auf, wie komplex und herausfordernd die Pflegesituation am Ende des Lebensalltages ist. Entsprechende Fallbeispiele lassen die Leserschaft spüren, dass es sich hierbei um ein praxisnahes Werk handelt. Dieses Buch sollte in ihrer Sammlung auf keinen Fall fehlen! (MG)

Stressreduzierende Pflege von Menschen mit Demenz

Der Stress-Coping-Adaptations-Ansatz

Autor: Paul T.M.Smith
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 248 Seiten
ISBN: 978-3456855455

Kurzbeschreibung

Menschen mit einer Demenz sind anfälliger für Stress und äußere Belastungen. Ihnen fällt es schwerer sich an Veränderungen der Umgebungen anzupassen und die sich stellenden Herausforderungen zu bewältigen. Das Praxishandbuch begründet und beschreibt, wie der Umgang und die Umgebung von Menschen mit Demenz gestaltet werden können, um diese entspannter und stressärmer durch den Alltag gehen zu lassen. Der englische Pflegefachmann und Demenzexperte Paul Smith nennt Demenzformen, -ursachen und Symptome früher, fortgeschrittener und schwerer Demenzen, beschreibt psychosoziale Ansätze zum Umgang mit Menschen mit Demenz, wie Personzentrierung und Beziehungsorientierung, klärt psychosoziale Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, wie Liebe, Comfort, Zuwendung, sinnvolle Beschäftigung, Inklusion, Bindung und zeigt Interventionen auf, wie diese befriedigt werden können, beschreibt moderne Ansätze der Demenzpflege, wie Validation, Personzentrierung, ROT und kognitive Stimulation, stellt verständlich die Psychobiologie der Demenz dar und überträgt das Stress-Reaktionsmodell auf das Thema Demenz, erklärt Stress-Adaptations- und Coping-Modelle der Pflege, beschreibt detailliert Zusammenhänge von Stress und Umgebungsreizen am Beispiel von „Sundowning“ und stellt Elemente, Stressoren und Prinzipien des PLST-Modells im Rahmen des Pflegeprozesses dar und zeigt, wie diese bei Menschen mit Demenz und verringerter Stresstoleranz angewendet werden.

Persönliches Fazit

Hierbei handelt es sich um ein umfassendes Werk, das nicht nur in die Thematik einführt, sondern auch für Personen auf Demenzstationen als ein gutes Nachschlagewerk anzusehen ist. Im ersten Kapitel werden alle Aspekte der biologischen Domäne besprochen. Hierbei werden Fragen wie „Welche Arten von Demenz gibt es?“, „Mit welchen Symptomen muss man bei demenziell erkrankten Personen rechnen?“, aber auch „Wie sind die weltweiten Kennzahlen zu diesem Thema?“ vollständig beantwortet. Doch dies ist nur der Basiseinstieg in das Thema. Psychologische und soziale Faktoren werden in den weiteren Kapiteln ausreichend besprochen. Hier kommen Inhalte wie „Liebe“, „Vermeidungsstrategien“ und „Erfahrungen“ nicht zu kurz. Ein besonderes Augenmerk wurde auf diverse Modelle und Konzepte gelegt. Diese umfangreiche Sammlung an Ideen ist auch für den wissenschaftlichen Bereich ein MUSS für die Forschung am Demenzsektor. Im letzten Drittel dieses Werkes werden Interventionen, Gestaltungen für eine optimale Umgebung und die Causa Stress bis ins kleinste Detail bearbeitet. Alle Kapitel wurden durch „Lernkästchen“ und/oder Illustrationen visuelle veranschaulicht und verstärkt. Auf jeden Fall sehr empfehlenswert! (MG)

Pensionsvorbereitung statt Pensionsschock

Jetzt steht sie vor der Tür: Die Pension. Eine neue Lebensphase beginnt. Nach langen Jahren Erwerbsarbeit wird sie sehnsüchtig erwartet, gleichzeitig machen sich mulmige Gefühl im Bauch bemerkbar. Wie wird das werden, so ganz ohne Arbeit? Was wird sich verändern im Leben? Der nachfolgende Artikel beschreibt die Auswirkungen des Pensionsantritts auf das Leben und gibt Impulse für eine mögliche Vorbereitung auf die Lebensphase Ruhestand.

Pension, Ruhestand- das klingt für viele Menschen immer noch nach Freiheit, einem Leben ohne Wecker und Zeitdruck, nach Ausruhen, eben nach Ruhestand.

Dabei sind die Bilder in unserem Kopf zum Thema Pension längst überholt, denn sie stammen aus einer anderen Zeit. 1970 hatte ein 65jähriger Mann eine weitere Lebenserwartung von maximal 15 Jahren. Nach dem Pensionsantritt lebten viele Menschen also nicht mehr lange und sie waren, aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen, meistens schon körperlich angeschlagen oder gar krank. Im Mittelpunkt des „wohlverdienten Ruhestandes“ war daher früher tatsächlich das Ausruhen.

Heute dagegen ist die durchschnittliche Lebenserwartung nach dem 65. Lebensjahr auf 22 weitere Jahre gestiegen und sie steigt weiter, Jahr für Jahr bekommen wir Lebenszeit dazu. Immer mehr Menschen werden neunzig oder gar hundert Jahre alt. Heute gehen außerdem die meisten Menschen gesund und fit in die Pension, sie sind körperlich jünger als frühere Generationen und sie haben so viel weitere Lebensjahre vor sich, wie keine Generation vor ihnen. Wer mit 65 Jahren in Pension geht, betritt also eine lange Lebensphase, die zwischen 25, 30 oder gar mehr Jahren dauern kann. Früher teilte man das Leben ein in Ausbildung, Beruf und Ruhestand, heute spricht man davon, dass zwischen dem Ende der Arbeit und der Phase des tatsächlichen Ausruhens eine eigene Lebensphase liegt. Eine Lebensphase, die Chancen birgt, auf die man sich aber auch vorbereiten sollte, um sie gut für sich zu nützen.

Der Übergang in den Ruhestand als Phase der Umorientierung

In der Soziologie wird der Übergang in den Ruhestand als Rollenübergang betrachtet. Angehende PensionistInnen müssen sich aus vertrauten Rollen lösen und neue Rollen, sowie Aufgaben finden.

(C) K.C.

Es kommt zum Loslösen von….

- dem Status des Erwerbstätigen
- dem Arbeitgeber/ der Firma
- dem sozialen Umfeld der Arbeit
- der vorgegebenen Zeitstruktur

Es benötigt Neuorientierung für….

- zukünftige Rollen und Aufgaben
- soziale Kontakte und Freundschaften
- den Umgang mit der Zeit
- die Partnerschaft

Wie komplex diese Loslösung und Neuorientierung auf die Rolle des Ruheständlers sein kann, zeigt schon die kleine Frage nach der künftigen Vorstellung beim Kennenlernen neuer Menschen. Üblicherweise fällt in dieser Situation irgendwann die Frage „Was machst Du“. Wir antworten mit unserem Beruf: „Ich bin Intensivschwester. Ich bin Stationspfleger. Ich arbeite in der Altenpflege.“ Die Zugehörigkeit zu einem Beruf, ist ein wesentliches Merkmal unserer Identität. Auf Grabinschriften steht nicht umsonst manchmal immer noch „Hier ruht H.H., Bäckermeister in Rente“ und erst kürzlich war in einer Traueranzeige zu lesen: „M.M., langjährige Stationsleitung im Krankenhaus XY, verstarb im 87. Lebensjahr nach langer Krankheit“. Unser Beruf ist wesentlicher Bestandteil unserer Identität und ihn zu verlassen, stellt einiges auf den Kopf. Wer sind wir, wenn wir nicht mehr Intensivschwester, Oberschwester oder Altenpfleger sind? Wie stellt sich jemand im Ruhestand vor? Hallo, ich bin Pensionist und genieße mein Leben? Darf ich mich vorstellen, ich bin in der nachberuflichen Lebensphase angekommen?

Eine weitere große Veränderung, die der Pensionsantritt mitbringt, ist der Verlust eines sozialen Umfeldes. Plötzlich sind wir nicht mehr eingebettet in ein Team und auch den fast selbstverständlichen Austausch mit KollegInnen gibt es nicht mehr. Vielleicht wird aus der ehemaligen Lieblingskollegin eine Freundin. Meistens aber gehen berufliche Kontakte nach und nach verloren. Besonders betroffen sind hier jene Menschen, deren soziales Leben vor allem über die Arbeit stattfand. Sie laufen Gefahr in der Pension Einsamkeit zu erleben.

Eine oftmals völlig unterschätze Veränderung durch die Pensionierung ist der Verlust der vorgegebenen Zeitstruktur. Worauf sich im Vorfeld des Pensionsantritts die meisten Menschen besonders freuen, keinen Wecker mehr stellen zu müssen oder nicht mehr fremdbestimmt zu sein in der Gestaltung des Lebens, ist in Wirklichkeit eine der größten Herausforderungen.
Plötzlich Zeit. Unendlich viel Zeit. Jeden Tag 24 Stunden. 7 Tage die Woche, 30 Tage im Monat und 12 Monate lang. Jahr um Jahr um Jahr. Fühlt sich das dann noch an wie lebenslanger Urlaub? Befinden sich RuheständlerInnen tatsächlich in jahrelanger Feiertagslaune? Oder war vielmehr zur Zeit der Erwerbstätigkeit der Urlaub nur deshalb so wunderbar, weil es vorher und nachher zu arbeiten galt? War das Wochenende nur deshalb so herbeiersehnt, weil es vorher den Freitag und nachher den Montag gab? Wie schaut so ein Tag als Pensionistin aus, wenn alle weiteren Tage des Lebens ebenso freie Tage sein werden?

Häufig nicht bedacht werden auch die Auswirkungen der Pensionierung auf die Partnerschaft. Plötzlich sitzen sich zwei Menschen Tag für Tag gegenüber, die in den letzten vierzig oder fünfundvierzig Jahren nur Abende, Wochenenden und Urlaube miteinander verbracht haben. Worüber reden mit der Partnerin, wenn sie plötzlich täglich anwesend ist? Was miteinander unternehmen die nächsten Tage, Wochen, Monate und Jahre? Dass der Pensionsantritt von Paaren ernst genommen werden sollte, darauf verweisen die erhöhten Scheidungszahlen rund um das Lebensereignis Pensionsantritt.

Pensionierung und Partnerschaft – ein Gespräch muss her!

Der Übergang in den Ruhestand ist für Partnerschaften noch einmal eine krisenhafte Zeit. Häufig wurden die gegenseitigen Erwartungen an die Lebensphase Ruhestand nicht abgeklärt und viele Partner reden auch nicht über ihre Bedenken bezüglich der vor ihnen liegenden Zeit. Dabei gibt es da eine Reihe subtiler Ängste, sind offene Fragen an die Zukunft absolut berechtigt.

„Muss ich jetzt zu Hause im Haushalt den Kochlöffel und Staubsauger schwingen? Oder ist der Haushalt ihr Revier?“ Erwin S., 65 Jahre, kurz vor seinem Pensionsantritt.

„Wird mein Mann mit sich etwas anzufangen wissen oder sitzt er zu Hause auf dem Sofa rum und wartet darauf, dass ich etwas mit ihm unternehme?“ Anita G., 63 Jahre, vor dem Pensionsantritt ihres Mannes.

„Meine Frau ist total eifersüchtig. Kann ich jetzt überhaupt noch irgendetwas alleine machen?“ Günther R., 62 Jahre, ein Jahr vor dem Eintritt in den Ruhestand.

Es gilt ein Stück abzuklären, welche Vorstellungen jeder vom Leben hat. Um als Paar in Kontakt zu bleiben, um am täglichen Esstisch weiterhin ins Gespräch zu kommen, braucht es beides – gemeinsame Aktivitäten UND ein eigenes Leben, Erlebnisse mit Freunden oder auch alleine. Daher müssen sich Paare etwa fragen, welche Hobbies jeder Partner alleine ausüben will und welche Leidenschaften das Paar teilt. Auch bei Freundschaften braucht es eine Waage zwischen eigenen und gemeinsamen Freunden, damit keine Enge in der Beziehung entsteht. Es geht um die gemeinsame Lebensreise, um die letzte gemeinsame Etappe im Leben. Erwartungen abzuklären und gemeinsam diesen Lebensabschnitt zu planen, kann spannend sein und erhöht die Chancen, es auch miteinander ins höhere Alter zu schaffen.

Pensionsvorbereitung statt Pensionsschock

Nicht jeder Mensch, der das Erwerbsleben in Richtung Pension verlässt, erlebt diese Zeit als Krise oder leidet an den Veränderungen. Der Pensionsantritt ist ein sehr individueller Prozess und abhängig von den jeweiligen Lebensumständen des Menschen.

War der Beruf das Wichtigste im Leben, brachte die Arbeit Erfüllung, Anerkennung oder Prestige, dann kann der Verlust der Arbeit äußerst schmerzhaft sein und eine Lücke reißen. Ist der Beruf allerdings schon jahrelang Belastung gewesen, körperlich oder psychisch, dann wird die Pensionierung als Befreiung erlebt werden.

Hat jemand außerhalb der Arbeit einen großen Freundeskreis, viele Hobbies und arbeitet auch noch ehrenamtlich, dann wird dieser Mensch ganz selbstverständlich in einen erfüllten neuen Lebensabschnitt treten. Gab es da aber nie Freundschaften außerhalb der Arbeit, wurde der Feierabend schon immer in erster Linie vor dem Fernseher verbracht, dann bringt der Pensionsantritt die Gefahr großer Leere im Leben. Die Fernsehzeit wird anwachsen, die Langeweile zunehmen. Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass Nichtstun und Langeweile das Risiko von Krankheiten erhöht. So ein Leben am Sofa mag daher entspannend sein, möglicherweise dauert es aber nicht allzu lange.

Sich auf die Pension vorzubereiten, braucht also einen ehrlichen Blick auf das eigene Leben, auf die Potentiale, aber auch auf die Stolpersteine. Es steht eine Art Standortbestimmung an. Hier einige Fragen, über die es sich lohnt nachzudenken:

- Welche Rolle spielte die Arbeit in meinem Leben?
- Was verliere ich mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben?
- Was gewinne ich mit dem Eintritt in die Pension?
- Wie verändert sich meine finanzielle Situation?
- Welche Kontakte pflege ich außerhalb der Arbeit?
- Wieviel Struktur brauche ich im Leben? Wieviel Freiheit?
- Wie werde ich „normale“ Tage von besonderen Tagen unterscheiden?
- Wo werde ich in Zukunft Herausforderungen finden, Bestätigung und Anerkennung?

(C) BillionPhotos.com

Den Pensionsantritt ohne jegliche Vorbereitungen auf sich zukommen zu lassen ist, als würde jemand eine Weltreise antreten ohne Planungen. Es geht dabei nicht darum jede Reisestation schon im Detail zu kennen, eine Liste von Sightseeing-Objekten zu erstellen und diese dann abzuhaken. Für derlei detaillierte Vorbereitungen ist das Leben ohnehin viel zu unberechenbar. Aber es ist nützlich Grundlegendes zu überlegen, etwa wo die erste Etappe der Reise hingeht, nach Afrika oder Amerika, wieviel Geld zur Verfügung steht, ob die Reise alleine oder mit anderen Menschen gemacht wird und auch wer die Wohnung hütet, während man weg ist.

Mit dem Pensionsantritt verhält es sich ähnlich, wie mit einer Reise. Es empfiehlt sich den Ausstieg aus der Arbeit gut vorzubereiten und für die ersten Wochen schon Pläne zu haben. So kann der Zeitpunkt des Pensionsantritts meist selbst ausgewählt werden und es könnte ein guter Start ins Pensionsleben sein, dafür die persönliche Lieblingsjahreszeit zu wählen. Eine Zeit, in der sich sowieso viele Aktivitäten und die Stimmung gut ist.

Die Art und Weise wie Abschied genommen wird vom Arbeitsleben, hat wesentliche Auswirkungen auf das Ankommen in der Pension. Was muss alles noch erledigt, übergeben, sortiert und ausgemistet werden, damit am letzten Arbeitstag der Schritt hinaus in den neuen Lebensabschnitt leichtfällt? Auch der Abschied vom Team und den KollegInnen will nicht dem Zufall überlassen werden. Großes Abschiedsfest oder nur ein Rundgang mit Händeschütteln am letzten Arbeitstag?

Dann die ersten Tage, Wochen und Monate. Strukturierte und aktive Menschen werden sich sehr schnell in ein aktives Leben begeben. Unstrukturierte Menschen haben es hier aber ungleich schwerer. Es kann helfen, wenn zum Einstieg in den neuen Lebensabschnitt schon ein paar Vorhaben geplant sind. Eine erste Reise, das Haus neu streichen, eine Weiterbildung machen, einen Hund zulegen oder sich einfach nur über ehrenamtliches Engagement zu informieren.

Die Vorbereitung auf den Ruhestand sichert einfach gute Startbedingungen für den letzten großen Lebensabschnitt. Es geht dabei nicht darum, einen strammen Terminplan zu erstellen, es geht nur um erste Schritte, um eine Art Leiter ins neue Leben, darum ein Netz zu spannen, welches die erste Zeit in der Pension trägt.

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“

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.

Wahl, H.-W. (2013): Aktiv in den Ruhestand. Planen, gestalten, genießen. Techniker Krankenkasse. Hamburg.

pflegeminusschmerz

pflege management schmerz wissen

Fortbildung · Weiterbildung

Schmerzmanagement
Hypnotische Kommunikation

Kursprogramm 2017 online unter
www.pflegeminusschmerz.at

Pflegeminusschmerz - Geyrhofer KG
Kreuznerstraße 10 - 4360 Grein - +43660 / 78 56 000 - office@pflege-schmerz.at

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

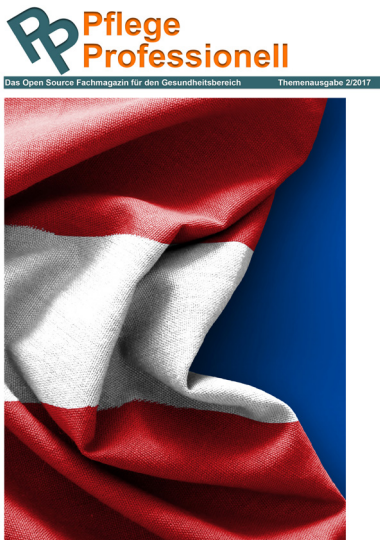
...und so wenig Seiten, um es wiederzugeben. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen im Jahr 2017 unsere Auflage **von vier Ausgaben auf acht** zu erhöhen. Die nächsten Ausgaben erwarten Sie.

Januar 2017 (Themenausgabe 01)

„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 Januar präsentieren zu dürfen.



Februar 2017 (Themenausgabe 02)

„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!

Ausgabe 07 - Pflege im Weitblick

Innovationen und Freigeister der Pflege

Pünktlich zum Symposium 2017 wollen wir Ihnen Themen präsentieren, die den Zeitgeist und den Weitblick der Pflege von Jetzt und Morgen wiederspiegeln. Natürlich haben wir es uns nicht nehmen lassen, die Vortragenden des Symposiums und den Fotografen der Ausstellung zur Publikationen zu bitten. Doch dies wird nicht alles sein.

Wir fahren nach Russland, um ihnen einen Einblick in das Gesundheitssystem zu geben, beleuchten die Aktivitäten der AIDS-Hilfe und präsentieren unser Herbstsymposium 2017.

Was wird aus der Pflege?

Perspektiven auf die Zukunft der Ausbildung

Colombine Eisele (Hg.)

Roadmap in die Zukunft

Modelle und Überlegungen zur Ausbildung einer kommenden Generation von Pflegepersonen

facultas 2017, 112 Seiten, broschiert
EUR 14,90 (A) / EUR 14,50 (D) / sFr 20,90
ISBN 978-3-7089-1428-2

Pflege als tertiäre Ausbildung – das stellt Lehrende, PraktikerInnen und zukünftige Studierende vor verschiedenste Herausforderungen. Im Mittelpunkt steht berufsrelevantes, handlungsorientiertes Lernen; das Ziel sind PflegepraktikerInnen, die ihre Tätigkeit sinnvoll ableiten und haltbar argumentieren können.
In diesem Band widmen sich ExpertInnen dem neuen Ausbildungskonzept, von theoretischen Grundlagen einer fallorientierten Didaktik über die Frage „Was sollen Pflegepersonen können und dürfen?“ und das Rollenverständnis von Lehrenden bis hin zu verschiedenen Modellen, Instrumenten und Best-Practice-Beispielen zum „dritten Lernort“.

www.facultas.at/verlag

facultas