# Pflege Professionell

Das Open Source Fachmagazin für den Gesundheitsbereich Sommer 2017

„…und hätte die Liebe nicht…“
Martin Sorge

Mein Einsatz in der Zentralafrikanischen Republik
Eleonore Bauer (DGKS bei Ärzte ohne Grenzen)

Fördernde Prozesspflege -
Eine Chance für personenzentrierte Professionalität?
Prof. Monika Krohwinkel

Heute studieren,
was morgen gefragt ist.

**PFLEGEWISSENSCHAFT**

# Pflege.
# Studium.
# Zukunft.

Pflegewissenschaft für diplomierte Pflegepersonen
als Bachelor-, Master- oder Doktorat-Studium
am modernen Uni-Campus in Hall in Tirol.

Kontakt: lehre@umit.at I www.umit.at

**NEU ab Herbst 2017: Universitätslehrgang**
**Health Information Management**
Infos: www.umit.at/him

**UMIT**
*the health & life sciences university*

## BILDUNG & MANAGEMENT

05 **From Picks to Bricks to Nix Der Weg zur Ko-Kompetenz**
Dr. Christoph Zulehner

09 **Inhaltliche Schnittstellen der Ausbildungen zur Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft in Deutschland**
Matthias Drossel, BA, MSc
Prof. Dr. Sylvia Sänger, Dipl. Ing., MPH
Philipp Richter, BA

23 **Ethik in der Pflege**
O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

## GESUNDHEITSPOLITIK

31 **„Im Interview“ - Frau Stadträtin Sandra Frauenberger**
Markus Golla,BScN

33 **Warum fragen wir nicht noch die FIFA!?! – Pflege und Politische Ränkespiele: „Sichtlich unsichtbar.....“**
Prof. Dr. Michael Bossle, MScN

## RÜCKBLICK

43 **„Nicht mit uns! Es ist UNSER Gesundheitssystem!“**
Markus Golla,BScN

46 **Würde und Trost für Obdachlose**

48 **Pflege im Weitblick**

52 **History on Catwalk**
Andreas Gaupp

91 **REZENSIONEN**

## FACHWISSEN

55 **Gesundheitsbezogene Beratungen zur Unterstützung einer selbständigen Lebensführung älterer Menschen im häuslichen Setting - Eine Querschnitt-studie**
Univ.-Prof. Dr. Christa Them,
Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc

61 **Patientensicherheit – was ist häuslich beatmeten Patienten und deren Angehörigen wichtig?**
Prof. Dr. Michael Ewers MPH
Christiane Schaepe MPH
Dr. Yvonne Lehmann

69 **Fördernde Prozesspflege - Eine Chance für personenzentrierte Professionalität?**
Prof. Monika Krohwinkel

77 **Palliative Care Pflege bei neurologischen Erkrankungen – was macht den Unterschied?**
Mag. Dr. Anna-Maria Dieplinger,
Firuzan Sari-Kundt, MPH, MA
Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink,
Univ.-Prof. Dr. Stefan Lorenzl, Dipl. Pall. med.

83 **Dekubitalulcerationen in der außerklinischen Intensivpflege**
Sebastian Kruschwitz

87 **Geschlechtliche Vielfalt als gesellschaftliche Form**
Mag. Gabriele Rothuber

## ERLEBEN

97 **„…und hätte die Liebe nicht…“**
Martin Sorge

101 **Pflegende Angehörige**
Ulrike Makomaski

105 **Mein Einsatz in der Zentralafrikanischen Republik**
Eleonore Bauer

109 **Mossul**



**IMPRESSUM**

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

**Herausgeber**
Markus Golla, BScN

**Redaktion**
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

**Lektorat**
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

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

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

**Printausgabe**
bestellbar über www.pflege-professionell.at

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

**Kontakt**
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) Diego Ibarra Sánchez/MEMO



(C) 2017 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.



PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

**Matthias Drossel, BA MScN**
**Schulleitung an der Bamberger Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe**

**Sehr geehrte Leserinnen und Leser,**

ich freue mich, dass ich die neue Ausgabe von Pflege Professionell eröffnen darf. Mit dieser Fachzeitschrift wird nicht nur über Ländergrenzen hinweg gedacht, sondern auch in der Berufsgruppe der Pflegenden künstlich geschaffene Trennungen ignoriert. Im Zentrum steht dabei die Pflegewissenschaft. Pflegepraxis, -pädagogik, -management, -politik vereint in einer Fachzeitschrift. Viele verschiedene Themen. Irgendwas findet man dann doch immer interessant. Gut zu lesen und doch meistens mit entsprechendem professionellem Duktus. Auch in der neuen Ausgabe ist es Markus Golla gelungen diese Themenvielfalt anzubieten: Ethik, Berufspolitik, gesellschaftspolitische Aspekte, Pädagogik, Versorgungsforschung, Geschichte. Schlägt man das Inhaltsverzeichnis auf, stellt man fest, dass viele prominente langjährig aktive, wichtige Personen der Pflegewissenschaft vertreten sind. Genau diese Personen leisten die Beiträge für eine Weiterentwicklung und kritische Reflexion in den unterschiedlichen Handlungsfeldern. Mit genau diesen Worten möchte ich das Vorwort auch beenden: Vielen Dank an alle Personen, die einerseits in dieser Ausgabe mitwirken, andererseits durch Ihr langjähriges Engagement beweisen, dass Wissenschaft sich endlich auch im deutschen Sprachraum mehr und mehr durchsetzt. Ihr

*Matthias Drossel*

**Liebe Leserinnen, liebe Leser,**

Mit dieser Ausgabe geht das zweite Jahr des Printmagazins zu Ende. In den letzten Monaten durften wir viel erleben und in Bewegung setzen. Gemeinsam mit Frau Prof. Christel Bienstein, Herrn Prof. Michael Bossle, Sr. Dr. Liliane Juchli, Frau Prof. Monika Krohwinkel, Herrn Dr. Christoph Zulehner und Frau Landtagsabgeordnete Birgit Meinhard-Schiebel durften wir ein Symposium der besonderen Art generieren, die erste Online-Radiosendung ging an den Start und zu den vier Standardausgaben von „Pflege Professionell“ dürfen wir dieses Jahr noch einige Themenhefte publizieren. In Deutschland gehen die Kämpfe um Kammer oder Nicht-Kammer weiter, neue Gesetze in Deutschland und Österreich veränderten unseren beruflichen Weg und keiner weiß so recht, ob dies in die gewünschte Richtung führt.

**Für die Gesundheits- und Krankenpflege bricht auf jeden Fall ein neues Zeitalter an.**

Ob dies zu unserem Vorteil ist, hängt in Wirklichkeit von uns selbst ab. Nutzen wir die Möglichkeiten oder lassen wir uns erneut in ein altes Rollenbild drängen? Erkennen wir an welchen „Rädchen“ wir drehen müssen, um etwas zu verändern oder gehen wir den üblichen Trott? Ich spreche hier nicht von Revolution oder Protest, sondern von gemeinsamen Schritten für eine Zukunft, die uns allen gehört?

Es wird Zeit, dass wir neue Wege gehen. Und egal, für welchen Sie sich entscheiden werden, Pflege Professionell wird an Ihrer Seite sein. Gehen wir es an...

Danke, für Ihr Interesse und willkommen bei der neuen Ausgabe von Pflege Professionell

*Markus Golla*

Herausgeber

**Markus Golla, BScN**

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

# From Picks to Bricks to Nix

## Der Weg zur Ko-Kompetenz

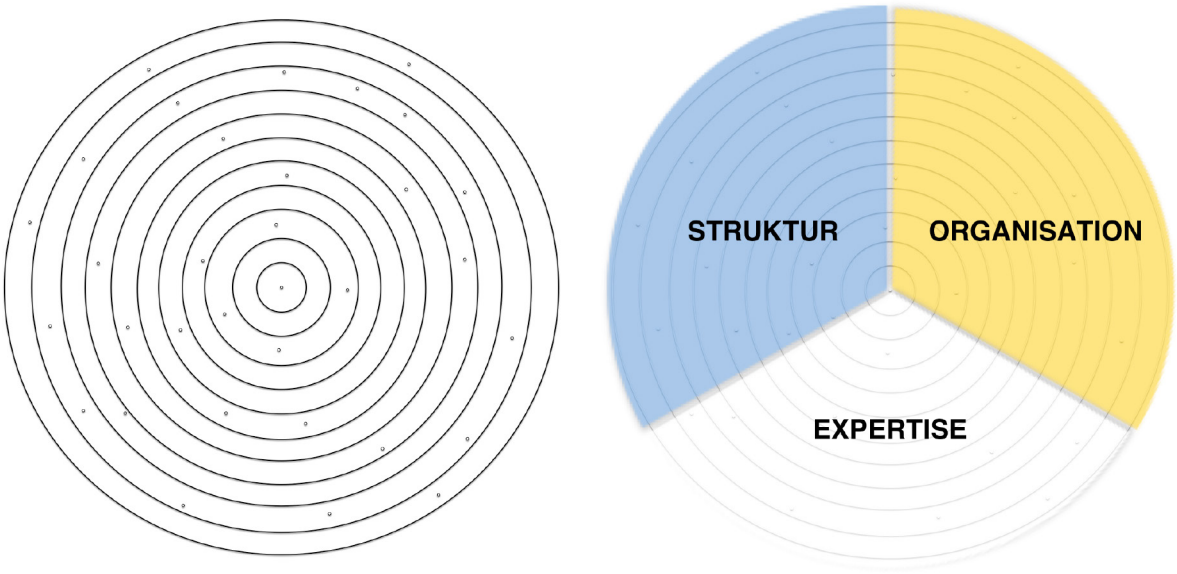
(C) Martin Debus

In den 1950er-Jahren veröffentlicht der französische Wirtschaftswissenschaftler Jean Fourastié mit der Publikation „Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts“ seine Theorie von den Sektoren. Darin prognostiziert er dramatische Veränderung in den Wirtschaftsbereichen. Waren vor der industriellen Revolution noch mehr als 70 % der Menschen im Rohstoff gewinnenden Sektor (Land- und Forstwirtschaft) tätig, 20 % in der Rohstoff-Verarbeitung (Handwerk und Industrie) und lediglich 10 % Dienstleister, stellt Fourastié eine Umkehr dieser Verhältnisse in Aussicht. Bis zum Jahr 2100 sollen demnach 70 % der Menschen als Dienstleister arbeiten. Der einzige Irrtum dem Fourastié unterlag war die zeitliche Einschätzung. Denn bereits Anfang des 21. Jahrhunderts hat sich seine Voraussage erfüllt.

Interessant ist der Blick auf die Produktionsfaktoren des jeweiligen Sektors. Wird für die Rohstoffgewinnung Grund- und Boden sowie der Menschen Arbeit benötigt, so sind es bei der Rohstoffverarbeitung Maschinen und Arbeitskraft. Im Dienstleistungssektor aber ist es einzig und allein das Wissen und seine Verknüpfung. Die Veränderung von der Landwirtschaftlichen Gesellschaft, über die Industriegesellschaft hin zu einer Wissensgesellschaft, wird pointiert auch „from picks to bricks to clicks“ bezeichnet. Also von der Spitzhacke, über den aus Ziegelstein errichteten Industriebau hin zum Mausklick.

Wenn wir einen kritischen Blick auf die Produkte dieser Sektoren werfen, dann wird ein Phänomen besonders deutlich: Dominieren bei den ersten beiden Sektoren noch die so genannten „tangiblen Güter“, also angreifbare (berührbare) Produkte so wird der Dienstleistungssektor von „intangiblen Gütern“ (Beratung, Betreuung, Unterstützung, Entlastung) dominiert. Dieses Phänomen hat dazu geführt, dass kritische Geister auch von einer Entwicklung „from picks to bricks to nix“ sprechen. Trotzdem: Beeindruckend ist es schon, dass ein Dreiviertel der Arbeitnehmer dafür bezahlt werden, Intangibles, also praktisch „nix“, zu erzeugen. Noch beeindruckender stellt sich diese Entwicklung im Lichte unseres hohen Lebensstandards und unseres Wohlstands dar.

Was bedeutet dies aber für die Zukunft? Der Produktionsfaktor der Dienstleistungsgesellschaft ist Wissen. Und Wissen ist von einem einzigartigen Phänomen gekennzeichnet: Dem exponentiellen Wachstum. Anders formuliert: Wissen verdoppelt sich alle drei bis fünf Jahre. Es explodiert förmlich und mit ihm die Wissensträger, die so genannten Experten. Wir haben es seit geraumer Zeit mit einer förmlichen Expertenflut zu tun. Diese Entwicklung bedarf hinkünftig bisher nie gekannter Bewältigungsstrategien.



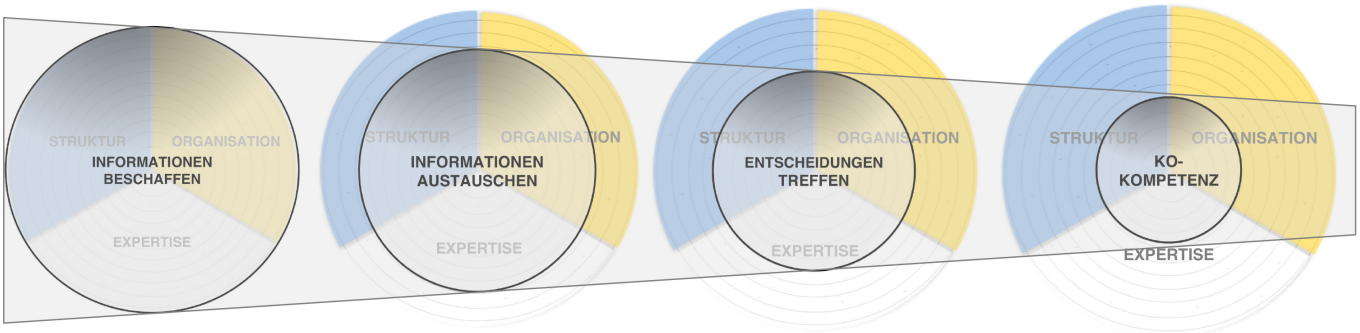

**Das Netzwerk des Wissens**

Was sind die Bewältigungsstrategien? Die wohl wesentlichste ist bereits deutlich am Dienstleistungsmarkt erlebbar: Die Spezialisierung. Eigentlich die Subspezialisierung. Diese Subspezialisierung, also der kontinuierliche Rückzug der Experten auf ein immer kleineres Fachgebiet stellt das gesamt System vor große Herausforderungen. Denn damit einhergehend wächst die Informations-Asymmetrie. Anders formuliert: Mit zunehmender Fokussierung wird gleichzeitig jener Teil immer größer, von dem ich als Experte nichts verstehe. Es wächst also das Nichtwissen. Dieses Phänomen der Informations-Asymmetrie war über viele Jahre ausnahmslos auf das Verhältnis zwischen Experten und Laien (Spezialist und Nachfrager) beschränkt. Mehr und mehr wird es ein Phänomen zwischen den Experten selbst. Was die eine Leuchte weiß, entzieht sich dem Wissen der anderen.

Deshalb braucht es hinkünftig ganz neue Formen des Zusammenwirkens. Denn: Je tiefer das Wissen, umso unentbehrlicher das Netzwerk. Diese neue Form des Zusammenwirkens nenne ich Ko-Kompetenz. Wobei es drei verschiedene Bereiche sind, die es dabei zu berücksichtigen gilt: Die Expertise selbst, ihre Organisation und die Struktur. Das heißt: Expertise braucht zum einen die richtige Form der Organisation also das richtige Handeln und Verhalten der Experten zueinander. Sie braucht aber auch die richtigen Strukturen. Neben Medien und Ausstattung ist dies allem voran das richtige Netzwerk.

Unter Berücksichtigung dieser drei Aspekte gilt es auch die Frage zu stellen, was das Ziel des ko-kompetenten Zusammenwirkens ist. Dies können vier verschiedene Ziele sein:

- Informationen beschaffen
- Informationen austauschen
- Entscheidungen treffen
- ko-kompetentes Zusammenwirken




**Die Charakteristik ko-kompetenter Systeme**

Bei der Ko-Kompetenz organisieren sich die Kollaborierenden selber. Sie bilden ein aufgabenspezifisches System um auf schnellem und unkonventionellem Weg zu den gewünschten Ergebnissen zu kommen. Wir finden solche Systeme deshalb immer öfter, weil sie in unserer Expertenwelt eine unabdingbare Notwendigkeit sind. Auf den ersten Blick ist uns oft gar nicht bewusst, dass es sich um ko-kompetente Systeme handelt. Was auffällt ist, dass sie uns begeistern und bei uns den Eindruck hinterlassen, als würden sie sich blind verstehen. Ein aktuelles Beispiel ist die Aufdeckung der Panama-Papers. 400 investigative Journalisten arbeiten innerhalb eines Jahres 2,6 Terabyte Material auf und publizieren die Ergebnisse am 3. April in 109 Medien in 76 Ländern. Ein Meisterstück ko-kompetenten Zusammenwirkens.

Wagen Sie eine Charakterisierung ihrer eigenen Organisation. Folgende sechs Fragen führen zu einer guten Einschätzung, ob Ihr System Ko-Kompetenz braucht:

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

**Fangen Sie an und bereiten Sie sich vor auf die Welt der Experten.**

Christoph Zulehner ist **Speaker**
aus Profession **Strategieexperte**
gelegentlich **Unternehmensberater**
schon lange nicht mehr **Krankenpfleger**
nur mehr zum Teil **Führungskraft**
in besonderen Fällen **Trainer**
wenn notwendig **Vertriebsexperte**
bei Bedarf promovierter **Wirtschaftswissenschafter**
semesterweise **Hochschuldozent**
auf Anfrage **Diplomkaufmann**
in speziellen Fällen **Sachverständiger**
einmal im Jahr **Kapitän**
alle zwei Jahre **Buchautor**
immer wieder **Unternehmensgründer**
aber unentwegt **Faker**

christoph.zulehner
INSPIRATION. POSITION. ERFOLG.

GABAL WH!TEBOOKS

# Kompetentes Basiswissen für Ihren beruflichen und persönlichen Erfolg

ISBN 978-3-86936-561-9

ISBN 978-3-86936-704-0

ISBN 978-3-86936-762-0

ISBN 978-3-86936-635-7

ISBN 978-3-86936-731-6

**Auf www.gabal-verlag.de finden Sie über 100 Praxis-Ratgeber aus unseren Whitebooks-Themenwelten. Schauen Sie vorbei!**

Beruf/Karriere
Management/Führung
Kommunikation
Marketing/Verkauf
Persönlichkeit/Leben

**GABAL. Dein Verlag.**
**Motivierend. Sympathisch. Pragmatisch.**

gabal-verlag.de

# Inhaltliche Schnittstellen der Ausbildungen zur Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft in Deutschland

## – eine vergleichende Inhaltsanalyse von Lehrplänen

(C) Crazycloud

**Die mit einem steigenden Lebensalter der Bevölkerung verbundene Zunahme an chronischen Erkrankungen, der durch den Geburtenknick fehlende Nachwuchs an neuen Auszubildenden in Pflegeberufen sowie die Abwanderung von Pflegekräften aus dem Beruf führen zu einem Pflegenotstand in Deutschland. Bedingt durch die multiprofessionelle und Sektoren übergreifende Zusammenarbeit, die heute bei vielen Erkrankungen eine wichtige Voraussetzung ist, sind neue Modelle der Kooperationen der ärztlichen und besonders auch der nichtärztlichen Berufsgruppen gefragt. In Deutschland gibt es eine Vielfalt an Ausbildungsformen der Pflegebrufe. Der Beitrag analysiert Lehrpläne der Ausbildung von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften und zeigt Schnittstellen auf, die eine effizientere Ausbildung ermöglichen, die den Grundstein für eine künftige bessere Zusammenarbeit legen kann.**

### Hoher Bedarf von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften

Eine pflegerische Versorgung, die bedarfsgerecht und ausreichend erfolgt, ist laut dem Pflege-Report 2016 heutzutage „zu einer gesellschaftlichen Herausforderung ersten Ranges geworden“ (vgl. Jacobs, Schwinger, Klauber, Greß, & Kuhlmey, 2016, S. 3). Neben der unter anderem medizinisch begründeten, erhöhten Lebenserwartung ist auch die zunehmende Manifestation von chronischen Erkrankungen ursächlich für dieses gesellschaftliche Dilemma (vgl. ebd.). Daher muss eine Umstrukturierung der Versorgungslandschaft von Pflegenden herbeigeführt werden, um dem erhöhten Bedarf an gut ausgebildeten Pflegekräften gerecht zu werden (vgl. ebd, S. 4). Laut einer 2012 veröffentlichten Studie der Prognos AG ist bis 2020 sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ein Zuwachs an Pflege- und Betreuungspersonen von über 200.000 Kräften erforderlich (vgl. Prognos AG, 2012, S. 20). Dies bedeutet, dass innerhalb von elf Jahren ein Personalzuwachs von circa 30% notwendig ist, um den bevorstehenden Bedarf zu decken (vgl. ebd., S. 21). Hinsichtlich der Zusammensetzung des Berufsfeldes beschreibt die Prognos AG neben ausgebildeten Fachkräften, wie Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger und Heilerziehungspfleger, auch das Wirken von Pflegehilfskräften und nicht-ausgebildetem Personal (vgl. ebd., S. 24). Allein bei ausgebildeten Pflegehilfskräften wird für 2030 ein Anstellungszuwachs von 65% prognostiziert (vgl. ebd.). Auch im Rahmen der Auszubildendenzahlen des pflegerischen Berufsfeldes zeigt sich dieser Trend (vgl. Deutscher Pflegerat, 2012, S. 45). Zwischen 1999 und 2010 konnte hier ein Zuwachs von circa 16 Prozent verzeichnet werden (vgl. ebd.). Zwischen dem Schuljahr 1999/2000 und 2010/2011 hat es bei der Ausbildung von Pflegehilfskräften einen prozentualen Zuwachs von circa 330 Prozent gegeben.

### Berufliche Fachrichtungen mit pflegerischen Bezug

Eine Rahmenvereinbarung der Kultusministerkonferenz (KMK) von 1973 definierte 13 verschiedene Fachrichtungen und Berufsfelder innerhalb des beruflichen Schulwesens (vgl. Pahl & Herkner, 2010, S. 74). Entsprechend der vergleichenden Kriterien, wie Artverwandtschaft, charakteristischen Tätigkeiten und Einsatzform gelten sowohl ausgebildete Fachkräfte als auch Hilfskräfte im Pflegebereich als eigenständige Berufsbilder, die einem Berufsfeld zugehörig sind (vgl. ebd.). Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte werden dem Berufsoberfeld ‚Sekundäre Dienstleistungsberufe‘ zugeordnet (vgl. Helmrich & Zika, 2010, S. 17).

Für die untersuchten Berufsbilder gibt es unterschiedliche Qualifikationswege (vgl. Zöller, 2012, S. 6). Grundlagen zur Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern sind sowohl die jeweiligen Berufsgesetze als auch bundesweit geltende Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (vgl. ebd., S. 6). Dagegen wird die Ausbildung der Pflegehilfsberufe meist landesrechtlich geregelt (vgl. ebd.). Die Schulgesetze der jeweiligen Bundesländer bilden die Grundlage für die Ausbildung der Schüler (vgl. ebd.). So unterschiedlich die gesetzlichen Grundlagen der Ausbildungen auch sind, ist dennoch anzunehmen, dass vor allem pflegerische Ausbildungsberufe eine Vielzahl an inhaltlichen Schnittstellen aufweisen (vgl. Pahl & Herkner, 2010, S. 74). Dies spricht dafür einen einheitlichen Ausbildungsstrang für unterschiedliche Pflegeberufe zu schaffen.

### Ausbildungsvielfalt vs. Fachkräftemangel

Es ist anzunehmen, dass sich der Fachkräftemangel einerseits und die unterschiedlichen Ausbildungsformen in den Pflegeberufen andererseits auf die Tätigkeit des Pflegepersonals auswirken. Die notwendige Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen erfordert eine Kooperationskompetenz der Pflegenden (vgl. Höppner & Büscher, 2011, S. 15). Es ist erforderlich, dazu bereits in der Aus- und Weiterbildung wichtige Grundlagen zu schaffen (vgl. ebd.). Aus diesem Grund wurde untersucht, welche inhaltlichen Schnittstellen zwischen den Ausbildungen von Pflegehilfskräften und Pflegefachkräften bestehen, um das derzeitige Potiental für interdisziplinäres Arbeiten innerhalb der Ausbildung zu identifizieren. Dies wird mit Hilfe eines Lehrplanvergleiches ermöglicht.

In Deutschland gibt es eine große Vielfalt an Ausbildungsoptionen für Pflegehilfskräfte (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung, 2014, S. 212ff). Unterschiedliche landesabhängige Regelungen führen zu verschiedenen Berufsbezeichnungen und Ausbildungsinhalten (vgl. ebd.). Deswegen wird ein inhaltlicher Vergleich von Lehrplänen ausgewählter Ausbildungen von Pflegehilfskräften durchgeführt. Hierbei werden Inhalte selektiert, die bundesweit und nicht nur länderspezifisch gleich sind. Das Resultat wird anschließend mit einem Lehrplan für Pflegefachkräfte verglichen. Hierzu wird exemplarisch ein Konzept zum Schulversuch „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt“ in Bayern genutzt, das den zukünftigen Umstrukturierungen der Pflegefachkraftausbildung gerecht wird.

### Forschungsstand

Es gibt wenige wissenschaftliche Arbeiten, die den Schwerpunkt auf die Ausbildung pflegerischer Hilfskräfte legen. Die Recherche in Datenbanken, wie ‚PubMed‘ oder ‚Fachportal Pädagogik‘, ergab, dass viele Studien sich primär Pflegefachkräften widmen. Die Gruppe der Pflegehilfskräfte wird in deren Kontext vor allem in Bezug auf Personalmangel und Organisationsstrukturen thematisiert (vgl. Prognos AG, 2012, S. 24). Die Methodik des Vergleichs von pflegeberufsbezogenen

Lehrplänen wurde nach derzeitigem Stand nur vereinzelt durchgeführt. Stuckatz und Badel (2015) beschrieben den bestehenden Pflegepersonalmangel, der jedoch nicht allein durch Fachkräfte kompensiert werden kann, sondern auch den Einsatz von wenig qualifizierten Pflegehilfskräften erforderlich macht (vgl. Stuckatz & Badel, 2015, S. 117). Weitere Studien im pflegerischen Kontext beziehen sich meist auf Vergleiche auf internationaler Ebene. Beispielhaft ist dabei der Abschlussbericht des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik zu erwähnen (vgl. Waldhausen, Sittermann-Brandsen, & Matarea-Türk, 2014). Die Zielstellung der Autoren war es einen Überblick, der in EU-Staaten geltenden Pflegeausbildungen zu geben (vgl. ebd., S.1). So wurden Ausbildungsprofile für Pflegeberufe in u.a. Spanien, Niederlande und Österreich vorgestellt, analysiert und verglichen (vgl. ebd.). Nach umfassenden Literaturrecherchen wurde festgestellt, dass außer in Deutschland in allen anderen Ländern eine Akademisierung der Pflegeberufe stattfand (vgl. ebd., S. 14). Eine Analyse der gelehrten Themen in den jeweiligen Ländern ist hier jedoch nicht erfolgt.

## Zielsetzung der Untersuchung

Ziel war es, ausgewählte Lehrpläne von Pflegehilfeausbildungen in Deutschland zu analysieren und miteinander auf inhaltlicher Ebene zu vergleichen. Folgende Forschungsfragen wurden hierbei beantwortet:

- Welche inhaltlichen Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede weisen ausgewählte Ausbildungen von Pflegehilfskräften in Deutschland auf?
- Ist es möglich die erhobenen Gemeinsamkeiten der ausgewählten Ausbildungen von Pflegehilfskräften in einer inhaltlichen Übersicht zusammenzufassen und inwiefern ist dies darzustellen?

In einem zweiten Arbeitsschritt wurden inhaltliche Schnittstellen zwischen der erstellten inhaltlichen Zusammenfassung der Pflegehilfeausbildungen und einem Konzept einer generalistischen Pflegefachkraftausbildung definiert. Untersucht wurde, welche inhaltlichen Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede das Konzept `Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt` in Bayern und die selbsterstellte, inhaltliche Zusammenfassung der Ausbildungen für Pflegehilfskräfte in Deutschland haben, um eine Basis für die Kooperation beider Berufsbilder in der Ausbildung ermöglichen zu können.

## Methodik

Die vergleichende Analyse in beiden Arbeitsschritten wurde methodengeleitet auf der Basis des Konzepts der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2010) durchgeführt.

### Arbeitsschritt 1: Auswahl der Lehrpläne für Ausbildungen von Pflegehilfskräften

Im Bundesgebiet gibt es eine Reihe an unterschiedlichen Ausbildungen für Pflegehilfskräfte. Mithilfe der „Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)“ wurde eine Übersicht zugrunde gelegt, welche u.a. geltende Pflegehilfeausbildungen in Deutschland auflistet (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung, 2014, S. 212ff). Für die Auswahl der zu vergleichenden Lehrpläne wurden bestimmte Kriterien festgelegt, um die Anzahl der Dokumente einzugrenzen. Hierzu zählte die erforderliche landesrechtliche Regelung, der Fokus auf kranke und/oder alte Menschen und dem Wortbestandteilen ‚-helfer‘ oder ‚-assistent‘ in der zu erlangenden Berufsbezeichnung. Im Ergebnis wurden 25 Ausbildungen für Pflegehilfskräfte aus 15 Bundesländern in die engere Auswahl genommen. Die Zahl der letztendlich untersuchten Lehrpläne grenzte sich auf zehn verschiedene Ausbildungen ein, deren Unterlagen online verfügbar waren. Teilweise geben diese Lehrpläne Hinweise auf methodisch-didaktische Gestaltungsmöglichkeiten. Festgelegte Unterrichtseinheiten für die Themen, methodische Hinweise oder rechtliche Grundlagen wurden jedoch nicht inhaltlich analysiert. Die Datenerhebung richtete sich vielmehr auf zu unterrichtende Inhalte aus, welche in den Lehrplänen beschrieben werden.

### Arbeitsschritt 2: Festlegung von Analysekriterien

Das vorliegende Material wurde mitttels einer qualitativen Inhaltsanalyse analysiert und zusammengefasst (vgl. Mayring, 2010, S. 68). Es erfolgte eine deduktive Kategorienbildung auf der Grundlage der Qualifikationsbeschreibung der KMK (vgl. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2013, S. 41). Die KMK erstellte hierbei für den Beruf des ‚Staatlich anerkannten Krankenpflegehelfers‘ eine Übersicht beruflicher Qualifikationen, die diese Berufsgruppe innerhalb der Ausbildung erlangen soll (vgl. ebd.). Die vorgegebenen Qualifikationen wurden in kurze, prägnante Hauptkategorien übertragen bzw. umformuliert. Bei der folgenden Analyse wurden diese Hauptkategorien genutzt, um die inhaltliche Strukturierung durchzuführen. Sie bildeten jedoch keinen starren analytischen Rahmen, sondern konnten umformuliert, ergänzt oder gestrichen werden.

### Arbeitsschritt 3: Kodierung und Erstellung der inhaltlichen Zusammenfassung

Die Lehrpläne der Pflegehilfeausbildungen wurden in das Programm MAXQDA 12 der Verbi GmbH für Windows im PDF-Format eingepflegt. In einem ersten Probedurchlauf wurden die zehn Lehrpläne anhand der 14 Hauptkategorien analysiert und codiert. Anschließend wurden zwei weitere Re-Tests durchgeführt. Nach

# Save the Date!
# 1. Bamberger Fachtagung
# für
# Gesundheits- und Pflegepädagogik

## am

## Mittwoch, 21.11.2018

(Buß- und Bettag)
mit Vorabendprogramm

Zielgruppe:

Lehrende in (Hoch-)Schulen für Pflegeberufe
Studenten der Pflege-, Berufs-, Medizinpädagogik
Praxisanleiter

Sie erwartet:

Themenvielfalt im Plenum (ganztags) und parallel Workshops, Seminare, Posterpräsentationen uvm.

Anmeldung (und Frühbucherrabatt) sowie weitere Infos demnächst unter
**www.bamberger-akademien.de**

Für Rückfragen steht Ihnen Matthias Drossel gerne zur Verfügung:
matthias.drossel@bamberger-akademien.de

Bamberger Akademien
für Gesundheits- und Pflegeberufe

drei Codierungsdurchgängen, wurden Haupt- und Subkategorien anhand der entsprechenden Bedeutungen überprüft. Inhaltlich ähnliche Subkategorien wurden zusammengefasst. Nicht codierte Kategorien wurden gelöscht. Für die Erstellung einer Übersicht, welche gemeinsame Inhalte von Pflegehilfeausbildungen in Deutschland zusammenfasst, war die Bestimmung von Einschlusskriterien notwendig. Für den Einschluss in das Konzept galt die Bedingung, dass das jeweilige Thema bei der Mehrheit der Lehrpläne aufgelistet sein muss. Das entspricht mindestens 50%, also fünf von zehn Lehrplänen.

### Arbeitsschritt 4: Vergleich Pflegehilfeausbildungen mit generalistischen Konzept

Die Zusammenfassung der Pflegehilfeausbildungen wurde mit dem Curriculum einer Fachkraftausbildung verglichen. Das Konzept `Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt in Bayern´ repräsentierte hierbei eine der Fachkraftausbildungen in Deutschland (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München, 2012, S. 3). Die Inhalte der selbsterstellen, inhaltlichen Übersicht der Pflegehilfeausbildungen galten als Kategorien für den Vergleich und wurden in Form von Codes in MAXQDA eingefügt. Unter Beachtung der Codierregeln wurde ein erster Probedurchlauf durchgeführt. Im Nachgang erfolgten hier auch zwei Re-Tests. Anschließend wurden die Kategorien entsprechend ihres jeweiligen Vorkommen in dem Dokument geprüft. Die Kategorien, die mindestens einmal im Dokument codiert wurden, galten damit als inhaltliche Schnittstellen im Vergleich von Pflegehilfeausbildungen in Deutschland mit dem generalistischen Ausbildungskonzept aus Bayern.

### Ergebnisse des Vergleichs der Pflegehilfeausbildungen

Alle analysierten zehn Lehrpläne der Pflegehilfeausbildungen weisen inhaltliche Gemeinsamkeiten auf. Für eine bessere Übersicht wurden den 21 Haupt- und 100 Subkategorien drei Komplexe übergeordnet: (1) Rechtliche und berufliche Grundlagen, (2) Grundlagen der Pflege und (3) Pflege und Betreuung.

### (1) Rechtliche und berufliche Grundlagen

Die Schüler sollen den gesetzlichen und berufsspezifischen Rahmen erfassen, in dem die eigentliche Pflege am Patienten oder Bewohner erfolgt. Innerhalb der Hauptkategorie des ‚Beruflichen Selbstverständnisses' erfassten eine Vielzahl der Lehrpläne den Lehrinhalt verschiedener Arbeitsfelder für angehende Pflegekräfte. Die Thematisierung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten fand in acht von zehn Lehrplänen statt. In der Hauptkategorie ‚Dokumentation und Administration' sind infolge der Selektion der Inhalte keine Subkategorien mehr vorhanden. Das Thema konnte in vielerlei Hinsicht in den Lehrplänen codiert werden. So integrierten einige Lehrpläne, z.B. jene von Baden-Württemberg (vgl. Landesinstitut für Schulentwicklung, 2009, S. 6) oder Hessen (vgl. Hessisches Sozialministerium, 2012, S. 17 und 48), die Dokumentation in allgemeine, übergeordnete Aufgaben von Pflegehilfskräften. Zum Teil wurde die Thematik aber auch spezifisch im Rahmen der Krankenbeobachtung als Inhalt eingefügt, z.B. im Lehrplan aus Schleswig-Holstein (vgl. Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein, 2012, S.18). In der nächsten Hauptkategorie wurden Inhalte bezüglich des ‚Lernens' zusammengefasst. Die Schüler sollen laut einer Vielzahl von Lehrplänen Strategien und Techniken entwickeln, um den höchsten Lernerfolg zu erzielen. Ebenso sollen Wege der Informationsbeschaffung und dem Organisieren der eigenen Arbeit vermittelt werden. In der letzten Hauptkategorie werden Inhalte der ‚Rechts- und Sozialkunde' integriert. In acht von zehn Lehrplänen wurde die Vermittlung von Grundlagen zum Qualitätsmanagement, wie z.B. durch Expertenstandards oder der Heimaufsicht, beschrieben. Bezüglich der zugrundeliegenden gesetzlichen Regelungen gab es große Unterschiede. So wurden vereinzelt Themen wie das Erb-, Zivil- oder Heimrecht inhaltlich in Lehrpläne aufgenommen.

### (2) Grundlagen der Pflege

Neun von zehn der untersuchten Lehrpläne thematisierten Inhalte, die grundlegend zur Erlangung anatomischer und physiologischer Kenntnisse vermittelt werden müssen. Weitere Subkategorien repräsentieren Organsysteme, deren Anatomie und Physiologie thematisiert werden sollen. Alle analysierten Lehrpläne sahen die Vermittlung von Wissen hinsichtlich des Herzkreislaufs- und Bewegungssystems als essentiell. Die Mehrheit der Dokumente verwiesen auch auf Atmungs-, Urogenital-, Sinnes-, Verdauungsorgane und das Nervensystem. Der Lehrplan aus Thüringen thematisierte alle Organsysteme, welche im Konzept inhaltlich aufgenommen wurden (vgl. Thüringer Kutlusministerium, 2009, S. 15-19, 21 und 28). Als weitere Hauptkategorie wurden die Themen ‚Ethik und Religion' aufgenommen. Die Hälfte der Lehrpläne bezog sich dabei auf zu vermittelnde ethische und religiöse Grundhaltungen. Auch kulturelle Besonderheiten und geltende Normen und Werte waren oftmals Teil der Dokumente. Es fällt auf, dass vor allem der Lehrplan von Baden-Württemberg dem Thema Religionslehre einen hohen Anteil zuschreibt (vgl. Landesinstitut für Schulentwicklung, 2009, S. 41ff). In der nächsten Hauptkategorie ‚Gesundheit erhalten und fördern' sollen Schüler zur grundlegenden Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit unterrichtet werden. Dies wurde in sieben von zehn Lehrplänen thematisiert. Von ehemals elf weiteren Subkategorien konnten jedoch lediglich vier aufgenommen werden. Dies ist einmal darin begründet, dass viele Lehrpläne sich auf Gesundheitsthemen wenig beziehen.

So beispielsweise auch die aus Niedersachsen (vgl. Niedersächsisches Kultusministerium, 2013) und Bayern (vgl. Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2007). Die Lehrpläne aus Sachsen (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport, 2011, S. 21-23) und Schleswig-Holstein (vgl. Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein, 2012, S. 16 und 18) sind dagegen schwerpunktmäßig auf vielerlei Themen eingegangen. Innerhalb der Hauptkategorie ‚Methoden und Konzepte' integrierten alle Lehrpläne den Ablauf des Pflegeprozesses und die Berücksichtigung von Pflegeplanungen. Bestimmte Pflegemodelle wurden wenig thematisiert oder nicht explizit beschrieben und wurden daher nicht aufgenommen. Als letzte Hauptkategorie des zweiten Komplexes wird die ‚Teamarbeit' berücksichtigt. Die Mehrzahl der Lehrpläne legte dabei den Schwerpunkt auf Grundlagen des Arbeitens im Team und in inter- bzw. intradisziplinäre Arbeit.

### (3) Pflege und Betreuung

Bis auf die Sinnesorgane und Haut konnten passend zur Anatomie und Physiologie des ersten Komplexes auch bestimmte Erkrankungen inhaltlich aufgenommen werden. Zusätzlich konnten Krankheitsbilder des Stoffwechsels integriert werden. Innerhalb der Kategorie ‚Handeln in schwierigen Situationen' werden herausfordernde Momente im Pflegealltag thematisiert. Die Mehrzahl der Lehrpläne orientierte sich hierbei an Situationen, die mit Ängsten, Ekel, Scham und Gewalt in Verbindung stehen. Von den insgesamt elf Subkategorien, wie auch Mobbing und Konfliktmanagement, konnten nur vier in die Zusammenfassung übertragen werden. Vor allem die Lehrpläne aus Hessen (vgl. Hessisches Sozialministerium, 2012, S. 20 und 46), Sachsen (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport, 2011, S. 10) und Thüringen (vgl. Thüringer Kutlusministerium, 2009, S. 14,46 und 47) brachten eine Vielzahl der Themen. In der nächsten Kategorie werden Themen wie Pflege von Kleidung, Einkauf und Zubereitung von Nahrungsmitteln angebracht. Diese Themen wurden von fünf von zehn Lehrplänen aufgenommen und somit in das Konzept integriert. Reinigungsaufgaben und bestimmte Lagerungsmöglichkeiten von Lebensmitteln konnten zu wenig codiert werden. In der Kategorie ‚Hygiene' zeigten vor allem die Lehrpläne aus Bayern (vgl. Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2007, S. 17) und Brandenburg (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, 2009, S. 17 und 23) eine umfassende Darstellung der Thematik. Das hygienische Arbeiten unter Beachtung des Infektionsschutzes, Techniken der Desinfektion und Sterilisation sowie nosokomiale Infektionen standen hier im Vordergrund. In der Hauptkategorie ‚Kommunikation' bestand eine Vielzahl an Subkategorien. Dies ist zum Teil durch die große inhaltliche Ähnlichkeit zum Fach `Deutsch` einiger Lehrpläne begründet. Dennoch führten vor allem Brandenburg (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, 2009) und Bayern (vgl. Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2007) wenige Inhalte dazu auf. Daraufhin konnten nur vier Subkategorien, wie z.B. Gesprächsführung oder Kommunikationsformen, übernommen werden. Bezüglich der Kategorie ‚Lebensraum- und Lebenszeitgestaltung' zeigten alle zehn Lehrpläne Auflistungen verschiedener Inhalte. Das Hauptaugenmerk liegt hier auf der Gestaltung des Wohnumfeldes und der Entwicklung von Beschäftigungsangeboten. Eine hohe Varianz an Themen bietet die Kategorie ‚Mitwirkung bei Diagnostik, Therapie und Rehabilitation'. In der Menge von ursprünglich 15 Subkategorien konnten nur vier in die Übersicht übernommen werden. Die Applikation von Arzneimitteln und die Vitalzeichenkontrolle galten hierbei als häufigste inhaltliche Angabe. Es ist auffallend, dass der bayrische (vgl. Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2007) und sächsische Lehrplan (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport, 2011) sehr geringe bis keine Ausführungen zur Kategorie aufwiesen. Im Gegensatz dazu fiel eine detaillierte Ausführung der Kategorie `Notfallmanagement` innerhalb des Lehrplans aus Bayern auf (vgl. Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2007, S. 15). In Verbindung mit den restlichen Dokumenten konnte allerdings nur eine Subkategorie, die der Versorgung von nichtbedrohlichen Notfällen, aufgenommen werden. Im Bereich der `Pflegerischen Prophylaxen´ konnte eine große Schnittmenge zwischen den zehn Lehrplänen erkannt werden. Neun der 12 Subkategorien konnten in der Mehrheit der Dokumente codiert werden. Auch hier nahmen die Lehrpläne aus Bayern (vgl. Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2007) und Sachsen (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport, 2011) wenig dieser Thematik inhaltlich auf. Die Kategorie ‚Sterben und Tod' repräsentiert innerhalb des Konzeptes die Begleitung und Pflege von Sterbenden und deren Angehörigen und die persönliche Auseinandersetzung mit der Thematik. Der hessische Lehrplan zeigte hierzu mehrfach inhaltliche Ausführungen (Hessisches Sozialministerium, 2012, S. 28f). Die Kategorie des ‚Umgangs mit dem alten Menschen' konnte nicht nur in Lehrplänen der Altenpflegehilfe, sondern auch in Dokumenten mit anderen Schwerpunkten codiert werden. Als Schnittmenge der zehn Lehrpläne ergaben sich bestimmte Techniken wie Biografiearbeit, Validation oder Basale Stimulation. Die grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Alterungsprozess und der Begleitung dieser Zielgruppe wurde nicht durch die Mehrheit der Lehrpläne aufgenommen. Um bestimmte Maßnahmen, die ein Selbstpflegedefizit ausgleichen sollen, zusammenzufassen, wurde sich auf das Konzept der AEDLs berufen. Von den 13 existierenden AEDLs konnten sieben codiert werden. Deren

Ausführung mit Subkategorien ist sehr unterschiedlich. Bei drei Subkategorien, wie z.B. sich kleiden, konnten nur jeweils ein Thema bei der Mehrheit der Dokumente codiert werden. In anderen AEDLs, wie z.B. `ausscheiden´ oder `sich bewegen´, konnten dagegen mehr Inhalte aufgenommen werden.

### Ergebnisse des Vergleichs der Pflegehilfeausbildungen mit der generalistischen Fachkraftausbildung

Insgesamt wurden 157 Inhalte des Curriculums aus Bayern codiert. Die Mehrzahl der Inhalte der Pflegehilfeausbildungen ist auch Bestandteil der generalistischen Ausbildung. Der Vergleich der inhaltlich zusammengefassten Pflegehilfsausbildung mit der generalistischen Fachkraftausbildung erfolgte mit den Hauptkategorien: (1) Rechtliche und berufliche Grundlagen, (2) Grundlagen der Pflege, (3) Pflege und Betreuung.

### (1) Rechtliche und berufliche Grundlagen

Der erste inhaltliche Komplex fasste bestimmte rechtliche und berufliche Grundlagen zusammen. In der Hauptkategorie ‚Berufliches Selbstverständnis' zählte zum einen die Thematik bestimmter Arbeitsfelder für Pflegende dazu. In dem Dokument konnte sieben Mal wortwörtlich der Begriff ‚Arbeitsfeld' gefunden werden. Die Arbeitsfelder wurden häufig in bestimmten Settings, wie beispielsweise der Psychiatrie oder Intensivstation, erwähnt (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München, 2012, S. 41 und 55). Die Qualifikation von Pflegepersonen mittels Fort- oder Weiterbildungen konnte nur ein Mal codiert werden (vgl. ebd., S. 53). Für administrative Aufgaben und die Dokumentation von pflegerischen Handlungen konnten insgesamt vier Stellen im Curriculum codiert werden. Hierbei repräsentierte die Administration lediglich eine Textstelle in Form der Thematisierung von Dienstplänen (vgl. ebd., S. 57). Für den Kategoriebestandteil ‚Dokumentation' konnten drei Stellen im Dokument wortwörtlich codiert werden. In der nächsten Hauptkategorie ‚Lernen lernen' konnten alle dazugehörigen Subkategorien im Currciulum gefunden werden. Für den Bereich ‚Arbeitsorganisation' konnte eine Textpassage codiert werden, welche strukturgebende Behandlungspfade thematisiert (vgl. ebd., S. 33). Bezüglich der ‚Informationsbeschaffung' in der Hauptkategorie ‚Lernen lernen' entstand eine Diskrepanz. Zwar konnte zwei Mal im Dokument diese Sukategorie wörtlich gesehen gefunden werden, jedoch konnte sie nicht entsprechend der Definition der Kategorie codiert werden. Denn im Curriculum wurde dabei kein Bezug zum Lernen, sondern vielmehr zur Vorbereitung von Gesprächen und der Durchführung des Pflegeprozesses gezogen (vgl. ebd., S. 17 und 22). In der letzten Unterkategorie wurde im Dokument nach bestimmten ‚Lerntechniken oder –methoden' gesucht. Sie konnte drei Mal codiert werden. In der letzten Hauptkategorie treten die ‚Rechts- und Sozialkunde' in den Mittelpunkt. Hierbei konnten fast alle Subkategorien mindestens ein Mal codiert werden. Nur die Thematik des Strafrechts wurde in den Pflegehilfeausbildungen vermehrt aufgenommen, aber nicht im bayrischen Curriculum.

Auch als e-book

Angehörige bestmöglich begleiten

Angelika Feichtner, Bettina Pußwald

**Palliative Care**

Unterstützung der Angehörigen

*facultas 2017, 176 Seiten, broschiert*
*EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP*
*ISBN 978-3-7089-1489-3*

Wer schwer oder terminal erkrankte Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase begleitet, begleitet immer auch deren Angehörige. Dieses Praxisbuch bietet Anregungen für Pflegende, wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der palliativen Betreuungssituation gelingen kann, ist aber auch ein hilfreicher Leitfaden für die Angehörigen selbst.

facultas

‚Lerntechniken oder –methoden‘ gesucht. Sie konnte drei Mal codiert werden. In der letzten Hauptkategorie treten die ‚Rechts- und Sozialkunde‘ in den Mittelpunkt. Hierbei konnten fast alle Subkategorien mindestens ein Mal codiert werden. Nur die Thematik des Strafrechts wurde in den Pflegehilfeausbildungen vermehrt aufgenommen, aber nicht im bayrischen Curriculum.

### (2) Grundlagen der Pflege

Auch hier wurden wieder Haupt- und Subkategorien zum besseren Vergleich gebildet. Innerhalb der Hauptkategorie ‚Anatomie und Physiologie‘ konnten alle neun Subkategorien bestimmten Textstellen im Dokument zugeordnet werden. Davon repräsentierten acht Kategorien bestimmte Organsysteme. Es ist anzumerken, dass sechs der Organsysteme jeweils nur einmal inhatlich gelistet worden sind. In der Hauptkategorie ‚Ethik und Religion‘ konnten ebenfalls alle Subcodes Textpassagen zugeordnet werden. In der Hauptkategorie ‚Gesundheit erhalten und fördern‘ konnten wortwörtlich die Inhalte ‚Arbeitsschutz‘, ‚Behinderung und Rehabilitation‘, ‚Gesundheit und Krankheit‘ sowie ‚Gesundheitsförderung‘ und ‚Stress‘ in dem Curriculum aus Bayern codiert werden. Die Textpassage „ökologisches Handeln“ konnte dagegen im übertragenen Sinne mit der Kategorie ‚Umweltbewusstsein‘ codiert werden (vgl. ebd., S. 18). In drei verschiedenen Lernfeldern des Curriculums konnte die Subkategorie ‚Grundlagen des Pflegeprozesses und –planung‘ gefunden werden (vgl. ebd., S. 20, 22 und 37). Die Kategorie ‚Ressourcenorientierung und aktivierende Pflege‘ konnte nur anhand der Thematisierung von Ressourcennutzung im Curriculum codiert werden (vgl. ebd., S. 31 und 59). Bezüglich ‚Wahrnehmung und Beobachtung‘ konnten keine Textstellen gefunden werden, die im Allgemeinen diese Begriffe definieren. Lediglich in Kombination mit der Basalen Stimulation wurde der Begriff Wahrnehmung erwähnt (vgl. ebd., S. 59). In der Hauptkategorie ‚Teamarbeit‘ gaben zwei Codes einmal grundlegende Begriffserklärungen und zum anderen Merkmale der intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit an. Grundlegende Begriffe, wie Gruppe oder Team, wurden in dem Curriculum nicht erwähnt und somit auch nicht codiert. Die ‚intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit‘ konnte in insgesamt sieben Textpassagen markiert werden. Hierbei entstand die hohe Anzahl aufgrund der unterschiedlichen Settings oder Zielgruppen, mit denen das Thema in Verbindung steht (vgl. ebd., S. 24, 26, 33, 39, 41, 49 und 59).

### (3) Pflege und Betreuung

Im dritten Komplex wurden nach dem Vergleich der Pflegehilfeausbildungen insgesamt zwölf Haupt- und und 65 Subkategorien erfasst. In der Hauptkategorie ‚Erkrankungen und abgeleitete Pflege‘ konnten alle Subkategorien codiert werden. Es ist auffallend, dass vor allem die Erkrankungen des Verdauungsapparates fünf Mal in jeweils unterschiedlichen Lernfeldern gefunden wurden (vgl. ebd., S. 22, 30, 35, 39 und 40). ‚Handeln in schwierigen Situationen‘ erforderte die inhaltliche Auseinanersetzung mit bestimmten Gefühlen seitens Pflegeempfänger oder Pflegenden. Alle vier Subkategorien wurden zunächst im Curriculum in einem Abschnitt, dem „Umgang mit eigenen Gefühlen“ codiert (vgl. ebd., S. 22). Zusäzlich wurden vor allem Inhalte zum Thema ‚Gewalt und Aggression‘ in verschiedenen Lernfeldern mehrfach erwähnt (vgl. ebd., S. 28, 41 und 59). Jegliche Subkategorien, die mit der ‚Hauswirtschaftlichen Versorgung‘ einhergehen, konnten jedoch im bayrischen Curriculum nicht codiert werden. Inhalte zur Kategorie ‚Hygiene‘ wurden im analysierten Curriculum in mehrere Abschnitte gegliedert und damit auch in verschiedene Lernfelder aufgenommen. Lediglich die spefizischen Begriffe ‚Desinfektion und Sterilisation‘ konnten in keinem Abschnitt codiert werden.

In der Hauptkategorie ‚Kommunikation‘ konnten drei von vier Subkategorien im Dokument gefunden werden. Bestimmte ‚Grundlagen der Kommunikation‘ und zugrunde liegende Modelle konnten jeweils einmal codiert werden (vgl. ebd., S. 17 und 32). Für den Bereich der Gesprächsführung konnten insgesamt neun verschiedene Textpassagen in acht unterschiedlichen Lernfeldern markiert werden. Hierbei deutete das Curriculum verschiedene Gesprächsarten, wie Anamnese- oder Übergabegespräch und Techniken für die Gesprächsführung, an (vgl. ebd., S. 17, 23, 25, 37, 32, 34, 38 und 42). Bezogen auf die ‚Lebensraum- und Lebenszeitgestaltung‘ konnten vier von fünf Unterkategorien codiert werden. Die ‚Entwicklung einer Tagesstruktur‘ und ‚Feste im Jahres- und Lebenslauf‘ konnten fast wortwörtlich gefunden werden (vgl. ebd., S. 34, 42 und 38). Für die ‚Erstellung von Beschäftigungsangeboten‘ wurde eine Liste an Möglichkeiten, wie „Arbeit mit Musik, Tanz, Rhythmus“ und so weiter codiert (vgl. ebd., S. 38). Das Konzept thematisierte bestimmte Gestaltungsmöglichkeiten von Wohnung und Umgebung vier Mal (vgl. ebd., S. 21, 23, 28 und 40). Die explizite Verdeutlichung von verschiedenen ‚Wohnformen‘ war aber kein Bestandteil des Dokuments.

Für die ‚Mitwirkung bei Diagnostik, Therapie und Rehabilitation‘ konnten alle vier Subkategorien zum Teil wortwörtlich codiert werden. Das Thema ‚subcutane Injektion‘ wurde allerdings nur beispielhaft in Form der „Insulininjektion“ in das Curriculum aufgenommen (vgl. ebd., S. 32). Im Bereich des ‚Notfallmanagements‘ und der dazugehörigen ‚Ersten Hilfe bei nichtbedrohlichen Zuständen‘ konnten zwei Textstellen gefunden werden, die die Kategorie allgemein veranschaulichen (vgl. ebd., S. 20 und 30).

Die ‚Pflegerischen Prophylaxen‘, die aus dem Vergleich der Pflegehilfeausbildungen erhoben wurden, konnten

zum Großteil im Curriculum nicht codiert werden. Für die ‚Soor- und Parotitis-, Sturz- und Pneumonieprophylaxe' konnten passende Textpassagen im Dokument gefunden werden. Für die restlichen sechs Prophylaxen leider nicht. Zwar beschrieb das Curriculum im Lernfeld 4 die „Durchführung von Prophylaxen in der Pflege", jedoch ohne Erläuterungen dazu (vgl. ebd., S. 23). Aus diesem Grund konnte keine Codierung erfolgen.

Die vier Subkategorien, die sich mit ‚Sterben und Tod' beschäftigen, konnten jeweils einmal im Dokument analysiert werden (vgl. ebd., S. 43). Dies erfolgte in einem einzigen Lernfeld, welches speziell für die Versorgung von sterbenden Patienten erstellt wurde (vgl. ebd., S. 43f). Im ‚Umgang mit dem alten Menschen' blieben im vorherigen Vergleich lediglich bestimmte pflegerische Konzepe bestehen. Diese wurden auch im Curriculum codiert (vgl. ebd., S. 23, 43, 59 und 62). Bei der Unterstützung in den AEDLs konnten größtenteils alle Subkategorien codiert werden. Doch das Curriculum aus Bayern thematisierte nicht explizit Inhalte zum ‚An- und Auskleiden' und zur ‚Hautpflege'. Zusammenfassend ist anzumerken, dass von insgesamt 100 Subkategorien des Konzepts der Pflegehilfeausbildungen 86 in dem Dokument codiert werden konnten.

## Diskussion

### Heterogenität der Lehrpläne für Pflegehilfeausbildungen

Die allgemeine Ausgestaltungen der Lehrpläne ist sehr heterogen. Lehrpläne aus Sachsen (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport, 2011) oder Bayern (vgl. Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2007) sind hinsichtlich der Ausdifferenzierung von notwendigen Lehrinhalten sehr minimalistisch vorgegangen. Sachsen-Anhalt hat in sein Konzept so wenig Inhalte einbezogen, dass letztendlich nur 36 von 100 Kategorien codiert werden konnten (vgl. Kultusministerium Sachsen-Anhalt, 2015). Dass diese benannten Lehrpläne hinsichtlich der Planung von Unterricht mehr Spielräume für Lehrkräfte aufzeigen, kann auch ein Vorteil sein. Dennoch ist dadurch eine hohe Stabilität der Unterrichtsqualität in den Schulen der jeweiligen Bundesländern vermutlich nicht gegeben. Ganz anders dazu erscheinen Lehrpläne, wie z.B. aus Hessen (vgl. Hessisches Sozialministerium, 2012) oder Thüringen (vgl. Thüringer Kutlusministerium, 2009). Diese analysierten Dokumente wiesen detaillierte Auflistungen von Inhalten auf, die die Strukturierung von Unterricht für Lehrende vereinfachen könnten. Schlussendlich bedeutet die Vielzahl an Themen jedoch nicht zugleich eine hohe Unterrichtsqualität.

drytex®
TEXTILIEN FÜR DIE PFLEGE

### Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildung von Pflegehilfskräften in Deutschland

Die qualitative Inhaltsanalyse ergab eine Vielzahl an Gemeinsamkeiten der Lehrpläne zur Ausbildung von Pflegehilfskräften. Vor allem in Bereichen der ‚Anatomie und Physiologie', bestimmte ‚Erkrankungen' oder ‚Kommunikation' waren viele Bundesländer vergleichbar. Aber auch bei Themen wie ‚Ernährung', ‚Mobilisierung' oder ‚Körperpflege' gab es Übereinstimmungen in den Lehrplänen vieler Bundesländer. Es wurden aber auch Unterschiede festgestellt. Sehr prägnant ist dabei aufgefallen, dass sich die Lehrpläne hinsichtlich mancher Kategorien unterschiedlich positionierten. So wurden essenzielle Inhalte, wie Dehydratationsprophylaxe, Intimpflege oder Infektionskrankheiten nur von einer Minderheit explizit thematisiert. Auch im Bereich der ‚Rechts- und Sozialkunde' gab es beispielsweise einige Bundesländer, die diesen sehr umfassend ausgestaltet haben. Doch die Mehrheit der Länder hatte diese Inhalte nicht in das Konzept integriert. Auffallend war außerdem der Lehrplan aus Baden-Württemberg, der die Thematisierung jeglicher Krankheitsbilder nicht explizit beachtet hat (vgl. Landesinstitut für Schulentwicklung, 2009).

### Vergleich mit dem generalistischen Curriculum von Bayern

Aufgrund der Fülle der Schnittstellen war es möglich eine Zusammenfassung aller Lehrpläne zur Ausbildung von Pflegehilfskräften zu erstellen. Die inhaltliche Übersicht wurde dann in den Vergleich mit dem generalistischen Curriculum aus Bayern gesetzt. Das generalistische Konzept aus Bayern ist hinsichtlich der Fülle an Inhalten sehr detailliert ausgearbeitet (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München, 2012). Die Aufteilung der Ausbildung in Lernfelder ist handlungsorientiert. Doch die Zuteilung mancher Inhalte zu Kategorien oder Lernfelder war teilweise schwer nachvollziehbar. Außerdem ist festzustellen, dass trotz der Lernfeldorganisation jedes der Lernfelder wieder in übertragene Fächer gegliedert wurde. Die durchgängige Orientierung am Lernfeldkonzept ist deswegen nicht gegeben. Eine Vielzahl an über-, aber auch untergeordneten Inhalten der Pflegehilfeausbildungen konnten in dem Curriculum für Fachkräfte gefunden werden. Die Schnittstellen waren hierbei auf alle drei Komplexe verteilt. Es war anzunehmen, dass viele Inhalte,

die Pflegehilfskräften vermittelt werden sollen, auch in der Fachkraftausbildung integriert werden. Ansonsten wäre das geforderte Anleitungs- und Unterstützungsverhältnis zwischen Hilfs- und Fachkraft nicht ausreichend gegeben. Auch Unterschiede in den inhaltlichen Ausführungen konnten erhoben werden. Für den Autor wichtige Inhalte, wie ‚An-/Auskleiden' oder ‚Desinfektion/ Sterilisation', fehlten im Curriculum der Fachkraftausbildung. Außerdem wurde der ganze Bereich der ‚Hauswirtschaftlichen Versorgung' nicht inhaltlich aufgenommen. Dies gilt es kritisch zu hinterfragen, da das Konzept sich auf alle Altersgruppen, so auch Ältere, beziehen sollte. Gerade in der ambulanten Versorgung von Älteren oder Kranken stellt dieses Thema einen wichtigen Aufgabenbereich von Pflegenden dar.

### Bedeutung für die Praxis und Forschung

Die Analyse hat eine hohe Relevanz für die pädagogische Forschung und praktische Lehrtätigkeit. Bezüglich der vorab durchgeführten Literaturrecherche ist zunächst nochmals zu erwähnen, dass sehr wenig Bezug auf Pflegehilfeausbildungen in Deutschland genommen wurde. Die Akzeptanz der Berufsgruppe im Hinblick auf den derzeitigen Personalnotstand ist gegeben. Auch die Initiierung von interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Fach- und Hilfspersonal sieht die Literatur als erforderlich. Doch die Betrachtung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der landesrechtlich geregelten Pflegehilfeausbildungen ist gemäß der Literaturrecherche nicht erfolgt. Der derzeitige Forschungsstand zeigte, dass Vergleiche von Pflegeausbildungen in Deutschland nur geringfügig durchgeführt wurden. Es wurden lediglich vermehrt Analysen für den internationalen Kontext durchgeführt. Insofern konnten bei dieser Erhebung neue Erkenntnisse für die Forschung im Bereich Pflege und deren Pädagogik bringen.

Bei der Datenanalyse der Lehrpläne zur Ausbildung von Pflegehilfskräften wurde ersichtlich, dass zum Teil hohe Diskrepanzen innerhalb der Ausformulierung von Ausbildungsinhalten in den Lehrplänen herrschen. Ob die Bundesländer mit unterschiedlichen Zielstellungen und Qualitätsansprüchen dem Prozess der Erstellung eines Lehrplanes entgegentreten, ist fraglich. Ob dies auch Auswirkungen auf die Lehr- und letztendliche Pflegequalität hat, ist außerdem ungeklärt. Es ist dennoch sicher, dass die Ausbildung für Pflegekräfte eine wichtige Grundlage für deren Wirken im Berufsalltag darstellt. Es ergibt sich dadurch die Möglichkeit, dass die jeweiligen Verfasser bei der nächsten Aktualisierung der Lehrpläne Inhalte überarbeiten oder ergänzen können. Außerdem könnten die analysierten Unterschiede der Lehrpläne den Anreiz geben, grundsätzliche Umstrukturierungen vorzunehmen. Eine bundeseinheitlich geregelte Ausbildung für Pflegehilfskräfte würde für deren Einsatz und Akzeptanz im Gesundheitsweisen vermutlich viele Vorteile haben. Wenn deren möglichen Fähigkeiten transparent werden, kann auch das Wirken im multiprofessionellen Team verändert werden. Aufgaben könnten gezielter delegiert und in entsprechenden Anleitungssituationen erweitert werden. Ein pflegerisches Miteinander, in dem sich jede Berufsgruppe der eigenen Aufgaben und die der anderen bewusst ist, kann erfahrungsgemäß nur vorteilhaft für die Betreuung der Patienten sein.

Bezogen auf die praktische Lehrtätigkeit für Gesundheitsberufe kann die vergleichende Analyse von Hilfs- und Fachkräften eine Grundlage für neue Unterrichtsmöglichkeiten bilden. Wenn ersichtlich ist welche Gemeinsamkeiten deren Ausbildungen haben, sollte die Initiierung von gemeinsamem Unterricht in bestimmten Themen möglich sein. Dabei könnten jedoch unterschiedliche zeitliche Vorgaben zur Abhandlung von Themen und die Art der jeweiligen Klientel pädagogische Herausforderungen sein. Doch der gemeinsame Unterricht der Hilfs- und Fachkräfte könnte viele Vorteile mit sich bringen. Und dies zielt nicht auf eventuelle Einsparungen von Lehrkräften ab. Es könnte zunächst die Akzeptanz als ausdifferenziertes Berufsfeld ermöglichen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die auf Station oder dem Wohnbereich gefordert ist, könnte schon grundlegend in deren Ausbildungen entstehen. Ein gemeinsamer Austausch von Erfahrungen in den praktischen Einsätzen und die Erarbeitung von Inhalten könnten auch kommunikative und soziale Kompetenzen stärken.

### Limitationen

Innerhalb der vorliegenden Arbeit sind Faktoren aufgetreten, die die Datenerhebung eingeschränkt oder beeinflusst haben. Zunächst betrug die Anzahl der verglichenen Lehrpläne für Pflegehilfskräfte nur zehn von ursprünglich 25 Dokumenten. Diese Limitierung erfolgte durch eine bewusste Festlegung von Einschlusskriterien. Um einen exakten und vollständigen Überblick

(C) Marco2811

über gemeinsame Inhalte zu geben, wäre die Aufnahme aller 25 Lehrpläne in die Analyse erforderlich gewesen. Aufgrund der hohen Bandbreite an Ausbildungen entstand zusätzlich ein einschränkender Faktor. Es wurden Lehrpläne verglichen, die sich sowohl vom Schwerpunkt, der Ausbildungslänge als auch der gesetzlichen Grundlage unterscheiden. Allein der Unterschied zwischen den ein- und zweijährigen Pflegehilfeausbildungen lässt auch eine verschiedene Anzahl und Ausdifferenzierung der Themen vermuten. Seitens der Fachkraftausbildung wurde exemplarisch das generalistische Konzept aus Bayern gewählt. Dass es stellvertretend für alle dreijährigen, pflegerischen Ausbildungen in Deutschland ist, wurde hierbei vorausgesetzt, obwohl es landesspezifisch entstanden ist. Eine im Vorfeld vergleichende Analyse der generalistischen Konzepte wäre hierbei exakter und repräsentativer, aber auch zeitlich umfassender gewesen.

Im weiteren Verlauf der Datenerhebung wurden bestimmte Codes den jeweiligen Inhalten zugeordnet. Hierbei wurde die Analyse durch die Subjektivität des Autors eingeschränkt. Denn eine Codierung von Themen war nicht immer wortwörtlich möglich. Verschiedene Inhalte wurden von Lehrplänen umschrieben oder unterschiedlich betitelt. Da die Kommunikation mit den jeweiligen Verfassern der Lehrpläne nicht hergestellt wurde, waren deren individuellen Interpretationen nicht bekannt. Die Subjektivität in der Codierung ist zudem dadurch gegeben, dass keine weitere unabhängige Person die Codierung wiederholt hat. Ein Re-Test durch eine weitere Person hätte den Grad der Nachvollziehbarkeit deutlich erhöht. Aufgrund der Fülle an Kategorien wurden außerdem nur allgemeine Codierregeln festgelegt. Dadurch konnte die Datenerhebung nichg vollständig transparent gemacht werden. Allerdings konnte durch die entsprechenden Re-Tests die Datenerhebung reliabel gemacht werden (vgl. Mayring, 2010, S. 123). Das Gütekriterium der Intercoderreliablität ist hierbei jedoch nicht gegeben (vgl. Mayring, 2010, S. 124). Denn die Re-Tests wurden so durchgeführt, dass die bereits festgelegten Subkategorien lediglich kontrolliert wurden. Im Sinne des Gütekriteriums hätte ein erneuter Re-Test ohne Kentnisse über die vorherig entstandenen Codes erfolgen müssen (vgl. ebd.)

## Ausblick

Um den Vergleich der Pflegehilfeausbildungen noch exakter zu ermöglichen, ist eine Analyse aller geltenden Pflegehilfeausbildungen notwendig. Der zusätzliche Zeitaufwand könnte die Repräsentativität der anschließenden inhaltlichen Zusammenfassung erhöhen. Die Lehrpläne sollten zudem nicht nur inhaltlich analysiert werden. Der Aufbau der Lehrpläne, die Arbeit mit Strukturierungsmöglichkeiten und der Lernfeldbezug könnten Inhalt weiterführender Studien sein. Dies würde einen noch umfassenderen Überblick der angebotenen Ausbildungen in Deutschland bieten. In Form einer qualitativen Studie wäre eine Erhebung der subjektiven Meinung von Lehrenden zu den jeweilig genutzten Lehrpläne interessant. Dies könnte beispielsweise beantworten, wieviel Entscheidungsspielraum sie bei der Planung von Unterricht haben oder welche Probleme bei der Nutzung des Lehrplanes auftreten. Infolge der erhobenen Ergebnisse könnten Empfehlungen für das spätere Verfassen von Curricula gegeben werden. Im Zuge der generalistischen Fachkraftausbildung liegt auch die Entwicklung einer generalistischen Hilfskraftausbildung nahe. Das heißt, dass die Ausbildung bezüglich des pflegerischen Schwerpunktes auf alle Altersgruppen ausgerichtet ist. Diesbezüglich könnten die zusammengefassten, gemeinsamen Inhalte der Pflegehilfeausbildungen als Basis dienen. Den Einbezug von Pflegehilfskräften in zukünftige Forschungsarbeiten würde sich an der aktuellen Vielfalt an pflegerischen Berufen in den Einrichtungen orientieren. Auch der Bezug zu anderen Berufsgruppen und deren Ausbildungen sollte mehr erörtert werden. Nur wenn grundlegend Ausbildungskonzepte der Berufsgruppen hinterfragt und ggf. verändert werden, können dann Grundlagen für adäquate Ausbildungen derer gelegt werden. Das gemeinsame Wirken von Hilfs- und Fachkräften bildet dann die Voraussetzung für eine ganzheitliche Betreuung des pflegebedürftigen Menschen.

## Autor

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

## Autor

**Philipp Richter, BA**
Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinpädagoge
Lehrkraft an der „Medizinischen Berufsfachschule am Städtischen Klinikum Dresden“

derzeitiges Masterstudium der „Berufspädagogik für Gesundheitsberufe“ an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg

## Autorin

**Prof. Dr. Sylvia Sänger, Dipl.-Ing., MPH**
Professorin für Gesundheitswissenschaften
Studiengangsleiterin im Masterstudiengang Medizinpädagogik
SRH Hochschule für Gesundheit Gera


### Literaturverzeichnis


Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (September 2007). Von Lehrplanrichtlinien für Berufsfachschule für Altenpflegehilfe: https://www.isb.bayern.de/download/8520/lpr_bfs_altenpflegehilfe.pdf abgerufen am 28.07.2016

Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (September 2007). Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Altenpflegehilfe. Von https://www.isb.bayern.de/download/8520/lpr_bfs_altenpflegehilfe.pdf abgerufen am 28.07.2016

Bundesinstitut für Berufsbildung. (2014). Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen. Von https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Verzeichnis_anerk_AB_2015.pdf abgerufen am 28.07.2016

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (November 2008). Pflegeausbildung in Bewegung. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Von http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf abgerufen am 28.07.2016

Deutscher Pflegerat. (2012). Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Von http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf. abgerufen am 28.07.2016

Helmrich, R., & Zika, G. (2010). Beruf und Qualifikation in der Zukunft: BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025. Bonn: W. Bertelsmann Verlag.

Hessisches Sozialministerium. (2012). Rahmenlehrplan Altenpflegehilfe Hessen. Von https://soziales.hessen.de/familie-soziales/senioren/pflege/altenpflegeausbildung abgerufen am 28.07.2016

Höppner, H., & Büscher, A. (2011). Wie lehrt und lernt man Kooperation? In R. B. Stiftung, Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung (S. 15-18). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Jacobs, K., Schwinger, A., Klauber, J., Greß, S., & Kuhlmey, A. (2016). Pflege Report 2016. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Kuhlmey, A. (2011). Die Idee des Memorandums ‚Kooperation der Gesundheitsberufe‘ - Einleitung. In R. B. Stiftung, Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung (S. 9-13). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.

Kultusministerium Sachsen-Anhalt. (2015). Rahmenrichtlinien Berufsfachschule Altenpflegehilfe. Von https://www.bildung-lsa.de/pool/RRL_Lehrplaene/berufsbildung/rrl_bfs_altpflhilfe5.pdf abgerufen am 28.07.2016

Kultusministerkonferenz. (Juni 2016). Bildungspläne / Lehrpläne der beruflichen Schulen im Internet. Von https://www.kmk.org/dokumentation-und-statistik/rechtsvorschriften-lehrplaene/uebersicht-lehrplaene-berufl.html abgerufen am 28.07.2016

Landesinstitut für Schulentwicklung. (2009). Lehrpläne Berufsfachschule für Altenpflegehilfe. Von http://www.ls-bw.de/bildungsplaene/beruflschulen/bfs/bfs_sonstige/bfs_sch_vers_soz_pfl/lp_sch_vers_alt_pfl_hilfe.htm abgerufen am 28.07.2016

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage Ausg.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. (2009). Von Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und die praktische Ausbildung in der Altenpflegehilfe im Land Brandenburg: http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/rp_altenpflegehilfe.pdf abgerufen am 28.07.2016

Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein. (August 2012). Von Lehrplan für die Berufsfachschule III. Fachrichtung Sozialwesen. Fachkraft für Pflegeassistenz: http://www.lehrplan.lernnetz.de/index.php?DownloadID=634 abgerufen am 28.07.2016

Niedersächsisches Kultusministerium. (September 2013). Von Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich -Theorie- in der berufsqualifizierenden Berufsfachschule - Pflegeassistenz-: http://nibis.ni.schule.de/nibis.php?menid=303 abgerufen am 28.07.2016

Pahl, J.-P., & Herkner, V. (2010). Handbuch Berufliche Fachrichtungen. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co.KG.

Prognos AG. (2012). Pflegelandschaft 2030. München: Vereinigung bayerischer Wirtschaft e.V.

Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport. (2011). Lehrplan für die Berufsfachschule - Staatlich geprüfter Krankenpflegehelfer / Staatlich geprüfte Krankenpflegehelferin. Von http://www.schule.sachsen.de/lpdb/ abgerufen am 28.07.2016

Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport. (2011). Verzeichnis der Lehrpläne und weitere Materialien. Von http://www.schule.sachsen.de/lpdb/web/downloads/lp_bfs_krankenpflegehelfer2011.pdf?v2 abgerufen am 28.07.2016

Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. (2013). Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 17.10.2013). Von http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/2013_10_17-RV-Berufsfachschulen.pdf abgerufen am 28.07.2016

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München. (April 2012). Schulversuch: „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt“ in Bayern. Von https://www.isb.bayern.de/download/15213/konzept_gen._pflegeausb._homepage_2012_04_02.pdf abgerufen am 28.07.2016

Stuckatz, D., & Badel, S. (2015). Arbeitsplatzorientierte Grundbildung für Geringqualifizierte in der Pflegehilfe – Analyse gegenwärtiger Kurskonzepte und Ableitung von Entwicklungsbedarf. In E. Severing, & M. Baethge, Sicherung des Fachkräftepotenzials durch Nachqualifizierung. Befunde - Konzepte - Forschungsbedarf (S. 117-132). Bielefeld: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Thüringer Kutlusministerium. (2009). Thüringer Lehrplan, Schulform: einjährige Berufsfachschule, Theoretischer Unterricht, Praktischer Unterricht, Praktische Ausbildung, Berufe: Altenpflegehelfer /-in, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer /-in. Von http://www.jbhth.de/uploads/media/Th%C3%BCr._Rahmenlehrplan__einj%C3%A4hrige_Berufsfachschule__Altenpflegehelfer_in_.pdf abgerufen am 28.07.2016

Waldhausen, A., Sittermann-Brandsen, B., & Matarea-Türk, L. (August 2014). (Alten)Pflegeausbildungen in Europa Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU. Von Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.: http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/PflegeEU_Aug2014_01.pdf abgerufen am 28.07.2016

Zöller, M. (2012). Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis(6), 6-10.

**sinn*en*voll leben**
inklusive Demenz

Themenwoche | 7. – 14. Oktober 2017

**Aus dem Programm:** Angehörigenschulung Validation ⁎ Sinnvoll leben im Vergessen ⁎ Kurzsymposium Polypharmazie ⁎ Wartezimmer 1x1 für Ordinationsassistenzen ⁎ Seminar Musiktherapie ⁎ Infoabend Demenz & Kunst ⁎ Führungswerkstatt Sexualität ⁎ Singnachmittag ⁎ Demenz & Glaube ⁎ Recht auf Sinnlichkeit ⁎ Was Sie schon immer über Validation fragen wollten ⁎

**Mit:** Prof. Andreas Kruse ⁎ Helga Rohra ⁎ Detlef Rüsing ⁎ Vicki de Klerk ⁎ Thomas Frühwald ⁎ Gunvor Sramek ⁎ Brigitta Schröder ⁎ Maria Hoppe ⁎ Simone Willig ⁎ und vielen anderen ...

**Infos und Anmeldung:** **www.kardinal-koenig-haus.at/themenwoche-demenz.php**

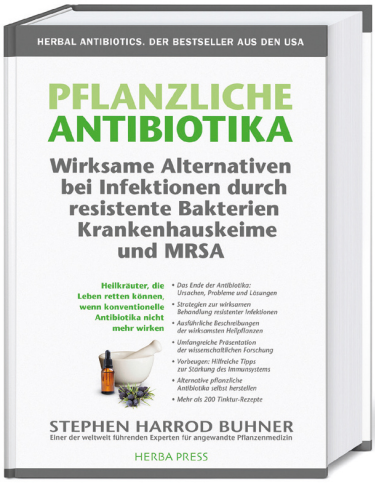
Kardinal König Haus

# Von Pflanzenmedizin bis Wechseljahre

Wir leben in einer Zeit, in der mehr denn je ein gesundes und erfülltes Leben davon abhängt, die Heilkräfte der Natur neu zu entdecken und für sich zu nutzen. In den drei Publikationen von Herba Press finden interessierte Leser fundiertes Wissen und praktische Hilfe.

## Rettung aus dem Pflanzenreich

Stephen Harrod Buhner, einer der weltweit führenden Experten für angewandte Pflanzenmedizin, präsentiert schlüssige Belege dafür, dass Heilkräuter mit ihrer komplexen Mischung aus antibiotischen, systemischen und synergistischen Komponenten die beste Abwehrstrategie gegen resistente Keime sind. Der Autor erklärt anschaulich die Entstehung der Antibiotikaresistenz sowie die Bedeutung von Kräuteranwendungen und stellt bewährte und wirksame Heilpflanzen vor.



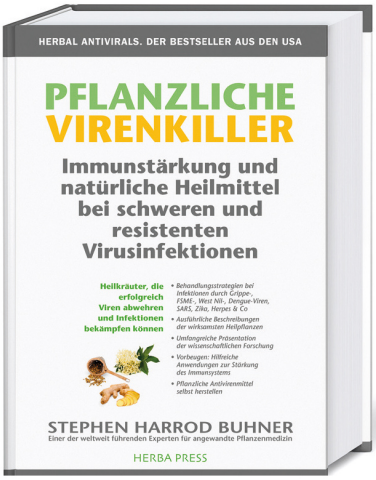

Dieses Buch ist ein wichtiges und praxistaugliches Referenzwerk für Heilpraktiker, Ärzte für Naturheilkunde, professionelle Therapeuten und Pfleger, sowie gesundheitsbewusste Laien.

Stephen Harrod Buhner
**Pflanzliche Antibiotika**
**49,80 €**
**ISBN 978-3-946245-00-1**

HERBA PRESS

## Abwehrkräfte natürlich stärken!

Mit jeder Grippesaison tauchen neue Influenzaviren auf. Durch Mutation entwickeln sie Resistenzen gegen antivirale Pharmazeutika. Diese Viren verbreiten sich schneller, als wir passende Medikamente entwickeln können, um sie zu bekämpfen!



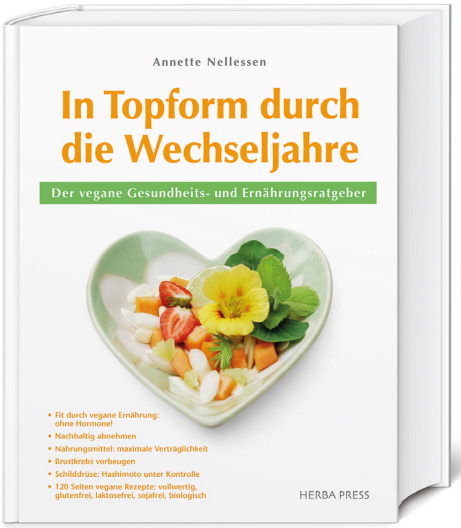

Der Autor analysiert in seinem 464 Seiten starken Standardwerk die raffinierten Überlebensstrategien von Viren. Buhner präsentiert wirksame antivirale Heilpflanzen. Darüber hinaus informiert er über Zubereitungen und Anwendungen und zeigt anschaulich auf, wie Sie Ihr Immunsystem sicher und mit natürlichen Mitteln stärken können.

Stephen Harrod Buhner
**Pflanzliche Virenkiller**
**49,80 €**
**ISBN 978-3-946245-01-8**

## Vegane Wechseljahre

Die Buchautorin Annette Nellessen ermutigt alle Frauen dazu, ein positives Verhältnis zu den Wechseljahren zu entwickeln. Mit ihrem innovativen Konzept kann jede Frau ihre Beschwerden in den Griff bekommen – ohne Hormone und ohne Nebenwirkungen. Und zudem erreichen Sie ganz nebenbei Ihr Idealgewicht! Das Erfolgsrezept: Vegane, vollwertige Ernährung. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dies gerade in den Wechseljahren besonders wirkungsvoll ist.

Im praktischen Teil des Buches wird die Leserin mit köstlichen veganen Rezepten belohnt – ein Highlight!




Annette Nellessen
**In Topform durch die Wechseljahre**
**39,80 €**
**ISBN 978-3-946245-02-5**

Mehr Infos auf unserer Webseite: www.herba-press.de

(C) Feng Yu

# Ethik in der Pflege

## Grundfragen der Pflegeethik

Nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Pflege und in der Altenhilfe treten ethische Fragestellungen, bisweilen auch Konflikte auf, deren Lösung nicht nur ein intensives Nachdenken und eine bestimmte Kommunikationskultur, sondern auch ein gewisses ethisches Fachwissen verlangen. So ist neben der Medizinethik in jüngerer Zeit auch eine eigenständige Pflegeethik entstanden.

In unserer Alltagssprache werden die Begriffe „Ethik“ und „Moral“ häufig synonym verwendet. Firmen und Banken beklagen die schlechte „Zahlungsmoral“ ihrer Kunden. Militärische Vorgesetzte kritisieren die „schlechte Moral“ ihrer Truppe. Trainer und Fans sind von der „Spielermoral“ ihres Vereins enttäuscht. Ein „unmoralisches Angebot“ kann aber ebenso gut als „unethisch“ zurückgewiesen werden. Gesundheits- und umweltbewusste Kunden oder auch Menschen mit einer Sensibilität für die Probleme der Dritten Welt verlangen nach „ethischen Produkten“.

Die Wörter „Moral“ und „Ethik“ stehen in den genannten Beispielen für Einsatzbereitschaft, Ehrlichkeit und Fairness, für Umweltbewusstsein und Gerechtigkeitssinn. Mit alldem haben es Moral und Ethik auch tatsächlich zu tun. Wir müssen aber begrifflich zwischen Moral und Ethik unterscheiden. Ist Ethik allgemein eine kritische Theorie der Moral, so sind Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik die kritische Reflexion pflegerischen Handelns und Planens unter sittlichen Gesichtspunkten. (1)

Es geht nicht allein um die Frage, ob sich das pflegerische Handeln und das Verhalten von Pflegepersonen im allgemeinen wie im konkreten Einzelfall ethisch begründen oder im Nachhinein ethisch rechtfertigen lassen. Ethisch zu prüfen sind auch die institutionellen und organisationalen Rahmenbedingungen, unter denen pflegerisches Handeln stattfindet. Ob Pflege in einem Krankenhaus der Maximalversorgung oder in einer Pflegeeinrichtung stattfindet, ob es sich um einen mobilen Pflegedienst handelt, ob stationär oder zu Hause gepflegt wird, all das macht einen Unterschied. Es macht auch einen erheblichen Unterschied, ob ich eine Person nur für kurze Zeit pflege oder ob ich im Bereich der Langzeitpflege zu der zu pflegenden Person und ihren Angehörigen im Laufe der Zeit eine engere persönliche Beziehung aufbaue.

Die Organisationsstrukturen und die vorhandenen oder eingeschränkten Ressourcen haben erheblichen Einfluss auf das Pflegegeschehen, auf die alltäglichen und routinierten Abläufe. Gleiches gilt für die baulichen Voraussetzungen, von der Größe der Zimmer bis zur Gesamtarchitektur einer Einrichtung einschließlich ihrer

Außenanlagen und ihrer Lage innerhalb einer Ortschaft oder eines Stadtviertels. Pflegeethik als ethische Theorie des pflegerischen Ethos befasst sich außerdem mit den Einstellungen und Haltungen von Pflegepersonen und ihrer Einbettung in die ethische Kultur von Einrichtungen oder Organisationen, in denen Pflege stattfindet.

Die organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflussen nicht nur das Handeln der pflegenden Personen oder sonstiger Professionen, die in Einrichtungen der Pflege und der Altenhilfe tätig sind. Sie bestimmen auch die Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung oder von Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus. Die Freiheitsgrade in der persönlichen Lebensführung oder bei den Aktivitäten des täglichen Lebens werden durch die räumlichen Gegebenheiten und organisatorischen Abläufe erheblich beeinflusst. Die Selbstbestimmung kann durch sie unter Umständen erheblich eingeschränkt werden. Zu bedenken ist auch, dass sich pflegebedürftige Menschen oftmals nicht langfristig und freiwillig zur Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung oder ein Altenwohnheim entschließen, sondern aufgrund einer dramatischen Veränderung ihrer Lebenssituation ihre gewohnte häusliche Umgebung verlassen müssen. Bei Menschen, für die ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter bestellt ist, kann die Entscheidung über den Aufenthaltsort dem Betroffenen überhaupt entzogen sein. Pflegeethik hat all diese genannten Aspekte mit zu bedenken, welche die Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern mit beeinflussen.

Neben den Pflegepersonen, den Bewohnerinnen und Bewohnern, fallweise auch den Ärztinnen und Ärzten, sind aber auch noch andere Akteure in die ethische Reflexion einzubeziehen. Da sind zum einen die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer. Da sind aber auch noch die übrigen Berufsgruppen, die in Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe tätig sind: Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeuten, ehrenamtliche Kräfte, die Besuchsdienste leisten, Seelsorger und Seelsorgerinnen.

Wie in der Medizinethik lassen sich auch in der Pflegeethik generell drei Ebenen unterscheiden: *1. die personale Ebene:* Ebene der interaktionellen Beziehungen (Bereich des direkten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Kontaktes); *2. die strukturelle Ebene:* Ebene der Institutionen (Gesundheitswesen und seine Einrichtungen, Gesundheitspolitik, soziale Faktoren von Gesundheit und Krankheit, Medizinökonomie/Gesundheitsökonomie), *3. die kulturelle Ebene:* Ebene der Einstellungen und Werthaltungen (individuelles und allgemeines Verständnis von Gesundheit und Krankheit, tatsächliches Gesundheitsverhalten).

Auf der *personalen Ebene* ist u.a. der Zusammenhang von Gesundheit bzw. Krankheit oder Pflegebedürftigkeit und Lebensgeschichte des Patienten oder der Patientin zu beachten. Es ist also auch zu fragen, welche Bedeutung, d.h. welchen Sinn z.B. medizinische Maßnahmen oder der Verzicht auf solche im Zusammenhang mit der Biografie des oder der Betroffenen haben.

Auf der *strukturellen Ebene* zeigt sich, dass Gesundheit und Krankheit, Heilung und Krankheitslinderung sowie unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit abhängig vom System des Gesundheitswesens sind. Ein zentrales ethisches Problem ist die Verteilungsgerechtigkeit (Problem der Allokation auf der Mikro- und Makroebene) und die zwangsweise (!) Beteiligung am (Ver-)sicherungssystem im Sinne der Solidar- und Gefahrengemeinschaft. Gesundheit ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein soziales Zukunftsgut. Systembedingte Aporien (unlösbare Fragen) bestehen u.a. im Missverhältnis zwischen Rationalität von Einzelentscheidungen und Irrationalitäten des Gesamtsystems.

Auf der *kulturellen Ebene* sind allgemeine Grundwerte und Normen zu beachten, die in einer Gesellschaft akzeptiert werden. Fragen des Menschenbildes, der religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen beschränken sich nicht auf die persönliche Einstellung derer, die in Einrichtungen des Gesundheitswesen oder der Altenhilfe tätig sind, sowie die Überzeugungen der Patienten, Bewohner oder Klienten. Sie erstrecken sich auch auf die Grundeinstellungen und das Ethos der gesamten Einrichtung, des Unternehmens oder gar eines ganzen Konzerns, wie es die v. Bodelschwinghschen Stiftungen sind. Es geht also auch um Unternehmensleitbilder und die Frage, in welcher Weise sie die alltägliche Praxis vor Ort prägen und inwiefern sie für Entscheidungen auf den unterschiedlichen Führungsebenen, aber auch für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Orientierung bieten oder gar verbindlich sind. Wie soll z.B. eine diakonische Einrichtung mit dem weltanschaulichen und religiösen Pluralismus umgehen, der unsere heutige Gesellschaft kennzeichnet? Wie kann das Angebot an Seelsorge und Spiritualität in einem Haus mit christlicher Prägung ausschauen, das Menschen mit anderen Überzeugungen und religiöser Orientierung respektiert? Wie will man mit ethischen Konflikten umgehen, die zwischen der ethischen Grundorientierung einer Einrichtung und der persönlichen Überzeugungen von Patienten oder Bewohnern aufbrechen können, etwa wenn es um Fragen der Sterbehilfe oder des Suizids geht?

Auf der kulturellen Ebene sind auch die Fragen der interkulturellen und transkulturellen Pflege angesiedelt.

Unter den transkulturellen Werten steht in der abendländischen Tradition an vorderster Stelle die Idee der Menschenrechte, welche den Gedanken der Menschenwürde zur Voraussetzung haben. Die Geltung von Menschenwürde und Menschenrechten wird heute universal behauptet (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948). Im Judentum und im Christentum wird der Gedanke der Menschenwürde aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen abgeleitet, die ihm bedingungslos, d.h. unabhängig von seiner körperlichen und geistigen Verfassung, zukommt. Auch der Islam bekennt sich zu den Menschenrechten, interpretiert sie aber im Rahmen der Scharia (islamisches Recht), woraus Konflikte mit dem westlichen Menschenrechtsverständnis entstehen können.

Um Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik genauer bestimmen zu können, ist zunächst der Begriff der Pflege zu klären. Silvia Kühne-Ponesch definiert Pflege als „eine Praxisdisziplin“, deren Aufgabe es ist, „einzelne Menschen und Gruppen von Menschen verschiedenen Geschlechts, Alters und kultureller Prägung in ihrer Gesundheit zu fördern und zu beraten, sie während einer Krankheit im Genesungsprozess zu unterstützen oder, in chronischen nicht heilbaren Stadien, Wohlbefinden zu ermöglichen und Schmerzen zu lindern (2). Es handelt sich um „eine Disziplin, bestehend aus Elementen der Forschung, der Philosophie, der Praxis und der Theorie (3). Sie entwickelt sich international immer mehr von einer erfahrungsbezogenen zu einer wissenschaftsbasierten Disziplin (4).

Nun ist freilich zwischen einem engeren und einem weiteren Begriff der Pflege zu unterscheiden. Der weitere Begriff bezieht sich auf Pflege als allgemeine menschliche Fähigkeit, Bedingungen für das Überleben oder Wohlbefinden von Menschen zu sichern (care/caring). Der engere Begriff bezeichnet Pflege als Beruf bzw. als professionelles Handeln (nursing). Pflegeethik im Sinne von „nursing ethics“ setzt den engeren Begriff der Pflege voraus. Ihre Aufgabe ist die ethische Reflexion nicht nur des pflegerischen Handelns, sondern auch des Verhaltens von Pflegenden und ihrer Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen. Pflegeethik befasst sich nicht nur mit Einzelfragen oder Einzelkonflikten im Alltag des Pflegeberufs, sondern reflektiert auch die ethischen Grundlagen und Prinzipien von Pflege und Pflegeberufen. Entsprechend der verschiedenen Handlungsfelder der Pflege reflektiert Pflegeethik im einzelnen ethische Probleme in Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

Die Pflegethik gehört zu den sogenannten Bereichsethiken. Weitere Beispiele für Bereichsethiken sind Wirtschaftsethik, Rechtsethik, Politische Ethik, Medien-

(C) Marek

ethik und natürlich auch die Medizin- und Bioethik.

Zwischen Pflegeethik und anderen Bereichsethiken besteht eine Reihe von Verbindungen oder Schnittstellen (5). Ethik in der Pflegepraxis überschneidet sich nicht nur mit Ethik in der Medizin, sondern auch mit Ethik in der sozialen Arbeit. Ethik im Pflegemanagement hat gemeinsame Schnittmengen mit Wirtschaftsethik, Sozialethik und politischer Ethik. Ethik in der Pflegepädagogik steht im Austausch mit einer allgemeinen Pädagogischen Ethik. Ethik in der Pflegewissenschaft ist ein Teilbereich von Wissenschaftsethik und Forschungsethik. Letztlich ist die Pflegeethik wie die Medizinethik in eine Ethik des Gesundheitswesens eingebettet. In der Altenhilfe aber bestehen wiederum Schnittmengen zwischen Gesundheitswesen und anderen Bereichen der sozialen Hilfe. Ethik in Altenhilfe und Pflege kann letztlich nur von einem systemischen Ansatz aus betrieben werden.

Das bedeutet nun allerdings nicht, dass sich alle Fragen der Ethik in diesem Bereich auf die Ebene der Organisations- oder der Sozialethik verschieben lassen. Das würde nämlich bedeuten, die persönliche Verantwortung, die jeder und jede von uns hat, an die Institutionen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen zu delegieren. So gewiss mein persönliches Handeln, Tun und Lassen immer auch von gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen mitbestimmt wird, habe ich doch für meine Lebensführung und meinen Umgang mit anderen Menschen eine persönliche Verantwortung.

So wichtig die sozialethische und organisationsethische Dimension in Medizin, Pflege und Altenhilfe auch ist, so unaufgebbar bleiben doch daneben die individual- und die personalethische Dimension. Unter Individualethik verstehe ich die ethische Reflexion meines Umgangs mit mir selbst. Wie gehe ich z.B. mit meiner eigenen

Gesundheit und mit meinem Körper um. Wie ist es um meine Selbstpflege und Selbstachtung bestellt, ohne die ich wohl kaum in der Lage sein werde, auch anderen Menschen die nötige Achtung und Empathie entgegenzubringen? Unter Personalethik verstehe ich ethische Reflexion, die sich auf alle Ich-Du-Beziehungen richtet, also z.B. auf die direkte Interaktion zwischen Pflegepersonen und Bewohnern.

Auf allen drei genannten Ebenen, der individualethischen ebenso wie der personal- und sozialethischen Ebene ist Verantwortung ein ethischer Schlüsselbegriff. Bevor wir uns im engeren Sinne ethischen Problemen in der Altenhilfe und der Pflege zuwenden, daher noch einige Erläuterungen zum Begriff der Verantwortungsethik gegeben.

### Verantwortung

Der Begriff der Verantwortung begegnet uns in unterschiedlichen Zusammenhängen. Wir sprechen nicht nur von moralischer, sondern auch von politischer Verantwortung. Daneben kennen wir einen haftungsrechtlichen Verantwortungsbegriff. Wenn wir über Verantwortung als ethisches Prinzip von Medizin und Pflege oder auch eben auch der multiprofessionellen Altenarbeit nachdenken, ist es wichtig, die verschiedenen Bedeutungen des Verantwortungsbegriffs zu unterscheiden. (6) Für die ethische Diskussion über den Geltungsbereich und die Begründung einer Verantwortungsethik ist es schon deshalb notwendig, die unterschiedlichen Verwendungen des Verantwortungsbegriffs auseinander zu halten, weil andernfalls sein ethischer Gehalt verdunkelt wird, oder aber die Kommunikation sämtlicher Teilsysteme der Gesellschaft moralisch überfrachtet wird.

Der Verantwortungsbegriff markiert die Schnittstelle zwischen Ethik und Recht in der Pflege. Pflege- und medizinethische Probleme berühren immer auch rechtliche Fragen. Im beruflichen Alltag der Altenarbeit stellen sich, wenn es um die Unterscheidung von Recht und Moral geht, ganz praktische Fragen:

- Ist mein Handeln schon allein dadurch ethisch gerechtfertigt, dass ich mich an gesetzliche Vorschriften oder an die Anweisungen von Vorgesetzten halte? Lassen sich Fälle denken, in denen Recht und Moral in Konflikt geraten? Gibt es Gewissensentscheidungen, bei denen aus moralischen Gründen geltendes, bestehendes Recht missachtet werden darf oder sogar muss?

- Welche Konflikte zwischen der Eigenverantwortung, der Mitverantwortung und der Durchführungsverantwortung sind im Berufsalltag vorstellbar? Welche Verantwortungskonflikte können zwischen Patient oder Bewohner, Arzt und Pflegenden, entstehen? Welche Rolle spielen Angehörige, Sachwalter und Vertreter anderer Berufsgruppen?

Recht und Moral bzw. Ethik als Theorie der Moral können im Einzelfall in Konflikt geraten. Man denke nur an die Verabreichung von Psychopharmaka bei trauernden oder verängstigten Patienten oder an die medikamentöse Sedierung/Fixierung von „umtriebigen“ Demenzpatienten. Die Wahrnehmung von Verantwortung kann unter Umständen bedeuten, Verordnungen

(C) gustavofrazao

aus Gewissengründen zu verweigern. Eine solche Handlungsweise setzt allerdings voraus, dass die Pflegeperson ihr Verhalten gründlich reflektiert hat und auch fähig ist, eine ethisch fundierte Begründung oder Rechtfertigung des eigenen Tuns zu geben.

Der Begriff der Verantwortung ist vor allem im Konzept einer Verantwortungsethik zum ethischen Schlüsselbegriff. Der Begriff der Verantwortungsethik stammt von dem Soziologen Max Weber (1864-1920), der zwischen Verantwortungs- und Gesinnungsethik unterschied. Während das Gutsein oder die Sittlichkeit einer Handlung nach gesinnungsethischem Verständnis in erster Linie von der guten Absicht und den befolgten Prinzipien abhängt, gehört zur Sittlichkeit des Handelns nach Weber die Verantwortung für die Folgen des eigenen Tuns. Allerdings kann auch der Erfolg bzw. das Ziel, welches man erreichen möchte, nicht das alleinige ethische Kriterium sein. Andernfalls würde der Zweck die Mittel heiligen, womit sich z.B. ein massiver Paternalismus in Medizin und Pflege rechtfertigen ließe.

Der Begriff der Verantwortung hat mehrere Aspekte. In diesem Wort steckt das Verb „antworten“. Es weist darauf hin, dass die ethische Grundsituation immer eine dialogische ist. Wir müssen unser Handeln gegenüber anderen begründen oder rechtfertigen. Moral und Ethik setzen voraus, dass jeder Mensch grundsätzlich rechenschaftspflichtig für sein Tun und Lassen ist. Verantwortungsethik legt großen Wert auf die Eigenverantwortung des Menschen. Ich soll die Verantwortung nicht auf andere abwälzen oder mich hinter den Anweisungen Dritter oder den moralischen Wertvorstellungen einer Gemeinschaft oder Gesellschaft verstecken.

Verantwortung setzt voraus, dass es ein verantwortliches Subjekt, aber auch eine Instanz gibt, der gegenüber man sich zu verantworten hat. Schließlich ist es auch wichtig, den Verantwortungsbereich, für den jemand verantwortlich ist oder gemacht wird, genau abzugrenzen. Umstritten ist allerdings, ob Verantwortung als hinreichendes Prinzip jeder Ethik gelten kann. Vom Prinzip Verantwortung hat der Philosoph Hans Jonas (1903-1993) in seinem gleichnamigen Buch gesprochen. (7) Die Tragfähigkeit des Verantwortungsbegriffs als Grundprinzip einer den heutigen Anforderungen genügenden Ethik bedarf allerdings einer Überprüfung. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen lässt sich gegenläufig zur verantwortungsethischen Diskussion ein Trend zur Entmoralisierung des Verantwortungsbegriffs beobachten. Zum anderen lässt sich zeigen, dass jede Theorie der Verantwortung nachgeordnet gegenüber einer Theorie der Moral ist, und zwar deshalb, weil der Verantwortungsbegriff als solcher wertneutral) ist, jede ethische Verantwortungstheorie folglich von moralischen Wertsetzungen lebt, die sie selbst nicht begründen kann.

Wie schon gesagt wurde, bestimmt der Verantwortungsbegriff die ethische Grundsituation als Situation der Rechenschaftspflicht. „Man kann nicht nicht antworten“ (Benrhard Waldenfels). Im dialogischen Charakter jeder Verantwortungssituation treffen die ethischen Gesichtspunkte zusammen, die in der philosophischen Tradition als Pflichtenlehre, Güterlehre und Tugendlehre bekannt sind. In der Rechenschaftspflicht verbinden sich ein normatives und ein deontologisches Element (Pflichtenlehre). Die Anerkennung anderer Personen impliziert Aufgabe verantwortlicher Prävention und Fürsorge (Güterlehre). Übernahme von Verantwortung setzt entsprechende Fähigkeiten und Verantwortlichkeit voraus (Tugendlehre).

Grundsätzlich müssen wir zwischen reziproken und nicht-reziproken Verantwortungsverhältnissen unterscheiden. Als reziprok bezeichnet man Verantwortungsverhältnisse, die auf Gegenseitigkeit beruhen. Nicht-reziprok sind Verhältnisse, in denen jemand ganz einseitig Verantwortung für einen anderen und sein Wohlergehen übernimmt, der dazu selbst nicht in der Lage ist. Man spricht in diesem Fall auch von einer advokatorischen Ethik, die darauf abzielt, gleichsam stellvertretend die Rechte von Individuen zu schützen und durchzusetzen. Beispiele für nicht-reziproke Verantwortung sind die Verantwortung von Eltern für ihre unmündigen Kinder oder die Verantwortung von Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden für nicht zustimmungsfähige, z.B. für bewusstlose oder geistig verwirrte Patienten oder Bewohner. Auch für das Wohl von Tieren, über die Menschen verfügen (z.B. Haustiere oder Nutztiere), tragen Menschen Verantwortung.

Das Prinzip Verantwortung bedarf also der Ergänzung durch das Prinzip der Fürsorglichkeit. Dieses kann zum Prinzip der Gerechtigkeit in Konflikt geraten. Manche Ethiker sehen zwischen Fürsorglichkeit und Gerechtigkeit sogar einen unlösbaren Dauerkonflikt. Die Prinzipien der Fürsorglichkeit (Care-Ethik) und der Gerechtigkeit sind jedoch nicht alternativ zu sehen, sondern müssen einander ergänzen. Konkret besteht die Aufgabe der Pflege nicht in einer abstrakt egalitären Verteilungsgerechtigkeit („allen das Gleiche“), sondern darin, dem einzelnen Menschen in seiner konkreten Lebenssituation gerecht zu werden. „Dies erfordert ethisch begründete Zurückweisung unbegründeter Pflegeansprüche und damit wiederum Zivilcourage“ (Eva-Maria Neumann).

(C) magele-picture

In der beruflichen Praxis stellen sich konkrete Fragen:

- Wie weit reicht meine Verantwortung für den Patienten oder Bewohner? Wie weit ist er für sich selbst verantwortlich? Welche Verantwortung tragen Dritte?
- Wo versuchen Patienten oder Bewohner von ihrer Eigenverantwortung abzulenken? In welchen Situationen sind Patienten und Patientinnen mit dem Appell an ihre Eigenverantwortung überfordert?
- Was soll man tun, wenn Patienten oder Bewohner in den Augen der Pflegenden unverantwortlich handeln oder entscheiden?
- Welche Konflikte zwischen der Eigenverantwortung des Patienten oder Bewohners und der Verantwortung der Ärzte oder Pflegenden kann es geben?
- Welche Formen gemeinschaftlicher Wahrnehmung von Verantwortung gibt es? Welche Formen der Kooperation sind möglich oder notwendig?
- Wo sind die Schnittstellen der Verantwortlichkeiten in der interprofessionellen Altenarbeit?

## Ethik und Anthropologie

Alle Ethik ist angewandte Anthropologie. So geht es auch im Kern aller medizin- und pflegeethischen Diskussionen um grundlegende Fragen unserer Sicht vom Menschen. Hinter der häufig gestellten, allerdings viel zu vordergründigen Frage, ob die Medizin darf, was sie kann, steht die anthropologische Grundfrage: Was ist der Mensch? Genauer gesagt, geht es um die Einstellung des Menschen zu seinem Leben, zu Krankheit und Gesundheit, zu seiner Sterblichkeit und zu seinem Tod. Das aber sind Fragen, welche die Medizin und die Pflegewissenschaft nicht für die Gesellschaft beantworten kann, sondern welche von dieser selbst bzw. von jedem einzelnen persönlich zu beantworten sind. Die bioethischen Debatten sind Orte, an welchen unsere Gesellschaft ihr Verhältnis zum Sinn des Lebens und des Leidens, zu Geburt und Tod als gleichermaßen personalen wie sozialen Realitäten zu klären versucht.

Die anthropologische Grundfrage nach dem Begriff des Menschen ist nicht nur auf seine inhaltliche Bestimmung, sondern auch auf seine Reichweite zu beziehen. Die Frage lautet also nicht nur: Was ist der Mensch, d.h. was ist sein Wesen und seine Bestimmung, sondern auch: Wer oder Was ist ein Mensch? Ab wann und wie lange ist menschliches Leben als Leben eines Menschen anzusehen? Gerade am Lebensanfang, d.h. im Bereich der Reproduktionsmedizin und der Forschung an Embryonen, aber auch am Lebensende in Verbindung mit den Problemen des medizinisch assistierten Sterbens gewinnt diese Frage an Brisanz. Insbesondere fordern uns die verschiedenen Formen der Demenz, die keine einheitliche Ursache haben, sondern durch ganz unterschiedliche Krankheitsprozesse ausgelöst werden können, heraus, uns ganz grundsätzlich mit dem vorherrschenden Menschenbild unser Leistungsgesellschaft, aber auch mit unserer persönlichen Sichtweise des Menschseins auseinanderzusetzen. (8) Die reflektierte Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und mit Verlusten, wie sie uns beispielsweise eine Demenzerkrankung zumutet und drastisch vor Augen führt, gehört zu einem erfüllten – und das heißt auch zu einem sinnerfüllten – Leben. Sie ist auch eine notwendige Voraussetzung für jede Ethik in Altenhilfe und Pflege und den persönlichen Umgang mit ethischen Fragen und Konflikten im beruflichen Alltag.

Für alle Ethik in Pflege und Altenhilfe ist es wesentlich, sich mit der grundsätzlichen Endlichkeit des menschlichen Lebens auseinanderzusetzen. Sie zeigt sich nicht nur am Beginn und am Ende unseres Lebens, sondern auch in unserer Verletzlichkeit und darin, dass wir stets im Leben auf die Hilfe anderer angewiesen sind – mal mehr, mal weniger. Die Einsicht, dass Hilfsbedürftigkeit und die Annahme von Hilfe nicht im Widerspruch zu

Freiheit und Selbstbestimmung stehen muss, gehören zur Reife des moralischen Subjekts. Konzeptionen einer „Care"-Ethik, die vor allem in der heutigen Medizin- und Pflegeethik eine wichtige Rolle spielen, setzen voraus, dass Sorge, lateinisch „cura", im Sinne der Selbstsorge und der Fürsorge, ein entscheidendes Grundmotiv menschlicher Lebensführung ist. Das Ethos des Helfens und seine Menschlichkeit gründen ganz wesentlich in der Erfahrung unserer Verletzlichkeit, der eigenen wie der Verletzlichkeit des Anderen. Wechselseitige Hilfsbedürftigkeit ist gerade kein Mangel, sondern im Gegenteil eine Grundbedingung menschlicher Lebensfülle und menschlicher Daseinserfüllung. Zeiten eigener Krankheit, aber auch die Erfahrung der Krankheit des Anderen machen uns dies auf besonders eindringliche Weise bewusst.

Ethische Probleme brechen in der der Pflege auf, wenn Autonomie und Fürsorge zueinander in Spannung treten. Fürsorglichkeit, Abhängigkeit und Freiheit müssen freilich keineswegs immer im Gegensatz zueinander stehen. Paradoxerweise kann nämlich die Leugnung von Hilfsbedürftigkeit zur Einschränkung der persönlichen Freiheit führen, ihre Anerkennung dagegen zu einem neuen Freiheitsgewinn. Beispiel Bewegungsfreiheit: Den Rollator oder Rollstuhl abzulehnen, bedeutet für Betroffene möglicherweise eine Einschränkung ihrer Mobilität. Anzuerkennen, dass man künftig auf einen Rollstuhl angewiesen ist, erhöht die Mobilität. Dieser Freiheitsgewinn ist freilich auch mit einer Verlusterfahrung und einem Abschiedsschmerz verbunden. Er setzt voraus zu akzeptieren, dass bestimmte Maßnahmen der Rehabilitation, die darauf zielen, dass die Person wieder selbständige gehen kann, erfolglos bleiben. Ähnliche Beispiele lassen sich auch für andere Aktivitäten des täglichen Lebens finden, z.B. bei Inkontinenz. Selbstverständlich geht es zunächst darum, eine bestehende Inkontinenz durch geeignete Maßnahme zu beseitigen. Sofern dies aber nicht gelingt, kann die Verwendung von Inkontinenzmaterial oder eines Dauerkatheters dazu beitragen, dass die betroffene Person wieder mobiler wird – z.B. sind längere Ausflüge möglich – und in der Nacht besser schlafen kann als zuvor. Dass die Anerkennung von Abhängigkeit oder Hilfsbedürftigkeit einen Freiheitsgewinn ermöglicht, bedeutet selbstverständlich nicht, vorschnell alle Versuche abzubrechen, die zur Diskussion stehende Abhängigkeit zu beseitigen oder zu verringern. Die ethische Aufgabe besteht vielmehr darin, in jedem konkreten Einzelfall auszuloten, wie lange der Einsatz gegen eine verstärkte Abhängigkeit im Interesse der pflegebedürftigen Person sinnvoll ist oder nicht.

Dass Autonomie und Abhängigkeit nicht einfach gegeneinanderstehen zeigt auch das Konzept der relationalen Autonomie. Es besagt, dass der Mensch ein Beziehungswesen ist. Auch in unserer Selbstbestimmtheit sind wir auf andere verwiesen und angewiesen, und das gilt eben auch für die Bereiche von Medizin und Pflege.

## Fußnoten

1 Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, 3. Aufl. Wien 2017.

2 Silvia Kühne-Ponesch, Modelle und Theorien in der Pflege (UTB 2467), Wien 2004, S. 11.

3 S. Kühne-Ponesch, a.a.O. (Anm. 2), S. 14.

4 Vgl. Hanna Mayer, Pflegeforschung kennen lernen, 6. Aufl. Wien 2014.

5 Vgl. Reinhardt Lay, Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover 2004, S. 66.

6 Vgl. U. Körtner, a.a.O. (Anm. 1), S. 85ff.

7 Hans Jonas, Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1984.

8 Siehe dazu ausführlich … und die Irritation Demenz, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 58, 2012, S. 3-22

## Autor

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

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

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: http://etfst.univie.ac.at/team/o-univ-prof-dr-dr-hc-ulrich-hj-koertner/

CS
HOSPIZ RENNWEG
Mein Familienzimmer.
Ihre Spende ermöglicht den Umbau von Zweibett- zu Einzel- und Familienzimmern und ermöglicht mehr Lebensqualität bis zuletzt im CS Hospiz Rennweg. Schenken Sie #mehrRaum im CS Hospiz Rennweg.
Erste-Bank: IBAN: AT27 2011 1800 8098 0900 · Online: www.cs.at/mehrraum

# „Im Interview...“ Frau Stadträtin Sandra Frauenberger

**Das Gesundheitsresort der Stadt Wien zu übernehmen war in Zeiten wie diesen sicher kein einfaches Unterfangen.**

**Für Pflege Professionell ein guter Grund Frau Stadträtin Sandra Frauenberger zu einem Interview einzuladen...**

Pflege Professionell: Was sind Ihre Visionen für Wien?

Sandra Frauenberger: Das Gesundheits- und Sozialsystem ist für uns SozialdemokratInnen dann qualitätsvoll, wenn es gerecht ist. Ein gerechtes Gesundheitswesen bedeutet, dass alle Menschen – unabhängig ihres Einkommens, ihres Alters, ihrer Herkunft oder ihres Geschlechts die beste medizinische Versorgung erhalten. Gerecht ist ein Sozialsystem dann, wenn es die Schwächsten unserer Gesellschaft absichert aber auch den Anspruch hat, die Lebenssituationen der Menschen zu verbessern. Gleichstellung und Chancengleichheit für alle Wienerinnen und Wiener sind daher meine zentralen Ziele. Wien ist deswegen eine so lebenswerte Stadt, weil es Tradition ist, auf einander zu schauen. Das ist mir besonders wichtig.

Pflege Professionell: Welche Herausforderungen sehen Sie derzeit als Ihr „wichtigstes Handlungsfeld“?

Sandra Frauenberger: Sozial- und Gesundheitspolitik sind Kernaufgaben der Stadt – unser Handeln hier trifft die Wienerinnen und Wiener auf einer sehr persönlichen Ebene. Dabei sind Chancengleichheit und –gerechtigkeit immer die Basis meines Handelns. Das gilt für die Frage der Mindestsicherung und auch für mein Handeln im Gesundheitsbereich.

Gerade die Gesundheitspolitik muss die Rahmenbedingungen schaffen, damit alle Wienerinnen und Wiener die besten Voraussetzungen für ihre psychische und körperliche Gesundheit haben. Vor diesem Hintergrund ist es mir besonders wichtig, dass der KAV den Herausforderungen der Zukunft gewachsen

© PID/Bohmann

ist. Der KAV befindet sich in einem Veränderungsprozess, der auch mit Verunsicherungen verbunden ist. Ich möchte den Herausforderungen mit Transparenz und den Verunsicherungen mit einer verbesserten Kommunikation begegnen. Wir brauchen gut geführte Häuser, Abteilungen und Teams. Der KAV muss am Betriebsklima arbeiten, denn wir brauchen motivierte ÄrztInnen, PflegerInnen und MitarbeiterInnen.

Pflege Professionell: Wie hat Ihre Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden/Berufskammern begonnen? (Gute Gespräche oder eher Mühsam)

Sandra Frauenberger: Wir haben mit den verschiedenen AkteurInnen eine gute Gesprächsbasis. Das gilt für die MitarbeiterInnen genauso wie für die Gewerkschaft. Auch mit der Ärztekammer führen wir konstruktive Gespräche. Wichtig ist mir, dass wir gemeinsam vorankommen

Pflege Professionell: Der Wiener Krankenanstaltenverbund kommt aus den Schlagzeilen nicht mehr heraus. Was sind in diesem Bereich Ihre priorisierten Handlungspunkte?

Sandra Frauenberger: Aus meiner Sicht müssen wir bei der Umsetzung des Spitalskonzepts 2030 gut vorankommen. Die zukünftige Organisation unserer Spitalslandschaft entscheidet über die Gesundheitsversorgung in Wien. Wir alle wollen, dass das hohe Niveau in Wien erhalten bleibt. Mit der Bündelung der Kompetenzen auf sechs Häuser (plus AKH) bis 2030 machen wir in Wien den entscheidenden Schritt in das 21. Jahrhundert. Die medizinischen Zentren, die dadurch in den nächsten Jahren entstehen, werden garantieren, dass Wien auch medizinisch die Hauptstadt in Österreich bleibt, und den europäischen Vergleich weiterhin nicht scheuen braucht.

Dabei ist es mir ein großes Anliegen, die MitarbeiterInnen, die in den Häusern des KAV mit hoher Professionalität und der nötigen Empathie engagiert sind, zu begleiten und mitzunehmen. So große Veränderungsprozesse können nur gemeinsam erfolgreich begangen werden.

Pflege Professionell: Man hat irgendwie das Gefühl, dass es im Wiener Krankenanstaltenverbund kein Geld mehr gibt, um Sachen, Projekte und Personalbesetzungen sinnvoll umzusetzen. Wäre es nicht sinnvoller das Ganze in eine Holding wie in den anderen Bundesländern umzubauen?

Sandra Frauenberger: Es ist wichtig, den KAV nicht nur verantwortlich zu machen, sondern ihm auch Verantwortung zu geben. Deswegen ist es sinnvoll, wenn der KAV Personal- und Finanzhoheit hat, um eigenständig strategisch planen zu können. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass der KAV zu 100% im Eigentum der Stadt bleibt. Eine Privatisierung kommt für mich nicht in Frage.

Pflege Professionell: Würden Sie uns ein wenig über den Status des Projektes „Krankenhaus Nord“ erzählen?

Sandra Frauenberger: Ich habe das KH Nord erst kürzlich besichtigt. Der Baufortschritt ist gut. Im KH Nord haben die MitarbeiterInnen mit der technischen Inbetriebnahme begonnen. Es wird technische und medizinische Neuerungen geben, darunter das moderne Notfallzentrum und die damit verbundenen Terminambulanzen.

Pflege Professionell: Was sehen Sie im Bereich der Pflege vor?

Sandra Frauenberger: Das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ knüpft an das Geriatriekonzept 2004 an. Die Menschen sollen in der Stadt ein Netz an Leistungen vorfinden, das den Bedarf individuell abdeckt und so die Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben mit hoher Lebensqualität bis zuletzt schafft. Mit flexiblen, durchlässigeren und individuelleren Modellen garantiert die Stadt Wien eine moderne Pflege- und Betreuungslandschaft. Die Strategie schließt auch die Betreuungslücke zwischen den derzeitigen mobilen Angeboten und der 24-Stunden-Betreuung. Der Ausbau von mobilen Palliativteams ist in Umsetzung, bereits zwölf bestehen in Wien. Ein Großteil der privaten Pflege wird immer noch von Frauen übernommen – sie werden durch das neue Konzept besonders entlastet. Das ist mir als Frauenstadträtin auch ein sehr wichtiges Anliegen.

Pflege Professionell: Danke für das Interview. Was möchten Sie den Berufsgruppen des Gesundheitswesens noch mit ins Jahr 2017 geben?

Sandra Frauenberger: Meine Aufgabe ist es sicherzustellen, dass die beste medizinische Versorgung allen Wienerinnen und Wienern durch ein starkes, öffentliches Gesundheitswesen zur Verfügung steht. Dabei darf der soziale Status keine Rolle spielen. Grundsatzentscheidungen, wie das Spitalskonzept und das Pflegekonzept sind notwendig, um in der wachsenden Stadt effizient, leistbar und qualitativ hochwertig bleiben zu können.

# Warum fragen wir nicht noch die FIFA!?!

## Pflege und Politische Ränkespiele: „Sichtlich unsichtbar.....“

**Vortrag beim österreichischen Symposium „Pflege mit Weitblick“ (Wien Franziskusspital & Pflege Professionell)**

Aus Bayern als Pflegeperson und Pflegewissenschaftler zu kommen, das ist heutzutage möglicherweise eher Störung oder sogar Provokation. Wenn man sich in der Bundesrepublik auf Fachtagungen bewegt oder mit Kolleginnen und Kollegen aus der Pflegewissenschaft zu tun hat, dann wird man damit konfrontiert, dass Bayern eine derzeit unwürdige Rolle einnimmt, was die Situation rund um die berufliche Pflege in der Bundesrepublik Deutschland angeht.

### 1. Problemaufriss: Situation der Fremdbestimmung der Pflege in Deutschland am Beispiel PflBRefG und VdbP (Bayern)

Diejenigen, die mich kennen, wissen, dass wir gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen aus den bayerischen Hochschulen proaktiv und öffentlich protestierend schriftlich, mündlich und diskursiv agieren, was bestimmte Vorhaben und Entscheidungen der bayerischen Gesundheits- und Pflegepolitik in Bayern angeht. Vor allen Dingen betrifft dies die geplante Gesetzgebung zu einer sogenannten Vereinigung der Bayerischen Pflegenden (ich bitte zu entschuldigen, ich verhasple mich manchmal und es rutscht mir dann dazu der Begriff der Vereinigung der bayerischen Pflegeunternehmer heraus).

Zum anderen versuchen wir auf die bayerische Gesundheits-und Pflegeministerin auch dahingehend beratend einzuwirken, dass sie die Vertreter der CSU in Berlin überzeugen kann die gleiche Haltung wie die der CSU Landespolitik in Bayern - wie übrigens auch die aller anderen Landesregierungen im Bund - bezüglich des anstehenden Pflegeberufereformgesetzes einzunehmen. Leider haben wir gerade aus der CSU Landesvertretung in Berlin, die derzeit noch in Regierungskoalition mit der CDU steht, entscheidende negative Impulse zur Blockade eines wesentlich notwendigen und hochrelevanten Gesetzesentwurfes zur Reform des Pflegeberufes zu beklagen. In Persona zweier parlamentarisch und öffentlich agierender Abgeordneten namens Georg Nüsslein und Erich Irlstofer von der CSU sowie eines Vertreters der CDU aus Rheinland Pfalz, Erwin Rüddel, ist eine Blockade des Gesetzes entstanden[1]. Die Stoßrichtung der Argumentation der Generalistikgegner beruht auf einem Scheinargument zur nicht mehr möglichen ‚Inklusion’ des sogenannten „Hauptschulniveaus“ im Rahmen der Generalistik. „HauptschülerInnen“ werden als Verliererbiografien im Diskurs produziert und politisch als Argument gegen die Generalistik instrumentalisiert[2]. Die Nähe dieser Argumentation zur bundesdeutschen privaten Arbeitgeberverbandsseite im Bereich der privaten Altenhilfelobby ist dabei nicht zu übersehen und überhören. Im Zuge dieser Argumentation wird auch die Akademisierung als Drohszenario formuliert [3].

Interessanter an dieser Gemengelage ist aber vor allen Dingen eines: die Gegner einer Ausbildungsreform mit zugehöriger Akademisierung des Pflegeberufs sind beinahe deckungsgleich mit denjenigen, die sich gegen die Verkammerung der Pflegeberufe stellen. Eindeutig lässt sich hier feststellen, wie sich

Gewerkschaften und Arbeitgeber verbünden um die bundesdeutsche Pflege in der wohlbekannten Form der Fremdbestimmung politisch weiter zu schreiben.

Keine Angst, meine Damen und Herren, ich möchte Sie hier und heute nicht auf die Folter spannen mit den bundesdeutschen politischen Eigenheiten, sondern vielmehr um das Verhältnis von Fremd- und Selbstbestimmung der Pflege verhandeln, denn das ist etwas, dass wir selbst, als professionell Pflegende und in unseren unterschiedlichen Rollen und Verantwortungen beeinflussen können.

Der Titel meines Vortrages zielt genau auf diese Fremdbestimmung ab.

Warum fragen wir eigentlich nicht noch die FIFA oder vielleicht auch noch den ADAC? Beide kennen sich ja bestens mit Skandalen aus. Und warum werden weiterhin im Zusammenhang mit der professionellen beruflichen Pflege besonders diejenigen, die im weitesten Sinne als Anbieter der Pflegedienstleistung befasst sind öffentlich befragt und damit entscheidend einflussreich? Das heißt weiter auch, warum laufen sie damit den eigentlichen Fachexperten den „Rang“ ab im Sinne eines scheinbar hierarchisch höher zu wertenden Arguments als das der ausgewiesenen Experten? Dies ist eine Frage, die ich bereits als Studierender vor Jahren vor mich hergetragen habe und was mich dann auch irgendwann soweit beeinflusst hat, Mitglied eines Pflegeberufsverbandes zu werden.

## Übersicht

Ich möchte im Weiteren diese Frage als Zuspitzung des Problemaufrisses besonders am Beispiel des bereits erwähnten Pflegeberufereformgesetzes und der Nicht-Kammer in Bayern verdeutlichen.

Danach gehe ich ein Stück weiter und versuche eine soziologisch-pädagogische Analyse, denn dadurch erhoffe ich, dass es mir gelingt einen nachvollziehbaren Blick auf die beschriebene Problem- und Gemengelage zu werfen.

Zum Schluss maße ich mir auch an, einen Vorschlag zu vorzustellen, WIE diese wenig selbstverantwortliche Eigenbestimmung durch die Pflegenden selbst inszeniert und begleitet werden könnte.

## Die Expertenanhörung zum PflBRefG vom 30.5.16

Zur Verdeutlichung des eben grob skizzierten Problemaufrisses sehen sie hier im Hintergrund 46 zugebenermaßen schlecht zu erkennende [4] Expertenverbände und –organisationen sowie Einzelpersonen, die zu einer Expertenbefragung bezüglich des Pflegeberufereformgesetzes am 30.5.16 nach Berlin eingeladen wurden [5]. Und das wohl gemerkt, nachdem die erste Lesung des Gesetzes im Bundestag bereits erfolgt war. Dass zu diesem Gesetz ein Passus im Koalitionsvertrag existiert und auch ein Kabinettsbeschluss, möchte ich hier ebenso wenig unerwähnt lassen.

Vielleicht in aller Kürze zu den wichtigsten Passagen im Gesetz um die geplante neue Pflegeberufegesetzgebung in Deutschland [6]: erstens werden alle Berufe wie Alten-, Erwachsenen- (Gesundheits- und Krankenpflege) und Kinderkrankenpflege (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) zu einem Beruf und Abschluss, die Pflegefachfrau /-mann zusammen geführt. Zweitens sind Vorbehaltsaufgaben die die verantwortliche Durchführung des Pflegeprozesses regeln, formuliert. Drittens gibt es neben dem Weg des beruflichen auch den des akademischen Abschlusses an der Hochschule ohne zwischengeschaltete berufliche Schulen, wie es aufgrund der Modellklausel im derzeit geltenden Gesetz von 2004 sehr häufig jetzt oder noch der Fall ist. Anders als in Österreich bleibt allerdings die dreijährige Ausbildung bestehen, d.h. es gibt Wahlmöglichkeit zwischen Ausbildung oder Studium. Dieser Gesetzesentwurf wird von allen professionellen Pflegeverbänden begrüßt, der DPR und auch die Dekanekonferenz der Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik stehen eindeutig hinter dieser Richtlinie.

Zurück zur Expertenanhörung: von den 46 Geladenen habe ich hier in schwarz schon einmal ein Drittel in fett hervorgehoben. Dieses Drittel sind Arbeitgeberverbände die als Einzelverbände oder zusätzlich noch über deren Dachverbände vertreten werden. Die Selbsthilfeverbände und Kassenvertreter habe ich hier schon einmal herausgelassen, nähme man diese zusätzlich hinzu wären wir bei über 50% nicht-originär pflegeberufliche Verbandvertretungen. Einen Pflegeverband, den Altenpflegeverband habe ich hier ebenso markiert wie die Gewerkschaften, denn sie treten auch gegen die Verkammerung auf.

**Die Expertenanhörung zur VdbP (sogenannte Vereinigung der bayerischen Pflegenden) am im Bayerischen Landtag am 6.12.16**

Als zweites Beispiel zeige ich noch das der VdbP, der sogenannten Vereinigung der bayerischen Pflege, die von der bayerischen Gesundheitsministerin Huml trotz einer mehrheitlichen Zustimmung der bayerischen Pflegenden von 50% zu einer „echten Kammer“, als Alternative (vormals auch bekannt als „Pflegering“) in ein Gesetz gegossen wurde. Die freiwillige Mitgliedschaft, die Hinzunahme der Helfer sowie die Zusammensetzung eines Beirates durch Arbeitgeber rufen die Kritiker unter anderem alle Pflegeverbände im BLPR (ausgenommen der vorher gezeigte Altenpflegeverband mit etwas mehr als 100 Mitglieder in Bayern) sowie die Pflegewissenschaft in Bayern als Gegner auf den Plan. Ich möchte hierzu gleich auf eines hinweisen: sollte in Veröffentlichungen oder Stellungnahmen zu lesen sein, dass die „Pflegeverbände“ und die „Pflegewissenschaft“ mit im Boot der Gründungskonferenz seien, so ist das mitnichten als gültige Verallgemeinerung zu verstehen, sondern vielmehr als journalistische Kreativität und Falschmeldung zu werten!

Mittlerweile treten auch die kirchlichen Arbeitgeberverbände als Gegner der VdbP in die Öffentlichkeit, so dass die Kritik schärfer wird. Parlamentarisch lässt sich die Nicht- Kammer wohl nicht mehr verhindern, was auch für den derzeitig laufenden bundesweiten Verkammerungsprozess in der Bundesrepublik Deutschland als extrem schädlich angesehen werden muss.

**Analyseversuch: Sichtbarkeit und Bewusstsein - Übertrag auf die Situation der Pflege in Deutschland**

Wenn Sie aufmerksam zugehört haben, dann haben Sie vielleicht bemerkt, dass ich mehrmals mit dem Begriff des Öffentlichen gespielt habe.

Ich benutze den Begriff bewusst, denn was öffentlich bemerkt, artikuliert und als Stellungnahme formuliert ist, wird SICHTBAR! Es ist da. Es ist anwesend.

Bevor ich nun aber den Versuche wage, wie man mit einer scheinbar unaushaltbaren Fremdbestimmung umgehen kann (was ich in der Tat hier in der Kürze nicht werde tun können), werde ich vielmehr versuchen wollen zu analysieren, warum solche Zustände ausgerechnet für die Pflegenden in Frage kommen.

Ich werde nicht darauf verzichten können den Finger in die Wunde unserer selbst zu legen, versuche dabei aber auch auf vielleicht eher ungewöhnliche Quellen zu zugreifen. Diese benutze besonders in der Hoffnung, dass sie mir als Übersetzungshilfen für die Spezifität der Pflege dienen können. Ich wende dabei meinen Blick den modernen und älteren Soziologinnen und Soziologen zu. Mit Carolin Emcke werde ich über die Krisenhaftigkeit sprechen und mit John Dewey über den potentiellen Umgang mit dem Krisenhaften. Brian Cox, einen englischen Astrophysiker werde ich im Zusammenhang mit dem Thema der neuen Herausforderungen im gesellschaftlichen Wandel zitieren, um eine abschließende Synthese zur politischen Bildung der Pflege zu wagen.

Zuerst aber zu den Krisengebieten, was die Pflege ja im wahrsten Sinne des Wortes ist.

Neben der Krise des Menschen, des einzelnen Betroffenen sehen wir uns auch damit konfrontiert wie man mit Krisen in der modernen Welt des Gesundheitswesens umgeht. Man erkennt auch, wie man mit den professionellen Krisenhelferinnen und –helfern, den Pflegenden umgeht, sie sind selbst Teil der Krise und flüchten häufig: ein ähnlicher Reflex wie es bei den Untersuchungsgruppen von Carolin Emcke der Fall ist. Denn Pflegende sind ebenso unsichtbar, unsichtbar wie die Opfer von Traumata und Gewalt.

**Sichtbarkeit**

Carolin Emcke, aktuelle Friedenspreisträgerin des deutschen Buchhandels zitiert die Literatur- und Ästhetikprofessorin Elaine Scarry im Zusammenhang mit Phänomenen der Fremdenfeindlichkeit und des Fremdenhasses.

Carolin Emcke ist als kritische Soziologin der neuen Frankfurter Schule und Autorin damit befasst sich seit Jahren in den Krisengebieten der Welt umzusehen, dort wo Menschenrechte missachtet und Menschen unter den Systemen und deren Mechanismen wie Krieg, Gewalt und Ungerechtigkeit leiden, wo sich also die Traumaopfer befinden und von woher sich die Flüchtlingsströme zu uns entwickeln.

**„Monstrosität und Unsichtbarkeit sind zwei Unterarten des Anderen. Die eine übermäßig sichtbar und die Aufmerksamkeit abstoßend, die andere unzugänglich für die Aufmerksamkeit und daher von Anfang an abwesend“ (Scarry in Emcke 2016: 49).**

Ich finde dieses Zitat wirklich hochinteressant: es betrachtet nämlich zweierlei: das Eigene, das Fremde und es gibt außerdem einen Blick und eine Überlegung dahingehend frei, ob es womöglich auch ein Stück weit in der Natur des Menschen liegt, das Fremde auszugrenzen und nach dem Eigenen zu suchen? Carolin Emcke hat Opfer interviewt und macht mit deren Einverständnis jene Schicksale öffentlich. Sie entreißt sie sozusagen einer Art „Black Box“ und stellt sie uns vor. Die anonyme Masse wird damit konkret als Einzelschicksal sichtbar, ein Ansatz den wir gut kennen, den der Biografie- und Lebenslaufarbeit, den wir als Pflegende bei unseren Klientinnen und Klienten anwenden.

Leider wenden wir diesen noch zu wenig bei uns selbst an: das Eigene und das Fremde sind Kernkategorien in der Ontologie des Pflegebegriffes. Es ist das, was uns anzieht oder hinzieht zu etwas oder zu jemandem oder auch von etwas zurück schrecken lässt. Wir arbeiten noch zu wenig mit sogenannten Profigrafien [7]. Mit den berufsbiografischen Verläufen und Entwicklungslinien unserer selbst. Wir haben das Eigene noch nicht entdeckt, genauso wenig, wie wir den inneren Kern der pflegerischen Tätigkeit verstehen, da wir ihn in der breiten Masse ausschließlich noch an den Lebensaltern und nach den institutionellen Versorgungsformen ausrichten. Das was der Mensch braucht, steht aber häufig maximal diametral dem entgegen, was die Institution will.

Auch, meine Damen und Herren, müssen wir uns neben unserer eigenen Identität Gedanken machen was uns von den anderen abgrenzt. Es geht hier nicht um den Entwurf von Feindseligkeit oder einer Opferrolle; wir müssen beginnen diese Gemengelage ÖFFENTLICH und SICHTBAR auszustellen, darüber in der Science Community zu verhandeln und stets darauf hinzuweisen - damit meine ich nicht nur die Eliten, die sich mit Professionssoziologie beschäftigen, also die, die außerhalb des Krisengebietes stehen und sich damit befassen, sondern ALLE. Wir als Hochschulen, die häufig die geflüchteten Pflegenden bei uns aufnehmen, kennen diesen Blick nur zu gut. Wir hören Geschichten von Missachtung und Patientenignorierung. Wir hören Leidenserfahrungen des täglichen Drucks, der auf die zunehmende Belastung durch durchökonomisierte Abläufe zurück zu führen ist. Und das bei immer weniger Personal. Dieser Blick allein genügt aber nicht. Ich meine in der Tat ALLE. ALLE sind die ganze Gesellschaft. Aber zuvor sind diejenigen ALLE gemeint und gefragt und aufgefordert sich sichtbar zu machen, die aktiver Teil dieser Gemengelage sind - also im weitesten Sinne Pflegende sind. Damit meine ich auch nicht nur die Aktivisten, die den Verve der Straße erkannt haben und sich dadurch von den Eliten bewusst abgrenzen wollen und häufig auch umgekehrt. Ich meine ALLE. Denn wir sind VIELE und scheinbar doch zu WENIGE!

**Stecken wir also fest? –**
**Die Antwort ist „Ja!“**

Es ist ein Feststecken im Widerspruch. Der Widerspruch einerseits nicht zu wissen, wer und was wir (eigentlich) sind und andererseits auch der damit einhergehenden Problematik uns abzugrenzen.

## Bewusstsein (1)

Ich eile damit zu John Dewey. Der Begründer der Chicagoer Soziologie und der ersten Reformschule an einer Universität zur Lehrerbildung hat vor 100 Jahren daran gedacht was wir nun schmerzlich erleben. Bildung muss die gesellschaftlichen Entwicklungen, damals die der Industrialisierung, der Verstädterung, der unnatürlichen Arbeitsformen in den Fabriken berücksichtigen, so dass über Aufklärung und Reflexionsfähigkeit, über Demokratie- und Mitwirkungsprinzipien mündige und eigenständige Menschen erzogen und gebildet werden können, die in dieser neuen Entwicklung nicht untergehen.

Auch Kerschensteiner hat in Deutschland diesen Gedanken gehegt, seine Schule zur staatsbürgerlichen Erziehung wurde in der beruflichen Bildung zur Schule des (beruflichen) Funktionierens leider häufig missverstanden und umgedeutet. Es wundert daher nicht, dass gerade in den industriell aufstrebenden Nationen wie China das Konzept der sogenannten dualen Berufsbildung aus der Bundesrepublik implementiert und gefeiert wird.

Worauf will ich hinaus? Sie merken ich bin beim Eigenen angekommen. Ich stehe knietief im Eigenen. Es ist Voraussetzung um das Eigene zu wissen, es zu verstehen, darum zu ringen, um das Fremde anerkennen zu können oder es möglicherweise sogar integral zum Teil des Selbst zu machen. Nicht das Fremde ist die Bedrohung meine Damen und Herren, sondern die Unwissenheit um das Eigene.

Ulrich Körtner

# Grundkurs Pflegeethik

**Mit Lern-App**

*facultas, 3., akt. u. erw. Aufl. 2017, 240 Seiten, broschiert*
*ca. EUR 22,50 (A) / EUR 21,90 (D) / sFr 27,80 UVP*
*ISBN 978-3-7089-1486-2, Erscheint im Februar 2017*

**Pflegeethik garantiert eine Gesundheitsethik aus der Perspektive der Pflege: nah an den Patientinnen und Patienten und abgestimmt auf den mit- und vor allem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflegeberufe.**

*Grundkurs Pflegeethik* erläutert Grundfragen und theoretische Grundlagen der Pflegeethik und die Methoden der ethischen Urteilsbildung. Neben dem klinischen Bereich geht es dabei auch um Langzeit- und Altenpflege sowie die extramurale Pflege. Eine Reihe von Fallbeispielen ermöglicht es, die Prinzipien und Regeln der Pflegeethik selbst zu erproben.

Mit Merksätzen, Zusammenfassungen, Reflexionsfragen und Hinweisen auf vertiefende Literatur versehen, für die 3. Auflage durchgehend aktualisiert und erweitert.

## Zum Autor

Ulrich H.J. Körtner, Ordinarius für Systematische Theologie (Reformierte Theologie) an der Universität Wien, spezialisiert auf Themen der Ethik. Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin. 2015 Wiener Preis für humanistische Altersforschung. 2016 Ehrenzeichen für Wissenschaft und Kunst I. Klasse der Republik Österreich sowie Wilhelm-Hartel-Preis der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (OeAW) .

facultas

**„Das an Institutionen gebundene Leben der Menschheit ist von Desorganisation gekennzeichnet. (...) Das Leben wird zerteilt, und die institutionalisierten Teilbereiche werden als hoch und niedrig, ihre Werte als profan und geistlich, materiell und ideell eingestuft. Die Interessensbereiche sind äußerlich und mechanisch durch ein Kontroll-und Ausgleichssystem miteinander verbunden“ (Dewey 1988, 30f).**

Mit John Dewey sind wir als verantwortliche und beteiligte Akteure gleichzeitig und immer auch Hüter und Wächter eines Systems. Wir erkennen uns als Akteure und Professionelle des Systems, das funktionieren muss, der eigentliche Inhalt, das Wesen des professionellen Handelns wird häufig ausschließlich dem Prozess geopfert. Alle Aufmerksamkeit gilt dem Prozess, dem reibungslosen Ablauf. Die inhaltliche Qualität und Hingabe an das Handeln wird damit zweit- oder gar drittrangig. Häufig sind wir damit beschäftigt, darauf hinzuweisen die Dinge, die nicht mehr möglich sind zu betonen, um sie vielleicht nicht der Vergessenheit anheim zu geben. Die Betonung der Leerstelle wird stellvertretend zur Verlustanzeige der identitären Daseinsberechtigung. Wir perpetuieren damit die Fremdbestimmung selbst.

Deswegen haben wir auch gelernt zu fragen. Nach Erlaubnis. Wir sind die Experten des Fragens nach der Regel des Systems. Es darf nicht verletzt werden. Es verwundert nicht, dass wir damit häufig das Fremde gar nicht als Chance begreifen können. Wir sind mit uns und unserer Abhängigkeit beschäftigt, sie nimmt uns im Alltag der Prozesse und im Schmieden der perfekten Abläufe vollkommen ein. Der Blick über den Tellerrand ist häufig physisch und psychisch nicht mehr möglich, das sogenannte Andere ist noch aufgrund der eignen Unsichtbarkeit und der eigenen unerschöpflichen Beschäftigung damit perspektivisch nicht zugänglich oder eventuell als Potential sichtbar. Das System treibt uns vor sich her und wir perpetuieren damit das System.

**Holen wir uns also aus der Unsichtbarkeit!?! – Die Antwort ist wieder „Ja!“. Das könnte der Lösungsweg sein. Nur wie?**

Es wäre vermessen nun spontan zum Schluss zu kommen, um abschließend zu sagen - lassen Sie uns doch dann einfach durch Bildung die Pflege aus der Unsichtbarkeit holen - denn das wäre zu einfach. Erstens: Welche Bildung ist es, die uns weiterhilft? Und zweitens: was zusätzlich erschwerend hinzu kommt ist, dass wir uns auch als Gesellschaft weiterbewegen. Ähnlich wie John Dewey vor 100 Jahren antizipierend seine Ansätze in Demokratie und Erziehung formuliert hat, ist es heutzutage der Umgang mit Medien, mit Meinungen, mit den Fake News und der Informationsflut, ja –schlacht, die uns als Bildungsexperten vor Herausforderungen stellt, die uns förmlich auffordern Lösungen zu finden.

Wie gehen wir also auch damit um, zum einen im Hinblick auf die Frage des Nicht- Identischen der Pflege und zum anderen unter der Vorhaltung dieser eben benannten neuen gesellschaftlichen Entwicklungen? Wie gehen wir damit um diese neuen Bildungsherausforderungen zu konstellieren und Lösungen oder Ideen zur Lösung beizutragen? Hier sehe ich aber gerade eine Chance zur Synergie. Ein Potential, das mit der Formulierung von Standpunkt und Emanzipation zu tun hat.

## Bewusstsein (2)

Der populäre Astrophysiker Brain Cox von der Universität Manchester wird wie sie im Hintergrund lesen können in einem Interview folgendermaßen zitiert: Ich übersetze sinngemäß...

„Bildung ist ein nationales Sicherheitsproblem. Auf was man sich in offenen Demokratieformen verlässt ist, dass die Menschen die Fähigkeit besitzen eine informierte Position, einen Standpunkt einzunehmen aber wir bringen den Menschen nicht bei WIE man denkt und somit werden wir als demokratische Gesellschaften zunehmend instabil“[9]

Hören wir also diesen Aufruf und nehmen ihn als Anlass zur Demokratie- und Politischen Bildung. Nehmen wir ihn auf und tragen ihn konkret an unser Thema heran. Die Frage der Stellungnahme rund um Pflege heißt: wer sind wir (eigentlich)? Wo stehen wir? Welchen Platz nehmen wir in unserem System, dem Gesundheitssystem, ein und welche Rolle wollen und müssen wir in der Zukunft spielen? Und wo wollen wir hin? Diese Fragen sollten im Rahmen der politischen Bildung in der Pflege zur Entwicklung des identitären Kerns, des Eigenen, dringend regelmäßig und von der Pike auf verhandelt werden.

Pflege sichtbar zu machen ist damit auch (eine) Kunst. Wir brauchen dazu in der politischen Bildung deswegen vielfältige Methodiken, auch die ästhetischen Bildungsanteile, um die Unsichtbarkeit der Sichtbarkeit zuzuführen. Aber was heißt nun Politische Bildung in diesem sich rapide gesellschaftlich wandelnden Gesundheitssystem für Pflegende konkret?

## 3. Diskussion: Politische Bildung als Dreh- und Angelpunkt einer selbstbestimmten Pflege der Zukunft

„Ich möchte in diesem Sinne für eine politische Bildung plädieren, die sich auf Mitsprache, Teilhabe, Partizipation und politisch- analytischer Kompetenz beruft. Ebenso auf eine Bildung, die unter Kenntnisnahme der Zustände auf kritische Art und Weise Widersprüchlichkeiten und das Problematisierungspostulat zum Anlass nimmt“ (Bossle 2016: 301)

Was heißt das konkret? Politische Bildung verfolgt die Ziele,

- Interesse an Politik zu wecken
- Voraussetzungen für eine selbstständige politische Analyse und Urteilsfähigkeit schaffen zu schaffen und
- Eine Identifizierung mit demokratischen Werten ermöglichen (Ackermann et al. in Bossle 2016: 302)

Es wäre ebenso vermessen zu glauben für so einen Weg reiche nur ein Modul, ein Fach, eine Unterrichtseinheit zu 90 Minuten aus. Wir müssen uns an dieser Stelle deutlich vor Augen halten, dass wir selbst nachfragen müssen, inwiefern wir selbst das sogenannte Politische traktieren, die Polis, den sogenannten Staat, wie wir das Zusammenleben in der Gesellschaft nach unseren schützenswerten demokratischen Werten Gewaltenteilung und Meinungsfreiheit schätzen und dieses zum Gegenstand unserer Angebote machen.

Die Kunst darin liegt, das Unsichtbare sichtbar zu machen, die Abstraktion auf das Konkrete unserer Pflegeproblematik zu übertragen und zugänglich zu machen.

## Sichtbarmachen

Ästhetische Bildungsanteile können dabei helfen. Doris Eberhardt (2017) hat zusammen mit Studierenden unserer Hochschule eine Performance entwickelt, die sie bei einem hochschulinternen Symposium auf die Bühne gebracht haben. Auf Grundlage berufsbiografischer Interviews entwickelte sich ein ästhetisches Ereignis, spürbar und fühlbar für Zuschauer wie Darsteller. Über ausgewählte Fragmente aus Interviews mit Pflegeschülerinnen und -schülern, die durch theaterpädagogische Methoden im Zusammenhang mit Assoziation und im Rahmen von Diskussionen angereichert wurden, sind allseits bekannte Verhaltensmuster unserer unsichtbaren Berufsgruppe sichtbar gemacht worden. Die Fragen, die traktiert wurden waren vielseitig und es schienen unterschiedliche politisch-demokratische Fragestellungen auf:

- Geben Patienten ihre Würde an der Pforte ab?
- Wer kümmert sich um das Wohl der Pflege?
- Darf Pflege bunt sein?
- Wie können wir dem Tag mehr Stunden geben?
- Was soll ein Schüler können?
- Warum wird im 7. Stock der Vorhang beim Waschen zugezogen? (Vgl. Eberhardt et al. 2017a: 36)

Die Deformation und Zurichtung der Pflegenden die bereits in der Ausbildung beginnt, floss während der Performance in ein Glaubensbekenntnis ein, das rhythmisch und lautstark von den Spielern vorgetragen wurde.

**G l a u b e n s b e k e n n t n i s**
(Eberhardt et al. 2017b) [9]

**Wir haben Verantwortung* Wir kümmern uns* Wir kennen unsere Patienten* Wir planen, koordinieren, haben den Durchblick* Wir haben Verständnis*Wir respektieren Ihre Privatsphäre* Individualität wird bei uns groß geschrieben.* Uns ist es nicht egal, wie der Patient sich fühlt.**

**Alles zu seiner Zeit**

**Man ist flexibel.**

**Man aktiviert, stiftet Sinn, pflegt Kontakt.**

**Man funktioniert**

**Uns ist nichts zu viel* Wir fragen sie täglich, wie es ihnen geht* Wir wissen wie sie sich fühlen* Wir wissen wann sie Stuhlgang haben.* Wir merken, wenn sie nicht mehr können* Wir entscheiden, was sie dürfen**

**Du bist zielstrebig**

**Du hast alles im Griff**

**Du bist professionell**

**Du legst fest, was gut für Deinen Patienten ist.**

**Du bist manchmal machtlos**

## Wer weiß, wie ich mich fühle?

Zur Erinnerung: es waren original Fragmente aus den Interviews mit den befragten Schülerinnen und Schülern.

Stellvertretend für die Schülerinnen und Schüler brachten die Darstellerinnen die unsichtbare unauflösliche Widersprüchlichkeit wie sie auch Anne Kellner (2011) betont, an die Oberfläche. Plötzlich war es da. Und obwohl die betreffenden Schülerinnen und Schüler nicht zu sehen waren, waren sie da. Sie waren anwesend. Sie waren sichtbar. Und obwohl niemand aus dem Publikum die befragten Schülerinnen und Schüler kannte, erkannten sie sich selbst und waren betroffen.

Eine weitere Sequenz aus der Performance möchte ich Ihnen nicht vorenthalten:

„Eine weitere Sequenz zeigt bildlich, dass Lernende wie Punchingbälle herumgeschubst werden. Ständig gelten für sie andere Regeln: „Regel Nummer 2: Der Schüler zählt nicht bei der Übergabe, weil der Schüler ist der Schüler.“ Und das schulische Arbeiten muss abgelegt werden. Sie müssen schnell arbeiten und das geht nicht schulisch! Oft werden sie auf ihre Fähigkeiten reduziert. Es wird wieder dunkel. Ein Klicken ist zu hören und in der nächsten Sekunde strahlten sechs Taschenlampen auf die Stirn einer Darstellerin. Im Kreuzverhör wird sie befragt.“ (Eberhardt et al. 2017b)

Das Sichtbarmachen, die Sichtbarkeit führte zu Fragen, die sich innerhalb des Publikums aufwarfen. Sie wurden während und nach der Performance angesprochen und Teil des Szenarios. Im Anschluss an die Performance wurde geäußert:

„Die Realität wurde dargestellt. Leider ist es so. Aber leider ist hier die falsche Zielgruppe. So wie ich das

überblicke sind es in erster Linie Schüler und Studierende die anwesend sind. Die kennen die Situation allzu gut. Eigentlich müsste diese Performance Pflegedirektoren oder Heimleitern der Altenhilfe gezeigt werden. Das solltet ihr euch mal noch überlegen."

„Die Texte – ja in den Texten höre ich die Schüler sprechen. Es ist traurig aber es ist so! Es hat mich sehr betroffen gemacht." (Eberhardt et al. 2017a: 38)

## Epilog

Ich versuche nun den Kreis zu schließen in der Hoffnung, dass es klar wurde, welche Bedeutung das Politische, die politische Bildung für die Pflegesituation hat. Wenn wir wollen, dass wir im übertragenen Sinne nicht die FIFA oder den ADAC fragen, was das Richtige und Gute für die Pflege ist, dann müssen wir zukünftig sichtbar werden. Wir können alle dazu beitragen.

Die Wissenschaft, die zeigen muss, was die identitären Kerne von Pflege sind. Grundlagen- und Theoriearbeiten sind dazu unerlässlich. Das Management, das verstehen muss, dass Pflegemanagement nicht nur die methodische Kosten-Nutzen Rechnung ist, sondern das verantwortlich Führen von Menschen die pflegen, die Erlaubnis zum Dialog und Feedback sowie Rückhalt brauchen. Die Pflegepädagogik, dass Rolle und Verantwortung gelernt und diskutiert werden muss. Die Pflegenden, die beginnen widerständig nicht nur nach den Regeln des Systems sondern im Sinne der Menschen, der Zu-Pflegenden und der Pflegenden selbst handeln. Nur in der Auseinandersetzung und Aushandlung werden wir sichtbar. Die Auseinandersetzung heißt um das Eigene zu wissen und das Andere anzuerkennen. Das Unsichtbare anwesend werden lassen und zur Sichtbarkeit zu verwandeln.

Wenn Pflege weiterhin in der Anonymität aufgeht, wenn Pflege nicht auftritt mit dem Argument, dass es unverzichtbar, einzigartig ist was Pflege kann, leistet, dann wird sie irgendwann verschwinden, und das als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Sie wird zu Gunsten einer noch mehr und zunehmend sichtbarer werdenden fragmentarischen und industriellen Logik abgelöst werden. Nur wenn sie sichtbar wird und über sich spricht, dann wird sie, werden wir auch befragt. Und das können nur wir selbst leisten. Und nicht 46 sogenannte Expertinnen und Experten, die ÜBER Pflege sprechen.

## Autor & Links

www.michaelbossle.com

**Prof. Dr. Michael Bossle, MScN**
Pflegewissenschaftler (Univ.), Dipl. Pflegepädagoge (FH)
Gesundheits- und Krankenpfleger,
Professor für Pflegepädagogik

Kontakt: kontakt@michaelbossle.com

### Literaturverzeichnis

Artikel, Bücher und Politische Drucksachen:

- Bossle, M. (2016): Entzaubert den Mythos, analysiert den Jargon! In: PADUA,11, (5), S. 301-308
- Bossle (2017): Deutschland als europäisches Schlusslicht in der Pflege - mehr als nur ein strukturelles Versäumnis! In: Pflegewelt 2, (1), S. 28-32
- Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht der 215. Sitzung, Plenarprotokoll 18/215: 21595
- Dewey, J. (1980): Kunst als Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Dewey, J. (2000): Demokratie und Erziehung. Beltz, Weinheim
- Eberhardt, D. et al. (2017a): Ich sehe was, was Du nicht siehst. Ästhetisches Erforschen pflegerischer Wirklichkeiten – Ein Werkstattbericht. In: PADUA, 12, (1), S. 33-40
- Eberhardt, D. et al. (2017b): Ich sehe was, was Du nicht siehst. Ästhetisches Erforschen pflegerischer Wirklichkeiten – Ein Werkstattbericht. Unveröffentlichtes Typoskript
- Emcke, C. (2016): Gegen den Hass. Fischer, Frankfurt am Main
- Kellner, Anne (2011): Von der Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. Berlin. Lit-Verlag
- Rüddel, Erwin (2017): Pflege als Beruf. Gedanken zum Pflegeberufereformgesetz. In: Pflegewelt 2, (1), S. 18-19

Internetquellen (Zugriffe v 13. und 14.3.17):

- https://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoerungen/pflbrefg-inhalt/420494
- http://www.phil.uni-passau.de/grundschulpaedagogik-und-didaktik/zentrum-fuer-praxisforschung/
- http://www.bigissue.com/features/interviews/7142/professor-brian-cox-interview-educat on-is-as-important-to-security-as

### Fußnoten

1. Siehe dazu auch Bossle (2017): Deutschland als europäisches Schlusslicht in der Pflege - mehr als nur ein strukturelles Versäumnis! In: Pflegewelt 2, S. 28-32, im Interner verfügbar unter: https://issuu.com/spectrumkgmbh/docs/140117_pflegewelt_web (Zugriff v. 14.3.17)
2. Dazu Erwin Rüddel: „Mit der Generalistik schiebt man die jungen Frauen mit Hauptschulniveau in die Hilfstätigkeit und damit in Hartz IV" (Rüddel 2017: 19).
3. Dazu Erich Irlstorfer am 26.1.2017 im Deutschen Bundestag: „Versuchen Sie nicht die Pflegeszene zu täuschen, vor allem die Altenpflege. Wer unter dem Deckmantel von beruflicher Durchlässigkeit, Qualitätssicherung und verbesserter Bezahlung am liebsten durch die Hintertür einen dualen Ausbildungsberuf akademisieren will, handelt fahrlässig, meine sehr geehrten Damen und Herren" (Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht der 215. Sitzung, Plenarprotokoll 18/215: 21595)
4. Bezieht sich auf die Darstellung auf den Folien, die beim Vortrag gezeigt wurden
5. Liste mit 46 geladenen Expertenverbänden zur Anhörung in Berlin v 30.5.2016. Im Internet verfügbar unter: https://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoerungen/pflbrefg-inhalt/420494 (Zugriff v 13.3.17)
6. Im Vortrag wurde darauf hingewiesen, dass es explizit nur diejenigen zentralen Dreh-und Angelpunkte des Gesetzes sind, die für den Autoren von entscheidender Bedeutung sind!
7. Siehe hierzu auch Schenz (2011), http://www.phil.uni-passau.de/grundschulpaedagogik-und-didaktik/zentrum-fuer-praxisforschung/ (Zugriff v 13.3.17)
8. Originalzitat: „I've started to think that education is a national security issue. What you rely on in an open democracy is the ability of people to take an informed position but we're not teaching people how to think and we are becoming unstable as democratic societies." (Cox 2016) Quelle: http://www.bigissue.com/features/interviews/7142/professor-brian-cox-interview-education-is-as-important-to-security-as (Zugriff v 14.3.17)
9. Das unveröffentlichte Typoskript zum Artikel zeigt auch das „Glaubensbekenntnis". Im gedruckten Text musste aus Platzgründen darauf verzichtet werden.

# JAHRESTAGUNG PFLEGE & RECHT 2017

## Das Wichtigste für das Pflegejahr an einem Tag!

Die aktuellsten und relevantesten Rechtsfragen für Heimleitung, Pflegedienstleiter, administrative Leiter und Verantwortliche von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen sowie deren Berater und viele andere – von Topexperten aufbereitet!

**GRAZ**
**Donnerstag, 22. Juni 2017**
Austria Trend Hotel Europa
Bahnhofgürtel 89, 8020 Graz
9.00 – 16.30 Uhr

**LINZ**
**Dienstag, 17. Oktober 2017**
WIFI OÖ, Panoramasaal
Wiener Straße 150, 4021 Linz
9.00 – 16.30 Uhr

**Jetzt anmelden!**
www.manz.at/rechtsakademie

### Themen

- Aktuelles zu den Änderungen im Berufsrecht (neue Berufsausbildung im GuKG, Gesundheitsberufsregistergesetz)
- Das neue „Sachwalterrecht" im Erwachsenenschutzgesetz
- Arbeitsrecht im betrieblichen Alltag (Probleme mit Arbeitszeit – Modelle der Durchrechnung; Gleichbehandlungsrecht in der Praxis – Einstellung, Umgang mit Belästigungen, Einsatzmöglichkeiten bei Schwangerschaft, Eingliederungsmanagement nach Langzeitkrankenständen)
- Aktuelles zum Pflegegeld und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegende abseits des Pflegegeldes

© Mike Ranz

Greifeneder

© Mike Ranz

Mayr

### Tagungsleitung:

Dr. **Martin Greifeneder,** Richter am Landesgericht Wels
Dr. **Klaus Mayr,** LL.M., Sozialpolitische Abteilung der AKOÖ

**Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!**
www.manz.at/rechtsakademie

RECHTSAKADEMIE MANZ

# „Nicht mit uns! Es ist UNSER Gesundheitssystem!“

Ein neuer Weg im britischen Gesundheitswesen kündigt sich an. Milliarden werden in den nächsten Jahren eingespart. Tausende Anstellungen wurden gestrichen, Ausbildungsgelder gekürzt und es ist von Privatisierung die Rede.

**Die weiteren Kürzungen wirken wie ein Todesurteil des Gesundheitssystems…**

Vier von fünf Krankenhäuser gelten bereits als „unsicher versorgt“, bei einigen spricht man sogar von „Status lebensgefährlich“. In den Nachtdiensten gehen die Krankenschwestern mit Kerzen ihren Rundgang, da die Beleuchtung der Betten (und teilweise der Zimmer) komplett ausgefallen ist. Die Patientenglocken wurden durch Hand- oder Türklingeln ersetzt, die Rufanlagen sind schon seit langer Zeit defekt. Große Verschiebungen oder Absagen beim OP Plan stehen an der Tagesordnung, denn die meisten Krankenhäuser haben kaum Hebammen, NotfallmedizinerInnen oder Krankenpflegepersonal. Am Wochenende gibt es durch den Personalmangel nahezu keine passende Betreuung. Die Notfallambulanzen gleichen einer Kriegsszenerie, die Ordinationen sind berstend voll.

Gangbetten werden in unseren Breitengraden als Problem angesehen. Doch in England ist man bereits eine Versorgungsstufe darunter. Mittlerweile liegt ein Teil der PatientInnen in Zelten vor den Versorgungseinrichtungen. Die Führungsebene diskutiert derzeit, ob man zwecks Imageaufwertung das Logo der NHS updaten soll, doch ist dies der richtige Weg? Hierzu hat man weit über 1000 Interviews und 28 öffentliche Workshops initiiert. Schließlich ist die öffentliche Meinung wichtig. Katherine Murphy vom Patientenverband meint hierzu:“ Das interessiert die PatientInnen überhaupt nicht und es wird auch nichts ändern. Die Bevölkerung will eine gute Versorgung und nicht irgendeinen Nonsense.“

Eine groß angelegte Studie zeigt, dass durch die Unterversorgung die Sterberate in der Bevölkerung stark angestiegen ist. Dies ist auch darauf zurück zu führen, dass auch bei der täglichen Versorgung älterer Generationen gespart wird. Hier wurde ein Budgetrückgang von 17% verzeichnet. (Quelle: Unity!)

Trotzdem will die Regierung bis 2020 weitere 20 Milliarden Pfund am Gesundheitssektor einsparen. Es muss beim Brexit ein 60 Milliarden-Polster erschaffen werden, da es ansonsten zu einem Fiasko werden könnte. Die ersten öffentlichen Krankenhäusern sollen privatisiert werden und bekamen hierzu im November einen 700 Millionen Zuschuss. Gültig natürlich nur für Privatpatienten. Was 1948 mit gemeinsamer Kraft entstanden ist und nur durch die Anstrengung dieser Generationen erschaffen wurde, soll nun a la U.S.A. eine Konzernangelegenheit werden.

### …trotzdem gibt es Personalkürzungen….

Personell wurde in den letzten Jahren natürlich gekürzt. Im Team von Richard Burden, einem psychiatrischen Krankenpfleger, wurden vor kurzem 25 Arbeitsplätze gekürzt. Die PatientInnen sind dadurch nur noch bedingt betreut. Andrea English arbeitet im extramuralen Bereich. Sie berichtet von Kürzungen, bei denen ganze Bezirksbereiche nur noch bedingt versorgt werden, von den Krankenhausschließungen möchte sie gar nicht sprechen. Laut einiger Berichten wurden bereits 15.000 Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialbereich eingespart. Angeblich will man weitere 50% des Personals in diesem Bereich streichen.

**Felix Ramos ein Demonstrant erzählt im Interiew: „Wir können unsere Bevölkerung nicht mehr adäquat versorgen. Was soll das für ein Leben sein, wenn du nicht mehr gesund bist? Die Privatisierung der Einrichtungen trifft nicht die Menschen mit Geld, sondern die Hilfsbedürftigen, die sich dann eine Gesundheitsversorgung nicht mehr leisten können. Es trifft die normale Bevölkerung!“**

**Autor**

www.pflege-professionell.at

**Markus Golla, BScN**
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege
Masterstudent „Pflegewissenschaft“ UMIT/Hall in Tirol
Kommunikationstrainer

## …und weniger Ausbildungsplätze

Im Ausbildungsbudget für Krankenschwestern wurden in den letzten Jahren 650 Millionen eingespart. Dies führte zu einer Rekrutierungskrise die unbeschreiblich ist. Mittlerweile ist die AnwärterInnenanzahl um 10.000 Personen gesunken. 20.000 Ausbildungsplätze sind landesweit unbesetzt. Bei den Hebammen sieht es nicht anders aus. Will man diese Ausbildung beginnen, benötigt man ein Kapital von 100.000 Pfund. „Diese Menschen werden für ihre Ausbildung bis 2050 zahlen dürfen.“ meint das Royal College of Midwives.

## „Jetzt ist genug“ meint die englische Bevölkerung….

Um diesen Unmut kundzutun gingen am 4.3.2017 über 250.000 Menschen auf die Straße. JEDE der Gesundheitsorganisationen waren mit großen Bannern und Transparenten vertreten. Menschen, welche zu krank zum Mitmarschieren waren, bombardierten die sozialen Medien mit Unterstützungsschreiben und Protesten. Ärzteschaft, Hebammen, Krankenpflegepersonal, SozialarbeiterInnen und RettungssanitäterInnen gingen gemeinsam auf die Straße…

## …und das Volk mit ihnen.

Man hört sie schreien, Kampfgesänge anstimmen und mit einer großen Botschaft in Richtung Parlament ziehen: „Es ist UNSER Gesundheitssystem !“. Laut Polizei kam es zu keiner einzigen Ausschreitung oder Verhaftung. Doch die Emotionen der Menschen war eindeutig auf „Wut“ und „Verzweiflung“ gestellt. Doch dies war nicht die einzige Botschaft, die man in den Reihen der Menschen lesen konnte!

„Wir haben großartige KollegInnen mit einem Migrationshintergrund. Sie sind schon seit Ewigkeiten in unserem Land und haben sich wunderbar eingegliedert. Wir sind jetzt schon zu wenige. Wenn man dann noch diese tollen Menschen nimmt, dann können wir unser System gar nicht mehr aufrecht erhalten. Warum auch? Sie leben hier schon so lange! Es ist mittlerweile auch ihre Heimat.“, erzählen uns einige der DemonstrantInnen. „Wir WOLLEN einfach nicht, dass sie gehen.“

Ob und wie die englische Regierung darauf reagieren wird? Wir können darauf gespannt sein. Eines ist aber sicher. England hat uns gezeigt, wie ein Protest FÜR das Gesundheitssystem auszusehen hat: Vereint, berufsübergreifend und Hand in Hand mit den betroffenen Personen.

# Würde und Trost für Obdachlose

## DAS VINZENZSTÜBERL ORGANISIERT SEELSORGE UND BEGRÄBNISBEGLEITUNG

„Es sind manche schwierige Zeitgenossen darunter. Aber jeder davon ist ein Mensch. Und jeder Mensch hat ein Recht auf jemandem, der ihm zuhört, Trost spendet, ihn als Person annimmt. Diese Würde macht uns erst vom Lebewesen zum Menschen“

**Schwester Tarcisia Valtingoer**
Leiterin Vinzenzstüberl

Seit 19 Jahren finden Obdachlose im Vinzenzstüberl des Ordensklinikums Linz Barmherzigen Schwestern Helfer, die sie in ihrer schwierigen Lage annehmen…

Egal ob warmes Essen, medizinische Betreuung, Körperpflege oder Kleidungsausgabe – Schwester Tarcisia und ihr Team stehen tagtäglich mit Rat und Tat bereit. Nach einer Probephase gibt es nun auch Hilfe für die Seele und Begleitung auf dem letzten Weg: Die Obdachlosenseelsorge nimmt sich jener an, denen unsere Gesellschaft oft keine Würde mehr zugesteht.

Bis zu 180 unfreiwillige Gäste hat das Vinzenzstüberl im Ordensklinikum Barmherzigen Schwestern täglich. Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen, kein Zuhause haben, oft mit Alkoholproblemen kämpfen oder nach Krisen nicht mehr den Weg zurück ins Leben finden.

„Es sind manche schwierige Zeitgenossen darunter. Aber jeder davon ist ein Mensch. Und jeder Mensch hat ein Recht auf jemandem, der ihm zuhört, Trost spendet, ihn als Person annimmt. Diese Würde macht uns erst vom Lebewesen zum Menschen“, ist Schwester Tarcisia Valtingoer, die Leiterin des

Vinzenzstüberls, überzeugt. Ein prägendes Erlebnis ließ sie für „ihre Kunden“ aktiv werden. „Ich war mehrmals auf Begräbnissen von Menschen, die oft jahrelang hier im Vinzenzstüberl zu Gast waren. Immer wieder hat mich entsetzt, wie trost- und würdelos selbst der letzte Akt eines schon belasteten Lebens abläuft. Ich wollte das unbedingt ändern“, erzählt die Ordensfrau. Allein unter den Besuchern ihrer Einrichtung versterben etwa 12 bis 15 der ihr bekannten Obdachlosen jährlich, etwa ein Viertel davon nimmt sich das Leben. Gemeinsam mit ihrer Mitstreiterin Mag. Michaela Haunold von der Caritas fand sie im Dekanat Linz Unterstützer. Auch dort war das Problem, dass viele Verstorbene keine Angehörigen haben oder oft kein Brücken mehr zu Familie und Freunden bestehen, nur allzu gut bekannt.

„Die Nachfrage nach Gesprächen ist sehr groß. Oft geht es um aktuell belastende Situationen und Leiderfahrungen. Viele stellen die Sinnfrage, reflektieren Hoffnungen und Enttäuschungen.“
**Theologe Dr. Helmut Eder**

## Projekt Obdachlosenseelsorger Linz Mitte

Ein Projekt wurde initiiert und mit dem Theologen Dr. Helmut Eder ein tatkräftiger erfahrener Obdachlosenseelsorger gefunden: Seit einem halben Jahr ist dieser nun schon in der Wärmestube der Caritas, im Of(f)enstüberl, beim HELPmobil und an anderen Obdachlosenhotspots aktiv. Jeder Montagnachmittag gehört den Menschen im Vinzenzstüberl. „Die Nachfrage nach Gesprächen ist sehr groß. Oft geht es um aktuell belastende Situationen und Leiderfahrungen. Viele stellen die Sinnfrage, reflektieren Hoffnungen und Enttäuschungen. Aber auch mit tiefer Spiritualität und Glaubensthemen beschäftigen sich viele, bei denen man es auf den ersten Blick überhaupt nicht vermuten würde. Advent, Weihnachten oder Ostern – unsere christlichen Hochfeste, an denen wir uns auf Leid, Hoffnung und Menschlichkeit besinnen -, lassen natürlich auch jene am Rand der Gesellschaft nicht kalt. Jeder will wahrgenommen werden, hofft, dass etwas von ihm in Erinnerung bleibt“, so seine Erfahrungen.

So wurde nun auch für die Armenbegräbnisse ein würdiger Rahmen gefunden. Im Vinzenzstüberl werden die Besucher täglich registriert. So fällt es schnell auf, wenn Stammgäste plötzlich nicht mehr erscheinen. Sr. Tarcisia beginnt dann nachzuforschen, fragt unter ihren Gästen und im Helfernetzwerk nach.

Gar nicht so selten steht eine Todesnachricht am Ende der Recherche, ist einer ihrer Schützlinge irgendwo einsam verstorben. Gemeinsam mit Helmut Eder werden dann die Begräbnisformalitäten mit dem Linzer Magistrat geklärt und eine individuelle Verabschiedungsfeier gemeinsam mit einem Pastoralassistenten geplant. Durch verstärkte Information finden sich Bekannte und Freunde der Verstorbenen ein. Auch Vertreter des Vinzenzstüberlteams sind als Begräbnisbesucher dabei. Es ist ein einfacher, aber mit Würde und Einfühlungsvermögen gestalteter letzter Weg. Menschlichkeit, die von tatkräftiger Hilfe an den Lebenden bis über den Tod hinausreicht.

„Ich war mehrmals auf Begräbnissen von Menschen, die oft jahrelang hier im Vinzenzstüberl zu Gast waren. Immer wieder hat mich entsetzt, wie trost- und würdelos selbst der letzte Akt eines schon belasteten Lebens abläuft. Ich wollte das unbedingt ändern“
**Schwester Tarcisia Valtingoer**
Leiterin Vinzenzstüberl

# Symposium „Pflege mit Weitblick“ 2017

**Franziskus Spital (Wien) & Pflege Professionell**

Was passiert, wenn man Frau Prof. Christel Bienstein, Sr. Dr. Liliane Juchli, Frau Prof. Monika Krohwinkel, Herrn Dr. Christoph Zulehner, Herrn Prof. Michael Bossle und Frau Landtagsabgeordnete Birgit Meinhard-Schiebel zu einem Pflegesymposium als Vortragende einlädt und sie alle zusagen? Dann gibt es nach wenigen Stunden des Kartenverkaufs keine Eintrittskarten mehr….

**Pflegedirektorin Andreja Kusej**

**Eröffnung 07.45 Uhr** – Rasch füllten sich die feierlichen Räumlichkeiten des Franziskus Spitals. Die Liste der TeilnehmerInnen war ebenso hochkarätig, wie die angekündigten Vortragenden. Dadurch kam es ab der ersten Minute zu interessanten Gesprächen bei einem gemütlichen Kaffee.

**08.30 Uhr** – Frau Pflegedirektorin Andreja Kusej begrüßt die Vortragenden und Gäste. Ihre Anfangsrede zum Thema „Pflege mit Weitblick“ bringt die Gäste in Stimmung aber auch zum Nachdenken. Durch diese einleitende Rede merkt man sehr schnell, dass dieser Tag etwas besonderes werden könnte.

Es folgt die Geschichte von „Pflege Professionell“, vorgetragen von Chefredakteur DGKP Markus Golla, BScN, der dem Publikum das Thema „Netzwerken und Wertschätzen“ näher bringt.Das Team von Pflege Professionell präsentiert sich hierbei nicht nur am Publikationssektor, sondern zeigt auf, was ein gutes Netzwerk alles erreichen kann. Geschichten aus der Flüchtlingshilfe, von Kooperationen mit der Bundesministerin Dr. Sabine Oberhauser, einer privaten Anekdote und den Interviews mit den damaligen Bundespräsidentenkandidaten weisen darauf hin „Was Pflege alles erreichen kann, wenn man nur

Sr. Dr. Liliane Juchli & Dr. Christoph Zulehner

v.l.n.r.: Prof. Dr. Elisabeth Seidl, Markus Golla BScN, Prof. Christel Bienstein, Prof. Monika Krohwinkel

Der Festsaal des Franziskus Spital Margareten (Wien)

gemeinsam wertschätzend netzwerkt.“ Zu guter Letzt gibt es einen Ausblick auf die nächsten Projekte. Mit diesen Worten ist das Symposium offiziell eröffnet.

**09.30 – „Dem Menschen Mensch sein – Ein Plädoyer für die Würde des Menschen“** – Wenn jemand die Worte „Würde des Menschen“ eindringlich an Symposiumsgäste weitervermitteln kann, so ist es mit Sicherheit Sr. Dr. Liliane Juchli. „Wissen Sie, was mich ein Berufsleben lang begleitet hat: Ich sorge für die Menschen die in ihrer Bedürftigkeit, wie in ihrer Würde ernst genommen und respektiert werden müssen. Miteinander Mensch sein oder noch konkreter: Dem Menschen Mensch sein.“ Schon diese ersten Worte vermitteln, worauf Pflege niemals vergessen sollte:“ Wertschätzung auf Augenhöhe“, nicht nur zwischen den Berufsgruppen, sondern auch bei der PatientInnen-Pflegefachkraft-Beziehung. Die Liebe zum Menschen und die Begeisterung zu ihrem erwählten Beruf fließen in jeden einzelnen Satz und übertragen sich auf die Gäste. Trotz ihrer 83 Jahre ist diese hervorragende Frau anscheinend nicht müde geworden, sondern vermittelt die Essenz des Berufbildes voller Überzeugung.

**09.55 – „Ko-Kompetenzen – Die Zukunft der Zusammenarbeit“** – Es folgt der Vortrag von Dr. Christoph Zulehner, der mit einer spannenden Geschichte über die Panama Papers in die Thematik „Ko-Kompetenz“ und „Spezialisierung“ einleitet. Die Bedürfnisse des Einzelnen und die Notwendigkeit einer Spezialisierung haben sich im Laufe der Zeit verändert. Mit einer Eisschollen-Metapher beschreibt er die Erforderlichkeit der Zusammenarbeit, wenn man in der heutigen Zeit auf Dauer nicht untergehen möchte. Die überzeugende Mischung aus Analyse und unterhaltenden Einlagen beweisen wie immer, dass Dr. Christoph Zulehner zu den Top Speakern des deutschsprachigen Raumes gehören. Man kann auf sein neues Werk „Make the Fake“ auf jeden Fall gespannt sein. In der Pause nach diesem Vortrag entdeckte man beide Vortragenden bei Kaffee und Diskussion am Büchertisch des Symposiums.

**11.05 – „Fördernde Prozesspflege – eine Chance für personenzentrierte Professionalität?“** – Wenn sich jemand über die fördernde Prozesspflege Gedanken gemacht hat, so muss man hierbei sofort einen Namen nennen: Frau Prof. Dr. Monika Krohwinkel. Wer nun glaubt, das Thema könne schnell mit den ABEDLs abgehandelt werden, merkt schon in den ersten Minuten des Vortrags, dass es hierbei um wesentlich mehr geht. Themen wie die Unsichtbarkeit der Pflegeprozesse, die Dimensionen

Durch die professionelle Betreuung der Mitarbeiterinnen des Franziskus Spitals wurde die Mittagspause zum kulinarischen Gaumenschmaus, welcher durch die schnelle Betreuung aller Personen keine langen Wartezeiten hatte. Alle eingesetzten Personen setzten sich von Anfang bis zum Ende engagiert und wertschätzend ein. Die letzte Vortragende vor der Pause, Frau Prof. Monika Krohwinkel, bemerkte hierbei:“ Dieses Haus ist voller Wertschätzung das spürt man in jedem Winkel dieser Institution.“ Während bei vielen Veranstaltungen die Räumlichkeiten nach der Mittagspause leerer werden, ist diesmal die Absenz von TeilnehmerInnen sehr minimalistisch. In den Pausen wurde genetzwerkt und man knüpfte neue Bande zwischen Führung, Wissenschaft und Praxis.

**13.00 – „Warum fragen wir nicht noch die FIFA!?! – Pflege und Politische Ränkespiele“** – In Deutschland entscheiden derzeit viele Personen über die Zukunft des Pflegeberufes, auch jene, die eigentlich gar nicht mitreden sollten. So beginnt der Vortrag von Prof. Dr. Michael Bossle mit der interessanten Frage:“ Warum fragen wir nicht noch die FIFA.“ Die Entscheidungsträger, vor allem im bayrischen Raum kommen laut Bericht nicht aus den eigenen Berufsreihen, sondern primär aus anderen Gebieten oder aus den Trägerschaften. „Ich möchte in diesem Sinne für eine politische Bildung plädieren, die sich auf Mitsprache, Teilhabe, Partizipation und politisch-analytischer Kompetenz beruft. Ebenso auf eine Bildung, die unter Kenntnisnahme der Zustände auf kritische Art und Weise Widersprüchlichkeiten und das Problematisierungspostulat zum Anlass nimmt“ beendet Prof. Dr. Michael Bossle seinen Vortrag.

**14.10 – „Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Praxis“** – Sind Pflegewissenschaft und Pflegepraxis zwei unterschiedliche Themenbereiche (Theorie und Praxis) oder ist beides so sehr essentiell miteinander verbunden? „Von eminenzbasierten Erkenntnissen“ zu „evidenzbasierten Erkenntnissen“ Mit mitreißendem Charme und naheliegenden Forschungsergebnissen berichtet Prof. Christel Bienstein über das wissenschaftliche Tun und den daraus resultierenden Ergebnissen. Hierbei lässt sie auch nicht die Problematiken mit Herstellern aus, die bei der einen oder anderen Forschungsarbeit entstanden ist. Unser Fazit dieses Vortrags: Würden Forschungsergebnisse so präsentiert werden wie die vorgetragenen 50 Minuten, gebe es nirgends die Diskussion, ob Pflegewissenschaft eine Bedeutung für die Pflegepraxis hat.

**Prof. Dr. Michael Bossle**

**Prof. Christel Bienstein**

**Landtagsabgeordnete Birgit Meinhard-Schiebel**

**v.l.n.r.: Mag. Susanne Müller-Posch, MA; Sr. Mag. Hilda Daurer, Sr. Dr. Liliane Juchli**

**„Pflege mit Weitblick“**

**15.20 „“… damit habe ich nicht gerechnet! – Wenn Menschen zu pflegenden Angehörigen werden.“** – Ein wichtiges Thema im Gesundheitswesen sind pflegende Angehörige. Doch was ist der österreichische Stand bei diesem Thema? Wie werden diese Menschen unterstützt? Landtagsabgeordnete Birgit Meinhard Schiebel ist nicht nur in der Politik für dieses wichtige Thema zuständig. Sie ist auch die Präsidentin der Interessengemeinschaft für pflegende Angehörige. Wer könnte besser über dieses Thema vortragen, als Birgit Meinhard-Schiebel. Die Vortragende berichtet über die Probleme der Kontaktaufnahme, über die Bedürfnisse dieser starken Personengruppe und über Kinder, die sich um pflegebedürftige Eltern kümmern. Der Tag endete mit einem wertschätzenden und emotionalen Thema und fand mit diesem letzten Vortrag ein ebenbürtiges Ende.

Damit endete ein spannendes Symposium und alle Beteiligten verließen den Festsaal des Franziskus Spitals. Während die TeilnehmerInnen mit Eindrücken und Themen in Richtung Heimat steuerten, kümmerte sich das Personal des Spitals um den Abbau der Festivitäten.

**Das Veranstaltungsteam arbeitet nur wenige Stunden nach diesem Event bereits an der Fortsetzung…..**

Wir bedanken uns bei allen Beteiligten und TeilnehmerInnen, die diese Veranstaltung möglich gemacht haben.

**FOTOS von Goran Andric und Katrin Schützenauer (Katz)**

Abb.4: Diakonissen-Tracht (C) Fotograf (THD / Altmann)

Abb.5: Vinzentinerin-Tracht (C) Fotograf (THD / Altmann)

# History on catwalk

## Geschichte der Pflege wird lebendig

Das Forum Culturale an der TH Deggendorf hat sich als lebendige und kreative Veranstaltung in der Hochschulgemeinde etabliert. Es greift Themen aus der Pflege und der Pflegebildung auf, die so nicht Teil des Curriculums sind, aber trotzdem eine Relevanz für Pflegestudierende und die Öffentlichkeit haben. Aktuell stand das Forum Culturale ganz im Zeichen der Pflegegeschichte. Unter dem Motto „History on catwalk“ bekamen die Besucher eine Modenschau für pflegerische Arbeits- und Ordenstrachten zu sehen.

Nachgeschneidert wurden diese Trachten von Tomislav Kovacevic, selbst Krankenpfleger und im Nebenberuf Modeschöpfer. Hr. Kovacevic berichtete, dass ihn auch Erlebnisse im Pflegeunterricht dazu angeregt hätten, sich dafür einzusetzen, dass die alten Arbeits- und Ordenstrachten nicht in Vergessenheit geraten, gerade auch, weil diese im Arbeitsalltag Pflegender immer weniger präsent sind und durch moderne Berufskleidung verdrängt wurden.

Dabei haben Arbeitstrachten in der Pflege, deren Geschichte geprägt ist durch katholische Orden, wie

Abb1: Die Models mit Modeschöpfler Tomislav Kovacevic (C) Fotograf (THD / Altmann)

**Abb.3: Arbeitstracht in Kroatien (1980)**
**(C) Fotograf (THD / Altmann)**

**Abb.6: Barmherzige Schwestern Tracht aus Zagreb**
**(C) Fotograf (THD / Altmann)**

**Abb.2: Hildegard von Bingen**
**(C) Fotograf (THD / Altmann)**

Benediktinerinnen zu Zeiten Hildgard von Bingens, später auch durch die evangelischen Diakonissen, sowie Schwesternschaften der Cari-tasgemeinschaft und des roten Kreuzes, eine lange Tradition. Zudem gab es au-ßerhalb der Ordenspflege zum 19. Jahrhundert keine andere pflegerische Organi-sationsform (Rabe, 2009, 23).

Die damaligen Ideologien und Werte, wie die „Imitatio Dei“, die im Diskurs über das selbstlose Dienen mündete (Kellner, 2011, 88), prägen die Pflege z.T. noch bis heute. Modeschöpfer Kovacevic begleitete das Publikum mit seinen nachgeschneiderten Trachten und Informationen dazu durch die Geschichte der Pflege, begonnen im 12. Jahrhundert bei Hildegard von Bingen (Abb. 2) bis hin zu einer Arbeitstracht aus Kroatien um 1980 (Abb. 3). Neben vielen anderen Modellen wurde auch die Tracht der Diakonissen, ein Originalkostüm aus der ARD-Serie „Charité“ gezeigt (Abb. 4). Die Models auf dem Laufsteg waren allesamt Pflegende – Schülerinnen der Krankenpflegeschule Deggendorf und Studierende der THD.

Nach der Modenschau nahmen auch die Models noch Stellung zu ihren teils sehr aufwändigen und oftmals unangenehm zu tragenden Trachten (Abb. 5 und 6). Hierbei wurde darüber diskutiert, wie es gewesen sein muss, damit zu arbeiten. Der Einladung von Prof. Dr. Michael Bossle zum Forum Culturale folgten neben drei Zeitzeuginnen (Abb. 7) auch Claudia Hauck von der Caritasgemeinschaft Bayern, die Pflegewissenschaftlerin Elisabeth Linseisen und Alexandra Reinke von der Schwesternschaft des Roten Kreuzes.

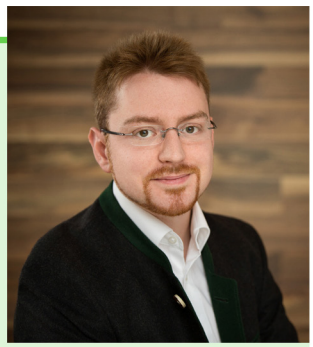
Die Zeitzeuginnen belebten die anschließende Diskussion mit Berichten zur geschichtlichen Entwicklung der Schwesternschaften und ihrer Trachten. Beispielsweise wurde die Caritasgemeinschaft während der NS-Zeit gegründet, um katholische Schwestern vor der Eingliederung in die NS-Schwesternschaft zu bewahren. Außerdem konnten die Zeitzeuginnen Anekdoten zum Leben in und mit Tracht beisteuern. Unter anderem sei die Stringenz der Kleiderordnung von der Oberin des Hauses abhängig gewesen. Man sei Anfeindungen traditioneller katholischer Ordensgemeinschaften ausgesetzt gewesen und so galt die Tracht und das Tragen der Haube als ein Beweis der Anständigkeit.

Im Plenum wurde abschließend kontrovers diskutiert, ob eine einheitliche Kleidung die Pflege über Berufsgruppen hinweg einen könnte. Dabei kamen die Vorteile, wie die Außenwirkung als einheitlich

auftretende Berufsgruppe und auch problematische Aspekte wie die geschichtliche Prägung von Uniformität zur Sprache.

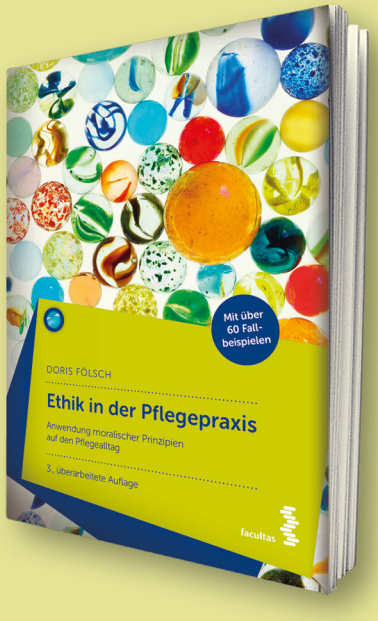
**Abb.7: Zeitzeugen im Gespräch** (C) Fotograf (THD / Altmann)


## Autor



**Andreas Gaupp**
Gesundheits- und Krankenpfleger in der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg
Student Pflegepädagogik an der TH Deggendorf






Mit über 60 Fallbeispielen

**Doris Fölsch**

# Ethik in der Pflegepraxis

**Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag**

*facultas 2017, 3., akt. Auflage, 248 Seiten, broschiert*
*EUR 25,60 (A) / EUR 24,90 (D) / sFr 32,50 UVP*
*ISBN 978-3-7089-1485-5*

Pflegende stehen in ihrem Alltag vor zahlreichen Fragestellungen, wie sie moralisch handeln sollen. Die Beschäftigung mit Pflegeethik ist eine Hilfestellung auf der Suche nach Antworten und dient auch der Sensibilisierung und der Reflexion des pflegerischen Handelns. Dieses Buch beleuchtet ethische Grundprinzipien aus pflegerischer Perspektive und wendet sie auf über 60 praktische Fallbeispiele an. Damit schlägt es Lösungsansätze und Denkanstöße vor, die für die tägliche Praxis relevant sind. Die Verbindung von philosophischem Basiswissen, pflegerischem Fachwissen und Erfahrung im Pflegealltag macht dieses Buch zu einer spannenden Lektüre für Pflegende, MedizinerInnen und PhilosophInnen.

facultas

# Gesundheitsbezogene Beratungen zur Unterstützung einer selbständigen Lebensführung älterer Menschen im häuslichen Setting

## Eine Querschnittstudie

**ZUSAMMENFASSUNG:**
**Einleitung:** Dem Wunsch älterer Menschen entsprechend, möglichst lange ein eigenständiges Leben im häuslichen Bereich führen zu können, ist aus sozial- und gesundheitspolitischer Sicht der Förderung der Selbständigkeit entsprechender Stellenwert einzuräumen.
**Ziel:** Bei zu Hause lebenden älteren Menschen soll im Rahmen von Präventiven Hausbesuchen deren funktionale Gesundheit erfasst werden und abgeleitet von identifizierten Problembereichen und Ressourcen sind gesundheitsbezogene Beratungen geplant.
**Methode:** Im Rahmen einer explorativen Querschnittsstudie mit dem Titel „Präventive Seniorenberatung in Tirol“ kam ein multidimensionales pflegerisches Assessment mittels Selbstbeurteilung bei 345 70(+) Jährigen zur Anwendung. Abgeleitet von den identifizierten Problembereichen und Ressourcen entschieden die diplomierte Pflegepersonen, welche der 14 empfohlenen Beratungsthemen mit standardisierten Inhalten relevant für die einzelnen Teilnehmer sind.
**Ergebnisse:** Die funktionale Gesundheit der Stichprobe wurde hinsichtlich der Zugehörigkeit zu vier möglichen Risikogruppen älterer Menschen, analysiert. Bei vielen Personen – egal ob keiner oder einer oder mehrerer Risikogruppen zugehörig - zeigten sich eine hohe basale Selbstpflegekompetenz sowie eine große Anzahl gesundheitsbezogener Einschränkungen. Abgeleitet davon ergab sich großer, wenn auch von den Themen her oftmals unterschiedlicher Beratungsbedarf.
**Diskussion:** Der Präventive Hausbesuch, wie hier durchgeführt, diente als Instrument zur gesundheitsbezogenen Beratung älterer Menschen im häuslichen Setting. Aus dem pflegerischen Assessment lässt sich ein hoher Beratungsbedarf zu Themen, welche die Förderung der selbständigen Lebensführung betreffen, ableiten.
**Schlüsselworte:** Funktionale Gesundheit; 70(+) jährige zu Hause lebende Menschen; Risikogruppe

## 1. Einführung

Möglichst lange, in den eigenen vier Wänden selbstständig leben zu können, ist der Wunsch der überwiegenden Anzahl älterer Menschen (Schulc, Them, Müller, Knitel-Grabher, & Mantovan, 2014). Vorrangig hierbei ist, dass ältere Menschen ein von der Hilfe anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben führen und im Falle des Angewiesen seins auf Hilfe, diese so gebrauchen können, dass ein selbständiges Leben in den zentralen Lebensbereichen möglich ist (Kruse, 2005). Dem Wunsch 70(+) Jähriger entsprechend ist aus sozial- und gesundheitspolitischer Sicht deren Förderung der Selbständigkeit entsprechender Stellenwert einzuräumen. Der Präventive Hausbesuch (PH) stellt hierbei ein mögliches Versorgungskonzept dar, welches das Eintreten von Pflegebedürftigkeit verzögern, bekannte präventive Potentiale ausschöpfen und Gesundheitsrisiken minimieren soll (Weidner, 2005). Zudem ist die Selbstpflegekompetenz neben der Unterstützung und Pflege durch Angehörige sowie durch ambulante Dienste zu fördern.

Mit Relevanz auf die zuvor genannten Aspekte, wurde eine Querschnittstudie mit dem Titel „Präventive Seniorenberatung in Tirol“ durchgeführt, welche Präventive Hausbesuche (PH) bei 70(+) jährigen in Tirol zu Hause lebenden Menschen zum Inhalt hatte.

### 1.1 Ziele

Im Rahmen von Präventiven Hausbesuchen sollen diplomierte Pflegepersonen bei 70(+) jährigen zu Hause lebenden Menschen die selbstbeurteilte funktionale Gesundheit mit einem pflegerischen Assessment erheben und abgeleitet von identifizierten Problembereichen und Ressourcen, die funktionale Gesundheit betreffend, Beratungen zur Förderung einer selbständigen Lebensführung durchführen.

### 1.2 Begriffsdefinitionen

*Selbständige Lebensführung* im Alter definiert sich im Kontext der vorliegenden Studie als multidimensionales Geschehen, welchem ein bio-psycho-sozialer Ansatz zugrunde liegt, in dem der vielgestaltige Lebenshintergrund des Seniors, dessen Fähigkeiten und aktuelle Schwierigkeiten, sowie umweltbezogene Faktoren und deren Wechselwirkungen einbezogen werden (Gebert, Schmidt, & Weidner, 2008, S.10f).

*Funktionale Gesundheit:* Eine Person ist funktional gesund, wenn (a) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen), (b) sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), (c) sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation an Lebensbereichen) (WHO, 2005).

*Österreichisches Pflegegeld System:* Seit 1993 wird in Österreich der Pflegebedarf von Menschen anhand von sieben Pflegegeldstufen eingeschätzt. Der Pflegebedarf setzt sich aus dem Betreuungs- und Hilfsbedarf zusammen, welcher im Ausmaß von mindestens 65 Stunden monatlich gegeben sein muss und voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde (BPGG, BGBl. Nr.110/1993, i.d.g. F. 2017). Die Einschätzung der Pflegestufe erfolgt im Rahmen der Pflegegeldeinstufung vornehmlich körper- und verrichtungsbezogen.

### 1.3 Ethische Aspekte

Die Studie wurde beim Research Committee for Scientific and Ethical Questions (RCSEQ) der UMIT eingereicht und vor Studienbeginn zur Durchführung freigegeben.

## 2. Methoden

### 2.1 Forschungsfragen

Die im Folgenden genannten zwei Forschungsfragen wurden mit Fokus auf mögliche Risikogruppen älterer zu Hause lebender Menschen definiert, da Evidenz dazu vorliegt, dass

- ein Alter von 80 und mehr Jahren das Risiko von Pflegeabhängigkeit erhöht (Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnstee, de Rooij, & Grypdonck, 2007).
- häufige Stürze Auswirkungen auf eine mögliche Institutionalisierung haben (Seematter-Bagnoud, Wietlisbach, Yersin, & Büla, 2006).
- sich bei Personen, die Pflegegeld beziehen (BPGG 1993, i.d.F. 2017) bzw. die bereits Pflege und Betreuung (sowohl durch pflegende Angehörige als auch professionelle Dienste) in Anspruch nehmen, das Risiko von Pflegeabhängigkeit (Hoogerdujin et al., 2006) und in der Folge von Institutionalisierung erhöht (Riedl, Mantovan, & Them, 2012).

*Forschungsfrage 1:* Welche Problembereiche und Ressourcen, die funktionale Gesundheit betreffend, finden sich bei 70(+) jährigen zu Hause lebenden Personen, die 80 Jahre und älter, sturzgefährdet, pflege- und betreuungsbedürftig sind und/oder Pflegegeld erhalten?

*Forschungsfrage 2:* Welcher Beratungsbedarf, die funktionale Gesundheit betreffend, kann aus den Ergebnissen des pflegerischen Assessments bei zu Hause lebenden Personen, die 80 Jahre und älter, sturzgefährdet sowie pflege- und betreuungsbedürftig sind und/oder Pflegegeld erhalten, abgeleitet werden?

### 2.2 Stichprobe und Rekrutierung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer im Sinne einer Selbstrekrutierung ging auf eine Gelegenheitsstichprobe von 345 Personen im Alter von 70(+) Jahren, zu Hause in Tirol lebend, zurück. Als Einschlusskriterien galten ein Alter von 70(+) Jahren zum Zeitpunkt der Studie, keine kognitive Beeinträchtigung, eine unterzeichnete schriftliche Einverständniserklärung und keine gesetzliche Betreuung (für Österreich: keine Besachwaltung). Die Daten für die Studie „Präventive Seniorenberatung in Tirol" wurden von diplomierten Pflegepersonen mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung in der mobilen Pflege in Tirol erhoben (Schulc, Pallauf, Wildbahner, & Them, 2016).

### 2.3 Studiendesign

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein exploratives quantitatives Querschnittsdesign gewählt.

### 2.4 Instrument – Pflegerisches Assessment einschl. Beratungsbogen

Beim pflegerischen Assessment handelte es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches auf dem theoretischen Modell der ICF–Klassifikation (WHO, 2005) und dem Patientenfragebogen des evidenzbasierten präventiven Assessment-Programms STEP (Standardized Assessment of Elderly People in Primary Care) (Sandholzer, Hellenbrand, von Renteln-Kruse, Van Weel, Walker, & et al., 2004) basierte. Das pflegerische Assessment bestand aus folgenden drei Teilen: (1) Erfassung von Kontextfaktoren - Soziodemographische Daten, aktuelle Inanspruchnahme von Pflege, Pflegegeldeinstufung – (2) Erfassung der Funktionsfähigkeit eines Menschen - Körperliche Funktionen (Körperlicher, emotional-psychischer & bewegungsbezogener Gesundheitszustand) – Aktivitäten unter Einbezug von zwei standardisierten Instrumenten (Barthel-Index (BI) (Mahoney & Barthel, 1965) und IADL-Index (Lawton & Brody, 1969)) und (3) Umweltfaktoren. Die Durchführung des pflegerischen Assessments dauerte im Durchschnitt 45 Minuten und erfolgte computerunterstützt.

### 2.5 Beratungen mittels inhaltlich standardisiertem Beratungsbogen

Der Beratungsbogen mit 14 inhaltlich standardisierten Themen orientierte sich einerseits an Ergebnissen des Projekts „Präventive Hausbesuche bei Senioren – Projekt mobil" (Gebert et al., 2008) und andererseits an dem Beratungsbogen, welcher im Rahmen des Projektes „Seniorenberatung im Tennengau, Salzburg" (Schulc & Them, 2011) zur Anwendung gekommen war. Dieser Beratungsbogen wurde für die Durchführung der aktuellen Studie in einer ExpertInnenkonferenz mit diplomierten Pflegepersonen auf die örtlichen Gegebenheiten inhaltlich angepasst. Das pflegerische Assessment und die nachgeordneten Beratungen waren EDV-technisch so konzipiert, dass den diplomierten Pflegepersonen zu identifizierten Problembereichen und Ressourcen der 70(+) Jährigen entsprechende Beratungsthemen mit standardisierten Inhalten vorgeschlagen wurden. Die diplomierten Pflegepersonen konnten somit individuelle, bedürfnisorientierte Beratungen zur Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung durchführen.

### 2.6 Datenauswertung

Die computerunterstützte Datenerhebung ermöglichte eine automatische Datenkonvertierung für die weitere statistische Analyse in SPSS 20.0 Version für Windows. Alle statistischen Analysen wurden mit der SPSS 20.0 Version für Windows durchgeführt. Die deskriptive Datenbeschreibung erfolgte angelehnt an das jeweilige Skalenniveau mittels Lage- und Streuungsmaße. Als Zusammenhangsmaß für die Sturzrisikoberechnung wurde Odds Ratio (OR) mit einem Konfidenzintervall von 95% (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2011) verwendet. Das Signifikanzniveau wurde mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha$=5% festgelegt.

## 3. Ausgewählte Ergebnisse

### 3.1 Stichprobe

Die Gesamtstichprobe betrug 345 70(+) jährige zu Hause lebende Menschen. Der größte Anteil war weiblichen Geschlechts (70%). Das Durchschnittsalter lag bei 83 Jahren. 51% waren verwitwet, 84% hatten Kinder - im Durchschnitt 2,4 Kinder. 50% lebten

alleine zu Hause.

### 3.2 Ergebnisse unter dem Aspekt möglicher Risikogruppen

*Risikogruppe Alter:* 81% der 345 Personen waren 80 Jahre und älter.

*Risikogruppe Gestürzte*, d.h. Personen, die unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen gekommen waren (DNQP, 2013). 47% von 344 der 70(+) Jährigen gaben an, mindestens einmal im letzten Jahr gestürzt zu sein. Gefragt nach der Sturzhäufigkeit waren es 40%, die „1x“, 25%, die „2x“ und 35%, die „öfters als 2x“ im letzten Jahr gestürzt waren. Bei der Gruppe an gestürzten Personen (n=162) konnten 16 Sturzrisikofaktoren identifiziert werden. Die höchste Wahrscheinlichkeit zu stürzen war bei Personen, die einen Barthel-Index im Bereich der „Hilfsbedürftigkeit“ (35-80 Punkte) aufgewiesen sowie bewegungsbezogene Beeinträchtigungen artikuliert hatten und mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden waren.

*Risikogruppegruppe Pflegegeldbezieher:* 47% der Befragten gaben an, Pflegegeld zu beziehen. Davon befand sich der größte Teil in der Pflegestufe 2 (39%), gefolgt von 25% Personen in der Pflegestufe 1, gefolgt von 20% in der Pflegestufe 3 und 16% in den Pflegestufen 4 bis 6.

*Risikogruppe Personen, die Pflege und/oder Betreuung durch Angehörige sowie durch externe Einrichtungen in Anspruch nehmen:* 40% (n=136) der befragten 70(+) Jährigen gaben an, Pflege und/oder Betreuung in Anspruch zu nehmen. Von diesen 40% Personen nahm der größere Prozentsatz (54%) Pflege und/oder Betreuung durch „Angehörige“, 29% Personen durch „externe Einrichtungen“ und 17% sowohl durch „externe Einrichtungen“ als auch durch „Angehörige“ in Anspruch.

Das Verwandtschaftsverhältnis zu der Person, die 70(+) Jährigen bei der Pflege bzw. der Betreuung zu Hause hilft, war mehrheitlich das eigene Kind (zumeist Töchter mit 57%), gefolgt vom Ehepartner mit 26% und den Schwiegerkindern mit 17%.

### 3.3 Durchgeführte Beratungen

In Summe führten 13 diplomierte Pflegepersonen bei 326 von 345 70(+) Jährigen 641 Beratungen zu gesundheitlich-pflegerischen Themen sowie 785 Beratungen zu finanziell-rechtlichen und sozial-institutionellen Themen durch. Am häufigsten erfolgten Beratungen zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde oder Stadt (60%), zum Pflegegeld (58%), zum Verhalten im Notfall (45%), zu sicherem Wohnen (40%), zur Hilfsmittelbeschaffung (36%) sowie zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung (31%).

**Beratungen unter dem Aspekt von Risikogruppen**

Die folgenden Ausführungen nehmen ausschließlich auf signifikante Ergebnisse im Beratungsbedarf von Personen mit einem Alter von 80> vs. <80 Jahren; Gestürzten vs. Nichtgestürzten, Pflegegeldbeziehern vs. keine Pflegegeldbezieher sowie Personen mit vs. ohne Inanspruchnahme von Pflege und/oder Betreuung Bezug.

*Risikogruppe Alter:* 80(+) Jährige erhielten im Vergleich zu 70 bis 79 Jährigen signifikant häufiger (p=,033) Beratungen zum sicheren Wohnen. Umgekehrt wurden 70 bis 79 Jährige signifikant häufiger (p=,025) zum Pflegegeld und zu Gruppenangeboten der Gemeinde (p=,021) beraten.

*Risikogruppe Gestürzte:* Gestürzte Personen erhielten hochsignifikant (p<,001) häufiger Beratungen zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung sowie signifikant häufiger (p=.036) Beratungen für sicheres Wohnen im Vergleich zu den nicht gestürzten Personen.

*Risikogruppegruppe Pflegegeldbezieher:* Hier wurde deutlich, dass Nichtpflegegeldbezieher hochsignifikant häufiger (p<,001) zum Pflegegeld beraten worden waren als Pflegegeldbezieher.

*Risikogruppe Personen, die Pflege und/oder Betreuung in Anspruch nehmen:* Hier machten die Ergebnisse deutlich, dass Personen mit Inanspruchnahme von Pflege und/oder Betreuung hochsignifikant häufiger (p<,001) zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung und zur Medikamenteneinnahme sowie signifikant häufiger zur Hilfsmittelbeschaffung (p=,029), zur ärztlichen Abklärung (p=,050) und zu Essen und Trinken (,002) beraten worden waren, im Vergleich zu Personen ohne Inanspruchnahme von Pflege und/oder Betreuung.

### 3.4 Geplante Interventionen infolge der Beratungen

Gleich im Anschluss an die Beratungen wurden mit den 70(+) Jährigen zu Hause lebenden Menschen 17 mögliche Interventionen/ Umsetzungsmaßnahmen individuell geplant (z.B. Hilfe bei Stellen eines Pflegegelderhöhungsantrags, Vornahme von Wohnraumanpassungen, Vermittlung von Hauskranken-

pflege,…). Hier wurde unter anderem besprochen, ob die 70(+) Jährigen die Maßnahmen selbst durchführen oder ob diese deren Angehörige und/oder eine externe Einrichtung durchführen würde. Zudem konnten die Personen mögliche Umsetzungsmaßnahmen auch ablehnen.

Exemplarisch werden hier die Ergebnisse der Risikogruppe *Pflegegeldbezieher* vs. *Nichtpflegegeldbezieher* dargestellt.

*Risikogruppe Pflegegeldbezieher vs. Nichtpflegegeldbezieher:* Bei den 47% (n=161) der Personen, die Pflegegeld bezogen hatten, wurde bei 60% (n=96) die Möglichkeit des Stellens von Erhöhungsanträgen konstatiert. In den meisten Fällen gaben die Betroffenen (n=95, 59%) an, dass diese die Angehörigen stellen würden. Interessanterweise lehnten sechs Personen als Umsetzungsmaßnahme das Stellen eines Pflegegelderhöhungsantrages ab.

Bei Personen, die noch kein Pflegegeld bezogen hatten (53%, n=184), wurde bei 112 (61%) die Möglichkeit des Stellens von erstmaligen Anträgen konstatiert. Auch hier wurde in den meisten Fällen von den Betroffenen gewünscht (76%, n=86), dass dies durch Angehörige geschehen möge. Auch in diesem Kontext gab es Personen (n=9), die eine Antragstellung ablehnten.

## 4. Diskussion

Die Ergebnisse zur selbstbeurteilten funktionalen Gesundheit (WHO, 2005) von 70(+) Jährigen ergaben eine Vielzahl an bestehenden hilfs- und betreuungsassoziierten Gesundheitsproblemen, wie Krankheiten, Schlafprobleme, Schmerzen, motorische Leistungseinbußen u.Ä. und machten entsprechenden Beratungsbedarf hinsichtlich pflegerisch-gesundheitlicher, sozial-institutioneller, finanziell-rechtlicher und sozial-institutioneller Themen zur Unterstützung eines selbstständigen Lebens zu Hause deutlich. Mit Fokus auf mögliche Risikogruppen älterer Menschen (diese sind: (a) Alter von 80(+), (b) Sturzgeschehen im letzten Jahr, (c) Bezug von Pflegegeld, (d) bestehender Pflege- und Betreuungsbedarf wurde evident, dass beide Gruppen 70(+) jähriger Menschen (Personen, die einer oder mehrerer dieser Risikogruppen vs. Personen, die keiner dieser Risikogruppen zugeordnet werden konnten) großen, wenn auch unterschiedlichen Beratungsbedarf, die funktionale Gesundheit betreffend, aufgewiesen hatten. Der Präventive Hausbesuch, wie angeboten im Setting der vorliegenden Studie, nutzte das Instrument zur Beratung. Hier handelte es sich um kein allgemeines Schulungs- sondern um ein Beratungsprogramm, ähnlich wie in den Studien von Sherman, Forsberg, Karp, & Törnkvist (2012) und Behm, Ivanoff, & Zidén (2013) durchgeführt, welches Grundlage einer gezielten Unterstützungsplanung darstellen sollte.

## 5. Ausblick

Abgeleitet von den Ergebnissen der Studie wurde den politisch Verantwortlichen eine systematische Integration von Präventiven Hausbesuchen, einschließlich Beratungen und Planung entsprechender Interventionen empfohlen. Die Präventiven Hausbesuche wurden im Jahr 2014 durch einen Beschluss der Tiroler Landesregierung in der Richtlinie des Landes Tirol zur Gewährung von Leistungen der mobilen Pflege und Betreuung gesetzlich verankert (Amt der Tiroler Landesregierung, 2016) und können seitdem von allen 70(+) jährigen Tirolern, die zu Hause leben, kostenlos in Anspruch genommen werden.

Abschließend wird bemerkt, dass die vorliegende Studie mit ihrem Studiendesign vornehmlich dazu diente, 70(+) Jährigen ihre Lebens- und Gesundheitssituation bewusst zu machen, mit der möglichen Konsequenz, ihre Lebensführung den altersspezifischen Veränderungen anzupassen und mögliche Ressourcen zu aktivieren. Auf die Frage, ob die durchgeführten Beratungen einschl. veranlasster Interventionen zu nachhaltigen Verbesserungen des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bei den 70(+) Jährigen (Imhof, Naef, Mahrer-Imhof, & Petry, 2011; Luck et al., 2013) geführt haben, kann keine Antwort gegeben werden, da keine Wirksamkeitsprüfungen vorgenommen wurden.


**Autorin & Link**

www.umit.at

**Univ.-Prof. Dr. Christa Them**
Diplomierte GuKS
Seit 2006 Vorstand des Departments Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT

"Wissenschaftsorientiertes Pflege-Wissen stellt die Basis pflegerischen Handelns in allen Settings der Pflege dar."

**Autorin & Link**

www.umit.at

**Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc**
Diplomierte Physiotherapeutin, Sport-, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin

Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissensc
März 2017 Erlangung der Venia Docendi im Fach Pflegewissenschaft

"Keine Pflegewissenschaft ohne Interdisziplinarität!"

## Literatur


Amt der Tiroler Landesregierung (2016). Richtlinie des Landes Tirol zur Gewährung von Leistungen der mobilen Pflege und Betreuung in Tirol Beschluss der Tiroler Landesregierung von 29.3.2016, www.tirol.gv.at (Stand: 27.3.2017).

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2011). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung (13.Auflage ed.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Behm, L., Ivanoff, S. D., & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health--experiences among very old people. BMC Public Health, 13(1), 378.

Bundespflegegeldgesetz (BPGG, 1993). BGBl. Nr. 110/1993, in der aktuellen Fassung vom 27.3.2017, §4 (1,2), RIS.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2013. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Hochschule Osnabrück ISBN:978-3-00-015082-1

Gebert, A., Schmidt, C., & Weidner, F. (2008). Präventive Hausbesuche bei Senioren: Projekt mobil; der Abschlussbericht. (D. I. für angewandte P. E.V., Ed.)Präventive Hausbesuche bei Senioren: Projekt mobil; der Abschlussbericht. Germany: Schlütersche.

Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnstee, M. S. H., de Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. H. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. Journal of Clinical Nursing, 16(1), 46–57.

Imhof, L., Naef, R., Mahrer-Imhof, & Petry, H. (2011). SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. Pflege, 24(1), 43–56.

Kruse, A. (2005). Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38(4), 273–87.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9(3), 179–186.

Luck, T., Motzek, T., Luppa, M., Matschinger, H., Fleischer, S., Sesselmann, Y., … Riedel-Heller, S. G. (2013). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age: a randomized controlled trial. Clinical Interventions in Aging, 8, 697–702.

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation. The Barthel-Index. Maryland State Medical Journal, 14(2), 56–61.

Riedl, M., Mantovan, F., & Them, C. (2012). Heimbewohner sein - eine Herausforderung für die Identität. Pflege Zeitschrift, 65(5), 280–5.

Sandholzer, H., Hellenbrand, W., von Renteln-Kruse, W., Van Weel, C., Walker, P., & et al. (2004). STEP – Europäische Leitlinie für das standardisierte evidenzbasierte präventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primärversorgung. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129, 183–226.

Schulc, E., Pallauf, M., Wildbahner, T., & Them, C. (2016). Präventive Hausbesuche zur Unterstützung einer selbständigen Lebensführung älterer Menschen im häuslichen Setting - Eine Querschnittstudie. Zeitschricht für Geronotologie und Geriatrie, in press.

Schulc, E., & Them, C. (2011). Seniorenberatung im Tennengau - Bedarfs- und Akzeptanzanalyse. Austria. Unveröffentlichter Endbericht des Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT.

Schulc, E., Them, C., Müller, G., Knitel-Grabher, E., & Mantovan, F. (2014). Selbstständige Lebensführung von zu Hause lebenden älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Lebensformen. Eine explorative Querschnittsstudie. Pflegewissenschaft, 6(14), 340 – 352.

Seematter-Bagnoud, L., Wietlisbach, V., Yersin, B., & Büla, C. J. (2006). Healthcare utilization of elderly persons hospitalized after a noninjurious fall in a Swiss academic medical center. Journal of the American Geriatrics Society, 54(6), 891–7.

Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A., & Törnkvist, L. (2012). The 75-year-old persons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. Journal of Clinical Nursing, 21(21-22), 3170–82.

Weidner, F. (2005). Experten-Hearing Präventiver Hausbesuch im Alter- Dokumentation. Bonn, BRD: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Arbeitsgruppe 3 Gesund altern des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung.

WHO. (2005). ICF - Internationale Classifikation Functioning, Disability and Health. Ed.: DIMDI - WHO's Collaborating Centre for the Family of International Classifications, Germany.


THE HEALTH AND LIFE SCIENCES UNIVERSITY HALL/TYROL
private universität für gesundheitswissenschaften, medizinische informatik und technik
UMIT

**Patientensicherheit wird gemeinhin als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse definiert. Es geht um das Vermeiden von Fehlern, Abweichungen, Unfällen und um das vorausschauende Management von Risikosituationen. Was beatmeten Patienten oder Angehörigen in diesem Zusammenhang wichtig ist, wurde seit 2013 im Rahmen eines pflegerischen Versorgungsforschungsprojekts in Nordost- und Süddeutschland untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass ihnen subjektive Aspekte von Sicherheit wichtiger sind als objektive Sicherheitsparameter und dass sie insbesondere an Pflegende hohe Erwartungen haben.**

# Patientensicherheit –

## was ist häuslich beatmeten Patienten und deren Angehörigen wichtig?

In Deutschland werden Schätzungen zufolge derzeit ca. 20.000 nichtinvasiv über eine Maske und invasiv über ein Tracheostoma beatmete Patienten in ihrem häuslichen Umfeld oder in Wohngemeinschaften intensivpflegerisch versorgt (Lehmacher-Dubberke 2016). Diese Patienten jeden Alters leiden an verschiedensten Grund- und Begleiterkrankungen, befinden sich oft in kritischen Gesundheitssituationen und haben häufig einen ausgeprägten Bedarf an therapeutisch-technischer Unterstützung und Fremdhilfe. Intensivpflegerische Versorgung meint dabei, dass diese Patienten aufgrund ihres latent lebensbedrohlichen Zustands kontinuierlich auf Krankenbeobachtung und medizinisch-pflegerische Interventionsbereitschaft angewiesen sind. Das bedeutet, dass viele von ihnen bis zu 24 Stunden am Tag durch Pflegefachpersonen, d.h. durch Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger oder Altenpfleger eines häuslichen Spezialpflegedienstes (auch: ambulanter oder häuslicher Intensivpflegedienst) betreut werden.

Die Zahl dieser Patienten wird voraussichtlich weiter zunehmen (Lehmacher-Dubberke 2016). Befördert wird dieser Trend durch den demographisch-epidemiologischen Wandel mit einer Zunahme komplexer

chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität besonders im höheren Alter. Hinzu kommen erweiterte Behandlungsmöglichkeiten und medizinisch-technische Entwicklungen. Sie ermöglichen nicht nur das Überleben, sondern auch eine Versorgung, die noch vor wenigen Jahren undenkbar war. Nicht zuletzt sind es der im deutschen Sozialgesetzbuch verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär" sowie ökonomische Anreize, die diese Patientengruppe im ambulanten Sektor anwachsen lässt (Ewers/Lehmann 2017).

Viele dieser Patienten werden heute in Deutschland in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in Wohngruppen versorgt. Immer mehr verdichten sich dabei jedoch Hinweise auf eine zunehmende Unübersichtlichkeit und Intransparenz des Versorgungsangebots, auf eine wenig patientenzentrierte Versorgungsgestaltung, auf problematische Steuerungsprobleme etwa beim Übergang aus dem Krankenhaus in eine ambulante Versorgung, auf erhebliche Qualitäts- und Qualifikationsdefizite sowie auf zahlreiche Sicherheitsrisiken (Lehmann et al. 2016; Lehmann/Ewers 2016). Erschwerend kommt hinzu, dass über die häusliche Versorgung beatmeter und vergleichbar technikabhängiger Patienten kaum forschungsgestütztes Wissen vorliegt (Ewers 2003, 2010; Ewers/Lehmann 2017; Lademann 2007). Die Versorgung findet sprichwörtlich hinter „geschlossenen Türen" statt und möglicherweise auftretende Sicherheitsprobleme bei dieser besonderen Form der Versorgung schwer kranker Patienten bleiben im Dunkeln.

Vor diesem Hintergrund wurde zwischen November 2013 und Juni 2017 ein vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Forschungsprojekt zum Thema „Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patienten" durchgeführt. In einer ersten Phase des Projekts SHAPE. (Abkürzung für den englischen Namen des Projekts: Safety in Home Care for Ventilated Patients) wurde zunächst erkundet, was Sicherheit aus Sicht häuslich beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen bedeutet. Anknüpfend an die Ergebnisse der ersten Phase wurde in einer zweiten Phase auch die Sicht professioneller Akteure auf das Thema Sicherheit erhoben; darunter Pflegende, Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden, Personen aus der Fall- und Versorgungssteuerung, Patientenberatung und Medizintechnikversorgung sowie konsultierend tätige Experten aus stationären Spezialeinrichtungen. Die Ergebnisse beide Phasen sollen in Empfehlungen für die Ausarbeitung forschungsgestützter, nutzerorientierter Konzepte für mehr Sicherheit beatmeter Patienten in der häuslichen Versorgung münden. In diesem Beitrag liegt der Fokus auf der Vorstellung und Reflexion zentraler Ergebnisse der ersten Projektphase, d.h. auf den Ergebnissen der Interviews mit den beatmeten Patienten und deren Angehörigen.

## Fragestellung

Um zu erkunden, was Sicherheit aus Sicht häuslich beatmeter Patienten und deren Angehörigen bedeutet, wurde gefragt, welche Erfahrungen sie mit dem Thema Sicherheit und mit der häuslichen Versorgung gesammelt haben? Es wurde weiterhin gefragt, was sie unter Sicherheit individuell verstehen und wann sie sich in der häuslichen Versorgung sicher bzw. wann eher unsicher gefühlt haben? Auch wurde erkundet, was sie tun, um für Sicherheit in der häuslichen Versorgung zu sorgen und was sie in dieser Hinsicht von den professionellen Helfern, insbesondere von den Pflegenden, konkret erwarten.

## Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragen wurden 36 Leitfadeninterviews geführt; 21 mit Patienten und 15 mit Angehörigen solcher Patienten. Um möglichst unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen erfassen zu können, wurde bei der Auswahl der Interviewpartner auf eine große Varianz bezüglich Alter, Erkrankungsbilder, Art und Umfang des Pflegebedarfs, Beatmungsdauer, Bildungsniveau, sozioökonomischer Status, Milieu sowie Wohn- und Lebenssituation geachtet. Gemeinsam war den Interviewpartnern nur, dass sie über 18 Jahre waren und entweder selbst beatmet und häuslich, d.h. im eigenen privaten Lebensumfeld oder in einer Wohngemeinschaft, versorgt wurden oder dass sie als Angehörige in diese Versorgung einbezogen waren. In Abbildung 1 werden die Befragten mit ihrer vielfach komplexen Erkrankungs- und Versorgungssituation knapp vorgestellt.

**Patienten (N=21)**

**Soziodemographische Angaben**
- 8 Frauen und 13 Männer; 26 bis 84 Jahre
- ohne Schulabschluss bis promoviert
- 11 in der Häuslichkeit und 10 in einer Wohngemeinschaft lebend

**Beatmung und Gesundheits- / Krankheitsstatus**
- invasiv beatmet: 17 Patienten, nicht invasiv beatmet: 4 Patienten
- beatmet seit 1 bis 26 Jahren mit einer Beatmungsdauer zwischen 10 und 24 Stunden / Tag
- Patienten mit heterogenem Erkrankungsspektrum, z.B. neuromuskuläre Erkrankungen, Tetraplegie, COPD, Stoffwechselerkrankungen
- die Patienten waren mobil (mit kurzen Gehstrecken) bis bettlägerig und verfügten alle über eine Pflegestufe
- 13 Patienten nahmen mehr als 5 Medikamente täglich ein und 7 Patienten mehr als 10 Medikamente

**Versorgung durch Pflegedienste und Heilmittelerbringer**
- sie wurden zwischen 80 Stunden / Woche und 24 Stunden / Tag durch einen Pflegedienst versorgt
- in den letzten 3 Monaten vor dem Interview erhielten 19 Patienten Physiotherapie, 16 Logopädie und 9 Ergotherapie

**Technik**
- die Patienten werden mittels einer Vielzahl an technischen Hilfsmitteln unterstützt, insbesondere O2-Gerät (12 Patienten), Atemgasklimatisierung (19), Inhalationsgerät (19), Hustenassistent (14), Absauggerät (20), Pulsoximeter (20), Sprechkanüle (8), Kommunikationshilfsmittel (4) u.v.m.

**Angehörige (N=15)**

**Soziodemographische Angaben**
- 12 Frauen und 3 Männer; 31 bis 83 Jahre
- Ehepartner, Lebenspartner, Geschwister, Kinder
- erwerbslos, Altersrentner bis vollzeitbeschäftigt
- gemeinsam mit dem Patienten in einer Wohnung lebend bis zu Besuch kommen

**Gesundheits- / Krankheitsstatus**
- gesund bis multimorbide

**Abbildung 1: Samplebeschreibung der interviewten Patienten und Angehörigen**

Die Interviews, die aufgrund der Beatmung und damit verbundenen Kommunikationseinschränkungen vieler Patienten nicht immer einfach zu führen waren (näheres hierzu siehe Schaepe et al. 2016), wurden audiotechnisch aufgezeichnet, verschriftlicht und in Orientierung an Prinzipien der Grounded Theory thematisch analysiert.

## Ergebnisse

In den Interviews haben die befragten Patienten und Angehörigen vielfältige Einblicke in ihren Alltag mit der Beatmung und ihrer Rund-um-die-Uhr-Pflege gewährt, Risikosituationen geschildert und zahlreiche Hinweise darauf gegeben, worauf es aus ihrer Sicht ankommt, um Sicherheit in der häuslichen Beatmungsversorgung zu gewährleisten (vgl. hierzu auch Lademann et al. 2017; Schaepe/Ewers 2017). Bei der Auswertung der streckenweise sehr dichten Interviews wurden sechs Sicherheitsdimensionen herausgearbeitet (s. Abbildung).

| Sicherheit ist für mich, wenn Pflegende... | | |
|---|---|---|
| Patienten | Vertraut sein – Vertrauen haben | umfassend mit meiner Lebenssituation vertraut sind und ich mich darauf verlassen kann, dass in Risikosituationen richtig gehandelt wird |
| | Sich mitteilen können – Wahrgenommen werden | mich mit meinen Bedürfnissen aufmerksam wahrnehmen, auch wenn ich mich nur schwer ausdrücken kann, und dann unmittelbar und angemessen reagieren |
| | Anwesenheit spüren – Kontinuität erfahren | für mich wahrnehmbar in meiner Nähe sind und wenn möglichst immer die gleichen Personen die Pflegemaßnahmen möglichst gleichförmig durchführen |
| Angehörige | Informiert sein – Selber mehr wissen | mich unaufgefordert und kontinuierlich informieren – auch über scheinbar Belangloses – und mich dazu befähigen, im Notfall selber handeln zu können |
| | Einbezogen werden – Unterstützt werden | mich als Ressource sehen, mich in patientenbezogene Entscheidungen einbinden und wenn ich jederzeit kompetente und verfügbare Ansprechpartner habe |
| | Verfügbar sein – Ruhe ausstrahlen | immer die notwendige Ausstattung bereithalten und wenn sie jederzeit eingreifen können und dabei möglichst souverän und kompetent auftreten |

**Abbildung 2: Sicherheit in der häuslichen Versorgung aus der Perspektive beatmeter Patienten und deren Angehöriger**

## Sicherheit aus der Perspektive der Patienten

Aus Sicht der beatmeten Patienten wurden drei Themenfelder als besonders wichtig angesehen, wenn es um ihre Sicherheit in der häuslichen Versorgung geht. Sie werden im Folgenden in ihren Grundzügen skizziert.

## Vertraut sein & Vertrauen haben

Für das Sicherheitsempfinden beatmeter Patienten ist bedeutsam, dass die Pflegenden, von denen sie betreut werden, mit ihnen und den Details ihrer Situation vertraut sind. Sie sollten individuelle Gewohnheiten und Abläufe der Patienten gut kennen und sich bei der Pflege und Versorgung auch danach richten und damit eine individualisierte Pflege leisten. Dabei sollten sie ohne viele Worte des Patienten, quasi intuitiv verstehen, was benötigt wird und wie zu reagieren ist. Daneben sollen Pflegende aber auch mit dem häuslichen Umfeld, den im Einsatz befindlichen Beatmungsgeräten und den vor Ort vorhandenen Hilfsmitteln vertraut sein. Eine sorgfältige Einarbeitung neuer Mitarbeiter durch das Team sollte selbstverständlich sein. Sie wird aber oft vermisst und muss dann von den schwer kranken Patienten und deren Angehörigen mühsam selbst geleistet werden. Eine weitere Voraussetzung dafür, dass sich Patienten in der häuslichen Versorgung sicher fühlen können, ist die Beziehung zu vertrauenswürdigen Pflegenden. Das ist v.a. für diejenigen wichtig, die ständig auf Hilfe angewiesen sind und die sich in Notfallsituationen voll und ganz auf die Hilfe von Personen verlassen können müssen, denen sie „ihr Leben anvertrauen“. In dieser Hinsicht erweist sich der häufig von den Patienten erlebte Personalwechsel als ein großes Hindernis zum Aufbau von Vertrautheit der Pflegenden mit dem Patienten und von Vertrauen der Patienten gegenüber den Pflegenden und wird von den Patienten als ein Sicherheitsrisiko erlebt. Oft reicht bereits ein einzelner Vorfall, um das Vertrauen zwischen Patient und Pflegenden zu erschüttern – etwa der Eindruck von Unzuverlässigkeit, Ungeschicklichkeit oder unzureichender Kompetenz, z.B. bei der Bedienung der Geräte. Manche Patienten reagieren darauf mit einem ausgeprägten Kontrollbedürfnis, was von ihnen selbst jedoch als anstrengend erlebt wird.

## Sich mitteilen können & Wahrgenommen werden

Viele beatmete Patienten sind in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, mit anderen Menschen zu kommunizieren. Wenn sie von ihrem Gegenüber nicht verstanden werden, gleichzeitig aber auf deren Hilfe angewiesen sind, entstehen Verunsicherungen und Ängste. Sich mitteilen zu können – auf welche Weise auch immer

– hat daher für die Patienten große Bedeutung. Sie berichten etwa davon, dass sie mit ihren Angehörigen oder vertrauten Pflegenden individuelle Verständigungsformen entwickelt haben. Dabei kann es sich um das sogenannte Pseudoflüstern oder kleine Gesten oder mimische Zeichen, etwa Augenzwickern oder Mundverzerren, handeln. Damit diese Zeichen auch von den Pflegenden richtig verstanden werden können, ist eine gewisse Vertrautheit zwischen den Gesprächspartnern erforderlich. Die häufig schwer kranken Patienten müssen darüber hinaus die Möglichkeit haben, jederzeit, ungehindert und v.a. wirksam Kontakt zu ihren Helfern aufnehmen zu können. Dies kann durch technische Hilfsmittel wie Funkgeräte oder einen Rufknopf unterstützt werden („Knopfdrucksicherheit"). Die Pflegenden müssen aber darauf achten, dass diese Hilfsmittel auch funktionstüchtig und erreichbar für den Patienten sind. Den Interviewten zufolge wird das zuweilen übersehen, was dann für die Patienten hochgradig verunsichernd sein kann. Ebenso wichtig ist, dass Patienten ganz grundsätzlich das Gefühl haben, wahrgenommen zu werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie sich kaum mehr sprachlich verständigen können. Es sind vielfach Details, an denen sie festmachen, ob ein Pflegender sensibel und aufmerksam ist sowie vorausschauend denkt und handelt.

## Anwesenheit spüren & Beständigkeit erfahren

Das Sicherheitsverständnis der Patienten kommt auch darin zum Ausdruck, welchen Wert sie der Anwesenheit anderer Personen beimessen. Das Wissen darum, dass jemand vor Ort und jederzeit verfügbar ist, um ihnen schnell helfen zu können, ist ihnen wichtig. Sicherheit vermittelt dabei in erster Linie die gefühlte Präsenz anderer Menschen. Auch wenn sie sich nicht unmittelbar im Patientenzimmer aufhalten, müssen Pflegende durch Geräusche oder ähnliche Signale deutlich machen, dass sie jederzeit eingreifen können, falls Hilfebedarf entsteht. Zuweilen kommt es dabei wohl vor, dass Pflegende von Patienten auch auf die Probe gestellt werden. Patienten beobachten dann, wie lange es dauert, bis auf ihre Bedürfnisse reagiert wird. Kommt es zu zeitlichen Verzögerungen, etwa weil Pflegende nicht schnell genug reagieren, oder bleibt die Unterstützung gänzlich aus, etwa weil Pflegende unachtsam sind, entsteht schnell ein schwer zu korrigierendes Gefühl von Unsicherheit.

Schließlich ist es für die Patienten wichtig, Beständigkeit in ihrem Alltag zu erfahren. Möglichst sollten die immer wieder gleichen Maßnahmen von stets denselben Pflegenden ausgeführt werden, was im Versorgungsalltag aufgrund des Personalwechsels aber selten möglich ist und so kaum erfahren wird. Um ihren Idealvorstellungen dennoch nahe zu kommen, wünschen sie sich ein hohes Maß an personeller Kontinuität durch möglichst kleine und überschaubare Pflegeteams. Dies bietet ihnen den Vorteil, dass sie die einzelnen Teammitglieder kennenlernen können. Zugleich sind enge Absprachen und die Weitergabe sicherheitsrelevanter Informationen innerhalb konstanter, kleiner Pflegeteams leichter möglich; auch das vermittelt den Patienten Sicherheit.

## Sicherheit aus der Perspektive der Angehörigen

Angehörige von beatmeten Patienten leben nicht immer gemeinsam mit den Pflegebedürftigen in einer Wohnung, zuweilen stoßen sie nur punktuell dazu. Trotz der ständigen Anwesenheit von Pflegenden haben sie aber eine wichtige Funktion für die Sicherstellung der Versorgung und auch auf das Thema Sicherheit haben sie einen ganz eigenen Blick. Der kommt auch in den von ihnen in diesem Zusammenhang zur Sprache gebrachten Themen zum Ausdruck.

## Informiert sein & Selber mehr wissen

Für das Sicherheitsverständnis der Angehörigen ist es wichtig, unaufgefordert und kontinuierlich über alle Aspekte, die den beatmeten Patienten betreffen, informiert zu sein. Dies schließt Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand, etwaige Untersuchungsergebnisse, aber auch Effekte von Behandlungen ein. Die Angehörigen erwarten, persönlich, telefonisch oder schriftlich über mögliche Zwischenfälle informiert zu werden. In einigen Fällen wurde daher ein Informationsbuch angeschafft, in das die Pflegenden entsprechende Eintragungen vornehmen sollen. Dieses Informationsbedürfnis beschränkt sich bei vielen Angehörigen nicht allein auf die Pflege. Vielmehr erwarten sie Informationen von allen Helfern, wie von Ärzten, Therapeuten, Hilfsmittellieferanten. Tatsächlich aber empfinden sie häufig, dass ihnen Informationen vorenthalten werden oder dass sie immer wieder von sich aus nachfragen müssen. Dies verunsichert, beunruhigt und verärgert sie zuweilen auch. Während einige der befragten Angehörigen sich in allen Sicherheitsfragen auf die Pflegenden verlassen und ihnen auch die Verantwortung dafür zuschreiben, fühlen sich andere bei diesen Gedanken eher unwohl. Sie wollen selbst auf Notfälle besser vorbereitet sein und ihrerseits für ein möglichst hohes Maß an Sicherheit sorgen. Hierfür wollen sie selber mehr wissen und zuweilen auch können. Die von ihnen als notwendig erachteten

Kompetenzen eignen sie sich auf vielfältige Weise an, z.B. durch Lesen im Internet und Fachliteratur oder das Besuchen von Kursen, nicht selten auch eigenständig hinter dem Rücken der Pflegenden. Dies tun sie, da sie oftmals die Erfahrung machen, dass sie von den Pflegenden ausgeschlossen und – selbst auf Nachfrage – nicht über Hintergründe aufgeklärt oder in Pflege- und Notfallprozeduren eingewiesen werden.

### Einbezogen werden & Unterstützt werden

Wie in den Aussagen der Angehörigen immer wieder deutlich wird, wollen sie – wenn auch in unterschiedlichem Umfang – in die häusliche Versorgung einbezogen werden. Sie verstehen sich als Anwalt der Patienten, kennen sie sehr gut und sind v.a. für deren Bedürfnisse sensibilisiert. Zudem halten sie sich für gute Mittler zwischen dem Patienten und den professionellen Helfern und damit auch als Garant für deren Sicherheit. Doch während sie sich selbst als wichtige Ressource in der Versorgung der beatmeten Patienten verstehen, wird ihnen von Pflegenden oftmals eher das Gefühl vermittelt, als würden sie stören. Besonders verunsichernd wirkt auf Angehörige, wenn Entscheidungen über sie (und den Patienten) ohne sie gefällt, ihre Meinung und Erfahrung als unwesentlich erachtet und sie mit ihren Anliegen und Einschätzungen nicht gehört werden.

Zugleich wünschen sich die Angehörigen kompetente Ansprechpartner, an die sie sich mit ihren Fragen und Anliegen wenden können. Dabei kann es um einen fachlichen Austausch, etwa zum Krankheitsverlauf, aber auch um emotionale Belange gehen. Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patienten bedeutet somit auch, dass Angehörige ihrerseits unterstützt werden, ohne sie freilich in die Hilflosigkeit zu drängen oder als Opfer ihrer Situation darzustellen. Aber gerade in den Fällen, in denen Angehörige besonders aktiv sind und viel Verantwortung übernehmen, damit die häusliche Versorgung gelingt, fühlen sie sich mit ihren Problemen und Fragen von den professionellen Helfern, insbesondere den Pflegenden, nicht selten allein gelassen.

### Verfügbar sein & Ruhe ausstrahlen

Ein zentrales Anliegen ist aus Sicht der Angehörigen die ständige Verfügbarkeit von Hilfe. Einerseits wollen sie gewährleistet sehen, dass der beatmete Patient aufmerksam beobachtet wird und jederzeit jemand eingreifen kann, wenn er Hilfe benötigt. Andererseits sorgen sie sich darum, dass die notwendige Ausstattung vorhanden ist, z.B. Ersatzgeräte, Verbrauchsmaterialien und Hilfsmittel. Beides sicherzustellen fordert ihre volle Aufmerksamkeit. Bei neuen Pflegedienstmitarbeitern oder vermeintlich unsicheren Pflegenden versuchen sie selbst in der Nähe zu bleiben, um den Patienten und die Technik im Blick zu haben und bei Bedarf eingreifen zu können. Ansonsten bemühen sie sich – auch in Auseinandersetzung mit den Leistungsträgern, insbesondere den Krankenkassen – darum, funktionierende (Ersatz-) Technik oder andere Hilfsmittel vor Ort zu haben, um auch bei Geräte- oder Stromausfall die Sicherheit des Patienten gewährleisten zu können. Das Bemühen um Kontrollerhalt spielt bei all dem eine große Rolle – auch und gerade dort, wo es schwierig wird. So ist es auch nicht verwunderlich, dass sie in Krisensituationen – wie generell im Umgang mit dem Patienten – hohe Erwartungen an die Pflegenden richten. Aus Sicht der Angehörigen wird Sicherheit dann nicht zuletzt durch Pflegende gewährleistet, die jederzeit Ruhe und Besonnenheit ausstrahlen. Ein souveränes Auftreten der Pflegenden vermittelt den Eindruck, dass sie auch kritische Situationen unter Kontrolle haben und dass sich die Angehörigen (wie auch die Patienten) sicher fühlen können. Tatsächlich aber sieht der Alltag oft anders aus: unentschlossene, zögerliche oder unsichere Pflegende vermitteln ein Unsicherheitsgefühl, dass sich unweigerlich auf Patienten und Angehörige überträgt und die Situation für alle Beteiligten gleichermaßen erschwert.

### Diskussion

Zunehmend wird im Diskurs über das Thema Patientensicherheit deutlich, dass – neben objektiven überprüfbaren Sicherheitsparametern – auch und gerade die Sichtweisen von Patienten, Angehörigen oder anderen Nutzern gesundheitlicher Dienstleistungen mehr Aufmerksamkeit erfahren müssen (z.B. Rathert et al. 2011; Macdonald et al. 2013). Patientenerfahrungen und -sichtweisen lenken den Blick auf Aspekte, die von den professionellen Akteuren im Gesundheitssystem oft nicht gesehen und damit in ihrem Versorgungshandeln eher unterschätzt werden. Die in SHAPE. erarbeiteten Ergebnisse bestätigen diese Notwendigkeit zur stärkeren Berücksichtigung von Nutzersichtweisen und -erfahrungen. Deutlich wird darin, dass die Patienten- und Angehörigensichtweisen zum Thema Sicherheit anderen Relevanzkriterien folgen als die der professionellen Akteure. Ihre Vorstellungen davon, was Patientensicherheit in der häuslichen Intensivpflege bedeutet und wie sie erreicht werden kann, deckt sich kaum mit den offiziellen, in der Literatur dokumentierten Aspekten, die vorwiegend oder ausschließlich von professionellen, überwiegend ärztlichen Akteure verfasst wurden. Während professionelle Akteure

somit eher auf die Ergebnisse des Versorgungsprozesses fokussiert sind, d.h. auf das Vermeiden von Fehlern, Abweichungen, Unfällen und auf das vorausschauende Management von Risikosituationen (Wischet/Eitzinger 2009; ÄZQ 2015), ist Sicherheit für Patienten und Angehörige eher ein emotionales Phänomen. Sie messen Prozessen und Beziehungen größere Bedeutung bei als konkreten Ergebnissen (Porzsolt 2007; Rathert et al. 2011). In den Äußerungen der Patienten und Angehörigen wird folglich in großer Übereinstimmung ein relationales Sicherheitsverständnis deutlich, in dem die persönliche Bindung zwischen den Patienten, Angehörigen und Pflegenden eine große Bedeutung zukommt. Zwar sind auch die vor Ort verfügbare Technik und andere nicht personengebundene Faktoren für ihr Sicherheitsempfinden wichtig. Ohne vertrauenswürdige, umsichtige und kompetente Pflegende, die in der Lage sind, die Technik und Hilfsmittel angemessen einzusetzen, sind sie aber von geringem Wert. Wichtiger ist ihnen daher das Überwinden von Fremdheit, das Entstehen von Vertrautheit und Vertrauen in kontinuierlichen persönlichen Bindungen sowie der Aufbau tragfähiger und auf Teilhabe angelegter Arbeitsbündnisse zwischen Patienten, Angehörigen und professionellen Helfern.

Vor allen an die professionell Pflegenden werden in diesem Zusammenhang hohe Erwartungen formuliert. Diese Erwartungen kommen aber nicht allein von den Patienten, besondere Beachtung verdienen auch die Belange der Angehörigen. Sie haben eigene Bedürfnisse, die durch Teilhabe und edukative Maßnahmen wie Information, Beratung und Anleitung adressiert werden müssen – eine Forderung, die basierend auf den hier gewonnenen Erkenntnissen noch kaum bedarfsgerecht beantwortet wird. Die im Rahmen von SHAPE. erarbeiteten Erkenntnisse zur Patientensicherheit in der häuslichen Beatmungsversorgung zeigen interessante Übereinstimmungen mit Untersuchungen, die zur pflegerischen Versorgung auf Krankenhausintensivstationen (z.B. Lasiter 2011; Wassenaar et al. 2014) gesammelt wurden. Auch hier wurde insbesondere die Bedeutung enger, vertrauensvoller Beziehungen zu professionellen Akteuren betont. Ähnliche Befunde finden sich auch in Arbeiten zur häuslichen Versorgung (meist älterer Menschen) allgemein und von technikabhängigen Patienten im Besonderen (z.B. Swedberg et al. 2012; Macdonald et al. 2013). Wenn es um die Förderung von Patientensicherheit geht, rückt damit neben der technischen Überwachung, der Kontrolle von Um-weltbedingungen und dem vorausschauenden Handeln v.a. die Vermittlung emotionaler Sicherheit durch Achtsamkeit, Zuwendung und Souveränität als pflegerische Kernkompetenz ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

## Fazit

Für eine patientenzentrierte, sichere und effektive Pflege und Versorgung beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen sind künftig beide Facetten wichtig: die objektiv bestimmbare Sicherheit („Sicher sein“) und eben auch die subjektiv gefühlte Sicherheit („Sich sicher fühlen“). Ähnlich wurde es aus pflegerischer Sicht auch bereits in einer ersten deutschsprachigen Arbeitsdefinition von Patientensicherheit formuliert:

„Patientensicherheit [aus Sicht der Pflege] ist gegeben, wenn im Rahmen des pflegerischen Versorgungsprozesses fachgerechte Maßnahmen geplant und durchgeführt werden, die darauf ausgerichtet sind, Patienten und Angehörige vor vermeidbaren Schäden (physisch und psychisch) zu bewahren und ein subjektives Sicherheitsgefühl zu ermöglichen.“ (Bienstein, zitiert nach Baumgartner/Jähnke 2011)

Die SHAPE.-Studie hat diese Position mit ihren Ergebnissen noch einmal bestärkt und zugleich vielfältige Anregungen geboten, wie die Pflege und Versorgung beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen künftig konzeptualisiert und gestaltet werden kann, damit ein größtmögliches Maß an Patientensicherheit entsteht. Nun gilt es, die erarbeiteten Erkenntnisse in der Praxis aufzugreifen und für die Entwicklung einer Sicherheitskultur in der häuslichen Pflege und Versorgung beatmeter und vergleichbar technikabhängiger Patienten zu nutzen.

## Literatur

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2015): Definition Patient Safety, Patientensicherheit. http://www.aezq.de/patientensicherheit/service-ps-online/glossar-patientensicherheit (Stand: 29.03.2017).

Baumgartner, U.; Jähnke, A. (2011): Patientensicherheit treibt die Pflegeentwicklung voran. Bericht vom 2. ENNA-Kongress zum Thema Patientensicherheit vom 2.-3. September 2011. clinicum 5-11, 35-40.

Ewers, M. (2003): High-Tech Home Care – Optionen für die Pflege. Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie. Bern: Huber.

Ewers, M. (2010): Vom Konzept zur klinischen Realität – Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland. Pflege & Gesellschaft 15(4), 314-329.

Ewers, M.; Lehmann, Y. (2017): Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2017. Die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung. Stuttgart: Schattauer, 63-72.

Lademann, J. (2007): Intensivstation zu Hause. Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care. Bern: Huber.

Lademann, J.; Schaepe, C.; Ewers, M. (2017): Die Perspektive Angehöriger in der häuslichen Beatmungspflege: „Dass ich dann auch ernst genommen werde und nicht nur die Bürde zu tragen habe“. Pflege 30(2), 77-83.

Lasiter, S. (2011): Older adults‘ perceptions of feeling safe in an intensive care unit. Journal of Advanced Nursing 67(12), 2649-2657.

Lehmacher-Dubberke, C. (2016): Krankenpflege auf Rädern. Gesundheit + Gesellschaft 19(7-8), 30-33.

Lehmann, Y.; Ewers, M. (2016): Wege invasiv beatmeter Patienten in die häusliche Beatmungspflege: Die Perspektive ambulanter Intensivpflegedienste. Gesundheitswesen, E-first, doi: 10.1055/s-0042-116224.

Lehmann, Y.; Stark, S.; Ewers, M. (2016): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 3: Strukturen und Prozesse aus Akteurssicht. Working Paper No. 16-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Macdonald, M.; Lang, A.; Storch, J.; Stevenson, L.; Donaldson, S.; Barber, T.; Iaboni, K. (2013): Home Care Safety: A scoping review. Home Health Care Services Quarterly 32(2), 126-148.

Porzsolt, F. (2007): Gefühlte Sicherheit – Ein Entscheidungskriterium für Patienten? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83(12), 501-506.

Rathert, C.; Brandt, J.; Williams, E. S. (2011): Putting the ‚patient‘ in patient safety: A qualitative study of consumer experiences. Health Expectations 15(3), 327-336.

Schaepe, C.; Ewers, M. (2017): „I need complete trust in nurses” – Home Mechanical Ventilated Patients’ Perceptions of Safety. Scandinavian Journal of Caring Sciences, E-first, doi: 10.1111/scs.12418.

Schaepe, C.; Ewers, M.; Tegethoff, D. (2016): Qualitative Interviews. Menschen mit kommunikativer Beeinträchtigung. Zeitschrift für Palliativmedizin 17(4), 163-165.

Swedberg, L.; Chiriac, E. H.; Törnkvist, L.; Hylander, I. (2012): Patients in 24-hour home care striving for control and safety. BMC Nursing 11(9), 1-12.

Wassenaar, A.; Schouten, J.; Schoonhoven, L. (2014): Factors promoting intensive care patients‘ perception of feeling safe: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 51(2), 261-273.

Wischet, W.; Eitzinger, C. (2009): Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur in der Medizin: Kontext und Konzepte. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103(8), 530-535.

**Autorin**

**Dr. Yvonne Lehmann**
Krankenschwester, Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Autorin**

**Christiane Schaepe MPH**
Gesundheits- und Krankenpflegerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Autor**

**Prof. Dr. Michael Ewers MPH**
Pflege- und Gesundheitswissenschaftler mit besonderer Expertise u.a. in der technikintensiven häuslichen Versorgung Schwerstkranker, in der Primärversorgung in ländlichen Räumen und im internationalen Vergleich und in Fragen der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen; Professor für Gesundheitsberufe und ihre Didaktik sowie Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin

# Fördernde Prozesspflege

## Eine Chance für personenzentrierte Professionalität?

### Ein Vortrag von Frau Prof. Monika Krohwinkel

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege, sehr geehrte Damen und Herren.

Ich freue mich, dass ich heute zu Ihnen zum Thema „Fördernde Prozesspflege“ sprechen darf. Bevor wir uns intensiver mit diesem Thema befassen können, möchte ich kurz auf drei Fragen eingehen, die mir zur Fördernden Prozesspflege immer wieder gestellt werden:

1. Worum geht es bei der fördernden Prozesspflege und was ist das zentrale Interesse?

2. Wo und wie wurde fördernde Prozesspflege gefördert und entwickelt?

3. Wir sprechen vom Pflegemodell, sie sprechen vom Pflegesystem. Worum geht es dabei und was gehört dazu?

Lassen Sie mich mit dem **zentralen Interesse** beginnen:

Es geht um Fragen, wie pflegebedürftige Personen aber auch ihre mit- betroffenen Bezugspersonen im Pflegeprozess fördernd unterstützt, angeleitet, beraten und begleitet werden können, bei ihrem Bestreben, ihre Fähigkeiten bzw. ihre Restfähigkeiten zu erhalten, zu erlangen- oder wiederzuerlangen. Hierbei geht es jeweils um solche Fähigkeiten und Restfähigkeiten, die ihnen helfen (ohne oder auch mit Unterstützung Anderer) ihre Bedürfnisse zu befriedigen und mit ihren Einschränkungen in ihren Aktivitäten-, ihren Beziehungen und ihren Existentiellen Erfahrungen zurechtzukommen (verkürzt ABEDL genannt).

Und, es geht natürlich darum, wie insbesondere Pflegefachpersonen in der Begegnung und beim pflegerischen Handeln hierbei Unabhängigkeit und Wohlbefinden dieser Personen fördern können; und dies nicht nur – wie traditionell eher üblich – im Tun, sondern auch im Denken, im Wollen und Entscheiden und im Ausdruck von Gefühlen; und zwar so, wie dies für die diese Person möglich und von Bedeutung ist.

**Fördernde Prozesspflege liefert hierzu konzeptuelle und empirische Grundlagen.**

Die vorliegenden konzeptuellen und empirischen Grundlagen Fördernder Prozesspflege sind das Ergebnis eines ständigen Austausches und einer aktiven Wechselbeziehung zwischen theoretischen Erkenntnissen und pflegepraktischen Erfahrungen, die beide wiederum mittels Forschung überprüft worden sind.

Die Forschungs- und Entwicklungsprojekte sind zunächst in Akutkrankenhäusern (in England und Deutschland) durchgeführt worden; danach in stationären Langzeiteinrichtungen (vor allem der Altenhilfe) sowie in ambulanten Pflegezusammenhängen. Die Entwicklungsprozesse wurden jeweils mit Mitteln der Interventionsforschung und Methoden des reflektierenden Erfahrungslernens begleitet.

In den Forschungsprozessen und den damit zusammenhängenden Basis- und Postinterventionserhebungen wurden vor allem Verfahren und Methoden der „Grounded Theory“ (in empirischen Daten gegründete Theorieentwicklung) angewandt. Quantitative Methoden wurden dort, wo sie die Validität und Reliabilität stützten, komplementär mit qualitativen Verfahren verknüpft.

Die Vorgehensweisen und Schritte in diesen Prozessen haben sich (ähnlich wie von Corbin und Strauss 2004 beschrieben) nicht linerar vollzogen, sondern sie überschnitten sich gegenseitig, oft gleichzeitig und manche bedingten sich auch gegenseitig. Jedes Stadium in diesen sich wechselseitig beeinflussenden Prozessen und jede neue Erkenntnis hat zur Überprüfung, Modifizierung und Substantiierung der Inhalte des sich daraus entwickelnden konzeptuellen Systems und des Handlungssystems Fördernder Prozesspflege geführt.

Ich komme zur Frage 3 und möchte Ihnen Fördernde Prozesspflege als System vorstellen:

**Zur Prozesspflege gehören ein konzeptuelles System und ein Handlungssystem.**

Beide Systeme sind eng miteinander verknüpft. Sie bilden eine Einheit und beeinflussen sich gegenseitig. Zum konzeptuellen System gehören handlungsleitend:

**Konzepte mit ihren konzeptverbindenden Aussagen:**

- zu Person und Umgebung
- zu Unabhängig und Wohlbefinden
- zu Aktivitäten, sozialen Beziehungen und Existentiellen Erfahrungen des Lebens.

**Die Prinzipien**

- **Dynamische Ganzheitlichkeit**
  - Offenheit, Wechselwirksamkeit und Synergie;
- **Personenzentriertheit und Beziehungsbezogenheit**
  - Entwicklungs- und Lebensprozessbezogenheit
  - Fähigkeits-und Förderungsorientiertheit
  - Sinn- und Kontextbezogenheit
  - Prioritätsorientiertheit.

Ich erwähne die Prinzipien, weil das Verstehen dieser Prinzipien von grundsätzlicher Bedeutung ist für das Verstehen und Anwenden der Schwerpunkte und Inhalte des konzeptuellen des Systems und des Handlungssystems.

Das Handlungssystem Fördernder Prozesspflege beinhaltet:

**Das Rahmenmodell**

Es ist das wichtigste Modell Fördernder Prozesspflege. Es verbindet das konzeptuelle System mit dem Handlungssystem. Das definierte primäre pflegerische Interesse so wie die primären Handlungsschwerpunkte sind dort begründet und erklärt. Sie finden sich in allen anderen Modellen wieder.

**Modelle mit Verfahren, Methoden und Instrumenten.**

Ihre Anwendung wird im Zusammenhang mit Pflegeprozess, Management und Qualitätsentwicklung beschrieben;

**Indikatoren und Muster** defizitärer versus personenzentrierter- und fähigkeitsfördernder Pflegeprozesse.

Diese sind entsprechenden Qualitätskategorien zugeordnet und dort erklärt.

In meinen heutigen Ausführungen kann ich nur wenige Elemente der Fördernden Prozesspflege herausgreifen und diese auch nur in einigen Teilen beleuchten.

Dies möchte ich tun im Zusammenhang mit...

- einigen Erkenntnissen zum Pflegeprozess.
- einigen Erkenntnissen zu Aktivitäten, Beziehungen, existentiellen Erfahrungen des Lebens und ihre Anwendung im Pflegeprozess.
- einigen Indikatoren und Mustern defizitärer Pflegeprozesse versus personenzentriert- und fähigkeitsfördernder Pflegeprozesse. Hierbei werde ich besonders die Kategorien Unsichtbarkeit versus Sichtbarkeit und Diskontinuität versus Kontinuität beleuchten.

Hiermit möchte ich Sie auf einen kleinen Exkurs zur tätigkeitsorientierten versus personenzentrierten Anwendung von Pflegemaßnahmen und Me- thoden einladen.

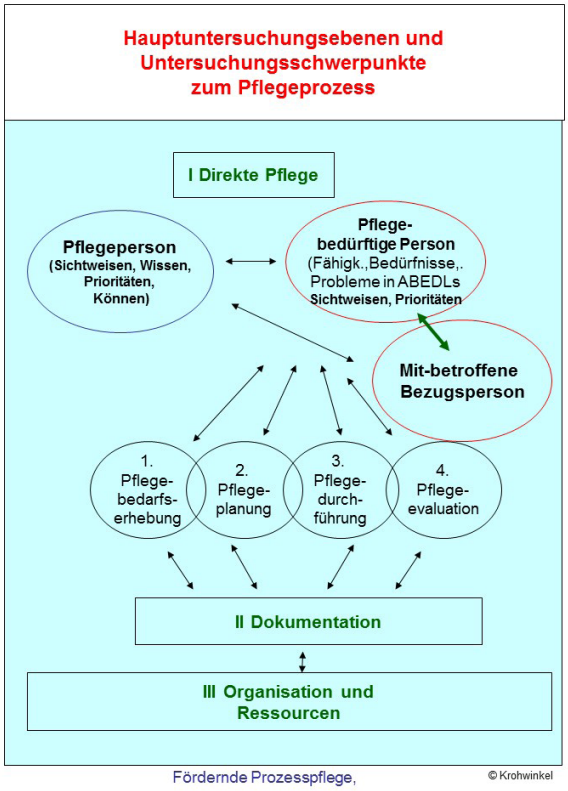
Lassen Sie mich mit einigen Erkenntnissen zum Pflegeprozess beginnen:

In meinen heutigen Ausführungen kann ich nur wenige Elemente der Fördernden Prozesspflege herausgreifen und diese auch nur in einigen Teilen beleuchten.

Dies möchte ich tun im Zusammenhang mit

- einigen Erkenntnissen zum Pflegeprozess
- einigen Erkenntnissen zu Aktivitäten Beziehungen, existentiellen Erfahrungen des Lebens und ihrer Anwendung im Pflegeprozess
- einigen Indikatoren und Mustern defizitärer Pflegeprozesse versus personenzentriert- und fähigkeitsfördernder Pflegeprozesse. Hierbei werde ich besonders die Kategorien Unsichtbarkeit versus Sichtbarkeit und Diskontinuität versus Kontinuität beleuchten.
- und, ich möchte Sie auf einen kleinen Exkurs zu tätigkeitsorientierten versus personenzentrierten Anwendung von Pflegemaßnahmen und Methoden einladen.

Lassen Sie mich mit einigen Erkenntnissen zum Pflegeprozess beginnen.




**Hauptuntersuchungsebenen zum Pflegeprozess (C) Prof. Monika Krohwinkel**

Der Pflegeprozess wurde in drei Prozessebenen untersucht:

I dem direkten Pflegeprozess,
II der Dokumentation,
III der Pflegeorganisation

Pflegeorganisation mit ihren Ressourcen sowie Pflegedokumentation sind darauf hin untersucht worden, inwieweit diese Kontinuität und Qualität im direkten Pflegeprozess fördern oder behindern. Hierbei wurden die jeweils vorhanden, personellen-, zeitlichen-, materiellen- und strukturellen Ressourcen mit-erfasst. Und es wurde erfasst, wie diese qualitativ und quantitativ zugeordnet wurden. Dies hat dazu geführt, dass im Zuge der Entwicklung hin zur Fördernden Prozesspflege in beinahe allen Einrichtungen die Organisation und die Zuordnung - vor allem der vorhandenen personellen Ressourcen - entsprechend angepasst wurden, damit erforderliche Veränderungen im direkten Pflegeprozess und in der Dokumentation wirksam werden konnten.

**Priorität** hatte und hat bei der Erforschung, Entwicklung und Anwendung der Fördernden Prozesspflege aber **der Pflegeprozess im direkten Pflegebereich**, d. h. dort, wo Pflege passiert; denn nur hier können pflegebedürftige Personen und ihre mit-betroffenen Bezugspersonen Pflege in ihren Wirkungen erfahren; nur hier kann auch der Pflegebedarf, sowie die Wirkungen pflegerischen Handelns unmittelbar überprüft werden.

Die Untersuchungen im direkten Pflegeprozess fokussierten

- pflegebedürftige Personen und ihre mit-betroffenen persönlichen Bezugspersonen mit ihren Sichtweisen, ihren Fähigkeiten, Einschränkungen und Ressourcen und ihren Prioritäten, d. h. das, was für sie wichtig war;
- sowie Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen mit ihren Sichtweisen, ihrem Wissen und Können, ihren Prioritäten und wie diese in ihren Handlungen und Interaktionen bei den pflegebedürftigen Personen und ihren mit-betroffenen Bezugspersonen sichtbar wurden.

Bevor ich darauf weiter eingehe, lassen Sie uns einige Erkenntnisse zu Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens und zu ihrer Anwendung betrachten. Dies möchte ich auch im Zusammenhang tun mit den Kategorien Unsichtbarkeit versus Sichtbarkeit und den Kategorien Diskontinui-

tät versus Kontinuität.

**Zunächst ein kurzer Rückblick:**
Sowohl in meiner Forschung in England (1982-1984) als auch in der 1993 erstmals veröffentlichten Studie (zum Pflegeprozess Beispiel an Apoplexie- erkrankter Menschen) in Deutschland habe ich mich zunächst an die Aktivitäten des Lebens nach Roper et.al. (1980) angelehnt, da in beiden Krankenhäusern mit diesen Strukturierungen gearbeitet wurde. Bereits meine 1984 in England abgeschlossene **Studie zeigt aber:**

- dass die ausschließliche Orientierung an den Aktivitäten des Lebens im Pflegeprozess dazu führen kann, dass existentielle Erfahrungen, welche Menschen im Zusammenhang mit ihren Lebensaktivitäten machen **unsichtbar** bleiben, ebenso, wie die Bedeutung von Beziehung.
- und es hat sich gezeigt: „Wenn im Pflegeprozess vorrangig nur Probleme fokussiert werden, bleiben Fähigkeiten, Restfähigkeiten, Bedürfnisse und Gewohnheiten der pflegebedürftigen Personen (und ihrer mit-betroffen Bezugspersonen) ebenfalls weitgehend **unsichtbar**."

**Unsichtbarkeit ist eine Kategorie defizitärer Pflegeprozesse.**

Darunter ist alles zugeordnet, was nicht oder nur oberflächlich, d. h. vage erkannt und berücksichtigt wird.
Dies betrifft auch das Beachten von Aktivitäten des Lebens, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen betroffener– und mit-betroffener Menschen. Dabei hat sich gezeigt:
Die bloße Benennung der sogenannten ABEDLs reicht nicht aus. Um diese sichtbar und im Pflegeprozess anwendbar zu machen, mussten die ABEDLs in weiteren Forschungsprozessen konkretisiert und inhaltlich substantiiert werden.

Die damit zusammenhängenden Einzelfall -Erhebungen und Gesamtfallanalysen haben schließlich zu einer solchen Klärung und Substantiierung der ABEDL bezogenen Konzepte, Kategorien und ihrer Inhalte geführt.

® ABEDL Konzepte und Kategorien
*Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um als Person.....*

I Aktivitäten des Lebens zu realisieren und hierbei mit existentiellen Erfahrungen umgehen zu können
1 Kommunizieren zu können
2 sich bewegen zu können
3 vitale Funktionen aufrecht
4 sich pflegen zu können
5 sich kleiden zu können
6 ausscheiden zu können
7 essen und trinken zu können
8 ruhen, schlafen und sich entspannen zu können
9 sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können
10 die eigene Sexualität leben zu können
11 für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können

II Soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existentiellen Erfahrungen umgehen zu können
1 im Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)
2 Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen zu können
III Mit existentiellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln zu können
1 fördernde Erfahrungen machen zu können
2 mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können
3 Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können
4 Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können
5 Sinn finden zu können

IV Soziale Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existentiellen Erfahrungen umgehen zu können.

ABEDL bezogene Konzepte und Kategorien

Die zentrale Aussage zu diesen Konzepten und Konzeptverbindungen ist:

**„Der Mensch benötigt eigene Fähigkeiten und er benötigt Ressourcen aus seiner Umgebung, um als Person...**

I seine Aktivitäten des Lebens realisieren und dabei mit existentiellen Erfahrungen umgehen zu können;

II seine sozialen Beziehungen sichern und gestalte zu können und dabei mit existentiellen Erfahrungen umgehen zu können;

III mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln zu können;

IV Seine sozialen Bereiche sichern und gestalten zu können und dabei mit existentiellen Erfahrungen umgehen zu können."

Das vierte Konzept ist von besonderer Relevanz für soziale Dienste. **Die ersten drei Konzepte mit ihren jeweils zugeordneten Kategorien und Inhalten sind von unmittelbarer Bedeutung für den Pflegeprozess.**
Die in den Gesamtfallanalysen ermittelten Phänomene sind hierbei den jeweiligen Kategorien der Konzepte zugeordnet worden.

So enthält zum Beispiel die Kategorie **<Als Person kommunizieren können>** spezifische Inhalte zum Erfassen von Fähigkeiten, Einschränkungen und Restfähigkeiten im Zusammenhang mit

- Bewusstsein
- Denken, Wollen, Entscheiden und verantworten können
- Gefühle zum Ausdruck bringen können
- sich konzentrieren können
- sich orientieren
- wirklichkeitsbezogen wahrnehmen können
- sein Körperbild und Körperchema wahrnehmen
- Sehen und erkennen (einschließlich Gesichtsfeld)
- Hören und verstehen
- Lesen und verstehen
- Riechen und schmecken
- Tasten und fühlen
- sich mitteilen und sich verständlich machen können (verbal und nonverbal durch
- Gestik und Mimik)
- Sich durch Berührung selbst wahrnehmen und mit anderen kommunizieren können
- (sich selbst berühren können, andere berühren, von anderen berührt werden können).

**Hinweis**
Diese ABEDL - Kategorie mit ihren spezifischen Inhalten ist – wie alle anderen Kategorien mit ihren Inhalten - wohl von grundsätzlicher Bedeutung im Lebensprozess von uns Menschen. Sie sind aber selbstverständlich nicht bei allen pflegebedürftigen Personen und auch nicht in jeder Pflegesituation relevant. Dennoch es hat sich gezeigt, sie können den Blick weiten und Orientierung geben. Dabei kann das entsprechend entwickelte Assessment-und Diagnoseinstrument in den Händen kompetenter Pflegefachpersonen ein reliables Hilfsmittel sein für personenzentrierte und an die jeweilige Situation angepasste Assessment- und Diagnoseprozesse; Assessment und Diagnosen sind die Grundlage für die Effektivität des gesamten Pflegeprozesses.

„Wenn Assessment und Diagnosen fehlen, unzutreffend oder oberflächlich, d. h. vage sind, ist nicht mehr zu beurteilen, ob Maßnahmen und Ziele dem Bedarf der betroffenen (ihrer mit-betroffenen Person) entsprechen; Maßnahmen und Ziele können dann nur zufällig richtig oder falsch sein. Darüber hinaus können solche Maßnahmen die betroffene Person unter Umständen sogar gefährden“ (Krohwinkel 1993, 2007/2008, 2013).

Eine weitere Erkenntnis erscheint mir in diesem Zusammenhang wichtig:

Diese Erkenntnis betrifft die ABEDL – Kategorien mit ihren Inhalten **„Kommunizieren, sich bewegen und vitale Funktionen aufrecht erhalten“**.

- Diese ABEDLs beeinflussen sich nicht nur wechselseitig, sondern Fähigkeiten und Einschränkungen beim Kommunizieren beim Bewegen oder den vitalen Funktionen wirken sich signifikant häufig (verursachend oder mit-verursachend) aus, auf Fähigkeiten und Einschränkungen auch in anderen Aktivitäten des Lebens.
- Darüber hinaus können sie Einfluss nehmen auf soziale Kontakte und Beziehungen und Einschränkungen in diesen ABEDLs gehen häufig einher mit existentiell belastenden Erfahrungen.
- Wenn in diesen ABEDL–Kategorien, Einschränkungen (mit ihren Ursachen und Einflussfaktoren, z.B. Erkrankungen oder Behinderungen) erkannt – und diesen Einschränkungen konkret Restfähigkeiten zugeordnet werden, können hieraus plausibel (schlüssig) auch Fähigkeiten und Einschränkungen in anderen (für die jeweils betroffene Person) relevanten ABEDLs abgeleitet werden.

**Von der Unsichtbarkeit zu mehr Sichtbarkeit und von der Diskontinuität zu mehr Kontinuität**
Bei den Entwicklungen zur Fördernden Prozesspflege ging und geht es immer darum, von der Unsichtbarkeit hin zu mehr Sichtbarkeit; und von der Diskontinuität zu mehr Kontinuität im Pflegeprozess zu kommen.

Neben Unsichtbarkeit ist Diskontinuität eine weitere Kategorie defizitärer Pflege.

**Von Diskontinuität sprechen wir, wenn durch Wechsel von Pflegepersonen pflegebedürftige Personen unterschiedliche Pflege erhalten.**
Zwar gibt es bei vorherrschender Diskontinuität in der Regel immer auch einzelne Pflegefachpersonen, die sich bei der Durchführung von Maßnahmen personenzentriert und fördernd verhalten. Positive Auswirkungen solch fördernder Verhaltensweisen werden aber bei vorherrschender Diskontinuität wieder nivelliert.
Darüber hinaus beeinträchtigt Diskontinuität den Aufbau pflegerischer Beziehung; denn auch im Pflegeprozess entsteht Beziehung doch nicht durch häufig wechselnde Kontakte, sondern durch die Qualität und Kontinuität solcher Kontakte.

Zudem trägt Diskontinuität erheblich zu existentiell belastenden Erfahrungen bei; belastende Erfahrungen, wie Orientierungslosigkeit und Ungewissheit; denn bei Diskontinuität wissen pflegebedürftige Personen und ihre mit-betroffenen Angehörigen in der Regel zwar, dass jemand kommt, aber nicht wer kommt und wie dann mit ihnen umgegangen wird.

Diskontinuität und Kontinuität haben drei Dimensionen

- die zeitliche Dimension:
  diese Dimension bezieht sich darauf, wann jemand kommt;
- die personale Dimension:
  in dieser Dimension wird erfasst, wer kommt;
- die inhaltliche Dimension:
  diese Dimension beschreibt, wie die pflegenden Personen in vergleichbaren Situationen, und unveränderten Bedürfnis- sen, Fähigkeiten und Problemen der pflege bedürftigen Person handeln.

Hierbei zeigen die Untersuchungsergebnisse deutliche Zusammenhänge zwischen der personale und der inhaltlichen Dimension. Dies bedeutet:

**< Umso größer das Ausmaß von Kontinuität im direkten Pflegeprozess ist, umso geringer ist die Gefahr, dass betroffene Personen (ihre mit-betroffenen Bezugspersonen unterschiedliche Pflege erhalten >.**

Dabei sind Kontinuietät, Sichtbarkeit und Qualität mit ihren Wirkungen auch wiederum am ehesten im direkten Pflegeprozess beobachtbar, erfahrbar und bar. **Kontinuität hat sich hierbei als Schlüsselkategorie für eine gezielte Entwicklung hin zur personen- zentrierten und situationseinbeziehenden Förderung gezeigt.**

- Hierbei beeinflusst Kontinuität fundamental nicht nur das Ermöglichen pflegerischer Beziehung, sondern auch die Effektivität von Beobachtung und Handlung, dies auch bei der pflegerischen Mitwirkung in medizinischen Diagnose-und Therapieprozessen.

- Zudem ermöglicht Kontinuität eine personenzentrierte Abstimmung und Koordination zwischen den pflegenden- und den anderen in die Behandlung und Betreuung einbezogenen Berufsgruppen.

Dabei hat sich die Einführung des Organisationssystems der Bezugspersonenpflege (eine modifizierte - und erweiterte Form des‘ Primary-Nursing-Systems) als wesentlich für die Entwicklung von Sichtbarkeit, Kontinuität und Qualität erwiesen (vgl. Krohwinkel, 1993, 1998, 2013).

Lassen uns abschließend noch einige Erkenntnisse zur Bedeutung tätigkeits- versus personenzentrierter Anwendung pflegerischer Maßnahmen und zur berufsspezifischen Anwendung fördernder Methoden miteinander teilen.

**Tätigkeits- versus personenzentrierter Anwendung von Maßnahmen und Methoden im Pflegeprozess:**

Zusammenhängend mit überlieferten mechanistischen Sichtweisen von beruflicher Pflege, werden Pflegemaßahmen zum Teil immer noch (bzw. auch wieder neu) der sogenannten Grundpflege bzw. der sogenannten Behandlungspflege zugeordnet.

Dabei werden die Maßnahmen der sogenannten Grundpflege traditionell als einfache Tätigkeiten angesehen, die jeder, der in der Pflegepraxis tätig ist, durchführen kann.Diese Sichtweise aber hält einer Überprüfung nicht stand; denn, **ob eine Maßnahme und die damit zu- sammenhängende Tätigkeit einfach oder anspruchs- voll ist, hängt nicht von der jeweiligen Maßnahme ab, sondern dies hängt ab von der Komplexität der Bedarfssituation einer pflegebedürftigen Person.** So können auch Maßnahmen wie die zur Körperpflege zur Mundpflege, zum Essen und Trinken einfach sein, aber sie können auch so komplex und anspruchsvoll sein, dass sie ausschließlich von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführt werden sollten.

Auch bei solchen Maßnahmen finden Konzepte, Theorien, Methoden und Instrumente aus verschiedenen Wissensbereichen der Pflege, aber auch aus anderen Wissensgebieten ihre berufsspezifische Anwendung.

Dies möchte exemplarisch deutlich machen:
In der bereits erwähnten Studie zur Erfassung und Entwicklung Fördernder Prozesspflege am Beispiel von an Apoplexie erkrankter Menschen arbeiteten Physiotherapeutinnen, Logopäden und Pflegefachpersonen jeweils bei der Förderung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden dieser betroffenen (und ihrer mit-betroffenen) Personen zusammen. Dabei stimmten sie ihr schwerpunktmäßiges Vorgehen eng miteinander und mit der betroffenen Person ab. Die Logopädinnen und Physiotherapeuten fokussierten dabei berufsspezifisch vorrangig die Kommunikat-

ionsprobleme bzw. die Mobilitätsprobleme der betroffenen Menschen. Die Logopädinnen führten ihre Maßnahmen in den Akutkrankenhäusern in der Regel ein bis zweimal wöchentlich durch; die Physiotherapeutinnen taten dies ein bis zweimal täglich pro Patient.

Die **Pflegefachpersonen förderten** bei entsprechenden Bedarfen ebenfalls die Kommunikationsfähigkeiten und Bewegungsfähigkeiten der betroffenen Personen. Sie taten dies **berufsspezifisch**, indem sie die entsprechenden Methoden kontinuierlich in die jeweils erforderlichen Pflegemaßnahmen der betrof- fenen Personen integrierten (bei der Körperpflege, der Mundpflege, beim An – und Auskleiden, beim Essen und Trinken beim Ausscheiden, sowie bei der damit verbundenen Mobilisation innerhalb und außerhalb des Bettes.

Die Pflegefachpersonen taten dies personenzentriert durchschnittlich 21mal pro Tag. Nun wissen wir aus der neurologischen Forschung, dass „umso gezielter und kontinuierlicher solche Förderung geschieht, umso größer ist die Chance neuer nervaler Innervation“.

In der genannten Studie zur Fördernden Prozesspflege konnte somit - nicht ausschließlich, aber in Deutschland erstmalig - der pflegespezifische Beitrag solch integrativer Förderung und ihre synergetische Wirkung exemplarisch nachgewiesen werden.

Ein Phänomen sei noch erwähnt:
Die pflegebedürftigen Personen (und ihre mit- betroffenen Bezugspersonen) nahmen die integrale Dimension der pflegerischen Förderung zunächst nicht wahr. Erst als die Pflegefachpersonen für sie nachvollziehbar machten, wie sie die fördernden Methoden zur Kommunikation und Bewegung in die jeweiligen Pflegemaßnahmen integrierten und mit welchem Ziel sie das taten, wurde dies auch den betroffenen (mit-betroffenen) Personen bewusst; das heißt, es wurde für sie sichtbar.

## Ich komme zum Schluss:

Das konzeptuell und handlungsorientiert integrierte System Fördernde Prozesspflege kann eine Grundlage zur Entwicklung personenzentrierter Professionalität sein. Und, es ist ein Fundament, auf dem PflegewissenschaftlerInnen und ihre in der Praxis tätigen KollegInnen neue Erkenntnisse und Erfahrungen aufbauen, und den Korpus pflegerischen Wissens substantiieren und erweitern können.

Der Vortrag wurde gehalten auf dem Symposium <Pflege im Weitblick> am 16. März 2017 in Wien

Veranstalter: Das Franziskus Spital & Pflege Professionell

**Autorin**

**Prof. Monika Krohwinkel**
Prof.(em.) Monika Krohwinkel, Gesundheits-und Krankenpflegerin, Hebamme (Deutschl. u. England) Pflegewissenschaftlerin u. Erziehungswissenschaftlerin. Arbeitsschwerpunkt: Fördernde Prozesspflege: Forschung, Theorie und Praxis.

## Literaturempfehlung:

Monika Krohwinkel
Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDls - Forschung, Theorie und Praxis, Huber/Hogrefe (2013), Bern

# Für alle, die ältere Menschen betreuen und begleiten

Romana Kandioler, Heinz Kuderna, Gerlinde Michels

## Erste Hilfe für Senioren

Notfälle erkennen | Richtig handeln | Besser vorbeugen

maudrich 2017, 184 Seiten, durchgehend farbig, Klappenbroschur
ISBN 978-3-99002-050-0
EUR (A) 19,90 / EUR (D) 19,40 / sFr 24,90 UVP

ISBN 978-3-99002-036-4

ISBN 978-3-85175-928-0

ISBN 978-3-7089-1427-5

www.facultas.at/verlag

maudrich

(C) Photographee.eu

# Palliative Care Pflege bei neurologischen Erkrankungen – was macht den Unterschied?

Zu den meisten neurologischen Erkrankungen zählen Multiples Sklerose (MS), Amyothrophe Lateralsklerose (ALS) und Morbus Parkinson (MP). Es gibt viele weitere neurodegenerative Erkrankungen wie Chorea Huntington (HD) und atypische Formen des Parkinson Syndroms wie die Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP), kortikobasale Degeneration (KBD) oder die Multiple Systematrophie (MSA). Alle diese Erkrankungen sind für die Pflege in Palliative Care von Bedeutung.

Es stellt sich oft die Frage, ob für diese neurodegenerative Erkrankungen spezielle Anforderungen und Herausforderungen für die Pflege gerade in der palliativen Betreuung benötigen (Lorenzl et al., 2013). Auch heute zeigt sich, dass die Zuweisungskriterien zu einer palliativen Betreuung sehr unterschiedlich sich. So konnte in einer qualitativen Studie (Dieplinger et al., 2017) gezeigt werden, dass immer noch überwiegend Krebsdiagnosen vorliegen müssen, dass eine Aufnahme auf eine Palliative Care erfolgen kann.

Diese neurologisch erkrankten PatientInnen haben keine Krebsdiagnose und haben aber durch die laufend fortschreitenden Einschränkungen massive Beeinträchtigungen in der Lebensqualität. Nach der WHO Definition ist Palliative Care für PatientInnen mit einer Erkrankung (WHO, 2002), welche das Leben begrenzt. PatientInnen mit neurodegenerativen Erkrankungen unterscheiden sich in der Pflege von krebserkrankten PatientInnen und brauchen eine palliative Versorgung. Das St. Christophers Hospice von Cicely Saunders hat diese Versorgungsproblematik damals schon erkannt und betreut PatientInnen mit ALS und chronischen lebensendenden Erkrankungen.

## Was kann eine palliative Pflege beitragen?

Bei neurodegenerativen Erkrankungen zeigen sich die gesundheitlichen Einschränkungen sehr unterschiedlich und in verschiedenen Ausprägungen. Besonders die Aktivitäten des täglichen Lebens sind eingeschränkt. Basale physiologische Funktionen, wie schlucken, atmen und husten, sind teilweise unmöglich (Lorenzl et al., 2013). Zu diesen körperlichen Beeinträchtigungen kommen noch Persönlichkeits- und Wesensveränderungen sowie bei dementiellen Erkrankungen die Einschränkung von kognitiven Leistungen (Oliver et al., 2016)

Im Unterschied zu onkologischen Erkrankungen verlieren diese PatientInnen langsam und progressive über Monate und Jahre täglichen Aktivitäten. Eine signifikante Anzahl von PatientInnen dieser Erkrankungsformen leiden neben dem Verlust der körperlichen Selbstständigkeit am Verlust der eigenen Autonomie und Würde (Lorenzl, 2013).

Die meisten PatientInnen und deren Angehörige erleben einen langsamen, kontinuierlichen Verlust ihrer Selbstständigkeit einhergehend mit immer größer werdender Abhängigkeit und Pflegebedüftigkeit. Viele PatientInnen erleben diesen körperlichen Verfall bei vollständiger geistiger Klarheit. Sie sind weiterhin in der Lage Rechtsgeschäfte zu erledigen und geistig am Leben teilzunehmen. Zunehmende Pflegebedürftigkeit bedeutet von der einfachen Hilfe bei Erledigung von Einkäufen, Inanspruchnahme von Hilfsmitteln bis hin zur vollständigen Übernahme der körperlichen Pflege. Die Ausprägungen der pflegerischen Aspekte bei neurodegenerativen Erkrankungen sind mit Fortschreiten der Erkrankung oftmals absehbar. PatientInnen und Angehörige wissen, dass es bei diesen Formen der Erkrankung keine bzw. nur wenig Verbesserung im Fortschreiten der Hilfsbedürftigkeit gibt. Es ergibt sich aus dieser Dichotomie der Verhältnisse zwischen erhaltener geistiger Klarheit und Verlust der Körperfunktionen nicht selten auch der Wunsch nach Euthanasie. Patienten mit ALS sind diejenige PatientInnengruppe, die am häufigsten Hilfe in der Schweiz bei Organisationen der Sterbehilfe suchen (Kapp, 2003).

Körperliche Beeinträchtigungen bei neurodegenerativen Erkrankungen können so ausgeprägt sein wie Mobilitätseinschränkungen durch Lähmungen, direkte oder indirekte Inkontinenz, schmerzhafte Spastiken oder Krämpfe der Muskulatur (Bükki et al., 2016). Aber auch scheinbar „kleine“ Beeinträchtigungen wie vermehrter Speichelfluss können große Auswirkungen auf den Patienten haben. Neben dem häufigen Verschlucken und konsekutiv entstehenden Lungenentzündungen besteht eine für alle sichtbare soziale Stigmatisierung durch den häufig dauernd aus dem Mund tropfenden Speichel.

## 1. Die Rolle der Angehörigen

Auch von den Angehörigen der PatientInnen werden die Fähigkeits- und Fertigkeitsverluste der Erkrankten als leidensvoll erfahren, sie sind durch die Versorgung, Betreuung und die Begleitung der Patienten häufig sehr stark belastet. Prognosen über den Verlauf von neurodegenerativen Erkrankungen sind schwierig und oft nur durch Spezialisten seriös zu stellen.

Das Verständnis für die Erkrankung des Patienten von Seiten seiner Angehörigen und anderer Kontaktpersonen ist für den Patienten sehr wichtig. Viele Angehörige kümmern sich liebevoll um die erkrankten Lebenspartner und lassen dabei oft eigene Bedürfnisse in den Hintergrund treten. Da der Verlauf der meisten neurodegenerativen Erkrankungen über Jahre langsam progredient ist, müssen viele Angehörige diesen leidvollen Weg in vollem Umfang mit begleiten. Durch den langsamen Beginn der Erkrankung und einem langsam ansteigenden Pflegebedarf wird oftmals von den Angehörigen der Punkt der Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten übersehen bzw. nicht erkannt. Hilfe bei der Körperpflege wird meist erst dann beantragt, wenn der Leidensdruck der pflegenden Angehörigen sehr angespannt ist. Gerade die Angehörigen bedürfen eines hohen Ausmaßes an psychosozialen Copingstrategien um dem Pflegealltag zu Hause gerecht zu werden.

Der erkrankte Mensch und der gesunde Angehörige sind in einem viel stärkeren Ausmaß eine „unit of care“ als man dies von PatientInnen mit Tumorerkrankungen gewöhnt ist. Der gesamte Tagesablauf wird nach teilweise auf die Minute getakteten Vorgängen aufeinander abgestimmt und als feste Struktur in einer haltlosen Zukunft streng eingehalten.

Die Aufgabe, die die pflegenden Angehörigen auf sich nehmen ist mit einer großen Belastung verbunden. Daher ist es wichtig, dass die pflegenden Angehörigen auch auf sich selbst achten und sich Freiräume schaffen. Dies kann zum Beispiel durch die Anbindung an örtliche Nachbarschaftshilfen, Hospizverbände oder Therapiegruppen geschehen, in denen die Patienten stundenweise betreut werden können. Viele Angehörige haben insbesondere mit ehrenamtlichen Helfern (z. B. Hospizgruppen) sehr positive Erfahrung gesammelt.

Zu den Angeboten im extramuralen Bereich gibt es beispielsweise in Österreich Programme von Versicherungsträger, welche von Betroffenen und Angehörigen in Anspruch genommen werden können. In Oberösterreich können pflegende Angehörige eine „Auszeit“ von rund 3 Wochen nehmen. Rund 400 Pflegende pro Jahr können eine körperliche und seelische Erholung in Anspruch nehmen, um letztlich wieder Kraft zu tanken. Sie erhalten für die oft sehr belastende Arbeit der Pflege zu Hause Hilfen und Tipps um präventiv Belastungsstörungen bzw. –erkrankungen vorzubeugen. Die zu Pflegenden werden während dieser Zeit individuell versorgt. Die Organisation der Versorgung übernimmt der Versicherungsträger. Ebenso werden die Kosten zu einem großen Teil von der Krankenversicherung übernommen. (Gebietskrankenkasse Oberösterreich, 2015)

Ein großer Teil der Lebensqualität der PatientInnen rührt von dieser Intensivpflege der Angehörigen, denen

damit unbeabsichtigt eine große Bürde auferlegt wird. Sie avancieren zu Spielern mehrerer Rollen, da sie neben dem Lebenspartner die Rolle des langjährigen Pflegers übernehmen müssen. In einer qualitativen Studie (n=60) in Linz in Oberösterreich wurden die Bedürfnisse von Patienten und deren Angehörigen untersucht. Hier zeigte sich, dass Menschen, welche Pflege bedürfen, sich sehr auf ihre Angehörigen verlassen. Die Angehörigen selber sind wiederum zu einem sehr hohen Maß mit der gesamten Situation überfordert und benötigen gerade bei der Diagnosestellung Beratung über mögliche Hilfestellungen. (Dieplinger, 2008)

## 2. Palliativpflege von Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen

Eine Umfrage unter Mitarbeitern von Palliativstationen und Hospizen in München und im Umland von München hat gezeigt, dass die dort beschäftigten Pflegekräfte einen deutlichen Unterschied zwischen der Pflege onkologischer PalliativpatientInnen im Vergleich zur Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen neurodegenerativen Erkrankungen fühlen (Brunner et al., 2009). Die Unterschiede manifestierten sich in Bezug auf Zufriedenheit und der Erfolgsbewertung in der Versorgung. Ebenso zeigte sich, dass bei der Betreuung von PatientInnen die an neurodegenerativen Erkrankungen leiden möglicherweise andere pflegerische Prioritäten zu setzen sind. Faktoren, die für diese geringere Zufriedenheit der Pflegenden verantwortlich gemacht werden könnten, scheinen die erschwerten verbale Kommunikation und der hohe Zeitaufwand in deren Versorgung zu sein. Es zeigte sich ebenso, dass nur wenige Teams über vermehrte Erfahrungen mit diesem PatientInnenkreis verfügen (Datenerhebung August 2008 bis einschließlich Juli 2009). Eine Hypothese im Vorfeld der Studie war, dass die Arbeit mit an neurodegenerativen Erkrankungen leidenden PatientInnen anders ist, als die mit der „klassischen“ PatientInnengruppe der Tumorerkrankten. Ziel der Untersuchung war es, für die Palliativpflege von Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen ein Bewusstsein zu schaffen und Ansatzpunkte herauszuarbeiten um spezielle Anforderungen dieser Patientengruppe herauszuarbeiten und ihnen zukünftig besser gerecht werden zu können (Brunner et al., 2009).

Innerhalb der Untersuchung konnten mehrere Problemfelder erarbeitet werden, die für Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen charakteristisch sind:

- Kommunikationsschwierigkeiten
- Forderungen der Patienten und Angehörigen
- Problemfelder im Umgang mit den Angehörigen

### 2.a) Kommunikationsschwierigkeiten

Palliativmedizin lebt von Kommunikation. Damit ist sowohl die verbale als auch die non-verbale Kommunikation gemeint. Eine der Formen, aber oft auch beide, sind bei PatientInnen mit neurodegenerativen Erkrankungen eingeschränkt. Häufig liegt eine Sprachstörung (Aphasie) vor, die es dem PatientInnen unmöglicht macht, die geeigneten Worte zu finden oder das gesprochene Wort einem Begriff zuzuordnen. Diese Situation erhöht

**(C) fmarsicano**

den Zeitaufwand, den man auch bei einfachen Pflegeleistungen am Patienten verbringen muss. Der/die PatientIn wird zudem ungeduldig, wenn er bemerkt, dass er nicht rasch genug sprechen kann oder wenn man die angefangenen Worte nicht hinreichend versteht. Dies kann zu Spannungen bis hin zu aggressiven Ausbrüchen seitens des Patienten führen. Viel häufiger erlebt man allerdings Traurigkeit und Resignation. Bei einigen PatientInnen ist zudem die Möglichkeit der non-verbalen Kommunikation gestört, da sie die mimische Muskulatur nicht benutzen können oder Extremitäten gelähmt sind. Anhand dieser PatientInnen wird deutlich, wie sehr wir im Alltag, aber ganz besonders in der Palliativmedizin, non-verbale Kommunikation einsetzen.

### 2.b) Forderungen der PatientInnen und Angehörigen

Da bei PatientInnen mit neurodegenerativen Erkrankungen, die über einen längeren Zeitraum bestehen, der Tagesablauf bereits minutiös den individuellen Wünschen und Möglichkeiten angepasst ist, trifft diese Strukturierung bei einer stationären Aufnahme der PatientInnen auf die Tagesstruktur der Stationsversorgung. Hierdurch können Situationen entstehen, die es dem Pflegeteam erschweren, den eigenen Tagesablauf und die Betreuung anderer PatientInnen zu koordinieren. Die in der häuslichen Versorgung eingespielten Zeitabläufe konkurrieren nicht selten mit dem Stationsalltag. Das stößt nicht selten auf Unverständnis bei den PatientInnen und Angehörigen und häufig besteht keine Flexibilität, den streng reglementierten Tagesablauf an die Abläufe auf Station anzupassen (Bükki et al., 2016). Dem Pflegeteam wird dadurch die Betreuung zusätzlich erschwert, da man im Bemühen um die bestmögliche Versorgung, diese auch an bestimmte Tageszeiten binden sollte. Dieser quantitative und qualitative Pflegeaufwand bedingt nicht selten, dass eine volle Pflegekraft den überwiegenden Anteil ihrer Dienstzeit mit lediglich einem Patienten verbringt. Dies ist auf vielen Stationen aufgrund der Pflegesituation nicht möglich.

Eine weitere Problemsituation entsteht, wenn beispielsweise die Nahrungsaufnahme des Patienten aufgrund einer Schluckstörung bereits eingeschränkt ist, der/die PatientIn und der Angehörige jedoch auf einer oralen Nahrungsaufnahme, verbunden mit einer Fütterung des Patienten bestehen. Hierbei kann im besten Fall die Gabe der Nahrung noch möglich sein, sich aber über einen sehr langen Zeitraum hinziehen (teilweise über Stunden). Es kann jedoch ebenso die Situation bestehen, dass aus medizinischen Gründen die orale Nahrungsaufnahme kontraindiziert ist, da die Gefahr der Aspirationspneumonie besteht. Die Angehörigen und teilweise auch die PatientInnen bestehen allerdings nicht selten weiterhin auf einer oralen Nahrungsaufnahme. In einer derartigen Situation ist immer eine Einzelfallentscheidung zwischen dem Wunsch des PatientInnen und der Angehörigen und dem medizinisch vertretbaren von pflegerischer und ärztlicher Seite gemeinsam zu treffen.

### 2.c) Problemfelder im Umgang mit den Angehörigen

Erstaunlich häufig und sicherlich bedingt durch das bereits oben erwähnte, sind die Angehörigen der PatientInnen mit neurodegenerativen Erkrankungen als Begleitpersonen während der stationären Aufnahme anwesend. Allerdings gelingt es dem Palliative Care Team nur in seltenen Fällen, den Angehörigen den für sie notwendigen Freiraum und Erholungszeiten während des Aufenthaltes zu schaffen (Bükki et al., 2016). Viele Angehörige kommen zwar mit dem Wunsch nach Entlastung zur stationären Aufnahme, allerdings schaffen sie es nicht die Betreuung des Patienten aus der Hand zu geben. Sie bemerken zwar einerseits die Überlastung aufgrund der Pflege, können aber – wohl aufgrund der oft bereits langjährigen Betreuung – nichts abgeben, da andere Personen und sogar examinierte Kräfte als sub-kompetent angesehen werden. Dies wird teilweise auch noch durch einschlägiges Wissen um bestimmte mit der Krankheit verbundene Situationen und persönliche Notwendigkeiten des Patienten unterstrichen. Hierdurch wird – sicherlich häufig unbeabsichtigt – der Pflegeperson eine Unwissenheit und Inkompetenz suggeriert, die gerade bei jüngeren Teammitgliedern zu Unsicherheit führen kann. Aus diesem Gefühl kann sich eine generelle Ablehnung gegenüber der Pflege von Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen in der Palliativmedizin entwickeln, da diese Situationen in deutlichem Gegensatz zur Pflege von PatientInnen mit Tumorerkrankungen stehen.

Zudem versterben PatientInnen mit neurodegenerativen Erkrankungen nicht so häufig auf der Palliativstation. Sie gehen auch häufiger in die häusliche Betreuung und können auch zum wiederholten Male aus dieser Betreuung – oft nach Monaten – wieder aufgrund einer akuten oder langsamen Verschlechterung des Zustandes auf die Station aufgenommen werden (Bükki et al., 2016). Die stationäre Betreuung dieser PatientInnen ist daher häufig nicht ausschließlich eine Betreuung am unmittelbaren Lebensende. Aber gerade diese Situation ist eine eigentlich auf für PatientInnen mit Tumorerkrankungen gewünschte Situation, nämlich die Aufnahme auf der Palliativstation nicht unmittelbar am Lebensende (WHO, 2002).

Zu Beginn einer neurodegenerativen Erkrankung ist kaum bis wenig pflegerische Hilfe durch die Angehörigen nötig. Im Laufe des Fortschreitens der körperlichen Einschränkungen werden zunehmend mehr und mehr

Hilfen nötig. Bis eine nahezu vollständige Pflegebedürftigkeit eintritt. Die körperlichen und psychosozialen Grenzen der Angehörigen werden ebenso von einem sehr niedrigen Level bis zum Maximum der individuellen Belastung ausgereizt. Hier übersehen die Pflegenden oftmals durch den langen Zeitraum von der Diagnose bis zum palliativen Stadium übergangslos den Verlust der eigenen Ressourcen und Machbarkeit. Im Unterschied zu onkologischen Erkrankungen, sind neurodegenerative oft Erkrankungen über Jahre diagnostiziert und progredient fortschreitend. Bei Tumorerkrankungen werden von Angehörigen externe Hilfsdienste eher in Anspruch genommen, als dies bei Parkinson oder ähnl. Erkrankungen der Fall ist. Hier ist auch zu erwähnen, dass gerade bei onkologischen Patienten die frühe soziale und pflegerische Beratung meist zu einem frühen Zeitpunkt begonnen wird. Diese Beratung von Hilfsdiensten, finanziellen Hilfen und Versorgungsmöglichkeiten wird in vielen Fällen schon bei Diagnosestellung oder rund um einen stationären Aufenthalt angeboten. Bei neurodegenerativen Erkrankungen beginnt die Beratung erst dann, wenn körperliche Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit eintreten oder die Belastungen der Angehörigen überhand nehmen (vgl. Dieplinger, 2008).

## 3. Schlussfolgerungen

Hoffentlich konnten wir einige wesentliche Punkte der Betreuung von Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen auf einer Palliativstation darstellen. Trotz der Unterschiede zu PatientInnen mit Tumorerkrankungen hat die Betreuung von PatientInnen mit neurodegenerativen Erkrankungen ihren festen Platz in der Palliativmedizin. Mit dem Wissen um diese Unterschiede und die unterschiedlichen und teilweise auch von Fachkräften nicht vorhersehbaren Krankheitsverläufen, gelingt es vielleicht die Betreuung dieser Patienten in Zukunft noch besser auszubauen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Patienten und Angehörige im gesamten Verlauf der Erkrankung Beratung über Hilfsangebote benötigen, psychosoziale Begleitung der Angehörigen ist bei neurodegenerativen Erkrankungen besonders zu erwähnen und das die unterschiedliche Betreuung in die Konzepte der Palliative Care miteinbezogen werden muss.

Nationale und internationale Programme bemühen sich um Richtlinien und Patientengruppen und Angehörige bemerken zunehmend die Vorteile einer palliativen Versorgung. Die Anzahl von Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen steigt parallel mit der Zunahme alter Menschen in unserer Gesellschaft. Daher wird sich die Palliative Care Pflege und die Palliativmedizin in Zukunft noch weit mehr mit der Betreuung dieser PatientInnen auseinandersetzen müssen.

**Literatur:**

Brunner MK, Hofmann M, Schneider M, Haarmann-Doetkotte S, Hagen T, Lacour-Krause S, Wasner M, Fegg M, Lorenzl S & Borasio GD. (2009). Differences in health care professionals' satisfaction when caring for neurological versus oncological patients: A pilot study on a palliative care unit. Poster presentation, EAPC Congress in Vienna.

Bükki J, Nübling G & Lorenzl S. (2016). Managing Advanced Progressive Supranuclear Palsy and Corticobasal Degeneration in a Palliative Care Unit: Admission Triggers and Outcomes. Am J Hosp Palliat Care, 33: 477-482.

Dieplinger AM. (2008). Soziale Dienstleistungen für PatientInnen und Angehörige – Studien und Konzepte zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Dieplinger AM, Kaiser A, Mülleder P. (2017). Palliative Care Bericht Österreich – Eine Standortbestimmung, Projektbericht, PMU Salzburg

Gebietskrankenkasse Oberoesterreich (Upper Austrian Insurance Provider) (June 17, 2015). ANNA – Angehoerige nehmen Auszeit (Relatives take time off). Retrieved on May 4, 2016 from https://www.ooegkk.at/portal27/sec/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.705009&action=2

Kapp, C. (2003). Swiss financial capital attracts suicide tourists. The Lancet, 361: 846.

Lorenzl S. (2013). End of life - decision making between autonomy and uncertainty. Geriatric Mental Health Care, 1(3): 63-66.

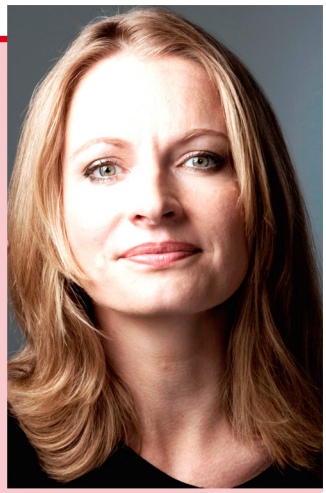
Lorenzl S. (2014). Multimorbidität neurologischer Patienten auf Palliativstationen. Nervenarzt, 85(4):409-16. DOI: 10.1007/s00115-013-3938.

Lorenzl S, Nübling G, Perrar KM & Voltz R. (2013). Palliative treatment of chronic neurologic disorders. Handb Clin Neurol, 118:133-9. DOI: 10.1016/B978-0-444-53501-6.00010-X.

Oliver DJ, Borasio GD, Caraceni A, de Visser M, Grisold W, Lorenzl S, Veronese S & Voltz R. (2016). A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. Eur J Neurol., 23(1):30-8. DOI: 10.1111/ene.12889. Epub 2015 Oct 1.

WHO (n.d.) Definition of Palliative Care. Retrieved June 2, 2016 from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

## Autorin



### Mag.a Dr.in Anna Maria Dieplinger

Abteilungsleitung Masterstudiengänge, Doktoratsstudiengänge und Universitätslehrgänge Paracelsus Medizinische Universität Institut für Pflegewissenschaft und –Praxis, Postdoc für Versorgungsforschung und Palliative Care, Expertin für Gendermedizin, Lehrende an Universitäten und Fachhochschule und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwester

## Autorin

### Firuzan Sari Kundt, MPH MA

- Studium Public Health – Epidemiologie (2005-2010)
- Studium Soziologie (1999-2002)
- Programm Koordinatorin (2003-2011) Medizinische Universität, The Ohio State University, Ohio, USA, Forschungstätigkeiten im pädagogischen und geriatrischen Bereich.
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin (2013-Gegenwart) für Forschungsförderungsanträge, Lehre (Englisch) und im Bereich COPD, Reflexionsfähigkeit und Berufsidentität in der Pflegeausbildung.

## Autor

### Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink

RGN, MN(HP), Ph.D

Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis
Vizedekan für Studium und Lehre, Director des WHO CC
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Osterbrink absolvierte die Ausbildung zum Krankenpfleger sowie die Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege. Nach Abschluss des Masterstudiums der Pflegewissenschaften an der Universität Glasgow (Großbritannien) erlangte er den PhD (Gesundheits- und Pflegewissenschaften) an der Universität Leuven (Belgien). 2010 wurde ihm die Ehrendoktorwürde der University of North Florida, Jacksonville verliehen.

Seit 2007 ist Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Osterbrink Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg. Seit 2003 ist er ebenfalls Professor (Tenure) für Pflegewissenschaft an der Universität von North Florida, Jacksonville. Professor Osterbrink ist Mitglied in verschiedenen Beratungsgremien von Zeitschriften sowie klinischen und wissenschaftlichen Initiativen.

Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Themenbereich der Versorgungsforschung hier insbesondere „ Schmerzmanagement“ sowie „Standardisierung von Schmerztherapien“. Er ist der wissenschaftliche Leiter des Deutschen Schmerzstandards (www.dnqp.de) und Projektleiter mehrerer mehrjähriger Forschungsprojekte (z.B. www.schmerzfreie-stadt.de).

Prof. Osterbrink ist Mitglied mehrerer internationalen Vereinigungen, unter anderem ist er Member des Board of Directors des ICN. ( www.icn.ch )

Seit Januar 2016 ist das Institut für Pflegewissenschaft und -praxis unter der Leitung von Professor Osterbrink WHO Collaborating Centre for Nursing Research and Education.

## Autor

### Prof. Dr Stefan Lorenzl

studierte an der Ludwig Maximilians-Universität München Medizin und begann seine Arbeit in der Neurologischen Klinik der LMU am Klinikum Großhadern. Dort absolvierte er auch seine Facharztausbildung zum Neurologen. In dieser Zeit hatte er einen zweijährigen Auslandsaufenthalt am Krankenhaus der Cornell Universität in New York um molekulare Mechanismen von neurodegenerativen Erkrankungen zu untersuchen. Im Jahr 2006 wechselte er als Oberarzt auf die interdisziplinäre Palliativstation im Klinikum Großhadern und war lange Zeit zusätzlich der Geschäftsführer der Abteilung. Er leitete kurzfristig kommissarisch den Lehrstuhl für Palliativmedizin an der LMU bevor er im Jahr 2014 an das Krankenhaus Agatharied wechselte um eine Neurologische Abteilung mit Neuropalliativabteilung aufzubauen. Auch in 2014 erhielt er den Ruf auf die Stiftungsprofessur Palliative Care am Institut für Pflegewissenschaften an der Paracelsus Universität in Salzburg.

Prof. Lorenzl ist Mitglied zahlreicher Kommissionen im In-und Ausland, die sich für die Weiterentwicklung von Palliative Care einsetzen. Er hat über 100 Artikel in nationalen und internationalen Zeitschriften veröffentlicht und an zahlreichen Büchern mitgearbeitet. Er wurde für seine Arbeiten zur Amyotrophen Lateralsklerose und zu atypischen Parkinsonsyndromen ausgezeichnet.

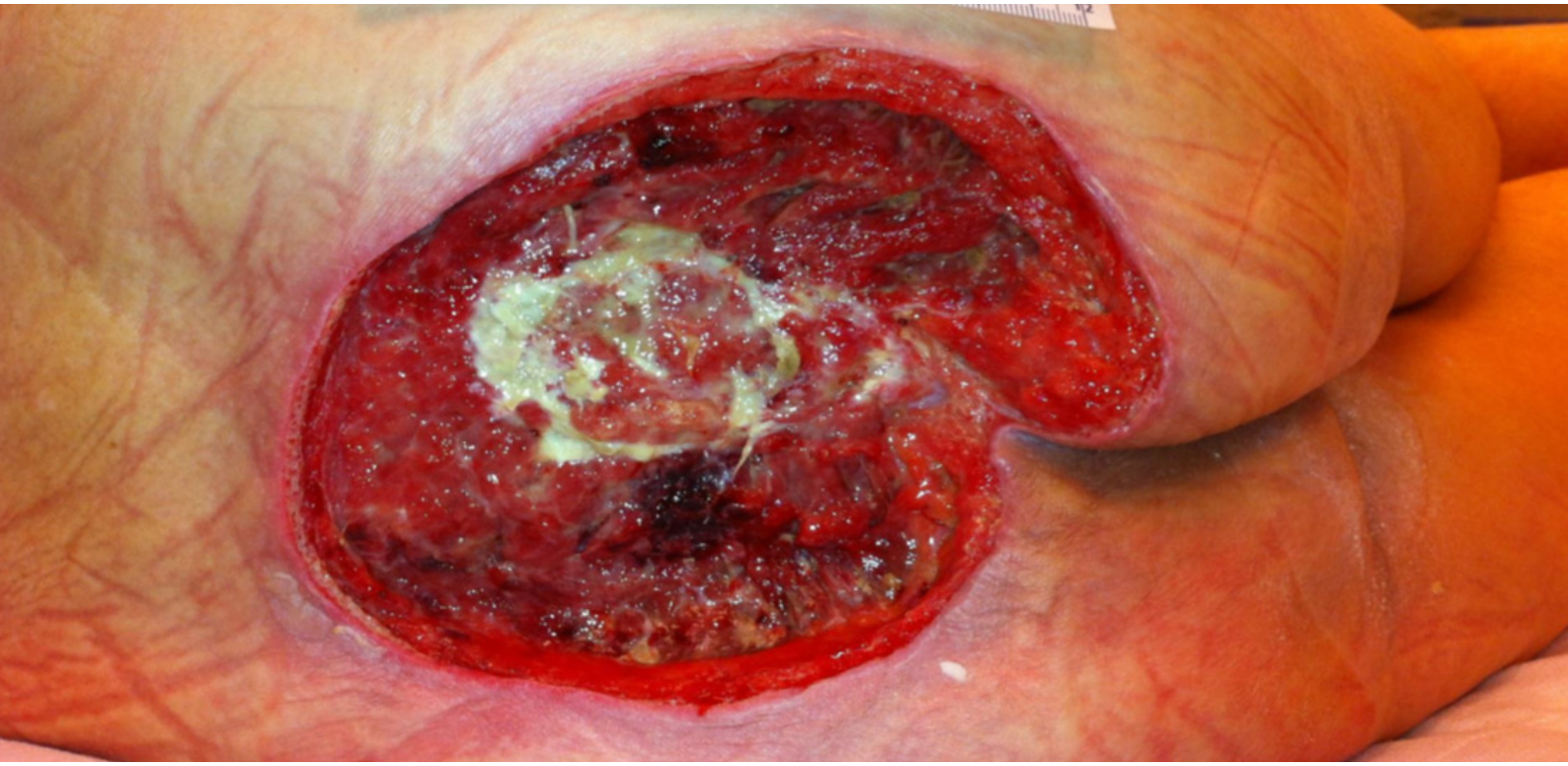
Sein Interesse gilt insbesondere Menschen mit neurologischen Erkrankung und deren Zugang zur Palliativmedizin. Die Bedürfnisse dieser Patienten werden innerhalb der Palliative Care nicht in dem Maße wahrgenommen, wie es notwendig wäre.

**„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, in Folge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften“ (NPUAP und EPUAP 2009,7).**

Länger anhaltender Druck verhindert eine optimale Blutzirkulation der betroffenen Hautareale und es kommt in diesem Bereich zu sogenannten Druckgeschwüren (Dekubitus, von lateinisch decubare = liegen, früher auch Ulcus per decubitum = „Geschwür durch Liegen“). Besonders gefährdet sind Körperstellen, an denen die Haut unmittelbar über dem Knochen liegt (Prädillektionsstellen): Kreuzbein 40 Prozent, Ferse 18 Prozent, unter sechs Prozent an übrigen Lokalisationen wie: Knöchel, Knie, Schulterblatt, Ellenbogen, Wirbelsäule, Hüftknochen. Je nach Ausmaß der Schädigung des Hautareals wird der Dekubitus in folgende Kategorien nach dem EPUAP klassifiziert der sich auch in den Expertenstandards ,,Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ 2015 und Dekubitusprophylaxe in der Pflege 2010 wiederfindet: Beim European Pressure Ulcer Advisory Panel (kurz EPUAP, Europäisches Beratungsgremium für Dekubitus) handelt es sich um einen seit 1996 bestehenden internationalen Zusammenschluss von Wissenschaftlern, Pflegekräften und Ärzten mit dem Ziel, die Dekubitus Forschung voranzutreiben und Betroffene (Patienten, Angehörige) wie Ärzte und Pflegepersonen aufzuklären und zu beraten. Der EPUAP gehören Mitglieder aus der ganzen Welt an. Sie ist eine registered charity nach britischem Recht (eine Art eingetragener, als gemeinnützig anerkannter Verein) mit Sitz in Oxford.

**Kategorie I:**
Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbekann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-)Gefährdung hinweisen. Zur Unterscheidung einer Hautrötung von einem Dekubitus erster Kategorie kann der Dekubitus- Fingertest eingesetzt werden. Der Test wurde von Jenny Phillips 1997 (J. Phillips: Pressure Sores. Churchill Livingston, New York 1997) beschrieben:

# Dekubitalulcerationen in der außerklinischen Intensivpflege



**Dekubitus Kategorie III am Nacken durch aufliegen am EKG-Konnektor**

**Dekubitus Kategorie III am Nasenrücken durch die Beatmungsmaske**

**„in vielen Fällen ist die Tiefe der Hautschädigung nicht einzuschätzen, aufgrund von Nekrosen oder Fibrinbelägen“.**

Mit dem Finger wird auf die Hautrötung gedrückt; entsteht ein weißer Umriss und erscheint der Fingerabdruck nach loslassen für einen kurzen Moment weiß, ist die Rötung wegdrückbar und damit der Fingertest negativ. Es liegt kein Dekubitus vor, sondern ein allergisch oder entzündlich bedingtes Erythem. Ist die Rötung dagegen nicht wegdrückbar und bleibt nach Loslassen bestehen, ist der Fingertest positiv: Es liegt eine druckbedingte Hautschädigung vor.

**Kategorie II:**
Teilzerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss – Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebe - zerreißungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.

**Kategorie III:**
Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.

**Kategorie IV:**
Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV-Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV-Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei

leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

## Von inneren bis äußeren Reizungen

Verschiedene Risikofaktoren können die Entstehung eines Dekubitus begünstigen. Dabei unterscheidet man zwischen inneren (intrinsischen) und äußeren (extrinsischen) Risikofaktoren:

Risikofaktoren: Intrinsische Risikofaktoren sind zum Beispiel Immobilität, Alter, Inkontinenz, Erkrankungen des Stoffwechsels, Neurologische Erkrankungen, Exsikkose (Austrocknung), Gewicht, Infektionen, Mangelernährung, Sensibilitätsstörungen. Zu den extrinsischen Risikofaktoren gehören zum Beispiel Körperhygiene, Feuchtigkeit, Medikamente, Druck/ Scherkraft/Reibung, Schuhe, Matratzen, Kleidung, Beatmungsmasken, Lagerungsposition. Ein Dekubitus erfordert eine aufwendige Behandlung, da die Wundheilung ein meist sehr langwieriger Prozess ist. Daher müssen bei einer Betreuung von pflegebedürftigen Menschen bestimmte Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe eingeleitet werden: Mobilisierung, richtige Lagerung und Druckentlastung. Feuchtigkeitsbedingte Läsionen: Eine feuchtigkeitsbedingte Läsion kann auch an Knochenvorsprüngen entstehen. Druck und Scherkräfte müssen ausgeschlossen werden können und es sollte Feuchtigkeit vorliegen. Eine Kombination von Feuchtigkeit und Reibung kann zu feuchtigkeitsbedingten Läsionen in Hautfalten führen. Diese Läsionen sind auf die Analrinne begrenzt und haben eine lineare Form. Bei Rötungen/Hautirritationen im Analbereich handelt es sich in der Regel um feuchtigkeitsbedingte Läsionen infolge der Harn und Stuhlinkontinenz und nicht um einen Dekubitus.

Therapie: Die Kausaltherapie ist die sofortige Druckentlastung/-verteilung. Dabei ist die Mobilisation die wirksamste Druckentlastung. Wichtig ist auch die Reduzierung von Risikofaktoren wie Hautfeuchtigkeit zum Beispiel Mazeration und Schädigung der Hautoberfläche durch Schweiß (starkes Schwitzen). Bei Inkontinenz sollte man einen Hautschutz verwenden. Die Angehörigen müssen zum Thema beraten und geschult werden. Haut - trockenheit bedingt eine regelmäßige Hautpflege insbesondere bei Diabetikern und ist mit einer ureahaltigen Hautlotion/Creme (mindestens zehn Prozent) durchzuführen. Die Durchblutungsförderung kann mit regelmäßiger Bewegungsförderung erzielt werden. Auch die Ernährung ist in Verbindung mit Dekubiti zu beachten. Verschiedene Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen Ernährung und Auftreten von Dekubitalgeschwüren bei Mangelernährung: Nahrungsergänzung, eiweißreiche Zwischenmahlzeiten, Hochkalorische Sondenkost/Zwischenmahlzeiten Vitamine, Spurenelemente (vor allem Zink). Es sollten Lagerungshilfsmittel zur Verteilung des Auflagedruckes eingesetzt werden. Somit kommt es zu einer Vergrößerung der Körperauflagefläche. In Kombination mit regelmäßigem Lagerungswechsel wird hier der Druck auf die betroffene Stelle genommen. Rötungen/ Druck ulcerationen durch die Maskenbeatmung Wenn sich gerötete beziehungsweise entzündete Stellen auf Stirn oder Nasenrücken bilden, sollten zunächst überprüft werden, ob die Druckstellen durch eine zu fest sitzende Maske verursacht sind. Die Maske sollte einerseits so fest sitzen, dass sie keine undichten Stellen aufweist. Andererseits sollte aber auch kein übermäßiger Druck auf die entsprechenden Gesichtsstellen ausgeübt werden. Einen optimalen Sitz, der die erforderliche Dichte ohne übermäßigen Druck garantiert, erzielt man eventuell durch Auspolsterungen an den kritischen Stellen. Wenn es nicht gelingt, den Sitz der Maske zufriedenstellend anzupassen, sollte man sich mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen. Möglicherweise wird eine andere Maskenart beziehungsweise –größe benötigt oder es müssen Korrekturen an der Maske vorgenommen werden. Wenn sich Rötungen bilden, wo die Haut mit der Maske in Berührung kommt, sollte man die Kopfhalterung etwas lockern. Dabei dürfen jedoch grundsätzlich keine undichten Stellen entstehen. Bei der Maskenbeatmung (noninvasiven) Beatmungsform kommt es sehr schnell zu Rötungen bis hin zu Druckulcerationen an der Nasenwurzel und dem Nasenbein, durch den permanenten Druck den die Maske während der Beatmungszeit ausübt. Hier kann man mit Hydrokolloidauflagen (z. B. Comfeel plus transparent), die auf die anatomischen Gegebenheiten zugeschnitten sein sollten, prophylaktisch tätig werden. Es handelt sich hier um Hydrokolloidplatten, die die Haut schützen und eine gewisse Polsterfunktion übernehmen können. Diese Auflagen gibt es in verschiedenen Stärken, wobei der Zusatzbegriff ,,thin“ dünne Hydrokolloidauflagen bezeichnet. Der Bereich des Nasenrückens besitzt kein subkutanes (Unterhautfettgewebe), daher ist im Falle einer Druckulceration meist von einer Kategorie III auszugehen. Bei schon bestehenden Druckulcerationen empfiehlt es sich die Wunde mit einer Silikon- Wundauflage abzudecken, da sich diese Auflagen auch nach längerer Tragezeit im sensiblen Gesichtsbereich leichter lösen lassen. Die Maske wird dann über der Wundauflage adaptiert, aufgrund des Materials passt sich diese trotz Wundauflage sehr gut an. Die Biatain Silicone Auflagen bieten hier

einen weiteren Vorteil, da sie bereits in einer entsprechenden Größe angeboten werden und man sie nur minimal am Kleberand zugeschneiden muss. Die Maske sollte mit wenig Druck adaptiert werden. Gegebenenfalls, wenn es die Beatmungssituation zulässt, sollten beatmungsfreie Zeiten zur Druckentlastung genutzt oder auf eine Full-Face Maske umgestellt werden, um eine komplette Abheilung der Wunde zu gewährleisten. Eine individuelle Anpassung mit Silikonabdruck ist bei längeren Beatmungszeiten über eine Nasen-/Mundmaske generell ratsam.

Auch zu beachten ist die Unterkühlung der Nase, beim Transport durch den Schlauch kühlt die zugeführte Luft ab. Dies kann führen und eine Druckulceration fördern. Um den Wärmeverlust so gering wie möglich zu halten, sollte der Schlauch unter dem Bett oder der Bettdecke verlaufen. Übermäßiges eincremen lokal zu Durchblutungsstörungen im Bereich des Nasenrückens des Gesichtsbereich sollte entfallen, da in der Beatmungssituation die Haut ohnehin schon einer erhöhten Feuchtigkeit ausgesetzt ist.

## Ein Beispiel aus der Praxis

Multimorbider Bewohner mit einer akuten respiratorischen Insuffizienz Typ [hypoxisch], Dekubitalulcerationen Kategorie 4 am Os sacrum und beidseitig am Gesäß nach chirurgischer Intervention. Dekubitalulceration Kategorie 3 am Hinterkopf rechts. Vorhandensein eines Tracheostomas und einer PEG-Sonde. Die Therapie der Dekubitalulceration am Hinterkopf bestand darin die Wunde aufgrund der Besiedlung von multiresistenten Erregern mit Octenisept zu reinigen (mind. Einwirkzeit fünf Minuten), da die doch recht tiefe Wunde (0,8 cm) keine Beläge aufwies,

**Dekubitus Kategorie 4, nach chirurgischen Debridement**

konnte hier auf einen sogenannten Wundfüller verzichtet werden. Die Biatain Silicone Auflagen haben die Eigenschaft in Verbindung mit Wundexsudat sich an den Wundgrund anzupassen

(Wölbung). Die Verbandswechselintervalle waren anfangs bei drei bis vier Tagen und konnten im Laufe der Therapie auf bis zu sieben Tagen ausgedehnt werden. Was dem Bewohner unnötige Verbandswechsel ersparte und langfristig auch die Kosten der Therapie senkte. Desweiteren konnte so auch die sogenannte Wundruhe gewährleistet werden.

## Fazit

Die konservative Therapie basiert auf fünf Therapieprinzipien: Druckentlastung, Bewegungsförderung, Nekrosenentfernung, Infektbekämpfung beziehungsweise -sanierung, Wund verband, Minimierung von Risikofaktoren. Dekubitalulzera IIII werden in der Regel konservativ behandelt Kategorie IV sollte chirurgisch plastisch versorgt werden, absolute Indikation besteht bei einer Osteomyelitis sowie bei multiplen tiefen Dekubitalulzerationen. Dekubitusprophylaxe ist wirksam, wenn ein Dekubitus verhindert wird. Entsteht dennoch ein Dekubitus muss das nicht auf ungenügende Pflege und Prävention hindeuten (Bsp: Palliativpflege). Der Erfolg der präventiven Maßnahmen kann nur durch regelmäßige Hautinspektionen beurteilt werden.

## Autor

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

# Geschlechtliche Vielfalt als gesellschaftliche Norm

Dieser Text birgt Triggergefahr!

Rosa oder hellblau? Die Welt scheint für die meisten Menschen recht klar und eindeutig was das Thema biologisches Geschlecht betrifft. Ist sie aber nicht unbedingt. Immerhin kommt laut ISNA (Intersex Society North America) 1 von 100 (!) Neugeborenen mit Genitalien auf die Welt, die in irgendeiner Form nicht der „Norm“ entsprechen – ohne, dass dabei jedoch von Intersex gesprochen wird.

Rund 1-2 von 1000 Neugeborenen kommen jedoch mit eindeutig intergeschechtlichen bzw. zwischengeschlechtlichen Genitalien auf die Welt, sprich: sie sind nicht eindeutig “weiblich” oder “männlich” oder haben Anteile beider Normgeschlechter. Das ist möglich, weil alle Babys ein weibliches Ausgangsgeschlecht haben. Dadurch kann man dann debattieren, wo eine vergrößerte Klitoris aufhört und was schon die Eichel eines Micropenisses ist.

Die allermeisten intergeschlechtlichen Personen kommen jedoch erst irgendwann im Lauf ihres Lebens darauf – etwa in der Pubertät, wenn „körperfremde“ Hormone den Körper sich in eine Richtung verändern lassen, die nicht voraussehbar war. Etwa, wenn bei Mädchen ein Stimmbruch einsetzt und die Regel ausbleibt oder ihre Klitoris zu wachsen beginnt. Oder wenn bei Burschen die Brust zu wachsen beginnt oder Bartwachstum, Stimmbruch und Penislängenwachstum ausbleiben. Manche Menschen kommen erst bei unerfülltem Kinderwunsch darauf, wenn die Medizin auf Ursachenforschung geht.

## Aber wie wird Geschlecht überhaupt definiert?

Insgesamt gibt es 5 sogenannte „Marker“

- innere Geschlechtsorgane,
- äußere Geschlechtsorgane,
- Keimdrüsen (Fortpflanzungsorgane),
- Hormone,
- Chromosomen.

Medizin und Gesellschaft stellen ziemlich viele Erwartungen an menschliche Geschlechter. Im medizinischen “Ideal-Fall” hat ein “Mann” :

- XY-Chromosomen,
- Testosteron und Spermien produzierende Hoden in einem Hodensack unterhalb seines Penis,
- der bei der Geburt größer als 2,5 Zentimeter ist und in dessen Eichel die Harnröhre mündet.
- Sein Körper reagiert auf das Testosteron in der Pubertät mit Haarwuchs, Stimmbruch und Muskelwachstum.

Eine “Frau” sollte haben:

- XX-Chromosomen,
- Östrogene, Progesteron und Eizellen produzierende Eierstöcke,
- eine in eine Gebärmutter mündende Scheide,
- die unter der bei der Geburt weniger als 0,8 cm großen Klitoris liegt,
- sowie eine unter der Klitoris liegende Harnröhre.
- Der Körper reagiert auf die genannten Hormone mit der Produktion von Eizellen und Brustwachstum.[1]

Intergeschlecht ist ein Sammelbegriff für all jene Menschen, deren Intergeschlechtlichkeit von medizinischen / gesellschaftlichen Normvorstellungen abweichen.

Auch heute noch werden Körper, die nicht in diese starren Zweigeschlechternormen passen, chirurgisch oder hormonell verändert.

**Jedes Kind kommt mit seinem eigenen, individuellen Geschlecht zur Welt: “Babies are born in a perfect way”**

## Was/Wer nicht sein darf, wird genital verstümmelt

Obwohl diese Babys völlig gesund sind und in keiner Weise behandlungsbedürftig oder ein medizinischer Notfall werden pränatal diagnostizierte Intersex-Menschen als “schwere Missbildungen” klassifiziert, die Eltern nicht zugemutet werden können und die deshalb zur Spätabtreibung freigegeben werden.[2]

So werden die meisten Betroffenen auch heute noch als Notfall behandelt – und frühzeitig medizinisch einem der beiden Normgeschlechter “angepasst”: d.h. man designt Babygenitalien, schneidet unwiederbringlich alles weg, was scheinbar nicht zum Körper gehört – und das sind oft gesunde, hormonproduzierende Keimdrüsen, was den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit sowie die Einnahme körperfremder Hormone ab Beginn zur Folge hat. “Vergrößerte” Klitorides werden amputiert, Neovaginen angelegt (hier werden Kinder ab Babyalter mit Scheidenkonen penetriert), Harnröhren verlegt, im Bauchraum liegende Hoden entfernt (Argument: “könnten Krebsrisiko in sich tragen” – engmaschige Kontrolle wäre hier eigentlich angesagt!) etc.

Diese körperlichen Traumata sowie die extreme Tabuisierung und Angst, entdeckt und geoutet zu werden, machen es vielen Betroffenen unmöglich, ein Leben ohne Schmerzen und Scham , ein Leben in Würde zu führen. Intimität ist für viele derart betroffene Inter*Personen nicht lebbar, Selbstmordversuche und –Gedanken prägen das Leben vieler.

Und wozu? Um eine scheinbare Zweigeschlechtlichkeit, eine binäre Geschlechterstruktur aufrecht zu erhalten, die schlicht nicht existiert! Es herrscht eine enorme geschlechtliche Bandbreite zwischen dem, was eingangs erwähnt von “Mann” und “Frau” erwartet wird. Doch das Wissen hierum ist nicht vorhanden. Die meisten Menschen gehen immer noch ganz selbstverständlich davon aus, dass es nur Mann und Frau gibt und geben darf. Intergeschlechtlichkeit ist in unserer Gesellschaft extrem tabuisiert. Sie bringt unser Weltbild ins Wanken. Und es verunsichert Eltern zutiefst, da sie meist noch nie etwas darüber gehört haben.[3]

## Weshalb darf nicht sein, was ist?

**Das Personenstandsgesetz**

Derzeit muss in Österreich spätestens innerhalb von 2 Wochen nach der Geburt angegeben werden, ob ein Kind Bub oder Mädchen ist. Dieser Eintrag erfolgt

dann im sog. Personenstandsregister. Da wir nur diese beiden Optionen haben, müssen auch Intergeschlechtliche Kinder zugeordnet werden – ihre Genitalien müssen dafür aber nicht operativ verändert werden. Dieses Zuwarten erleichtert es ihnen später immens, selbst - informiert, voll aufgeklärt - darüber zu entscheiden, ob sie an ihrem Körper etwas ändern möchten oder nicht.

2013 ist in Deutschland ein neues Gesetz bezüglich des Personenstandseintrages in Kraft getreten: Wenn ein Kind mit "uneindeutigen" Geschlechtsmerkmalen geboren wird, MUSS der Geschlechtseintrag offenbleiben. Das birgt die große Gefahr, dass Eltern diesem "Zwangsouting" entgehen möchten und ihre Kinder nun noch schneller medizinisch „anpassen" lassen, um eine Eindeutigkeit herzustellen.

Länder wie Nepal oder Australien bieten erwachsenen Menschen die Möglichkeit, neben männlich und weiblich auch noch ein "drittes Geschlecht", "others" im Personenstand anzugeben.

**Wir alle kennen IntersexMenschen – nicht erst seit den Sportler*innen Erik(a) Schinegger, Caster Semenya oder dem Topmodell Hanne Gaby Odiele.**

Gehen Sie ruhig davon aus, eine IntersexPerson zu kennen, ohne es zu wissen. Darüber wird nicht gesprochen!

*"Jedes Kind weiss, dass Schnecken Zwitter sind. Jedes Kind sollte wissen, dass auch Menschen Zwitter sein können[4]"*, sagt Alex Jürgen, österreichischer IntersexAktivist und meint damit, dass die Thematik etwa auch in die Lehre von pädagogischen, beratenden, medizinischen und therapeutischen Berufen Einzug halten muss. Und zwar nicht als Attraktion oder pathologische und deshalb behandlungswürdige "Störung"[5], sondern als Geschlechtsvariation.

Die Thematik Zwischengeschlecht muss enttabuisiert und auch entdramatisiert werden. It's no big deal.

Alle Menschen haben ein Recht auf körperliche Unversehrtheit

Seit Jahrzehnten plädieren Inter*essensgemeinschaften dafür, Kinder so aufwachsen zu lassen, wie sie sind. Inter*Menschen sollen selbstbestimmt, voll aufgeklärt (einerseits über die Risiken geschlechtsverändernder Massnahmen, andererseits über ihre Potentiale und Fähigkeiten, über die Möglichkeit, dass ein Leben "zwischen den Geschlechtern" lebenswert sein kann) und erwachsen darüber entscheiden können, ob sie etwas an ihren Körpern verändern möchten oder nicht. Alles andere verletzt Menschenrechte, etwa das Recht auf körperliche Unversehrtheit, auf sexuelle Selbstbestimmung oder auch das Recht auf eine "offene Zukunft". Denn wie Körper sich in der Pubertät entwickeln, lässt sich im Babyalter keineswegs voraussagen. Ebensowenig wie die Geschlechtsidentität.

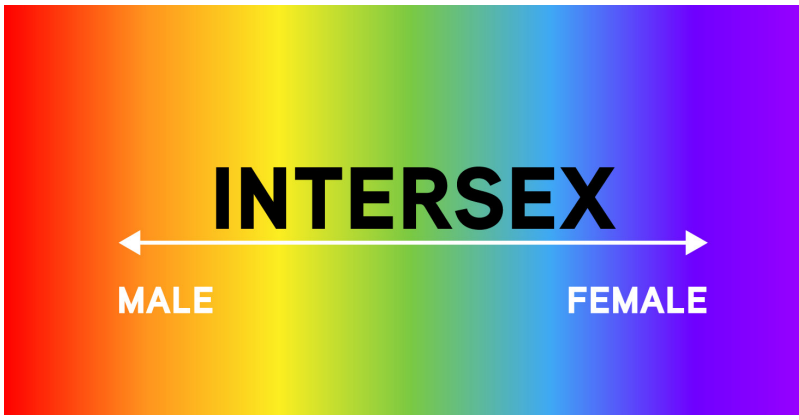
Malta hat hier mit dem gesetzlichen Verbot der normierenden Geschlechtsanpassungen an Kindern vor kurzem ein Exempel statuiert, dem hoffentlich bald viele Länder folgen.

Laut einer Studie der Europäischen Grundrechte Agentur FRA aus 2015 werden noch in über 20 europäischen Mitgliedsstaaten geschlechtsverändernde Eingriffe an Neugeborenen vorgenommen.[6]

## Be informed:

Seit der Gründung des Vereins Intergeschlechtliche Menschen Österreich 2013 ist es InterPersonen in Österreich möglich, in den Austausch zu gehen, Selbsthilfegruppen zu besuchen und sich Empowerment zu holen: www.vimoe.at

Gleichzeitig wurde die Plattform Intersex Österreich PIÖ gegründet, in der Wissenschafter*innen und Aktionist*innen gebündeltes Wissen zur Verfügung stellen, Tagungen Seminare organisieren, vernetzen etc. www.plattform-intersex.at



**Buchempfehlungen:**
Mein intersexuelles Kind. Männlich, weiblich, fließend: Clara Morgen

Leben zwischen den Geschlechtern: Ulla Fröhling

Lila – oder was ist Intersexualität? zu beziehen unter www.intersexuelle-menschen.net (Kinderbuch)

Jill ist anders. Ein Kinderbuch zur Intersexualität: Ursula Rosen

**BEGRIFFLICHKEITEN:** Der Terminus Intersexualität wird oft abgelehnt, weil das Wort Sexualität im deutschen Sprachgebrauch oft mit „Begehren" gleichgesetzt wird (homo-/hetero-/bisexuell) – Bei Intergeschlechtlichkeit handelt es sich jedoch nicht um eine sexuelle Orientierung. Inter*Personen können sich wahrnehmen und definieren als weiblich / männlich / „dazwischen" / weder noch / etwas ganz Anderes....

Der Stern* (Asterisk) soll Raum für all jene Personen in der Schriftsprache öffnen, ähnlich wie der „Gender_Gap", die sich dem Zweigeschlechtersystem nicht zuordnen können oder wollen.

**Videos**
Der Weg zu Dir
(You Tube)

What It's Like To Be Intersex
(You Tube)

**Fußnoten:**
[1] entnommen: www.vimoe.at

[2] mehr Informationen hierzu: www.zwischengeschlecht.info

[3] Leider, denn in Geburtsvorbereitungskursen wird es ihnen ja auch selbstverständlich zugemutet, sich mit der Frage nach Nackenfaltenmessungen auseinander zu setzen. Sie erhalten jedoch keine Info, dass es sein könnte, ein völlig gesundes Kind zur Welt zu bringen, das nicht ins Zweigeschlechtersystem passt.

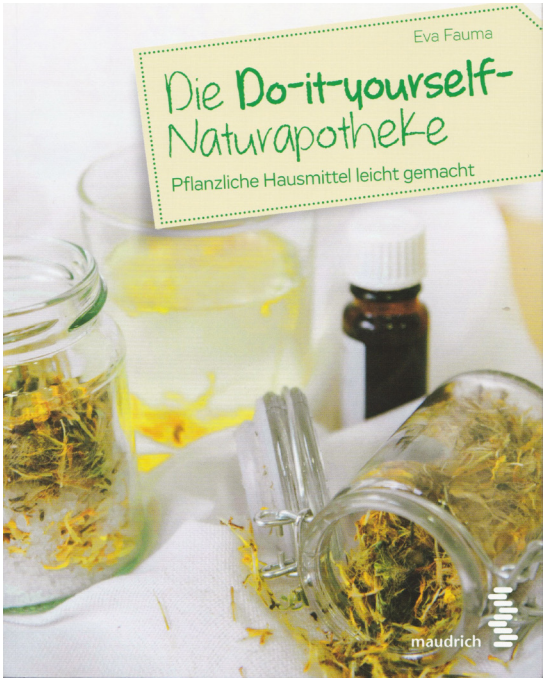
[4] Der Begriff Zwitter sollte von Nicht-Intersex-Personen nicht (mehr) verwendet werden

[5] der derzeit in der Medizin verwendete Begriff DSD – Disorders of sexual Development – Störung in der Geschlechtsentwicklung wird von vielen Interessensgemeinschaften strikt abgelehnt.
[6] http://fra.europa.eu/de/press-release/2015/die-rechte-intersexueller-werden-allzu-haufig-nicht-zur-kenntnis-genommen

**Autorin & Links**
www.vimoe.at

**Mag.a Gabriele Rothuber**
Intersex-Beauftragte der HOSI Salzburg, Dipl. Sexualpädagogin, Sexualberaterin, System. Traumapädagogin und -Beraterin,
Kontakt: intersex@hosi.or.at,

Seminare für Pflegekräfte, Hebammen,
Kinder- und Säuglingspflege, Pädagog*innen, Beratende,
Therapeutisch Tätige




**Autor:** Eva Fauma
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Facultas Verlag
**Seitenumfang:** 280 Seiten
**ISBN:** 978-3-99002-024-1

# Die Do-it-yourself-Naturapotheke

## Pflanzliche Hausmittel leicht gemacht

### Kurzbeschreibung

Gegen alles ist ein Kraut gewachsen. Erkältungen vorbeugen, die Nerven stärken, Kopfschmerzen lindern oder Verdauungsprobleme bekämpfen: Viele Alltagsbeschwerden lassen sich ganz einfach und schonend mit natürlichen Mitteln behandeln. Erfahren Sie mehr über die Wirkung und Anwendung bewährter Hausmittel und bereiten Sie Ihre Hausapotheke selbst zu. Die Rezeptur dazu finden Sie in diesem Buch – übersichtlich, unterhaltsam und unkompliziert.

- Schnelle Rezepte für den Vorratsschrank
- Schritt-für-Schritt-Anleitungen: Salben, Öle, Tees und Tinkturen
- Mit Sammelkalender
- Dazu: gratis Quiz-App

### Persönliches Fazit

Mit einfachen Mitteln, Kräutern oder gar Handgriffen so manches Wehwehchen aus den Weg räumen. Genau das bietet dieses Buch in kompakter, interessanter und lehrreicher Form. Der übersichtliche und spannende Blick in die Historie, wie sich die Naturheilkunde entwickelte, behauptete und bewährte gefolgt von den wichtigsten Herstellungsverfahren, gestaltet sich der Einstieg in das Werk der selbständigen Ernährungswissenschaftlerin, Eva Fauma. Der Aufbau des Hauptteiles ist nach Körperregionen und entsprechenden Beschwerden gegliedert. Die Autorin ist von Beginn an darauf bedacht, dieses Buch nicht als Ersatz einer Beratung oder Untersuchung durch einen Mediziner zu sehen und weist auch in den Unterkapiteln laufend auf in Betracht zu ziehende Arztbesuche hin, sollten Beschwerden stärker werden oder bestehen bleiben. Eine kurze Symptombeschreibung mit geschichtlichen Behandlungsmethoden und eine Auflistung verwendeter Pflanzen, machen das Buch als praktisches Nachschlagewerk. Die darauffolgenden Rezepte werden mit Tipps begleitet, was die Freude an und Erfahrung in der Nutzung von Kräutern und Hausmittel der Autorin wiederspiegelt. Es lässt einen nicht ruhig sitzen, sondern wird aufgrund der vielfältigen und spannenden Ideen, richtig angespornt, sich diese einfach beschriebenen Rezepte und Anwendungen zu Nutze zu machen und weiter fortzuführen. Der obligate Sammelkalender ist ebenfalls mit an Bord. Um es für mich noch einfacher zu machen, hätte ich mir eine bessere Trennung der Kapitel via Farbleitsystem o.ä. gewunschen, da das Auffinden der Unterkapitel mit viel Blätteraufwand verbunden ist. Ein abschließender Ausflug in die Welt von Glaube & Ritualen runden geben dem Leser einen weiteren Blickwinkel auf die Naturheilkunde. Rundum ein hervorstechendes Werk unter den mittlerweile öfter anzutreffenden Ratgebern. Simple, altbekannte und außergewöhnliche Rezepte finden neue Anhänger. Der Ameisenschnaps stach bei mir besonders hervor und bedarf einem baldigen und behutsamen Versuch. Danke für diese Bereicherung. (KS)

## Wenn Blase und Darm nicht mehr halten, was sie versprechen

**AutorInnen:** Gisele Schön, Marco Seltenreich
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Facultas
**Seitenumfang:** 230 Seiten
**ISBN:** 978-3851759679

### Kurzbeschreibung

Wenn Blase oder Darm nicht mehr das tun, was sie sollten, verändert sich für Betroffene das Leben vollkommen. Rund sieben Millionen Menschen sind im deutschsprachigen Raum mit dieser Situation konfrontiert darunter auch viele junge Menschen, Mütter sowie Patientinnen und Patienten, die als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit plötzlich Harn oder Stuhl verlieren. Doch das muss nicht sein: Inkontinenz ist behandelbar und sehr oft vollständig heilbar. Dieser Ratgeber erklärt verständlich und nachvollziehbar die verschiedenen Arten der Inkontinenz und bietet einen Überblick über bewährte Behandlungsmethoden. Wertvolle Tipps zur Früherkennung und Hinweise zum Umgang mit der Erkrankung helfen, den ersten Schritt zu tun. Plus Formen von Inkontinenz auf einen Blick Tipps für Angehörige Beratungsadressen und Links Zahlreiche Praxisgeschichten.

### Persönliches Fazit

Kann ein Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflege auch ein guter Ratgeber für Betroffene sein? Dieses Werk beweist:“ JA ES KANN.“ Auf eine angenehme Weise bieten die beiden AutorInnen eine geballte Sammlung an Informationen, die sich nicht im „Fachchinesisch“ verfängt, sondern von Anfang bis Schluss eine klare und verständliche Sprache spricht. Die karikaturähnlichen Zeichnungen bringen einen humorvollen Aspekt in das Thema, welches für viele Betroffenen beschämend ist. Über 30 Fallbeispiele beschreiben Situationen aus dem Alltag. Dadurch wird dieses Buch ein Sammelsurium der Praxis und liest sich auf keinen Fall, wie ein trockenes theoretisches Lehrbuch. Zu guter Letzt gibt es eine Zusammenstellung von wichtigen Adressen für Österreich und Deutschland. Abschließend kann man zu dieser Publikation nur sagen:“ Danke an das Autorinnen-Team!“ (MG)

## Mein Wille geschehe

Macht und Manipulation entschlüsseln

**Autorin:** Patricia Staniek
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Goldegg Verlag
**Seitenumfang:** 248 Seiten
**ISBN:** 978-3903090835

### Kurzbeschreibung

Sie sind keine Marionette! Lassen Sie sich nicht mehr austricksen! Lassen Sie sich manchmal auf etwas ein, obwohl Sie innerlich gar nicht wollen? Haben andere Menschen einen Einfluss auf Sie, den Sie sich nicht erklären können? Ob beruflich, privat oder im gesellschaftlichen Kontext: Wir sind täglich einer Fülle von Manipulationsstrategien und Machtdemonstrationen ausgesetzt. Manche Menschen wirken auf uns wie ein offenes Buch, manche täuschen Offenheit und Ehrlichkeit erfolgreich vor. Auch Blender, Narzissten, Psychopathen, Soziopathen, Traumatisierte, Mobber, Stalker, Lügner sind unter uns! Manchmal spüren Menschen, dass sie manipuliert werden – manchmal nicht. Viele glauben, über ein hohes Maß an Menschenkenntnis zu verfügen – und täuschen sich zu ihrem eigenen Nachteil! Die Expertin für menschliches Verhalten und Profilerin Patricia Staniek zeigt in ihrem neuen Buch, welche Techniken, Tricks und Methoden die Verführer anwenden, wie wir sie entschlüsseln und uns effizient dagegen wehren können. Lernen Sie, Menschen zu durchschauen und machen Sie sich frei von schädlicher Einflussnahme!

### Persönliches Fazit

Als Kommunikationstrainer und NLP geschulte Person ist man immer vorsichtig, wenn auf einem Buchcover die Worte „Manipulation“, „Macht“ und „entschlüsseln“ zu finden sind. Oft wird dadurch eine Erwartungshaltung geschürt, die nicht wirklich zutreffend ist. Bei Profilerin Patricia Staniek ist dies nicht der Fall. Sie überzeugt durch ihre Alltagsbezogenheit und bringt die unterschiedlichsten Themen, von Manipulation bei Kindern bis hin zum Arbeitsplatz, auf den Tisch. Darin enthalten natürlich wichtige Informationen wie Körpersprache, Persönlichkeitsbilder und diverse Checklisten. Ein Buch das für Themeneinsteiger, Betroffene und Analysten geeignet ist. (MG)

### Über die Autorinnen

Patricia Staniek ist eine der renommiertesten Expertinnen für Verhaltensanalyse des Menschen als Individuum und in der Gruppe im deutschsprachigen Raum. Mit ihren Körpersprache-, Mimik- und Verhaltensanalysen überzeugt sie nicht nur im Bereich öffentliche Sicherheit, sondern auch in der Wirtschaft. Sie verbindet ihr Tätigkeitsfeld als Profilerin für Sicherheit, Wirtschaft, Politik und Medien mit ihrer Arbeit als Consulterin, Executivecoach & Teamperformerin! Ihr Buch „Pro ling. Ein Blick genügt und ich weiß, wer du bist“ wurde in der Kategorie „beliebtestes und bestes Sachbuch“ mit dem Buchliebling-Award 2014 ausgezeichnet. Zeitgleich mit dem Buch startet die gefragte Top-Speakerin und Vortragende im Jahr 2017 mit dem hochkarätig besetzten zertifizierten Aus- und Weiterbildungskurs zum „Profiler für Verhaltensanalyse und Persönlichkeitsscanning“.

**Autor:** Stephen Harrod Buhner
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Herba Press
**Seitenumfang:** 560 Seiten
**ISBN:** 978-3-946245-00-1

# Pflanzliche Antibiotika

## Wirksame Alternativen bei Infektionen durch resistente Bakterien Krankenhauskeime und MRSA

### Kurzbeschreibung

Bakterielle Infektionen sind auf dem Vormarsch und pharmazeutische Antibiotika sind immer weniger in der Lage, sie zu stoppen. Pathogene Bakterien sind hartnäckige Überlebenskünstler. Sie tricksen die moderne Medizin aus und mutieren zu virulenten „Superkeimen“, die antibiotikaresistent und zunehmend tödlich sind. Stephen Harrod Buhner präsentiert schlüssige Belege dafür, dass Heilkräuter mit ihrer komplexen Mischung aus antibiotischen, systemischen und synergistischen Komponenten die beste Abwehrstrategie gegen resistente Infektionen sind. Der Autor erklärt anschaulich die Entstehung der Antibiotikaresistenz sowie die Bedeutung von Kräuteranwendungen und stellt ausführliche Monographien bewährter wirksamer Heilpflanzen vor. Dieses Buch bietet Ihnen die Grundlage dafür, die besten Kräuteranwendungen zu finden und selbst Medizin herzustellen.

### Persönliches Fazit

Das Antibiotikum-Zeitalter scheint vorüber. Das vielerorts hochgepriesene Allheilmittel hilft nicht mehr, sondern steht sogar gegenüber den neuen Superkeimen recht wirkungslos da.

Ein Thema, dem in der Öffentlichkeit recht wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird und doch so präsent ist: „Im Krankenhaus erworbene resistente Infektionen stehen konservativen Schätzungen zufolge mittlerweile an vierter Stelle auf der Liste der Todesursachen in den USA.“

Mit vielfältigen Belegen beschreibt der Autor die falsch eingeschätzte und dennoch gelobte Wirkung von Antibiotika. Eine nüchterne und gute Darstellung der erschreckenden Entwicklung der Resistenzen getrieben durch den Umgang mit Antibiotika im gesamten Ökosystem - beginnend von der Massentierhaltung bis hin zum Gesundheitswesen. Die Entwicklung, Beschreibung und Bekämpfung der resistenten Mikroorganismen, Superkeimen gefolgt von sehr umfangreichen Pflanzensteckbriefen und deren Anwendungsmöglichkeiten bietet dieses Buch einen guten Brückenschlag zwischen Medizin und Pflanzenheilkunde, da beide Welten fundiert und auf wissenschaftlicher Basis darin vertreten sind. Genauso, wie ich oftmals bei medizinischen Fachbegriffen nachfragen musste, wird es vermutlich auch einer medizinaffinen Person mit botanischen Begriffen gehen. Die Wissensbereicherung auf mehreren Ebenen ist in dieser Tiefe sehr selten in den Bücherregalen vorzufinden, was dieses Buch aus vielen hervorstechen lässt. Umfangreich beschreibt der Autor die Zubereitung von Kräutermedizin, sodass kaum bis keine Fragen offen bleiben und rundet sein Buch mit einer Auflistung von 263 Tinktur-Rezepten ab. Die fundierte Aufbereitung, Aktualität und Details der Inhalte, machen dieses Buch zum neuen Top-Nachschlagewerk für sämtliche Wehwehchen.
(KS)

## Gesundgevögelt in 12 Wochen

### Praxishandbuch für Paare und alle, die es wieder werden wollen

**Autorin:** Susanne Wendel
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Goldegg Verlag
**Seitenumfang:** 182 Seiten
**ISBN:** 978-3990600009

#### Kurzbeschreibung

„Wenn der Sex klappt, macht er 10 Prozent einer Beziehung aus, wenn nicht 90 Prozent“, sagt ein bekanntes Sprichwort. Mit ihrem Bestseller „Gesundgevögelt“ hat Susanne Wendel ein Tabuthema durchbrochen und viele Menschen ermutigt, sexuelle Trampelpfade zu verlassen und neues auszuprobieren. In ihrem neuen Buch bietet sie nun ein konkretes 12-Wochen-Programm, das ein schlaffes Sexualleben wieder in Schwung und neue Liebesqualität ins Bett bringt. Woche um Woche führt der Plan, den sie selber mit ihrem Partner durchgeführt hat, durch verschiedenste Themen: Die Leserinnen und Leser beschäftigen sich mit dem eigenen Körper, erfahren, was ein sexuelles Profil ist, erhalten macht, finden heraus, wie sie miteinander über delikate Vorlieben sprechen können, erfahren, was bei einem Sex-Coaching passiert u. v. m. Entdecken Sie Ihr Liebesleben ganz neu, leben Sie gemeinsam Ihre geheimen Wünsche aus und finden Sie in 12 Wochen zu einem grandiosen Sexleben! So kommen Sie – zum besten Sex Ihres Lebens!

#### Persönliches Fazit

Wenn aus einer langen Partnerschaft die Luft raus ist, dann muss man neue Wege finden oder die Fassade des Zusammenlebens bröckelt vor sich hin. Susanne Wendelt schildert auf eine offene und lustige Weise den Reaktivierungsprozess der Sexualität. Dabei gibt es kein Tabuthema. Vom Swingerclub zum Sexurlaub, von der Domina zum Tantra-Happening. Die Autorin lässt in ihrem Buch absolut kein Thema aus. Für „verklemmte“ oder festgefahrene Personen mit Sicherheit ein Schocker, für offene und mutige eine Reise mit viel Humor. Was sich wie ein witziger Roman liest, ist in Wirklichkeit eine Anleitung zur neuen Sexualität. Gnadenlos ehrlich und direkt. (MG)

#### Über die Autorin

Susanne Wendel gilt als Deutschlands spritzigste Gesundheitsexpertin. Ihre Vorträge, Workshops und Bücher sprühen vor Charme, Witz und Kompetenz. Wo die passionierte Rednerin auftritt, begeistert sie ihre Zuhörer: von der lauschigen Lesung bis zum Großevent, vom internationalen Konzern bis zum Swingerclub. 2012 gründete sie zusammen mit ihrem Partner die Health & Fun GmbH. Die erfolgreiche Autorin und Mutter zweier Kinder ist beliebte Interviewpartnerin für TV-Sender und Printmedien www.susanne-wendel.de

## Das Leben lesen

### Was Blut über unsere Zukunft verrät

**Autor:** Ulrich Bahnsen
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Droemer HC
**Seitenumfang:** 272 Seiten
**ISBN:** 978-3426277119

#### Kurzbeschreibung

Neue Bluttests und ihre Folgen: ein brisantes Wissenschaftsbuch und ein engagierter Debatten-Beitrag über Fortschritt und ethische Verantwortung in Wissenschaft und Medizin, Politik und Gesellschaft. Mit Hochdruck entwickeln Labore derzeit neue Testverfahren, die bislang verborgene Informationen im Blut lesbar machen und sehr viel früher als bisher mögliche Erkrankungen anzeigen - und das mit einer sehr viel höheren Zuverlässigkeit und einer vergleichsweise geringen Belastung und einem niedrigen Risiko für die Test-Personen. Ulrich Bahnsen macht diese einschneidende Entwicklung anhand konkreter Beispiele zur Krebs-Früherkennung (u.a. als Mammographie-Ersatz), zur vorgeburtlichen Diagnostik (Pränatal-Diagnostik) und zur Forschung über die biologischen Prozesse des Alterns („Innere Uhr“) deutlich. Vor allem aber konfrontiert er uns mit den Fragen zur Ethik, die diese Revolution in der Medizin aufwirft: Wie werden wir mit diesem Wissen umgehen (Stichwort Lebensführung)? Wie können wir entscheiden, was wir wissen wollen und was nicht (Stichwort Eigenverantwortung)? Und was geschieht, wenn diese Informationen in falsche Hände geraten (Stichwort Daten-Missbrauch)? Schon heute kämpfen Pharma-Unternehmen um die Anteile an diesem Markt, der gewaltige Gewinne verspricht …

#### Persönliches Fazit

Das Blut ist der Schlüssel zu allem. Entschlüsselt man die DNA, ist eine Frühdiagnostik schon viele Jahre früher möglich, teilweise sogar bei der Geburt. Doch was bedeutet dies für die Gesellschaft. Selektiert man dann schon „fehlerhafte“ oder anfällige Personen im Vorfeld? Ist dies ein Schlüssel für den perfekten Mitarbeiter, bei dem man schon bei der Einstellung die potentiellen Krankenstandstage ermitteln kann? Wo endet hier die Ethik und Moral bei pränatalen Untersuchungen? Oder sollte man die Finger davonlassen und beendet somit die Chance auf eine Früherkennung von Krebs. Der Schlüssel liegt auf jeden Fall im Blut. Ein Buch das viele Fragen aufwirft. (MG)

#### Über den Autor

Dr. Ulrich Bahnsen, Jahrgang 1959, ist Diplom-Biologe und wurde am Hamburger Uniklinikum im Bereich molekulare Neurogenetik promoviert. 1994 wechselte er in den Wissenschaftsjournalismus. Seit 2001 ist er Redakteur im Ressort Wissen der Wochenzeitung Die Zeit. Sein Buch ist das Ergebnis von fünf Jahren Recherche und Beschäftigung mit dem Thema Blutdiagnostik. Ulrich Bahnsen wurde für seine journalistische Arbeit mehrfach ausgezeichnet, u. a. mit dem Best Cancer Reporter Award (2008) und dem Medienpreis Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016).

**Autor:** Peter Cubasch
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** HCD Verlag
**Seitenumfang:** 163 Seiten
**ISBN:** 978-3938089231

# Gähnen

## Der natürliche Weg zu Entspannung und Wohlbefinden

### Kurzbeschreibung

Wir alle tun es immer wieder, in der Kindheit öfter als im Alter, morgens häufiger als am Abend und in einem langen Leben mehr als 200.000 Mal: gähnen. Gähnen ist ein spontaner und intensiver Atemimpuls mit beleben der und neu ordnender Wirkung. Seit der Antike gibt es zahlreiche Hypothesen, warum wir – aber auch Säugetiere, Vögel und Fische, sogar Ameisen – gähnen. Die moderne Gähnforschung, die Chasmologie, ist erst 30 Jahre jung. Sie sucht noch nach den Ursachen und Funktionen dieses ganz besonderen Verhaltens. Hingegen ist das Erfahrungswissen uralt und wir spüren am eigenen Leib, wie gut es uns tut: Gähnen baut Stress ab, Gänen belebt und entspannt, Gähnen stimuliert unser Gehirn, Gähnen hält geschmeidig, jung und gesund... Peter Cubasch hat das CHASMO-Training ® (Gähntraining) auf den Grundlagen der Atemtherapie und Integrativen Bewegungstherapie entwickelt. Er gibt einen Einblick in die Theorie des Gähnens und macht mit einfachen Übungen die nachhaltigen Wohltaten des Gähnens erlebbar. Dies ist das erste Buch zu einer systematischen Gähnpraxis.

### Persönliches Fazit

Bisher war Gähnen eine „Unhöflichkeit“, die man nur hinter vorgehaltener Hand erledigt hat. Müdigkeit, Desinteresse, Unaufmerksamkeit sind nur drei Begriffe, die mit „Gähnen“ von vielen Menschen assoziiert werden. Die Hirnforschung hat das Phänomen Gähnen schon näher in den Blick genommen. Der Psychotherapeut Peter Cubasch beschäftigt sich mit diesem Phänomen wie kein anderer. „Lebenserhaltende Vorgänge die durch das Gähnen stimuliert werden“, macht sie diese Aussage nicht neugierig? Der Entwickler des CHASMO-Training lädt sie auf eine spannende Entdeckungsreise ein. Sie sind zu faul zum Lesen und Gähnen schon ab den ersten Seiten? Dann haben Sie auf jeden Fall die Möglichkeit, die wertvollen Seiten sich auch als Hörbuch zu gönnen! (MG)

### Über den Autor

Studium der Sportwissenschaften, Musikerziehung und Pädagogik in Kiel. Musik- und tanzpädagogische Studium an der Universität Mozarteum. Sport- und Musikpädagoge, Universitätslehrer, Psychotherapeut (IT), IMAGO - Paartherapeut Musik- und Bewegungstherapeut, Lach- und Atemlehrer. 1984 bis 2005 tätig am Orff-Institut der Universität MOZARTEUM in Salzburg in den Fächern Ensembleleitung, Komposition und Improvisation, Vokalensemble, Lehrpraxis und Didaktik. Leiter internationaler Sommerkurse des Orff- Instituts Salzburg und Referent bei Tagungen und Lehrgängen in China, Taiwan, Ungarn, Tschechien, Polen, Portugal, Holland, Deutschland, Österreich und der Schweiz. Gastdozent und Lehrbeauftragter an der Universität der Künste Berlin, der Donau-Universität Krems Department für psychosoziale Medizin der Universität Siegen sowie am Fritz-Perls-Institut/ Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit Düsseldorf. Tätig als Lehrtherapeut und Supervisor für Integrative Therapie sowie als Imago Paartherapeut in privater psychotherapeutischer Praxis in Wien.

# Das Grundlagenbuch zur Pflegewirtschaftslehre in 4. Auflage!

*Die Pflege hat sich auf neue Herausforderungen eingestellt und professionalisiert sich zunehmend, zugleich wird sie aber auch immer stärker in die Verantwortung für unternehmerische und wirtschaftliche Entscheidungen einbezogen.*

Aus dem Vorwort

Um Entscheidungsaufgaben in der Pflege erfolgreich wahrnehmen zu können, ist ein fundiertes betriebswirtschaftliches Wissen notwendig. Wirtschaftliche Fragestellungen sind für eine spätere Managementposition unentbehrlich, haben aber auch für professionell Pflegende eine immer größere Bedeutung.
Dieses Buch vermittelt

- vertiefte Grundlagen der Pflegewirtschaftslehre,
- umfassende Kenntnisse in den Unternehmensprozessen von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Vorsorge- und Rehabiltationseinrichtungen,
- Einblicke in die Planungen von Einrichtungen und Nicht-Markt-Strukturen,
- Wissen im prozessualen und strategischen Management und in der strategischen Planung.

Anhand von ausgewählten pflegewirtschaftlichen Prozessen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wird das betriebswirtschaftliche Know-how konkretisiert.
Das Werk ist ein wissenschaftlich fundierter Begleiter für Studierende und geht in vielen Teilen über die allgemeinen wirtschaftlichen Grundlagen hinaus. Es wirft interessante Fragestellungen auch für Praktiker im Pflegealltag auf. Die Erfahrungen der Autoren machen dieses Werk in einer 4. überarbeiteten und ergänzten Auflage zu einem wertvollen Lehrbuch für Studium und Pflegepraxis.

Hellmann/Thiele/Bettig/Land
**Pflegewirtschaftslehre**
für Krankenhäuser, Pflege-, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 2017. Ca. 650 Seiten. Softcover. € 69,99.
ISBN 978-3-86216-288-8

Bestellung unter:
**www.medhochzwei-verlag.de/shop**

medhochzwei

(C) Carola Vahldiek

# „…und hätte die Liebe nicht…“

## Wider das Symptom „Professionelle Distanz“ des Syndroms der Malignen Professionalität

**Schick mir keinen Engel, der alle Dunkelheit bannt aber einen, der mir ein Licht anzündet.**

**Schick mir keinen Engel, der alle Antworten kennt aber einen, der mit mir die Fragen aushält.**

**Schick mir keinen Engel, der allen Schmerz wegzaubert aber einen, der mit mir Leiden aushält.**

**Schick mir keinen Engel, der mich über die Schwelle trägt aber einen, der in dunkler Stunde noch flüstert „fürchte dich nicht“.**

**Elisabeth Bernet**

Das Mobile Hospiz der Caritas der Erzdiözese Wien (1) betreut Menschen mit einer bösartigen, nach menschlichem Ermessen nicht mehr heilbaren Erkrankung und einer eng begrenzten Lebenszeit zu Hause. Unentgeltlich, unabhängig von Nationalität, politischer Überzeugung, Religion, sozialem Status. Als seinerzeitigem Pflegedienstleiter (2) im Mobilen Hospiz der Caritas Wien zählte es zu meinen Aufgaben, die neuen MitarbeiterInnen in der Hospiz- und Palliativpflege nach deren dreimonatiger Einarbeitungszeit im Rahmen einer Pflegevisite zu begleiten, um ihnen nach erfolgreichem Abschluss derselben einen guten Start in die unbefristete Anstellung zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang war ich auch einer Mitarbeiterin zur Seite, die sich bei einer Familie zu einem Erstbesuch angekündigt hatte.

Die Ehefrau eines kranken 43-jährigen Familienvaters hat um Unterstützung gebeten, da sie „nicht mehr wusste, wo ihr der Kopf steht“. Die Nöte waren durch die rapid fortschreitende Erkrankung, durch Ängste vor der unmittelbaren und auch der weiteren Zukunft und den Verlust des geliebten Menschen bedrohlich angewachsen. Die minderjährigen Kinder konnten

mit den immer öfter unvermutet auftretenden Gefühlsveränderungen ihres Vaters schwer beziehungsweise nicht umgehen. Der Ausfall des Familienerhalters hat die zuvor schon prekäre finanzielle Situation nun auch noch in eine scheinbar unüberwindbare Enge getrieben. Die Betreuung und der fordernde pflegerische und persönliche Einsatz für ihren geliebten Mann wurde für die aufopferungsbereite Frau auch körperlich immer mehr auf eine harte Probe gestellt.

Während dieser ersten Begegnung mit der Familie in all ihren Nöten kam es zu einem sehr persönlichen Gespräch des Patienten mit meiner Mitarbeiterin. Er vertraute sich ihr an, teilte ihr seine Verlusterfahrungen mit. Er öffnete sich. Er weinte. Dann war eine lange Stille. Der Kollegin liefen einige Tränen über die Wangen…

Nach unserem Besuch war es mir sehr wichtig, mit der ersten Nachbesprechung des Besuches nicht zu warten bis wir wieder am Stützpunkt des Hospizes waren. In einem nahegelegenen Park setzten wir uns auf eine Bank. Meine Mitarbeiterin hatte große Angst, dass ich sie nun vielleicht nicht anstellen würde, weil sie geweint und sich somit nicht professionell verhalten hätte.

Ich wandte mich ihr zu und versuchte ihr nahezubringen, dass Professionalität und Empathie einander nicht ausschließen. Ich meinte: „…, wenn ich empathisch bin, versuche ich nicht nur mich in den Patienten hineinzudenken, sondern auch und vor allem, mit ihm zu denken. Da sind es eben nicht Übersicht, Logik und reproduzierbare Fakten, die oben anstehen, sondern es sind primär Emotionen. Wenn ich professionell bin, bewahre ich den Überblick. Ich treffe Entscheidungen bewusst auf der Grundlage von nachvollziehbaren Daten. Nichts ist der Intuition oder gar den Gefühlen überlassen: alles ist unter Kontrolle.“

Ich sah meine Mitarbeiterin an: „Deine Zuneigung war ehrlich, authentisch und fühlbar gewesen (sie neigte sich in der Tat zu dem Kranken im Bett hin); deine Anteilnahme tat dem Kranken und seiner Familie sichtlich gut; deine Berührungen - körperlich und emotional - haben die Familie gerade in dieser Situation offensichtlich getragen; die Worte, die du gesprochen hast, waren ein spürbarer Trost für diese Menschen in ihrem Leid. Du hast der Familie durch dein So-Sein wie du warst, geholfen. Danke. Du hast das gut gemacht.“

Wo wir Pflegende mit Menschen im terminalen Stadium einer unheilbaren Krankheit zu tun haben, sind nicht doppelbindende Studien, Abhandlungen und statistische Berechnungen die Lösung, sondern es gelten andere Werte: Vertrauen; jemanden an seiner Seite zu haben, an den man sich anlehnen kann; Linderung der vielfältigen Schmerzen und Nöte, um nur einige zu nennen.

Die professionelle Distanz bringt es mit sich, dass sich Pflegende von den Hilfebedürftigen fernhalten, weil sie glauben, sich nicht auf sie und ihre spezifischen Probleme einlassen zu sollen. Schließlich gibt es vorgegebene Lösungen, Standards, Behandlungspfaden, Leitfaden und Gesetz. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass dieses professionell distanzierte Verhalten und Kommunizieren viel Frustration und Unzufriedenheit mit sich bringen kann, denn wir vergrößern dadurch die Entfernung zwischen den Patienten und uns.

Kranke Menschen und ihre An- und Zugehörigen erleben in den Begegnungen mit Pflegenden oft das Gefühl, nicht mit ihrer eigenen Problematik, dem persönlichen Empfinden, ihren Ängsten, ja der ureigenen Existenzangst und ihrer tiefen Not gesehen zu werden. Das Gefühl, nur ein „Fall“ zu sein, mit dem standardisiert, ritualisiert, aber hoch professionell umgegangen wird, lässt sie in ihrem Leid allein und verstärkt es.

Viele Pflegende haben sich im Laufe von Ausbildung und Berufserfahrung eine „professionelle Distanz“ während fordernder Begegnungen zugelegt, um „durchzuhalten“ gleichsam nach der Auffassung: Wenn wir echte Profis sind und uns so verhalten wollen, dann dürfen wir den zu betreuenden Personen emotional nicht zu nahekommen. Wir müssen eine gesunde, eben eine professionelle Distanz wahren, um auf Dauer in der Pflege ohne auszubrennen tätig sein zu können und/oder andererseits nicht zur gefährlichen Helferpersönlichkeit zu mutieren. Denn das wäre ja auch nicht professionell.(3)

In Hospizarbeit und Palliativer Sorge kann ich natürlich nicht immer jede Nähe aushalten. Darum ist das Innehalten, das Pause machen, eine erholsame und heilsame Distanz für meine Gesundheit wichtig. Oder anders gesagt: ich als Pflegekraft habe nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht die Balance von helfender Nähe und heilsamer Distanz zu beachten und einzuhalten. Darum sind in Hospizarbeit und Palliativer Sorge ja auch entsprechende Möglich-

keiten zu Auszeiten vorgesehen. Die leitenden Persönlichkeiten in Hospiz und Palliativer Sorge sind verantwortlich und haben sich zu kümmern, dass ihre MitarbeiterInnen nicht (über längere Zeit) über ihre Grenzen gehen und entsprechende Oasen in ihrem Berufsalltag nützen (können). Dazu gehört auch, dass MitarbeiterInnen, die zu Überbefürsorgung neigen, mahnend und achtsam geführt werden.

Als Pflegedienstleiter sah ich es nicht nur als meine Aufgabe, dass Hilfebedürftige zu notwendender Hilfe gelangten, sondern ich sah meinen Auftrag auch darin, gelegentlich die Hilfebedürftigen vor den Helfensbedürftigen zu schützen. Mir sind Menschen suspekt, die IMMER NUR HELFEN wollen. Als MitarbeiterInnen in Hospiz und Palliativer Sorge ist es unsere Aufgabe, wie es Heinrich Pera (4) einmal formuliert hat, den Sterbenden auch in seine Freiheit zu begleiten, wenn er es wünscht.

Meiner jungen Mitarbeiterin war es bei ihrem obengenannten Erstbesuch gelungen, schnell mit den ihr anvertrauten Menschen in eine verlässliche und tiefe Beziehung zu treten, um deren Anliegen in Gänze zu verstehen und danach nach echten, tragfähigen Lösungen zu suchen. Dadurch eröffneten sich ihr und der Familie selbst weitere Möglichkeiten des Umgangs und der Unterstützung. Natürlich ergaben sich daraus auch weitere Verpflichtungen, in erster Linie die, die Treue (in der Begleitung) zu halten.

Die Beziehungen in Hospiz und Palliativer Sorge sind meist nicht von langer Dauer. Daher kann ich mich ihnen für diesen absehbaren, überschaubaren und aushaltbaren Zeitraum mit aller Empathie, Menschenliebe, Fachwissen, Erfahrung und eben Nähe, widmen. Meine Mitarbeiterin hat ihr Bestes gegeben, um die Familie in ihrer Krise zu unterstützen und zu vermitteln, dass sie nicht alleine ist. Ihre professionelle Nähe beruhigte nicht nur die Hilfe suchenden Menschen, sondern machte letztendlich auch sie selbst zufriedener (und damit auch mich als Pflegedienstleiter). Ich konnte ihr das Wissen und die Zuversicht vermitteln, dass sie Menschen nahe sein darf und soll. Denn deshalb hat sie ja ursprünglich den Pflegeberuf gewählt, weil sie Menschen begegnen, weil sie ihnen in der Krise Unterstützung anbieten wollte. Das ist nicht mit Distanz, sondern nur mit Nähe und echter Zugewandtheit möglich, die gerade in helfenden Berufen ihren Platz haben und im Besonderen in der Begleitung Sterbender absolut unersetzlich und unerlässlich sind.

**Heinrich Pera, ein Pionier der Hospizarbeit in Deutschland, sagte 1995 in einem Vortrag in Mainz: „…jeder Sterbende lebt uns unseren Tod vor. Das ist auch ein Geschenk. Sollte es nicht ein Hospiz geben mit dem Titel: `Lasst uns miteinander weinen´. Wir reden zu viel über Dinge und zu wenig von uns selbst.“**

Wir tun den Kranken, ihren An- und Zugehörigen und uns selbst nur Gutes, wenn wir die „professionelle Distanz“ durch „professionelle Nähe“ ersetzen. Und das auch so zur Sprache bringen. Für mich ist Pflege dann professionell, wenn wir es schaffen, uns auf die Nähe in unserer Profession zu besinnen, die gewünscht, effektiv und absolut zielführend ist. Im Leben und Zulassen dieser Nähe werden wir unserem pflegerischen Auftrag gerecht. Und dadurch auch zufrieden. Es lohnt sich, professionell zu arbeiten - wenn unter Professionalität die Fähigkeit verstanden wird, fachliches Wissen mit mitmenschlicher Fürsorge zu verbinden. Nicht nur, weil es auf lange Sicht dem Wohl des Patienten dient, sondern auch, weil es die eigene Person erfüllt und zufrieden macht: Ich habe das Richtige getan.

Meine ganz persönliche Reihung der pflegerischen Kompetenzen:

1. Menschliche Kompetenz
2. Soziale Kompetenz
3. Kommunikative Kompetenz
4. Fachliche Kompetenz

Ad 3) Aus meiner Schneckenmetapher

Ich habe in meinen Seminaren und Vorträgen immer wieder einmal die Metapher/den Wunsch von der Schnecke den Teilnehmern mitgegeben. Der sechste und letzte Wunsch dabei bezieht sich auf die Verletzlichkeit einer Schnecke:

Ich wünsche dir, liebe Leserin, lieber Leser, dass du verletzlich bist wie eine Schnecke. Das klingt vielleicht etwas schwierig. Aber ich habe Sorge und Angst, vor Menschen, die keine Wunde kennen, die eine Elefantenhaut haben. Ohne Wertung. Ich kann Pflegerinnen und Pfleger verstehen, dass sie, um leben zu können, sich schützen, sich eine dicke Haut zulegen (hier: Professionelle Distanz). Ich habe vor diesen Menschen großen Respekt. Ich habe Sorge, dass wir nun sagen, was die da tun, ist schlecht. Sie

tun es oft mit einem ja fast schon verwundetem Herzen und oft aus dem Verhalten heraus, um überleben zu können. Die Wunde ist (nach Dorothee Sölle) das Fenster der Verwundbarkeit. Die Wunde ist ein Fenster. Wenn dieses Fenster in der dicken Haut nicht wäre, wäre ich für andere nicht erreichbar. Ich wünsche dir, dass du für andere Menschen erreichbar bist, denn dann hast du was vom Leben. Dann lebst du. Lebe! Lebe wohl! © Martin Sorge, modifiziert nach H. Pera.

## Fußnoten

1 http://www.caritashospiz.at / https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/hospiz/

2 Seit Herbst 2013 in Pension

3 Siehe: „Aus meiner Schneckenmetapher“ am Ende.

4 Heinrich Pera, 1938-2004, war ein deutscher katholischer Priester und Diplomkrankenpfleger. Pera gilt als Wegbereiter der Hospizbewegung in der DDR in den 1980er Jahren und später in der Bundesrepublik Deutschland.


## Autor

**Martin Sorge**
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger,
Mensch in Hospiz und Palliative Care,
Krankenseelsorger der Evangelisch-Lutherischen Kirche.

"Mein Lehrbuch ist der stete Kontakt mit meinen Patienten und ihren An- und Zugehörigen."

(C) LoloStock

# Pflegende Angehörige

**Ulrike Makomaski**

Mein Mann, Baujahr 1940, hat, wahrscheinlich schon von Jugend an, eine bipolare affektive Störung. Um aus den depressiven Phasen herauszukommen, hat er getrunken, zuviel getrunken, 1983 war er auf Entzug, aber die bipolare Störung wurde nicht erkannt, erst in den 90er Jahren wurde ihm Lithium verschrieben, was aber eher wirkungslos war. Im Jahr 2006 erhielt er endlich eine Behandlung nach neueren medizinischen Erkenntnissen.

Wann bei meinem Mann Alzheimer Demenz dazu gekommen ist, ist nicht mehr feststellbar, seit 2012 gibt es jedoch die Diagnose und eine entsprechende Behandlung. In der Folge gesellte sich totale Inkontinenz, dann auch noch Parkinson dazu.

Als pflegende Angehörige wird man nicht geboren, …man wächst langsam, unmerklich langsam, hinein. Vor zehn Jahren hätte ich jedem, der mir gesagt hätte, ich würde einmal meinen Mann pflegen, erklärt: „Mit mir nicht, Trennung von Tisch und Bett, Scheidung, ab durch die Mitte, hinter mir die Sintflut…“. Man wächst langsam hinein, hier eine Kleinigkeit, die man übernimmt, dort eine Verpflichtung,… eines der ersten Dinge war die Kontrolle über die Finanzen meines Mannes.

Mit der Diagnose Alzheimer war mir klar, dass ich meinen Gatten als Mann und Partner endgültig verloren habe. Andererseits hatte ich mit der Diagnose Alzheimer endlich eine Erklärung für viele seiner Aktionen und Reaktionen, für die ich mich so oft geschämt hatte. Unser Umgang miteinander war eher freundschaftlich-ruppig. Meinen Mann hatte ich immer bei seinem Vornamen genannt. Sukzessive änderte sich meine Anrede - wenig geistreich - auf „Schatzi“. Der Umgang zwischen uns beiden hat sich verändert, ist inniger geworden, wir sind uns eigentlich näher als wir es uns je gewesen waren. Langsam wächst man in die Verantwortung für seinen Partner, die Zuneigung wird – wie zu Kindern - zärtlicher. Mir ist aufgefallen, dass diese Menschen besonders sensibel, empfindsam werden.

Ich habe in der Zwischenzeit sehr viel dazugelernt, mache fast täglich neue Erfahrungen, die ich eigentlich nicht missen möchte. Nur meiner Gesundheit musste ich schon Tribut zahlen. Ich habe zugenommen, bekam dafür Diabetes Typ 2. Mein Kurzzeitgedächtnis lässt mich immer wieder im Stich, seit kurzem wackelt mein Kopf wie bei diesen Plastikhunden die hinter der Heckscheibe mancher Autos auch mit dem Kopf wackeln. Und - ich habe sogar etwas mit

(C) Thomas Topf

Placido Domingo gemeinsam, auch er verdankt sein Leben der Koloskopie.

Trotzdem - ich bin stark und voll Zuversicht - und erfahre viel Verständnis und Unterstützung durch meinen Freundeskreis, der sich seit der Krankheit meines Mannes kaum verringert hat. Ich bin bestrebt, meinen Mann, sofern ich es körperlich und seelisch schaffe, mit Hilfe sozialer Dienste in seinem gewohnten Umfeld zu behalten, ihn bis zum Schluss zu begleiten und ihm zur Seite zu stehen. Seit 2012 wird die morgendliche Körperpflege von Heimhilfen, seit heuer auf Grund des sich verschlechterten Zustandes von mobiler Hauskrankenpflege vorgenommen. Derzeit hat mein Mann noch Pflegestufe 4.

Unter der Woche verbringt mein Mann seine Zeit in einem auf Demenz spezialisierten Tageszentrum des Fonds Soziales Wien. Diese Einrichtung kann ich nicht genug loben. DIE Förderung und DIE Betreuung, die er dort erhält, könnte ich ihm zu Hause nie und nimmer bieten, intensive Pflege und Betreuung, Erinnerungsarbeit, Aktivierung mittels Musik, Bewegung, Tanz, Spiel, Ergotherapie, usw, usw… Das Personal ist geschult in Validation. Es gibt dort auch eine Angehörigengruppe. Der Erfahrungs- und Informations-austausch, das sich-Ausreden-können über die Probleme im Zusammenleben mit unseren Partnern ist für uns sehr wichtig und gibt uns Kraft.

(C) Ulrike Makomaski

Unsere Angehörigen passen mit ihren Problemen nicht wirklich in unser Sozial- und Gesundheitssystem, dieses ist nicht für Menschen mit Demenz vorgesehen. Bei Aufenthalten meines Mannes in Akut-Krankenhäusern musste ich das immer wieder feststellen. Ärzte und Personal, auch wenn sie bemüht waren und Empathie zeigten, waren für solche Situationen nicht geschult und nicht eingerichtet, überfordert. Sie waren richtiggehend patschert, z.B. hatte mein Mann öfters keinen Inkontinenzschutz bekommen. Einmal ist eine gehörige Ladung total ins Bett gegangen. Mein Mann hat gemerkt, was ihm da passiert ist, konnte es aber nicht verhindern, er wollte mit ungeeigneten Mitteln sein Unglück wegputzen, da bin ich dazugekommen. Den Rest überlasse ich Ihrer Fantasie.

Derzeit wird viel hinsichtlich Palliativmedizin geforscht und getan, aber im Fall von Demenz-Erkrankungen gibt es eine Vorlaufzeit bis zum - Ende - von ca. 15 Jahren. Das jeweilige Befinden unserer Angehörigen richtet sich großteils nach dem Krankheitsverlauf, für diese Zeit bräuchte es eine eigene Ausbildung, da muss sich unbedingt was ändern. Es gibt da z.B. die Validationsmethode nach Naomi Feil; die das Rote Kreuz anbietet. Oder - in Bad Ischl gibt es die M.A.S. Alzheimerhilfe, die ihre eigenen Methoden entwickelt hat. --- Dieser Verein bietet zusätzlich auch die Möglichkeit von Urlauben an, für an Alzheimer Demenz Erkrankte zusammen mit deren pflegenden Partnern.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat z.B. einen Informationsbogen mit wichtigen Informationen entworfen, die der betreuende Angehörige bei Aufnahme im Krankenhaus dem Betreuungspersonal zur Verfügung stellt. Es gibt auch eine Initiative „Demenzfreundliches Krankenhaus“.

Wir, die betreuenden Angehörigen versuchen, den Weg bis zum Ende mit ihnen zu gehen, sie immer wieder dort abzuholen, wo sie sich gerade auf ihrem Weg in ihre eigene, uns unbekannte Welt befinden. Wir nehmen ca. 15 Jahren unseres Lebens sehr viel Mühe auf uns, wir geben unser eigenes Leben auf, bezahlen es oft mit unserer eigenen Gesundheit, opfern unsere Lebenszeit und unsere materiellen Ressourcen nicht nur für unsere Angehörigen, sondern auch für die Gesundheits- und Krankenressorts, die Allgemeinheit, die sich dadurch auf unserem Rücken viel Geld ersparen. Oft geht das bis zum physischen und mentalen Zusammenbruch. Immer wieder gibt es Meldungen über Kurzschlusshandlungen von Betreuenden? Als Gegenleistung dürfen wir uns als

Bittsteller um Dinge bemühen, die uns eigentlich zustehen sollten.

Nehmen wir als Beispiel den bereits angesprochenen 14-tägigen Urlaub in Bad Ischl, den mein Mann und ich schon zwei Mal in Anspruch genommen haben, der gleichzeitig ein Therapie- und Förderungsaufenthalt sowohl für meinen Mann als auch für mich ist. Der Aufenthalt kommt auf etwa 4.500,- Euro für uns beide. Es beinhaltet Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel mit Vollpension; für unsere Partner gibt es Hilfe bei der Körperpflege, beim Toilettengang, beim Essen, Nachtdienst einer Krankenschwester, Beschäftigungs- und Gedächtnistraining, Mobilitätstraining…, alles mit gut ausgebildeten, engagierten Fachkräften. Für uns Angehörige gab es Einzelgespräche, Gruppengespräche, Beratung über Betreuung zu Hause, Schulungen, Vorträge, und zur Entspannung Massagen im Kurzentrum von Bad Ischl. Es gibt Abendveranstaltungen mit Musik und Tanz, kulturelle Angebote, aber auch Freizeit und Erholung, Kraft sammeln für kommende Zeiten… Für das, was geboten wird, sind die Kosten eigentlich moderat, trotzdem ist es für viele Menschen, die sowas bräuchten, nicht leistbar.

Es gibt zwar die Möglichkeit, eine Förderung beim Sozialministeriumsservice zu beantragen, aber nur bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe des Betroffenen und abhängig von der Pflegestufe. Von Seiten der meisten Pensions- und Krankenkassen ist keine Unterstützung oder Förderung zu erwarten.

Jede Stunde, die wir uns freinehmen wollen, müssen wir in irgendeiner Form honorieren. Es gibt zwar Nachbarschaftshilfe und Freunde, die hin und wieder einspringen, aber das kann man auch nicht überbeanspruchen. Da ist immer wieder Logistik gefragt, wer, wie, wann und auch wo bereit ist, zur Verfügung zu stehen. Seitens der Sozialen Dienste gibt es zwar Besuchsdienste, die natürlich auch zu bezahlen sind, aber die enden um 20 Uhr. Theater- vorstellungen fangen üblicherweise um 19:30 Uhr an. Der Fonds Soziales Wien bietet in bestimmten Tageszentren auch Wochenendbetreuung an, die um 22 Uhr endet. Theatervorstellungen enden ungefähr um diese Zeit.

So eine Wochenend-Betreuung, dachte ich mir, nehme ich in Anspruch, da ich einmal monatlich Ausflüge für SeniorInnen organisiere. Ich rufe in diesem Tageszentrum an und will reservieren. „Na so schnell geht das nicht, das muss der FSW erst bewilligen, außerdem ist das für dauernd, also für jeden Samstag vorgesehen, nicht nur so einmal im Monat…“.

Aber trotzdem, der FSW ist generell sehr bemüht zu helfen, er bietet z.B. die Möglichkeit einer Urlaubspflege für bis zu fünf Wochen pro Jahr an, welche ich mit 1 – 2 Wochen in Anspruch nehme, um ohne meinen Mann Urlaub zu machen. Bei diesen Gelegenheiten tut es mir immer leid, dass mein Mann sein Tageszentrum während dieser Zeit nicht besuchen kann, da der FSW nicht zwei Institutionen auf einmal fördert. Aber besorgt wie ich bin, hätte ich es schon gerne, wenn er während meiner Abwesenheit auf seine Förderung nicht verzichten müsste.

Eine der Änderungen, die ich in unserer Wohnung vornehmen musste, war der Einbau einer Badewannentüre. Kostenpunkt ca. 2.400 EUR. Wir wohnen im 4. Stock, zwar mit Lift, aber nur über einen Halbstock erreichbar. In diesen passt der Rollstuhl meines Mannes gerade noch hinein – wir mussten einen kleineren - eigentlich zu kleinen - Rollstuhl für ihn nehmen. Zur Überwindung dieses Halbstockes habe ich einen Treppenlift einbauen lassen, Kosten dafür etwa 16.000,- EUR, gefördert durch die Gemeinde Wien unter dem Titel „Barrierefreiheit“ mit 9.000,- EUR . Für längere Strecken mit dem Rollstuhl habe ich zusätzlich eine mittels Akku betriebene Brems- und Schiebehilfe besorgt, Kostenpunkt 3.800,- EUR. Diese Hilfe kann ich aber erst im Hausflur montieren, da dafür weder im Lift noch auf dem Treppenlift Platz ist. Das alles ist umständlich und aufwändig. Ich musste eine Waschmaschine kaufen und installieren lassen. Die war kostengünstig um knapp 500,- EUR. Im Garten Einbau eines Geländers aus Sicherheitsgründen: EUR 1.300,-Ich weiß nicht, wie viele Angehörige das leisten können. Das ergibt allein für diese Ausgaben einen finanziellen Mehraufwand von etwa 15.000,-EUR.

Öffentliche Verkehrsmittel können von meinem Mann nicht mehr benützt werden. In unser Auto passte der Rollstuhl samt Zubehör nicht hinein. Wir brauchten daher ein neues, größeres Auto. Dazu noch einen Dachkoffer für den Urlaub, um die Unmengen an Vorlagen, Pull-ons, Matratzenschutz, Leintuchschutz, Küchenrollen, Plastiksäcken, Reinigungsmittel usw… usw… mittransportieren zu können. Weitere EUR 15.000,-.

**Kurzfassung Investitionen:**

| | |
|---|---|
| **Badewannentür** | **2.400** |
| **Treppenlift abzgl Subventionen** | **7.000** |
| **Brems-Schiebehilfe f. Rollstuhl** | **3.800** |
| **Waschmaschine** | **500** |
| **Geländer im Garten** | **1.300** |
| **Summe** | **15.000** |
| **Auto** | **15.000** |
| **Bständig monatlich** | **100 – 200** |

Übrigens, nur die Vorlagen und Netzhöschen, die schon beim Hinschauen Fäden ziehen, werden von der Wr. GKK unter Anrechnung eines Selbstbehaltes bezahlt, alles andere ist selbst zu berappen. Ich lasse monatlich ca. 150,- bis 200,- EUR bei der Fa. Bständig allein für die Pull-ons und Vlieseinlagen, Spezialcremen liegen.

Vom FSW erhalte ich monatlich eine Abrechnung über die getätigten Aufwendungen. Für meinen Mann beträgt die Belastung für Hauskrankenpflege und Tageszentrum etwa 2.000,- EUR pro Monat und wird nach dem Einkommen beider Ehepartner berechnet. FSW fördert die Betreuung zusätzlich mit ca. 2.500,- EUR. Die Stufe 4 des Pflegegeldes beträgt 677,60 EUR. Ich jammere nicht, aber bitte ziehen Sie allein aus all diesen genannten Ziffern Ihre eigenen Folgerungen. Der Weg in die Altersarmut ist bei vielen bereits vorgezeichnet.

Wenn ich mir all diese Beträge ansehe, denke ich mir, dass die Politik seriöser weise über eine Pflegeversicherung nachdenken sollte. Da gibt es sicherlich schon interessante Umsetzungen in die Praxis, z.B. hat Dänemark seit Jahren ein System der Finanzierung, das sich anzusehen sich sicherlich lohnen würde.

Die derzeitigen Bemühungen „Weg von den Heimen – Betreuung zu Hause“ begrüße ich sehr. Menschen aus ihrer gewohnten Umgebung nicht herauszureißen, ist, sofern die häuslichen Umstände es ermöglichen, für deren Wohlbefinden sicherlich das Beste. Es ist fein, dass die Betroffenen mit ihren speziellen Bedürfnissen jetzt mehr in den Vordergrund gerückt werden. Es bedarf aber auch einer größeren Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen.

Werner Vogt meinte bereits vor 10 Jahren in einem Kurier-Artikel: Die getäuschten Studenten gehen pfeifend auf die Straße. Die getäuschten pflegebedürftigen Frauen und Männer sind in ihrer Schwäche gefangen. Ihnen wurde mehr Geld für bessere Pflege versprochen. Die Verteilung des Pflegegeldes ist jedoch rigider geworden. Die gut 400.000 pflegenden Angehörigen, die Pflege- und Betreuungskräfte, fast alle weiblich, murren. Sie flüchten, wie seit Jahren in ein politisch verursachtes Selbstmitleid.

Ich versichere Ihnen, ich versinke nicht in Selbstmitleid, ich bin nicht bereit nur zu murren und zu jammern. Ich bin bereit, mich für die Rechte sowohl unserer Pflegebedürftigen als auch für die Rechte von uns Angehörigen zu engagieren, aber als ehemalige Betriebsrätin denke ich auch an das Pflegepersonal, da gäbe es einiges zu verbessern. Das ist aber eine andere Baustelle.

(C) Eleonore Bauer

**„Eleonore Bauer ist diplomierte Krankenschwester und hat bereits mehrere Jahre Berufserfahrung in einer Privatklinik gesammelt. Ihr erster Einsatz mit Ärzte ohne Grenzen führte sie 2015 in den Südsudan, wo sie für den Pflegebereich zuständig war. Danach war sie in der Zentralafrikanischen Republik in Berberati in einem Ernährungsprogramm tätig. An Ärzte ohne Grenzen schätzt sie die große Erfahrung der Organisation mit humanitären Einsätzen sowie die ideologische und politische Unabhängigkeit.“**

# Mein Einsatz in der Zentralafrikanischen Republik

Einsatzbriefe einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester von „Ärzte ohne Grenzen“

## Brief 1: Dezember ohne Schnee

Nach etwas mehr als zwei Wochen habe ich langsam das Gefühl, angekommen zu sein und fühle mich schon recht wohl. Die ersten Tage waren sehr eindrucksvoll und sehr anstrengend, weil einfach alles neu und unbekannt war – und dann auch noch auf Französisch... Aber das wird auch von Tag zu Tag leichter. Bei den ersten Teamsitzungen war ich trotz voller Konzentration auch recht verloren, aber wenn man einmal die wichtigsten Fachvokabeln gespeichert hat, findet man sich halbwegs zurecht.

Das Projekt ist schon gut organisiert und vieles läuft beeindruckend gut, anderes hat noch großes Verbesserungspotenzial – was gut ist, so habe ich etwas zu tun hier :-) Jedoch sollte man sich als Neuling wirklich Zeit lassen und nicht versuchen, alles auf den zu Kopf stellen, bevor man die grundlegendsten Dinge begriffen hat.

„Meine“ Station, die „NUT“ (kurz für Ernährungszentrum), ist in drei Zelten inmitten des Spitalskomplexes untergebracht. Sie hat 60 Betten, die zu Spitzenzeiten jeweils doppelt belegt sind.

Wir haben momentan meistens so ca. 30 Kinder hier, die im Alter zwischen einem Monat und fünf Jahren sind, plus ihre Mütter und oft Geschwister.

„Mein“ Team in der NUT besteht aus ca. 30 Leuten, darunter acht Krankenpfleger. Der Rest sind so genannte „Aides soignantes“, in etwa unsere Pflegehelfer, und „Assistantes nutritionelles“, die sich um die Zubereitung und Verabreichung der Milch kümmern – acht Mal pro Tag. Das ist natürlich eine Schlüsselfunktion in der NUT, denn Nahrungsaufnahme ist der erste und wichtigste Schritt zur Gesundung der Kinder, auch wenn sie nebenbei meist noch viele andere Problemfelder haben: Aufgrund des geschwächten Immunsystems haben sie alle möglichen Infekte (die oft erst nach einigen Tagen so richtig ausbrechen, denn wenn es ihnen ganz schlecht geht, haben sie sozusagen nicht genug Energie, um gegen die Erreger zu kämpfen, also keine Immunantwort, also auch kein Fieber, keinen Husten,...), und dazu Ödeme, oft Tuberkulose und auch nicht selten HIV.

Aufgrund der mangelnden Versorgung mit Nährstoffen ist auch die Haut oft in Mitleidenschaft gezogen, was zu ausgedehnten Läsionen und Wunden führen kann. Ein kleines Mädchen hatte komplett offene Beine, auch an Popo und Rücken war großteils keine Haut mehr. Dazu kam noch Durchfall. Man kann sich vorstellen, dass der Verband dementsprechend oft

schmutzig war. Obwohl mein Team und ich uns sehr viele Gedanken um die bestmögliche Versorgung der Wunden machten und sich alle bemühten, entwickelte das kleine Mädchen - sie hieß Christelle - leider eine Sepsis, an der sie zwei Tage später auf der Intensivstation starb. Es ist insofern nicht ganz einfach, damit umzugehen, als der Tod eines 1,5 Jahre alten Kindes einerseits eine Katastrophe ist, andererseits diese Katastrophe dennoch in einen Kontext eingebettet ist, in dem das, wenn nicht oft, so doch regelmäßig vorkommt.

Aber um nicht ganz in Tristesse zu versinken, muss man sagen, dass der Großteil der Kinder innerhalb weniger Tage eine sehr positive Entwicklung durchmacht: Zuerst werden sie noch per Sonde ernährt, sind apathisch oder weinen viel, haben einmal Fieber, dann Durchfall; aber dann stabilisiert sich ihr Zustand, sie trinken selbst, sie interessieren sich wieder für ihre Umwelt, dann beginnen sie, „Plumpynut“, eine hochkalorische Erdnusspaste, zu essen, sind mit ihren Müttern auch vor dem Zelt mit den anderen Kindern beisammen und können dann bald entlassen werden, wobei sie noch einige Zeit wöchentlich zur weiteren Verlaufskontrolle in ein Gesundheitszentrum geschickt werden.

Was mich auch immer wieder erheitert, sind die Namen die hier beliebt sind: Dieudonne, Dieu Merci, Service, Julius Caesar, My God, Parfait, Bienvenue oder Rein Anne.

Zurzeit ist aber verhältnismäßig nicht viel los, weil gerade die Raupensaison ist und daher genug Proteine zum Verzehr bereit stehen ;-)

**(C) Eleonore Bauer**

Berbérati an sich kann ich beim besten Willen nicht als Stadt ansehen, die Häuser und Tukuls (kleine Strohhütten) sind weit verstreut und locker angesiedelt. Dazwischen wachsen riesige Palmen und Urwaldbäume und die Straßen sind natürlich allesamt nicht asphaltiert. Außer dem Spital gibt es hier noch ein paar Schulen und Kirchen und am Sonntag einen sehr turbulenten und schönen Markt – und das war‘s schon.

Es gibt sogar sportliche Aktivitäten, jeden Montag, Mittwoch und Freitag gehe ich mit drei anderen Verrückten um 6 Uhr in der Früh (!!!) laufen, was sehr gut tut – auch, wenn es sich ein bisschen wie ein „Publicity-Run“ anfühlt in den T-Shirts von Ärzte ohne Grenzen.

Ich beneide euch um die winterlichen Temperaturen und die reelle Hoffnung auf Schnee :-)

Ok, das war‘s für heute!

Liebe Grüße,
Eleonore

### Brief 2: Die hohe Kunst der Motivation

Mittlerweile hat sich hier in Berbérati in der Zentralafrikanischen Republik die Regenzeit mit den ersten sehr heftigen, fast stürmischen Regenfällen angekündigt. Wenn es in circa einem Monat wirklich so weit sein wird, wird es jeden Tag mehrere Stunden regnen. Nach all dem, was schon die ersten Gewitter angerichtet haben – aufgeweichte Straßen, in sich zusammenfallende Hütten und andere Wohnkonstruktionen, fliegende Einzelteile, die schlussendlich irgendwo oder auf irgendwem landen und nicht zuletzt eine rasante Vermehrung der Malaria übertragenden Moskitos – bin ich gespannt, was sich während der „echten“ Regenzeit abspielen wird. Im Moment genieße ich persönlich die Regenfälle sehr, da sie Abkühlung bringen und es sehr gemütlich ist, wenn der Regen abends oder in der Nacht aufs Blechdach prasselt. Unter Tags ist es natürlich nicht so praktisch, da man selbst für den 5-minütigen Weg zum Spital immer ein Auto braucht.

Auch sonst gibt es immer wieder Abwechslung und Neuigkeiten im Projekt, seit einer Woche ist eine Kollegin aus der Personal-Abteilung da, die sich um individuelle Weiterbildung unseres Personals kümmert. Das bedeutet, dass wir gemeinsam überlegen, wem warum wann wo welche Fortbildung nützen könnte. Dabei geht es hauptsächlich um diejenigen

einheimischen Mitarbeiter, die schon länger für Ärzte ohne Grenzen arbeiten und bereits gut sind, aber noch besser werden oder mehr Verantwortung im Projekt übernehmen könnten. Ärzte ohne Grenzen organisiert und bezahlt dann die entsprechenden Fortbildungen (Management, Informatik oder die jeweiligen Fachgebiete) vor Ort oder anderswo. Da das Ausbildungsniveau hier in der Zentralafrikanischen Republik generell sehr niedrig ist, ist es nicht leicht, qualifizierte Leute zu finden – und umso wichtiger, die gut ausgebildeten weiter zu fördern und zu motivieren.

Kinder sie problemlos und gänzlich zu sich genommen, oder verweigert oder erbrochen haben. Das ist bei dem oft sehr labilen Zustand der Kinder wichtig, um Unterzuckerung oder Deshydratation zu vermeiden oder zumindest rechtzeitig zu korrigieren. All das zählt hier zu meinen Aufgaben, um die bestmögliche Qualität der Pflege für unsere Patienten zu ermöglichen und auftretende Fehler oder Unklarheiten zu klären. In manchen Bereichen gibt es natürlich noch Luft nach oben – auch in meinem prinzipiell sehr motivierten und aufgeschlossenen Team. Zu diesem Team zählt auch meine Kollegin Tania, eine immer fröhliche und sehr verlässliche (!) Pflegehelferin, hier gerade bei der Vitalzeichenkontrolle:

(C) Eleonore Bauer

(C) Eleonore Bauer

Apropos Motivation: Nachdem ich von einer erfahrenen Kollegin letztens den Tipp bekam, durchaus auch nachts unangekündigte Besuche im Spital zu machen, tauchte ich letzte Woche um 23 Uhr dort auf. Positiv überrascht war ich davon, dass fast alle Moskitonetze heruntergelassen waren und benützt wurden. Auch ist es wichtig, sicherzustellen, dass die diensthabenden „Assistantes nutritionnels“ in der Krankengeschichte alle Milch- oder Plumpy-Nut-Mahlzeiten (die therapeutische Fertignahrung) korrekt eintragen. Die Nahrung wird 3-stündlich verteilt und jeweils danach dokumentiert, ob die

**In der nächsten Ausgabe dürfen wir Ihnen einen weiteren Einblick in das Einsatztagebuch einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester bei „Ärzte ohne Grenzen“ zeigen.**

**Wir bedanken uns bei der tollen Kollegin DGKS Eleonore Bauer und bei „Ärzte ohne Grenzen“ für diese einzigartige Möglichkeit.**

# Einsatzkräfte ohne Grenzen

**Susheel Saini, Notarzt aus Wien, Einsatz in der Ukraine**

**Für unsere Hilfsprojekte suchen wir dringend:**

- FachärztInnen der Unfallchirurgie, Anästhesie, Gynäkologie, Psychiatrie und Pädiatrie
- NotfallmedizinerInnen
- Hebammen
- PharmazeutInnen (mit guten Französischkenntnissen)
- Pflegefachkräfte und OP-Pflegefachkräfte (mit guten Französischkenntnissen)
- PsychologInnen sowie PsychotherapeutInnen

Unabhängig. Unparteiisch. Unbürokratisch.
*Ärzte ohne Grenzen* wirkt weltweit. Wirken Sie mit.

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

**Informieren Sie sich jetzt:**
**www.aerzte-ohne-grenzen.at/einsatzmitarbeit**

# Ärzte ohne Grenzen behandelt Kriegsverletzte und unterstützt Krankenhäuser

Neben medizinischer und chirurgischer Nothilfe für Männer, Frauen und Kinder, die in den anhaltenden Kämpfen um Mossul verletzt werden, hat Ärzte ohne Grenzen/Médecins Sans Frontières (MSF) die Aktivitäten ausgeweitet und unterstützt nun auch Krankenhäuser, die über zu wenig Ressourcen verfügen, um den wachsenden Bedarf zu decken.

“Die meisten Spitäler in Mossul wurden beschädigt oder zerstört” erklärt Marc van der Mullen, Einsatzleiter von Ärzte ohne Grenzen. „In West-Mossul sind medizinische Leistungen ernsthaft zum Erliegen gekommen, und aufgrund der anhaltenden Kämpfe gibt es viele Verletzte und Tote. In Ost-Mossul gehen medizinische Einrichtungen langsam wieder in Betrieb, aber es gibt noch Lücken bei der post-operativen Betreuung, der Mutter-Kind-Versorgung und in der Pflege stationärer Patienten, daher springt Ärzte ohne Grenzen hier ein.“

Derzeit ist Ärzte ohne Grenzen in sechs medizinischen Einrichtungen in und um Mossul tätig, leistet lebensrettende Nothilfe und chirurgische Versorgung, einschließlich Mutter-Kind-Versorgung und post-operative Betreuung nach größeren chirurgischen Eingriffen. Die Teams behandeln auch mangelernährte Kinder und kümmern sich um die medizinische Versorgung sowie um psychologische Hilfe in den neu entstandenen Lagern für Vertriebene aus Mossul.

## West-Mossul

Durch die Bereitstellung spezialisierter Gesundheitsposten, die je nach medizinischen Bedürfnissen schnell auf- und abgebaut werden können, war Ärzte ohne Grenzen in der Lage, den Verwundeten in West-Mossul lebensrettende Hilfe und Nothilfe zu leisten. Im vergangenen Monat hat Ärzte ohne Grenzen 175 Patienten in den zwei Gesundheitsposten in West-Mossul behandelt und sie in chirurgische Einrichtungen transferiert.

Noch immer sitzen Hunderttausende Menschen in West-Mossul fest. Die Patienten, die es bis zu den Kliniken von Ärzte ohne Grenzen schaffen, berichten von Wasser- und Nahrungsmittelknappheit und von einem extrem eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung.

## Ost-Mossul

In Ost-Mossul arbeitet Ärzte ohne Grenzen in einem ehemaligen Altersheim, das in eine Notaufnahme, einen Operationssaal, eine Geburtenstation und in stationäre Abteilungen umfunktioniert wurde. Seit

(C) Diego Ibarra Sánchez/MEMO

das Krankenhaus Anfang März eröffnet wurde, haben die Teams 4.376 Patienten behandelt, mehr als die Hälfte davon waren Notfälle. Außerdem hat Ärzte ohne Grenzen am 19. März in Ost-Mossul ein 15-Betten-Spital eröffnet, um eine Mindestversorgung für gebärende Frauen zu gewährleisten. Seit der Eröffnung haben die Teams 130 Babies auf die Welt gebracht. In einem weiteren Spital in Ost-Mossul hat Ärzte ohne Grenzen eine 24-Stunden-Notaufnahme errichtet, in der bisher 336 Patienten behandelt wurden.

## Südlich von Mossul

Seit seiner Eröffnung wurden im Feldspital von Ärzte ohne Grenzen in Hammam al-Alil 1.904 Patienten behandelt. Das Spital war einen Monat lang die nächstgelegene chirurgische Einrichtung für die Menschen aus West-Mossul. 55 Prozent der Patienten waren Frauen und Kinder, 82 Prozent Kriegsverletzte.

Im Krankenhaus in Qayyarah behandelt Ärzte ohne Grenzen medizinische und chirurgische Notfälle. Seit Jänner wurden über 5.657 Patienten in der Notaufnahme behandelt. Das Team behandelt Patienten, die bei Luftangriffen, Explosionen oder durch Granatbeschuss verletzt wurden. Vor kurzem wurde eine Vier-Betten-Intensivstation für Verbrennungsopfer und andere kritische Fälle errichtet.

Als die irakische Armee nach West-Mossul vordrang, konnten viele Familien fliehen. Die Teams von Ärzte ohne Grenzen haben in der Folge Kinder mit akuter Mangelernährung behandelt – eine Konsequenz der Nahrungsmittelknappheit im belagerten West-Mossul. Zur Behandlung mangelernährter Kinder hat Ärzte ohne Grenzen im Krankenhaus von Qayyarah ein 12-Betten-Ernährungszentrum errichtet. In Hammam al-Alil betreibt Ärzte ohne Grenzen ein ambulantes Ernährungsprogramm und überweist schwer unterernährte Kinder in das Qayyarah-Krankenhaus.

## Lager für Vertriebene

Nach Schätzungen der UNO wurden 500.000 Menschen aus Mossul vertrieben. In 17 Vertriebenenlagern westlich von Erbil bieten die Teams von Ärzte ohne Grenzen eine medizinische Grundversorgung, die Behandlung chronischer Krankheiten und eine psychologische sowie psychiatrische Therapie an. Das psychologische Programm konzentriert sich auf schwere Fälle und beinhaltet psychologische Beratung, Gruppentherapie und Therapien für Kinder. Seit Anfang des Jahres haben die Teams 14.098 medizinische Behandlungen und 8.238 psychologische Beratungen durchgeführt.

**Sie wollen bei Ärzte ohne Grenzen mitarbeiten?**

**Infoabend**
22. Mai - Wien
23. Mai - München
06. Juni - Zürich
14. Juni - Aachen
14. Juni - Berlin
12. Juli - Wien
20. Juli - Stuttgart
08. Sept. - Linz
21. Sept. - Wien

**Webinar**
6. Juni
4. Juli
9. August
19. Sept.
23. Okt

Facebook

Webseite

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

(C) Diego Ibarra Sánchez/MEMO

christoph zulehner
INSPIRATION. POSITION. ERFOLG.

Am 1.Mai erscheint im ORIOL-Verlag, Deutschland das neue Buch von Christoph Zulehner.
Die These ist provokant. Die Ergebnisse überraschend:
**Fake ist kein Betrug, sondern eine Kulturtechnik.**

**Lesen,**
**schreiben,**
**rechnen,**
**faken!**

Vortäuschen, etwas zu können, noch bevor man es richtig kann. Den Experten spielen, ohne es schon zu sein. Sich maskieren, um das Vertrauen des Marktes zu gewinnen.

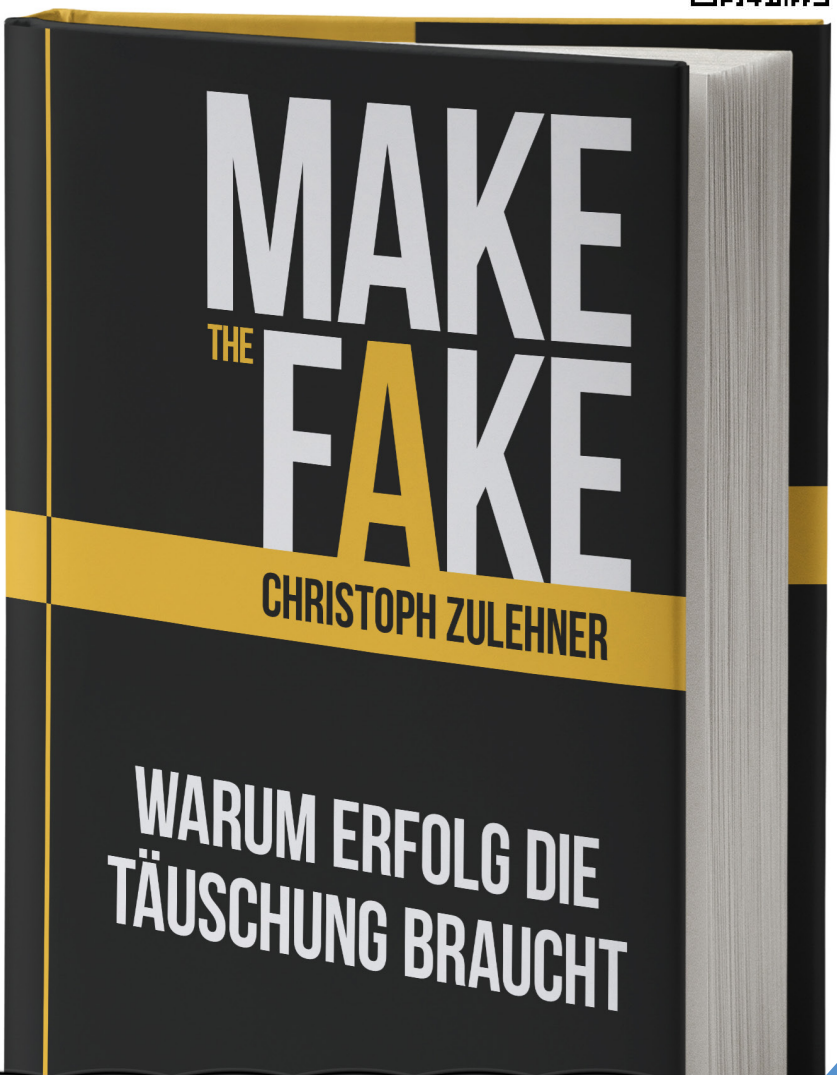
Fake it until you make it!
Jeder macht es – keiner redet darüber.
Bis jetzt!

Mit seinem neuen Buch nimmt sich Christoph Zulehner eines der spannendsten Tabuthemen unserer Zeit an.

Sind Faker Betrüger?

Oder ist der Fake eine unabdingbare Notwendigkeit um in einer Wissensgesellschaft überleben zu können?

Auch erhältlich als ungekürzte Hörbuchausgabe. Gelesen von Carlos Lobo, der Synchronstimme von Antonio Banderas und Javier Bardem.



**Buch**
Hardcover | 292 S. | 15,5 x 23,0 cm | € 24,90 [D]
ISBN: 978-3-9818048-6-7

**Hörbuch**
Sprecher: Carlos Lobo
6 CDs | € 16,90 [D]
ISBN: 978-3-9818048-5-0

Erhältlich auf AMAZON oder www.make-the-fake.com

SPEAKER SLAM
Sieger 2017