



Pflege Professional

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich

Herbst 2017



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 | 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 Eine Brücke zwischen Pflegewissenschaft und Praxis bauen – von der wissenschaftlichen Erkenntnis ins klinische Setting**
Alexander Nißlein, M.Ed.
- 11 Pflegende Angehörige im Kinder und Jugendlichenbereich**
Gabriele Hintermayer, MSc
- 15 Fünf Jahre Young Carers im Fokus. Ist jetzt alles gut?**
Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal
- 19 Übertherapie am Lebensende**
Dr. Matthias Thöns
- 27 Ist Pflegedokumentation ohne Pflege strafbar?**
Armin Rieger

RÜCKBLICK

- 31 Forum Pflege**
Karin Eder, BSc., MSc.
- 37 Rudolfinerhaus: Pflegewissenschaft und ihre Bedeutung für das Gesundheitssystem**
Markus Golla, BScN

GESUNDHEITSPOLITIK

- 41 „Die Menschen müssen besser unterstützt werden.“**
Mag. Christian Kern
- 51 „Es braucht eine neue Gerechtigkeit“**
Sebastian Kurz
- 55 „Eine sichere und lebenswerte Heimat für unsere Kinder & Enkelkinder“**
Ing. Norbert Hofer
- 58 Förderprojekt Wundmanagement Burgenland**
Mario Arnhold
- 59 „Die Menschen wollen Lösungen“**
Mag. Ulrike Lunacek

- 62 Demenzfreundliche Bezirke**
Birgit Meinhard-Schiebel

- 63 „Zeit für einen Wandel in der Pflege“**
Mag. Dr. Matthias Strolz

FACHWISSEN

- 69 Verschiedene Beatmungsformen in der außerklinischen Anwendung**
Hartmut Lang
- 77 Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz - Beraten, Unterstützen und Begleiten**
Verena Frühwirth, BSc., MSc
- 83 Auf in die Zukunft – Ambient Assisted Living (AAL) als Nutzen für den Alltag**
Karin Eder, BSc., MSc.
- 91 Mit den Händen hören lernen!**
Gabriele Wiederkehr, MSc.
- 99 Zwischen Akzeptanz und Verdrängung - Coping-Strategien von Menschen mit Vergesslichkeit im Alter (Demenz) kennen und fördern**
Raphael Schönborn, MA
- 103 Beifuß | Artemisia vulgaris - Das Gewürz- oder „Frawenkraut“**
Mag. Katrin Schützenauer

ERLEBEN

- 111 Mein Einsatz in der Zentralafrikanischen Republik**
Vera Schmitz
- 115 „Wann wird man je verstehen? Annäherungen an das Erleben von Demenz“**
Mag. Petra Rösler
- 117 Visite bei den Allerjüngsten**
Dr. Eckart von Hirschhausen

REZENSIONEN**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) De Visu
(C) 2017 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalten 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



Karin Eder, BSc MSc
Lehrerin für Gesundheits- und
Krankenpflege

DIE NEUE IM REDAKTIONSTEAM...

„Pflegen bedeutet sich einlassen.“

Einlassen auf Fachwissen. Allerdings umfassend übergreifend und über viele Bereiche. Man könnte fast sagen, eine professionelle Pflegeperson ist von Natur aus zum Wissenschaftler geboren. So muss sie sich doch, um der Postulation des Holistischen gerecht zu werden, aus ganz vielen Wissenschaften bereichern. Sie muss aus der Naturwissenschaft und Medizin über den komplexen Aufbau und die multiplen Abläufe und Zusammenhänge des Körpers lernen. Sie muss auch Kenntnisse über Psychologie, Philosophie und Ethik haben um ihre Entscheidungen reflektieren zu können.

Einlassen auf Beziehungen. Beziehungswissen, Kommunikationswissen ja auch Pädagogik spielt sehr wohl eine große Rolle. Dies und wohl die Arbeit direkt mit und am Menschen hat mich immer schon fasziniert.

Tja, nun könnte man allerdings meinen, „von allem ein bissl was“ an Wissen ist auch nicht das Optimum. Nun, das sehe ich genau so. Allerdings sind hier noch gar nicht die Theorien und Modelle der Profession Pflege erwähnt! Wobei, bei näherer Betrachtung kann jeder Wissensbereich, sowohl Medizin, als auch Biologie, Chemie, Physik oder auch Genetik, auf ein großes Zusammenspiel von allen Disziplinen gemeinsam zurück geführt werden. Einlassen auf Professionswissen. Zentrales Element ist es die Pflege selbst abzubilden. Komplexen Theorien und Modelle, sind oft durch die fokussierte Sichtweise und durch Analysen mittels „Pflegebrille“ entstanden und machen so auch die Profession der Pflege aus. Diese Theorien existieren schon lange und immer noch sind sie nicht ausreichend gelebt. Dadurch ist die Pflege als Profession im deutschsprachigen Raum nicht immer eindeutig sichtbar. Doch die Profession wächst, Change braucht Zeit, Raum, Strukturen und Menschen – Change Agents.

Einlassen auf Zusammenarbeit. Und wie bei der Mikrobiologie und Genetik, welche ihre Wurzeln aus der Biologie und Chemie nicht verleugnen kann, so sind die Disziplinen Pflege und Medizin eng miteinander verwachsen, haben sich historisch parallel entwickelt. Um eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu erreichen, müssen sich beide Professionen darauf besinnen, denn sie können miteinander voneinander profitieren. Eine spannende Zukunft steht bevor, wo Pflege ihren akademischen Weg in Österreich beschreitet um sich als Profession zu stärken. Ich, als Pflegeperson, Lehrerin und Autorin wünsche mir für diese Zukunft eine gute Zusammenarbeit aller Berufsgruppen für die optimale gemeinsame Gestaltung des Gesundheitswesens.

Karin Eder

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Einer der wichtigsten Vorbilder in meinem Leben schrieb vor einem Jahr: "Nur weil uns etwas WOHIN gebracht hat, ist es nicht automatisch dazu geeignet uns von dort auch wieder WEG zu bringen." Dieser Satz trifft auf vieles im Leben zu, vor allem aber ermahnt es uns, den Status praesens immer im Auge zu behalten. Was gestern ein Mittel zum Zweck war, kann morgen obsolet sein. Weiterentwicklung heißt die Komfortzone regelmäßig zu verlassen, neue Werkzeuge zu erlernen und Allianzen zu schließen. Beobachten wir unsere Umgebung, lernen wir aus Veränderungen und wachsen wir mit dem Lauf der Zeit mit?

Die Pflege hat in den letzten Jahren große Schritte gemacht. Viele dieser Veränderungen haben für manche einen faulen Beigeschmack, weil sie nicht immer angenehm waren. Wenn wir aber unseren Berufsstand weiterbringen wollen, müssen wir auch unpopuläre Entscheidungen treffen, sind gezwungen auch einmal einen steinigen Weg zu absolvieren, damit wir auf den Gipfel kommen den wir als Ziel im Auge hatten. Vor allem aber müssen wir zu Sachen „NEIN“ sagen, die uns und unsere Wegbegleiter nicht mehr weiterbringen.

Dies heißt aber nicht undankbar zu sein. Allianzen werden nicht für die Ewigkeit geschlossen und Werkzeuge entwickeln sich weiter. Behalten wir diesen Weg und dessen Geschichte immer im Herzen und in unseren Erinnerungen. Wir leben in einer Zeit mit großen Herausforderungen, doch wir haben das notwendige Rüstzeug um weiterzugehen.

Nutzen wir unsere Möglichkeiten! Sie sind dazu bereit!

Wir wünschen Ihnen viel Freude mit dieser neuen Ausgabe von Pflege Professionell...



Markus Golla, BScN

Markus Golla

Herausgeber

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



Eine Brücke zwischen Pflegewissenschaft und Praxis bauen – von der wissenschaftlichen Erkenntnis ins klinische Setting

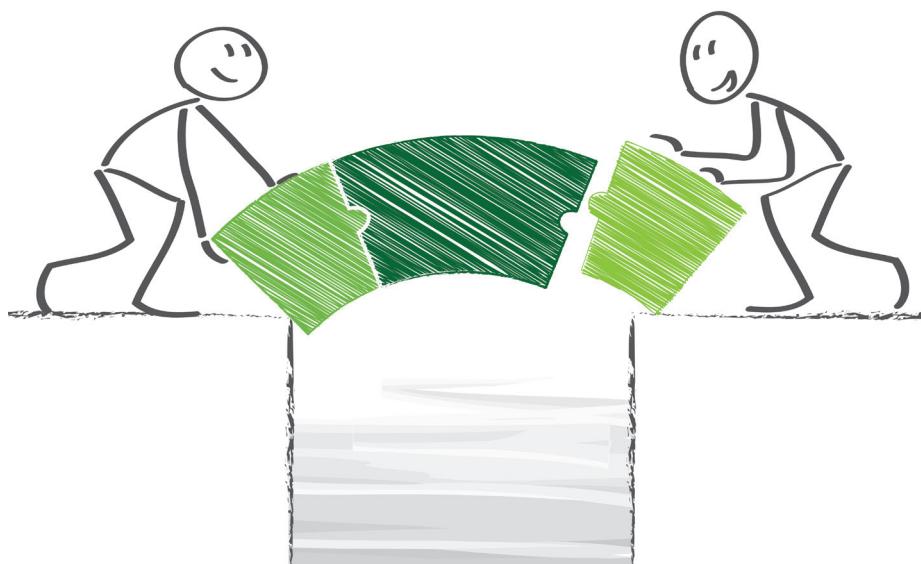
Nicht nur die gesetzlichen Vorschriften oder Definitionen von Pflege, beispielsweise die der World Health Organization (WHO), haben hohe Ansprüche an die Pflegenden und die Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen gesetzt, sondern auch die rasante Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft und Medizin. Von professionell Pflegenden wird verlangt, die bestmögliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten. Evidenzbasierte Pflege, die sich auf den neuesten und bestmöglichen wissenschaftlichen Erkenntnisstand stützt, gilt als Ansatz und zentrales Element dieses Versorgungsanspruchs.

Aktuelle Entwicklungen innerhalb der Pflegeberufe zeigen allerdings, dass es unter anderem durch die hohe Arbeitsbelastung aufgrund des konstanten Mangels an Fachkräften im pflegerischen Alltag zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung der geforderten Pflegequalität kommt. Dies zeigt sich beispielsweise in der impliziten Rationierung wichtiger pflegerischer Handlungen (Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen, & Lampert, 2004; Zander, Busse, & Köppen, 2017). Diese negative Entwicklung benötigt Ansätze, die einerseits dabei helfen, Versorgungsdefizite abzubauen und gleichzeitig zur Steigerung der Versorgungsqualität beitragen können. Eine unzureichende

und fachlich falsche pflegerische Versorgung kann anderenfalls schwerwiegende Folgen für Patienten (1) haben. Beispiele aus der pflegerischen Praxis dafür sind die unsystematische oder fehlerhafte Pflegeplanung und Umsetzung dieser bei der Dekubitusprophylaxe oder durch unzureichende Versorgung verursachten Aspirationspneumonien mit fatalen Konsequenzen für die Betroffenen (Bienstein, Klein, & Schröder, 2000).

Die Pneumonie war dabei im Jahr 2015 mit 19.838 Verstorbenen unter den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland. Sie stellt für den Betroffenen eine ernstzunehmende Infektion des Atmungssystems dar, die sich zu einer lebensbedrohlichen Situation entwickeln kann (Hollaar et al.,

2016). Vor allem Patienten und Bewohner von Einrichtungen des Gesundheitswesens, bei denen Vorerkrankungen des Atmungssystems vorhanden sind, haben ein erhöhtes Risiko, eine Pneumonie zu entwickeln. Dieses Risiko frühzeitig zu erkennen und präventive pflegerische Maßnahmen zu ergreifen, kann dazu beitragen, eine Infektion der Atemwege zu verhindern und die Mortalität zu senken (Volsko, 2013). Für die komplexe und professionelle pflegerische Versorgung von Menschen mit diesem Risiko steht eine Vielzahl verschiedener pflegetherapeutischer Maßnahmen zur Verfügung. Die Herausforderung für professionell Pflegende besteht darin, geeignete und individuell an die Situation des Pflegebedürftigen angepasste Maßnahmen auf Basis einer akkurateen pflegerischen



Diagnostik auszuwählen, um eine höchstmögliche Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Ein Ansatz, diese Herausforderung zu meistern, ist das „Evidence-based Nursing“ (EBN) und das „Evidence-based Practice“ (EBP) (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010). In dem Artikel „Den Weg von Evidence-based Nursing zu Evidence-based Practice gehen“ einer vorherigen Ausgabe der Pflege-Professionell wurden die beide Ansätze bereits kurz vorgestellt und als für die professionelle Pflege wichtige Konzepte identifiziert. Die Autorinnen benennen zugleich auch Umsetzungsprobleme dieser Ansätze. Eine Hauptschwierigkeit stellt dabei der Theorie-Praxis-Transfer dar, denn das Erfordernis, wissenschaftlich fundiertes Wissen in die Pflegepraxis zu implementieren, ist gegenwärtig vielfach schwer umsetzbar (Grimmer, Bialocerkowski, Kumar, & Milanese, 2004). Wie bereits erwähnt ist der Berufsalltag in der Pflege, insbesondere in Kliniken und Pflegeheimen, von Zeitknappheit und hohem Arbeitspensum geprägt (Wieteck & Kraus, 2016). Die Forderung an jeden einzelnen beruflich Pflegenden, sich neben der zunehmend hohen Arbeitsbelastung, unter Zeitdruck oder in der Freizeit zusätzlich mit komplexer wissenschaftlicher Literatur, klinisch kontrollierten Studien oder systematischen Übersichtsarbeiten zu beschäftigen, ist nicht nur deshalb unzumutbar (Wieteck & Kraus, 2016). Daraus folgt die Notwendigkeit, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse, welche für die Pflegepraxis relevant sind, in eine anwendungsgerechte und im klinischen sowie ambulanten Setting praktikable Form zu bringen. Ansätze dafür geben beispielsweise pflegerische Stan-

dards, Expertenstandards, Richtlinien, Leitlinien, Mikrostandards oder Praxisleitlinien (Wieteck, 2009).

Um hier eine möglichst hohe Standardisierung und ein einheitliches Vokabular zu benutzen, stehen verschiedene Pflegeklassifikationssysteme zur Verfügung. Diese helfen, die Komplexität der professionellen beruflichen Pflege zu erfassen und mit Hilfe einer einheitlichen, standardisierten Terminologie die pflegerische Versorgung transparent abzubilden. Charakterisierend für Klassifikationen in der Pflege ist der Versuch, z. B. komplexe Pflegephänomene, Outcomes und Handlungen in Gruppen, Klassen und Kategorien zu ordnen. Pflegeklassifikationssysteme sollen dabei eine hohe Vollständigkeit und eine angemessene Granularität aufweisen, um den Pflegeprozess ausreichend, differenziert sowie akkurat für die individuelle Versorgungssituation abbilden zu können (Wieteck, 2014).

Ein Beispiel für ein Klassifikationssystem dieser Art sind die European Nursing care Pathways (ENP). Das Pflegeklassifikationssystem ENP wird seit den 1990er Jahren in Deutschland stetig weiterentwickelt. Zur spezifischen Abbildung der klinischen Situation eines Patienten werden in ENP den Pflegediagnosen Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Ziele und Interventionen zugeordnet. Dadurch soll es den Pflegenden möglich sein, zu einem spezifischen Pflegeproblem Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen zuzuordnen, Ziele zu bestimmen und geeignete Interventionen zur Erreichung dieser Ziele auszuwählen. In ENP wird dies als Praxisleitlinie, entsprechend einem pflegerischen Versorgungspfad,

definiert.

Eine detaillierte Beschreibung von Aufbau und Struktur von ENP können in den wissenschaftlichen Hintergründen nachgelesen werden:

https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/einleitung/ENP_Wissenschaftliche_Hintergruende_2015_DE.pdf

Der Anspruch an ein Klassifikationssystem ist es unter anderem, evidenzbasiertes, aktuelles und fachlich korrektes Wissen für die Pflegenden bereitzustellen und aus der Forschung in die Praxis zu transportieren. Dadurch kann eine evidenzbasierte Pflege unterstützt werden. Dieser Anspruch stellt die Pflegewissenschaft vor eine spannende und zugleich herausfordernde Aufgabe. Einerseits muss die Pflegeforschung Wissen generieren und anderseits muss dieses Wissen in eine anwendbare und praktikable Form an den „point of care“ gebracht werden. Die Praxisleitlinien von ENP werden vor diesem Hintergrund stetig weiterentwickelt und mit wissenschaftlicher Evidenz hinterlegt. Der komplexe Ablauf dieser Weiterentwicklung ist dabei in mehrere Schritte unterteilt. Dieser Vorgang soll im Folgenden am Beispiel der Risikopflegediagnose vorgestellt werden.

Der Patient/Bewohner hat aufgrund von festsitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Pneumonie/Atelektasen

Ziel der Weiterentwicklung ist es, aktuell vorhandenes Fachwissen zu erfassen, zu prüfen und strukturell sowie inhaltlich in ENP zu integrieren. Dabei werden die

Themen der Überarbeitung nicht nur anhand gesundheitswissenschaftlicher Aspekte, sondern auch durch das Feedback der Anwender ausgewählt. Dieser Ansatz ermöglicht es, wissenschaftliche Erkenntnisse zu zentralen und hochaktuellen Fragen aus der Praxis heranzuziehen und diese in Kooperation mit den Pflegenden bereitzustellen. Wird ein Thema zur evidenzbasierten Weiterentwicklung und Überarbeitung auf diese Weise festgelegt, stehen zur Erfassung pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Literatur eine Vielzahl verschiedener Datenbanken als Quellen zur Verfügung. Zwei der größten Datenbanken in diesem Bereich sind MEDLINE und CINAHL. Diese wurden für die Beantwortung der folgenden Frage genutzt:

Welche evidenzbasierten pflegerischen Interventionen tragen zur Reduktion des Risikos einer Pneumonie oder zur Entstehung von Atelektasen durch festsitzendes Bronchalsekret bei?

Da die großen Datenbanken nur in der internationalen Wissenschaftssprache Englisch zur Verfügung stehen, müssen die festgelegten Suchbegriffe zunächst übersetzt werden. Für die vorliegende Frage waren dies unter anderem:

- evidence-based clinical practice
- Persistent coughing
- Chesty cough
- Mucociliary clearance
- Improve pulmonary function

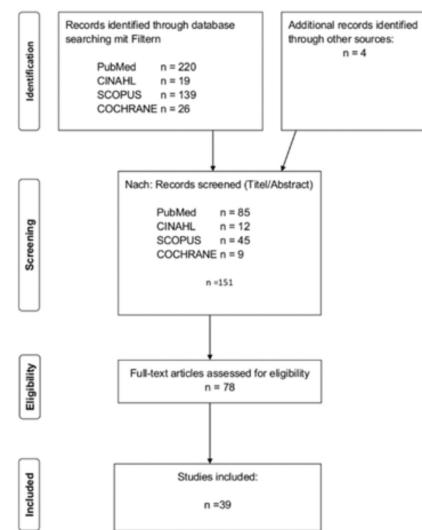
Nach dem Identifizieren der Suchbegriffe werden Kriterien zum Ein- und Ausschluss von Publikationen festgelegt. Darunter fallen beispielsweise der Veröffentli-

chungszeitraum, um Aktualität zu gewährleisten, das Studiendesign, um die Aussagekraft einer klinischen Studie zu ermitteln und die Altersgruppe der Patienten, um exakte Aussagen über die im Fokus stehende Zielgruppe zu ermöglichen.

Unter Anwendung der skizzierten Suchstrategie konnten schließlich 39 Publikationen für die Überarbeitung der ENP-Praxisleitlinie genutzt werden. Nachstehendes Flussdiagramm illustriert und quantifiziert den Verlauf der Literaturrecherche und -analyse.

Nach der Beschaffung und Sichtung der relevanten Literatur, werden die Publikationen im Sinne eines „critical appraisals“ bewertet. Analog zur evidenzbasierten Medizin können dafür verschiedene Begutachtungskriterien herangezogen werden. Die kritische Bewertung ist essentiell, um die Qualität und Validität der wissenschaftlichen Aussagen einzuschätzen und beurteilen zu können. Dafür werden unter anderem der Studientyp, die transparente Darstellung der Ergebnisse und die Methodik der Datenauswertung kritisch betrachtet. Gelangt man zu dem Schluss, dass die Publikation glaubwürdige und möglichst unverzerrte Ergebnisse liefert, erfolgt die Überarbeitung der ENP-Praxisleitlinie entsprechend der neu gefundenen Erkenntnisse.

Im Anschluss erfolgt eine Konsentierung der Ergebnisse innerhalb des ENP-Entwicklerteams und die Implementierung der neuen Erkenntnisse. Bei der oben bereits erwähnten Fragestellung zum Pneumonierisiko konnten Erkenntnisse aus insgesamt 39 Publikationen zu Kennzeichen, Ursachen, Zielen, pflegerele-



vanten Maßnahmenkomplexen und handlungsleitenden Detailinterventionen der Praxisleitlinie herangezogen werden. Als ein zentrales Interventionskonzept zeigten sich dabei zum Beispiel nichtmedikamentöse Interventionen, die zur Verbesserung der Atmung, insbesondere der Sekretlösung und des Sekretabtransports aus den Atemwegen beitragen sollen. Aktuelle wissenschaftliche Publikationen schlagen dafür zum Beispiel oszillierende Maßnahmen zum Sekretlösen vor. Das hinter diesen Maßnahmen stehende Prinzip basiert auf der Annahme, dass durch die Vibration Sekret in den Atemwegen mobilisiert wird und dadurch der Sekretabtransport erleichtert werden soll. Angepasst an die Ursache der Sekretproblematik, beispielsweise bei Bronchiektasen, empfiehlt eine systematische Übersichtsarbeit von Lee et al., den Einsatz dieser Maßnahmen, die den Auswurf von Sputum erhöhen kann (Lee, Burge, & Holland, 2015). Lima et al. betonen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie, dass Techniken, die die Atemwegsreinigung unterstützen, in den Verantwortungsbereich der professionell Pflegenden fallen (Lima et al., 2013).

Nach der systematischen, internationalen Literaturrecherche und der Konsensdiskussion über Veränderungen, die aufgrund der Ergebnisse der Recherche durchgeführt wurden, erfolgte ein Expertenrating. Ziel der Befragung mit einer mehrstufigen Likert-Skala war es, die Bewertung der fachlich korrekten Zuordnung der Kennzeichen, Ursachen, Ziele und Interventionen zu vorliegender Praxisleitlinie zu erhalten. Außerdem wurden die Experten gebeten, das Abstraktionsniveau der Formulierungen innerhalb der Praxisleitlinie zu beurteilen. Der Begriff des Experten wurde für das Rating sorgfältig im Voraus definiert und beinhaltet spezifisches Praxiswissen im Spezialgebiet der Atmung oder ein akademischer Abschluss auf Master niveau in Gesundheits- oder Pflegewissenschaften. Zur Gewinnung der Experten aus der Pflegepraxis wurden unter anderem Pflegedirektionen von 25 pneumologischen Fachkliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz kontaktiert.

Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse können also mit Hilfe des Klassifikationssystems ENP und seinen handlungsleitenden Praxisleitlinien in die Pflegepraxis transportiert werden. So haben die Pflegenden ergänzend zu ihrer Expertise und Handlungskompetenz ein Instrument zur Hand, das sie bei der Planung, Durchführung und Evaluierung individueller, evidenzbasierter Pflege unterstützt und damit eine Brücke zwischen Theorie und Praxis schlägt. Die Einbindung von ENP in ein elektronisches System ermöglicht es darüber hinaus, sowohl die Pflegeplanung als auch umfangreiche Dokumentationsanforderungen effizient umzusetzen, um letztlich mehr Zeit für pflegerische Interven-

tionen zu haben. Darüber hinaus entsteht die Möglichkeit, Daten zu erfassen, die es nicht nur der Pflegewissenschaft ermöglichen, neue Erkenntnisse zu gewinnen, sondern auch zur Stärkung (Effizienz und Effektivität) und Weiterentwicklung der Profession Pflege beizutragen.

Insbesondere im Kontext der globalen Entwicklungen des eHealth, der Notwendigkeit, pflegerische und medizinische Daten am „point of care“ zur Verfügung zu stellen und der rasanten Entwicklung der Verarbeitung gesundheitsbezogener Daten in der Zukunft, besteht die Gefahr, dass die professionelle Pflege ohne diese Möglichkeit, diese Schritte nicht mitgehen kann.

Literatur:

Bienstein, C., Klein, G., & Schröder, G. (Eds.). (2000). *Atmen. Die Kunst der pflegerischen Unterstützung der Atmung*. Stuttgart: Thieme.

Hollaar, V., van der Maarel-Wierink, C., van der Putten, G.-J., van der Sanden, W., de Swart, B., & de Baat, C. (2016). Defining characteristics and risk indicators for diagnosing nursing home-acquired pneumonia and aspiration pneumonia in nursing home residents, using the electronically-modified Delphi Method. *BMC Geriatrics*, 16, 60. doi:10.1186/s12877-016-0231-4

Lee, A. L., Burge, A. T., & Holland, A. E. (2015). Airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD008351. doi:10.1002/14651858.CD008351.pub3

Lima, L. H., Lopes, M. V., Falcao, R. T., Freitas, R. M., Oliveira, T. F., & da Costa Mda, C. (2013). Intervention for ineffective airway clearance in asthmatic children: a controlled and randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract*, 19(1), 88-94. doi:10.1111/ijn.12033

Melnyk, B. M.,

Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53. doi:10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2

Pick, D. P., Brüggemann, J., Grote, C., Grünhagen, E., & Lampert, T. (2004). Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege. Robert Koch-Institut.

Volsko, T. A. (2013). Airway clearance therapy: finding the evidence. *Respir Care*, 58(10), 1669-1678. doi:10.4187/respcare.02590

Wieteck, P. (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 11(04), 227-239.

Wieteck, P., & Kraus, S. (2016). Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen. Kassel: RECOM GmbH.

Zander, B., Busse, R., & Köppen, J. (2017). Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland; Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4Cast) Retrieved from <http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2017/dokumente/präsentationen/Koeppen-Julia---Nurse-Forecasting-zur-quantitativen-und-qualitativen-Bedarfsplanung.pdf>

Fussnoten

(1) Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden ausschließlich die männliche Sprachform verwendet, welche die jeweils weibliche miteinschließen soll.

Autor



Alexander Nißlein, M. Ed.

Gesundheits- und Krankenpfleger, Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Technischen Universität München (B. Ed.) mit einer Abschlussarbeit zum Thema „Vergleich der Körperkerntemperaturmessung in Ohr, Blase und Mund bei kardiochirurgischen Eingriffen in Hypothermie“. Erfolgreicher Abschluss des Masterstudienganges Gesundheits- und Pflegewissenschaften am Lehrstuhl für Berufspädagogik der Technischen Universität München mit der hier vorgestellten Arbeit.

» Unser Wissen für Ihren Erfolg!

European Nursing care Pathways (ENP) ist in allen Bereichen, in denen Pflege stattfindet, einsetzbar. So arbeiten sowohl Einrichtungen der vollstationären Krankenhausversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Kurzzeitpflege als auch Heimeinrichtungen und ambulante Pflegedienste mit ENP – und das in vielen Ländern Europas.

praxisorientiert & sektorenübergreifend

Pflegefachsprache & Klassifikationssystem

niedriger Abstraktionsgrad

Formulierungshilfe

ermöglicht Transparenz über Pflegeprozess

jedes Item ist eindeutig kodiert & verifizierbar

hoher Grad an Granularität

ENP-Produktvielfalt



Kostenfreier Download der Übungssoftware *ENP-Trainer* unter www.recom.eu/get-enp

Die St. Anna Kinderspital GmbH, ein Tochterunternehmen des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband Wien und eigenständige, an das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus angebundene Krankenanstalt und gleichzeitig Klinische Abteilung für allgemeine Pädiatrie und pädiatrische Hämatologische Onkologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, sucht

für die **allgemein-pädiatrischen Stationen und Ambulanz/Notfallambulanz** zum sofortigen Eintritt:

**Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/
Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger
Vollzeit, ev. auch 30 Wochenstunden möglich**

für die **OP Pflege** zum sofortigen Eintritt:

**Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/
Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger (Vollzeit, auch
Teilzeit möglich)**

Das Kinderspital besteht aus der Internen und der Onkologischen Abteilung sowie der HNO-Abteilung und dem OP-Bereich. Die Interne Abteilung besteht aus vier Internen Stationen inklusive einer Säuglingsstation und einer HNO-Bettenstation, einer Allgemeinen Ambulanz sowie verschiedenen Spezialambulanzen. Die Onkologische Abteilung gliedert sich in zwei hämatologisch-onkologische Basisstationen, eine Tagesklinik, eine Stammzelltransplantations-Station und Ambulanz, eine Intensivstation, verschiedene Ambulanzen sowie den Externen onkologischen Pflegedienst.

Wir bieten Ihnen:

- Professionelle, verantwortungsvolle Pflege und vielseitige Aufgaben in hochkompetenten, motivierten Teams
- spezifische und strukturierte Einschulung
- gezielte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit
- Das Mindestentgelt beträgt 1.983,23 EUR brutto pro Monat auf Basis Vollzeitbeschäftigung

Wir erwarten von Ihnen:

- Große Motivation und die Bereitschaft, sich auf die besonderen Situationen der Familien einzustellen
- Professionelle, verantwortungsvolle Pflege und vielseitige Aufgaben in hochkompetenten, motivierten Teams durchzuführen
- Spezialisierung für Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. OP-Pflege, bzw. die Bereitschaft, diese innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Zeit zu absolvieren

Ihre vollständigen, aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden sie bitte an:

St. Anna Kinderspital GmbH
Pflegedirektorin Barbara Hahn, BSc
A - 1090 Wien, Kinderspitalgasse 6
pflegedirektion@stanna.at
www.StAnna.at



Pflegende Angehörige im Kinder- und Jugendlichenbereich

Wenn von pflegenden Angehörigen gesprochen wird, denkt die Mehrheit der Menschen an die Pflege der eigenen Eltern oder Großeltern. Studien darüber beschäftigen sich meist mit der Pflege von dementen Personen. Immer häufiger ist in Medien zu lesen, dass Kinder ihre Mutter, ihren Vater (mit-)betreuen. Aber in den seltensten Fällen denkt man daran, dass es viele Eltern gibt, die ihre chronisch kranken oder behinderten Kinder pflegen, auch sie sind Angehörige, auch sie pflegen.

Hier geht es nicht darum, ein Kind zu pflegen welches eine Kinderkrankheit hat, sondern um Eltern die ihre Kinder über Monate und Jahre pflegen, und das oftmals rund um die Uhr. Persönliche, fi-

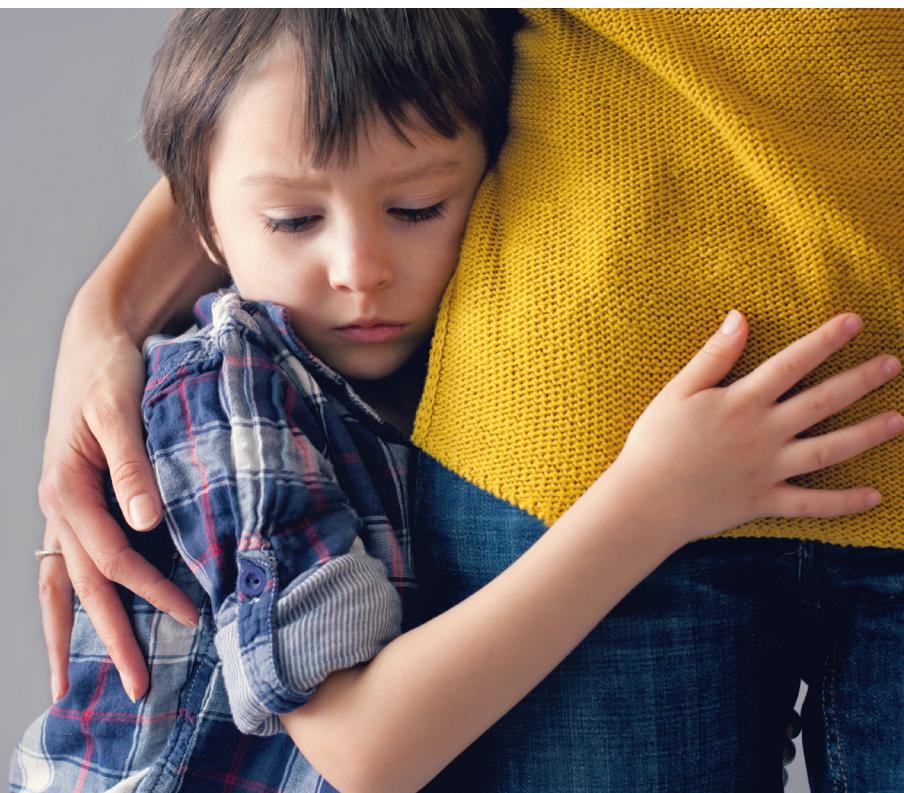
nanzielle und familiäre Situationen bzw. kaum vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten stellen diese Angehörige vor große Probleme, aus denen sie kaum einen Ausweg sehen.

Eltern als pflegende Angehörige

Wenn Kinder mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung auf die Welt kommen, ist es für die Eltern selbstverständlich, ihr Kind zu betreuen und zu versorgen. Meist ist das Ausmaß der Behinderung, der Sorgen, der Belastungen nicht absehbar. Doch bald stellt sich heraus, dass sich das komplette Leben der Familie von Grund auf ändert.

Viele dieser Kinder/Jugendlichen benötigen medizinische Maßnahmen, sei es Medikamente,

technische Hilfsmittel - wie Überwachungsgeräte, Absauggeräte, Beatmungsgeräte - oder invasive Tätigkeiten wie Blutzuckermessen, Katheterisieren, absaugen und vieles mehr. Bei gesunden Kindern kann eine Oma, eine Freundin aushelfen und unterstützen. Aber bei Kindern, welche auf medizinische Maßnahmen angewiesen sind, ist dies nicht möglich. Viele dieser Familien verlieren dadurch ihre sozialen Kontakte. Das Leben, der Alltag dreht sich nur mehr um das betroffene Kind/den betroffenen Jugendlichen. MOKI-Wien begleitet viele Eltern die sich rund um die Uhr am Bett des Kindes abwechseln, und das über Wochen, Monate oder Jahre. Ein Arztbesuch, einkaufen gehen oder einmal eine Stunde nichts tun, bzw. eine Nacht durchschla-



(C) Tomsickova

fen muss mit viel Aufwand organisiert werden, oder ist oftmals nicht möglich. Die Erzählungen einer Mutter, die das „einkaufen mit ihrem Kind als Spießrutenlauf beschrieb, der beide an den Rand der Verzweiflung brachte“, bestätigen dies.

Die Ärmsten in diesen Familien-systemen sind meist die Geschwisterkinder, sie erleben schon sehr früh, was es heißt krank zu sein, sie müssen „funktionieren“, für sie bleibt kaum Zeit. Ein Besuch bei Freunden, ein Tag im Schwimmbad, ... ist selten gemeinsam mit beiden Elternteilen möglich.

Besonders schwierig wird es für Familien, wenn das betroffene Kind in den Kindergarten, bzw. in die Schule gehen soll. Da auch während dieser Zeit medizinische Maßnahmen durchgeführt werden müssen, stellt die Suche nach einem geeigneten Platz, bzw. einer Institution welche die Kinder auch nehmen, eine große Herausforderung dar. Oftmals bringen Mütter ihre Kinder in der Früh in den Kindergarten, kommen in der Vormittagspause kurz für die Übernahme der Maßnahme (z.B. Blutzuckermessen, Katheterisierungen) und holen zu Mittag das Kind ab. Sie waren oder sind somit den ganzen Vormittag damit beschäftigt, hin und her zu fahren, für den Alltag bleibt da keine Zeit. Kinder die durchgehende Betreuung (z.B. beatmete Kinder) benötigten, oder in Akutsituationen rasche Betreuung benötigten (z.B. Krampfanfälle, mit Apnoen) konnten oder können nicht integriert werden.

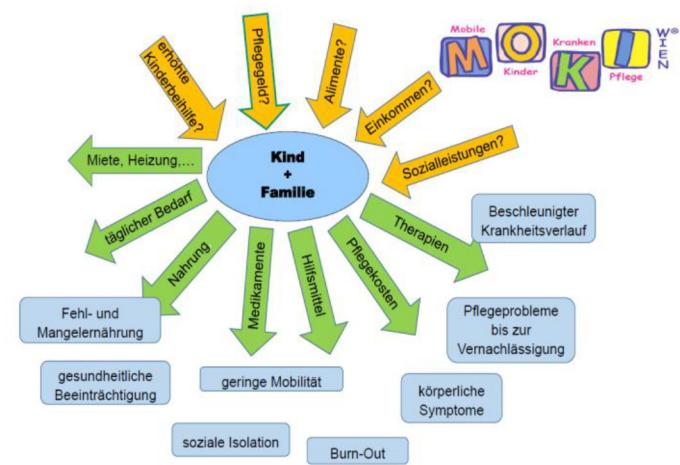
Unterstützung für die Familien

Die Familien benötigen Unterstützung von Organisationen und Einrichtungen wie MOKI-Wien Wir betreuen Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, unterstüt-

zen Eltern unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt, nach der Diagnosestellung und begleiten die Familie über Jahre. Es werden die medizinischen Maßnahmen übernommen, aber ganz entscheidend ist die Entlastung der betroffenen Angehörigen. Geschultes Fachpersonal – es werden fast ausschließlich Diplomierte

Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (Kinder- und Jugendlichenpflege) eingesetzt – kann die betroffenen Kinder/Jugendlichen über mehrere Stunden betreuen. Diese „Freizeit“ wird unterschiedlich genutzt – für den Einkauf, den Arztbesuch, den gemeinsamen Ausflug mit dem Geschwisterkind oder einer beruflichen Tätigkeit. Das Betreuungs- und Pflegekonzept wird der Familie angepasst, die Pflegepersonen übernehmen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben die Betreuung und Pflege, und beraten mit ihrer fachlichen Expertise die Eltern bei ihren Entscheidungen. MOKI-Wien betreut auch in Kindergärten und Schulen, entweder punktuell oder während des ganzen Vormittags. Leider gibt es im Kinder- und Jugendlichenbereich wenig Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Kurzzeitpflegeplätze oder gar stationäre Hospizeinrichtungen sind kaum bis gar nicht vorhanden. Benötigen die Eltern eine Auszeit, oder erkranken diese, muss das Kind im Spital aufgenommen werden, dies ist eine große Belastung für

alle. Grundlegende Änderungen werden schon lange gefordert, in Wien gibt es immer mehr Organisationen, welche Unter-



stützungsangebote für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern/Jugendlichen zu Hause anbieten, mit einigen (z.B. MOKI, Netz) arbeitet MOKI-Wien sehr eng zusammen. Es ist aber noch immer ein mühevoller, steiniger Weg den Eltern gehen müssen. Zuletzt soll hier noch auf die finanzielle Situation vieler Familien hingewiesen werden. Meist müssen Mütter auf ihren Arbeitsplatz verzichten, da sie diese Zeit für ihr schwerkrankes, sehr pflegeaufwendiges Kind/Jugendlichen benötigen. Für sie ist das ein erster Schritt in eine Isolation, ihr einziges „Lebensziel“ ist nun ihr Kind zu pflegen. Ausgrenzung, Burn-Out oder körperliche Symptome sind oftmals die Folge. Aber auch die finanziellen Belastungen nehmen zu, es fehlt ein Gehalt, der für den Alltag notwendig ist, viele der betroffenen Familien sind armutsgefährdet!

Die Abbildung stellt die (fraglichen) Einnahmen gegenüber den Ausgaben dar, und beschreibt auch mögliche Auswirkungen. Das Pflegegeld wird immer wieder für

die Kostenübernahmen der Miete, der Heizung oder für Lebensmittel verwenden, auch wenn es somit nicht dem ursprünglichen Sinn entsprechend eingesetzt wird.

Hier kommt erschwerend dazu, dass bei der Ermittlung des Pflegebedarfs immer von gleichaltrigen Kindern ausgegangen wird (vgl. Bundespflegegeldgesetz, § 4 Abs 3 BPGG, Stand 14.04.2017, sowie der Kinder-Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz) und kleine Kinder geringer eingestuft werden.

Die meisten der Eltern sehen es als Selbstverständlichkeit an, ihre Kinder/Jugendlichen zu pflegen und zu betreuen, dafür gehört ihnen großer Respekt und Anerkennung! Es müssen aber dringend politische Entscheidungen getroffen und Angebote geschaffen werden, damit die pflegenden Angehörigen der Kinder und Jugendlichen wieder hauptsächlich Eltern sein können!

Autorin



Gabriele Hintermayer, MSc

Geschäftsführende Vorsitzende MOKI-Wien
Mobile Kinderkrankenpflege

			<p>DAS MIETSTUDIO DIE FOTOGRAFINNEN</p>	
<p>I SHOOT AT 42 studio</p> <p>www.studio42.photos</p>			<p>helens view photography www.helensview.photography</p>	<p>Das (Miet-)Studio42 befindet sich im Herzen von Wien, etwa drei Gehminuten von der Shopping Mall Wien Mitte entfernt. In gepflegter Atmosphäre kannst du deine eigenen Ideen umsetzen, erste Studioerfahrung sammeln oder auch regelmäßig deine eigenen Kunden betreuen. Egal ob Anfänger, ambitionierter Hobbyfotograf oder Profi - hier findest du alles, was du für ein erfolgreiches Studioshooting benötigst.</p>
STUDIO 42 GBR - UNGARGASSE 9/SOUTERRAIN - 1030 WIEN - WWW.STUDIO42.PHOTOS				



FRANZISKUS SPITAL

Herz-Kreislauf und Atmung, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Schmerzmedizin, kooperative Gesundheitsversorgung mit Partnern in Wien und ein breites chirurgisches Spektrum sind wichtige Säulen und Angebote in diesem Wiener Ordenskrankenhaus. Alle Berufsgruppen und Fachrichtungen achten auf hohe Qualität, Individualität und Herzlichkeit in der Betreuung unserer PatientInnen.

WIR SUCHEN FÜR DIE INTERNE STATION EINE/EINEN

PFLEGEASSISTENTIN/PFLEGEASSISTENT

(Vollzeit, 40 Wochenstunden; Standort Landstraße)

IHR AUFGABENBEREICH

- Ressourcenorientierte Pflege und Unterstützung der PatientInnen
- Anleitung und Beobachtung von PatientInnen
- Dokumentation und Informationsweiterleitung der durchgeführten Maßnahmen
- Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team

WIR BIETEN IHNEN

- Interessante Zukunftsperspektiven durch die Erweiterung des Krankenhausbetriebes
- Abwechslungsreiche Tätigkeit, in angenehmem und kollegialem Betriebsklima
- Unterstützung und Förderung im Bereich der Weiterbildung

WIR ERWARTEN VON IHNEN

- Aktive Berufsberechtigung zur Ausübung der Pflegeassistenz gemäß § 85 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in der jeweils aktuellen Fassung
- Freude am Arbeiten mit dem Menschen im Alter
- Belastbarkeit
- Teamfähigkeit
- Identifikation mit der Wertehaltung eines christlichen Krankenhauses (Leitbild)

Für diese Position beträgt das monatliche Bruttomindestgehalt € 1.991,22 (inkl. fixe Zulagen). Das tatsächliche Gehalt ist abhängig von Ihrer Qualifikation und Ihren Vordienstzeiten.

IHRE BEWERBUNG SENDEN SIE BITTE AN:

Andreja Kusej, MSc.

Pflegedirektorin

Nikolsdorfergasse 32, 1050 Wien,
Landstraße Hauptstraße 4a, 1030 Wien

andreja.kusej@franziskusspital.at

www.franziskusspital.at



Fünf Jahre Young Carers im Fokus. Ist jetzt alles gut?

Ein halbes Jahrzehnt ist mittlerweile schon vergangen, als die erste Studie über pflegende Kinder und Jugendliche in Österreich erschienen ist. Bis dahin war das Thema ein beinahe gänzlich dunkler Fleck. Bestenfalls wurden Kinder als „Kinder kranker Eltern“ im Kontext Krebs, psychischer Erkrankungen oder Substanzmissbrauch und daraus resultierende Belastungen wahrgenommen. Diese Studie zeigte, dass in Österreich rund 3,5 Prozent aller Kinder und Jugendlichen als sog. Young Carers bezeichnet werden können, also per Definition regelmäßig und substanzell in die Pflege eines anderen Familienmitglieds eingebunden sind (Nagl-Cupal et al., 2012). Was hat sich in den letzten fünf Jahren zum Thema Young Carers in Ös-

terreich getan? Eine rezente Publikation attestiert Österreich auf einer 7-teiligen Skala den Status eines „Level 4 Landes“, wenn es um den Grad der Aufmerksamkeit und Maßnahmen für Young Carers geht, wobei das obere Ende alleine von Großbritannien angeführt wird (Leu & Becker, 2017). Die Dimensionen, anhand derer diese Beurteilung erfolgt sind folgende (Becker, 2007):

Forschung. Neben der genannten Prävalenzstudie forschte und forscht das Institut für Pflegewissenschaft der Uni Wien zu verschiedenen Teilespekten kindlicher Pflege sowohl im Grundlagenbereich als auch im Bereich der Anwendung konkreter Interventionen und wird dies hoffentlich auch weiterhin tun. Ob sich

andere Wissenschaftsdisziplinen mit diesem Thema in Österreich auseinandersetzen, ist gegenwärtig eher nicht anzunehmen.

Bewusstseinsbildung. Ausgehend von der ersten Studie gab es in Österreich kaum ein Medium, das nicht über Young Carers berichtete. Das Sozialministerium veranstaltete im Jahr 2014 eine Enquête, um verschiedene Interessensgruppen zu sensibilisieren. Kampagnen von Seiten der Johanniter Österreich, des Österreichischen Jugendrotkreuzes, der Volkhilfe Österreich aber auch des Sozialministeriums selber (z.B. in Form von Filmen oder Plakaten) zielten und zielen auf allgemeine Bewusstseinsbildung ab.

Zielgruppenspezifische Unterstüt-

zungsprogramme. Diese sind in Österreich recht überschaubar. Das erste Programm, Superhands, an der Johannitern Österreich, versucht betroffenen Kinder und Jugendlichen über eine Webpage zu erreichen. Das Österreichische Jugendrotkreuz bietet einmal im Jahr ein Feriencamp für Betroffene an. Das Wiener Rote Kreuz startet im Herbst 2017 die „Jugendgruppe Young Carers Club“ als regelmäßiges Zusammentreffen betroffener Kinder und Jugendliche. Eine Maßnahme übrigens, die in UK landesweit und hundertfach erfolgreich angeboten wird.

Anleitung von Fachkräften und nationale Strategien. Im Jahr 2014 wurde an der Universität Wien ein Rahmenkonzept erarbeitet, das als Grundlage für Unterstützungsmaßnahmen von Young Carers und deren Familien dienen soll (Nagl-Cupal, Daniel, & Hauprich, 2014). Auf Basis der Erfahrungen internationaler Projekte soll es Fachleuten Orientierung geben, wie zielgruppen- und bedürfnisorientierte Maßnahmen aussehen können und welche Voraussetzungen, vor allem in Hinblick auf die Erreichbarkeit von Betroffenen, wichtig sind. Das Österreichische Jugendrotkreuz entwickelte eine „Infobox“ zur Sensibilisierung und Information von Pädagogen und Pädagoginnen und Fachkräfte in der Jugendarbeit. Als eine „nationale“ Strategie ist sicher die Aufnahme von Young Carers in das nun auslaufende Regierungsprogramm der österreichischen Bundesregierung „Faymann II“¹ zu sehen, in dem „pflegende Angehörige – insbesondere auch Kinder“ unterstützt werden sollen. Die Maßnahmen ihrerseits hatten mit Kindern und Jugendlichen allerdings sehr wenig zu tun.

Nationale Rechte. In Österreich

wurde im Anschluss an die Prävalenzstudie erwirkt, dass Young Carers Leistungen aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung gemäß §21a Bundespflegegeldgesetz abrufen können. Das bedeutet, sie können Kosten für „Ersatzpflege“ bei besonderen Verhinderungsgründen geltend machen. Ob diese Maßnahme, die für erwachsene pflegende Angehörige gedacht ist, auch für Young Carers passt, ist noch zu überprüfen.

In den letzten Jahren ist also zum Thema Young Carers einiges passiert und es passiert auch weiterhin einiges. Trotzdem lässt sich eine gewisse Resignation nicht verbergen und das liegt nicht an der erwähnten Einstufung Österreichs und dass hier sicher noch Platz nach oben ist. Wir stecken in den „Mühen der Ebene“ fest. Das liegt vor allem daran, dass das Thema „kindliche Pflege“ noch immer ein so großes Tabu ist. An unseren Forschungen lässt es sich beispielsweise an den enormen Zugangsschwierigkeiten zu den Betroffenen und deren Familien ablesen, eine der größten Herausforderungen meines bisherigen Forschende Daseins. Das ist zu einem Gutteil der Verborgenheit des Phänomens „Kindliche Pflege“ geschuldet und der Sorge, sich als Familie mit pflegenden Kindern erkennen zu geben, was leider als Makel und Stigma gilt. Feststecken aber auch in Hinblick auf die politische Priorisierung des Themas. Das Sozialministerium bemüht sich zwar redlich, Länder und Gemeinden sind gegenwärtig gar nicht aktiv. Besonders letztgenannte sind aber wichtig, weil wohnortnahe Unterstützung ein Schlüssel zum Erfolg ist. In Großbritannien ist die Bezugnahme auf Young Carers in den unterschiedlichen Rechtsbereichen,

wie zum Beispiel dem „Children Act“, dem „Carers Act“ und dem „Community Care Act“, gut dargestellt (Dearden & Becker, 1997). Diese Auseinandersetzung fehlt in Österreich noch gänzlich. Dort wurde auch im Jahr 2013 eine Gesetzesänderung erwirkt, die Young Carers und deren Familien das Recht auf ein Assessment ihrer Bedürfnisse zuspricht. Damit soll der Zugang zu Hilfsmaßnahmen erleichtert und sichergestellt werden, dass die Unterstützung des Kindes mit jener des erkrankten Familienmitgliedes verknüpft wird (Department for Education, 2013). In Schweden wurde vor kurzem Ähnliches auf den Weg gebracht und andere skandinavische Länder werden nachziehen.

Gezielte Bewusstseinsbildung muss auch weiterhin der zentrale Fokus sein. Nicht umsonst beschreibt Warren (2008), dass in Großbritannien nach wie vor ein Großteil der betroffenen Young Carers „unsichtbar“ ist, obwohl es nach Jahren der konzentrierten Aufmerksamkeit eine Vielzahl von gut in Anspruch genommenen Initiativen gibt. Dazu braucht es vor allem engagierte Personen, die sich kontinuierlich um dieses Thema bemühen und es in die Politik und die Öffentlichkeit tragen (Becker, 2007). Schließlich müssen dringend auch potentielle Kontakt Personen von betroffenen Kindern und Jugendlichen sensibilisiert werden. Allen voran Personen an Schulen, in ambulanten Diensten oder in Krankenhäusern, Haus- sowie Fachärzte, also jene, die mit Betroffenen im Alltag Kontakt haben. Hier muss sich auch die Pflege stark an der Nase nehmen als eine jener Berufsgruppen, die viel Kontakt zu betroffenen Familien hat und Young Carers trotzdem häufig nicht wahrnimmt. Es gibt Länder, in denen Young

Carers selber in der Öffentlichkeit auftreten oder vor Politikern und Politikerinnen für ihre Anliegen einstehen. Junge selbstbewusste Menschen, die anderen Mut machen, aus dem Schatten zu treten. Viele werden es nicht gerne hören: Familiäre Pflege unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ist gesellschaftliche Realität und wird es auch in der Zukunft sein. Wir müssen in einen Dialog mit den Betroffenen eintreten, sie ernst nehmen und gut zuhören, was sie beschäftigt und was sie brauchen. Wir müssen aber auch Betroffene schützen, wenn sie oder ihre erwachsenen Familienmitglieder es nicht tun können. Wir lernen erst jetzt über „erwachsene“ Angehörigenpflege ohne Tabu zu reden. Ich hoffe, dass es bei Kindern und Jugendlichen auch bald der Fall sein wird.

Literatur

Becker, S. (2007). Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family. *Global Social Policy*, 7(1), 23-50.

Dearden, C., & Becker, S. (1997). Protecting young carers: Legislative tensions and opportunities in Britain. [doi: 10.1080/09649069708416178]. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 19(2), 123-138.

Department for Education. (2013). Amendment to Children and Families Bill - Young Carers Needs Assessments.

Leu, A., & Becker, S. (2017). A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'. *Journal of Youth Studies*, 20(6), 750-762.

Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Kain-

bacher, M., Koller, M. M., Mayer, H. (2012). Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Einsicht in die Situation gegenwärtiger und ehemaliger pflegender Kinder in Österreich: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Nagl-Cupal, M., Daniel, M., & Hauprich, J. (2014). Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Konzeptentwicklung und Planung von familienorientierten Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Warren, J. (2008). Young carers: still 'hidden' after all these years? *Research, Policy and Planning*, 26(1), 45-56.

Fußnote

¹ <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264>

Autor



Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal
„Institut für Pflegewissenschaft“
Foto (C): Pflegenetz

Weil es jeden (be)treffen kann

Mit der Patientenverfügung selbst entscheiden



Dr. med. Wilhelm Margula

Pflegefall? Nein, danke!

Mit der Patientenverfügung selbst entscheiden

- Zukunftsszenarien und ihre mögliche Bewältigung
- Richtlinien und gesetzliche Vorgaben für den gesamten deutschsprachigen Raum
- Tipps für die einfache Umsetzung
- Inkl. zwei Gratiszugänge zum PFLEGEFALLTOOL

maudrich 2017, 160 Seiten
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-99002-052-4
Erscheint Mitte September 2017

Auch als E-Book erhältlich!

Hier erfahren Sie mehr zum Thema:





Matthias Thöns, Palliativnetz Witten e.V.

Übertherapie am Lebensende

Die 79 jährige Anna-Marie litt schon seit einem Dreivierteljahr unter einem Harnblasenkrebs. Vielerlei ihr angebotene Therapieverfahren lehnte sie ab, insbesondere die ihr angeratene Operation wollte sie nicht. Am 01.03. traten Schmerzen, Atemnot und Erbrechen auf, ihr Allgemeinzustand war schlecht. Die Tochter rief den Notarzt, umgehend erfolgte die Klinikeinweisung. Trotz Harnleiterschienung sowie Ablassen von Lungen- und Bauchwasser besserte sich ihr Zustand nur minimal. Die weiteren Untersuchungen zeigten Krebs im ganzen Bauchraum (Peritonealkarzinose), Tumormarker deuteten auf einen zusätzlichen Eierstockkrebs. So erfolgte die

Verlegung in die Frauenklinik, der Anästhesist vermerkt noch am 09.03. „Patientin möchte nicht an Schläuchen hängen und dann lieber friedlich einschlafen ... multimorbide, tumorkachektische Patientin im deutlich reduzierten Allgemeinzustand mit sehr hohem OP-Risiko. Die Patientin wäre im weiteren Verlauf weder einer größeren OP noch einer Chemotherapie zugänglich. Empfehlung: palliativ“.

Der Cheffrauenarzt lässt trotzdem nicht locker: „Wenn wir wissen, welcher Krebs dahintersteckt, können wir viel aussrichten“ sagt er der Tochter. Die Bauchspiegelung am 15.03. zeigt zwar den weit verbreiteten

Krebs, von welchem Organ dieser kommt bleibt unklar. Nach dieser OP verschlechtert sich der Zustand von Anna-Marie. Sie fängt an sich durchzuliegen, da sie sich selber nicht mehr umlagern kann, klagt über Schmerzen und Atemnot. Der Chef drängt zur Tumortherapie trotz fehlender Diagnose: „Chemotherapie ermöglicht ihr nach Hause zurückzukehren und die verbleibende Lebenszeit bei guter Lebensqualität im Kreise ihrer Lieben zu verbringen. Wir gewinnen gute Monate und die Therapie wird sie kaum spüren.“ Er gibt Carboplatin. Noch am gleichen Tag treten Schmerzen, starker Brechreiz und Erbrechen auf. Am nächsten Tag erträgt Anna-Marie

ihren Zustand nicht mehr, bittet um einen erlösenden Tropf. Der Anästhesist empfiehlt neben intensiver Behandlung des Erbrechens einen Morphintropf. Dieser wird mit der doppelten Dosis angeschossen, nicht einmal 24 Stunden später verstirbt Anna-Marie unter den Zeichen einer Morphinüberdosierung.

Die vom Chefarzt empfohlene Chemotherapie ist als uralt und bekannt zu bezeichnen, heilen konnte sie sicher nicht, bekannt ist die starke Nebenwirkungslast dieser Behandlung. Anna-Marie ist kein Einzelfall, wie mir derzeit aus einer Vielzahl an Zuschriften aus dem gesamten deutschsprachigen Raum klar wird. Als Gutachter konnte ich hier nur feststellen: Die Einwilligung zu OP und Chemotherapie war nicht rechtswirksam (Fehlen der Alternativaufklärung „Palliativversorgung“), die Kausalität für die Leidenszustände ist gegeben und hochwahrscheinlich verkürzten die belegbaren Sorgfaltsmängel das Leben der Patientin. Nun ermittelt die Staatsanwaltschaft.

Problem Krebsbehandlung

Die aktuelle Auswertung einer großen deutschen Universitätsklinik zeigt¹, dass Krebsbetroffene noch in den letzten Lebenstagen zuhauf Übertherapie erhalten. Chemotherapie, Blutwäsche, Operationen, Intensivbehandlung, ja sogar Wiederbelebungen fanden bei den sterbenden Krebskranken häufig statt. Die Chance letzterer das Krankenhaus

Tab 1: Anteil Behandlungen bei Krebsbetroffenen vor dem Tod (letzte Woche / Monat)

- Chemotherapie (7.7%/38.3%)
- Bestrahlung (2.6%/6.4%)
- Wiederbelebung (8.5%/10.5%)
- OP (15.2%/31.0%)
- Dialyse (12.0%/16.9%)
- Bluttransfusion (21.2%/39.5%)
- CT (33.8%/60.9%).
- Tod auf der Intensivstation: 30,3%
- Palliativversorgung > 20 Tage: 1,9%

überhaupt lebend zu verlassen liegt deutlich unter 10%, zum Großteil dann auch noch mit schwerem Hirnschaden. Etwa jeder 3. Krebspatient starb auf der Intensivstation (siehe Tab 1).

Krebsbetroffene haben grundsätzlich viele belastende Beschwerden, Ängste und Nöte, nicht erst in fortgeschrittenen Stadien. So ist es seit Jahren umstritten, dass möglichst bald eine Mitversorgung durch Palliativteams erfolgen sollte. Hierzu gibt es amerikanische² und europäische³ Grundsatzempfehlungen.

Frühzeitige Palliativversorgung – also die umfassende Leidenslinderung bereits bei Feststellung von metastasiertem Krebs – hat viele Vorteile⁴ : Lebensqualität von Patient und Familie⁵ , Stimmung⁶ , Krankheitsverständnis, Vorsorge und sogar Überleben⁷ bessern sich. Palliativversorgung führt zu einer geringeren Krankheitslast, weniger Chemotherapie in den letzten Lebensmonaten⁸,

selteneren Notarzteinsätzen und weniger sowie kürzeren Krankenhausaufenthalten⁹. So kann man wohl feststellen:

Palliativversorgung ist die einzige Revolution, die das Leben verbessert, die Menschen am von ihnen gewünschten Ort versorgt und das Leben verlängert, bei geringeren Kosten.

Damit sinken aber auch die Gewinne der Krebsmedizin. Ob es da ein Zufall ist, dass dieses Kriterium nicht in die deutschen Zertifizierungsregeln von Krebszentren aufgenommen wurde? Mein diesbezüglicher Vorschlag wurde 2013 in einer Mail von einem Fachgebietspräsidenten abgebügelt und auf „Freiwilligkeit“ verwiesen: Freiwillig auf Pfründe verzichten? Bis heute jedenfalls wird Palliativversorgung fehlerhaft als „Medizin für die letzten Lebenstage“ verstanden, echte Palliativversorgung fand in der oben zitierten Studie bei weniger als 2% der sterbenden Krebsbetroffenen statt – es müssten 100% sein.



Ohne Empfehlung frühzeitiger Einbindung der Palliativversorgung dürfte eine Anti-Krebsbehandlung jedenfalls nicht einer rechtswirksamen Aufklärung genügen. Wenn dies einmal rechtlich hinterfragt würde, hätten Anwälte viel zu tun, spekuliere ich lieber:

Entgegen den Verheißenungen der Pharmaindustrie zur Wirksamkeit hochpreisiger moderner Antitumortherapie sind die Ergebnisse objektiver Bewertungen eher ernüchternd: Echte Fortschritte in der Therapie gibt es nur zu einem Bruchteil. Auch merkten dutzende Onkologen über Jahre in mehr als 60.000 Fällen nicht, dass ein Bottroper Apotheker Kochsalz mit Chemotherapie „verwechselte“. Die wegen Betrugs ermittelnde Staatsanwaltschaft erhebt nicht einmal den Vorwurf der

Körperverletzung gegen den Apotheker.

Übertherapie – die Seuche des 21. Jahrhunderts?

Übertherapie ist definiert als eine medizinische Behandlung, die voraussehbar dem Patienten mehr schädigt als nützt. Sie nimmt weltweit zu. Die Häufigkeit der Übertherapie wird in den USA mit 29% angegeben, teilweise werden international auch 89% erreicht¹⁰.

Vielfach ist etwa eine zu aggressive Krebsbehandlung am Lebensende dokumentiert, bei jungen Patienten in den letzten 30 Lebenstagen bei ca. 75%¹¹. Aber auch andere Verfahren werden international kritisiert, wie die therapieziellose PEG-Anlage, Chemotherapie, die das Leben verkürzt, Bestrahlungsbehandlung kurz vor

dem Tod, nutzlose Medikation, ineffektive Intensivtherapie am Lebensende oder die intravenöse Ernährung.

Als Ursachen gelten:

1. geldliche Fehlanreize,
2. Wissenslücken, Fehlglauben von Patienten und Angehörigen,
3. das Ungleichgewicht der Arzt-Patientenrolle, Angst vor Rechtsfolgen bei Unterlassen aller denkbaren Therapieoptionen

Auf Patientenseite führen typische Mythen zur Übertherapie:

„Mehr ist besser, neu ist besser, teurer ist besser, Technologie ist besser, Therapie ist besser“.

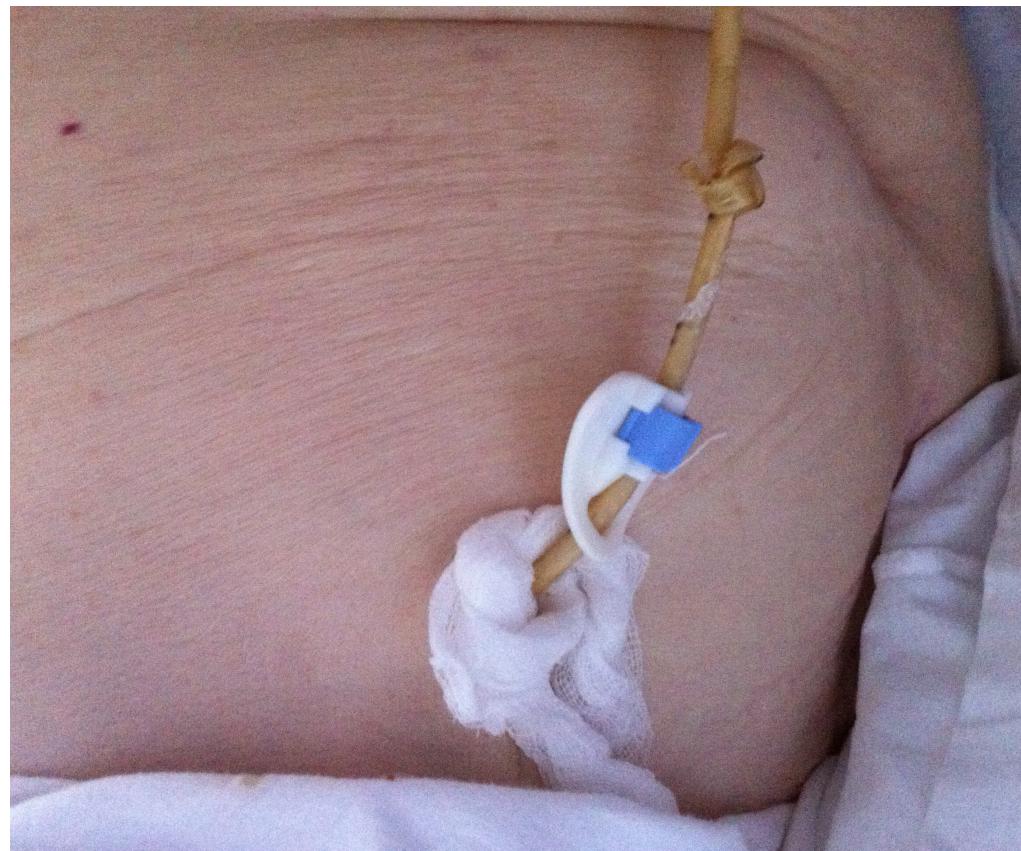
Dabei ist oftmals das Abwarten des Spontanverlaufs der wahrscheinlich bessere Weg. So gilt dies etwa oft bei Prostatakrebs. Die groß angelegte deutsche Studie, die dies belegen sollte scheiterte aus mangelndem Arztinteresse¹². Viele Ärzte führen zu vielen Arztbesuchen, viele Intensivstationen führen zu vielen Intensivbehandlungen. Wo Klinikketten selber die Behandlungsausrichtung bestimmen, gibt es ein Überangebot hochpreisiger Behandlungsverfahren (Katheterlabor, OP) und eine Unterversorgung an weniger profitablen Therapien (z.B. Palliativversorgung).

Über wirtschaftliche Fehlanreize, Mengenausweitung von Eingriffen und Ausweitung der Indikationen sowie die Durch-

führung von nicht indizierten Eingriffen berichten Bundesärztekammer¹³, Bertelsmann Stiftung¹⁴, Deutscher Ethikrat¹⁵ und Deutsche Gesellschaft für innere Medizin¹⁶ in einem Positionspapier mit dem wegweisenden Namen: „Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen.“ Das Buch zum Thema des Autors „Patient ohne Verfügung“ ist ein halbes Jahr Spiegel-Bestseller¹⁷. Anfang des Jahres startete die weltweit bekannteste Medizinzeitschrift „The Lancet“ mit einer Artikelserie zum „right care“ und dokumentiert die international vorhandene Problematik. In einem der Artikel belegt Deutschland mit 33 % unnötigen Krankenhausbehandlungen eine Spitzenposition.

Problem Beatmungsmedizin

Beatmungsmedizin ob in Klinik oder zuhause wird extrem hochpreisig vergütet. 2003 gab es in Deutschland 500 zuhause beatmete Patienten, 2013 waren es bereits 15.000. Die extreme Zunahme der Fälle in den letzten 10 Jahren um den Faktor 30 (!) ist ganz überwiegend auf Patienten mit Versagen der Beatmungsentwöhnung nach Akut-Intensivtherapie zurückzuführen (85%). 70% der so leidenden Patienten könnten erfolgreich zurück in ein eigenständiges Leben geführt werden, so die zuständige Fachgesellschaft¹⁸. Dann aber erlischt der Anspruch auf die ca. 20.000 € Behandlungspflege pro Monat. So werden viele Patienten mit „niedrigem Druck“



beatmet, eigentlich bräuchten sie die Beatmung nicht, so der Medizinische Dienst (MdK). Noch viel schlimmer ist die Situation bei den Patienten mit einer Trachealkanüle: Argument hierfür ist eine Schluckstörung oder eine Bewusstseinsstörung mit der Gefahr des Verschlucks. Allerdings wird eine Schluckstörung durch eine Trachealkanüle eher gefördert, das Husten massiv behindert. Verschlucken wird hierdurch gerade begünstigt!

Vermehrte Atemwegsinfektionen, vermehrte Schleimbildung, vermehrte Notwendigkeit des qualvollen Absaugens sind die Folge. Unglaublich: genau dies wird zur Begründung der fortgesetzten Trachealkanüle herangezogen.

Mit einer fingierten Patientengeschichte wurden 254 Beatmungseinrichtungen ange- schrieben. Man suche für den vermeintlich wohlhabenden Onkel einen neuen Intensivpflegedienst, weil es bei dem aktuellen Versorger Probleme wegen einer dieser Behandlung entgegenstehenden Patienten- fügung gäbe: Das Ergebnis:

Die überwältigende Mehrheit hätte die als nicht indiziert und nicht gewünscht konstruierte Beatmung fortgesetzt. Weniger als 10% der befragten Dienste widersetzten sich dem kriminel- len Ansinnen¹⁹.

ARD-Monitor drehte die Unter- suchung mit versteckter Kame- ra bei 6 Einrichtungen nach. Nur ein Dienst verweigerte sich der Übernahme. Die Antworten

der anderen bezüglich der Patientenverfügung lauteten etwa: „Lassen Sie die doch einfach verschwinden“ oder „Man kann gucken, dass man diese Patientenverfügung noch einmal anders formuliert“ und zuletzt „Patientenverfügungen sind für uns nicht so wichtig, wir haben hier mehrere Patienten mit solchen Verfügungen...“²⁰

In der **Klinik** ist es kaum besser: Beatmung über 24 Stunden bringt teils 23.426 €, über 1799 Stunden 204.243 € - wohlgerne pro Patient. Durch die Definition sogenannter „Beatmungshürden“ steigern sich die Beträge nach bestimmten Stunden (z.B. 24, 95, 249 Stunden). Teils gibt es in Kliniken „Ampelsoftware“, die dem Arzt das „wirtschaftlich günstige Beatmungsende“ signalisiert. Das alleine ist unerträglich, denn jede Minute nicht notwendige Beatmung kann tödlich enden, Beatmung ist nicht gesund.

Während früher die Kliniken, jeweils zum Jahresende, ihre Kosten vorrangig anhand der Verweildauer geltend machen konnten (sog. Kostendeckungsprinzip), wird durch das neue **DRG-System** (diagnosis related groups) auf der Basis eines Diagnosemix und anhand der durchgeführten Prozeduren ein Entgelt bestimmt: je schlimmer die Krankheit und je technischer der Eingriff, desto höher der Erlös. Über Bonusverträge werden viele leitende Ärzte an lukrativen Eingriffen oder am Klinikgewinn beteiligt. Dies setzt bei einigen

Tab 2: Leidenszustände des Demenzbetroffenen und ärztliche Maßnahmen

- Erstickungsanfälle
- Nackenrigor
- Zahnhäule (fast alle Zähne gezogen)
- Fixierte Gelenkfehlstellungen
- Tetraspastik: in der Hand: Pilzerkrankung
- Augenentzündungen (Augen stehen offen)
- Wiederkehrende Druckgeschwüre an Ellenbeuge, Kreuzbein, Fingergrundgelenken, Knie, Knöchel, gluteal und der Schulter „über Steiß ca. 30X30 schwarze Nekrose“

Dokumentierte Maßnahmen: Grippeschutzimpfung, CRP-Bestimmung, Verordnung Tavanic, Cefuroxim, Absaugen, „Blutdruckmessen nicht möglich“, Krebsvorsorge, 04.11.11 „brodeln“, dann Einweisung, 19.11.11 verstorben.

Verträgen Fehlanreize, wo etwa eine Beteiligung von 15 % am DRG-Erlös vereinbart wurde. Während Bundesärztekammer und Gesetzgeber diese Verträge ächten und auf freiwilligen Verzicht drängen, hatten 2015 noch 97% der neuen Chefarztsverträge entsprechende Klauseln²¹. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Problem PEG

Die Ernährung Demenzbetroffener über eine Magensonde durch die Bauchwand (PEG) ist seit Jahrzehnten umstritten und Gegenstand kontroverser Standpunkte sowie rechtlicher Auseinandersetzungen. Seit 2016 spricht sich die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) eindeutig dagegen aus:²² Unter den 5 Dingen, die ein Arzt unterlassen sollte, steht die PEG bei fortgeschrittener Demenz auf Platz 2, gleich nach dem Rat

gegen zu viele Medikamente. Eine Ernährungsunterstützung auf natürlichem Wege ist bezüglich der Ergebnisse Sterblichkeit, Lungenentzündung, verbleibende Fähigkeiten und Wohlbefinden mindestens so wirksam wie eine Sondernährung via PEG. Eine aktuelle Untersuchung aus 2016 belegt nun sogar: PEG-Versorgte sterben früher.²³ Warum die DGG die Empfehlung auf die fortgeschrittene Demenz begrenzt bleibt unklar. Nur in Ausnahmefällen dürfte es außerhalb dieser Situation zu einer Ernährungsproblematik kommen, grenzt man akute andere Erkrankungen in frühen Demenzstadien aus.

Anfang des Jahres hat das Landgericht München I die Fortsetzung einer PEG-Ernährung ohne Therapieziel als ärztlichen Behandlungsfehler eingestuft.²⁴

Ein demenzbetroffener Mann war jahrelang PEG ernährt worden, eine Prüfung des Therapieziels fand praktisch nicht statt. Der Patient hatte starke Leidenszustände (Tab 2).

Der traurige Verlauf ist kein Einzelfall. Wenn man Demenzbetroffene nur lange genug mit intensivmedizinischen Verfahren (künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse) am Sterben hindert, ist bei nicht optimaler Pflege regelhaft mit derartigen Leidenszuständen zu rechnen.

Die Entscheidung ist ein Paukenschlag im Medizinrecht. Denn erstmals in der Rechtsgeschichte Deutschlands hat ein Landgericht zur Übertherapie geurteilt. Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung bei schwer leidenden Kranken ohne Therapieziel, also alleine lebens- und leidensverlängernd ist nicht indiziert. Das gilt auch für die Fortsetzung einer solchen PEG-Ernährung durch einen Arzt, der selbst bei Anlage der Sonde gar nicht verantwortlicher Behandler war.

International gibt es erste Initiativen, in Großbritannien die „do not do“-Liste, in den USA die choosing wisely Kampagne, oder in Deutschland die Initiative „klug entscheiden“. An letzterer haben sich die deutschen Chirurgen allerdings nicht beteiligt, es gäbe kein Problem²⁵. Hier sei einfach nur auf die ARD-Dokumentation „operieren und kassieren“ aus 2017 verwiesen.²⁶

Autor



www.uebertherapie.de



Dr. med. Matthias Thöns

Palliativnetz Witten e.V.
Wiesenstr. 14
58452 Witten
email@sapv.de

Meine persönliche Überzeugung ist, dass sich mit freiwilligen Initiativen und Empfehlungen nachhaltig nichts ändert. Riesiges Änderungspotenzial geht jedoch von Pflegepersonal aus, denn sie sind am nächsten am Patienten, hören am meisten die Sorgen, Nöte und Wünsche. Pflegepersonal wird regelhaft nach seiner Meinung gefragt und ist traditionell der **Anwalt des Patientenwunsches**. Da mehrere Fernsehsender aktuell das Thema bringen werden, würde ich mich über Feedback oder die Bereitschaft zum (anonymisierten) Bericht freuen, schreiben Sie mich gerne an. Brechen wir das Schweigen.

Literatur

- 1 Dasch B, Kalies H, Feddersen B, Ruderer C, Hiddemann W, Bausewein C: Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. PLoS One. 2017 Apr 6;12(4):e0175124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28384214>

2 American Society of Clinical Oncology (ASCO): Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. <http://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines/patient-and-survivor-care#/9671>

3 Cherny N, Catane R, Schrijvers D, Koke M, Strasser F. European Society for Medical Oncology (ESMO). Program for the integration of oncology and Palliative Care: A 5-year review of the Designated Centers' incentive program. Ann Oncol. 2010; 21: 362±9. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp318> PMID: 19654197

4 Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften±AWMF. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.0, 2015: AWMF-Registernummer: 128/001OL; http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07

- 5 Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1721-30
- 6 Pirl WF, Greer JA, Traeger L, Jackson V, Lennes IT, Gallagher ER, Perez-Cruz P, Heist RS, Temel JS.: Depression and survival in metastatic non-small-cell lung cancer: effects of early palliative care. *J Clin Oncol.* 2012 Apr 20;30(12):1310-5
- 7 Bakitas M, Tosteson T, Lyons K, Dragne K, Hegel M, Azuero A. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2015;33
- 8 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine* 2010;363:733-42
- 9 Gärtner J, Wedding U, Alt-Epping, B: Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung. *Z Palliativmed* 17 (2016) 83-93
- 10 Brownlee S, Chalkidou K, Doust J et al: Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- 11 <http://meetinglibrary.asco.org/content/170424-176>
- 12 <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/prostatakrebs-studie-prefere-scheitert-zu-wenige-probanden-a-1122280.html>
- 13 Wiesing, U.: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztlinnen und –ärzten.“ *Deutsches Ärzteblatt* 110, Heft 38 (20.09.2013), S. A-1.752–A-1.756 , im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.64
- 14 Bertelsmann Stiftung: Faktencheck regionale Unterschiede 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/regionale-unterschiede/ergebnis-ueberblick/>
- 15 Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus; im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf, 05.04.2016
- 16 DGIM: Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. *DMW* 07/2015 http://www.dgim.de/portals/pdf/Positionspapier_Schumm-Draeger_%C3%96konomisierung.pdf
- 17 Thöns :: Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende. *Piper* 2016
- 18 DIGAB: „Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie.“ *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 142.12 (2017): 909-911
- 19 Thöns M, Putz W: Intensivmedizin - Angebot schafft Nachfrage. *Der Niedergelassene Arzt* 09 (2015) 97
- 20 <http://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/intensiv-pflege-100.html>
- 21 Medizinethik: Ökonomisches Denken darf nicht im Vordergrund stehen. *Dt. Ärzteblatt*. 113 (2016) 1078
- 22 <http://www.dggeriatrie.de/home-54/aktuelle-meldungen/64-topmeldung/1050-gemeinsam-klug-entscheiden-empfehlungen-der-dgg-zur-%C3%BC-Cbero- und -unterversorgung-in-deutschland.html>
- 23 Ticinesi A et al: Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clinical nutrition* 35 (2016) 1512–1516
- 24 LG München I 9 O 5246/14, Urteil vom 18.01.2017
- 25 Klug-entscheiden-Empfehlungen: Für die Chirurgie derzeit kein „Muss“. *Dtsch Arztbl* 2017; 114(15): A-741 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/187909/Klug-entscheiden-Empfehlungen-Fuer-die-Chirurgie-derzeit-kein-Muss>
- 26 <http://www.ardmediathek.de/tv/Reportage-Dokumentation/Operieren-und-kassieren-Ein-Klinik-Dat/Das-Erste/Video?broadcastId=799280&documentId=43636430>

Grenzenlos kommunizieren

Damit die Verständigung klappt!



ISBN 978-3-7089-1326-1

Das wichtigste
Vokabular rund um die
Pflege auf Englisch



ISBN 978-3-7089-1488-6

Grundbegriffe und
hilfreiches Fachvokabular
auf Serbokroatisch



ISBN 978-3-7089-1340-7

Derzeit in Vorbereitung:

- Grundwortschatz
Türkisch für die Pflege
- Grundwortschatz
Rumänisch für Pflege und Betreuung

Ist Pflegedokumentation ohne Pflege strafbar?

Vor Kurzem wurde von einer Pflegekraft in Facebook die Frage gestellt, ob es strafbar ist, wenn die Pflegekräfte eine Leistung abzeichnen oder ein Kreuz hinter einer Leistung machen, die nicht erbracht wurde.

Die Antwort ist einfach und simpel: Ja es ist eine Straftat. Bei genauerer Betrachtung sind sogar zwei Straftatbestände nach dem Deutschen Strafgesetzbuch erfüllt. Eine Leistung zu dokumentieren, welche nicht erbracht wurde stellt zunächst einmal den Straftatbestand der Urkundenfälschung und in aller Regel auch noch den Straftatbestand des Betrugs dar. Eigentlich sollte man davon ausgehen, dass dies allen Pflegekräften bewusst ist und dass sie darüber in irgendeiner Form belehrt wurden. Schließlich gibt es eine Fülle von Vorschriften, welche Inhalte den Pflegekräften bei Fortbildungen beigebracht werden müssen. Sie werden jedoch keine Fortbildung finden, welche diese Falschdokumentation zum Inhalt hat. In wie weit dies zum Unterrichtsinhalt der Pflegeschulen



gehört, ist mir nicht bekannt. Das fehlende Wissen über diese täglich stattfindenden Straftaten ist aber täglich erkennbar. Warum sonst werden in fast allen Heimen täglich eine Vielzahl von Leistungen dokumentiert, die überhaupt nicht leistbar sind. Nicht weil die Pflegekräfte zu faul sind, sondern weil mit dem gegenwärtigen Personaleinsatz die geforderten Pflegeleistungen schlicht und ergreifen nicht zu erbringen sind.

Wenn dann große Träger auch noch durch Outsourcing und Einsparungen beim Hauswirtschaftspersonal die Pflegekräfte noch mir fachfremden Leistungen wie Kochen Putzen und Waschen belasten sind die pflegerischen Aufgaben erst recht nicht zu erbringen.

In § 267 StGB – Urkundenfälschung steht:

Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr eine unechte Urkunde herstellt, eine echte Urkunde

verfälscht oder eine unechte oder verfälschte Urkunde gebraucht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Bei den Dokumentationen der einzelnen Bewohnern handelt es sich, wie der Name schon sagt um ein Dokument, also eine Urkunde. Wer dann in dieser Urkunde einen falschen Eintrag macht, begeht eben dann eine Straftat, nämlich das Verfälschen einer Urkunde. Jetzt haben findige Staatsanwälte daraus eine schriftliche Lüge gemacht und somit die Straftat legalisiert. Das Gesetz sieht diesen Umstand zwar tatsächlich vor. Aber nur wenn diese Urkunde nicht benutzt wird.

Die Urkunden werden aber benutzt und zwar wenn die Heimaufsicht oder der Medizinische Dienst der Kassen die Heime überprüft. Deshalb geht dieses Vorgehen über die schriftliche Lüge hinaus und stellt ein Vergehen dar.

So und jetzt sind wir bei einer weiteren Straftat, welche die Pflegekräfte bei einem Falscheintrag begehen. Nämlich den Straftatbestand des Betrugs, oder zumindest Beihilfe zum Betrug. Warum denn Betrug wird sich nun manche Pflegekraft fragen. Weil die Heime für die Leistungen, die sie zu erbringen haben von den Pflegekassen und den Bewohner Geld bekommen.

In § 263 StGB – Betrug steht:

Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Die Heime bekommen für die vertraglich vereinbarten Leistungen, gemäß den mit den Kassen abgeschlossenen Ver-



sorgungsverträgen, Geld. Einen Teil zahlt die Pflegekasse und den Rest der Bewohner. Wenn ein Heim diese Leistungen aber nicht erbringt, dann dürfte es theoretisch auch kein Geld für diese nicht erbrachte Leistung verlangen. Wenn nun aber die Pflegekraft wahrheitswidrig, durch einen falschen Eintrag in der Dokumentation vortäuscht, die vertraglichen Leistungen erbracht zu haben und der Bewohner bzw. die Pflegekasse für diese nicht erbrachten Leistungen dem Heim ein Entgelt bezahlt, dann wurde der Bewohner schlicht und ergreifend betrogen.

So und spätestens hier stellt sich die Frage, wo der Unterschied zu den mafios organisierten russischen Pflegediensten und vielen Pflegeheimen in Deutschland ist? Gut die Pflegeheime haben echte Bewohner, diese Pflegedienste zum Teil nur vorgetäuschte Patienten. Der größte Unterschied aber ist, dass die Pflegeheime unter staatlichen Schutz stehen. Der Grund dafür ist die Verflechtung vieler Politiker mit den großen Trägern und Investoren in der Pflege- und Gesundheitsbranche. Viele Politiker sind Mitglieder in den Wohlfahrtsverbänden und haben teilweise ihre politische Karriere diesen zu verdanken. Andere sitzen in Aufsichtsräten dieser Investoren und lassen sich dies gut entlohnen. Jegliches objektive Handeln und Denken ist somit verloren gegangen.

Die Probleme in der Pflege sind schon so oft in sämtlichen Medien geschildert worden, dass heute eigentlich jeder weiß, dass die dokumentierten Leis-

tungen nicht erbracht werden können. Aber alle schauen weg. Das Wegschauen hat System. Unsere Politiker machen Gesetze, die von den Lobbyisten geprägt sind und den großen Trägern Millionengewinne sichern. Schließlich werden zum Teil führende Politiker von den Trägern und Heuschrecken im Gesundheitssystem bezahlt. Sie verdienen also selbst an diesem fragwürdigen und zum Teil kriminellen System mit.

Warum aber machen die Pflegekräfte dabei mit. Warum begehen sie mit einer Selbstverständlichkeit täglich Straftaten. Diese Frage stellt sich immer wieder. Schließlich sind die Pflegekräfte diejenigen, die von den ihnen begangenen Straftaten keinerlei Vorteil haben. Ganz im Gegenteil. Durch diese falschen Einträge in den Dokumentationen suggerieren sie, dass in der Pfleg eigentlich alles in Ordnung ist und mit dem momentanen Personalstand die geforderten Leistungen machbar sind.

Die Pflegekräfte tragen somit selbst dazu bei, dass sie nicht besser entlohnt werden und die Arbeitsbedingungen weiter schlecht bleiben. Man kann sagen, dass die Pflegekräfte sich ihr eigenen Grab schaufeln. Sie begehen Straftaten, machen sich selbst zu Kriminellen und haben keinen Vorteil. Im Gegensatz, sie schädigen sich selbst.

Es wird höchste Zeit, dass die Pflegekräfte dies

einmal begreifen. Die Träger und Heimleitungen werden ihnen dies nicht sagen, denn sie sind die Profiteure dieses Handelns. Die Investoren können sich getrost zurücklehnen und sich der Gewinne die sie dadurch machen, erfreuen.

Um das ganze Ausmaß in Zahlen auszudrücken. Der größte europäische Betreiber, hat im Geschäftsjahr 2016 einen Gewinn vor Steuern in Höhe von 422 Millionen gemacht. Die Pflegekräfte haben es selbst in der Hand die Rahmenbedingungen zu verändern. Sie müssen sich aber dazu ihrer Macht erst einmal bewusst werden. In Zeiten des Pflegenotstandes sind die Heime auf gutes Personal angewiesen. Also liebe Pflegekräfte: Lasst euch nicht länger ausnutzen.

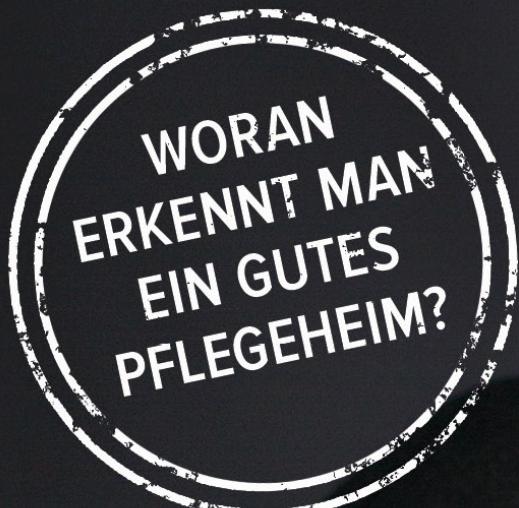
Autor

Armin Rieger

Heimbetreiber & Geschäftsführer Pflegeheim Haus Marie
Pflegekritiker & Heimrebell



ARMIN
RIEGER



DER PFLEGE- AUFSTAND

Ein Heimleiter entlarvt unser
krankes System

Würdige Altenpflege ist machbar



imh Forum Pflege

Von 20.-21.9.2017 fand im schönen Ambiente des Schlosshotels Mauerbach das Forum Pflege statt. Die gemeinsame Eröffnungsrede aller Interessensbereiche und Moderation durch den ersten Vormittag wurde von imh selbst und der Vorsitzenden Elisabeth Tschachler, der Chefredakteurin des ÖKZ übernommen.

Frau Bundesministerin Pamela Rendi-Wagner stellte sich in der Keynote zu Beginn des Konferenztages den Aspekten der GH-Politik heute und morgen, in dem sie die positiven Seiten unseres GH- und Versorgungssystems in Österreich hervorhob: fairer Zugang, hohe Versicherungsabdeckung und gute Versorgung der Patientinnen und Patienten mit hochwertigen Medizinprodukten. Allerdings wies sie auch auf die Optimierung der Outcomes und die zeitgemäßen Entwicklungen im GH-Wesen die noch stattfinden und langfristig

geplant werden müssen hin. Sie sprach von nachhaltigen Lösungen, die nicht nur innerhalb einer Legislaturperiode gedacht werden können und dürfen, von Mut zum Investment (Stichwort Arzneimittelforschung, Gendermedizin, Innovationsforschung) und mit Weitblick für eine Vision der Gesundheitsförderung und Prävention bis über 2025 hinaus. Technik und Innovation sowie der Fokus der Optimierung der Versorgung von Menschen mit chron. Erkrankungen und der Prävention und Gesundheitsförderung schon im Kindergartenalter seien Ziele für die Zukunft. Die Ministerin betonte drei wichtige Player im Gesundheitssystem, die kranken Menschen, die gesunden Menschen und die im Gesundheitssystem arbeitenden Menschen. Alle drei Zielgruppen brauchen aus ihrer Sicht optimale Bedingungen um ein gutes Gesundheitssystem gemeinsam hervorbringen zu

können. „Gesundheit ist mehr als Abwesenheit von Krankheit, die Menschen dürfen nicht alleine gelassen werden.“ In Zukunft sei viel Positives durch technische Innovationen wie ELGA, die e-Medikation, dem angedachten elektronischen Impfpass sowie durch die Telemedizin in Zukunft zu erwarten, auch das Projekt der telefonischen Gesundheitsberatung (Tel. 1450) ist heuer gut angelau-fen und soll bis 2019 österreichweit ausgerollt sein. Frauengesundheit, Empowerment sowie die Gesundheitskompetenzentwicklung schon von Kindheit an sind wichtig. Das Konzept der School-Nurse in den österreichischen Schulen wartet auf Umsetzung und muss erst gemeinsam mit allen Playern, wie den Ärzten, dem Pflegepersonal und den Schulträgern diskutiert und abgeklärt werden.

In der Podiumsdiskussion mit Rainer Ernstberger (Ärztlichem

Direktor des Landesklinikums Korneuburg-Stockerau), Michael Prebio (Pflegedienstleiter der Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Wien-Josefstadt) und Markus Schuler (Leiter des Personalmanagements der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH) wurden unter der Moderation von Elisabeth Tschachler Fragen hinsichtlich Generation Y, Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität, Auswirkungen des GuKG auf den Krankenhausalltag und Management des Mangels diskutiert. Wobei hinsichtlich Generation Y die geringe Organisationsbindung und die Forderung nach Eingebundenheit bei Entscheidungen, flache Hierarchien sowie eine umfassende Planung in Bezug auf MitarbeiterInnenqualifikation angesprochen wurden. Hinsichtlich der Nachbesetzung von Führungspositionen Bedarf es langfristiger Lösungen wie Entwicklungsprogramme zur Mitarbeiterbindung die in Zukunft für und in den diversen Gesundheitsorganisationen entwickelt werden müssen. Auch eine attraktivere Gestaltung des Berufsfeldes Pflege sowie der Medizinberufe wurde als essentiell identifiziert, um einem Arbeitskräftemangel entgegen wirken zu können. Incentives und Gehaltssysteme sollten überlegt werden für die zukünftige Gestaltung des Berufslebens. Die neue Arbeitszeitenregelung für Ärzte wurde grundsätzlich begrüßt, allerdings gab es Bedenken hinsichtlich dieser Regelung für die Auszubildenden, da diese womöglich medizinischen Spezialfälle, welche nicht im Regeldienst passieren, womöglich versäumen. Dementsprechend besteht mancherorts die Befürchtung, dass die Ausbildung der Jungmediziner darunter leiden könnte. Mehr gemeinsame Begegnungen



(C): Markus Golla

der Berufsgruppen im Gesundheitswesen auf Augenhöhe, Employer-Branding und flexiblere Organisationen sowie „Leben beim Arbeiten“ muss mitgedacht werden um eine höhere Mitarbeiterbindung für Arzt- und Pflegeberufe zu erwirken. Hinsichtlich der Umsetzung des GuKG war eindeutig der Trend zu erfassen, dass in Zukunft ein Verhältnis BSc (gehobener Dienst) zu Pflegefachassistenz mit 70%:30% in Akutsettings angedacht sein wird. Dies wurde von Markus Schuler dezidiert als Umsetzungsszenario in Vorarlberg erwähnt.

Im dritten Vortrag des ersten Tages wurde von Joop H. Blaauw, einem General Practitioner aus Holland (ein Arzt für die ganze Familie allerdings inkl. Fach-Spezialisierung - ähnlich dem Berufsbild eines Hausarztes in Österreich) das Modell des niederländischen Gesundheitssystems mit der Registrierung und den Arztpraxen vorgestellt. Wobei sich in Holland die Arztpraxen auch zu zwei Systemen entwickelt haben. Einerseits der General Practitioner (GP) mit seiner Einzelpraxis und Angestellten (Sekretärin und

Assistenzkraft) und zum anderen Gemeinschaftspraxen von zwei oder mehreren Ärzten in einem Haus (Hoed). Diese Hoed sind vergleichbar mit den in Österreich gerade in der Implementation befindlichen Primären Versorgungszentren (PHC). Die Leitung der KlientInnen im Gesundheitssystem erfolgt strikt nach Vorgabe. Es ist für KlientInnen nicht möglich, direkt in eine Klinik (auch nicht in eine Krankenhausambulanz) zu fahren, ohne vorher beim eigenen GP gewesen zu sein. Dieser entscheidet über eine Überweisung in die zuständige Klinik. Während GP Praxen zw. 20h und 5h früh geschlossen sind, ist die Notversorgung an ein Klinikum angegeschlossen (sogenannte GPS). Allerdings nur räumlich, denn die Abdeckung der Nachschichten muss durch die ansässigen GP aus der Umgebung gewährleistet werden. Ein Problem stellt allerdings die Tatsache dar, dass die Menschen vermehrt am Abend die GPS aufsuchen, statt regulär zu ihrem GP zu gehen. Darüber hinaus müssen sich alle General Practitioner in Holland registrieren im Sinne einer Zertifizierung und diese alle fünf Jahre wiederholen,



(C): Markus Golla

um die Berufszulassung zu behalten. Dazu muss ein Minimum an Fortbildungsstunden nachgewiesen werden, ein Nachweis an vorgegebenen Mindeststunden in der eigenen Praxis sowie in einem GPS einer Klinik erbracht werden.

In einer weiteren Diskussionsrunde wurde mit Alexander Biach (Verbandsvorsitzender des Hauptverbandes der österr. Sozialversicherungsträger), Herwig Ostermann (Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH), Herwig Lindner (Präsident der Ärztekammer für Steiermark) und Jan Oliver Huber (Generalsekretär der Pharmig) über den Masterplan Gesundheit diskutiert. Die Möglichkeit der positiven Einflussnahme seitens der Politik wurde hinsichtlich Primärversorgung und Gesundheitsförderung angesprochen. Seitens Sozialversicherungen wurde eine Prozessoptimierung durch innovative Verwaltungsprozesse sowie auch der Zugang zum Gesundheitssystem über mehrere Ansprechpartner, nicht nur primär über den Arzt, postuliert. Von Seiten

der Vertretung der Ärztekammer wurde das Primärversorgungszentrum (PHC) als „Ärztezentrum mit Kassenvertrag“ gewünscht. Herwig Lindner sprach sich gegen die Form der Ambulatorien aus, weil diese dem Krankenanstaltenrecht unterliegen würden. Er möchte, dass die Leistungserbringer in der Primärversorgung Eigentümer dieser werden und das System des Hausarztes unbedingt erhalten bleibt. Zum Bereich der Integrierten Versorgung wurde in der Podiumsdiskussion festgestellt, dass Disease-Management-Programme (DMP) zu kurz greifen würden. Ebenso würde ein gesamtwirtschaftlicher Ansatz in der Finanzierung zur Optimierung der Leitung der Menschen durch das Gesundheitssystem positiv beitragen. Disease-Management-Programme sollten integraler Bestandteil der Primärversorgungszentren (PHC) werden. Auf die Frage aus dem Plenum von Karl Schwaiger (ÖGKV) bezüglich Finanzierungsmöglichkeiten in der Freiberuflichkeit des gehobenen Dienstes hinsichtlich Abrechnung mit den Sozialversicherungen

wurde von Alexander Biach rückgemeldet, dass eine Einbeziehung ins Gesundheitssystem auf dieser Ebene als möglich angesehen wird, allerdings erst im Anschluss an die abgeschlossene Implementierung der PHC und eine darauffolgende Bedarfserhebung. Des Weiteren wurde von Biach angemerkt, dass eine Reaktion hinsichtlich Finanzierung des gehobenen Dienstes erfolgen wird, wenn der Bedarf aufgezeigt wird. Aus Sicht von Biach wird die Pflege eine wesentliche Rolle im Gesundheitssystem einnehmen, Finanzierungskonzepte für Pflegeberufe unumgänglich werden und auch Community-Nurse-Konzepte eine Möglichkeit darstellen.

Die Eröffnung der Fachkonferenz „Forum Pflege“ wurde von Joachim Schulze (IMC FH-Krems) mit der Begrüßung von Meinhild Hausreither (Leiterin der Sektion II Bereich A/2, BMGF) vorgenommen. Hinsichtlich der Bedeutung der neuen Vorgaben für die Ausbildungsstätten und dem Aufbau der neuen Curricula sowie der Integration der letzten GuKG Novelle bzgl. Registrierung wurden von Meinhild Hausreiter die wesentlichen Reforminhalte in ihrer Präsentation dargestellt. Aus den drei bisherigen Pflegeberufen (Allgemeine Pflege, Psychiatrische Pflege und Kinderkrankenpflege) wurde eine generalistische Ausbildung generiert. Um zukünftig eine Spezialisierung zu erlagen, braucht es daher eine Zusatzausbildung um in Spezialbereichen arbeiten zu können. Allerdings ist im GuKG auch dezidiert festgehalten, dass die im Rahmen einer praktischen Berufsausübung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten einer Sonderausbildung gleichgestellt werden können. Damit können auch Generalisten

in im Spezialbereich tätig sein, sofern sie die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten in diesem Bereich nachweisen können. Diese Möglichkeit besteht auch in die entgegengesetzte Richtung – d.h. bis zuletzt ausgebildete Dipl. Kinder bzw. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerinnen können über diesen Weg auch auf Stationen arbeiten, die für DGKP mit einer generalistischen Ausbildung vorgesehen sind. Weiters berichtet sie über die Änderung der Berufsbezeichnung in Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger (DGKP) sowie die Aktualisierung des Berufsbildes. Bei der Umsetzung der Berufssparte School-Nurse und im Bereich der Weiterverordnung von Medizinprodukten gibt es allerdings noch deutlichen Handlungsbedarf. Seitens Ausbildungsstätten braucht es nun adäquate Umsetzungsmöglichkeiten, um das Pflegepersonal, welches in drei unterschiedlichen Ausbildungsformen (GuK 1961, Diplom 1997 und BSc 2008) ausgebildet ist, aber in gleicher adäquater Form dieselben Berechtigungen und Pflichten erfüllen muss, auf dem Weg eines identen Pflichterfüllungs- und Berufsausübungsziel zu begleiten. Ab 2024 wird die Grundausbildung nur mehr an den Fachhochschulen möglich sein. Die Spezialisierungen sollen auf drei unterschiedlichen Niveauebenen möglich sein, allerdings durch die Umrechnung in ECTS ein durchgängiges Anrechnungssystem generieren. Weiterbildungen sollen 30 ECTS (Niveau 1) und Sonderausbildungen 90 ECTS (Niveau 2) beinhalten. Ab 120 ECTS erfolgt die Ausbildung auf Niveau 3, welches einem akad. Niveau entspricht. Eine Erhöhung der Fortbildungsstunden auf 60h in 5 Jahren sowie eine Liberalisierung

der Berufsausübung für den gehobenen Dienst ist umzusetzen. Die Ablösung der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben erfolgt durch Akkreditierungsprogramme. Laut Hausreither soll die Entwicklung des Curriculums für die Ausbildung der Pflegeassistenzberufe in fünf Jahren ab Einführung abgeschlossen sein. Im Gesundheitsberuferegister werden DGKP, Pflegefachassistentin (PFA) und Pflegeassistentin (PA) registriert. Abschließend wird von ihr erwähnt, dass die folgenden Novellen zur Optimierung des neuen GuKG beitragen werden und einen positiven Aspekt für die Pflege darstellen werden.

Die Herausforderung an die Führung durch die Umsetzung des neuen GuKG in die Praxis, die Rollenverteilung und ihre Organisation sowie die Möglichkeiten wie einzelne Berufsgruppen von einander profitieren können, wurden im Anschluss von Beate Czegka, Abteilungsvorständin Pflegemanagement der Tirol Kliniken GmbH, erörtert. Als Voraussetzung für die Zukunft wurde eine Flexibilisierung im Ausbildungsdenken hinsichtlich des gehobenen Dienstes gefordert. Denn es Bedarf fundierter Überlegungen, welche Position im Pflegeberuf welche Kompetenzen erfüllen muss. Ebenso muss eine fundierte Überprüfungsmethodik der Kompetenzen der einzelnen Pflegepersonen angedacht werden. Da beide Pflegeassistentenzberufe annähernd das gleiche Berufsbild haben, keine Delegation von PFA an PA erfolgen darf und eine Anstellung von drei Pflegeberufen gleichzeitig eine massive Kompetenzverwirrung in der Praxis verursachen kann wird hier ein Grade Mix von 70% DGKP und 30% PFA in Zukunft anvisiert werden. Vor allem da



(C): Markus Golla



(C): Markus Golla

mit kalkuliert werden muss, dass die Anordnungsverantwortung an alle Pflegeberufe beim gehobenen Dienst verankert ist und bleibt. Wichtig ist der Aspekt, dass ein BSc in Pflege nicht dem BSc in Pflegewissenschaft gleichgesetzt werden darf. Ergänzend braucht der gehobene Dienst Unterstützung von assistierenden Berufsgruppen auch im Bereich der administrativen Tätigkeiten um sich wieder auf das Kerngeschäft der Pflege konzentrieren zu können. Durch fachlich gut fundierte Argumentationen muss auch der Bedarf dazu dargestellt werden. Ernest G. Pichelbauer, unabhän-

giger Gesundheitsökonom und Pathologe erläuterte in seinem plastischen Vortrag, warum Pflege eine untergeordnete Rolle in gesundheitspolitischen Diskussionen einnimmt. Er stellte optisch in seiner PowerPoint die Fragmentierung des Gesundheitswesens und den Zerfall in die Machtblöcke dar, wobei innerhalb dieser keineswegs die Pflege sichtbar wurde. Da die Pflege im Kontext des Systems im Bereich Behandlung und Versorgung nicht mit gedacht wird, wird sie auch als Player in der Gesundheitsstrategie unsichtbar. Aktives Handeln auch aus der Berufsgruppe selbst wird daher dringend nötig.

In der abschließenden Diskussionsrunde des ersten Konferenztages standen Margarete Hader, Pflegedirektorin des Uniklinikum LKH-SALK und Vorsitzende der ANDA, Karlheinz Kornhäusl, Obmann-Stellvertreter der Bundeskuriere angestellte Ärzte und Obmann der Bundessektion Turnusärzte, Karl Schwaiger, Vizepräsident des ÖGKV und Reinhard Waldhör, Vorstand der GÖD-Gesundheitsgewerkschaft, Rede und Antwort zu den Themen Zusammenarbeit der Professionen in der Zukunft, berufsübergreifender Prozesse für

Ärzte und Pflege, Überwindung der Macht- und Geschlechter (miss)verhältnisse zwischen diesen beiden Berufsgruppen sowie dem Aufbrechen von etablierten Kultur-, Denk- und Handlungsmustern. Conclusio war hier der notwenige Diskurs innerhalb und mit allen Berufsgruppen auf Augenhöhe sowie gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung. Einzeldiskurse müssen vermehrt stattfinden und ein Umdenken vor allem in der Führungsebene muss erfolgen. Change Prozesse dauern, aber Prozess Owner im Krankenhaus muss die Pflege werden, denn Verantwortung muss übernommen werden. Dieses Selbstmanagement in der Pflege wird auch durch die Akademisierung positiv vorangetrieben. Eine Gleichberechtigung auf der Systemebene um gemeinsam auf der Behandlungsebene agieren zu können ist notwendig. Potentiale zur Zusammenarbeit können auch durch überschreitende Lehrveranstaltungen von Medizin und Pflege geschaffen werden. Change braucht Zeit.

Am zweiten Kongresstag wurde von Kathrin Wiesner (Lehrende wissenschaftliche Mitarbeiterin des Studiengangs Gesund-

heits- und Krankenpflege der FH Joanneum Graz) der Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege mit der Umsetzung des dritten Lernortes im Skills-Lab mit Trainingspuppen und Laienschauspielern sowie Videoanalyse vorgestellt.

Helmut Täubl, Stationsleitung in den Tirol Kliniken GmbH, erläuterte ausführlich das Verständnis des Vorganges und die gelungene Implementierung eines Skill-Grade-Mixes auf seiner Station. Er zeigte sehr informativ auf, wie auf Stationen Potentiale eröffnet werden können, wenn von dem „alle machen alles“ weggegangen wird und die Arbeitsverteilung in Sinne einer Orientierung nach Kompetenzen und Fähigkeiten forciert wird. Dies Arbeitsverteilung erfolgt auf Basis von erworbenem Erfahrungswissen (Skill) durch Ausbildungskompetenzen (Grade). Erfolgt so eine Implementierung eines Skill-Grade-Mixes top down und bottom up so kann es auch gut gelingen, wie an seinem Praxisbeispiel gesehen werden kann. Franziska Moser, Stellvertretende Pflegedirektorin der SALK, präsentierte eine erfolgreiche Methode zur Integration des neuen Berufsbildes der Pflegefachassistentin (PFA) im Krankenhaus. Um den Herausforderungen der Integration der neuen Berufsgruppe gerecht zu werden, erklärt sie ausführlich die Maßnahmen des Managements zur professionellen Integration sowie die nötigen Schritte die zur Entwicklung eines Rollenverständnisses und zur Anpassung der stationären Prozesse zu setzen sind. Um die PFA gut einführen zu können wurden sogenannte gemeinsame Leitplanken erstellt. Im Projekt ist eine Einführung der PFA auf vier Projektstationen (Normalstationen) im Klinikum angedacht.



(C): Markus Golla

Eine Gewichtung von 80% DGKP und 20% PFA ist das erklärte Ziel. In Zukunft sollen keine PA mehr aufgenommen werden, die derzeit angestellten PA werden über Potentialanalyse entweder zu PFA aufgeschult oder in andere Berufsgruppen überführt. Die Pilotstationen erhalten dementsprechend gute Schulungen um auch für die Kompetenzbereiche der PFA die erforderliche Anleitung und Delegation durchführen zu können. Alle Teammitglieder aus dem gehobenen Dienst müssen in der Innensicht und der Änderung ihres Berufsbildes begleitet und geschult werden. Sie müssen ihre eigenen Kompetenzbereiche kennen, Praxisanleitung der PFA durchführen können sowie ihre Delegationskompetenz kennen und ausüben. Dazu werden aber auch Unterstützungsbereiche geschaffen wie Entlassungsmanagement oder Administrative Assistenz der Pflege. Zusätzlich soll auch akademisches Personal im gehobenen Dienst als Unterstützung herangezogen werden. Wenn die Normalstationen diesen Piloten erfolgreich umsetzen können, wird ein weiteres Projekt für die Umsetzung auf Spezialstationen gestartet.

Christian Gepart, Rechtsanwalt und DGKP, beleuchtet in seinem Vortrag „Alles eine Frage der Rechtssicht“ das Thema der Haftung hinsichtlich Personen- oder Organisationshaftung mittels Darstellung plastischer Fallbeispiele. Auch das notwendige Maß an Dokumentation seitens Pflege und auch seitens Medizin sowie den Aspekt der Überdokumentation oder Doppeldokumentation wurde von ihm mittels praxisnaher Beispiele erläutert. Denn nicht immer bedeutet nicht dokumentiert auch nicht durchgeführt! Vor allem, wenn man am Ergebnis bzw. am

Verlauf sehr wohl erkennen kann, dass Handlungen verrichtet worden waren. Wie gewohnt hat Dr. Gepart souverän vorgetragen und die Gesetzestexte gut nachvollziehbar und verständlich erläutert.

Digitale und intelligente Systemunterstützungen in der Pflege wurden in den Vorträgen Pflege 4.0 von Johannes Ambros, Geschäftsführer der Firma Humanomed-IT Solutions, hinsichtlich Dokumentation in elektronischer Form und die daraus resultierenden Vorteile vorgestellt. Erwin Burth präsentierte die Pflegeunterstützung mithilfe „intelligenter“ Fußböden als AAL-Modell. Eine interessante und in ihren Möglichkeiten flexible Pflegedokumentation in elektronischer Form stellte Frau Nadine Schiffbänker von der Firma Meierhofer Österreich GmbH vor.

Marc Dittrich, Karriere Coach am Universitätsklinikum Regensburg, stellte seine Position im Klinikum als interner Coach für am Klinikum angestellte Pflegepersonen dar. Das Mitarbeitercoaching soll auf eigenem Wunsch der einzelnen MitarbeiterInnen die Potentiale jedes Einzelnen, der ein Coaching in Anspruch nimmt, aufzeigen und einen positiven Entwicklungsweg unterstützen. Das Projekt Berufszufriedenheit

Autorin

und Entwicklungschancen in der Pflege – individuelles Coaching, kurz BECI, wird seit 2013 im Klinikum angeboten. Drei Coaches stehen im Klinikum zur Verfügung und verfügen insgesamt damit über 30h/Monat für Coaching-Zeit.

Diese wird gut angenommen und konnte zu einer Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeiterbindung beitragen.

Isabell Koßmann, Pflegedirektorin des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Wien und Wolfgang Sissolak, Bereichsleitung des Hauses, stellten im Rahmen des Vortrages Arbeitszeitmodelle – Beispiele aus der Praxis ihr Praxismodell der Station Gastroenterologie und Psychosomatik vor. Sie zeichneten ein eindrucksvolles Bild wie gute Zusammenarbeit funktionieren kann, wenn die Rahmenbedingungen für die Grundstruktur des Arbeitsmodells definiert sind und die Stationen des Hauses sich individuelle Lösungen generieren können, welche auf die Diversität der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rücksicht nimmt. Solange Teamanalysen, Potentialanalysen und daraus generierte Lösungen entwickelt werden, kann auch jedes Teammitglied motiviert werden und Zusammenarbeit gut funktionieren.

Joachim Schulze hat am Ende eine informative Zusammenfassung der beiden Tage als Abschied den Zuhörern mitgegeben.



Karin Eder, BSc, MSc

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Advanced Practice Nurse, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule St. Pölten, Leitung der Weiterbildung Pflege bei Demenz.

Das Rudolfinerhaus feiert 25 Jahre Pflegewissenschaft

Gestern drehte sich in der Rudolfinerhaus Privatklinik alles um das Thema Pflegewissenschaft. In feierlichem Rahmen gedachte man dem Jubiläum "25 Jahre Pflegewissenschaft am Rudolfinerhaus". Das war nicht nur ein gesellschaftlicher Höhepunkt: zahlreiche Experten griffen unterschiedliche Aspekte der Pflegewissenschaft auf und spannten den Bogen von deren Entwicklung bis hin zu aktuellen und künftigen Herausforderungen.

Wien, 21. September 2017 - 1992, also vor 25 Jahren, wurde die Abteilung für Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz für sieben Jahre am Rudolfinerhaus in Wien etabliert. Diese

Institution war ein Meilenstein der Pflegewissenschaft in Österreich und hat essenziell zur Entwicklung entsprechender Universitätsinstitute und Studienlehrgänge beigetragen. Dessen Leitung hatte Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl, die damalige Schul- und Pflegedirektorin des Rudolfinerhauses, inne. Anlässlich dieses Jubiläums wurde das Thema Pflegewissenschaft am Rudolfinerhaus, wo seit je her Pionierarbeit in der Pflege geleistet wird, aufgegriffen und umfassend beleuchtet.

Bereits seit 1912 gibt es ein Übereinkommen zwischen dem Rudolfinerverein mit dem Österreichischen Roten Kreuz. "Damals wie heute ist der Zweck des Vereins, neben der Behandlung von Kranken sowie der Gesundheits-

vorsorge und Altenpflege, die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonal", so KommR Dr. Georg Semler, Vorstandsvorsitzender des Rudolfiner-Verein - Rotes Kreuz, im Rahmen der Eröffnung. Im Rudolfinerhaus legt man besonderen Wert auf die Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen, womit man dieser Zweckmäßigkeit auf höchstem Niveau gerecht wird.

Neue Rolle in der Pflege

Demografische, epidemiologische und gesellschaftliche Veränderungen erfordern nicht nur einen quantitativen Zuwachs an Pflegeleistung, sondern auch eine neue Rolle in der Pflege selbst: "Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse müssen nicht nur eine wesentliche



(C): Markus Golla



(C): Markus Golla

Grundlage im Entscheidungsprozess sein, sondern es müssen immer wieder neue Einsichten in das Leben der Betroffenen und deren Familien gewonnen sowie neue pflegerische Interventionen entwickelt und überprüft werden", legte Univ.-Prof. Dr. Hanna Mayer, Institutsleiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien, die ihre Diplompflegeausbildung am Rudolfinerhaus absolvierte, eingangs dar. „Im Moment scheitert vieles an derzeitigen Organisationsformen, doch diese können sich ja nicht alle Ewigkeiten halten. Wir brauchen Konzepte, die in der häuslichen Versorgung greifen: Beratungsstellen, Telefonhotlines mit Fachpersonal und anderes. Hierzu benötigen wir vertiefte Kompetenzen und Spezialgebiete in den Ausbildungen. Wir müssen uns darüber unterhalten, was Leute brauchen, um im Alltag zurecht zu kommen. Irgendwann werden sich dann Strukturen ändern und es erfolgt im System eine Verschiebung der Geldmittel.“

Dass die Pflegewissenschaft neben den gesellschaftlichen Veränderungen auch auf die Verteilungskämpfe innerhalb des Gesundheitswesens selbst reagieren

müsste, unterstrich anschließend Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepp, Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenähe Pflege an der Universität Witten/Herdecke, Deutschland: „Künftig wird sich die Pflegewissenschaft stärker mit der Übernahme von Aufgaben auseinandersetzen müssen, die bislang traditionell in den Bereich von Ärzten gehören. Insbesondere in der primären Gesundheitsversorgung werden Pflegeberufe künftig eine große Rolle spielen“, so der aus Deutschland angereiste Experte. „Leider haben wir in Deutschland eine Reform des Berufes, die nicht wirklich positiv ist. Das könnte zum Problem werden. Lobbyisten der Altenheime und die Ärzteschaft haben uns hier den Weg erschwert. Wir müssen die Versorgung unbedingt verbessern. Hierzu benötigen wir die Pflegewissenschaft.“

Hintergrundgespräch thematisierte Akademisierung und Professionalisierung

Bereits am Vormittag fand eine hochkarätig besetzte Expertenrunde, moderiert von Josef Kalina, zusammen. „Es ist der Beharrlichkeit einzelner Persönlichkeiten

zu verdanken, dass wir heute in der Pflegewissenschaft klare Strukturen haben. Eine dieser Persönlichkeiten ist zweifelsfrei Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl.“, so Dr. Barbara Dätwyler Wehrli, Präsidentin i.R. des Berufsverbands der diplomierten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Sektion Bern, Schweiz. Mit diesen einleitenden Worten begann Dr. Dätwyler Wehrli über die Entstehung und den Wandel der Pflege in der Schweiz zu sprechen. „Die Pflegenden selbst begannen das Arbeitsumfeld zu strukturieren. Sie systematisierten nach Funktionen und Rollen. Eine Oberschwester in den 40er Jahren berichtete, dass Sie mit Aufnahme ihrer Funktion begann, Tätigkeiten zu dokumentieren, um so eine Struktur im Arbeitsablauf zu haben. Dies stieß gerade in der Ärzteschaft nicht wirklich auf Freude.“ berichtete die Expertin von ihrer Dissertation.

Die österreichische Pionierin Frau Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl, auf dem Gebiet der Pflegewissenschaft, thematisierte deren Stellenwert innerhalb des Gesundheitssystems: „Die immer älter werdende Bevölkerung und die zunehmende Anzahl chronisch



(C): Markus Golla

Kranker stellt die Pflege vor immer neue Herausforderungen. Eine sinnvolle Entwicklung sehe ich im Ausbau multiprofessioneller Beratungszentren, wodurch beispielsweise Spitalsambulanzen entlastet würden", spielte die Dozentin der österreichischen Pflegewissenschaft auf die aktuelle Entwicklung von Primary Health Care (PHC) an. „Leute brauchen aber nicht nur eine stationäre Pflege. In Zeiten wie diesen, in denen die Belegszeit bei drei oder vier Tagen liegt, verlagert sich die Pflege immer mehr in den extramuralen Bereich. Pflege muss überall stattfinden, vor allem in den eigenen vier Wänden der Bevölkerung. Sie ist nicht nur auf das Krankenhaus beschränkt. Dies ist auch der Grund warum wir unbedingt die Implementierung der Family Health Nurse in Österreich benötigen. Die Krankheitsverläufe werden komplexer, damit brauchen pflegende Angehörige eine noch bessere Unterstützung. Darum ist es besonders wichtig, dass wir unsere Fachkräfte gut ausbilden. Die Pflege steht und fällt mit der Bildung die ihr angeboten wird.“,

so die österreichische Vorreiterin der Pflegewissenschaft.“ Als wir die Pflegewissenschaft in Österreich implementieren wollten, gab es von der Universität Wien zu Beginn keine Unterstützung. Man war nicht bereit einen entsprechenden Studiengang zu implementieren. Doch wir haben nicht aufgegeben, bis man uns nicht mehr ignorieren konnte. Es gibt aber noch viel zu tun.“

Darauf, dass ein wesentlicher Teil der Pflegeleistung im ambulanten bzw. häuslichen Bereich stattfindet, verwies Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal: „Die Kooperation mit anderen Gesundheits- bzw. Sozialberufen gewinnt daher zunehmend an Bedeutung“, so der Experte. „Wir hatten mit unserer Studie „Young Carers“ eine große mediale Aufmerksamkeit. Kinder als Pflegende Angehörige, war und ist ein Thema das bewegt. Diese Causa ist aber noch lange nicht endgültig beforscht. Wir gehen diesen Weg weiter. Vor allem das Thema Kinder als pflegende Angehörige und chronische Erkrankungen müssen noch genau-

er in den Fokus rücken.“

Angesichts dieser Entwicklungen liegt die fortschreitende Professionalisierung und Akademisierung der Pflege auf der Hand. Am Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol fokussiert das Studienangebot daher ganz bewusst auf hohe Praxisorientierung, pflegewissenschaftliche Studien sowie den Wissenstransfer und das Feedback mit den Studenten: „Wir sind laufend um die Weiterentwicklung der Studiencurricula auf handlungs- und systemorientierter Ebene bemüht. Die Anforderungen des Pflegealltags stehen dabei stets im Mittelpunkt unserer Arbeit“, so Univ.-Prof. Dr. Christa Them, Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie, die durch ihre Diplompflegeausbildung ebenfalls mit dem Rudolfinerhaus verwurzelt ist. „Leider gibt es noch immer keine Stellen die für PflegeakademikerInnen entsprechend ausgeschrieben sind. Es gibt zwar vereinzelt Positionen, aber in einem angebrachten Rahmen sieht dies unser Gesundheitssystem nicht vor. Damit verzichtet es auf eine großartige Expertise. Gerade bei der Entstehung der PHCs wird in keiner Weise über Pflege gesprochen. Ich bin auch mit der neuen Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes nicht glücklich. Hier müssen Zukunftsoptionen und Anreize geschaffen werden.“ Auf die Frage, wie man der Politik klar macht, dass 24-Stunden-Betreuung nicht gleich Pflege ist, meint Univ.-Prof. Dr. Christa Them: „Dies ist ein schwieriges Unterfangen. Es scheitert hier schon an der Diktion. Wir brauchen hier auch ganz klar

Qualitätskontrollen. Dies könnte zum Beispiel durch eine Pflegefachkraft stattfinden. Wichtig ist aber auch zu erkennen, dass wir diese Betreuung brauchen. Wir können darauf nicht verzichten. Dies ist auf jeden Fall eine Aufgabe für die Politik, hier einen entsprechenden Rahmen zu legen.“

Verleihung Elisabeth Seidl Preis

Der feierliche Rahmen wurde auch zur Verleihung des Elisabeth Seidl Preises genutzt, mit dem bereits zum 7. Mal herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus der Pflege ausgezeichnet wurden. Melanie Mattes, BA, MSc und Maria Katharina Job, BSc hatten dabei allen Grund zur Freude: Mattes, Studentin an der Universität Wien und Mitarbeiterin des Rudolfinerhauses, erhielt die mit 1.000 Euro dotierte Auszeichnung in der Kategorie Masterarbeiten für ihre Studie „Komplexes Medikamentenregime bei chronisch Erkrankten und deren Angehörigen“. In der Kategorie Bachelorarbeiten überzeugte Job, die das Kombistudium der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien

mit der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol absolvierte. Sie erhielt ein Preisgeld von 500 Euro für ihre Arbeit „A Family's Nightmare – Parental experiences on end-of-life care and the influence of childhood cancer death on parents and siblings“.

Das Rudolfinerhaus. Die erste Adresse für Ihre Gesundheit (www.rudolfinerhaus.at)

Der Rudolfiner-Verein - Rotes Kreuz zählt mehr als 200 Mitglieder und fungiert als Trägerverein der Rudolfinerhaus Privatklinik GmbH und des Campus Rudolfinerhaus. Vorsitzender ist KommR Dr. Georg Semler. Aufgabe des Campus Rudolfinerhaus ist die Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals - im Speziellen der Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Rudolfinerhaus Privatklinik GmbH wurde 1882 von Theodor Billroth, einem der bedeutendsten Ärzte der Wiener Medizinischen Schule, als Lehrkrankenhaus für

die Pflegeausbildung gegründet. Heute genießt das Rudolfinerhaus als Krankenhaus der Spitzenklasse in der Pflege, in der Medizin, in der Entwicklung neuer Therapien und in der technischen Ausstattung internationales Renommee. Zu den medizinischen Schwerpunkten zählen Interne Medizin, Urologie, Gynäkologie, Kardiologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie.

Das Rudolfinerhaus bietet zusätzlich zu den angestellten Fachärzten und Allgemeinmedizinern mit Notfaldekret ein Anästhesieteam rund um die Uhr, das auch die Intermediate Care Unit betreut.



Die österreichischen SpitzopolitikerInnen im Interview



Die Sonderausgabe „Das Gesundheitswesen hat die Wahl...“ war vollgefüllt mit gesundheitsspezifischen Fragen und Antworten. Die Nationalräte aller Parteien gaben uns einen Einblick in deren Ansichten, Zukunftsvisionen und Lösungen rund um die Themen „Pflege“, „Gesundheitswesen“ und „Pflegende Angehörige“. Warum also noch weitere Interviews mit der Politik, wenn alles gesagt ist....?

Wer sind diese Personen, die unser Land regieren wollen? Was lässt sie ausrasten, was prädestiniert sie für diesen Beruf und passiert, wenn man ihnen Schicksalsschläge aufzeigt, die nicht durch das System aufgefangen und unterstützt werden?

Diese Fragen blieben für uns bei der Sonderausgabe offen. Aus diesem Grund luden wir die SpitzenkandidatInnen der Parteien ein, um mit ihnen genau diese Themen zu klären.

Herr Mag. Christian Kern, Herr Sebastian Kurz, Frau Mag. Ulrike Lunacek, Herr Ing. Norbert Hofer und Herr Mag. Dr. Matthias Strolz zögerten keine Minute und bestätigten die Terminvorschläge.

Natürlich war es für uns eine besondere Ehre, dass wirklich alle sich die Zeit nahmen, uns für diese Interviewreihe zur Verfügung zu stehen. Die KandidatInnen der nächsten Wahl persönlich kennenzulernen, sich mit diesen Treffen ein Bild über die Personen machen zu dürfen

und in entspannter Atmosphäre über andere Inhalte diskutieren zu können, war ein nicht alltägliches Erlebnis. Die Personen aus den Medien hautnah erleben und mit ihnen über die Anliegen der Pflegewelt zu sprechen. Mit einigen dieser Personen kam es sogar zu stundenlangen Gesprächen, die uns wirklich begeisterten.

Die beiden Fallbeispiele, in denen das Sozial- und Gesundheitssystem Österreichs mit Sicherheit Verbesserungsbedarf hat, hatte die Redaktion ziemlich schnell zur Hand, da bei uns tagtäglich Anfragen zu Pflege und Betreuungsthemen einlangen, die dann an entsprechende ExpertInnen weitergeleitet werden. Bei den Situationen von Claudia S. und Yvonne O. handelt es sich leider nicht um Einzelfälle, die als einzige einen solchen Schicksalsschlag erleiden mussten.

Gerade im Umfeld der pflegenden Angehörigen erlebt man täglich ähnliche Gegebenheiten, die für die meisten von uns unerträglich wären. Wie diese Menschen solche Lebenslagen meistern, ist nicht nur bewundernswert, sondern ruft uns alle auf den Plan, dass sich etwas ändern muss.

Gerade hier sind unsere PolitikerInnen gefragt...

Wir bedanken uns bei allen Parteien für diese einzigartige Zusammenarbeit, die Zeit und Mühen uns zur Verfügung gestellt haben.

Fallbeispiel 1 - Yvonne O und ihr Sohn Yannik

Yannik (8 Jahre) ist mit dem Gendefekt Angelman Syndrom zur Welt gekommen, er ist schwer motorisch retardiert, hat immer wieder epileptische Anfälle, einen vollkommen gestörten Schlafrhythmus mit einem extrem geringen Schlafbedürfnis, kann nicht sprechen, nicht alleine essen, nicht gehen....

Epileptische Anfälle treten auch bei Aktivitäten außerhalb des Hauses auf, da ist es notwendig, diese durch ein Notfallsmedikament zu unterbrechen. Dieses hat es bisher nur als rectale Lösung gegeben. Seit kurzem ist es in Österreich auch als orales Medikament zugelassen – es ist chefarztbefreiend und wird für Yannik nicht übernommen. Somit ist einem Kind in fremder Umgebung, mit mehr als 30 kg und enormen Kräften nicht möglich, seine Privatsphäre zu wahren. Er muss entblößt werden und ihm das Medikament rectal eingebracht werden. Die Familie finanziert dieses Medikament somit selbst. Durch die massiven Schlafstörungen ist Schlafen in einem normalen Bett nicht möglich, denn Yannik kann keine Gefahren einschätzen, kann kaum ruhig liegen bleiben und würde aus dem Bett fallen. In Österreich werden für Kinder jeglichen Alters Pflegebetten überhaupt nicht finanziert, bei Erwachsenen wird es übernommen. Yannik benötigt zum Sitzen eine Sitzschale, benötigt beim Essen Stabilität und die Sturzgefahr muss verhindert werden. Die Familie hat sich um einen mitwachsenden Therapiestuhl umgesehen, auch mit dem Gedanken, die Ausgaben der Krankenkasse zu reduzieren, denn dieser Therapiestuhl kann 5-7 Jahre verwendet werden. Ein Therapiestuhl um ca. 1.200,- € wird nicht bewilligt. Die Sitzschale, welche auf die genannte Zeit der Krankenkasse und somit dem öffentlichen Gesundheitswesen wesentlich teurer als ein Therapiestuhl kommt, wird jedoch für jedes Jahr bewilligt. Größerer Rollstuhl: Seit einem Jahr hat Yannik nicht mehr die richtige Sitzhöhe, er ist gewachsen und streift mit den Beinen am Boden. Ein Transport damit ist nicht mehr möglich. Seit 6 Monaten versucht die Familie nun einen größeren Rollstuhl – in dem Fall, einen Aktivrolli – bewilligt zu bekommen. Es wurden nun zum 3. Mal Begründungen eingeholt und nach der 3. ärztlichen und therapeutischen Begründung wurde auch dieses Ansuchen vom Chefarzt wieder abgelehnt. Diese angeführten Dinge sind keine Luxusprodukte, die sich eine Familie für ihr krankes Kind wünscht, es wird kein Sonderbedarf oder für Dinge eine Bewilligung angesucht, die überzogene Forderungen enthält, sondern notwendige Pflegemittel für Selbständigkeit, Mobilität und die Teilnahme an einem halbwegs geregelten Familien und Sozialleben sind. Aktives Mitleben als Familie in der Gesellschaft ist so nicht möglich. Menschliche Grundbedürfnisse werden missachtet und durch Falschentscheidungen nicht wahrgenommen.

Fallbeispiel 2 - Claudia S.

Claudia S. (56 Jahre) hatte im Jahre 2010 einen Herzinfarkt.

Neben Aneurysmen an der Pulmonalvene und der Vena Cava direkt neben dem Herzen, Atherosklerose und diverse Verengungen an den Herzkranzgefäßen, plagen sie nach dem Infarkt Panikzustände, dass Sie die Situation erneut erleiden könnte. Sie lebt täglich mit einer Menge Medikamente. Die Angst ist ihr ständiger Begleiter. Bei jeder kleinsten Belastung bekommt Claudia S. Brustbeklemmungen und erleidet seelische Qualen.

Das Gericht befindet diesen Zustand aber nicht für fröhlpensionsträchtig. In ihrem fortgeschrittenen Alter bekommt sie unter diesen Umständen aber keine Arbeit. Da ihr Ehemann sein gesamtes Leben Feuerwehrmann der Stadt Wien war und er damit gut verdiente, gab es für die Dame keine soziale Unterstützung. Nun ist ihr Mann in Pension und beide leben von einer Pension. Da das Gehalt bei der Feuerwehr primär durch die Zulagen lukrativ ist, fallen diese aber bei der Pensionsberechnung weg. Hierbei spielt nur das Grundgehalt, nicht aber die Zulagen eine Rolle. Als der Richter auf diese Situation angesprochen wird, meinte dieser: „Dann lassen sie sich halt scheiden.“

Trotz eines weiteren Versuches das Gericht zu überzeugen, wurde dies erneut abgelehnt. Obwohl der Gatte sein ganzes Leben für die Allgemeinheit seinen Dienst geleistet hat und Claudia S. lange gearbeitet hat, veränderte sich die finanzielle Situation schlagartig, mit keiner Aussicht auf Besserung.



„Die Menschen müssen besser unterstützt werden“ Mag. Christian Kern im Interview

Wie würden Sie sich selbst beschreiben?

Ich bin ein leidenschaftlicher Familienmensch, habe eine wunderbare Frau und vier Kinder, die ich über alles liebe. Mein Zugang zur Arbeit ist ein sehr faktenorientierter, ich bin ein Zahlenmensch – ich beschäftige mich gerne mit den Details, weniger mit der Verpackung.

Was bringt einen Christian Kern „auf die Palme“?

Christian Kern: Ehrlich gesagt,

mich bringt so schnell nichts auf die Palme. Höchstens beim Fußball schauen kann ich einmal emotional werden.

Was ist Ihnen als Privatperson wirklich wichtig?

Zeit mit meiner Familie ist mir sehr wichtig. Das ist zwar als Bundeskanzler oft schwierig, aber ich achte trotzdem darauf, dass ich zum Beispiel meine Tochter zumindest einmal in der Woche selber ins Bett bringen kann.

Was würden Sie als erstes bewegen wollen, wenn Sie weiterhin die Funktion „Bundeskanzler“ besetzen würden?

Österreich braucht in vielen Bereichen einen Modernisierungsschub. In der Bildung, in der Verwaltung, bei den Steuern oder auch im Gesundheitssystem. Wir müssen schauen, dass die Dinge so funktionieren, dass sie im Sinne der Menschen gut funktionieren.

Sie haben bei der ÖBB durch sinnvolle Änderungen in den

Strukturen in kurzer Zeit so viel Positives bewirkt. In der Politik scheint das mit dem Tempo nicht so schnell zu gehen. Was müsste sich ändern, damit Sie auch hier sinnvolle Änderungen schneller implementieren könnten?

Wir müssen die Zuständigkeiten vereinfachen. Oft ist es so, dass verschiedene Ebenen bei ein und demselben Thema mitreden: Bund, Länder, Gemeinden, oft auch noch andere Institutionen. Es braucht für jede staatliche Aufgabe eine klare Zuständigkeit, dann könnten Änderungen auch schneller umgesetzt werden.

Wir steuern auf eine Überalterung der Gesellschaft zu. Wie wollen Sie dieser Herausforderung entgegentreten?

Ich würde es anders formulieren – wir steuern nicht auf eine Überalterung zu, sondern die Menschen werden in Österreich aufgrund unseres hervorragenden Gesundheitssystems und der hohen Lebensqualität erfreulicherweise Jahr für Jahr älter.

Als Bundeskanzler ist es mir wichtig, zeitgerecht zu agieren, um weiterhin diesen hohen Lebensstandard in Österreich zu erhalten.

In der Zukunft wird es notwendig sein, bei der Gesundheitsversorgung andere Schwerpunkte zu setzen als in den vergangenen Jahrzehnten. Aus diesem Grund müssen wir neue Antworten finden und das System an die Bedürfnisse der Menschen in unserem Land anpassen. Die Menschen leben immer länger – wir wollen, dass sie länger bei guter Gesundheit leben.

Deshalb ist es entscheidend, gleiche Chancen auf Gesundheit von Anfang an zu schaffen. Wir stehen

für einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem – von einem Versorgungssystem hin zu einem stärkeren Vorsorgesystem. Wir müssen ansetzen, bevor Krankheiten überhaupt entstehen. Hier möchten wir einen weiteren Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention.

Andererseits müssen wir aber auch mit den Herausforderungen umgehen, die durch eine Zunahme an chronischen Erkrankungen auf uns zukommen werden. Wir wollen die Menschen besser dabei unterstützen, dass sie mit einer chronischen Erkrankung gut leben können, um Folgeerkrankungen zu vermeiden. Das ist entscheidend für eine gute Lebensqualität, auch mit chronischer Erkrankung.

Deshalb setzen wir darauf, Disease-Management-Programme, also zentral organisierte Programme für die Behandlung chronisch Kranker, auszubauen und die Koordination im Gesundheitswesen zu stärken. Das können wir durch den Ausbau der Primärversorgung, der wohnortnahmen Versorgung durch Teams von HausärztlInnen, Pflegepersonal und TherapeutInnen, erreichen. Begonnen haben wir dabei bereits mit den Regionalen Gesundheitszentren, die nun in ganz Österreich geschaffen werden sollen.

Im Bereich der Pflegevorsorge haben wir ebenso einen klaren Plan für die Zukunft der Pflege in Österreich. Denn so wie es nur dank vorausschauender Sozialpolitik in den letzten 25 Jahren möglich war, dieses tolle Pflegesystem aufzubauen und stetig weiterzuentwickeln, nur so wird es auch möglich sein, das auch in Zukunft so zu meistern.

Für mich ist ganz klar – die Qua-

lität der Pflege darf nicht von der Größe der Brieftasche abhängen. Ich verwehre mich gegen ein 2-Klassen-System in das der oder die Einzelne einzahlen muss und später je nach geleistetem Beitrag Pflege bekommt. Pflege bereitzustellen und zu sichern ist Aufgabe und Verantwortung des Staates und qualitätsvolle Pflege zu bekommen ist ein Recht aller Menschen.

Aus diesem Grund sieht unser Wahlprogramm für den Bereich der Pflege einen ganz klaren Plan vor:

Die Einführung einer Erbschafts- und Schenkungssteuer ab einem Vermögen von einer Million Euro. Davon wären lediglich die reichsten 2-3% in Österreich betroffen und diese würde jährlich Einnahmen in der Höhe von rund 500 Millionen Euro erzielen.

Aus diesen Einnahmen wollen wir:

- Die Abschaffung des Pflegeregresses zur Gänze ausfinanzieren
- 50 Prozent der Kostenbeiträge, die die Menschen aus ihren Taschen zahlen, übernehmen
- Schwerst behinderten Menschen ein ungekürztes Pflegegeld auszahlen, das heißt 720 Euro mehr pro Person pro Jahr und
- Zusätzlich eine Milliarde Euro bis 2022 in Pflegeberufe und Qualität investieren

Was erreichen wir damit?

Stationäre Pflege:

Durch die Abschaffung des Regresses konnte ein sozialpolitischer Meilenstein erzielt und der jahrelange Widerstand der ÖVP gebrochen werden. Menschen müssen in Zukunft keine Angst mehr davor haben, ihr gesamtes

hart erarbeitetes Lebenswerk zu verlieren. Das eigene Elternhaus oder das Haus, das man selbst gebaut, die Wohnung die man sich durch harte Arbeit leisten konnte und in der man seine Kinder großgezogen hat ist nunmehr vor Zugriff geschützt und geht nicht mehr verloren, wenn man pflegebedürftig wird.

Mobile Pflege:

Menschen wollen möglichst lange zuhause bleiben. Daher ist es wichtig, ein möglichst breites Angebot an nicht-stationären

Diensten zu haben. Durch den Pflegefonds wurden die Länder seit 2011 dabei unterstützt, dieses kontinuierlich auszubauen und den Versorgungsgrad zu erhöhen.

Im Plan A sind wir dann einen Schritt weitergegangen und haben eine noch gemeindenahere Versorgung angeregt und bereits die ersten Schritte dafür durch das Projekt „Selbständig Leben Daheim“ umgesetzt. Dadurch wollen wir die mehrstündige Alltagsbegleitung flächendeckend implementieren – als Lückenschluss zu

den bestehenden stundenweisen Angeboten und der 24-Stunden-Betreuung.

Durch die Übernahme der Hälfte der Kosten für mobile Dienste, die die Menschen aus ihrer eigenen Tasche zahlen müssen aus den Einnahmen aus der Erbschafts- und Schenkungssteuer können wir Menschen wohnortnahe und – besonders wichtig – leistbare professionelle Pflege ermöglichen.

Damit hätten wir in Zukunft durch die Abschaffung des Regresses und den Ausbau der mobilen Dienste inkl. Übernahme von 50% der Kosten umfassende, leistbare und professionelle Pflege nach den Wünschen der Menschen gesichert und entlasten dadurch die pflegenden Angehörigen massiv – sowohl zeitlich als auch finanziell!

Pflegeberufe:

Besonders wichtig ist mir auch, den Pflegerinnen und Pflegern, die sich Tag und Nacht aufopfernd um unsere Liebsten kümmern und dies oftmals unter erschwerten Arbeitsbedingungen, in Zukunft noch mehr den Respekt, die Anerkennung und Verbesserungen zukommen zu lassen, die sie verdienen.

Hierfür wollen wir bis ins Jahr 2022 zusätzlich eine Milliarde Euro investieren – die wiederum der Qualität der Betreuung zugute kommt.

Zur Zukunft der Pflege:

Unserer Meinung nach muss die Zeit bis 2022 dafür genutzt werden, die Zukunft der Pflege zu organisieren. Die Kosten werden insbesondere im Dienstleistungsbereich, Länderzuständigkeit, massiv steigen. Hier soll und muss sich der Bund beteiligen.



(C) Goran Andric

Aus unserer Sicht soll das durch einen zentralen Pflegegarantiefonds, gespeist aus Ländermitteln, Bundesmitteln und der Erbschafts- und Schenkungssteuer erfolgen. Über den Fonds sollen auch gemeinsam bundesweite als auch regionale Vorgaben gemacht werden.

„Dieses Land braucht einen Plan und wir haben einen.“ Geben Sie uns einen Einblick über Ihren Plan fürs Gesundheitswesen?

Wir haben in unserem Land ein hervorragendes Gesundheitssystem, wir müssen uns aber anstrengen, dass das so bleibt und wollen hart daran arbeiten, damit es noch besser wird.

Mir ist wichtig, dass nicht die Brieftasche über die Versorgung entscheidet, sondern allein die medizinische Notwendigkeit. Die Menschen müssen besser unterstützt werden, wenn sie ein medizinisches Problem haben. Dazu brauchen wir mehr Koordination der Leistungen und einen besseren Service im System. Das wollen wir unter anderem mit Terminservice-Stellen erreichen, die bei dringenden Untersuchungen die PatientInnen dabei unterstützen, rasch einen Termin zu bekommen.

Doch wir kümmern uns auch um die Menschen, die für die großartige Betreuung stehen und tagtäglich ihre herausfordernde Arbeit im Gesundheitssystem leisten. Für sie wollen wir moderne Strukturen mit attraktiven Arbeitsbedingungen schaffen – das gilt für Ärztinnen, Pflegepersonal, TherapeutInnen und alle anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Denn für uns stehen die Menschen im Mittelpunkt: PatientInnen und Gesundheitsberufe.

Dafür sehen wir es als entscheidende Aufgabe an, die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu stärken. Von der gemeinsamen Arbeit in multiprofessionellen Teams profitieren sowohl die Gesundheitsberufe als auch die PatientInnen.

Wir möchten, wie zuvor bereits erwähnt, diese multiprofessionelle Zusammenarbeit durch die Regionalen Gesundheitszentren stärken. Dort arbeiten HausärztInnen, Pflegepersonal und TherapeutInnen Hand in Hand und können den PatientInnen so längere Öffnungszeiten sowie ein breites Leistungsangebot bieten – und das Ganze auch noch nahe am Wohnort. Spezielle Facharztzentren sollen in weiterer Folge dafür sorgen, dass es auch für Untersuchungen bei verschiedenen Fachärzten nur sehr kurze Wege gibt.

Ein entscheidender Faktor für das langfristige Wohlbefinden der Menschen in Österreich ist es auch die psychische Gesundheit zu fördern. In diesem Bereich wollen wir die bestehende Versorgung weiter ausbauen, wobei erste Schritte schon erledigt sind. So wurde das Kontingent an kostenlosen Therapieeinheiten um 50 Prozent erhöht.

Bleibt Frau Bundesministerin Dr. Rendi Wagner weiterhin Ihre erste Wahl für den Posten der Gesundheitsministerin?

Ja, ich bin sehr froh, dass Pamela Rendi-Wagner diese Aufgabe übernommen hat und finde, dass sie einen hervorragenden Job macht. Selbstverständlich möchte ich, dass sie auch der nächsten Regierung angehört.

Das Pflegepersonal in Österreich stößt wie in anderen

deutschsprachigen Ländern an deren Leistungsgrenzen. Zusätzlich ist dies immer noch ein „Frauenberuf“ der nicht adäquat bezahlt wird. Gibt es hierfür eine Lösung?

Wie bereits ausgeführt, wollen wir zusätzlich zum Status Quo eine Milliarde Euro in die Pflegeberufe investieren. Bei diesem Beruf handelt es sich um einen extrem erfüllenden und zukunftssicheren Job, leider jedoch auch um einen, der in der öffentlichen Wahrnehmung viel zu wenig Wertschätzung und Respekt erhält. Das wollen wir ändern. Auch müssen wir uns damit auseinandersetzen, wie wir es Menschen ermöglichen den Pflegeberuf zu erlernen oder in diesen zu wechseln.

Gerade in Hinblick darauf, dass der Pflegeberuf mehrheitlich weiblich ist, wurde im Rahmen der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes ein besonderer Fokus auf die Durchlässigkeit zwischen den verschie-



denen Pflegeberufen gelegt.

Damit sollen die Karrieremöglichkeiten von Frauen die in der Pflege beschäftigt sind gefördert werden. So können sich PflegeassistentInnen (einjährige Ausbildung) bei der Ausbildung zur Pflegefachassistentin (zweijährige Ausbildung) die ursprüngliche Ausbildung zu 100% anrechnen lassen. PflegefachassistentInnen erhalten einen Zugang zur Berufsreifeprüfung und damit die Zulassung zum Fachhochschulstudium der Gesundheits- und Krankenpflege.

Darüber hinaus sind die Pflegeassistentin/Pflegefachassistentin-SchülerInnen während der Ausbildung vollversichert und erwerben somit Pensionsversicherungsjahre.

Was würden Sie an unserem Sozialsystem ändern?

Gerade in Zeiten der Krise hat sich gezeigt, dass Österreich über eins der stabilsten Sozialsysteme der Europäischen Union verfügt. Während die Krisenfolgen in den meisten Ländern zu sozialen Verwerfungen geführt haben, sind wir eines der wenigen Länder, das seit 2008 seine Armutssquote erheblich reduzieren konnte. Auch die OECD hat uns gerade erst bescheinigt, dass wir hierzulande eins der effizientesten Sozialversicherungssysteme der Welt erarbeitet haben – sogar effizienter als jenes der Schweiz.

Das ändert nichts daran, dass man unsere sozialen Schutzsysteme permanent an neue Herausforderungen anpassen muss. Die Abschaffung des Pflegeregresses ist ein gutes Beispiel dafür, dass sich um zahlreiche erweitern ließe.

Die zentrale Herausforderung

ist bei alledem unsere sozialen Sicherungssysteme zukunftsfähig zu halten, wir müssen uns langfristige Gedanken machen, nicht nur wie wir den Sozialstaat finanzieren, sondern auch, wie wir die Leistungen vereinheitlichen und sinnvoll erweitern können. Wir müssen einerseits eine Veränderung in Richtung Senkung der Lohnnebenkosten erreichen und uns andererseits um die Verbreiterung der Finanzierungsbasis unseres Sozialsystems Gedanken machen.

Ein wichtiger Hebel: Steuergerichtigkeit – jeder Würstelstand zahlt mehr Steuern als Starbucks. Das ist nicht nur ungerecht, sondern kostet uns viel Geld. Österreich gehen bis zu einer Milliarde Euro pro Jahr für verloren, die wir für unsere Gesundheits- und Pflegeversorgung einsetzen könnten, weil manche nicht ihren fairen Beitrag leisten wollen. Wir haben nationale Spielräume, die müssen wir ausnutzen. Es ist keine Frage des Könnens, sondern des Willens.

Und wie vorher angesprochen soll die Einführung Erbschafts- und Schenkungssteuer ab einer Million Euro die Sicherung der Pflegefinanzierung gewährleisten.

„Es ist an der Zeit, dass die Menschen in diesem Land bekommen, was ihnen zusteht.“ Was würden Sie in den beiden Fallbeispielen (Siehe Print/Onlinemagazin) den ÖsterreichInnen raten?

BEISPIEL 1: Yannik und sein Leben mit dem Angelman-Syndrom

Frage: Welche Maßnahmen halten Sie für wichtig, sinnvoll und umsetzbar um zu gewähr-

leisten, dass pflegebedürftigen Kindern- und Jugendlichen, therapieunterstützende und für die Bewältigung des Alltages sowie der sozialen Integration notwendige Heilbehelfe und Therapiematerialien genehmigt werden?

Unser oberstes Ziel ist es, für alle Kinder die Voraussetzungen zu schaffen, unter den bestmöglichen Bedingungen aufzuwachsen und ein möglichst gutes und erfülltes Leben zu führen. Dazu gehört es natürlich auch, so wie im Fall von Yannick, Medikamente und Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, wenn diese benötigt werden.

Es sollte selbstverständlich sein, alle Patienten so rasch und unbürokratisch wie möglich mit dem wirksamsten Medikament zu versorgen. Entscheidungen über Bewilligungen sollten deshalb allein nach medizinischen Gesichtspunkten getroffen werden.

Auch alle sonstigen Unterstützungen sollten am Gedanken einer möglichst weitgehenden Teilnahme am sozialen Leben für Betroffene und betreuende Personen ausgerichtet sein.

Der Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel ist im Gesundheitssystem bisher sehr kompliziert geregelt. Hier gilt es, mehr Einheitlichkeit zu schaffen. Nicht zuletzt auch die Studie der London School of Economics (LSE) über das Gesundheitssystem hat darauf hingewiesen, dass eine Harmonisierung der Krankenkassenleistungen dringend notwendig ist. Es muss daher so rasch wie möglich das Leistungsniveau der Kassen so weit wie möglich angeglichen werden – und zwar auf dem höchstmöglichen Niveau.

Ein weiterer Punkt bei dem es Änderungsbedarf gibt ist, dass im Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel oft Zuzahlungen geleistet werden müssen. Diese sind gerade für Schwerkranke, die auf diese Hilfsmittel angewiesen sind, oft ein großes Hindernis und eine starke finanzielle Belastung. Es gilt daher: Harmonisierung der Leistungen auf möglichst hohem Niveau und Deckelung der Zuzahlungen!

Vor allem ist eine wirkungsvolle und unterstützende Koordination wichtig. In solchen Situationen haben Eltern viele andere Probleme und wenig Zeit und Energie, sich mit bürokratischen Hindernissen herumzuschlagen. Wir streben daher an, dass für die Koordination aller unterstützenden Maßnahmen, wie bei der Einreichung von Anträgen, Erlangung von Bewilligungen usw. jemand den Betroffenen und den pflegenden Personen unter die Arme greifen kann. Hier ist es schon mit geringen Mitteln möglich den PatientInnen meist sehr effektiv zu helfen.

Unterstützung bei der Pflege für Minderjährige: Die Unterstützung und Betreuung von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen stellt die Familie vor eine massive Umstellung und oftmals große Belastungen. Das berücksichtigend, wurde in der Vergangenheit für diese Personengruppe bereits eine Vielzahl an Maßnahmen von sozialdemokratischen Sozialministern umgesetzt:

- Einführung Erschweriszuschläge
- Einführung einer Pflegekarenz-/teilzeit mit Rechtsanspruch auf ein Pflegekarenz-geld
- Verbesserungen bei der

Einstufung von Kindern und Jugendlichen beim Pflegegeld

- Erhöhung der Zuwendungen zu den Kosten der Ersatzpflege

Unser Wahlprogramm sieht im Bereich der Pflege speziell für diese Zielgruppe eine maßgebliche Verbesserung vor. So soll in Zukunft nicht mehr ein Teil der erhöhten Familienbeihilfe auf das Pflegegeld angerechnet sondern dieses ungeteilt ausgezahlt werden. Dadurch erhalten diese Familien jährlich 720 Euro mehr an Pflegegeld. Die Kosten hierfür belaufen sich auf rund 31 Millionen Euro pro Jahr – nichts im Vergleich dazu wenn man bedenkt, wie sehr man damit Menschen, die oftmals mit überdurchschnittlicher physischer und psychischer Belastung konfrontiert sind, unterstützen kann.

BEISPIEL 2: Claudia S. und das Leben mit einem Aneurysma

Frage: Was raten Sie Frau Claudia S. und ihrer Familie, die unter diesem Zustand sehr leidet?

Christian Kern: Die Anspruchsvoraussetzung für eine Invaliditäts-/Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension ist unter anderem die Arbeitsunfähigkeit. Aus Ihrer Schilderung geht leider nicht klar hervor ob die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Frau S. ist offenbar – so die unabhängigen Gerichte – arbeitsfähig, es steht mir nicht an, Entscheidungen der unabhängigen Gerichtsbarkeit in Frage zu stellen.

Prinzipiell wird geprüft, ob eine Umschulung – berufliche Reha – möglich ist. Der Zugang in die Invaliditätspension hängt von mehreren Faktoren ab, deren wichtigster der Gesundheitszu-

stand der Versicherten ist. Die ÄrztInnen in den Pensionsversicherungsträgern sind speziell geschult aus dem Gesundheitszustand die Arbeitsfähigkeit festzustellen. Je nach Berufsschutz ist eine Verweisbarkeit auf Berufe möglich – dann besteht kein Pensionsanspruch.

Und jährlich werden von der PVA präventiv Rehabilitationsmaßnahmen für 10.000e Menschen, die noch keinen Pensionsanspruch haben, finanziert, um ihren gesundheitlichen Zustand zu stabilisieren. Die Pensionsversicherungsanstalt hat im Jahr 2016 234.130 Maßnahmen der Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge durchgeführt und ca. 938 Mio. EUR für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation aufgewendet. Der Ansatz, Prävention und rechtzeitige Angebote an die Versicherten sowie berufliche Rehabilitation anzubieten, ist absolut richtig und notwendig, anstatt der Einbahnstraße Invaliditätspension und damit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben als Alternative.

Auch das Arbeitsmarktservice bemüht sich intensiv um berufliche Integration – denn Menschen mit gesundheitlicher Einschränkung haben es am Arbeitsmarkt besonders schwer: 2016 wurden 260 Millionen Euro – 21% des gesamten Förderbudgets – aufgewendet, um die berufliche (Re)Integration von rund 72.000 Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zu fördern. Schwerpunkt in der Arbeitsmarktpolitik für Menschen mit gesundheitlicher Belastung ist die Qualifizierung. Das Programm „Aufstieg“ bietet zum Beispiel arbeitsmedizinische Abklärung und Berufsorientierung, gefolgt von einer begleiteten und betreuten Ausbildung – sogar eine

Mediation im Betrieb ist möglich. Die Beschäftigungsinitiative Aktion 20.000 trägt ebenfalls entscheidend zur Arbeitsmarktintegration gesundheitlich Eingeschränkter bei – schließlich ist die Hälfte der Langzeitbeschäftigunglosen über 50 von gesundheitlichen Problemen betroffen. Eine Beschäftigungsförderung kann helfen, beruflich nachhaltig wieder Fuß zu fassen.

Langsam setzt sich auch ein Umdenken bei den Betrieben durch: Ältere ArbeitnehmerInnen sind wertvolle MitarbeiterInnen mit großer Erfahrung – die jedem Betrieb nutzen.

Eine Forderung aus unserem Wahlprogramm, die Frau S. unmittelbar helfen würde, ist dass wir die Notstandshilfe für Frauen zugänglicher machen wollen. Mehr als 80% der Frauen bekommen keine Notstandshilfe,

weil das Einkommen ihres Partners zu hoch ist. Wir setzen uns dafür ein, dass die Anrechnung des Partnereinkommens auf die Notstandshilfe abgeschafft wird. Das betrifft – aufgrund des bestehenden Lohnunterschieds von Frauen und Männern – natürlich vorwiegend Frauen und kommt auch diesen besonders zugute. Rund 16.000 Personen haben insgesamt durch diese Anrechnung keinen Anspruch auf Notstandshilfe. Ein Wegfall würde unmittelbar mehr Gerechtigkeit schaffen. Denn Personen, die jahrelang in das System eingezahlt haben und beispielsweise wegen gesundheitlicher Probleme, veralteter Qualifikationen oder schlichtweg aufgrund des Alters keinen Arbeitsplatz finden, sollten eine Leistung, die ihnen zusteht, auch bekommen. Nur so kann die Notstandshilfe ihren Zweck erfüllen: nämlich verhindern, dass Betroffene in die Armut

abrutschen und beitragen, ihre ohnehin sehr schwierige Situation etwas zu verbessern. Bei einer durchschnittlichen Höhe der Notstandshilfe von 670 Euro ist für diese Maßnahme von Kosten von etwa 140 Millionen Euro jährlich auszugehen. Das können und müssen wir uns leisten.



Christine Haas-Schranzhofer

Dein Wille, dein Wohl

Pflege zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung

facultas 2016, 168 Seiten, broschiert
EUR 21,90 (A) / EUR 21,30 (D) / sFr 29,- UVP
ISBN 978-3-7089-1415-2

Viele Situationen im beruflichen Alltag führen bei Pflegepersonen zu Gewissenskonflikten. Die richtige Balance zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Verantwortung von Pflegenden ist schwer zu finden. Dieses Buch zeigt fundiert und anschaulich, wie Handeln in diesem Spannungsfeld erfolgreich gelingen kann. Mit rechtlichen Hintergrundinfos, lebensnahen Beispielen und Überlegungen für die Praxis.

„Fach- und Führungskräfte aus der Pflege finden fundierte Informationen, viele Praxisbeispiele und Impulse zu dem wichtigen Thema Selbstbestimmung. Der komplexe Inhalt wird klar und verständlich vermittelt.“
Alexandra Günther, socialnet.de



www.facultas.at

facultas

christoph.zulehner

INSPIRATION. POSITION. ERFOLG.

Im Sommer erschien 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.

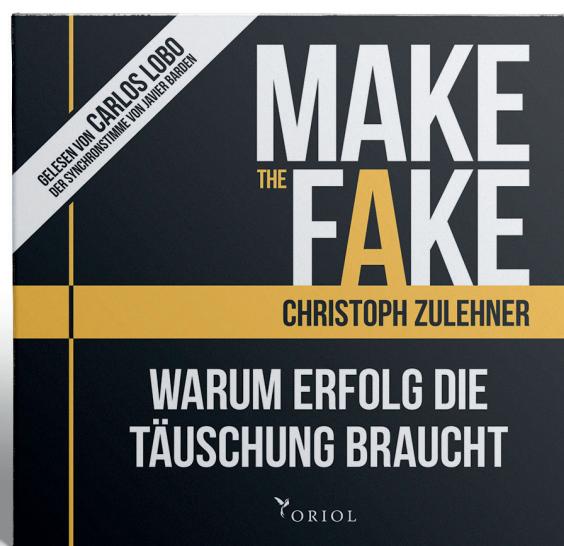
Fake it until you make it!
Jeder macht es – keiner redet darüber.
Bis jetzt!

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



„Es braucht eine neue Gerechtigkeit“ Sebastian Kurz im Interview

Wer ist Sebastian Kurz?

Ich bin ein junger, aber bereits mit vielen eindrücklichen Erfahrungen bereicherter Österreicher. Ich habe die Vision und den Umsetzungswillen unser Land besser zu machen und einen neuen Politikstil zu etablieren. Gemeinsam mit vielen anderen habe ich eine Bewegung gestartet um das zu erreichen.

Sie haben sich entschieden für diese Wahl zu kandidieren. Mit welchen Kernthemen wollen sie

den Wahlkampf führen?

Im Rahmen von Österreich-Gesprächen sind wir mit der Bevölkerung in einen breiten Dialog getreten, um die Themen zu diskutieren, die die Menschen beschäftigen und die ihnen für die Zukunft besonders wichtig sind. Auf Basis dieser Begegnungen haben sich für unser Programm drei Schwerpunktbereiche herauskristallisiert: Wir wollen eine „Neue Gerechtigkeit“, einen zukunftsfiten Wirtschaftsstandort und die nötige Sicherheit für alle Öster-

reicherinnen und Österreicher. Es braucht den Willen und auch den Mut vieles, das derzeit in unserem Land nicht gerecht oder effizient läuft aufzuzeigen, anzusprechen und dann auch zu verändern.

Sie haben Ihr Team komplett neu zusammengestellt. Wie haben Sie Ihre Wahl getroffen? Als Teil einer offenen Bewegung setzt die Volkspartei auf bewährte und neue Kräfte. Für mich war es besonders wichtig, auf Menschen in unserem Land zuzugehen, die

Politik aus einem anderen, frischen Blickwinkel betrachten und sich außerhalb von politischen Zirkeln bewegen. Durch viele persönliche Unterhaltungen und Begegnungen konnte ich diese Persönlichkeiten kennenlernen und für unsere Bewegung begeistern.

Sie haben, im Verhältnis zu den anderen Parteien, sehr viele Teampersonen mit Inklusionshintergrund. Was hat Sie zu dieser Entscheidung bewegt?

Da geht es mir vor allem um die Person und die Persönlichkeit. Für mich macht es keinen Unterschied, ob jemand jung oder alt, Mann oder Frau ist oder im Rollstuhl sitzt. Wichtig für mich ist eine grundsätzliche gemeinsame Wertvorstellung, ein Veränderungs- und Gestaltungswille für Österreich und dass derjenige mit ganzem Herzen und Freude dabei sein will.

Welche Stärken prädestinieren Sie für einen Posten als „Bundeskanzler“?

Mir geht es in erster Linie darum, Veränderung im Land herbeizuführen und ich denke, das merken die Menschen bei mir auch. Mit der Etablierung eines neuen politischen Stils möchte ich vor allem auch politikverdrossene Menschen ansprechen, um ihr Interesse für Politik wieder zu wecken. Daher freue ich mich enorm darüber, dass unsere Bewegung in der Bevölkerung so viel Anklang findet.

Was bringt einen Sebastian Kurz „auf die Palme“?

Mich ärgert es, wenn mir erzählt wird, dass in einem Unternehmen Reinigungskräfte unterschreiben müssen, dass sie Putzmittel nicht trinken dürfen. Oder wenn wir mit staatlichen Regeln sicherstellen, dass in der Gastronomie und der

Hotellerie Köche unterschreiben müssen, dass sie sich bewusst sind, dass Messer spitz und scharf sind. Da frage ich mich schon: Was ist da für ein Menschenbild dahinter? Unseres definitiv nicht. Wir möchten ein Österreich, wo wir an die Menschen glauben. Wir wollen ein Österreich, das Menschen stark macht und nicht in Abhängigkeit versetzt. Und wir wollen auch ein Österreich, wo jeder seine Talente einbringen kann und über sich hinauswachsen kann.

Was würden Sie zuerst bewegen wollen, wenn Sie die Funktion „Bundeskanzler“ besetzen würden?

Es gibt wahrlich sehr viele dringende Anliegen für Österreich die wir sofort angehen sollten. Wichtig ist für mich eine spürbare Entlastung für Arbeitnehmer und Unternehmen. Wir brauchen eine effektive Senkung der Steuer- und Abgabenquote. Die Folge wäre, dass die Menschen mehr Geld zur Verfügung haben und die Kaufkraft steigt. Dadurch wird die Konjunktur gestärkt, was wiederum sofort in viele Bereiche mehr Gestaltungsraum bringt. Auch im Gesundheits- und Pflegesystem muss sich einiges ändern. Gangbetten müssen die Ausnahme bleiben, die Bürokratie abgebaut und die Finanzierung muss geklärt

werden.

Wir steuern durch die demographische Entwicklung auf eine Überalterung zu. Damit haben wir das „Problem“ die Renten eines Tages nicht mehr ausbezahlen zu können und es werden viele Posten, bei denen wir junge Menschen brauchen, nicht mehr besetzt. Wie denken Sie über diese Situation und was würden Sie dagegen unternehmen?

Sie sprechen hier wichtige Entwicklungen an, die uns bevorstehen. Die Menschen in unserem Land werden gottseidank immer älter. Das bedeutet zwar gewisse Herausforderungen, aber auch neue Chancen. Wir werden mobiler, gesünder und aktiver älter. Viele Menschen wollen sich nach ihrer Erwerbstätigkeit sinnstiftend einbringen und das ist gut so. Wir brauchen eine Gesellschaft, in der nicht nur die Jüngeren die Älteren unterstützen, sondern auch der umgekehrte Weg beschritten wird. Es gibt ja durchaus jetzt schon genügend Modelle und Beispiele wo genau das passiert. Daher möchte ich die demografische Entwicklung nicht düster im Sinne einer Einbahnstraße, sondern als positive und frische Entwicklung für unsere Gesellschaft sehen.

Wen würden Sie als Gesund-



(C) Jakob Glaser

heitsministerIn einsetzen?

Diese Frage stellt sich aktuell nicht, denn zu allererst müssen die Wählerinnen und Wähler am 15. Oktober ihre Wahl treffen. Wir hoffen natürlich, dass wir das Vertrauen der Österreicherinnen und Österreicher bekommen. Jedenfalls haben wir einige erfahrene und kundige Experten in unserem Team, die den Herausforderungen im Gesundheitswesen gerecht werden könnten.

Frage zu Fallbeispiel 1: Welche Maßnahmen halten Sie für wichtig, sinnvoll und umsetzbar um zu gewährleisten, dass pflegebedürftigen Kindern- und Jugendlichen, therapieunterstützende und für die Bewältigung des Alltages sowie der sozialen Integration notwendige Heilbehelfe und Therapiematerialien genehmigt werden?

Ich habe tiefen Respekt davor,

was diese Familie auf sich nimmt und aus Liebe zu ihrem Kind Unvorstellbares leistet. Ich habe mit Mitarbeitern aus dem Kinderpalliativbereich gesprochen, die mir von ähnlichen Herausforderungen und Schwierigkeiten berichten, mit der Eltern von chronisch kranken Kindern tagtäglich kämpfen müssen und nicht aufgeben. Auch dieser Fall zeigt, welche unglaubliche zusätzliche Bürde Vorschriften darstellen können. Solidarität ist hier besonders wichtig, bei einem derartigen tragischen Schicksal dürfen wir nicht wegschauen. Pflegende Angehörige sind die stabilste Säule unseres Pflegewesens und sind der Garant, dass unser System überhaupt funktioniert. Viele gehen dabei an ihre Grenzen. Wir wollen diese Menschen daher effizient unterstützen und unbürokratisch helfen.

Frage zu Fallbeispiel 2: Was**raten Sie Frau Claudia S. und ihrer Familie, die unter diesem Zustand sehr leidet?**

Wie im oberen Fall gilt auch hier: Es braucht eine „Neue Gerechtigkeit“. Es ist klar, dass das Leben immer mehr Schicksale bietet, als der Gesetzgeber jemals vorsehen kann, daher ist es für uns wichtig, dass das solidarische Handeln der Gesellschaft wieder in die Mitte rückt. Wir stehen daher zu folgenden Prinzipien: Wer arbeitet und Leistung erbringt, darf nicht der Dumme sein. Wer Leistungen beziehen will, der muss aber auch etwas dafür beitragen. Wem eine Leistung zusteht, der soll sie auch bekommen. Wer sich nicht helfen kann, dem muss geholfen werden. Ein hochentwickeltes Land muss als Leitprinzip die respektvolle und wertschätzende Begleitung von Kranken und älteren Menschen haben. Dafür wollen wir uns einsetzen.



(C) Alle Fotos: Jakob Glaser



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.

„Eine sichere und lebenswerte Heimat für unsere Kinder & Enkelkinder“

Ing. Norbert Hofer im Interview

Sie haben sich entschieden für diese Wahl zu kandidieren. Mit welchen Kernthemen wollen sie den Wahlkampf führen?

Ich weiß, dass das parlamentarische Geschehen oft langwierig sein kann. Jüngstes Beispiel ist die Abschaffung des Pflegeregresses, die vor dem Sommer plötzlich doch möglich war, wo aber alle meine diesbezüglichen Initiativen bis dahin von den Regierungsparteien über die Jahre abgelehnt oder vertagt wurden. Wir geben für so vieles Geld aus, aber für die

Anliegen der Schwächen in unserer Gesellschaft, die sich nicht selber helfen können, scheint oftmals keine Hilfe möglich.

Deshalb ist mein großes Schwerpunktthema die Einführung der Direkten Demokratie nach Schweizer Vorbild, damit die Menschen unabhängig von der Politik von sich aus Initiativen setzen können, um positive Veränderungen zu erreichen. Aber auch die Valorisierung des Pflegegeldes, das seit seiner Einführung bereits

35 Prozent seines Wertes verloren hat und eine echte Strukturreform im Gesundheitsbereich, die Pflege- und Gesundheitsagenden zusammenführt, muss verwirklicht werden, um die langfristigen Finanzierungen sicherzustellen.

Wer wäre für Sie erste/r Kandidatin für die Position als Gesundheitsministerin?

Als Gesundheitsminister braucht es eine Persönlichkeit, die sich im Gesundheitswesen gut auskennt, aber sich auch zutraut, Reformen



(C) Katrin Schützenauer

anzugehen. Der Föderalismus, vor allem im österreichischen Gesundheits- und Pflegewesen, bringt es mit sich, dass ein Gesundheitsminister mit viel Verhandlungsgeschick und Durchsetzungsvermögen ausgestattet sein muss. Denn der Reformbedarf ist groß – ebenso wie die Widerstände in den Ländern.

Welche Stärken prädestinieren Sie für einen Posten als „Bundeskanzler“?

Ich strebe das Amt des Bundeskanzlers nicht an.

Was bringt einen Norbert Hofer „auf die Palme“?

Egoismus, Gier und Ungerechtigkeit, sowohl im privaten als auch im politischen Bereich. Während Politikergehälter jährlich valorisiert werden, gesteht man dies Pflegegeldbeziehern nicht zu.

Was ist Ihnen als Person wirklich wichtig?

Dass Österreich auch für unsere Kinder und Enkelkinder eine sichere und lebenswerte Heimat ist. Dazu braucht es aber eine Politikwende. Gehen wir den von SPÖ und ÖVP eingeschlagenen Weg fort, wird der verursachte Schaden nicht mehr gutzumachen sein.

Was würden Sie als erstes bewegen wollen, wenn Sie selbst die Funktion „Bundeskanzler“ besetzen würden?

Es braucht in Österreich wieder mehr Gerechtigkeit und Fairness. Derzeit wird - mit dem Zutun der Regierung – die eigene Bevölkerung gegeneinander ausgespielt.

Wir steuern auf eine Überalterung der Gesellschaft zu. Wie wollen Sie dieser Herausforderung entgegentreten?

Wir müssen jetzt schon Vorsorge

für die geburtenstarken Jahrgänge, die jetzt langsam ins Pensionsalter kommen, treffen. Dazu braucht es eine Ausbildungsoffensive im Pflegebereich, mit einem durchlässigen Modulsystem und einer leistungsgerechten Entlohnung. Wir dürfen uns auch nicht der Illusion hingeben, dass wir für immer Pflegekräfte aus den östlichen Nachbarstaaten in ausreichender Menge bekommen. Notwendig ist daher eine leistungsgerechte Bezahlung unserer Pflegekräfte sowie die Anerkennung ihrer Leistungen und die Planung und den Ausbau von stationären, teilstationären Pflegeheimen und Tageseinrichtungen.

Wie würden Sie unser Gesundheitswesen verbessern wollen?

Österreich leistet sich im stationären Bereich etwa doppelt so viele Aktutbetten pro 1.000 Einwohner wie der EU-Schnitt. Diese Schieflage beim Angebot von Akut- und Pflegebetten verursacht für die Steuerzahler Zusatzkosten von 13 Millionen Euro pro Tag! Und das nur, weil Patienten im falschen Bett liegen, aber deswegen nicht besser betreut sind. Daher brauchen wir eine Strukturreform im Gesundheitssystem nach den Vorschlägen des Rechnungshofes, um den Gesundheits- und Pflegebereich aus einer Hand zu finanzieren. Die dadurch jährlich frei werdenden Mittel von 4,75 Milliarden Euro müssen dafür eingesetzt, um Schnittstellen endlich zu Nahtstellen zu machen. Derzeit werden die Patienten zwischen extra- und intramuralem Bereich hin- und hergeschoben, was zu einer Belastung der Betroffenen führt und viel Geld kostet.

Wie wollen Sie unser Sozialsystem verbessern?

Unser Sozialsystem hat in erster Linien jenen Menschen zu helfen,

die unverschuldet in Not geraten sind oder sich aus eigener Kraft nicht helfen können. Neben betagten Menschen sind das vor allem auch Menschen mit Behinderungen und Alleinerzieher. Hier braucht es angemessene Leistungen für die Betroffenen um das Leben auch wirklich finanzieren zu können. Auf der anderen Seite ist es notwendig, strenge Kontrollen durchzuführen, um Missbrauch zu vermeiden. Ein solidarisches Sozialsystem kann nur auf Ehrlichkeit aufgebaut sein. Betrug oder das Erschleichen von Leistungen – wie das der Rechnungshof beispielsweise in Wien aufgedeckt hat – führen mittelfristig dazu, dass die notwendigen Leistungen nicht mehr finanzierbar sind.

Die derzeitige Diskrepanz, dass auf der einen Seite zig-tausende Personen, die ohne jede Kontrolle in unser Land eingereist sind und Sozialleistungen in teils großen Höhen lukrieren, während auf der anderen Seite pflegebedürftige und behinderte Menschen oftmals mit weniger auskommen müssen und auf teilweise auf Spenden privater Vereine angewiesen sind, ist extrem ungerecht und unwürdig. Diesen Zustand möchte ich jedenfalls verändern.

BEISPIEL 1: Yannik und sein Leben mit dem Angelman-Syndrom

Frage: Welche Maßnahmen halten Sie für wichtig, sinnvoll und umsetzbar um zu gewährleisten, dass pflegebedürftigen Kindern- und Jugendlichen, therapieunterstützende und für die Bewältigung des Alltages sowie der sozialen Integration notwendige Heilbehelfe und Therapiematerialien genehmigt werden?

Es ist eine Schande, wie in Österreich mit Menschen mit Behin-

derungen – vor allem mit Kindern – umgegangen wird. Wir sprechen von einem solidarischen Gesundheitssystem, was bedeutet, dass ein Großteil der Bevölkerung mehr einzahlt als er braucht, aber einige wenige mehr brauchen, als sie einzahlen können. Die Gemeinschaft der Versicherten ist mit Sicherheit zu einem überwiegenden Anteil dazu bereit, dieser Familie die notwendigen Hilfsmittel zu finanzieren. Aber es ist völlig indiskutabel, dass eine Einzelperson der Sozialversicherungen darüber entscheidet, wie sich das tägliche

Leben dieser Familie gestaltet.

Vermutlich kann ein Elternteil gar keinem Beruf mehr nachgehen, was ohnehin schon zu finanziellen Einbußen führt. Die psychische und physische Belastung ist sicher enorm. Dazu kommt, dass sie von Amtswegen zu Bittstellern gemacht werden. Anstatt das Sozialministerium-Service (ehemals Bundessozialamt) und Sozialversicherung hier zusammenarbeiten und die optimale Versorgung des Kindes sicherstellen, wird mit dem Kind ein Ping-Pong-Spiel betrie-

ben.

Konkret braucht es eine Aufstockung der finanziellen Mittel (finanzierbar durch eine echte Gesundheitsreform und eine Zusammenlegung der Krankenkassen mit der Verpflichtung einer Leistungsharmonisierung) und einer besseren Ausstattung der Kompetenzen des Behindertenanwalts, damit sich auch die Sozialversicherungen dessen Anordnungen nicht wiedersetzen können.

BEISPIEL 2: Claudia S. und das Leben mit einem Aneurysma

Frage: Was raten Sie Frau Claudia S. und ihrer Familie, die unter diesem Zustand sehr leidet? Dieser Fall zeigt die Ungerechtigkeit im österreichischen Sozialsystem auf. Würde sich diese Frau von ihrem Mann scheiden lassen, hätte sich Anspruch auf Sondernotstandshilfe oder Mindestsicherung. Daher fordere ich schon lange, dass Sondernotstandshilfe, bzw. in weiterer Folge Ausgleichszulage, unabhängig vom Partne reinkommen sein muss.



(C) Katrin Schützenauer

FPO

Förderprojekt Wundmanagement Burgenland

von Mario Arnhold, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und zertifizierter Wundmanager



(C) Ewald Fröch

Aufgrund der Zunahme von chronischen bzw. nicht heilenden Wundsituationen, ausgelöst vor allem durch Erkrankungen wie venöser Insuffizienz, Diabetes Mellitus oder vieler anderer Ursachen, wurde im Jahre 2000 eine neue Berufsgruppe eingeführt. Die erste Ausbildung im deutschsprachigen Europa wurde in Graz angeboten.

Die Berufsbezeichnung lautete „Zertifizierter Wundmanager“. Zur Ausbildung zugelassen sind Ärzte und Diplompflegepersonal mit zweijähriger Berufserfahrung. Die ersten niedergelassenen Wundmanager folgten in den darauffolgenden Jahren.

Die Behandlungskosten wurden aber von den Krankenkassen nicht übernommen, woraus eine erheb-

liche finanzielle Belastung für die Betroffenen resultierte. Im Jänner 2017 konnte nach langjähriger Intervention ein Pilotprojekt zur Förderung der Behandlungskosten für Wundpatienten realisiert werden. Dieses Pilotprojekt wurde für zwei Jahre bewilligt und beschränkt sich auf das Bundesland Burgenland.

Die Fördersumme teilt sich zu je 50 Prozent auf die Krankenkassen und die burgenländische Landesregierung auf. Gefördert werden zu 100 Prozent jene Patienten, die in einer sozialen Hilfsbedürftigkeit sind (Ausgleichszulage, Rezeptgebührenbefreiung), alle anderen Patienten zu 50 Prozent.

Der Projektpartner im Burgenland ist die „Arbeitsgemeinschaft

Wundmanagement Burgenland“. Jeder Bezirk wird durch einen niedergelassenen Wundmanager betreut. Dieses Förderprojekt stellt eine große neue Sozialleistung der burgenländischen Landesregierung dar. Erwähnt sei hier die sehr hilfreiche Unterstützung seitens der FPÖ.

„Die Menschen wollen Lösungen“

Mag. Ulrike Lunacek



Wer ist Ulrike Lunacek?

Ulrike Lunacek ist eine österreichische Grün-Politikerin mit Erfahrung, Sachverstand, Durchsetzungsvermögen, Beharrlichkeit, viel Herzblut und großer Liebe zu ihrer Arbeit – die in ihrer knappen Freizeit am liebsten schwimmen geht.

Sie haben sich entschieden für diese Wahl zu kandidieren. Mit welchen Kernthemen wollen sie den Wahlkampf führen?

Die Grünen sind welfaffen, solidarisch, ökologisch und pro-europäisch – und das sind auch unsere Kernthemen für diesen Wahlkampf: Mit solidarisch meine ich die Umverteilung von Vermögen der oberen 10 Prozent an all jene, die sich zum Beispiel keine Wohnung oder eine menschenwürdige Pflege leisten können. Wir können leistbare Mieten tatsächlich für alle schaffen, damit Familien sobald sie Zuwachs bekommen nicht in Wohnungsnot geraten. Daher brauchen wir auch die Wiedereinführung der Erbschafts- und Schenkungssteuer.

Der Ausstieg aus Öl, Gas und Kohle wird neue Chancen für unser Land bringen. Stoppen wir die Milliarden-Subventionen für Diesel und Öl – damit kann der öffentliche Verkehr leistbar und die Umwelt sauber gehalten werden.

Und nicht zuletzt bin ich überzeugt davon, dass nur ein starkes pro-europäisches Österreich auch Gewicht hat.



Im Jahr 2017 gab es einige Abspaltungen bei den „Grünen“. Wie sehen Sie diese Veränderungen?

Die „Liste Pilz“ ist ein Konkurrent wie viele andere. Aber meine Hauptgegner sind SPÖ und ÖVP, die vieles verabsäumt haben. Wenn die Grünen in der Regierung wären, wäre in Österreich vieles besser, sozialer, grüner.

Welche Stärken prädestinieren Sie für einen Posten als „Bundeskanzlerin“?

Ich kann Ihnen gerne antworten, was die Grünen für eine Regierungsbeteiligung prädestiniert. Das ist die entscheidende Stärke, die wir Grüne insgesamt haben und mittlerweile in sechs österreichischen Landesregierungen täglich beweisen: Menschen wollen Lösungen und keine Angst-Bewirtschaftung. Sie fordern von uns eine Politik, die sich mit ihren Problemen auseinandersetzt und die ihnen Antworten für ihre Fragen und Sorgen liefert. Und wir Grüne haben diese Antworten für eine faires, solidarisches und ökologisches Österreich in einem ebensolchen Europa.

Was bringt eine Ulrike Lunacek „auf die Palme“?

Politik aus reinem Machtinteresse heraus und Ignoranz gegenüber der Vielfalt dieser Welt und ihrer Menschen und ihrer Bedürfnisse und Rechte.

Was würden Sie bewegen wollen, wenn Sie die Funktion „Bundeskanzlerin“ besetzen würden?

Wir Grüne arbeiten am Zusammenschnitt in unserer Gesellschaft und geben nicht auf, auch wenn Kurz und Strache mit ihrer Angstmache unablässig fortfahren. Ich bin unbedingt davon überzeugt, dass es möglich ist, unsere Heimat

positiv aufzuladen, innovative Ideen der Bürgerinnen und Bürger in die politische Arbeit aktiv einzubeziehen. Gemeinsam können wir eine positive Vision von Österreich schaffen, das ist mein Ziel in diesem Wahlkampf. Dranzubleiben und unentwegt an einem positiven Österreich zu arbeiten. Das sehe ich – egal in welcher Funktion – als meine Aufgabe als Politikerin.

Die Grünen haben sich immer für die „demenzfreundlichen Bezirke“ in Wien stark gemacht. Wie sehen sie dieses Thema?

Ich finde es sehr positiv, dass Österreich eine Demenzstrategie entwickelt hat. Für die Umsetzung braucht es aber eine solide Finanzierung, sowohl von Seiten des Bundes wie auch von den Ländern. Denn es ist zu wenig sich bei der Umsetzung der wichtigen Maßnahmen darauf zu verlassen, dass sich Freiwillige darum bemühen werden. Die Mittel dafür können auch nicht nur aus dem Pflegefonds kommen. Es braucht eine eigene Budgetierung in der Zukunft, da die Anzahl der Menschen mit dementer Erkrankung laufend ansteigt.

Mit der Strategie ist es wichtig vor allem die öffentlichen Dienstleister (Polizei, Rettung, den öffentlichen Verkehr etc.) zu erreichen, aber auch die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.

Haben Sie in Ihrem eigenen Umfeld mit diesem Thema bereits Kontakt gehabt?

Ja.

Frage zum Fallbeispiel 1: Welche Maßnahmen halten Sie für wichtig, sinnvoll und umsetzbar um zu gewährleisten, dass pflegebedürftigen Kindern- und Jugendlichen, therapieunterstützende und für die Bewältigung

des Alltages sowie der sozialen Integration notwendige Heilbe Hilfe und Therapiematerialien genehmigt werden?

Die von Ihnen geschilderten Probleme mit der Hilfsmittelversorgung sind leider sehr vielen Menschen bekannt. Damit Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben führen können, sind Hilfsmittel eine lebensnotwendige Grundlage. In Österreich gibt es zahlreiche Probleme bei der Hilfsmittelversorgung: sehr viele unterschiedliche Kostenträger sind für die Finanzierung zuständig. Es ist oft nicht möglich, Hilfsmittel zur Gänze auszufinanzieren und es fehlt ein rechtlicher Anspruch für die Finanzierung von Hilfsmitteln. Auch der sogenannte Hilfsmittelkatalog der Sozialversicherungsträger ist nicht auf dem neuesten Stand. Und das, obwohl der Nationale Aktionsplan Behinderung 2012-2020 dazu mehrere konkrete Maßnahmen enthält. Auch im derzeit noch gültigen Regierungsprogramm wird die Hilfsmittelproblematik erkannt und u.a. eine zentrale Anlaufstelle für Hilfsmittel ab 2016 angekündigt. Passiert ist leider allerdings wenig. Daher haben auch einen Antrag eingebracht, in dem wir den Sozialminister und die Länder auffordern, einen bundeseinheitlichen Rechtsanspruch auf Hilfsmittel umzusetzen und eine zentrale Anlaufstelle für Menschen, die Hilfsmittel benötigen, zu errichten. Unser Antrag wurde leider am 28.6.2016 vertagt.

Wir werden uns jedoch in der nächsten Gesetzgebungsperiode selbstverständlich weiterhin für dieses wichtige Thema einsetzen und den Antrag wieder einbringen.

Frage zu Fallbeispiel 2: Was raten Sie Frau Claudia S. und ihrer Familie, die unter diesem

Zustand sehr leidet?

Die von Ihnen beschriebene Problemlage ist sehr häufig. Sie tritt in etwa 45.000 Mal im Jahr auf. Rechnen wir die Zahl der potentiell mitbetroffenen Familienmitglieder dazu – also etwaiger Kinder und Enkel, die entweder direkt beteiligt oder indirekt betroffen sind – kommen wir auf etwa 400.000 Menschen im Jahr, die von dieser „Lücke“ im Gesetz betroffen sind. Unsere Sozialsprecherin Judith Schwentner hat daher bereits mehrfach per Antrag im Nationalrat eine Gesetzesänderung vorgeschlagen, bei der nicht auf eine fiktive Orientierung auf den Arbeitsmarkt, sondern auf eine konkret erreichbare Einkommensuntergrenze abzielt. Jedenfalls in Invaliditätspension gehen können soll, wer aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, mit ei-

gener Erwerbstätigkeit zumindest ein monatliches Nettoeinkommen in der Höhe der Ausgleichszulage zu erzielen. Damit ist dem Verweis auf den fiktiven Arbeitsmarkt ein Riegel vorgeschoben.

Von den etwa 45.000 pro Jahr betroffenen Menschen wäre auf diese Weise jedenfalls zumindest 42.000 Menschen geholfen.

Wir werden diesen Antrag mit weiteren vorzuschlagenden Änderungen zu Beginn der neuen Gesetzgebungsperiode wieder zur Diskussion stellen, weil es derzeit in Fällen wie den von Ihnen beschriebenen schlichtweg keine Hilfe gibt. Die Menschen werden tatsächlich von der Politik im Stich gelassen. Es wäre daher unseriös, der Protagonistin Ihres Beispiels „etwas zu raten“. Hier hat die

Politik die Fehler gemacht. Ohne Politik lässt sich der Fehler nicht so einfach „gutmachen“.



Wie geht das denn - „demenzfreundlich“ werden?

„Mein Vater ist wieder einmal davongelaufen. Wir waren in heller Aufregung. Was, wenn er nicht nach Hause findet? Wenn er irgendwo auf einer Bank sitzt und nicht mehr weiß, wo er ist?“ sagt Frau M. besorgt.

Angehörige sind immer wieder in einer extrem schwierigen Situation, wenn jemand, für den sie sorgen, verschwindet. Gerade diese Belastungen sind es, die ein demenzfreundlicher Bezirk, ein Grätzel, eine Stadt, eine demenzfreundliche Nachbarschaft, verändern kann.

Um eine Umgebung und ihre Menschen für das Thema Demenz zu sensibilisieren, haben sich verschiedene Einrichtungen auf den Weg gemacht. In den sogenannten Vernetzungstreffen kommen Menschen aus den Bezirken, Gemeinden, sozialen Einrichtungen, Betrieben und pflegende Angehörige zusammen, die sich darüber austauschen, welche Hilfs- und Unterstützungsangebote es bereits gibt, welche entwickelt werden können. Aber auch, welchen persönlichen Beitrag sie dazu leisten können.

Das Modell der demenzfreundlichen Gottesdienste der unterschiedlichsten Konfessionen ist bereits bekannt geworden. Es gibt den an Demenz leidenden Menschen eine Möglichkeit, mitten in der Gemeinde der Gläubigen, eine auf ihre Möglichkeiten angestimmte Feier zu erleben. Diese besondere Form von Gottesdiensten haben in Berlin bereits 2010 begonnen und ihr Beispiel wurde nun auch auf Wien übertragen.

Zur demenzfreundlichen Stadt und ihren demenzfreundlichen Bezir-

ken und Nachbarschaften gehört aber auch die Sensibilisierung der Menschen, die vor allem im öffentlichen Dienst tätig sind, allen voran die Sicherheitsbeamten. Die modular aufgebaute Schulung schafft Sicherheit, wenn Menschen mit dementer Erkrankung „aufgefunden“ werden. Wie man mit ihnen begleitend umgeht, ihnen hilft, sich wieder zurechtzufinden, falls die Orientierung zum Problem wird, ist eine der Kernaufgaben. Auch Verkehrsbehörde, Banken, Wirtschaftsbetriebe und viele andere sind dazu aufgerufen, sich mit dem Thema „Umgang mit von Demenz betroffenen Menschen“ auseinanderzusetzen. Ein weiteres großes Projekt wird es sein, vor allem auch das Personal in Krankenhäusern zu schulen. Gerade Krankenhausaufenthalte sind sehr oft Streßauslöser und bringen Menschen, die an Demenz leiden, rasch in eine krisenanfällige Situ-

ation. Schritt für Schritt kann es so gelingen, betroffene Menschen und ihre Angehörigen nicht aus dem öffentlichen Leben und der sozialen Gemeinschaft zu verdrängen.

Wenn der Vater von Frau M. wieder einmal abgängig sein sollte, kann eine demenzfreundliche Umgebung eine wichtige Hilfe sein, um den Betroffenen, aber auch den Angehörigen und Zugehörigen, zur Seite zu stehen und ihnen allen Sicherheit zu geben.

Autorin



Facebook



Birgit Meinhard-Schiebel

Schauspielerin, Erwachsenenbildnerin, Werbekonsulentin, Sozialmanagerin,

seit 2015 Gemeinderätin/Landtagsabgeordnete Wien
seit 2010 Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger,



(C) romanie

„Zeit für einen Wandel in der Pflege“

Mag. Dr. Matthias Strolz



(C) Katrin Schützenauer

Wer ist Matthias Strolz?

Ich bin ein Bergbauernbub, Vorarlberger, Wiener und Europäer. Ich bin Familievater, Unternehmer und Chef der NEOS.

Ich liebe Politik. Das hat mich schon als Bub fasziniert - wie wir Menschen miteinander tun, wie wir uns als Gemeinschaft organisieren. Und es hat mir immer schon getaugt, selbst mit anzupacken. Ob als Organisator eines Ministrantenlagers, Schulsprecher, Landesschulsprecher, ÖH-Vorsitzender, in meinen vielen anderen ehrenamtlichen Engagements (z.B. beim Europäischen Forum Alpbach) oder nun als Abgeordneter und NEOS-Klubobmann - ich möchte Gutes mit in die Welt bringen.

Sie haben sich entschieden für diese Wahl zu kandidieren. Mit welchen Kernthemen wollen sie den Wahlkampf führen?

Wir wollen die Blockade und Verschwendungen des aktuellen Macht- systems beenden und unser Land zu einer Heimat großer Chancen machen. Mehr Chancen für alle, statt Privilegien für wenige.

In den letzten Wochen haben wir die sogenannten „Chancenpläne“ präsentiert. Dabei geht es uns darum, Pläne für die großen Herausforderungen unserer Zeit zu erarbeiten, mit ganz konkreten Vorschlägen, wie wir unser Land vom Parteien-Staat zur Bürger_innen-Republik machen. Diese Chancenpläne werden auch im Wahlkampf eine entscheidende

Rolle einnehmen: „Athletischer Staat“ mit Viktoria Kickinger, „Nachhaltiger Aufschwung“ mit Karl Sevelda, „Gelingende Integration“ mit Ferdinand Maier und Stefan Unterberger, „Faire Digitalisierung“ mit Max Schrems sowie „Engagiertes Europa“ unter der Leitung von Heinrich Neisser und Verena Ringler.

Darüber hinaus werden unsere Kernthemen wie Bildung, Wirtschaft, Demokratieinnovation und enkelfitte Sozialsysteme eine zentrale Rolle spielen.

Sie holen sich derzeit viele neue Personen ins Team, die eine bunte Bandbreite an Interessen abdeckt. Haben Sie hierfür auch für das Gesundheitswesen neue Player vor aufzunehmen?

Wir sind im Gesundheitsbereich mit Gerald Loacker im Parlament sehr gut aufgestellt. Natürlich haben wir auch auf den Bundesländer-Listen und in den Landesteam Leute aus dem Gesundheitssystem – von Ärztinnen und Ärzten über Altenpflegerinnen bin hin zu Psychologinnen. Gerald Loacker ist breit vernetzt und kann auf eine Vielzahl von Expertinnen und Experten zurückgreifen – auch aus den unterschiedlichen Bereichen der Pflege. Und wir wachsen weiter und freuen uns dabei aber über jedes neue Gesicht, das sich bei NEOS für bestimmte Themen engagieren möchte.

Welche Stärken prädestinieren Sie für einen Posten als „Bundeskanzler“?

Ich bin in die Politik gegangen, um mich für die Bürgerinnen und Bürger und ihre Chancen einzusetzen. Dafür bringe ich Idealismus, sachliche Leidenschaft, langen Atem und meine Erfahrung als Mensch, Vater und Unternehmer ein. Jedes Regierungsamt ist eine

dienende Funktion für die Menschen, nicht für einen persönlich – um etwas Sinnvolles und Gutes in der Gesellschaft zu bewegen. Das ist mein Verständnis von Macht.

Was bringt einen Matthias Strolz „auf die Palme“?

Unehrlichkeit. Doppelbödigkeit. Arrogante Ignoranz.

Was ist Ihnen als Person wirklich wichtig?

Ich muss mich jeden Tag im Spiegel anschauen können und zwei Fragen positiv beantworten können: Ist es richtig. Und ist es wichtig, was ich derzeit mache.

Was würden Sie als erstes bewegen wollen, wenn Sie die Funktion „Bundeskanzler“ besetzen würden?

Ich bin der Überzeugung, dass wir mit guter, ganzheitlicher Bildung unserer Kinder und Jugendlichen einen riesigen Hebel in der Hand haben, um die großen Herausforderungen unserer Zeit positiv, konstruktiv und kreativ in Angriff zu nehmen. Also – eine echte, umfassende Bildungsreform. Eine Bildungswende, die von unten wächst – mit beherzten und passionierten Pädagoginnen und Pädagogen. Die Kinder mit ihren Talenten, Potenzialen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt – das ist mein Anspruch.

Wir steuern auf eine Überalterung der Gesellschaft zu. Wie wollen Sie dieser Herausforderung entgegentreten?

Der demographische Wandel ist eine der größten Herausforderungen für unser Sozialsystem. Wesentlich für den Erhalt und die Sicherstellung der besten Versorgung der Bevölkerung ist in diesem Zusammenhang, dass genügend zum Erhalt des Systems beitragen können. Wir müssen es also

schaffen, dass Menschen durch eine Erwerbstätigkeit länger im System etwas beitragen können und Menschen erst so spät wie möglich Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Dazu gehört insbesondere eine präventive Gesundheitspolitik, die frühzeitige Erkrankungen verhindert und es ermöglicht, dass Menschen länger am Arbeitsmarkt aktiv bleiben können.

Neben dieser grundsätzlichen Frage sind auch in spezifischen Bereichen Potenziale zu nutzen, um das gesamte Sozialsystem besser für die kommenden Jahrzehnte zu wappnen, denn immer mehr Menschen werden eine Pension beziehen und auch die Zahl der Pflegebedürftigen wird stark ansteigen. Deshalb braucht es auch eine Pensionsreform, die klare Anreize für eine längere Erwerbstätigkeit setzt und eine nachhaltige Verbesserung für Pflegebedürftige durch einen Ausbau und einen klaren Fokus auf mobile Pflege.

Wie würden Sie unser Gesundheitswesen verbessern wollen?

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt von Ineffizienz und zu vielen sich konkurrierender Interessen, die vielerorts einer besseren gesundheitlichen Versorgung der Menschen oder einer strikt wirkungsorientierten Mittelverwendung entgegenstehen. Statt bei diesem unübersichtlichen, teils überbürokratisierten System zu sparen, wird bei den Patientinnen und Patienten gespart. Das wollen wir beenden und damit auch mehr Gerechtigkeit in das Gesundheitswesen bringen.

Die Zahl der Krankenkassen und Sonderversicherungsträger ist viel zu hoch und führt vor allem zu Ungerechtigkeiten in der Versorgung

der Versicherten. Wir brauchen keine Krankenkassen mit Wertpapiervermögen in dreistelliger Millionenhöhe, während die Leistungsverknappung ihren Lauf nimmt und immer mehr Menschen in den Privatzahler- bzw. Wahlarztbereich gedrängt werden, weil das Kassenarztsystem überlastet ist. Dieses Vermögen muss wieder den Versicherten zu Gute kommen und nicht Funktionären in den Sozialversicherungen.

Wie wollen Sie unser Sozialsystem verbessern?

Ein erfolgreiches Sozialsystem baut auf Solidarität und Leistungsbereitschaft auf. Beides kommt aus unserer Sicht in Österreich zu kurz. Die Solidarität zwischen den Generationen wird durch eines der teuersten Pensionssysteme der Welt auf die Probe

gestellt und bringt die finanzielle Leistungsfähigkeit des Sozialsystems langfristig in Gefahr. Gleichzeitig führen verschiedene Mechanismen im Sozialsystem dazu, dass Menschen statt eine Arbeit aufzunehmen in die Langzeitarbeitslosigkeit abrutschen. Es muss deshalb klar sein, dass sich Leistung immer lohnen muss. Nur mit einer entsprechenden Leistungsbereitschaft kann die Solidarität des Sozialsystems auch weitergeführt werden. Dazu bedarf es einiger Reformen:

In der Mindestsicherung müssen mehr Arbeitsanreize gesetzt werden. Damit kommen Menschen schneller in Beschäftigung und können für sich selber sorgen und einen Beitrag für die Gesellschaft leisten. Arbeitssuchenden Menschen ist am besten geholfen,

wenn sie entsprechende Anreize haben, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Dadurch können sie wieder auf eigenen Beinen stehen und bekommen einen Teil ihrer Selbstbestimmung und Unabhängigkeit zurück.

Damit Menschen überhaupt einen Beitrag leisten können, brauchen sie nicht nur einen Job, sondern müssen überhaupt auch gesundheitlich dazu im Stande sein. In Österreich wird dahingehend zu wenig gemacht, Menschen präventiv vor Arbeitsunfähigkeit zu schützen. Gleichzeitig wird auch zu wenig gemacht, damit Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nochmal eine Chance am Arbeitsmarkt bekommen. Wir möchten deshalb den präventiven Fokus im Gesundheitssystem vorantreiben, aber auch Rah-



menbedingungen schaffen, damit auch bei gesundheitlichen Einschränkungen ein eigenständiges Leben und Einkommen möglich ist. Wesentlich hierfür ist z.B. die Ermöglichung einer „Teilarbeitsfähigkeit“, als Äquivalent zu einer Teilpension.

Die Verknappungspolitik macht auch vor der Pflege nicht halt. Der Föderalismus, eine zersplitterte Finanzierung und zu viel Konzentration auf das teure System der stationären Pflege lassen dabei viele finanzielle Mittel verloren gehen. Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass eine Grundversorgung gesichert ist. Es besteht Einsparpotential, und das sollte auch genutzt werden, um an anderer Stelle eine ausreichende Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln und pflegerischen Leistungen zu gewährleisten.

Frage zum Fallbeispiel 1: Welche Maßnahmen halten Sie für wichtig, sinnvoll und umsetzbar um zu gewährleisten, dass pflegebedürftigen Kindern- und Jugendlichen, therapieunterstützende und für die Bewältigung des Alltages sowie der sozialen Integration notwendige Heilbehelfe und Therapiematerialien genehmigt werden?

Eltern mit chronisch kranken oder schwerkranken Kindern müssen sich mehreren Herausforderungen stellen. Sie stehen täglich - egal ob sie berufstätig sind oder nicht „in Alarmbereitschaft“ und brauchen ein verlässliches Unterstützungsnetzwerk aus einer Hand. Um die optimale Unterstützung bei der Betreuung von Angehörigen zu Hause zu gewährleisten, möchten wir ein bundesweit einheitliches Verständnis von Case Management und landesweite Standards

für einen geregelten Case Management Prozess etablieren. Unterschiedliche Professionen, Netzwerke und Sektoren sollen hier besser als bisher zusammenarbeiten. Wenn wir das schaffen, dann wird auf die Bedürfnisse von Yannik und seiner Familie fallbezogen, treffsicherer und empathischer eingegangen. Auch der finanzielle Mitteleinsatz der öffentlichen Hand findet dann angemessen und treffsicher statt. Das Beispiel mit dem nicht bewilligten Therapiestuhl und den Sitzschalen, die mittelfristig mehr Kosten verursachen, sollte es dann nicht mehr geben.

Für einen echten Systemwandel in der Pflege haben wir folgende Pläne:

Eine Diskussion zur Zukunft der Pflege darf nicht – so wie zuletzt gesehen – bei Diskussionen rund um Finanzierung und Regress beginnen. Sie muss bei den Menschen, die pflegebedürftig sind, und ihren Familien ansetzen. Das Pflegesystem in der aktuellen Ausprägung gehört umfassend reformiert. Es gleicht einem Fleckerlteppich mit sehr unterschiedlichen

Qualitätsstandards, Regelungen und Kostenbeteiligungen. In einem guten System sind die Leute möglichst lange in Betreuung, aber nur kurz bzw. wenig in Pflege. In großen Pflegeheimen ist die Betreuung oft aufgrund von Personalknappheit nicht ausreichend und bleibt aufgrund des hohen Pflegebedarfs auf der Strecke. Wir NEOS fordern daher:

- Ein klares Bekenntnis zu mobiler Pflege. Wir wollen keine neuen Bettenburgen bauen, sondern den vollen Fokus auf dezentrale Lösungen setzen.
- Pflegedienste dezentral organisieren: Die Verantwortung für die Erbringung der persönlichen und praktischen Unterstützung sowie entsprechender Räumlichkeiten liegt bei den Gemeindeverwaltungen.
- Bundesweite Vereinheitlichung der Qualitätsstandards und Personalverteilung.

Frage zu Fallbeispiel 2: Was raten Sie Frau Claudia S. und ihrer Familie, die unter diesem



(C) Katrin Schützenauer

Zustand sehr leidet?

Das österreichische System kennt nur krank oder gesund. Oft sind Menschen aber teilweise arbeitsfähig, aber eben nicht voll. Bisher gibt es nur eine Wiedereingliederungsteilzeit, die sehr unflexibel ist und nur für jene, die schon in Beschäftigung sind und nach längerer Krankheit teilweise wieder zurück in den Arbeitsmarkt kommen wollen. Für Claudia S. wäre aber unser Vorschlag besser: eine

Teilarbeitsfähigkeit, die es ihr ermöglicht, teilweise zu arbeiten und teil-berufsunfähig zu sein. Das könnte ein Rahmen für Claudia S. sein, in dem sie einerseits persönlich und beruflich wieder besser Tritt fassen kann und gleichzeitig ihre groben gesundheitlichen Beeinträchtigungen respektiert.

neos



(C) Katrin Schützenauer



Was wird aus der Pflege?

Perspektiven auf die Zukunft der Ausbildung

Colombine Eisele (Hg.)
Roadmap in die Zukunft

Modelle und Überlegungen zur Ausbildung einer
kommenden Generation von Pflegepersonen

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



Pflege als tertiäre Ausbildung – das stellt Lehrende, PraktikerInnen und zukünftige Studierende vor verschiedenste Herausforderungen. Im Mittelpunkt steht berufsrelevantes, handlungsorientiertes Lernen; das Ziel sind PflegepraktikerInnen, die ihre Tätigkeit sinnvoll ableiten und haltbar argumentieren können.

In diesem Band widmen sich ExpertInnen dem neuen Ausbildungskonzept, von theoretischen Grundlagen einer fallorientierten Didaktik über die Frage „Was sollen Pflegepersonen können und dürfen?“ und das Rollenverständnis von Lehrenden bis hin zu verschiedenen Modellen, Instrumenten und Best-Practice-Beispielen zum „dritten Lernort“.

Verschiedene Beatmungsformen in der außerklinischen Anwendung

In der außerklinischen Beatmung wird eine Vielzahl unterschiedlicher Beatmungsformen angewandt. Deren Übersicht und Funktionsweise darzustellen ist Ziel dieses Artikels. Sehr häufig wird die Druckkontrollierte Beatmung PCV bzw. A-PCV angewandt, da es die meisten Vorteile für beatmete Patienten hat. Wesentlich seltener sind die volumenkontrollierte Beatmung VCV und die druckunterstützende Beatmung PSV. Auch Mischformen wie die druckregulierte- volumenkontrollierte Beatmung finden sich selten.

1. Spontanatmung und Überdruckbeatmung

Die Lunge ist ein unter Spannung stehendes elastisches Organ. Durch Kontraktion des Zwerchfells und der äußeren Rippenmuskeln wird der Brustkorb vergrößert, das Lungengewebe gedehnt und somit wird innerhalb der Lunge ein geringer Unterdruck erzeugt. Luft strömt daher bei der Inspiration (Einatmung) in die Lunge hinein bzw. wird „einsaugt“. Die Exspiration (Ausatmung) geschieht passiv. Das Zwerchfell erschlafft, die elastischen Kräfte der Lunge wirken, wodurch sich der Brustkorb verkleinert. Durch den nun entstandenen geringen Überdruck innerhalb der Lunge, strömt Luft hinaus.

Die Luft strömt immer entlang einer Druckdifferenz, vom Ort höheren Drucks zum Ort niedrigeren Drucks. Künstliche Beatmung ist eine Überdruckbeatmung, eine Beatmung mit positivem Druck. Während bei der Spontanatmung

der Luftdruck in der Einatmung negativ ist, so ist er bei der künstlichen Beatmung immer positiv. Das ist zunächst einmal unphysiologisch und kann die Lunge schädigen. Daher wird versucht, die Lunge schonend zu beatmen, das nennt man lungenprotektive Beatmung.

2. Unterscheidungsmerkmale der Beatmungsformen

Die Beatmungsformen können danach unterteilt werden, ob die Atemarbeit des Patienten vollständig übernommen wird oder nicht. Man spricht von mandatorischer oder kontrollierter Beatmung, wenn die Atemarbeit des Patienten vollständig vom Respirator übernommen wird. Kann der Patient noch einen Teil der Atemarbeit leisten, dann spricht man von assistierter oder augmentierter Beatmung oder Atemhilfe.

Beatmungsformen werden nach den Kontrollmechanismen unterschieden. Druckkontrollierte

Beatmung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Beatmungs- bzw. Luftdrücke vom Anwender festgelegt werden. Volumenkontrollierte Beatmung beschreibt die Verabreichung eines festgelegten Atemzugvolumens.

Beatmungsformen werden nach den Steuerungsarten unterteilt. Steuerungsarten definieren, wann sowohl die Einatemphase als auch die Ausatemphase beginnt und endet. Dabei kann sie einerseits vom Beatmungsgerät zeitlich gesteuert werden. Andererseits kann der Patient es auslösen, triggern.

3. Druckkontrollierte Beatmung – Pressure Controlled Ventilation PCV

Die druckkontrollierte Beatmung ist eine Form der kontrollierten Beatmung. Die Atemarbeit wird vom Respirator übernommen.

3.1 Ablauf der druckkontrollierten Beatmung

Ausgehend von einem PEEP bzw.



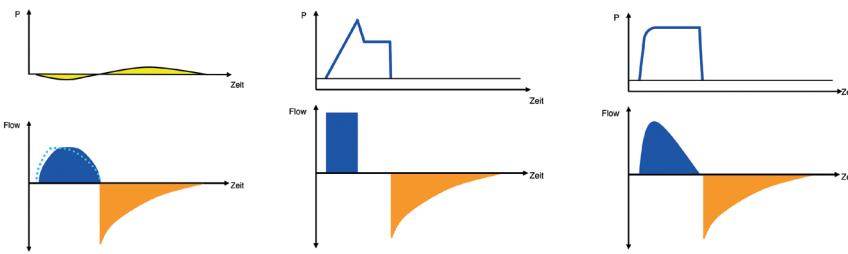


Abb 1 Sinusflow bei links Spontanatmung (schnelle Einatmung: gestrichelte Linie), Konstanter Flow mittig bei volumenkontrollierter Beatmung Dezelerierender Flow rechts bei druckkontrollierter Beatmung

EPAP – Niveau, der gesichert die Atemwege und Alveolen offen halten soll, beginnt die Inspiration (Abb.2). Es wird so viel Luft geliefert, bis ein vorbestimmter Luftdruck P_{insp} / P_{in} / P_i / P_{IPAP} aufgebaut ist. Dieser wird so hoch eingestellt, dass eine ausreichende Belüftung hergestellt ist. Die Geschwindigkeit, mit der die Luft geliefert wird, hängt von der Flankensteilheit bzw. der Einstellung der Rampe / der Kurve / des Anstiegs ab.

Ist der vorbestimmte Luftdruck in den Atemwegen erreicht, wird dieses Luftdruckniveau für die gesamte Dauer der Inspiration aufrechterhalten. Die Dauer der Inspiration richtet sich nach den Einstellwerten des T_{insp} oder des I:E – Verhältnisses. Die Dauer der Rampe gehört schon zur Inspirationszeit (siehe Abb 2).

Ist die Inspirationszeit abgelaufen, wird die verabreichte Luft über das Exspirationsventil wieder auf das PEEP / EPAP – Niveau gesenkt. Die Exspirationsphase beginnt und seine Dauer richtet sich nach der errechneten Zeit des I:E Verhältnisses bzw. nach deren Vorgaben. Dann beginnt ein neuer Beatmungszyklus.

Alle Parameter werden vom Beatmungsgerät ausgerechnet und als Messwert angezeigt. Mit einer druckkontrollierten Beatmung ist eine gesicherte Beatmung des Patienten hergestellt. Der Beatmungsdruck wird für die Dauer der

Inspirationszeit konstant gehalten.

3.2 Anwendung der PCV Beatmung

Die PCV Beatmung ist für Menschen geeignet, deren Fähigkeit zu eigener Atmung verloren ist, so bei hoher und vollständiger Querschnittslähmung oder bei vollständig ausgeprägter neuromuskulärer Erkrankung. Die Menschen sind tetraplegisch und haben eine vollständige Ateminsuffizienz ohne Eigenatmung.

Die A-PCV Beatmung ist zudem für alle Menschen geeignet, die noch Eigenatemaktivität haben. Sie sollen bei Bedarf weitere Beatmungshübe auslösen können, der Respirator soll ihnen dabei helfen. Das betrifft Menschen, die sowohl kontinuierlich als auch intermittierend beatmet sind. Die intermittierende druckkontrollierte Beatmung soll eine Erholung der Atemmuskulatur bewirken, die umso ausgeprägter ist, je länger die Dauer der Beatmung ist, in der Regel in den Nachtstunden. Sowohl beim Anschließen an die Beatmung als auch während der Ruhe- und Erholungsphasen haben die Menschen jedoch eigene Atemaktivität. Das muss zugelassen werden.

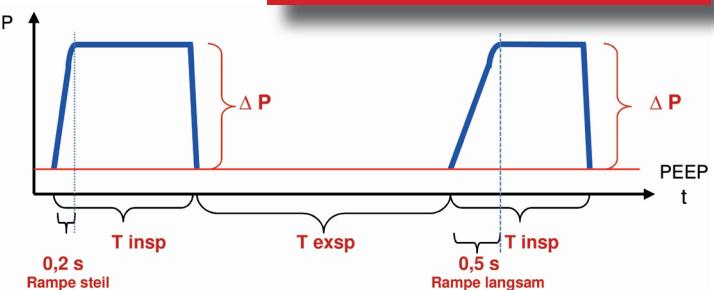
4 Volumenkontrollierte Beatmung – VCV

Die volumenkontrollierte Beatmung ist eine Form der kontrollierten Beatmung. Es wird ein gezieltes Tidalvolumen eingestellt und dem Patienten verabreicht. Der eingestellte Flow bestimmt die Geschwindigkeit, mit der die Luft verabreicht wird. Der Atemzyklus richtet sich nach den Einstellungen der Beatmungsfrequenz und des Atemzeitverhältnisses. Eine volumenkontrollierte Beatmung erscheint als die klassische Form der Beatmung. Sie hat den Vorteil, dass für die Patienten eine sichere und zuverlässige Beatmung gewährleistet wird. Als Nachteil erscheinen unbekannt hohe Beatmungsdrücke, Pendelluft, Scherkräfte und Emphysembildung.

4.1 Ablauf einer volumenkontrollierten Beatmung

Zu Beginn der Inspiration strömt die Luft mit einem bestimmten Flow (mit einer bestimmten Geschwindigkeit) in die Lungen ein. Der Luftdruck steigt kontinuierlich

Abb 2 Ablauf der druckkontrollierten Beatmung



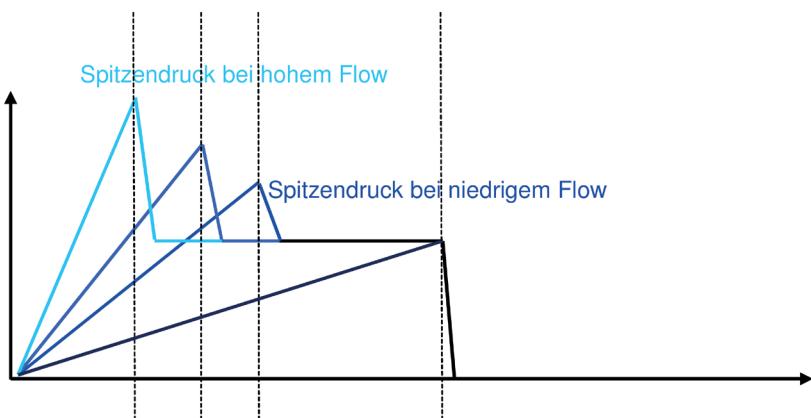


Abb 3 Spitzendrücke und Plateauphasen bei unterschiedlich hohem Flow

an und erreicht dann einen sog. Spitzendruck der Ppeak oder PIP, der auch in den Messwerten angezeigt wird.

Je größer der Flow eingestellt wird, desto schneller steigt der Druck an. Je niedriger der Flow eingestellt wird, desto langsamer steigt der Druck an. Moderne Beatmungsgeräte gestalten den Flow derart, dass er über die gesamte Inspirationszeit aufrecht erhalten bleibt. Dadurch kommt es gar nicht zur Entwicklung eines Spitzendrucks bzw. dieser entsteht erst am Ende der Inspirationszeit (Abb.3).

Ist ein Spitzendruck erreicht, so ist das vorbestimmte und eingestellte Hubvolumen in den Lungen appliziert. Dabei ist der Wert des Spitzendruckes zunächst unbekannt. Der Druck fällt nach Erreichen des Spitzendrucks wieder leicht ab und pendelt sich auf einem niedrigeren Niveau, dem Plateaudruck, ein. Auch dessen Höhe ist zunächst unbekannt.

4.1.1 Warum fällt der Luftdruck wieder ab ?

So lange die Luft in die Lungen hineingepresst wird, kann sie sich nicht gleichmäßig verteilen. Einige Lungenareale erhalten mehr Luft, vor allem das Bronchialsystem, andere weniger. Die Luft staut sich quasi, deshalb steigt auch der

Luftdruck. Dieser wird gemessen und als Spitzendruck (Ppeak oder PIP) angezeigt.

Ist das gesamte Hubvolumen verabreicht, verbleibt meist noch ein Rest der Inspirationszeit. In dieser Phase hat die Luft Zeit, sich gleichmäßig in den Lungen zu verteilen. Es entsteht jedoch Pendelluft, die nachteilig für die Patienten ist. Der Druck in dieser Phase fällt auf das Niveau des Plateaudrucks ab.

4.1.2 Plateauphase

Die Zeit des Plateaudrucks wird Plateauphase genannt. Sie bleibt für den Rest der Inspiration erhalten. Der Patient kann während dieser Zeit nicht ausatmen, da die Ventile geschlossen sind. Während der Plateauphase wird die inspirierte Luft folglich in den Lungen gehalten. So besteht ausreichend Zeit für den Gasaus tausch (Abb. 4).

4.2 Anwendung der volumenkontrollierten Beatmung

Dieser Beatmungsmodus wird Patienten angeboten, bei denen es wichtig ist, dass ein gesichertes Atemzugvolumen verabreicht wird, da sonst die Hypoventilation droht. Das betrifft v.a. Menschen mit Restriktionen der Lungen (Lungenfibrose, Obesitas Hypoventilationssyndrom, thorakal-restriktive Erkrankungen).

Aber auch ein gewisser Beatmungskomfort ist wichtig. So ist bekannt, dass Menschen, die mit dem Respirator Resironics PLV 100 beatmet wurden, sich bei einem Gerätewechsel sehr schwer tun und eine druckkontrollierte Beatmung selten tolerieren. Einen neuen Respirator zu finden, der einen annähernden Komfort bei der Beatmung bietet, ist die Herausforderung von dem Beatmungszentrum.

5 Druckregulierte – volumenkontrollierte Beatmung

Beide Vorteile einer druckkontrollierten und einer volumenkontrollierten

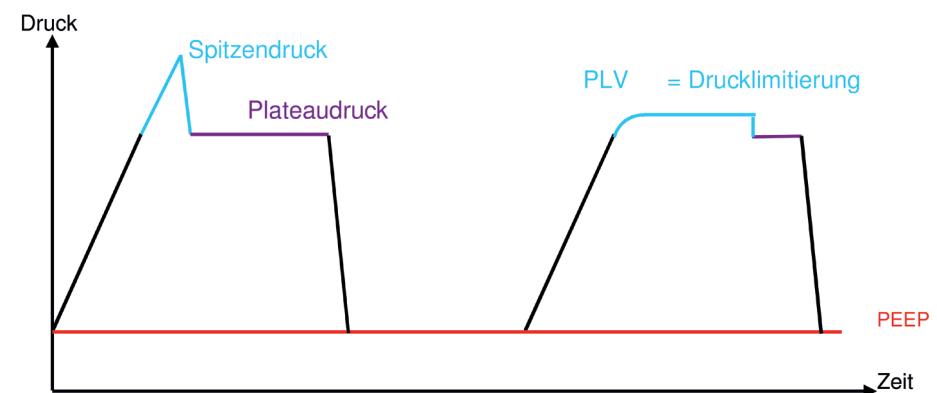


Abb 4 VCV Druckkurven

lierten Beatmung können in einer Beatmungsform miteinander kombiniert werden, als druckregulierte-volumenkontrollierte Beatmung. Das optimale Atemzugvolumen wird ebenso wie eine „vernünftige“ Beatmungsfrequenz für den jeweiligen Patienten ausgewählt.

Aus Atemzugvolumen und Beatmungsfrequenz resultiert das Atemminutenvolumen (AMV oder MV).

Nach der Grundeinstellung erfolgen nun ein paar „Testbeatmungshübe“. Daraufhin errechnet der Respirator, wie hoch der Beatmungsdruck sein muss (Abb. 5). Der Druck wird dabei nur so hoch gewählt, dass das vorbestimmte Atemzugvolumen gesichert verabreicht werden kann.

Die Höhe des Inspirationsdrucks kann von Atemzyklus zu Atemzyklus variieren. Der Respirator wird den Inspirationsdruck automatisch, selbstständig herunter- oder hochregulieren. Diese selbstständige Regulation des Beatmungsdrucks erfolgt in kleinen Schritten von 2–3 mbar. Damit wird vermieden, dass unbeabsichtigt hohe Drücke entstehen, die die Lunge schädigen können.

Die Einstellung eines P_{max} / P_{limit} bewirkt, dass der Beatmungsdruck nur bis zu einem bestimmten Niveau ansteigen kann, ihn aber nicht überschreitet. Das dient der Vermeidung zu hoher Beatmungsdrücke.

Die selbstständige Regulation des Beatmungsdruckes entbindet den Anwender von der ständigen manuellen Eingabe. Sie hat jedoch den Nachteil, dass dabei dennoch unterschiedlich hohe Atemzugvolumina entstehen.

- Der Respirator errechnet z.

Tabelle 1: Einstellparameter bei der Volumen- und Druckkontrollierten Beatmung

Volumenkontrolliert	Druckkontrolliert
FiO ₂	FiO ₂
Sauerstoffkonzentration	Sauerstoffkonzentration
PEEP	PEEP
Atemzugvolumen VT	P insp
Beatmungsfrequenz f	Beatmungsfrequenz f
I : E oder T_i / T_{tot}	I : E oder T_i / T_{tot}
Einatemzeit T_{insp}	Einatemzeit T_{insp}
Flow - Luftgeschwindigkeit	Rampe / Flanke
Trigger	Trigger
P_{max}	P_{max}

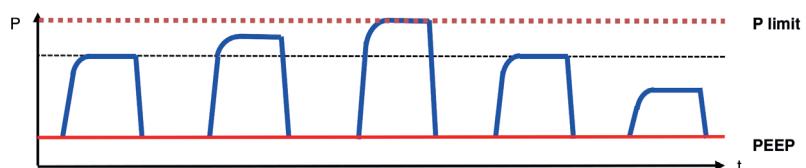
B., dass der Druck erniedrigt werden muss. Bliebe der Druck auf dem bestehenden hohen Niveau, so würde zu viel Atemzugvolumen geliefert. Das langsame Absenken des Drucks bewirkt, dass das Atemzugvolumen sinkt, jedoch nicht unmittelbar sofort. Für 2–5 Atemzyklen wird weiterhin ein zu hohes Volumen geliefert.

- Der Respirator errechnet z. B., dass der Druck erhöht werden muss. Bliebe der Druck auf dem bestehenden niedrigen Niveau, so würde zu wenig Atemzugvolumen geliefert. Das langsame Anheben des Drucks bewirkt, dass das Atemzugvolumen vorsichtig steigt, jedoch nicht unmittelbar sofort. Für 2–5 Atemzyklen wird immer noch ein zu geringes Volumen geliefert

6 Druckunterstützende Beatmung – PSV

Die druckunterstützende Beatmung (PSV – Pressure Support Ventilation) soll dem Patienten bei der Eigenatmung unterstützen. Die Unterstützung geschieht durch die gleichzeitige Verabreichung eines Luftdruckes mit der spontanen Einatmung des Patienten. Der Patient bestimmt, wie oft und wie tief er atmet. Der spontan atmende Patient erhält vom Respirator bei jedem Atemzug eine Hilfestellung, eine Luftdruckunterstützung den sog. Pressure-Support / PS. Die patienteneigene Einatmearbeit wird durch Lieferung eines Überdrucks vom Respirator unterstützt wird. Auch bei der PSV Atmung befindet sich der Luftdruck in den Lungen immer im positiven Bereich. Dennoch kommt dies einer physiologischen Spontanatmung nahe.

Abb 5 selbstständige Druckregulation des Respirators bei der druckregulierte-volumenkontrollierten Beatmung



Die grundsätzliche Voraussetzung für die Anwendung des PSV-Modus ist die Fähigkeit des Menschen, überhaupt spontan atmen zu können. Er bestimmt selbst eine Atemfrequenz, seine Atemtiefe, ob er lange oder kurze Atemzüge machen möchte. Jedoch ist er meist nicht kräftig genug eine ausreichende Atemtiefe, ein ausreichendes Atemzugvolumen V_t zu erreichen. Die druckunterstützende Beatmung soll dem Patienten bei der Eigenatmung unterstützen.

6.1 Back-Up

Das „Back-Up“ Programm ist für den Patienten eine Sicherheit, für den Fall, dass er aufgrund von Erschöpfung, trotz Druckunterstützung, nicht mehr selbstständig atmet. In dem Fall wird automatisch die „Back-Up“ Funktion aktiviert und der Patient nach den Prinzipien der druckkontrollierten Beatmung beatmet. Dazu wird zusätzlich eine Atemfrequenz und eine Inspirationszeit eingestellt. Damit eine ausreichende Lungenbelüftung erhalten bleibt, kann zusätzlich ein Sicherheitsatmzugvolumen V_t eingestellt werden. Damit stellt die „Back-Up“ Funktion eine Apnoe-Ventilation dar und sichert dem Patienten die Ventilation.

6.2 Beispielhafter Ablauf der PSV-Atmung

Der Ablauf der PSV-Atmung wird anhand der Abb. 6 dargestellt und verdeutlicht.

- PEEP von 4 cm H₂O,
- Trigger Stufe 3, bedeutet einen Schwierigkeitsgrad mittel,
- Hilfsdruck bzw. PSV von +14 cmH₂O oberhalb des PEEP-Niveaus,
- Anstieg von 200 ms = 0,2 s (entspricht auch Rampe, siehe Abb. 2)

Ausgangspunkt der Atmung ist das PEEP – Niveau von 4 cm H₂O.

Der Patient atmet ein. Dabei wird das PEEP – Niveau etwas unterschritten. Der Patient muss eine Einatemkraft der Stufe 3 aufbringen, der einem mittleren Schwierigkeitsgrad entspricht. Dieser Wert wurde gewählt, damit eine Luftdruckunterstützung nicht zu leicht ausgelöst werden kann. Kann ein Patient diese Kraft nicht aufbringen, so wird er auch keine Druckunterstützung für seine Einatmung erhalten. Die richtige Aus-

dauer und eine Zeit vom 1,5 sek (Ti Max – dabei steht Max für Maximum) nicht überschreitet.

Für die gesamte Zeit der Einatmung wird das Luftdruckniveau nicht überschritten. Die gesamte Höhe des Luftdruckniveaus, das erreicht wird, ergibt sich aus dem PEEP = 4 plus dem eingestellten PSV von 14 cm H₂O. Insgesamt resultiert daraus ein Luftdruck von 18 cm H₂O. Dieser wird an dem Luftdruckbalken an der linken Bildschirmseite angezeigt. Einmal durch den Strich in Höhe des Wertes 18 und am oberen Ende des Druckbalkens mit dem Wert 18,7. Er ist somit leicht höher als errechnet, aber diese kleine Abweichung tritt immer wieder auf und bedeutet keine Gefahr für den Menschen.



wahl der Trigger Stufe ist Aufgabe des Beatmungszentrums.

Ist die Triggerschwelle überschritten, so wird dem Patienten parallel zu seiner eigenen Einatmung der Überdruck, der PS-Hilfsdruck bzw. die Druckunterstützung geliefert.

Die Anstiegszeit bzw. Rampe ist auf 200ms (=0,2 sek.) eingestellt und bedeutet, dass eingestellte PS-Hilfsdruckniveau wird nach 200 ms erreicht.

Der Mensch kann aber noch weiter einatmen. Es wird ihm so lange Luft geliefert, wie er möchte. Jedoch ist auch hierbei eine Sicherheitsfunktion eingestellt. Es soll sichergestellt sein, dass die Einatmung mindestens 0,2 sek (Ti Min. dabei ist Min = Minimum)

6.3 Expirationstrigger

Weitere mögliche Bezeichnungen: ETS – Exspiratorische Trigger Sensibilität, TG (E) – Trigger für die Expiration,

Die Inspiration ist irgendwann beendet. Der Respirator muss nun erkennen, dass der Mensch auch wieder ausatmen möchte und muss es unmittelbar zulassen. Dazu dient der Exsp.-Trigger bzw. der Expirationstrigger.

Das Beatmungsgerät misst ständig den erzeugten Luftfluss (Flow). Relativ rasch, meist schon zum Beginn der Einatmung wird eine maximale Luftfluss-Geschwindigkeit erreicht (ein maximaler Flow). Dieser Wert wird vom Beatmungsgerät gespeichert und mit dem Wert 100% gleichgesetzt. Die Bezeichnung für den maximalen Luftfluss wird PIF = Peak Inspiration Flow genannt. Im weiteren Verlauf der Einatmung / Inspiration

nimmt der Luftfluss immer weiter ab.

Ab einem gewissen Wert, wird die Ausatmung eingeleitet. Dieser Wert beträgt meistens 25% und bedeutet, wenn der Luftfluss so weit abfällt, dass nur noch eine Luftflussgeschwindigkeit von 25% der zuvor gemessenen maximalen Luftflussgeschwindigkeit erreicht ist, wird die Ausatmung eingeleitet / ausgelöst. Diesen Wert kann man variabel einstellen. Je höher die % Zahl ist, desto früher wird die Ausatmung eingeleitet / ausgelöst.

6.4 Anwendung der PSV Beatmung

Die druckunterstützende Beatmungsform erscheint als Alternative zur druckkontrollierten Beatmung, wenn letztere nicht gut vom Patienten toleriert wird. Der Patient könnte spontan atmen aber dank der Back-Up Funktion kann die Beatmung auch von Respirator übernommen werden, falls der Patient zu erschöpft für unterstützende Spontanatmung ist.

7. Literatur

Lang H. 2016 Beatmung für Einsteiger - Theorie und Praxis für die Gesundheits- und Krankenpflege, 2. Auflage Springer, Heidelberg

Lang, H (Hrsg) 2017 Außerklinische Beatmung - Basisqualifikation für die Pflege heimbeatmter Menschen, 1. Auflage Springer, Heidelberg

Bremer F (2014) 1x1 der Beatmung, 4. Aufl. Lehmanns Media, Berlin

Oczenski W, Andel H, Werbe A (2012) Atmen – Atemhilfen, Atemphysiologie und Beatmungstechnik, 9. Aufl. Thieme, Stuttgart

Schäfer S, Kirsch F, Scheuermann G, Wagner R (2011) Fachpflege Beatmung, 6. Aufl. Elsevier, Urban & Fischer, München

Fresenius M, Heck M, Zink W (2014) Repetitorium Intensivmedizin, 5. Aufl. Springer, Heidelberg Berlin

Campbell RS, Davis BR (2002) Pressure-controlled versus volume-controlled ventilation: does it matter? *Respir Care* 47: 416–424; discussion 424–426

Kezler M (2006) Volume-targeted ventilation. *Early Hum Dev* 82: 811–818

Brochard et al. (1989) Inspiratory Pressure Support Prevents Diaphragmatic Fatigue during Weaning from Mechanical Ventilation. *Am Rev Respir Dis* 139: 513–521

Autor



Hartmut Lang

- Fachkrankenpfleger Intensiv und Anästhesie
- Atemtherapeut (DGP und SBH)
- Fachbuchautor
- Freiberuflicher Dozent für Beatmungs- und Atemtherapeutische Fort- und Weiterbildungen
- DIGAB Akkreditierung für die Pflegefachkraft außerklinische Beatmung

Abb 7 Expirationtrigger auf 30 % eingestellt.

Folge, wenn ETS < 30 %

- Einatmung dauert länger
- Ausatmung evtl. erschwert

Je geringer die % Zahl ist, desto später wird die Ausatmung ausgelöst.

Vorteil:

- eigentlich keine Vorteile, denn Patient muss ggf. pressen, um auszuatmen.
- Dieses Pressen führt wieder zur Erschöpfung.

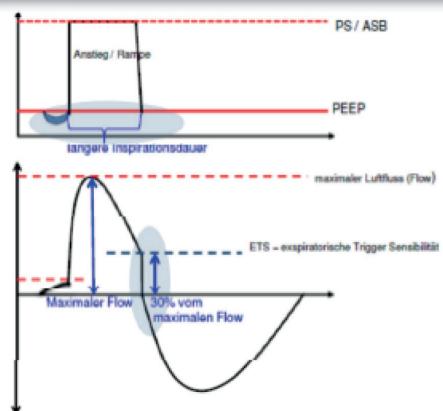


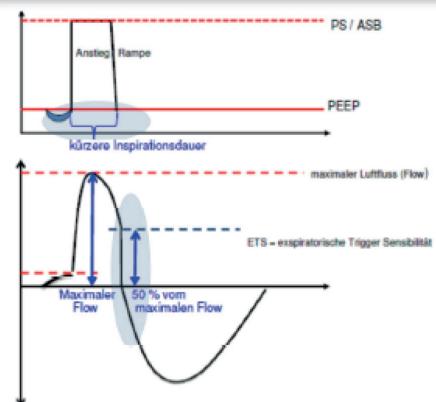
Abb 7 Expirationtrigger auf 50 % eingestellt.

Folge:

- Einatmung ist kürzer
- Ausatmung evtl. erleichtert

Vorteil für den Patienten (auch im Selbstversuch so erfahren !!!):

- Ausatmung wird für den Patienten erleichtert
- Patient muss nicht „kräfteraubend“ pressen, damit ausgeatmet werden kann



H. Lang (Hrsg.)
Außerklinische Beatmung
Basisqualifikation für die Pflege
heimbeatmeter Menschen
2017. XVI, 420 S. 181 Abb. Brosch.
€ (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 41,50
ISBN 978-3-662-53995-8
€ 29,99 | *sFr 33,00
ISBN 978-3-662-53996-5 (eBook)



Hartmut Lang *Hrsg.*

Außerklinische Beatmung

Basisqualifikation
für die Pflege
heimbeatmeter Menschen

 Springer

Buch zur Weiterbildung mit allen wichtigen Inhalten des Curriculums

- Grundlagen der Atmung und der Beatmungsformen im häuslichen Bereich
- Überwachung des Patienten und der Beatmung
- Rechtliche Aspekte der Heimbeatmung

Sicher im Umgang mit Patient und Gerät in der Heimbeatmung!

Dieses Buch bietet alle relevanten Inhalte der Weiterbildung „Basisqualifikation außerklinische Beatmung“ und richtet sich an Pflegende und Betreuer, die beatmete Menschen zu Hause oder im Pflegeheim versorgen. Lernen Sie umfassende Grundlagen zur Anatomie, Krankheitslehre und den verschiedenen Beatmungsformen und profitieren Sie vom Erfahrungsschatz der Autoren. Leicht verständlich und auf den Punkt gebracht lesen Sie hier, wie Sie Ihre Patienten oder Bewohner rundum kompetent versorgen und souverän mit der Beatmungssituation umgehen.

Ideal für alle Mitarbeiter und Pflegedienste um sich für die herausfordernde Pflege beatmeten Patienten weiterzubilden und zu qualifizieren!

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20% MwSt. für elektronische Produkte. Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Jetzt bestellen auf springer.com/Angebot1 oder in Ihrer Buchhandlung

Part of **SPRINGER NATURE**

Mediation im Gesundheits- und Sozialbereich

5. Lehrgang



Health- & Social Care Mediation

Der professionelle Weg zu wirksamer Kommunikation

Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe sind nicht nur fachlich gefordert. Auch zwischenmenschlich erleben sie Freud und Leid ihrer PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen und deren Angehörigen. Gesundheitliche Probleme und Fragen der Behandlung, Pflege und Betreuung verursachen oft Konflikte – von Meinungsverschiedenheiten mit den Menschen für die Verantwortung übernommen wird, über Differenzen im Team oder der interdisziplinären Zusammenarbeit bis hin zu persönlichen Gewissenskonflikten. Das strukturierte Vorgehen der Mediation hilft, Sichtweisen, Schlüsselprobleme und Interessen zu klären, um so gemeinsam Lösungen zu entwickeln.

Mit der Ausbildung zum Health & Social Care Mediator eignen sich die TeilnehmerInnen Grundlagenwissen zur Mediation an. Mit den in der Mediation angewendeten Techniken werden die TeilnehmerInnen befähigt Streitpunkte in jedem Gespräch frühzeitig zu erkennen, die Beteiligten rechtzeitig einzubinden und so die Zuspitzung und Ausweitung von Konflikten zu vermeiden. Durch die erworbenen kommunikativen Fähigkeiten lernen sie, auf Interessen anderer einzugehen – in der professionellen Vermittlung zwischen Konfliktparteien ebenso wie in ihrer beruflichen Helferrolle.

- Dauer: 20. Oktober 2017 bis 7. Dezember 2018
Zeiten: 1 x im Monat geblockt an Freitag/Samstag
Ort: Ärztekammer für OÖ, Linz
Kosten: € 2.990,00 incl. Unterlagen, Verpflegung, Prüfungsgebühren, Bücher und Fotoprotokolle. Die Kosten für fünf Stunden Einzelsupervision sind in diesen Ausbildungskosten nicht enthalten.
Dieser Lehrgang wird durch das Bildungskonto gefördert!
Infos: MedAk - Medizinische Fortbildungsakademie OÖ
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz, Tel. 0732/778371-312, www.medak.at
-



Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz Beraten, Unterstützen und Begleiten

Neben politischen, regionalen und kulturellen Nachrichten findet die Gesellschaft in unterschiedlichen Medien auch Informationen darüber, dass beispielsweise der ehemalige US-Präsident Ronald Regan, der ehemalige Fußballprofi Rudi Assauer oder der amerikanischer Schauspieler Peter Falk alias „Columbo“ an einer Form der Demenz erkrankt sind.

Die „Veröffentlichung“ einer Demenzdiagnose stellt für viele Betroffene und ihre pflegenden Angehörigen allerdings häufig eine große Hürde dar. Frühsymptome werden unter Umständen von den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen wahrgenommen und dennoch wird über einen langen

Zeitraum versucht, diese vor der Familie, dem Freundeskreis und dem sozialen Netzwerk zu verbergen. Zu groß ist die Angst davor wirklich an einer Form der Demenz erkrankt zu sein und durch die zunehmenden Krankheitssymptome den Anschluss am gesellschaftlichen Leben zu verlieren.

Werden die Symptome zunehmend stärker, wird in vielen Fällen zuerst der/die Hausarzt/Hausärztin kontaktiert, ehe weitere Fachärzte/Fachärztinnen aufgesucht werden, welche die Diagnose „Demenz“ mittels umfassenden Diagnoseverfahren im Falle einer Erkrankung bestätigen können. Die Demenz ist eine sehr komplexe Erkrankung und daher ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit

von großer Relevanz, um die Diagnose aus so vielen Perspektiven wie möglich zu verifizieren.

Demenz und ihre Prognose

Bei der Demenz handelt es sich um eine progrediente Erkrankung, die in unterschiedlichen Formen und Stadien auftreten kann. Abhängig von der Form und dem Stadium der Demenz können die Betroffenen gemeinsam mit den Mediziner/Medizinerinnen und ihren pflegenden Angehörigen zwischen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien wählen. Mithilfe der Therapien soll der Krankheitsverlauf verzögert und die kognitive Leistungsfähigkeit so lange wie möglich auf einem hohen Niveau gehalten werden. Über die Prävalenz und

Inzidenz der einzelnen Demenzformen können von den Forscher/Forscherinnen keine präzisen Aussagen getroffen werden, da sich die Datenerhebung als sehr zeitintensiv und vielschichtig erweist. Die Gesamtprävalenz der über 65-Jährigen in einzelnen Gesellschaften zeigt eine Spannweite von 2%-20% auf (Kitwood 2013, S.61). Die Erhebung gestaltet sich entsprechend schwierig, da einerseits Krankheitssymptome von den Betroffenen verborgen werden und anderseits einzelne Krankheitssymptome mit einer Demenz in Zusammenhang gebracht werden, obwohl es sich lediglich um eine natürliche Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit im hohen Alter handelt. Im Österreichischen Demenzbericht 2014 wird prognostiziert, dass im Jahr 2050 ca. 260.000 Menschen die Diagnose Demenz erhalten werden, wohingegen im Jahr 2013 rund 64.000 Menschen mit der Diagnose Demenz in Österreich gelebt haben (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Die Anzahl der Menschen – die die Diagnose Demenz erhalten – würde sich somit innerhalb von 37 Jahren um mehr als 190.000 erhöhen. Die Studie von Langa et al. (2016) zeigt allerdings, dass sich die Prävalenz von Menschen mit Demenz – die älter als 65 Jahre alt sind – sogar signifikant von 11,6% auf 8,8% verringert hat. Unabhängig davon, welche Prognose sich bewahrheiten wird, wird der Bedarf an Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz signifikant steigen, vor allem wenn das Pensionsantrittsalter angehoben wird und sich insbesondere Frauen beruflich verwirklichen wollen. Vorrangig übernehmen die Töchter und die Ehefrauen die Pflege des Menschen mit Demenz – somit sind nicht nur die professionellen Pfle-

gekräfte zum Großteil weiblich, sondern auch die pflegenden Angehörigen. Grundlegend werden rund 80% der pflegebedürftigen Menschen in Österreich von ihren Angehörigen betreut und gepflegt (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

Der Alltag von pflegenden Angehörigen ist in vielen Fällen stark durchorganisiert. Es müssen nicht nur pflegerische Aufgaben übernommen werden, sondern auch die Haushaltsführung, die Begleitung zu unterschiedlichen Untersuchungen und Therapien, die psychosoziale Betreuung des Menschen mit Demenz und nicht zu vergessen das „eigenen Leben“. Zu diesem Leben gehören oftmals ein Beruf, eine eigene Familie mit Kindern und Ehepartner/Ehepartnerin, Hobbies und soziale Kontakte. Hier eine Balance zu finden und alle Bereiche abzudecken, stellt die pflegenden Angehörigen vor eine große Herausforderung. Zusätzlich dazu Unterstützungsangebote selbstständig zu recherchieren und anzunehmen ist für viele undenkbar.

Zudem wird der Zugang zu den Unterstützungsangeboten oftmals dadurch erschwert, dass eine zu große Auswahl an Dienstleistern/Dienstleisterinnen vorliegt. Es gibt Unterstützungsangebote im medizinisch-pflegerischen, aber auch im psychosozialen Setting. Wenn ein Bedarf und demnach eine Unterstützung von beiden Bereichen erforderlich ist, ist zu überdenken, wie die Hilfeleistung in den Alltag integriert werden soll. Darüber hinaus ist eine Auseinandersetzung mit den anfallenden Kosten unerlässlich. Die Klärung dieser Fragen bedeutet nicht nur eine hohe

Reflexionsfähigkeit seitens der pflegenden Angehörigen, sondern auch einen hohen Zeitaufwand. Im schlimmsten Fall ist ihnen dieser Aufwand zu hoch und sie verzichten auf die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote.

Ein weiterer Grund dafür, dass Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden, ist die gesellschaftliche Tabuisierung. Die Begriffe wie „Demenz“ und „Alzheimer“ kommen im gesellschaftlichen Sprachgebrauch zwar zunehmend vor, aber der Umgang mit dieser Erkrankung ist für die Gesellschaft zum Großteil undurchsichtig und führt daher zu Unsicherheiten. Ablehnende Blicke, unangebrachte Wortäußerungen oder der Rückzug von liebgewonnenen Freunden und Bekannten ist sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die pflegenden Angehörigen eine große Belastung. Um diese Situationen zu vermeiden, wird unter Umständen auf professionelle Unterstützung verzichtet, damit niemanden auffällt, dass es in der Familie einen Menschen mit Demenz gibt.

Viele pflegende Angehörige werden durch einen Akutsituation auf Unterstützungsangebote aufmerksam. Pflegepersonal und/oder Mediziner/Medizinerinnen in Krankenhäusern und/oder Pflegewohnheimen erkennen aufgrund der Akutsituationen den Bedarf an Unterstützung und informieren pflegende Angehörige über ihre Möglichkeiten. Pflegende Angehörige werden über die medizinisch-pflegerischen Angebote (Hauskrankenpflege, Kurzzeitpflege, Pflegegeld) wie auch über die psychosozialen Angebote (Selbsthilfegruppen, Psychotherapien, psychologische Behandlungen) informiert. Insbesondere das Pflegepersonal, aber auch die

Mediziner/Medizinerinnen und alle anderen Professionisten/Professionistinnen in Krankenhäusern und Pflegewohnheimen können somit als Drehscheibe fungieren und die pflegenden Angehörigen bei der Auswahl der richtigen Unterstützungsangebote beraten.

Die Körperpflege ist für die pflegenden Angehörigen oft nicht nur selbst eine körperliche Belastung, sondern gerade für Kinder auch mit einer gewissen Scham behaftet. Hier können die pflegenden Angehörigen vor allem durch die externe Ressource der Hauskrankenpflege entlastet werden. Überdies wird in der Steiermark eine mobile Betreuung angeboten, welche die Aktivierung (z.B. Gedächtnistraining) des Menschen mit Demenz forciert. Die Stärke dieses Betreuungsangebotes besteht darin, dass einerseits die kognitive Leistungsfähigkeit des an Demenz erkrankten Menschen gefördert wird und anderseits die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit haben die betreuungsfreie Zeit für ihre Bedürfnisse zu nutzen. Der Nachteil dieses Betreuungsangebotes ist allerdings, dass die Kosten von den pflegenden

Angehörigen selbst übernommen werden müssen. Dies hat zur Folge, dass dieses Angebot in vielen Fällen trotz des Entlastungsfaktors von pflegenden Angehörigen nicht angenommen wird.

Eine weitere externe Ressource bietet die Kurzzeitpflege. Menschen mit Demenz werden für einen gewissen Zeitraum in einer stationären Einrichtung aufgenommen und die pflegenden Angehörigen können sich in dieser Zeit Erholung gönnen, um wieder Energie für die Betreuung und Pflege zu tanken.

Selbsthilfegruppen stellen eine große Unterstützung für pflegende Angehörige, besonders zur Stärkung ihrer Kräfte, dar. Im Rahmen dieses Settings können sich die pflegenden Angehörigen mit anderen Betroffenen austauschen und über Erfahrungen berichten. Wichtig ist vor allem, dass die pflegenden Angehörigen erkennen, dass sie mit ihren Sorgen, Belastungen und Herausforderungen nicht alleine sind. Gerade das Phänomen des „two-faced-behaviour“ ist für viele pflegende Angehörige sehr belastend und kann im

geschützten Rahmen der Selbsthilfegruppe besprochen werden. Bei diesem Phänomen verhält sich der Mensch mit Demenz dem pflegerischen und medizinischen Personal gegenüber freundlich, aufgeschlossen und gesprächig, dem pflegenden Angehörigen gegenüber allerdings unbeherrscht und aggressiv (Posch-Eliskases et al. 2015, 13). Bei der Existenz dieses Phänomens scheuen sich pflegende Angehörige häufig davor, ihr Erleben mit dem an Demenz erkrankten Menschen zu schildern, aus Angst nicht ernst genommen zu werden. Für Personen aus dem Gesundheitsbereich ist es daher von enormer Relevanz, dieses Phänomen stets zu berücksichtigen und eine gute Beziehungsebene zu den pflegenden Angehörigen aufzubauen.

Kernelemente in der Beratung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz

Ein wichtiges Kernelement der Beratung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ist die Zeit. Pflegende Angehörige müssen unterschiedliche Alltagsaufgaben koordinieren und haben in vielen Fällen nur wenige freie Zeitfenster, um Unterstützungsangebote anzunehmen. Für die Inanspruchnahme von Beratungen muss ein bedeutender Nutzen im Vorhinein erkennbar sein. Bis pflegende Angehörige von Erlebnissen berichten, in denen sie beispielsweise vom Menschen mit Demenz bespuckt werden, braucht es viel Zeit. Derartige Erlebnisse bedürfen einer starken Vertrauensbeziehung, um über diese offen zu sprechen. Der/Die Berater/Beraterin ist unter Umständen auch gefordert durch emphatische und behutsame Fragestellungen unangenehme und belastende Erlebnisse zu



(C) JSB31

thematisieren. In der Kommunikation mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ist viel Geduld, Verständnis und Empathie erforderlich. In den meisten Fällen sind die pflegenden Angehörigen überaus bemüht die bestmögliche Pflege für den Menschen mit Demenz sicherzustellen und reagieren auf Ratschläge teilweise ablehnend.

Es ist von enormer Relevanz ihnen für ihre Tätigkeit und Bemühung, Wertschätzung und Respekt entgegen zu bringen – ansonsten besteht das Risiko sie als Klienten/Klientinnen zu verlieren. Trotz allem ist es wichtig mit den pflegenden Angehörigen offen und ehrlich zu kommunizieren und ihnen einfühlsam verständlich zu machen, dass die Demenz eine progrediente Erkrankung und demnach eine Heilung ausgeschlossen ist.

Ein ganz wesentlicher Teil der Beratung mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ist Trauerarbeit. Im Falle einer Demenz ist der Körper der Erkrankten zwar noch da, aber die vertraute Person geht nach und nach verloren und verstirbt langsam. Im Rahmen von Beratungen kann pflegenden Angehörigen somit ein Raum für Trauer geboten werden, um sich von dem geliebten Menschen – dessen Hülle noch präsent ist – zu verabschieden.

Schlussfolgerung

Erkrankt ein Mensch an Demenz, kommt es aufgrund der Krankheitssymptome zu Verhaltensänderungen, auf die das gesamte Gesellschaftssystem reagiert. Vor allem im mittleren Stadium der Demenz wird das Verhalten zunehmend unangemessen und das soziale Netzwerk wird

dadurch unsicher und zieht sich im schlimmsten Fall zurück. Der Grund für den Rückzug muss nicht ausschließlich mit dem Menschen mit Demenz in Korrelation stehen. Es ist durchaus denkbar, dass die stärkste Emotion – die Angst – daran beteiligt ist. Angst davor selbst zu erkranken oder selbst in die Rolle schlüpfen zu müssen einen geliebten Menschen zu pflegen und zu betreuen. Obwohl Demenz in den Medien aufgezeigt wird und Namen von an Demenz erkrankten Prominenten veröffentlicht werden, ist die Demenz nach wie vor ein gesellschaftliches TabutHEMA. Dies hat zur Konsequenz, dass viele pflegende Angehörige von der Recherche nach Unterstützungsangeboten sowie von der Inanspruchnahme abgehalten werden.

Eine weitere Hürde bezüglich des Zuganges zu den Unterstützungsangeboten besteht darin, dass es eine Vielzahl an Dienstleistern/Dienstleisterinnen gibt, die Unterstützungen und Beratungen anbieten. Pflegende Angehörige müssen selbstständig recherchieren, welche Unterstützung von welchem/welcher Dienstleister/Dienstleisterin und zu welchem Preis angeboten wird. Dieser Aufwand ist vielen zu groß und sie verzichten im schlimmsten Fall ganz auf die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Beratungsangeboten. Es wäre somit von großer Relevanz zukünftig interdisziplinäre Beratungsstellen aufzubauen, die sowohl den medizinischen, pflegerischen, psychosozialen sowie den organisatorischen Bereich abdecken.

In vielen Fällen ist die Akutsituation der Ausgangspunkt dafür, dass pflegende Angehörige von Pflegefachkräften und Medizinern/

Medizinerinnen auf Unterstützungsmaßnahmen aufmerksam gemacht werden. In diesem Setting finden somit die ersten wichtigen Beratungen hinsichtlich Entlastungsmöglichkeiten statt. Die pflegenden Angehörigen können Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, die vor allem die medizinisch-pflegerische Entlastung forcieren – wie die Hauskrankenpflege oder die Kurzzeitpflege. Es gibt allerdings auch vermehrt psychosoziale Angebote, wie die mobile Betreuung, Selbsthilfegruppen, Psychotherapien, psychologische Behandlungen oder die Psychoanalyse die pflegende Angehörige beim Erhalt der psychischen Gesundheit unterstützen können. Unabhängig davon, welches Unterstützungsangebot in Anspruch genommen wird, gibt es in der Beratung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wesentliche Elemente zu beachten. Als Berater/Beraterin ist es von großer Relevanz sich ausreichend Zeit zu nehmen, um eine gute Beziehungsebene sowie Vertrauen aufzubauen. Eine wertfreie, offene, einfühlsame und wertschätzende Kommunikation ist in den Beratungsgesprächen mit den pflegenden Angehörigen unerlässlich. Es ist bedeutungsvoll, ihnen wertschätzend und respektvoll zu begegnen, um ihre Tätigkeit und ihr Bemühen zu würdigen. Ein wichtiges Ziel jeder Beratung mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz besteht darin, dass gemeinsam Strategien zur Reduktion von Belastungen und zur Stärkung von Ressourcen erarbeitet, versucht und umgesetzt werden. Dadurch wird die Voraussetzung und Basis geschaffen, dass die pflegenden Angehörigen in der Zeit der extremen Belastung psychisch und physisch gesund bleiben.

Quellen

Bundesministerium für Gesundheit (2015) Österreichische Demenzbericht 2014. <http://www.bmwf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/5/CH1513/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf> (25.06.2016).

Kitwood T. (2013) Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 6. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Langa M. K., Larson B. E., Crimmins M. E., Faul D. J., Levine A. D., Kabeto U. M., Weir R. D. (2016) 'A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012', JAMA Internal Medicine, pp.1-8. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2587084> (25.11.2016).

Mayer-Kleiner R. (2010) Subjekti-

ve Belastungen und Entlastungsangebote für pflegenden Angehörige von Tiroler Demenzkranken. Pro Care, vol. 9, pp. 9-14.

Posch-Eliskases U., Rungg C., Moosbrugger M., Perkhofer S. (2015) Stress bei pflegenden Angehörigen. ProCare Science, vol. 3, pp.11-15.

Wilz G., Schinköthe D., Kalytta T. (2015) Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen.

Autorin

Verena Frühwirth, BSc., MSc.

Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Schwerpunkte Pädagogik und Psychosoziale Beratung, Studienkoordinatorin der Hämato-Onkologie am LKH-Hochsteiermark

			DAS MIETSTUDIO DIE FOTOGRAFINNEN	
D	I			
I SHOOT AT studio 42 www.studio42.photos	4	2	HELEN'S VIEW photography www.helensview.photography	Das (Miet-)Studio42 befindet sich im Herzen von Wien, etwa drei Gehminuten von der Shopping Mall Wien Mitte entfernt. In gepflegter Atmosphäre kannst du deine eigenen Ideen umsetzen, erste Studioerfahrung sammeln oder auch regelmäßig deine eigenen Kunden betreuen. Egal ob Anfänger, ambitionierter Hobbyfotograf oder Profi - hier findest du alles, was du für ein erfolgreiches Studioshooting benötigst.
STUDIO 42 GBR - UNGARGASSE 9/SOUTERRAIN - 1030 WIEN - WWW.STUDIO42.PHOTOS				

Weiterbildung Pflege bei Demenz in der Langzeitpflege

gem. BGBI. II Nr. 453/2006 GuK-WV

09.01.2018 bis 15.01.2019

Zielgruppe: Pflege- und Betreuungsleitung (PBL) / Pflegedienstleitung (PDL), Pflege- und BetreuungsmanagerIn (PBM) / Stationsleitung (STL), Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegeassistenInnen und FachsozialbetreuerInnen, welche im Langzeitpflegebereich tätig sind.

Anmeldeschluss: 31.10.2017

Infoabend:

14.09.2017 um 18:00h zur Information über die Weiterbildung an der Schule für allg. Gesundheits – u. Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe am UK St. Pölten

Präsenzzeit theoretische Ausbildung : 31 Tage

Präsenzzeit praktische Ausbildung: 10 Tage bei 8h/Tag

Anmeldungen:

Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
am Universitätsklinikum St. Pölten

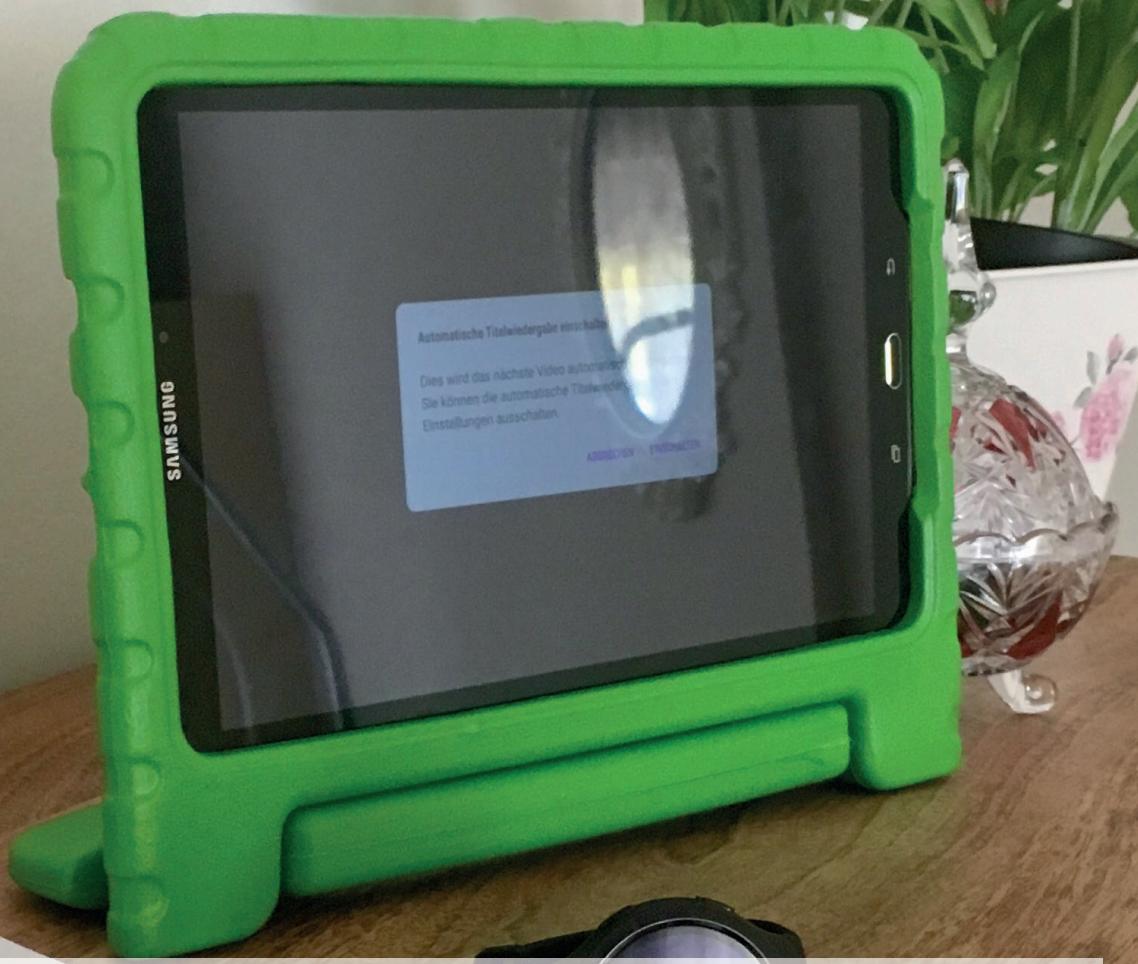
3100 St. Pölten, Matthias Corvinus-Str. 26

T: 02742/9004/63 661

Fax: 02742/9004/63 690

E-mail: gukps@stpoelten.lknoe.at





Auf in die Zukunft – Ambient Assisted Living (AAL) als Nutzen für den Alltag

Mit Betrachtung des demographischen Wandels, kann mit Sicherheit prognostiziert werden, dass die Bevölkerung immer älter wird. Dies trifft auch für Österreich zu und wird durch die Daten der Statistik Austria bestätigt. Grundsätzlich steigt der Anteil der Menschen über 65 Jahre bis 2030 von dzt. 17,7% (2011) je nach statistischer Prognosevariante auf rund ein Viertel an (Hauptprognosevariante: 24,0%). Längerfristig werden rund 30% der Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein (Statistik Austria, 2012). Nachweislich wird dies auch die Versorgungsstrukturen hinsichtlich Gesundheitsaspekte beeinflussen.

Ein Anstieg an Erkrankungen mit ausgeprägtem Altersbezug wird in diesem Zusammenhang ebenso prognostiziert (Peters et al., 2010). Unterstützungsmöglichkeiten für jene Zielgruppen (hohes Alter, Multimorbidität, Single-Haushalt, wenig/keine Angehörige) sind also gesundheitspolitisch relevant und prospektiv gefragt. Moderne Technologien wie Internet, Computersysteme und -anwendungen oder Hardware sollten also auch gerade in diesem Bereich unterstützend Einzug finden.

Ein Überdenken der Gestaltung der Lebensräume und des Lebensumfeldes ist daher Prämissen. Hier können AAL (Ambient Assisted Living) Programme ansetzen und mittels assistiver Technologien den Lebensalltag und die Lebensaktivitäten sowie die Lebensqualität fördern und unterstützen.

Wesentlich dabei ist aber, dass immer der Mensch im Vordergrund stehen muss und nicht die Technologien per se. Es geht hier immer zentral um die Frage danach, wie AAL-Technologien den einzelnen Menschen in seiner Autonomie und im sozialen Zusammenleben mit anderen Menschen unterstützen können (Rode-Schubert et al., 2012).

Wie wird unsere Zukunft aussehen?

Frau A ist nun schon über 90 Jahre alt, sie lebt mit ihrem Mann in Deutschland. Früher sind sie viel gereist. Seit einigen Jahren ist dies nicht mehr möglich. Sie ist vor drei Jahren gestürzt und braucht nun Krücken zum Gehen. Ihre beiden Söhne leben im Ausland. Einer auf einer Insel in der Karibik und der andere Sohn lebt mit seiner Gattin in Asien. Trotzdem ist sie nicht einsam! Sie kommuniziert mit allen Mitgliedern der Familie regelmäßig nicht nur über Skype sondern ist auch über Facebook mit allen verbunden - und so treffe ich sie gerade beschäftigt am iPad an, als wir sie in ihrem Haus besuchen kommen.

Sie bastelt seit Jahren Schmuck, als Therapie aufgrund ihrer Arthritis und ihre Schwiegertochter aus Thailand schickt ihr die dafür ausgewählten Perlen. Die Perlen werden akribisch von Frau A online vor dem Kauf betrachtet und selbst ausgewählt. Die andere Schwiegertochter hat in ihrem Hotel in der Karibik einen Verkaufsstand

für jene Ketten und Ohrringe, die Frau A herstellt. Regelmäßig werden Fotos ausgetauscht und auch Informationen, was nun alles schon verkauft wurde und was wieder benötigt wird.

Ich bin begeistert! Einfache technische Devices können Menschen im hohen Alter toll unterstützen! Sie aktivieren und halten fit. Dies war für mich der Auslöser, mich näher mit dem Thema AAL (Ambient Assisted Living) zu beschäftigen.

Was bedeutet nun Ambient Assisted Living (AAL)?

AAL wird definiert als „altersgerechte Assistenzsysteme für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben“. Oftmals auch übersetzt als Active Assisted Living beschreiben diese Begriffe einen Paradigmenwechsel in der Interaktion zwischen Mensch und Lebensumgebung, denn AAL-Technologien sind Assistenzsysteme, die direkt in das Lebensumfeld des Menschen integriert sind. Sie werden an die speziellen Anforderungen der Nutzerin / des Nutzers angepasst und sollen die Lebensqualität im jeweiligen Nutzungskontext in jedem Lebensalter erhöhen (Rode-Schubert et al., 2012).

AAL ist somit ein Bereich, der sich mit dem Einsatz von Kommunikations- und Informations-technologien befasst, die den Alltag von Menschen unterstützen sollen. Zum Beispiel sollen damit Unterstützungsmöglichkeiten für den Alltag von Seniorinnen und Senioren oder Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen geschaffen werden. Die modernen Technologien können dazu beitragen, den Alltag sicherer und angenehmer zu gestalten, und so dabei helfen, möglichst lange ein selbstständiges, selbstbestimmtes

sowie sozial integriertes Leben zu führen. (<https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/wohnen-im-alter/ambient-assisted-living>)

Grundsätzlich sollten die technischen Systeme/Tools den Benutzer unterstützen, sie sollten den Alltag, die Tagesplanung und Struktur, sowie auch das soziale Netz positiv beeinflussen. Ein aufwendiges Erlernen im Umgang mit den Systemen sollte nicht notwendig sein. Sodass auch jene älteren Menschen, die nicht technik-affin sind, damit gut zureckkommen und nur minimale Einschulungen und auch wenig laufende Begleitung brauchen.

Das Anwendungsspektrum von AAL-Systemen ist sehr heterogen. So können sowohl gesunde, aktive ältere Menschen von diesen profitieren, wie auch multimorbide hochbetagte Menschen. Bei letzter Gruppe dient AAL dazu, die Selbstfürsorgedefizite wenn möglich zu verringern oder auszugleichen. Wohingegen gesunde, aktive Seniorinnen und Senioren dadurch profitieren, dass ihnen unterstützende Lifestyle-Funktionen mittels AAL zur Verfügung stehen. Die Unterstützungsmöglichkeiten beziehen das soziale Netz (Angehörige, Pflege- und Betreuung, Nachbarschaft, uvm.) aktiv mit ein, zum Beispiel durch die Gestaltung eines optimierten Kommunikations-Netzes. Anwendungsmöglichkeiten zur Sturzprävention sollen der Steigerung der persönlichen Sicherheit, bzw. des Sicherheitsgefühls dienen. Sie finden Anwendung in privaten Haushalten sowie in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Ebenso existiert im Gesundheitsmarkt eine Fülle an telemedizinischen Lösungen die zur Erhebung von Vitalparametern und zur kontinuierlichen Überwachung auch in Verbindung

mit telemedizinischen Zentren stehen. Ein somit möglicher (sicherer) und barrierefreier Datenaustausch kann die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit unterstützen (Rode-Schubert et al., 2012).

2012 wurde in Österreich AAL Austria gegründet. AAL Austria stellt eine Plattform, mit dem Ziel die heterogene Stakeholderlandschaft im Bereich von AAL zu vernetzen, um so den Auf- und Ausbau einer österreichischen AAL-Community und die Sichtbarkeit des Themas AAL auf allen Ebenen der öffentlichen Wahrnehmung zu fördern, dar (www.aal.at).

Forschungsprogramme bzw. -projekte versuchen bereits dem derzeitigen demografischen Wandel entgegen zu wirken. AAL Programme dienen dazu, die Lebensbedingungen für ältere Generationen zu verbessern und die wirtschaftlichen Nutzungsmöglichkeiten durch die Verwendung von Informations- und Kommunikations-technologien (IKT) auszubauen. Durch diese gezielte Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention mit Hilfe von AAL-Technologien kann die Gesundheit erhalten werden, Menschen mit chronischen Erkrankungen unterstützt werden und im optimalen Fall auch Krankenhausaufnahmen oder Aufnahmen in ein Pflegeheim vermieden werden. Ein möglichst langer Verbleib in den „eigenen vier Wänden“ (nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“) durch Stärkung der Ressourcen und Erhalt der Selbstständigkeit wird dadurch ermöglicht (Rode-Schubert et al., 2012). Daraus resultiert eine Vielzahl von grenzübergreifenden Forschungsprojekten im Bereich AAL.

Vier AAL-Projekte, die in Öster-

reich aktuell umgesetzt werden bzw. vor kurzem Beendet wurden werde anschließend näher beleuchtet. Alle vier Projekte werden von der Forschungsförderungsellschaft (FFG) gefördert. Es ist mitunter schwierig Finanzierungen für Forschungsprojekte im Bereich AAL zu lukrieren, obwohl auch Seitens der Wirtschaft immer wieder das Interesse für AAL bekundet wird.

WAALTeR – Forschungsprojekt im Raum Wien

Die Wiener AAL TestRegion „WAALTeR“ setzt bei demografischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen an und verbindet die allgegenwärtige Digitalisierung des Alltags mit den Anforderungen aktueller Wiener Konzepte.

Um älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld mit hoher Lebensqualität zu ermöglichen, entwickelt WAALTeR Servicepakete, die auf die Bedürfnisse der NutzerInnen zugeschnittenen sind. Diese umfassen die Bereiche Soziale Integration, Sicherheit und Gesundheit sowie das Querschnittsthema Mobilität. Ab Anfang 2018 werden 83 Wiener Testhaushalte mit dem integrierten WAALTeR System ausgestattet und evaluiert.

Das Forschungsprojekt beschäftigt sich mit vier zentralen Fragen:

1. Welchen Einfluss hat die Intervention auf Mobilität, soziale Integration, Sicherheit und Gesundheit im Alter?
2. Wie sieht die notwendige Ausgestaltung der Servicepakete und der technischen Lösungen für die Zielgruppe aus?
3. Wie werden die Ergebnisse in Pflege- und Betreuungs-

konzepten und -prozessen verankert?

4. Welcher Nachnutzungs- und Geschäftsmodelle bedarf es für einen weiteren Einsatz?

WAALTeR besteht aus einem Team von 12 Konsortialpartner. Die vier Säulen (Mobilität, sozialen Integration, persönlichen Sicherheit und Gesundheit) sollen mittels moderner Technologie Seniorinnen und Senioren im Sinne von Empowerment unterstützen beziehungsweise fördern. Die Erhaltung der Selbstständigkeit des Einzelnen steht im Vordergrund. Im Bereich Mobilität soll AAL bei der Bewältigung von Routinemöglichkeiten und bei der Förderung der Mobilität greifen, dazu zählen zum Beispiel die Erinnerung an Termine, Anfrage zur Unterstützung (z.B. Begleitung bei diversen Wegen) oder Vorschläge und Erinnerung an Mobilitätsaktivitäten wie gemeinsame Spaziergänge und vieles mehr. Durch Videotelefonie-Lösungen und das Bereitstellen von online Nachbarschaftsnetzwerken soll die soziale Integration erhalten, unterstützt und gefördert werden. Durch die Möglichkeit der Installation von automatischen Nachtlichtern, Sturzdetektoren, Einbruchsmeldern oder Herüberwachungstechnologien soll der Sicherheitsaspekt gestützt und hervorgehoben werden. Der Bereich Gesundheitsprävention soll durch einen einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen mittels Apps und Sensorik abgedeckt werden. Diese sind speziell auf die Zielgruppe (Seniorinnen und Senioren) abgestimmt. Dadurch soll die Möglichkeit der Erreichung eines gesünderen Lebensstils und einer Risikoreduktion realisiert werden.

Die Beforschung erfolgt mittels Interventions- und Kontrollgruppe und wird durch eine ethische Begleitung unterstützt. Das Projekt startet voraussichtlich im ersten Quartal 2018 mit der Umsetzungsphase. Derzeit beginnt die Rekrutierung, bei Interesse an einer Teilnahme kann das Projektteam unter <http://www.waalter.wien/> Kontakt kontaktiert werden.

ZentrAAL – Forschungsprojekt im Raum Salzburg

ZentrAAL ist ein abgeschlossenes Projekt der Salzburger Testregion für AAL Technologien. Das Forschungskonsortium besteht aus Partnern aus der Forschung, der Wirtschaft und dem Hilfswerk Salzburg als Stakeholder aus den mobilen sozialen Diensten. Das Testsetting umfasste 60 Haushalte von (weitgehend) autonomen Seniorinnen und Senioren sowie eine adäquate Kontrollgruppe. Verwendete Test-Komponenten waren ein mobiles Tablet (dies konnte überall hin mitgenommen werden), ein sogenanntes stationäres Tablet (welches fix in der Wohnung verblieb) und eine Fitness-/Notfalluhr (eine dafür konfigurierte Smartwatch). Ebenso waren die Testwohnungen ausgestattet mit einem Türspion (Camera, mit der man sehen kann, wer vor der Türe steht), einer Herdabschaltung, einem mobilen Lichtschalter, einem elektronischen Schalter der bei offenen bzw. bei der Öffnung von Fenstern oder Türen das Licht einschaltet, der sogenannten ZentrAAL Box und einer Waage (mit WLAN Anbindung). Als Notfallfunktionen der Smartwatch wurde eine Rufhilfe mobil (Verständigung von Hilfe jederzeit und überall) sowie ein stiller Alarm (Automatische Alarmierung bei Inaktivität) konfiguriert. Der Wohnungsstatus ergab sich aus dem elektronischen

Türspion, welcher zu sehen ermöglichte, wer vor der Türe stand und der Möglichkeit zur Kontrolle, ob Geräte in der Wohnung eingeschaltet oder Fenster geöffnet sind. Durch die Kalenderfunktionen konnte man Termine und Erinnerungen verwalten (einmalig oder wiederkehrend) sowie eine Erinnerung zum definierten Zeitpunkt akustisch und visuell setzen/erhalten. Als Fitnessfunktionen wurden Übungsprogramme mit Videoanleitung für unterschiedliche Übungen bereitgestellt. Die Möglichkeit zur Aufzeichnung der Aktivitäten (Zeit, zurückgelegte Strecke, Puls und Kalorienverbrauch) sowie zur Speicherung der Daten für ein nachträgliches Ansehen sowie die Vitaldatenübersicht (durch eine semi-automatische Aufzeichnung und Kontrolle von Gewicht und Puls) wurde gewährleistet. Im Bereich der Gemeinschaftsfunktionen gab es einerseits die Möglichkeit einer Veranstaltungsinformation, wo die Betreuungsperson Informationen über Veranstaltungen hinterlegen konnte und auch die Möglichkeit zur Nachbarschaftshilfe. Hier konnten die Seniorinnen und Senioren einerseits ihre Hilfe in der Nachbarschaft anbieten, oder andererseits auch um Unterstützung ansuchen. Im Bereich der Unterhaltungsfunktionen konnten Spiele, regionale Nachrichten, Zugang zum Internet, Wetter, Fotos, E-Mail in Anspruch genommen werden. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden auch die Mobilitätsdaten/Fitnessdaten dreimal erhoben, um feststellen zu können, ob durch das Angebot der AAL-Technologien im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auch messbare Ergebnisse erzielt wurden. Das Forschungsinstitut für Altersökonomie der WU Wien beschäftigt sich derzeit mit

der Erforschung der Ergebnisse des Projektes (<https://www.wu.ac.at/altersoekonomie/projekte/laufendeprojekte/zentraal-outcomes/>). Eine Veröffentlichung eines Projektberichtes ist für Dezember 2017 geplant.

Ein Kurzfilm ermöglicht hier auch einen Einblick in das Projekt: https://www.youtube.com/watch?v=d_L12mXdHvM

WestAAL – Forschungsprojekt im Raum Tirol/Vorarlberg

Im Rahmen des Projektes WestAAL gibt es zum einen öffentlich zugängliche Musterwohnungen, in denen AAL Lösungen hautnah und selbst erlebt sowie getestet werden können und zum anderen gibt es das AAL-Praxisforum Smarter Lives, eine Veranstaltung, die Anbietern von AAL Lösungen und Dienstleistungen eine Plattform bietet und somit einen Berührungspunkt zwischen Fachwelt und Öffentlichkeit schafft. In der Testregion West-AAL wurden innovative Technologien, die ein unabhängiges und sicheres Leben im gewohnten Wohnumfeld für ältere Menschen unterstützen in der Praxis getestet. Diese Technologien wurden in 74 Testhaushalten in Tirol und Vorarlberg sowohl im städtischen, als auch im ländlichen Umfeld, über einen Zeitraum von 1,5 Jahren hinweg eingesetzt, um die Funktion und Auswirkung auf das Befinden sowie die Sicherheit und den Komfort der testenden Seniorinnen und Senioren zu evaluieren. Das Projekt lief von 01.01.2014 bis 31.05.2017.

Die Bedürfnisse an das Wohnen verändern sich im Laufe des Alterns, wie auch die Anforderungen an Komfort und Sicherheit. Die Unterstützung und Akzeptanz im Bedarfsfall funktioniert allerdings

dann am besten, wenn schon vorher Vertrautheit im Umgang mit assistierenden Technologien gewonnen wurde. West-AAL versteht sich in diesem Kontext als innovatives und breit angelegtes Testregionen-Projekt. Die Testhaushalte sind an sieben unterschiedlichen Standorten angesiedelt und können drei Wohn- bzw. Betreuungsformen zugeordnet werden. Die in den Testhaushalten lebenden Personen werden im Rahmen des Projektes von professionellen/diplomierten Fachkräften sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Forschungseinrichtungen laufend begleitet und unterstützt. Rechtliche und ethische Maßnahmen wurden im Projekt interdisziplinär ausgearbeitet. In der Testregion West-AAL sind insgesamt 19 Lösungen in sieben Anwendungsbereichen mit 41 verschiedenen Anwendungsfällen im Einsatz.

RegionAAL – Forschungsprojekt im Raum Steiermark

Das Projekt RegionAAL beschäftigt sich mit der Frage, wie das subjektive Sicherheitsgefühl oder die faktische Sicherheit der Seniorinnen und Senioren erhöht werden kann. Das Ziel ist, jene Informations-Kommunikations-Technologie (IKT), die tatsächlich angenommen und verwendet wird, einzusetzen und deren Wirksamkeit im Einsatz empirisch zu belegen bzw. zu beurteilen. Die verfügbaren Technologien sollen die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren erhöhen und dazu dienen, so lange wie möglich im Eigenheim verbleiben zu können. Risikosituationen wie Stürze durch schlechte Beleuchtung, Brandgefahr oder Wasserschäden sollen vermieden werden. Durch die Installation eines modernen Tür-Öffnungssystems soll es Familienmitgliedern, Pflegediensten

oder Rettungsdiensten einfacher ermöglicht werden, bei Bedarf in die Wohnung oder das Haus zu gelangen. Ein Meldesystem zeigt auf, ob die Fenster alle geschlossen sind. Auch sollen die körperliche Mobilität, bzw. die Fitness und das Balancegefühl durch Übungsangebote mittels Videos per APP verbessert werden. Eine soziale Inklusion sowie die Unterstützung und Förderung der Kommunikation mittels assistiven Technologien soll die Möglichkeit zur einfachen Kontaktpflege bieten und der Vereinsamung vorbeugen. Das Monitoring der Vitalzeichen sowie die Unterstützung der Gesundheitsanbieter soll durch assistive Technologien unterstützt werden und somit auch die Notwendigkeit oder eine Anpassung der Betreuungsleistung schneller und einfacher gewährleistet werden.

Dazu werden Wohnungen im urbanen Bereich mittels Analyse der Bedarfs- und Evidenzlage identifiziert und mit assistiven Technologien (zum Beispiel Kommunikation, Monitoring, Möglichkeiten zur Unterstützung der Tagesstrukturierung) ausgestattet.

In einer einjährigen Nutzungsphase werden einerseits die Akzeptanz der AAL-Technologien und andererseits die Wirksamkeit getestet und beurteilt. Ebenso soll in diesem Zusammenhang auch eine Befragung der informell und formell Pflegenden durchgeführt werden, um mit erfassen zu können, ob diese unterstützenden Technologien auch zur Entlastung der Pflegenden beitragen und parallel dazu einen längeren Verbleib im eigenen Wohnumfeld unterstützen. Das Studiendesign ist so konzipiert, dass es 100 Testhaushalte und 100 Kontrollhaushalte umfasst. Diese werden

randomisiert, die TeilnehmerInnen wissen also nicht, in welche Gruppe sie kommen werden. Quantitative Befragungen werden in Form eines Fragebogens zu Beginn, nach sechs Monaten und dann am Ende durchgeführt. Auch die Pflegenden werden parallel dazu befragt. Die Zielgruppe sind Seniorinnen und Senioren im Alter ab 60 Jahren und mit Pflegegeldstufe 0 bis 4. Eine vorliegende Demenz-Diagnose ist ein Ausschluss-Kriterium. Der Prä-Test ist positiv abgeschlossen und die Testphase hat im Juni gestartet.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es eine Vielzahl an AAL Technologien gibt, die eingesetzt werden können um den Alltag und die Lebensumstände von Seniorinnen und Senioren zu unterstützen und sicherer zu gestalten, ohne diese selbst zu belasten.

Einige AAL Produkte, die im Rahmen dieser vier Forschungsprojekte vorgestellt wurden, werden hier erwähnt. Dies ist allerdings nur ein kleiner Auszug an AAL Technologiemöglichkeiten und soll nicht zu Werbezwecken, sondern zu Informationszwecken erwähnt werden, damit man sich eine Vorstellung machen kann über die vielfältigen Möglichkeiten der Nutzung von Ambient Assisted Living Technologien.

2PCS

Diese Smart-Watch-ähnliche Uhr ist ein Notrufsystem mit GPS-Ortungssystem in Kombination. Die Anwendung kann über Hausnotruf auch mit PC-Anwendungsschnittstelle im Haus bei einem betreuten Wohnen zum Beispiel erfolgen. Eine Ortung mittels GPS ermöglicht ein schnelles Auffinden, die Möglichkeit einen Notruf abzu-



setzen ist gegeben und Kommunikation mit einer Schnittstelle im Sinne einer Leitstelle oder der betreuenden Pflegeperson am Stützpunkt in einer Pflegeeinrichtung ist gewährleistet. Eine Sturzmeldung erfolgt auch als Notrufmeldung durch Alarm ohne, dass der Betroffene den Notrufknopf betätigen muss.

HomeMatic

Kontrolle der Haushaltsbereiche wie Energieverbrauch, Brandalarm, Beschattung, Heizung, Zutritt zur Wohnung, Einbruchsicherung, Wetterdaten

SmartHome Austria

Energiesparpaket, Beleuchtungseinstellungen, Brandschutzpaket, Bewegungssensoren als Sicherheitsmelder, Beschattung, Heizungssteuerung, Sensor der offene Türen/Fenster meldet

LISSI – Lebe Immer Selbstständig und Sicher

Als Assistenzsystem für Zuhause, welches einen längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglicht. Die Nutzung erfolgt über das TV-Gerät, Benachrichtigung der Angehörigen erfolgt via SMS ans Handy. Ein Anschluss an eine

Servicezentrale einer Pflegeeinrichtung oder einen Pflegedienst ist möglich.

DomoOne Air Control

Technologie zur Optimierung des Raumklimas

Bucinator

Dieses System dient der Sturzprophylaxe. Ein Sensor meldet wenn die Person aus dem Bett aufsteht, bzw. sich hinein legt.

Es gäbe noch sehr viele weitere AAL Technologien die erwähnt werden könnten und es gäbe auch sehr viele erwähnenswerte Produkte und Projekte. Einen guten Überblick über die Grundsätze von AAL und aktuelle AAL Aktivitäten gibt die Internetseite von AAL Austria (<http://www.aal.at/>).

Wie wird die Zukunft aussehen?

Im Konzeptpapier der WHO „Draft global action plan on the public health response to dementia“ (veröffentlicht im Dezember 2016) wird auch der Bereich AAL behandelt und dezidiert in einem der sieben Handlungsbereichen die Forschung und Innovation für den Bereich AAL angesprochen und gefordert.

Einerseits wird Unterstützung und Förderung des Zugangs und Gebrauchs von Informations- und Kommunikationstechnologie wie Internet und Smartphone für Pflegende (im Sinne vor allem der pflegenden Angehörigen) gefordert - dies soll den Bereich Edukation, Kompetenztraining und soziale Unterstützung abdecken. Als ein Beispiel wird der WHO iSupport genannt. Andererseits wird auch gefordert, dass ein Ausbau der Entwicklung der technologischen Innovationen erfolgen soll, nicht nur hinsichtlich physischem, psychischem und sozialem Bedarf der Menschen mit Demenz im Bereich Diagnose, Krankheits-Monitoring und Assessment, sondern auch hinsichtlich assistiver Technologien wie AAL diese darstellen um präventiv und assistiv beim Pflegen und im Leben zu unterstützen.

Die vier vorgestellten Forschungsprojekte haben den Fokus nicht auf Menschen mit Demenz gelegt, sondern jene Programmteilnehmer waren vor allem kognitiv fit und auch noch in gewissen Maße mobil. AAL bietet jedoch auch für Menschen mit kognitiven Einschränken einen großen Handlungsspielraum. So könnten beispielsweise auch aus den beschriebenen Projekten Instrumente definiert und genutzt werden, welche Menschen mit jeglichen Beeinträchtigungen im Bereich Mobilität sowie im Bereich der Kognition gute Unterstützung geben können und deren Sicherheit im Alltag erhöhen.

Derzeit gibt es noch viele stand-alone Lösungen, die für den jeweiligen Anwendungsfall selbst sehr gute Ergebnisse liefern. Eine grundlegende Leitlinien für eine einheitliche Vernetzung von Anwendungen würde die Möglichkeit

schaffen die AAL Landschaft zu vereinfachen und neue Chancen für Anwender aber auch für Technologieentwickler bieten.

Auch die Pflege ist gefordert!

Im Bereich AAL im Setting Privatwohnung braucht es bei medizinischen Dienstleistungen und bei Angeboten der ambulanten Pflege und Betreuung neben dem Ansprechpartner für häusliche Dienstleistungen auch einen medizinischen Ansprechpartner oder den eines Pflegedienstes. Hier muss eine Bündelung und Koordinierung der Angebote durch die fachkompetenten Experten erfolgen (Rode-Schubert et al., 2012). Es Bedarf auch einer organisatorischen Vernetzung zwischen Technik und Dienstleistungen wie den Pflege- und Betreuungsanbietern. Findet zum Beispiel eine Technische Lösung zur Sturzerkennung Einsatz, so muss auch ein ausgereiftes Eskalationsmanagement daran angeknüpft sein, da funktionierende AAL-Technologie hier zwar notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung darstellt.

Rode-Schubert et al. gehen davon aus, dass die Marktentwicklung von einer konzentrierten Zusammenarbeit aller Akteure profitieren kann, ein Schulterschluss zwischen Politik, Forschung und Industrie wird die Implementierung von technischen Assistenzsystemen in den Haushalten schneller ermöglichen, was angesichts der in der Einleitung erwähnten demographischen und sozialen Entwicklung angeraten scheint.

Literatur/Links:

- Statistik Austria (2012) Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) Zu Bevölkerungspro-

gnosen. Bearbeitungsstand: 25.02.2013

- Rode-Schubert, C. et al. (2012) Ambient Assisted Living – ein Markt der Zukunft, BMF/VDE Verlag GmbH
- <http://www.aal.at/infocenter/publikationen/>
- <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/wohnen-im-alter/ambient-assisted-living>
- <http://www.aal-deutschland.de/aal-1>
- Peters, E., Pritzkuleit, R., Beske, F. et al. Bundesgesundheitsbl. (2010) 53: 417. doi:10.1007/s00103-010-1050-y (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-010-1050-y>)
- <http://www.aal.at/pilotregionen-3/waalter/>
- Schneider, C., Rieser, H., Willner, V., ZentrAAL trifft WAALTeR. (2017) Informationsveranstaltung
- https://www.youtube.com/watch?v=d_L12mXdHvM
- <http://www.west-aal.at/>
- WHO, Draft global action plan on the public health response to dementia. (2016) EB140/28

(download unter: http://www.lazarus.at/wp-content/plugins/pdf-viewer-for-wordpress/web/viewer-shortcode.php?file=http://www.lazarus.at/wp-content/uploads/2017/06/B140_28-en.pdf&set

Autorin



Karin Eder, BSc, MSc

Diplomierte Gesundheits- und Krankenflegerin, Advanced Practice Nurse, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule St. Pölten, Leitung der Weiterbildung Pflege bei Demenz.

„Ich möchte, dass sich meine Mutter wohlfühlt und die Demenz besser bewältigen kann. Wie kann ich am besten helfen?“

Dieser Ratgeber liefert Hintergrundinfos zur Erkrankung, die helfen, Betroffene zu verstehen und bestmöglich zu unterstützen. Dazu bietet er viele konkrete Beispiele für Beschäftigungsübungen in den verschiedenen Demenzstufen – stadiengerecht, alltagsnah und abwechslungsreich. Das motiviert, stärkt das Vertrauen und macht Spaß – und kann den Fortschritt der Erkrankung oft deutlich verzögern.

Plus:

- aktivierende Übungen (Begriffe raten, Was gehört zusammen?, Bilderrätsel, Rechenspiele, Puzzles)
- Infos zur Lebenswelt von Menschen mit Demenz
- Tipps und Tricks für den Alltag
- verfasst von ExpertInnen mit viel Erfahrung im Bereich Demenz

Jetzt neu!

MAS Alzheimerhilfe

Motivieren, Aktivieren, Stärken.

facultas 2017, 156 Seiten, EUR 19,90
ISBN 978-3-7089-1604-0



Mit den Händen hören lernen!

Mit Resonanz und Schwingung Menschen zum heilsamen Wachstum verhelfen oder Der Weg von einem Krankheitssystem in ein Gesundheitssystem durch den Einsatz der transpersonalen Zuwendung und Therapeutischen Berührung.

In der neuen globalisierten und digitalisierten Welt haben wir uns als Gesellschaft und in der Gesundheitsbranche des 21. Jahrhunderts die Frage zu stellen, wie wir zukünftig mit neuen Herausforderungen wie dem Anstieg der zahlreichen chronischen Erkrankungen, psychiatrischen Zustandsbildern wie Angstzustände, Panikattacken, Depressionen und Suchterkrankungen, der Rückenproblematik (eine Frage der inneren Haltung und Flexibilität) und – als größte Herausforderung – der sozialen Vereinsamung und Selbstentfremdung umgehen wollen.



Selbstentfremdung und Burnout

Hartmut Rosa, Professor für Soziologie an der Friedrich Schiller Universität in Jena hat in seinem 800 Seiten Buch „Resonanz“ (2016) beschrieben wie es durch die immer gleiche Arbeit am Computer zur Selbstentfremdung zum eigenen Körpers kommt. Der Körper wird weniger als Instrument gebraucht, vielmehr als Ressource benutzt (vgl. Rosa 2016, S.176). Das Burnout-Syndrom beschreibt Rosa als „das Verstummen aller Resonanzachsen und damit eine radikale Form der physischen und psychischen Entfremdung“, wobei Hartmut Rosa das extensive Nutzen des eigenen Körpers und den Versuch der Ressourcenoptimierung ebenso als eine Form der leiblichen Selbstentfremdung beschreibt (vgl. Rosa 2016, S.180).

Was geschieht mit uns Menschen, wenn wir uns selbst entfremden und die Resonanzachsen verstummen? Wie lebt es sich in einer Gesellschaft, welche ganz auf wirtschaftliches Wachstum ausgerichtet ist und wo Resonanz

zwischen Menschen immer mehr verloren geht?

Resonanz finden wir dort, wo der Mensch zu sich kommen und wachsen kann

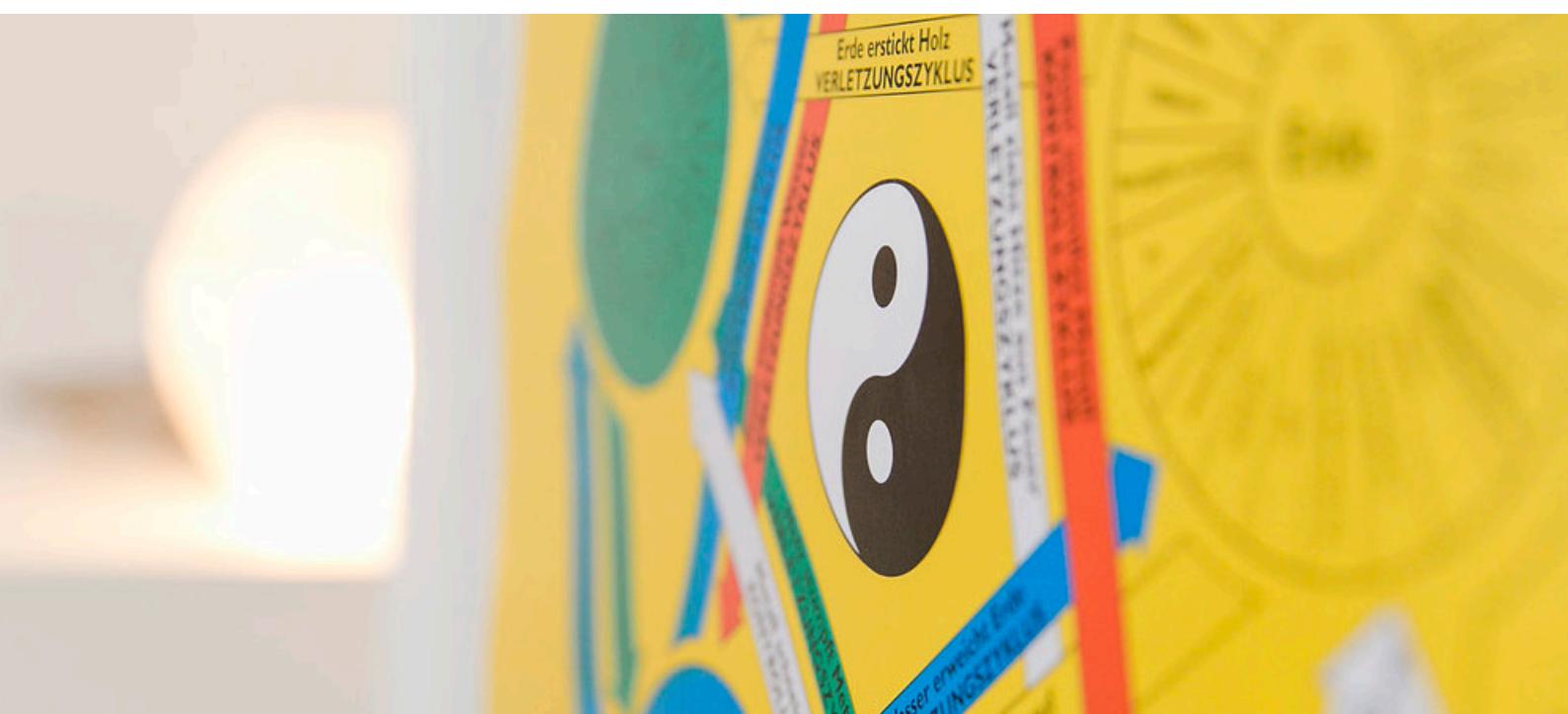
Herbert Pietschmann, Professor für theoretische Physik definiert Resonanz als ein Phänomen von schwingenden Systemen (vgl. Pietschmann 2013). Ungeborene schwingen in Symbiose mit der Mutter. Über die Haut und die Stimme stellen wir einen Resonanzraum her. Auch beim Musik hören, gehen wir in Resonanz. Diese Schwingung kann uns zu Tränen rühren. Resonanz bewirkt eine Veränderung der Gefühle, eine Transformation. Dieses transformierende Element in einem Resonanzphänomen ist als eine Ressource zu betrachten. Menschliche Begegnungen hinterlassen Spuren und verändern uns. Sie erwecken Reaktionen – nicht immer nur positive – doch diese verändern uns. Denn genau diese begegnenden und berührenden Impulse benötigt der Mensch, um sich im Du und in der Welt zu erfahren. Auch Selbstheilung

wird so aktiviert. Menschliche warmherzige Begegnung ist dafür notwendig.

Fehlt es an den positiven Resonanzachsen führt dies langfristig zu sozialer Kälte, Vereinsamung und Isolation. Übermäßige Egozentriertheit führt zu einer Verrohung der Gesellschaft. Dies ist kein gesundheitsfördernder Weg, welcher auf Sicherheit, Vertrauen und Stabilität einer Gesellschaft aufbaut.

Resonanzphänomene in der Gesundheits- und Krankenpflege zur Vermittlung von Sicherheit

Resonanzphänomene können sowohl durch körperliche Anwendungen, als auch seelisch – geistige und energetische Mechanismen ausgelöst werden. Eine „Berührung“ mit warmherzigen Augen – der Blick in die Seele – und ermutigenden Worten vermitteln Sicherheitsgefühle durch Präsenz und Kompetenz der Pflegefachkraft. Dies bewirkt Zuversicht, Ermutigung und stärkt die Hoffnung und somit die Selbstheilungskraft



bei jeder (erkrankten) Person.

Diese Resonanzräume auf der Beziehungsebene gehören gepflegt „wie zarte Pflänzchen und in eine nährende Erde eingesetzt“. Was in unserer (Pflege-) Gesellschaft stellt diesen guten Humus dar, indem zarte (oder verletzte) Pflänzchen wachsen können?

Fürsorge als Wert in der Gesellschaft und in der professionellen Pflegearbeit

Den Wert von Begegnung und menschliche Fürsorge im Pflegekontext beschreibt 1979 erstmals Watson in ihrer Theorie of Caring. Jean Watson (*1940 in West Virginia) publizierte das Buch „The Philosophy and Science of Caring“ und bezeichnet ihre Ausrichtung als spirituell. Sie bezieht die menschliche Würde als Grundlage ihrer Theorie, bezieht sich unter anderem auf Carl Rogers und nennt Einflüsse von Hegel, Kierkegaard und östlichen Philosophien (vgl. Watson 1996, S. 10). Pflege ist für Jean Watson eine Kunst und eine Humanwissenschaft, ähnlich wie Florence Nightingale, Virginia Henderson und andere PflegeexpertInnen es sehen und gesehen haben.

Jean Watson Theorie der transpersonalen Zuwendung

Die Theorie der transpersonalen Zuwendung wurde bereits 1988 als Werk „Nursing: Human Science und Human Care“ veröffentlicht. Jean Watson formuliert den Vorgang der zwischenmenschlichen Zuwendung im Zuge des Pflegeprozesses als ein „moralisches Ideal der Pflege“ was den Schutz und die Bewahrung der menschlichen Würde als das eigentliche Anliegen in sich birgt (Watson 1996, S. 46). Die Pflegekraft kann den Zugang zum inneren Selbst



Gabriele Wiederkehr in ihrer Praxis

der Person finden, wenn sie den physischen Körper nicht als getrennt von seinen Emotionen, dem höheren Selbst (der Seele) und vom Geist betrachtet und behandelt (Watson 1996, S. 69).

Bereits für Hippokrates galt die Inspiration der Seele und des Geistes als Voraussetzung für die Krankheitsbewältigung. Im Rahmen der Watson Theorie der transpersonalen Zuwendung ist das mental-spirituelle Wachstum aller am Pflegeprozess beteiligter Personen zu fördern. Dazu gehört es Sinn in der eigenen Existenz finden, innere Kräfte sowie Transzendenz und Selbstheilung voranzubringen (Watson 1996, S. 98). Pflege geschieht in der zwischenmenschlichen Zuwendung. Gesundheit beschreibt Watson als „Kongruenz zwischen Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung“ (Watson 1996, S. 67).

Comfort Care als Wert der institutionellen Integrität

Katherine Kolcaba schafft mit der Comfort Care Theorie einen Bezugsrahmen für den Wert von Fürsorge und „sich kümmern“ und

beschreibt im Jahr 2014: „Comfort ist das Ergebnis von qualitativ hochstehender Pflege und klinisch messbar und sichtbar zu machen. Comfort Care bewirkt durch eine fürsorgliche Zuwendung in der Pflege eine geringere Ausschüttung von Stresshormonen und die Homöostase im Nervensystem kann gewährleistet werden (Kolcaba 2014, S.13-14 in: Buchmayer 2017, S.7).

„Comfort Care bietet einen humanen Leitfaden für die Betreuung sowie die ethische Reflexion und Entscheidungsfindung am Lebensende.“ (Kolcaba 2014, S.91 in: Buchmayer 2017, S. 14). Individuell ausgewählte Comfort Maßnahmen können für ein friedvolles Sterben unterstützend sein, denn ein Gefühl des Friedens, der Würde und Comfort zu erfahren, sind wesentliche Parameter am Lebensende. Comfort Care soll als humaner Leitfaden in der Palliative-Care verankert sein, beschreibt Rosemarie Buchmayer in ihrer Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung gemäß § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (Buchmayer 2017, S. 14).

Comfort Care soll zukünftig als Wert und Zeichen einer „institutionellen Integrität“ in aller Strenge und Konsequenz in den Gesundheitseinrichtungen eingefordert und gemessen werden.

Therapeutic Touch bietet den Raum für Begegnung, Resonanz, Heilung und Selbstreflexion

Transpersonale Begegnung und Berührung aktiviert immer auf beiden Seiten, im positiven wie im negativen Sinn. Eine ruhige, zentrierte innere Verfasstheit stellt die Voraussetzung für die Anwendung einer Berührungstherapie dar. Dazu zählt auch die Achtsamkeit auf eigene Gedanken und Gefühle, da diese sich beeinflussend auf unsere Umgebung auswirken. Unsere eigenen Störungen haben

die Tendenz die Störfelder im Patienten zu verstärken (vgl. Macrae 1995, S.40-41).

Dolores Krieger, amerikanische Krankenschwester, Pflegeforscherin, Lehrerin und Professor Emeritus der Universität New York ist eine wichtige Exponentin holistischer Heilmethoden in der Krankenpflege. Krieger entwickelte 1972 mit der Theosophin und Heilerin Dora Kunz das Konzept Therapeutic Touch für Menschen in heilenden und helfenden Berufen. Sie wurde von Dora Kunz und anderen Heilern wie Oscar Estebany unterrichtet und experimentierte im Pflegekontext beispielsweise mit Hämoglobin in Verbindung mit Therapeutic Touch. Krieger ist anerkannt für die Entwicklung und Forschung neuer Theorien einer humanistischen Umsetzung einer zeitgemäßen Interpretation alter Heilpraktiken im klinischen Bereich. Krieger erbrachte durch Forschungsarbeit den Nachweis, dass TT eine sichere und praktizierbare Methode darstellt. Seit 1975 ist TT im Lehrplan von Universitäten und College und inzwischen an über 100 Institutionen in den Vereinigten Staaten und über 75 weiteren Ländern (vgl. Krieger 1999, S.181).

Ab 1972 wird Therapeutic Touch an der New York University („Frontiers in Nursing“) erfolgreich gelehrt (vgl. Sayre-Adams/Wright 1997, S.8) und in das Gesundheitssystem integriert (vgl. Van Gelder/Chesley 2016, S.217; Weydert-Bales 2015, S. 11-12; Macrae 1995, S.18; May 2013, S.17). Im Jahr 1975 wird die erste Untersuchung der Methode

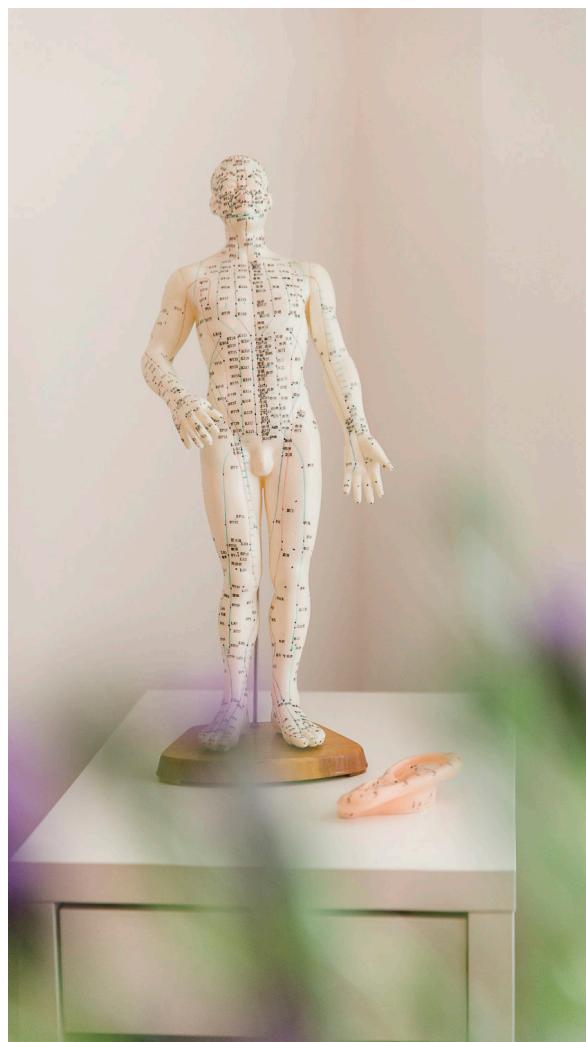
publiziert, die den Anstieg des Hämoglobinspiegels bei Probandinnen und Probanden herausfand (vgl. Krieger 1975, S.787).

Zentrierung, Achtsamkeit und Selbsterforschung als mächtige Verbündete bei der Heilarbeit

25 Jahre nach der Entwicklung der Methode Therapeutic Touch rückte Krieger die Selbsterforschung der persönlichen Dynamik der Anwender und Anwenderinnen in den Mittelpunkt. Sie fordert zu folgenden inneren Fragen auf: „Was erfahre ich beim Ausüben dieser Techniken auf der energetischen Ebene?“ „Was sind meine Empfindungen bei der Anwendung?“ „Wie fange ich die subtile Dynamik ein und was sagt mir meine intuitive Reaktion aus dem Bauch heraus?“ und andererseits „Wo konzentriert sich meine Bewusstheit?“ Wie nehme ich es wahr?“ „Welche Eindrücke fließen durch mich?“ „Welche Fähigkeiten, Ideen, Erkenntnisse, Visualisierungen spielen eine Rolle?“ (vgl. Krieger 1999, S.31).

Krieger stellt in ihrem späteren Werk von 1997 verfassten Originalbuch „Therapeutic Touch inner Workbook“ die Frage an die Leserschaft, welche es aus ihrer Sicht zu verfolgen gibt: „Warum möchte ich ein Heiler sein?“ Krieger fordert auf „nach Antworten zu suchen und gleichzeitig zentriert zu bleiben“, sodass die gleichzeitige Benutzung beider Gehirnhälften die Fähigkeiten Präsenz und Mitgefühl trainiert. Selbstwahrnehmung erfordert ein ständiges Üben und trainiert so die Selbsterfahrung (Krieger 1999, S.32).

„Die Selbsterforschung macht das Zentrieren zur Kraftquelle des



Therapeutic-Touch-Prozesses“ (Krieger 1999, S.35).

Therapeutische Berührung, eine untersuchte Methode mit Effektivität

Die in den Siebziger Jahren in den USA entwickelte Pflegemethode Therapeutic Touch ist seither vielfach in diversen Studien untersucht worden und Effekte im Sinne der Selbstheilung wurden nachgewiesen. In der im Jahr 2013 publizierten Literaturanalyse „Die Effektivität von Therapeutic Touch im klinischen Bereich“ von Gabriele Weydert-Bales werden von 528 gefundenen Publikationen insgesamt 63 Studien ausgewählt und analysiert, welche folgende Einschlusskriterien erfüllten: Durchführung im klinischen Bereich, Nachweis der Effektivität als Studienziel, klar definierte und getrennte Interventionen, randomisiert kontrollierte Studien. Studien an gesunden Probanden und ohne klinische Outcomes wurden ausgeschlossen (vgl. Weydert-Bales 2013, S.18).

Die Therapeutische Berührung bewirkt aufgrund der Aktivierung des Parasympathikus eine Beruhigung der Atemfrequenz, des Herzschlags und Blutdruckregulation und somit Entspannung, Linderung von Angst und Schmerzlinderung. Therapeutic Touch ist demnach als eine Entspannungsmethode zu verstehen, welche die Balance zwischen Sympathikus und Parasympathikus anstrebt. Dieses Gleichgewicht senkt Stress, steigert die Regulationsfähigkeit und führt zur Stärkung des Immunsystems und der Selbstheilungskraft (vgl. Englert 2012, S.6).

Positive Einfluss von Dr. Rev. Rosalyn L. Bruyére auf die Pionierinnen in Österreich

Die in Österreich als komplementäre (ergänzende und nicht alternative) gelehrt und angewandte Pflegemethode Therapeutische Berührung stützt und basiert auf das umfassende Wissen der bioenergetischen Funktionsdiagnostik und den zahlreichen wertvollen Techniken der anerkannten Heilerin, Lehrerin und Forscherin am Sektor der Energiemedizin, Dr. Rev. Rosalyn L. Bruyére. Sie lehrt seit den frühen 90-er Jahren auch zweimal jährlich in Intensivseminaren ihre Community in Deutschland und in den USA die Kunst des Heilens durch Handauflegen, die Lehre der Energiezentren, der Aura und das tiefe alte Heilwissen aus verschiedenen Hochkulturen wie aus dem alten Ägypten, der prä-buddhistischen Bön-Religion, von den Ureinwohnern Nordamerikas und aus der christlichen Tradition. Die Zugehörigkeit zu einer Religion ist keine Voraussetzung für die Fähigkeit des Handauflegens. Es ist vielmehr die Bereitschaft der offenen ehrlichen Auseinandersetzung mit sich selbst, die Bereitschaft zu regelmäßigen Energieübungen, zur Kunst der Entwicklung von Herzenskraft und der Wahrnehmungsschulung. Alle diese Eigenschaften bewirken die Stärkung und Gesundung der Anwender/in und nur so kann langfristig mit gesunden und kranken Menschen erfüllend gearbeitet werden.

Zuwendung, Fürsorge als Weg zum Selbst, zur Selbstbestimmung

Kommen wir zurück zur eingangs von Hartmut Rosa beschriebenen Selbstentfremdung als Herausforderung im 21. Jahrhundert. Was braucht die Gesellschaft und die einzelnen Personen von Pflegenden neben der professionellen schulmedizinischen Begleitung

Pflegefachkräfte erlernen Therapeutische Berührung in der Weiterbildung gemäß § 64 GuKG

Die Weiterbildung „Energetische Modelle und Methoden – Therapeutische Berührung“ gemäß § 64 GuKG kann seit dem Jahr 2003 in Wien absolviert werden. Sie umfasst 480 Stunden Theorie und Praxis und ist für Personen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege von der Landes-sanitätsbehörde laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 64 GuKG, Abs. 3, BGBI. 108/97 anerkannt. Das Zeugnis berechtigt zum Anführen der Zusatzbezeichnung „Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch“ gemäß § 11 GuKG (neue Bezeichnung seit 2017, davor lautet die Zusatzbezeichnung „Therapeutische Berührung“). Mit der GuKG Novelle 2016 wurde die pflegerische Kernkompetenz „Anwendung komplementärer Pflegemethoden“ gemäß § 14, Punkt 15 im Berufsgesetz der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege legitimiert (GuKG BGBI 1997/102 idF BGBI I 2016/75).

Ziele der Weiterbildung

Das kompetente Erlernen der heilsamen Berührungstherapie für den professionellen Einsatz am Patienten (und Klienten in der selbstständigen Tätigkeit) ist das Ziel der Ausbildung sowie – langfristig – die professionelle Integration von energetischen Heilmethoden in das Gesundheitssystem durch den Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege.

Erlernt werden neben den zahlreichen Techniken der Therapeutischen Berührung, viel gesundheitsfördernde und stärkende Methoden wie Qi Gong, Meditation, Visualisierung, Herzmeridian- und Atemübungen, Continuum Movement, Stimmtraining, Körperreisen zur Selbstpflege der Anwender/in. Spannende Vorträge zu nationaler und internationaler Forschung, Wirkungsweisen der Energiemedizin, Bioenergetik, Energiefelder und Energiezentren (Chakren) und Erkenntnisse der Gehirn- und Bewusstseinsforschung und Ethik werden diskutiert und in die Anwendung integriert.

Die Auseinandersetzung mit der Geschichte, Entwicklung und den zahlreichen Therapeutic Touch Studien sowie der weiterentwickelten Methode Healing Touch sowie die grundlegenden Erkenntnisse des Pflegemodells nach Martha Rogers (USA) vertiefen das theoretische Verständnis.

Auf Basis von Pflegediagnosen wie zum Beispiel Energie/Kraft, spirituelles Wohlbefinden, Er schöpfung, Angst, Einsamkeit, Schmerz und andere mehr werden die folgerichtigen Techniken der Therapeutischen Berührung gewählt und werden am Patienten eingesetzt. Zur Qualitätssicherung wird eine nachvollziehbare Dokumentation geübt und erlernt.

und fachkompetenten Versorgung? Was brauchen die Pflegenden selbst für eine langfristige Erhaltung ihrer Freude am Beruf und für ausreichend Energie und Lebenskraft?

Selbstpflege ist die Voraussetzung um langfristig mit gesunden und – vor allem – kranken Menschen zu arbeiten. Selbstreflexion bewirkt Selbsterkenntnis und das Verändern von (selbstschädigenden) Verhaltensweisen. Selbstliebe und Selbstbewusstsein sind zu entwickeln. Dies ist ein lebenslanger Prozess und erfordert Beharrlichkeit, Innenschau und die Bereitschaft zur Veränderung. Damit mehr Gesundheit, mehr Freude und mehr Lebenskraft und Lebensdauer sich entwickeln kann.

Die Balancierung der hormonproduzierenden Organe, welche durch die energetische Heil- und Berührungsarbeit, also dem Handauflegen auf die feinstofflichen Energiezentren moduliert und harmonisiert, wird begleitet von Zuwendung, Fürsorge, Zuhören, Anblicken, das Dasein ohne Störung, Hand halten und den professionellen Techniken der Therapeutische Berührung. All dies sind stärkende Elemente für Wohlbefinden, Lebensqualität, Vertrauen, Sicherheitsgefühl und zum Ankurbeln der Selbstheilungskraft und ein einfacher, aber nicht simpler Weg zurück zum Selbst.

Literatur:

BRUYÉRE, Rosalyn L. (2003): Das Geheimnis der Chakras. Unsere Licht- und Energiezentren. 5. Auflage. München: Wilhelm Heyne Verlag.

BUCHMAYER, Rosemarie (2017): Therapeutische Berührung. Die Verknüpfung mit der Comfort-Theorie in der professionellen Pflege. Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung Energetische Modelle und Methoden – Therapeutische Berührung gemäß § 64 GuKG

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz am Institut für Weiterbildung im Gesundheitswesen - Zentrum Lebensenergie, Wien.

ENGLERT, Alexandra (2012): Therapeutic Touch® und Herzratenvariabilität (HRV). Eine Anwendungsbeobachtung. Thesis zur Erlangung des Grades Master of Science am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz Schloss Seggau.

KOLBACA, Katherine (2014): Pflegekonzept Comfort. Theorie und Praxis der Förderung von Wohlbefinden, Trost und Entspannung in der Pflege. Bern: Hogrefe.

KRIEGER, Dolores (1975): Therapeutic Touch: The Imprimatur of Nursing. In: American Journal of Nursing. Volume 75. Number 5. 1975. New York City. S.784-787.

KRIEGER, Dolores (1999): Deine heilenden Hände. Die Heilmethode Therapeutic Touch. Kreuzlingen/München: Hugendubel Irisiana Verlag.

MACRAE, Janet (1995): Therapeutic Touch. Kontakteilung. Die heilende Berührung. 2. Auflage. Grafing: Aquamarin Verlag. MAY, Diane (2013): Das Therapeutic Touch Handbuch. Grundkurs - Basic. Toronto: Scribe Press.

ROSA, Hartmut (2016). Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. 1. Auflage. Berlin: Suhrkamp Verlag.

SAYRE-ADAMS, Jean/ WRIGHT, Steve G. (1997): Therapeutische Berührung in Theorie und Praxis. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby Verlag.

PIETSCHMANN, Herbert (2013): Das Ganze und seine Teile: Neues Denken seit der Quantenphysik. Ibera. European University Press.

VAN GELDER, Kirsten/ CHESLEY, Frank (2016): Mit den inneren Augen schauen. Die einzigartigen Erkenntnisse der Hellsichtigen und Heilerin Dora van Gelder Kunz. 1. Auflage. Grafing: Aquamarin Verlag.

WATSON, Jean (1979). Nursing. The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown.

WATSON, Jean (1996): Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern. Huber Verlag.

WEYDERT-BALES, Gabriele (2013): Die Effektivität von Therapeutic Touch im klinischen Bereich. Eine Literaturanalyse. Masterarbeit. Books on Demand. Norderstedt: GRIN Verlag.

WIEDERKEHR, Gabriele (2016): Lehrplan der Weiterbildung Therapeutische Berührung gemäß § 64 GuKG. Institut für Weiterbildung im Gesundheitswesen - Zentrum Lebensenergie e.U. Unveröffentlichtes Konzept. Wien. In: <http://www.zentrum-lebensenergie.at> [4.7.2017].



Autorin



Gabriele Wiederkehr, MSc
Pflegepädagogin, Leitung der Weiterbildung gemäß
§ 64 GuKG „Therapeutische Berührung – Therapeutic Touch“
in Wien.

Alle Fotos (C): 2017: die Elfe | fine art wedding photography

Der 14. Lehrgang startet am 12. Oktober 2017 in Wien.

Es gibt noch freie Plätze, informieren Sie sich!

Interessierte schauen auf der Homepage des Instituts für Weiterbildung im Gesundheitswesen – Zentrum Lebensenergie e.U.: www.zentrum-lebensenergie.at oder E-mail <mailto:info@zentrum-lebensenergie.at> oder vereinbaren einen Gesprächstermin mit der Lehrgangsleitung.

Einzsitzungen „Energetische Heilarbeit zur Gesundheitsförderung“ in der Praxisgemeinschaft Linke Wienzeile 106/11, 1060 Wien. <http://www.praxis-wienzeile.at/> und Leitung einer offenen Übungsgruppe in Wien 1010.

Erste Hilfe und Notfallmanagement im Überblick



Helmut Beichler

Erste Hilfe für Gesundheitsberufe

facultas 2017, 140 Seiten, Manual, broschiert
EUR 21,90 (A) EUR 21,30 (D) / sFr 29,– UVP
ISBN 978-3-7089-1557-9

Für alle Pflege- und Gesundheitsberufe!

Dieses Buch behandelt kompakt und übersichtlich die Erste Hilfe für alle Berufe des Gesundheitswesens und thematisiert spezifische Inhalte des klinischen Notfallmanagements für Pflegeassistentz, Pflegefachassistentz sowie das Studium Gesundheits- und Krankenpflege.

Nachvollziehbar aufbereitet, mit Handlungsanleitungen zu allen Notfallsettings und visualisiert mit zahlreichen Fotos.



facultas



FR/SA/SO
06. - 08.
Oktober
2017

Großmeister Wei Ling Yi in Wien

Die Weisheit der Seele

06. Okt. 16.30 - 18 h · Campus Lecture FH Campus Wien · Favoritenstraße 226 · 1100 Wien
07. Okt. 14-19 h & 08. Okt. 11 - 16 h · Seminare Waldorf Wien West · Seutergasse 29 · 1130 Wien

Anmeldung Seminare · G. Wiederkehr · Fon: +43(0)650 / 51 18 767 · Email: info@zentrum-lebensenergie.at

Campus Lecture freier Eintritt / Beitrag Seminare jeweils 36 Euro (*Ermäßigung möglich*)



Moderne Spiritualität & Ganzheitliche Lebenswissenschaft

www.yixue.de

Veranstalter: YiXue Bildungszentrum gemeinnützige GmbH

Zwischen Akzeptanz und Verdrängung

Coping-Strategien von Menschen mit Vergesslichkeit im Alter (Demenz) kennen und fördern.



(C) Osterland

Für Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen (MmD) stellt der kognitive Abbau eine psychische Belastung dar, an die sie sich kontinuierlich anpassen müssen und wofür sie auf spezifische Bewältigungsstrategien (Coping) zurückgreifen. Das Wissen über Bewältigungsstrategien von MmD istverständnisfördernd und eine Voraussetzung für bedarfsgerechte, personzentrierte Interaktionen in der Betreuungs-, Pflege- und Beratungspraxis.

Als Bewältigungs-Strategien (Coping) wird der Umgang von Person mit belastenden Situationen verstanden, welcher zur Aufrechterhaltung eines inneren und äußeren Gleichgewichts beitragen sollen und durch welche Spannungen abgebaut und/oder Bedrohungen abgewendet oder toleriert werden sollen (vgl. Stuhlmann 2004: 40). Im Falle einer demenziellen Beeinträchtigung versuchen Betroffene oft, die fortschreitenden Verlusterlebnisse durch Copings zu kompensieren, so dass ein Gleichgewichtszustand aufrecht erhalten werden kann. Zudem werden Copings angewendet, um die von der demenziellen Entwicklung ausgehenden Bedrohungen für das eigene Leben zu bewältigen. Dies kann als beachtliche Leistung verstanden werden, vor allem wenn man bedenkt, dass nichts „so bedrohlich [ist] wie die Demenz“ (Naue 2012), da der demenzielle Abbau Strukturen angreift, welche wir als unsere Identität, unser Selbst, oder unser Person-sein fassen.

Das Konstrukt des Selbst wird als die Gesamtheit der Merkmale einer Person zusammengefasst. Es bildet die Grundlage für die individuelle Art des Erlebens, Erfahrens, Erkennens, Handelns sowie des Verhaltens und kann in Bereiche (körperlicher, kognitiver, emotionaler, motivationaler und sozialer) unterteilt werden. Das Selbst zeichnet sich vor allem durch Kontinuität aus, da sich das Selbstverständnis und die Selbstinterpretationen über die Zeit hinweg nicht grundlegend ändern.

DIAGNOSE DEMENZ!

(c) guukaa

tion im Laufe des Lebens kaum verändern, wobei die Ausbildung des Selbst hauptsächlich im Jugendalter stattfindet (vgl. Kruse 2016: 265). Die Identität (bzw. das Selbst) kann in seinen Grundfesten durch chronische Erkrankungen erschüttert werden. Von der Weltgesundheitsorganisation wird die Demenz als ein Syndrom beschrieben, welches aus einer chronisch fortschreitenden Erkrankung des Gehirns resultiert (vgl. Sepandj 2015: 4).

Die Auswirkungen der Demenz auf Selbst ergeben sich bei der Alzheimerdemenz (AD) - der häufigsten Form - durch die reduzierte Gedächtnisfunktion, die beeinträchtigte Lernfähigkeit sowie die verringerte Handlungskompetenz, welche mit Aphasie (Sprachstörung) und Anosognosie (fehlende Krankheitseinsicht) einhergehen können. Diese Erschütterung haben im Verlauf einer demenziellen Veränderung zur Folge, dass die Fähigkeiten der Selbstwahrnehmung, der Selbstreflexion, der Selbsterkenntnis und des Selbstausdrucks zunehmend beeinträchtigt werden (vgl. Kruse 2016: 266).

Angesichts dieser desaströsen Prognose ist das eigentlich Erstaunliche an einer demenziellen

Beeinträchtigung das Phänomen, dass betroffenen Personen trotz Demenz die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes innehaben. Der These folgend, welche die Fähigkeit der Selbsterhaltung von MmD als zentrale Ressource erachtet, sollte dieses Phänomen durch einen verstehenden Zugang in Forschung und Praxis erkundet und verfolgt werden. Ins Zentrum die Aufmerksamkeit sollte rücken, wie es MmD möglich ist und gelingen kann, ihr Selbst trotz der widrigen Umstände aufrecht zu erhalten, auf welche Strategien sie dafür zurückgreifen und wie sie bei der Erhaltung ihres Selbst unterstützt werden können.

Um ein größeres Maß an Verständnis für das Bewältigungsverhalten von MmD zu erlangen, kann es hilfreich sein, auf die Erkenntnisse aus der subjektorientierten bzw. patientInnenorientierten Forschung einzugehen. Diese zieht die Insiderperspektive in Betracht, und gewährt Einblicke in das Erleben, Befinden und Verhalten von Betroffenen (vgl. Schaeffer 2009: 8-9). Denn es sind die Personen mit Demenz, „die faktisch die eigentliche Bewältigungsarbeit zu leisten haben und die mit der Erkrankung leben müssen“ (Schaeffer 2009: 9) - eine

Perspektive, die in der medizinistigen Forschungskultur zu wenig Aufmerksamkeit erfährt. Aus der patientInnenorientierten Forschung zum Umgang mit diversen chronischen Erkrankungen ist bekannt, dass sich Betroffene als gesund erleben und fühlen können, obwohl sie nach biomedizinischen Beurteilungskriterien gemessen eindeutig als krank einzustufen sind (ebd.: 10).

Dieses Phänomen ist auch häufig bei Personen mit demenziellen Beeinträchtigungen anzutreffen: Von außen betrachtet weisen dies ab einem bestimmten Fortschritt der Beeinträchtigungen eindeutig erkennbare und messbare Anzeichen einer demenziellen Veränderung auf, zumeist werden von den Betroffenen jedoch die Beeinträchtigungen „geleugnet“ und die Zuschreibung der Diagnose Demenz abgewehrt. Zudem äußern die Betroffenen keine Krankheitsempfinden und weisen meist keine Krankheitseinsicht auf (vgl. Schönborn 2016; Stechl 2006). Exemplarisch für das Phänomen der Anosognosie bzw. der fehlenden Krankheitseinsicht - wie dieses in der Medizinwissenschaft kategorisch bezeichnet wird - präsentierte sich diese Aussage einer von Demenz betroffenen Probandin im Rahmen der durch-

gefährten Studie mit dem Titel „Demenzsensible psychosoziale Interventionen“: „Ich fühle mich gar nicht dement.“ (Schönborn 2016: 68). Zahlreiche internationale qualitative Erhebungen zur subjektorientierten Demenzforschung belegen, dass Aussagen zum Krankheitsempfinden und -erleben von Betroffenen, in denen diese die stigmatisierende Zuschreibung als Demenzpatient ablehnen, sich bei beinahe allen Betroffenen ausmachen lässt (Phinney 1998; Sabat 2001; Stechl 2006; Sowarka 2008; Au 2008; Tanner 2012; Pnake-Kochinke 2013; Schönborn 2016).

In Österreich haben diese Erkenntnisse jedoch bislang noch kaum Einzug gehalten. Die Ablehnung der Zuschreibung Demenz alleinig auf einen organischen Hirnfehler rückzuführen, wie dies in der Medizinwissenschaft proklariert wird (u.a. Bopp-Kistler 2016), wird jedoch dem Phänomen und der Realität der Betroffenen bei weiten nicht gerecht und negiert des Weiteren die psychodynamische Dimension, die sich dahinter besonders im anfänglichen Krankheitsverlauf verbirgt. Das Negieren einer unheilbaren Erkrankung wie der Demenz, kann auch als Coping-Strategie verstanden werden, mit welcher versucht wird die Belastungen, die Bedrohungen, und die Spannungszustände auszugleichen. Dies ist umso verständlicher, wenn wir bedenken, dass es bislang keine Heilung für die meisten Formen demenzieller Erkrankungen gibt, und der Verlauf durch psychosoziale und medikamentöse Interventionen kaum gelindert werden kann. Ein „nicht wahrhaben wollen“ oder eine Verlagerung der Aufmerksamkeit auf die noch vorhandenen Ressourcen kann aus der Perspektive

der Betroffenen durchaus eine angemessene Bewältigungsstrategie darstellen, die es anzuerkennen gilt. Die vielfach gehörte Empfehlung, alles würde besser werden, wenn die Betroffenen nur ihre Erkrankung akzeptieren könnten, kann aus einem psychodynamischen Verständnis wenig abgewonnen werden und sollte einer kritischen Hinterfragung unterzogen werden.

Für ein psychodynamisches Verständnis sind die Erkenntnisse der patientInnenorientierten Forschung zu chronischen Erkrankungen ergiebig und aufschlussreich. Diese besagen, dass das primäre Interesse bzw. Bemühen der Betroffenen nicht der Erkrankung gilt, sondern sich dem irritierten Leben widmet, welches wieder in ein Gleichgewicht gebracht werden soll. Durch die Erkrankung werden alle Lebensbereiche erschüttert, und das Bewältigungsbemühen verlagert sich im Verlauf der Erkrankung immer mehr auf das aus den Fugen geratene Leben – das Krankheitsgeschehen wird sekundär. Schäffer und Mores (2009) sprechen in diesem Zusammenhang vom „Abschied von der Patientenrolle“ (ebd.: 111), da die Aufmerksamkeit der Erkrankten bei der Bewältigung sich von der Erkrankung weg – hin zur Aufrechterhaltung des eigenen Lebens verlagert. Werden anfänglich noch „vorbildlich“ die Behandlungsempfehlungen befolgt, wendet sich – durch den ausbleibenden Erfolg bei irreversiblen Erkrankungen und der fortschreitenden Verschlechterung – der Fokus zunehmend dem zu erhaltenden Leben zu. Aus der Outsiderperspektive betrachtet verweigert sich dieses Verhalten nicht selten jeglicher logischen Einschätzung und kann scheinbar

diffus und ungereimt anmuten – schließlich missachten die Betroffenen oft Therapievorschläge, laufen Medikamentenverordnungen zu wider, und verfolgen fragwürdige Prioritäten (vgl. ebd.). Aus der subjektorientierten Forschung lässt sich hingegen eine Logik erkennen, wenn berücksichtigt wird, dass die höchst unterschiedlichen Strategien der Betroffenen dem Ziel dienen, das irritierte und beschädigte Leben zu reparieren und zu kontrollieren, anstatt der von ihnen erwarteten Bekämpfung der unheilbaren Erkrankung zu folgen (vgl. Schäffer, Moers 2009: 114). Aus der Perspektive der Erkrankten betrachtet stellt sich hier darüber hinaus zu Recht die Frage, wie sich Außenstehende ein Urteil über deren Lebens- und eben nicht Krankheitsbewältigung erlauben können.

Auch die Auseinandersetzung mit den Bewältigungs-Strategien im klassischen Bezug der Psychoanalyse gibt Aufschluss, wenn es um die Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung im Verhalten von MmD geht: „Was aus der Außensicht als störendes, herausforderndes oder krankes Verhalten bezeichnet oder angesehen wird, kann z. B. für eine Person mit Demenz die einzige in der Situation noch verfügbare Möglichkeit sein, sich als kompetent, kontrollierend oder effektiv zu erleben.“ (Stuhlmann 2004: 43). Auch dieser Befund untermauert die psychodynamische Position, laut welcher das Verhalten von MmD sehr wohl einer Logik folgt. Dazu kann es aber notwendig sein, die Betroffenenperspektive einzunehmen, welche sich aber nicht immer von außen leicht erschließen lässt. Die Klassischen Bewältigungsstrategien im Bezug zur Psychoanalyse lassen sich

auch bei MmD ausmachen:

- **Rückzug** (Alltagsaktivitäten, Interessen, Hobbies, Beziehungen, Kontakte)
- **Abwehrmechanismen** (zur Regulierung/Stabilisierung des Selbstwertes)

Verleugnung

(Nicht wahrhaben bzw. Umdeuten der Realität) → Kompetenzen bleiben im Bewusstsein erhalten, Defizite werden ausgeblendet (z.B. aus bleibenden Krankheitseinsicht)

Verdrängung (Form des Vergessens, um negative Erfahrungen aus dem Bewusstsein auszuschließen) → MmD verdrängen z.B. häufig ihre eigenen Defizite zum Selbstschutz.

- **Projektion** (Verschiebung eines Problems auf andere, Verantwortung wird nach außen verlagert) z. B. Schuldzuweisungen – nicht das eigene Vergessen ist schuld, sondern ich wurde bestohlen (vgl. ebd.: 60 f.)

Bewältigungsstrategien werden bereits im Kindes- und Jugendalter angelegt und verändern sich im Verlauf des Lebens kaum, weshalb auf diese auch im Umgang mit chronischen Erkrankungen zurückgegriffen wird.

Resümierend lässt sich festhalten, dass die Forschungspraxis in Österreich sich dringend der subjektorientierten Demenzforschung zuzuwenden hat, wie es auch in den Umsetzungszielen der „Österreichischen Demenzstrategie. Gut Leben mit Demenz.“ (Juraszovisch et al. 2015) verlautbart wird. Damit das Phänomen der demenziellen Veränderung aus der Perspektive der Betroffenen verstehbar

gemacht werden kann und sich bedarfsorientierte Interventionen auch wirklich an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten können, sollten sich die Forschungsbemühungen vermehrt der subjektiven Wirklichkeiten von MmD im Rahmen partizipativer Strategien zuwenden.

Literaturverzeichnis:

- Au, Cornelia (2008): Die Diagnoseaufklärung bei Demenz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hg.): Informationsdienst Altersfragen Heft 06/2008. Thema Demenz. Unter Mitarbeit von Peter Zeman. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 12–15
- Bopp-Kistler, Irene (Hg.) (2016): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub.
- Juraszovich, Brigitte; Sax, Gabriele; Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Stewig, Frederike (Hg.) (2015): Demenzstrategie Gut Leben mit Demenz. Abschlussbericht - Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Unter Mitarbeit von Brigitte Juraszovich, Gabriele Sax, Elisabeth Rappold, Doris Pfabigan und Frederike Stewig. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Wien.
- Nae, Ursula (2012): Leben mit Demenz. Fragen des Selbst und das Konzept persönlicher Verantwortung für die eigene Gesundheit. Wels, 2012.
- Panke-Kochinke, Birgit (2013): Eine Analyse der individuellen Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Demenz im Frühstadium ihrer Erkrankung
- Phinney, Alison (1998): LIVING WITH DEMENTIA. From the Patient's Perspective. In: J Gerontol Nurs 24 (6), S. 8–15.
- Schönborn, Raphael (2016): Demenzsensible psychosoziale Intervention. Subjektorientierte partizipative Interviewstudie mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. FH Campus Wien: Masterarbeit.
- Sepandj, Asita (2015): Krankheitsbild Demenz. In: Sabine Höfler, Theresa Bengough, Petra Winkler und Robert Griebler (Hg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien, S. 4–8.
- Sowarka, Doris (2008): Demenz im Frühstadium. Forschung zur Betroffenenperspektive und Implikationen für Behandlung und Begleitung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hg.): Informationsdienst Altersfragen Heft 06/2008. Thema Demenz. Unter Mitarbeit von Peter Zeman. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 2–7.
- Stechl, Elisabeth (2006): Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium. Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und ihren Angehörigen. 1. Aufl. Berlin: Köster (Wissenschaftliche Schriftenreihe Psychologie, 15).
- Stuhlmann, Wilhelm (2004): Demenz - wie man Bindung und Biographie einsetzt. Mit 11 Tabellen. München, Basel: Reinhardt (Reinhardts gerontologische Reihe, 33).
- Tanner, Denise: Co-research with older people with dementia: Experience and reflections. In: Journal of Mental Health June 2012 (21), S. 296–306.

Autor



<http://www.rafael-schoenborn.at/>



Raphael Schönborn, MA

Sozialwirtschaft und Soz. Arbeit, BA Erziehungs- und Bildungswissenschaften, DPGKP, Sonderausbildung für Lehrtätigkeit § 65b GuKG; Lehrgangsleiter Dementia Care (Kardinal König Haus, Wien), Projektleitung ABDem (BMASK, VAEB), langjährige Praxis in der Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und deren Nahenstehenden (raphael-schoenborn.at), Fort- und Weiterbildungstätigkeiten, Leiter der Gesprächsgruppe „Meine Frau hat Demenz.“ (Caritas, Wien)

Beifuß | *Artemisia vulgaris*

Das Gewürz- oder „Frauenkraut“

Der Vulgarname „Beifuß“ hebt bereits einen besonderen Verwendungszweck hervor – „bei dem Fuße“. Soldaten legten sich Beifußblätter bei langen Märschen in die Sandalen, um Blasen und offene Wunden zu verhindern. Durch den erweichenden Effekt funktionierte dies auch und findet sich daher auch in einigen Fußcremes heutzutage wieder.

Aber nicht nur äußerlich vollbringt der Beifuß gute Taten. Innerlich angewandt als Gewürzbeigabe oder in Form von geeigneten Präparaten, wie Wein, Tinkturen oder Tee, wird es vorwiegend zur Förderung der Verdauung und Durchblutung des unteren Bauches genutzt. Nicht umsonst wird es seit Menschengeinden daher als „Frauenkraut“ genutzt, da es durch eine erhöhte Gestagenproduktion die Fruchtbarkeit fördert und die weitere wehenfördernde Wirkung die Geburt sogar auslösen und unterstützen soll.

Insbesondere der einjährige Beifuß steht im Fokus der Wissenschaft im Kampf gegen Krebs, Malaria und TBC.

Zu Unrecht fristet der Beifuß ein „Unkraut“-Dasein in vielen Gärten.



„Artemisia“ bezieht sich vermutlich auf die griechische Göttin Artemis, die jungfräuliche Göttin der Jagd und Schutzpatronin der Frauen.

„vulgaris“ (lat.) = „gewöhnlich“

Unserer Orte als eher unbeliebtes, wucherndes „Unkraut“ im Garten, birgt der Beifuß viele positive Eigenschaften, die sich bereits die alten Ägypter zu Nutze gemacht haben. Verdauungs- und wehenfördernd sind nur einige wenige Wirkungsweisen, die der Gemeine Beifuß in sich trägt.

Artemisia vulgaris gehörend zu den Korbblütlern (Röhrenblüten) ist Teil der botanischen Gattung Artemisia, zu der noch zahlreiche andere Beifuß-Arten gehören. Eine der bekanntesten ist Artemisia absinthium, genannt Wermut, Artemisia abrotanum, die Eberraute, Artemisia annua, der Einjährige Beifuß, oder Artemisia alba, der Kampfer-Wermut oder besser bekannt unter Cola-Kraut.

In ganz Europa, Asien und Nordamerika vorkommend, wächst der Beifuß bis auf eine Höhe von 2.000 m.

Die mehrjährige, bis zu 2m hoch, 50cm breit, rispig verästelte Staude hat einen von unten verholzenden, meist braun bis rötlichen Stängel, der leicht behaart ist. Die Blätter sind doppelt gefiedert mit einem harten Stängel und vielen Seitenausläufern, die auf der Unterseite weißlich und filzig sind.

Die körbchenförmigen Blüten von Juli bis September sind weißlich-grau, gelblich oder rötlich, die rispenartig und endständig angeordnet sind, bilden sich in bis zu 1cm lange, dunkelbraune bis schwarze Achäne.

Als unscheinbares und anspruchsloses Kraut wächst es auf nährstoff-, kalkreichem, sandigem Boden und liebt es normaltrocken bis leicht feucht. Wer sie trotz selbständig freudiger Vermehrung vermehren möchte, kann dies mittels Stecklingen machen oder die gesammelten Samen im Herbst oder Frühling im Freiland auswerfen.



Historisches

Der Beifuß wurde im Laufe der Geschichte einigen Götterheiten geweiht, vorwiegend Göttinnen, die Beschützerinnen von Frauen waren.

- Isis, ägyptische Göttin der Geburt, der Wiedergeburt und der Magie, aber auch Totengöttin. Im alten Ägypten wurde der Beifuß auch als Ritualpflanze bei Umzügen verwendet.
- Artemis, griechische Göttin der Jagd, des Waldes, des Mondes und schützte im antiken Griechenland die wilden Tiere und war Geburtshelferin der Frauen als „Schutzgöttin der Gebährenden“, weshalb der Beifuß im alten Griechenland zur Erleichterung von Geburten verwendet wurde.
- In Persien wurde der Beifuß um 400 v. Chr. von der Königin Artemisia verwendet. Die Königin ist eine weitere mögliche Namensgeberin des Krautes.
- Diana, römische Göttin des Waldes, der Jagd, des Mondes und der Geburt, Beschützerin der Frauen und Mädchen. Der römische Gelehrte Plinius (100 n.Chr.) sagte bereits „verspüre keine Müdigkeit, wer sich ein Büschel des Krautes an den Fuß bindet.“ Die Römer

nannten den Beifuß auch Diana, da es der Göttin Diana geweiht war und auch hier zur Geburtsförderung verwendet wurde.

- Als „Mutter aller Kräuter“, wurde sie von Walahfrid Strabo (ca. 808-849 n. Chr.), dem Abt der Insel Reichenau, im Mittelalter bezeichnet. In mittelalterlichen Kräuterbüchern wird Beifuß auch als „sonderlich Frawenkraut“ genannt und bei sämtlichen Frauenleiden angewandt. Gegen Epilepsie wurde das Kraut zu diesen Zeiten ebenfalls genutzt.
- Im Christentum wurde der Beifuß zum Kraut Mariens – der unbefleckten Jungfrau – es solle die Keuschheit bewahren.

Hildegard von Bingen (11. Jhd.) schrieb in ihren Büchern „Der Beifuß, das heißt der biwoz, ist sehr warm und sein Saft ist nützlich. Wenn er gekocht wird und in müse („Brei“) oder einer anderen Speise gegessen wird, heilt er kranke Eingeweide und macht einen kalten Magen warm. ... Es beseitigt und verjagt die Fäulnis, die er sich in den früheren Speisen und Getränken zugezogen hat.

Auch wenn droffo („Nässen“) und üble Säfte an einer Stelle des menschlichen Körpers sich sammeln und austreten, nachdem die Haut aufgebrochen ist, nehme dieser Mensch – jedoch nicht im Falle eines vergifteten Geschwürs – Beifuß, drücke den Saft aus, füge dem Saft Honig hinzu, so daß der Beifüßsaft den Honig um ein Drittel überwiegt, und salbe damit die schmerzende Stelle. Anschließend bestreiche er sie mit Eiweiß und binde sie mit einem Tuch zu. Dies tue er, bis er geheilt ist.“¹



Heute fristet der Beifuß eher ein Schattendasein und zu Unrecht als „Unkraut“ abgestempelt.

Hauptinhaltsstoffe

ätherische Öle (Cineol, Kampfer, Thujon), Bitterstoffe (z.B. Sesquiterpenlactone), Inulin, Vitamin A, B, C, Gerbstoffe, Terpensäuren, Flavonoide, Cumarine, Glycoside, Karotinoide, Prunasin (zyanogenes Glycosid).

Wenn der Beifuß in Blüte steht, dann sind erhöhte Mengen an Bitterstoffen vorhanden, was eine erhöhte verdauungsfördernde Wirkung nach sich zieht.

Wirkung

Die Bitterstoffe sorgen für eine appetitanregende, verdauungsfördernde Wirkung. Es regt die Ausschüttung der Magensaft an und die Fettverdauung wird beeinflusst.

Die Ausschüttung der Verdauungssäfte erhöht sich und regt weiter die Aktivität der Bauchspeicheldrüse und die Gallensaftproduktion zur Fettverdauung an. So können fette und schwere Speisen optimal verdaut werden.

Dadurch wird generell die Durchblutung des Unterbauches angeregt und eine erwärmende Wirkung Kopf, Bauch und Füße zeigt sich.

Die ätherischen Öle und Gerbstoffe wirken vorwiegend keim- und pilzhemmend (antimykotisch).

Beifuß regt die Gestagenproduktion und die körpereigene Östrogenproduktion, für das Heranreifen von Eizellen, an.

Ebenfalls regt es die Wehentätigkeit an, beruhigt und entkrampft, sodass ein guter Begleiter für die Geburt und dessen Vorbereitung ist.

Äußerlich angewandt wirkt Beifuß erweichend – daher auch besonders gut für Fußbäder. So manch Krieger legte sich auf den langen Märschen Beifuß in die Sandale oder den Schuh, um eine Blasenbildung und wunde Stellen zu vermeiden.

Nebenwirkungen

Der Blütenstaub kann Allergien hervorrufen.

Durch die wehenfördernde Wirkung des Beifuß, sollte dieser nur sehr reduziert in der Schwangerschaft nehmen, da es im frühen Stadium zu einem Abbruch führen kann! Für die Geburt und zur Vorbereitung jedoch positiv wirkungsvoll.

Aufgrund der erhöhten Durchblutung, sollte Beifuß nicht bei Infektionen und Entzündungen der Organe im kleinen Becken angewandt werden.

Sammeln & Aufbewahren

Geerntet und verwendet kann das gesamte Kraut werden.

Junge Blätter, Blätter vor der Blüte, Blüten, oberirdische Teile, Wurzeln (vorw. im Herbst).

Sammeltipp: einfach die gesamte Pflanze abschneiden und in Büschel kopfüber an einer trockenen und geschützten Stelle zum Trocknen aufhängen. Nach dem Trocknen einfach die Blätter vom Hauptstamm abstreifen und trocken und dunkel lagern.

Die Wurzeln im Herbst ausgegraben und gesäubert in Scheiben geschnitten an einem warmen und luftigen Platz oder im Backrohr bei max. 50°C trocknen.

Nutzung

Külinarik

Kulmann zu Fleischspeisen, vor allem zu Ente-, Gänse-, Hammel-, und Schweinefleisch, fetten Speisen etc. vorwiegend die Blüten verwenden, da die Menge an Bitterstoffen am höchsten ist.

Insbesondere bei Gänsebraten ist der Beifuß sehr beliebt und wird traditionell gerne verwendet.

Aber der Beifuß passt auch sehr gut zu Suppen, beispielsweise Gemüsesuppe, Bohnensuppe oder Kartoffelsuppe. Auch deftige Gerichte mit Fleisch, Fisch, Käse oder Pilzen profitieren vom Beifuß, sei es direkt als Gewürz bei Fleisch oder in Form einer begleitenden Soße, die mit Beifuß gewürzt wurde.

Beifuß ist eines der Kräuter in der Neunkräutersuppe im Frühjahr.

Beifußwein nach Paracelsus:
1-2 frische Beifußpflanzen (mit Wurzel) vor der Blüte (ca. Juni) zerkleinert mit ca. 800ml Weißwein ansetzen. 2 Wochen ziehen lassen. Im Bedarfsfall 2 kleine Gläser einnehmen. Wirkt schweißanregend, verdauungsfördernd, beruhigend.

Kosmetik

Durch die erweichende Wirkung wird es bei Fußcreme, Fußbädern etc. verwendet.

Volksheilkunde

Nach der Signaturenlehre ist der Gewöhnliche Beifuß den Planeten Venus und Saturn, den Organen Magen, weiblichen Organen und den Elementen Erde und Feuer zugeordnet.

Für viele Leiden und seit sehr langer Zeit wurde und wird der Beifuß als Heilmittel herangezogen.

Vor allem in der Traditionellen Chinesischen Medizin wird der einjährige Beifuß schon lange genutzt.

Innerlich angewandt



Weitere Namen

Gewürzbeifuß, Gemeiner Beifuß, Echter Beifuß, Besenkraut, Jungfernkraut, Wilder Wermut, Weiberkraut, Wisch, Werzwisch, Dianakraut, Buckele, Fliegenkraut, Sonnwendgürtel, Sonnwendkraut, Liebeskrautwurzel, Männerkrieg, Johannisgürtelkraut, Beinweichkraut, Bibiskraut, Buckell, Gänsekraut, Machtwurz, Mugwurz, Stabkraut, Thorwurz. Englisch: mugwort



bende, kreislaufanregende und menstruationsbeschleunigende Wirkung nach.

Verabreicht wurde und wird es bei Galle- / Leberleiden, Stein- / Nierenleiden, Ausbleiben der Monatsblutung, Unfruchtbarkeit, Blähungen, Blasenentzündung, chronischer Eierstockentzündung, Durchblutungsstörungen, Durchfall (chronisch), Gebärmutterkrämpfe, Geburt, Hämorrhoiden, kalte Füße / Hände, Menstruationsbeschwerden und -krämpfen, Mundgeruch, Muskelkater, müde Beine, Nervenanspannung, Neuralgien, Schlafstörungen, Übelkeit, Unruhe, Verdauungsschwäche, Wechseljahrbeschwerden, ausbleibender Eisprung, Hämorrhoiden.

Beifuß-Tee

Ca. 1TL Beifuß-Blätter (zerkleinert) mit heißem Wasser übergießen, ca. 2-3 Minuten ziehen lassen und abseihen. In kleinen Schlucken, am besten ungesüßt 1-3 Tassen pro Tag trinken.

Nach maximal 6 Wochen Daueranwendung sollte eine Pause von mindestens 3 Wochen eingelegt werden.

Durch die beruhigende Wirkung hilft ein Tee gegen nervöse Verstimmungen und Schwindel.

äußerlich

angewandt wirkt Beifuß vorwiegend erweichend, entspannend und durchblutungsfördernd.

Die Anwendungen beginnen bei müden / geschwollenen Füßen / Beinen als Fußbad bis hin zu einem Gesamtbath mit Beifuß bei Rücken-, Arm-, Beinbeschwerden. Auch als Tinktur zum Einreiben

oder frisch als Auflage auf Wunden sind die Anwendungen möglich.

Beifußbad

Für ein Bad kann einige Handvoll Beifuß in heißem Wasser für ca. 5 Minuten gezogen werden und dem Badewasser zugesetzt werden.

- Stärkt und wärmt müde Füße,
- entspannt das Nervensystem und stark beanspruchte Arm-, Bein- und Rückenmuskulatur,
- sorgt für gute Träume,
- verstärkt die Regelblutung,
- wirkt verdauungsfördernd und stärkt die Bauchspeicheldrüse.
- Nicht bei frühen Schwangerschaften verwenden – führt zu Abortus

Wissenschaftliche Bestätigung

Artemisia vulgaris – der Gemeine Beifuß hat noch keine wissen-



fußbad mit beifuß ;o)

schaftliche Bestätigung in Form von Monographien erhalten.

Jedoch sein sehr naher Verwandter der Einjährige Beifuß (Artemisia annua) lässt die Wissenschaft bei Ihren Studien staunen.

Im Kampf gegen den Krebs

Artemisia annua enthält ein chemisch stabiles Peroxid, was es nach den chemischen Grundregeln gar nicht geben kann. Plasmodien und auch Krebszellen enthalten 10-20 mehr Eisenionen im Vergleich zu normalen Zellen. Dieses Eisen „zerbricht“ das Peroxid, welches sich in sofort in zwei sehr aggressive freie Radikale verwandelt und die betroffenen Zellen rasch abtötet. Einfach ausgedrückt: die Krebszelle bekommt Krebs und stirbt. (<https://www.vitalstoffmedizin.ch/index.php/de/wirkstoffe/artemisia>, 17.08.2017)

... gegen Malaria

Die chinesische Forscherin Youyou Tu isolierte in den 70er-Jahren den Inhaltsstoff (Artemisia annua), der zur Therapie von Malaria tropica eingesetzt wird. Dafür wurde sie 2015 mit dem Medizin-Nobelpreis ausgezeichnet. Die Substanz bindet freie Radikale und kann die Parasiten (Plasmodien) zerstören, die bei Malaria die roten Blutkörperchen befallen. Dadurch können allein in Afrika 100.000 Leben pro Jahr gerettet werden.

... gegen TBC

Forscher der Michigan State University haben erst unlängst herausgefunden, dass einer der Wirkstoffe des Beifuß, Artemisinin auch hilfreich bei latenter Tuberkulose (TBC) sein könnte.

Laut Studien, in der Fachzeitschrift „Nature Chemical Biology“ veröffentlicht, verhindert Artemisinin den gefürchteten Ruhezustand der Tuberkulose-Erreger, die jahrzehntelang im Körper schlummern und bei geschwächtem Immunsystem ausbrechen können. Auch



bekämpft der Wirkstoff die selbst im ruhenden Zustand und schwer zu tödenden Bakterien, was künftig den Therapieverlauf deutlich verkürzen kann.

Mystisches & Sagenumwobenes

Alle Beifuß- und Edelrauten-Arten sind magische Kräuter, die aber niemals mit Hexen in Verbindung gebracht werden.

„Wer den Beifuß im Haus hat, dem kann der Teufel nichts anhaben.“

Es wurde dem Kraut eine aphrodisierende Wirkung nachgesagt, demnach sollen heiratslustige Witwen Beifußsträuße bei sich getragen haben.

Unter oder im Kopfkissen verarbeitet, soll Beifuß Wünsche in Erfüllung gehen lassen.

Der germanische Gott Thor besaß einen Gürtel aus Beifuß, genannt Meginjardr, der seine Kräfte

verstärken sollte. Auch sterbliche Menschen sollten durch Beifuß-Gürtel gestärkt werden. Solch ein Gürtel muss zur Sommersonnenwende (21.6.) geflochten werden, um seine volle Kraft entfalten zu können.

Häufig wurde solch ein Sonnenwendgürtel am Schluss des Sonnenwendfestes im Feuer verbrannt. Dadurch sollte alles Schlechte verbrannt werden.

Die Wurzel des Beifußes wurde als Amulett getragen, um die Kraft zu verstärken.

Im chinesischen I-Ging werden Beifuß-Stängel verwendet, um das aktuelle Hexagramm für das jeweilige Orakel zu ermitteln.

Brauchtrum

Man lag Beifuß früher ins Kindsbett (gemeinsam mit Schafgarbe, Arnika, Johanniskraut, ...).

In Form von Tee, Räucherungen

oder aufgehängten Sträußen galt der Beifuß in vielen Gegenden der Welt als Schutzmittel gegen Krankheiten, wilde Tiere oder schädliche, magische Einflüsse.

Ein Schlafkissen mit ca. 250g Beifuß soll eine bessere Erinnerung an die Träume ermöglichen.

Beifuß bei sich getragen, soll auch vor Schlangenbissen schützen.

An Maria Himmelfahrt wurden in Süddeutschland die Ställe mit Beifuß geräuchert, um das Vieh gesund zu erhalten.

Räucherungen

In der TCM wird Beifuß auch bei der Moxibustion (Kräuterzigarre) verwendet.

Dazu werden Beifußblätter zu kleinen Kegeln gerollt. Diese Beifuß-Kegel werden angezündet, sodass sie glimmen und sich erhitzen. Die glimmenden Moxa-Kegel werden auf die Haut an bestimmte

Akupunkturpunkte gelegt. Dort erzeugen sie Hitze und wirken auf die Akupunkturpunkte ein.

Bevor es auf der Haut zu heiß wird, werden die Moxakegel wieder entfernt. Um Verbrennungen zu verhindern können Scheiben aus Knoblauch oder Ingwer unter die Moxakegel gelegt werden.

Bei Räucherungen wird Beifuß entspannend, beruhigend genutzt und soll neue Kräfte bringen. Es soll auch das Verbindungsraut zu den Ahnen sein, bei Weissagungen und Astralreisen unterstützen. Als Insektenvertreibung wird Beifuß ebenfalls genutzt.

Quellen

Hildegard von Bingen – Das Buch von den Pflanzen | Otto Müller Verlag, 2007 (ISBN: 978-3-7013-1130-9)

Heilpflanzen für die Gesundheit: 333 Pflanzen – neues und überliefertes Heilwissen Pflanzenheilkunde, Homöopathie, Aromakunde von Möller, Birgit, Puhle, Annekatrin | Franckh Kosmos Verlag, (ISBN: 978-3440148006), 2015

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

Heilpflanzen für Frauen von Birgit Laue | Rowohlt Taschenbuch Verlag (ISBN: 3-499-61616-5), 2005

Fußnote

1 Hildegard von Bingen – Das Buch von den Pflanzen | Otto Müller Verlag, 2007 (ISBN: 978-3-7013-1130-9) S. 433



Beifuß von Läusen befallen - Das ideale Buffet für Marienkäfer



Autorin & Links



www.gartenstrawanzerin.at



Mag. Katrin Schützenauer

Magistra (Management und Unternehmensführung)
Schriftführerin FUER Königstetten
Diplomierte Kräuterpädagogin

Aktuelle Themen – wertvolle Impulse!

Unsere neuen Bücher im Herbst

Leise Stärken –
Basis für ein erfülltes Leben



ISBN 978-3-86936-800-9

Was macht uns
dauerhaft stark?



ISBN 978-3-86936-801-6

Ein kluges Plädoyer für
ein neues, kreatives Denken



ISBN 978-3-86936-790-3

Seien Sie mutig,
verschaffen Sie sich Gehör!



ISBN 978-3-86936-797-2

Alle Titel auch
als E-Book
erhältlich



„Vera Schmitz hat die Ausbildung zur Kinderkrankenschwester in ihrer Heimat Deutschland absolviert – seit 2009 lebt und arbeitet sie in Wien. Nach ihrem Abitur war sie als Au-Pair in Frankreich und war auf ihrem ersten humanitären Einsatz mit Ärzte ohne Grenzen im Südsudan. Dort arbeitete sie in einem Krankenhaus in einem Flüchtlingslager. An Ärzte ohne Grenzen schätzt sie die Neutralität und Témoignage - dass die Organisation also als Sprachrohr für Menschen in Not aktiv wird: „Jedem, der Hilfe braucht, wird geholfen – und es wird darauf aufmerksam gemacht, was in der Welt geschieht. Denn das geht jeden etwas an.““

Mein Einsatz in der Zentralafrikanischen Republik

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

Brief 1: Grenzen überwinden

Vor wenigen Wochen bin ich in meinen mittlerweile achten Einsatz als Krankenschwester mit Ärzte ohne Grenzen gestartet – mitten ins Herz von Afrika, der Zentralafrikanischen Republik.

Das Projekt, in dem ich die kommenden Wochen und Monate verbringen werde, unterscheidet sich jedoch sehr von meinen bisherigen Einsätzen – dieses Mal bin ich Teil eines Teams für eine präventive Impfkampagne. Zielgruppe der Impfkampagne werden alle Kinder einer Region im Süden Zentralafrikas zwischen 0 und 5 Jahren sein: Und das sind voraussichtlich 40.000! Das Ganze passiert in drei aufeinanderfolgenden Runden, da der Impfschutz teilweise erst mit einer zweiten oder auch dritten Impfung wirkungsvoll ist. Wenn alles läuft wie geplant, werden

all diese Kinder gegen acht häufige und gefährliche Krankheiten geschützt sein, darunter Masern, Polio, Lungenentzündung, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis und Diphtherie.

Bis dahin muss jedoch noch viel getan werden. Bevor eine Impfkampagne – vor allem in diesem Ausmaß – losgehen kann, muss vor allem gut geplant werden. Soviel wie möglich und das bis ins kleinste Detail, da alles was vorher nicht geplant ist, später zu Verzögerungen führt und mitten während einer Kampagne oft nur schwer behebbar ist. Einen wesentlichen Teil dieser vorbereitenden Planung haben wir nun in den letzten beiden Wochen erledigt, während wir die gesamte Region besucht haben - das heißt, nahezu jedes kleine Dorf, oft mit langen Anfahrtszeiten bis zu 3,5 Stunden.

Grenzen zu überwinden, um der Bevölkerung Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewähren, ist dabei eines der obersten Ziele.

Das gilt vor allem für die Impfkampagne selbst, aber auch schon für unsere Besuche vorab. Die Gegend, in der wir tätig sind, ist dicht bewaldet. Die Wege, auf denen wir dabei unterwegs sind, können oft kaum als Straßen bezeichnet werden: Schmale Pfade und viele kleine Bäche und Tümpel, mit Brücken, welche nicht immer der Last eines Autos standhalten oder breit genug zum Überqueren sind.

Soweit es geht, fahren wir mit unseren Geländewagen – und all jene Dörfer die wir damit nicht erreichen können, werden entweder mit dem Motorrad oder einem schmalen Boot angefahren – und manchmal muss man sich auch

auf die eigenen Füße verlassen.

Die Landschaft, in der wir unterwegs sind, ist wie ein extra Bonus. Nahezu unberührt und oft wunderschön!

Während dieser Planungsphase haben wir jedoch nicht nur die Grenzen der Natur versucht zu überwinden, sondern vereinzelt auch Landesgrenzen: So sind wir während unserer Erkundungen auf ein Dorf gestoßen, welches sich sowohl auf das Gebiet der Zentralafrikanischen Republik als auch auf das der Republik Kongo erstreckt. Um zu gewährleisten, dass auch der Teil der Bevölkerung von der Impfkampagne profitieren kann, der auf kongolesischem Boden wohnt, haben wir vor Ort sowohl mit den Dorfchefs beider Teile als auch mit den Grenzbeamten gesprochen und unser Vorhaben erklärt. Die Verantwortlichen und Respektspersonen vor Ort zu treffen, ist überhaupt von ungemeiner Wichtigkeit und fester Bestandteil unserer Besuche. In all den unzähligen Dörfern, die wir während der letzten zwei Wochen besucht haben, haben wir stets auch den ansässigen Dorfchef besucht. Akzeptanz, Kommunikation und Kooperation sind unglaublich wichtig, damit an den geplanten Tagen der Impfkampagne die Bevölkerung gut informiert ist und auch tatsächlich ihre Kinder zum Impfen bringt.

In etwas größeren Dörfern gibt es dann zumeist auch Gesundheitsposten, die oft wertvolle Informationen haben und uns während der eigentlichen Impfkampagne auch wesentlich unterstützen werden.

Die lokale Bevölkerung bereits vorab informieren, war jedoch nur einer der Gründe, warum wir die Region besucht haben. Ein weite-

res Ziel dessen war, Informationen zu sammeln, und die jeweilige Situation vor Ort so gut wie möglich zu verstehen. Die meisten Orte sind nicht kartographiert, genau so wenig die Straßen und Wege, die dorthin führen. Doch für uns gilt es, wichtige Fragen zu klären:

- Wo befindet sich welches Dorf, wie kommt man dorthin (Auto? Boot? Zu Fuß?)
- Wie lange ist die Anfahrt?
- Wie groß ist die Bevölkerung?
- Reicht ein Tag oder braucht es zwei oder mehr, um alle Kinder zu erreichen?
- Genügt vielleicht auch ein reduziertes Team, während die andere Hälfte zum nächsten Dorf fährt?
- Wo genau vor Ort können wir impfen? Es wird bald anfangen zu regnen, da ist der Schatten unter den großen Mangobäumen nur die letzte Option, falls es keine andere Möglichkeit gibt (wie eine Kirche oder Schule).
- Gibt es Dorfbewohner, die lesen und schreiben können, um uns beim Ausfüllen der Impfkarten zu helfen?
- Wer kann bei der Sensibilisierung einige Tage vor der Impfung helfen, damit alle

Mütter wissen, wann sie wohin kommen sollen?

All jene Informationen müssen nun zusammengefügt werden – und damit beginnt dann auch erst die eigentliche Planung der Kampagne: Welches Team fährt wann in welches Dorf? Wie viele Impfdosen müssen mitgenommen werden und wie viele Kühlbehälter und Eispackungen brauchen wir dafür? Falls die Kühltasse unterbricht, wäre das eine Katastrophe, da die Impfungen wirkungslos sind, falls sie eine gewisse Temperatur über- oder unterschreiten... Noch ist das Team auch nicht komplett, in den kommenden Tagen stehen also zusätzlich diverse Rekrutierungen und anschließend verschiedene Trainings an.

Es gibt also noch viel zu tun – aber die Aussicht, dass bald 40.000 Kinder von gefährlichen Krankheiten geschützt sein werden, ist genug Motivation!

Brief 2: Ein Wettlauf gegen Masern – und gegen die Zeit

40.000 Kinder impfen! Das war das erklärte Ziel einer präventiven Impfkampagne für Kinder unter fünf Jahren, die Ärzte ohne Grenzen derzeit in der Zentralafrikanischen Republik durchführen.



(C) Vera Schmitz

schen Republik durchführt. Statt dessen wurden es dann 64.000. Wie es dazu kam, berichtet die Krankenschwester Vera Schmitz, die bereits zum achten Mal für uns im Einsatz ist.

Der ursprüngliche Plan war es, alle Kinder der Region im Süden des Landes unter fünf Jahren gegen sieben verschiedene Krankheiten zu impfen - von den detailreich geplanten Vorbereitungen habe ich euch schon in meinem letzten Blog berichtet. Zur Erinnerung: Es handelte sich um Impfungen gegen Masern, Tetanus, Hepatitis B, Keuchhusten, Diphtherie, Haemophilus Influenza B und Pneumokokken – die letzten beiden können u.a. Lungenentzündungen hervorrufen.

Aber, wie war das noch? Erstens kommt es anders...und zweitens als man denkt! Vor allem wenn es sich um einen Einsatz mit Ärzte ohne Grenzen handelt! In den Krisenregionen, in denen wir tätig sind, kommt es eben oftmals zu unerwarteten Ereignissen, die schnelles Umdenken und Handeln erfordern.

So wie auch hier. Die Vorbereitungen waren beinahe abgeschlos-

sen, die Impfkampagne stand kurz bevor – als wir die Information erhielten, dass mehrere Kinder an Masern erkrankt seien.

Masern zählen zu den sogenannten „Main Killers“, den (global) häufigsten Todesursachen im Kindesalter. Komplikationen können schwerwiegend sein und tödlich verlaufen – vor allem (aber nicht nur) wenn es sich um Risikopatienten wie kleine Kinder oder Patienten und Patientinnen mit einer Immunschwäche handelt. Treffen kann es jeden, der nicht geimpft ist. Hinzu kommt die hohe Ansteckungsgefahr – so können wenige erste Fälle rasch zu einer Epidemie ungeahnten Ausmaßes führen.

Was nun?

Schnell stand fest, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Die Gefahr einer sich ausbreitenden Epidemie und deren Folgen für die Bevölkerung waren zu groß. Schließlich ist die Impfrate in der Region gering, vor allem innerhalb der anfälligsten Bevölkerungsgruppe – Kindern unter fünf Jahren. Nach einer Evaluation unserer Kapazitäten und Möglichkeiten folgten Gespräche mit den

lokalen Gesundheitsbehörden und schließlich gab es grünes Licht!

Der neue Plan?

Statt 40.000 Kinder unter fünf Jahren zu impfen, hieß die neue Aufgabe: Alle Kinder unter 15 Jahren zu impfen – und das in vier statt in sechs Wochen. Das heißt nicht nur mehr Impfungen – sondern auch mehr Personal, Autos, Motorräder, Spritzen, Kühlbehälter und sonstiges Material – und das so schnell wie möglich!

Impfen allein ist jedoch nur ein Standbein, wenn es sich um einen Masernausbruch handelt. Mindestens genauso wichtig ist es, dass diejenigen die bereits erkrankt sind, zügig medizinische Behandlung erhalten. Zwar sind in der gesamten Region kleine Gesundheitsposten verteilt, jedoch gibt es viele Dörfer und Siedlungen, die teils mehrere Stunden Fußmarsch entfernt sind. Medikamente sind außerdem Mangelware – und müssen normalerweise vom Patienten und Patientinnen selbst bezahlt werden. Gesundheit ist hier Luxus.

Anfang April ging es dann endlich los. Fünf Teams waren täglich unterwegs, um auch die Kinder in den entlegenen Dörfern zu impfen. Ein weiteres Team war damit beschäftigt, die diversen Gesundheitsposten und betroffenen Dörfer zu besuchen, um dort an Masern erkrankte Patienten und Patientinnen zu behandeln und Medikamente zu verteilen. So konnte der Zugang zu medizinischer Behandlung deutlich verbessert und die Zahl der Komplikationen reduziert werden.

Das Ziel? Ankommen!

Man könnte beinahe sagen - der Weg war das Ziel – so schwierig



(C) Vera Schmitz

wie sich die Anfahrt teils gestaltet hat. Abgesehen davon, dass einige Orte von vorneherein nur per Motorrad, Pirogge oder zu Fuß erreichbar sind – so sind wir im Laufe der Kampagne auf diverse weitere Hindernisse gestoßen. Unzählige Brücken in prekärem Zustand, die die Anfahrt erschweren, viele gefallene Bäume, die den Weg versperren, die Regensaison, die dazu führt, dass das Auto manchmal im Schlamm steckenbleibt... ganz zu schweigen von platten Reifen!

Einmal vor Ort, geht es jedoch Schlag auf Schlag. Der „Weg“ dem die Kinder und Mütter folgen müssen, ist vorgefertigt. Der Impfstandort ist rundherum abgesperrt, und nur eine schmale Spur lässt Platz zum Eintritt. So kann die Menschenmenge besser kontrolliert werden, um einen nach dem anderen den Rundgang passieren zu lassen. Am Anfang bekommt jedes Kind eine Impfkarte, mit den individuell benötigten Impfungen – welche je nach Alter und bereits vorhandenen Impfdosen variieren. Darauf folgt die Gabe von Vitamin A – dessen prophylaktische Gabe vor allem im Zusammenhang mit den Masern eine wichtige Rolle spielt. Als nächstes dann die Impfung selbst – für alle Kinder unter fünf je nach Vorschreibung das Komplettspaket von sieben verschiedenen Antigenen. Alle Kinder zwischen fünf und 15 Jahren erhielten die Masernimpfung. Letzte Station ist die Strichliste – jedes Kind und jede Impfung – je nach Art und Dosis – wird gezählt und abgehakt.

Auf diese Art und Weise haben wir an einigen Tagen mehr als 1000 Kinder impfen können! Eine großartige Leistung des Teams – aber nur möglich in enger Zusammenarbeit – und einem Wecker, der

Sie wollen bei Ärzte ohne Grenzen mitarbeiten?

Infoabend

- 19. Sept. - Dresden
- 20. Sept. - Kiel
- 21. Sept. Wien
- 27. Sept. - Osnabrück
- 3. Okt. - Zürich
- 4. Okt. - Hamburg
- 5. Okt. - Karlsruhe
- 5. Okt. - Hannover
- 11. Okt. - Bonn
- 18. Okt. - Berlin
- 30. Okt. - Salzburg
- 2. Nov. - Köln
- 14. Nov. - Wien

Webinar

23. Okt.



Facebook



Webseite



spätestens um 4.30 Uhr klingelt. Die Tage sind lang, denn nach der Rückkehr in die Basis gegen 17.00 Uhr, gilt es, die Daten zu sammeln, einzutragen und die letzten Vorbereitungen für den nächsten Tag zu treffen.

Nach einem Monat aber war es geschafft – und 64.000 Kinder im Alter von sechs Wochen bis unter 15 Jahren wurden geimpft. Im Namen meines Teams kann ich sagen, ein stolzes Ergebnis! Bald folgt die zweite Runde, wenn auch nur mehr für die Kinder unter fünf Jahren.

Wir sind bereit!

Wann wird man je verstehen? Annäherungen an das Erleben von Demenz

„Am wichtigsten im Umgang mit demenzbetroffenen KlientInnen sind Verständnis und Empathie.“ Diese Aussage höre ich als Bildungsmanagerin Demenz im Kardinal König Haus oft von SeminarteilnehmerInnen mit kleinen Variationen. Nicht zuletzt die Validation gibt uns vor, dass wir „in die Schuhe“ der Betroffenen schlüpfen sollen, sie verstehen und über das Verstehen mit ihnen fühlen. Wenn die Menschen unsere Denkweise nicht mehr verstehen, sich nicht mehr an uns anpassen können, dann müssen wir ihnen entgegenkommen. Als Forderung, als hehres Ziel, als Kalenderspruch ist das alles fein.

Aber wie stellen wir uns den Weg zu diesem Verstehen eigentlich vor? Ist damit nur Geduld gemeint und der Gedanke „Muss ja schlimm sein...“? Reicht die Erinnerung daran, wie es ist, den Hausschlüssel zu vergessen? Oder die Sammlung von Dingen, „die ich nie vergessen will“? Alle Annäherungen an dieses Verstehen, das ist schnell klar, bleiben holzschnittartig, grob, unscharf. Aber versuchen müssen wir es, mit allen Sinnen und immer neuen Zugängen – und jedenfalls über Selbsterfahrung. Ohne den Um(?)weg über das eigene Erleben ist hier kein Erkenntniszuwachs – weil ja eigentlich Erfühl-Zuwachs – möglich.

Eine Möglichkeit geht also über den Körper. Marina Kojer, Sabine Baumbach und andere lassen unsere Teilnehmenden ganz unmittelbar und unvergesslich erleben, wie es ist, nur die weiße Decke über sich zu sehen. Einen Waschlappen unvermittelt ins Gesicht zu bekommen. Von hinten mit dem Stuhl verrückt zu werden. Was so erlebt wurde, prägt sich ein. Aber wie die kognitiven Verluste nachempfinden?

Das demenz balance Modell, entwickelt von Barbara Klee-Reiter, verspricht einen Zugang zu dieser Erfahrung. Nach einigen positiven Rückmeldungen konnte ich Raphael Schönborn, Leiter unseres Dementia Care Lehrgangs, motivieren, sich in dieser Methode auszubilden zu lassen. Seine erste Anwendung der Methode gestaltete er als „Pilotdurchgang“ mit einer sehr heterogenen Zielgruppe. Da musste ich jedenfalls dabei sein, um mir selbst ein Bild zu machen.

„Steuern Sie selbst, wie tief Sie eintauchen!“ Klar, das kommt bei Selbsterfahrung am Anfang, das muss ich noch nicht besonders ernst nehmen. Da ahne ich noch nicht, dass mir zwanzig Minuten später Tränen übers Gesicht rinnen. Wie kam das? Das Hilfsmittel, das Klee-Reiter für ihre Methode entwickelt hat,



kommt putzig daher. Eine Silhouette wie von einem Spielkegel. Auf Anweisung des Moderators trägt man wichtige Eigenschaften, Errungenschaften des eigenen Lebens ein und beurteilt die Kraft zur Bewältigung von Schwierigkeiten. Und dann, wenig überraschend, die Verluste. Die eben notierten Antworten verschwinden, lassen weiße Flecken übrig. „Was fühlen Sie jetzt, wenn das weg ist?“ Die Stunde der Wahrheit...

„Eigentlich steht bei mir überall traurig,“ stellt meine Nachbarin erstaunt fest. „Scham, Wut,“ notiert eine andere. Sehr unterschiedlich fallen die Antworten aus – und ich bin erschüttert. Mir geht jeglicher Kontakt nach außen in dieser simulierten Situation verloren. Ganz auf mich zurückgeworfen, tut sich vor mir ein großer schwarzer Abgrund auf. Jetzt wäre es gut, mich einzubremsen. Aber Gott sei Dank geht es weiter. „Was könnte Ihnen helfen zu kompensieren?“, fragt Raphael Schönborn. Nichts und niemand, denke ich, alles verloren. Aber er wiederholt die Frage und langsam tun sich doch Möglichkeiten auf. Wenn ich Menschen finde, die mir Hilfestellungen geben, Bruchstücke meines Ich wieder herstellen, mir zeigen, was ich kann, dann will ich vielleicht doch wieder...

Unser kurzer Probendurchlauf ist viel zu schnell vorbei, so viel gäbe es jetzt zu sagen. Für mich bleibt ein ganz neuer Blick darauf, was ich von anderen brauchen würde, wenn... Nicht Bespaßung, nicht Ablenkung, nicht Mitleid(en), sondern Gelegenheiten, mich zu zeigen, mich zu beweisen. Ich brauche ein Gegenüber, das mich wahrnimmt mit meiner ganzen Geschichte. Das nicht einen Biografiebogen ausfüllt, um zu verstehen, welche Lieder ich singen will, sondern um zu hören, wie es für mich war, Musik zu machen. Ich brauche eine Bastelrunde, nicht um hässliche Kastanienmännchen zu basteln, sondern um die Erfahrung zu machen, dass

ich etwas fertig bringe, dass ich noch etwas herstellen kann, egal was es ist.

Demenz ist individuell, für jeden verschieden. In unserer kleinen Runde hat sich das ganz eindrücklich gezeigt: Schon der Versuch des Eintauchens bringt völlig verschiedene Gefühle, Reaktionen, Bedürfnisse und Bewältigungsmuster zum Vorschein. So verschieden wollen wir wohl eines Tages auch behandelt werden. Und so verschieden sind auch die Menschen, die uns morgen wieder in Betreuung und Pflege begegnen werden. Nicht „die Dementen“ – sondern Personen, die mit Demenz leben, so individuell und unterschiedlich, wie sie auch ohne Demenz gelebt haben. Das demenz balance Modell hat mir geholfen, das nicht nur zu verstehen, sondern zu erleben.

Ich freue mich, dass wir diese Möglichkeit nun durch Raphael Schönborn in unseren Lehrgängen fix anbieten können. (Demenzbegleitung, Dementia Care, Dementia Leadership).

Autorin



Mag. Petra Rösler

freiberufliche Bildungsmanagerin, u.a. für Forum Palliative Praxis Geriatrie am Kardinal König Haus, für das Netzwerk „Gut leben im 13. – inklusive Demenz“ und den Verein Freiwilligenmessen. Schwerpunkte: Demenz, Freiwilligenarbeit und Nachhaltigkeit. Aktuelles Projekt: Themenwoche „sinn*en*voll leben inklusive Demenz“ – 7.-14.10.2017 (www.kardinal-koenig-haus.at/themenwoche-demenz.php)

Mehr über das Modell unter:
<http://perspektive-demenz.de/demenz-balance-modell/>

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



Visite bei den Allerjüngsten

Geschwister streiten auch mal. Aber Marie und Lena rangen schon vor ihrer Geburt im Mutterbauch miteinander - nicht mit ihren winzigen Fäustchen, sie bekämpften sich bis aufs Blut. Die Zwillinge hingen mit ihren beiden Nabelschnüren an einem Mutterkuchen. Sie stritten um die wichtigste Ressource: Nahrung. Die Ärzte nennen solch einen Kampf „Feto fetales Transfusions-syndrom“ - der eine Fötus erhält zu viel Blut, der andere darbt. Als die Ärzte in Berlin im Ultraschall das Dilemma erkannten, waren die beiden Ungeborenen 20 Wochen alt. Die Eltern standen vor einer Lebensentscheidung. Entweder es gelingt bei einem Eingriff, die Blutkreisläufe zu trennen. Oder eins, vielleicht gar beide Föten sterben. Für die riskante Prozedur sollte die Familie zu Spezialisten nach

Hamburg fahren. In der Nacht vor der OP platzte die Fruchtblase und nahm den Eltern die Entscheidung ab. Beide Kinder wollten offenbar raus: Lena mit 535 Gramm, Marie mit 200 Gramm mehr.

Heute sind Marie und Lena fast vier Jahre alt. Sie laufen mir auf dem Gang der Charité entgegen, sind munter, etwas zierlich für ihr Alter, aber aufgeweckt, neugierig und voller Quatschideen - so wie man das jedem Kindergartenkind wünscht.

Hier in der Kinderklinik habe ich vor mehr als 20 Jahren als Arzt meine ersten medizinischen Erfahrungen gesammelt. Ich wollte wissen, was sich seitdem getan hat, und mache noch einmal „Arzt im Praktikum“. Ich darf die Schwestern, Ärzte und Therapeu-

ten drei Tage lang begleiten. In der ambulanten Sprechstunde für die ehemaligen Frühchen erlebe ich die erste wichtige Neuerung: Die Eltern und Kinder bekommen von Anfang an einen festen Kinderarzt, der sie kontinuierlich begleitet. Kinder in ihrem Entwicklungsstand einzuschätzen ist eine hohe Kunst. Erstens ist die Bandbreite dessen groß, was ein Kind mit vier Jahren „zu können hat“. Und wer die Kleinen nur sporadisch sieht, vertut sich leicht im Urteil. So wie ich. Ich höre bei einer der beiden ein Atemgeräusch und denke an Asthma oder eine akute Erkältung. Gut, dass die Kinderneurologin Elisabeth Walch Marie und Lena noch von der Station kennt und weiß, wie lange die eine nicht selbst atmen konnte und den lebenswichtigen Sauerstoff über eine Kanüle bekam. Es gibt die

Geräusche aufgrund der Vernarbung, die sie offenbar nicht stört.

Die Eltern haben das Fotoalbum dabei: Auf einem Bild liegen die beiden Kämpfer der alleruntersten Gewichtsklasse friedlich nebeneinander im Brutkasten. Die Mutter erinnert sich: „Jeder Tag ohne eine schlechte Nachricht war ein guter Tag. Dass wir das alle durchgestanden haben, ist für mich immer noch ein einziges Wunder.“

Das Paar beeindruckt mich, wie es mir manchmal unter Tränen seine Geschichte erzählt und gleichzeitig so einen starken Zusammenhalt ausstrahlt. Leider zerbricht die Mehrzahl der Familien an der traumatisierenden Erfahrung, dem komplizierten Alltag mit medizinischen Geräten im Kinderzimmer und der ständigen Sorge um das Leben über Monate und Jahre. Ironischerweise ist die Prognose für die Kinder besser als die für die Partnerschaft: 90 Prozent dieser Kinder überleben heutzutage, und von den überlebenden haben über 80 Prozent im weiteren Leben keine Probleme, die auf die zu frühe Geburt zurückzuführen sind. Je genauer man hinschaut, desto eher entdeckt man die oft gar nicht so auffälligen Folgen einer langen Beatmung oder findet Zeichen einer verzögerten Hirnentwicklung wie Lese-Rechtschreib Schwächen, Essstörungen und emotionale Probleme - und kann tätig werden. Wer vor 25 Jahren sein Leben im Brutkasten begann, blieb laut einer amerikanischen Langzeitstudie häufiger ohne Arbeit und ohne festen Lebenspartner.

Ernster nimmt man heute auch die emotionale Betreuung von Eltern und Kindern. Auf der Frühchenstation treffe ich mehrere meiner ehemaligen Kollegen wieder. Die Schwestern, die mich noch von



früher kennen, erzählen mir begeistert, was sich alles geändert hat: „Heute bilden wir viel stärker ein Team mit den Eltern. Wenn die eingebunden sind und sich kompetent fühlen, hat das Kind die beste Entwicklung.“ Bianka Rösner, die hier die Stationsleitung innehat, erinnert sich, wie umstritten es noch in den 90er Jahren war, den so zerbrechlich wirkenden Kindern überhaupt den Kontakt zur Mutter zu erlauben. „Die Känguru-Methode hatte erst viele Gegner, die meinten, die Kinder gehören in den Brutkasten und müssen vor den Keimen der Umgebung geschützt werden. Heute wissen wir: Die Nähe zur Mutter ist das Beste für das Kind. Die Keime auf ihrer Haut sind nicht die gefährlichen. Und auch die Väter dürfen mit ihren Kindern kuscheln, die haben heute einen viel aktiveren Part als früher.“

Bei einem fünf Tage alten Zwillingspaar darf ich diesem zärtlichen Moment beiwohnen. Die Kinder wiegen weniger als ein Kilo, aber sie sind stark genug, aus ihrem Bettchen auf die Brust von Papa und Mama gelegt werden zu dürfen. Auf den Monitoren sehe ich, was jeder im Raum spüren kann: Die Kinder fühlen sich wohl, ihr

Nähe tut gut! Papas Berührung hilft einem fünf Tage alten Baby, sich zu entspannen

Herzschlag beruhigt sich, sie atmen weniger hektisch, schließen die Augen und genießen die Nähe. Der Chefarzt Christoph Bührer beschreibt die Herausforderung so: „Wir sind hier eine Intensivstation, die gleichzeitig auch Wohnzimmer ist. Und dafür haben wir über einen Förderverein mit Spendenmitteln Stellwände angeschafft, damit sich die Eltern auch ein bisschen vor Blicken schützen können. Intimität ist wichtig, aber keine Kassenleistung.“ Zwei Zimmer weiter erlebe ich die heilsame Kraft der Musik. Seit Menschengedenken singen Mütter für ihre Kinder. Aber wer traut sich das, wenn das Leben so ganz anders startet als erhofft? Stephanie Scileppi ist Musiktherapeutin und hat verschiedene Instrumente dabei, um sich auf jedes Kind und jede Mutter „einstimmen“ zu können. Heute besucht sie Tom. Er hatte kurz nach der Geburt eine fiese Darmverschlingung, die ihn und seine ghanaische Mutter alle Kraft kostete. Stephanie erklärt: „Für Tom habe ich ein Kinderlied aus ihrer Heimat gelernt, hör mal.“ Ich versuche es mit dem einzigen



afrikanischen Kinderlied, das ich kenne, „Sali Bonani“. Stephanie zwinkert mir zu: „Viel zu schnell! Und versuch es mal zu hauchen.“ Dann fängt sie an zu singen. Die Melodie wird wie das Essen auch in viele kleine Häppchen geteilt, damit die Kinder sich erst an einen Teil gewöhnen können. Erst wenn der erste Part vertraut und verdaut wurde, bietet die erfahrene Therapeutin die Fortführung an. Die Mütter werden angeleitet und ermutigt, so zu singen, und können diese Fähigkeit nach der Entlassung zu Hause weiterführen. Dass die Musik ankommt, sehe ich bei Tom, der ganz selig entspannt und dann einschlummert. Die Verwaltungen erkennen keine Notwendigkeit, für diese Art der sozialen und seelischen Unterstützung Stellen zu finanzieren. Nur wenn gerade beim Elternverein genug Spenden eingegangen sind, geht Stephanie wieder zu den Kindern.

Schwester Ute ist eine weitere

Meisterin ihres Fachs. Sie hat sich in der Methode Kinaesthetics weitergebildet und nimmt mit ihren Händen jede kleinste Muskelspannung der Frühchen wahr. Die Anpassung an die Welt der Schwerkraft war ja für deutlich später vorgesehen. Die Muskeln reichen gerade mal, um sich im Fruchtwasser zu bewegen, aber in der Luft wird ein Arm oder Bein schnell zu schwer. Und das stresst die Kleinen, die gewohnt sind, mit der Gebärmutter einen engen und schützenden Raum um sich zu haben. Ute bildet diese Grenzen mit Tüchern nach. „Stell dir vor, dir reißt nachts jemand die Bettdecke weg, das würde dich auch stressen!“ Ute nimmt sich Zeit für jede Bewegung. Die Windel in einem Brutkasten so zu wechseln, dass sich das Kind dabei wohlfühlt, ist eine hohe Kunst. Das kann schon mal 20 Minuten dauern. Gefühlt noch länger. Ich bewundere die Geduld. Jeder Achtsamkeitskurs verblasst gegen diesen buddhis-

tischen Buxenwechsel. Die Eltern schauen zu, denn bald sollen sie das selbst können. Die Windel hat keinen Namen. Besser gesagt keine Nummer. Es gibt diese Größe nicht im Drogeriemarkt. Sie müsste „Minus drei“ heißen, so winzig ist sie. Sie ist selbst für Puppen zu groß.

Als ich geboren wurde, gab es keinen Ultraschall. Meine Mutter war „guter Hoffnung“. Und viel mehr wusste man auch nicht über das, was da kommen mag. Junge oder Mädchen? Gesund oder nicht? Das war Schicksal. Und ein Teil bleibt auch bis heute schicksalhaft, unvermeidlich, unheilbar.

Kerstin von der Hude und die Teams der Elternberatung sowie die für Palliativversorgung weitergebildeten Mitarbeiter leisten Pionierarbeit. Sie begleiten Familien, bei denen die Kinder nicht über lebensfähig sind. „Früher hat man den Müttern die Kinder nicht einmal gezeigt, weil man dachte: aus den Augen, aus dem Sinn. Heute wissen wir: Nur wenn man zu dem Kind eine Beziehung aufgebaut hat, kann man trauern.“ Es sind oft die kleinen Dinge des Lebens, die in schwierigen Situationen Halt geben. Sie führt mich in einen kleinen intimen Raum, wo in vielen Gesprächen und Ritualen Abschied genommen werden kann. Sogar die Geschwister werden heute nicht ausgesperrt, sondern dürfen ihr Brüderchen oder Schwestern sehen, berühren und begreifen, dass es nur in ihrer Erinnerung weiterleben kann.

So nah man angesichts der kleinsten Kinder den großen Fragen von Warum und Wofür kommt - ich bin beeindruckt von der Menschlichkeit, dem Engagement und der Demut, mit der in der Klinik behandelt, begleitet und gepflegt wird.

Während in vielen Bereichen der Medizin die Patientenperspektive immer weniger eine Rolle spielt und viele sich ausgeliefert fühlen, hat hier in den letzten 20 Jahren eine stille Revolution stattgefunden: Was brauchen die Kinder? Was brauchen die Eltern? Was ist langfristig für deren Wohlergehen gut? Nicht die Maschine steht im Mittelpunkt, sondern der Mensch. Dazu gehört auch, dass Eltern, wie die von Marie und Lena, von ihrer Erfahrung etwas weitergeben an diejenigen, die jetzt gerade akut mit diesem Einbruch in ihr Leben konfrontiert sind. „Nach dem Besuch hier in der Nachuntersuchung bin ich auf Station und habe drei Stunden mit einer anderen Mama gesprochen. Die Mütter wollen oft nicht mit jemandem reden, der keine Vorstellung davon hat, was sie durchmachen. Ich kannte das ja auch nicht vorher.“

Chefarzt Christoph Bührer hat seit Jahren die oberste Verantwortung für all die kritischen Situationen und strahlt dabei eine große Ruhe aus: „Wir müssen hier vor allem Zeit gewinnen und Schutzraum bieten. Dann wachsen die Kinder

Autor & Link



www.hirschhausen.com



Dr. Eckart von Hirschhausen

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

von allein. Positiv betrachtet: Frühgeburtlichkeit ist eine der wenigen Krankheiten, die nicht wiederkommen. Es gibt keine Rückfälle.“ Stimmt. So sehr zu früh kommt man nur einmal im Leben. Selbst als Zwilling.



Angehörige bestmöglich begleiten

Auch
als e-book

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.





Autor: Becker-Ebel, Jochen (Hrsg) et al.
Sprache: Deutsch
Verlag: Schlütersche Verlagsgesellschaft
Seitenumfang: 216 Seiten
ISBN: 978-3-89993-365-9

Palliative Care in Pflegeheimen und –diensten Wissen und Handeln für Pflegende 5. aktualisierte Auflage

Das Buch „Palliativ Care in Pflegeheimen und –diensten“ erschien in diesem Jahr als 5. aktualisierte Ausgabe. Die aktuell acht AutorInnen entstammen verschiedensten Berufsgruppen. Ihnen gemeinsam ist allen der Bezug zum Thema Palliative Care durch ihre beruflichen Erfahrungen in der praktischen Arbeit sowie in der Fort- und Weiterbildung.

Das Vorwort zu fünften Auflage verweist auf den Erfolg des Buches und die Notwendigkeit von Palliativ Care nicht nur im Pflegeheim, sondern auch im ambulanten und Akutbereich. Prof. Jochen Becker-Ebel weist hier auf die aktuelle Gesetzesänderung im Bereich Hospiz- und Palliativgesetz hin und greift auch die Diskussion um den assistierten Suizid auf. In der Einleitung führt er auf die Thematik geschichtlich ein. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Palliative Care begründet die gemeinsame Erstellung dieses Buches, welches sich in acht Kapitel gliedert. Das erste Kapitel befasst sich mit dem Erkennen, Verstehen und Behandeln von Schmerz. In der Einführung wird Schmerz definiert. Es folgt die Erläuterung der Schmerztherapie mit dem Ziel ein möglichst schmerzarmes normales Leben zu ermöglichen. Im Anschluss daran folgt ein Teil zur Physiologie der Schmerzen bevor auf Schmerzursachen und Diagnostik eingegangen wird. Der Schwerpunkt liegt auf der Schmerztherapie, welche in kausale und symptomatische Therapie unterschieden wird. Das WHO-Stufenschema und mehrere Übersichtstabellen zu Schmerzmitteln zeigen die praktischen Aspekte auf. Es wird auf die Veränderungen des Schmerzes im Verlauf der Erkrankung eingegangen und verschiedene Möglichkeiten der Therapiegestaltung erläutert. Die Nebenwirkungen werden erwähnt, die Behandlung dieser angezeigt. Invasive Verfahren und Schmerztherapie in der Finalphase, sowie die Relevanz der Arzt-Patienten-Beziehung wird dargestellt. Das zweite Kapitel umfasst den Bereich des Schmerzassessments und der darauf folgenden Interventionen. Es werden verschiedene bekannte Skalen zur Einschätzung orientiert an den Expertenstandards empfohlen und die wichtigsten vorgestellt. Ein Schmerzprotokoll wird für die Initiierung der Therapie empfohlen. Einen besonderen Teil bildet das Schmerzassessment für demenziell erkrankte, kommunikationseingeschränkte Menschen, hier wird auf ein alternatives Assessment tiefer eingegangen. Das dritte Kapitel umfasst weitere pflegerische Bereiche, wie Mundpflege, Übelkeit und Erbrechen, Atemnot-/probleme, Obstipation und Wundversorgung, welche Menschen in der palliativen Phase erleben. Im Bereich der Wundversorgung wird auf die Herausforderungen in der palliativen Versorgung eingegangen. Sehr praxisorientiert werden mögliche Interventionen auch bei herausfordernden Situationen geschildert. Im folgenden Kapitel werden psychosoziale Aspekte wie Angst und Depression

beleuchtet. Es werden Symptombilder und die Ausprägungen orientiert an der ICD beschrieben. Zur Unterstützung der Kommunikation wird die Transaktionsanalyse vorgestellt und auf die Kommunikation mit nicht mehr sprachfähigen Personen und mit Angehörigen eingegangen. Hier werden aktiv Beispiele zur Reflexion der Kommunikation in schwierigen Fällen gemacht. Das fünfte Kapitel umfasst den Bereich existenzieller Krisen bzw. deren Gestaltung. Rituale, Trauer und spirituelle Fragen werden aufgegriffen. Die Phasen der Rituale und der Trauer werden beschrieben. Maßnahme im Rahmen der Trauerbewältigung und die Organisation von Verarbschiedsritualen stellen einen deutlichen Praxisbezug her. In Kapitel sechs wird das Zusammenarbeiten im interdisziplinären Team und Möglichkeiten in der Integration von ehrenamtlich tätigen Personen erläutert. Zum Ende wird die praktische Umsetzung in einem Altenheim beschrieben. Das vorletzte Kapitel widmet sich ethischen Aspekten am Lebensende. Hier werden rechtliche Bereiche zur Selbsttötung, assistiertem Suizid, der Euthanasie und dem Behandlungsabbruch thematisiert. Neue gesetzliche Regelungen werden in Ansätzen aufgegriffen. Ein Entscheidungsdiagramm zur Behandlungszieländerung vervollständigt diesen Teil. Das letzte Kapitel greift unter dem Namen „Grundhaltungen leben“ die Hospizidee der Grand Dame Cicely Saunders auf, verweist auf die Grundprinzipien und das zugrunde liegende Konzept der Total-Pain. Der Ausblick schließt kritisch und verweist auf die Notwendigkeit der Nähe zum Menschen in der hospizlichen Tätigkeit, welche möglicherweise aufgrund der versorgungsrechtlichen neuen Verankerung in den Sozialgesetzbüchern verloren gehen könnte. Es folgt die Literatur in Auszügen, die Vorstellung der AutorInnen, das Glossar und das Register.

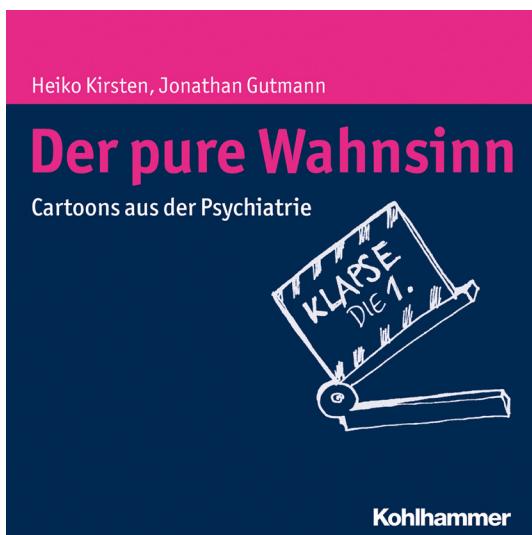
Zusammenfassend ist festzustellen, dass die dargestellten Inhalte sehr praxis- und an der Arbeit mit dem Individuum orientiert sind. Dabei ist der Aufbau des Buches logisch und übersichtlich gegliedert. Der Symptomkontrolle wird die meiste Aufmerksamkeit geschenkt, aber auch die psychosozialen Bereiche, die interdisziplinäre Zusammenarbeit (inkl. Ehrenamt) und ethischen Aspekte werden beleuchtet. Fallbeispiele erleichtern den Theorie-Praxis-Transfer ebenso wie Tabellen und Grafiken. Nach der 2. Auflage 2012 folgten bis 2017 drei weitere Auflagen, teilweise Überarbeitung, teilweise Aktualisierung. Die Überarbeitung spiegelt sich bereits im Titel. Zu den Pflegeheimen kamen die Pflegedienste hinzu und die vormals angesprochenen Altenpflegekräfte wurden in Pflegende inkludiert. Kritisch anzumerken ist, dass die Veränderungen vom Titel nicht explizit im Inhalt aufgegriffen und differenziert wurden. Die verwendete Literatur im Text bzw. im Literaturverzeichnis wurde zum Teil nicht aktualisiert. Für ein tieferes Verständnis des Konzeptes Palliative Care ist das Buch zu kurz. Insgesamt eignet es sich aber um einen praxisorientierten Einstieg zu einem günstigen Preis in die Thematik zu erhalten.



Rezensionsautorin

Walter Carola

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplom Pflegepädagogin (FH), Studiengangsleitung Bachelorstudium Pflegewissenschaft 2in1-Modell Bayern, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg



Autor: Heiko Kirsten, Jonathan Gutmann

Sprache: Deutsch

Verlag: Kohlhammer

Seitenumfang: 168 Seiten

ISBN: 978-3170331525

Der pure Wahnsinn Cartoons aus der Psychiatrie

» Der Humor ist das umgekehrte Erhabene. Es gibt für ihn keine einzelne Torheit, keine Toren, sondern nur Torheit und eine tolle Welt. Er hebt keine einzelne Narrheit heraus, sondern erniedrigt das Große, um ihm das Kleine, und erhöhet das Kleine, um ihm das Große an die Seite zu setzen und so beide zu vernichten, weil vor der Unendlichkeit alles gleich ist und nichts. « - Jean Paul

NUR TOTE FISCHE SCHWIMMEN MIT DEM STROM!

Zwei Psychiatrie-Insider zeigen, was sich wirklich hinter psychiatrischen Mauern abspielt - den puren Wahnsinn. Sie machen unmissverständlich klar, dass die Psychiatrie dringend Veränderung benötigt. Der Weg muss weg von Paternalismus und Omnipotenzgefühlen hin zur Humanisierung und Entstigmatisierung gehen. Die Autoren beschreiben die Psychiatrie und brechen mit verschiedenen Tabuthemen. Mit humorvoller Ernsthaftigkeit zeigen sie Widersprüche und Dissonanzen innerhalb des medizinischen Fachgebietes auf. Dieses Buch regt zum Nach- und Umdenken an. Um in der psychiatrischen Versorgung Veränderungen anzustoßen, scheint es drastische Maßnahmen zu benötigen. Karikaturen sind dazu ein probates Mittel. Die „medizinischen“ Zeichnungen treffen mit gnadenloser Ehrlichkeit wunde Punkte und machen keinen Halt vor psychischen Störungen, psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen, den verschiedenen Behandlungsmethoden der Seelenklempner oder weit verbreiteten Klischees. Sie durchbrechen auf revolutionäre Art die Diktatur der Ernsthaftigkeit und werden so manchem „Psychiatrie-Verfahrenen“ die Erleuchtung bringen. **EIN HUMORVOLLER APPELL AN DIE MENSCHLICHKEIT!**



Persönliches Fazit
Eine humoristische Art mit psychiatrischen Themen umzugehen. Vielleicht nicht jedermann's Sache, aber alle die verstehen, dass die Arbeit in der Psychiatrie mit einem gesunden Humor gelebt werden kann, verstehen auch die Gelassenheit, mit der die beiden Autoren an das Thema gehen. Hierbei handelt es sich aber nicht um ein „Belustigen über den Patienten oder Krankheitsbilder“! Wer die Bilder wirken lässt, merkt sehr schnell, das man in diesen Darstellungen auch einen Fingerzeig der Ermahnung erkennen kann. Humor gepaart mit ernsthaften Themen. Grossartig. (MG)

Patient ohne Verfügung

Das Geschäft mit dem Lebensende

Kurzbeschreibung

Palliativmedizin und Hospizversorgung in Deutschland. In deutschen Kliniken wird operiert, katherisiert, bestrahlt und beatmet, was die Gebührenordnung hergibt – bei 1.600 Euro Tagesspauschale für stationäre Beatmung ein durchaus rentables Geschäft. Dr. Matthias Thöns berichtet aus seiner jahrelangen Erfahrung von zahlreichen Fällen, in denen alte, schwer Kranke mit den Mitteln der Apparatemedizin behandelt werden, obwohl kein Therapieerfolg mehr zu erwarten ist. Nicht Linderung von Leid und Schmerz, sondern finanzieller Profit steht im Fokus des Interesses vieler Ärzte und Kliniken, die honoriert werden, wenn sie möglichst viele und aufwendige Eingriffe durchführen. Thöns' Appell lautet deshalb: Wir müssen in den Ausbau der Palliativmedizin investieren, anstatt das Leiden alter Menschen durch Übertherapie qualvoll zu verlängern.

Persönliches Fazit

Für die einen wird dieses Buch erschreckend sein, für die anderen ist es eine Alltagsbeschreibung in ihrem Berufsleben. Gnadenlos und ohne sich ein Blatt vor den Mund zu nehmen beschreibt Matthias Thöns den Zustand im Gesundheitswesen. Wenn es nur um Geld geht und nicht um den Menschen haben wir der Wirtschaft einen wichtigeren Platz in unserem Dasein gegeben als dem menschlichen Wesen. Der Autor nennt die Dinge beim Namen, verschönert nichts und zeigt auf, dass hier ein Umdenken stattfinden muss, wenn es um Menschen gehen soll. Mutig, denn mit so einem Werk macht man sich sicherlich keine Freunde. Gerade deswegen ist diese Publikation: Ehrlich, lesenswert und eine Bereicherung für jede Sammlung. Wer schonungslose Ehrlichkeit und Aufklärung über die Wahrheit im Gesundheitswesen haben will, MUSS dieses Buch sein eigen nennen. (MG)

Über den Autor

Matthias Thöns, geboren 1967 in Witten, ist Anästhesist und seit 1998 als niedergelassener Palliativmediziner tätig. Er ist stellvertretender Sprecher der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und war Sachverständiger im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestags zur Sterbehilfe-Debatte. Sein Anliegen vertrat er u. a. bei Markus Lanz, im Spiegel und in der ZEIT.

Matthias Thöns

PATIENT OHNE VERFÜGUNG

Das Geschäft mit dem Lebensende

SPIEGEL
Bestseller

Mit einem Vorwort von Karl Lauterbach

PIPER

Autor: Matthias Thöns

Sprache: Deutsch

Verlag: Piper

Seitenumfang: 320 Seiten

ISBN: 978-3492057769



LUCCA

die **KUNST** des **STAUNENS**

GEHEIMNISSE UND OFFENBARUNGEN EINES MAGIERS

**Autor:** Lucca**Sprache:** Deutsch**Verlag:** Goldegg Verlag**Seitenumfang:** 220 Seiten**ISBN:** 978-3902991737

Die Kunst des Staunens Geheimnisse und Offenbarungen eines Magiers

Kurzinformation

Auf dem Weg vom Kind zum Erwachsenen verlieren wir unsere Kreativität und unseren Sinn fürs Staunen. Umgeben von einer Welt unerschöplicher Wunder werden wir für sie immer unempfänglicher. Wieso eigentlich?

Wie oft haben Sie eine einfach geniale und zugleich genial einfache Erfindung gesehen und sich gefragt, warum niemand zuvor bereits auf diese Idee gekommen ist? Das hätte Ihnen doch auch selbst einfallen können, oder?

Lebensfrohe und innovative Menschen haben sich den Sinn für das Staunen bewahrt. Sie verfügen über Fantasie und finden mit Leichtigkeit originelle Lösungen, wo andere noch über die Aufgabenstellung jammern. Dieses Buch wird Sie nicht nur während der Lektüre erstaunen. Es wird Ihre Sicht auf Ihre Welt nachhaltig verändern und Sie Ihre Begeisterungsfähigkeit wieder neu entdecken lassen. Spielerisch entführt Sie dieses Buch auf eine Reise durch die buntesten Kleinigkeiten des Daseins und lässt Sie wieder staunen.

Persönliches Fazit

Warum wird so ein Buch in einer Gesundheitsfachzeitschrift publiziert? Das kann ich Ihnen ganz leicht erklären. Wir steuern auf eine Zeit zu, in der wir im Gesundheitswesen innovative Ideen benötigen und keine Jammerei. Wir brauchen Leute die noch Staunen können und Visionen haben. Das Werk von Lucca ist eine Publikation, die uns besinnen lässt, die der Leserschaft zeigt, dass ein nächtlicher Spaziergang im Park ein magischer Moment ist. Verlieren wir den Blick auf diese magischen Momente, verlieren wir ein Potenzial, Möglichkeiten zu erkennen. Der Magier Lucca (und seine Frau Anca) verstehen es, dies wieder ins Bewusstsein zu rufen. Mit einleitenden Geschichten die begeistern und Überlegungen die zum Denken anregen. Auf jeden Fall ein tolles Buch zum Reflektieren. Spannend und angenehm geschrieben, ideal für die Herbsttage die Einzug halten. (MG)

Über den Autor

Der Magier Lucca zählt zu den erfolgreichsten Illusionisten. Der amtierende dreifache Österreichische Meister, Europa-meister und Vize-Weltmeister der Mentalmagie verblüfft selbst Branchenkollegen mit seinen innovativen Illusionen. „Die Kunst des Staunens“ ist auch der gleichnamige Titel seines Motivationsvortrags, in dem er Einblicke in die Gedankenmuster und Hintergründe seiner Kreationen gibt. Er liebt es, Menschen zum Staunen zu bringen; insbesondere jene, die glauben, bereits alles gesehen zu haben.



Teilnahme
gratis!



Angebote für pflegende Angehörige und Interessierte

SeniorInnen, die das Leben zu Hause nicht mehr meistern können, finden in Wien die 30 *Häuser zum Leben* des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser. Neben der individuellen Betreuung und Pflege der SeniorInnen sind die erfahrenen MitarbeiterInnen auch kompetente AnsprechpartnerInnen für Angehörige.

Um pflegende Angehörige zu unterstützen bietet das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser unterschiedliche Entlastungsangebote an.

Unter anderem Info-Veranstaltungen. FachexpertInnen geben das ganze Jahr über wertvolle Tipps, beantworten Fragen und ermöglichen den Austausch der Betroffenen untereinander. Dieses Service ist kostenlos.

Alle TeilnehmerInnen sind eingeladen, ihre Angehörigen mitzubringen. Wir übernehmen während der Workshops gerne die Betreuung!

Informationen

Telefon: 01 313 99-0
www.haeuser-zum-leben.com

Alle Termine

Den neuen Veranstaltungskalender finden Sie auf unserer Website:
www.haeuser-zum-leben.com

Oder rufen Sie an. Wir senden Ihnen die Broschüre kostenlos zu.

SEI EINE STARKE STIMME FÜR
SOLIDARITÄT

volkshilfe.



SABOGAL



Bank Austria
Member of **UniCredit**

WIENER STÄDTISCHE
VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT
VIENNA INSURANCE GROUP



WIENER
STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP