Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Winter 2020

29. / 30. April 2021

Konferenz | Wien

businesscircle.at/pflege

BUSINESS circle

Österreichs exklusiver Treffpunkt für Führungskräfte der Akut-, Langzeit- und mobilen Pflege

Pflege-Management Forum 2021

- Bildung und Berufspolitik: nationale und internationale Strategien
- Robotik und virtuelle Realität in der Pflege
- Generationen & Pandemie: Neueste Forschungsstudien und die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Moderation: Markus Golla, IMC FH Krems

THEMENAUSGABE

05 Von der transkulturellen zur transkategorialen Kompetenz
Dr.in Dagmar Domenig

11 Von der multikulturellen Schüler*Innengruppe zum multikulturellen Team
Nicole Lieberam

19 Phänomen Migration
Prof.in Dr.in Andrea Schiff
Prof. Dr. Hans-Ulrich Dallmann

27 Resonanzraum Krankenpflegeschule
Gerhard Schoßmaier, MSc

37 Eigenes und Fremdes
Prof.in Dr.in Andrea Zielke-Nadkarni

45 Eine Polin in Österreich
Mag.a Ewa Zemann

51 Inmitten des generischen Femininums sind Männer zu Hause
Lukas Ertler M.Ed.

59 Die Sicht aus der Perspektive des Anderen
Stephan Jünger
Thomas Hax-Schoppenhorst

BILDUNG

67 Fragmente mit Blick auf Psychiatrie und Pflege
Dipl. Pflegewirtin Doz.in Hilde Schädle Deininger

75 Pflegebedürftigkeit bei erwachsenen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung
Annastasia Prommersberger BSc MSc
Prof. Dr. Markus Witzmann

83 „Meist hat Aggression gute Gründe“
Andreas Kernchen
Christoph Müller

89 Länger leben Zuhause dank digitaler Technik
Dr.in Christine Aumer
Mareike Hechinger MSc

97 Die Patientin hat Atemnot
Claudia Schlegel PhD, MME, CAS
Urs-Beat Schaer
Monika Droz MAS

103 Qualifikationsspezifischer Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegenden
Paul Schulze
Anna Nosenko
Dr. Andreas Fraunhofer

113 REZENSIONEN

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

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) luengu-ua
(C) 2020Markus Golla, BScN, MScN

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

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

erweitert ihr Team im Department of Health Sciences zum nächstmöglichen Eintrittszeitpunkt im Bereich

Professur im Lehr- & Forschungsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege (m/w/d)

Basis Vollzeit – 40 Wochenstunden (auch Teilzeit möglich)

IHRE ROLLE

Sie lehren in Ihrem Fachgebiet auf Bachelor- und Masterniveau in deutscher und englischer Sprache und verantworten gleichzeitig darin Projekte angewandter Forschung. Neben der Betreuung von wissenschaftlichen Arbeiten, pflegen Sie Kontakt zu regionalen und internationalen Kooperationspartnern. Sie begeistern Menschen dafür, gesundheitsrelevante Inhalte und Zusammenhänge zu entdecken und weiterzuentwickeln. Sehen Sie diese als Alumni wieder, freuen Sie sich über deren Fortschritt und sind zurecht stolz.

IHR PROFIL

- Abgeschlossenes Hochschulstudium im jeweils facheinschlägigen Bereich und die Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten
- Abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Mehrjährige einschlägige Berufserfahrung im Akutbereich
- Lehrerfahrung vorzugsweise im Hochschulbereich
- Erfahrung in der Planung und Durchführung von Forschungsprojekten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege
- Sehr gute Englischkenntnisse

Sie sind eine Persönlichkeit mit Organisationsstärke, Engagement und Lernbereitschaft. Professionelles Auftreten und wertschätzender Umgang mit Anderen sind uns wichtig. Wir erwarten effizientes und zielorientiertes Arbeiten sowie unternehmerische und strategische Vorgehensweise.

WAS UNS WICHTIG IST

Wegweisend, weltoffen, wertschätzend. Wir sehen die Zusammenarbeit von Akademia, Serviceeinrichtungen und Studierenden als kreativen Prozess, der eine erfolgreiche Transformation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die wirtschaftliche Anwendung ermöglicht.

IHR GEHALT

Die IMC Fachhochschule Krems unterliegt keinem Kollektivvertrag. Für diese Stelle ist ein jährliches Brutto-Mindest-Gehalt von Euro 55.000,-- auf Basis Vollzeit (40 Wochenstunden) vorgesehen. Konkrete Gehaltseinstufungen erfolgen unter Berücksichtigung von Qualifikation und Berufserfahrung. Bei Vorliegen entsprechender einschlägiger Berufserfahrung oder Qualifikationsnachweisen ist die Bereitschaft zur Überzahlung vorhanden.

Bei Interesse senden Sie uns bitte Ihre Bewerbungsunterlagen mit Ihrem Lehr- und Forschungsportfolio inklusive Publikationsliste sowie Ihren Gehaltsvorstellungen
(Bewerbungen bitte ausschließlich online über unsere Homepage)

IHR KONTAKT

IMC Fachhochschule Krems, HR Services, bewerbungen@fh-krems.ac.at

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn wir in den pflegerischen Alltag blicken, so begegnen wir unendlich vielen Menschen, die aus anderen Nationen und anderen Kulturen kommen. Viele Menschen aus unseren Reihen erleben dies als eine besondere Aufgabe. Dies liegt nicht nur daran, dass manche sprachliche Hürde im Kontakt genommen werden muss. Eine besondere Sensibilität im Miteinander ist gefragt.

Schließlich haben Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten ganz verschiedene Prägungen im Umgang mit der eigenen Körperlichkeit, mit der Verletzlichkeit und der Gebrechlichkeit. Dies führt dazu, dass pflegende Menschen aufgefordert sind, sich den scheinbar fremden Sichtweisen anzunähern. Was für den Einen eine Herausforderung ist, bedeutet für den Anderen eine Faszination.

Der Ruf nach Methoden und Tools ist immer wieder laut, wenn es um die gesundheitliche Versorgung geht, die Migrationserfahrungen haben. Die Vielfältigkeit der kulturellen und sozialen Prägungen macht es nahezu unmöglich, Handwerkszeug bereitzuhalten. Die Aufgabe liegt darin, sich in sein Gegenüber einzufühlen und der Intuition großen Raum zu geben.

Die Begegnung mit Menschen aus fremden Kulturen ist Normalität. Dies gilt für den gesellschaftlichen Alltag, dies ist in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nicht anders. Deshalb kann es für Pflegende nur darum gehen, sich auf sein Gegenüber einzulassen und die eigenen Sinne für den scheinbar Fremden zu schärfen. Dazu ist es unverzichtbar, für sich selbst festzustellen, was Heimat und Fremdsein, die eigene Sozialisation und die eigenen kulturellen Prägungen bedeuten.

So kann ich nur hoffen, dass das Themen-Heft zur transkulturellen Pflege die eine oder andere Orientierung geben kann.

Viel Spaß beim Lesen wünscht
Christoph Müller

Christoph Müller

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

(C) bmf-foto.de

Von der transkulturellen zur transkategorialen Kompetenz[1]

Der Ursprung des Begriffs fremde Kulturen

In der Praxis wird häufig, insbesondere dann, wenn es zu Problemen in der Interaktion zwischen Pflegepersonen und Patientinnen oder Patienten mit einer Mobilitäts- beziehungsweise Migrationserfahrung kommt, auf den klassischen Kulturenbegriff rekurriert (vgl. Tylor, 1871, S. 1). Dieser Begriff diente ursprünglich dazu, sogenannt fremde Völker oder eben Kulturen in den damaligen Kolonien, meist in abgelegenen Dörfern, zu beschreiben (Domenig, 2020c). Doch im Zuge der Migrationsbewegungen wurde dieser Kulturenbegriff für das Gesundheitswesen übernommen, um Verhalten und Wertvorstellungen der eingewanderten Menschen zu erklären, und zwar auf der Basis stereotyper Bilder beziehungsweise von „Kulturenrezepten". Auch wenn das Klassifizieren von Menschen insbesondere in schwierigen, komplexen Situationen nachvollziehbar ist, bringt es doch nur in einem ersten Schritt vermeintlich Sicherheit. Problematisch wird es dann, wenn diese Zuordnungen nicht hinterfragt und deren Funktion nicht reflektiert wird. In den 1970er-Jahren war es beispielsweise üblich, mobile Menschen bei aus Sicht der Medizin unverständlichem Verhalten wie lautstarker Schmerzausdruck oder auch undefinierbare Schmerzen gar bestimmte Syndrome zuzuschreiben, wie Mittelmeersyndrom, Mamma-mia-Syndrom oder Morbus Bosporus. Noch heute werden solche jeglicher Grundlage entbehrenden, (rassistisch) diskriminierenden Syndrome in der medizinischen Literatur aber auch in der Praxis verwendet (Castañeda, 2012, S. 823).

Anfangs des letzten Jahrhunderts entstanden vor allem in den USA

auf der Basis des klassischen Kulturbegriffs die Assimiliationstheorien. Diese gingen davon aus, dass sich die eingewanderten „Fremden“ beziehungsweise „fremden Kulturen“ automatisch über mehrere Generationen hinweg der „Mehrheitskultur“ anpassen würden. Der Blick richtete sich dabei primär auf die eingewanderten „traditionellen Kulturen“, deren Kultur nach einer Phase der Marginalität (marginal man) sich der urbanen, „zivilisierten Kultur“ anpassen beziehungsweise sich mit der „Mehrheitskultur“ vermischen würde (melting pot) (vgl. Park, 1928). Dahinter stand die Angst vor dem das Eigene bedrohenden „Fremden“, das man durch dessen Assimilation überwinden will (Wicker, 2003, S. 12). In den 1960er-Jahren gewinnt dann der Multikulturalismus zunehmend an Bedeutung, ausgelöst durch diverse Bürgerrechtsbewegungen in den USA, die sich für gleiche Rechte von Minoritäten einsetzen. Der Multikulturalismus geht im Unterschied zu den Assimilationstheorien davon aus, bestehende Unterschiede seien nicht zu assimilieren, sondern anzuerkennen. Es entsteht eine Politik der Differenz als Gegenstück zur bisher gültigen Assimiliationspolitik und zwar in dem Sinne, dass nun jeder und jede mit der eigenen, einzigartigen Identität anerkannt werden muss (Taylor, 1994, S.38). Stand die Assimilationspolitik dafür, dass Nichtdiskriminierung bedeutete, Ungleiches gleich zu behandeln, so führt eine Politik der Differenz nun dazu, dass unterschiedliche Behandlungen mit der vorhandenen Differenz begründet werden (Taylor, 1994, S. 39).

Der multikulturelle Diskurs hat seitdem auch in der Praxis Einzug erhalten, jedoch weniger mit dem Ziel, andere „Kulturen“ anzuerkennen, als vielmehr mit der Absicht, komplexe Situationen, mit denen Fachpersonen täglich konfrontiert werden, anhand von „Kulturenrezepten“ möglichst zu vereinfachen. Teilweise verbirgt sich dahinter jedoch auch eine Art der Diskriminierung: Indem konkrete Personen fremden Kulturen zugeordnet werden, verschwinden diese hinter einem alles erklärenden „Kulturschleier“, der somit auch den Blick auf das Subjektive, Persönliche in den Hintergrund rückt.

Viele der migrationsspezifischen Weiterbildungen stützen sich nach wie vor auf einen kulturenzentrierten Ansatz ab, vielleicht auch, weil dieser einfacher zu vermitteln ist als selbstreflexive Ansätze, die primär beim Eigenen und weniger beim Fremden ansetzen. Kulturenzentrierte Ansätze versprechen denn auch Fachpersonen, die Welt der Fremden genauso wie vor über hundert Jahren in den Kolonien zu erklären, dadurch verständlich zu machen und Verunsicherungen somit entgegenzuwirken. Doch spätestens in der Praxis wird dann klar, dass all diese „Kulturenrezepte“ nicht wirklich helfen, eine gelingende Interaktion zu anderen, verschiedenen Menschen herzustellen.

Von fremden Kulturen zu komplexen, transnationalen Identitäten

Nachdem auch in der Pflege der Umgang mit eingewanderten, „fremden Kulturen“ debattiert wird, verschwindet mit der Befreiung der Kolonien in den 1960er-Jahren das dortige Forschungsobjekt der Sozialanthropologie. Die ehemals so intensiv Beforschten wollen nun selber über sich sprechen und forschen. Die Welt hat sich verändert, wie auch James Clifford feststellt; sie sei mehrdeutig und mehrstimmig geworden, was es nicht mehr zulasse, menschliche Diversität in gebundene, voneinander unabhängige Kulturen einzugravieren (Clifford, 1986).

Es geht jetzt also nicht mehr darum, „fremde Kulturen“ aus sozusagen wissenschaftlicher Distanz zu erklären, sondern um das Verstehen der Anderen, der Fremden. Kultur wird somit nicht mehr als etwas Fixes, Statisches beschrieben, sondern vielmehr als ein Prozess, der stetigen Veränderungen durch Begegnungen mit anderen Menschen unterworfen ist. Ulf Hannerz spricht in diesem Zusammenhang von kultureller Komplexität, die sich unter anderem dadurch manifestiere, dass Individuen in einem kumulativen und interaktiven Prozess sich einander Hinweise darüber geben, wer sie sind, wie ihr Umfeld aussieht, was ihre Lebensziele sind usw. Dadurch würden sie sich und ihrem Leben Bedeutung geben und werde der kulturelle Fluss kanalisiert aber auch produziert (Hannerz, 1992, S. 14). Arjun Appadurai geht noch einen Schritt weiter, in dem für ihn Kultur letztlich nur eine Dimension eines Phänomens oder ein heuristisches Mittel ist. Werde Kultur hingegen substanzialisiert, dann würden andere Menschen dadurch marginalisiert und dominiert – gleich wie beim Rassenbegriff, den man durch den Kulturbegriff eigentlich überwinden wollte. Erst in einem vom Individuum losgelösten Kulturbegriff könne man über Differenz diskutieren (Appadurai, 2005 [1996], S. 12).

In den 1990er-Jahren wird die Multikulturalismusdebatte zunehmend durch die Migrationsdebatte abgelöst. Globalisierung und damit verknüpft transnationale Migrationsbewegungen, die sich nicht nur in eine Richtung, sondern auch zirku-

lär bewegen, machen neuen theoretischen Konzepten Platz. Das Konzept der „fremden, statischen Kulturen“ wird durch die Existenz von dynamischen transnationalen Gemeinschaften in Frage gestellt. Die Push-und-Pull-Theorie, die den Migranten als leicht manövrierbare Masse für die Wirtschaft konzipierte, wird durch einen weit dynamischeren Ansatz abgelöst, der Migration als kollektive und selbstbestimmte Entscheidung von Gemeinschaften beziehungsweise Familien verortet (Castles, 2002, S. 1145). Ging man früher davon aus, dass jegliche Verbindungen zur Ursprungsgemeinschaft gekappt wurden und somit eine Assimilation auf Dauer unausweichlich war, sieht man jetzt ein, dass dem nicht so ist, sondern stattdessen transnationale Netzwerke weiter gepflegt werden. Die hohe Mobilität, zyklische Migration und Migration auf Zeit, neue Kommunikationstechnologien, all dies stelle die Idee, dass eine Person nur zu einem Nationalstaat gehöre beziehungsweise nur von einem in einen anderen Nationalstaat migriere, in Frage (Castles, 2002, S. 1157).

Heute dreht sich die Debatte in den Sozialwissenschaften also nicht mehr um „fremde Kulturen“, sondern um transnationale Identitäten und Gemeinschaften, die sich nicht mehr an einem festen Territorium eines Nationalstaates orientieren, sondern sich grenzüberschreitend verorten. Castles betont, dass transnationale Identitäten komplex und auch widersprüchlich seien. Dabei hätten die einen eine kosmopolitische Identität und fühlten sich überall zu Hause, andere lebten in über die ganze Welt zerstreuten staatsähnlichen Gemeinschaften, mit dem Ziel ihr Heimatland politisch zu verändern, wiederum andere lebten irgendwo dazwischen (Castles, 2002, S. 1158).

Die Welt hat sich also verändert, sie ist vernetzter, globaler, schnelllebiger geworden. Dies wirkt sich auf Identitäten aus, deren Zugehörigkeiten durchlässiger, flexibler und komplexer geworden sind. Durch die massive Erweiterung von weltweiten Kontaktmöglichkeiten in rasant ausgebauten Netzwerken beziehungsweise Sozialen Medien verändern sich Bedeutungsgebungen weit rascher und weniger nachhaltig als noch anfangs des letzten Jahrhunderts.

Intersektionale Zugehörigkeiten

Menschen können sich zu unterschiedlichen Gruppen zugehörig fühlen; zu welcher Gruppe sich eine Person zugehörig fühlt, entscheidet diese letztlich selbst. In dem Sinne sind Zugehörigkeiten (belonging) selbstbestimmte, dynamische Prozesse. Soziale Ver-

(C) manushot

ortungen sind komplex, da diese meist intersektional beziehungsweise entlang multipler Axen von Differenz konstruiert werden (Yuval-Davis, 2006, S. 200). Kultur, Ethnie oder schlicht Ursprung können dabei Grund für Diskriminierungen, für Ausgrenzung und Ausschluss sein und sind daher auch weiterhin von gesellschaftlicher Relevanz. Doch wann dieser oder auch andere Faktoren wie Gender, Alter, sexuelle Orientierung, Behinderung usw. zu Diskriminierungen Anlass geben, ist vom jeweiligen Kontext abhängig. Floya Anthias spricht in diesem Zusammenhang bewusst von Prozessen und nicht von individuellen Charakteristiken. Differenzen können also im Rahmen von Grenzziehungsprozessen und Hierarchien im sozialen Leben zu sozialer Ungleichheit führen. Anthias plädiert für einen translokalen Ansatz, der das Individuum in multiplen, zersplitterten und zusammenhängenden sozialen Räumen unterschiedlicher (auch transnationaler) Formen lokalisiert, um eine Fixierung sozialer Positionen zu vermeiden. Eine Frau kann beispielsweise gleichzeitig oder zu verschiedenen Zeiten oder in unterschiedlichen Räumen in einer dominanten und/oder einer untergeordneten Position sein. Und ein Migrant, der in sein Ursprungsland zurückkehrt, kann aufgrund des im Vergleich zu den Dorfbewohnerinnen und -bewohnern erreichten Wohlstands Klassenvorteile erhalten (Anthias, 2013, S. 131 f.). Die Welt ist also komplex geworden und somit auch die Menschen, denen wir im Gesundheits- und Sozialwesen begegnen.

Transkulturelle Kompetenz

Der Begriff «Transkulturellen Kompetenz» hat sich in der Schweiz und auch darüber hinaus einerseits breit durchgesetzt, andererseits wurden wichtige Zielsetzungen dieses Konzepts (Domenig, 2007) verpasst. So wird dieses nicht generell angewandt, sondern nur für die spezifische Zielgruppe der als «problematisch» bezeichneten Menschen mit einer Migrationserfahrung. Dazu hat auch die Forderung nach einer spezifischen Kompetenz mit dazu beigetragen, da die Nennung einer besonderen Kompetenz impliziert, dass diese nur in spezifischen Kontexten sozusagen additiv zu anderen Kompetenzen anzuwenden sei. Und hier liegt eben auch die Ambivalenz, denn einerseits brauchte es diese Spezialisierung und explizite Nennung, um auf eine besondere Problematik hinzuweisen, andererseits ist dadurch auch die Stereotypisierung von Menschen mit einer Migrationserfahrung gefördert worden, die eigentlich mit dem trans-kulturellen (über das Kulturelle hinausgehende) Konzept überwunden werden sollte. Denn nach wie vor wird in Weiterbildungssequenzen der eigentliche Kern der transkulturellen Kompetenz, nämlich die Förderung der Selbstreflexion, des Perspektivenwechsel sowie der Empathie fürs Anderssein, durch Anleitungen im Umgang mit sogenannt fremden Kulturen ersetzt. Gerade kurze, eintägige Weiterbildungen oder Unterrichtseinheiten von ein paar Stunden tun sich meist schwer damit, reflexive Denkräume für neue Sichtweisen zu schaffen und können somit kaum Haltungs- und Verhaltensänderungen anstossen.

Menschen mit einer Migrationserfahrung standen in den letzten Jahren und stehen nach wie vor im Fokus von Gesundheitsorganisationen, wenn es um eine faire, gerechte und angemessene Versorgung geht. Doch viele der mit diesen Menschen verbundenen Versorgungsproblematiken treffen auch auf andere Personen zu. So haben auch Menschen mit einer Behinderung Zugangsprobleme zu den Angeboten des Gesundheitsbereichs und sind Fachpersonen im Gesundheitswesen auch mit diesen Menschen oft überfordert, insbesondere wenn diese eine kognitive Beeinträchtigung aufweisen und/oder keiner Lautsprache mächtig sind. Zudem sind mobile Menschen nicht nur migriert oder Nachkommen von migrierten Personen, sondern manchmal zusätzlich auch behindert, homosexuell, alt usw. Es gibt somit unterschiedliche Faktoren, Dimensionen oder Kategorien, die das Risiko für eine Diskriminierung im Gesundheitsbereich erhöhen. Das Zusammenspiel dieser verschiedenen Kategorien ist dabei komplex, deren Schnittmengen bringen neue, intersektionale Formen von Diskriminierungen hervor (Crenshaw, 1989). Aus diesem Grunde schlage ich vor, das Konzept der transkulturellen Kompetenz um die transkategoriale Dimension zu erweitern und damit weitere Kategorien, die eine gelingende Interaktion zwischen Pflegefachpersonen sowie Patientinnen und Patienten behindern, in das Konzept miteinzubeziehen.

Transkategoriale Kompetenz

Als Grundlage für das Konzept der transkategorialen Kompetenz dient der Analyserahmen der Intersektionalität, der die Schnittmengen unterschiedlicher Kategorien von Diskriminierungen analysiert. Denn neben der Mobilitäts- oder Migrationserfahrung können auch noch ganz andere Kategorien, wie Behinderung, Gender, sexuelle Orientierung, Alter usw. sowie deren Kombination, in der Pflege eine zentrale Rolle spielen. Eigentlich ist die Transkategorialität

im Kern bereits in der Transkulturalität enthalten, da auch diese nicht auf Kulturen sondern darüber hinaus verweist, nämlich auf das Individuum in all seinen Facetten; doch das Wörtchen „kulturell“ fördert (unbeabsichtigt) den kulturenzentrierten Fokus.

Transkategorialität verlangt, dass mobile Menschen nicht auf die Kategorie Migration reduziert werden, sondern andere – allenfalls in einer bestimmten Situation weit relevantere – intersektional wirkende Kategorien mitberücksichtigt werden. Transkategoriale Kompetenz stellt somit nicht Kulturen ins Zentrum, sondern die Interaktion zwischen Fachpersonen und komplexen Identitäten, deren Lebenswelten und Biografien unterschiedliche Aspekte aufweisen, von denen der Ursprung nur ein Aspekt unter vielen ist. Im Kern besteht die transkategoriale Kompetenz aus einer Interaktionskompetenz in den unterschiedlichsten Kontexten einer pluralisierten Gesellschaft. Dabei stützt sich diese Interaktionsfähigkeit (wie bei der transkulturellen Kompetenz) auf drei Pfeiler: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie (Domenig, 2020a)

Doch wie kann transkategoriale Kompetenz in der Lehre und Praxis vermittelt werden, handelt es sich doch nichtsdestotrotz auch hier um ein komplexes Konzept? In der Lehre könnten beispielsweise Fallbeispiele mit Menschen mit komplexen Identitäten (behinderte, suchtkranke, mobile, alte, homosexuelle Menschen usw.) transversal einfliessen, statt das Thema „Pflege von Menschen mit einer Migrationserfahrung“ additiv im Curriculum losgelöst von allem anderen anzusiedeln. Dadurch wird transkategoriale Kompetenz immer wieder im „normalen“ Unterricht zum Thema gemacht. Weiter sollten Unterrichtsthemen aus verschiedenen Perspektiven bearbeitet werden. Bei vielen Themen, wie beispielsweise Schmerz, Sterben, Einbezug der Familie, Kommunikation usw., können Verhaltens- und Ausdrucksvarianten aufgezeigt werden, was die Affinität für Variabilitäten erhöht. Ebenso sollte das Thema Migration nicht entlang sogenannter kultureller Unterschiede, sondern über soziale Ungleichheiten, Rassismus, Vorurteile, Flucht- und Traumaerfahrungen, aufenthaltsrechtliche Bestimmungen usw. bearbeitet werden. Medizinanthropologische Konzepte (Domenig, 2020b) sollten auch nicht ausschliesslich am Beispiel von Menschen mit einer Migrationserfahrung vermittelt werden, da wir alle auch durch sogenannte Laienkonzepte im Umgang mit Erkrankungen geleitet werden. Methodisch hat es sich bewährt, zuerst die eigenen Verhaltensweisen und Wertvorstellungen hinsichtlich einer Thematik zu thematisieren, bevor man auf die Variabilität eingeht. Dies aufgrund der Tatsache, dass ich Perspektivenänderungen erst dann vornehmen kann, wenn ich mir über mich selbst bewusster bin. Doch auch im Pflegealltag kann an stereotypisierenden Haltungen von Pflegenden gearbeitet werden. Hilfreich ist es, sich in komplexen Situationen zu fragen, was meine Bilder im Kopf und was überprüfte, anamnestisch erhobene Tatsachen sind. Der Fokus auf Gemeinsamkeiten kann weiter Gefühle des Fremdseins helfen zu überwinden, indem ich mich in der Praxis zuerst frage, was teile ich mit einer Patientin, einem Patienten (Frau-/Mannsein, Mutter-/Vatersein, beruflicher/ausbildungsmässiger Hintergrund, sexuelle Orientierung, Hobbies, bevorzugter Fussballklub usw.). Methodisch sind in der Praxis neben Weiterbildungen Fallsuper-/intervisionen besonders geeignet.

Bei allem darf jedoch nicht vergessen werden, dass letztlich die Patientinnen und Patienten die besten Expertinnen und Experten sind. Sie können uns erzählen, wie sie sich in der momentanen Situation selbst verorten, wie sie ihre gegenwärtige Krise oder Erkrankung erfahren, aber auch welche Behandlung und Pflege aus ihrer Sicht die geeignete wäre. Eine gelingende Interaktion ist jedoch nur dann möglich, wenn sich Pflegefachpersonen nicht auf eine professionelle Distanz zurückziehen und damit die für die Pflege wichtigen Erzählungen beziehungsweise Narrationen verunmöglichen, sondern sich auch auf Beziehungsangebote einlassen, die ihnen auf den ersten Blick ungewohnt oder eben fremd erscheinen.

Fußnote

[1] Der folgende Text beruht auf überarbeiteten Zusammenfassungen der Kapitel „Von fremden Kulturen zu komplexen Identitäten“ sowie „Das Konzept der transkategorialen Kompetenz“ des Lehrbuchs: „Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.“ (Domenig, 2020d).

Literatur

Anthias, F. (2013). Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame. International Sociology, 28(1), 121–138.

Appadurai, A. (2005 [1996]). Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization. Minneapolis and London: University of Minnesota Press.

Castañeda, H. (2012). “Over-Foreignization” or “Unused Potential”? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. Social Science & Medicine, 74(6), 830–838.

Castles, S. (2002). Migration and community formation under conditions of globaliza-

tion. International Migration Review, 36(4), 1143–1168.

Clifford, J. (1986). On ethnographic allegory. Writing culture: The poetics and politics of ethnography, 98–121.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. The University of Chicago Legal Forum, 1989(139), 139–167.

Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.), Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 165–189). Bern: Hans Huber.

Domenig, D. (2020a). Das Konzept der transkategorialen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.), Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (im Druck). Bern: Hogrefe.

Domenig, D. (2020b). Medizinanthropologische Konzepte. In D. Domenig (Hrsg.), Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (im Druck). Bern: Hogrefe.

Domenig, D. (2020c). Von fremden Kulturen zu komplexen Identitäten. In D. Domenig (Hrsg.), Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (im Druck). Bern: Hogrefe.

Domenig, D. (Hrsg.) (2020d). Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hogrefe (im Druck).

Hannerz, U. (1992). Cultural complexity: Studies in the social organization of meaning: Columbia University Press.

Park, R. E. (1928). Human migration and the marginal man. American Journal of Sociology, 33(6), 881–893.

Taylor, C. (1994). The Politics of Recognition. In A. Gutmann (Hrsg.), Multiculturalism (S. 25–73). Princeton: Princeton University Press.

Wicker, H.-R. (2003). Einleitung : Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung. In H.-R. Wicker, R. Fibbi, & W. Haug (Hrsg.), Migration und die Schweiz : Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms „Migration und interkulturelle Beziehungen“ (S. 2–62). Zürich: Seismo.

Yuval-Davis, N. (2006). Belonging and the politics of belonging. Patterns of prejudice, 40(3), 197–214.

Autorin

Dr.in phil. Dagmar Domenig

Dagmar Domenig ist Juristin, Pflegefachfrau und Sozialanthropologin. Von 2000 bis 2010 arbeitete sie beim Schweizerischen Roten Kreuz, zuletzt als Departementsleiterin Gesundheit und Integration und Vizedirektorin. Seit 2011 ist sie Direktorin der Stiftung Arkadis, einer Sozialinstitution in Olten/Schweiz. Seit über zwanzig Jahren engagiert sich Domenig für einen transkulturellen bzw. transkategorialen Umgang mit Verschiedenheit im Gesundheitsbereich.Unter anderen hat sie das Lehrbuch zu transkultureller/transkategorialer Kompetenz herausgegeben, das demnächst in dritter Auflage erscheinen wird.

(C) tuayai

Von der multikulturellen Schüler*Innengruppe zum multikulturellen Team

Als Gesundheits -und Krankenpflegerin Mechthild zum Spätdienst erscheint, bemerkt sie, dass sie heute den Dienst gemeinsam mit der Schülerin Arianna absolvieren wird. Arianna ist im 1. Ausbildungsjahr. Vor einem halben Jahr ist sie aus Venezuela nach Deutschland migriert, um hier ihre Ausbildung zu absolvieren. Viele Dinge fallen ihr schwer, vor allem das Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache. Oft plagt sie das Gefühl der Scham. Überwiegend dann, wenn sie Dinge der Alltagssprache nicht versteht und diese hinterfragen muss.

Mechthild sieht dem beginnenden Dienst skeptisch entgegen. Zweimal hat sie bereits mit Arianna zusammengearbeitet. Sie fühlt sich beim Gedanken daran schon etwas angespannt und gestresst. Aus Mechthilds Perspektive versucht Arianna die ihr übertragenen Aufgaben zügig und gewissenhaft auszuführen. Allerdings kam es wiederholt zu Missverständnissen. Trotz Mechthilds Rückfragen, ob sie den Auftrag verstanden habe und sie dieses auf Nachfrage hin bejahte, führte sie einige Aufgaben nicht aus oder verhält sich entgegen der Absprache. Mechthild fühlt sich in diesen Situationen doppelt belastet, da sie für den Dienst die Verantwortung trägt und ihre zeitlichen Ressourcen knapp bemessen sind. Diese Situationen sind ihr auch mit Cai, ihrer vietnamesischen Kollegin, bekannt.

Sie bemerkt, dass sie sich immer mehr über diese Situationen ärgert und sich aufgrund der sprachlichen Barriere hilflos fühlt. Als Arianna in diesem Dienst wiederholt eine Aufgabe nicht erledigt, entlädt sich die Anspannung. Sie wird laut und äußert Arianna gegenüber sich nicht vorstellen zu können, dass sie die Ausbildung erfolgreich absolvieren werde. Arianna weint nach dem Dienst sehr lang, sie schläft nicht, ihre Gedanken kreisen. Was soll sie tun? Wie geht es weiter? Sie kann doch jetzt nicht aufgeben? Sie vermisst ihre Familie. In Deutschland fühlt sie sich immer fremder und ungewollt, dabei möchte sie doch nur ihre Ausbildung absolvieren, um später Menschen helfen zu können. Nach einer schlaflosen Nacht fühlt sie sich unsicher und erschöpft. Sie hat Angst vor dem Dienst und meldet sich arbeitsunfähig.

Diese Situation dürfte vielen Fachkräften im Gesundheitswesen inzwischen ähnlich bekannt erscheinen. Schon bevor das Corona-Virus unsere Gedanken und unseren Alltag dominierte, nahm das Thema der Migration einen sehr hohen Stellenwert ein. In der Gesundheitspolitik wurde etwa die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte intensiv diskutiert und mit der Umsetzung begonnen. Die Ausbildung von multikulturellen Schüler*Innengruppen und die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte stellt neue Herausforderungen an alle Beteiligte. Neue integrative Methoden müssen entdeckt, ausprobiert und evaluiert werden – theoretisch wie praktisch.

Auch die Akademie für Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen protegiert eine kultursensible Lehr- und Lernkultur und fördert die kulturelle Vielfalt. Junge Auszubildende aus den unterschiedlichsten Herkunftsländern sind bemüht sich zu integrieren und benötigen weit über das bisher gewohnte Leistungsvermögen hinaus Unterstützung. Lehrkräfte als auch die multikulturellen Klassenverbände sind dabei teilweise unsicher, irritiert und stark gefordert. Ein Erleben, welches mir aus dem kultursensiblen psychiatrischen Bereich, mit Kollegen und Patientengruppe, nur allzu bekannt ist.

Nach meinem Wechsel als pädagogische Mitarbeiterin an diese Einrichtung erkannte ich bald mehrere Parallelen zu meinem früheren Arbeitsbereich. Die Fragen und Aufgaben, welche bearbeitet werden müssen, um das gesellschaftliche Miteinander offener, toleranter und produktiver gestalten zu können, gleichen sich.

Vielfalt im Klassenzimmer

Jedes Klassenteam stellt für sich eine Gruppe mit verschiedenen Charakteren und individuellen Grundstrukturen dar. Jeder Kurs scheint darüber hinaus auch eine sehr unterschiedliche Kultur im Umgang unter- und miteinander ausgebildet zu haben. Sich als Lehrkraft in den verschiedenen Klassen-Kulturen zu bewegen, schulstundenweise rotierend, erfordert eine hohe Flexibilität der Lehrkräfte, um zielgerichtet und fundiert Wissen vermitteln zu können. Eine wesentliche Herausforderung ist die sich verändernde Zusammenstellung der einzelnen Kurse mit seinen individuellen Persönlichkeiten, alle geprägt durch den Einfluss der individuellen Sozialisation und durch andere Herkunftsländer. Diese disponierte Individualität lässt sich an folgendem Fallbeispiel gut veranschaulichen:

Frau Morosow, eine eher ruhige und zurückhaltend wirkende Schülerin aus Kasachstan erscheint regelmäßig etwas verspätet zum Unterricht. Obwohl der Unterricht bereits begonnen hat, nimmt sie trotz offenkundiger Verspätung im Klassenraum Platz, ohne dabei die anwesende Lehrkraft zu begrüßen oder gar eine Entschuldigung auszusprechen. Frau Petrow, ebenfalls eine kasachische Schülerin, erscheint dagegen immer einige Minuten früher zum Unterricht und ist immer pünktlich. Eines Morgens bekommt eine anwesende Lehrkraft ein Gespräch zwischen den beiden Schülerinnen mit. Frau Petrow spricht Frau Morosow auf ihre häufige Unpünktlichkeit an und hinterfragt das Verhalten der Mitschülerin kritisch. Sie wirft ihr offen vor, es nicht in Ordnung zu finden, dass sie sich nicht an Pünktlichkeit halten würde. Sie empfindet es aus ihrer Perspektive als störend und ungerecht. Frau Morosow entgegnet, dass sie es nicht kenne, dass man auf die Minute genau „exakt“ irgendwo eintreffe. Auch nicht in der Schule. Frau Petrow scheint wütend zu werden und wirft Frau Morosow vor, dass sie nicht die Wahrheit erzählen würde, da sie beide aus dem gleichen Herkunftsland stammen und es dort Strafen dafür geben würde, falls man sich verspätet hätte. Aus diesem Grund müsse sie pünktlich sein. Frau Morosow schweigt kurz und entgegnet, dass sie noch nie eine Bestrafung erhalten habe, wenn sie zu spät kam. Frau Petrow widerspricht, dass sie ihr nicht glauben würde. Sie dreht sich daraufhin scheinbar angespannt um und verlässt die Situation. Seit dieser Begegnung scheinen beide Auszubildende nur noch wenig Worte miteinander zu wechseln. Spannungen sind zum Teil für die Lehrkraft zwischen den Schülerinnen spürbar.

Obwohl die Schülerinnen aus demselben Herkunftsland stammen, wurden sie dort unterschiedlich sozialisiert und dadurch in ihren Annahmen geprägt. Beide definieren für sich eine unterschiedliche Einstellung zum Umgang mit Zeit. Im Unterricht dürfen Möglichkeiten probiert und evaluiert werden, um den Kontakt untereinander und miteinander „erfolgreich“ zu gestalten. Erfolgreich bedeutet in diesem Zusammenhang im Unterricht kulturspezifische Aufklärung zu betreiben sowie die Aufarbeitung möglicher bestehender Vorurteile untereinander anzusprechen.

Vermittlung kultursensibler Kompetenz

Durch Aufklärung kann die Motivation zur Zusammenarbeit gestärkt werden. Deshalb ist es wichtig, das Thema der kultursensiblen Kompetenz von Beginn an wiederholt während der Ausbildung aufzugreifen und zu bearbeiten. Der Umgang mit dem „Fremden“ kann sogleich praktisch durch den regelmäßigen Kontakt innerhalb der kulturell-heterogenen Schülergruppe geprobt werden. Das ist insbesondere während der theoretischen Ausbildung der Fall. Der aktive Austausch unterfüttert mit Theorie wirkt nicht nur belebend, sondernd auch verstehend. Diesen Kontakt zu begleiten und zu unterstützen ist eine gute Basis für die praktische Auseinandersetzung. Bildungseinrichtungen nehmen in der Sozialisation des Einzelnen einen hohen, prägenden Stellenwert ein. Integrationsarbeit durch Gruppenangebote bieten Platz und Raum, durch die Interaktion in multikulturellen Schülergruppen mehr voneinander zu erfahren, Fragen stellen zu dürfen, Ängste – trotz sprachlicher Barrieren zu mindern und von unterschiedlichen Perspektiven (kulturell geprägten, traditionell oder weniger traditionell ausgerichteten) zu profitieren. Es gilt gerade die Erfahrungen im Umgang miteinander auszubauen, um die dadurch entstehende Vielfalt an Ideen und Lösungsansätzen für sprachliche Unterschiede zu entdecken.

Sprachliche Barrieren meistern

Fallbeispiel
Während der Corona-bedingten „Homeschooling-Phase“ erhielten die Kurse Arbeitsaufträge. Diese beinhalteten unter anderem, bestimmte Themenbereiche selbständig zu erarbeiten. Zur Bearbeitung konnten unterstützend Lehrbücher hinzugezogen werden. Eine Aufgabenstellung war die „Beschreibung des Krankheitsbildes“. Herr O., Schüler eines Gesundheits- und Krankenpflege-Kurses, nutzte das von der Lehrkraft empfohlene Kapitel aus dem Lehrbuch. Dort waren einige Abbildungen zur Veranschaulichung der Erkrankung beinhaltet. Die Aufgabe wurde von Herrn O. irrtümlich jedoch so interpretiert, dass er annahm, er müsse die Fotografien im Abschnitt beschreiben.

(C) zinkevych

Überfordert durch die Anzahl der vielen Darstellungen rief er in der Akademie an, um nachzufragen, welches der „Krankheitsbilder“ im wörtlich doppeldeutigen Sinn er umschreiben solle.

Um eine produktive Vermittlung von Wissen sicherzustellen, ist Sprache wesentlicher Bestandteil. Herausforderung sind die bestehenden sprachlichen Hürden der Schüler*Innen, die insbesondere bei der Wissensvermittlung im Dialog offenkundig werden. Schwierigkeiten zeigen sich gerade beim Umgang mit Fachbegriffen. Diese sind in der Lehre allgegenwärtig – mehr noch: sie sind praxisrelevant für den beruflichen Alltag. Im Unterricht werden die Begriffsbedeutungen daher be- und umschrieben. Es liegt in der Natur der Sache, dass es für Menschen mit rudimentären Deutschkenntnissen deutlich schwieriger ist, diese Umschreibungen sinngemäß zu verstehen, sie in den jeweiligen fachlichen Kontext zu setzen und weitergehend in die praktische Umsetzung zu bringen. Eine 1:1-Übersetzung dieser Begriffe ist häufig nicht möglich. Aus diesen Gründen muss stets berücksichtigt werden, dass die Vermittlung von Wissen wesentlich mehr Zeit und Geduld in Anspruch nehmen wird, als es mit weniger heterogenen Gruppen überwiegend der Fall ist. Schüler*Innen benötigen dafür Verständnis, um das nachvollziehen zu können. Aufgrund meiner beruflichen Vorkenntnisse in der Arbeit mit multikulturellen Gruppen, halte ich es auch als Lehrkraft für sehr wichtig, zu trainieren, die Inhalte des Unterrichts vollständig in einfacher und verständlicher Sprache zu vermitteln. Hier gilt die Devise: „Learning by Doing“. Wer das bewusst und alltäglich einübt, wird selbstläufig mehr Synonyme für einen Begriff finden und diese gezielt, gewohnheitsgemäß anwenden.

Bei der jeweiligen Unterrichtsstundenplanung ist demnach nicht nur ein zeitlicher Puffer zum Verstehen und Erläutern zu berücksichtigen, sondern auch die zusätzliche Zeit für alternative Lehrmethoden - wie beispielsweise die Einbindung und erlaubte Nutzung von Smartphones im Unterricht für Übersetzungshilfen. Zeit geben bedeutet hier, eine zeitgemäße Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Wobei im weiteren Sinn auch der Austausch in der Gruppe untereinander gemeint ist. Auszubildende unterschiedlichster Herkunft sollten aktiv angehalten werden, sich in den Austausch miteinander zu begeben, um voneinander zu lernen.

Einzelarbeiten in Form schriftlicher Ausarbeitungen oder in Gestalt von Hausaufgaben geben den Schüler*Innen die Möglichkeit, ihre sprachlichen Kompetenzen einzuüben. In Schülerkreisen werden Hausarbeiten normalerweise, so die Rückmeldung, tendenziell eher als etwas Unangenehmes empfunden. Für Menschen mit anderen muttersprachlichen Ressourcen gilt das, aufgrund der einhergehenden Mehrfachbelastung, noch weit mehr. In diesem Fall kann Transparenz wieder einen guten Beitrag leisten. Eine intensive Beschäftigung mit Sprache beschleunigt deren Erlernen. Es besteht immer die Gefahr der Gegenwehr und Abwehrreaktion, etwa durch die Vermeidung der neuen sprachlichen Auseinandersetzung, um sich Entlastung zu verschaffen. Die Aufgabe von Lehrenden kann dabei in der Motivation zur Durchführung gesehen werden.

Interaktion durch Transparenz

Das Niedersächsische Kultusministerium nennt als eines der Ziele einer Fachschule für Heilerziehungspflege die Vermittlung von Sozialkompetenz. Lernende sollen trainieren, sich sachbezogen und gewissenhaft zu verständigen. Daneben wird die Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität explizit als Zielsetzung hervorgehoben (Niedersächsisches Kultusministerium, 2018, S.2). Dieser Ansatz kann durch die Förderung und Forderung von Interaktion in der multikulturellen Schülergruppe protegiert werden. Eine Steuerung des Austausches durch regelmäßige Gruppenaufgaben kann hierbei zielführend sein. Integration durch Interaktion wird durch Lehrende bewusst mitgestaltet, indem Arbeitsgruppen immer zufällig zusammengesetzt werden. Somit wird die wiederholt beobachtbare Tendenz bei selbst gewählten Gruppen- bzw. Teamaufteilungen vermieden, dass sich Schüler*Innen vorrangig mit bekannten, vertrauten Partner*Innen beziehungsweise gleichen oder ähnlichen „Kulturkreisen“ zusammengesellen. Sich mit dem „Fremden“ und möglicherweise damit verbundenen unangenehmen Gefühl einer eingeschränkten Kommunikation auseinanderzusetzen, der eventuell einhergehenden Scham sowie dem inneren Widerstand gegen diesen beschwerlicheren Weg , wird sich so meist versucht zu entziehen. Erfahrungsgemäß hilft hier eine maximale Transparenz bei der Methodenwahl, der jeweiligen Gruppenaufgabe und der Begründung einer bewusst zufällig gewählten Arbeitsgruppenzusammensetzung. Übertragen vom stationären Setting kann durch die Begründung von Handlungen Ver-

(C) djile

ständnis und Offenheit gefördert werden. Alles was nicht plausibel und verständlich erscheint, kann dagegen Widerstand unterstützen.

In multikulturellen Klassenkonstellationen dürfen Schritte unternommen werden, um ein gemeinsames Grundverständnis füreinander zu schaffen. Eine begründete, transparente Zusammenarbeit auf einer Augenhöhe zwischen Lehrenden und Lernenden kann dadurch nur wirksamer werden. Lehrende können als Vorbilder für die Wirkung von Transparenz, Mitsprache und Verständnis stehen. Denn Auszubildene orientieren sich nicht nur an vermittelten Inhalten, sondern auch an ihrem Gegenüber, welcher diese zusammen mit ihnen erarbeitet.

Einbezug der Praxis

In der Theorievermittlung können Lehrende Einfluss auf die Entwicklung und Förderung von kultursensibler Kompetenz nehmen. Es bieten sich Möglichkeiten zur Übung von tatsächlichen Erfahrungen im interkulturellen Austausch.

Während der praktischen Ausbildung trennen sich die Wege der Schülergruppen. Auszubildende sind plötzlich mit anderen Gruppen konfrontiert. Dazu zählen die Teams der einzelnen Stationen, unterschiedliches Patientenklientel und verschiedene Anleitende in der beruflichen Praxis. Das stellt oftmals eine besondere Anforderung für die Auszubildenden dar. Durch sprachliche Barrieren und einem kulturell unterschiedlichen Background erweist sich das, wie im ersten Fallbeispiel beschrieben, als nochmals anspruchsvoller.

Auszubildende berichteten, dass es zu Unsicherheiten und Ängsten bezüglich Vorurteile, Stigmatisierungen und Ausgrenzungen kommen kann. Erfahrungsgemäß ist der Umgang damit persönlichkeitsabhängig und individuell verschieden. So sahen einige Schüler*Innen ihren ersten praktischen Einsätzen neugierig, entspannt und offen entgegen. Andere meldeten größere Bedenken zurück.

Auch Praxisanleitende, die erstmals mit jung migrierten Schülern in Berührung gekommen sind, fühlten sich vor und während der ersten Kontaktaufnahme unsicher.

Hier zeigte sich, dass es leider noch nicht zur Normalität gereift ist, sich mit Menschen mit Migrationshintergrund in einen regelmäßigen Austausch zu begeben. Der aktive Kontakt miteinander kann Ängste mindern.

Die Praxis zeigt, dass Vorerfahrungen im Bereich eines transkulturell aufgestellten Arbeitsbereiches von Vorteil sind. Teams, die bereits multikulturell aufgestellt sind oder Patienten mit multikulturellem Hintergrund betreuen und begleiten, profitieren von diesem Erfahrungsschatz – sowohl im Umgang miteinander, in der Methodenwahl als auch in ihren Handlungen. Für diese Teams ist die Anwendung kultursensibler Kompetenz bereits gelebte Normalität. Sie haben die Entwicklung vom Anfänger zum Experten, kultursensible Haltung und Handlung betreffend, ganz oder teilweise vollzogen.

Aufgrund meiner bisherigen Erfahrungen wage ich zu behaupten, dass Settings, welche sich der kultursensiblen Kompetenz als „Normalität“ verschrieben haben, noch als Exoten gelten. Bestehende transkulturelle Settings können für Auszubildende ein gutes praktisches Übungsfeld bieten. Auch erfahrene Pflegekräfte dürfen durch Hospitationen oder längere praktische Einsätze, in diesen Bereichen, ihre kultursensible Kompetenz von der Theorie in die Praxis übertragen. Sie können davon profitieren, um vorhandene pflegerische und soziale Kompetenzen zu stärken, zu reflektieren und zu evaluieren.

Ein Ideenvorschlag wäre beispielsweise ein Projekt, welches genau diese praktische Erfahrung ermöglicht, gerade auch im Hinblick auf das Ziel der Inklusion von kultursensibler Kompetenz als alltäglichen Baustein, in der Arbeit mit Menschen.

Bereits bestehende multikulturelle Teams können genauso als Vorbild agieren, wie Lehrkräfte. Durch die Zusammenarbeit mit multikulturellen Teams können Kompetenzen wie etwa Bilingualität gezielt eingesetzt werden. Auch Schüler*Innen dürfen in Begleitung und im angemessenen Rahmen und Umfang diese Fähigkeiten anwenden, um das eigene Selbstvertrauen zu stärken und Selbstwirksamkeit zu erfahren.

Auszubildende melden häufig zurück, dass ihre bilingualen Fähigkeiten oft überstrapaziert und nicht professionell eingesetzt werden. Sie äußern Schwierigkeiten, sich aus Angst vor Unverständnis, gegenüber den Kollegen abzugrenzen. Daher erscheint mir wichtig, an dieser Stelle zu erwähnen, dass ein professioneller Dolmetschereinsatz unabdingbar ist und bleibt. Auszubildende dürfen trotz ihrer sprachlichen Ressourcen nicht über das Maß hinaus als Übersetzer eingesetzt werden. Es besteht die Gefahr der Überforderung, sowie die Reduzierung auf eine Kompetenz. Für einfache Handlungsanleitungen und Small-Talk mit Klienten dürfen Schüler*Innen gern ihre Fähigkeiten einbringen. Notwendig ist auch hier ein guter Austausch zwischen theoretischer Ausbildungsstätte und praktischem Einsatzort, um eventuellen Missverständnissen entgegen zu wirken.

Beziehung gestalten – Ansprechpartner sein

Im stationären-interkulturellen Setting hat sich der Einsatz von Bezugspflege sehr bewährt. Die Arbeit mit festen Bezugspersonen fördert vor allen bei bestehenden sprachlichen und kulturellen Hürden den Vertrauensaufbau. Erst Vertrauen ermöglicht eine detailliertere, wie auch notwendige, Biographiearbeit. Kaum jemand möchte sich entspannt und offen mit einer völlig fremden Person über das eigene Leben unterhalten, wenn Vertrauen fehlt.

Mit (multikulturellen) Schüler*Innengruppen verhält es sich ähnlich. Wie vorhergehend beschrieben, äußerten einige Schüler Ängste und Unsicherheiten. Hier können Lehrkräfte aufklären, sensibilisieren, zuhören, unterstützen, beraten und begleiten. Ein gelungener professioneller Beziehungsaufbau sorgt für Vertrauen und Offenheit. Es gilt herauszufinden, wie die Auszubildenden mit den eigenen Migrationserfahrungen und den damit verbundenen Belastungsfaktoren umgehen. Erfahrungen von migrationsspezifischen Belastungsfaktoren vor und während der Ausbildung können sich leistungsmindernd auswirken. In den durch Lehrende geführten Gesprächen können spezifische Fragestellungen im Zusammenhang mit Migration und den individuellen Bedürfnissen Aufschluss über mögliche Faktoren geben, die sich einschränkend auf die persönliche und berufliche Entwicklung auswirken.

Die Bedeutung eines reibungslosen, intensiven Austauschs zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung zeigt sich erneut. Beobachtungen, Erfahrungen und Einschätzungen zum und vom Auszubildenden können Hinweise dazu beisteuern, welche Ressourcen und Optimierungsbedarfe bestehen. Vorbehalte oder Vorurteile können bzw. müssen thematisiert werden, um die Gestaltung der theoretischen sowie praktischen Ausbildung für die Schüler*Innen

individuell und erfolgsversprechend zu optimieren.

Von der multikulturellen Schülergruppe zum multikulturellen Team

Multikulturelle Schülergruppen von heute sind die multikulturellen Teams von morgen. Lehrkräfte, praktische Ausbilder und multiprofessionelle Teams sind daher frühestmöglich dazu angehalten, als Vorbilder aktiv zu werden, gerade in der Ausübung ihrer kultursensiblen Kompetenz. Sie müssen sicherstellen, dass sie sich regelmäßig fortbilden, selbstreflektieren und gemäß dem neusten Kenntnisstand entsprechend handeln. Letztendlich sind sie maßgeblich daran beteiligt und vermitteln das Rüstzeug derjenigen, die zukünftig und Unterstützung benötigen. Und das könnten sie eines Tages selbst sein.

Autorin

Nicole Lieberam
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege, Fachkraft für Sozialpsychiatrische Betreuung, Lehrkraft für Erwachsenenbildung an der Akademie für Pflege und Soziales in Hannover
nicole-lieberam@web.de

Literatur

Niedersächsisches Kultusministe-

reiche – Theorie und Praxis-in der Fachschule Heilerziehungspflege. Eigenverlag: Hannover

Pflegediagnosen – konkret, praktisch, umfassend

Marilynn E. Doenges / Mary Frances Moorhouse / Alice C. Murr

Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von
Maria Müller Staub, Jürgen Georg und Claudia Leoni-Scheiber
Übersetzt von Michael Herrmann.
6., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2019. 1488 S., 29 Abb., 10 Tab., Gb
€ 79,95 / CHF 99.00
ISBN 978-3-456-85831-9

Das erfolgreichste deutschsprachige Handbuch zur Pflegeplanung hilft Pflegenden, Pflegeassessmentdaten zu ordnen, Pflegediagnosen zu erkennen und einheitlich zu benennen. Die auf 242 Pflegediagnosen erweiterte 6. Neuauflage bietet alle NANDA-I-Pflegediagnosen bis 2017, sowie umfangreiche Zuordnungsliste für Pflegediagnosen zu über 600 Krankheitssituationen und 11 Pflegemodellen. Doenges bietet begründete Pflegemaßnahmen und gibt Hinweise zur Patientenedukation und Entlassungsplanung.

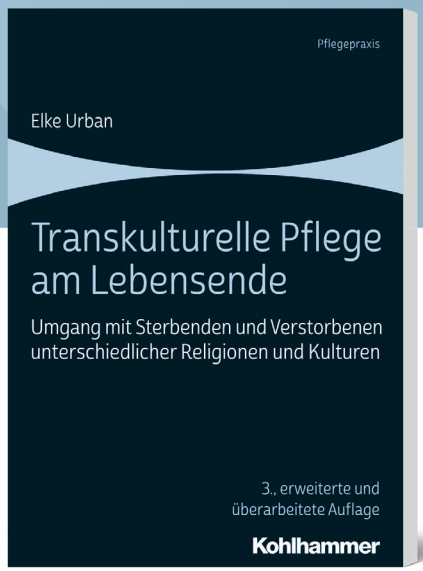
www.hogrefe.com

hogrefe

Fachliteratur für die transkulturelle Pflege

2020. 200 Seiten, 15 Abb., 5 Tab. Kart. € 36,–
ISBN 978-3-17-033076-4

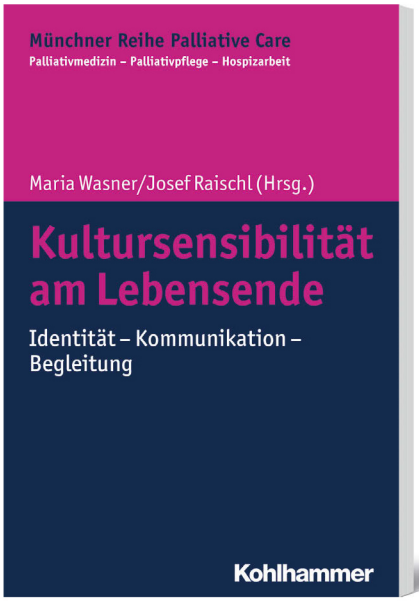
Gerontologische Pflege



3., erweiterte und überarbeitete Auflage, 2019. 219 Seiten, 6 Abb. Kart. € 29,–
ISBN 978-3-17-035936-9

2019. 136 Seiten, 7 Abb., 5 Tab. Kart. € 19,–
ISBN 978-3-17-034809-7

Pflegekompakt



2019. 288 Seiten, 13 Abb., 2 Tab. Kart. € 39,–
ISBN 978-3-17-034639-0

Münchner Reihe Palliative Care, Band 16

2019. 95 Seiten. Kart. € 25,–
ISBN 978-3-17-032986-7

Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch

Alle Titel auch als E-Books erhältlich
Leseproben und weitere Informationen:
www.kohlhammer.de

Kohlhammer
Bücher für Wissenschaft und Praxis

(C) Ajdin Kamber

Phänomen Migration

Das Phänomen der Migration ist so alt wie die Geschichte der Menschheit selbst. Wie paläontologische Forschungsergebnisse zeigen, muss die weltweite Ausbreitung der Spezies „Mensch“ als Folge von Wanderungsbewegungen begriffen werden, die bis in die nahe Vergangenheit reichen – beispielsweise die Besiedlung der Südsee-Inseln und Neuseelands vor etwa tausend Jahren (Parzinger 2014). Die Gründe für diese Migrationen waren und sind vielfältig: Veränderung klimatischer Bedingungen, Hunger, Überbevölkerung in eng besiedelten Gebieten, aber auch Verfolgung und Unterdrückung in den Heimatregionen. Doch selbst in früheren Zeiten trafen Migrantengruppen nicht immer auf leere Gebiete. Die Geschichte der Migration ist eine der Unterwerfung und Unterdrückung.

In der Gegenwart haben sich die Probleme im Zuge der Industrialisierung, Technisierung und Globalisierung verschoben. Auf der einen Seite steigt die Zahl der Menschen, die migrieren müssen oder wollen. Auf der anderen Seite schotten sich Länder, die Ziel von Migrationsbewegungen sind, zunehmend gegen neue Einwanderer ab. Manche Länder wurden binnen kurzer Zeit von Auswanderungs- zu Einwanderungsländern. Migranten werden dort nun als Bedrohung empfunden, demagogisch flankiert von Schlagworten wie „neue Völkerwanderung“, „Asylantenflut“ und „Überfremdung“.

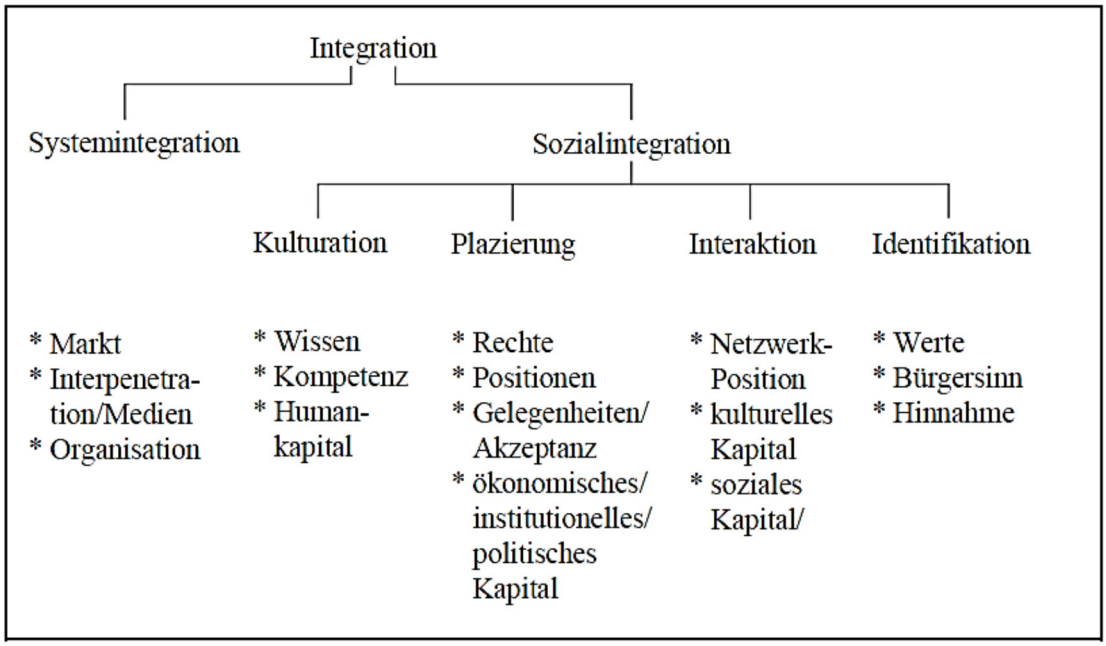
In der klassischen sozialwissenschaftlichen Migrationsforschung wird zwischen Schub- und Sogfaktoren (push- und pull-Faktoren) unterschieden, die Menschen zur Wanderung veranlassen (Lee, 1972). In der Standardversion berücksichtigt dieses Modell vor allem ökonomische Faktoren, wie die Beschäftigungs- und Einkommenssituation in der Herkunfts- und Zielregion. Entscheidend sind

dabei jedoch weniger die „tatsächlichen“ ökonomischen Daten, sondern die Wahrnehmung der Situation durch die potentiellen Migrantinnen und Migranten. Zu den ökonomischen Faktoren kommen daher auch Informationen, die potentielle Zuwanderer aus den Zielregionen erhalten. Hier spielen vor allem Berichte von bereits Gewanderten eine große Rolle. Weitere Gründe für eine Migrationsentscheidung können Klimaveränderungen und (gegebenenfalls aus ihnen folgende) Naturkatastrophen sein oder die demographische Entwicklung, Armut, Arbeitslosigkeit oder Ausbeutung sowie Diskriminierung, politische Verfolgung und (Bürger-)Krieg. Allerdings ist davon auszugehen, dass bei einer Migrationsentscheidung ein jeweils unterschiedliches Bündel dieser Faktoren zusammenkommt. Daher muss der individuelle Faktor berücksichtigt werden, weil nicht alle Menschen, die in einer gleichen oder ähnlichen Situation sind, die gleiche Entscheidung treffen. Individuelle wie kollektive Unterschiede in der Leidensfähigkeit, Risikobereitschaft und materiellen Situation, aber auch in der Einschätzung der Lage sowohl in der Herkunfts- als auch der Zielregion spielen ebenso eine Rolle wie kulturelle oder familiäre Bindungen. Von größerer Bedeutung ist ohnehin, was in der neueren Diskussion als „mixed migration flows“ oder „gemischte Wanderungsbewegungen“ bezeichnet wird, die Vermischung von Flucht und Migration. Es war, wie bereits schon angemerkt, immer schon schwer, die unterschiedlichen Migrationsmotive klar zu trennen, das hat sich aktuell noch verstärkt. (vgl. ausführlich Angenendt/Kipp/Meier, 2017)

In der Forschungsliteratur werden vier Phasen beschrieben, in denen sich Migrationsbewegungen vollziehen (Körner, 1990): eine erste, in der meist junge, unverheiratete und vor allem männliche Einzelpersonen migrieren, eine zweite Phase, die geprägt ist durch ältere und verheiratete Einzelmigranten, eine dritte, die bestimmt ist durch den Nachzug von Frauen und Kindern und schließlich eine vierte, in der sich die migrierten Gruppen im Zielland stabilisieren. Ein vielfach beschriebenes Phänomen ist die Kettenmigration: einzelne „Pioniere“ versuchen, sich im Zielland zu etablieren und ziehen dann weitere Menschen aus der Familie, den sozialen Netzwerken und ganzen Gemeinden nach. Damit stellt sich die Frage, welche Faktoren das Sich-einleben in die Gesellschaft bestimmen. Diskutiert wird dies unter dem Begriff der Integration.

Integration

Die Frage, was die Gesellschaft zusammenhält, begleitet die Soziologie seit ihren Anfängen. Ein Teil dieser Frage ist – zumindest in manchen Theorietraditionen – die, wie sich unterschiedliche Menschen in den gesellschaftlichen Zusammenhang einpassen. Der sozialwissenschaftliche Begriff hierfür ist Integration. Nun ist es an dieser Stelle weder sinnvoll noch möglich, verschiedene Theorien der Integration zu diskutieren. Stattdessen möchten wir einen Ansatz vorstellen, der uns für unsere Zwecke sinnvoll erscheint, er stammt von dem Soziologen Hartmut Esser (Esser 2000).



(Esser, 2000, S. 279)

Esser unterscheidet zwischen System- und Sozialintegration. Bei der Systemintegration geht es um die Teilnahme an den gesellschaftlichen Systemen und ihren Organisationen, die sich auch anonym vollziehen kann. Für unseren Zusammenhang wichtiger ist die sogenannte Sozialintegration, bei der es vereinfacht um die Frage geht, wie sich Individuen in die Gesellschaft einpassen. Dabei unterscheidet Esser vier Dimension: Kulturation, Platzierung, Interaktion und Identifikation. Bei der Kulturation stehen Wissen und Kompetenzen, die sich Individuen aneignen, im Zentrum wie Bildung, formale Abschlüsse, aber auch Sprache und Umgangsformen. Diese bilden in nicht geringem Umfang die Voraussetzung für die weiteren Dimensionen. Platzierung meint das Set an Rechten, verfügbaren Positionen und nicht zuletzt die persönliche Akzeptanz, die einem Individuum entgegengebracht wird. Mit Interaktion sind schließlich die sozialen Netzwerke gemeint, in die eine Person eingebettet ist und die sie nutzen kann. Identifikation bedeutet schließlich die Übernahme von zentralen Werten und unter Umständen ein bürgerschaftliches Engagement im Gemeinwesen.

An diesem Modell ist zu sehen, dass die Identifikation mit der Gesellschaft und ihren Werten nicht die Voraussetzung, sondern eher die Folge von gelungenen Integrationsprozessen ist. Voraussetzungen sind vielmehr Sprache und Bildung und ein Entgegenkommen der Gesellschaft, die der Person zentrale Rechte einräumt und gesellschaftliche Positionen bereithält, in die sie jeweils rücken kann. Damit wird deutlich, wo die Hürden für die Sozialintegration von zugewanderten Menschen liegen: zunächst und zuerst an der Möglichkeit, sich zu verständigen. Allerdings ist hier weniger wichtig, welche Sprache eine Person spricht. Wichtiger ist, ob es andere Personen gibt, die hören wollen, was diese sagt. Verständigung geht von beiden Seiten aus, von der Sprecherin und vom Hörer, der selbst wieder zum Sprecher wird. Weiter sind zentrale Rechte und der Zugang zu Positionen wesentlich. Bei Zugewanderten ist dies zuerst und vor allem das Aufenthaltsrecht („Gastrecht“ ist ein vollkommen unzutreffender Begriff). Allein durch einen gesicherten Aufenthalt wird die Möglichkeit eröffnet, sich integrieren zu können. Ebenso ist ohne den Zugang zu einer Erwerbstätigkeit, für Kinder zu Bildungsmöglichkeiten und für alle zum Gesundheitswesen Sozialintegration kaum möglich. Schließlich bilden soziale Netzwerke verschiedener Art „soziales Kapital“, das einem Zugänge eröffnen – und beim Fehlen verschließen kann. Unter diesen Voraussetzungen sind vier idealtypische Optionen zu beschreiben, die sich insbesondere für Zugewanderte eröffnen:

		Sozialintegration in Aufnahmegesellschaft	
		ja	nein
Sozialintegration in Herkunftsgesellschaft/ethnische Gemeinde	ja	Mehrfachintegration	Segmentation
	nein	Assimilation	Marginalität

(Esser, 2000, S. 287)

Eine zugewanderte Position hat bezüglich der Sozialintegration zwei Bezugspunkte: die Herkunfts- und die Aufnahmegesellschaft. Eine Integration in beide wird als Mehrfachintegration bezeichnet. Sie meint das Einbezogen-sein in beide Bezugsgruppen. Gelingt nur die Integration in einer der beiden, spricht man entweder von Assimilation oder von Segmentation. Assimilierte Personen haben die Bindungen zur Herkunftsgesellschaft weitgehend gelöst und sich in den wesentlichen Punkten der Aufnahmegesellschaft angepasst. Von Segmentation spricht man, wenn zur Aufnahmegesellschaft vor allem formale Beziehungen (Systemintegration) bestehen und sich die sozialen Zusammenhänge in weitem Maß auf die Herkunftsgesellschaft und die ethnische Gruppe beschränken. Marginalität bezeichnet ein Herausfallen aus beiden Bezügen, oft verbunden mit deviantem Verhalten.

Gesellschaftlich umstritten ist, ob Mehrfachintegration oder Assimilation als Ziel staatlicher Integrationspolitik formuliert werden soll. Unseres Erachtens kann Assimilation von Personen nicht normativ erwartet werden. Denn dies würde voraussetzen, dass sie sich von ihrer eigenen Geschichte, von den vielfachen Prägungen ihrer Biographie mehr oder minder verabschieden müssten. Sie müssten schlicht andere werden. Dies kann nicht gefordert werden. Unabhängig davon zeigt Essers Integrationstheorie, dass von Seiten des Staates und der Bürgerinnen

und Bürger Anstrengungen notwendig sind, um Zugewanderten Positionen zu bieten, die Integration überhaupt erst ermöglichen. Dies wird in der öffentlichen Diskussion von mancher Seite unter Vorbehalt gestellt. Zentrales Argument derer, die bei der Integration Zugewanderter auf Assimilation zielen oder aber Integration für unmöglich erklären, ist die Kultur, genauer eine angebliche oder tatsächliche kulturelle Differenz.

Kultur und Ethnizität

Der Begriff Kultur wird oft unscharf verwendet. Zum einen bezeichnet er einen gesellschaftlichen Teilbereich, in dem kulturelle Güter wie Literatur, Musik produziert und konsumiert werden. Zum anderen ist mit Kultur die jeweils spezifische Art und Weise gemeint, mit der Menschen ihr Zusammenleben verstehen, deuten und gestalten. Die Kultur stellt uns die Grundlagen zur Verfügung, mit Hilfe derer wir denken, fühlen und handeln – als erstes die Sprache. Gleichzeitig liefert sie uns die Kriterien, mit denen wir das Denken und Handeln beurteilen. Diese Kriterien haben die Form binärer, also zweiwertiger, Codes, die es erlauben, Bewertungen vorzunehmen. Sie beziehen sich unter anderem auf Essgewohnheiten (in Europa essen wir im Gegensatz zu islamisch geprägten Ländern Schweinefleisch, Käse wird in hinduistisch geprägten Ländern nicht geschätzt) oder Schönheitsideale, aber auch auf die Bewertung von Idealen der Lebensführung (in westlichen Ländern gilt Individualität und Selbständigkeit als besonders hoher Wert, im Gegensatz dazu wird in asiatischen Gesellschaften die familiäre Bindung besonders hoch geschätzt). Die Kultur stellt Muster bereit, mit denen Menschen ihren Handlungen Bedeutung verleihen. Sie sind auf der einen Seite überindividuell (sie erzeugen eine gewisse Gleichförmigkeit des Selbstverständnisses), auf der anderen Seite sind sie in den individuellen Praktiken der Individuen verankert.

Ein Teil der subjektiven Seite der Kultur ist die ethnische Identität der Personen, die bei Akkulturations- und Assimilationsprozessen auf dem Spiel steht bzw. neu ausbalanciert werden muss. Bei der genaueren Bestimmung, was Ethnizität bedeutet, kann wieder einmal auf Weber zurückgegriffen werden:

„Ethnizität bezeichnet die für individuelles und kollektives Handeln bedeutsame Tatsache, daß eine relativ große Gruppe von Menschen durch den Glauben an eine gemeinsame Herkunft, durch Gemeinsamkeiten von Kultur, Geschichte und aktuellen Erfahrungen verbunden sind und ein bestimmtes Identitäts- und Solidarbewußtsein besitzen.“ (Weber, 1980, S. 56)

Es handelt sich um eine geglaubte, sozial konstruierte Gemeinschaft, die wirksam wird, auch wenn die Gemeinsamkeiten eher fiktional sind. Ethnische Identität ist zunächst als Bestandteil der sozialen Identität zu verstehen. Ethnische Identität wird zum einen von außen, der Gesellschaft des Aufnahmelandes, in Form von bestimmten Erwartungen an das Verhalten zugeschrieben. Zum andern ist sie durch das Selbstverständnis der ethnischen Gruppe bestimmt, der die jeweilige Person angehört (wobei Selbstverständnis der Gruppe und Selbstverständnis der Person nicht identisch sein müssen und es gewöhnlich auch nicht sind). Schon auf dieser Ebene muss jede Person einen für sie akzeptablen Ausgleich der verschiedenen Rollenerwartungen finden, der auf der Ebene der Ich-Identität dann den ethnischen Anteil ausmacht. Die Situation verschärft sich, wenn in modernen Gesellschaften verschiedene sozialen Identitäten von Personen in Einklang gebracht werden müssen. Sobald die ethnische Identität zu einem wichtigen Bestandteil der persönlichen Identität wird, kann es zu Problemen und Belastungen kommen, wenn sie mit anderen sozialen Identitäten in Konflikt gerät. Als Alternativen sind dann entweder eine verstärkte Annäherung an die Mehrheitsgesellschaft möglich, also Assimilation, oder aber ein Rückzug auf die Herkunftskultur in einem Prozess von Ethnisierung und Selbstethnisierung.

Mit der Erfindung von Kultur und Ethnizität lebt der Mensch nicht mehr unmittelbar in seiner Umwelt. Statt mit den Dingen selbst hat er es mit den Bedeutungen zu tun, die er ihnen gibt. Diese Bedeutungen verdichten sich oder werden expliziert in Symbolsystemen. Menschen erzählen Mythen, deuten ihre Wirklichkeit religiös oder entwerfen in Kunst und Wissenschaft explizite Deutungssysteme, mit denen sie auf die Welt Bezug nehmen. In diesen Deutungssystemen ist das Verständnis dessen angelegt, was als gut zu gelten hat und was nicht. Besondere Bedeutung hat auch in aktuellen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen die Religion.

Religion

Religion gehört zu den Phänomenen, bei denen im Alltag vollkommen plausibel ist, was damit gemeint ist, bei denen man jedoch ins Stocken gerät, wenn man erklären soll, worum es eigentlich geht. Es geht Wissenschaftlerinnen und

Wissenschaftlern nicht anders. Die Zahl der einschlägigen Definitionsversuche der Religion geht in die Hunderte. Deswegen ist es zunächst sinnvoll, von Religionen zu sprechen und nicht von „der“ Religion. Auch dies trifft den Kern der Sache nicht. „Religion“ ist ein von außen an das Phänomen herangetragener Begriff. Die meisten Religionen würden sich selbst nie als Religion thematisieren.

Wie Kultur versorgen Religionen Menschen mit einem Vorrat an Deutungen und Wertungen, die im Alltag orientierend wirken können. Die meisten von ihnen beinhalten Praktiken, mit denen bestimmte typische Lebenssituationen (Geburt, Heirat, Tod) individuell und sozial dar- und in einen größeren Zusammenhang gestellt werden. Dabei sind Religionen nicht allein Deutungs-, sondern auch Handlungsweisen, die bis in den Alltag reichen können und Dinge wie Kleidung, Nahrung, zeitliche Rhythmen und ähnliches regulieren. Sofern sich Religionen auf letzte Sinnstiftungen beziehen, erheben sie tendenziell einen Absolutheitsanspruch (der allerdings intern durch normative Toleranzgebote in seinen Folgen gemildert sein kann). Wo dieser Absolutheitsanspruch nach innen und außen massiv erhoben – und nach Möglichkeit durchgesetzt – wird, spricht man von Fundamentalismus.

Nun ist der Begriff Fundamentalismus nicht unproblematisch, zumal er als Selbstbezeichnung einer protestantischen Bewegung in den USA zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden ist. Ganz allgemein jedoch ist die typische fundamentalistische Identitäts- und Gruppenbildung als ein innovativer historischer Prozess zu verstehen, mit dem auf Entwicklungen der Moderne reagiert wird, als „moderne Bewegung gegen die Moderne“ (Eisenstadt). Modern sind die fundamentalistischen Bewegungen in erster Linie nicht, weil sie moderne Kommunikationstechniken und Propagandamethoden benutzen, sondern weil sie eine eigene Ideologie hervorbringen, die durch eine „erfundene Tradition“ gekennzeichnet ist. Ein spezifisches Krisenbewusstsein ist eine der zentralen Kristallisationspunkte des Fundamentalismus; es kann unterschiedliche Ausprägungen haben wie etwa das Gefühl, dass die arabisch-islamische Welt keine Zukunft habe, und dass die Muslime durch den Westen erniedrigt

(C) Jonathan Stutz

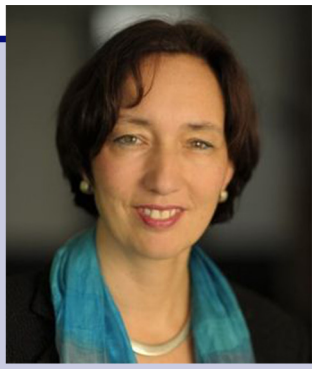
werden: durch Stigmatisierung und vor allem durch die Auflösung traditioneller Lebensformen durch den westlichen „way of life“. In dieser Perspektive treffen sich islamischer und christlicher Fundamentalismus, bei dem auch vor allem die modernen Lebensformen, insbesondere im Verhältnis der Geschlechter, im Zentrum der Kritik stehen. Vielfach verbindet sich damit eine Kombination mit einer „jakobinischen“ Politik (Eisenstadt), die die Umgestaltung der Gesellschaft gemäß den eigenen Prinzipien anstrebt. (Dallmann, 2013b)

Auswirkungen auf die Pflege

Die genannten Entwicklungen gehen an der Pflege nicht vorbei. Sie begegnet Menschen unterschiedlicher Herkunft, kultureller Prägung oder religiöser Überzeugung als Patientin oder Bewohner, als Kollegen oder Kollegin. Jede und jeder Pflegende ist selbst durch Herkunft, Kultur und Religion geprägt. Wenn diese Faktoren nur eine unbedeutende Rolle im Selbstverständnis spielen, warum sollte dies bei Patientinnen oder Kollegen grundsätzlich anders sein? Auch in der Literatur zur inter- oder transkulturellen Pflege wird manchmal von Übervereinfachungen Gebrauch gemacht, wenn es beispielsweise um die Pflege „des“ muslimischen Patienten geht, dem bestimmte Orientierungen einfach unterstellt werden. „Den“ Islam gibt es so wenig wie „das“ Christentum oder „den“ Hinduismus. Religionen sind in sich plural. Selbst innerhalb bestimmter Ausprägungen (fälschlicherweise oft Sekten genannt) sind die Unterschiede in den Glaubensvorstellungen und Praktiken immens und vor allem immer individuell angeeignet. So offensichtlich es ist, dass kulturelle Faktoren Einfluss auf die Lebensführung von Individuen haben können (und sei es nur auf die Ernährungsgewohnheiten), so vorsichtig sollte man sein, alle Probleme, die in der Pflege von Personen mit Migrationshintergrund auftreten, auf kulturelle oder religiöse Differenzen zurück zu führen. Gerade angesichts tatsächlicher oder vermuteter Differenz ist es umso wichtiger, sich an der konkreten Person zu orientieren – und sich gegebenenfalls in Toleranz zu üben.

Pflege ist zu einem großen Teil Interaktion. Risiken treten selbstverständlich dann auf, wenn aufgrund fehlender sprachlicher Möglichkeiten die Kommunikation im Team oder mit den Patientinnen und Patienten erschwert wird. Professionelle Pflege als Beziehungsarbeit erfordert ein großes Maß an sprachlicher Kompetenz. Ohne diese Kompetenz ist eine rein funktionale Pflege zu befürchten, die den eigenen Berufsstandards (meist auch der ausländischer Pflegekräfte) nicht entspricht. Davon abgesehen ist eine personenzentrierte Pflege weniger an angeblichen oder tatsächlichen Kollektivmerkmalen orientiert, sondern an den Bedürfnissen, Interpretationen, Erwartungen und Selbstdeutungen der Patientinnen und Bewohner.

Autorin



Prof.in Dr.in Andrea Schiff
Professorin für Pflegewissenschaft am Fachbereich Gesundheitswesen am Standort Köln der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen
a.schiff@katho-nrw.de

Autor

Prof. Dr. Hans-Ulrich Dallmann
Professor für Ethik am Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen
hans-ulrich.dallmann@hwg-lu.de

Literatur

Angenendt, S., Kipp, D. & Meier, A. (2017). Gemischte Wanderungen. Herausforderungen und Optionen einer Dauerbaustelle der deutschen und europäischen Asyl- und Migrationspolitik. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Dallmann, H.-U. (2002). Das Recht, verschieden zu sein. Eine sozialethische Studie zu Inklusion und Exklusion im Kontext von Migration. Gütersloh: gtv.

Dallmann, H.-U. (2013a). Migration und die Grenzen nationalstaatlicher Souveränität. Ethik und Gesellschaft . Verfügbar unter http://www.ethik-und-gesellschaft.de/ojs/index.php/eug/article/view/2-2013-art-5/54 (18. 1. 2016).

Dallmann, H.-U. (2013b). Zwischen Religionslosigkeit und Fundamentalismus. Funktion und Transformation der Religion im Anschluss an Niklas Luhmann. In A. Kreutzer & F. Gruber (Hrsg.): Im Dialog. Systematische Theologie und Religionssoziologie (S. 97-124). Freiburg im Breisgau: Herder.

Eisenstadt, S. N. (2000). Die Vielfalt der Moderne. Weilerswist: Velbrück.

Esser, H. (2000). Soziologie: Spezielle Grundlagen - Die Konstruktion der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Campus.

Körner, H. (1990). Internationale Mobilität der Arbeit. Eine empirische und theoretische Analyse der internationalen Wirtschaftsmigration im 19. und 20. Jahrhundert. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Lee, E. S. (1972). Eine Theorie der Wanderung. In G. Széll (Hrsg.): Regionale Mobilität. Zwölf Aufsätze (S. 115-129). München: Nymphenburger.

Nassehi, A. (2003). Welten in der Weltgesellschaft. Die Gegenwart einer Gesellschaft. In A. Nassehi: Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft (S. 188-228). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Parzinger, H. (2014). Die Kinder des Prometheus. Eine Geschichte der Menschheit vor der Erfindung der Schrift. München: Beck.

Trautmann, F. (2011). Nichtmitmachen. Zur Negativität der Gemeinschaft. In B. Liebsch, A. Hetzel & H. R. Sepp (Hrsg.): Profile negativistischer Sozialphilosophie. Ein Kompendium (S. 181-199). Berlin: Akademie.

Weber, M. (1980). Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr.

educa verlag

Juristische Literatur für die Gesundheits- und Sozialbranche

Bücher erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

Ausbildungsbücher

Bücher für Personen, die sich in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf befinden.
Das juristische Basiswissen für den Berufseinstieg.

DGKP

PFA

PA

Sanitäter

Hebammen

Physiotherapeuten

Praxisbücher

Bücher für Gesundheitspersonal, Führungskräfte, Lehrende und Interessierte am Gesundheitswesen.

Erwachsenenschutz
(2. Auflage ab 2020)

Patientenverfügung

Recht in Palliative Care

Recht für Notärzte
(ab Frühjahr 2020)

Gewaltschutz im Gesundheitswesen
(ab Frühjahr 2020)

Recht im Maßnahmenvollzug
(in Planung)

Transkulturelle Kompetenz weitergedacht

Dagmar Domenig (Hrsg.)

Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz

Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe

2020. Etwa 600 S, Gb
Etwa € 59,95 / CHF 69.00
ISBN 978-3-456-85753-4
Auch als eBook erhältlich

Das Lehrbuch entwickelt die transkulturelle zur transkategorialen Kompetenz weiter. Es bietet ein grundlegendes und praxisorientiertes Handbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Gesundheitsberufe.

Der erste Teil beschäftigt sich mit sozialen Dynamiken pluralistischer Gesellschaften, wie mit dem ökonomischen Flexibilismus, dem demografischen Wandel und Trends bezüglich Mobilität, Migration und Bürgerrechten. Der zweite Teil diskutiert „flüchtige Kategorien“ am Beispiel sich auflösender Begriffe wie „fremde Kulturen“, „zweite Generation“, „Religion“ und „Behinderung“. Im dritten Teil wird der Fokus auf „Ausgrenzung“ durch Stigma, Menschenfeindlichkeit und Nichtanerkennung, aber auch auf Grund- und Menschenrechte gerichtet. Was transkategoriale Kompetenz in unterschiedlichen Lebensaltern, Lebenswelten und Praxisfeldern bedeutet, wird im vierten Teil des Lehrbuchs exemplarisch in Beiträgen über Mädchenbeschneidung, Traumatisierungen, Migrationskinder und Altern beschrieben. Der fünfte Teil widmet sich der Gesundheitsversorgung mit einem besonderen Fokus auf Frauen und Männer mit Migrationserfahrung, auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und psychischen Störungen und einer Migrationserfahrung sowie der Beschreibung eines Pflege- und Versorgungsprozesses für diese komplexen Kontexte. Im sechsten Teil werden diverse kommunikative Aspekte im Umgang mit Vielfalt und Verschiedenheit erläutert. Zahlreiche praxisorientierte Fallbeispiele und selbstreflexive Übungen ebnen den Weg für einen kreativen Umgang mit Diversity im Gesundheitswesen.

Resonanzraum Krankenpflegeschule

Wie interkulturelles Lernen in der Pflege durch pädagogische Resonanz gelingen kann

„Um Lösungen für unsere Probleme zu finden, müssen wir das Denkniveau verlassen, das wir beim Schaffen der Probleme innehatten.“ (Albert Einstein)

Um zukünftig ausreichend Menschen für eine Ausbildung in der Pflege zu gewinnen, wird es wichtig sein, verschiedene Zielgruppen anzusprechen. Dementsprechend sind neben jungen Menschen, die Pflege als berufliche Erstausbildung wählen, verstärkt Berufswiederein-und -umsteiger_innen sowie Menschen aus anderen Ländern in den Ausbildungslehrgängen für Pflegeberufe verortet (Rappold et al., 2019, S. 56). In den Ausbildungssettings für die Pflegeassistenzberufe (PA und PFA) zeigt sich ein besonders heterogenes Bild der Lehrgangsteilnehmer_innen in der Altersstruktur und in der Sozialisation. Dazu kommen noch kulturelle und religiöse Unterschiede und daraus resultierende stark unterschiedliche Lebensstile. Seit der Flüchtlingswelle 2015 sind auch Menschen mit Fluchterfahrung und damit zusammenhängender Traumatisierung fixer Bestandteil in den Ausbildungsgängen zur Pflegeassistenz.

Um aus den genannten Zielgruppen nicht nur ausreichend Menschen für die Ausbildung gewinnen zu können, sondern diese auch im Pflegeberuf zu halten, ist es erforderlich, die stille und meist leidvolle Anpassung an das hierarchische Gesundheitssystem durch eine selbstverantwortliche und konstruktiv-kritische Haltung zu ersetzen. Darüber hinaus wird es notwendig sein, diese Vielfalt an Kulturen an eine Berufshaltung Sinne des Ethik-Kodexes des International Council of Nurses (ICN) heranzuführen. Es bedeutet Wege zu finden, damit Menschen aus unterschiedlicher sozio-kultureller Herkunft ihre Kultur behalten können und so weltoffen werden, um eine gemeinsame Pflegekultur zu tragen. Um dies zu erreichen, genügt es nicht, pflegespezifisches Wissen und pflegerische Fertigkeiten zu vermitteln. Vielmehr ist es notwendig, die unterschiedlichen komplexen Beziehungen, die im Berufsfeld Pflege entstehen, und die damit verbundenen eigenen Gefühle, Bedürfnisse und Denkmuster zu analysieren und wahrzunehmen.

Ein wesentlicher Aspekt dabei scheint, die komplexen sozialen Momente unterschiedlich sozialisierter Menschen erlebbar zu machen und die dabei entstehenden Emotionen im Unterricht zu nutzen. Hartmut Rosa bezeichnet es als „Knistern im Klassenzim-

(C) peterschreiber.media

mer“. Damit ist gemeint, dass sogenannte Resonanzbeziehungen entstehen müssen, um nachhaltig lernen zu können. Resonanz bedeutet, dass Lehrpersonen und Lernende gemeinsam emotionale Berührung erfahren und gemeinsam in Schwingung kommen (Rosa & Endres, 2016, S. 18). Auf Basis dieser Beziehungserfahrungen des Einzelnen mit der Umwelt kann eine Anverwandlung geschehen. Es hat zur Folge, sich den Lernstoff bzw. den Weltausschnitt so einzuverleiben, dass sich das Selbst dabei verwandelt (Rosa & Endres, 2016, S. 124). Anverwandlung ist demnach das, was wir beim Lernen in der Pflege als „Veränderung der Haltung“ wahrnehmen. Wesentlich dafür ist, dass Lehrende in der Pflege Emotionen nicht als Störfaktoren, sondern als notwendige Grundlage für das gemeinsame Lernen betrachten. Es bedeutet auch eine radikale Änderung des Selbstverständnisses der Lehrenden vom „Stoffvermittler“ zu einer partnerschaftlich begleitenden Person. Dies ist für Pädagog_innen schwierig und nur durch entsprechende Fort- und Weiterbildung möglich. Gleichzeitig ist es für die Auszubildenden schwer fassbar, da sie meistens aus einem hierarchisch geprägten Schul- oder Sozialsystem kommen.

Als Gegenbegriff zur Resonanz beschreibt Rosa die Entfremdung. Die Entfremdung ist als Beziehungsmodus zwischen einem Subjekt und der Welt zu verstehen, in dem keine Verbundenheit entsteht. Durch diesen Zustand der Beziehungslosigkeit misslingt die Anverwandlung mit Hilfe des Körpers, der Emotion und der Kognition. Es gibt keine Resonanz mehr, wodurch wiederum Depressionen oder Burnout entstehen können (Rosa, 2016, S. 305). In diesem Fall kann sogar zur Entfremdung gegenüber dem eigenen Körper und den eigenen Gefühlen kommen. Es entsteht ein Kreislauf aus der Entfremdung zu sich selbst, der Reduktion der Wahrnehmung der Umwelt bis hin zu einem Zustand, in dem in der Interaktion weder berührt wird noch Berührung selbst erlebt wird. Anders gesagt, die Resonanzfähigkeit wird eingebüßt. Der Mensch ist in einer depressiven Stimmung und nimmt sich selbst und die Umwelt als starr und versteinert wahr (Rosa, 2017, S. 307 ff.). Damit eine resonante Weltbeziehung möglich wird, muss jedoch erst der Moment der Entfremdung spürbar werden. Es zeigt sich, dass Lehrende in der Begegnung mit den Lernenden die Entfremdung erkennen müssen, um diese als einen „Teil des Weges“ akzeptieren können. Die Aufgabe besteht dann darin, die Lernenden in diesem Moment in ihren Gefühlen, Bedürfnissen und Kognitionen bewusst wahrzunehmen und „das im Moment Vorhandene“ nicht zu bewerten und zu beurteilen, sondern gemeinsam zu reflektieren.

„Stimmgabeln“

Wenn ein Klassenzimmer zum Resonanzraum werden soll, muss es durch vier Momente geprägt sein. Der Moment der Berührung bedeutet, berührt zu werden ohne Fremdbestimmung und Dominanz. Im Moment der Selbstwirksamkeit kann die berührte Person ohne Dominanz mit Verbundenheit reagieren. Der Moment der Transformation hat die verwandelnde Wirkung auf die beteiligten Personen. Und letztlich den Moment der Unverfügbarkeit, der die Bereitschaft erfordert, sich auf ergebnisoffene Prozesse einzulassen, da sich Resonanz nicht erzwingen lässt. Grundsätzlich beziehen sich alle vier Momente sowohl auf die Lernenden als auch auf die Lehrenden. Die Lehrpersonen haben im Kontext der Pflegausbildung die Verantwortung den Ausgangspunkt für das berührt sein zu bilden. Im Sinne von Rosa werden dadurch die Lehrpersonen zu „Stimmgabeln“ (Eylmann, 2017, S. 309 f.).

Um die Neugier auf ein Einlassen auf die Welt der Pflege zu fördern, müssen in der Ausbildung resonante Beziehungen entstehen und Entfremdung entgegenzuwirken. Deshalb müssen Lehrende diese Welt zum Sprechen bringen, damit Sie für die Lernenden verstehbar und erlebbar wird. Wie kann es Lehrenden gelingen, in der Begegnung Resonanz zu erzeugen, wenn Resonanz nicht einseitig linear zu erzeugen ist?

Nach Rosa müssen sich Lehrende zunächst für die Lerninhalte begeistern und müssen die Überzeugung haben, dass die Inhalte wertvoll und relevant für ein gelingendes Leben und eine gelingende Berufsgestaltung sind (Rosa & Endres, 2016, S. 62). Zudem ist es bedeutsam, dass Lehrende den Auszubildenden mit Offenheit und Neugier begegnen. Sie müssen diese als Menschen wahrnehmen und sich mit ihnen beschäftigen. Eine wesentliche Aufgabe der Lehrenden liegt darin, den und Schülerinnen und Schülern dabei zu helfen, herauszufinden durch welche Ausschnitte in der Welt der Pflege (welche Situationen, Dinge, Settings, Menschen) sie derart ansprechen werden, dass sie zum Schwingen gebracht werden (Rosa & Endres, 2016, S. 111). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Lehrper-

son den Lernenden im Schulalltag so begegnen muss, wie dies für die Begegnung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen zu wünschen wäre, da qualitativ hochwertige Pflege ohne professionelle Beziehungsgestaltung undenkbar ist.

Gewaltfreie Kommunikation und Resonanz

Als Hintergrund zum Herstellen von Resonanzbeziehungen in der Praxis eignet sich die Ethik, Haltung und Technik der gewaltfreien Kommunikation (GfK). Entwickelt wurde die GfK bereits 1963 von Marshall B. Rosenberg. Er war ein Schüler und Mitarbeiter von Carl Rogers (klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie), der Gründer und Leiter des „Center for Nonviolent Communication“ in den USA. Er war weltweit als Konfliktmediator anerkannt und tätig. In diesem Kapitel wird die Bedeutung der GfK für das Entstehen von Resonanzbeziehungen und das Vermeiden von Entfremdung erläutert.

Die allgemein definierten Ziele der GfK sind befriedigende Beziehungen aufzubauen und zu erhalten, Bedürfnisse zu befriedigen, ohne anderen Gewalt anzutun sowie schmerzliche Kommunikation zu verändern und Konflikte zu wandeln. Dieses Konzept geht davon aus, dass Menschen bestrebt sind ihre Bedürfnisse zu befriedigen und dies grundsätzlich kooperativ mit anderen wollen. Jede Form von Gewalt (z.B. Androhung von Strafe) ist der unglückliche Ausdruck nicht erfüllter Bedürfnisse, die jedoch in den meisten Fällen nicht bewusst wahrgenommen werden. Schon dieser Hintergrund lässt eine Verbindung des GfK-Modells von Rosenberg mit dem Resonanzbegriff Rosas zu, da es in Haltung und Technik alles versucht, Entfremdung zu reduzieren und Verbundenheit sowie gegenseitiges Berührtsein zu fördern.

Die GfK wird auch als beziehungsfördernde oder auch verbindende Kommunikation bezeichnet, da sie sich an den Gefühlen und Bedürfnissen der beteiligten Personen orientiert und diese klar von Urteilen und Bewertungen trennt. In diesem Sinne beschreibt das Konzept Beschämung, Beschuldigung, Bedrohung und Belohnung als die Säulen einer trennenden Kommunikation (Rosenberg, 2012, S. 24). Diese Form der Kommunikation trägt stark zur Entfremdung im Sinne von Rosa bei. Im Gegenteil dazu wird die GfK auch als verbindende Kommunikation bezeichnet. Diese ersetzt die Säulen der trennenden Kommunikation durch Berührtheit und Mitgefühl, was letztlich zur Resonanz im Sinne von Rosa führen kann.

Auch wenn die Gewaltfreie Kommunikation mehr eine Haltung ist, so hat sie doch eine Methode. Die andauernde Übung dieser Methode verändert die innere Haltung und die Beziehung zu sich und anderen. Für die praktische Umsetzung und zum Trainieren von Selbst- und Fremdeinfühlung ist die Technik bzw. Methode der vier Schritte (Beobachtung-Gefühl-Bedürfnis-Bitte) hilfreich (Rosenberg, 2012, S. 25 ff.).

Abbildung 1: 4-Schritte Methode der GfK (Eigene Darstellung)

Diese vier Schritte können auf uns selbst bezogen (Selbsteinfühlung - Selbstklärung) und auf eine andere Person bezogen (Einfühlung in andere - gefühlte Vermutung) gegangen werden. Diese Einfühlung wird dann kommuniziert.

Selbsteinfühlung

1. Situation: Wenn ich sehe / höre, ...
2. Gefühl: …dann fühle ich mich ... oder …dann bin ich…
3. Bedürfnis: …weil ich … brauche, weil mir … wichtig ist
4. Bitte/Wunsch: …deshalb bitte ich dich … (konkrete Handlung, Verhalten usw.)

Beispiel aus dem Unterricht

Ein Schüler berichtet nach der ersten Praktikumswoche, dass er bisher bei Pflegehandlungen nur zusehen durfte. Die Reaktion ohne Selbsteinfühlung der Lehrperson wird entweder in der Bewertung „der Schüler hat recht“ oder „die Praxisanleitung hat recht“ bleiben. In dieser Reaktion kommt möglicherweise die Antwort von der Lehrperson:

„Die Praxisanleitung wird Ihre Gründe haben, weshalb …“. Oder umgekehrt klingt es so: „Die Praxisanleitung sollte Ihnen mehr Vertrauen geben, das haben Sie ja in der Schule schon geübt“. Beide Weisen der Antwort stellen ein Urteil über jeweils eine Partei dar und lassen eine Berührung nicht zu.

Eine Lehrperson, die in Selbstempathie nach der GfK geschult ist, würde vermutlich so reagieren:
„Wenn ich höre, dass Sie bisher bei Pflegehandlungen nur zuschauen durften, bin ich besorgt und unsicher. Mir ist Entwicklung und Klarheit wichtig. Bitte können Sie mir sagen, ob Sie schon ein Gespräch mit der Praxisanleitung hatten?“ Hier zeigt die Lehrperson den „Moment der Berührung“ indem sie eigene Gefühle und Bedürfnisse verbalisiert. Zudem wird durch die Bitte der Schüler eingeladen, den „Moment der Selbstwirksamkeit“ zu nutzen und ohne Dominanz zu reagieren. Gleichzeitig ist durch die Formulierung als Bitte auch der „Moment der Unverfügbarkeit“ möglich. Der Prozess der weiteren Kommunikation ist ergebnisoffen. Ein „Moment der Transformation“ wäre möglicherweise, wenn der Schüler aus seiner bisher eher passiven Rolle aussteigt und aktiv ein Gespräch mit der Praxisanleitung anstrebt.

Die zweite Möglichkeit mit der GfK Resonanz zu erzeugen ist, dass sich die Lehrperson zuerst in den Schüler versucht einzufühlen und vor allem die Gefühls- und Bedürfniswelt des Schülers verbalisiert.

Einfühlung in den anderen

1. Situation: Wenn Sie sehen/ hören ...
2. Gefühl: …fühlen Sie sich...? …sind Sie…?
3. Bedürfnis: …weil Sie . . . brauchen? … weil Sie gerne … hätten?
4. Bitte / Wunsch: …und sie bitten mich deshalb . . . ?

Zum vorigen Beispiel könnte eine empathische Reaktion lauten:

„Wenn Sie bisher bei Pflegehandlungen nur zusehen durften, sind Sie frustriert und unsicher, weil Ihnen Entwicklung und Selbstverantwortung wichtig sind, oder? Und Sie hätten gerne, dass wir gemeinsam einen Weg finden, wie Sie im Praktikum aktiver mitarbeiten können?“ Durch diese Form der empathischen Reaktion ist die Lehrperson zunächst im „Moment der Selbstwirksamkeit“ und lädt durch die Vermutung des Appells (=Bitte) ein, ergebnisoffen in „Berührung“ und in weiterer Folge auch zur „Transformation zu kommen“. Sollte der „Moment der Unverfügbarkeit“ seitens des Schülers eintreten, was aus der Erfahrung eher selten der Fall ist, wird dieser von der Lehrperson ebenfalls akzeptiert.

Wie bereits erwähnt, ist die GfK nicht nur die Technik der vier Schritte, sondern vielmehr eine positive und personenzentrierte Haltung. Deshalb erfordert die Umsetzung neben vertieftem Wissen zur Theorie der GfK sehr viel Übung und Reflexion seitens der Anwender, in diesem Fall Lehrpersonen in der Pflegeausbildung. Um die wesentlichen Merkmale bzw. Schlüsselunterscheidungen in der GfK kennen zu lernen, werden sie erläutert.

Im ersten Schritt teilen wird mitgeteilt, auf welche Beobachtung, Wahrnehmung oder Situation wir uns beziehen. Wichtig dabei ist es, den Unterschied zwischen einer reinen Beobachtung und einer Beobachtung, die mit einer Bewertung vermischt ist, zu beachten (Rosenberg, 2012, S. 50).

Beobachtung: „Ich höre dass Sie bisher bei Pflegehandlungen nur zuschauen durften ...“
Bewertung: „Sie sind im Praktikum sehr passiv ...“

Merksätze
Wenn wir unsere Beobachtung mit der Bewertung vermischen, wird der andere die enthaltene Kritik hören und entsprechend abwehren.

Beobachtungen sind ausschließlich sinnliche Wahrnehmungen (sehen, hören, riechen …).

Dabei kann der Begriff „Videokameraprinzip“ hilfreich sein. Eine Videokamera zeichnet auf, was tatsächlich ist, ohne dabei zu interpretieren.

Auslöser vs. Ursache unserer Gefühle

Die meisten Menschen sind es gewohnt, den Grund für ihre Gefühle in den Handlungen der anderen zu sehen (Rosenberg, 2012, S. 61)

- „Ich bin besorgt, weil Sie im Praktikum nur zusehen dürfen!“
- „Ich fühle mich frustriert,

weil Sie bei der Körperpflege nicht mithelfen."

In der Gewaltfreien Kommunikation fühle ich mich niemals so, weil Sie ..., sondern weil ich ...

- „Ich bin besorgt, weil mir Lernen und Entwicklung wichtig."
- „Ich bin frustriert, weil mir Unterstützung wichtig wäre."

Es gibt einen Unterschied zwischen dem Auslöser und der Ursache des Gefühls. Die Ursache unserer Gefühle sind unsere Bedürfnisse. Das Verhalten des anderen ist der Auslöser, es weist uns auf unsere Bedürfnisse hin. Wir verhalten uns so, dass Bedürfnisse anderer manchmal erfüllt sind und manchmal nicht erfüllt sind. Wegen dieser erfüllten oder nicht erfüllten Bedürfnisse fühlen wir uns dann froh, befriedigt oder eben traurig und frustriert (Rosenberg, 2010, S. 62).

Merksatz
Nicht die Handlungen des anderen lassen uns Gefühle erleben, sondern unsere erfüllten oder nicht erfüllten Bedürfnisse.

Oft ist uns nicht bewusst, welches Bedürfnis im Moment unerfüllt ist. Die Klarheit über unsere Bedürfnisse versetzt uns in die Lage, eine ganz konkrete Bitte an den anderen zurichten, die auf die Erfüllung unseres Bedürfnisses gerichtet ist. Es gibt keine positiven oder negativen Gefühle. Wir unterscheiden zwischen Gefühlen, die wir angenehm erleben, d.h. wenn unsere Bedürfnisse erfüllt sind, und solchen, die wir unangenehm spüren, wenn unsere Bedürfnisse nicht erfüllt sind.

Gefühle vs. Interpretationen (Pseudogefühle)

Oft benutzen Menschen die Formulierung „Ich fühle mich ..." und benennen dann kein Gefühl, sondern eine Interpretation, einen Gedanken oder eine Wahrnehmung. Durch Formulierungen wie „Ich fühle mich von dir ausgenutzt" und „Ich habe das Gefühl, ich werde hier missbraucht" kommt es oft zu einer „Täter-Opfer" Konstellation, was eine Resonanzbeziehung unmöglich macht.

Echte Gefühle sind körperlich wahrnehmbare Zustände, die normalerweise mit der Formulierung „ich bin …" beschreibbar sind (vgl. Rosenberg, 2012, S60ff)

Beispiel:
Pseudogefühl: „Ich fühle mich von dir ausgenutzt" – impliziert einen „Täter", ich kann mich fragen: „wie fühle ich mich, wen ich denke das ich ausgenutzt werde?", Formulierung „Ich bin …" ist nicht möglich

Echtes Gefühl: „Ich bin traurig" – Zustand der in mir entsteht und körperlich spürbar ist, Frage: Was macht mich traurig – auf welches unerfülltes Bedürfnis weist mich das hin?

Bedürfnisse

Der Kern der GfK ist die Frage nach den Bedürfnissen, die im Moment bei den beteiligten Personen erfüllt oder unerfüllt sind. Bedürfnisse sind letztlich der Motor, der Menschen antreibt, Handlungen zu setzen, um diese zu erfüllen, egal ob uns die Bedürfnisse bewusst oder nicht bewusst sind (Rosenberg, 2012, S. 76).

Merkmale von Bedürfnissen aus Sicht der Gfk:

- Wir haben unsere Bedürfnisse ständig.
- Fast immer haben wir mehrere Bedürfnisse gleichzeitig.
- Bedürfnisse können wir nur für uns persönlich haben.
- Bewusst oder unbewusst haben wir eine eigene Bedürfnishierarchie.
- Das uns dringender erscheinende Bedürfnis wird sich durchsetzen.

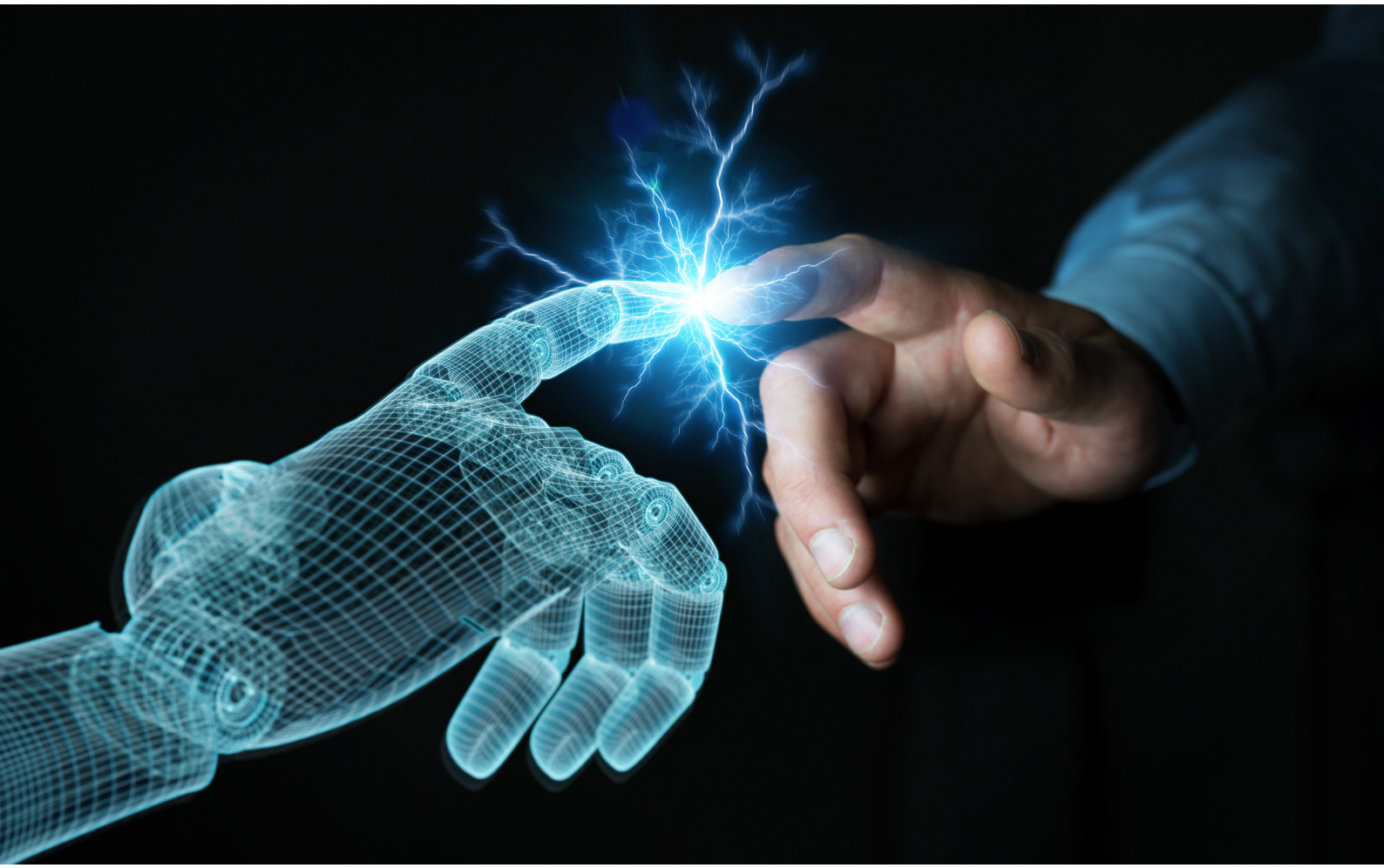
Wenn zum Beispiel unser Bedürfnis nach Schutz nicht ausreichend erfüllt ist, werden wir nicht ruhig arbeiten oder lernen können. Wenn wir starken Hunger haben, ist uns alles andere egal. Nach der Befriedigung des Bedürfnisses macht es einem anderen Bedürfnis Platz. Im Gegensatz zur Maslowschen Bedürfnispyramide findet in der GfK keine allgemeine Hierarchisierung statt, da jeder Mensch seine individuelle Bedürfnishierarchie hat. Wir unterscheiden prinzipiell körperliche, persönliche und soziale Bedürfnisse.

Für Menschen, besonders in emotional herausfordernden Berufen wie dem Pflegeberuf, ist sehr nützlich, sich jederzeit über seine Bedürfnisse im Klaren zu sein und Wege zu finden, diese Bedürfnisse zu erfüllen (=Selbstverantwortung). Nur dann werden wir die Freiheit haben, Bedürfnisse anderer wahrzunehmen und zu erfüllen.

Bedürfnis vs. Strategie

Die Erfüllung von Bedürfnissen

(C) sdecoret



ist prinzipiell unabhängig von bestimmten, Zeiten, Orten, Personen und/oder Handlungen. Immer wenn wir ein bestimmtes Bild von der Erfüllung eines Bedürfnisses haben, haben wir schon den Wunsch oder die Strategie im Kopf. Dies ist in vielen Fällen hilfreich, kann aber in der Entwicklung neuer Strategien hinderlich sein. Menschen wenden bekannte Strategien auch dann oft an, wenn Sie merken, dass diese nicht zum gewünschten Ziel führen. Das führt in weiterer Folge zu Frustration, Angst und Hilflosigkeit (Rosenberg, 2012, S. 76 f.).

Wenn diese Menschen dann noch bewerten (bspw. „in der Schule mögen die mich sowieso nicht“ oder „die anderen sind immer so abweisend zu mir“), dann kann aus diesen primären Gefühlen rasch Ärger/Wut oder Schuld/Scham werden. Besonders Scham und Beschämung sind in pädagogischen Beziehungen sehr verbreitet. Schon allein die Benotung kann bei Auszubildenden Scham auslösen, wodurch wiederum Resonanz und nachhaltiges Lernen erschwert werden. Um es zu verhindern, müssen Lehrende in der Kommunikation klar zwischen Person, Verhalten und Leistung unterscheiden. Das ist wiederum Lehrenden nur dann möglich, wenn sie sich ihrer Gefühle und Bedürfnisse bewusst sind.

Bitte vs. Forderung

Der vierte Schritt ist der Ausdruck einer Bitte, eines Wunsches. Manchmal ist eine Bitte eine Forderung, auch wenn der Satz das Wort Bitte enthält und ganz freundlich vorgetragen ist. Ob eine Bitte eine Bitte oder eine Forderung ist, erfahren wir an der Reaktion, wie akzeptierend mit einem „nein“ umgegangen wird.

Beispiel

- Lehrperson: „Würden Sie erzählen, wie es Ihnen damit geht, wenn Sie bei Pflegehandlungen nur zusehen dürfen?“,
- Schüler: „Nein, ich möchte jetzt darüber nicht reden.“
- LP: „Sie sind so undankbar, schließlich geht es um Ihre Ausbildung.“

Hier wurde zwar „Bitte“ gesagt. Auf das „Nein“ folgt jedoch ein Vorwurf. Also ist davon auszugehen, dass es sich um Forderung gehandelt hat.

Eine Bitte im Sinne der GfK lässt die Wahlfreiheit

Sie gibt dem anderen die Möglichkeit, sie zu erfüllen oder nicht. Sofern bei ihm nicht ein dringenderes Bedürfnis vorherrscht, wird er unsere Bitte erfüllen. Wenn wir mit der Bitte unsere Gefühle und Bedürfnisse mitteilen, erhöht dies die Chance, die Bitte erfüllt zu bekommen (Rosenberg, 2012, S. 87). Dieses Merkmal ist wesentlich für den „Moment der Unverfügbarkeit" im Sinne der Resonanz. Eine Bitte soll in positiver Handlungssprache formuliert sein. Was soll wer machen, um das Bedürfnis zu erfüllen. Bitten sollen im Hier und Jetzt erfüllbar sein (Rosenberg, 2012, S. 89)

Unterschiedliche Bitten

Handlungsbitte: „ … , deshalb bitte sich Sie mit dem Praxisanleiter einen Gesprächstermin zu vereinbaren."

Beziehungsbitte: „…, deshalb bitte ich Sie, mir zu sagen, wie es Ihnen damit geht."

Bitte um Alternative: „…, deshalb bitte ich Sie, mir einen konkreten Vorschlag zu machen."

Praktische Umsetzung im Unterricht

An der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Campus Penzing Wien sind in den verschiedenen Pflegausbildungen Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen, Religionen, Sozialisationen und Lebensgeschichten. Im Rahmen des Kommunikationsunterrichtes können mit dem Konzept der GfK alle vier Momente der Resonanz erlebbar gemacht werden. Die Lehrperson muss dafür die Rolle vom wissenden Lehrer zum unterstützenden Begleiter umdefinieren und muss auch bereit sein, Selbstempathie im der gewaltfreien Kommunikation zu üben (Schoßmaier, 2019, S. 57 f.).

Besonders im Affektresonanztraining Teil 1 (ART 1) werden diese Konzepte genutzt, um an der Haltung und am ethischen Verständnis von Pflege als beziehungsgestaltenden Beruf zu arbeiten.

„ART© ist ein Trainingsprogramm zur Förderung der Wahrnehmung von Gefühlen, die durch Interaktion mit anderen Menschen ausgelöst werden und den dahinterliegenden Bedürfnissen, sowie der bewussten kognitiven Verarbeitung, mit dem Ziel, die reflexive Kompetenz und Empathiefertigkeit von Menschen in Pflege-, pädagogischen und therapeutischen Berufen zu stärken." (Zemann et al., 2016, S. 17)

In diesem Training geht es vor allem darum, Einfühlungsvermögen in sich selbst und in andere zu fördern sowie vorhandene Urteile über sich selbst und andere bewusst zu machen. Die bisherigen Evaluierungen zeigen, dass die Auszubildenden diese Unterrichtsform sehr schätzen, da sie aus Ihrer Sicht einerseits flexibler in Ihren Denkmustern werden und andererseits authentischer mit sich selbst und anderen umgehen lernen. Zudem geben die Auszubildenden das Feedback, dass sie in diesen Unterrichtseinheiten „sie selbst sein dürfen, ohne beurteilt zu werden" bzw. bewusst aus den angebotenen Übungen für eine spätere Weiterführung ausgewählt wird.

Abbildung 2: Der Kommunikationsprozess nach der GfK (Eigene Darstellung)

Beispiel aus einer Unterrichtssequenz soll dem besseren Verständnis dienen:

Unterricht ART1, Sesselkreis, 14 TeilnehmerInnen: Eröffnungsrunde auf die Frage: „Wie geht es mir im Moment?“			
Person	**Aussage**	**Resonanzmoment**	**GfK-Modell**
♂ 32a, Libyen	„Ich bin sehr traurig, weil meine Mama in Libyen ist. Ich habe sie seit 3 Jahren nicht gesehen.“	Moment der Berührung ausgehend vom Lernenden	**Beobachtung:** Mutter in Lybien, seit 3 Jahren nicht gesehen **Gefühl:** traurig
Lehrer, 52a, NÖ	„Du bist im Moment traurig? Du hättest gerne Mitgefühl und dass dein Schmerz gehört wird?“	Moment der Selbstwirksamkeit – Verbundenheit ohne Dominanz	**Einfühlung in den Anderen:** Gefühl wird nochmal verbalisert, dahinterliegende Bedürfnisse vermutet
♂ 32a, Libyen	(mit Tränen in den Augen): „Ich weiß nicht so recht, ich muss stark sein.“	Moment der Unverfügbarkeit kurzeitig keine Resonanz, Prozess bleibt ergebnisoffen	Gedankenurteil vorhanden, wird respektiert ohne Bewertung
Lehrer, 52a, NÖ	Du bist im Moment unsicher, hättest gerne Klarheit? Du würdest gerne wissen ob es ok ist als Mann Gefühle zu zeigen?	Moment der Selbstwirksamkeit – Verbundenheit ohne Dominanz	**Einfühlung in den Anderen:** Gefühl, dahinterliegende Bedürfnisse und mögliche Bitte wird vermutet
♂ 32a, Libyen	Ja, wo ich herkomme, reden Männer nicht über Gefühle, da ist unmännlich.	Moment der Unverfügbarkeit kurzeitig keine Resonanz, Prozess bleibt ergebnisoffen	Gedankenurteil vorhanden, wird respektiert ohne Bewertung
Lehrer, 52a, NÖ	Wenn ich höre, über Gefühle zu reden ist unmännlich, bin ich unsicher und hätte gerne mehr Klarheit. Wärst du bereit über unser Gespräch nachzudenken und mir dann zu sagen, was aus deiner Sicht dagegen spricht, dass Männer über Gefühle reden?	Moment der Berührung ausgehend von der Lehrperson	**Nach Selbstempathie:** Beobachtung wird angesprochen, eigene Gefühle und Bedürfnisse werden verbalisiert, Bitte lässt Entscheidungsfreiheit
♂ 32a, Libyen	Ja ich werde darüber nachdenken.	Moment der Selbstwirksamkeit	**Bitte wird erfüllt:** Bei Schüler scheint kein Bedürfnis dagegen zu sprechen
♂ 32a, Libyen	Am Ende der Stunde unter 4 Augen: „Danke, ich denke, dass ich auch als Mann traurig sein darf. Ich muss mich er daran gewöhnen, dass ich das auch vor den anderen sagen kann.“	Moment der Transformation – Anverwandlung einer neuen Sichtweise	Kann sein Gefühl im Sinne der GfK-Selbstempathie wahrnehmen und verbalisieren

Tabelle 1: Analyse eines Dialoges im Unterricht (Eigene Darstellung)

Fazit

In der Pflegeausbildung ist das Entstehen von Resonanzbeziehungen zwischen Lernenden und Lehrenden ein wesentlicher Faktor zur Anverwandlung einer Berufshaltung, die dem ICN-Ethik-Kodex entspricht. Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen, mit unterschiedlichen Erfahrungen und Lebensstilen sollen einerseits diese Pflegeethik leben und andererseits ihre eigene Kultur behalten dürfen. Diese, von Rosa beschriebene Resonanz muss von den Lehrenden gefördert und belebt werden. Sie haben die legitime Verantwortung für die Initialisierung resonanter Beziehungen im Unterricht. Eine Möglichkeit da-

für ist es, die gewaltfreie Kommunikation von Rosenberg in den Unterrichtsalltag zu integrieren. Die wesentliche Voraussetzung, damit dies gelingen kann ist eine vertiefende Ausbildung in der GfK sowie ein ständiges Üben von praktischer Selbstempathie wie im ART 1 von Zemann et al. beschrieben.

Literatur

Eylmann, C. (2017). Lehrenden als Stimmgabeln? Hartmut Rosas Resonanztheorie und die Pflegepädagogik – Versuch einer Ananäherung. In PADUA, 12 (5), 313-317.

Rappold, E. & Juraszovich, B. (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.

Rosa, H. (2016). Resonanz - Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp.

Rosa, H. & Endres, W. (2016). Resonanzpädagogik - Wenn es im Klassenzimmer knistert. Weinheim: Beltz.

Rosenberg, M. B. (2012). Gewaltfreie Kommunikation – Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermann.

Schoßmaier, G. (2019). Psychosoziale Pflege - Grundlagen – Modelle – Interventionen. Wien: Facultas.

Zemann, E., Gundacker, C., Schoßmaier, G., Steinberger, J. & Tozauer, G. (2017). Affektresonanztraining ART© in der speziellen Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege am Otto-Wagner-Spital der Stadt Wien. In ÖPZ, 1, 26-28.

Autor

Gerhard Schoßmaier, MSc

1996-1999 Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, 2001 Weiterbildung Pflege und Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2005-2007 Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits- und Krankenpflege, 2014 Trainerausbildung für gewaltfreie Kommunikation, 2017-2018 Weiterbildung f. basales und mittleres Pflegemanagement, Masterstudium Pflegepädagogik, Berufserfahrung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und in verschiedenen anderen Pflegebereichen psychiatrischer Einrichtungen, Lehrtätigkeit in Schulen und FH für Pflegeberufe, Vortragstätigkeit auf nationalen und internationalen Kongressen mit psychiatrischen und ausbildungsbezogenen Inhalten, Fachbuchautor

Die IMC Fachhochschule Krems

verstärkt ihr Team zum nächstmöglichen Eintrittszeitpunkt im Bereich

Studiengangsleitung für den Bachelorstudiengang Ergotherapie (m/w/d)

Basis Vollzeit - 40 Wochenstunden

IHRE ROLLE

Sie führen den Studiengang und organisieren den Studienbetrieb. Dabei lehren Sie auch in Ihrem Fachgebiet und verantworten darin Projekte angewandter Forschung. Sie begeistern Menschen dafür, gesundheitsrelevante Inhalte und Zusammenhänge zu entdecken und weiterzuentwickeln. Sehen Sie diese als Alumni wieder, freuen Sie sich über deren Fortschritt und sind zurecht stolz.

IHR PROFIL

- Hochschulabschluss bzw. gleichzuhaltende berufspraktische bzw. wissenschaftliche Qualifikation
- 5 Jahre Berufserfahrung im Bereich der Ergotherapie
- Lehrerfahrung im Hochschulbereich
- Erfahrung in der Durchführung von Forschungsprojekten und Einwerbung von Drittmitteln von Vorteil
- Aktives Mitglied der Scientific Community (nachzuweisen durch Mitgliedschaften, Konferenzen und Reviewertätigkeiten) von Vorteil
- Erfahrung in der Teamführung
- Ausgezeichnete Englisch- und Deutschkenntnisse

Sie sind eine Persönlichkeit mit Organisationsstärke, Engagement und Lernbereitschaft. Professionelles Auftreten und wertschätzender Umgang mit Anderen bzw. Führungskompetenz sind uns wichtig. Wir erwarten effizientes und zielorientiertes Arbeiten sowie unternehmerische und strategische Vorgehensweise.

WAS UNS WICHTIG IST

Wegweisend, weltoffen, wertschätzend: Wir sehen die Zusammenarbeit von Akademia, Serviceeinrichtungen und Studierenden als kreativen Prozess, der eine erfolgreiche Transformation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die wirtschaftliche Anwendung ermöglicht.

IHR GEHALT

Die IMC Fachhochschule Krems unterliegt keinem Kollektivvertrag. Für diese Stelle ist ein jährliches Brutto-Mindest-Gehalt von Euro 68.000,-- auf Basis Vollzeit (40 Wochenstunden) vorgesehen. Konkrete Gehaltseinstufungen erfolgen unter Berücksichtigung von Qualifikation und Berufserfahrung. Bei Vorliegen entsprechender einschlägiger Berufserfahrung oder Qualifikationsnachweisen ist die Bereitschaft zur Überzahlung vorhanden.

IHR KONTAKT

IMC Fachhochschule Krems, HR Services, bewerbungen@fh-krems.ac.at
Bei Interesse übermitteln Sie bitte Ihre Bewerbungsunterlagen (mit Ihem Lehr- und Forschungsportfolio inklusive Publikationsliste sowie Ihren Gehaltsvorstellungen) ausschließlich online über unsere Homepage.

Eigenes und Fremdes

Zur Vielfalt soziokultureller Praxen im Alltag von Patient*innen mit Migrationshintergrund

Wie Erkrankungen professionell beschrieben und subjektiv empfunden werden, unterliegt im Rahmen sozialer Verständigungsprozesse den Deutungen der Beteiligten. In diese Deutungen fließen in unterschiedlicher Form ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren ein. Dabei ist es nicht selbstverständlich, dass am Ende eines gemeinsamen Gesprächs (z.B. im Rahmen der Anamnese) eine gemeinsame Deutung steht, welche die Krankheitsursache, das Krankheitsverständnis und als die notwendig betrachteten Heilungsaktivitäten umfasst. Gerade bei abweichenden Deutungen ist das gegenseitige Verstehen jedoch Voraussetzung für einen gelingenden Heilungs- oder Linderungsprozess. Dafür bedarf es wiederum eines breiten Vorwissens seitens der Pflegefachpersonen, wenn sie die Bedürfnisse fremdkultureller Patienten richtig einschätzen und sich nicht einfach von den eigenkulturellen Voraussetzungen leiten lassen wollen. Im Folgenden sollen Hinweise auf mögliche Deutungsweisen von Krankheit und ihre Konsequenzen gegeben werden, die aber immer am Individualfall überprüft werden müssen und nicht einfach grundsätzlich und verallgemeinernd angenommen werden dürfen.

Religiöse Orientierungen

Während einerseits im deutschen Alltag ein Bedeutungsverlust der Religion in der breiten Bevölkerung beobachtbar ist (Dietrich, 2020), dienen Religionen bzw. spirituelle Traditionen andererseits der Sinngebung in Krisensituationen, wie im Krankheitsfall und im Leben allgemein. Sie stellen eine Verbindung des Menschen zu einer höheren Instanz oder Wirklichkeit dar, die seine weltliche Existenz transzendiert. Zudem haben sie eine hohe sozialintegrative Bedeutung für die verschiedenen Migrantengruppen bei uns. In der Regel sind sie mit alltagsrelevanten Ge- und Verboten verknüpft.

Während Christentum, Judentum und Islam hierzulande vertraute Begriffe sind, kommen insbesondere mit den Geflüchteten der jüngsten Zeit auch Gläubige sehr fremder Glaubensrichtungen nach Deutschland und damit in unser Gesundheitssystem. Dazu gehören Ahnenkulte, magisch-religiöse Vorstellungen von Verwünschungen / Verhexungen, (die es aber auch im so genannten „Volksislam“ gibt). So z.B. im Vodou, der in Westafrika (Ghana, Togo, Benin, Nigeria oder Kamerun) weit verbreitet ist. Folgerichtig werden zur Heilung nicht nur Ärzte konsultiert, sondern Heiler aller Couleur aufgesucht: z.B. Magier, Hoças (islamische Geistliche in/aus der Türkei), Vodoupriester.

(C) Andrea Zielke-Nadkarni

Je strenggläubiger eine Person ist, desto gewichtiger wird die Befolgung der jeweiligen Ge- und Verbote im Alltagsleben und desto stärker sind auch Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen mit der religiösen Orientierung verbunden. Damit werden sie für die Pflege relevant und es ist eine Frage der Perspektive und der Offenheit, ob sie (nur) befremdlich wirken oder als besonders stimulierend wahrgenommen werden! Dass der Glaube Wunder bewirkt, ist auch in Pflege und Schulmedizin hinlänglich bekannt. Ebenso, dass echte Zuwendung den Heilungsprozess positiv beeinflusst.

Krankheits- / Gesundheitsverständnis

Im Judentum wie im Islam, die wie das Christentum als monotheistische Religionen nur einen Gott kennen, gilt, dass das **Leben ein Geschenk Gottes** ist und der Mensch daher verpflichtet, seinen Körper gesund zu erhalten.

Krankheit als Strafe oder Prüfung Gottes oder auch verschiedener Götter oder Ahnen (im Ahnenkult) ist Bestandteil vieler Religionen: so des Christentums, des Islam, des Judentums, des Vodou, des Hinduismus. Mit einer Erkrankung wird der Mensch einer Probe unterzogen, um seinen Glauben und seine Frömmigkeit zu testen und/oder seine Vergehen/Sünden zu sühnen. Patienten, die Krankheit so verstehen, sind möglicherweise aktivierender Pflege gegenüber nicht aufgeschlossen, sondern betrachten ihre Erkrankung als hinzunehmen und passiv durchzustehen.

Für manche Patienten wird es dann besonders schwierig, wenn sie ein sehr gottesfürchtiges Leben leben und dennoch Schicksalsschläge wie schwere Krankheiten erdulden müssen. Die Beschreibung der Türkin Frau B. macht dies nachvollziehbar:

„Aber das alles ist doch Schicksal. Als Mensch kann man das nicht beeinflussen. (...) Ich bin so traurig. Warum Allah mit mir so hart umging, versteh' ich nicht. Ich tue alles für meinen Glauben, ich bete am Tag fünf Mal. Ich bin sonst auch kein schlechter Mensch. Ich bin manchmal so ratlos." (Zielke-Nadkarni, 2003, 353)

Während Patient*innen mit Migrationshintergrund also schulmedizinische Maßnahmen evtl. ohne große Eigeninitiative nur tolerieren oder sogar ablehnen, benötigen sie vielleicht zusätzlich spirituelle Unterstützung durch traditionelle Heiler und Geistliche ihrer Glaubensrichtung.

Krankheit kann durch Verwünschungen / Verhexungen / Schadenszauber ausgelöst werden. In vielen Kulturen kann z.B. der so genannte „böse Blick" krank machen oder sogar tödlich sein: dies gilt im gesamten Mittelmeerraum, Südamerika und Asien. Der "böse Blick" ist verbunden mit Neid, Missgunst oder Abneigung u.ä. Er kann von jedem kommen, wird aber insbesondere Menschen mit blauen Augen sowie auch Dämonen zugeschrieben. Die Türkin Frau A. berichtet:

„Aber wenn einer durch Angst oder vom bösen Blick getroffen ist oder durch ungewisse Weise erkrankt ist oder dass wenn jemand verhext ist, dann kann ein Hoça vielleicht helfen, wenn diejenige an Hoça glaubt. Es gibt gute 'büyü' (Zauber, d.V.), auch schlechte 'büyü' und verschiedenes zum Heiraten, zum Krankmachen, ja es ist unterschiedlich und viel 'büyü' gibt." (Zielke-Nadkarni, 2003, 354)

Als Schutz und Gegenmaßnahme werden beispielsweise in Indien den Kindern die Augen mit einem Kajalstift schwarz umrandet, vielfach werden Amulette getragen, so bei den Tuareg in Nordafrika.

(C) Andrea Zielke-Nadkarni

Patient*innen mit türkischem Migrationshintergrund, besitzen manchmal Amulette, die sehr klein und unauffällig sein können und in Stoff eingenähte Koranverse enthalten. Des Weiteren werden im türkisch-arabischen Raum „blaue Augen“ auf- bzw. umgehängt, z.B. am Innenspiegel im Auto, in der Wohnung oder als Schmuckgegenstand. Weit verbreitet ist zur Unheilabwehr auch die Hand der Fatima, der jüngsten Tochter des Propheten Mohamed, häufig verbunden mit dem blauen Auge.

(C) Andrea Zielke-Nadkarni

Das türkische Wort für Talisman bedeutet Schleier oder Wand, die man mit Hilfe eines Hoças zwischen sich und dem Bösen errichtet. Dies lässt sich an folgendem Beispiel anschaulich verdeutlichen:

Frau G.: „Meine Schwester z.B. ... die hatte so’n Kettchen an mit so’m Auge, das ist ja gegen „nazar“ (Türkisch: böser Blick, d.V.), und die war mal bei jemand und hat mir erzählt: ‘Die hat mich andauernd angeguckt‘, andauernd hätte se se angeguckt, die Frau. Und dann war das Auge entzwei ... richtig geplatzt. Das ist der böse Blick. Meine Schwester hatte Glück, weil sie das Auge dran hatte.“ (Zielke-Nadkarni, 2003, 354)

Daneben werden von den traditionellen Heilern Rituale durchgeführt, Gebete gesprochen und besondere Devotionalien gesegnet. Letztere sind religiös bedeutsame Gegenstände, die der Verehrung der jeweiligen Gottheiten oder der Abwehr von Schadenszaubern dienen. Dazu gehören u. a. die Amulette (mit Koranversen: Islam), (animistische Religionen) oder auch das Wasser aus dem heiligen Brunnen Zamzam aus Mekka (Islam), mit Heilkräutern bestückte Flaschen (Vodou), Rosenkränze und Heiligenfiguren (Katholizismus), Götterbilder (Hinduismus).

All diese Gegenstände müssen, wenn vom Patienten gewünscht, im/am Krankenbett bzw. am Körper belassen oder zu Untersuchungen und Operationen mitgenommen werden. Da subjektive Vorstellungen, wie eine Besserung erreicht werden kann, den Heilungsprozess positiv beeinflussen können, sollten sie von den Pflegenden respektiert und berücksichtigt werden, was durch eine sterile Verpackung der Devotionalien (z.B. für OPs) eigentlich immer möglich ist.

Auch bei afrikanischen Patienten aus den o.g. Vodou-Ländern sind Vorstellungen von Verhexungen und Schadenszauber weit verbreitet. Schadensmagier nutzen Geheimwissen und Giftpflanzen für ihre Aktivitäten. Auch stehen bestimmte Götter für spezifische Krankheiten. So beispielsweise Sakpata: er ist der Pockengott, dem eine pockennarbige Krankenmaske gewidmet ist. Er gehört zu den Erdgottheiten, die neben den Himmelsgöttern dem Schöpfergott Mawu Lisa untergeordnet sind. Im Vodou (wie auch z.B. im Hinduismus) wird den Göttern ein Opfer dargebracht. Sakpatas bevorzugte Opfergabe ist der Schnaps.

Quelle Foto Sakpata: Soul of Africa Museum, Essen (Foto wurde von Verfasserin gemacht (C)Andrea Zielke-Nadka

Krankheit gilt entweder als Folge einer Verfehlung, die wieder gut gemacht werden muss, oder einer Zauberwirkung und wird daher psychosomatisch bzw. unter Berücksichtigung des sozialen Kontextes behandelt. Vodou-Priester sind sehr gute Psychologen. In

einen Trancezustand versetzt, hat der Mensch außergewöhnliche Fähigkeiten, die zur Heilung oder für bestimmte Riten genutzt werden. Im Trancezustand kann der Vodou-Priester oder die Priesterin den Einfluss von Dämonen brechen. So beobachtete der Ethnologe und Journalist Christoph Henning die Heilung eines jungen suizidgefährdeten Mädchens, dem die Schulmedizin nicht hatte helfen können. Ein Vodou-Priester versetzte das Mädchen in Trance und ordnete an, es zu beerdigen. Nach drei Stunden ließ der Priester, der neben dem Grab in einen Schlaf versank, die Erde wieder entfernen. Das Mädchen wurde unversehrt geborgen, aus dem Trancezustand geholt und sagte, es habe den Tod gesehen und wolle weiterleben (Henning, 2013, 11 f.). Henning berichtete auch von einer Patientin, die lange Zeit in der Psychiatrie in Deutschland verbrachte, bis durch einen glücklichen Zufall erkannt wurde, dass sie sich in einem Trancezustand befand. Ein über das Internet hinzugeschalteter Vodou-Priester konnte sie daraus befreien und sie konnte entlassen werden (Gespräch mit der Verfasserin 2018).

Krankheit als Störung des Gleichgewichts ist eine andere weltweit verbreitete Vorstellung. Sie besteht z.B. bei zahlreichen Menschen aus Südamerika und ist aus der chinesischen Medizin mit ihren Konzepten Yin und Yang bekannt. Eine reine Symptombekämpfung ist dieser Vorstellung fremd, nach der Mensch und Umwelt als Einheit betrachtet werden. Krankheit gilt immer als Ausdruck eines Ungleichgewichts des Menschen, des Sozialgefüges, der Natur und der übernatürlichen Kräfte, das wieder ausgeglichen werden muss. Soziale Probleme werden also über den Körper ausgedrückt und mittels spezifischer Rituale behandelt.

Das persönliche Verständnis von Wirkzusammenhängen beeinflusst Therapie- und Therapeutenwahl (z.B. das Aufsuchen eines Geistlichen, einer heiligen Quelle oder eines Mediziners). Mangelnde Schulbildung und damit fehlende anatomisch-physiologische Kenntnisse wirken sich auf die Vorstellungen von Patient*innen von ihrem Körper und seinen Funktionen aus. Damit sind auch Symptome (ICD-10) für sie schwer in schulmedizinisch nachvollziehbare Worte zu fassen und pflegerisch-medizinische Erklärungen für sie wenig bis un-verständlich. Um sie nachvollziehbarer zu machen, sollten neben einer einfachen sprachlichen Darstellung Bilder und anatomische Objekte zu Hilfe genommen werden.

Ernährung

Mit der Religion verbunden, sind häufig Verhaltensregeln für viele Alltagsdinge, u.a. die Ernährung. Die Möglichkeit, sich in gewohnter Weise zu ernähren, ist ein wichtiger Beitrag zur Illustration der Akzeptanz von Patient*innen mit Migrationshintergrund in unseren Kliniken. So essen viele westafrikanische Patient*innen zu ihrer Hauptmahlzeit Griesbrei, gestampften Maisbrei, die kartoffelähnliche Wurzel der Yams-Pflanze, Süßkartoffeln oder Kochbananen zusammen mit einer sehr scharfen Tomatensoße mit Palmöl und Zwiebeln; beliebt ist auch Hühnerfleisch. Im Vodou wird zur Feststellung der Krankheitsursache und der Behandlungsoptionen ein Orakel befragt. Jede Ethnie hat ihre eigene Form der Orakelbefragung. Das Orakel kann auch den Genuss bestimmter Speisen verbieten, z.B. wenn durch Fleisch eine Wurmerkrankung verursachte wurde. Auf Speisewünsche sollte also Rücksicht genommen werden.

Zugleich zeigt die Literatur, dass Anpassungsreaktionen an die Aufnahmegesellschaft stattfinden: so nehmen arabisch-sprechenden Migranten und Geflüchtete in Europa mehr Obst und Gemüse zu sich, jedoch auch mehr nährstoffarme und energiereiche Nahrungsmittel, während sie zugleich religiöse Ernährungsvorschriften einhalten (Elshahat & Moffat, 2020).

Bekannt ist, dass strenggläubigen Muslime Alkohol untersagt ist, auch in Medikamenten und dass sie wie auch Juden Schweinefleisch und dessen Produkte in allen Formen (in Gelatine, Fertiggerichten, Soßenpulvern etc.) ausschließen. Produkte vom Schwein werden als schädlich betrachtet und als „haram“ (arabisch: verboten oder Tabu) bezeichnet. Nur „geschächtete“ Tiere dürfen verzehrt werden, d.h. Tiere, die mittels einer bestimmten Technik schnell und möglichst schmerzlos getötet wurden und vollständig ausgeblutet sind. Erlaubte Lebensmittel, z.B. Obst und Gemüse, werden als „halal“ (arabisch: rein oder erlaubt) bezeichnet, ein Wort, das sich manchmal auch außen an arabischen Lebensmittelgeschäften findet. Die dritte Bezeichnung: „makruh“ (arabisch: verpönt, abzulehnen), bezieht sich auf das Essverhalten, z.B. sollte man nicht bis zum Völlegefühl essen oder stehend Getränke verzehren.

Im islamischen Fastenmonat Ramadan können Kranke (wie auch Kinder, Altersschwache, Schwangere und stillende oder menstruierende Frauen) auf das Fasten verzichten. Aber viele Kranke

möchten gerade in dieser Zeit religiös leben und wollen daher fasten und auch keine Medikamente einnehmen. Hier kann als Argument die Pflicht zur Gesunderhaltung des Körpers helfen.

In verschiedenen Kulturen verwendet man kein Besteck für die Mahlzeiten. Für Moslems wie Hindus gilt die linke Hand als „unrein“, da sie zur Reinigung nach dem Toilettengang eingesetzt wird. Daher wird vorwiegend mit der rechten Hand gegessen, indem Brot oder Reiskügelchen dazu dienen, Soßen aufzunehmen. Die linke Hand hat Hilfsfunktion, und auch Pflegende sollten Nahrung und alles, was sie dem Patienten geben, mit rechts (an-)reichen.

Typisches indisches Mahl, das mit der rechten Hand ohne Besteck verzehrt wird. (C) Andrea Zielke-Nadkarni

In der traditionellen orthodoxen jüdischen Küche gelten die Speisegesetze, die sogenannten „Kaschrut“ (hebräisch), nach denen grundsätzlich Fleisch- und Milchspeisen getrennt gelagert, zubereitet und verzehrt werden: ein Butterbrot mit Schinken zum Beispiel ist daher nicht gestattet. In der Praxis bedeutet dies, dass eine Küche mit allen Utensilien doppelt ausgestattet ist - vom Löffel bis zum Herd. Grundsätzlich wird darüber hinaus zwischen erlaubten (jiddisch: koscher) Speisen (Gemüse, Obst, Rind-, Schafs-, Ziegenfleisch und Wild) und nicht erlaubten (jiddisch: trefa) Speisen unterschieden, weil letztere als körperlich oder seelisch schädlich gelten. Neben Schweinefleisch ist z.B. der Genuss von Kaninchen- und Pferdefleisch untersagt. Zur dritten Gruppe gehören neutrale Lebensmittel (jiddisch: parwa), z. B. Eier, Honig, Gemüse und Früchte, die sowohl zu milchhaltigen als auch zu fleischhaltigen Gerichten verzehrt werden können. Fisch ist gestattet, wenn er Schuppen und Flossen hat, Aal oder Tintenfisch sind folglich nicht erlaubt. (Fleischmann, 2009)

Bewohner*innen jüdischer Pflegeheime in Deutschland erwarten in der Regel eine koschere Küche, auch wenn sie selbst die Speisegesetze nie eingehalten haben.

Ein wichtiger Aspekt in der Altenpflege ist die grundsätzliche Haltung zur Versorgung jüdischer Pflegebedürftiger mit Nahrung: in Erinnerung an die Konzentrationslager ist für sie und ihre Familien die Vorstellung, dass ein Mensch hungert, meist unzumutbar und Nahrungsanreichung wie auch künstliche Ernährung selbstverständlicher Teil der Versorgung, da jeglicher Anklang an die Lagersituation vermieden wird. Wunschgemäße Ernährung ist eng verbunden mit Wohlbefinden. Jedwede diätetische Empfehlung sollte sich daher nach den konkreten Ernährungsgewohnheiten des jeweiligen Patienten richten und die speziellen religiösen Vorschriften dazu berücksichtigen, die der Patient einhalten möchte.

Hygiene, Ausscheidung und Intimpflege

Reinheit besitzt in vielen Kulturen einen hohen Stellenwert und hat eine äußerliche Seite (Sauberkeit) und eine innere, die spirituelle Reinheit oder Reinheit der Seele. Obwohl zwischen beiden unterschieden wird, besteht dennoch ein Zusammenhang, da die äußere Reinheit häufig sinnbildlich für die innere steht. Daher zieht man auch Straßenschuhe in muslimischen Haushalten aus, denn im Haus wird gebetet, weshalb dies ein rein zu haltender Ort ist. Pflegende können gern ihre eigenen Hausschuhe mitbringen.

Im Judentum wie im Islam sind Körperausscheidungen traditionell mit dem Konzept der „Unreinheit“ belegt. Um die mit der Ausscheidung veräußerlichte Unreinheit zu beheben, von der dann auch die Umwelt als mitbeeinträchtigt gilt, sind rituelle Waschungen zu vollziehen. So sind auch die fünf täglich vorgeschriebenen Waschungen vor dem Gebet im Islam zu verstehen oder der soziale Rückzug während und die rituelle Reinigung nach der Menstruation oder am Ende des Wochenflusses nach einer Geburt in Islam, Judentum und vielen weiteren Kulturen.

Im Rahmen der Intimpflege sind Tabus zu beachten, die die Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient betreffen. Hier ist insbesondere die Bedeutung gleichgeschlechtlicher Pflege zu nennen, wobei diese nicht nur grundsätzlich für (muslimische) Mädchen und Frauen unabdingbar ist, sondern auch von vielen (muslimischen) Jungen und Männern gewünscht wird. Da viele geflüchtete Mädchen und Frauen im Zuge der

Flucht sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen durchmachen mussten, sind hier besondere Achtsamkeit und viel Einfühlungsvermögen geboten. Während der Körperpflege sollten zudem nur die notwendigen Körperteile unbedeckt sein und alles gegenüber sonstigen Personen weitgehend abgeschirmt stattfinden. Da man nicht im eigenen Schmutz baden möchte (dies gilt übrigens auch für Japaner*innen), werden vielfach Duschen gewünscht. Bettlägerige Patient*innen mit diesem Wunsch können auch mit Waschschüssel und Wasserkrug versorgt werden.

Kleidung/Körperschmuck

Während im Islam die Frau als die Verführende gilt, betrachtet das Judentum das sexuelle Begehren des Mannes als Auslöser für die orthodoxen Bekleidungs- und Verhaltensvorschriften (Hartman 2007: 51 ff.). Im Islam wie im orthodoxen Judentum wird von Mädchen und Frauen Sittsamkeit gefordert.

„Es handelt sich einerseits um eine allgemeine religiöse Norm, die von Juden Respekt vor den Gefühlen anderer Menschen fordert“ (Gellis 2015 zit. n. Schrage 2018: 144), andererseits um eine Verhaltensnorm für religiöse Juden,

„die ihnen ein sittsames Verhalten in der Öffentlichkeit sowie die Verhüllung bestimmter Teile ihres Körpers (vorschreibt, d.V.)“ (zit. n. Ruttenberg 2009 in Schrage 2018: 144).

„Eine fehlende Verhüllung macht den weiblichen Körper nicht nur sichtbar, sondern sogar verfügbar. Das orthodoxe Judentum erscheint in diesem Deutungsmuster als Gegenkultur, in welcher die Würde der Frau gegen ihre Sexualisierung in der modernen Gesellschaft verteidigt wird. (…) Gleichzeitig ist die Kleidung auch ein Signal der Zugehörigkeit zum orthodoxen Milieu und eine äußerliche Repräsentation innerer Überzeugungen“ (Schrage, 2018, 146).

Auch Körperschmuck, wie Henna-Zeichnungen, die in bei Muslim*innen und Hindu-Frauen häufig sind und aus medizinischen Gründen manchmal entfernt werden müssen, sind wie die Bekleidungsgewohnheiten von Patient*innen grundsätzlich zu beachten und zu respektieren und Pflegebedürftige müssen dabei unterstützt werden, ihr Äußeres so zu gestalten, wie es ihnen angemessen erscheint. Dazu gehört beispielweise auch ein Kopftuch oder einen Schleier zu akzeptieren, mit denen sich eine Frau geschützt fühlt, da im Islam die Haare der Frau als Sexualsymbol gelten.

(C) Andrea Zielke-Nadkarni

Stellenwert der Familie

Weltweit ist die Familie die wichtigste Ressource für die Versorgung des Einzelnen, insbesondere in Ländern, in denen der Staat wenig oder keine Versorgungsfunktionen übernimmt. In Krankheitsfällen und bei Pflegebedürftigkeit leisten Familien den überwiegenden Teil der Versorgung ihrer An-

Feine, detaillierte Henna-Bemalung der Hände einer indischen Braut.
(C) Andrea Zielke-Nadkarni

gehörigen. In der Familie wird – auch bei uns - primär entschieden, ob es der Hilfe von außen bedarf, wen man aufsucht und was man den externen Helfern wie mitteilt.

In der Folge kann die Abhängigkeit von der Familie zu teilweise sehr rigiden Vorschriften für ihre Mitglieder, insbesondere für Mädchen und Frauen, führen. Daher sollten Pflegende sich darüber informieren, wer in einer Familie für Entscheidungen zuständig ist, denn dies ist nicht unbedingt die Patientin selbst. Auch Erwachsene sind häufig durch das männliche Familienoberhaupt in Krankheitsfragen fremdbestimmt.

In diesem Zusammenhang sei auch der traditionelle Ehrenkodex in muslimischen Familien erwähnt. Die Keuschheit bzw. Sittsamkeit von Mädchen und Frauen ist der Garant für die Ehre ihrer Familien in ihrem sozialen Umfeld. Dies gilt für Migrant*innen aus den Ursprungsländern Türkei, Nordafrika, Staaten der Südsahara oder aus Indonesien sowie generell für Musliminnen. Ein Verlust der Ehre kann z.B. durch Handlungen der Intimpflege seitens einer männlichen Pflegefachperson bei einer muslimischen Patientin ausgelöst werden, weshalb sie nie allein sein dürfen. Auch schon ein längerer Blickkontakt kann für die ganze Familie in sozialer Hinsicht Ehrverlust und Schande bedeuten. Sind Mädchen oder Frauen entehrt, kann dies zu schwerwiegenden Folgen für sie bis zu einem Verstoß aus der Gemeinschaft oder sogar einem Sühnemord durch die männlichen Familienmitglieder führen (Kizilhan, 2006; Burkhardt, 2006). Wird eine Muslimin infolge eines Suizidversuchs stationär aufgenommen, sollte immer bedacht werden, dass dieser vielleicht aufgrund eines Ehrverlustes stattgefunden hat. Sie sollte folglich gefragt werden, wen sie als Besucher zulassen möchte. Auch Krankheit kann einen Ausdruck der Ausweglosigkeit aus einer mit Schande behafteten Situation darstellen.

Jüdische Familien bringen in Pflegesituationen, die ihre Angehörigen hilflos sein lassen, viele (oft unbewusste) Ängste mit, die über die Generationen hinweg weitergegeben werden und das Verhältnis zu „den Deutschen“ nach wie vor mitbestimmen. Dies gilt für alteingesessene deutsche Juden wie für zugewanderte, von denen die meisten aus den ehemaligen GUS-Staaten stammen. (Zielke-Nadkarni, 2019: 14 ff.) Die Schrecken der Konzentrationslager, die Verfolgungserfahrungen unter den verschiedenen Sowjet-Regimes wie auch die jüngsten rechtsradikalen Auswüchse hierzulande wirken nach. Offenheit, eine Erläuterung aller Pflegeinterventionen vor Durchführung und das Erbitten der Zustimmung dazu sowie ein einfühlsamer, herzlicher Umgang, der auch eine kontinuierliche Anwesenheit von Besuchern toleriert, helfen, Ängste im Zaum zu halten und Vertrauen zu entwickeln.

Auch für geflüchtete Westafrikaner*innen gilt, dass die erste Maßnahme sein muss, Vertrauen aufzubauen. In ihren Herkunftsländern sind schulmedizinisches Pflegepersonal und Ärzte oft sehr gefürchtet: Patient*innen aus Ghana haben u.U. die Erfahrung, von ihnen geschlagen worden zu sein (Innocentia Ebu, Owusu & Gross, 2015); Aggressionen durch Pflegepersonal gehören zum Alltag in Togo (Kpanake, Dassa & Mullet, 2009). Unzureichende Erklärungen wie auch Vernachlässigung sind in Benin nicht untypisch, Unterwürfigkeit wird insbesondere von Patientinnen oder unverheirateten Frauen erwartet, die als zu ungebildet betrachtet werden, um sich mit ihnen über ihre Versorgung auszutauschen. (Keygnaert, Vetternburg & Temmermann, 2012)

Während sich also die Expertise der Pflegefachpersonen auf die Pflege bezieht, wäre im Blick zu behalten, dass Patient*innen mit (und auch ohne) Migrationshintergrund Experten für die Struktur und Funktion ihrer Familie und ihres Lebens sind, deren Expertise in die Pflege einzubinden ist. Eine vertrauensbildende Beziehungsgestaltung, ein ausgiebiges Assessment, Biografiearbeit und die Einbindung der Angehörigen tragen dazu bei, die notwendigen individuellen Informationen zu gewinnen. Strukturelle Probleme wie Zeitmangel, zu wenig Hintergrundwissen seitens der Pflegefachpersonen sowie fehlende adäquat vorgebildete Dolmetscher*innen können zu unterschwelligen aggressiven Spannungen führen. Dies müssen Pflegende wie Stations- und Pflegedienstleitungen erkennen und sich über die Leitungsebene kontinuierlich für Abhilfe einsetzen.

Ausblick

Kulturelle Diversität ist in unseren Kliniken vielfach zur Norm geworden. Hinzu kommt eine deutliche Vulnerabilität vieler Patient*innen mit Migrationshintergrund.

In Pflegesituationen mit Menschen mit Migrationshintergrund treffen nicht einfach verschiedene Kulturen aufeinander, sondern die Bilder, die wir voneinander haben.

Wir alle leben mit verinnerlichten Bildern und Klischees, die im Alltag Orientierungsfunktion haben. Sie beinhalten primär Gegensätzliches und wir vergessen manchmal, die Gemeinsamkeiten in den Blick zu nehmen, von denen es gerade im Leiden viele gibt.

Pauschalannahmen, Vorerfahrungen und Vorwissen müssen durch genaue Beobachtung, Aufmerksamkeit und im Dialog mit dem einzelnen Patienten auf ihre individuelle Bedeutung für ihn überprüft werden, will man ihm Gerechtigkeit widerfahren lassen. Der Mensch ist in der Lage, die Perspektive eines anderen einzunehmen, auch wenn ihm dessen Erfahrungen und Denkweisen nur zum Teil vertraut sind. Perspektivwechsel ist die Grundlage personorientierter Pflege. Sich darin zu üben und auf der Basis von Verstehen und Verständnis zu einem einvernehmlichen Pflegehandeln zu gelangen, dafür bietet die Pflege an jedem Tag neue Chancen.

Autorin

Prof.in Dr.in Andrea Zielke-Nadkarni
Prof. Dr., Professorin für Pflegewissenschaft
zielke-nadkarni@fh-muenster.de

Literatur

Burkhart, D. (2006). Eine Geschichte der Ehre. Darmstadt: WBG.

Dietrich, Chr. (2020). Der Code der Pflege. In Pflege & Gesellschaft (3), pp. 197-211.

Elshahat, S. & Moffat, T. (2020): Dietary practices among Arabic-speaking immigrants and refugees in Western societies: A scoping review. In Appetite, 11-1, Vol. 154.

Fleischmann, Lea (2009): Heiliges Essen: Das Judentum für Nichtjuden verständlich gemacht. Frankfurt am Main: Scherz.

Hartman, T. (2007): Feminism encounters traditional Judaism. Resistance and accommodation. Waltham: Brandeis University Press.

Henning, C. (2013): Vodu , vodoo, vodou spirits. Die Kraft des Heilens. Leipzig: Zweitausendeins.

Innocentia Ebu, N., Owusu, M., Gross, J. (2015): Exploring women‘s satisfaction with intrapartum care at a teaching hospital in Ghana. African Journal of Midwifery & Women‘s Health, 9(2), 77-82.

Kaegnaert, I., Vetternburg, N. & Temmermann, M. (2012): Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. Culture, Health & Sexuality, 14(5), 505-520.

Kpanake, L. Dassa, K.S. & Mullet, E (2009): Why most Togolese people do not seek health care for malaria in health care facilities: a theory-driven inventory of reasons. Psychology, Health & Medicine, 14(4),502-510.

Kizilhan, I. (2006): „Ehrenmorde“. Der unmögliche Versuch einer Erklärung. Hintergründe – Analysen – Fallbeispiele. Berlin: Regener.

Schrage, E.-M. (2018): Jüdische Religion in Deutschland. Säkularität, Traditionsbewahrung und Erneuerung. Wiesbaden: Springer.

Zielke-Nadkarni, A. (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Hans Huber: Bern.

Zielke-Nadkarni, A. (2019). Familien und ihre Traditionen. In A. Zielke-Nadkarni, C. Beckwermert, T. Lewkowicz & R. Meier (Hrsg.): Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort und Weiterbildung - Kultursensibel pflegen (S. 11-16). Brake: Prodos.

Eine Polin in Österreich

In diesem Artikel werde ich mich mit dem Thema Migration auseinander setzen, indem ich dieses aus meiner eigenen Perspektive erläutere. Daher werde ich darauf verzichten, die Migrationsverläufe und -erlebnisse von anderen Menschen zu beschreiben, die ich zwar aus Erzählungen von Freundinnen/Freunden und Bekannten kenne, d.h. diese auch emotional nachvollziehen kann, doch sind sie nicht meine Erfahrungen. Die Migration anhand meiner eigenen Lebensgeschichte zu erzählen und zu erklären, bedeutet für mich, die letzten 40 Jahre meines Lebens zu reflektieren. Um die aufsteigende Emotionalität, die oft mit Erinnerungen an das Vergangene in Zusammenhang steht, zu unterbinden, werden bestimmte Verhaltensweisen in Rahmen der Migration anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Psychologie, Psychotherapie und Soziologie erklärt.

Also fange ich an: ich komme aus Polen, Krakau, lebe seit 40 Jahren in Wien. Das ist, was ich erzähle, wenn jemand, der/die an meinem Akzent erkennt, dass ich nicht deutschsprachig aufgewachsen bin und mir die aller wichtigste Frage stellt: WOHER kommst du? Ich sage also, wo ich geboren und aufgewachsen bin und ganz schnell füge ich zu, dass ich schon sehr lange, nämlich 40 Jahre, in Wien lebe. Das ist eine Art der Rechtfertigung meines Anspruchs auf gleichwertige Behandlung, die ich angelernt habe und eine Erklärung, dass ich ja dazu gehöre.

Mit jedem Jahr des Aufenthaltes in Wien wurde diese Rechtfertigung plausibler und ich fühlte mich in Wien mehr Zuhause. Das sind Fakten, die für Jeden nachvollziehbar sind.

Was ich nicht schnell preisgebe, ist, dass ich in Polen meine Eltern, meine Schwester, meine Großeltern, Tanten, Onkeln, Cousi-

(C) andri_priyadi

nen und Cousins zurückgelassen habe. Und die Wege, die ich gegangen bin, die Bäume, die ich beobachtet habe, die Lieder, die ich mit meiner Familie gesungen habe. All das, was mich 19 Jahre lang ausgemacht hat, was mich gestärkt, be- und geschützt hat. Viele Jahre hat es mich sehr, sehr traurig gemacht. Doch das auszusprechen und zu erklären würde bedeuten, mich und mein Gegenüber zu einer emotionalen Erklärung zu bewegen. Dies wollte ich nicht. Ich erinnere mich an eine Begegnung mit einer Person, zu der ich Vertrauen aufgebaut habe und ihr auch versucht habe, zu erklären, was sich für mich hinter meiner Migration versteckt. Die Antwort darauf war: „Aber bei uns geht es dir doch gut und hier ist es ja schön“. Dahinter habe ich viel Unsicherheit verstanden, die ich nachvollziehen kann, doch auch ein gewisses Unbehagen („was soll ich mit der Information machen?“). Und auch Widerwillen, sich mit einer Person auseinander setzen, die andere Lebenserfahrungen gemacht hat und vor allem die Wertung meiner vergangenen Lebensumstände. Das wollte ich nicht mehr erleben. Vor allem die Bewertung meiner Heimat hat mich sehr getroffen. Mit dem Begriff Heimat verbinde ich einen Ort, wo die wertvollen Erinnerungen leben, wertvoll nicht im materiellen Sinn, sondern im Sinne der Entwicklung und Prägung. Diese Erinnerungen können sowohl positiv, wie auch negativ sein. Sie sind so stark, dass sie über Jahre bestehen bleiben. Mit der Zeit und je älter ich werde, gehen viele Erinnerungen verloren, doch die intensivsten werden bleiben: die Erinnerung an das Gefühl des Sicherheit, als mein Vater mich an der Hand genommen hat, die Vertrautheit der beruhigenden Stimme meiner Mutter, der Geruch nach frischem Brot bei Umarmung meiner Großmutter, die Geräusche in der Schule und die Stimmen meiner Freundinnen, der Geschmack der Pierogi (Teigtascherln) mit Heidelbeeren und süßer Sahne. Und die Erinnerungen an die Landschaften: Vor kurzem habe ich wieder mal den Film „Schindlers Liste“ gesehen. In einer der letzten Szenen des Filmes fährt der Zug durch die verschneite polnische Landschaft, mit den typischen Häusern und charakteristischen Feldern, die es sonst nirgendwo gibt. Und da war wieder dieses Gefühl, wie damals: Vertrautheit, Verträumtheit, Ruhe, Stille. Ich würde diese Landschaft niemals verkennen.

Für mich war das Leben in Österreich voll neuer Erfahrungen. Erfahrungen, die unvergleichlich zu meinen Erinnerungen aus meiner Zeit in Polen waren und sind. In der Anfangsphase begegnete ich meiner neuen Welt mit Neugierde, Naivität, mit Hoffnung. Ohne Scheu, ohne Vorurteil, ohne Angst - sie kamen später. Ich lernte mit Eifer die Sprache, begann bald Bücher zu lesen, was mir in meiner alten Welt Halt und Stabilität gegeben hat. So hielt ich an meinen alten Gewohnheiten und Überzeugungen fest, dass ich mir mit meinen Fähigkeiten und Fleiß eine eigene Realität erschaffen kann. Doch die objektivierbare Realität holte mich ein. Ich verlor die Kontrolle über das, was geschah und musste beobachten, wie meine Vorstellungen von meiner Zukunft in Frage gestellt und zu Nichte gemacht wurden.

Als Reaktion darauf habe ich mich in Passivität begeben, in der Andere über mich bestimmt haben: was ich essen, wo ich wohnen, wie ich denken soll und schlussendlich WAS ich bin. Ich erlebte den Zustand einer vollständigen Selbstwirksamkeitslosigkeit, der sich in Anpassung und Unterordnung gezeigt hat. Sich fügen, nicht hinterfragen, sondern folgen. Weil nur dann bist du eine brave Ausländerin.

Doch der Widerstand gegen diesen Zustand war da, auch wenn nicht immer sichtbar oder spürbar. Die Zwiespältigkeit begann sich zu äußern und verursachte, dass wieder mal alles, was sich abspielte und alles, was ich dachte oder tat, in Frage gestellt wurde. Will ich es so weiter machen? Will ich ein fügsames und passives Wesen sein, das sich den äußeren Umständen unterordnet? Wie soll ich mein Leben vor mir rechtfertigen und mich als wertvoll ansehen, wenn ich doch nicht meinen Überzeugungen, die mich ausgemacht haben, folgen kann? Die ich verraten habe? Unsicherheit, Abscheu, Angst waren die Folgen. Dann Selbstzweifel, Selbstaufgabe, Selbstzerstörung. Doch die waren früchtetragend, weil sie mir erlaubt haben, mich mir zuzuwenden und an meinen Strategien zu arbeiten. Aufgabe – Entscheidung - Versuch – Zweifel – Entscheidung - Versuch – Zweifel: in Dauerschleife. Jahrelang… Dieser Prozess ist analog zum Schema des Erwerbs des neuen Wissens von Popper (Popper, 2018, S.24). Aus dem so gewonnenem neuen Wissen und daraus folgenden Erfahrungen bildet sich eine neue Identität aus. Diese Erkenntnis ist allgemein bekannt und auch untersucht worden. In den ersten Jahren meines Lebens in Österreich war doch dieses Wissen kein wissenschaftlicher Gegenstand sondern viel mehr ein unbewusster Prozess, der zu einem privaten Experiment wurde.

Ich finde es sehr spannend, wie die Migrationsprozesse von unterschiedlichen Wissenschaftsrichtungen erklärt werden. Im Folgenden möchte ich auf die Erkenntnisse eingehen, die mich besonders angesprochen haben, da ich in ihnen viele Parallelen zu meinen Erfahrungen finde. Grinberg L. & Grinberg R. (1990 In: Bohleber (Hrgb.) 2016) verweisen auf die Analogien zwischen den Übergängen in eine neue Lebensphase und dem Erleben der Migration. Machleidt (2007 In: Bohleber (Hrgb.) 2016) verwendet den Begriff der „kulturellen Adoleszenz“, der sich auf die Prozesse der Aneignung von Fremden bezieht. Die Auseinandersetzung mit Fremdheit ist in den beiden Prozessen, dem Prozess der Migration und dem Prozess der Adoleszenz, zu finden. Sowohl der Migrant wie auch der Heranwachsende konfrontiert sich mit Unbekanntem und sucht nach eigenen Wegen. Bei ihrer Entscheidung müssen sie sich von Bekanntem und Vertrautem lösen, mit dem Bewusstsein, dass es kein Zurück gibt. Im Fall adoleszenter Migranten verwendet King (2016, In: Bohleber (Hrgb.) 2016) den Begriff „verdoppelte Transformationsanforderung“, weil die jungen Menschen sich sowohl den Anforderungen der Adoleszenz wie auch denen der Migration stellen müssen. Ich finde den Begriff der Transformation als sehr erbauend, da er grundsätzlich positiv konnotiert ist. Im Verlauf der Migration findet eine Veränderung statt, weil die Migration ein Prozess der Selbstfindung und Selbstwerdung ist, wohlgemerkt oft etwas brutal. Durch die Isolation von sichernden Faktoren des ursprünglichen Kollektivs erzwingt sie Entscheidungen, die wegweisend werden.

Oft spielen ungelöste innere Konflikte eine große Rolle dabei, welche Entscheidungen getroffen werden. Als Beispiel kann die erwünschte Rollenerfüllung gelten. Die Auflehnung gegen die bekannte kollektivistische Erfahrung erzeugt eine Zwiespältigkeit, die einen Gewissenskonflikt auslöst.

In diesem Kontext stellt sich die Frage, ob es so etwas wie eine kollektive Identität gibt. Das bedeutet, ob ein Kollektiv so viele Gemeinsamkeiten aufweist, dass es sich als eine Einheit begreift. Brubaker (2007) beschreibt den Begriff der kollektiven Identität als umstritten. Für ihn gilt es als gesichert, „… dass eine Person gleichzeitig Teil mehrerer Gemeinschaften sein sowie soziale Grenzen überqueren kann“ (ebd.).

Auch Giesen und Seyfert (2013) meinen, dass eine Definition des Begriffes schwierig ist. Der Grund dafür ist, dass sich die kollektive Identität über etwas definiert, das nicht greifbar ist. Daher brauchen Kollektive eine gemeinsame Ausdruckweise, die ihre Zusammengehörigkeit sichtbar macht: durch Bilder, Denkmäler oder Lieder usw.: „…Die Intransparenz der Identität, sowohl der individuellen als auch der kollektiven, zwingt die Menschen dazu sie permanent neu zu erfinden“ (ebd.). Für Menschen, die das Kollektiv verlassen haben, wird die Anpassung an die sich ständig verändernde kollektive Identität immer wieder schwierig, weil sie abwesend sind und die Veränderungen nicht mehr nachvollziehen können. Ich erinnere mich noch an den Druck, den ich als Jugendliche erlebt habe, bestimmten Erwartungen bzw. Vorstellungen der Gesellschaft entsprechen zu müssen. Der Druck, das Leben nach gesellschaftlichen Vorstellungen und Idealen zu formen, war in vielen Bereichen des sozialen Lebens bemerkbar. Dieser betraf die Ausbildung, beruflichen Werdegang, Partnerschaft, Familiengründung, Lebensführung und Erfüllung der vorgegebenen Rolle als Tochter, Frau, Partnerin und Mutter. Besonders in der Zeit des Erwachsenwerdens wurde dieser Druck irritierend, weil er mit meiner individuellen Entwicklung und mit meiner Persönlichkeit nicht vereinbar war. Ich fühlte mich nicht als Person mit eigenen, individuellen Bedürfnissen, sondern als eine von vielen Gesichtslosen, die nur ein Rädchen in einer Maschine, die sich zu drehen hat, war.

Es dauert meistens lange, bis man sich bewusst entscheidet, den Vorstellungen des Kollektivs des Ursprungslandes nicht mehr entsprechen zu wollen. Vieles verändert sich in dem Moment, in dem zum ersten Mal erlebt wird, dass das Nach-Hause-kommen bedeutet, in das Migrationsland zurück zu kommen, nicht in das Ursprungsland. Das Gefühl des Zu-Hause-Seins entscheidet maßgeblich über die Entscheidung zur Zugehörigkeit. Es zeigt auch auf, dass sich die Lebensperspektive verändert.

Abgesehen von meinen eigenen Erlebnissen und Erfahrungen gibt es wissenschaftliche Untersuchungen, die den gesamten Prozess der Migration analysieren. Diese beziehen sich auf psychologische und soziologische Veränderungen, die Migrantinnen und Migranten erleben.

Sluzki (2010, In: Hegemann, Salman, 2010) analysierte den Prozess der Migration, indem er die einzelnen Phasen dargestellt und

beschrieben hat. Dabei konzentriert er sich auf Belastungen, die in den einzelnen Phasen zu beobachten sind und zu unterschiedlichen psychischen Beschwerden bzw. zu Entwicklung psychischer Erkrankungen führen können.

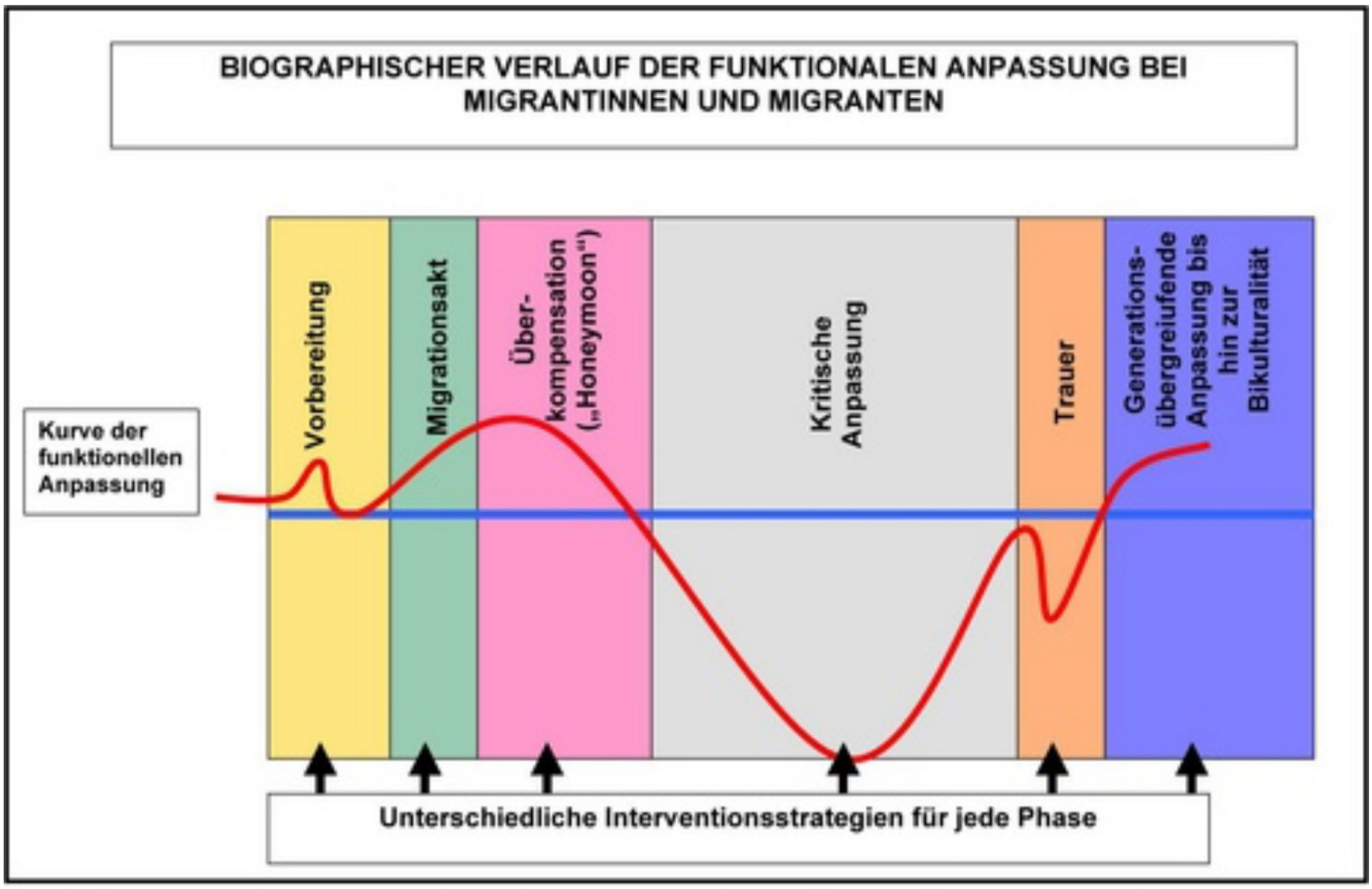
Der Prozess der Migration gilt etwa nach 7 Jahren (Haasen, 2002 In: https://heimatkunde.boell.de/de/2009/04/18/migration-psychische-gesundheit-und-transkulturelle-psychiatrie) als abgeschlossen. Danach folgt laut Sluzki die Phase der generationsübergreifenden Prozesse, die eine Erklärung des Einflusses des Migrationsaktes auf die kommenden Generationen und Generationskonflikte liefert. Diese Phase wird in diesem Artikel nicht beschrieben.

Die Vorbereitungsphase beginnt mit den ersten Überlegungen, die Heimat zu verlassen. Diese Phase muss nicht bindend dazu führen, dass der Prozess fortgesetzt wird. Sie reicht von schnellen Entscheidungen bis hin zu jahrelangen Grübeleien (Sluzki, 2010, In: Hegemann, Salman, 2010).

Hier unterscheidet Sluzki zwischen der positiven und negativen Konnotation der Migration: ein besseres Leben zu finden (positiv) und den schlechten Lebensbedingungen zu entkommen (negativ) (Sluzki, 2010, In: Hegemann, Salman, 2010). Die Phase ist im fortschreitenden Stadium durch administrative Tätigkeiten, wie Briefe schreiben, Kontakte knüpfen, Informationssammlungen, Organisation der Reise, Verkauf der persönlichen Gegenstände (wenn vorhanden) etc. gekennzeichnet. Gleichzeitig wird Abschied von der Familie und Freunden genommen. Der Abschied kann traurige Momente haben, doch die Erwartungen, die mit der Reise zusammen hängen und Aussichten auf das Neue überwiegen meistens und sind in vielen Fällen, auch in meinem, positiv besetzt.

Der Migrationsakt wird als ein transitorischer, zielgerichteter Prozess definiert, ohne überlieferte Rituale (Sluzki, 2010, In: Hegemann, Salman, 2010). Die Dauer dieser Migrationsphase kann sehr stark variieren: von kurzen bis sehr langen Verläufen, mit Zwischenstopps oder direkter Anreise, mit Kontakten zu anderen Migrantinnen/Migranten oder ohne.

Angekommen im neuen Land bedeutet es erstmal, sich an die neuen Begebenheiten anzupassen (Phase der Überkompensation).



Quelle: Prof. Scott Stock Gissendanner (Berolina Klinik) nach Sluzki (2001) und Calliess/Machleidt (2003)

Sluzki beschreibt, dass in dieser Zeit ein Höchstmaß an Anpassungsfähigkeit beobachtet werden kann (Sluzki, 2010, In: Hegemann, Salman, 2010). In dieser Zeit geht es um die Basisbedürfnisse und deren Sicherung, also ums reine Überleben. Sind die Normen und Werte der Aufnahmegesellschaft von den eigenen stark unterschiedlich, werden die Unstimmigkeiten zwischen der Realität und Erwartungen verleugnet und verdrängt.

Nachdem eine Zeit in der neuen Umgebung vergangen ist, beginnt die Phase der Dekompensation, in der die neue Realität gestaltet wird (Sluzki, 2010, In: Hegemann, Salman, 2010). Um den stabilen Zustand zu erreichen, müssen die sich aus der Veränderung entwickelte Probleme, wie das Gefühl der Entwurzelung, Trauer um die Verluste und kulturelle Unterschiede bewältigt werden. Die Anpassungsprozesse werden weiter fortgesetzt, doch auch die Eigentümlichkeit kann wieder gelebt werden. Es wird entschieden, welche Rituale aus der Vergangen beibehalten werden und welche aus dem nicht mehr unbekannten Umfeld übernommen werden.

Die Prozesse, die Sluzki beschreibt, entsprechen meinen eigenen Erfahrungen. Im Verlauf der Zeit verblassen die Erinnerungen an negative Erlebnisse, an tiefe Trauer, Verzweiflung und Verlust. Doch dann gibt es Situationen, in denen diese Erinnerungen wieder hochkommen. Im Verlauf meiner beruflichen Tätigkeit im psychiatrischen und pädagogischen Bereich habe ich mich mit Phänomenen auseinander gesetzt, die mit dem Erlebten und Erfahrenen stark zusammen hängen: Fremdheit, Stigmatisierung, Rassismus, Exklusion, Demütigung und auch Bevormundung. All diese Phänomene haben einen starken Einfluss auf das Verhalten, sie prägen das Verhalten für sehr lange Zeit. Sie können zu einer passiven, angstbesetzten und unterwürfigen Positionierung im sozialen Gefüge führen. Oft werden sie nicht als solche erkannt, weil sie oft subtil eigesetzt werden, bewusst oder unbewusst. Es sind oft kurze Bemerkungen, die von Freunden, Bekannten, Arbeitskolleginnen und –kollegen kommen. Hier nur ein paar Beispiele:

„Ich will ja nur das Beste für dich, daher zeige ich Dir, wie Du hier zu leben hast“,

„Ich übernehme das für Dich, weil Du Dich ja nicht auskennst“,

„Es ist ja selbstverständlich, dass von Dir erwartet wird, dass Du Dich anpasst, schlussendlich wird dir hier ein besseres Leben geboten als dort unten“,

„Wenn es Dir hier nicht passt, gehe doch zurück“.

Selbst beim Schreiben dieser Zeilen komme ich in Versuchung, die Bedeutung dieser Sätze zu verharmlosen, um mein Gegenüber zu entschuldigen: „es ist ja gut gemeint“, „ich halte es aus“, „sie/er ist ja so nett…“.

… Und jetzt? Aus der Perspektive? Was ist übergeblieben aus der Zeit, in der ich zweigeteilt war und zwischen Polen und Österreich lebte? In der ich nicht sagen konnte, wohin ich gehöre? Ja, das war das Dilemma – wo gehöre ich hin? Die Besuche bei meiner Familie waren emotionale Hochschaubahnfahrten. Ich könnte es ganz einfach so ausdrücken: Glück über das Treffen, Trauer über die Trennung. Doch was hier vor allem eine wesentliche Rolle gespielt hat war die Wahrnehmung der Veränderungen und das Bewusstsein der sich minimierenden Zugehörigkeit. Die Familie und das Kollektiv, in dem ich aufgewachsen bin, hatten ihre regulative Wirkung auf mein Leben verloren. Mit jedem Tod eines Familienmitgliedes brach ein Stückchen der Bindung zu Polen ab. Mittlerweile fahre ich seltener nach Polen. Und jede Fahrt dorthin ist mit neuen Entdeckungen verbunden, weil sich das Land so stark verändert hat, dass ich es kaum erkenne. Die Orte, an die ich emotional gebunden war, existieren oft nur noch in meiner Erinnerung.

Und wo gehöre ich jetzt hin? Die Antwort auf diese Frage bleibe ich den Leserinnen und Lesern schuldig.

Autorin

Mag.ª Ewa Zemann

psychiatrische und allgemeine Pflegerin, Pflegewissenschaftlerin, Pflegepädagogin, Trainerin für Aggressions- und Deeskalationsmanagement. Arbeitet seit 1991 im psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien – aktuell als Lehrerin in der Gesundheits- und Krankenpflege Schule. Berufserfahrungen im Subakut und Akutbereich der Psychiatrie, im Suchtbereich und im forensischen Rehabilitationsbereich als Pflegeperson. Vortragstätigkeit bei nationalen und internationalen Kongressen.

Literatur

Bohleber, W. (Hg.) (2016). Heimat, Fremdheit, Migration. Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. 70. Jahrgang. 2016

Brubaker R. (2007): Ethnizität ohne Gruppen. Hamburg: Hamburger Edition.

Giesen Bernhard, Seyfert Robert (2013): Kollektive Identität. Politik und Zeitgeschichte, (Heft 63 (13–14), S. 39–43.

Grinberg, L. & Grinberg, R. (1990): Psychoanalyse der Migration und des Exils. In: W. Bohleber (Hg.): Heimat, Fremdheit, Migration. Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. 70. Jahrgang. 2016

Hegemann, T. & Salman, R. (Hg.) (2010): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

https://heimatkunde.boell.de/de/2009/04/18/migration-psychische-gesundheit-und-transkulturelle-psychiatrie am 25.10.2020

King, V. (2016): Zur Psychodynamik der Migration. Muster transgenerationaler Weitergabe und ihre Folgen in der Adoleszenz. In: W. Bohleber: Heimat, Fremdheit, Migration. Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. 70. Jahrgang. 2016

Machleidt, W. (2007): Die „kulturelle Adoleszenz“ als Integrationsleistung im Migrationsprozess. Psychotherapie & Sozialwissenschaft 9 (2). In: W. Bohleber (Hg.): Heimat, Fremdheit, Migration. Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. 70. Jahrgang. 2016

Popper, K. R. (2018): Alles Leben ist Problemlösung. Über Erkenntnis, Geschichte und Politik (19. Auflage). München: Piper.

Sluzki, C. E. (2010): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: T. Hegemann & R. Salman Ramazan (Hg.): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Abbildung:

Quelle: Prof. Scott Stock Gissendanner (Berolina Klinik) nach Sluzki (2001) und Calliess/Machleidt (2003)

Angelika Feichtner, Hilde Kössler

Palliative Wundversorgung in der Praxis

facultas 2020
296 Seiten, 2-farbig, broschiert
EUR 29,90 (A) / EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-1996-6
Auch als epub: e-ISBN 978-3-99030-998-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Inmitten des generischen Femininums sind Männer zu Hause

Der Kärntner Privathaushalt als transnationaler sozialer Carespace aus der Perspektive männlicher 24 Stunden Betreuer

Im Zuge des Besuchs der Lehrveranstaltung „Auf den Spuren transnationaler Lebenswelten im Alpen-Adria-Raum“, entschied ich mich als Student der Erziehungs- und Bildungswissenschaft an der Alpen Adria Universität Klagenfurt, meine Bachelor Thesis in dem zuvor erwähnten Seminar zu verfassen. Diese setzte sich zum Ziel Daten von männlichen 24 Stunden Betreuern in Kärnten zu generieren und diese auszuwerten. Von daher werden in diesem Artikel einleitend theoretische Infos über transnationale soziale Carespaces im Rahmen der 24 Stunden Betreuung vorwiegend aus der vorherrschenden dominanten femininen Perspektive reproduziert und schlussendlich der Bogen gespannt zu etwaigen Ergebnissen der qualitativen empirischen Forschungsarbeit.

Pluri-lokale Grenzsprengung

Internationale Migrationsbewegungen sind kein Phänomen des 21. Jahrhunderts. Klassische Theorien der internationalen Migration, geprägt vom Bild der uni- oder bidirektionalen Ortswechsel, revidieren vermehrt ihre Perspektive auf Grund der Tatsache, dass „[das] soziale Eingebundensein der Menschen [sich] immer stärker auf den gesamten Globus“ manifestiert (Pries 2015: S. 22). Transnationalismus und Transmigration hingegen als „neuer“ Ansatz, ist seit den 1980er Jahren (Fall des Eisernen Vorhangs 1989), spätestens nach dem endgültigen Weg- und Zerfall der Sowjetunion 1991 beziehungsweise der historischen politisch-wirtschaftlich-militärischen Bündnispflicht zahlreicher

(C) zinkevych

europäischer Akteure, aktueller denn je (vgl. Acham 2003: S.22). Laut der UNDP ist knapp eine Milliarde der rund sieben Milliarden Menschen direkt von Migrationsströmen betroffen, was auf Grund dieser Vielfalt der sozio-ethno-kulturellen Zusammensetzung der Weltbevölkerung zu einer unausweichlichen „super diversity“ (Vertovec 2007) führt. So beschreibt ebenso Mark Terkessidis, dass die Vielheit der Bevölkerung Tatsachen sind, die gesehen werden müssen. „Ich verwende den Begriff >>Vielheit<< also ganz bewusst, um zu unterstreichen, dass es keine Einheit mehr geben wird, nicht mehr geben kann“ (Terkessidis 2017: S.17). Diese neuen „sozialen Verflechtungszusammenhänge“ werden zunehmend als ein dauerhafter Zustand, geprägt von akkumulierenden neuen sozialen Lebenswirklichkeiten, inmitten neuer Kommunikations- und Transporttechnologien, verstanden (Pries 2013: S.32). Demnach gewinnt auch „[d]ie transnationale Migration im Bereich der Care-Arbeit […] in europäischen Gesellschaften immer mehr an Bedeutung“ (Lutz, Palenga-Möllenbeck 2015: S.181). Das hängt in Österreich zum einen durch die Novellierung des Ausländerbeschäftigungsgesetzes (BGBl. II Nr. 405/2006), zum anderen mit der staatlichen Förderung der 24 Stunden Betreuung zusammen. Schlussendlich entwickeln sich durch die Etablierung der pluri-lokalen transnationalen sozialen Carespaces für jegliche beteiligten Akteurinnen neue Herausforderungen, für die es gilt als Chance im Rahmen des „Strukturwandel des Alters“ (nach Tews 1990) wahrgenommen zu werden.

Transnationale soziale Carespaces

Seit Jahrzehnten wird in Österreich die rund um die Uhr Betreuung bzw. Pflege durch einen transmigrantischen Arbeitsmarkt, zumeist von Frauen slowakischer Herkunft, abgedeckt. Innerhalb dieses entstandenen Netzwerkes, pendeln die live-ins in einem Zwei- bis Drei-Wochen Rhythmus zwischen ihrem Herkunftsland und dem Arbeitsplatz hin und her und erbringen Dienstleistungen im Rahmen der flexiblen und verhältnismäßig preisgünstigen Personen- und Gegenstandsbezogene Betreuung (vgl. Kretschmann 2010: S.199f). Theoretisch werden diese Tätigkeiten als eine Mischung von Putz-, Betreuungs-, Pflege- und Versorgungstätigkeiten, nach Bridget Anderson (2000) den drei „c’s“ (cooking, cleaning, caring), beschrieben. Trotz bestehender und klar definierter Gesetzeslagen (insbesondere dem Hausbetreuungsgesetz (HBeG), dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) §3b „Personenbetreuung“ und dem Ärztegesetz (ÄrzteG) §50b), ergeben sich in diesen transnationalen sozialen Carespaces dennoch schwer zu bewältigende Graubereiche. Es gilt vor allem auch zu betonen, dass es sich dabei um eine weltweite Tendenz handelt, wobei es zu einer „Feminisierung der Migration“ (nach Kofmann 1990) inmitten dieser Schattenwirtschaft gekommen ist. In dieser werden hauptsächlich Frauen als billige Arbeitskräfte benutzt, die leicht auszubeuten sind und sich zu einer isolierten, zerstreuten und praktisch unsichtbaren sozialen Gruppe etabliert haben (vgl. Fernández de la Hoz 2004: S.15). Die amerikanische Soziologin Arlie Hochschild hat in ihren Studien dieses Phänomen ebenso aufgegriffen und beschreibt wie sowohl in reichen als auch in armen Ländern immer mehr Familien das Modell des männlichen Familienernährers ablehnen und verhältnismäßig mehr Frauen den Weg zu den Arbeitsmärkten suchen. Häufig führt dies im globalen Kapitalismus dazu, dass diese Personen schlussendlich wie bereits beschrieben, die traditionell eher schlecht bezahlte Care-Arbeit (inkl. Kinderbetreuung) in den Haushalten übernehmen, was unter anderem auch von einer weiteren bekannten „Privathaushaltsforscherin“ Helma Lutz bestätigt werden kann (vgl. Hochschild 2002. Zit. n. Apitzsch, Schmidbauer (2010): S.13). Neben der physischen Herausforderung in einer 168-Stunden-Woche, sind zusätzlich Emotions- und Beziehungsarbeit obligat, welche in dem Ausmaß finanziell niemals abgegolten werden könnten. Die transnationale Lebensführung ist zumeist von einer virtuell geprägten Mutterschaft geprägt, in welcher nach Bifelski (2009) gravierende psychologische Konsequenzen bis hin zu einer gewissen Suizidrate von den zurückgelassenen Kindern beschrieben werden. Auch berichtete die New York Times über migrierende rumänische Mütter und titulierte den Inhalt mit „national tragedy“ (vgl. Parreñas 2013: 174-176). Darüber hinaus fassen wissenschaftliche Ergebnisse von Lutz zusammen, dass die Betreuerinnen sich dem Habitus der Arbeitgeberinnen anpassen und unterordnen müssen, was oftmals zu erheblichen Konflikten führt. Pries passt sich diesbezüglich ideologisch dem „Third Space“ nach Homi K. Bhabha an und schreibt: „Ein nicht unerheblicher Teil internationaler Migranten übernimmt z.B. nicht einfach die laizistischen Weltdeutungen der

Ankunftsregion, sondern reinterpretiert die eigenen sozial-kulturellen und religiösen Wurzeln und baut die neuen Erfahrungen in ein erweitertes Identitätskonzept und autobiographisches Projekt ein“ (Pries 2015: S.357).

Nach dieser kurzen Einleitung über Beispiele der transnationalen sozialen Carespaces stellt sich die Frage, warum schlussendlich die Betreuerinnen sich für solch eine lebensverändernde Entscheidung für sich und deren Umfeld entscheiden. Dazu bietet sich eine Studie des Beratungsunternehmen TQS Research & Consulting unter der Leitung von Ass.-Prof. Dr. Dieter Scharitzer der WU Wien gut an. Diese hat im Auftrag des Hilfswerks Österreichs in den Jahren 2017/18 systematisch Befragungen von 861 Personenbetreuerinnen (zu 88,7% weiblich) durchgeführt und kaum überraschende Ergebnisse geliefert. 79% der Befragten gaben an, dass einer der Hauptgründe sich für die Care Arbeit hier in Österreich zu entscheiden daran lag, dass es schwierig sei im Heimatland Arbeit zu finden. Auch die Verdienstmöglichkeiten hier in Österreich wären besser (71%). Sehr überraschend hingegen war das Resultat, dass die Betreuerinnen bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation alle Aspekte positiv bewertet haben, ein Ergebnis, welches so in anderen Studien konträr geschildert wird (vgl. Hilfswerk Österreich 2018: o.S.).

Personenbetreuung in Kärnten

Zur Ist-Erhebung der transnationalen Personenbetreuerinnen in Kärnten war die Wirtschaftskammer Kärnten eine bedeutsame Quelle. Diese publizierte per 31.12.2015, dass insgesamt 4797 (davon 3099 mit dem Status aktiv und 1698 ruhend) selbstständige Personenbetreuerinnen in den Privathaushalten tätig gewesen sind und verdeutlicht zudem, dass sich die Anzahl der Personenbetreuerinnen von 2012 auf 2015 um rund 70% erhöht hat. Von den 4797 live-ins stammen übrigens 63% aus Rumänien, 17% aus der Slowakei, 6% aus Kroatien und 5%

(C) Halfpoint

aus Polen (vgl. Kärntner Landesrechnungshof 2017: S.137). Nach der Kontaktaufnahme direkt mit der Wirtschaftskammer Kärnten bzw. der Fachgruppe Personenberatung & Personenbetreuung, konnte ich herausfinden, dass mit Stand 27.07.20 insgesamt 3260 aktive Personenbetreuerinnen (93% weiblich) tätig sind. Im Vergleich nun zu den 3099 tätig gewesenen Personenbetreuerinnen in Kärnten aus dem Jahr 2017, gab es bis zum Juli 2020 eine weitere Zunahme um 5%. Personenbetreuung scheint zu „boomen". So stand die 24-Stunden-Betreuung in Kärnten in den letzten Monaten tatsächlich mehrfach auch medial im Rampenlicht, wobei sich dabei aber die herausfordernden Situationen grenzüberschreitender Prozesse zum Teil aufzeigten. Ironischerweise schreibt Irene Mitterbacher den Personenbetreuerinnen Kärntens dankend (Fachgruppenobfrau Kärnten Personenberatung und Personenbetreuung der WKO): „Als im Zuge der Corona-Krise in den meisten europäischen Staaten nationale Notfallmaßnahmen in Kraft traten und die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen erschwert oder verhindert wurde, haben Sie als Betreuungsdienstleister erneut unter Beweis gestellt, mit welcher Professionalität und Leidenschaft Sie Ihrem Beruf nachgehen. Obwohl sie oft selbst Familien in ihren Heimatländer haben, blieben viele von Ihnen so lange wie nur irgendwie möglich an ihren Betreuungsstellen bzw. setzten alles daran, aus ihren Heimatländern wieder nach Österreich zu gelangen, um gerade in dieser schwierigen Zeit den Betreuten zur Seite zu stehen" (Wirtschaftskammer Österreich 2020: S.3). Dieses vermittelte Bild spiegelt jedoch nicht die Realitäten der Transmigrantinnen wieder, zumal die Carearbeit tatsächlich Leiden - schafft. „Als Opfer „moderner Sklaverei" bezeichnen Experten jene Pflegerinnen […] aus dem Ausland, die in Österreich in der 24-Stunden-Pflege [sic!] arbeiten. […] Sie leisten Übermenschliches und bleiben vollkommen unsichtbar. Sie sind an unfaire Verträge gefesselt, die sie nicht verstehen, für sie gelten die arbeitsrechtlichen Errungenschaften unseres Sozialstaats nicht" (Stajić 2019: o.S.). Ohne mich an irgendwelche Boulevard Sprache etwaiger Medien zu binden, verleiht das hier gewonnene Bild der transnationalen Sorgearbeit doch ein weitaus ehrlicheres Bild, als die sozialromantische Darstellung von Mitterbacher.

Und inmitten des generischen Femininums sind Männer zu Hause

Vielleicht ist es ja bereits der Einen (und dem Anderen) während dem Lesen der ersten Passagen aufgefallen, dass in den vorangegangenen Passagen stets das generische Femininum im Zusammenhang mit der Personenbetreuung gebracht und benutzt wurde. Männer werden in der Wissenschaft praktisch wegrationalisiert, das zum Teil sogar so weit führt, dass in einem Beitrag von Lutz und Palenga-Möllenbeck männliche Care-Arbeiter zumindest sprachlich ausgespart werden, wie das folgende Zitat zeigt: „Zwar sind auch Männer innerhalb dieses Tätigkeitsfelds zu finden, jedoch ist der überwiegende Teil der in diesem Sektor beschäftigten Personen weiblich, weshalb in diesem Text im Folgenden die weibliche Form benutzt wird" (Lutz/Palenga-Möllenbeck 2015: S.182). Auch die Ergebnisse selbst haben stets einen weiblichen Fokus, konzentrieren sich auf die transnationalen Mutterschaften, deren devote Rolle als Frau oder etwaige Zuschreibungen durch Faktoren wie Gender, Alter, Phase des Familienzyklus und Klasse.

Genau an diesem Punkt angelangt, war es die Zielsetzung meiner Bachelorarbeit, diesen dunkel wirkenden Bereich zu erkunden, quasi mich auf die Spur dieser transnationalen Lebenswelten zu begeben und die Erfahrungen von männlichen 24 Stunden Betreuern aus Kärnten zu beleuchten. Angelehnt an den postmigrantischen Diskurs nach Erol Yildiz, steht dabei entgegen des bis dato dominierenden hegemonialen Blickes, die Arbeitsmigration aus der Perspektive und den Erfahrungen von den transnationalen Betreuern selbst im Vordergrund. Insbesondere wird dadurch die hybride, mehrdeutige und postmigrantische Vielheit durch eine Reproduktion und Kategorisierung des Gesagten zum Ausdruck gebracht (vgl. Yildiz 2018: S.19-31). Damit können folglich und werden transnationale live-Ins schlussendlich als „Pioniere der Transnationalisierung bzw. Globalisierung" wahrgenommen (Yildiz 2016: S.2).

Um ein besseres Bild der „Pioniere" zu erhalten, werden folglich Teilaspekte der soziodemographischen Daten der vier interviewten Personen kurz zusammengefasst. Es handelt sich um Martin (46, Slowakei), Dinu (58, Rumänien), Tibi (59, Rumänien) und Milan (59, Slowenien), welche im Schnitt auf eine Berufserfahrung in der 24 Stunden Betreuung von sieben Jahre in zwei Nationen (D, AUT) (und mit der Ausnahme von Martin) auf mehreren Klientinnen zurückgreifen können. Alle Herren

ließen sich bis dato über Agenturen als selbstständige Betreuer vermitteln wobei deren Einsätze meist zwei bis vier Wochen lang dauerten. Durch das Einsetzen der Pandemie, kam es teils sogar bis zu vier monatigen Einsätzen. Jeder Einzelne blickt auf unheimlich wertvolle Erfahrungen zurück, was auch durch eine Gesamtlänge der Interviews von knapp sechs Stunden veranschaulicht werden könnte. Von daher kreieren die folgenden Elemente aus der Perspektive der 24 Stunden Betreuer bloß das Fundament, für eine weiterführende Datenauswertung.

Motive und Arbeitsbedingungen der live-ins

Vielfach zeigte sich, dass es zu simpel wäre, die Motive bloß auf die primären Forschungsergebnisse des Hilfswerks Österreichs (Verdienstmöglichkeiten und die schlechte berufliche Situation im Heimatland) zu beschränken. „Geld ist nicht alles“, so darf es auch lt. Martin nicht sein, dass seine Landesgenossinnen als Hauptmotiv mehr Geld haben wollen, aber zugleich glauben dafür hier weniger tun zu müssen. So wirkten hinter der sehr dominanten ökonomischen Motivation, komplexere Gründe innerhalb des familiären Netzwerkes und der Person selbst. Wie beispielsweise Dinu, ein professioneller Handballspieler der nach einer 25-jährigen Karriere und schließlich als Sportlehrer an einer Universität, sich mit einem Einkommen von 300€ Gedanken machen musste, die Berufssparte zu wechseln. Auch wenn vielfach Studien ein zwanghaftes Bild vermitteln, ergaben sich auf Grund der Entscheidung der Männer optimale Lösungen und Optionen, deren Leben gestalten zu können. So sei es das Eine gewesen, sich auf das „Experiment“ der 24 Stunden Betreuung einzulassen. Mehr noch schienen die Arbeitsbedingungen im Rahmen der transnationalen sozialen Carespaces für die Männer wichtiger zu sein. Dadurch sei es auch möglich diese Dienstleistungen weiterhin anzubieten zu wollen und daraus „reicher“ im weitesten Sinne werden zu können. Die Betreuer entwickelten starke Ambitionen die Klientinnen in ihrer Gesundheit (wenn auch selten bewusst) zu fördern, nachdem sie die teils herabgekommene Situation durch die Fehlbetreuung vorheriger Kolleginnen sahen (schmutzige Klienten, lange Ohrhaare, etc.). Auch waren es die zum Teil lädierten häuslichen Zustände (eingetretene Türen und brüchige Fenster) inmitten von Mäusen und Ratten, welche das Interesse zur Beziehungsarbeit weckten: „Und überall wo keiner hingehen will, wo alle weglaufen, dort ist etwas Interessantes. Das zieht mich an, da gehe ich hin“ (Tibi). Die Männer zeigten geschlossen eine motivierte Arbeitshaltung, was unter anderem auch von den Agenturen bestätigt werden konnte. Auch wenn es gelegentlich „schwierige“ Arbeitsverhältnisse gibt oder gab (Pausengestaltung, Bereitschaftspflicht auch nachts, Zusammenarbeit mit Angehörigen etc.), sind die Männer allgemein dazu bereit mit individuellen Taktiken diese Hürden zu bewältigen. Es zeigte sich, dass es insbesondere diese Eigenschaft der affektiven Arbeit (oftmals auch als „entgrenzt“ definiert) war, welche die Betreuer dazu führte gerne eine Beziehung aufbauen zu wollen und somit auch Lebensabschnittspartner zu werden. „Für mich war jedes Lächeln oder jede Dankbarkeit von jeder Person meine Motivation, weiterzumachen und um meine Energie zurückzubekommen“ (Milan). Diese engen Beziehungen bringt Milan sogar so weit, dass er mit einer gewissen Regelmäßigkeiten heute noch verstorbene Klientinnen am Grab besuchen geht und dort eine Kerze für sie anzündet.

McGyver und die transnationale Autonomie in der 24 Stunden Betreuung

Es erfordert mehrfach Kreativität in den transnationalen sozialen Carespaces den Berufsalltag zu meistern. Fehlende (finanzielle und physische) Ressourcen der Klientinnen eröffnen aber zugleich Türen für zahlreiche McGyver Aktionen, welche durch große Handlungsspielraum und von Autonomie geprägt sind. Als gleichzeitiger Wärmelieferant erübrigen sich zum Teil die Heizproblematiken in den Herbst-/Wintermonaten, da einer der Pioniere auch leidenschaftlich gerne zur Axt greift und Bäume im Wald fällen geht, um Holz zu organisieren. Auch besteht in einem Fall keine Scheu, einen selbst kreierten Garten zu bewirtschaften, um so im Sommer stets zahlreiche Tomaten, Gurken oder Zucchini zum Verzehr zu haben. Außerdem gehört das wöchentliche Backen von selbst hergestelltem Brot zur Tagesordnung, da die Hauskrankenpflege ohnehin stets das Falsche einkaufen geht. „Die Familie ist gut zu mir, sie akzeptieren es, wenn ich sage können wir es so machen, oder ist es so besser, sie sagen, ja kannst du ausprobieren wenn es für ihn [den Klienten] gut ist. Ich habe freie Hände!“ (Martin)

Soziales Netzwerk und das Fa(r)thering

Grundsätzlich bringt es Martin auf den Punkt „Jeder Mensch der nicht

(C) Halfpoint

zu Hause arbeitet, hat eine eigene Welt und kommt dann nach Hause, dann gibt's Abstand zwischen den Leuten. Gefühle und so sind weg, Leute reden weniger […]". Immerhin wurden im Zuge der Interviews etwaige aktive Partizipantinnen derer sozialen Netzwerke genannt – Familie (vorwiegend Frau, dann Mutter, Vater, Kind, Ex Frau), Verwandtschaft (Bruder), Nachbarn, Freunde und ehemalige Berufskollegen, mit welchen der Kontakt zwar limitiert aber aufrecht erhalten geblieben ist. Die Kommunikation erfolgt zumeist über Whatsapp und Viber Messages, auch wird Youtube, Facebook und diverse andere soziale Plattformen zum Austausch verwendet. In den Kärntner Privathaushalten selbst sind die einzigen sozialen Netzwerke die Klientinnen selbst, Angehörige, Nachbarn oder Fußball Begeisterte, auf die zurückgegriffen werden konnte. Im radikalsten Fall von Milan (lt. eigenen Aussagen hätte er in den letzten 5 Jahren nur 10 Tage frei gehabt) erklärt sich folglich von selbst, dass neue „Freundschaften" hier in Kärnten nicht entstehen können. Da sich zudem das Sexualverhalten (es ist nicht mehr „dringend", „notwendig", „wichtig") verändert hat, ist demnach auch nicht der Wunsch gegeben den Kontakt zu Personen zu forcieren.

Mit Ausnahme von Milan, sind alle Männer geschieden und haben mit der ersten Frau Kinder. Martin kann auf einen halbwegs stabilen Kontakt mit seinen 16-jährigen Sohn zurückgreifen, auch hat Dinu mit seinem in Deutschland lebenden 18-jährigen „Jungen" regelmäßig virtuellen Schriftverkehr. Kontakt zugleich mit seiner 36-jährigen Tochter und der 6-jährigen Enkelin wäre kaum da. Ähnlich sehe es bei Tibi aus, welcher seit Jahren keinen Kontakt mehr zu seinen zwei Töchtern und einem Enkel hat. So kann grundsätzlich die transnationale soziale Welt, auch im Kontext der Vaterschaft als „far" beschrieben werden.

Hybride Bausteine des Zusammenlebens

Dass sich im Rahmen der Beziehungsarbeit hybride soziale Räume etablieren, stellt bei den Männern die Ausnahme dar. Vielfach

ergibt sich aus der Einstellung und Motivation heraus eher eine devote Haltung, zugleich ein über die eigenen Grenzen und Identität hinausgehende Bereitschaft, die Klientinnen stets zufrieden zu machen. Am ehesten verschwimmen kulinarische Köstlichkeiten und Rezepte miteinander, ergibt sich aus den Umständen heraus ein gemeinsamer Tagesplan, werden religiöse Feste (meist im Zuge des katholischen Glaubens) miteinander gefeiert oder entwickelt sich ein eigener intimer Humor. Demnach besteht im Bereich des Zusammenlebens sicherlich noch Luft nach oben, um vor allem kulturelle Hybridisierungsprozesse in transnationalen sozialen Carespaces diverser zu gestalten.

Schlussendlich …

… hatte dieser Beitrag zum Ziel, die Erfahrungen etwaiger 24 Stunden Betreuer aus Kärnten zu reproduzieren und sich demnach bewusst ausschließlich für deren männliche Perspektive entschieden. Weder als Opfer „moderner Sklaverei“, noch als Hauptakteure einer nationalen Tragödie inmitten der entgrenzten Arbeit würden die Individuen hinter den Geschichten zu beschreiben sein. Vielmehr verbergen sich inmitten des dominanten femininen Kollektivs der 24 Stunden Betreuerinnen, talentierte Männer, welche die transnationalen sozialen Carespaces kreativ und produktiv mitgestalten.

Anmerkung des Verfassers

Abschließend bedarf es der Notwendigkeit darauf aufmerksam zu machen, dass sich die Bachelorarbeit im Zuge meines Studiums „Erziehungs- und Bildungswissenschaft“ an der AAU Klagenfurt, zu dem Zeitpunkt des Verfassens des Artikels nach wie vor im Prozess des Auswertens befindet und somit die Reproduktion eines endgültigen Bildes der Erfahrungen der männlichen 24 Stunden Betreuer in Kärnten erst Ende dieses Jahres möglich sein wird.

Quellenangabe

Acham, Karl (2003): Europa im Umbruch. Zentraleuropäische Befindlichkeiten um 1900 und in der Phase der EU-Osterweiterung. In: Acham, Karl/Scherke, Katharina (Hg.) Kontinuitäten und Brüche in der Mitte Europas. Studien zur Moderne. S. 19-50

Apitzsch, Ursula/Schmidbauer, Marianne (2010): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen & Farmington Hills, Verlag Barbara Budrich. S.11-22.

Fernández de la Hoz, Paloma (2004): Familienleben, Transnationalität und Diaspora. Österreichisches Institut für Familienforschung. ÖIF Materialien Heft 21, Wien

Hilfswerk Österreich (2018): Neue Daten zur 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Online im Internet: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180712_OTS0168/neue-daten-zur-24-stunden-betreuung-in-oesterreich-anhaenge (Zugriff am 29.10.20)

Kärntner Landesrechnungshofes (2017) (Hg.): Bericht des Kärntner Landesrechnungshofes. Versorgungsstrukturen im Pflegebereich. LRH-GUE-9-2017. Online im Internet: https://www.lrh-ktn.at/images/download/Berichte/LRH-Bericht%20Versorgungsstrukturen%20im%20Pflegebereich.pdf (Zugriff am 29.10.2020)

Kretschmann, Andrea (2010): Mit Recht regieren? Zu Verrechtlichung transmigrantischer 24-Stunden-Carearbeit in österreichischen Privathaushalten. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (2010) (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, Springer Verlag. S.199-226.

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa (2015): Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Meier-Gräwe, Uta (2015) (Hg.): Die Arbeit des Alltags. Gesellschaftliche Organisation und Umvertreilung. Wiesbaden, Springer Verlag. S.181-199.

Parreñas, Rhacel (2013): Transnational Mothering: A Source of Gender Conflict in the family. In: Geisen, Thomas/Studer, Tobias/Yildiz, Erol (2013) (Hg.): Migration, Familie und soziale Lage. Beiträge zu Bildung, Gender und Care. Wiesbaden. Springer. S.169-194.

Autor

Lukas Ertler M.Ed.

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege Referent, Wiedereinsteiger in die Praxis, Student der AAU Klagenfurt

Pries, Ludger (2015): Die Transnationalisierung der sozialen Welt. Edition Suhrkamp. 3. Auflage. Frankfurt am Main. Suhrkamp.

Pries, Ludger (2013): Internationale Migration. 4. unveränderte Auflage, Bielefeld, transcript Verlag.

Stajić, Olivera (2019): Österreichs moderne Sklavinnen. Kolumne vom 08. November 2019. In: Der Standard online unter https://www.derstandard.at/story/2000110813418/oesterreichs-moderne-sklavinnen (Zugriff am 29.10.20)

Terkessidis, Mark (2017): Nach der Flucht. Neue Ideen für die Einwanderungsgesellschaft. Ditzingen. Reclam. Online unter https://www.reclam.de/data/media/978-3-15-019449-2.pdf (Zugriff am 29.10.20)

Wirtschaftskammer Österreich Fachverband Personenberatung und Personenbetreuung (Hg.) (2020): Daheim betreut. Ausgabe 02/2020.

Yildiz, Erol (2018): Ideen zum Postmigrantischen. In. Naika Foroutan/Juliane Karakayali/Riem Spielhaus (2018) (Hg.): Postmigrantische Perspektiven. Ordnungssysteme, Repräsentationen, Kritik. Frankfurt/New York, Campus Verlag. S.19-34.

Yildiz, Erol (2016): Stadt ist Migration. Urbane Alltagspraxen als Ausgangspunkte für Bildungsprozesse. Zwischenräume #4. Online im Internet: http://www.trafo-k.at/_media/download/Zwischenraeume_4_Erol-Yildiz.pdf (Zugriff am 29.10.20)

(C) mrmohock

„Internationale Begegnung in der Pflege“ (C): Thomas Hax-Schoppenhorst

Die Sicht aus der Perspektive des Anderen

Über die Notwendigkeit einer kultursensiblen Pflege

Stichworte wie „kultursensible Pflege“ und „transkulturelle Kompetenz“ gehören seit vielen Jahren zu den Inhalten vielerorts angebotener Seminare. Die Resonanz hierauf war erfreulich, wenn auch der Situation nicht hinreichend entsprechend. Mit Einsetzen der Pandemie sind die Belange von Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturen noch mehr in Vergessenheit geraten – in dramatischer Weise gilt dies für Geflüchtete. Es bedarf in unseren Krankenhäusern und Kliniken einer umfassenden Bewusstseinsbildung, die Pflegende wirklich erreicht. Ebenso sind die in der Ausbildung Tätigen gefragt, sich dem Thema zu öffnen und engagiert zu vertreten.

Globalisierung und internationale Migration, die europäische Öffnung in den 90er-Jahren, sozialer und demographischer Wandel haben zu der zu beobachtenden Vielfalt in unserer Gesellschaft geführt. Naturkatastrophen und Kriege, Vertreibung und Intoleranz, Arbeitslosigkeit und Armut, aber auch das Streben nach Erfolg und Reichtum brachten und bringen Menschen in Bewegung. Zudem haben moderne Transportmöglichkeiten, neue Medien und Kommunikationstechnologien eine intensive interkontinentale Begegnung bewirkt, globale Verständigung bis in die entlegensten Winkel der Erde möglich gemacht und damit eine Veränderung des interkulturellen Verständnisses und des Zusammenlebens in Gang gesetzt. Seit jeher machen sich Menschen aus den verschiedensten Gründen auf den Weg; Migration, Fremdsein bzw. die Aufnahme von Fremden sind somit elementare menschliche Erfahrungen, keineswegs also ein neues, für Irritation und Unruhe sorgendes ‚Problem‘!

Migration bedeutet die Verlagerung des ständigen Aufenthaltsortes für lange Zeit oder auf Dauer in eine andere Kultur, sie geht einher mit dem Verlassen der Ursprungskultur und dem prozessualen Hineinwachsen in die Aufnahmekultur. Migrantinnen und Migranten sind Überschreiter von Kulturgrenzen und Wanderer zwischen den ethnischen Welten, sie sind die Symbolfigur des Fremden schlechthin. Migration bedeutet

nicht nur, seine Heimat bzw. sein Geburtsland zu verlassen, sondern ebenfalls vertraute – auch stützende – Systeme hinter sich zu lassen. Familien oder Individuen begeben sich auf eine Reise durch viele Phasen und soziale Systeme und schaffen sich dabei – im Idealfall – eine neue Heimat. Die Lebenswirklichkeit dieses großen Personenkreises ist höchst unterschiedlich; es gibt also nicht die Migranten! Seit längerer Zeit bei uns lebende Familien aus Italien, Griechenland oder der Türkei werden in ganz anderer Weise über ihre Erfolge, Sorgen und Nöte berichten als ein Asylsuchender aus einem afrikanischen Staat, dem Irak oder Syrien. Migranten unterscheiden sich also hinsichtlich der Aspekte sozioökonomischer Status, Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland, Wanderungsmotive (Familienzusammenführung, Arbeitsmarkt, Flucht, traumatische Erfahrungen), Rechtsstatus (Aufenthaltstitel oder drohende Abschiebung) und kulturelle Hintergründe (Hax-Schoppenhorst/ Jünger, 2010, S. 9 – 30).

Seit geraumer Zeit wird von Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen. Und dies aus guten Gründen. Illustrierend hierzu die Hintergründe aus Deutschland (bpb, 2020, S. 1):

Im Jahr 2019 hatten 21,2 Millionen der insgesamt 81,8 Millionen Einwohner in Deutschland einen Migrationshintergrund (Zugewanderte und ihre Nachkommen) – das entspricht einem Anteil von 26,0 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Von den 21,2 Millionen Personen mit Migrationshintergrund waren 11,1 Millionen Deutsche und 10,1 Millionen Ausländer (52,4 bzw. 47,6 Prozent).

Rund zwei Drittel der Personen mit Migrationshintergrund – 13,7 Millionen bzw. 64,4 Prozent – waren 2019 selbst Migranten (erste Generation). Die Personen mit eigener Migrationserfahrung unterteilen sich in Ausländer (40,3 Prozent aller Personen mit Migrationshintergrund) und Deutsche (24,1 Prozent). Personen ohne eigene Migrationserfahrung (zweite oder dritte Generation) machten gut ein Drittel der Personen mit Migrationshintergrund aus (35,6 Prozent). Diese Gruppe teilt sich in Deutsche ohne eigene Migrationserfahrung (28,2 Prozent) und Ausländer, die ebenfalls in Deutschland geboren wurden (7,4 Prozent).

Die aktuelle Ausgangslage ist folglich eindeutig; angesichts der weltpolitischen Entwicklungen ist davon auszugehen, dass sich die Zahlen von Tag zu Tag ändern und damit neue Herausforderungen entstehen. Statt diese Entwicklung als Zeichen der Zeit und auch als Gewinn, als Chance zu sehen, sind immer noch heftige Grundsatzdebatten und Abschottungsbestrebungen („Festung Europa“) zu beobachten, die nationalstaatlichem Denken und dem Ringen um Wahrung des Besitzstandes verhaftet zu sein scheinen. Pluralität in unseren Gesellschaften – so scheint es – wird nur in einem sehr begrenzten Maße gewünscht.

Andererseits muss betont werden: Die Präsenz von unterschiedlichsten soziokulturellen Lebenswelten stellt die Institutionen der Gesundheitsversorgung und das medizinische Fachpersonal vor immer komplexere Aufgaben. Gerade Pflegende fühlen sich im von Hektik und hohen Anforderungen geprägten Berufsalltag schnell überfordert, wenn Patientinnen und Patienten aus ihnen fremden Kulturen ihrer Aufmerksamkeit bedürfen (Eicke, 2012). Und dennoch: Der beschriebene globale Konflikt spiegelt sich nicht selten auch auf den Stationen unserer Krankenhäuser wieder. Die Bezeichnung „Menschen mit Migrationshintergrund“ – eine an sich schon höchst sperrige Wortkombination – geht vielen so über die Lippen, als handle es sich um ein Handicap … Defizite werden betont, vorhandene Ressourcen nicht gesehen.

Pflegenden müssen grundlegende Informationen an die Hand gegeben werden, zudem sollten ihnen Angebote offen stehen, die einen Perspektivenwechsel ermöglichen. Irrtümlicherweise herrscht vielfach die Auffassung vor, für ein kultursensibles Auftreten müsse man die halbe Welt bereist haben bzw. eine Art Internationalismus-Experte sein, um zu angemessenem Auftreten überhaupt fähig zu sein. Dem ist keineswegs so: Gewissermaßen ein Basiswissensgerüst und die generelle Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen genügen, um Erleichterung und Entlastung zu bewirken. Ein den Bedürfnissen von Migranten entsprechendes pflegerisches Handeln ist mitnichten zeitraubend bzw. mit Blick auf die übrigen Verpflichtungen kaum erreichbar. Der Anfang muss nur gemacht werden! Erfolge stellen sich schnell ein.

Migration und Gesundheit

Gesundheit und Integration stehen in einer Wechselwirkung zueinander: Wer gesund ist, kann sich gesellschaftlich besser integrieren, und wer zufriedenstellend integriert ist, lebt gesünder. Zur Integration gehört auch eine chancenglei-

che Teilhabe an den Leistungen der Gesundheitsversorgung; einschließlich Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Ist diese jedoch nicht gegeben, wiederholen sich für Migranten und Migrantinnen Erfahrungen der Ohnmacht, Abhängigkeit und Diskriminierung.

Migration per se macht nicht krank. Es sind immer mehrfache Einflussfaktoren, die den Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen beeinflussen. Arbeitsmigranten, insbesondere der ersten Generation, gehören oftmals zu den unteren Bevölkerungsschichten. Verschiedenste Forschungsergebnisse haben aufgezeigt, dass diese Gruppe deutlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt ist und darum in der Gesundheitsversorgung besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus, traumatische Erfahrungen (vor oder während der Migration), Diskriminierung im Einwanderungsland, belastende Wohn- und Arbeitsverhältnisse, Integrationsbarrieren (z. B. mangelnde sprachliche und soziokulturelle Kenntnisse) und ein damit verbundener schlechter Zugang zum Gesundheitssystem können den Gesundheitszustand von Menschen in der Migration zusätzlich verschlechtern. Migranten und Migrantinnen werden daher als Gruppe mit einem hohen Gefährdungsmoment eingestuft. Vorsicht ist jedoch geboten: Bei bestimmten Gruppen von Migranten mag es spezifische Krankheitsrisiken und -häufigkeiten geben (hoher Alkoholkonsum und Drogenmissbrauch bei jungen Menschen aus dem osteuropäischen Raum, höhere Infarktraten bei türkischstämmigen Patienten, …), aber

Begrüßung in mehreren Sprachen am Eingang einer Akutstation in der LVR-Klinik Düren (C) Thomas Hax-Schoppenhorst

längst nicht alle Angehörigen dieser Gruppe sind davon betroffen. Bedenklich stimmt auch, dass mit bzw. nach dem Verlassen der Heimat viele Migranten erst einen von Risiken behafteten Lebensstil adaptieren bzw. mit diesem auf Veränderungen und Problemlagen reagieren (Robert Koch-Institut, 2008). Ausdruck von Spannungen ist ebenso der zu verzeichnende Anstieg psychischer Erkrankungen bei ihnen: Von der Depression bis zur Schizophrenie – sie leiden fast doppelt so häufig darunter wie der Bevölkerungsdurchschnitt (Azizi, 2019). Die Betroffenen sind Identitätskrisen durch kulturelle Entwurzelung, gesellschaftlichem Anpassungsdruck, Problemen mit Institutionen, wirtschaftlicher Not, schlechten Wohnverhältnissen, der Trennung von der Familie im Heimatland, Einsamkeit und Generationskonflikten ausgesetzt.

Verschiedene Sichtweisen von Krankheit

Im Krankenhausalltag kommt es oft zu Verständigungsschwierigkeiten, die über das Vorhandensein von Sprachbarrieren hinausgehen. Wenn von Krankheit und den daraus abzuleitenden Behandlungsschritten die Rede ist, sprechen die Beteiligten auch in übertragener Hinsicht nicht die gleiche Sprache.

In jeder Gesellschaft existieren bevorzugte Verursachungsmodelle, durch die das Geschehen in der Welt interpretiert wird (Weltbild). Die Vorstellungen über das, was Krankheit hervorruft bzw. heilt, werden in entscheidender Weise vom sozialen Umfeld und dem jeweiligen Weltbild beeinflusst – aber auch von der Erreichbarkeit der medizinischen Institutionen und von dem empfundenen Heilungserfolg!

Wenn auch gerade in den letzten Jahrzehnten ein gewisses Umdenken beobachtet werden konnte, so liegt unserem Gesundheitssystem ein naturwissenschaftliches, biomedizinisches Verständnis von Körper, Gesundheit und Krankheit zugrunde. Symptome werden allein als Ausdruck einer biologisch und wissenschaftlich nachprüfbaren Realität gesehen. Diagnostische Methoden beruhen auf der naturwissenschaftlichen Erkenntnistheorie; Entstehung und Entwicklung einer Krankheit (Pathogenese) sind wissenschaftlich erklärbar und nachvollziehbar. Eine Diagnose wird auf dieser Basis erstellt. Gleiche Diagnosen bei verschiedenen Patienten werden nahezu gleich therapiert. Im Mittelpunkt einer solchen biomechanischen Medizin steht der Körper mit seinen Organen und Funktionen. Dieses Konzept lässt sich nur schwer zum mit Kulturen in Einklang bringen, in denen zum Beispiel ein animistisches Weltbild (Glaube an Gottheiten und Ahnen, die das Leben beeinflussen können). In zahlreichen lateinamerikanischen Ländern ist das zum Beispiel der Fall; Krankheit wird als totale Befindlichkeit erlebt – eine Trennung von Körper und Seele, wie sie in unserer Kultur vorherrscht, gibt es nicht.

In der afrikanischen Kultur hat das soziosomatische Konzept ein besonderes Gewicht. Hier umfasst die soziale Umwelt neben den lebenden Mitgliedern des Umfelds auch die Toten, die Ahnen. Eine Krankheit kann demzufolge verursacht werden durch einen Konflikt mit einem lebenden Verwandten oder durch die Verletzung/Verärgerung eines Ahnen – z. B. durch Abweichungen vom Verhaltenskodex.

Schließlich noch ein Beispiel aus der Volksmedizin: Der Glaube an den „bösen Blick“ ist seit Jahrtausenden in vielen Kulturen bedeutsam. Es handelt sich um ein magisches Erklärungsmuster von Krankheit. Dabei wird von der Vorstellung ausgegangen, dass eine Person durch neidvolles Anblicken bei einem anderen Unheil auslösen kann; auch die bloße Anwesenheit einer Person mit einer solchen Fähigkeit kann dazu führen. Dieser „böse Blick“ ist häufig nicht beabsichtigt. Schutz bieten u. a. Amulette. Die Therapie vollziehen Spezialisten durch Gegenmagie.

Das Spannungsfeld zwischen biomedizinischen und z. B. magischen Erklärungsmustern von Krankheit lässt sich sehr anschaulich am Beispiel von Schmerzphänomenen erläutern. Hier gilt es zwischen Schmerzempfinden und Schmerzausdruck zu unterscheiden. Es ist von sehr vielen verschiedenen Faktoren abhängig, ab welchem Punkt Schmerz empfunden wird bzw. wie hoch die Schmerztoleranz ist. Die kulturelle Herkunft spielt dabei keine eindeutige Rolle. Dagegen ist die Schmerzbewältigung und damit der Schmerzausdruck kulturell gelernt. Abhängig von dem jeweiligen Umfeld lernt jeder Mensch, welches Schmerzverhalten ‚belohnt‘ wird, welches ‚bestraft‘ wird und welche Erwartungen an den Leidenden gestellt werden. Die soziale Umgebung gibt dabei sehr konkret das Vokabular vor, mit dem Schmerzen beschrieben werden – ob sie stechen, ziehen, brennen, drücken oder bohren. Auch die Sprache, mit der die mit dem Schmerz verbundenen Emotionen beschrieben werden, ist hoch differenziert. Wird z. B. der Schmerz ausgesprochen expressiv geäußert, ist in der Reaktion darauf in unseren Breiten sehr schnell vom „Mamma-Mia-Syndrom“ oder „Morbus Bosporus“ die Rede (Hax-Schoppenhorst/Jünger, 2010, S. 44 - 52).

In transkulturellen Gesprächssituationen ist aber immer wieder zu klären, wie vom Gegenüber ein bestimmter Begriff oder ein spezifisches Krankheitssymptom interpretiert werden und mit welchem individuellen Erfahrungshintergrund diese verknüpft sind. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Verständnis und die damit verbundenen Erwartungen an eine therapeutisch-pflegerische Handlung, sich mit unseren Vorstellungen decken. Gelingt es, das Gegenüber als Experte/in seiner/ihrer eigenen soziokulturellen Lebenswelt anzusprechen, nutzen wir sein/ihr kulturelles Wissen als Ressource und schaffen eine erste Vertrauensbasis.

Mitunter turbulent wird es im Stationsalltag oft, wenn auch in Bezug auf den Umgang mit dem Kranken gänzlich unvertraute Verhaltensweisen zu beobachten sind. Die Familie hat bei Menschen, die aus kollektivistisch orientierten Gesellschaften und Kulturen stammen, einen noch höheren Stellenwert als vielfach hierzulande. Besonders die älteren Generationen sind vehement bemüht, den Familienbund nicht auseinanderfallen zu lassen und ‚Individualisierungstendenzen‘ zu unterbinden. ‚Ansehen‘ und ‚Ehre‘ der Familie spielen vielfach eine übergeordnete Rolle, der sich jedes einzelne Mitglied unterzuordnen hat. Familienoberhäupter, in der Regel die Väter, haben darüber zu wachen, dass die Reputation der Familie keinen Schaden nimmt. So kann es zu als unpassend erlebten Einmischungen in den Behandlungsprozess

oder gar Verweigerung bestimmter therapeutischer Maßnahmen durch die Angehörigen kommen. Die andere Sicht der Situation ruft auf beiden Seiten dann bloßes Kopfschütteln hervor.

Ähnlich verhält es sich mit den als ‚Invasionen' empfundenen häufigen und in großer Personenzahl stattfindenden Besuchen der Erkrankten: Herrscht nach unserem Verständnis die Auffassung vor, man habe einen Kranken in erster Linie zu schonen und demzufolge auch nicht pausenlos zu behelligen, ist die häufige Präsenz möglichst vieler Familienmitglieder am Bett geradezu Ausdruck von Liebe und Wertschätzung schlechthin. Der Individualismus ist in Ländern Westeuropas deutlich stärker ausgeprägt – dennoch nicht Maß aller Dinge, denn die Mehrheit der Kulturen in der Welt ist kollektivistisch orientiert.

Umgang mit Fremdheit

In der Begegnung mit Migranten kommt uns vieles ‚fremd', ‚befremdlich', ‚seltsam' oder gar ‚komisch' vor. Ohne exakter darüber Auskunft geben zu können, was nun konkret Distanz und Unbehagen auslöst, lassen wir dieses irritierende, manchmal Angst auslösende Grundgefühl zu, hinterfragen es nicht weiter und nehmen es als gegeben bzw. unveränderlich hin. Damit aber entgeht uns eine wichtige Chance, die Dinge in einem anderen, kritischen Licht zu sehen, um dann vielleicht angemessener entscheiden und handeln zu können. Auf der anderen Seite ist es gerade das Fremde, das uns in seinen Bann zieht, neugierig macht – wie sonst ließ es sich z. B. erklären, dass Jahr für Jahr sich Millionen Deutsche auf den Weg in die Fremde machen, um dort Entspannung, aber auch eine Form von Abenteuer zu finden?

Was ist unter dem Begriff ‚fremd' zu verstehen? Wie kommt es zu den mit Fremdheit verbundenen negativen Gefühlen? Wer sich anderen Kulturen öffnen will, wer kultursensibel pflegen will, muss sich mit dem Fremden im Allgemeinen und dem Fremden in sich auseinandersetzen! Denn: „Fremd sind nicht nur die MigrantInnen. Fremd ist grundsätzlich alles, was man nicht kennt. Denken Sie bitte einmal zurück an Ihren ersten Arbeitstag im Altenheim. Was kam Ihnen damals alles fremd vor? Was war anders als sonst, wo gab es Abweichungen von Ihrem bis dahin gewohnten Tagesablauf oder Arbeitsplatz?" (Uzarewicz,2008, S. 1).

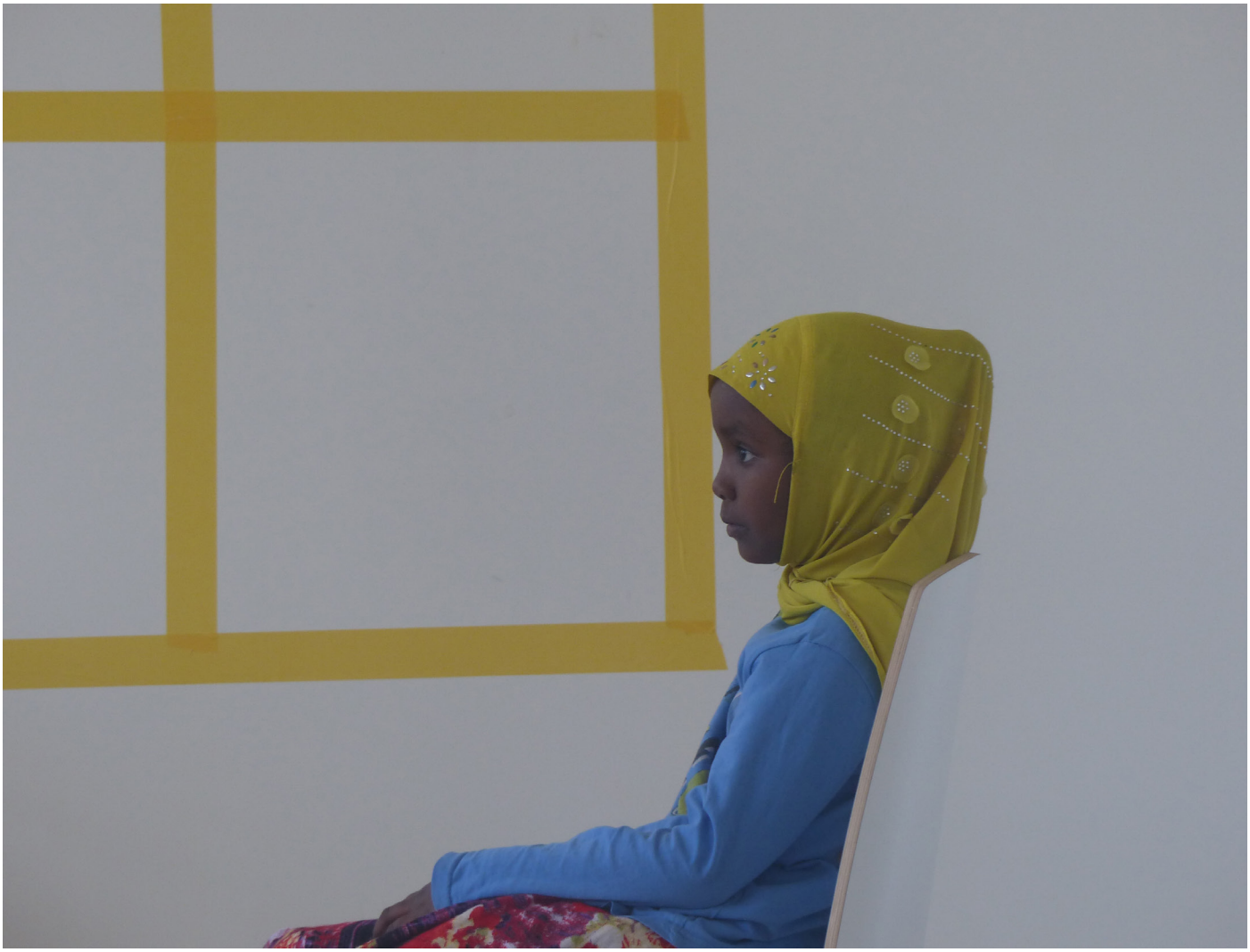
Die Art und Weise, wie Menschen mit Fremdem bzw. Fremden umgehen, lässt den Eindruck entstehen, dass sie Fremdheit für eine Eigenschaft von Dingen oder Personen halten. Jedoch ist Fremdheit kein absoluter, sondern ein relationaler Begriff: Nicht etwas ist fremd, sondern etwas ist mir fremd! Damit rückt der Raum zwischen zwei Eigenheiten oder zwei Menschen in den Mittelpunkt. Fremdheit kann in ihrer Bedeutung erst erfasst werden, wenn eine Person bereit ist, die eigenen Anteile in der Beziehung wahrzunehmen. Die Fremdartigkeit des Anderen wird also nicht durch den Anderen hervorgerufen, sondern durch das, was wir als ‚innen' oder ‚außen' definieren.

Menschen weichen dem Fremden vielfach aus Angst aus, jedoch: Vermeidung der Fremden in den sozialen Interaktionen ist keine produktive Form der Angstbewältigung. Sie festigt die vorhandenen Vorurteile, die möglicherweise erst die Angst vor Fremden hervorgerufen haben, und trägt zur Entstehung neuer Vorurteile bei. Sie unterdrückt die Fähigkeit des Menschen, das Neue zur eigenen Bereicherung selektiv, kritisch und konstruktiv aufzunehmen. Sie hindert nicht nur eine differenzierte Wahrnehmung, sondern führt zu rigider Stereotypenbildung und dogmatischer Haltung. Dadurch kann die realistische Einschätzung der Fremden durch persönliche Begegnung nicht stattfinden" (Han 2007, S. 33).

Bedauerlicherweise wird auf Fremdheits- und Befremdungserfahrungen im Krankenhausalltag nicht so reagiert, wie es sein könnte bzw. sollte. Um aus einer Situation der Verlegenheit, der Irritation und manchmal auch des ‚Kulturschocks' auszubrechen, kommen (unbewusst) Strategien zum Einsatz, die nur auf den ersten Blick das Problem lösen. Misserfolge oder Probleme werden ausschließlich ‚den Migranten' zugeschrieben, indem sie als unmotiviert, unzuverlässig und uneinsichtig bezeichnet werden. Machtmanifestationen im Sinne von „Wir wissen schon sehr genau, was dem Kranken fehlt!" häufen sich. Es wird vermehrt mit Formalismus und Blockaden reagiert: Statt Beziehung zu gestalten und die eigenen Handlungsspielräume mit Kreativität zu nutzen, verweist man auf Reglements, Gesetze und das hohe Arbeitsaufkommen. Schließlich sollen Rationalisierungen wie „Bei den mangelhaften Sprachkenntnissen sind uns einfach die Hände gebunden" Entlastung bringen.

Diese Lösungsstrategien schaffen allerdings nur kurzfristig das

„Ausgegrenzt“ (C) Thomas Hax-Schoppenhorst



Problem aus der Welt. Nicht ohne Grund wenden Kritiker ein: „Das Erlebnis des ‚Fremden’ ist Ausdruck einer Beziehungsweise zwischen dem inneren und äußeren Fremden, den gleichermaßen anziehenden und abstoßenden, identifikationsstiftenden und -bedrohenden Anteilen am Fremden. Besonders die Analyse dieser Dynamik ist für das Verstehen und den Umgang mit kultureller Andersartigkeit eine wesentliche Voraussetzung“ (Scheibler, 1998, S. 23).

Kultursensibilität und transkulturelle Kompetenz

Bei der hiermit beschriebenen Ausgangslage stellt sich die Frage, inwieweit sich Verbesserungen bzw. Veränderungen der Grundhaltung bewirken lassen. Schließlich macht es wenig Sinn, die unbefriedigende Situation anhaltend zu beklagen oder gar Vorwürfe zu erheben.

Eine kulturelle Unterschiede wahrnehmende und akzeptierende Pflege wird nicht nur durch bloßes Sachwissen erzielt. Vielmehr gilt es Signale wahrzunehmen, welche von Patienten anderer Kulturen ausgesendet werden. Um diese zu deuten und entsprechend handeln zu können, benötigen Pflegekräfte Sensitivität.

Dies bedeutet ein Maß an Empfindsamkeit für das, was der andere sagt und tut sowie für die Tatsache, dass dies für den anderen eine derartige Bedeutung hat, dass es das Hilfeersuchen beeinflusst. Sensitiv pflegen bedeutet somit:

- Anteilnahme, Mitleid, Gefühl, Kompetenz, Emotion, Intuition, Wissen, Offenheit und Sorge um das Gegenüber
- das Umfeld des anderen kennen und deuten zu lernen
- sinnliche Wahrnehmung und Interaktion: schauen, zuhören, hören, sprechen, riechen, fühlen, und berühren, aber auch analysieren, interpretieren und reagieren etc.
- letztlich adäquate und patientenorientierte Sorge zu bieten (Visser/de Jong, 2002, S. 151 – 174).

In diesem Zusammenhang ist auch stets von der transkulturellen Kompetenz die Rede. Der Begriff wird geradezu beschwörend ins Spiel gebracht, wobei er als bloßes Schlagwort eher abschreckt. Betrachtet man die mit ihm verbundenen Grundüberzeugungen, dürfte es selbst Skeptikern zumindest leichter fallen, Neues zu wagen, sich einzulassen, statt zu blocken oder zu resignieren.

Wer also transkulturell orientiert arbeiten will, sollte sich mit den nachfolgenden Haltungen/Sichtweisen vertraut machen:

- Annehmen einer allfälligen Verunsicherung / Irritation: Es ist nicht verwerflich, nicht auf Anhieb auf alles angemessen reagieren zu können. Es darf etwas geben, das mir nicht bekannt ist. Für eine gute Arbeit muss ich nicht Kulturexperte oder Weltenbummler sein.
- Selbstreflexion und Relativierung der eigenen Sichtweise: Neben meinen Wünschen und Zielen gibt es durchaus andere. Begriffe wie ‚Glück‘, ‚Lebenssinn‘, ‘Pflichten‘ , ‚Ordnung‘, Familie‘ ‚Freundschaft‘ werden von unterschiedlichen Menschen an unterschiedlichen Orten mit durchaus anderen Vorstellungen besetzt. Es gibt vieles, was ich bisher nicht kannte, mich aber durchaus neugierig macht.
- Wertschätzung für fremde Sichtweisen zeigen: Wer die Welt anders sieht, ist nicht mein Feind. Ich werde von niemandem gezwungen, mich der jeweiligen Sicht anzuschließen. Daher kann ich offen bleiben, sehr wohl auch Respekt oder Bewunderung zum Ausdruck bringen.
- Ressourcen-Orientierung und gemeinsame Interessen ins Zentrum stellen: Es gibt sicherlich einiges, was mein Gegenüber – trotz der Krankheit – kann. Das interessiert mich. Ich will auch mehr wissen, z. B. von dem, wie dieser Mensch zuvor sein Leben gemeistert hat. Es gibt bestimmt Dinge, die uns beide begeistern.
- Verständnissicherung durch Nachfragen (aktives Zuhören): Ich möchte in allen Punkten verstanden werden, daher rückversichere ich mich, gebe nötigenfalls Erklärungen oder erkläre mit Hilfe von Bildern oder Zeichnungen.
- Nonverbale Wachsamkeit: Ich achte auf Gestik und Mimik, um daraus ggf. Erkenntnisse zu gewinnen, wobei zu beachten ist, dass gleiche Gesten international durchaus sehr verschiedene Bedeutungen haben können.
- Akzeptanz sprachlicher Fehler und Anbieten anderer Formulierungen: Ich spreche nur zwei Sprachen, nicht selten sprechen Migranten drei oder vier. Bleibe ich also bescheiden in meinen Erwartungen.
- Empathie und Bereitschaft, sich auf ungewohnte Deutungsmuster einzulassen: Unser biomedizinisch-naturwissenschaftliches Bild von Krankheit hat keine weltumspannende Gültigkeit.
- Ambiguitätstoleranz: Ich besitze die Fähigkeit andere Meinungen und Sichtweisen zu akzeptieren sowie Mehrdeutigkeiten und Widersprüche in Situationen und Handlungsweisen zu ertragen, ohne mich gleich unwohl zu fühlen oder aggressiv zu reagieren.

Was kann im Krankenhaus unternommen werden, um den Anforderungen einer kulturell vielfältigen Patientenschaft gerecht zu werden? Wie können sich Krankenhäuser so auf Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Herkunft einstellen, dass erstens die medizinischen und therapeutischen Möglichkeiten optimal genutzt werden und dass zweitens die Maßnahmen auch zu einer Entlastung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden beitragen? Erfreulicherweise öffnen sich immer mehr Häuser diesen Fragen – womit das Anliegen zu einem gemeinschaftlichen und nicht dem der ‚Einzelkämpfer‘ wird (Bundesregierung, 2013; DGB Bildungswerk, 2011).

Es wird zukünftige Aufgabe sein, zunehmend mehr Kolleginnen und Kollegen in der Pflege und in der Pflegeausbildung zu ermutigen, den oben beschriebenen Perspektivenwechsel voranzutreiben. Dabei mag eine indianische Weisheit behilflich sein (Krohn, 2014): „Großer Geist, bewahre mich davor, über einen Menschen zu urteilen, ehe ich nicht eine Meile in seinen Mokassins gegangen bin.“ Sie ist seit langer Zeit bekannt und gilt mittlerweile als ‚verstaubt‘ bzw. ‚romantisierend‘.

In dem Kontext. ‚pflegerischer Umgang‘ trifft sie (immer noch) den Kern.

Literaturangaben

Eicke, M. (2012). Viele Lebensformen – Migranten/Migrantinnen im Gesundheitswesen. In: Hax-Schoppenhorst, T.; Jünger, S. (2010), S. 240 – 254.

Han, P. (2007). Angst vor dem Fremden – ein unlösbarer Widerspruch? In: Borde, T.; David, M. (Hrsg.) (2007). Migration und psy-

chische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 23 – 38.

Hax-Schoppenhorst, T.; Jünger S. (2010). Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Wegweiser für Pflegende. Stuttgart: Kohlhammer.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Institutsdruck.

Scheibler, P. (1998). Interkulturelle Kommunikation und Interaktion in der Krankenpflege als Thema psychologischer Gesundheitsförderung. In: Pflege, 3. Jg., Nr. 3, S. 22 – 24.

Visser, M.; de Jong, A. (2002). Kultursensitiv pflegen. München: Elsevier.

Internetquellen

Bundesregierung. Das kultursensible Krankenhaus. 2013. http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/2013-09-13-Krankenhaus.html (letzter Zugriff 30.10.2020)

Bundeszentrale für politische Bildung/bpb (2020). Bevölkerung mit Migrationshintergrund. https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i (letzter Zugriff 02.11.2020)

DGB-Bildungswerk. Interkulturelle Kompetenz in Kliniken. 2011. http://www.migration-online.de/data/publikationen_datei_1325498929.pdf (letzter Zugriff 30.10.2020)

Azizi, M. (2019). Migration, Flucht und psychische Folgen. https://www.lokalkompass.de/hagen/c-politik/migration-flucht-und-psychische-folgen_a1233648 (letzter Zugriff 02.11.2020)

Krohn, B. (2014). Indianische Sprichwörter. http://www.bk-luebeck.eu/sprichwoerter-indianische.html (letzter Zugriff 02.11.2020)

Schweizerische Eidgenossenschaft. Migration und Integration. 2014. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos2/01.html (letzter Zugriff 22.11.2014)

Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2013. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/11/PD14_402_122.html;jsessionid=301BB8698C60DC077BBB7246A71758E3.cae3 (letzter Zugriff 22.11.2014)

Uzarewicz, C. (2008). Fremdheit und transkulturelle Kompetenz. Vortrag vom 9. Oktober 2008. http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftka-uzarewicz.pdf (letzter Zugriff 22.11.2014)

Autor

Stefan Jünger
Fachkrankenpfleger, Bildungsreferent der LVR-Akademie für seelische Gesundheit, Halfeshof 10, 42651 Solingen E-Mail: stefan.juenger@lvr.de

Autor

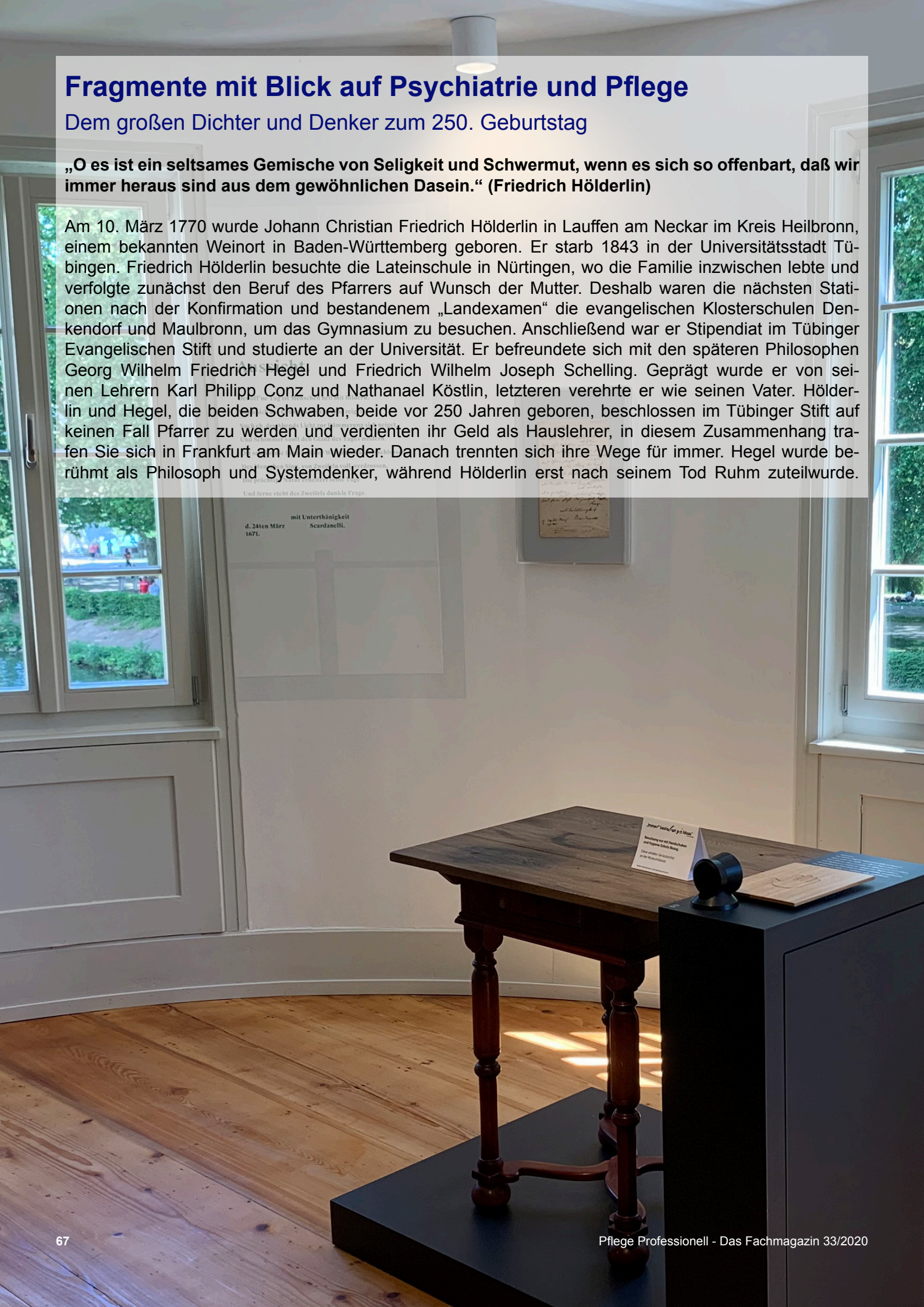
Thomas Hax-Schoppenhorst
Pädagogischer Mitarbeiter der LVR-Klinik Düren (D) seit 1987; 16 Jahre im Maßregelvollzug tätig, seit 2003 Öffentlichkeitsbeauftragter und Integrationsbeauftragter der Klinik; Autor und Herausgeber von Büchern zu Fragen des Gesundheitswesens, Dozent an Pflegeschulen, Mitarbeiter bei verschiedenen Zeitschriften.

Fragmente mit Blick auf Psychiatrie und Pflege

Dem großen Dichter und Denker zum 250. Geburtstag

„O es ist ein seltsames Gemische von Seligkeit und Schwermut, wenn es sich so offenbart, daß wir immer heraus sind aus dem gewöhnlichen Dasein.“ (Friedrich Hölderlin)

Am 10. März 1770 wurde Johann Christian Friedrich Hölderlin in Lauffen am Neckar im Kreis Heilbronn, einem bekannten Weinort in Baden-Württemberg geboren. Er starb 1843 in der Universitätsstadt Tübingen. Friedrich Hölderlin besuchte die Lateinschule in Nürtingen, wo die Familie inzwischen lebte und verfolgte zunächst den Beruf des Pfarrers auf Wunsch der Mutter. Deshalb waren die nächsten Stationen nach der Konfirmation und bestandenem „Landexamen“ die evangelischen Klosterschulen Denkendorf und Maulbronn, um das Gymnasium zu besuchen. Anschließend war er Stipendiat im Tübinger Evangelischen Stift und studierte an der Universität. Er befreundete sich mit den späteren Philosophen Georg Wilhelm Friedrich Hegel und Friedrich Wilhelm Joseph Schelling. Geprägt wurde er von seinen Lehrern Karl Philipp Conz und Nathanael Köstlin, letzteren verehrte er wie seinen Vater. Hölderlin und Hegel, die beiden Schwaben, beide vor 250 Jahren geboren, beschlossen im Tübinger Stift auf keinen Fall Pfarrer zu werden und verdienten ihr Geld als Hauslehrer, in diesem Zusammenhang trafen Sie sich in Frankfurt am Main wieder. Danach trennten sich ihre Wege für immer. Hegel wurde berühmt als Philosoph und Systemdenker, während Hölderlin erst nach seinem Tod Ruhm zuteilwurde.



Rathgeb stellt in seinem Buch fest, dass das Interesse an beiden geblieben ist, da beide nicht in der Lage waren, in einfachen Worten zu sagen, was sie dachten und fühlten. Er stellt fest, dass es Hölderlin und Hegel zwei Mal gibt - nämlich einmal als Werk und Dokument und andererseits als Auslegung und Analyse. Wörtlich schreibt Rathgeb: „Hegel und Hölderlin geben ihr Bestes, der eine unterwarf die Wörter der Vernunft, der Logik und der Wissenschaft, der andere der Einbildungskraft, den Gesetzen der Poesie und dem Empfinden, aber welche Einsichten und Bilder ihnen auch gelangen, ihr Werk war für ein letztes Wort in dieser Angelegenheit immer noch nicht gut genug. Ein letztes Wort wird es nicht geben, weil Wörter für letzte Worte in diesem großen, umfassenden Sinne nicht gemacht sind.“ (Rathgeb, 2019, S. 13)

Annäherung an Friedrich Hölderlin

Häufig kennen wir Hölderlin als Dichter im Kontext unserer Schulbildung, durch seine Briefe, Prosa und Gedichte. Sich in das Leben eines Menschen einzufühlen, das so ganz anders verlief als das eigene, ist eine Herausforderung und geschieht natürlich immer mit dem eigenen Lebenshintergrund. Vielen Menschen erscheint Hölderlin mit seinem Werk rätselhaft und dunkel, der Zugang zu den Inhalten ist vordergründig nicht einfach. Beispielsweise muss man seine Gedichte genauer betrachten, um die Botschaft, die darin steht zu ergründen, dann wird man jedoch feststellen, dass sie schön, auch noch heute nicht veraltet ist und zum Nachdenken anregt. Wie den ausgewählten Literaturhinweisen zu entnehmen ist, haben sich zahlreiche Schriftsteller mit Hölderlin beschäftigt-

Peter Härtling (1933-2017) schreibt einleitend in seinem Hölderlin-Roman: „Ich weiß nicht genau, was ein Mann, der 1770 geboren wurde, empfand. Seine Empfindungen sind für mich Literatur. Ich kenne seine Zeit nur aus Dokumenten. Wenn ich ‘seine Zeit‘ sage, dann muß ich entweder Geschichte abschreiben, oder versuchen, eine Geschichte zu schreiben. Was hat er erfahren? Wie hat er reagiert?“ (Härtling, 1995, S. 9). Geschichte schreiben bedeutet in diesem Kontext vielleicht auch, das Vergangene zu benennen und festzuhalten sowie sich vor diesem Hintergrund Gedanken zur heutigen Situation zu machen, um mit der Geschichte lernen zu können.

Pierre Bertaux (1907-1986) beschäftigte sich mehr als 50 Jahren mit Friedrich Hölderlin, seine Einschätzung über den psychischen Zustand Hölderlins war wie folgt und ist im Vorspann seiner Hölderlin-Biographie zu lesen: „Sehr einfach und in wenigen Worten zusammengefaßt läßt sich die hier von mir vertretene These folgendermaßen formulieren: Hölderlin war nicht geisteskrank. […] Ich dagegen bin heute der Meinung: die pathologische Interpretation von Hölderlins Geistesverfassung – von seiner, wie man sich schonend ausdrückt ‘geistiger Umnachtung‘ – ist nichts anderes als eine romantische, heute wissenschaftlich überholte Legende, die allzu lange ihr Unwesen getrieben hat und mit der es jetzt abzurechnen gilt“ (Bertaux, 1978, S. 12). Zudem betont Bertaux, dass ein revolutionär gesinnter Hölderlin, von der politischen Entwicklung in Deutschland enttäuscht, sich eher bewusst in eine weltabgewandte Gedankenwelt hineingeflüchtet hat, um so der schlechten Wirklichkeit zu entkommen.

Navid Kermani (*1967) schreibt im Nachwort seiner Auswahl aus Hölderlins Werke „Als ich es mit siebzehn, achtzehn Jahren das erste Mal mit Hölderlin versuchte, nahm ich an, daß er von den Göttern spricht, wie der Humanismus, die Aufklärung, der Idealismus und die Romantik eben von ihnen sprachen, als Sinnbildern der eigenen, also menschlichen Vorstellung, die von der christlichen oder überhaupt monotheistischen Religiosität unterschieden waren. Ich nahm an, niemand im achtzehnten, neunzehnten Jahrhundert glaube im Ernst noch an Zeus und Apollon, wenn sie bereits in den antiken Dramen allzu menschlich auftraten. Ich kam nicht weit bei der Lektüre, solange ich Hölderlins Gottheiten ebenfalls für Kunstfiguren hielt“ (Hölderlin, 2020, S. 250). Er betont, dass er zudem ein Schulsystem durchlief, das in der Folge der Achtundsechziger der humanistischen Bildung den Kampf angesagt hatte.

Ein Blick in Hölderlins „Psychiatrie-Zeit“

Friedrich Hölderlin wollte nach dem Studium Schriftsteller werden, für seinen Roman Hyperion und seine komplizierten und vielschichtigen Gedichte finden sich jedoch keine Leser. Er arbeitete als Hauslehrer und war auch da wenig erfolgreich. Es wird in unterschiedlichen Schriften erwähnt, dass er sich zunehmend als Außenseiter fühlte und erlebte. Er reagiert mal mehr aggressiv und reizbar, dann wieder eher wie gelähmt.

Friedrich Hölderlin war 36 Jahre alt, als er, veranlasst durch seine Mutter, im September 1806 in die

Autenrieth'sche Anstalt in Tübingen gewaltsam eingewiesen wurde. Inwieweit Isaac von Sinclair, deutscher Diplomat, Schriftsteller und Freund Friedrich Hölderlins, bei dem Hölderlin zu dieser Zeit in Homburg (Hessen) lebte, dies veranlasst hatte, soll hier vernachlässigt werden, da sonst zu sehr über Sinclair ausgeholt werden müsste.

Der Leiter der Tübinger Irrenanstalt Professor Johann Ferdinand von Authenrieth, späterer Kanzler der Universität Tübingen, hatte in seiner Anstalt Neuerungen eingeführt. Die Anstalt verfügte über heizbare Räume und frische Luft in den Krankenzimmern durch eine neuartige Luftumwälzkonstruktion. Die Geisteskranken wurden nicht mehr nur aufbewahrt, sondern Therapien unterzogen. Diese sind für uns heute eher Torturen als Behandlung. Die Therapie bestand in Zwangsjacken, Kaltwasserbädern und Gesichtsmasken, aber auch im Verabreichen von Digitalis (Fingerhut), Belladonnna (Tollkirsche) und Opium oder Mixturen dieser Beruhigungsmittel.

Im Behandlungskontext verfügte Authenrieth, dass Justinus Kerner (Medizinstudent) sich um den unfreiwillig in der Klinik befindlichen Hölderlin kümmerte. Kerner führte das Krankenbuch, allerdings lassen sich darin keine Angaben zur medizinischen Behandlung entnehmen. Kerner schätzte den um deutliche Jahre älteren Hölderlin und war von ihm als Dichter fasziniert. Justinus Andreas Christan Kerner (1786-1862), wurde bekannt als Arzt, medizinischer Schriftsteller und Dichter. Er äußerte sich in Veröffentlichungen nie hinsichtlich Hölderlins Erkrankung oder Behandlung. Allerdings besuchte er Hölderlin Zuhause im Turm nach seiner Entlassung aus der Tübinger Irrenanstalt.

„Die Behandlung Hölderlins, so wie sie rekonstruiert werden kann, weist nach, dass Hölderlin mindestens phasenhaft im Blick seines behandelnden Arztes den Verstand »verloren« hatte und dass er, die bei Autenrieth übliche Behandlung erfuhr. Aus damaliger Sicht handelte es sich freilich um eine vorzügliche Behandlung, in welcher sich der Arzt sorgsam darum bemühte, den kranken Menschen nicht unmenschlich zu behandeln und nach allen Regeln der ärztlichen Kunst alles Menschenmögliche unternahm, um dem Geisteszerrütteten wieder zu vollem Verstandesgebrauch zu verhelfen. Aus heutiger Sicht muss die Behandlung Hölderlins je-

Im Hölderlin-Turm in Tübingen am Neckar © Jurij & Lydia Roier-Suchowerskij, Tübingen

doch als unmenschlich bezeichnet werden und hat mit einiger Wahrscheinlichkeit den weiteren Verlauf des psychischen Befindens Hölderlins eher verschlechtert denn verbessert, auch wenn sie bester Absicht entsprang, aspekthaft vielleicht sogar als hilfreich oder entlastend erlebt wurde und – jedenfalls so der Betreffende Zugang zu diesem exklusiven klinischen Setting gefunden hatte – zeitgenössisch üblich war“ (Gonther & Schlimme, 2010, S. 106).

Im Hölderlin-Turm in Tübingen am Neckar © Jurij & Lydia Roier-Suchowerskij, Tübingen

Klaus Dörner schreibt im Vorwort des zuvor zitierten Buches Hölderlin und die Psychiatrie: „Als Hölderlin 1806 – durchaus mit Gewalt – von seinem letzten Arbeitsplatz, der Schlossbibliothek in Homburg, wie das auch heute wohl geschehen würde, zumindest in die Nähe seiner Herkunftsfamilie in Nürtingen geschafft wurde, also in das Universitätsklinikum Tübingen, gab es noch keine organisierte Psychiatrie, befand sich der Umgang mit psychisch Kranken im Umbruch. Wer immer sich damals darüber Gedanken machte und insofern fortschrittlich war, lehnte das bisherige System des Rationalismus/Merkantilismus des 18. Jahrhunderts ab, war also als Deinstitutionalisierer gegen das als inhuman empfundene System der Zucht- oder Arbeitshäuser, der hôpitaux généraux, das alle abweichenden Unvernünftigen aus der Gesellschaft der Vernünftigen ohne weitere Differenzierung ausgegrenzt hatte. Er bekannte sich vielmehr zum liberal-humanistischen Pathos der Aufklärung, oder wollte romantisch die Tagesseiten des Menschen wieder um seine Nachtseiten vervollständigen oder bemühte sich naturphilosophisch um die Zusammenschau der hoffnungsvoll aufstrebenden Naturwissenschaften mit der etablierten idealistischen Philosophie. Die Freiheit des Individuums war die oberste Norm sowohl in den sozialen Beziehungen der Menschen als auch in der marktförmigen Organisation der beginnenden Industrialisierung. Eine solche relative Deinstitutionalisierung realisierte sich aber in Wirklichkeit nur als eine Uminstitutionalisierung; denn auch Pinels Befreiung der Irren von ihren Ketten symbolisierte ja eher nicht etwa nur das Ende der hôpitaux généraux des Ancien Régime, sondern ersetzte diese lediglich durch das »stählerne Gehäuse« (Max Weber) moderner Disziplinierung eines Systems von hôpitaux spéciaux von nach Diagnosen differenzierten Spezialinstitutionen, von denen eine das flächendeckende System psychiatrischer Krankenhäuser/Anstalten werden sollte, welches noch einmal nach Heilbaren und Unheilbaren differenziert.“ (Gonther & Schlimme, 2010, S.9 f.).

Friedrich Hölderlin wurde nach 231 Tagen stationärem Aufenthalt am 03. Mai 1807 aus der Anstalt als unheilbar entlassen und in die Obhut des Tischlermeisters und späteren Obermeisters der Tübinger Schreinerzunft Ernst Friedrich Zimmer entlassen, wo er 36 Jahre im sogenannten Hölderlinturm lebte. Rückblickend schreibt Zimmer 1835: „Ich besuchte Hölderlin im Clinikum und Bedauerte ihn sehr, daß ein so schönner Herlicher Geist zu Grund gehen soll. Da im Clinikum nichts weiter mit Hölderlin zu machen war, so machte der Canzler Autenrit mir den Vorschlag Hölderlin in mein Hauß aufzunehmen, er wüßte kein pasenderes Lokal“ (StA 7,3, Nr. 528, zitiert nach Wikipedia, abgerufen 13.05.2020).

Der Alltag wurde dann von Ernst Friedrich Zimmer an Hölderlins Mutter so beschrieben: „Hochgeehriste Frau Kammerräthe! […] Gestern bin ich zum erstenmahl mit Ihrem Lieben Sohn wieder ausgegangen, derselbe ist seitdem mein Vater seine Zweschen herunter gethan hat nicht mehr aus dem Hauß gekommen, damahls war Er auch mit drausen und Lachte recht, wenn man schüttelte und die zwerschten Ihm auf den Kopf fielen. Im heim gehen begegnete uns Professor Konz und grüßte Ihren Sohn, nannte Ihn Herr Magister, sogleich erwiederte Ihr Sohn, Sie sagen Herr Magister, Konz bat ihren Sohn um Verzeihung und sagte bey uns alte Bekante

kommt es nicht darauf an wie mir uns Titullliren bey diesen Worten zog Konz den Hommer aus der Tasche und sagte, sehen Sie ich habe auch unseren Freund bey mir, Hölderlin suchte eine Stelle darin auf, und gab Sie Konz zum leßen. Konz laß die Seite Ihrem Sohn ganz Begeister vor, dadurch wurde Ihr Sohn ganz enzükt, mir gehnen dann auseinander und Konz sagte, leben Sie recht wohl Herr Biebledekarius das machte Ihren Sohn ganz zufrieden. Aber 3 Tage nachher brach er aus und sagte in der heftigkeit. Ich bin kein Magister ich bin Fürstlicher Biebledekarius schimpfte und Fluchte auf das Consistorium und war lange unzufrieden darüber, jetzt ist er aber wieder ganz ruhig. Trauben bekam Er alle Tage zum Essen, ich weiß wohl daß sie Seinem zustandt zuträglich sind. Mir sind gottlob alle gesund und sind auch daß ganze Jahr von Krankheiten frey geblieben. Ich Empfehle mich Ihnen u der Frau Professorin und Verbleibe Ihr gehorsamer Dinner Ernst Zimmer“ (Wittkop et. al., 1993 S.29/30).

Hölderlin verbrachte sein restliches Leben als umgänglicher Bewohner mit Unterstützung von Familie Zimmer im Turm mit Blick auf den Neckar.

Die Aussicht
Der offne Tag ist Menschen hell mit Bildern,

Wenn sich das Grün aus ebner Ferne zeiget,

Noch eh‘ des Abends Licht zur Dämmerung sich neiget,

Und Schimmer sanft den Glanz des Tages mildern.

Oft scheint die Innerheit der Welt umwölkt verschlossen,

Des Menschen Sinn, von Zweifeln voll, verdrossen,

Die prächtige Natur erheitert seine Tage,

Und ferne steht des Zweifels dunkle Frage.

Im Hölderlin-Turm in Tübingen am Neckar © Jurij & Lydia Roier-Suchowerskij, Tübingen

Was beschäftigt uns auch heute …

Der psychiatrischen Spur in Hölderlins Leben, in der Tischlers-Familie Zimmer, die ihn in Pflege genommen hatte, etwas nachzuspüren und uns Gedanken darüber zu machen, wie Krankheit wahrgenommen und Verhalten interpretiert wird und in diesem Zusammenhang Fragen aufzuwerfen wie darf sich ein Mensch anders verhalten und darf der Einzelne anders sein als diejenigen, die sich für die Norm halten, führt dazu Spuren zu entdecken und nachdenklich zu werden.

Auch wenn Vorsicht walten muss, wenn der psychiatrische Rahmen zur Zeit Friedrich Hölderlins mit unseren heutigen Gegebenheiten in einen Zusammenhang gebracht werden, tauchen doch Fragen und Situationen auf, die uns auch heute im beruflichen Kontext beschäftigen und nicht grundsätzlich anders sind als zu Hölderlins Zeiten.

Beispielsweise beschäftigen wir uns mit den Umständen einer Einweisung, damit wie sich Zwang verhindern lässt und wie rechtzeitig Hilfe angeboten werden kann. Anders-Sein, Toleranz und Vielfalt oder Diversität sind Themen, die immer wieder diskutiert, ausgelotet und bearbeitet werden müssen. Dabei geht es einerseits um notwendige “Schutzräume“ und andererseits um Freiräume. Oder auch die Thematik um Diagnose und Stigmatisierung, vor allem des sich Bewusstseins der Balance zwischen “So-Sein-zu-können“, ohne eine Krankheit zu verleugnen und gemeinsam mit dem Betroffenen nach Wegen und eigenen Erklärungen zu suchen und nicht “konforme“ Lösungen auszuhalten und gemeinsam

durchzuhalten. Die Bedeutung der Rahmenbedingungen, der Nützlichkeit unterschiedlicher Hilfeformen, sei es Begleitung, Normalität, Familienpflege, Besuche im häuslichen Umfeld usw. nicht zu unterschätzen und bedarfs- und personenorientiert unter Einbezug von Angehörigen und Betroffenen weiterzuentwickeln.

Das von Uwe Gonther und Jann Schlimme zum 250. Geburtstag im Psychiatrie Verlag herausgegebene Buch "Hölderlin – Das Klischee vom umnachteten Genie im Turm" nimmt u. a. ein Thema auf, das auch heute sehr zentral ist, nämlich "Hölderlin als Experten in eigener Sache". Sie gehen davon aus, dass Hölderlin in seinen Selbstdarstellungen, in Briefen an seine Familie und an Freunde, aber auch in seinen Gedichten Auskunft über sein Selbstverständnis hinsichtlich seiner gesundheitlichen und psychischen Befindlichkeit gibt. Dabei schöpfe er immer aus seiner eigenen Erfahrung und seinem Erlebten, beziehe jedoch andere bekannte und vertraute Ereignisse mit ein.

Zur Veranschaulichung ein Brief an seine Mutter: „Verehrungswürdigst Mutter! Ich mag es nicht versäumen, einen Brief an Sie zu schreiben. So erfreulich die Gegenwart, so ist doch das Zeichen der Seele, das nicht lebendige, eine Wohlthat für den Menschen. So wenig sich eine Vorzüglichkeit der Seele, wie Güte, oder herzliche Mittheilung, oder tugendhafte Ermahnung oft scheint vergelten zu lassen, so ist auch Äußerung der Empfänglichkeit doch etwas in das Leben und seine Erscheinung. Nicht nur die gleich starke Mittheilung, auch Äußerung und Empfindung ist eine Gestalt des Moralischen, ein Theil der Geistes- und Erscheinungswelt. Wie Leib und Seele ist, so ist auch die Seele und ihre Äußerung. Nemlich der Mensch soll äußern, aus Verdienst etwas Guthes zu thun, gute Handlungen ausüben, aber der Mensch soll nicht nur auf die Wirklichkeit, er soll auch auf die Seele wirken. Die moralische Welt, die das Abstracte mit sich führt, scheint dieses zu erklären. Nehmen Sie mit diesen Äußerungen vorlieb und beglüken Sie ferner mit Ihrer Gewogenheit, verehrungswürdigste Mutter Ihren gehorsamen Sohn Hölderlin" (Wittkop et. al., 1993, S. 50).

Gonther und Schlimme gehen davon aus, dass der Zugang zu Hölderlin ein hermeneutischer sein muss. „Mit Hans-Georg Gadamer (1960) nehmen wir an, dass alle Verständigung immer in einem Verständnis ruht, das den Rahmen des Verstehens abgibt. Ein geradezu klassisches Vorverständnis ist das Klischee des umnachteten Genies im Turm, das wir hinter uns lassen müssen, wenn wir uns dem Menschen Friedrich Hölderlin nähern wollen. Erst dann können wir versuchen, den Menschen und seine Lebenswelt weitgehend zu verstehen. Dies ist zwar niemals vollständig möglich, aber insbesondere im direkten Gespräch können wir Menschen einander oft gut verstehen, auch über kulturelle und historische Grenzen hinweg. Jedoch ist uns das direkte Gespräch mit Hölderlin, in dem wir klärende Rück- und Verständnisfragen stellen könnten, nicht möglich. Stattdessen müssen wir die Gesprächsebene und damit unser Verständnis sekundär erschließen". Es wird betont, dass Hinterlassenschaften, Hölderlinforschung, Handbücher und Gesamtwerke das Lesen der Hölderlin-Lektüre nicht ersetzen können, vor allem ersetze es nicht das eigene Vorverständnis zu erkennen und anzuerkennen. Das beinhalte vor allem Hölderlin als umnachtetes Genie in Frage stellen und die Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit seiner Äußerungen anzunehmen, dies aufzuzeigen und mit dem vorhandenen Material zu belegen. Uwe Gonther und Jann Schlimme „Wir sind nach mittlerweile fast zwei Jahrzehnten Auseinandersetzung mit Hölderlins Turmzeit überzeugt, dass Hölderlin auch in seiner Turmzeit weiterhin einen klaren Blick auf den Menschen hatte und diesen auch klar und deutlich mitteilte" (Gonther & Schlimme, 2020, S. 28/29).

Deutlich wird in der punktuellen Betrachtung, dass Gesundheit und Krankheit sich auf einem Kontinuum bewegen und nicht so ohne Weiteres eindeutig zugeordnet werden kann. Außerdem wie zentral das subjektive Empfinden eines Menschen und seine sachkundige Erfahrung, also sein Expertentum hinsichtlich der eigenen Erkrankung ist.

Anregungen für den pflegerischen Alltag

Pflege als mitmenschliche Tätigkeit zeigt sich im Zusammenhang mit der Pflegefamilie Friedrich Hölderlins, in der klinischen Behandlung gab es, soweit ich es in der zugrunde liegenden Literatur wahrnehmen konnte, wenig Hinweise auf beruflich pflegerische Tätigkeiten. Ein Zitat aus dem Tübinger Anstaltsalltag: „Als 'Belohnung für Wohlverhalte' nannte Autenrieth beispielsweise einen 'Spaziergang im Felde unter Aufsicht eines hinlänglich starken und verständigen Wärters'. Die Betonung des unbedingten Gehorsams, welcher den Kranken dazu zwinge, die Vorstellungen

Hölderlin-Büste © Jurij & Lydia Roier-Suchowerskij, Tübingen

des Arztes zu übernehmen, hat bei Autenrieths Darstellung der auf die arzneiliche Behandlung folgenden psychisch-erzieherischen Behandlung Vorrang (Gonther & Schlimme, 2010, S. 74 f.).

Um den Kontext zur Zeit Hölderlins herzustellen noch ein Zitat von Klaus Dörner:

„Und erst in diesen – nunmehr modernen – Institutionen konnten helfende Berufe entstehen, wurde menschheitsgeschichtlich erstmals das Helfen nicht nur institutionalisiert, sondern auch professionalisiert, wurden die neuen Gesundheits- und Sozialprofis bezahlt für den Schutz der 'Schutzbefohlenen', also für den Schutz der psychisch Kranken vor der kälter werdenden, in Industrialisierung befindlichen Gesellschaft, aber zugleich auch für den Schutz dieser Gesellschaft der Starken und Leistungsfähigen vor den unberechenbaren und unverstehbaren psychisch Kranken, damit sie nicht mehr Sand im Getriebe des Fortschritts sein könnten. Seither glauben wir Sozialprofis nur, wir seien für die Integration der psychisch Kranken da; in Wirklichkeit bekommen wir unser Geld eher für die Verhinderung der Integration – für die Aufrechterhaltung der auch räumlichen Trennung der Starken von den Schwachen, der Brauchbaren von den Unbrauchbaren, der Reichen von den Armen, der Gesunden von den Kranken und der Jungen von den Alten – als gesellschaftliches Groß-Paradigma der Industriegesellschaft, damit diese möglichst reibungslos und störungsfrei ihre Produktivitätsmaximierung erreichen könne. Während tatsächlich nie Sozialprofis, sondern nur Bürger andere Bürger integrieren können" (Gonther & Schlimme, 2010, S. 10).

In unserem heutigen psychiatrisch-pflegerischen Selbstverständnis tritt die Diagnose in den Hintergrund und der einzelne Mensch mit seinem subjektiven Erleben sowie seinem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf in den Vordergrund. Das erfordert im täglichen Miteinander und in der Auseinandersetzung mit dem Betroffenen offen und flexibel pflegerisches Wissen und theoretische Konzepte im Einvernehmen anzubieten, anzuwenden und zu handeln. Dazu ist eine zentrale Grundlage Kontakte anzubieten und Beziehungen zu gestalten. Deshalb gilt es festzuhalten, dass die "Pflegekultur" in einem Team sich in der gemeinsamen Arbeit an ethischen Werten orientiert und zeigt, aber auch gegenseitige Kontrollmechanismen beinhaltet müssen. Ein gelebtes Leitbild und gemeinsame inhaltliche Auffassungen von Pflege unterstützen die Orientierung. Umfassende Pflege nimmt den ganzen Menschen wichtig und nicht nur Auffälligkeiten.

Sich der eigenen Geschichte, der Geschichte der Psychiatrie und psychiatrischen Pflege bewusst zu sein und sich damit zu beschäftigen, erhöht professionelle Identität und das eigene Selbstverständnis und beeinflusst das pflegerische Handeln. Jubiläumsjahre können auch dazu beitragen sich wieder einmal neu Vergangenes lebendig werden zu lassen!

Zum Schluss

Die Stadt, der Neckar, die Universitäts-Nervenklinik (Authen-

rieth'sche Nachfolgeklinik) und Hölderlin sind mir aus meiner Tübinger Zeit der 1960er bis Mitte 1970er Jahre sehr vertraut. Sich im Kontext des 250. Geburtstages wieder einmal intensiv mit Friedrich Hölderlin zu befassen, hat auf der einen Seite Freude und auf der anderen Seite nachdenklich gemacht. In Gedanken die alten Wege am Neckar, auch am Hölderlinturm vorbei zu gehen, sich mit einigen Mosaikteilchen Tübinger Geschichte zu befassen, weckte Erinnerungen an eine mich persönlich und beruflich prägende Zeit. Nachdenklich gestimmt hat mich, das Bild psychisch erkrankter Menschen durch die Jahrhunderte. Da bleibt der Wunsch, dass wir viel mehr über Etikettierung, Stigmatisierung und feststehende Kategorien nachdenken, sie kritisch beleuchten und "Irren als menschlich" betrachten und dem einzelnen Menschen begegnen. Psychiatrie bzw. die psychosoziale Versorgung menschlich und hilfreich zu gestalten, muss unser wichtigstes Ziel sein, denn "Gesundheit ist keine Ware"!

Literatur

Bertaux, P. (1978). Friedrich Hölderlin – Eine Biographie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gonther, U. & Schlimme, J. E. (2010). Hölderlin und die Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Gonther, U. & Schlimme, J. E. (2020). Hölderlin – Das Klischee vom umnachteten Genie im Turm. Köln: Psychiatrie Verlag.

Härtling, Peter: (1995/2005). Hölderlin – Ein Roman, Verlag Kiepenheuer & Witsch Köln, Deutscher Taschenbuch Verlag München 2005

Hölderlin, F. (2020). Bald sind wir aber Gesang. München: C. H. Beck.

Langer, B. (2001). Hölderlin und Diotima – Eine Biographie. Frankfurt am Main: Insel.

Langer, B. (2020). Übermächtiges Glück – Die Liebesgeschichte Hölderlin und Diotima. Frankfurt am Main: Insel.

Schmidt, J. (Hrsg.)(1984). Hölderlin-Gedichte. Leipzig: Insel.

Ott. Karl-Heinz: (2019). Hölderlins Geister. München: Hanser.

Rathgeb, E. (2019). Zwei Hälften des Lebens – Hegel und Hölderlin – Eine Freundschaft. München: Blessing.

Safranski, R. (2019). Hölderlin – Komm ins Offene. München: Carl Hanser.

Sattler, D. E. (Hrsg.)(2004). Friedrich Hölderlin – Sämtliche Werke, Briefe und Dokumente in zeitlicher Folge. München: Luchterhand.

Wittkop, G. (Hrsg.) (1993). Hölderlin, der Pflegesohn – Texte und Dokumente 1806-1843 mit den neu entdeckten Nürtinger Pflegschaftsakten. Stuttgart: Metzler.

Hölderlin bevölkert Tübingen zu seinem 250. Geburtstag © Jurij & Lydia Roier-Suchowerskij, Tübingen

Autorin

Hilde Schädle Deininger

Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachautorin, Dipl. Pflegewirtin (FH), Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender, Fachbuchautorin

schaedle-deininger@t-online.de

(C) LIGHTFIELD STUDIOS

Pflegebedürftigkeit bei erwachsenen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung

Ist-Stand-Analyse und Empfehlungen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung

Mithilfe einer Methoden-Triangulation aus systematischer Literaturrecherche, qualitativer Inhaltsanalyse und quantitativer Online-Befragung konnte bei der vorliegenden Studie eine erste Darstellung der aktuellen pflegerischen Versorgungssituation von erwachsenen, pflegebedürftigen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) abgebildet werden. Die Datenerfassung erfolgt vorwiegend in Bayern. Diese soll als Grundlage für die Erstellung geeigneter pflegerische Konzepte in diesem Bereich dienen.

Ein Leben mit Pflegebedürftigkeit bedeutet ein Leben mit individuellen Pflegebedürfnissen und individuellen Pflegebedarf, ein Leben mit begrenzter Selbstbestimmung und Lebensführung und ein angewiesen sein auf sich sorgende und unterstützende Menschen. Ein Leben in der Hoffnung auf ein auf seine individuellen Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichtetes Versorgungssystem zu treffen, welches befähigt ist, eine spezialisierte und personalisierte pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Im Besonderen für Autist*innen ist dies von zentraler Bedeutung. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit der aktuellen pflegerischen Versorgungssituation von erwachsenen, pflegebedürftigen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) in Deutschland. Auf der Basis der in der Stu-

die erhobenen Daten wird deutlich, wer Autist*innen aktuell versorgt und bei welchen Tätigkeiten Unterstützungsbedarf vorliegt. Die seitens der Autoren erfolgte Interpretation der Ergebnisse macht deutlich, dass insbesondere die Herausforderungen des Alterns und der unter Umständen eine damit einhergehende Pflegebedürftigkeit mit all ihren Konsequenzen, die gerade im Zuge des demografischen Wandels noch mehr Aufmerksamkeit erlangen dürften, für Autist*innen für eine an deren Bedürfnisse orientierte, pflegerische Versorgung postulieren. Zudem werden erste Hinweise zur Berücksichtigung für entsprechende pflegerische Konzepte formuliert.

Was ist unter Autismus-Spektrum-Störung zu verstehen

Gemäß der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) gilt Autismus als eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung“, der eine lebenslange, komplexe Störung des zentralen Nervensystems zugrunde liegt (vgl. ICD-10, Code F84). Das Autismus-Spektrum umfasst gemäß der S3 Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter die diagnostischen Untergruppen des „frühkindlichen Autismus“, des „atypischen Autismus“ und des „Asperger-Syndroms“, außerdem im Sinne einer Restkategorie die „sonstigen“ oder „nicht näher bezeichneten“, „tief-greifenden Entwicklungsstörungen“ (vgl. AWMF S3 Leitlinie 2016 S. 14).

Wie häufig kommt eine Autismus-Spektrum-Störung vor?

Nach aktuellem Forschungstand liegt die Prävalenz der Autismus-Spektrum-Störung bei 0,9-1,1% der Bevölkerung (vgl. AWMF S3 Leitlinie 2016, S. 22). Bisher konzentrierte sich die Forschung vor allem auf Kinder und Jugendliche, um hier eine bestmögliche Versorgung von Anfang an zu gewährleisten (vgl. National Autistic Society 2013, S. 8). Lowinger und Pearlman-Avnion beschreiben in ihrem Buch „Autism in Adulthood“ in den letzten Jahren eine merkliche Veränderung in der Forschung zur Autismus-Spektrum-Störung (ASS) (vgl. Lowinger et al. 2019, S.3). Es zeigt sich heute ein wachsendes Interesse an Erwachsenen mit ASS. Es gibt verschiedene Gründe für diesen Wandel. Einer stellt die gewachsene Population von Erwachsenen mit ASS dar. Dies resultiert zum einen daraus, dass die Kinder, bei denen ASS diagnostiziert wurde gereift sind. Ein weiterer Grund ist die steigende Diagnoserate bei den Erwachsenen, die ein besseres Verständnis der wirksamsten Interventionen und eine umfassende Forschung erforderlich macht (ebd.).

Das Thema der pflegerischen Versorgung von Autist*innen ist eingebettet in die Entwicklung einer Autismus-Strategie des Freistaats Bayern. Innerhalb der Jahre 2018 bis 2021 werden hierzu durch die Hochschule München Empfehlungen für eine Bayerische Autismus-Strategie über einen breit angelegten, partizipativen Beteiligungsprozess erarbeitet. Gemeinsam mit ausgewiesenen Fachexpert*innen, welche Vertreter der Selbsthilfe in Bayern umfasst und, unter Berücksichtigung der bestehenden Versorgungsstrukturen, werden Vorschläge zur Stärkung Verbesserung der Lebensbedingungen von Autist*innen und deren Angehörigen entwickelt aus denen sich Grundsätze für die Versorgung von Menschen mit ASS in Bayern ableiten lassen (vgl. Witzmann 2019, S.1). Im Rahmen des Projektes „Entwicklung einer Autismus-Strategie-Bayern“ wurde festgestellt, dass vor allem im Erwachsenenbereich ein hoher Bedarf an empirischen Untersuchungen bezüglich der Pflegebedürftigkeit der Autist*innen besteht. Ferner ist es hinsichtlich des demografischen Wandels (vgl. destatis, 2019) sowie des Grundsatzes „Ambulant vor Stationär“ bei der Versorgung von älteren Menschen (vgl. BMBF, 2019) wünschenswert, dass insbesondere im Bereich der erwachsenen ambulanten Versorgung die Kontextbedingungen so geschaffen werden, dass sich Pflegebedürftige mit Autismus-Spektrums-Störung in ihrem Umfeld passend versorgt fühlen können. Gerade Autist*innen fühlen sich im eigenen Zuhause beziehungsweise in ihrer gewohnten Umgebung sicher, weshalb ein ambulanter Pflegedienst nicht nur als Unterstützung, sondern auch als erschwerende Veränderung im persönlichen Umfeld und im Alltag gesehen werden kann (vgl. AWMF 2016, S. 76).

Für weitere Informationen zur Entwicklung von Empfehlungen für eine Autismus-Strategie-Bayern siehe:

www.sw.hm.edu/autismus-strategie-bayern

Fragestellung und Zielgruppenfestlegung

Ziel dieser auf die pflegerische Versorgung von Menschen mit ASS angelegten Studie war eine Ist-Stand-Analyse der aktuellen Situation von häuslich versorgten, pflegebedürftigen Autist*innen durchzuführen sowie die Erfragung etwaiger Anregungen und Erwartungen für die pflege-

rische Versorgung einzuholen. Die Zielgruppe stellt demnach erwachsene Autist*innen mit einem Pflegegrad dar, welche häusliche Unterstützung von Dritten, wie Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern beziehungsweise pflegerische Versorgung im Sinne der vom gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie, zum Beispiel durch einen ambulanten Pflegedienst, erhalten.

Methodenmix

Die Datenerhebung erfolgte mittels einer Methoden Triangulation über eine systematische Literaturrecherche, eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (auf Basis von Kommentaren in einem Onlineforum) sowie einer quantitativ angelegten Online-Befragung.

Ergebnisse der Systematischen Literaturrecherche

Über die systematische Literaturrecherche in CINAHL und PubMed mittels Headings bzw. MeshTerms zu „autism“, „adult“ sowie „home health care“ konnte keine auf das Themenfeld eingegrenzte Literatur erhoben werden. Über eine freie Recherche wurden die Autoren in der schottischen Autismus-Strategie zu einem pflegerelevanten Aspekt fündig. Dieser besagt, dass Pflegepersonal, welches im Bereich für Menschen mit ASS arbeitet, eine spezielle Ausbildung für Autismus erhalten soll (vgl. The Scottish Government, 2011, S. 55). In anderen europäischen Autismus-Strategien, wie aus England, Nord-Irland und Wales, fand sich hinsichtlich der Pflege keine explizite Handlungsempfehlung. Weitere Autismus-Strategien wie aus Ungarn, Spanien, Malta, Dänemark und Frankreich konnten aufgrund der Sprachbarriere für diese Studie nicht systematisch untersucht werden.

Auch bei der freien Suche nach pflegerischen Konzepten für erwachsene Autist*innen war kein relevantes Ergebnis zu identifizieren. Aus der Literatur, beziehungsweise dem Mangel an dieser im Bereich der pflegerischen Versorgung, wurde bereits zum Start der Studie die Dringlichkeit einer umfassenden Forschung in jenem Bereich deutlich. Erwachsene Autist*innen mit hohem Pflegebedarf und im Alterungsprozess sollen in jeder Lebensphase auf eine angepasste auf Basis pflegewissenschaftlicher Erkenntnis gestützten professionellen Pflegeleistung zugreifen können.

Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Die zugrundeliegenden Daten für die qualitative Inhaltsanalyse stellten 18 Forumsbeiträge von zehn Teilnehmer*innen zur Diskussion einer vorläufigen, pflegerischen Empfehlung dar, die im Vorfeld über den oben genannten Beteiligungsprozess des Projektes partizipativ verfasst wurde. Die Autoren stellten die Empfehlung in ein speziell für die Entwicklung von Empfehlungen für eine bayerische Autismus-Strategie geschaffenes Online-Forum ein und werteten die Forumsbeiträge aus.

Die Ergebnisse wurden anhand der übergeordneten Forschungsfrage nach dem Ist-Stand der pflegerischen Versorgung von erwachsenen pflegebedürftigen Autist*innen kategorisch gegliedert:

A: Durch wen wird die Zielgruppe aktuell versorgt? -> Versorger

B: Welche pflegerischen Leistungen werden genutzt? -> Leistungsnutzung

C: Wie kann die häusliche, pflegerische Versorgung an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden? -> Anregungen, nach Setting sortiert

Folgendes Bild zeigte sich:

A: Durch wen wird die Zielgruppe aktuell versorgt? -> Versorger

Aus den gesammelten Diskussionsbeiträgen im Forum zum Thema „Pflege“ geht hervor, dass zwei Personen mit ASS von einer angehörigen Person versorgt werden

B: Welche pflegerischen Leistungen werden genutzt? -> Leistungsnutzung

Als Ergebnis hierzu lässt sich festhalten, dass eine autistisches Kind von einer angehörigen Person strukturgebende Leistungen für den Alltag in Anspruch genommen hat.

C: Wie kann die häusliche, pflegerische Versorgung an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden? Hierzu wurden die Anregungen, nach Setting von den Autoren sortiert:

Zur ambulanten häuslichen Pflege:

- Es bedarf spezieller ASS-Schulungen für Fachpersonal
- Die aktuellen Pflegeleistungen sind unpassend, Leistungen zur Alltagsorganisation fehlen
- Es fehlen an ASS angepass-

te Unterstützungs- und Beratungsangebote und Wohnformen
- Es bedarf der Erarbeitung von Pflegekonzepten für Autist*innen
- Es bedarf der Anpassung der häuslichen Pflege und Unterstützung von Autist*innen durch eine Koordination der Unterstützungsleister, eine geeignete Dokumentation und Terminvereinbarung
- Ebenso fehle die Unterstützung in Übergangssituationen.

Zur stationären Pflege

- Es bedarf der Option von Begleitpersonen für Autist*innen in stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen
- Es sollten Einzelzimmer für Autist*innen in stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bereitgestellt werden
- Es bedarf spezieller ASS-Schulungen für das Fachpersonal
- Es fehlten Pflegekonzepte für Autist*innen.

Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung

- Es sollten Autismus-Beauftragte in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen
- Die Prüfverfahren zur Pflegegradeinstufung für Autist*innen werden als nicht geeignet beurteilt
- Es fehlen geeignete Ansprechpartner*innen bei den Kranken- und Pflegekassen für Autist*innen und deren Angehörigen.

Gesetzliche Hinweise

- Die seitens der politisch Verantwortlichen geplanten Änderung des Pflegegesetzes seien nicht hilfreich und ausreichend die Anforderungen für die Pflege für Autist*innen zu gewährleisten
- Es fehle auch die politische Relevanz bei dem zuständigen Gesundheits- und Pflegeministerium.

Ergebnisse der Quantitativen Befragung

Zum Abschluss werden die Ergebnisse der Online-Befragung vorgestellt. Diese gliederte sich in die Erhebung demografischer Daten wie Alter, Geschlecht und Rolle bei der Befragung sowie die Diagnose; es wurden pflegespezifische Aspekte erhoben und über Freitextfragen wurden mögliche Aspekte hinsichtlich der Pflege oder auch der zu entwickelnden Autismus-Strategie erfasst. Die Online-Befragung wurde drei Wochen bereitgestellt und es konnten 72 Beantwortungen gezählt werden, wovon 40 Fragebögen vollständig waren und somit ausgewertet werden konnten, während 32 lediglich teilweise ausgefüllt wurden.

Hinsichtlich der Befragung kann summiert werden, dass der Großteil der Befragten zwischen 20-49 Jahre alt und weiblich ist. Am häufigsten wurde die Umfrage von Angehörigen ausgefüllt, deren autistische, angehörige Person überwiegend mit Asperger-Syndrom diagnostiziert war. Die meisten Befragten haben einen Pflegegrad der Stufe 1, welchen sie aufgrund der ASS erhalten haben. Dieser wird mittels einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen gemäß eines Kataloges mit den sechs Bereichen Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ermittelt und es erfolgt eine Zuordnung zu einem von fünf Pflegegraden (vgl. MDK, 2020).

Ihre benötigte Unterstützung erhalten die Pflegebedürftigen Autist*innen zu Hause durch Angehörige, oftmals bereits seit mehr als zehn Jahren und wiederholte Male am Tag – teilweise über 24 Stunden mit einer differenzierten Tätigkeitsdauer von mehr als 60 Minuten. Bei den folgenden Abbildungen, stellt die Anzahl die Menge der Teilnehmer dar, die diese Antwort gaben, die Prozentzahl veranschaulicht dies in Relation zu allen Teilnehmern der Umfrage.

Abbildung 1: Frage zur Unterstützung zu Hause

Erhalten Sie zu Hause Unterstützung?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	33	45.83%
Nein (N)	21	29.17%
Keine Antwort	1	1.39%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	17	23.61%

Quelle: eigene Darstellung, 2020
Gemäß Abbildung 1 erhalten 33 Teilnehmer Unterstützung zuhause.

Abbildung 2: Frage zur Dauer der Unterstützung zu Hause

Seit wann bekommen Sie zu Hause Unterstützung?

Antwort	Anzahl	Prozent
Weniger als 1 Jahr (A1)	4	5.56%
1-5 Jahre (A2)	10	13.89%
mehr als 5 Jahre (A3)	1	1.39%
mehr als 10 Jahre (A4)	16	22.22%
Keine Antwort	0	0.00%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	41	56.94%

Quelle: eigene Darstellung, 2020

Die Unterstützung erhalten die Mehrheit der Autist*innen seit über zehn Jahren (vgl. Abb. 2).

Abbildung 3: Frage zur unterstützenden Person

Durch wen werden Sie zu Hause unterstützt?

Antwort	Anzahl	Prozent
Mutter (SQ001)	13	18.06%
Vater (SQ002)	4	5.56%
Beide Elternteile (SQ003)	13	18.06%
Geschwister (-teil) (SQ004)	4	5.56%
Partner*In (SQ005)	6	8.33%
Ambulanter Pflegedienst (SQ006)	2	2.78%
Sonstiges	6	8.33%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	40	55.56%

ID	Antwort
62	familienentlastender Dienst
77	Heimbegleitung
9	2 Ambulante Pflegedienste + 2 Freundinnen + BEW, Betreutes Einzelwohnen
20	Ambulantes Wohnen und Hauswirtschaft Service
63	freund der mutter
52	ambulant betreutes Wohnen

Quelle: eigene Darstellung, 2020

Laut Abbildung 3 werden die meisten Autist*innen von Angehörigen zu Hause unterstützt. Generell lässt sich gemäß den Antworten sagen, dass es keinen besonderen Schwerpunkt bei den benötigten pflegerischen Leistungen gibt.

Abbildung 4: Frage zur unterstützenden Tätigkeit

Bei welchen Tätigkeiten benötigen Sie zu Hause Unterstützung?

Mobilität, bitte beschreiben Sie die genutzte Unterstützung genauer:	**13**	**18.06%**
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, bitte beschreiben Sie die genutzte Unterstützung genauer:	17	23.61%
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, bitte beschreiben Sie die genutzte Unterstützung genauer:	19	26.39%
Selbstversorgung, bitte beschreiben Sie die genutzte Unterstützung genauer:	19	26.39%
Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, bitte beschreiben Sie die genutzte Unterstützung genauer:	18	25.00%
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, bitte beschreiben Sie die genutzte Unterstützung genauer:	19	26.39%
Andere Unterstützung:	9	12.50%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	47	65.28%

Quelle: eigene Darstellung, 2020

Die Abbildung 4 zeigt, dass bei den genutzten unterstützten Tätigkeiten kein besonderer Schwerpunkt gesetzt werden kann, was bedeutet, dass die mit der Befragung erreichten Autist*innen in allen Bereichen des MDK-Kataloges Unterstützung benötigten.

Der Großteil der Befragten sieht jedoch Verbesserungsbedarf bei ihren genutzten Unterstützungsangeboten, weshalb dies in einer weiteren Studie differenzierter analysiert werden sollte, um eine geeignete Versorgung für Autist*innen zu ermöglichen.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass für die pflegerische Versorgung von Autist*innen noch keine spezifischen, auf deren Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichteten Pflege-Konzepte für die Gewährleistung einer qualitätsgesicherten häuslichen Versorgung vorliegen. Daraus resultierende Fragen sind unter anderem, wie die gewünschten Konzepte aussehen könnten und bei welchen Tätigkeiten ein besonderer Bedarf an Hilfestellung benötigt wird. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkenntnisse scheint Autist*innen insbesondere die Individualität der Versorgung wichtig zu sein, die vor allem dem breiten Spektrum von Autismus und den damit einhergehenden unterschiedlichen Bedürfnissen geschuldet sein dürfte. Dies erklärt auch den häufig geäußerten Wunsch nach mehr Flexibilität, in Zusammenhang mit einem ausreichenden Zeitkontingent sowie einer festen pflegerischen Bezugsperson hinsichtlich der eigenen Versorgung. Dies stellt den Befragten zufolge einen Gegensatz zur realen Situation dar, da im Zuge des oft in der häuslichen Pflege gegebenen Personalmangels nur ein häufiger Fachkraftwechsel, kurze Verweildauer und standardisierte Unterstützung möglich ist. Gerade für Autist*innen wäre dies jedoch von großer Bedeutung, da lt. S3 Leitlinie Widerstand gegen Veränderungen in Bezug auf Routinen und Umgebung als Schlüsselsymptom betrachtet werden kann (vgl. AWMF S3 Leitlinie, 2016, S. 76).

Die anfängliche systematische Literaturrecherche zeigte sich mit Blick auf die Forschungsfragen erfolglos, wobei über die freie Suche einige anregende Hinweise ge-

funden werden konnten. Alle Ergebnisse deuten auf einen hohen Bedarf hinsichtlich individueller Konzepte und benötigter, weiterer Forschung in diesem Bereich hin. Gerade bei der Lebensphase des Alterns und den damit einhergehenden Herausforderungen, benötigen Menschen mit ASS weiteren Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Dies gewinnt besonders an Bedeutung, wenn der Großteil der pflegebedürftigen Autist*innen aktuell noch von Angehörigen versorgt wird, wie die Ergebnisse der Befragung zeigen. Hier sind die Beratung und Unterstützung aller Beteiligten besonders wichtig, um eine funktionierende Versorgung zu gewährleisten. Gerade die Familienmitglieder als vorrangige Hilfspersonen müssen selbst umfangreiches Wissen aufweisen, um in möglicherweise herausfordernden Situationen oder auch im Alltag für sich und den autistischen Angehörigen adäquat handeln zu können. In Hinblick auf die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse, kann davon ausgegangen werden, dass der Wunsch nach vermehrtem Schulungsbedarf beim Fachpersonal geäußert wurde, weil gerade hier ein großer Mangel empfunden wird. Außerdem zeigt das Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse, dass Autist*innen und deren Angehörige Missverständnisse mit Pflege- und anderen Fachkräften im Alltag erfahren, da diese ihre, unter Umständen krankheitsbedingten Verhaltensweisen nicht verstehen. Damit einher geht die als unpassend eingestufte Gesetzeslage, da Autismus, laut den Befragten sowie den Forumsteilnehmern, nicht immer in das Raster der derzeitigen Pflegegradeinstufung passt. Da diese Einstufung jedoch die Grundlage bildet, um pflegerische Leistungen zu erhalten,

(C) LIGHTFIELD STUDIOS

bleiben diese den Autist*innen oftmals verwehrt oder die Instrumente sind schlicht ungeeignet.

Als erforderliche Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung wurde unter anderem benannt:

- Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte auf die spezifischen Aspekte der ASS
- Koordination der verschiedenen, genutzten Unterstützungsleister (wie zum Beispiel unterschiedliche Pflege- bzw. Unterstützungsdienste) zur Gewährleistung einer reibungslosen Versorgung im Alltag.
- Begleitpersonen, Einzelzimmer sowie feste Ansprechpartner*innen, wie einen Autismus-Beauftragten, für Autist*innen in stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind wünschenswert und sinnvoll.
- Besonders zu erwähnen sind die derzeitigen Prüfverfahren zur Pflegegradeinstufung sowie die damit zusammenhängenden Pflegegesetze und ihre Leistungen. Diese müssen an die Bedürfnisse von Autist*innen angepasst werden, um eine umfassende Leistungsnutzung bereitstellen zu können. Ebenso müssen die Prüfer*innen hinsichtlich ASS geschult sein.
- Autismus sollte fester Bestandteil im Lehrplan von Pflegefachpersonen aufgenommen werden, der den Auszubildenden und Studierenden ein breites Wissen über Autismus und somit zu einer angepassten Pflege verhelfen soll.
- Die zeitliche Verfügbarkeit von Fachpflegekräften sollte verbessert werden, damit eine individuelle Versorgung überhaupt möglich wird. Damit geht die von Autist*innen und deren Angehörigen gewünschte Flexibilität bei pflegerischen Leistungen einher.
- Für eine spezialisierte Versorgung von Autist*innen mit Pflegebedarf wäre ein abwandelbares pflegerisches Handlungskonstrukt sinnvoll, welches individuell auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen angepasst werden kann.

Dazu gehört auch eine feste pflegerische Bezugsperson, die Routine und Sicherheit vermittelt, den Klienten kennt und die schwierigen Situationen, welche im Alltag oftmals von Autist*innen als Missverständnisse mit Mitmenschen geschildert werden, richtig einschätzen kann. Hier wären spezialisierte Pflegedienste von Nöten, die eine kontinuierliche Betreuung durch ein bis drei Pflegekräfte (aufgrund des Schichtsystems) gewährleisten können.

- Wesentlich sollte jedoch bedacht werden, dass eine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung stattfindet. Die unterschiedlichen Settings benötigen verschiedenste Pflegeschemata, welche nicht durch ein gemeinsames Konzept abgedeckt werden können.
- Insbesondere bei Tätigkeiten im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, der Selbstversorgung sowie der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte werden Unterstützung benötigt. Ebenfalls häufig genannt wurde die gewünschte Hilfestellung bei der Bewältigung von und mit dem selbständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Unterstützung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten.

Generell lässt sich feststellen, dass bei Autist*innen je nach Ausprägungen im Spektrum, der gegeben Umweltgegebenheiten (wie Lebensort) und persönlichen Bedingungen sehr individualisierte Pflegebedarfe und -bedürfnisse vorliegen, welche eine ausgeprägtes individualisiertes Vorgehen einfordern.

Fazit und Schlussfolgerungen für die Praxis

Die durchgeführte Studie konnte ein erstes Bild von erwachsenen, pflegebedürftigen Autist*innen und deren Bedürfnisse in Bezug auf die pflegerische Versorgung sowie den etwaigen Anregungen und Erwartungen an diese aufzeigen. Hierbei wurden besonders spezielle ASS-Schulungen für Fachpersonal sowie passende Pflegekonzepte für Autist*innen gefordert. Außerdem sind die derzeitigen „Standard-Pflegeleistungen“ laut der erhobenen Forumsbeiträge für Autist*innen ungeeignet, da der essentielle Unterstützungsteil der Alltagsorganisation fehlt. Auch das aktuelle Prüfverfahren zur Pflegegradeinstufung wurde bemängelt, da es für Autist*innen und ihren Bedürfnissen nicht passend ist. Zu einer umfassenderen Datenlage führte die quantitative Online-Befragung, da es einerseits gelang, das anfängliche Erkenntnisinteresse und die pflegerische Empfehlung des Projektes zu intensivieren und andererseits die aktuelle Versorgung von Pflegebedürftigen widerspiegelte. Ein zentrales Ergebnis stellt hier die aktuell überwiegend durch Angehörige geleistete, nahezu durchgehende, tägliche Versorgung der Autist*innen dar. Zudem hat der Großteil der Befragten einen Pflegegrad in Verbindung mit ASS und es gibt keinen besonderen Schwerpunkt für die benötigten pflegerischen Unterstützungen im Sinne des Prüfkataloges des MDKs an. Jedoch betonte die Mehrheit der Befragten, einen Verbesserungsbedarf bei ihrer genutzten Unterstützung zu sehen, weshalb diese nochmals differenzierter in weiteren Forschungen beleuchtet werden sollte, um eine geeignete Versorgung für Autist*innen zu ermöglichen.

Aus den erhobenen Daten kann geschlossen werden, wie weitere Forschungsarbeiten gerade in Hinblick auf die aktuell noch fehlenden, passenden pflegerischen Konzepte aussehen könnten. Es werden vor allem unterschiedliche Konzepte oder auch Handlungsempfehlungen für ambulante und stationäre Pflege benötigt, die einerseits individuelles und flexibles Agieren ermöglichen sollten, andererseits jedoch klare Regeln im Umgang sowie ein umfangreiches Wissen über ASS auf Seiten der Fachkräfte voraussetzen, da dieses bisher von Autist*innen so noch nicht empfunden wird. Spezielle ambulante Pflegedienste oder spezialisierte Pflegekräfte in stationären Einrichtungen müssen demnach Bedürfnisse von Autist*innen wahrnehmen können und diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten in die Versorgung dieser miteinbeziehen. Ebenfalls müssten Bereiche, wie beispielsweise Autismus und Altern bei Pflegebedürftigkeit, ambulante Versorgung von autistischen Personen sowie der spezifische Bedarf beleuchtet werden. Überdies sind die Möglichkeiten der stationären Pflege von Autist*innen oder auch die geeignete Beratung zur Pflege interessante Bereiche, welche weiterhin wissenschaftlich betrachtet werden sollten. Durch die Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen könnte eine erleichterte Zusammenarbeit zwischen Autist*innen, ihren derzeit hauptsächlich versorgenden Angehörigen und Pflegefachkräften angestrebt werden.

Als Grundlage für eine mögliche Leitlinie zur pflegerischen Versorgung von Autist*innen sind unter Umständen folgende Anregungen hilfreich:

- Autist*innen ist der besondere Fokus auf Individualität und Kontinuität ihrer Versorgung wichtig.
- Neben Grundwissen über Autismus ist die Bereitschaft von Pflegepersonal „Neues“ zu lernen unabdingbar, da das Autismus-Spektrum und die Bedürfnisse der Autist*innen breit gefächert sind.
- Der Faktor Zeit spielt gemessen an den erhobenen Daten, eine besondere Rolle, da Hektik und fehlende Routine bei der Versorgung als sehr unpassend und störend empfunden werden.
- Außerdem sind strukturgebende Leistungen im Alltag von Autist*innen, den Ergebnissen der Umfrage zufolge, besonders wichtig. Dies hat als Konsequenz, dass unter Umständen eine strenge Routine bei der Versorgung eingehalten werden sollte, die Zeit in Anspruch nimmt, welche die Priorität von ausreichender Zeit bei der Versorgung von Autist*innen unterstreicht.
- Die anfängliche Anamnese sollte bei Klienten aus dem ASS deutlich umfangreicher durchgeführt werden, da es beispielsweise bereits durch einen speziellen Geruch (Parfum, Rauch, etc.) oder getätigter „Smalltalk“ seitens der Pflegekraft zu einer Ablehnung, beziehungsweise einer nicht gelungenen pflegerischen Versorgung führen kann.
- Auch die vorangehende Beratung, was „professionelle“ Pflege leisten kann sowie die realistischen Vorstellungen von Klienten und Pflegekräften müssen geklärt sein, um Missverständnissen vorzubeugen.
- Ebenfalls ist die personelle Routine von zentraler Bedeutung. Diese beinhaltet, dass kein hochfrequenter Wechsel der Pflegekräfte vorhanden ist, sodass sich Autist*innen auf „fremde“ pflegerische Unterstützung einlassen können.

Diese Aspekte können mit Grundlage künftiger Leitlinien oder pflegerischen Konzepte bilden, um eine bedürfnisorientierte Pflege im Bereich ASS leisten zu können. Gerade im Hinblick auf die Ergebnisse von Hirvikoski et al., die eine deutliche Zunahme der vorzeitigen Sterblichkeit sowie eines erhöhten Gesundheitsrisikos bei ASS aufgrund einer Vielzahl von Erkrankungen in ihrer Studie feststellten, sollte eine bedürfnisorientierte Versorgung dieser Menschen von hoher Priorität sein (vgl. Hirvikoski et al., 2015, S. 6). Außerdem wurden von Morris et al. Barrieren in der Gesundheitsversorgung seitens Autist*innen erkannt, die sich vor allem bezüglich der Interaktionen zwischen Patient*innen und Leistungserbringern zeigen (vgl. Morris et al. 2019, S. 14). Diese Erkenntnisse bestärken die Dringlichkeit der Beachtung vorliegender Anregungen zur Erstellung passender Versorgungskonzepte sowie den dringenden Anlass zu weiterer pflegewissenschaftlich, vor allem partizipativ angelegter Forschung zur bedürfnisorientierten Pflege von Autist*innen.

Die Literaturübersicht kann bei den Autor*innen angefordert werden.

Autorin

Annastasia Prommersberger BSc MSc
M. Sc. Advanced Nursing Practice, B. Sc., Gesundheits- und Krankenpflegerin, Städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege München
pro.ann@gmx.de

Autor

Prof. Dr. phil. Markus Witzmann, BBA, MSM, MA
Leiter des Studiengangs Master Mental Health (MMH) und mit Schwerpunkt im Studiengang Master Advanced Nursing Practice (ANP) an der Hochschule München tätig und ist Geschäftsführer des Autismuskompetenzzentrums Oberbayern und Geschäftsführer des Ambulant Psychiatrischen Pflegedienst München.

„Meist hat Aggression gute Gründe“

Andreas Kernchen und Christoph Müller im Gespräch über herausforderndes Verhalten

Mit einer seelischen Erkrankung wird herausforderndes Verhalten verbunden. Pflegende tun sich mit den Auffälligkeiten schwer, ganz egal in welchem Setting sie tätig sind. Es erscheint nahezu unmöglich, die Auffälligkeiten aus der Welt zu schaffen. Vielmehr muss die Perspektive auf herausforderndes Verhalten, das natürlich auch Angehörigen im häuslichen Umfeld begegnet, verändert werden. Der Psychiatrie-Erfahrene Andreas Kernchen und „Pflege Professionell“-Teammitglied Christoph Müller haben nach Verständigungen gesucht.

Christoph Müller Lieber Andreas Kernchen, wie würden Sie aus der Sicht eines Betroffenen und eines Experten aus Erfahrung herausforderndes Verhalten beschreiben?

Andreas Kernchen Lieber Christoph Müller, ich danke Ihnen für Ihre sensible Anfrage zu diesem Thema! Ich erlebe solche Dinge, mittlerweile meist im Bereich der Sozialpsychiatrie, also extramural in sehr abgeschwächter Form. Für einige Professionelle kann es bereits grenzüberschreitend sein, wenn man als Psychiatrie-Erfahrener in einer halboffiziellen E-Mail den Begriff Profis in Anführungsstriche setzt. Für andere ist der aggressiven Angriff Dritter, auch verbal, oder das Schmeißen eines Gegenstandes auf Personen herausforderndes Verhalten.

Es ist auch mir, der immer auch als Betroffener, Angehöriger und auch als Genesungsbegleiter in einer Einrichtung unterwegs war, sehr wichtig, gerade in diesem Themenkomplex einen richtig guten Weg zu gehen. Ich frage mich selbst, ob dies in der heutigen Psychiatrie überhaupt noch möglich ist. Psychiatrie ist immer das Ganze.

Wir beide wissen, dass es in der Regel gelingt, dieses doch manchmal schwer zu handhabende System gut für alle Akteurinnen und Akteure im Griff zu haben. Die Psychiatrie hat ja eine Kontroll- und Sicherungsfunktion für die Gesellschaft. Was darf sein? Was passiert aber auch wirklich? Und vor allem, wie lässt sich gut und wertschätzend für alle Seiten damit umgehen?

Die heutige Psychiatrie repariert immer noch eher,

stigmatisiert leider noch. Erst sehr langsam setzt sich durch, dass die Psychiatrie keine defizitorientierte Disziplin sein muss und sollte, sondern man diese Dinge auch ressourcen- orientiert benennen darf. Ich kann mir vorstellen, dass dies für jede Ausprägungsform von psychiatrischer Erkrankung gilt. Ich kann als Betroffener sehr viel im Rahmen einer guten Psycho-Hygiene für mich und auch für eine gute Gesellschaft mit anderen tun. Ob dies dann reicht, um sozusagen gesellschaftskonform zu leben, ist etwas anderes.

Wenn sich die Psychiatrie nicht allein im Vorfeld selbst aus der Schmuddelecke herausholt, wer soll das sonst tun? Für die Gesellschaft sind Stigmata an der Tagesordnung und nutzen einigen Personenkreisen ja leider auch viel zu gut zum Beispiel

zur Stimmungsmache. Ich bleibe dabei, dass sich zu Beginn das System ändern muss, dann tun es auch die Patienten, Klienten, Besucher und Nutzer. Geben wir den psychiatrisch erkrankten Menschen zuerst durch ein gutes und wertschätzendes Setting vorbehaltlos ihre normale Würde zurück, kann sich vieles vor dem Beginn einer erneuten Erkrankung hin zum Positiven ändern und eine neue Form von Begegnung schaffen.

Zugewandtheit im Sinne von Annahme ist hier für mich die nötige Devise. Es wird immer wieder Menschen geben, die das System sprengen. Es ist an uns als Gestalter in Vorlage zu treten, damit es noch immer weniger werden. Eine im Einverständnis mit dem Patienten besprochene Erhöhung der Psychopharmaka-Dosis sehe ich als das letzte Mittel an, um einer persönlichen Herausforderung durch dessen Verhalten aus dem Wege zu gehen. Auch im Dialog lässt sich sehr viel erreichen. Ich denke, dass kein Mensch nur medikamentös ruhiggestellt sein will. Meist hat Aggression gute Gründe, die es zu klären und zu bedenken gilt. Allerdings kenne ich, durch eine gute eigene Achtsamkeit, im Leben mit meiner Erkrankung, selbst Zustände, die ich erlebt habe, die eine solche Medikation erforderten, ja dann äußerst erforderlich machten. Ich konnte dadurch Zuständen von großer emotionaler Anspannung entgehen bzw. dieser so besser Herr werden. Ich selbst lehne solche Dinge also in keinem Fall kategorisch ab. Es kann helfen!

Ich wollte noch einmal betonen, dass Psychiatrie, selbst-erlebt mit all ihren immer noch gelebten Zwängen, an sich etwas Krankmachendes sein kann. Nicht umsonst boomen immer mehr alternative Hilfssysteme wie Soteria, Quartiersarbeit, der Trialog, Recovery-Colleges oder der Open Dialogue. Die Betroffenen schreien nach guter Behandlung.

Christoph Müller Sie schreiben mir aus dem Herzen, lieber Andreas. Natürlich müssen wir über das eine oder andere sprechen. Für mich als psychiatrisch Pflegender ist es manchmal schwer, Zugewandtheit im Sinne von Annahme zu leben. Denn herausforderndes Verhalten bringt mich sowie viele Kolleginnen und Kollegen immer wieder an den Rand der unmittelbaren Belastbarkeit. Wenn ich als „Arschloch“ oder „blöde Sau“ beschimpft werde, dann fällt es mir natürlich entsprechend der eigenen Tagesform leicht oder schwer. Wir sind halt auch Menschen, mit der uns eigenen Verletzlichkeit. Dies zeigt sich in vielen anderen Situationen auch.

Mir ist bewusst, dass Menschen, deren Seelen aus der Balance geraten sind, oft nicht anders können. Ihr Verhalten ist spontan, kommt aus dem Inneren hinaus. Sie können wohl nicht anders. Dies sorgt dafür, dass ich mich mit dem herausfordernden Verhalten auseinandersetzen muss. Ich kann es nicht aus der Welt schaffen. Da bleibt es nur, die Sicht auf die Dinge zu verändern. Deshalb suche ich das Gespräch mit Betroffenen wie Ihnen.

Für mich ist herausforderndes Verhalten ein solches, das unmittelbar das Chaos der eigenen Seele widerspiegelt. Es zeigt die Ursprünglichkeit des eigenen Erlebens und die Grenzen der Bewältigungsmöglichkeiten. Es gibt selten Momente, in denen ich auf mein Gegenüber böse bin. Es darf nicht so sein, dass ich meine eigene Enttäuschung über Verhalten nach außen kehre. Gewöhnlich mache ich schon deutlich, wenn Verhalten mir nicht passt – getreu dem Motto: „Freundlich, aber deutlich.“

In meinen Anfangsjahren als psychiatrisch Pflegender habe ich ganz andere Zeiten erlebt. In dieser Zeit war es üblich, schon bei der Aufnahme psychopharmakologisch zu intervenieren und häufig auch zügig zu fixieren. Gut, dass diese Zeiten vorbei sind.

Andreas Kernchen Es mag daran liegen, dass ich die vorbehaltlose Annahme „predige“. Diese Menschen, die Sie beschreiben, sind sicherlich ein ganz großes Stück in sich selbst, im System gefangen. Dazu gibt es ein sehr interessantes „Tool“, dass ich in meiner Kurs-Weiterbildung zum Genesungsbegleiter EX-IN Deutschland kennenlernen durfte. Es ist der sogenannte Perspektivwechsel. Sich gedanklich in Rollen hinein zu versetzen, die man momentan gar nicht hat, die aber letztendlich das eigene Wissen um andere Perspektiven bereichern. Wer sagt denn zum Beispiel, dass eine Medikation und eine Fixierung ‚immer‘ nur schlecht sind? Ich nicht! Wenn man auf einem Himmelritt unterwegs ist, der kein Ende nehmen will, dann halte ich das Nachdenken über solche Schritte für geboten. Dies heißt nicht, dass ich diese Techniken in jedem Falle gutheiße. Das Gegenteil ist der Fall! Aber, ich meine hier sollte man sich auch ein großes Stück weit von Dogmen lösen.

Genesungsbegleiter sind das Bindeglied zwischen den psychosozial helfenden Profis und den psychiatrie-erfahrenen Menschen in den Einrichtungen des Hilfesystems. Es geht darum, eine andere, eine dritte Perspektive und weitere Kompetenz, die des reflektierten Experten aus Erfahrung, mit in die Psychiatrie und damit in das psychiatrische Handeln einzubringen. Sie sind zum Teil ehrenamtlich, zu einem anderen Teil als Teilzeitbeschäftigte in Kliniken und Wohnheimen tätig.

Christoph Müller Den Begriff der Dogmen finde ich hilfreich. Als psychiatrisch Pflegende brauchen wir die eine und die andere Schublade, um mit den Aufgaben des Alltags und insbesondere mit herausforderndem Verhalten zurechtzukommen. Stereotype Verhaltensweisen geben dem Einzelnen Sicherheit. Sicherheit sollen wir beispielsweise im Alltag einer Station vermitteln und ausstrahlen. Dies geschieht manchmal mit der Unterstützung eines wechselseitigen Spiels.

Apropos Spiel: Mir hat die jahrelange Auseinandersetzung mit dem Humor und der Heiterkeit unglaublich geholfen, mit der Komplexität und der Wucht herausfordernden Verhaltens zurechtzukommen. Der Blick auf das Humorvolle einer Situation nimmt die Dramatik und die Tragik. Der Blick auf das Heitere eröffnet ungeahnte Perspektiven. So gelingt es, sich nicht auf einen Fixpunkt zu konzentrieren, sondern den von Ihnen angemahnten Perspektivwechsel zu wagen. Durch das Weiten des Blicks erscheinen dann auch Verhaltensweisen in einem anderen Licht.

So stelle ich mir in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit das herausfordernde Verhalten eines seelisch aus der Balance geratenen Menschen nicht auch eine Provokation für den Betroffenen selbst ist. Haben Sie als Psychiatrie-Erfahrener und Peer-Begleiter eine Position dazu?

Andreas Kernchen Natürlich habe ich eine Position dazu. Die Provokation liegt meiner Meinung nach darin, mich in erster Linie meiner Erkrankung, mit allem was dazugehört, aussetzen zu müssen. Ich kann für mich nur sagen, dass ich die Krankheit nie als persönlichen Gewinn, als Bereicherung erlebt habe. Es war und ist für mich stets eine große Herausforderung, mit dieser leben zu müssen. Einst hatte ich beispielsweise selbst enorme Probleme mit einer, sich gerade am ehemaligen Arbeitsplatz auftretenden Restsymptomatik in Form von Feindseligkeit und Misstrauen. Ich lebte sie nicht aus, musste beinahe täglich mit ihr leben. Es hat mich dann regelrecht fertig gemacht.

Erst eine eigens angestrebte Änderung meiner Medikation änderte dies nachhaltig und schaffte mir so erheblich mehr Lebensqualität. Ich fand so durch „trial and error“ heraus, was dagegen wirkte. Selbst eine Oberärztin hatte mir gesagt, dass ich damit nun zu leben hätte. Wer sagt denn, dass wir als psychisch erkrankte Menschen gerne so (aus)leben, wie wir sind. Ich hätte gerne ein sorgenfreies Leben, habe es durch mein Handicap nicht. Ich arrangiere mich nun halt damit!

Und „Ja!“, Humor hilft auch mir sehr, dennoch mit meiner Erkrankung leben zu können. Es ist halt so, wie es ist, auch wenn es sicherlich immer noch einen Handlungsspielraum gibt. Diesen gilt es gut auszunutzen, ohne das psychiatrische Hilfssystem zu oft belasten zu müssen. Dazu fällt mir dann das Wort „Selbsthilfe“ ein. Als Peer-Begleiter versuche ich, dies genauso zu leben und eben auch ein großes Stück weit vorzuleben.

Christoph Müller Lieber Andreas, ich habe das Gefühl, dass Sie noch zu zurückhaltend auf meine Frage reagieren. Begegnet mir auffälliges Verhalten, so denke ich einerseits, dass es ein ganz kraftvoller Ausdruck einer seelischen Erkrankung oder einfach auch eines So-Seins sein wird. Dies klingt letztendlich nach zu wenig emotionaler Beteiligung. Zur Konsequenz hat es, dass ich das auffällige Verhalten hinnehme und einfach nur meine Sicht darauf anpasse. Nun gut. Andererseits bin ich der Überzeugung, dass herausforderndes Verhalten eine Botschaft des Betroffenen sein wird, die ich nicht überhören sollte. Da geht es für mich nicht darum, den Hilfeschrei zu hören (der sicher darin verborgen ist) und eine „professionelle“ Antwort darauf zu finden. Ich glaube, dass existentiellere Botschaften dahinterstecken. Diese Mitteilungen kann ich jedoch nur erahnen, wenn ich mich auf die Begegnung und die Beziehung mit dem ver-rückten Anderen einlasse. Es ist dann ein Aufspüren, ein Nachspüren, eine sehr nahe Begegnung mit dem Gegenüber.

Oder interpretiere ich als Helfender zu viel in das Phänomen des herausfordernden Verhaltens hinein? Es kann nicht sein, dass letztendlich das Miteinander nur vordergründig bleibt.

Andreas Kernchen Sie haben ja Recht! Klar, bin ich dabei zurückhaltend- dies aus wahrscheinlich gutem Grund, wie die Profis sagen würden. Erstmal ist es für meine eigene Gesundheit wichtig, dass ich nicht alles Dramatische so ungefiltert an mich heranlasse. Auch meine Psychopharmaka wirken ja dahingehend unterstützend. Des weiteren arbeite ich ja auch eher deeskalierend als Genesungsbegleiter. Zudem sind mir im psychiatrischem System solche Verhaltensweisen eh selbst streng zuwider. Aber, es ist ja wirklich auch hinreichend spürbar, dass ein solches Verhalten wohl bewusste Signale setzen soll, ganz im Sinne eines „So nicht".

Manchmal kann dies derjenige oder diejenige nicht so gut artikulieren, vielleicht auch gerade dann, wenn vermeintlich die vielgepriesene „sogenannte Augenhöhe" im gemeinsamen Umgang und Dialog fehlt oder nicht gewollt ist. Hinzu kommt da dann die Ohnmacht, die in der klassischen Psychiatrie, gerade am meisten noch in Kliniken als persönliches Gefühl aufkommen kann. In diesem Falle wird dies dann wohl auch, fast schon zwingend, durch ein nicht konformes Verhalten angeglichen. So wird sich da Gehör verschafft. Sehr zu aller Leidwesen. Dies ist natürlich äußerst bedauerlich.

Christoph Müller Lieber Andreas, Sie erwähnen einen ganz wichtigen Begriff für mich. Es geht um das „Ungefiltert-an-mich-Heranlassen". Ich will mehr darüber erfahren. Wenn ich als Pflegender in den Raum stelle, dass ich Geschehen, Interaktionen oder Phänomene nicht so an mich heranlasse, dann beschleicht mich der Gedanke, dass es mir an Empathie gegenüber den Betroffenen fehlt. Manchmal muss ich mir als Pflegender gefallen lassen, dass mir das Gefühl für mein Gegenüber fehlt oder ich ihm oder ihr nicht ausreichend Aufmerksamkeit schenken kann oder will. Das Sinnieren über Reizüberflutung und Reizabschirmung bewegt sich ja in einem Nirvana, wenn ich mit einem psychose-erkrankten Menschen nicht im Gespräch war. Eine gängige Hypothese ist ja, dass dem Betroffenen die Möglichkeit eines Filterns nicht gelingt. Ich bin neugierig, was Sie mir erzählen können und wollen.

Andreas Kernchen Lieber Christoph, bei allem berechtigtem beruflichen Ethos, möchte ich zu einem guten professionell-fachlichen und sachlichen Umgang mit empathischen sensiblen Gefühlen aufrufen. Was nützt mir als Psychiatrie-Erfahrener ein Psychiatrie-Pfleger, der immer auf das Intensivste bei meinen Gefühlswallungen mitgeht, dann aber dadurch so stark selbst erkrankt und seinerseits wochenlang krankheitsbedingt ausfällt. Ich denke, dass auch keinem Psychiatrie-Profi damit geholfen ist, wenn ich „eins zu eins" jedes Stimmungstief bei ihm auslebe. Und definieren sie bitte ihre fachliche Interpretation im Zusammenhang von Reizüberflutung und Reizabschirmung etwas mehr aus, damit ich mir ein besseres Bild von ihrer Sichtweise machen kann. Natürlich können sich psychiatrie-erfahrene Menschen von vielfältigen Reizen distanzieren. Dazu dient ihnen im Verlauf einer Erkrankung unter anderem die Psychopharmaka-Einnahme. Andere Techniken und Copingstrategien helfen schon sehr bald weiter. Sie werden mitunter auch unbewusst von Psychiatrie-Erfahrenen entwickelt und angewendet. Das Ganze hilft natürlich auch im Laufe des weiteren Genesungsprozesses und ist selbstverständlich an der eigentlichen Heilung beteiligt. Dies ist sehr gut und wichtig. Es geht ja an sich darum massive negative Gefühle und Wahrnehmungen, die vielen unangenehm sind, zu vermeiden.

Christoph Müller Ich will Sie nicht dazu bewegen, dass Sie jedes Stimmungstief 1:1 an mir ausleben. Nahezu täglich erlebe ich in Übergaben und Therapiebesprechungen, dass Kolleginnen und Kollegen scheinbar kenntnisreich zu berichten wissen, dass Frau Schmitz und Herr Meier psychotisch sind. Wage ich zu fragen, was denn eine Psychose ist, begegnet mir eine Sprachlosigkeit. Pflegenden fällt es schwer, dies näher zu beschreiben, da es in der Begegnung zwischen Helfenden und Betroffenen selten Thema ist, was denn das Erleben ausmacht. Für Pflegende ist es einfacher, beobachtete Symptome wiederzugeben. Mir ist es wichtig, den Menschen und das Menschliche hinter einem verrückten Erleben im Blick zu haben. Ihnen ist als Betroffener möglich, mir klar zu machen, was Ihnen guttut, um mit dem psychotischen Erleben besser umgehen zu können. Nur wenn ich mit Ihnen ins Gespräch komme, werden mir die Reize klar, die Ihnen Mühe machen. Und Sie können (vor allem in Zeiten, in denen es Ihnen besser geht) erzählen, was für Sie individuell Reizabschirmung bedeutet. Welche Umgebungen wirken beruhigend auf Sie? Was kann ich als Helfender machen, um Ihnen konkret und zeitnah Hilfe anzubieten? Als Betroffener haben Sie eine unglaubliche Sensibilität für die eigenen Emotionen. Wenn ich den Begriff der Normalopathen des Kölner Psychiaters Manfred Lütz mit den Blick nehme, so bleibt offen, weshalb mir als Normalbeklopptem es gelingt, mit Verdrän-

gungen und Vermeidungen meine Sensibiltäten auszuschalten. Ich will es nochmals auf den Punkt bringen. Erst wenn ich der eigenen Überzeugung bin, dass auch ich fragil und verletzlich sein kann, kann ich Ihnen die bestmögliche Hilfe anbieten.

Andreas Kernchen Lieber Christoph, sie sind als „Normalbekloppter“ längst nicht „psychisch krank“. Gut - sensibel. Aber, dies spricht dann auch eher für Sie als Mensch. Ich frage mich allen Ernstes, warum sie eine dermaßen fast schon pathologische Fragilität für erstrebenswert halten? Da ich denke, dass man als psychiatrisch Tätiger irrt, wenn man jeden „Un-Sinn“ mitgehen möchte, den man erlebt. Es macht keinen Sinn, sich auf verirrenden Pfaden zu bewegen. Wobei ich sehr wohl weiß, was Sie meinen.

Es ehrt sie, dass Sie nachempfinden und sich einfühlen möchten, das Ihnen alltäglich begegnet. Dennoch appelliere ich hier, als selbst „ver-rückter“ Mensch, dass die Gesunderhaltung der Profis wichtiger ist. Einfühlen - ja ! Sich verlieren - nein !

Da können sie doch viel besser Genesungsbegleiter (EX-IN) nutzen, die dann als Mittler zwischen den Gedanken-Welten agieren können. Natürlich steckt hinter einer Psychose ein tieferer Sinn, aber dieser erschließt sich in der Biographie des Menschen und nicht durch situatives Hineinspüren in Ausdrucksformen herausfordernden Verhaltens. Selbst Kleinigkeiten können dabei sehr wichtige Fingerzeige sein, die das therapeutische Handeln für den Betroffenen weiter voranbringen können. Zudem ist für mich ein Verstehen-Wollen eher mit einem Streben nach Augenhöhe verwirklicht. Wer sich gedanklich in andere Sphären mir gegenüber begibt, kann mich auch nicht verstehen wollen. Haltung zählt sicherlich, für viele so gehandicapte Menschen, mehr als (Gesprächs-) Techniken. Dann kann ihnen so mancher sicherlich auch von diversen Copingstrategien im Umgang mit seinem Leiden berichten. Denn da lehne ich mich mal „aus dem Fenster“, keine Psychose ist gleich. Es gibt schon Dinge, die sich verallgemeinern lassen. Aber sehr erfreulich ist, wie nah sie damit ins Thema des emotionalen Mit-Erlebens hineingehen möchten. Dies finde ich sehr erfolgversprechend für Ihre Arbeit. Aber bitte mit großer Vorsicht, um ihrer selbst willen.

In diesen Tagen erscheint erstmals ein Buch, das sich in deutscher Sprache mit herausforderndem Verhalten von psychisch erkrankten Menschen beschäftigt. Christoph Müller ist der Herausgeber der deutschsprachigen Ausgabe. Bo Hejlskov Elven ist Psychologe und Experte für das Phänomen. Seine Mitautorin ist nicht nur seine Tochter, sondern auch eine Psychiatrie-Erfahrene.

Das Buch, um das es geht:

Bo Hejlskov Elven / Sophie Abild McFarlane: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit psychischen Störungen – Praxisbuch für Pflege-und Gesundheitsberufe, Hogrefe-Verlag, Bern 2020, ISBN 978-3-456-86000-8, 144 Seiten, 26.95 Euro

Wir helfen bei der Verständigung!

Handliche Grundwortschatz-Begleiter für den Berufsalltag

Adèle Jibidar

Grundwortschatz Englisch für Pflege- und Gesundheitsberufe

Deutsch-Englisch, Englisch-Deutsch

facultas 2020, 3., erw. Auflage, 222 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1808-2, e-ISBN 978-3-99111-150-4

Murat Aygan, Şura Koçak

Grundwortschatz Türkisch für Pflege- und Gesundheitsberufe

Türkisch-Deutsch / Deutsch-Türkisch

facultas 2018, 158 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1697-2

Mascha Dabić

Grundwortschatz Bosnisch/Kroatisch/Serbisch für Pflege- und Gesundheitsberufe

B/K/S-Deutsch, Deutsch-B/K/S

facultas 2020, 2., aktualisierte Auflage, 162 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,50 UVP
ISBN 978-3-7089-1874-7

Außerdem bereits erschienen:

- Grundwortschatz Slowakisch, facultas 2020, ISBN 978-3-7089- 1946-1
- Grundwortschatz Rumänisch, facultas 2018, ISBN 978-3-7089-1646-0
- Grundwortschatz Russisch, facultas 2016, ISBN 978-3-7089-1340-7

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Länger leben Zuhause dank digitaler Technik

Eine kritische Auseinandersetzung

Österreich und Deutschland stehen vor ähnlichen Herausforderungen: Fachkräftemangel, demografischer Wandel und zunehmende Digitalisierung. Österreich hat in der Digital Roadmap in zwölf Handlungsfeldern einen Maßnahmenkatalog formuliert. Demnach sollen Ambient Assisted Living und Smart Homes älteren und behinderten Menschen helfen, ihre Eigenständigkeit mit Hilfe von innovativen Technologien zu erhalten (Bundeskanzleramt und Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft 2016).

Für viele Menschen ist es ein Anliegen, im eigenen Zuhause alt zu werden. In einer repräsentativen Studie geben 90% der befragten Menschen über 65 Jahren an, dass sie in den eigenen vier Wänden gepflegt werden wollen (Hajek et al. 2018). Um zu Hause bleiben zu können, sind ältere Menschen bereit, ihre Umgebung anzupassen. Personen, die zur Miete wohnen, ziehen eher einen Umzug in eine barrierearme Umgebung in Betracht, während Personen mit Eigentum eher bereit sind, Umbaumaßnahmen durchzuführen (Ewen und Hahn 2014; Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011).

Die momentane Situation rund um Covid-19 ruft noch einmal mehr die Bedeutsamkeit des eigenen Zuhauses ins Gedächtnis. Angesichts der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen haben viele ältere Menschen Sorge vor einer Ansteckung und einem etwaigen Umzug ins Pflegeheim. Das eigene Zuhause wird, gerade im Alter, zu einem zentralen Rückzugsort.

Durch das neuartige Virus verändern sich viele alltägliche Wege. Plötzlich wird der Besuch bei Ärztinnen und Ärzten zum Hindernislauf. Beim ersten Anruf wird bereits eingeschätzt, ob der Besuch dringend, notwendig, telefonisch abgehandelt oder verschoben werden kann. Körperliche Untersuchungen werden auf ein medizinisch notwendiges Maß reduziert. Waren zuvor telefonische Auskünfte aus Datenschutzgründen wegen fehlender Authentifizierung nicht möglich, werden in der jetzigen Situation viele Vier-Augen-Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten durch Telefonate ersetzt. Wo bleibt hier der Datenschutz, der vorher an der Stelle noch eine zentrale Rolle gespielt hat? Wer prüft die Identität? Reichen die Informationen für eine adäquate Diagnose? Noch selbständige ältere Menschen und pflegende Angehörige werden vor neue Herausforderungen gestellt.

Gerade in der derzeitigen Lage kommen vermehrt digitale Lösungen in der ärztlichen Versorgung und im Alltag Zuhause zum Einsatz. So finden Gespräche mit Pflegenden, Ärztinnen, Ärzten und der Familie virtuell oder telefonisch statt. Die Theorie wird unwillkürlich dem Praxistest unterzogen. Gleichzeitig bietet es Gelegenheit, über digitale Techniken Zuhause und in der medizinischen Versorgung nachzudenken. Dabei stellt sich die Frage, kann Technik einen Beitrag zum länger leben Zuhause leisten? Dieser Frage wollen wir auf den Grund gehen.

Der Artikel skizziert zu Beginn mittels Interviewauszügen, wie Betroffene zum Einsatz von digitaler Technik Zuhause im Alter stehen. Im Anschluss folgt eine Diskussion zentraler Aspekte, um die gestellte Frage zu beantworten. Es wird das Projekt DeinHaus 4.0 vorgestellt und skizziert, wie eine Kombination aus Technik und Schulung zur Unterstützung eines individuellen Alterskonzepts getestet wird.

Zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Die meisten Seniorinnen und Senioren wollen im eigenen Zuhause alt werden. Sie wollen möglichst eigenständig sein und selbst Entscheidungen treffen, besonders darüber, wie sie ihr eigenes Leben gestalten wollen. Laut einer Studie von über 1.000 Befragten sind für 87% die wichtigsten Wünsche für das Alter in Deutschland, gesund und fit zu bleiben. Sie wünschen sich im Alter unabhängig von der Pflege anderer zu sein, finanzielle Sorgenfreiheit sowie gute medizinische Versorgung (Statista Research Department 2009). Soweit die Wünsche und die Erkenntnisse aus der Literatur. Welche Erfahrungen Seniorinnen und Senioren im Alltag im Umgang mit digitaler Technik konkret machen, zeigt sich in nachfolgenden Interviewausschnitten. [1]

Frau Meier, 75, äußert sich zu diesem Thema wie folgt: „Ich muss mich mit Technik auseinandersetzen. Ich will nicht - ich muss! In vielen Informationsbroschüren aus der Apotheke, die ja meistens von alten Leuten wie mir gelesen werden, stehen unter den jeweiligen Artikeln nur noch Links zu Internetseiten auf denen ich dann weiterführende Informationen finde. Ich muss also ins Internet, um mich zu informieren. Ich werde regelrecht gezwungen, mich im Internet zu informieren. Ich - ich kann das, aber ältere Leute haben damit vielleicht Schwierigkeiten.“

Herr Müller, 70 Jahre alt, lebt mit Ehefrau in einem Haus.

I: Welche Bedeutung hat für Sie das Zuhause in der Situation rund um Covid-19?

Hr. Müller: Das Zuhause ist wichtiger denn je, vor allem einen Ort zu haben, an dem man sich wohlfühlt.

I: Wenn Sie an die Zukunft denken, welche Rolle spielt für Sie Ihr Zuhause?

Hr. Müller: Das Zuhause ist unser zentraler Rückzugsort. Ich möchte so lange wie möglich hier wohnen bleiben. Unsicher ist natürlich, welche körperlichen oder mentalen Einschränkungen in der Zukunft auf uns zukommen.

I: Wie stehen Sie zu digitalen Techniken zur Unterstützung im eigenen Zuhause?

Hr. Müller: Digitale Technik hat keine große Bedeutung für mich. Ich bin skeptisch, was den Einsatz hier im Haus betrifft. Ich muss auch zugeben, ich kenne im Detail die Einsatzmöglichkeiten nicht.

I: Stellen Sie sich vor, Ihr Fußboden könnte einen Sturz registrieren und einen Notruf absenden. Was halten Sie davon?

Hr. Müller: Das ist völlig in Ordnung. Das ist sinnvolle Technik, wenn ich stürze und automatisch Hilfe gerufen wird. Eine Kaffeemaschine, die ich über das Handy steuere, brauche ich jedenfalls nicht. Ich brauche keine Technik, die alles nur noch bequemer macht. Solange ich mich bewegen kann, will ich die Beweglichkeit erhalten.

I: Haben Sie irgendwelche Bedenken beim Einsatz von digitaler Technik in Ihrem Zuhause?

Hr. Müller: Nein. Wenn die Technik mir im Notfall hilft, können auch meine Daten offengelegt werden. Ich gehe davon aus, dass es entsprechende Standards gibt und meine Daten geschützt sind. Und wenn nicht? Wen interessieren meine Daten. Dann bin ich lieber gläsern, aber daheim.

Herr Kogler, 66 Jahre lebt allein und berichtet von seiner verstorbenen an Demenz erkrankten Ehefrau:

Gefragt nach seinen Erfahrungen mit digitaler Technik für Zuhause antwortet Herr Kogler: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich meine demenzkranke Frau mit einem GPS-Tracker leichter wiederfinde. Die hat sich oft allein auf den Weg gemacht. Wenn ich zum Beispiel drinnen Zeitung gelesen habe und sie im Garten war, musste ich nicht ständig nach ihr sehen. Denn, war sie weg, hat mir der GPS Tracker ja gesagt wo ich sie finde, meistens bei der Nachbarin oder auf dem Weg zur Kirche. Dort habe ich sie abgeholt. Gut, dass wir auf dem Land wohnen. Sie hat den Sensor als Uhr am Handgelenk getragen. Davon haben wir beide profitiert, weil wir beide dadurch ein kleines Stück freier waren.“

Herr Kogler berichtet auf Nachfrage, dass das Ehepaar noch weitere digitale Technik genutzt hat: „Wissen Sie, wir waren hier die ersten, die einen ganz modernen Becher hatten, den hat unsere Tochter mitgebracht, die hat´s mit der Technik. Das hat sie von mir. Der Becher hat erkannt, wieviel meine Frau getrunken hat. So habe ich nicht immer danebenstehen müssen und schaun, sondern das Tablet hat mir mittags und abends gesagt, wieviel sie schon getrunken hat. Manchmal haben wir uns auch eine Flasche Bier auf dem Bankerl vor dem Haus geteilt. Davor hatte ich abends oft ein schlechtes Gewissen, weil ich nicht wusste, ob sie genug getrunken hat und das ist doch sehr wichtig bei Demenzkranken.“

Außerdem hat Herr Kogler kürzlich von einem vernetzten Medikamentenspender gehört, dieser hätte ihm geholfen die Tagesabläufe zu organisieren, sagt er. Er erzählt: „Hätten wir diesen gehabt,… das wäre gut gewesen. Ich hatte ständig Angst, dass ich meine Medikamente und die meiner Frau durcheinanderbringe oder einer von uns seine Medizin vergisst. Sie brauchte fünfmal am Tag mehrere Tabletten, da bin ich

schon manchmal an meine Grenzen gekommen… nervlich. Mit dem Medikamentenautomaten, den es jetzt gibt, da hätte mich mein Handy erinnert. Und wenn man es dort nicht quittiert, dann bekommt man einen automatischen Anruf auf das Festnetz. Das Füllen der Automaten einmal pro Woche wäre allerdings geblieben, aber das hätte vielleicht der ambulanten Dienst übernommen."

Herr Kogler zeigt auf einen digitalen Bilderrahmen, der am Küchentisch steht. „Damit ist unsere Familie auch in Zeiten von Corona vernetzt. Ich freue mich immer über neue Bilder von unserer Tochter oder den Enkeln. Die schicken mir die Bilder direkt auf den Fotorahmen, da muss ich gar nix machen. Das sind meine täglichen Überraschungen! Urlaubsfotos oder Bilder von Tieren und Blumen. Ja, die haben alte Erinnerungen bei meiner Frau geweckt und auch bei mir, da kommen schon mal die Tränen. Wir haben uns oft über die Fotos unterhalten. Einmal ist ihr ein altes Wiegenlied wieder eingefallen, als sie ein Babyfoto von unserem jüngsten Enkel gesehen hat.

Frau Bauer, 60 Jahre, pflegende Angehörige, betreut ihren alleinlebenden 86-jährigen Vater:

I: Sie versorgen ihren Vater seit mehreren Jahren, wie geht es Ihnen damit?

Frau Bauer: Es gibt Tage, da überlege ich schon, ob es nicht besser wäre ihn in ein Pflegeheim zu geben. Aber, mein Papa sagt immer, in diesem Haus bin ich geboren, da sterbe ich auch. Wo anders hingehen kommt nicht in Frage. Er will noch nicht mal zu mir ins Haus ziehen, was allerdings von meinem Mann auch nicht so gern gesehen werden würde.

I: Nutzen Sie digitale Technik für Zuhause?

Frau Bauer: Diese moderne Technik bringt eine echte Erleichterung für mich. Ich muss nicht ständig hinfahren oder anrufen, damit ich weiß, ob es ihm gut geht oder er irgendwo liegt, weil er gestürzt ist. Er lebt ja alleine und muss nachts öfter raus. Und es beruhigt mich, wenn ich morgens sehe, er hat sich Kaffee gemacht. Abends kann ich über die Sensoren erkennen, dass der Fernseher läuft und dass der Bewegungsmelder beim Bett angeschlagen hat. Ich schlafe einfach besser, wenn ich weiß, er ist auch ins Bett gegangen, dann wird schon alles gut gehen. Ich bin mir nicht sicher, ob er im Notfall einen Notfallknopf drücken würde. Darum ist in unserem Fall ein unauffälliges passives System besser. Wie lange wir das noch so machen können, weiß ich nicht. Wir denken schon über eine 24-Stunden-Pflege nach. Kommt Zeit, kommt Rat!

Herr Gaismair, 86 Jahre, Vater von Frau Bauer, lebt alleine in ländlicher Umgebung:

I: Sie leben alleine und von Ihrer Tochter haben wir erfahren, dass Sie ein smartes Notrufsystem nutzen. Was sind Ihre Erfahrungen damit?

Herr Gaismair: Ich brauch das gar nicht, aber meine Tochter. Und wenn es sie beruhigt, mich stört es nicht. Sie kann ruhig wissen, wann ich aufstehe, dass ist eh immer gleich.

I: Nutzen Sie außerdem digitale Technik?

Herr Gaismair: Ich brauch das moderne Zeug nicht. Nur das Nachtlicht, damit find ich meine Hausschlappen besser, wenn ich nachts raus muss.

Résumé aus den Interviewausschnitten:

Die vier vorgestellten Interviewauszüge verdeutlichen mehrere Aspekte. Digitale Technik kann in verschiedenen Handlungsfeldern unterstützen. So leistet sie Hilfe zur Alltagsbewältigung, zur Stärkung der Autonomie und des Wohlbefindens. Darüber hinaus tragen digitale Systeme zur Beruhigung des Sicherheitsempfindens bei, vor allem der pflegenden Angehörigen.

Unterstützung durch digitale Technik

Gerade bei Ehepaar Kogler wird deutlich, dass sie mit Hilfe des GPS Trackers den Alltag besser bewältigen konnten. Insbesondere Frau Kogler gewann dadurch an Selbstbestimmung. Das bestätigt die Literatur. So schätzen Angehörige von an Demenz erkrankten Personen am meisten Ortungssysteme und Sicherheitstechniken (Donkowa 2014). Zur Erleichterung im Alltag und zum Wohlbefinden trugen, im Fall von Ehepaar Kogler, auch der digitale Trinkbecher und der smarte Medikamentenspender bei. Durch den digitalen Bilderrahmen konnten beide am Familienleben teilhaben. Es bereichert die tägliche Kommu-

nikation und stimuliert die geistige Aktivität. Da Herr Kogler jetzt alleine lebt, ist eine weitere Inanspruchnahme von smarter Technik wahrscheinlich. Der Theorie zufolge befürworten Alleinlebende eher assistierende Technik (Löfqvist et al. 2013).

Studien belegen, dass im Alter das Interesse an Geräten steigt, die Bewegungen in der Wohnung erkennen. Bei Unsicherheiten und insbesondere im Falle eines Sturzes werden vorher festgelegte Personen informiert (Künemund 2016). In der Versorgungssituation von Herrn Gaismair wird deutlich, dass insbesondere dessen Tochter durch die sensorbasierte Notruftechnik eine Entlastung im Alltag erfährt. Ihr Wunsch nach Sicherheit und Informiertheit wird mit wenig Aufwand größtmöglich erfüllt. Für Herrn Müller ist Sicherheit der einzige Grund für die potentielle Nutzung digitaler Technik. Aus seiner Sicht ist Technik sinnvoll, die nur im Notfall zum Einsatz kommt.

Eine eher neutrale Haltung gegenüber dem Technikeinsatz im eigenen Zuhause zeigt Herr Gaismair. Er legt, wie Herr Müller, keinen Wert auf Komfort durch Technik, sondern will seinen Alltag unverändert verrichten. Dies spiegelt die Kontinuitätstheorie wider, nach der die verinnerlichten Handlungsmuster und Strategien für das individuelle Wohlbefinden fortgesetzt werden (Atchley 1989). Tägliche Routinen können ebenso wie der Verbleib in der gewohnten Umgebung durch digitale Technik unterstützt werden.

Bedenken zu digitaler Technik

In den Interviews wurden verschiedene Bedenken angesprochen. So veranschaulicht Herr Müller die Sorge, durch Technik inaktiv zu werden. Das zeigt auch die Aktivitätstheorie (Havighurst 1963). Der alternde Mensch will ressourcenorientiert aktiv sein und verspürt dadurch Zufriedenheit. Frau Meier hat andere Sorgen. Sie kritisiert, dass sie keine Wahl bei der Nutzung des Internets zur vertiefenden Informationsgewinnung hat und es nutzen „muss“.

Herr Müller signalisiert mit seiner Aussage „lieber gläsern, aber daheim“, die Bereitschaft zur Freigabe sensibler Daten zu Gunsten des Verbleibs im gewohnten Wohnumfeld. Für ihn scheint länger leben Zuhause ein sehr hohes Gut zu sein. Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist in der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verankert. Dadurch können Nutzerinnen und Nutzer nachlesen, wie ihre Daten verarbeitet werden. Bei mehreren technischen Lösungen kommt da schnell einiges an Lektüre zusammen. Im D21 Index (Initiative D21 2019) wurde in einer repräsentativen Umfrage in Deutschland verschiedene Aspekte rund um die digitale Welt erhoben. In der nachfolgenden Abbildung wird deutlich, dass Daten bereits eine Art Währung geworden sind und, dass offensichtlich Vertrauen in Gesellschaft und Legislative vorhanden ist.

Neben dem Datenschutz gilt es auch, ethische Aspekte zu berücksichtigen. Themen in diesem Bereich handeln von Privatsphäre, Datensicherheit und informierter Zustimmung. Die Stiftung Datenschutz (2020) entwickelt hierzu Vorschläge für eine praxisgerechte und wirksame Datenpolitik. Die Frage ist, können Seniorinnen und Senioren tatsächlich informiert zustimmen, die Datensicherheit einschätzen und wird ihre Privatsphäre geschützt? Herr Müller sagt ganz klar, er vertraut auf existierende Standards, eingehaltene Richtlinien und darauf, dass seine Daten sicher sind. Hier geht es auch um Digitalkompetenz, die sich individuell aus Vorerfahrungen, Alter, Bildung und eventuellen kognitiven Einschränkungen zusammensetzt. Inwieweit Frau Kogler mit ihrer Demenzerkrankung der Nutzung des GPS Trackers informiert zustimmen konnte, ist fraglich. Zu bedenken sind sogenannte Third-Person Entscheidungen. Gemeint ist hiermit, wenn der Enkel für seine Oma entscheidet, dass diese den GPS Tracker tragen soll. Ein anderes Beispiel ist die Tochter, die ihrem Vater ein sensorbasiertes Hausnotrufsystem einrichten lässt. Für Herrn Kogler, ist der GPS Tracker ein Hilfsmittel zur Betreuung. Ethische Bedenken dazu äußert er keine. Hier sollte weiterführend diskutiert werden, was noch notwendige Fürsorge ist und ab wann Überwachung zur Befriedigung von Bedürfnissen Dritter beginnt.
Kommen wir auf die Leitfrage des Artikels zurück: Kann digitale Technik einen Beitrag zum länger leben Zuhause leisten? Ja kann sie, sagen wir. Digitale Unterstützungsmaßnahmen können einen Beitrag leisten, damit ein Umzug in betreute oder stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen hinausgezögert, Angehörige entlastet und der Alltag erleichtert wird. Der Einsatz ist oft mit weniger Umbaumaßnahmen verbunden als viele Menschen vermuten. Bereits einfache Funksteckdosen, Sensoren, die registrieren, wann eine Tür auf oder zu ist oder Bewegung im Haus stattfindet, bringen Erleichterung in der Alltagsbewältigung und das Sicherheitsbedürfnis der nicht im Haushalt lebenden Angehörigen.

Technik kann einen Beitrag leisten – ... aber, Technik allein reicht nicht

Die Technik allein kann länger leben Zuhause nicht ermöglichen. Aus unserer Sicht, braucht es überdies auf individueller Ebene eine Art persönliches Alterskonzept, also eine eigene Planung für das Alter. Zusätzlich bedarf es belastbarer, individuell abgestimmter Netzwerke, um möglichst lange Zuhause leben zu können. Basierend darauf, haben wir im Projekt DeinHaus 4.0 ein Schulungskonzept mit fünf Bausteinen entwickelt. Wichtig ist für uns, mit den Bausteinen eine vorausschauende Altersplanung anzustoßen. Vermieden werden soll, dass in der akuten Krise ein unüberlegter, voreiliger Technikeinbau stattfindet oder gar ein Heimeinzug in Erwägung gezogen wird.

Das Projekt DeinHaus 4.0

Das Projekt besteht bereits in den Regierungsbezirken Niederbayern, Oberbayern und Oberpfalz. Den Anfang machte 2018 DeinHaus 4.0 Niederbayern. Als Forschungsprojekt an der Fakultät für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Technischen Hochschule Deggendorf, wird das Projekt bis 2023 vom Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert.

Ein Ziel ist es, die niederbayerische Bevölkerung zum Thema digitale Unterstützung Zuhause zu informieren und sensibilisieren. Damit sollen Hemmschwellen gegenüber digitalen Lösungen abgebaut werden, um mit Hilfe der digitalen Technik möglichst lange und selbständig in den eigenen vier Wänden leben zu können. Denn, nur was ich kenne und dessen Nutzen ich verstehe, setze ich in meinem persönlichen Umfeld ein.
Wie sollen diese Ziele erreicht werden? Zuerst werden die Bedarfe an digitalen Lösungen eruiert, analysiert und mit bestehenden digitalen Techniken abgeglichen. Ausgewählte Techniken werden in zwei Mustereinrichtungen erlebbar gemacht. Wichtig ist die Vernetzung von Theorie und Praxis. So werden Betroffene mit Koordinierenden, Beratenden und Fachexpertinnen und -experten aus dem Gesundheitsbereich an einen Tisch zusammengeführt. Weitere Informationen zum Projekt können unter https://www.deinhaus4-0.de/ eingesehen werden.

Das Besondere an diesem Projekt ist das DeinHaus 4.0-Programm, welches aus einem Set an verschiedenen Sensoren und Geräten für Zuhause und gezielten Schulungen besteht.

Der Inhalt der Schulungsbausteine basiert auf einer britischen Studie (Craig 2004). Craig formuliert Ziele, die zu einer aktiven Bürgerschaft im Alter führen:

- Physische Unabhängigkeit, z. B. der Erhalt von Mobilität und Bewegung
- Psychische Unabhängigkeit, z. B. frei von Sorgen zu sein und Seelenfrieden
- Soziale Teilhabe, z. B Beziehungen pflegen, Zugehörigkeitsgefühl durch soziale Inter-

aktionen
- Wahrung der eigenen Identität und Würde (Craig 2004)

Darauf basierend gliedern sich die Schulungen im DeinHaus 4.0-Programm in fünf Bausteine, welche Informationen, Übungen und Denkanstöße für die individuelle Vorbereitung auf das Altern Zuhause liefern. Das DeinHaus 4.0 Programm wird derzeit final ausgearbeitet und anschließend in der Praxis getestet.

Abb. 1. Schulungsbausteine für DeinHaus 4.0-Programm (Aumer, Hechinger). Eigene Darstellung.

Fazit und Ausblick

Was also tun, wenn der größte Wunsch lautet „Hauptsache Zuhause leben können im Alter“? Eine größtmögliche Selbstbestimmtheit im Alter setzt eine gewisse Planung und damit eine offensive Herangehensweise an den letzten Lebensabschnitt voraus. Das bedeutet neben dem Einsatz von geeigneter Technik, dass sich jeder im fortgeschrittenen Alter überlegt, wie und wo er die verbleibenden Jahre verbringen will und wie er versorgt werden möchte. Neben der persönlichen Altersplanung braucht es ein belastbares Hilfenetzwerk, das einen im Notfall auffängt. Pflegestützpunkte oder Alterslotsen können dabei wertvolle Dienste leisten. Es muss jedem einzelnen Menschen und der Familie klar sein, dass digitale Technik viele Chancen bietet, aber auch Herausforderungen zum Thema Datenschutz und ethische Fragen mit sich bringt.
Es sind also auf individueller, familiärer und gesellschaftlicher Ebene kontinuierliche Weiterentwicklungen nötig. Bereits Heraklit von Ephesos (um 535 - 475 v. Chr.) wusste: „Die einzige Konstante im Universum ist die Veränderung.“
Veränderungen braucht es überdies auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Wohnungsgesellschaften sind aufgefordert neue Formen der Nachbarschaftshilfe zu entwickeln und innovative Ansätze für wohnortnahe Dienstleistungen, zur Unterstützung und Versorgung auf den Weg zu bringen. Das Potential ist da, die Zeit ist reif! Jetzt gilt es, professionelles, familiäres, nachbarschaftliches und bürgerschaftliches Engagement zu bündeln, sowohl in Städten als auch in ländlichen Regionen. Zudem werden mehr regionale Initiativen gewünscht, die bei der Altersplanung und Koordination unterstützen. Die Frage, was muss ich tun, um im Alter möglichst lange zu Hause bleiben zu können, sollte an einer Anlaufstelle geklärt werden können. Modelle, wie die Lüneburger Alterslotsen, zielen darauf ab, mittels umfangreicher Beratung, Koordination sowie Begleitung ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter zuführen (Lüneburger Alterslotsen 2020)

Für Frau Meier war klar, sie muss sich selbst kümmern und eigene, ganz individuelle Lösungen finden. So buchte sie einen regionalen Kurs zum Einstieg ins World Wide Web und kaufte sich ein Tablet, um an die benötigten Informationen zu gelangen. Sie informierte sich wo welche Ansprechpartner-

innen und Ansprechpartner ihr bei Bedarf helfen und welche digitalen Lösungen helfen, um möglichst lange in den eigenen vier Wänden wohnen zu können. Daraufhin ließ sie sich einen Herdwächter, ein intelligentes Nachtlicht und einen modernen Hausnotruf mit Aktivitätskontrolle installieren. Ein mühsamer, aber lohnenswerter Weg, wie sie selbst im Interview betont. Auch mit ihren Kindern hat sie ausführlich gesprochen und die zukünftige Wohnsituation und das individuelle Netzwerk aus Helfenden erörtert. Natürlich ist es nicht möglich, alles zu planen, aber Frau Meier fühlt sich für die Zukunft gerüstet, da sie einen Plan erarbeitet hat.

Weitere Forschungsfragen stellen sich bezüglich Nutzenerkennung und tatsächlichem Gebrauch der Technik. Klar ist, künftig wird unser Leben zunehmend vernetzter sein. Unsere Kleidung, unser Auto, die Wohnung oder das Haus samt allen Haushaltsgeräten und Computern werden miteinander kommunizieren. Werden wir mit animierten Maschinen reden, als seien sie lebendig? Wie wirkt sich die vernetzte digitale Technik auf das Zusammenleben von Menschen und deren Beziehungen aus? Und was ist, wenn kognitive Einschränkungen dazukommen?
Weitere Informationen bietet das Portal „Wegweiser Technik und Alter“ (www.wegweiseralterundtechnik.de) vom Forschungszentrum Informatik am Karlsruher Institut für Technologie, welches als gemeinnützige Einrichtung neue Produkte flächendeckend bekannt macht.

Literaturverzeichnis

Atchley, Robert C. (1989): A Continuity Theory of Normal Aging. In: The Gerontologist 29 (2), 1989, S. 183–190.

Bundeskanzleramt und Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft (2016): Digital Roadmap Austria. Online verfügbar unter https://www.digitalroadmap.gv.at/. Zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Online verfügbar unter https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/ministerien/bmvbs/forschungen/2011/Heft147_DL.pdf;jsessionid=FD084CCBDC98ED9AEAC9E75FE9FCA7A3.live11293?__blob=publicationFile&v=1. Zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Craig, Gary (2004): Citizenship, Exclusion and Older People. In: Journal of Social Policy 33(1), 2004, S. 95–114.

Donkowa, Sophia (2014): Anwendung von AAL-Systemen bei Demenz. Online verfügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56220-8. Zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Ewen, Heidi H.; Hahn, Sarah J. (2014): Aging in place or relocation? Plans of community-dwelling older adults. In: Housing Elderly 28 (3), 2014, S. 288-309.

Hajek, André; Lehnert, Thomas; Wegener, Annemarie; Riedel-Heller, Steffi G.; König, Hans-Helmut (2018): Langzeitpflegepräferenzen der Älteren in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. In: Gesundheitswesen 80 (8-09), 2018, S. 685–692.

Havighurst, Robert J. (1963). Successful aging. In: Processes of aging (1), 1963, S. 299–320.

Initiative D21 (2019): D21-Digital-Index 2018/20219. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Online verfügbar unter https://initiatived21.de/app/uploads/2019/01/d21_index2018_2019.pdf. Zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Künemund, Harald (2016): Wovon hängt die Nutzung technischer Assistenzsysteme ab? Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online verfügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49994-1. Zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Löfqvist, Charlotte; Granbom, Marianne; Himmelsbach, Ines; Iwarsson, Susanne; Oswald, Frank; Haak, Maria (2013): Voices on relocation and aging in place in very old age-a complex and ambivalent matter. In: The Gerontologist 53 (6), 2013, S. 919–927.

Lüneburger Alterslotsen (2020): Alterslotsen Lüneburg. Online verfügbar unter https://www.lueneburger-alterslotsen.de. Zuletzt geprüft am 19.06.2020.

Statista Research Department (2009): Wünsche für das Alter. Online verfügbar unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5418/umfrage/wuensche-fuer-das-alter/#professional. Zuletzt geprüft am 14.06.2020.

Stiftung Datenschutz (2020): Die Stiftung. Online verfügbar unter https://stifungsdatenschutz.org. Zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Fußnote

[1] Die Interviews wurden im Rahmen des Projektes DeinHaus 4.0 geführt. Die Namen wurden zur Wahrung der Anonymität geändert und die Aussagen für den Lesefluss gekürzt.

Autorin

Dr. phil. Christine Aumer

ist examinierte Krankenschwester, Dipl.Pflegewirtin und Pflegewissenschaftlerin. Sie ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt DeinHaus 4.0 an der Technischen Hochschule Deggendorf tätig. Seit mehreren Jahren unterrichtet Sie dort auch als Dozentin. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Gerontologie und Geragogik sowie der Familien- und Gemeindenahen Pflege. In ihrer Promotion an der Tiroler Privatuniversität forschte sie zur Bedeutung von Waldarbeit für ältere Menschen.

Autorin

Mareike Hechinger, MSc

ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und Pflegewissenschaftlerin. Sie ist seit mehreren Jahren in der ambulanten Pflege im Familienbetrieb tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Palliative Care, pflegerische Beziehung, informelle und ambulante Pflege. Sie ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Hochschule Deggendorf und für Prof. Dr. André Fringer an der ZHAW Zürich tätig. In ihrer Promotion an der Universität Wien widmet sie sich dem Thema pflegerischer Beziehungsgestaltung im ambulanten Pflegesetting.

Daniela Vitek

Gerontologische und gerontopsychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Ein Lehrbuch für Pflegeberufe

facultas 2020
152 Seiten, broschiert
EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP
ISBN 978-3-7089-1943-0
Auch als epub: e-ISBN 978-3-99030-967-4

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Die Patientin hat Atemnot

High-Fidelity-Simulationen in der Pflegeausbildung

Computergestützte Patienten spielen in der Pflegeausbildung eine wichtige Rolle. Sie bieten den Studierenden die Möglichkeit, realitätsnahe Situationen zu trainieren und sich für die Praxis fit zu machen. Das Berner Bildungszentrum Pflege gibt seine Erfahrungen mit High-Fidelity-Simulation nun als Publikation heraus – zur Inspiration von Lehrpersonen.

Wer im Ernstfall rasch und kompetent handelt, zeichnet sich als Fachperson aus. Dies gilt besonders im Gesundheitswesen, denn hier geht es letztlich um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten. In den Pflegeausbildungen kommt dem Transfer von der Theorie in die Praxis somit grosse Bedeutung zu. Das Berner Bildungszentrum Pflege (BZ Pflege) setzt seit Jahren auf Lehrveranstaltungen mit sogenannten High-Fidelity-Simulationen und macht damit wertvolle Erfahrungen. Angehende Pflegefachpersonen HF trainieren mit computergestützten Modellen ihre Fähigkeiten und bereiten sich anhand von konkreten Fallbeispielen auf die klinische Praxis vor. «Diese Settings ermöglichen den Studierenden, in einem sicheren Rahmen zu üben und ihr Handeln zu reflektieren», erklärt Dr. Claudia Schlegel, die am BZ Pflege den Lernbereich Training und Transfer co-leitet. Sie hat kürzlich zusammen mit den Lehrpersonen Urs-Beat Schaer und Monika Droz eine Publikation mit dem Titel «High-Fidelity-Simulationen in der Pflegeausbildung» herausgegeben (s. Box). Das gesammelte Wissen soll damit an andere interessierte Lehrperso-

(C) BZ Pflege

(C) BZ Pflege

nen weitergegeben werden.

Fachwissen für Lehrpersonen

«Fidelity» meint den Annäherungsgrad an die Realität. In den Pflegeausbildungen werden häufig Low-Fidelity-Simulation an Modellen oder Torsos vorgenommen. Das sind nachgebildete menschliche Körperteile ohne elektronische Steuerung. Sie eignen sich beispielsweise für das Training von invasiven Handlungen wie Blutentnahmen oder pflegerische Tätigkeiten im Intimbereich. Bei der High-Fidelity-Simulation handelt es sich um Lehrveranstaltungen mit computergestützten Patientensituationen, virtueller Realität oder Simulationspatienten. Die vom BZ Pflege herausgegebene Publikation legt den Fokus auf diese Settings, da die Realisierung besondere Ansprüche stellt und von Fachpersonen viel Wissen erfordert. Um Erfolge zu erzielen, muss eine Reihe von Kriterien berücksichtigt werden. In erster Linie sollten solche Trainings in den Lehrplan integriert und auf die jeweiligen Kompetenzen und Ziele der Studierenden abgestimmt werden. Auch eine passende Infrastruktur ist erforderlich. Und das Wichtigste: «Fachpersonen benötigen das Know-how, um Simulationen vorzubereiten und durchzuführen», betont Claudia Schlegel. Ansonsten bestehe das Risiko, dass Ausbildungsinstitutionen teure High-Fidelity-Manikins anschafften, die dann nicht zum Einsatz kämen. Das BZ Pflege führt deshalb regelmässig Weiterbildungen* für Lehrpersonen, Ausbildnerinnen und Pflegepädagogen durch.

Realitätsnahe Fälle konzipieren

Am Anfang jedes Simulationstrainings steht ein konkreter Fall, der zuerst generiert und dann didaktisch umgesetzt werden muss. Am BZ Pflege werden die Settings im Lernbereich Training und Transfer inszeniert, wo computergestützte Simulatoren die Rolle von Patienten und Patientinnen spielen. Zum Beispiel Frau K.: Die 60-Jährige leidet an der chronischen Lungenerkrankung COPD und

muss notfallmässig hospitalisiert werden, da sich ihr Zustand akut verschlechtert. Die Patientin hat weitere Diagnosen: arterielle Hypertonie, Diabetes Mellitus Typ 2, depressive Verstimmung. Sie liegt im Bett und klingelt. Als die Pflegestudierende das Zimmer betritt, sagt die computergestützte Patientin: «Es geht mir gar nicht gut. Ich kann kaum mehr atmen, mir ist sehr heiss. Habe ich Fieber?» In dieser Situation muss die Studierende sofort reagieren und professionell handeln. Sie prüft Vitalwerte wie Blutdruck, Puls und Körpertemperatur, die mit 39 Grad deutlich erhöht ist. Dann fordert sie medizinische Hilfe an. Das Setting wird anhand eines strukturierten Drehbuchs gespielt, welches alle Details beschreibt.

Rückmeldung vom Modell

Der Pflegestudierende Remo Blaser, der sich im ersten Ausbildungsjahr befindet, hat im Rahmen eines Moduls zum Thema Atmung eine High-Fidelity-Simulation absolviert. Er verabreichte dem computergestützten Modell durch die Nase Sauerstoff und beobachtete, wie sich dessen Brustkorb hebt und senkt. Als die Patientin plötzlich zu sprechen begann, war seine Aufmerksamkeit geweckt: «Zum ersten Mal habe ich eine direkte Rückmeldung von einer Patientin erhalten», sagt er. Die Veranstaltung prägt ihn nachhaltig: «Für mich war diese Erfahrung sehr wertvoll», sagt er. Es sind verschiedene Elemente, die letztlich zu einem Lernerfolg führen. Die Fälle müssen den Tatsachen entsprechen, damit das Szenario eine hohe Authentizität hat. Ausserdem erfordert die Programmierung des Simulators technisches Können. Wesentlich ist auch die realitätsnahe Gestaltung der Simulationsumgebung. Darauf wird am BZ Pflege grossen Wert gelegt. So befindet sich im Zimmer der Patientin ein Nachttisch, auf dem persönliche Utensilien sowie imitierte Tabletten, sogenannte Look-Alike-Medikamente, liegen. «Das ermöglicht den Studierenden, in die Situation einzutauchen und sich ganz auf das Training einzulassen», berichtet Margret Schyja, die am BZ Pflege regelmässig als Lehrperson bei Simulationen mitwirkt. Bevor das Setting durchgeführt wird, müssen auch Kameras und Mikrofone positioniert werden.

(C) BZ Pflege

Zusammenhänge erkennen

Der Studierende Remo Blaser hat sich während des Einsatzes nicht nur «herausgefordert, sondern auch wohl gefühlt», wie er rückblickend erzählt. Die Lehrperson sei stets im Hintergrund präsent gewesen und habe bei Bedarf Inputs gegeben. Margret Schyja versteht ihre Rolle während der Trainings denn auch eher als Coach denn als Lehrperson. «Ich trage mit meinen Interventionen dazu bei, dass die Studierenden gestärkt aus dem Setting gehen», sagt sie. Unmittelbar nach einem Einsatz, der rund 15 Minuten dauert, treffen sich die Studierenden jeweils mit der Lehrperson zum Debriefing. Sie reflektieren ihr Handeln und sprechen über ihre Erfahrungen. Gleichzeitig erhalten sie von der Lehrperson ein wertschätzendes Feedback. Dieser Ablauf trägt dazu bei, dass Studierende ihr Wissen über Krankheitsbilder, Medikamente und das Verhalten von Patientinnen und Patienten festigen. Zentral aber ist in den Augen von Claudia Schlegel, dass sie «Zusammenhänge erkennen und sowohl im Team als auch individuell professionell agieren lernen». Im Rahmen der Settings erwerben die Teilnehmenden somit umfassende Kompetenzen, die ihre Professionalität erweitern. Mit der neuen Publikation zum Thema High-Fidelity-Simulationen liegt eine praxisnahe Grundlage vor, um die Methode in den Pflegeausbildungen zu verankern.

Monika Bachmann
*Informationen zu den Weiterbildungen:
Claudia.Schlegel@bzpflege.ch

Weitere Informationen:
www.bzpflege.ch

High-Fidelity-Simulationen in der Pflegeausbildung
In den Lehrplänen der Pflegeausbildungen und weiteren Gesundheitsberufen ist die Arbeit mit realitätsnahen Simulationen und der Einsatz von High-Fidelity-Manikins fest verankert. Lernende sollen dabei die Möglichkeit haben, in einem sicheren Rahmen Handlungen und Situationen zu trainieren und zu reflektieren. Die vorliegende Publikation richtet sich an Lehrpersonen, Ausbildnerinnen und Pflegepädagogen, die an der Durchführung von Unterrichtseinheiten mit High-Fidelity-Manikins arbeiten oder bereits Erfahrungen damit gesammelt haben.

Es werden Beispiele für die ersten drei Jahre der Pflegeausbildung beschrieben, die dem jeweiligen Kontext entsprechend modifiziert werden können. Ausserdem beinhaltet die Ausgabe nützliche Tipps, die auf jahrelanger Erfahrung beruhen.

Hrsg: Berner Bildungszentrum Pflege, Schriftenreihe Praxiswissen, Hep Verlag, CHF 19.00, ISBN 978-3-0355-1800-9

Autorin

Claudia Schlegel, PhD, MME, CAS
Co-Leiterin Abteilung LTT Schule am BZ Pflege

Autor

Urs-Beat Schaer
Berufsschullehrer und Skills-Trainer am BZ Pflege

Autorin

Monika Droz
Dipl. Erwachsenenbildnerin HF, MAS Adult & Professional Education am BZ Pflege

Wie können wir die Pflege in Zeiten von Corona gestalten?
Was können wir aus der Krise lernen?

Antworten finden Sie in den Corona-Sonderausgaben der Pflegewissenschaft:

Ausgabe 1:
Kostenfreies Open Access Journal

Ausgabe 2:
5.- Euro inkl. 1.- Euro Spende
an die Flüchtlingshilfe auf Lesbos

www.hpsmedia-verlag.de/home/corona

hpsmedia

Vor uns der Kampf gegen Epidemien.
Hinter uns Du.
Jetzt spenden und helfen!
www.aerzte-ohne-grenzen.at
MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

Qualifikationsspezifischer Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegenden

Ein Beispiel aus der psychiatrischen Pflege in Bayern

Abstract

Vor allem junge und unerfahrene Pflegekräfte sind im, von Zeitdruck geprägten Berufsalltag oftmals komplexen Beratungskontexten ausgesetzt, die sie an die eigenen Grenzen stoßen lassen. Eine Möglichkeit die pflegerische Praxis im Kreis von Kollegen systematisch zu reflektieren und gleichzeitig u. a. prospektive Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, bietet die didaktische Methode der kollegialen Fallberatung nach Tietze. Exemplarisch wird diese Methode im folgenden Artikel an einem realen Fall aus dem komplexen Themenbereich Sucht und Transsexualität vorgestellt, zu welchem Studierende der Hochschule München am kbo Isar-Amper-Klinikum eine kollegiale Fallberatung durchführten. Darauf aufbauend wurde ein orientierendes Review zu einer konkreten Fragestellung verfasst, dessen Suchstrategie und wichtigsten Ergebnisse hier zusammenfassend dargestellt werden.

Abstract

Especially young and inexperienced nurses are often exposed to complex consulting contexts in their busy working life, which are pushing them to their own limits. The method of peer consulting (kollegiale Fallberatung) according to Tietze is one possibility to reflect the nursing practice with coworkers systematically. At the same time they could develop prospective recommendations to support nurses, to deal with several problems in the future. To exemplify the implementation of this method, a real case from the complex situation addiction and transsexuality" was processed by students of the Munich University of Applied Sciences at the kbo Isar-Amper-Klinikum. Based on this peer consulting, an orienting review was performed. The overview, the search strategy and the key results are summarized in the following article.

Pflegende sind häufig die ersten Ansprechpartner für Patienten, wodurch vielfältige, teils sehr komplexe Beratungskontexte entstehen. Insbesondere bei jungen und noch unerfahrenen Pflegekräften können solche Situationen zu Unsicherheit, wenn nicht gar zu Überforderung führen. Nicht selten müssen solche Probleme allein bewältigt werden, da „Nichtwissen" als Schwäche angesehen wird. Dies wird von den Betroffenen als sehr belastend empfunden (vgl. Kocks, Segmüller et al. 2019, S. 2). Eine ähnliche Belastungssituation zeigt sich, wenn Pflegende zwar den aktuellen Stand des Wissens kennen, diesen auf Station jedoch nicht umsetzen können (vgl. McConnell et al. 2007, S. 103). Eine Möglichkeit diesen Belastungen im Kreis von Kollegen strukturiert zu begegnen, ist die kollegiale Fallberatung nach Tietze (vgl. Tietze 2010). Deshalb wurde an der Hochschule München unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Herold-Majumdar im Zuge eines Forschungs- und Entwicklungsprojekts mit dem Akronym CanDo ein Modul entwickelt, bei dem Studierende des siebten Semesters des dualen Studiengangs Pflege u.a. in das kbo Isar-Amper-Klinikum fahren, um dort reale Praxisfälle mit Hilfe kollegialer Beratung zu bearbeiten. So können die Studierenden bereits im Studium einerseits ihr theoretisch erlerntes Wissen in die Praxis transferieren und andererseits erlernen sie im geschützten Rahmen eine Methode, um ihre persönliche Handlungskompetenz weiterzuentwickeln. Im Anschluss an die Beratung wird in Anlehnung an den Evidence-based Nursing-Prozess versucht die aufgeworfene Frage im Rahmen eines orientierenden Reviews wissenschaftlich fundiert zu beantworten (vgl. Behrens, Langer 2006, S.33). Die Ergebnisse werden am Ende des Seminars den Stationen präsentiert und mit den Vertretern diskutiert. Dieser Artikel dient dazu, das Vorgehen bei der kollegialen Beratung exemplarisch an dem Thema Sucht und Transsexualität näher zu erläutern.

Kollegiale Beratung

„Kollegiale Beratung beschreibt ein Format personenorientierter Beratung, bei dem im Gruppenmodus wechselseitig berufsbezogene Fälle der Teilnehmenden systematisch und ergebnisorientiert reflektiert werden." (Tietze 2010, S.24). Tietze (2012, S.60ff.) gliedert den Beratungsprozess in sechs Schritte und beginnt mit dem Casting, also der Rollenverteilung in der Gruppe. Ist ein Fallgeber bestimmt, kann dieser mit der Spontanerzählung beginnen, die mit der Formulierung einer Schlüsselfrage endet. Die Berater wählen anschließend demokratisch eine Methode aus, mit der sie der Schlüsselfrage begegnen

wollen, bevor sie in die Beratung einsteigen und diese am Ende zusammenfassend, jedoch ohne Bewertung abschließen (vgl. Tietze 2012, S.103 ff.). Die fallgebende Pflegekraft kann die Beratungsergebnisse reflektieren und die für sich passenden Angebote nachfolgend in die Pflegepraxis umsetzen.

Trans*, eine Begriffsbestimmung
Für Personen, deren Geschlecht entweder nicht, nicht dauerhaft oder nicht komplett mit ihren körperlichen Merkmalen übereinstimmt, werden in der Literatur verschiedene Terminologien verwendet: Transidentität, Transsexualität, Transgender, Transgeschlechtlichkeit, Trans* oder Trans. In Anlehnung an die S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ wird im Folgenden der Begriff Trans* verwendet. Diese Bezeichnung soll sowohl als Überbegriff der eben aufgezählten Begrifflichkeiten sowie als Kurzform fungieren und alle Menschen, welche sich nur mit der einen oder anderen Terminologie identifizieren, berücksichtigen (vgl. AWMF 2018, S.4).

Fallvorstellung Sucht und Transsexualität

Im Zuge der kollegialen Beratung wurde den Studierenden der suchtspezifische Fall eines Patienten vorgestellt. Dieser befindet sich bereits seit ca. 20 Jahren in wiederholter psychiatrischer Behandlung. Der Patient wurde biologisch als Frau geboren, hat jedoch bereits in seiner frühen Kindheit die Gewissheit erlangt, dass er dem anderen Geschlecht zugehörig ist. Die bereits verstorbenen Eltern des Patienten lebten seit seiner Kindheit getrennt. Nachdem er das Gymnasium abgebrochen hat, absolvierte er eine Ausbildung. Seit ca. 10 Jahren ist er arbeitslos und wohnt „isoliert“ in seiner Wohnung. Der Patient hat vor beinahe 20 Jahren eine Hormontherapie begonnen, um ein männliches Aussehen zu erlangen. In seinen ausweisenden Dokumenten ist er jedoch immer noch als Frau registriert. Ferner besitzt der Patient zwei Gutachten, die eine geschlechtsangleichende Operation befürworten. Aufgrund seiner Suchterkrankung war dies bis jetzt nicht möglich, da er nicht für einen ausreichend langen Zeitraum abstinent bleiben konnte. Seit seinem 20. Lebensjahr trinkt der Patient nahezu täglich Alkohol, wobei seine Toleranzgrenze stetig angestiegen ist. Die Therapieerfolge waren bisher immer nur von kurzer Dauer. Neben dem Alkoholabhängigkeits- und dem Alkoholentzugssyndrom leidet der Hilfesuchende seit seiner Kindheit an Zwangsstörungen mit sexuellen Zwangsgedanken und aggressiven Ausbrüchen, welche vorwiegend im alkoholisierten Zustand erfolgen. Im stationären Setting ist der Patient bemüht, sein biologisches Geschlecht den meisten Mitpatienten gegenüber nicht kenntlich zu machen. Vom pflegerischen Personal wird er hierbei unterstützt, indem ihm, soweit dies möglich ist, ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt wird. Bei diesem hier sehr verkürzt dargestellten Fall wurde nach Abschluss der Spontanerzählung die Frage formuliert, wie man diesen Patienten bei der Erfüllung seiner Geschlechterrolle auf einer suchttherapeutischen Station unterstützen kann?

Nach einer kurzen Orientierungsphase nach der Falldarstellung diskutierten die Studierenden mit dem Fallgeber verschiedene Handlungsalternativen anhand der Systematik der PraxisOrientierten Pflegediagnosen (vgl. Stefan et al. 2013). Am Ende der kollegialen Fallberatung reflektierte der Fallgeber diese Optionen in Bezug auf sein eigenes Handeln und die damit verbundene Verwertbarkeit. Zudem präferierte der Fallgeber, dass die Literaturrecherche, die von zwei Studierenden durchgeführt wurde, weiterhin zu den anfänglich gestellten Themenkomplex erfolgen sollte. In Anlehnung dessen konzipierten die Studierenden folgende zwei Fragestellungen, die anhand einer Literaturrecherche bearbeitet werden sollen:

1. Wie können Trans* während der Suchttherapie unterstützt werden ihre Geschlechterrolle zu leben?
2. Welche Copingstrategien können Trans* bezüglich innerer Konflikte mit ihrer Geschlechtlichkeit anwenden?

Ziel des orientierenden Reviews war es, auf Grundlage wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse, konkrete Handlungsempfehlungen für die erste Fragestellung zu erarbeiten.

Suchstrategie des orientierenden Literaturreviews

Im Rahmen der Literaturrecherche wurde von den beiden Studierenden zunächst ausschließlich nach Leitlinien gesucht. Hierfür wurde auf der Internetseite der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“, welche eine Sammlung aller deutschsprachigen Leitlinien enthält, nach dem Begriff „Sucht“ gesucht. Da diese Suche 570 Treffer ergab, wurde sie auf die Begriffskombination „Alkohol AND Sucht“ eingeschränkt. Bei 238 Treffern wurde die S3-Leitli-

nie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ identifiziert. Diese erwies sich aufgrund des fehlenden Bezuges auf Trans* als nicht relevant. Der anschließend verwendete Suchbegriff „Transsexuell“ ergab 6 Treffer, wobei zum einen die S3-Leitlinie „Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung und Behandlung“ für die Beantwortung der Forschungsfrage als relevant angesehen wurde. Zum anderen wurde in der Literaturangabe der Leitlinie „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“ die „World Professional Association for Transgender Health (WPATH)“ ausfindig gemacht. Auf der Internetseite dieser Organisation findet sich die Leitlinie „Standards of Care Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen“. Da sie ausschließlich die medizinische Versorgung thematisiert, konnten keine Handlungsempfehlungen zur Unterstützung von Trans* beim Leben der Geschlechterrolle abgeleitet werden.

Neben der Leitliniensuche wurde in der pflegewissenschaftlichen Datenbank „CINAHL“ nach relevanten Publikationen gesucht. Hierfür wurden bei den Suchoptionen die Filter „Boolean/Phrase“ und „Also search within the full text/article“ ausgewählt, um die Ergebnisse einzugrenzen. Zudem wurde das Veröffentlichungsjahr auf den Zeitraum zwischen 1995 und 2019 beschränkt. Als Hauptsuchtbegriff wurde zunächst „trans*“ gewählt. Mithilfe des sogenannten „Trunking“ konnte durch das „*“ nach verschiedenen Endungen gesucht werden. Auf- grund der immensen Anzahl an Ergebnissen bei der Eingabe von „trans*“ (908.085 Treffer) wurde beschlossen, dass die Schlüsselbegriffe „transsexual“ und „transgen- der“ ebenfalls als Hauptsuchbegriffe fungieren sollten, um das Themengebiet weiter einschränken zu können. Die anschließende Eingabe des Suchbegriffs „transsexual“ lieferte 1070 Treffer, woraufhin weiter eingegrenzt worden ist, indem „Limit to Full Text“ ausgewählt und für die nachfolgende Suche beibehalten wurde. Die Hauptsuch- begriffe wurden im Laufe der Literaturrecherche mithilfe des Booleschen Operators „AND“ mit unterschiedlichen Unterbegriffen verknüpft. Dabei wurde im Verlauf zu- nächst mit einem oder zwei Begriffen gesucht, um eine möglichst große Anzahl an Ergebnissen zu erlangen. Durch die anschließende Verknüpfung mehrerer Suchbegriffe sowie die Anwendung von weiteren Filtern konnten spezifischere Ergebnisse ausfindig gemacht werden (Ergebnisdarstellung mit Begründungslogik vgl. Tab. 1).

Ergebnisdarstellung

AWMF (2018) Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung

Die o.a. S3-Leitlinie wurde am 9.10.2018 veröffentlicht. Sie stellt als S3 Leitlinie die höchste Stufe der AWMF Leitlinien dar (vgl. AWMF 2013). Auch wenn sich diese S3- Leitlinie an Ärzten und Psychotherapeuten richtet (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften V. (AWMF 2018, S. 9), können folgende Handlungsempfehlungen auf die Arbeit von Pflegenden mit Trans* im suchttherapeutischen Setting übertragen werden:

- Der Kontakt zu Peer-Beratungsstellen kann für Trans* sehr hilfreich sein (vgl. Günther, Meyer 2015, o.S., zit. nach ebd., S.5). In München bietet der bundesweit agierende, gemeinnützige Verein „TransMann e.V.“ für Frau-zu-Mann Trans* eine Peer-to-Peer-Beratung, Online-Informationen, Infohefte, Infoveranstaltungen und Schulungen an (vgl. TransMann e.V. o.J.). Pflegekräften kann empfohlen werden, ihre Patienten bei der Kontaktaufnahme zu diesem Verein zu unterstützen und wenn dies gewünscht wird, bei einem ersten Treffen zu begleiten.
- Die Besonderheiten im Umgang mit Trans* wird in der Ausbildung vom Klinikpersonal nur unzureichend thematisiert. Aus diesem Grund wird die Vernetzung mit Trans-Organisationen empfohlen (vgl. AWMF 2018, S. 38). Mögliche Ansprechpartner in München sind der eben genannte Verein „TransMann e.V.“ sowie die „Trans* Inter* Beratungsstelle“.
- Des Weiteren sollen Pflegende bezüglich der bestehenden Terminologien, Beratungskonzepte und Informationsquellen geschult werden (vgl. ebd. S. 40).
- Pflegekräfte sollen beim Umgang mit Trans* eine therapeutische Haltung entwickeln, […] die von Respekt und Akzeptanz gegenüber vielfältigen geschlechtlichen Lebensrealitäten geprägt ist […] (ebd. S. 14).
- Unsere Gesellschaft ist weitgehend auf die bloße Unterscheidung von zwei Geschlechtern ausgelegt, was diskriminierende Faktoren bezüglich Trans*

begünstigt. Dies sowie Stationsregeln (Zimmeraufteilung etc.) sollen gemeinsam mit dem Patienten kritisch reflektiert, erläutert und sofern möglich gestaltet werden (vgl. ebd. S. 15).

- Eine körpermodifizierende Operation führt im Allgemeinen zu einer Verbesserung des Kongruenzgefühls, der begleitenden psychopathologischen Symptomatik, der Lebensqualität sowie der Zufriedenheit mit der Sexualfunktion (vgl. ebd. S. 50). Wenn es der Wunsch des Patienten ist, diese Operation durch- führen zu lassen, sollte es das oberste Ziel des multiprofessionellen Teams sein, die Voraussetzungen hierfür herzustellen. Übertragen auf den dargestellten Fall bedeutet dies, mit den Patienten abzustimmen, dass das Ziel der Behandlung eine Abstinenz ist, um die geschlechtsangleichende Operation durchführen zu können.

Lambda Legal

„Lambda Legal“ ist die größte nationale Bürgerrechtsorganisation in Amerika, deren Aufgabe es ist, die Rechte von LGBT´s (Kurzform von „lesbian“, „gay“, „bisexual“ und „transgender“) und allen Menschen, die an HIV erkrankt sind, zu fördern. „Lambda Legal“ veröffentlichte 2016 eine Modellrichtlinie für Krankenhäuser, die der Diskriminierung von Trans* im Rahmen der Gesundheitsversorgung entgegenwirken soll. Diese befasst sich unter anderem mit dem Zugang zu Toiletten und der Raumzuteilung von Trans*, sowie der Erhebung von Daten zur Geschlechtsidentität bei der Aufnahme (vgl. Lambda Legal 2016, S. 3). Diese Publikation fokussiert sich nicht auf einen speziellen Fachbereich und kann somit auch auf die Strukturen des suchttherapeutischen Settings übertragen werden. Die Handlungsempfehlungen sind von generischer Art und können viele Trans* unterstützen, ihre Geschlechterrolle zu leben. Die nachfolgenden Stichpunkte fassen den für die Forschungsfrage relevanten Inhalt zusammen:

- Die Modellrichtlinie empfiehlt, die „Anti-Diskriminierungs-“Einstellung des Krankenhauses gegenüber Trans* an alle Mitarbeiter und Patienten zu kommunizieren. Dies kann u.a. durch eine Veröffentlichung auf der Krankenhaus- Website, Auslegen im Aufenthaltsraum oder Stationszimmer Integrieren in passende Schulungen/ Trainings der Mitarbeiter umgesetzt werden (vgl. ebd. S. 4).
- Es soll darauf geachtet werden, dass Trans*, die sich inmitten einer Hormontherapie befinden, diese Behandlung während des Krankenhausaufenthaltes ohne Unterbrechungen fortführen können (vgl. ebd. S. 7).
- Basierend auf der Geschlechtsidentität der Patienten sollen stets die korrekte Anrede und die dazu passenden Pronomen verwendet werden (vgl. ebd. S. 8).
- Fragen bezüglich der primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale sollen nur gestellt werden, wenn sie für die weitere Behandlung relevant sind. Dabei soll den Trans* stets erläutert werden, weshalb bestimmte Fragen wichtig für den Klinikaufenthalt sind (vgl. ebd. S. 8).
- Den Patienten sollen Zimmer zugeteilt werden, die ihrer selbst gewählten Identität entsprechen (vgl. ebd. S.9). Wenn der Patient alleine in einem Zimmer liegen möchte, so sollte ihm wenn möglich, ein Einzelzimmer oder ein Zweibettzimmer, bei dem das zweite Bett gesperrt ist, zur Verfügung gestellt werden (vgl. ebd. S. 9f.).
- Soll ein Trans* durch seine Zimmernachbarn Diskriminierung erfahren, so muss einer der Patienten in ein anderes Zimmer verlegt werden (vgl. ebd. S. 10). Der Fall soll nachbesprochen werden.
- Der Trans* soll im Krankenhaus die Toilette benutzen dürfen, welche seiner geschlechtlichen Identität entspricht. Empfehlenswert wäre die Einführung von Einzel-Unisex-Toiletten (vgl. ebd. S. 11f.).
- Trans* sollen die Möglichkeit erhalten, persönliche Gegenstände, die zum Ausdruck ihrer Geschlechteridentität dienen (zum Beispiel Make-Up, Bekleidung, Materialien zur Polsterung/ zum Tucking), auch während des Krankenhausaufenthaltes verwenden zu können (vgl. ebd. S.12).
- Im Hinblick auf die Angabe des Geschlechts bei der Aufnahme wird empfohlen, sowohl das biologisch-ursprüngliche Geschlecht bei der Geburt, als auch die derzeitige Geschlechtsidentität zu eruieren. Die Anamnesebögen können darüber hinaus um die Felder „der derzeitig verwendete Name“/„Spitzname“ und „bevorzugte Pronomen“ erweitert werden (vgl. ebd. S. 15).
- Das Namenschild vor den Patientenzimmern und jegliches Patientenidentifikationsmaterial soll mit der Geschlechteridentität des Trans* übereinstimmen (vgl. ebd. S. 15).
- Das Klinikpersonal sollte hinsichtlich der Erhebung und Verwendung von Trans*daten

verstärkt ihr Team im Department of Health Sciences zum nächstmöglichen Eintrittszeitpunkt im Bereich

Professur im Lehr- & Forschungsgebiet der Pflegewissenschaften mit Schwerpunkt Advanced Nursing Practice (m/w/d)

Basis Vollzeit – 40 Wochenstunden

IHRE ROLLE

Sie lehren in Ihrem Fachgebiet auf Bachelor- und Masterniveau in deutscher und englischer Sprache und verantworten gleichzeitig darin Projekte angewandter Forschung. Neben der Betreuung von wissenschaftlichen Arbeiten, pflegen Sie Kontakt zu regionalen und internationalen Kooperationspartnern. Sie begeistern Menschen dafür, gesundheitsrelevante Inhalte und Zusammenhänge zu entdecken und weiterzuentwickeln. Sehen Sie diese als Alumni wieder, freuen Sie sich über deren Fortschritt und sind zurecht stolz.

IHR PROFIL

- Abgeschlossenes Hochschulstudium auf Masterebene (Advanced Nursing Practice, Gesundheitswissenschaften oder Pflegewissenschaften)
- Abgeschlossenes Doktorats-/PhD Studium im Bereich der Gesundheitswissenschaften von Vorteil
- Abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege
- 5 Jahre einschlägige Berufspraxis, davon min. 3 Jahre außerhalb des Hochschulbereiches
- Lehrerfahrung im Hochschulbereich
- Erfahrung in der Durchführung von Forschungsprojekten im Bereich der Pflege und Einwerbung von Drittmitteln von Vorteil
- Aktives Mitglied der Scientific Community (nachzuweisen durch Mitgliedschaften, Konferenzen und Reviewertätigkeiten
- Ausgezeichnete Deutsch- und Englischkenntnisse (in Wort und Schrift)

Sie sind eine Persönlichkeit mit Organisationsstärke, Engagement und Lernbereitschaft. Professionelles Auftreten und wertschätzender Umgang mit Anderen sind uns wichtig. Wir erwarten effizientes und zielorientiertes Arbeiten sowie unternehmerische und strategische Vorgehensweise.

WAS UNS WICHTIG IST

Wegweisend, weltoffen, wertschätzend. Wir sehen die Zusammenarbeit von Akademia, Serviceeinrichtungen und Studierenden als kreativen Prozess, der eine erfolgreiche Transformation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die wirtschaftliche Anwendung ermöglicht.

IHR GEHALT

Die IMC Fachhochschule Krems unterliegt keinem Kollektivvertrag. Für diese Stelle ist ein jährliches Brutto-Mindest-Gehalt von Euro 55.000,-- auf Basis Vollzeit (40 Wochenstunden) vorgesehen. Konkrete Gehaltseinstufungen erfolgen unter Berücksichtigung von Qualifikation und Berufserfahrung. Bei Vorliegen entsprechender einschlägiger Berufserfahrung oder Qualifikationsnachweisen ist die Bereitschaft zur Überzahlung vorhanden.

IHR KONTAKT

IMC Fachhochschule Krems, HR Services, bewerbungen@fh-krems.ac.at
Bei Interesse senden Sie uns bitte Ihre Bewerbungsunterlagen mit Ihrem Lehr- und Forschungsportfolio inklusive Publikationsliste, Beispiele von Syllabi und LV-Evaluierungen, Forschungs- und Praxisprojekte sowie Ihren Gehaltsvorstellungen.
(Bewerbungen bitte ausschließlich über unsere Homepage)

Pandemie-Management für Pflegeeinrichtungen
Konzept, Handlungsanweisungen und Checklisten zum Umgang mit dem Coronavirus

2020. VIII, 112 Seiten. Softcover. 59,99 €.
ISBN 978-3-86216-765-4

Die im Buch enthaltene Konzeption lässt sich in wenigen Schritten an die spezifischen Strukturen ambulanter, teil- und vollstationärer Pflegeeinrichtungen anpassen. Der strukturierte Aufbau ermöglicht dabei die zügige und konsistente Implementierung und Evaluierung eines individuellen und trägerübergreifenden Pandemie-Managementsystems in Pflegeeinrichtungen. Pflegeeinrichtungen ist es so möglich, ein funktionierendes internes Pandemie-Management zu entwickeln, das präventiv wirkt und anpassungsfähig ist.

Kompetenzmanagement für die erfolgreiche Personalarbeit in der Pflege

2020. IX, 256 Seiten. Softcover. 49,99 €.
ISBN 978-3-86216-718-0

Das Werk zeigt auf, wie mit kompetenzbasierter Personalarbeit den großen Herausforderungen der Pflege wie Fachkräftemangel, alternde Belegschaften, steigende Anforderungen an Pflegekräfte u. v. m. begegnet werden kann. Hierzu gehören vor allem auch die passgenaue Rekrutierung sowie Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden. Die Autoren beschreiben, wie ein betriebliches Kompetenzmodell in einem Pflegeunternehmen entwickelt und implementiert werden kann und veranschaulichen dabei sämtliche konkreten Umsetzungsschritte.

Internationale Pflegekräfte finden und erfolgreich integrieren
Rechtliche Rahmenbedingungen und praktische Erfahrungen

2020. 192 Seiten. Softcover. 59,99 €.
ISBN 978-3-86216-725-8

Seit dem 1. März 2020 gilt das Fachkräfteeinwanderungsgesetz. Das Werk legt dessen rechtliche Rahmenbedingungen und Stolpersteine dar. Die Autoren bringen dabei ihre persönlichen Erfahrungen aus der Praxis ein und behandeln Fragen aus Praxis und Lehre. Sie verschweigen nicht, auf welche Probleme die mühsam angeworbenen Mitarbeitenden stoßen und welche Reibungen es zwischen den unterschiedlichen Nationalitäten geben kann. Es wird ein Praxisbeispiel aus Italien diskutiert.

medhochzwei
Fachmedien für das Gesundheitswesen
www.medhochzwei-verlag.de | info@medhochzwei-verlag.de

aufgeklärt und geschult werden (vgl. ebd. S. 15).

SAMHSA

Die „Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)“ ist eine Behörde, die dem „U.S. Department of Health and Human Services“ zugehörig und für die Gesundheit der Bevölkerung und deren Gesundheitsverhalten zuständig ist. Sie verfolgt u. a. das Ziel, die Auswirkungen von Drogenmissbrauch und psychischen Erkrankungen in der amerikanischen Gesellschaft zu reduzieren (vgl. SAMHSA 2012; 2019). Im Jahr 2012 wurde durch SAMHSA Handlungsempfehlungen zur sensibilisieren des Klinikpersonals von suchtspezifischen Einrichtungen im Umgang mit LGBT´s publiziert (vgl. SAMHSA 2012, S. IX). Die Publikation wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen, weil der Umgang mit Trans* während der Suchttherapie thematisiert wird und somit folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können, um Trans* beim Leben ihrer Geschlechterrolle zu unterstützen:

- Transphobe Kommentare sollen vermieden werden, denn Sprache schafft Realität (vgl. ebd. S. 99).
- Die Mitarbeiter sollen über ausreichende Kenntnisse zum Thema Transsexualität verfügen, sodass der Trans* sie diesbezüglich nicht aufklären oder schulen muss (vgl. ebd. S.99).
- Es soll nicht angenommen werden, dass Trans* homosexuell sind (vgl. ebd. S. 99)
- Mithilfe von Supervisionen kann das Auftreten von Übertragungen und Vor- urteilen identifiziert und thematisiert werden (vgl. ebd. S. 117).
- Mitarbeiter sollen dazu ermutigt werden, abwertende Gefühle über LGBT- Patienten an ihre Vorgesetze weiter zu leiten. Wenn diese nicht aktiv versuchen ihre Einstellung zu ändern, so sollen sie LGBT-Patienten nicht versorgen dürfen (vgl. ebd. S. 117).
- Der Patient soll bei der Bewältigung der negativen Folgen von Homophobie und Heterosexismus unterstützt werden (vgl. ebd. S. 119f.). Dies kann beispielhaft umgesetzt werden, in dem der Patient ermutigt wird, über seine versteckten Gefühle und seine Versuche sich an die Gesellschaft anzupassen, zu sprechen. Die Behandelnden sollten gemeinsam mit dem Patienten eruieren, ob durch das Verstecken und Unterdrücken der Sexualität, möglicherweise ein „emotionaler Schaden“ entstanden ist. Mit dem Patienten sollte auch über Schuldgefühle und dem Gefühl, „schlecht“ oder „krank“ zu sein, gesprochen werden. Der Mut und die Selbstakzeptanz des Patienten sollen durch Empowerment gefördert werden, da dies die salutogenetische Genesung fördert. Mit dem Patienten sollte u.a. auch daran gearbeitet werden, mit Wut konstruktiv umzugehen, anstatt diese gegen sich selbst zu richten. Die Stärken des Patienten können bspw. gefördert werden, indem dieser dazu ermutigt wird, negative Botschaften über die eigene Person in positive, bestätigende Aussagen umzuformulieren.
- Das Klinikpersonal, zumindest das, das zu Trans* kontakt hat, sollte sich über die LGBT-Community informieren und Kontakt zu Teilnehmern von Selbsthilfegruppen aufnehmen (vgl. ebd. S. 120). Darüber hinaus sollten Patienten über die spezifischen Selbsthilfegruppen aufgeklärt werden und gegebenenfalls bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.
- Das Klinikpersonal sollte sich über nahestehende Personen aus dem sozialen Umfeld der LGBT-Patienten erkundigen und diese nach Rücksprache in die Behandlung mit einbeziehen (vgl. ebd. S. 121). Ebenso ist das Einbinden von LGBT als EX-In denkbar.
- Das Klinikpersonal sollte bezüglich der kulturellen Vielfalt geschult und zum Thema sexuelle Orientierung sensibilisiert werden. Die Schulungsinhalte sollten vielfältig und auf alle Individuen der LGBT-Patienten anwendbar sein. Sie sollten Themen, wie die sexuelle Orientierung, sexuelle Identität, die unterschiedlichen Geschlechter und das sexuelle Verhalten umfassen. Hierbei sollten die Erfahrungen, Kompetenzen und das Wohlergehen der Mitarbeiter hinsichtlich der Betreuung von LGBT-Patienten vor, während und nach dem Schulungsprogramm evaluiert werden (vgl. ebd. S. 164).

Evaluation der Lernortverschmelzung

Nach der Literaturrecherche und der Aufbereitung der Ergebnisse wurden diese den Stationen in einem Kurzvortrag präsentiert, bevor sie mit den Pflegenden von Station in Bezug auf Informationsgehalt und Umsetzbarkeit diskutiert wurden. Die teilnehmenden Stationen haben sowohl die PowerPoint Präsentation als auch das ausgearbeitet und durch den Dozenten korrigierte Skript ausgehändigt bekommen. Insbesondere die Kurzpräsentation als Destillat

der Erkenntnisse mit der anschließenden Diskussion wurde von den Stationen als sehr bereichernd empfunden.

Es hat sich gezeigt, dass das Projekt „Lernortverschmelzung“ mehrere positive Aspekte vereint. Während man Studierenden auf der einen Seite einen vertieften Einblick in das psychiatrische Handlungsfeld ermöglichen kann, bei dem sie zugleich ihre theoretisch gelernten Kompetenzen in die Praxis transferieren müssen, empfanden die teilnehmenden Stationen Vorträge für ihr tägliches Handeln sehr bereichernd. Durch die Ausarbeitungen bekommen sie eine Übersichtsarbeit mit Handlungsempfehlungen auf Basis von aktueller sowie relevanter Literatur, die sich mit ihrer Fragestellung beschäftigen. Darüber hinaus wurden dem Fallgeber konkrete Anlaufstellen, wie beispielsweise Peer-Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, genannt. So zeigt sich das hier beschriebene Modell als eine Möglichkeit um Evidence-based Nursing in die Praxis zu implementieren, mit dem Nebeneffekt, dass die Pflegenden auf Station erleben, wie sie Bachelorabsolventen gewinnbringend und zielgerichtet einsetzen können. Sicherlich kann kritisch angemerkt werden, dass sich die Literaturrecherche auf nur eine Datenbank beschränkte und somit nicht die gesamte, für die Forschungsfrage relevante, Literatur erfasst wurde. Zudem wurde bei dem o.a. Beispiel lediglich eine ausgewählte Anzahl an Suchbegriffen verwendet, die ausschließlich mit dem Operator „AND“ verknüpft wurden. Der Grund für die eingeschränkte Suchstrategie ist der Umfang des Studienmoduls. Eine ausführliche Recherche und das Heranziehen von weiteren Ergebnissen hätten die zeitliche Anforderung überschritten.

Zukünftig ist geplant, Ergebnispräsentationen klinikweit auszuschreiben und zu öffnen. Ferner sollen die Ergebnisse des Moduls in klinikspezifische evidenzbasierte Handlungsleitlinien übertragen werden, sodass nicht nur die fallgebende Station profitiert, sondern die Erkenntnisse und die damit verbundene Wirksamkeit im gesamten Klinikum Einzug halten können. Nach der Evaluation des Modells kann konstatiert werden, dass dieses Modul, das aus dem Lernort Hochschule herausgelöst und in den Lernort Klinik eingewoben wurde, die Erwartungen aller Beteiligten (Studierende, Pflegende inklusive des Managements, Dozierende) übertroffen hat.

Literaturnachweis

AWMF-Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hrsg.) (2018) Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Ber- lin. Verfügbar über: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_20181005_01.pdf (Letzter Zugriff: 13.09.2019)

AWMF-Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hrsg.) (2013) AWMF-Regelwerk Leitlinien: Stufenklassifikation. Berlin. Verfügbar über: https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-ent- wicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifika- tion.html (Letzter Zugriff: 13.09.2019)

Behrens, Johann und Langer, Gero (2006) Evidence-based Nursing and Caring. Inter- pretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.

Kocks, Andreas; Segmüller, Tanja (2019) Einführung in die kollegiale Beratung. In: Kocks, Andreas; Segmüller, Tanja: Kollegiale Beratung im Pflegeteam. Implementieren – Durchführen – Qualität sichern. Wiesbaden: Springer.

Lambda Legal (Hrsg.) (2016) CREATING EQUAL ACCESS TO QUALITY HEALTH CARE FOR TRANSGENDER PATIENTS. TRANSGENDER-AF- FIRMING HOSPITAL POLICIES. New York. Verfügbar über: https://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/down- loads/fs_20160525_transgender-affirming-hospital-policies.pdf (Letzter Zugriff: 15.01.2019)

Lambda Legal (Hrsg.) (o.J.) About Us. Who We Are. New York. Verfügbar über: https://www.lambdalegal.org/about-us (Letzter Zugriff: 13.09.2019)

McConnell Schildwachter Eleanor et al. (2007) Education-service partnership Academic-practice partnerships to promote evidence-based practice in long-term care: Oral hygiene care practices as an exemplar. In: Nursing Outlook. Volume 55, Issue 2, S. 95-105.

Sektion BIS Beraten, Informieren, Schulen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewis- senschaft (DGP) e. V. (Hrsg.) (2012) Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. Duis-

burg.

Stefan, Harald, et al. (2013) POP PraxisOrientierte Pflegediagnostik, 2. Auflage, Wiesbaden: Springer.

SAMHSA- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Hrsg.) (2019) About Us. Rock ville. Verfügbar über: https://www.samhsa.gov/social- media/resources-professionals (Letzter Zugriff: 15.09.2019)

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (Hrsg.) (2012) A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender In- dividuals. Rockville. Verfügbar über: https://store.samhsa.gov/system/fi- les/sma12-4104.pdf (Letzter Zugriff: 13.09.2019)

Tietze, Kim-Oliver (2012): Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln (Miteinander reden Praxis). Hamburg: Rowohlt.

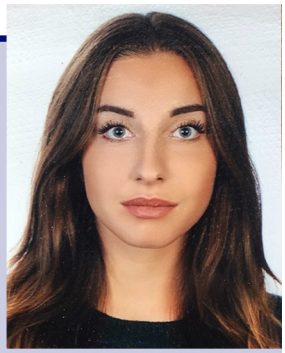
Tietze, Kim-Oliver (2010): Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Theoretische Entwürfe und empirische Forschung. Wiesbaden: Springer.

TransMann e.V. (Hrsg.) (o.J.) Herzlich willkommen beim TransMann e.V. Verfügbar über: http://transmann.de/ (Letzter Zugriff: 15.09.2019)

Autor

Paul Schulze
Akademisierter Pflegefachmann
Tagklinik

Autorin



Anna Nosenko
Akademisierte Pflegefachfrau
Suchtklinik

Autor

Dr. Andreas Fraunhofer M.A.
Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft, Referent des Pflegedirektors, Mitglied im Arbeitskreis PraxisOrientierte Pflegediagnosen

PFLEGEWISSENSCHAFT UND PFLEGEPRAXIS

Angelica Ensel | Maria Anna Möst | Hanna Strack (Hg.)

Momente der Ergriffenheit – Begleitung werdender Eltern zwischen Medizintechnik und Selbstbestimmtheit

2019. 343 Seiten, mit 9 Abbildungen, kartoniert
€ 35,00 D | € 36,00 A
ISBN 978-3-525-61628-4

Auch als eBook erhältlich

Momente der Ergriffenheit erleben Frauen und Paare in der Zeit vom Kinderwunsch bis zum Wochenbett. Es sind Momente der Hoffnung, Glückseligkeit, Krise, Entscheidung, Momente des Innehaltens oder des Abschiednehmens. Schwangerschaft, Geburt und Elternwerden sind mehr als nur physiologische Übergänge, die eine medizinische Begleitung benötigen. Der umfassende Lebensübergang kann eine spirituelle Dimension erreichen, nicht nur wenn unvorhergesehene Ereignisse existenzielle Krisen auslösen. Das Buch richtet sich an alle Berufsgruppen, die in ihrer Arbeit Schwangere und werdende Eltern begleiten und in krisenhaften Situationen an ihre Grenzen stoßen. Die Autorinnen und Autoren schöpfen dank ihrer Tätigkeiten, beispielsweise in der Aus- und Fortbildung von Hebammen und Beratenden, aus ihren vielfältigen Erfahrungen. Sie bieten Anleitung zur spirituellen Begleitung bei Schwangerschaft und Geburt ebenso wie zum Erleben der eigenen spirituellen Kompetenz.

Annette Riedel

Palliative Sedierung im stationären Hospiz

Konstruktion einer Ethik-Leitlinie mittels partizipativer Forschung

Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Band 16
2020. 429 Seiten, mit 32 Abbildungen, gebunden
€ 65,00 D | € 67,00 A
ISBN 978-3-8471-1043-9

Auch als eBook erhältlich

Die Autorin greift ein aktuelles, ethisch reflexionswürdiges Thema in der Praxis stationärer Hospizversorgung auf: die dauerhafte tiefe Palliative Sedierung am Lebensende. Im Rahmen des partizipativen Forschungsprozesses wurden wiederkehrende ethische Fragestellungen und Unsicherheiten erfasst, die in den stationären Hospizen im Kontext der Behandlungsoption existieren. Dieser Band expliziert indes nicht nur die ethischen Konfliktpotenziale, sondern bietet der hospizlichen Praxis zugleich ein konkretes, handlungsleitendes Verfahren an, hin zu einer ethisch begründeten Entscheidungsfindung: eine Ethik-Leitlinie. Das Buch verbindet pflegewissenschaftliche Forschung mit praxisbezogener Replik, es verbindet die Sensibilisierung für ethische Reflexion mit ethisch begründeter Entscheidungsfindung.

Barbara Städtler-Mach | Helene Ignatzi (Hg.)

Grauer Markt Pflege

24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte

2019. 192 Seiten, mit ca. 14 Abbildungen, kartoniert
€ 23,00 D | € 24,00 A
ISBN 978-3-525-73328-8

Auch als eBook erhältlich

Die unklare und teilweise ungesetzliche Struktur dieser Versorgungsform ist den Verantwortlichen im Pflegesektor bekannt. Trotzdem wird vonseiten verantwortlicher Politiker und Vertreterinnen der Sozialverbände der „Graue Pflegemarkt" billigend in Kauf genommen. Dieser Problemsituation geht das Buch aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven mit Blick auf die Alltagspraxis nach.

»Um dem Leser mehr als nur ein durch wenige Zahlen illustriertes Gefühl für die Rolle der osteuropäischen Helferinnen zu vermitteln, lässt die Mitherausgeberin also sechs Beteiligte selbst zu Wort kommen – und beschreibt sie, ihre Hintergründe, Motivationen und Erfahrungen auf diese Weise genauer, als es eine Auswertung weniger qualitativer Leitfadeninterviews je könnte. Man muss den Band daher weniger daran messen, wie weit er die Wissenschaft voranbringt – das gelingt nämlich nur begrenzt –, sondern am selbstgesteckten Ziel: öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema zu erzeugen.«
Kim Björn Becker, Frankfurter Allgemeine Zeitung

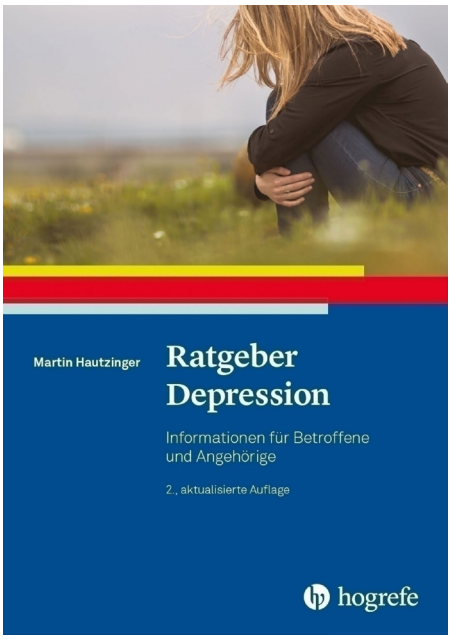
Vandenhoeck & Ruprecht Verlage

V&R böhlau

www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

Ratgeber Depression

Information für Betroffene & Angehörige



Martin Hautzinger: Ratgeber Depression, Hogrefe-Verlag, Göttingen 2018, ISBN 978-3-8017-2860-1, 76 Seiten, 8.95 Euro.

Manchmal ist es schwer, zwischen einer vorübergehenden Traurigkeit und einer ernstzunehmenden Depression zu unterscheiden. Dabei ist es klar, dass eine Niedergeschlagenheit, welcher Art sie auch sein mag, die Betroffenen und ihr soziales Umfeld stark bewegen wird. Mit dem „Ratgeber Depression" bringt der Psychotherapeut Martin Hautzinger Licht ins Dunkel. Im besten Sinne des Wortes. Hautzinger betont: „Schwermut, Melancholie oder moderner „Depressionen" sind häufige Störungen und ernsthafte Erkrankungen, die den ganzen Menschen betreffen. Sowohl seelische als auch körperliche Funktionen sind davon betroffen" (S. 8).

Genau weil dies so ist, gilt es Depressionen ernst zu nehmen. So betont auch Hautzinger, „dass Depressionen wiederkehrende Störungen sind" (S. 16). Entgegen gegenwärtiger Tendenzen, schon eine kurzzeitige Trauer nach dem Tod eines nahestehenden Menschen zu pathologisieren, schreibt Hautzinger, dass eine Trauerreaktion erst über viele Monate hinweg unverändert anhalten müsse, um als Depression klassifiziert werden zu können.

Überhaupt zeichnet sich der „Ratgeber Depression" durch Realismus aus. Suizidversuche nennt Hautzinger eine „ernste Gefahr" (S. 20). Er bedauert, dass Suizidversuche und Suizidhandlungen weiterhin ein Tabuthema seien, auch in ärztlichen und psychotherapeutischen Begleitungen kaum Gesprächsthema seien. So erscheint es nachvollziehbar, dass Hautzinger auch Begriffe wie Hoffnung und Hoffnungslosigkeit in den Diskurs einbringt, um die Auseinandersetzung mit einer depressiven Symptomatik voranzutreiben.

Konsequent erscheint es, wenn Hautzinger bei den „Risikofaktoren für Depression" ganz ausführlich und inhaltlich verständlich den Betroffenen und Angehörigen vorstellt, was die eigene Vulnerabilität ausmachen könnte. Dabei liefert Hautzinger eine Definition des Begriffs Risikofaktoren, den man nicht häufig findet: „Mit Risikofaktoren sind Erfahrungen und Bedingungen gemeint, die Depressionen wahrscheinlicher machen" (S. 22).

Gleichzeitig regt Hautzinger zum Nachdenken an, wenn er über negative und positive Erfahrungen im menschlichen Alltag schreibt. Depressionen hätten mit einem Mangel an positiven Erfahrungen zu tun. Ermutigung lässt er nicht vermissen. Die Menge an positiven und wertvollen Erfahrungen könne jeder Mensch selbst bestimmen und ausweiten. Je mehr verstärkende Aktivitäten gelebt würden, umso besser für das seelische Gleichgewicht. Dies hat natürlich präventiven Charakter, vermeidet aber medizinische und psychotherapeutische Aktivitäten. Hautzinger treibt die Idee der Selbsthilfe weiter an, wenn er zur Selbstbeobachtung aufruft.

Für Menschen im sozialen Umfeld eines depressiven Menschen stellt sich oft die Frage, was sie eigentlich leisten können, um den Betroffenen unterstützend zur Seite zu stehen. Seinem Sinn für den Alltagsbezug bleibt Hautzinger treu, wenn er dazu aufruft, auch in den schwersten Phasen einer Erkrankung weiterhin an der Seite zu stehen. Sicherheit und zugewandte Gelassenheit zu vermitteln, dies sei entscheidend.

Hautzinger gelingt es, im „Ratgeber Depression" Licht in das Dunkel einer quälenden Erkrankung zu bringen. Noch mehr: Bei aller Antriebsarmut und vielen empfundenen grauen Wolken schafft es der Psychotherapeut, viele Wege aus der Melancholie zu weisen. Die Gelegenheit müssen Betroffene und Angehörige beim Schopfe packen. **(Christoph Müller)**

Achtsamkkeit üben

Hilfe bei Stress, Depressionen, Ängsten und häufigem Grübeln

Gehören Sie zu denjenigen Menschen, die eine niedrige Hürde brauchen, um sich auf Ungewohntes einzulassen? Dann haben Sie mit dem Buch „Achtsamkeit üben“ eine Möglichkeit, sich niederschwellig auf Neues einzulassen. Da der Alltag unruhig und wechselhaft ist, brauchen viele Zeitgenossinnen und Zeitgenossen Momente des Loslassens und der Entspannung. So rückt die Achtsamkeit zunehmend in den Fokus der Menschen.

Wo vernunftgeleitetes Denken eine große Bedeutung hat, dort geht ein achtsames Fühlen eher unter. Behutsam fühlen Michalak, Meibert und Heidenreich, die psychotherapeutisch und pflegerisch tätig sind, die Leserinnen und Leser zum praktischen Einüben. Sie sorgen dafür, dass die Menschen von heute keine Berührungsängste mit der Achtsamkeit entwickeln.

Aus Sicht der Autor_innen ist Achtsamkeit kein Allheilmittel, „aber das regelmäßige und geduldige Üben kann sehr positive Auswirkungen auf unterschiedliche Bereiche unseres Lebens haben, die die meisten Menschen, die dies am eigenen Leib erfahren haben, nicht mehr missen möchten“ (S. 61). Das Üben von Achtsamkeit führe zu einer großen Bandbreite an Veränderungen, „die sich auf das Wohlbefinden und die psychische Stabilität von Menschen auswirken können“ (S. 60).

Hier und dort sind die Wirkungen von Achtsamkeitserprobung in der Diskussion. Michalak, Meibert und Heidenreich beschreiben mit ihrer Definition von Achtsamkeit ein Minimum, das letztendlich aber auch Eindruck hinterlässt. Achtsamkeit sei eine „Form der Aufmerksamkeitslenkung, die auf die Hier-und-Jetzt-Erfahrung ausgerichtet ist und uns hilft, die Details unserer Erfahrung genauso wahrzunehmen, wie sie in diesem Moment sind, ohne zu urteilen oder sie sofort verändern zu wollen“ (S. 22).

Mit dem Ratgeber „Achtsamkeit üben“ wollen die Autor_innen vor allem denjenigen Unterstützung bieten, die an Depressionen und Ängsten, Stress und häufigem Grübeln leiden. Sie leisten mit dem kleinen und verständlich geschriebenen Buch mehr. Als Alltagslektüre bietet es einen guten Zugang zum Einüben von Achtsamkeit. Anschaulich stellen sie Übungen dar, mit denen der Weg zur Achtsamkeit leicht gefunden werden kann.

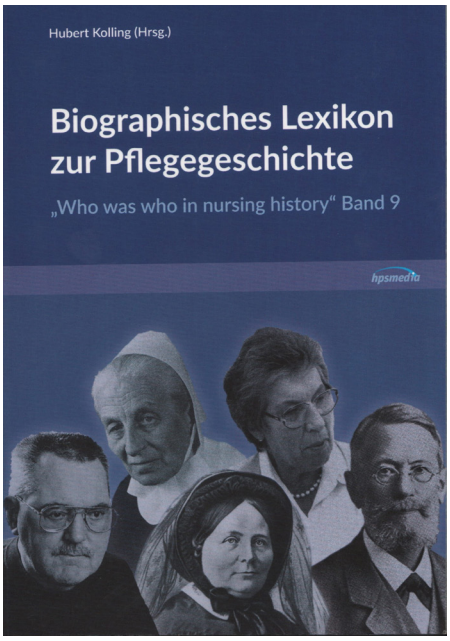
Bei der Einführung in die Achtsamkeit orientieren sich die Autor_innen an der „achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie“. Dies erscheint als zeitgemäß für die professionell Tätigen, die einen Zugang finden wollen. Da gibt es, wenn jemand die Arbeit inhaltlich vertiefen will, wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise.

Für die alltägliche Anwendung von Achtsamkeitsübungen haben Michalak, Meibert und Heidenreich natürlich auch Tipps zur Hand. Sie empfehlen, lieber täglich zehn Minuten Übungen zu machen als ein, zwei Mal wöchentlich ausführlichere Achtsamkeitstrainings zu machen. Dabei wünschen sie den Übenden, milde und großzügig mit sich zu sein.

Wer also die Achtsamkeit mehr in den eigenen Blick nehmen und in den eigenen Alltag integrieren will, der hat mit dem Ratgeber „Achtsamkeit üben“ eine wirklich gute Gelegenheit. **(Christoph Müller)**

Johannes Michalak, Petra Meibert & Thomas Heidenreich: Achtsamkeit üben – Hilfe bei Stress, Depression, Ängsten und häufigem Grübeln, Hogrefe-Verlag, Bern 2018, ISBN 978-3-8017-2676-8, 65 Seiten, 8.95 Euro.

Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte „Who was who in nursing history“, Band 9



Hubert Kolling (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. „Who was who in nursing history“, Band 9. Verlag hpsmedia. Hungen 2020, 327 Seiten, broschiert, 34,80 €, ISBN 978-3-947665-03-7

Für das in der Pflege zunehmend ethisch und historisch reflektierte Handeln stehen dank der neueren Pflegegeschichte eine Reihe wichtiger Forschungsarbeiten zur Verfügung, etwa über die Entwicklung der Krankenpflege zu einer staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, die Entwicklung der konfessionellen Krankenpflege, die Kriegskrankenpflege, die Reform der Krankenpflege nach 1945 oder den Alltag in der Krankenpflege. Darüber hinaus können alle an der Pflegegeschichte Interessierten auf das „Biographische Lexikon zur Pflegegeschichte. ‚Who was who in nursing history‘“ zurückgreifen, von dem kürzlich Band 9 erschienen ist. Dass es im deutschsprachigen Raum ein solches Nachschlagewerk mit insgesamt rund 1.400 Einträgen gibt ist umso bemerkenswerter, als es von Beginn an auf einem außeruniversitär angesiedelten beziehungsweise ehrenamtlich durchgeführten Forschungsprojekt beruht, bei dem alle Mitwirkende nicht auf institutionelle, personelle und finanzielle Ressourcen zurückgreifen können.

Während es beispielsweise in der Medizin gleich mehrere biographische Nachschlagewerke gibt, auf die die interessierte Öffentlichkeit wie Forscher*innen zurückgreifen können, suchte man eine vergleichbare Veröffentlichung in der Krankenpflege lange Zeit vergeblich. Die einmalige Reihe begründete 1997 der renommierte Medizinpädagoge Horst-Peter Wolff (1934-2017), der auch die ersten drei Bände herausgab. Seit Band 4 (2008) liegt die Herausgebertätigkeit in Händen des Pflegehistorikers Hubert Kolling, der mit einer Vielzahl von Beiträgen maßgeblich bereits an den Bänden 2 (2001) und 3 (2004) mitgewirkt hat. Der gelernte Krankenpfleger, Diplom-Pädagoge und promovierte Diplom-Politologe, der auch mehrere sozialhistorische Studien zur Lokal- und Regionalgeschichte veröffentlichte, widmet sich seit vielen Jahren der Geschichte der Krankenpflege, wozu er mehrere Arbeiten publizierte. Darüber hinaus steuert er regelmäßig Beiträge unter anderem zu der von ihm mit initiierten, mittlerweile im neunten Jahrgang online und im Druck zweimal jährlich erscheinenden Fachzeitschrift „Geschichte der Pflege. Das Journal für historische Forschung der Pflege- und Gesundheitsberufe“ (www.geschichte-der-pflege.info) bei.

Bezugnehmend auf das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2020 ausgerufene „Jahr der Pflegenden und Hebammen“ weist der Herausgeber in seinem Vorwort darauf hin, dass einige der aktuellen Probleme im deutschen Gesundheitswesen, genauer gesagt der anhaltende Mangel an professionellen Pflegekräften, keineswegs neu sind, wie ein Blick in die Geschichte zeige. Ebenso habe es zu allen Zeiten Menschen gegeben, denen die Krankenpflege besonders am Herzen lag und die sich deshalb zu deren Verbesserung auf ganz unterschiedlichen Ebenen immer wieder einsetzten. „Wer unterdessen mehr über solche Personen und deren Wirken wissen möchte, sei auf das ‚Biographische Lexikon zur Pflegegeschichte‘ verwiesen“. Dass es in Deutschland noch immer keinen Lehrstuhl zur Geschichte (und Ethik) der Krankenpflege gibt bedauert Hubert Kolling umso mehr, als „die Geschichte der Pflege in der Ausbildung und im Studium bisher kaum eine Rolle spielt und das Bewusstsein der Pflegenden für ihre eigene Berufsgeschichte – trotz der inzwischen rund dreißigjährigen Akademisierung der Pflege – noch immer äußerst schwach ausgeprägt ist“ (S. 7)“.

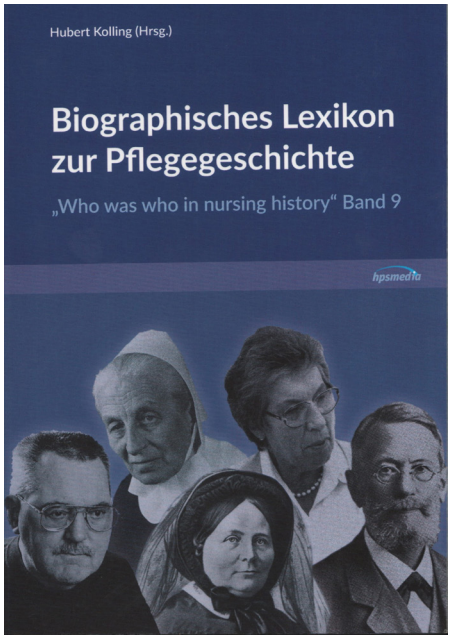
Wie die bislang vorliegenden Bände bietet auch der aktuelle Band des Lexikons, an dem neben dem Herausgeber knapp zwei Dutzend Autor*innen aus dem In- und Ausland mitgewirkt haben, seiner Leserschaft eine schnelle Übersicht über die Le-

bensdaten, das Wirken und die Bedeutung von Frauen und Männern, die in der Pflege beziehungsweise für die pflegerische Versorgung und deren Weiterentwicklung eine besondere Rolle spielten. Das Spektrum reicht dabei neben unmittelbar in der Pflege Wirkenden, Adeligen und Medizinern über Theologen bis hin zu Gewerkschaftern, zu denen Pflegehistoriker, Pflegewissenschaftler, Pflegedirektoren, Hospitalgründer und deren Vorsteher, Lehrbuchautoren, Vertreter der mittelalterlichen Krankenpflege, Gründer von Krankenpflegeorden sowie Ordensgemeinschaften und Schwesternschaften, ebenso wie Repräsentanten der Mutterhäuser hinzukommen. Berücksichtigt wurden auch solche Personen, die mehr in die Breite als in die Tiefe und mehr zerstörend als aufbauend wirkten. Dementsprechend finden für die Zeit des Nationalsozialismus (1933-1945) sowohl Inhaber von für die Krankenpflege wichtigen politischen Ämtern Aufnahme, als auch solche Pflegepersonen, die sich an der sogenannten „Euthanasie“ beteiligten. Demgegenüber sind auch Personen aufgeführt, die sich dem Unrechtsregime – zumeist unter großem persönlichem Risiko für Leib und Leben – entgegenstellten. Selbstverständlich fehlen hier auch die Lebensgeschichten und Schicksale der Förderer und Praktiker der jüdischen Krankenpflege nicht.

Die überwiegende Mehrheit der aktuell knapp 90 vorgestellten Personen stammt aus dem deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich und der Schweiz); daneben sind aber auch einzelne, pflegehistorisch bedeutende Persönlichkeiten aus Brasilien, Frankreich, Großbritannien, Japan, Kroatien, Niederlande, Polen, Taiwan, Tschechien und den USA vertreten. Während dabei – entsprechend der beruflichen Entwicklung der Pflege – ein gewisser Schwerpunkt im 19. und 20. Jahrhundert liegt, fanden aber auch einige erst jüngst Verstorbene Eingang ins Lexikon, darunter der Hochschullehrer Heribert W. Gärtner (1955-2017), die Medizin- und Pflegehistorikerin Sylvelyn Hähner-Rombach (1959-2019) und die Pflegewissenschaftlerin Edith Kelnhauser (1933-2019), ebenso wie Horst-Peter Wolff (1934-2017), dem Hubert Kolling zugleich den Band widmete. Bei der überwiegenden Zahl der Beiträge handelt es sich um Neubearbeitungen, in einigen Fällen – zu denen neue relevante Informationen vorliegen – um Überarbeitungen.

Zu den einzelnen, durch zahlreiche Querverweise miteinander verknüpften Personen, wird deren Lebensweg und Wirken für die Krankenpflege fundiert vorgestellt, wobei die Autor*innen bei ihren Darstellungen, mal mehr und mal weniger, auch Wert auf die zeitgenössischen politischen und sozialen Rahmenbedingungen gelegt haben. Zu jedem Beitrag findet sich – soweit vorhanden – eine Portraitabbildung sowie Quellen- und Literaturangaben, die für weitere Forschungsarbeiten hilfreich sind. Ergänzt wird die Darstellung durch ein Gesamtverzeichnis aller Personen, die bisher im „Biographischen Lexikon zur Pflegegeschichte“ bearbeitet wurden.

Wie der Blick in die Veröffentlichung zeigt, sind viele der heutigen Probleme in der Pflege, die zumeist unter dem Begriff „Pflegenotstand“ subsumiert werden, keineswegs neu. Insofern bleibt dem „Biographischen Lexikon zur Pflegegeschichte“ zu wünschen, dass es nicht nur als Nachschlagewerk in die Bibliotheken von Hochschulen und Ausbildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege Eingang findet, sondern auch vom Pflegepersonal selbst zur Kenntnis genommen wird. In jedem Fall bietet die Lektüre nicht nur spannende Lebensgeschichten, sondern auch erhellende Einsichten.
(Dr. MIchael König)



Hubert Kolling (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. „Who was who in nursing history“, Band 9. Verlag hpsmedia. Hungen 2020, 327 Seiten, broschiert, 34,80 €, ISBN 978-3-947665-03-7

Heilpflanzenkraft gegen Viren

Natürlich vorbeugen, Infekte behandeln, Abwehrkräfte stärken. Mit rund 100 Rezepten aus der Naturheilkunde

Autoren: Claudia Ritter
Sprache: Deutsch
Verlag: Ulmer Verlag
Seitenumfang: 128 Seiten
ISBN: 978-3-8186-1320-4

Die Naturheilkunde bietet eine Fülle von Heilpflanzen, Gewürzen und Wildkräutern, um sich sanft und nebenwirkungsfrei vor Angriffen und Infektionen durch Viren zu schützen. Die wirksamen Inhaltsstoffe der Pflanzen stimulieren die Abwehrzellen des Immunsystems, haben direkte antivirale Effekte oder hemmen die Vermehrung von Viren. Wie man die körpereigene Abwehr mit virenhemmenden Heilpflanzen stärken kann, zeigt dieser praktische Ratgeber. Die erfahrene Heilpraktikerin Claudia Ritter beschreibt Möglichkeiten zur Prophylaxe, zahlreiche Rezepte und die richtige Zubereitung von Tees, Tinkturen und anderen Anwendungen mit bewährten antiviralen Heilpflanzen wie Sonnenhut, Zistrose, Bärlauch und vielen mehr.

Persönliches Fazit:
Ein Thema, wie es aktueller nicht sein könnte. Was genau sind Viren und wie agieren sie? Wie kann mit Pflanzen das eigene Immunsystem angekurbelt und die Viren so gut wie möglich abgewehrt werden? Und was genau wirkt in den Heilpflanzen?

Diese Fragen werden im ersten Teil des Buches ausführlich und verständlich beantwortet. Ebenfalls, in welcher Liga COVID-19 unter den Viren spielt. Zwischendurch finden sich gut strukturiert Tipps, wie eine generelle Ansteckung größtmöglich vermieden werden kann und welche unterstützende Aktivitäten man setzen kann, sollte es doch so weit kommen und die Viren den Initialkampf gewinnen.
Die sekundären Pflanzeninhaltsstoffe mit wichtigen Funktionen für die Pflanzen (Anlockung von Bestäubern, Fraßfeinde fernhalten, UV-Schutz, ...) haben darunter auch die Eigenschaft, unseren Körper in unterschiedlichen Bereichen zu unterstützen. Gerbstoffe, Saponine, ätherische Öle, ... sind unter weiteren eine gut orchestrierte Kampfeinheit gegen Angreifer von außen, die sowohl im allgemeinem Teil als auch bei den anschließenden Pflanzenportraits im Buch erläutert werden mit Bezug zu diversen sehr interessanten Studien.

Bei der Frage, wie man denn die Pflanzen anwenden kann, ist hier ebenfalls gut versorgt, auch wenn es darum geht, welche Kontraindikationen bestehen bzw. wann die Kräuter lieber im Garten bleiben sollten. Die kreativen Rezeptideen sind ein guter Anreiz für weitere Anwendungsmöglichkeiten der vorgestellten Kräuter.

Von meiner Seite eine klare Empfehlung des Buches. Auch wenn es für so manche Kräuter- bzw. Heilpflanzenkundige die eine oder andere Wiederholung gibt, findet man dennoch immer wieder neuen Input. Für Einsteiger liefert es eine gute Grundlage mit Blick durch die „Virenbrille“ und den Körper im Kampf schonend zu unterstützen kann nie ein Fehler sein.
(Mag.ª Katrin Schützenauer)

Vor ihr der Kampf gegen Corona.
Hinter uns Du.
Jetzt spenden und helfen!
www.aerzte-ohne-grenzen.at
MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

HOSPIZ RENNWEG

www.hospiz.wien