Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Frühling 2022

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

Bildung & Management

05 **10 Jahre Pflege Professionell**
Markus Golla, BScN MScN

09 **Erwin Ringel – „Leben heißt das Weite suchen, die Ausweitung!“ und: „Es ist nie zu spät! Immer ist Anfang!“**
Prof. Dr. Dr. Alfred Kirchmayr

21 **Die Rolle Praxisanleitung im System Krankenhaus**
Christiane Wissing MA
Prof.in Dr.in Andrea Kerres

29 **Sturzprävention im Akutkrankenhaus – Ergebnisse zu Sturzereignissen und Sturzprotokollierung der NÖ Landes- und Universitätskliniken**
Mag.a Dr.in Helga Zellhofer,
Sandra Haider, MSc, MBA

35 **Mit Talenten und Schwächen pflegen – Nachruf auf Gerhard Schoßmaier**

39 **Management: Pflege fährt mit Tandem in die Zukunft**

43 **Trialogisch lehren und lernen – Fragmentarischer Rückblick – fachliches und Erfahrungswissen zusammenbringen –**
Elias Nolde
Dipl. Pflegewirtin Doz.in Hilde Schädle-Deininger

Fachwissen

53 **Klinische Akutversorgung für Menschen im Autismus Spektrum (ASS) Teil I: Perspektiven von Menschen mit ASS, Barrieren im klinischen Setting der Akutversorgung und die mit ASS einhergehenden Anforderungen an Diagnostik und Therapie**
Simon Stiehl BSc
Prof. Dr. Markus Witzmann MA, MSM, MA

67 **„Die vergessenen kleinen Pfleger“ Emotionale Versorgung von psychisch kranken Eltern durch ihre Kinder: Folgen und Auswirkungen!**
Dr. Thomas Köhler-Saretzki

Erleben

77 **Blickrichtungswechsel leben lernen**
Sr. Brigitta Schröder

IMPRESSUM

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

Herausgeber
Markus Golla, BScN, MScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

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

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) Adobe Stock Lichii
(C) 2022 Markus 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

FÜR ALLE DIE HOCH HINAUS WOLLEN

Nehmen Sie Ihre Karriere in die Hand
im Krankenhaus
Barmherzige Brüder Wien

Jetzt **informieren**
pflegeistmehr.at

BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
zehn Jahre setzt Markus Golla mit seinem „Pflege Professionell“-Projekt Impulse in die deutschsprachige Pflege-Szene. Dies ist bereits ein langer Weg, den Golla mit zahlreichen Mitstreiterinnen und Mitstreitern hinter sich gelassen hat. Inzwischen im fünften Jahr darf ich mich selbst als Wegbegleiter Gollas bezeichnen. Und dies ist gut so. Denn Golla gelingt es mit den unterschiedlichen Formaten der „Pflege Professionell“ Diskurse zu ermöglichen, Gestaltungsräume zu eröffnen und inhaltliche Wege zu bereiten. Dabei nimmt er kein Blatt vor den Mund, ermutigt die Menschen um sich herum, dies in gleicher Weise zu tun. Schließlich können Perspektiven nicht eröffnet werden, wenn es den Akteurinnen und Akteuren darum geht, Gefallen zu finden. Wenn Reibungswärme entsteht, vielleicht auch Funken fliegen, dann ist eine Gelegenheit, neuen Ideen und Konzepten Konturen zu geben.

Es ist nicht leicht, seine Arbeit in dieser Weise zu tun. Bei der „Pflege Professionell“ wird dies immer wieder diskutiert. Jede Einzelne, jeder Einzelne stellt sich die Frage, ob die Hoffnung auf Gestaltung und Veränderung groß genug ist, um seine Energie weiterhin in das gemeinsame Projekt zu stecken.

Das Heft der Zeitschrift „Pflege Professionell“, das Sie nun in den Händen halten, ist ein Beweis dafür, dass wir die Hoffnung nicht aufgeben müssen. Es dokumentiert Beiträge, an die kaum jemand gedacht hat. Plötzlich waren sie in den Mail-Accounts oder warteten auf Festplatten auf die Veröffentlichung. Wir glauben daran, dass in den Köpfen vieler Pflegender und mit den Konzepten auf den Stationen und Wohnbereichen der unterschiedlichen Versorgungssettings so viel Potential brach liegt, dass wir ganze Bücherregale füllen könnten.

Deshalb wollen wir auch nach zehn Jahren ermutigen: Hocken Sie sich an den Schreibtisch und schreiben Sie auf, was Sie Gutes in Ihrem unmittelbaren beruflichen Umfeld machen. Suchen Sie das Gespräch, mit welchem (journalistischen) Format Ihre täglich erfüllende Arbeit aufgezeichnet werden kann. Was Sie aufschreiben, kann wissenschaftliche Evidenz haben. Ein Projekt wie „Pflege Professionell“ lebt davon, dass es Transfercharakter hat. Da können Ideen in Projektskizzen oder Interviews vergleichbar gelingend dargestellt werden.

Diesen Forschergeist, diesen Pioniergeist brauchen wir in der deutschsprachigen Pflege, der es schwer fällt, die eigene Akademisierung zu akzeptieren, der es schwer fällt, sich politisch Gehör zu verschaffen, der es schwer fällt, neue Rollenbilder zu finden und zu etablieren. „Pflege Professionell“ will jede Einzelne und jeden Einzelnen dabei unterstützen.

Wenn Sie sich dies zu Herzen nehmen, dann haben wir gemeinsam die Chance, dass „Pflege Professionell“ auch in den kommenden zehn Jahren weiterhin eine wichtige Stimme in der deutschsprachigen Pflege sein kann. Es ist klar, dass dies Mühe und Kraft kostet. Lohnenswert ist dies auf jeden Fall.

In diesem Sinne grüßt Sie Christoph Müller
Mitglied im Team „Pflege Professionell“

P.S.: In eigener Sache kann ich Sie ermutigen, Woche für Woche in „Christophs Pflege-Café“ vorbeizuschauen. Dort begegnen Ihnen auch immer wieder Ideen, die nach Nachahmung rufen.

Christoph Müller

(C) Katrin Schützenauer

10 Jahre Pflege Professionell

10 Jahre ist es nun her, dass Pflege Professionell das Licht der Welt erblickte. Zu diesem Jubiläum wollen wir unsere Geschichte mit Ihnen teilen.

Wie alles begann

Pflege Professionell feiert dieses Jahr sein zweistelliges Jubiläum. Während einer Ausbildung entstand die Idee, für die Pflege mehr tun zu wollen. Viele

Diskussionen endeten zu dieser Zeit mit dem Sätzen „Wir sind zu wenig sichtbar.“ oder „Pflege ist nicht vernetzt genug.“ Von beiden Punkten verstand ich als ehemaliger Eventmanager, DJ und Musikmagazinverleger eine Menge. Also versuchte ich mit einem Team aus Freunden Veranstaltungen auf die Beine zu stellen. Schnell war eine erste Veranstaltungsidee geboren: Versuchen wir der Praxis den Grund und Nutzen der Akademisierung nahezubringen, denn irgendwie wurden sie, unserer Meinung nach, nicht richtig abgeholt. Wir holten damals berühmte Pflegewissenschaftlerinnen ins Boot und arbeiteten gemeinsam in einer Arbeitsgruppe an einem solchen Event. Je öfters die Arbeitsgruppe zusammenkam, desto komischer wurden die Inhalte und Überschriften. Aus „Akademisierung der Pflege“ wurde auf einmal „Akademisierung: Ein wichtiger Stakeholder im Gesundheitswesen“, von einer Erklärung für Praxispersonen kilometerweit entfernt. Wir beschlossen die Arbeitsgruppe wieder zu verlassen und veranstalteten eine eigene Veranstaltung. Doch hatten wir ohne der Pflegewissenschaftlerinnen der Szene überhaupt eine Chance? Wir waren uns unsicher, doch eine Person bekräftigte uns bei unserem Weg und bot uns einen eigenen Festsaal an: Frau Pflegedirektorin Andreja Kusej, Pflegedirektorin des Franziskus Spital (damals Hartmannspital). Die Veranstaltung war innerhalb weniger Tage ausgebucht und es kamen Gäste aus vielen Bundesländern. Bei der Veranstaltung waren nicht nur Gäste aus der Praxis, es kamen auch viele Studiengangsleitungen, der First Chief Nursing Officer und andere, die wir nie erwartet hätten. Die erste Veranstaltung von Pflege Professionell war geboren.

Einige Monate später folgte die zweite Idee: Ein Symposium mit internationalen Größen zum Thema „Pflege im Nationalsozialismus“.

Der Grund hierfür war die Einbindung des „Sr. Restituta Museums“ in die lange Nacht der Museen. Wieder war die Veranstaltung ausgebucht und füllte den Festsaal des Spitals mit den unterschiedlichsten Persönlichkeiten. Für uns war dies ein Zeichen, dass wir uns auf dem richtigen Weg befanden. Durch die Veranstaltung wurden wir auch zum ersten Mal ins Parlament geladen, eine Ehrung, die wir bis heute in Erinnerung haben. Befeuert durch diese Erfolgsgeschichten, wollten wir mehr machen.

Die Magazin Ära

Wir begannen kurzerhand für ein langjähriges österreichisches Newslettermagazin zu schreiben und veröffentlichten hier eine Menge Artikel. Doch die Zusammenarbeit mit dem Verleger gestaltete sich schwierig und so entschied man kurzerhand 2015 ein eigenes Probemagazin auf die Beine zu stellen: Das Magazin „Pflege Professionell“ war geboren. Man rekrutierte Schreibende aus Veranstaltungen oder dem Freundeskreis und wir durften das erste Politikinterview mit Bundesministerin Dr.in Sabine Oberhauser führen. Die erste Ausgabe wurde damals in Amerika gedruckt, da man auf die Schnelle keine Druckerei mit „Print on Demand“ finden konnte. Während die erste Ausgabe in der Printversion nur einige Abnehmer fand, wurde die kostenfreie PDF Version sechsstellig heruntergeladen. Doch wir konnten damals den Triumph nicht feiern, denn einige Tage nach dem Release wurden wir durch die Flüchtlingswellen in die humanitäre Arbeit geschupst. Täglich standen wir, neben der normalen Arbeit, viele Stunden am Wiener Hauptbahnhof, um dort hunderte Menschen zu versorgen. Unsere Reise führte uns sogar weit über die Grenzen, um direkt Vorort pflegerische Unterstützung anzubieten und so rutschte man immer näher an den nächsten Quartalstermin der Ausgabe, ohne sich darüber Gedanken zu machen. Doch auch hier fanden sich schnell tolle AutorInnen, die eine gesamte Ausgabe füllten. Der Verlag Facultas/Maudrich verschaffte uns (durch Susanne Müller Posch) die Gelegenheit das Magazin in Österreich drucken zu lassen. Dies war der Beginn einer tollen Kooperation. Die Flüchtlingswelle ebbte ab und wir konnten uns neben unserem normalen Beruf wieder auf das Magazin konzentrieren.

Es folgten Jahre des Wachstums. Aus einem unbeholfenen Redaktionsteam, wurden immer mehr SpezialistInnen. Leider wurde das Tempo vielen zu schnell und so kam es immer wieder zu einem kompletten Austausch der Crew. Doch wir wollten das Magazin weiter auf Schiene halten, auch wenn dies ab und an ganz ohne Team stattfinden musste. Die Ausgaben wurden dicker, die politischen Interviews waren nach einigen Jahren an der Tagesordnung und auch die Fachartikel häuften sich auf unserem Tisch. Nebenbei entstand das zweite Magazin „Pflegende Angehörige“ mit der IG Pflege (Birgit Meinhard Schiebel) aus Österreich, ein Peer-Review Magazin „Lehren & Lernen im Gesundheitswesen“, initiiert durch Matthias Drossel und eine Menge Events, die wir mit Personen wie Liliane Juchli, Christel Bienstein, Angelika Zegelin, Sabine Bartholomeyczik, Hanna Mayer, Christoph Zulehner, Andrea Kdolsky und vielen anderen RednerInnen immer ausgebucht auf den Boden brachten. Doch die Zeit hatte auch Schattenseiten. Durch private Veränderungen be-

gann man wieder bei Null, die eigene Existenz schien kurzerhand bedroht. Doch auch hier zeigte es sich, dass Netzwerken sich immer auszahlt. Barbara Hahn, Pflegedirektorin des St. Anna Kinderspitals, rettete die komplette Situation und so konnte das Projekt Pflege Professionell weitergehen. Pflege „Rücken an Rücken“. Ab diesem Zeitpunkt suchte Karin Eder nach potentiellen AutorInnen und Veranstaltungen und Katrin Schützenauer präsentierte Artikel zu Aromapflege & Heilkräuterkunde. Ihre restlichen Tipps sind seither auf ihrer eigenen Webseite „gartenstrawanzerin.at“ zu finden. Alle andere Aufgaben blieben weiterhin beim Gründer des Magazins.

Ein Wochennewsletter musste her

Das Magazin erschien nur quartalsweise und für die schnellen Veränderungen in der berufspolitischen Szene und in der Forschung fühlte es sich zu langsam an. Täglich kamen über 150 Pressemitteilungen bei uns an, die es zu sondieren und verbreiten galt. Wir entschieden uns jeden Sonntag einen Wochennewsletter herauszubringen. Dieser füllt sich seither mit den wichtigsten News aus dem Gesundheitswesen D/A/CH und international, Stellenangeboten und Forschungsergebnissen. Schnell kam es auch hier zu tausenden AbonnentInnen, die es zu versorgen galt. Zur gleichen Zeit kam der deutsche Psychiatriepfleger Christoph Müller ins Team. Mit Christophs Pflegecafé veröffentlicht er seither jede Woche Interviews, Blogs und andere tolle Inhalte in die Pflegecommunity.

Die Sommergespräche 2019

Durch die vielen Interviews mit der österreichischen und deutschen Politik entschloss sich die Redaktion, gemeinsam mit dem ÖGKV und der GÖD, durch österreichische Bundesländer zu ziehen, um hier in einer eigenen Eventreihe Pflegepersonen zusammen zu trommeln, um gemeinsam eine Zukunftsidee zu entwickeln. Auch hier waren die Räumlichkeiten stets ausgebucht und die Bundesländer zeigten sich von einer starken (Pflege)Seite. Es galt neue Impulse aus Praxis, Lehre, Management und Forschung einzuholen. Reinhard Waldhör (GÖD) und unsere Redaktion besuchte Niederösterreich, Kärnten, Oberösterreich, Tirol und Wien. Viele positive Inhalte für weitere Workshops wurden ausgearbeitet und man blickte voller Elan in die Zukunft. Leider folgte die Pandemie, sonst hätte man direkt daran anknüpfen können. Dennoch ergaben sich hier neue Kooperationen und Zusammenkünfte. Dies war auch der Zeitpunkt als Ursula Frohner, ehem. Präsidentin des ÖGKV, beschloß, regelmässige Inhalte der Webseite beizusteuern. Zur gleichen Zeit wurde der Chefredakteur in den Fachbeirat vom Business Circle Pflegemanagementforum (Gerhard Pichler) eingeladen, um hier zukunftsrelevanten Input zu liefern.

Multimedia, Social Media und Podcasts

Doch die heutige Zeit verlangt mehr, als nur Lesestoff zu verbreiten. Bewegte Bilder, kurze schnelle Video und Fotoeindrücke, die am Puls der Zeit schnell alles wiedergeben, scheinen die Zukunft der Informationsverteilung zu sein. Also kam es, wie es kommen musste: Es folgte ein Pflege Professionell Youtube-Kanal, Podcasts mit der IMC FH Krems. Man brauchte Drehgenehmigungen,

Szenen die man zeigen mag und vieles mehr. Durch den Hospiz Dachverband NÖ, der Landesgesundheitsagentur NÖ und der Caritas Socialis war es uns möglich, die ersten Videos auf die mediale Reise zu schicken. Es entstand Filmmaterial, welches uns besonders bewegte.

Was werden wir nun tun?

Diese Säulen unseres Projektes wollen wir weiterhin mit Inhalten speisen. Wie lange können wir nicht vorhersehen, aber solange uns die Pflege tagtäglich bewegt, so lange werden wir diesen Weg weiter beschreiten. Über fünf Millionen Downloads der Magazine und hunderttausende monatliche Besucher auf unserer Webseite spornen uns nahezu täglich an.

Autor

Markus Golla, BScN MScN
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Institutsleiter & Studiengangsleiter „Gesundheits- und Krankenpflege“ IMC FH KREMS,
Journalist & Verleger „Pflege Professionell“

Erwin Ringel – „Leben heißt das Weite suchen, die Ausweitung!“ und: „Es ist nie zu spät! Immer ist Anfang!“

Erinnerungen an einen engagierten Arzt und Psychoanalytiker mit Zivilcourage und Weltbürgersinn.

„Ringel war ein großer mutiger Kämpfer, stiller Denker und lauter Schreier! Ein Glück, dass es ihn gab!“ (Fritz Muliar, Schauspieler)

Die beiden Thesen: „Leben heißt das Weite suchen, die Ausweitung“ und „Es ist nie zu spät! Immer ist Anfang!“ hat Erwin Ringel in den Therapien und in seinen zahllosen Vorträgen immer wieder verwendet, um zu notwendiger Veränderung und Hoffnung zu ermutigen. Denn Einengung, Verängstigung und die Verbreitung von neurotischen Zwängen machen den Menschen kaputt, unmündig und verhindern seine Entfaltung. Befreiung aus neurotischen Engen, Ängsten und Zwängen, das war das Grundthema von Erwins Engagement: „Um die Welt zu ruinieren, genügte es, wenn jeder seine Pflicht tut!“ (Winston Churchill)

Erwin Ringel, der österreichische „Nationalpsychiater“ und „Neurosenkavalier“ wäre am 27. April 2021 100 Jahre alt geworden. Ich habe mit ihm von 1975 bis zu seinem Tod 1994 intensiv zusammengearbeitet. Neben gemeinsamen Vorlesungen in der Psychiatrie und an der Theologischen Fakultät und gemeinsamen Veröffentlichungen verband uns das En-

(C) Robson90

gagement für Suizidprävention, für die Förderung der Psychotherapie und die Einführung von psychologischem Wissen in die Medizinerausbildung. Viele Jahre war ich Lektor für Medizinische Psychologie. Das letzte Jahrzehnt seines Lebens verband uns eine wohlwollende und streitbare Freundschaft. Ein besonderes Anliegen war uns beiden die Entfaltung von Mündigkeit und die Reinigung des real existierenden Katholizismus von neurotischen Deformierungen und klerikaler Machtausübung. Erwin war sein Leben lang ein begeisterter Christ und sein Glaube hat ihn ganz wesentlich motiviert, sich besonders „für die Armen und Bedrängten aller Art“ einzusetzen.

Ein kreativer und kritischer Zeitgenosse

Erwin war ein sehr kritischer Zeitgenosse, der sich unermüdlich für die Förderung der psychischen Gesundheit und für den Ausbau des Sozialstaats eingesetzt hat. In allen Medien war er präsent, mischte sich ein und kämpfte energisch gegen die Verdummung und gegen die Zerstörung der sozialen Sympathie und Solidarität. Er hat sich vor allem für die Außenseiter der Gesellschaft, für die an den Rand der Gesellschaft gedrängten Menschen eingesetzt: für die Armen und Kranken, die besonders Bedürftigen, die Zugezogenen und alle ungerecht behandelten Zeitgenossen.

In der konservativen Volkspartei war er als Linker verschrien. „Der Aufdecker … wurde von Idioten bespuckt und von Denkenden verehrt“, sagte einst Fritz Muliar. Und in der Ära Kreisky hat sich Erwin energisch für soziale Gerechtigkeit und für die bitter notwendigen strukturellen Reformen in Gesellschaft und Kirche eingesetzt. Für Erwin Ringel war die These von Winston Churchill durchaus zutreffend: „Der Schlüssel zur Wirkung des Redners auf seine Zuhörer ist die Aufrichtigkeit.“ So konnte er mehr oder weniger zutreffend sagen: „Ich habe mich zweifellos oft geirrt, aber ich habe nie, wenn ich A gedacht habe, B gesagt!“ Das „nie“ ist zu relativieren. Erwin sprach in seiner Begeisterung so manchmal nach dem Alles- oder Nichts-Modus. Besonders bezeichnende Bereiche seines Engagements werde ich jetzt genauer beleuchten.

Biografische Eckpunkte

Werfen wir einen Blick auf seine Lebensgeschichte: Erwin erblickte am 27. 4. 1921 in Temesvar das Licht der Welt und lebte seit 1922 in Wien. Nach der Matura im Akademischen Gymnasium, dem Medizinstudium und der Facharztausbildung war er Assistent in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Wien. Im Rahmen der Caritas hat Erwin 1948 gegen klerikalen Widerstand die „Lebensmüden-Fürsorge“ eingerichtet. Diese Beratungsstelle ist der bescheidene Beginn für die späteren Kriseninterventions-Zentren. Durch Ringels Engagement für eine ganzheitliche Medizin kam es dann zur Errichtung einer „Psychosomatischen Abteilung“ im Rahmen der Psychiatrischen Universitätsklinik. Mehrere Jahre war Erwin Präsident des Vereins für Individualpsychologie und er kämpfte, gemeinsam mit anderen, für die Einführung eines Psychotherapiegesetzes in Österreich.

Von 1984 – 1994 war er auch Obmann des Vereins für Bewährungshilfe und soziale Arbeit. Und von 1981 bis zu seiner Emeritierung 1991 war Erwin Vorstand des neu geschaffenen Instituts für Medizinische Psychologie. Zwei seiner vielen Bücher wurden Bestseller und Longseller. „Die österreichische Seele“ (1984) und das gemeinsam verfasste Buch „Religionsverlust durch religiöse Erziehung“ (1985). Erwin Ringel starb am 28. 7. 1994 in Bad Kleinkirchheim in Kärnten an Herzversagen.

Heilsamer Zorn und Begeisterung

Ich werde jetzt an sein intensives Leben und an sein unermüdliches Engagement für eine Gesellschaft erinnern, in der Gesundheit, Menschlichkeit und Gemeinsinn kultiviert werden. Sein mutiger und vielfältiger Einsatz galt vor allem der Förderung psychischer Gesundheit und ihrer Grundelemente: Lebensfreude und Liebesfähigkeit, Selbstentfaltung und Hilfsbereitschaft, Einfühlungsvermögen und Leistungsfähigkeit, Dankbarkeit und Genussfähigkeit. Grundlagen dafür sind politische Mündigkeit, Solidarität und soziale Gerechtigkeit. Wir bräuchten heute viele Ringels, die unsere Lebensfreude, Kreativität und Widerstandskraft fördern und anregen. Die uns helfen, unser eigenes Leben mutig zu entfalten und energisch zur humanen Gestaltung des Zusammenlebens beitragen.

Sein Zorn über Unrecht und Sattheit in einer vom real existierenden, globalen Kapitalismus und vom Klimawandel bedrohten Menschheit könnte die Energie fördern, die heute bitter nötig wäre. Denn Zorn ist reflektierte, besonnene Wut, und die täte gut. Aber Wutbürger ändern nichts, denn Wut ist wie Strohfeuer, Zorn dagegen ist Glut. Und Erwin war fähig zu diesem Zorn, der uns Beine macht und weniger Kopfzerbrechen. Die verbreitete Einstellung – Eine kleine heile Welt, die noch eine kleine Weile hält – machte Erwin wütend. Zornig erhob er seine Stimme gegen die verdummten Agenten der

Anpassung an Unrechtsstrukturen in Kirche und Gesellschaft.

Mit Elan unterwegs – trotz Rollstuhl!

Erwin, der Jahrzehnte lang auf den Rollstuhl angewiesen war, hat stets protestiert, wenn jemand sagte, er wäre an den „Rollstuhl gefesselt“. Denn trotz dieser Behinderung war er körperlich und geistig enorm mobil und beweglich. Seine Frau Angela, die viele Jahre Direktorin der Bundesakademie für Sozialarbeit in St. Pölten war, begleitete ihn so oft als möglich auf seinen Reisen und Vortragstouren vor allem quer durch deutsche Lande. So hat Erwin in mehr als hundert Städten Europas und in wesentlich mehr als hundertfünfzig Städten und Gemeinden Österreichs mindestens einen Vortrag gehalten.

Und Erwins Begeisterung für die Oper führte öfter dazu, dass er nachmittags nach Zürich flog, eine Aufführung genoss und nächsten Morgen zurückflog und nachmittags wieder in der Klinik arbeitete. Natürlich war das anstrengend und aufwändig, aber Liebe und Begeisterung machen enorm viel Energie frei! Und Erwin war mit erstaunlich viel Energie gesegnet.

Begreifen und Ergriffensein

Erwin Ringel hat wissenschaftliche Erkenntnisse mit den tiefen Einsichten und Erlebnissen aus den Bereichen der schönen Künste und der Religionen, die unser Begreifen übersteigen, immer verbunden. Denn Begreifen und Ergriffensein – etwa von Musik oder von genialen Kunstwerken und der Schönheit der Natur – gehören als Erkenntnis-Quellen zusammen. Besonders die von klerikaler Machtgier gereinigte christliche Spiritualität und den reichen Schatz der großen Religionen hat er sehr geschätzt. Als geistesgegenwärtiger Mensch mit enormer intuitiver Potenz konnte Erwin viel Lebenswissen vermittelt. Anders als die bloß akademische Wissenschaft hat er ein Wissen geschaffen und anschaulich angeboten, welches der höchsten aller Künste diente, der Lebenskunst.

Ein Mann mit Weltbürgergesinnung

Erwin war ein politisch engagierter Wissenschaftler und begeisterter Förderer der Kultur einer humanen und sozialen Weltbürgergesinnung. Er war ein unermüdlicher Verkünder heilsamen Wissens und ein kritischer Beobachter und Kommentator der Ereignisse in unserer Welt.

Ringels Rede war einfach und reich an Bildern. Erkenntnisse der Wissenschaft waren immer gut gewürzt mit Vergleichen, Gedichten oder anschaulichen Beispielen.

Er hat nie über die Köpfe hinweg doziert, sondern seine Anliegen leidenschaftlich zur Sprache gebracht. Seine Begeisterung und sein Engagement waren immer zu spüren. Man versteht, dass das Kind Erwin einst Opernsänger werden wollte, denn jeder Vortrag war ein Auftritt auf den vielfältigen Bühnen des Lebens.

Zwei typische Szenen aus seinem Leben bilden die Grundmelodie für die große Symphonie seines facettenreichen Lebens: Der junge „Prediger“ und der mutige Antifaschist und Humanist.

Der fünfjährige Erwin, ein begeisterter Prediger

Der kleine Erwin ging mit seinen katholisch geprägten Eltern natürlich immer in die Sonntagsmesse. Und wenn sie dann heimgekommen waren, stellte sich der kaum fünfjährige auf ein Stockerl in der Küche und wiederholte mit lauter und feierlicher Stimme die Predigt mit allen Details. Als die Mutter ihn einbremsen wollte, sagte Erwin: „Mama ich muss reden!“ Diese Szene aus Kindertagen weist auf seine große rhetorische Begabung hin, die später zu seiner unermüdlichen Vortragstätigkeit als Volksbildner und Wissenschaftsjournalist führte. Ringel war als „Psychiater der Nation“ immer wieder in allen Medien zu hören. Die Journalisten liebten ihn, weil er immer bereit war, etwas zu sagen, auch wenn es nicht das Gebiet seiner Kompetenz betraf. Es gibt wenige Universitätsprofessoren, die sich der Bildung und Information breiter Bevölkerungsschichten so sehr verpflichtet fühlten wie Erwin Ringel. In dieser Hinsicht war er ein typischer Schüler des Tiefenpsychologen und Volksbildners Alfred Adler.

Mutiger Protest gegen Unmenschlichkeit in der Hitler-Zeit

Peter Schramke, ein Schulkollege von Erwin im Akademischen Gymnasium, erzählte, wie der als braver Musterknabe geltende Erwin, im März 1938 in der 7. Klasse ein völlig unerwartetes Verhalten zeigte. Nach dem „Anschluss“ wurden die jüdischen Lehrer rasch entfernt. Vier Schulkollegen von den 17 Schülern der 7. Klasse waren jüdischer Abstammung. Sie wurden sofort in eine abgesonderte Bank gesetzt. Durch eine mutige Geste hat sich Erwin für die erniedrigten jüdischen Kollegen eingesetzt: Als nämlich die Schüler mit brauner Orientierung die Kleider der jüdischen Kollegen von ihren Plätzen wegnahmen und gesondert hinhängten, trug Erwin seinen Mantel ostentativ auf die Ablage der jüdischen Kollegen und schrie die Braungefärbten mit überschla-

gender Stimme an, dass sie sich wegen ihres widerlichen und feigen Verhaltens schämen sollten. Später wurde Erwin wegen des Protests gegen die Nazi-Ideologie mehrmals verhört und einige Tage eingesperrt.

Kämpfer gegen erstarrte Strukturen

Damals begann sein Schwimmen gegen den Strom. Dieses mutige Verhalten wurde für sein ganzes Leben charakteristisch. Erwin war niemals ein „Ministrant des Zeitgeistes"! Treffend bezeichnete Operndirektor Claus Helmut Drese Ringel als „Frontkämpfer gegen Erstarrung und Orthodoxie!" und auch sein Freund Will Quadflieg bewunderte Erwins „unerhörte Zivilcourage". Als Ringel später in der Wiener Ärztekammer einen Vortrag über eine nötige ganzheitliche Medizinerausbildung hielt, sagte er den mutigen Satz: „Es ist ein Glück, einen guten Arzt zu finden!"

Wenn ich mir heute das herrschende soziale und politische Klima in Gesellschaft und Kirche, in Kunst und Wissenschaft ansehe, gewinne ich den Eindruck, dass weithin fade und satte Funktionäre und überangepasste Privatiers und Individualisten die soziale, politische und kirchliche Szene beherrschen. Leidenschaftliches Engagement und den Mut zu unpopulärer Kritik und zu Forderungen notwendiger sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Veränderungen findet man nur selten in den oberen Etagen. Am ehesten zeigt sich dieser Widerstandsgeist noch bei sehr jungen Leuten und auch bei manchen junggebliebenen bejahrten Zeitgenossen.

Der 21jährige Ringel wirft 1942 das Gewehr weg!

Im Jahr 1938 nach Hitlers Machtergreifung in Österreich hat der 17jährige Erwin Ringel die Antinazi-Demonstration am Christkönigsfest auf dem Wiener Stephansplatz mitorganisiert. Kurze Zeit wurde Erwin damals festgenommen und verhört. Eine extrem gefährliche Szene möchte ich noch erzählen. Erwin wurde 1942 in die Radetzky-Kaserne in Wien eingezogen, damit er lerne, sich dem militärischen Drill der Wehrmacht zu unterwerfen. Weil er eine Übung nicht ordentlich genug durchgeführt hatte, befahl ihm sein Hauptfeldwebel, dass er mit dem zwölf Kilo schweren Gewehr in Schusshaltung den großen Kasernenhof hockend umkreisen musste. Nach der zweiten Runde warf der erschöpfte Ringel das Gewehr weg und schrie: „Wie kommt ein intelligenter Mensch dazu, die Befehle eines Trottels auszuführen!" Erwin hatte in dieser lebensgefährlichen Situation – auf Wehrkraftzersetzung stand die Todesstrafe – das unglaubliche Glück, dass er einem Psychiater vorgeführt wurde, der ihn schützen konnte.

Lebensmüden-Fürsorge

Erwin hat sich schon als blutjunger Psychiater sehr für verzweifelte Menschen eingesetzt. Er wollte im Rahmen der Caritas für diese Menschen eine Beratungsstelle einrichten. Der zuständige Bischof, Erzbischof Yachym, lehnte das vorerst ab und sagte zu Ringel: „Das ist völlig unnötig, was Sie da machen wollen. Wir müssen nur erreichen, dass alle Menschen katholisch werden! Ein

Katholik bringt sich nicht um!“ Ringel ließ nicht locker und 1948 gelang es ihm, ein Zimmer für diese Beratung einzurichten mit der treffenden Aufschrift: „Lebensmüdenfürsorge“.
Übrigens war es auch eine wichtige Reform, die Erwin für die Angehörigen von Menschen erreichen konnte, die sich selbst das Leben genommen haben. Denn die Katholische Kirche erlaubte nicht, dass diese Menschen in geweihter Erde im Friedhof begraben wurden. Erwin hat Jahrzehnte lang gegen diesen klerikalen Sadismus angekämpft. Und nach dem Konzil wurde dieses widerliche Unrecht endlich abgeschafft.

Kriseninterventionszentrum

Aus der Lebensmüden-Fürsorge, die an Bedeutung immer mehr zunahm, wurde in der Zeit der großen Reformen unter Bruno Kreisky 1975 das erste Kriseninterventionszentrum in Österreich, das vor allem vom Bund und von der Gemeinde Wien finanziell unterstützt wird. Bruno Kreisky sagte damals: „Selbstmordverhütung ist keine private Sache, sondern eine Pflicht des Staates. Denn der Staat ist verpflichtet, jedem einzelnen Bürger, der in Not ist, beizustehen.“ Zum Ausbau und zur Entfaltung dieser wichtigen Institution, die bald in allen Großstädten Österreichs eingerichtet wurde, hat der langjährige Mitarbeiter von Erwin, Gernot Sonneck, jahrzehntelang ganz wesentlich beigetragen. Denn die Bewältigung von Lebenskrisen ist grundlegend für die Verhinderung oder Entschärfung psychischer Erkrankungen.

Genie der Suizidprävention: Das „Präsuizidale Syndrom“

Mit seiner kreativen und originellen Habilitationsarbeit (1951) über den psychosozialen Zustand von Menschen vor Suizidhandlungen hat Erwin Erkenntnisse gewonnen, die höchste wissenschaftliche und zugleich praktische Bedeutung haben. Er untersuchte tiefenpsychologisch hunderte Menschen, die Suizidhandlungen überlebt haben und hat den psychischen, sozialen und geistigen Zustand dieser Menschen vor der Verzweiflungstat als „Präsuizidales Syndrom“ beschrieben. Die Kenntnis dieses Syndroms ist bis heute grundlegend für Diagnose, Behandlung und Prävention von gefährdeten Menschen.

Individualpsychologie als psychoanalytische Therapie

Während die Individualpsychologische Analyse nach dem Zweiten Weltkrieg in Gefahr war, zur pädagogischen Beratungs- und Therapiemethode verkürzt zu werden, hat Ringel mit Erfolg darum gekämpft, dass sie als tiefenpsychologisch-psychoanalytische Schule entfaltet wurde.

Ich kann mich gut an den Ersten Internationalen Individualpsychologie-Kongress 1976 in München erinnern. (Am zweiten Kongresstag ist übrigens die Reichsbrücke in Wien eingestürzt). Ringel wurde vor allem von den Individualpsychologen der USA massiv angegriffen und als „Psychoanalytiker“ beschimpft! Er aber sagte entschieden und humorvoll: „Sigmund Freud ist unser Großvater, Alfred Adler ist unser Vater und wir sind deren Kinder!“ Und treffend zitierte er Lou Andreas-Salomé, die mit Freud und Adler in gutem Kontakt stand: „Sigmund Freud ist das Messer und Alfred Adler ist die Salbe“ für die Leiden der Seele. Eine wunderbare Metapher für den unterschiedlichen Tiefgang. Denn beides ist heilsam, notwendig und hilft, das Bewusstsein und die psychische Gesundheit zu entfalten.

Pionier der Psychosomatischen Medizin

Erwin war auch ein energischer Kämpfer für eine ganzheitliche Medizin und für einen entsprechenden Gesundheitsbegriff. Deshalb hat er zumindest eine „Psychosomatische Abteilung“ im Rahmen der Psychiatrie am AKH Wien erkämpfen können. Und weil er offen war für die Anwendung verschiedener Therapiemethoden, wurden an seiner Klinik neben tiefenpsychologischen Therapien unter anderen auch Musik- und Maltherapie angeboten.

Er war einer der ersten Psychotherapeuten in Österreich, der spezielle Gruppen- und Einzeltherapien für Krebspatientinnen organisiert hat. Sein kreativer Mitarbeiter Ulli Kropiunigg hat sich verdienstvoll für die junge Wissenschaft Psychoneuroimmunologie eingesetzt. Gemeinsam mit Ringel konnte er – „Der fehlgeleitete Patient“ (1983) – nachweisen, dass psychosomatisch Kranke durchschnittlich fünf Jahre lang schlicht falsch behandelt wurden.

Kain und Abel sind in uns allen!

In seinem Buch: „Fürchte den anderen wie dich selbst“ (1991) vertritt Erwin ein Menschenbild, das voller Gegensätze ist. Kein Mensch ist nur gut oder nur schlecht. Daher ist es so wichtig, sich selber mit allen Neigungen und Tendenzen, mit allen Gefühlen und Wünschen nüchtern kennenlernen zu können. Wenn man seine Stärken und Schwächen nüchtern erkennen kann, wird es nicht mehr nötig sein, das Eigene zu idealisieren und alles Fremde zu entwerten. Denn nur durch das umfassende „Erkenne dich selbst“ kann dieser mörderische Teufelskreis des Idealisierens und Entwertens überwunden werden, der bei allen kleinen und großen Kon-

flikten und Kriegen im Spiel ist. Nur dadurch können wir den Balken im eigenen Auge nüchterner wahrnehmen lernen und müssen uns nicht mehr auf den Splitter im Auge des Bruders fixieren.

Viel Licht und viel Schatten

Ich habe viel Bewundernswertes über Erwin Ringel berichtet und werde noch manches erwähnen, das ihn ausgezeichnet hat. Doch ich möchte ihn keineswegs idealisieren. Denn wo viel Licht ist, gibt's auch viel Schatten. So sagte Erwin in einem Fernsehinterview sehr ehrlich: „Ich habe als Vater total versagt!" Seine Tochter blieb ihm weithin fremd. Und Erwin hatte nicht nur einen sehr kreativen Narzissmus, sondern auch eine ausgeprägte Neigung, sich großartig zu finden. In seinem kleinen Büro standen am Schreibtisch zwei Portraitfotos von ihm, die manche zum Schmunzeln brachten. Wenn ich bei einem seiner zahllosen Vorträge war und wir uns später trafen, sagte er oft: „Na, Kirchmayr, war ich nicht großartig?!" Er war ja wirklich ungewöhnlich lebendig und konnte begeistert sein, wie ein Kind. Aber er konnte auch eigensinnig sein, wie ein verwöhntes Kind. Seine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hatten es oft nicht leicht mit ihm, denn er war auch oft sehr dominant und autoritär. Da er weithin von Bewunderern umgeben war, fiel es ihm nicht leicht, Kritik anzunehmen.

Erwin konnte intensiv zuhören, manchmal mit enorm viel Einfühlungsvermögen. Aber manchmal tauchte er ab in sein Gedankenmeer und vergaß, dass er als Therapeut oder Mitarbeiter gefragt war. Er hatte ein phänomenal gutes Gedächtnis, das er mit Büchern und Zeitungsartikeln laufend fütterte. Sein Schreibtisch im 19. Bezirk war von einem Chaos aus Bücherbergen, Kopien und Zeitungsausschnitten umgeben. Im kleinen Büro seiner Psychosomatischen Abteilung arbeitete er als Therapeut und Lehranalytiker. Weil er dort „im Dienst" war, musste er auch telefonisch erreichbar sein. Aber oft griff er auch selbst zum Hörer und führte während der Therapien Gespräche. Wer sich nicht wehren konnte, hat sich deshalb oft ärgern müssen. Ich sagte ihm sehr früh, dass es mich stört, wenn er während der Analysestunden immer wieder mal telefonierte. Dadurch bekam ich oft die Möglichkeit, am Samstag und auch manchmal sonntags in seiner Wohnung die Analysestunden zu absolvieren. Da pilgerte ich oft über den Beethovengang zu ihm im neunzehnten Wiener Gemeindebezirk.

Zur Entstehung seiner beiden Bestseller

Erwin war ein begeisterter und begnadeter Redner, aber er hatte große Probleme mit dem Schreiben. Oft sagte er: „Schreiben ist für mich eine Qual! Wenn ich etwas schreiben muss, schwitze ich Blut!" In dieser Hinsicht haben wir einander sehr gut ergänzt. Unser „Religionsverlust-Buch" (1985) entstand auf folgende Weise: Nach einem Vortrag in Linz über neurotische Deformierungen von Kirche und Religion, rief er mich an und sagte begeistert: „Goldiger Kirchmayr, ich habe eine Idee! Wir schreiben gemeinsam ein Buch! Den Titel hab´ ich schon: Religionsverlust durch religiöse Erziehung!"

Ich machte mich an die Arbeit, verwurstete mehrere seiner einschlägigen Vorträge, die seine Frau Angela auf Tonband aufgenommen hatte, überarbeitete sie, ergänzte sie und das Manuskript hat Erwin dann gelesen und meistens als „ausgezeichnet!" kommentiert.

Dass die Zusammenarbeit mit Erwin nicht immer leicht war, ist schon klar. Kooperation war nicht seine Stärke. Intensiv stritten wir bezüglich der Einschätzung der Homosexualität. Erwin hat diese generell als pathologisch und neurotisch bezeichnet. Das war damals die Lehrmeinung der Wiener Psychiatrie. Ich aber sah das so: Es gibt eine genuine Homosexualität, die für viele Menschen ebenso natürlich ist, wie die Heterosexualität für die meisten anderen Menschen. Es gibt auch neurotische Formen der Homosexualität, etwa bei manchen zwangszölibatären Priestern, die aus neurotischer Angst vor den Frauen ihre Sexualität nur mit Männern leben können. Das musste Erwin schließlich akzeptieren.

Und als das Manuskript fertig war, sagte Erwin begeistert: „Dieses Buch wird einschlagen wie eine Bombe!" So war es auch. Die erste Auflage von 7000 Stück war nach drei Wochen vergriffen! Ohne die lebhafte, ehrliche und anschauliche Sprache von Erwin wäre dieses Buch nicht so begeistert aufgenommen worden. Ein prominenter Theologe bezeichnete unser Buch als Standardwerk einer Theologie der Befreiung für europäische Verhältnisse. Und der engste Mitarbeiter von Kardinal Franz König, der Gründer der Katholischen Presse-Agentur, Richard Bartha, empfahl die Lektüre dieses Buches in der Fernsehsendung „Orientierung" und sagte unter anderem. „Sie werden goldene Worte finden in diesem Buch!" Ich bin Erwin auch dafür sehr dankbar, dass ich durch die Verarbeitung seiner lebhaften und von Begeisterung begleiteten Vorträge lebendiger und anschaulicher schreiben lernen konnte!

Auch Erwins erster Bestseller „Die österreichische Seele“ (ca. 130.000 Stück), war das Ergebnis von Teamwork. Mein Freund Franz Richard Reiter, der den Ephelant-Verlag gegründet hatte, traf sich mit Viktor Matejka, der die Zeit des Nationalsozialismus in Konzentrationslagern verbringen musste. Matejka war ein unglaublich lebhafter und kämpferischer „katholisch-kommunistischer Anarchist“, wie Freunde ihn treffend charakterisiert haben. Und Matejka sagte zu Reiter, er solle doch mit Erwin Ringel ein Buch machen. Denn Ringels Vorträge wären äußerst beliebt, kritisch und anregend. So kam es, dass der junge Verleger Franz Richard Reiter von Angela Ringel die Tonbandaufnahmen der einschlägigen Vorträge von Erwin bekam und daraus „Die österreichische Seele“ (1984) kreiert hat. Erwin war Franz Richard Reiter ein Leben lang dankbar für dieses Engagement. Zu mir sagte Erwin damals: „Dieses Buch hat nur einen Fehler! Der Titel ist nicht von mir!“

Helfen und fördern statt Strafen!

Wenn man weiß, wie junge Menschen durch miserable Startbedingungen und durch große Armut in die Kriminalität gedrängt werden können, dann wird man sich nach dem Motto „Helfen statt Strafen“ für eine Reform der Gefängnisse und eine Intensivierung der Nacherziehung und Bewährungshilfe einsetzen. Erwin hat sich diesbezüglich auch dafür massiv engagiert, dass die kleinbürgerliche Ansicht, dass es eben gute und schlechte Menschen gäbe, der Realität absolut nicht entspricht. Jeder von uns Menschen ist unter bestimmen Lebensbedingungen zu allem Guten, aber auch zu allem Bösen und Schlechten fähig!

Oft erwähnte er den biblischen Mythos und sagte: „Kain und Abel sind in uns allen“. Wer allzu viel Entwertung, Ablehnung, soziale Kälte und Unrecht erfährt, ist in Gefahr, aus diesem Verletzt-Sein auch andere massiv zu verletzen, zu entwerten oder zu vernichten. Aber, was noch viel schlimmer ist: Die wirklich großen Kapitalverbrecher sitzen oft genug hochverehrt an den Schalthebeln der Macht. Sie bewundern sich oft noch selber und werden durch dumm gemachte, entmündigte Massen verehrt.

Der begeisterte Opernfreund

Claus Helmut Drese, Direktor und Reformator der Wiener Staatsoper, der sich energisch für die Entstaubung der Oper einge-

setzt hat, fand in Ringel einen begeisterten Mitstreiter. Ich möchte Drese diesbezüglich zu Wort kommen lassen: „Unbewusst – höchste Lust“ heißt Ringels Opernführer. Aber eigentlich meint er: Bewusst - höhere, geistige Lust … Die Oper war ein Teil seiner selbst … er war von künstlerischem Eros besessen. Sein Opernbuch ist eine Sammlung von Predigten wider den schönen Schein, wider die Oberflächlichkeit der Operngeher, wider den Ungeist der Tradition. Besser verstehen, heißt mehr genießen, mehr genießen heißt ein besserer Mensch werden.“

Erwin Ringel war Professor im vollen Wortsinn.

Das Wort Professor kommt vom lateinischen Wort profiteri (professus sum) und bedeutet laut und öffentlich bekennen, engagiert für etwas eintreten. Das Wort Prophet dürfte etymologisch ein Naheverhältnis zu diesem Wort haben. Und das trifft auf Erwin voll und ganz zu. Egal, ob es um Erkenntnisse der psychoanalytischen Neurosenlehre ging, um Themen der Suizidprävention oder der psychosomatischen Medizin. Egal, ob es um die Medizinische Psychologie, die Entwicklungspsychologie und Kindererziehung oder auch um befreiende Einsichten der Religions- und Kirchenpathologie ging. Erwin setzte sich immer wieder für Aufklärung und kritische Reflexion, für die Schwachen, Armen und Ausgegrenzten ein, für kritische Analysen und sozialpolitisches Engagement.

Eine seiner Veröffentlichungen hat den stimmigen Namen: „Ich bitt euch, seid´ s keine Trottel!“ Dieses Schimpfwort kommt vom Dahintrotten auf dem Trottoir und bezeichnet essentielle Dummheit, bloße Routine und im Grunde Sattheit und Desinteresse.

Charles Peguy hat diese Sattheit und Versessenheit von Intellektuellen geistreich beschrieben: „Ebenso wie sie alle hinter den Lehrstühlen her sind, nicht weil man dort lehrt, sondern weil man darauf sitzt, ebenso wollen sie vor allem eine Philosophie, ein Denksystem, ein Erkenntnissystem, wobei man behaglich sitzt. … Sie sind beamtet und geruhsam und sesshaft und sie haben eine feste Philosophie, eine Philosophie für Sesselhocker, Geruhsame und Beamte.“

Wissenschaft und Kunst vereinen sich zu Weisheit und Lebenskunst

In seinen Veröffentlichungen, in den Vorträgen und in den Therapien traten Wissenschaft und Kunst immer gemeinsam auf. Besonders für die Oper, „den Palast der Gefühle“ (C. H. Drese) war Erwin begeistert, denn alle Probleme des Lebens kommen in ihr zur Sprache, begleitet von Klang und Gesang. Sie regen dadurch zu Mitgefühl, zum Nacherleben und zur Bewältigung an. So betrachtet ist die Oper ein Gesamtkunstwerk: Musik und Text, Bilder und szenische Darstellung ergänzen einander und bringen die Seele zum Schwingen.

In den Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts konnte Erwin zum Thema „Neurose in der Oper“ oder später zum Thema „Religionsverlust durch religiöse Erziehung“ den ausverkauften Großen Musikvereinssaal mit seinen 1700 Sitzplätzen bespielen!

In Ringels Lebens- und Sichtweise ist das Zusammenspiel der Künste und der Wissenschaften elementar für die persönliche und soziale menschliche Entfaltung und für die humane Gestaltung des Zusammenlebens. Dieses Zusammen-Spiel von Wissenschaft und Kunst, von Theorie und Praxis fördert die Entfaltung der höchsten aller Künste, der Lebenskunst.

Humanisierung von Gesellschaft und Politik

Der wachsenden Tendenz zum Ego-Kult und zu nationalistischen Denkweisen widerspräche Erwin heute energisch. Immer wieder sagte er: „Eine Gesellschaft ist so gut oder schlecht, wie sie die Schwächsten in der Gesellschaft behandelt“: die Armen und Kranken, die Fremden und in ihrer Heimat Verfolgten, diejenigen, die nicht arbeiten können oder zu wenig, weil sie mit Familien-Arbeit beschäftigt sind. Erwin würde heute gegen den Abbau des Sozialstaats und gegen die Ablehnung und Entwertung von Flüchtlingen und Asylanten seine Stimme energisch erheben! Leider dominiert heute in mancher Hinsicht der Schwach-Sinn – wörtlich verstanden –, weil Einfühlungs- und Vorstellungs-Vermögen und somit Solidarität und Mitmenschlichkeit entwertet und zerstört werden. Leider stimmt Erwins These immer noch: „Je christlicher sich eine Partei bezeichnet, desto unchristlicher ist oft ihre Politik!“

Immer wieder hat Erwin die „seelische Verarmung, die emotionale Verödung und die soziale Verblödung“ unserer Gesellschaft angeprangert. Energisch forderte er eine realistische und kritische Sicht auf die gesellschaftlichen Zustände. Denn das Ganze einer Gesellschaft zeigt sich auch in den einzelnen Teilen und Funktionen, die immer auch mit der globalen Welt verbunden sind. Die Wirtschafts- und Sozialpolitik, die Gesundheits- und Kulturpolitik stehen in einem innigen Austausch- und Abhängigkeitsverhältnis.

Kultivierung der „Großmächte“ Macht- und Luststreben

Erwin Ringel war ein unorthodoxer Tiefenpsychologe mit einem kritischen Sinn für die Gestaltung der zwei mächtigsten Grundbedürfnisse von uns Erdkrustenbewohnern: Sigmund Freud hat die „Macht des Luststrebens“ und Alfred Adler hat die „Lust des Machtstrebens“ genauer untersucht. Diese zentralen Bedürfnisse bestimmen unser Leben in vielfältiger Weise. Beide bedürfen der lebenslangen Kultivierung, die dann zu gesunder Selbstentfaltung und zu humaner Gestaltung des Zusammenlebens beiträgt.

Sigmund Freud nannte diese humanisierende Kraft den „himmlischen Eros“. Eros ist die Kraft, die unsere Liebesfähigkeit, unsere Vernunft, unsere Mitmenschlichkeit und Lebensfreude entfalten hilft. Das Gegenteil nannte er „Thanatos“, den lebensfeindlichen Todestrieb und destruktiven Aggressionstrieb, der die Seele und die Welt in einen unfassbar grausamen Kriegszustand verwandeln kann. In der Moraltheologie spricht man von den ehrenwerten und unehrenwerten Teilen des Leibes. Deshalb ist die Abtötung der bösen Triebe und die Tötung der Feinde Gottes ein beliebtes und völlig unchristliches Sprachspiel von Moraltheologen. Wie viele Menschen wurden durch derartige Vorstellungen und Entwertungen vergiftet! Aus der christlichen Frohbotschaft wurde weithin eine klerikale Drohbotschaft, die der Produktion von braven und verdummten Untertanen diente.

Erotische Kultur statt neurotischer Zivilisation

Dieser Aspekt trifft das Herzstück des Lebens, Kämpfens und Protestierens von Erwin Ringel. Denn weithin herrscht in unserer Zivilisation eine neurotische Kultur der Zwänge und Engen, der Ängste und Pflichterfüllung. Zu Erstklässlern sagt man oft, es beginne jetzt der „Ernst des Lebens“. Dadurch wird die Schule mehr oder weniger zur Dressuranstalt, mit Dominanz auf Wissensvermittlung. Und der Vergleichszwang, besser, gescheiter, erfolgreicher sein zu müssen als andere, sichert die Unzufriedenheit mit sich selber und eine Egozentrik, die viele Menschen unglücklich, asozial und krank macht. Die Schule soll vor allem ein Ort für soziales Lernen sein, wo Selbstwertgefühl und gegenseitige Wertschätzung, der Sinn für Zusammenarbeit und Konfliktfähigkeit gefördert und entfaltet werden können.

Eine dominant erotische Kultur weiß um die motivierende Kraft der Freude und Begeisterung. Lernen durch Anregungen, soziales Lernen mit Freude und Neugier, wobei Selbsttätigkeit und Selbständigkeit gefördert werden. Der „himmlische Eros“ weckt Begeisterung und Interesse und fördert den Sinn für Gemeinschaft und Solidarität. Eine erotische Kultur wird von Lust, Liebe und Vernunft getragen und begleitet. Pädagogischer Eros, wissenschaftlicher Eros, da sind Begeisterung, Interesse und Ausdauer im Spiel – und viel Bewegung auf allen Ebenen. Denn Leben ist Bewegung – Tod ist Erstarrung – körperlich, seelisch, sozial und global.

Die folgende These von Ludwig Feuerbach spricht verdichtet aus, was Erwin Ringel in vielfältiger Hinsicht vermitteln wollte und vermittelt hat: „Wollt ihr die Menschen bessern, so macht sie glücklich. Wollt ihr sie aber glücklich machen, so geht an die Quellen des Glücks, aller Freuden – an die Sinne. Die Verneinung der Sinne ist die Quelle aller Verrücktheit und Bosheit im Menschenleben.“

Ringel - ein unbequemer Scheinwerfer-Theoretiker

Karl R. Popper hat zwei essentiell verschiedene Arten der Wissenschaft und des Wissen-Schaffens unterschieden, die sowohl für die Natur- als auch für die Sozial- und Geisteswissenschaften gelten: die „Kübeltheorie“ und die „Scheinwerfertheorie“ der Wissenschaft.

Die „Kübeltheorie der Wissenschaft“ macht alle Erkenntnisse zu Dingen, die vergleichsweise wie Ziegel in einem Kübel liegen. Sie verdinglicht Prozesse und Sichtweisen und produziert Wissens-Stoff, den man eintrichtern und abfragen kann. Und durch fertiges Wissen macht man sich selbst und die Dinge des Lebens fertig. In der Bibel wird das Wesen der Kübeltheorie als Götzendienst radikal abgelehnt. Dort heißt es sinngemäß: Du sollst dir keinerlei fertige Bilder machen, nicht von den Dingen unter der Erde oder auf der Erde oder über der Erde. Und du sollst dir kein fertiges Bild von Gott machen oder anfertigen und verehren! Denn mit fertigen Bildern kann man auch sich und andere Menschen fertig machen.

Dagegen produziert die „Scheinwerfertheorie des Wissens“ immer nur vorläufiges, offenes, werdendes Wissen. Alle Dinge des Lebens werden von verschiedenen Seiten beleuchtet und betrachtet – etwa wie eine Skulptur in einer Kunstgalerie. Immer wieder erscheinen Dinge in neuem Licht. Moderne Wissenschaften verstehen sich in diesem Sinn. Auch von sich selber oder von Partnern soll man sich kein fertiges Bild machen. Dadurch können wir einander oder auch bestimmte Ansichten fertigmachen und lassen

keine Veränderungen mehr zu. Erwin Ringel war ein begeisterter Vertreter dieser Scheinwerfertheorie. Ein buddhistisches Sprichwort bringt diese Sichtweise auf den Punkt „Wenn der Finger auf den Mond hinzeigt, betrachtet der Trottel den Finger!“

Nüchternes Aufdecken von Verlogenheit und Machtmissbrauch

Unermüdlich hat Erwin gegen die so beliebte Heiligsprechung der berühmten Drei Affen gekämpft: „Nichts hören! Nichts sehen! Nichts sagen!“ Deshalb beleuchtete er besonders die Bereiche der Psyche und der Gesellschaft, die gerne schöngefärbt, ausgeblendet, übersehen, verdrängt und verleugnet werden. Was Heinrich Heine über Kirchenmänner gesagt hat, gilt auch für andere Machthaber und Unterdrücker: „Der Klerus herrscht im Dunklen durch die Verdunkelung des Geistes.“ Es ist die Aufklärung, das Licht der Vernunft, das die Herrschaft der Dunkelmänner bricht und die unterdrückten Menschen befreit.

Unermüdlich und in verschiedensten Bereichen hat Erwin Ringel betont, dass „echte Autorität“ das Gegenteil von „angemaßter Autorität“ ist. Und letztere dominiert in Kirche und Gesellschaft, in Schulen und in Unternehmen. Echte Autorität fördert die Entfaltung von Menschen mit gesundem Selbstvertrauen, mit Phantasie, Kreativität und Verantwortungsgefühl. Falsche Autorität fördert rückgratlose und überangepasste Untertanen und Kriecher. Sie verhindert Mündigkeit, Zivilcourage und Kreativität.

In seinem ersten Bestseller „Die österreichische Seele“ hat Erwin die Dynamik dieser Unterdrückung und all die problematischen Folgen mit vielen Beispielen gewürzt dargestellt. Er bekam dafür den mehr oder weniger wohlwollenden Titel „Nationalpsychiater“! Auch wenn diese vielen, unterschiedlich stark ausgeprägten, neurotischen Tendenzen nicht nur in Österreich verbreitet sind, haben seine Überlegungen durchaus eine reinigende und ermutigende Wirkung. In unserer vom realen kapitalistischen System geprägten Welt werden Mündigkeit und Autonomie, Selbstwert- und Gemeinschaftsgefühl, Phantasie, Kreativität und Solidarität viel zu wenig geschätzt und gefördert.

Psychotherapiegesetz und Anspruch auf Psychotherapie

Ringel hat sich nicht nur für die gründliche Ausbildung im Verein der Individualpsychologie in Österreich eingesetzt, dessen Präsident er viele Jahre war. Auch für die Anerkennung anderer Therapieformen und besonders auch für die Einführung des Therapiegesetzes in Österreich im Jahr 1990 hat er energisch gekämpft. Durch letzteres wurden die Rahmenbedingungen für die Anerkennung, die Ausbildung und den Anspruch auf Psychotherapie geregelt. Immer wieder hat sich Erwin für die Ausweitung der Behandlung psychischer Probleme eingesetzt, was bei der Dominanz der herrschenden Medizin massive Widerstandsarbeit bedeutet hat.

Jeder Vortrag war ein Auftritt

Ringels Rede war, wie schon erwähnt, einfach und reich an Bildern. Erkenntnisse der Wissenschaft wurden immer gut gewürzt mit Vergleichen, Gedichten oder anschaulichen Beispielen. Nie hat Erwin über die Köpfe hinweg doziert. Immer hat er Menschen leidenschaftlich angesprochen. Seine Begeisterung und sein Engagement waren immer zu spüren. Man versteht, dass das Kind Erwin einst Opernsänger werden wollte, denn jeder Vortrag war ein Auftritt auf den vielfältigen Bühnen des Lebens.

Meistens begann Erwin seine Vorträge mit den Worten: „Meine Damen und Herren, ich gebe ihnen jetzt … Punkte“. Und dann brachte er die jeweilige Thematik auf den Punkt. Peter Scheer, einer seiner kreativen Mitarbeiter und engagierter Grazer Kinderarzt, nannte den „Wiener Professor mit der Hornbrille“ einst „Menschen-Heil-Schau-Spieler“. Und wenn in seinen Vorträgen Sänger oder Sängerinnen auftraten, summte er die Melodie begeistert mit. Musik war für Ringel „Seelentherapie“. Auch in den Therapien „summte er oft Arien und lächelte dabei still wie ein Kind“ (Peter Turrini). Dieses Summen, dieser Singsang kann als vorsprachlicher, emotionaler Ausdruck seines Denkens in Bildner und Klängen aufgefasst werden. Für viele seiner Patientinnen und Patienten war das beruhigend.

Die zwei Kardinalsünden der Menschheit

Der junge Mann Luther soll diese elementare Erkenntnis ausgesprochen haben: Es gibt zwei Kardinalsünden, die unermesslich viel Elend mit sich bringen: Die eine Kardinalsünde besteht darin, dass die Herrschenden ihre Macht missbrauchen. Und die andere besteht darin, dass das Volk sich das gefallen lässt! Diese Todsünden haben viel mit Gewohnheit zu tun. Und die Entwöhnung ist ein ebenso wichtiger wie mühsamer Prozess. Hans Magnus Enzensberger sagte treffend: „Sanft ruht die Gewohnheit der Macht auf der Macht der Gewohnheit.“

Papst Gregor VII. hatte einen treffenden Leitsatz: „Christus hat nicht gesagt: ‚Ich bin die Gewohnheit‘, sondern: ‚Ich bin die Wahrheit!‘ Und eine Gewohnheit mag noch so alt und vertraut sein, sie muss der Wahrheit weichen.“ Vielfältiger Machtmissbrauch existiert sowohl strukturell als auch spirituell. Er erzeugt häufig tödliche Strukturen und eine perverse Spiritualität.

Die Befreiung des Christentums von klerikaler Herrschaft

Im schon erwähnten, gemeinsam verfassten Bestseller: „Religionsverlust durch religiöse Erziehung“ (1985) unternahmen wir den Versuch, eine von neurotischen Tendenzen und massivem klerikalen Machtmissbrauch deformierten Katholizismus nüchtern zu analysieren und ein mündiges Christsein zu fordern und zu fördern. Wir orientierten uns dabei an den Einsichten der Tiefenpsychologie, an der Botschaft des Neuen Testaments und an den Forderungen des Zweiten Vatikanischen Konzils.

Kardinal Franz König sagte schon 1984 in einer Ansprache an junge Menschen: „Die Kirche ist krank. Sie kämpft ums Überleben.“ Er ging den möglichen Ursachen dieser Krankheit nach. Wir haben diese Ursachen in unserem Buch analysiert und „therapeutische“ Anregungen gegeben. Unsere zentrale These lautet: „Die katholische Kirche befindet sich geschichtlich gesehen in einer ihrer größten Krisen … Sie kann ihre Möglichkeiten, zum Heil der Menschen zu wirken, immer weniger erfüllen. Obwohl gerade heute in vielen Menschen eine neue Sehnsucht nach Religiosität, eine neue Suche nach Sinn und Orientierung aufbricht und die Kirche diesbezüglich einen reichen Schatz in sich birgt, erscheint sie immer mehr Menschen als unzugänglich, unzulänglich, unglaubwürdig, ja, nicht selten als unmenschlich (S. 7ff.).

Unser Buch erschien im Spätherbst 1985 im katholischen Herder-Verlag. Nach drei Wochen war, wie schon erwähnt, die erste Auflage von 7000 Stück verkauft. Es folgten mehrere Auflagen. Wesentlich mehr als 50 Rezensionen aus dem deutschen Sprachraum haben unseren Thesen fast ausnahmslos zugestimmt. Und weil wir dieses Buch in klarer, engagierter und verständlicher Sprache geschrieben haben, wurden etwa 50.000 Exemplare verkauft.

Dieses Buch bewirkte zahllose Gespräche, Vorträge, Interviews, Studiogespräche und kirchenamtliche Verbote. Ein Priester schrieb einen wütenden Brief an den Direktor des Herder-Verlags, der mit den Worten endete: „Dieses Buch gehört als eines der widrigsten auf den Index der verbotenen Bücher und in den Feuerpfuhl!“

Als ich in Sachen „Religionsverlust-Buch“ zu Vorträgen und Studiogesprächen im gesamten deutschen Sprachraum unterwegs war, hörte ich immer wieder zwei Sätze aus dem Publikum: „Katholisch sein heißt verlogen sein!“ Und: „Hoffentlich lassen die hochwürdigen Herren unsre Buben in Ruhe!“ Der unfassbar weit verbreitete sexuelle und aggressive Machtmissbrauch war damals weder Erwin noch mir bekannt, auch wenn wir die verlogene Sexualmoral und die klerikale Machtlüsternheit massiv angeprangert haben! Strukturelle Verlogenheit in vollem Ornat ist extrem schwer aufzubrechen. Das weithin antichristliche Kirchenrecht hat bis vor kurzem faktisch der Vertuschung dieser klerikalen Verbrechen gedient. Eine bloß innerkirchliche Angelegenheit? Erwin hat immer wieder zurecht gesagt: „Wenn Jesus heute käme, würde er zwei Dinge sofort abschaffen: das Kirchenrecht und die Moraltheologie!“

Unter Kardinal Christoph Schönborn, seit 1995 Erzbischof von Wien, und seiner Administration wurde unser Buch faktisch verboten und auf den virtuellen Index der verbotenen Bücher gesetzt. Nachdem der Verlag Herder Probleme mit der Kirchenzentrale bekam, hat er unser Buch vertragswidrig nicht mehr ausgeliefert. Seit 2004 wird es vom Verlag Der Apfel verkauft. Der Alt-Kardinal Franz König schrieb 1994 betroffen von der katholischen Misere auch in der Erzdiözese Wien: „Wir erleben heute in der Kirche das dunkelste Mittelalter. Der Vatikan hat vergessen, dass das II. Vatikanische Konzil sich für die Freiheit ausgesprochen hat.“

Dieses pastorale Konzil hat die Aufgabe der Kirche in der Welt von heute in eine allumfassende Solidaritätserklärung zusammengefasst. Und weil sich das Christentum als Frohe Botschaft versteht, beginnt diese Solidaritätsforderung mit dem Wort „Freude“: „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände.“

Literatur

Franz Richard Reiter (Hrsg.): Wer war Erwin Ringel? Ephelant Verlag, Wien 1995, 222 S.

Die meisten Zitate in diesem Essay stammen aus diesem Sammelband von Franz Richard Reiter. Vierzig Mitarbeiter, Freunde und Zeitgenossen erinnern sich an seine Person und sein Werk.

Erwin Ringel: Die Österreichische Seele. Hrsg. Franz R. Reiter. Böhlau. Wien 1984. Neuauflage: Kremayr & Scheriau. Wien 2005

Erwin Ringel, Alfred Kirchmayr: Religionsverlust durch religiöse Erziehung. Tiefenpsychologische Ursachen und Folgerungen. Herder. Wien 1985. Neuauflage: Verlag. Der Apfel. Wien 2004

Autor

Alfred Kirchmayr
Geb.1942 und aufgewachsen im Dorfgasthaus "Zum Schwarzen Adler". Studium der Katholischen Theologie, Psychologie und Soziologie (Dr. theol., Dr. phil.). Seit 1968 Lehrtätigkeit an verschiedenen Hochschulen, Akademien und Universitäten 1968 - 1982: Univ.-Assistent: Zusammenarbeit mit dem Pastoral- und Konzilstheologen Ferdinand Klostermann. Dieser war gemeinsam mit Karl Rahner Konzilsbegleiter von Kardinal Franz König Kooperation mit Erwin Ringel 1975 - 1994: Gemeinsame Vorlesungen und Veröffentlichungen. Seit 1976 Psychoanalytiker mit adlerianischem Akzent (Individualpsychologie) in freier Praxis. Seit 2009 Professor an der Sigmund Freud PrivatUniversität: Lektor, Supervisor und Lehranalytiker. Zahlreiche Veröffentlichungen (gem. mit Erwin Ringel: „Religionsverlust durch religiöse Erziehung“). Aktueller Schwerpunkt: Psychohygiene, Spiritualität, Witz, Humor und Lebenskunst.
www.psychotherapie-lebenskunst.at

(C) NINENII

Die Rolle Praxisanleitung im System Krankenhaus

Einleitung

In Deutschland wurde im Jahr 2020 das Pflegeberufegesetz (PflBG) eingeführt. Damit erhält die Praxisanleitung am praktischen Lernort in der beruflichen wie auch akademischen Pflegebildung eine zentrale Rolle (Klein/Peters/Gonzalez & Dauer 2021). Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass die Umsetzung nicht ganz einfach ist. Viele Einrichtungen haben Praxisanleitung in Form der zentralen Praxisanleitung etabliert, jedoch bringt der ohnehin herrschende hohe Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich auch personelle Lücken im Bereich der Praxisanleitung mit sich. Es besteht eine weite Spannbreite zwischen Aussagen wie ´die Auszubildenden müssen funktionieren und mit anpacken‘ und ‚die praktische Ausbildung hat einen hohen Stellenwert in unserem Haus und kein Auszubildender arbeitet unbegleitet.‘

Vor diesem Hintergrund stellt sich den Autorinnen die Frage, wie die Situation hinsichtlich der Praxisanleitung in den Nachbarländern von Deutschland aussieht? Können wir etwas voneinander lernen? Um diese Fragen zu beantworten, haben wir jeweils ein Experteninterview mit Praxisanleitenden aus Deutschland, Österreich und der Schweiz geführt. Folgend werden die Ergebnisse aus diesen Interviews vorgestellt. Es wird begonnen mit der Frage ‚Wie wird man Praxisanleitung‘, bevor dann die Umsetzung der Tätigkeit im Alltag vorgestellt wird. Dabei zeigt sich, dass die Probleme in den Ländern ähnlich liegen – in summa summarum fehlt die Zeit! Hierfür könnte man strukturelle Änderungen, wie beispielsweise die Freistellung der Praxisanleitenden, vorschlagen, jedoch schlagen die Autorinnen eine andere Perspektive vor. Um Veränderungsmöglichkeiten anzustoßen, wird die systemischer Ebene im Setting der Akutpflege[1] betrachtet, denn an dieser Stelle wird die Basis der Lernkultur einer Einrichtung im Gesundheitsbereich gelegt.

Wie wird man Praxisanleitung in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz?

In der Schweiz bilden sogenann-

te Berufsbildner:innen am praktischen Lernort aus. Sie sind für die Gestaltung und Umsetzung der praktischen Ausbildung in einem Betrieb zuständig (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation 2015). Sie vermitteln den Lernenden einen Teil der praktischen und beruflichen Grundausbildung. Sie definieren Lernziele, erstellen Beurteilungen und entwickeln bei Bedarf Fördermaßnahmen für den Lernenden. Jedes Unternehmen, das ausbilden will, benötigt eine:n Berufsbilder:in, der mindestens über eine zweijährige Berufserfahrung verfügen und einen entsprechenden Berufsbildnerkurs mit einem Umfang von 40 Stunden vorweisen muss. Ein Aufbaukurs für Berufsbilder:innen mit einem Umfang von 100 Lernstunden über den Zeitraum von sechs bis acht Monaten kann, aber muss nicht besucht werden.

In Österreich werden die Weiterbildungsrichtlinien im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG §54) festgelegt. Als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegende müssen 248 Theorie- und 240 Stunden in einem Praktikum abgeleistet werden, um als Praxisanleitung arbeiten zu können.

In Deutschland wurde mit der Einführung des PflBG die Anleitung am praktischen Lernort aufgewertet. Die Stunden der praktischen Ausbildung (2500h) überwiegen die theoretische Stundenanzahl von 2100h. Des Weiteren wurden die Anforderungen an die Ausbildung der Praxisanleitenden erhöht. Insgesamt brauchen nun qualifizierte Pflegefachkräfte eine berufspädagogische Fachweiterbildung im Umfang von 300 Stunden und müssen sich kontinuierlich drei Tage im Jahr (24 Stunden) verpflichtend weiterbilden. Außerdem müssen die Auszubildenden mindestens 10% Praxisanleitung des Umfanges eines Einsatzes erhalten. Um die Fachweiterbildung Praxisanleitung besuchen zu können, müssen die Pflegefachkräfte ein Jahr Berufserfahrung vorweisen.

Umsetzung von Praxisanleitung im Ausbildungsalltag

Die Praxisanleiterin Frau Umberg aus der Schweiz meinte im Interview, dass die Inselgruppe über ein Bildungskonzept für die nicht ärztlichen Berufe verfügt. Alle Berufsbildner:innen verfügen über eine ‚kleine pädagogische Weiterbildung‘, sodass Studierende gemäß ihren Kompetenzen aktiv mitarbeiten können. ‚Im optimalen Fall erhalten sie täglich eine Tagesvorbesprechung und eine Tagesauswertung im Sinne einer Reflexion.‘ Grundsätzlich sei es gewünscht, dass die Lehrpersonen jährlich eine ‚Einblickswoche in die Praxis‘ absolvieren, um nicht ‚zu weit vom Praxisalltag abzurutschen.‘

Die österreichische Interviewpartnerin Frau Sonnleitner, antwortet auf die Frage nach einem Konzept diplomatisch. Sie benennt die Voraussetzungen, um als Praxisanleitung arbeiten zu können und beschreibt die Aufgaben einer Praxisanleitung. Positiv erwähnt sie, ‚dass Praxisanleitung immer mit einer sehr hohen Eigenmotivation einhergeht und vieles an einem Klinikum mit Unterstützung einer aufgeschlossenen Pflegedienstleitung möglich ist.‘

Frau Wehrle, Koordinatorin der praktischen Ausbildung aus Deutschland, antwortet auf die Frage nach einem Konzept, dass das Unternehmen gerade dabei sei, ein Praxiscurriculum zu erarbeiten. Sie arbeitet in ihrem Unternehmen mit dem Konzept der zentralen Praxisanleitung, die ‚im Dienstplan stehen’ sollten. Es ist dem Unternehmen sehr daran gelegen, dass die Praxisanleitungen auch ‚pädagogische Zeit‘ dafür erhalten. Die zentralen Praxisanleitungen können ihre Anleitungen planen, schauen, ob die entsprechenden Patient:innen auf einer Station liegen. In Zusammenarbeit mit der Stationsleitung werden dann die Lernenden entsprechend den Themen zugeteilt.

Herausforderungen bei der Durchführung der Praxisanleitung

Nach Ansicht von Wehrle, benötigen sie deutlich mehr Praxisanleitungen, diese wiederum benötigen mehr Zeit, um qualifizierte Anleitungen durchführen zu können. Immer wieder hört sie von Praxisanleitenden die Aussage: ‚Ja wir würden ja gerne, aber wir müssen dann ja doch wieder in die Pflege‘. Ihrer Meinung nach gibt es wenig Anreize für Anleitende. Die Wertschätzung von Praxisanleitenden ist auf mehreren hierarchischen Ebenen ausbaufähig. Es gibt immer noch Stationsleitungen, die der Ansicht sind: ‚Ja braucht man das wirklich?‘. Auf der anderen Seite drückt sich die Wertschätzung ebenso über die Bezahlung aus. Die vom Haus gezahlte Zulage ‚kann man eigentlich vergessen.‘

Ähnlich äußert sich Umberg bezogen auf die zur Verfügung stehende Zeit. Sie sagt: ‚Oft fehlt aus Personalmangel die Zeit die Betreuung nach Wunsch und «Gelehrtem» durchzuführen, die Studierenden werden als Arbeitskraft eingesetzt.‘

Auch in Österreich ist Zeit ein

Thema - Sonnleitner meint dazu: ‚Die negativen Seiten sind nach wie vor das Hauptthema der fehlenden Zeitressourcen für die Anleitung und vor allem motivierte Mitarbeiter für die Anleitung zu finden. Hier ist erwähnenswert, dass eine Anerkennung in finanzieller Hinsicht definitiv einen höheren Anreiz verschaffen würde. Praxisanleiter melden sich aus hohem persönlichem Engagement freiwillig für die Weiterbildung zur Praxisanleitung, bekommen dafür im idealen Fall die Weiterbildung vom Dienstgeber bezahlt.‘ Auf Grund der zunehmenden Mehrbelastung ist die Fluktuation in dem Bereich spürbar. Sie sagt: Nicht selten wird die Aufgabe der Praxisanleitung zurückgelegt, mit dem Hauptargument ‚Ich habe zu wenig Zeit um qualitative Anleitung durchzuführen, und zeitgleich nebenbei der Patientenversorgung nachzukommen.‘ Ihrer Meinung nach ist es unumgänglich, dass die Klinikleitung sich diesem Thema mehr annehmen muss.

Fazit der Interviews

Sicherlich geben die drei Interviews keinen umfassenden Überblick über die Situation der Praxisanleitung in der Pflegebildung der drei Länder wieder. Auffallend ist dennoch, dass der Wunsch nach einer Aufwertung der Tätigkeit, eine finanzielle Anerkennung und vor allen mehr Zeit für die Anleitung in allen drei Interviews ein Thema ist. Einig ist man sich auch darüber, dass nur so eine qualitativ hochwertige Pflege sichergestellt werden kann.

Fehlende Zeit für Praxisanleitung und fehlende Anerkennung für eine notwendige und eigentlich vom Ausbildungsort sowie der Gesetzgebung gewünschten Leistung sind u. a. Ausdruck einer Rollenerwartung (s. u.) von im System tätigen Führungspersonen. Der Arbeitsalltag in manchen Ausbildungsstätten spiegelt eine entsprechende Kultur wider – nämlich das Ausbildung auch so, ohne weitere Veränderungen, stattfinden kann. Die Konsequenzen dieser Kultur werden sich wahrscheinlich erst in einigen Jahren zeigen.

‚Die Qualität der Praxisanleitung ist mitentscheidend für den Erfolg der Ausbildung‘ (Bundesregierung 2020: 19) – wie kann die Praxisanleitung qualitativ verbessert werden, um eine hochwertige Ausbildung an den praktischen Lernorten umsetzen zu können?

Im Folgenden wollen wir den Rollenbegriff einführen, der uns als theoretischer Rahmen dienen soll, die von den Praxisanleitenden im Interview beschriebenen Probleme zu verstehen. Ziel ist es, Veränderungsmöglichkeiten auf unterschiedlichen organisatorischen Ebenen aufzuzeigen, um damit das Selbstwertgefühl der Praxisanleitenden aus systemischer Perspektive zu stärken, sodass diese bereit sind, ihre Tätigkeit lange psychisch gesund und mit Zufriedenheit durchzuführen.

Entwicklung eines Rollenverständnisses

In Anlehnung an Neuberger (2002: 314) ‚…wird unter Rolle das Insgesamt der Erwartungen verstanden, die an eine Person als Inhaberin einer Position gerichtet werden.‘ Wichtig ist dabei, dass eine Rolle nicht die Person beschreibt, sondern ihre Position. ‚Eine Rolle ist das vorweggenommene Einverständnis zur Standardisierung des Verhaltens‘, so Neuberger. Er schreibt weiter, unter Rückgriff auf Schülein (2002: 316), dass eine solche Aufteilung der beruflichen Persönlichkeit in unterschiedliche Rollen sich z. B. auch sprachlich durch die Redewendung: ‚In meiner Eigenschaft/Rolle als…‘ anzeigt.

Negri (2010: 38) schreibt über die soziologische Rollentheorie, dass eine soziale Rolle ‚…aus einem Bündel von Erwartungen, die sich an das Verhalten von Positionsträgern knüpfen‘ besteht. ‚Diese Erwartungen sind normiert und überindividuell.‘

Dem Beitrag von Lippmann und Steiger (2019: 76ff) folgend, neigen soziale System dazu ‚…sich Aufgaben – und Machtteilungen zu strukturieren.‘ So entstehen Stellen, die im Rahmen eines Organigramms entsprechend aufgeführt werden. Lippmann und Steiger (2019: 77) sprechen dann von einer Position , ...die mit bestimmten Kompetenzen[2] verbunden ist.‘ Darüber hinaus ist jede Position mit einem bestimmten Ansehen (Status) verbunden. An den Positionsinhaber haben Rollensendende, d.h. Mitarbeitende, der Kollegenkreis, Vorgesetzte, Lernende usw. spezifische Erwartungen. Diese Kombination von Erwartungen bezeichnen Lippmann und Steiger (2019) als Rolle. Der Rollenempfangende – die Praxisanleitung – versucht nun den Anforderungen der Rollensendenden gerecht zu werden.

Praxisanleitende haben im beruflichen Alltag mehrere Rollen. Sie sind Pflegefachfrau/-fachmann, Kolleg:in oder Vorgesetze:r und manchmal eben auch Praxisanleitende von Auszubildenden sowie von Studierenden. Insgesamt nennt man dies ein Rollenset. Dieses mögliche Rollenset einer Praxisanleitenden wird in Abbildung 1 dargestellt.

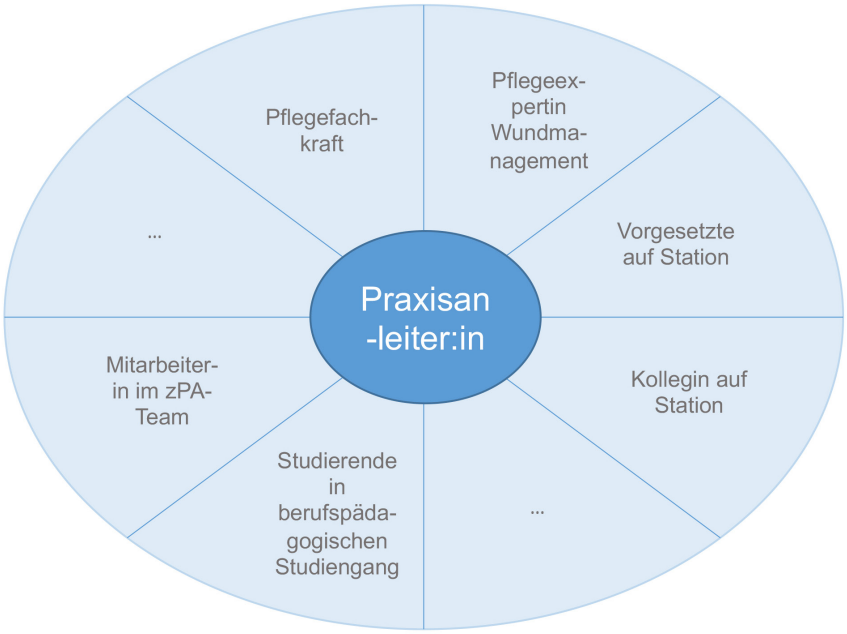


Abbildung 1: Mögliches Rollenset einer Praxisanleitenden (eigene Darstellung)

Je nachdem, welche Rolle die Person gerade innehat, wird sie mit unterschiedlichen Anforderungen und Erwartungen (vgl. Abbildung 1) konfrontiert. Dazu kommt noch, dass die Erwartungen an die Praxisanleitung von einer Organisation, der Stationsleitung, den Anzuleitenden oder der Auszubildenden auch noch unterschiedlich sein können (Inter-Sender Konflikt). Das heißt, hier liegt eine Rollenambiguität vor. Das bedeutet, die Person ist unsicher, wie sie die Rolle auf Grund der unterschiedlichen Erwartungen ausfüllen soll (Negri 2010: 39). Welcher Rollenerwartung man folgt, hängt zum einen von den antizipierten Folgen ab und zum anderen auch von den persönlichen Erwartungen des Rollenträgers. ‚Derlei Selbsterwartungen konstruieren sich aus dem Erleben und Bewerten von Modellen, eigenen Erfahrungen, Werten, Bedürfnissen und Ansprüchen' (Negri 2010: 39).

Stellen Sie sich folgende Situation vor:

Die Pflegefachfrau Frau Schulte ist stellvertretende Stationsleitung sowie Praxisanleitung für Auszubildende und Studierende. Für heute Morgen ist eine Anleitung bei der Patientin Frau Zahn, 65 Jahre, geplant. Bei Frau Zahn wurde ein Diabetes Mellitus Typ II diagnostiziert. Bisher war die Patientin mit Tabletten eingestellt. Da die Patientin in den letzten Wochen mehrere Entgleisungen des Blutzuckers hatte, soll sie nun stationär auf eine subkutane Insulintherapie eingestellt werden. Folgende Lernmöglichkeiten ergeben sich aus dieser Situation: Die Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr sollen hier die fachgerechte Überwachung des Blutzuckers, die Bewertung der Werte sowie die Dokumentation erlernen. Die Studierenden im 4. Semester sollen ein Informationsgespräch mit der Patientin zu den Symptomen von Hypo- und Hyperglykämie sowie eine Schulung der Patientin zur Blutzuckermessung vorbereiten und durchführen. Als Frau Schulte heute Morgen zum Dienst kam, hat sich ihr Kollege, der Gesundheits- und Krankenpfleger Karl, krankgemeldet. Die anwesenden Pflegekräfte und sie müssen den Ausfall kompensieren und daher ist im Frühdienst sehr viel zu tun.

Für welchen Weg soll sich Frau Schulte entscheiden? Wie kann sie dieses Dilemma lösen? Diesen klassischen Intra-Rollen-Konflikt kennen wahrscheinlich viele Lesende. In Anlehnung an Negri (2010: 40) hängt das Gelingen des Prozesses der Rollengestaltung von vier wesentlichen Faktoren ab.

- Ist die Rolle klar und eindeutig anhand einer Stellenbeschreibung durch die Organisation definiert? Das bezieht die Abgrenzung zu einer tätigkeitsnahen Rolle (an einem anderen Lernort), wie z. B. die der Praxisbegleitung, mit ein.
- Besitzt die Rollenträgerin genügend Mittel für die Durchsetzung? Bietet die Organisation der Rollenträgerin genügend Unterstützung an?
- Wird die Rollenträgerin den Erwartungen hinsichtlich Verhalten und Kompetenzen gerecht?
- Identifiziert sich die Rollenträgerin mit der Rolle, setzt sie diese professionell um und distanziert sich auch im nötigen Maß, u.a. um die eigene Gesundheit zu erhalten?

Der Prozess der Rollenübernahme ist nach Lippmann und Steiger (2019: 79ff) ein ‚Austausch und Anpassungsprozess zwischen Organisation und den Rollenempfängern'. Der Prozess der Rollenübernahme ist durch drei Prozesse gekennzeichnet:

1. Die Rollendefinition. Schaffung von Klarheit der Erwartungen bezogen auf das Aufgabenverständnis, Anforderung an Handlungen und Haltung sowie der Entscheidungsbefugnisse. Die Rollendefinition für die Praxisanleitung wird im

Rahmenausbildungsvertrag definiert.

An das Aufgabengebiet der Praxisanleitung werden je nach Rolle verschiedene Rollenerwartungen verknüpft. Da sind unterschiedliche Organisationen (Pflegeschule – Krankenhaus) und Rollenempfänger (z. B. Lernende, Lehrpersonen) und -sender (dito), die an das komplexe Aufgabengebiet Praxisanleitung Rollenerwartungen haben. Dadurch entstehen Konflikte und Widerstände (siehe Punkt 3 Rollendurchsetzung).

2. Die Rollengestaltung. Darunter verstehen die Autoren Lippmann und Steiger (2019: 81) ‚...die Art und Weise wie den geklärten Erwartungen entsprochen wird, wie Handlungsspielräum, die nun sichtbar sind, auch tatsächlich ausgefüllt werden, aber auch, wie mit verbliebenen Unklarheiten und Grenzen umgegangen wird. Auch hier haben beide beteiligten Rollenpartner – die Organisation und die Person – ihren Beitrag zu leisten.‘
3. Die Rollendurchsetzung. Eine Rolle muss in der Realität auch mit Widerständen rechnen. Nach Lippmann und Steiger (2019: 82) liegt es an der Kraft der Person, seiner persönlichen Autorität, und der durch Organisation verliehenen formalen Autorität, wie mit diesen Konflikten und Widerständen umgegangen werden wird.

Die Klärung der Prozesse ist ein dynamischer und fortlaufender Prozess, der professionell begleitet werden sollte – letztlich mit dem Ziel, die psychische Gesundheit des Rollenträgers sicherzustellen und damit auch die Qualität der Arbeit zu sichern. Dadurch wird eine Haltung der Organisation zur Rolle der Praxisanleitung gestärkt, die entsprechend nach außen getragen werden kann. Die Definition der Kompetenzen für eine Praxisanleitung ist ein wichtiger formaler Schritt. Allerdings dürfen die Praxisanleitenden bei der Umsetzung ihrer Kompetenzen im Rahmen ihrer Rolle nicht alleine gelassen werden. In den Interviews zeigt sich, dass die Umsetzung der geforderten Kompetenzen sowohl auf Struktur- als auch auf Prozessebene nicht immer adäquat unterstützt wird. Eine solche Unterstützung ist aber notwendig, denn sonst verliert die Rolle langfristig an Glaubwürdigkeit.

Daher wenden wir uns im zweiten Punkt dem Thema Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des Systems bzw. der Organisation Krankenhaus zu. Dabei leitet uns folgende Frage: Welche Rolle spielt das System Krankenhaus bei der Ausführung der Rolle als Praxisanleitung?

Die Rolle der Praxisanleitung im System Krankenhaus

Was heißt es, Praxisanleitung sowohl in einem System Krankenhaus als auch in einer Lernortkooperation mit einer Pflegeschule durchzuführen? (Abbildung 2)

Mit Blick auf diese Frage, spielt die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Lernorte auch in den Interviews mit den drei Praxisanleitenden eine Rolle. Auf die persönliche Kommunikation und einen regen Austausch zwischen den Lernorten wird - so Frau Sonnleitner aus der Schweiz - großen Wert gelegt. Dazu finden regelmäßige Vernetzungstreffen statt, bei denen sich Praxisanleitungen und Lehrpersonen austauschen und sich Feedback ‚über Verbesserungsmöglichkeiten zwischen Theorie und Praxis‘ geben. Ein Austausch zwischen Schule und Praxis findet in der Schweiz eher nur in kritischen Situationen statt. Die Lernenden laufen in der Praxis eher ‚abgekoppelt‘ von den Pflege- bzw. Hochschulen.

Die Ausübung der Rolle Praxisanleitung findet in der Organisation Krankenhaus statt – das aus systemischer Sicht - als lebendiges, offenes und vielschichtiges komplexes System beschrieben werden kann (Kiel 2019: 818): ‚Organisationen erfüllen innerhalb einer definierten Umwelt eine Funktion, worin sie ihre Legitimation erhalten.‘ Nach Kiel (2019: 819) entwickelt jede Organisation ‚zur Verstärkung ihrer Funktionen mehr oder weniger explizit beschrieben eine Strategie, Struktur und Kultur,

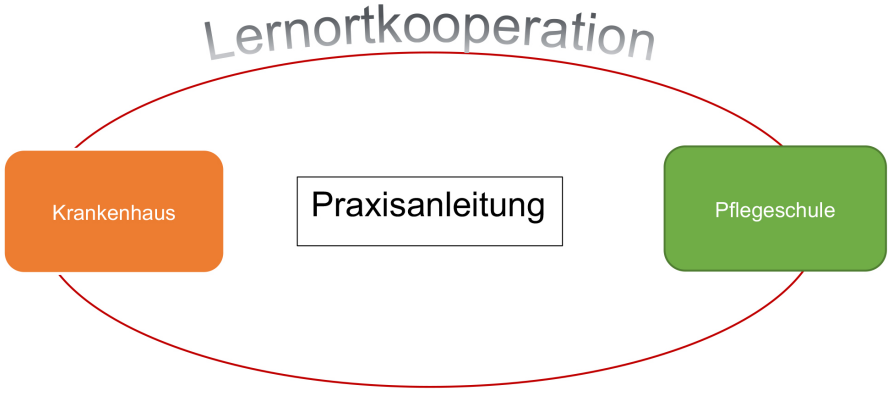


Abbildung 2: Rolle Praxisanleitung im System

die sich wechselseitig beeinflussen und gegenseitig bedingen.‘

Die Strategie dient der Steuerung und Orientierung. Zur Unterstützung der Strategie werden Strukturen benötigt. Gleichzeitig beeinflusst die gegebene Struktur auch die Ausrichtung der Strategie. Dazu kommt die Kultur, die ‚…die Summe der gemeinsamen Werte, Überzeugungen und Regeln‘ (Kiel 2019: 820) widerspiegelt, die sich im Laufe der Geschichte der Organisation entwickelt hat. Die Kultur zeigt sich – so Kiel (2019: 821) – in der Interaktion, der dort tätigen Menschen.

Versuchen wir nun diese Inhalte auf die Rolle der Praxisanleitung im System Krankenhaus zu übertragen, dann lassen sich u. a. folgende Fragen stellen:

- Welche Strategie verfolgt das Krankenhaus für die Pflege bzw. für die Rolle der Praxisanleitung?
- Welche Strukturen hält das Krankenhaus vor, um die Rolle der Praxisanleitung zuverlässig und qualitativ hochwertig umzusetzen?
- Welches Ansehen hat die Pflege bzw. die Praxisanleitung bei den unterschiedlichen/interprofessionellen Mitarbeitendengruppen, mit denen die Pflege/Praxisanleitung direkt zusammenarbeitet?

Sowohl Kiel als auch Negri sehen die Organisation in der Ausübung ihrer Rolle in der Verantwortung. Sollen sich nun Strategien, Strukturen oder sogar die Kultur im Bereich der Praxisanleitung in der Organisation verändern, dann schreibt Kiel (2019: 824) dazu, dass Veränderungen nur über die ‚eigenen Vorstellungen oder inneren Bilder, welche sie – die Mitarbeitenden – (Anmerkung der Autorinnen) sich von der Veränderung aus ihrer Perspektive und auf der Grundlage ihrer Wahrnehmung erschaffen haben‘, möglich ist. Kiel (2019: 825) fragt in dem Zusammenhang:‘ Durch welche Vorstellungen oder inneren Bilder von der gegenwärtigen oder künftigen Veränderung sind Führungskräfte oder Mitarbeitende geleitet?

Im Dialog mit denen am Prozess der Praxisanleitung Beteiligten müssten also die subjektiven Vorstellungen oder inneren Bilder über anzustrebende Veränderungen in einer offenen und wertschätzenden Kultur ausgetauscht werden. In diesem Austausch geht es nicht darum, wer Recht hat oder was richtig bzw. falsch ist, sondern welche subjektiven Bilder tatsächlich mit der aktuellen Realität in Verbindung stehen. Es geht also um das Bewusstmachen der ‚handlungsleitenden Vorstellungen und inneren Bilder für die langfristige Entwicklung einer Organisation‘ (Kiel 2019: 825). Senge schreibt dazu (zit. nach Kiel 2019: 826): ‚…neue Einsichten werden nicht in der Praxis umgesetzt, weil tiefverwurzelte innere Vorstellungen vom Wesen der Dinge widersprechen…‘.

(C) NINENII

Advanced Nursing Practice

MASTER-LEHRGANG

Umfang und Abschluss: 4 Semester, 120 ECTS, Master of Science
Organisationsform: berufsbegleitend, in Blöcken von 3 bis 4 Tagen
Beginn: jährlich Mitte September
Studienort: Campus Rudolfinerhaus Wien
Kosten: € 11.500 zzgl. gesetzl. ÖH-Beitrag

Mag.ª Christina Zlamala | c.zlamala@campus-rudolfinerhaus.ac.at
Tel. +43 (0)1 360 36 - 6520 | www.campus-rudolfinerhaus.ac.at

FACHHOCHSCHULE WIENER NEUSTADT

CAMPUS RUDOLFINERHAUS

Fazit

Im Grunde haben alle Lernorte in den drei Ländern das gleiche Ziel, nämlich eine optimale Ausbildung der Lernenden. In Anlehnung an Kerres, Lüftl und Wissing (2022) müssen alle Beteiligten dazu ihre Haltung bzw. ihre subjektiven Bilder zu diesem Thema reflektieren. Dazu benötigen sie neben Offenheit und Flexibilität Unterstützungsproprozesse wie z. B. Supervision, Kollegiale Beratung und kooperative Fallbesprechungen. Die Organisation muss dazu Strukturen und Prozesse vorhalten, die langfristig auch die Kultur des Miteinanders verändern. Dadurch wird das Rollenverständnis aller Beteiligten deutlich und kann zudem geschärft werden. Es fördert das Verständnis untereinander und kann gleichzeitig als Vorbild für die Lernenden dienen, wie intraprofessionell, z. B. bei Gruppenanleitungen, Fallbesprechungen oder in Konfliktsituationen, eine Zusammenarbeit konstruktiv und zielführend umgesetzt werden kann. Allerdings braucht es auf der Systemebene Unterstützung auf der Ebene der Strategie, Struktur und Kultur. Die Pflege als Subsystem ist hier auf die Unterstützung der Organisation angewiesen, um eine positive Lernkultur im Rahmen der Lernortkooperation, analog zu einem akademischen Lehrkrankenhaus, entstehen zu lassen und der Praxisanleitung eine feste Rolle in dem System zu geben.

Wir bedanken uns bei den Praxisanleitungen Frau Sonnleitner, Frau Umberg und Frau Wehrle, dass sie uns einen Einblick in ihr Aufgabenfeld und die Herausforderungen mit Blick auf die Praxisanleitung gewährt haben.

Autorin

Wissing, Christiane (M.A.)
Pflegepädagogin, Promovendin im BayWiss-Kolleg Gesundheit
christianewissing@gmail.com

Autorin

Prof.in Dr.in Andrea Kerres
Professorin für Psychologie / Studiengangsleitung Pflegepädagogik (B.A.) & MBIG (M. A.) Andrea.kerres@ksh-m.de

Literatur

Altmann, K., Braumandl, S., Meier, S., Messerklinger, T. & Roth, E. (2021): Praktische Pflegeausbildung in der Generalistik. Pflegepädagoginnen und Lehrkräfte entwickeln ein neuartiges Praxiscurriculum. PADUA 16 (5), 291 - 296

Bundesregierung (2020): Konzertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Online unter https://www.bmfsfj.de/resource/blob/162350/92f4bfaf4f34c38cc7b35234307badb2/erster-umsetzungsbericht-ausbildungsoffensive-pflege-data.pdf [03.02.2022]

Bpa.regional (2022): Die neue Pflegeausbildung nach Pflegeberufegesetz ab 2020. Online unter https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NI/Anlagen_News_Allgemein/Generalistik/Sonderausgabe_Generalistik_II.pdf [03.02.2022]

Kerres, A., Lüftl K. & Wissing C. (2022): Zukunftsvisionen. In: A. Kerres, K. Lüftl & C. Wissing (Hrsg): Interprofessionelles Lernen im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer (im Druck).

Klein, Z./Peters, M./Dauer, B. &Garcia González, D. (2021): Empfehlungen für Praxisanleitende im Rahmen der Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG).

Kiel, V. (2019): Führen in Zeiten des Wandels. In: Lippmann, E., Andres Pfister & U. Jörg (Hrsg): Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte. Band II. S. 809 – 882. Wiesbaden: Springer.

Lippmann, E. & Steiger, T. (2019): Das Rollenkonzept der Führung. In E. Lippmann, A. Pfister & Urs Jörg (Hrsg): Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte. Band I. Heidelberg: Springer. S. 75 - 93.

Negri, C. (2010): Angewandte Psychologie für die Personalentwicklung. Heidelberg. Springer.

Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) (2015): Rahmenlehrpläne Berufsbildungsverantwortliche. Online unter https://www.sbfi.admin.ch/dam/sbfi/de/dokumente/rahmenlehrplaeneberufsbildungs-verantwortliche.pdf.download.pdf/rahmenlehrplaeneberufsbildungs-verantwortliche.pdf [03.02.2022]

[1] Die Übertragung dieser Betrachtungsweise auf einen anderen Versorgungsbereich ist ausdrücklich erwünscht.

[2] In dem vorliegenden Artikel gehen wir nicht näher auf die spezifischen Kompetenzen Praxisanleitender ein. Die für uns leitenden Kompetenzen der PA sind im Rahmenausbildungsvertrag beschrieben.

Sturzprävention NICHT nur eine essentielle Aufgabe fürs Pflegeperson!

Sturzprävention im Akutkrankenhaus – Ergebnisse zu Sturzereignissen und Sturzprotokollierung der NÖ Landes- und Universitätskliniken

Stürze sind weltweit die zweithäufigste Ursache unbeabsichtigter Verletzungs- und Todesfälle.[1] Ein Sturz wird definiert als ein Ereignis bei dem eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer anderen tieferen Ebene aufkommt.[2],[3],[4] Generell besteht für jeden Menschen das Risiko zu stürzen. Mit steigendem Alter und zunehmender Gebrechlichkeit nehmen jedoch sowohl Sturzrisiko wie auch Sturzhäufigkeit deutlich zu. Damit einhergehend sind negative Konsequenzen für die betroffene Person wie Schmerzen, Verletzungen, Sturzangst und / oder verlängerter Krankenhausaufenthalt, bis hin zum Verlust bisheriger Selbständigkeit und erforderlich werdender Pflegeheimaufnahmen.[5],[6],[7],[8],[9] Direkte und indirekte Folgen betreffen aber auch das soziale Umfeld und sind darüber hinaus mit hohen monetären Kosten für das Gesundheitssystem verbunden.[10]

Durch die Umsetzung krankenhausweiter sturzpräventiver Programme können Stürze vermindert und insbesondere schwere Sturzfolgen minimiert werden.[11],[12],[13],[14] Bedeutend dabei ist, die evidenzbasierte professionelle Identifikation von sturzgefährdeten PatientInnen und Risikogruppen, zielgerichtete Prävention sowie Monitoring und tiefergehende Analysen von Sturzgeschehen, um besondere Gefahrenquellen erkennen und beseitigen zu können. Effektive Sturzprävention erfordert interprofessionelles Handeln, wobei professioneller Pflege sehr hohe Bedeutung zukommt, als jene Berufsgruppe die am meisten und am engsten mit PatientInnen interagiert.

Monitoring von Sturzereignissen

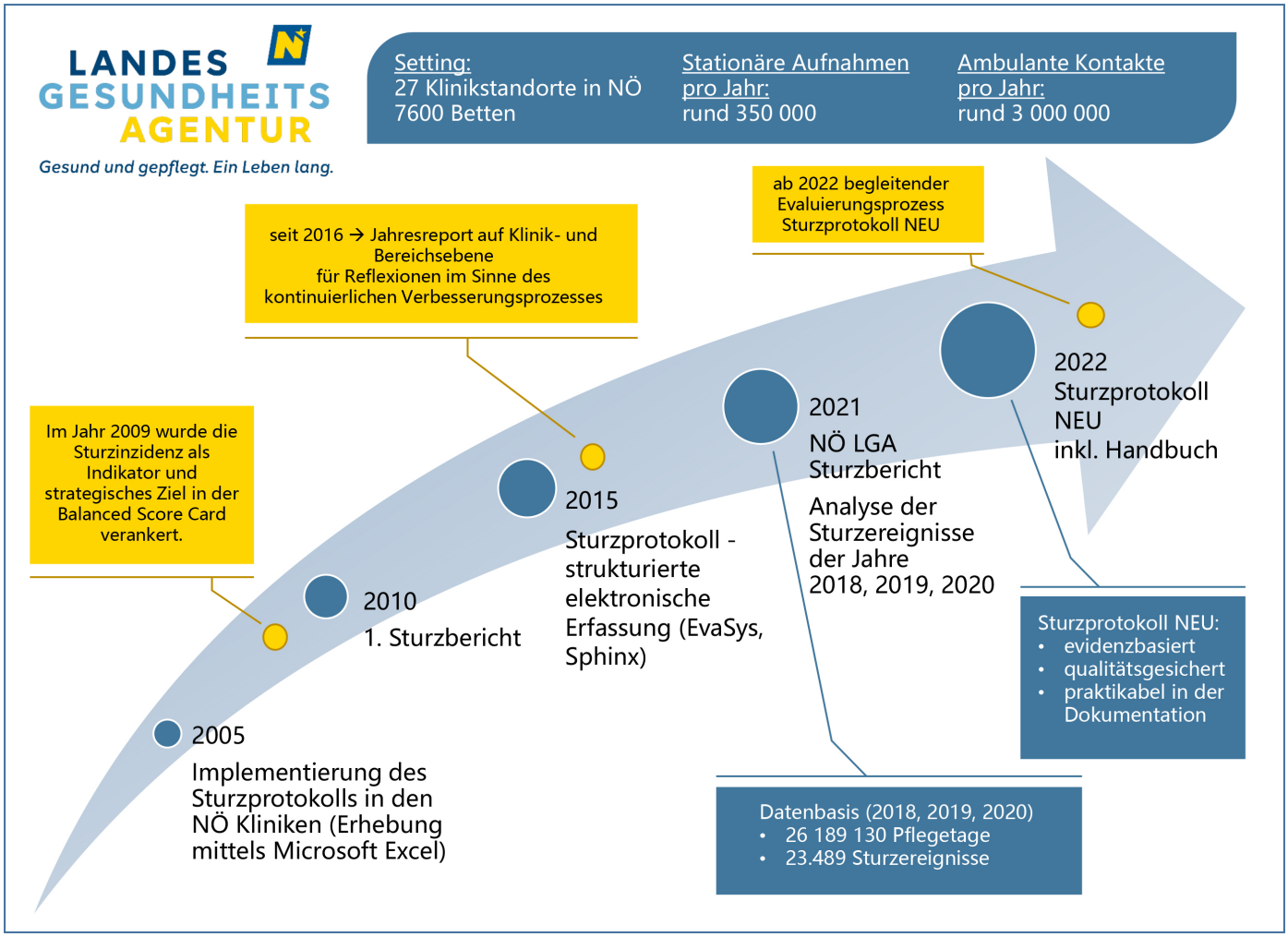
Bereits im Jahr 2004 wurde an den Kliniken in Niederösterreich eine Erhebung des Sturzgeschehens bei stationären Patienten initiiert.

Um Vergleichbarkeit von Sturzraten unabhängig von Erhebungsdauer und Institutionsgröße zu ermöglichen, erfolgt die quantitative Bewertung der Sturzereignisse in Bezug zu 1000 Pflegetagen. Im Jahr 2009 wurde dies als Indikator und strategisches Ziel in der Balanced Score Card verankert.

Ergänzend werden seit 2015 in allen Landes- und Universitätskliniken in Niederösterreich zu jedem Sturzereignis auch qualitative Informationen standardisiert in einem Sturzprotokoll dokumentiert. Neben soziodemografischen Angaben zur gestürzten Person (Alter, Geschlecht, Sturzzeitpunkt) werden über rund 100 Einzelparameter zu Ort des Sturzes, Sturzumstand, Mobilität und Orientierungssituation der gestürzten Person, Risikoeinschätzung, Sturzfolgen und präventive Maßnahmen abgefragt. Ergänzend können Informationen über Freitextfelder dokumentiert werden.

2021 galt es einerseits, auf Basis der Daten aus den Sturzprotokollen, die Protokollierung hinsichtlich Wirksamkeit und Praktikabilität genauer zu betrachten. Andererseits sollten die Erkenntnisse qualitativ und quantitativ, in Form eines umfassenden Berichtes, dargestellt werden. Primäre Zielsetzung war es, ein nutzerfreundliches und qualitätsgesichertes evidenzbasiertes Instrument zur systematischen Dokumentation des Sturzgeschehens zur Verfügung zu stellen.In Verschränkung mit internationaler Literatur wurden die bestehenden Kategorien des Sturzprotokolls aufgebrochen. Mittels quantitativer und qualitativer Inhaltsanalysen konnten geschlossene aber auch offene Fragen (Freitextfelder) in auswertbare und evidenzbasierte Kategorien übergeführt werden. Seit 1. Jänner 2022 werden Sturzgeschehen in Form dieses evaluierten Protokolls dokumentiert, die Implementierung des „Sturzprotokoll NEU“ wird begleitend evaluiert.

Aufgrund der langjährigen strukturierten Dokumentation durch die Pflegepraxis stand eine Fülle an Daten zur Verfügung. Die ausgewählte Stichprobe umfasst Vollerhebungen von 27 Niederösterreichischen Landes- und Universitätskliniken der Jahre 2018, 2019 und 2020. Gesamt wurden 23.489 Sturzprotokolle bzw. Datensätze quantitativ und qualitativ analysiert.



Zur Komplexität von Stürzen - Multifaktorielle Zusammenhänge

Wie sich in den Ergebnissen zeigt, betreffen über 90 % aller Stürze Personen ab dem 60. Lebensjahr. Mit rund 79 Jahren bei Frauen und rund 77 Jahren bei Männern, liegt das Durchschnittsalter der gestürzten Personen in Niederösterreich auf deutlich höherem Niveau als in vergleichbaren Studien.[15],[16] Rund ein Viertel aller Stürze entfallen auf die Gruppe der 70 bis 79-jährigen. Besonders hoch mit knapp 40 % ist der Anteil gestürzter Personen in der Gruppe der 80 bis 89-jährigen. Bereits 15 % aller gestürzten PatientInnen sind 90 Jahre und älter. Bezogen auf die Verteilung der Geschlechter zeigt sich über die Vergleichsjahre hinweg ein etwas höherer Anteil gestürzter männlicher Patienten mit rund 57 %.

Ein besonders erhöhtes Sturzrisiko haben Personen mit vorhergehenden Stürzen.[17] Rund ein Drittel aller Sturzereignisse verteilt sich auf Personen, die während ihres Krankenhausaufenthaltes zweimal oder öfter gestürzt sind. Überwiegend und zwar 97 % aller Sturzereignisse erfolgten in Abwesenheit des Gesundheitspersonals. Möglicherweise auch, weil PatientInnen aus verschiedensten Gründen vielfach nicht um Hilfe fragen.[18]

Multimorbidität, Mobilitätsstörungen und veränderte Kognition sind wesentliche beeinflussende Faktoren. Wie sich in den Ergebnissen zeigt, waren knapp drei Viertel (72 %) aller gestürzten PatientInnen in ihrer Bewegung auf Unterstützung angewiesenen. In nur 14 % aller Fälle waren die Personen selbständig mobil. Mehr als die Hälfte aller gestürzten Personen waren vor ihrem Sturz nur teilweise (rund 38 %) oder völlig desorientiert (rund 22 %).

Rund 70 % aller Stürze hatten keine Verletzungen zur Folge. Sturzort ist überwiegend das Patientenzimmer (92 %), davon ereignen sich rund 14% in WC und Badezimmer. Mehr als ein Drittel der Stürze sind Stürze beim Gehen mit und ohne Hilfsmittel (rund 38 %), gefolgt von Stürzen aus dem Bett (35 %) und Stürzen aus stehender Position mit rund 8,5 %. In rund 6 % aller Sturzereignisse waren Hindernisse wie bspw. herumstehende Gegenstände, Kabel oder Ableitungen ein beeinflussender Faktor. In rund 4% aller Fälle wurde ein feuchter Boden in Zusammenhang mit Ausscheidungen oder Körperpflege genannt.

Knapp die Hälfte aller Stürze ereignen sich nachts, mit einem sichtbaren Anstieg ab 21.00 Uhr, mit Spitzen rund um 23.00 Uhr und gegen 05.00 Uhr. Basierend auf den Analysen und Erkenntnissen internationaler Literatur, kann geschlossen werden, dass Stürze häufig in Zusammenhang mit dem Toilettengang und veränderter Ausscheidung, wie Inkontinenz, häufige Miktion, Nykturie oder Diarrhö zu sehen sind, wobei von den AutorInnen auch Wechselwirkungen mit Medikamenten wie Sedativa und Psychopharmaka als beeinflussend genannt werden.[19],[20],[21]

Sturzprävention – eine interdisziplinäre Aufgabe

Im fächerspezifischen Vergleich konnten erhebliche Unterschiede im Sturzrisiko der PatientInnen innerhalb verschiedener Versorgungsbereiche aufgezeigt werden. In Zusammenschau mit internationaler Literatur zeigen sich stark belastbare repräsentative Daten. Trotz sehr eingeschränk-

Autorin

Mag.a Dr.in Helga Zellhofer
Interdisziplinäres Doktoratsstudium der Philosophie, Palliative Care und Organisationsethik sowie Masterstudium Palliative Care an der Universität Klagenfurt; Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien; Sonderausbildung für Lehr- und Führungsaufgaben; Universitätslehrgang für leitendes Pflegepersonal; Diplom für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege; Mitarbeiterin im Bereich Entwicklung, Strategie und Qualität Akutpflege in der Niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA)

Autorin

Sandra Haider, MSc, MBA
Masterstudium Gesundheits- und Pflegepädagogik an der Donauuniversität Krems, Masterstudium Health Management an der Middlesex University in collaboration with KMU Akademie und Management AG; Weiterbildung Pain Nurse an der cekib Nürnberg; Tutorin LTT/TPT; Trainerkurs für SimulationspatientInnen an der Medizinischen Fakultät Mannheim; Diplom für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege; Leitung Entwicklung, Strategie und Qualität Akutpflege in der Niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA)

ter Vergleichbarkeit internationaler Studien aufgrund Verschiedenheit der Settings, unterschiedlicher methodischer Herangehensweisen und Rahmenbedingungen, konnten übergreifende relevante Risikofaktoren und Risikosituationen identifiziert werden.

Durch die dargestellte Komplexität von Sturzereignissen zeigt sich die Wichtigkeit effektiver sturzpräventiver Maßnahmen im interprofessionellen und interinstitutionellen Kontext, um dadurch zukünftige Ereignisse sowie direkte und indirekte Folgen zu verringern. Ursachen, Auswirkungen und Präventionsmaßnahmen müssen auf Abteilungs- und Fachebene, bzw. im spezifischen Setting reflektiert und entsprechende Ableitungen getroffen werden.

Die Ergebnisse wurden in einem umfassendem Bericht mit diversen Vergleichen und Auswertungen, auch auf Fächerebene, der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege zur Verfügung gestellt.[22]

Fußnoten

[1] World Health Organisation (2021). Falls, Fact Sheet. Download 09.02.2022 unter https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

[2] Schoberer, D.; Findling, E.T.; Breimaier, HE.; Schaffer, S.; Zuschnegg, J.; Archan, T.; Frießnegg, S.; Koll, I.M.; Palli, C., Stiasny, G. (2018). Evidenzbasierte Leitlinie. Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. 3. Aktualisierte und methodisch adaptierte Auflage. Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft und Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz.

[3] DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

[4] Handbuch ergebnisorientiertes PflegeAssessment AcuteCare (epaAC) (2019). Sturzvorgeschichte. Version 2.3.01 (R_2019), ePA-CC GmbH, Wiesbaden.

[5] Jacobi, Lena; Petzold, Thomas; Hanel, Andreas; Albrecht Michael; Eberlein-Gonska, Maria; Schmitt, Jochen (2017). Epidemiologie und Vorhersage des Sturzrisikos von Patienten in der akutstationären Versorgung: Analyse von Routinedaten eines Universitätsklinikums. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 120: 9-15.

[6] Müller, Rita; Halfens, Ruud; Schwendimann, René; Müller, Marianne; Imoberdorf, Reinhard; Ballmer, Peter E. (2009). Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege, 22: 431-441.

[7] Lahmann, N. A.; Heinze, C. & Rommel, A (2014). Stürze in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen 2006–2013. Häufigkeiten, Verletzungen, Risikoeinschätzung und durchgeführte Prävention. Bundesgesundheitsblatt, 57: 650–659. Springer Verlag. Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/s00103-014-1966-8

[8] Le Laurin, Jennifer H.; Shorr, Ronald I. (2019). Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. Clinics in Geriatric Medicine, 35(2):73–283. doi:10.1016/j.cger.2019.01.007

[9] Müller, Rita; Halfens, Ruud; Schwendimann, René; Müller, Marianne; Imoberdorf, Reinhard; Ballmer, Peter E. (2009). Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege, 22: 431-441.

[10] Burns, Elizabeth R.; Stevens, Judy A.; Lee, Robin (2016). The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults - United States. Journal of Safety Research, 58: 99–103. doi:10.1016/j.jsr.2016.05.001.

[11] Kafantogia, Konstantina; Katsafourou, Panagiota; Tassiou, Antonia; Vassou, Nikoletta (2017). Falls among hospitalized patients. Mini Review Article. Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls, 2 (3): 53-57.

[12] Lahmann, N. A.; Heinze, C.; Rommel, A (2014). Stürze in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen 2006–2013. Häufigkeiten, Verletzungen, Risikoeinschätzung und durchgeführte Prävention. Bundesgesundheitsblatt, 57:650–659. Springer Verlag. Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/s00103-014-1966-8

[13] Heng, Hazel; Jazayeri, Dana; Shaw, Louise; Kiegaldie, Debra; Hill, Anne-Marie; Morris, Meg E. (2020). Hospital falls prevention with patient education: a scoping review. BMC Geriatrics, 20:140. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01515-w

[14] Dykes, Patricia C.; Burns, Zoe; Adelman, Jason; Benneyan, James; Bogaisky, Michael; Carter, Eileen; Ergai, Awatef; Lindros, Mary Ellen; Lipsitz, Stuart R.; Scanlan, Maureen; Shaykevich, Shimon; Westfall Bates, David (2020). Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries. A Nonrandomized Controlled Trial. AMA Network Open, 3(11):e2025889. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25889.

[15] Jacobi, Lena; Petzold, Thomas; Hanel, Andreas; Albrecht, Michael; Eberlein-Gonska, Maria; Schmitt, Jochen (2017). Epidemiologie und Vorhersage des Sturzrisikos von Patienten in der akutstationären Versorgung: Analyse von Routinedaten eines Universitätsklinikums. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 120:9-15.

[16] Müller, Rita; Halfens, Ruud; Schwendimann, René; Müller, Marianne; Imoberdorf, Reinhard; Ballmer, Peter E. (2009).

Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege, 22:431-441.

[17] Goldberg, Elizabeth M.; Mccreedy, Ellen M.; Gettel, Cameron J.; Merchant, Roland C. (2013). Slipping through the cracks: A cross-sectional study examining older adult emergency department patient fall history, post-fall treatment and prevention. Rhode Island medical journal. Author manuscript; available in PMC 2018 April 19.

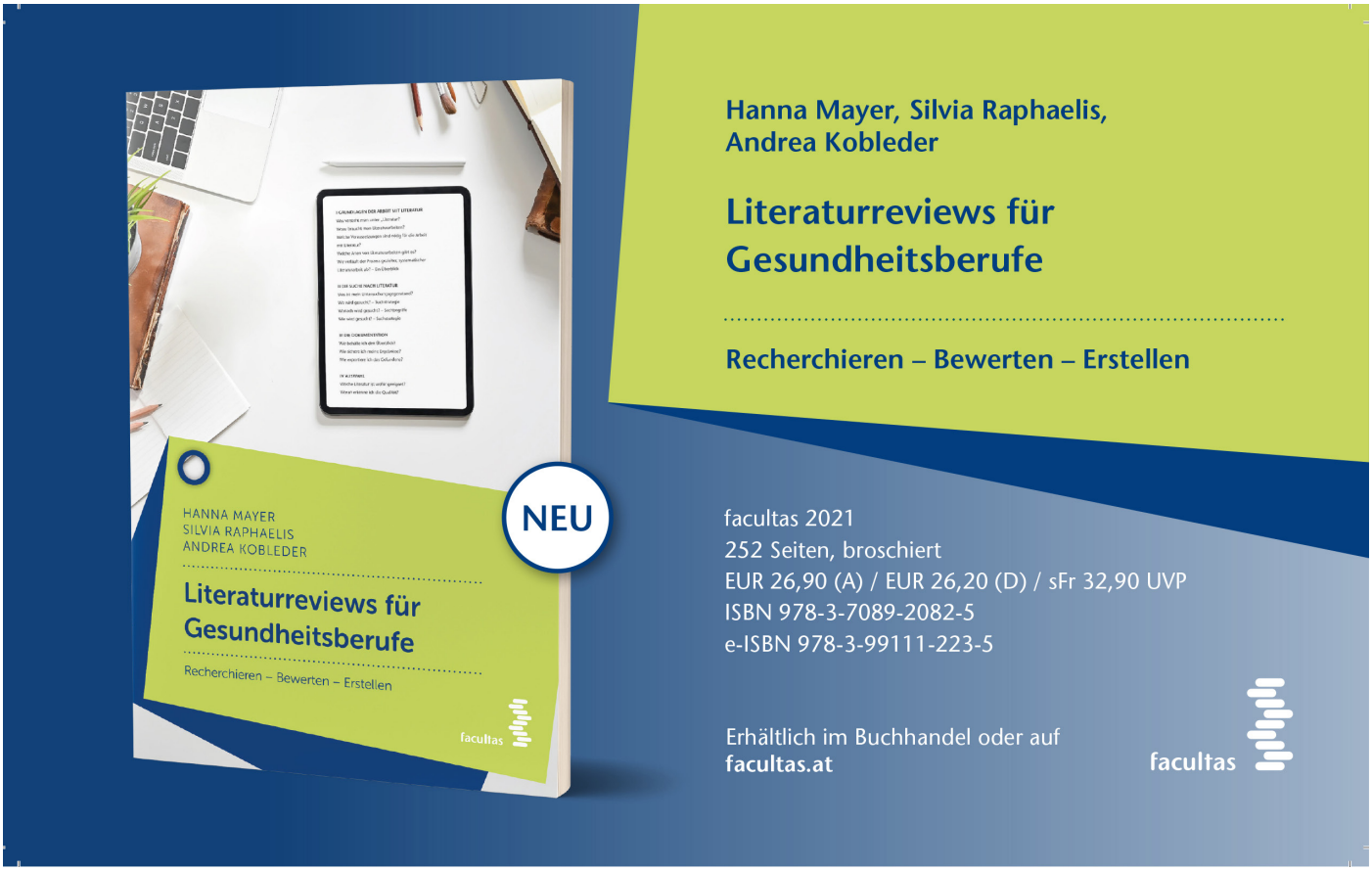
[18] O'Neil, Caroline A.; Krauss, Melissa J.; Bettale, Jon; Kessels, Anthony; Costantinou, Eileen; Dunagan, Claiborne; Fraser, Victoria J. (2018). Medications and Patient Characteristics Associated with Falling in the Hospital. Journal of Patient Safety, 14(1):27–33. doi:10.1097/PTS.0000000000000163.

[19] Deandrea, Silvia; Bravi, Francesca; Turati, Federica; Lucenteforte, Ersilia; La Vecchia, Carlo; Negril, Eva (2013). Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics 56(3):407–415.

[20] Müller, Rita; Halfens, Ruud; Schwendimann, René; Müller, Marianne; Imoberdorf, Reinhard; Ballmer, Peter E. (2009). Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege, 22:431-441.

[21] Lahmann, N. A.; Heinze, C.; Rommel, A. (2014). Stürze in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen 2006–2013. Häufigkeiten, Verletzungen, Risikoeinschätzung und durchgeführte Prävention. Bundesgesundheitsblatt, 57:650–659. Springer Verlag. Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/s00103-014-1966-8

[22] Zellhofer, Helga; Bobens, Claudia (2021). NÖ LGA – Sturzbericht. Analyse der Sturzereignisse der Landes- und Universitätskliniken NÖ. Darstellung der Ergebnisse. Bereich Entwicklung, Strategie und Qualität Akutpflege (Klinikum), Abteilung Strategie und Qualität Pflege, Direktion Medizin und Pflege. NÖ Landesgesundheitsagentur. Unveröffentlichter Bericht.



xtention
IT with care.

VIVENDI® ASSIST

Die Plattform für das digitale Zeitalter

Die neue VIVENDI® Assist Plattform ist Ihr einfacher Zugang zur digitalen, vernetzten und kooperativen Welt der Sozialbranche. Sie verbindet Einrichtungen, Institutionen, Dienstleister sowie das Internet der Dinge mit VIVENDI®, indem sie digitale Services gebündelt zur Verfügung stellt. Das ermöglicht Kooperation und Vernetzung mit Partnern und bindet einfach und vor allem sicher Apps, Portale, Services und Geräte ein. Mit der VIVENDI® Assist Plattform stellen Sie online Ihr persönliches Service-Portfolio zusammen und kombinieren Funktionsbausteine genau so wie Sie es brauchen.

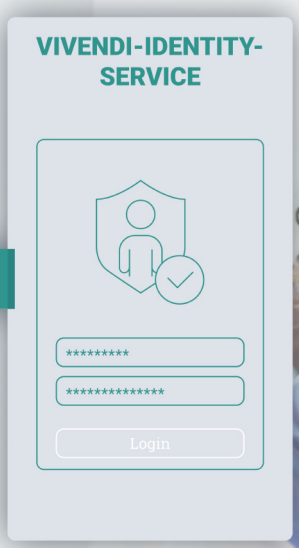
Die VIVENDI® Assist Plattform ist cloudbasiert. Das spart Rechenkapazität und sorgt für eine hohe Ausfallsicherheit. Weil technische Neuerungen zentral bei Connext eingespielt werden, stehen Nutzern von allen Devices immer die aktuellen Versionen zur Verfügung. Die Plattform ist flexibel skalierbar und dank Standardschnittstellen mit anderen Cloudlösungen kombinierbar.

So verschmelzen unsere Software VIVENDI® und die neue Plattform VIVENDI® Assist zu einer innovativen Lösung, mit der Sie die Chancen der Digitaliserung für sich nutzen können. Mehr noch: Werden Sie ein aktiver Teil der vernetzten Welt von morgen!

DIE SERVICES IM ÜBERBLICK

Einfach, digital, vernetzt!

- Die VIVENDI® Assist App für Angehörige, Ärzte und Klienten
- Für die reibungslose Kommunikation mit Dritten (Ärzten, Pflege- und Betreuungskräften, Angehörigen und dem Klienten); frei erhältlich im Google-Play-Store
- Menüservice App für Klienten zur eigenständigen Essensbestellung per Smartphone – mobil, an jedem Ort und zu jeder Zeit
- Vernetzung mit Institutionen
- Anbindung an Portale
- IoT-Connector – Schnittstelle zum Internet der Dinge
- Digitale Assistenten – Unterstützung dank Sprachsteuerung
- Katalogservices – Tarif- und Leistungskataloge immer aktuell
- Cloud-Backup-Service – sicher und flexibel
- Nextcloud – die kollaborative Cloud zum Selberhosten



Ihr Ansprechpartner:

Georg Samhaber | Sales Clinical & Care Solutions
+43 7242 2155 6313 | georg.samhaber@x-tention.at
x-tention.com

Mit Talenten und Schwächen pflegen – Nachruf auf Gerhard Schoßmaier

Es sind immer wieder Schreckmomente, wenn das Telefon klingelt und jemand teilt den Tod eines geschätzten Menschen mit. Natürlich fehlen einem die Worte. Die Geschäftigkeit des Alltags räumt dann den Platz, damit Traurigkeit und Nachdenklichkeit einen Platz bekommen. So ist es auch gewesen, als der Tod von Gerhard Schoßmaier bekannt wurde. Am 16. November 2021 sind die Lebenswege des österreichischen Kollegen vollendet gewesen.

Mit Gerhard geht ein Kollege von der Bühne, der immer für einen fruchtbaren Impuls für die pflegerische Arbeit gut war. Wer ihn als Zuhörer eines Vortrags oder Workshops erlebte, der sah sprichwörtlich die aufmerksamen Augen und die noch wacheren Ohren. Sicher konnte man sich sein, dass er spätestens im Anschluss an eine Veranstaltung das Gespräch auf dem Flur und (wenn es ihm besonders am Herzen lag) bei einem Kaffee suchte. Überhaupt ging mit Gerhard die inhaltliche Beschäftigung auch immer durch den Magen. Das zugewandte Gespräch vertiefte er gerne bei einem guten Essen und einem schmackhaften Getränk.

Mit dem Buch „Psychosoziale Pflege“, das 2019 im Facultas-Verlag in Wien erschienen ist, hat Gerhard einen wichtigen Diskussionsbeitrag zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege geleistet. Dies ist ihm auch gelungen, wenn er den Bleistift für die Zeitschrift „Psychiatrische Pflege“ und das Open-Source-Magazin „Pflege Professionell“ gespitzt hat. Berufspolitisch zeigte Gerhard in Österreich eine starke Präsenz. So schrieb er bei der die Initiative „Interprofessionelle ExpertInnen Gesundheitsberufe“ (IPEG) diverse Gegendarstellungen oder kritische Anfragen, die der Politiklandschaft zugesandt wurden. Auch in diesem Bereich zeigte sich seine unermüdliche Energie.

Ganz besonders am Herzen lag ihm das „Affektresonanztraining“ (ART), das er mit seinen Kolleg_innen an der Schule für Gesundheits-und Krankenpflege am Campus Penzing weiterentwickelt hat. Er ist vor sieben Jahren in das damals schon bestehende Projekt „Supervision“ eingestiegen, um das Team des Projektes zu unterstützen und um selbst aktiv daran mitzuwirken. Er ist der Namensgeber des überarbeiteten und umgestalteten Projekts gewesen. Das Affektresonanztraining (ART) bietet Studentinnen und Studenten sowie Auszubildenden in psychosozialen Berufen die Möglichkeit, Kompetenz im empathischen Verstehen von sich und anderen zu entwickeln. Basierend auf neuen Konzepten von Empathie, Resonanz und Supervision stellt die zukunftsweisende Unterrichtsform mittels der Schulung sozialer Kompetenzen ein wirksames Werkzeug zur Gewaltprävention dar. Eine Idee, die er in Corona-Zeiten erst zögerlich umsetzen konnte, war der Einsatz von Klappmaul-Handpuppen im ART. Das ART war eine seiner besonderen Triebfedern, das er mittels eines neu gegründeten universitären Lehrganges an der Sigmund Freud Universität in Wien auch anderen Berufsgruppen aus den psychosozialen Settings zugänglich machen wollte. Dank ihm konnten viele Menschen, die in all den Jahren an seinen Workshops teilnahmen, die dialogische Haltung „vom Ich zum Du“ und auch die achtsame Wahrnehmung von Bedürfnissen in der Begegnung trainieren.

Gerhard machte deutlich, dass der helfende Mensch nicht nur als Werkzeug an sich in der psychiatrischen Arbeit zu verstehen ist. Gerhard war folglich davon überzeugt, dass der helfende Mensch stets seinen eigenen Rucksack mit Talenten und Schwächen in das tägliche Handeln mitbringt. Es verwundert daher nicht, dass ihm die Gewaltfreie Kommunikation besonders am Herzen lag. Die dahinter liegende Kommunikationstechnik und vor allem die zu erarbeitende Haltung im Umgang mit sich und mit anderen sah er als Herausforderung für psychiatrisch Tätige.

Gerhard wurde 1966 im niederösterreichischen Lilienfeld geboren. Im Jahre 1999 machte er

sein Diplom in der psychiatrischen Gesundheits-und Krankenpflege. Schon 2001 machte er eine Weiterbildung zur „Pflege von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen“. Den Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits-und Krankenpflege absolvierte er 2007. Die Qualifizierung zum Trainer für Gewaltfreie Kommunikation gönnte sich Gerhard im Jahre 2012. Das basale und mittlere Pflegemanagement stand im Fokus einer Weiterbildung im Jahre 2019. 2020 erlangte er den Titel Master of Science in der Pflegepädagogik.

So hatte er stets das beste Rüstzeug für die Arbeit als psychiatrisch Pflegender an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Wien (1999-2005) und als Lehrer an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Campus Penzing Wien (seit 2005). Genauso profitierten Kolleginnen und Kollegen in der psychiatrischen Pflege von Gerhards Tätigkeit als Vortragender an der Akademie für Gesundheitsberufe am Vinzentinum Wien (seit 2007) und als Vortragender an der Akademie für Fort und Sonderausbildungen am AKH Wien. Deutschen Kolleginnen und Kollegen war Gerhards Gesicht und Stimme vertraut bei den alljährlichen Begegnungen beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin.

Wenn sich Gerhard zum Schreiben an sein Laptop setzte oder als Vortragender am Pult stand, dann blühte er auf. Sein tiefgründiges Nachdenken und seine natürliche Heiterkeit machten die Begegnungen mit ihm und auch das Zuhören bei der Lehrtätigkeit zu einem Erlebnis. Er engagierte sich für die Umsetzung neuer pädagogischer Konzepte, um den Auszubildenden das Verständnis des Berufes zu ermöglichen. Er repräsentierte den empathischen und respektvollen Zugang zu Menschen, die sich in einem Ausnahmezustand befanden. Dies spiegelte sich in der Beliebtheit seiner Unterrichtseinheiten, wie viele Schülerinnen und Schüler berichteten. Wertschätzung des Gegenübers, ob Auszubildende, Kolleg_innen oder Vorgesetzte, stand immer im Vordergrund seiner Handlung. Durch seine kommunikative Ader war er fähig, Bekanntschaften im beruflichen Umfeld zu knüpfen, so ergaben sich für ihn neue Möglichkeiten, sein fundiertes und umfassendes Wissen zu diskutieren und zu vertiefen. Davon profitierte die Gemeinschaft der psychiatrisch Pflegenden enorm.

Es ist so vieles, was Menschen an Gerhard wertgeschätzt haben: seine Emotionalität, sein Humor, sein enormes Wissen, seine Neugier aufs Neue, seine Begeisterungsfähigkeit, seine Kreativität. So bleibt uns stets seine authentische Art für resonanzpädagogische Werte zu brennen in Erinnerung, die mit Sicherheit durch diverse Multiplikator_innen in diversen psychosozialen Settings in vielen Begegnungen weiterleben werden. Gerhard war ein wesentlicher Wegbereiter für intersubjektive kommunikative Kompetenzen im Ausbildungsbereich der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, wo er einen bleibenden „Herzabdruck“ hinterlässt. Wir werden die Gespräche, die Diskussionen und das Lachen – nicht nur eines guten Kollegen, sondern auch eines lieben Freundes – vermissen.

Ewa Zemann

Pflegewissenschaftlerin, Pflegepädagogin, Diplomierte Psychiatrische und Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegerin

Gerlinde Zöchling

Diplomierte Sonder-Heilpädagogin, Pflegepädagogin, Diplomierte Achtsamkeitstrainerin, Diplomierte Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin

Jürgen Georg

Programmleiter Pflege beim Hogrefe-Verlag

Markus Golla

Chefredakteur „Pflege Professionell“

Christoph Müller

Redakteur „Psychiatrische Pflege“

die partner.at
für nachhaltige Bildung im Sozial- und Gesundheitswesen

Fortbildungen § 63 GuKG

Pflege delegieren

Zielgruppe	DGKP
Termin	22. Juni 2022
Ort	1030 Wien
Kosten	250 € inkl. USt

16 ÖGKV-Fortbildungspunkte
8 Seminareinheiten

Stellvertretung der Führungskraft

Zielgruppe	MA in Stellvertretungsposition
Termin	21/22. Okt. 2022
Ort	1030 Wien
Kosten	340 € inkl. USt

24 ÖGKV-Fortbildungspunkte
12 Seminareinheiten

Besprechungen erfolgreich moderieren

Zielgruppe	MA mit Moderationsaufgaben
Termin	4/5. Nov. 2022
Ort	1030 Wien
Kosten	340 € inkl. USt

24 ÖGKV-Fortbildungspunkte
12 Seminareinheiten

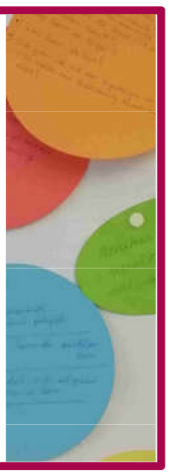
Weiterbildung § 64 GuKG

Praxisanleitung

1. September 2022 – 5. März 2023

Bindeglied zwischen Theorie und Praxis

Zielgruppe	DGKP
Abschluss	Zeugnis gemäß § 64 GuKG
Umfang	195 UE Theorie 40 Std. Praxis
Ort	1030 Wien & digital
Kosten	3300 € inkl. USt



Weiterführende Information erhalten Sie gerne ...
Mag. Gabriela Messner, DGKP
gabriela.messner@diepartner.at

phon: +43-664-5037580
www.diepartner.at

zertifizierte Weiterbildung §64 GuKG

Lernende Organisation

Management: Pflege fährt mit Tandem in die Zukunft

Eine Doppelspitze ist im modernen Management immer öfter zu sehen. Gemeinsam erreicht man das Ziel schneller und besser, Diversität bereichert die Führungsebene. Pflegedirektorin Dipl.-Pflegewirtin Isabell Koßmann vom Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien hat das Modell der „Tandemführung“ jetzt erstmals für eine zentrale Führungsposition im Spital adaptiert und erfüllt damit auch die Empfehlungen der Taskforce Pflege nach attraktiven Karrieremöglichkeiten zur Stärkung des Pflegeberufes.[1]

25 Führungskräfte und mehr als 300 Pflegende umfasst das Team von Pflegedirektorin Dipl.-PWin Isabell Koßmann im Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien in Mariahilf. Sie setzt nun erstmals auf eine Tandemführung. Konkret handelt es sich dabei um eine zeitlich begrenzte gemeinsame Fahrt bei der ein erfahrener „Captain“ (vordere Position am Tandem) eine neue „Strokerin“ (hintere Position am Tandem) ein Jahr durch die Startphase lenkt. Die erste Junior Bereichsleiterin der Fachklinik, DGKP Isabella Raab MScN, und der erfahrene Bereichsleiter, DGKP Werner Fischer MSc führen gemeinsam die interdisziplinäre Station 7. Sukzessive übernimmt die Junior-Bereichsleiterin dabei die Rolle des Captains. Dazu braucht es eine Unternehmenskultur die eine Offenheit für alternative Führungsmodelle zulässt.

Pflegedirektorin Koßmann ist überzeugt vom neuen Modell: „Ein Tandem bietet harmonisches Fahren zu zweit, „Captain“ und „Stoker“ erreichen das Ziel schneller und besser.“ Weitere Vorteile des Tandems:

- Onboarding junger, talentierter, hochqualifizierter Führungskräfte
- Stärkung der Führungsebene der gesamten Fachklinik bei zunehmender Agilität und Komplexität sowie Krisensituationen
- Generationensensibles Führen durch Generationenvielfalt im Führungsteam
- Mehr Präsenz durch zwei Führungskräfte
- Verbesserung der Führungsqualität durch Nutzen von weiblichen und männlichen Stärken
- Weiterentwicklung beider Bereichsleitungen durch kontinuierlichen Dialog

„Die Unterstützung der Junior Bereichsleiterin durch eine erfahrene Führungskraft stellt einen großen Mehrwert auf der individuellen Ebene dar und zugleich eine große Entwicklungschance für die gesamte Abteilung. Entscheidungen können gezielter, umfassender und schneller getroffen und umgesetzt werden können. Das fördert auch die Motivation des gesamten Teams“, ist Pflegedirektorin Koßmann überzeugt.

Tandemführung versus Mentoring

Ob eine Tandemführung eher als Notlösung oder gezielt als stärkenorientiertes Modell entstanden ist, dazu gibt es kaum wissenschaftliche Erkenntnisse. Ebenso unklar ist die Abgrenzung zu Doppelspitze, Co-Führung, Geteilte Führung, etc. Jedenfalls gibt es eine Vielzahl gelungener und gescheiterter Tandems in Wirtschaft, Politik und auch Gesundheitseinrichtungen. Im Unterschied zum Mentoring Modell sind beide Führungskräfte in Personalunion gleichberechtigt in der Rolle und tragen von Anfang an Führungsverantwortung für den Bereich.

Auf der Top-Ebene angesiedelt

Pflegedirektorin Isabell Koßmann hält vor allem die persönliche und fachliche Passung des Tandems, die klare Aufgabenverteilung, Kommunikation sowie laufende Evaluierung und Reflexion für wichtige Erfolgskriterien. Als erste Anwenderin des Modells in diesem Bereich und Toppflegemanagerin wird sie selbst das neue Führungstandem in diesem Jahr eng begleiten. Sie muss es wissen, schließlich radelt sie privat selbst seit Jahren am Tandem und hat daher viel Erfahrung mit dem Lenken auf neuen Wegen zu zweit!

1 (© GÖG 2021, Taskforce Pflege, S. 22

Ein Tandem braucht frischen Rückenwind.

Werde Teil des Teams unserer Junior-Bereichsleiterin!

DGKP* Interdisziplinäre Sonderklasse

Die Station verfügt über 16 internistische Betten der II. Medizinischen Abteilung / Gastroenterologie und 12 Betten der Chirurgie.
Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir interessierte Mitarbeiter*innen für die interdisziplinäre Sonderklasse.

Ihre Vorteile bei uns

- wertschätzender Führungsstil
- persönliche und strukturierte Einarbeitung im Mentoring-System
- freie Dienstplangestaltung
- familiäres Arbeitsklima und gute interprofessionelle Zusammenarbeit
- Einführung der elektronischen Fieberkurve MEONA und ePA (Assessment) sowie LEP
- Fortbildungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie zahlreiche Angebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das monatliche Bruttogehalt beträgt mind. € 2.964,- und ist je nach Ausbildung, Qualifikation und individuell anrechenbaren Vordienstzeiten entsprechend höher.

Ihre Qualifikationen

- gültige Registrierung im Gesundheitsberuferegister zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege
- Engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich neben dem fachlichen Interesse auch durch Flexibilität, Belastbarkeit und Freude an der Teamarbeit auszeichnen

Ihr Aufgabengebiet

- Fachlich kompetente Betreuung und Pflege von Patient*innen
- Eigenverantwortliche und selbstständige Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität in Ihrem Bereich
- Umsetzung unseres Pflegekonzeptes CARING in einem engagierten und multiprofessionellen Team

Ihre Kontaktmöglichkeiten

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben freuen wir uns über Ihre Bewerbung direkt über unser Karriereportal.
Im Falle von Rückfragen steht Ihnen die Pflegedirektion gerne zur Verfügung.

- Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien, Stumpergasse 13, 1060 Wien
- Junior Bereichsleiterin Isabella Raab, BScN, MScN
- pflegeteam.wien@bhs.at
- ☎ +43 1 59988 2977

Bei uns bist du richtig!

Wenn du einen Job in einem tollen Team mit hoher Expertise suchst.

DGKP* Urologie

Die Station 5 verfügt über 21 urologische Betten und 16 internistische Betten der II. Medizinischen Abteilung.
Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir interessierte und engagierte Mitarbeiter*innen, die sich neben dem fachlichen Interesse auch durch Flexibilität und Freude an der Teamarbeit auszeichnen.

Ihre Vorteile bei uns

- persönliche und strukturierte Einarbeitung im Mentoring-System
- ein professionelles Arbeitsumfeld in einem engagierten Team, hohe Eigenständigkeit in der täglichen Ablauforganisation
- familiäres Arbeitsklima und gute interprofessionelle Zusammenarbeit
- elektronische Fieberkurve MEONA
- Pflegedokumentation mittels ePA (Assessment) sowie LEP
- moderne, gut ausgestattete Station, effiziente Abläufe
- Fortbildungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie zahlreiche Angebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das monatliche Bruttogehalt beträgt mind. € 2.964,-- für 40 Wochenstunden. Ihr tatsächliches Gehalt ist abhängig von Ihrer Ausbildung, Qualifikation und Berufserfahrung.

Ihre Qualifikationen

- Diplom des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder adäquate Ausbildung
- Gültige Registrierung im Gesundheitsberuferegister
- Bereitschaft zur persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Fachliches Interesse, Flexibilität, Belastbarkeit und Freude an der Teamarbeit

Ihr Aufgabengebiet

- Fachlich kompetente Betreuung und Pflege von Patient*innen
- Eigenverantwortliche und selbstständige Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen
- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität in Ihrem Bereich
- Umsetzung unseres Pflegekonzeptes CARING in einem engagierten und multiprofessionellen Team

Ihre Kontaktmöglichkeiten

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben freuen wir uns über Ihre Bewerbung direkt über unser Karriereportal.
Im Falle von Rückfragen steht Ihnen die Pflegedirektion gerne zur Verfügung.

- Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien, Stumpergasse 13, 1060 Wien
- Bereichsleiterin Fr. Anna Turnheim, PM.ME.
- pflegeteam.wien@bhs.at
- ☎ +43 1 59988 3100

Barmherzige Schwestern
Krankenhaus Wien

Barmherzige Schwestern
Krankenhaus Wien

1060, Wien, Stumpergasse 13
www.bhswien.at

Vinzentinum
Barmherzige Schwestern
Wien

Nutze deine Stärken!

Wir bieten dir folgende Ausbildungen bei uns an:

9 Monate

- Nostrifikations-lehrgang

1-jährige Ausbildung

- Lehrgang OP-Assistenz in Kooperation mit Meducation
- Upgrade PFA für PA

2-jährige Ausbildung

- Pflegefachassistenz

FH-Studium

- Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege in Kooperation mit FH CAMPUS WIEN UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Studierenden-stimmen

„Am Vinzentinum gibt es ein wunderschönes, gemeinsames und persönliches Miteinander. Jeder kennt jeden und alle geben ihr Bestes und sind mit viel HERZ dabei.“
Magdalena

„Meine persönliche Entwicklung wird vorangebracht, der Zugang zu neuem Wissen ist gegeben, der Zusammenhalt und die Unterstützung von allen Seiten sind vorhanden. All dies und noch vieles mehr sind die Vorteile einer Ausbildung am Vinzentinum Wien.“
Glorija

Vinzentinum Wien - Bildung für Gesundheitsberufe | Alle Infos: **www.vinzentinum-wien.at** |1060 Wien, Stumpergasse 13 |
1030 Wien, Kundmanngasse 21 | +43 1 7108880 1001 | E-Mail: vinzentinum.wien@bhs.at
Infos zur Bewerbung von Mo-Fr, 09.00-13.00 Uhr

Trialogisch lehren und lernen
– Fragmentarischer Rückblick – fachliches und Erfahrungswissen zusammenbringen –

Bei der Durchsicht von Aufzeichnungen, Protokollen und Unterrichtskripten ist dieser Artikel entstanden. Die Frage, die sich beim Nachdenken ergibt ist wie sich trialogisches Lernen und Lehren mehr in der Praxis in allen Bereichen der Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Studiengängen der Gesundheits- und Sozialberufe ganz selbstverständlich verankern lässt. In diesem Kontext drängt sich auch der Gedanke auf, wie Bildung mehr vernetzt und durchlässig gemacht werden kann, um subjektives Erleben bei entsprechenden Voraussetzungen in die alltägliche Arbeit mehr zum Wohle aus den unterschiedlichen Blickwinkeln von Experten aus Erfahrung, Experten aus Miterleben und fachlichen Experten zu einer vollständigeren Wahrnehmung zu integrieren. „Voneinander-Lernen“ bedeutet die Chancen wahrzunehmen, die psychosoziale Landschaft bedürfnis- und personenorientiert zu verändern und gleichzeitig die Grenzen und verschiedenen Sichtweisen der Beteiligten zu respektieren.

Einleitung

Wenn die Bekenntnisse, dass eine gute psychosoziale Versorgung nur trialogisch gelingen kann greifen soll, ist es notwendig, Studiengänge sowie Aus-.Fort- und Weiterbildung der Gesundheits- und Sozialberufe entsprechend neu zu konzipieren und wo immer es angebracht ist, alle drei oder zwei Sichtweisen zu verankern. Es wird davon ausgegangen, dass es inhaltliche Themen gibt, die ohne die Betroffen und/oder Angehörigen nicht zu vermitteln sind, wie beispielsweise Krisen, Vorurteile, Stigmatisierung oder bedarfsorientierte psychosoziale Versorgung oder auch Gewalt. Die gemeinsamen Themen sind je nach Curriculum und Zielsetzung festzulegen und kontinuierlich trialogisch zu reflektieren und zu überprüfen.

Nur durch das unterschiedliche Expertentum können spezifische Anliegen nahegebracht und vermittelt werden und somit zu einer verständnisvolleren und humaneren psychiatrisch/psychosozialen Versorgung beitragen und vermitteln, wie wichtig es ist, sich gegenseitig zuzuhören und respektvoll miteinander umzugehen.

Ob in der Fort- und Weiterbildung oder im Studium professioneller Pflege oder in anderen Kontexten war diese Form der Bildungsansätze eine Bereicherung und wurde im Kontext der Fachweiterbildung und des Studiums schon Ende der 1980er Anfang der 1990er Jahre mit Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen praktiziert.

Voneinander lernen bedeutet im gemeinsamen Erleben die eigene Wahrnehmung und die des anderen zu vervollständigen und gegenseitige Vorurteile abzubauen. Störungen und Erkrankungen aus allen drei Perspektiven wahrzunehmen ermöglicht ein individuelles Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das Ressourcen auf allen Seiten in den Blick nimmt und partizipative Strukturen schafft.

Bericht eines Experten aus Erfahrung

Durch meine Kontakte zur Leiterin der Weiterbildungsstätte Fachpflege in der Psychiatrie am Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe-Universität und Lehrbeauftragten an der Fachhochschule in Frankfurt am Main, bekam ich bereits vor vielen Jahren die Möglichkeit, an der Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) intensiv mitzuwirken. In diesen Kursen sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verschiedenen Berufsgruppen.

Zusätzlich bat mich die Leitung auch in der Weiterbildung zur Fachpflege in der Psychiatrie mein Erfahrungswissen einzubringen. Zeitweise findet dieser Unterricht mit den Pflegestudenten der Fachhochschule in einem bestimmten Modul statt, das mit dem Studienschwerpunkt Psychiatrie zusammenhängt. Die Leitung ist schon seit langem der Meinung, dass berufliche Bildung in wesentlichen Teilen nur noch trialogisch gemacht werden sollte.

Gemeinsam haben wir darüber diskutiert und kamen überein, dass es zentrale Themen gibt, bei denen Psychiatrie-Erfahrene nicht fehlen dürfen wie beispielsweise Krisen, Stigmatisierung, Recovery, Empowerment usw.

Wir sprechen dann im Vorfeld immer auch die Vorgehensweise ab, so dass ich meinen Beitrag ganz selbstverständlich und (eigen-) verantwortlich einbringen kann. Im Gegensatz zu anderen Veranstal-

tungen bekam, ich hier jedes Mal das gleiche Honorar für die geleisteten Stunden wie jeder andere Dozent auch.

Ich wollte mich deshalb intensiver mit „Lehren“ und Weitergabe von Experten-Wissen auseinandersetzen und dazu das Praktikum während der EX-IN-Ausbildung nutzen.

Meine Motivation

Mir machen diese Veranstaltungen aus vielen Gründen viel Spaß. Zum einen denke ich, dass dadurch meine jahrzehntelange Erkrankung, mein Anders-Sein einen Sinn bekommt und vielleicht dafür sorgt, dass andere Mitbetroffene nicht chronifiziert und hospitalisiert werden, weil junge und durch Weiterbildung motivierte professionelle Helfer sensibilisiert werden, sich mit der Situation von Betroffenen intensiver auseinanderzusetzen. Zum anderen ist der Austausch mit den Teilnehmern gleichzeitig eine erneute Reflexion meines eigenen Handelns und Denkens. Wesentlich ist auch, dass so ein gegenseitiges Verständnis der jeweiligen Situation entsteht und die gegenseitige Wahrnehmung eine andere wird.

So können die Stunden recht spannend sein und einen auch aufwühlen, aber ich habe auch die Möglichkeit Grenzen und meine Verletzungen durch psychiatrische Einrichtungen aufzuzeigen. Wichtig dabei ist, dass wir voneinander lernen und uns in unseren unterschiedlichen Sichtweisen mehr begreifen.

Im Unterricht konnte ich viel über mein Leben und meinen Lebensweg berichten, meine unterschiedlichen Krisen, Lebensweisen, z. B. auf der Straße, im Heim und die damit verbundenen Schwierigkeiten und Existenzproblemen aufzeigen. Die Schwierigkeiten beschreiben, mit dem wenigen Geld zu leben und verdeutlichen, was die oft schlechte psychiatrische Versorgung mit uns chronisch erkrankten Menschen macht und wie wichtig die eigenen vier Wände mit eigener Toilette sind.

Inhalte

Ich kann aus Betroffenen-Sicht von Empowerment und Beschwerdestellen berichten und von meinen Anfängen als Bewohnerdelegierter und die Arbeit im Werkstattrat. Als Zeitzeuge kann ich das Auf und Ab in der Psychiatrie und der Gemeindepsychiatrie beschreiben. Vieles, was uns heute als revolutionär erscheint, gab es schon früher und wir entwickeln uns eher zurück. Weitere wichtige Themen für mich sind, wo wir Betroffenen uns in den Alltag der Versorgung einbringen können, wie wir über Behandlungsvereinbarungen denken und welche Unterstützung gerade wir chronisch erkrankten Menschen für unser Wohlbefinden benötigen.

Mir ist in diesem Zusammenhang auch wichtig, professionellen Helfern aufzuzeigen, wo ich auch meine Ängste vor meiner Erkrankung habe und was ich mir dann wünsche bzw. was dann von Nöten ist. Wichtig ist mir auch zu verdeutlichen, wo mir in meinem kritischen Befinden eher belastbarere Mitbetroffene eine Hilfe sind, was sich aus meinem Erleben heraus in der Versorgung noch verändern muss und welche Ansätze weiterhelfen, wie beispielsweise das Soteria-Konzept, Aggressionsmanagement, Mozspracherecht oder auch Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen in Kliniken und Einrichtungen.

Gleichzeitig möchte ich vermitteln, dass meine Erfahrungen Ergänzung zum professionellen Fachwissen sind und über das Erfahrungswissen von Psychiatrie-Erfahrenen aufklären, vor allem wo wir gerne mit dabei sind und gefragt werden wollen. Beispielsweise geht es um die Integration der Perspektive von Experten durch Erfahrung in alle Bereiche der Psychiatrischen Versorgung und darum, dass so eine effektivere und bessere Psychiatrie entstehen kann.

Ich profitiere ganz nebenher in diesem Zusammenhang von dem Fachwissen der unterschiedlichen Mitarbeiter und erfahre viel über unterschiedliche Einrichtungen und deren verschiedenen Weisen zu arbeiten. Bekomme Informationen über psychosoziale Einrichtungen, die ich bisher noch nicht so kenne.

In diesem Zusammenhang zeigt sich manchmal auch die unterschiedliche Sichtweise von Betroffenen und Profis. Auf der einen Seite finde ich es manchmal bedrückend, welche Welten zwischen dem unterschiedlichen Erleben liegen und gleichzeitig gibt es mir die Sicherheit, dass es auch andere Blickwinkel gibt, Situationen einzuschätzen und zu erfassen. Ob sie immer hilfreich sind, muss sich dann in der Auseinandersetzung herausstellen.

Ausblick

Zu einem Höhepunkt meiner Entwicklung zähle ich die EX-IN Ausbildung. Vor diesem Hintergrund macht es viel Spaß, sich mit aus der Praxis kommenden Fort- und Weiterbildungsteilnehmern zu konfrontieren, in Dialog zu treten und gemeinsam Themen genauer anzusehen. Und ich lerne sowohl in der EX-IN Ausbildung als auch beim Unterrichten viel Neues und

auch mehr über mich nachzudenken und meine Einstellungen.

Ich bin froh, dass ich trotz meiner Einschränkungen und auch der mehr werdenden körperlichen Einengungen den Lernenden ein positives Leben vermitteln kann, das zwar anders ist, bescheidener, aber dass es sich trotz allem lohnt zu leben. Und das war für mich zeitweise nicht der Fall. Und dazu gehört, dass es auch manchmal Auf und Ab geht.

Ich halte es für besonders wichtig, dass wir Betroffene bei diesen Aus- und Weiterbildungen dabei sind und unseren eigenen Beitrag selbstbewusst beisteuern.

Mir tut das Interesse an meiner Person außerdem gut, das sich auch in den Pausengesprächen fortsetzt, bei den Mahlzeiten oder auch abends nach dem Unterricht zeigt. Es ist kein mitleidiges Gespräch, sondern ein Kontakt auf Augenhöhe und das Interesse, meine Sicht der Dinge zu erfahren.

Im Unterricht fühle ich mich akzeptiert, ich werde oft gefragt, was ich zu bestimmten Sachverhalten meine, wie ich Konzepte sehe und ob diese an den Bedürfnissen von Betroffenen orientiert sind, was ich in dieser oder jender Situation machen oder mir wünschen würde.

Ich würde gerne diese Tätigkeit weiter ausbauen und erhoffe mir durch den Abschluss der EX-IN Ausbildung, dass ich diese Chance erhalte. Dazu gehört für mich dann auch, mein spezifisches Wissen als Psychiatrie-Erfahrener weiter didaktisch aufzubauen und mir Skripte und Folien oder PowerPoint-Präsentationen mit den Inhalten immer wieder mit gemachten Erkenntnissen zu erarbeiten und auszuweiten. Gleichzeitig muss ich lernen mit meinen Kräften so zu haushalten, dass ich weniger an meine körperlichen Grenzen stoße.

Bemerkungen zum Schluss

An einer anderen Fachhochschule (mit der ich in einem anderen Zusammenhang zu tun habe) erlebe ich, wie junge Studentinnen einen doch ziemlich realitätsfremden Unterrichtsstoff mitbekommen, der mit unserem Alltag als Behindertem wenig zu tun hat. Hier wäre eine vermehrte Einbeziehung von uns Betroffenen sehr wünschenswert.

Bei allem Positiven meiner bisherigen Erfahrungen in der Vermittlung von Wissen, müssen wir Psychiatrie-Erfahrenen, aber auch die Angehörigen aufpassen und sehr genau hinsehen, ob wir an manchen Stellen nicht nur eine Alibifunktion haben und das nette Beiwerk sind, sondern wirklich Partner mit unserem eigenen Beitrag und unseren eigenen Methoden.

In diesem Zusammenhang ist es mir auch wichtig, dass wir Psychiatrie-Erfahrenen mitdenken, konstruktive Kritik äußern und nicht nur dagegen sind, weil es sich so gehört und die professionellen Mitarbeiter nur schlecht sind.

Rückmeldung einer Teilnehmerin

Ich hatte das Glück, Herrn L. in einem meiner ersten SPZA-Seminarblöcke kennenzulernen und durch ihn eine Lektion zu lernen, die kein Fachbuch so nachdrücklich hätte vermitteln können:

Eine Lektion über die Würde des Eigensinns

Freimütig erzählte Herr L. vom Erkranken, vom Wütend-Sein und Hadern mit der Behandlung, von Unterstützungen, die hilfreich waren und solchen, die ohnmächtig machten, von der Auseinandersetzung – im Positiven wie im Negativen – mit dem Gesundheits- und Hilfesystem. Hierbei schilderte er Phasen des Angewiesen-Seins auf Hilfe und Schutz – Schutz auch teilweise vor sich selbst, Phasen der erlernten Hilflosigkeit und des sich Einrichtens in der fürsorglichen Belagerung. Prägend jedoch schienen mir die Kämpfe um Autonomie – Autonomie in der Lebensführung, der Deutungshoheit über die eigene Erkrankung, der immer wieder neu auszuhandelnden Rolle als Mensch mit einer chronischen psychischen Erkrankung in der Gesellschaft.

Trotz Rückschlägen, Widrigkeiten und Umwegen ist Herr L. nicht verstummt und resigniert – er hat Recovery gelebt. Sowohl als „Ex-IN-ler“ als auch als Mitglied des erweiterten Vorstandes der DGSP hat er denen eine Stimme gegeben, denen ihr Eigensinn und das Zutrauen in sich selbst abhandengekommen ist.

Was hierbei sicherlich unabdingbar war, ist eine robuste Persönlichkeitsstruktur; gleichermaßen unentbehrlich sind jedoch Unterstützer im sozialen Netz, die bereit sind, auf Augenhöhe zu begegnen, die begleiten ohne zu bevormunden, die „Verrennen“ und Konfrontieren nicht persönlich nehmen, die den Menschen in seiner Gesamtheit und nicht als Sammlung von Symptomen sehen – für die es letztendlich selbstverständlich ist, sich im Anderen zu erkennen.

Rückmeldung aus gemeinsamen Lehrveranstaltungen

Über mehrere Semester wurden trialogisch in gemeinsamen Lehrveranstaltungen für Studierende und Teilnehmende der Weiterbil-

dung Fachpflege Psychiatrie an der Fachhochschule Frankfurt (heute Frankfurt University of Applied Sciences) ausgewählte Themen aus Modulen der beiden Curricula gemeinsam angeboten.

Ein paar Aspekte aus den Rückmeldungen und Auswertungen, die deutlich machen, wie wichtig es ist Theorie und Praxis sowie eine trialogische Sicht miteinander zu verbinden.

- Sowohl die Studierenden als auch die Weiterbildungsteilnehmenden stellten fest, dass sie, vor allem auch durch den Austausch, sehr voneinander profitiert haben durch die unterschiedlichen Erfahrungen sowohl in der theoretischen Auseinandersetzung als auch in der praktischen Umsetzung.
- Beide Gruppen betonten, dass die trialogische Sicht auf zentrale Themen wie Stigmatisierung, Versorgungsstrukturen, Krisen, Empowerment, Recovery, Resilienz usw. wesentlich zum Nachdenken anregte und gleichzeitig in eine umfassende Sicht und einen gesellschaftlichen Rahmen gestellt hat.

Sie regten an, dass die Curricula darauf überprüft werden sollten, wie trialogisches Denken und Handeln mehr verankert werden kann. Außerdem plädierten sie dafür, die Bildung in der Pflege grundsätzlich zu diskutieren und in hochschulische Strukturen mit einem dem Fach angemessenen Praxisanteil mit entsprechenden Übergangszeiten zu bringen.

Fachgespräch an der FH Frankfurt am Main

Unter dem Thema „Zukunft der psychiatrischen Pflege – Vision und Notwendigkeiten“ fand im Mai 2006 ein trialogisches Fachgespräch zur pflegerischen Bildung statt. Eingeladen hatte der „Arbeitskreis der Weiterbildungsstätten Psychiatrische Pflege in Hessen“. Vertreten waren Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, das Regierungspräsidium Darmstadt, die Fachhochschule und Weiterbildungsstätten Fachpflege Psychiatrie und Pflegeverbände.

Zentrale Aussagen zu Beginn

Zu Beginn bildet ein Problemaufriss wesentliche Aspekte aus professioneller Sicht ab, dabei geht es um Ethik, Qualität, Methoden und Forschung sowie Schlüsselqualifikationen im Kontext (psychiatrischer) Pflege. Es wird die Frage aufgeworfen wie Bildungsangebote vernetzt und angepasst werden und Kompetenzen auf allen Ebenen mehr in den Mittelpunkt rücken. Außerdem kommt zur Sprache inwieweit sich das Gesundheitswesen, auch die Bildung zu sehr an privatwirtschaftlichen Maximen der Gewinnmaximierung orientiert.

Festgestellt wird, dass unterschiedliche Reflexionsverfahren und deren Anwendung ein fester Bestandteil im der Fachpflege-Weiterbildung sein müssen und dass die Inhalte regelmäßig gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen auf deren Bedarfe und Bedürfnisse ganz selbstverständlich zu überprüfen sind.

Des Weiteren wurde dargelegt, dass auch wenn Weiterbildung in der Verantwortung der Bundesländer liegt, eine „Gemeinsames Curriculum“ die Vergleichbarkeit der Qualifikation und der Abschlüsse sowie eine Transparenz für Arbeitgeber, aber auch die Vereinheitlichung des Berufsbildes und des Berufsprofils zur Folge hätte, auch wenn die einzelnen Weiterbildungsstätten dadurch im Handlungsspielraum eingeschränkt würden.

Es wird sich für eine durchgehende Modularisierung der Weiterbildung ausgesprochen, die möglicherweise die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erhöht. Wichtig ist dabei einer „Fragmentierung“ vorzubeugen und durch „Präsenzmodule“ einen direkten Austausch und ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu fördern.

Die Ausführungen eines Experten aus Erfahrung gingen von der Frage aus: Was erwarten Betroffene von psychiatrisch Tätigen? Viele kleine positive und negative Alltagsbeispiele wurden beschrieben. Wichtige Stichworte, die als Konsequenz abgeleitet wurden, waren: „Achtung vor dem Menschen“, „Fairness“, „Wertschätzung“, „Freundlichkeit“, „„Akzeptanz“, „Demut vor dem einzelnen Leben“, „Menschlichkeit und Mitgefühl“, „Vertrauen“, „Kontinuität in der Bedeutung“, „Kein DU – Wahrung von Nähe und Distanz“, „mehr ambulante Möglichkeiten in der Behandlung“, „mehr Zeit für Patienten statt für die Organisation“, „keine Dienstkleidung“, „Begegnungen auch außerhalb der Klinik“ und „demokratische Psychiatrie, d. h. mehr Mitsprache! Auch bei Inhalten in der pflegerischen Bildung!“

Aus Sicht der Angehörigen wird bemängelt, dass Pflegende in der Regel keine Ansprechpartner für Angehörige sind, das ist aus einem Umfrageergebnis vom angehörigenverband hervorgegangen. Betont wird, dass dort, wo es „Angehörigenvisiten“ oder ähnliche Angebote von Pflegenden gibt, Pflege deutlicher wahrgenommen wird. Die Hauptnotwendigkeit wird in der Professionalisierung der

psychiatrischen Pflege gesehen und darin, dass Pflegende in der Lage sein müssen sowohl stationäre als auch ambulante Arbeit gleichzeitig im Versorgungssystem zu leisten. Festgestellt wird zu diesem Zeitpunkt, dass sich Pflege aus der integrierten Versorgung und Hilfeplanung raushält. Fazit: Pflege muss sich deutlicher darstellen!

Von Seiten der Hochschule werden kurz die Pflege-Studienangebote dargestellt und betont, dass sich in diesen Kontext eine Zusammenarbeit mit den Weiterbildungsstätten Psychiatrische Pflege gut anbahnen ließe und zur gegenseitigen Weiterentwicklung beitragen könnte.

Durch die Statements und die anschließende umfassende Diskussion wurden folgende Aspekte festgehalten:

Aufgeworfen wurde die Frage, was Pflegedienstleitungen/-direktionen möchten, was weitergebildete Pflegekräfte können sollten (Stichworte: Weiterbildung soll Inhalte und Kompetenzen vermitteln, soll Teilnehmer befähigen in allen Feldern psychiatrischer Pflege zu arbeiten und soll Multiprofessionalität und Zusammenarbeit fördern.

Es ist zu klären, wie Betroffene und Angehörige mehr in die Weiterbildung mit einbezogen werden können.

Die Kompatibilität Fachhochschule und Weiterbildungsstätten ist zu prüfen.

Weiterbildung muss der Tatsache Rechnung tragen, dass Teilnehmer in zunehmendem Maße über weniger praktische Erfahrungen in der Psychiatrie verfügen.

Forderung

Fachhochschule und Weiterbildungsstätten sollen gemeinsame Module entwickeln, Projekte und Forschungsarbeiten gemeinsam gestalten und Bildungsdurchlässigkeit als Schritt zur generellen Akademisierung der Pflege vorantreiben.

Beispiele

1. Stigmatisierung – trialogisch lehren

Stigmatisierung ist ein Prozess, in dem Individuen durch andere Individuen eingeordnet werden, sei es in Kategorien oder durch Zuschreibung bestimmter Eigenschaften und Merkmale. Häufig werden Personen durch negativ bewertete Zuschreibungen an den Rand gedrängt, es bestehen Vorurteile und in Folge werden Menschen ausgegrenzt.

In der Forschung werden Prozesse, die zur Stigmatisierung führen und Formen des Umgangs mit Stigmatisierung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene erforscht. Erving Goffman beschreibt in seinem Buch „Stigma – über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ verschiedene Formen des Umgangs mit Stigmata wie beispielsweise Enthüllung, Inanspruchnahme gesetzlicher Schutzmechanismen, Kompensation oder Verdrängung und deren positive wie negative Auswirkungen.

Schon wenn wir diese wenigen Ausführungen zu Stigma auf uns wirken lassen, wird deutlich, dass diese Thematik von unterschiedlichen Seiten her betrachtet und unterrichtet werden muss.

Punktuelle gemeinsame Planung

Psychiatrie-Erfahrene(r), Angehörige(r) und Professionelle(r) einigen sich in einem Vorbereitungsgespräch und in der inhaltlichen Diskussion bei den zugrunde gelegten acht Unterrichtsstunden (zwei mal vier) auf folgende Aspekte:

Es geht darum, mehr die Zusammenhänge in den Blick zu nehmen, die Anti-Stigma-Arbeit befördern. Festgestellt wurde, dass

Tag/Zeit	Inhalte / Anregungen	Mögliche Durchführung
Datum von … bis	• Begrüßung/Einführung (Vorstellung wenn notwendig) • Gemeinsamer Einstieg • Kurze theoretische Einführung (auch Stigma-Theorien und -forschung) durch den/die Professionelle • Erfahrungen und Auswirkungen aus Betroffener-Sicht aus Angehörigen-Sicht Gruppenarbeit zu Antistigma-Kompetenz, die gemeinsam formuliert wurde Beschreibung von Praxissituationen Evtl. Film	➢ kurze Abriss der Inhalte (trialogisch) ➢ Kartenabfrage zum Stichwort Stigmatisierung ➢ Powerpoint-Präsentationen Nachfragen nach jedem Vortrag Diskussion Vorgabe-Blatt und ggf. Materialien, Sicherung der AG-Ergebnisse und Bericht Rollen-/Situationsspiele
Antistigma-Kompetenz drückt sich in Wissen, Haltungen und Verhalten aus und bedeutet einen aktiven Beitrag zu einem respektvollen und gleichberechtigten Miteinander		

(Selbst-)Stigmatisierung verstärkt wird durch beispielweise

- übernommene Vorurteile
- suchen nach einfachen Lösungen und Erklärungen
- Angst vor Fremden und Andersartigem
- mangelndes Selbstbewusstsein über die Schwere des Problems psychischer Erkrankungen
- Mangel an Wissen und aktuellen Informationen
- Fehlinterpretationen und Fehlwahrnehmungen beispielsweise von Verhalten

Einigkeit bestand auch darüber, dass Stigmatisierung das bedeutendste Hindernis im Recovery-Prozess ist und dies deutlich in den Vordergrund gestellt werden muss.

2. Fortbildung „Trialogische“ Beratungskompetenzen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige

Die Idee entstand im Zusammenhang der Aussagen Betroffener und Angehöriger, dass es häufig schwierig ist in trialogischen Gremien entsprechend selbstverständlich zu diskutieren und sich gleichrangig einzubringen, obwohl immer wieder im psychosozialen Kontext betont wird, wie positiv sich die Zusammenarbeit auswirkt. Es liegt nahe, dass aus der Hilfe von Betroffenen für Betroffene sowie der Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes und der Arbeit von professionellen Helfern eine lebensnahe, lösungsorientierte neue Qualität der Hilfe und Begleitung entsteht, die Stigmatisierung entgegenwirkt und ein trialogisches Miteinander fördert.

Zu dem Erfahrungswissen und eigenen Erleben ist es für die Arbeit in der Beratung durch Erfahrene und Angehörige hilfreich, einige Hilfsinstrumente zu Verfügung zu haben und sich mit möglichen Fragestellungen und Grenzen auseinander zu setzen, um vor Ort eine entsprechende Arbeit leisten zu können.

Deshalb hat die DGSP erstmals 2013 eine Fortbildung für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige angeboten, die in Selbsthilfe und Beratung tätig sind.

Ziel der Fortbildung:

- Vorbereitung auf z. B. Beratung aus eigener Erfahrung in Institutionen, Teams, Beschwerdestellen, in Schulprojekten
- Sicherheit erlangen durch Reflexion
- Erarbeiten von Hilfsmitteln
- Wissen um die eigenen Stärken und Fähigkeiten

Arbeitsmethoden:

Die eigene Erfahrung und das personenbezogene Erleben sind Ausgangspunkt und werden durch Inhalte ergänzt durch unterschiedliche Arbeitsmethoden wie Gruppendiskussion, Gruppenarbeit, Situationsspiele, Anschauungsmaterial usw.

Die Leitung hatte ein Psychiatrie-Erfahrener gemeinsam mit einer Fachkrankenschwester für Psychiatrische Pflege

Die Fortbildung gliederte sich in drei Teile

Erster Teil (zwei Tage)

Themen

- Einführung ins Thema
- Vorstellungen und Erwartungen an meine Tätigkeit in der Begleitung/Beratung als Experte aus Erfahrung
- Kurze Einführung in die aktuelle psychiatrische Versorgungslandschaft, mögliche

Situationen und Orte der Beratung/Begleitung
- Rolle und Rollenverständnis als Erfahrenen-Berater
- Stärken durch die Veränderung im eigenen Krankheits- und Gesundheitsgeschehen
- Grundlagen in Gesprächsführung und Kommunikation
- Grundlagen zum Thema Konflikte und mögliche Lösungswege
- Themen, die sich aus der Zusammensetzung der Fortbildungsgruppe ergeben

Im zweiten Teil ging es in Absprache und individueller Planung darum ...

- Praktische Erfahrungen sammeln (evtl. in Form einer Hospitation, Teilnahme an unterschiedlichen Angeboten)
- Schriftliche Ausarbeitung/Zusammenfassung eines Beratungsgesprächs (Vorgaben und Vorbereitung)

Dritter Teil (zwei Tage)
Themen

- Kooperation und Zusammenarbeit mit den professionellen Mitarbeitern
- Reflexion der Erfahrungen, Berichte über die Beratungsgespräche / Hospitation
- Gruppen- und/oder Einzelberatung und Betreuung
- Mögliche Inhalte der Gespräche und Grenzen der Hilfen
- Offene Themen und Vertiefung einzelner Inhalte
- Übergabe der Teilnahmebescheinigungen

Diese kurze Fortbildung kann das Bewusstsein stärken, wie wichtig im Sinne der UN- Behindertenrechts-Konvention die Teilhabe und Teilgabe sowie ein trialogisches Miteinander ist und wie wichtig Kompetenzen sind, die dazu befähigen, sich partnerschaftlich und gleichberechtigt in Gremien und trialogischen Veranstaltungen einzubringen.

Trialogisches Lehren und Lernen aus der Perspektive eines EX-IN Trainers

Es kann eine grundlegende Aufgabe für Expert*innen durch Erfahrung darstellen, sich an Ausbildungs- und Qualifizierungsprozessen zu beteiligen. Einerseits ist es wichtig, dass reflektierte Erfahrungswissen zu nutzen, um andere Psychiatrie-Erfahrene fortzubilden, anzuregen, zu unterstützen oder zu aktivieren. Andererseits ist das Erfahrungswissen wichtig, um Angehörige zu informieren und in die psychiatrische Versorgung einzubinden und Professionelle dabei zu unterstützen, ihr Wissen und ihren Arbeitsansatz weiterzuentwickeln, um ihre Angebote bedürfnisangepasster umzusetzen.

Im Rahmen der EX-IN Ausbildung stellt das Modul „Lehren und Lernen“ einen Erfahrungs- und Reflexionsraum zur Verfügung, in dem über die eigene (Krisen-) Erfahrungen gesprochen und dabei die eigenen Grenzen geachtet werden können. Es werden unterstützende Haltungen, Methoden und Inhalte für Ausbildungssituationen erarbeitet und die Anwendung von Präsentationstechniken und Moderationsmethoden kann erprobt werden.

Gleichzeitig bietet das Modul einen differenzierten und vielschichtigen Zugang zu den persönlichen Lern- und Bildungserfahrungen der Teilnehmenden, die sich häufig als gebrochene oder fragmentierte Bildungsgeschichten erzählen lassen. Im rückblickenden Verstehen der eigenen Bildungsbiografie kann es möglich werden, wieder alten Lernpfaden und -erfahrungen zu folgen und vielleicht auch neue Lernanlässe und -horizonte zu entdecken. Wenn Bildung, wie im humboldtschen Sinne, die Erfahrung von Unbekanntem und Neuem meint und dies im Sinne eines emanzipatorischen Anliegens durch Selbsttätigkeit und Empfänglichkeit ermöglicht wird, dann ist in dieser Argumentation auch der immanente Bildungsbezug der EX-IN Idee angedeutet. Nach einem von Hans-Christoph Koller (2012) entwickelten und an Humboldt anschließenden Ansatz wird Bildung als Prozess bezeichnet, welcher die Sicht des Menschen auf die Welt und sich selbst verändert. Solche Prozesse werden ausgelöst durch die Konfrontation „mit neuen Problemlagen“ (Koller 2012, S. 16) für deren Bewältigung bestehende Handlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen und die als Krisenerfahrungen zu bezeichnen sind. Eine derartige Grenzerfahrung macht eine Veränderung notwendig (vgl. ebd., S. 15ft; 71f; 115).

Dies kann im Kontext der Reflexion der eigenen Erfahrungs- und Genesungsgeschichte in der EX-IN Ausbildung auf mehrere Weisen diskutiert werden. Zum einen stellt die seelische Krise selbst einen möglichen Anlass für einen Bildungsprozess dar, indem die Krise auch als Chance interpretiert werden kann innezuhalten, alte biografische Muster zu hinterfragen und neue Wege der Problembewältigung zu erproben. Zum anderen stellt die Konfrontation bzw. Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Perspektiven eine Möglichkeit dar, das eigene Welt- und Selbstverständnis zu überprüfen, zu verändern oder zu erweitern. Solche transformatorischen Bildungsprozesse be-

ruhen dabei auch auf einem trialogischen Grundverständnis der EX-IN Ausbildung, welches sich nicht nur als eigenständiges Modulthema abbildet, sondern auch als eine zentrale und immanente Perspektive die Reflexion der weiteren curricular angelegten Ausbildungsinhalte durchdringt. Die trialogische Orientierung trägt dazu dabei, eine einseitige Definitionsmacht aufzubrechen und sich konzeptionell eindeutiger den Erfahrungen, Erkenntnissen und Bewertungen aller Beteiligten in Theorie und Praxis zu öffnen. Die biographische Perspektive und die Reflexion von Betroffenen- und Angehörigen- und Professionellen-Sicht ermöglicht wechselseitiges Lernen mit dem Ziel, Wahrnehmungen als subjektiv wahr anzunehmen und als schützende Wirklichkeit gelten zu lassen. Trialogische Orientierung bedeutet dann wechselseitiges Lernen mit dem Ziel, Wahrnehmungen als subjektiv wahr anzunehmen und als schützende Wirklichkeit gelten zu lassen. Dies mag abschließend auch ein sinnstiftendes Ziel für trialogisch gestaltete Lehrformen- und -anlässe sein.

Fazit

Die zusammengetragenen Fragmente machen deutlich wie wichtig es ist sich auf allen Ebenen damit auseinander zu setzen, wie Bildung, unterschiedliche Erfahrungen und damit verbundene vielfältige Blickwinkel und Erfahrungen konstruktiv für eine umfassende Sicht psychosozialer Entwicklung, Begleitung und Behandlung genutzt werden können, um ein individuelles, übergreifendes und gleichzeitig komplexes Betreuungsangebot zu schaffen, das Prävention und Gesundheitsförderung einschließt und Menschen in psychischen Krisen, Erkrankungen und Störungen die angemessene, notwendige und individuelle Hilfe anbieten kann.

Literatur

Goffman, E.: (1975) Stigma – Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Suhrkamp Verlag Frankfurt/Main

Koller, H.-C.: (2012). Bildung anders denken – Einführung in die Theorie transformatorischer Bildungsprozesse. Kohlhammer Stuttgart

Laupichler, K.; Schädle-Deininger, H.: (2012) Arbeitsfelder für Experten aus Erfahrung, praxis wissen psychosozial 3/2014, Friedrich Verlag Seelze

Schädle-Deininger, H.; Peukert, R.; Wagner, F.-J.; mit Unterstützung der DGSP e. V.: (2016) Trialogisches Miteinander – Chance voneinander zu lernen Zum Gedenken an Klaus Laupichler, Selbstverlag

Schädle-Deininger, H. (2020). Bildung und Psychiatrische Pflege – Bildungsdurchlässigkeit – mögliche Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung, 1/2020 PADUA, Bern Hogrefe

Schädle-Deininger, H.: (2021). Der Geschichte eine Zukunft geben – Psychiatrische Pflege 1960 – 1990, Bonn Psychiatrie Verlag

Autor

Elias Nolde
langjährige Tätigkeit als Drucker und Abteilungsleiter im Buchgroßhandel, berufsbegleitendes Studium der Pädagogik, tätig als freiberuflicher Projektentwickler, Dozent und Mitarbeiter der Alexianer Münster GmbH sowie im ambulanten Hospizbereich, Erfahrungsexperte und EX-IN Trainer
E-Mail: Elias.Nolde@gmx.de

Autorin

Hilde Schädle Deininger
Dipl. Pflegewirtin (FH), Fachkrankenschwester in der Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe, war in ganz unterschiedlichen Bereichen der psychosozialen Versorgung und in der Lehre tätig, derzeit freiberufliche Dozentin und Mitarbeit in unterschiedlichen Gremien
E-Mail: schaedle-deininger@t-online.de

Unveröffentlichte Unterlagen, Notizen, Aufzeichnungen der Autorin und des Autors waren wesentliche Grundlagen des Artikels

NÄHER AM MENSCHEN.
NÄHER BEI MIR.

Jetzt für das von SeneCura finanzierte Bachelor-Studium Gesundheits- und Krankenpflege an der IMC FH Krems bewerben.
senecuragruppe.at
KZ 2021-7421

Mit über 5.000 Mitarbeiter:innen sind wir der größte private Arbeitgeber im Pflege- und Gesundheitsbereich in Österreich. In unseren Häusern pflegen wir eine wertschätzende und professionelle Kultur. Wir arbeiten mit Herz und Verstand mit und für die uns anvertrauten Menschen, die uns viel Positives zurückgeben. Es ist eine Arbeit mit Sinn und jedes Lächeln kommt zurück.

Wir suchen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für unsere Sozialzentren in allen Bundesländern.

In einem multiprofessionellen Team sind Sie mit Ihrer ganzen Expertise gefragt und können sich mit all Ihren Talenten einbringen. Sie arbeiten nach den von SeneCura selbst entwickelten Pflegestandards und tragen zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner bei. Ihre Karriere unterstützen wir mit individueller Fort- und Weiterbildung im SeneCura Campus oder der Ausbildung im Pflegemanagement.

Sie sind wie wir näher am Menschen? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter senecuragruppe.at

Lisa-Maria Willisits, BA, SeneCura HR Talent Management
T +43 (0)1 585 61 59 www.senecura.at/karriere

SeneCura
NÄHER AM MENSCHEN

Unsere Superkraft: **Pflegekraft**

Zur Verstärkung unserer Teams suchen wir:

- Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger*in (DGKP)
- Fachsozialbetreuer*in Schwerpunkt Altenarbeit
- Pflegefachassistent*in
- Pflegeassistent*in
- Heimhelfer*in

Jetzt bewerben und erleben

www.caritas-stpoelten.at/jobs

Caritas Pflege

Klinische Akutversorgung für Menschen im Autismus Spektrum (ASS) - Analyse von Barrieren und Entwicklung von Lösungsansätzen im Rahmen interdisziplinärer Teams

Hinweis:
Der vorliegende Artikel gliedert sich in zwei zusammenhängende Teile. Im Teil I erfolgt eine Annäherung an die Perspektiven von Menschen mit ASS, eine Analyse vorhandener Barrieren im klinischen Setting und die Beschreibung von Grundlagen der mit ASS einhergehenden Anforderungen an Diagnostik und Therapie. Im Teil II wird auf innovative Lösungsansätze klinischer Akutversorgung von Menschen mit ASS durch Patient Care Teams (PCT), Peers und Stationsäquivalente Behandlung (StäB) eingegangen, welche zur Reduktion der Barrieren einen Beitrag leisten sollen.

Autoren:
Simon Stiehl, Markus Witzmann

Schlüsselwörter:
Barrierefreie Akutversorgung, Versorgungsbarrieren, Autismus Spektrum, Autismus-Störungen, ASS, Autismus, Asperger-Autismus, Versorgungslücken, Autismus-freundliche Versorgung

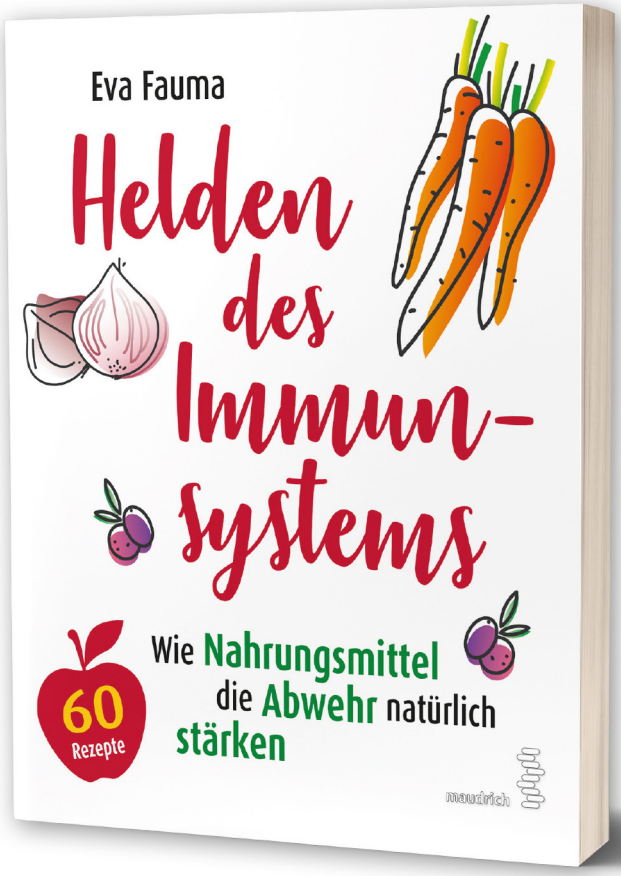
Keywords:
Accessible care, care barriers, autism spectrum, autism disorders, ASD, autism, Asperger's autism, care gaps, autism friendly care

Zusammenfassung:
Der vorliegende Artikel thematisiert in zwei Teilen die zurzeit bestehenden psychosozialen Versorgungsstrukturen und Aspekte der unzureichenden Patient*innenversorgung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) in der klinisch-psychiatrischen Akutversorgung. Darüber hinaus werden Unterschiede zwischen der speziellen Lebensperspektive von Menschen mit ASS vergleichend zur nicht-autistischen Erlebniswelt aufgezeigt, bestehende Barrieren oder auch Herausforderungen in der professionellen Betreuung (auf interaktioneller und organisatorischer Ebene) in der klinischen Akutpsychiatrie benannt und Inkongruenzen zwischen dem speziellen Patientenklientel und dem akutpsychiatrischen Versorgungssetting identifiziert. Kontextgebunden zu bestehenden Problematiken, die in der Literatur und Praxis gesichtet wurden, wird im Sinne des AWMF-Goldstandards zur Diagnostik und Therapie eine Empfehlung für das klinisch-therapeutische Handeln ausgesprochen, sowie Lösungsansätze durch interdisziplinäre Teamstrukturen aufgezeigt.

Abstract:
This article addresses in two parts the currently existing psychosocial care structures and aspects of the insufficient patient care of people with autism spectrum disorders (ASD) in clinical psychiatric acute care. Furthermore, differences between the special life perspective of people with ASD in comparison to the non-autistic world of experience are pointed out, existing barriers or also challenges in professional care (on an interactional and organizational level) in clinical acute psychiatry are named, and incongruities between the special patient clientele and the acute psychiatric care setting are identified. Context-bound to existing problems, which were reviewed in the literature and practice, a recommendation for the clinical-therapeutic action is pronounced in the sense of the AWMF gold standard for diagnostics and therapy, as well as solution approaches by interdisciplinary team structures are pointed out.

Geschmackvoll & wirksam!

Mit Ernährung die Abwehr natürlich stärken



Eva Fauma

Helden des Immunsystems

Wie Nahrungsmittel die Abwehr natürlich stärken

Ob ätherische Öle gegen Erkältung, Phytosterine für starke Nerven oder entzündungshemmende Polyphenole: Natürliche Wirkstoffe aus der Nahrung helfen uns, gesund zu werden und zu bleiben.
In diesem Buch stellt Ernährungswissenschaftlerin Eva Fauma elf „Helden" des Immunsystems vor und zeigt, wie wir sie geschmack- und wirkungsvoll auf den Teller bringen.

- Steckbrief und Übersicht zu den Helden des Immunsystems
- Spannende Infos zu Wirkung und Vorkommen
- Praktische Tipps für Küche und Alltag
- Rund 60 Rezepte mit besonderer Wirkstoffdichte

maudrich 2021, 144 Seiten, farbig
EUR (A) 18,90 / EUR (D) 18,40 / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-99002-128-6
eISBN 978-3-99111-348-5

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

maudrich

(C) imaginando

Klinische Akutversorgung für Menschen im Autismus Spektrum (ASS) Teil I: Perspektiven von Menschen mit ASS, Barrieren im klinischen Setting der Akutversorgung und die mit ASS einhergehenden Anforderungen an Diagnostik und Therapie

Einleitung: „Durch das Raster fallend…“

Seit Jahrzehnten, mit der Grundsteinlegung einer modernen psychiatrisch-, psychosozialen Versorgung, im Kontext der allgegenwärtig bedeutsamen Psychiatrie-Enquete-Reform im Jahr 1975 (vgl. Armbuster et al., 2015: S. 16ff.), entwickelt sich die akutpsychiatrische Versorgung stetig weiter. So wurde eine ‚Ambulantisierung‘ der (sozial-) psychiatrischen Versorgung umgesetzt, das klinische Setting an qualitative hochwertige Standards der Akutversorgung angepasst und weitestgehend optimiert, in moderne Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten investiert und stetig geforscht sowie der Ausbau der ambulant psychiatrisch-, psychotherapeutischen Versorgung inklusive Krisenversorgung vorangebracht. Bestehende Versorgungsmissstände im erwähnten Versorgungsspektrum sollen z. B.: über unabhängige regionale Beschwerdestellen und ein mehr an Regulierung durch Aufsichtsbehörden aufgedeckt und behoben werden. Insgesamt wird angestrebt, die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen auf die individuellen Bedürfnislagen (Stärkung der Subjektorientierung), der Lebensfeldorientierung auszurichten, welche auch die Bereitstellung barrierefreier Zugänge zur Gesundheitsversorgung beinhaltet.

Seit der Etablierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), durch die Generalversammlung der Vereinigten Nationen im Jahr 2006, erfolgte neben einer Sensibilisierung auf die allgemei-

nen Menschenrechte und deren Umsetzung in Hilfesystemen auch eine Intensivierung der Analyse von Barrieren des Zugangs und von Versorgungssystemen mit Fokus auf Menschen mit Behinderung und spezifische Zielgruppen. Es gilt zu klären, inwieweit unsere Regelversorgungsangebote Barrieren aufweisen, die es Menschen mit spezifischen Störungen und/oder Behinderungen erschweren eine adäquate Hilfeleistung in Anspruch zu nehmen. Dies fordert uns auf, den Blick auch auf die klinische Akutversorgung zu richten. Im Folgenden soll dies anhand der besonderen Situation von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung erfolgen. Im hochstrukturierten, institutionellen Versorgungsalltag mit überwiegend Diagnose-geclusterten stationären Settings besteht ein Risiko, dass spezifische Patient*innengruppen wie Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS), durch das multimodale Diagnostik- und Behandlungsraster vieler Fachkliniken fallen. Es gilt Antworten zu finden, warum bei einer von Systematik geprägten Krankenhausstruktur, das Element von Fachangeboten bzw. -stationen für ASS im Repertoire vieler maximalversorgenden Kliniken völlig ausbleibt. Gründe hierfür sehen die Autoren auch in den mit der Patientengruppe einhergehenden spezifischen Anforderungen, die mit dem Störungsbild einhergehen. Abseits der sich ergebenden institutionellen Problematiken, erweist sich auch die autistische Wahrnehmungs- und Erlebniswelt als Herausforderung und Barriere, die nur durch intensive Auseinandersetzungen seitens des Personals und der Führungskräfte der Einrichtung überwunden werden kann.

„Das fast vollständige Fehlen spezifischer Therapiekonzepte und die fehlende Schulung des medizinisch-therapeutischen Personals führt nach klinischem Eindruck immer wieder zu unvollständigen oder falschen Diagnosen, therapeutischen und kommunikativen Missverständnissen und daraus resultierenden Fehldeutungen ungewöhnlicher Kommunikations- und Verhaltensweisen von Menschen mit ASS.“ (AWMF-Leitlinie, 2021: S. 416).

Bei dem voreiligen Versuch, Patienten mit ASS die ‚Schablone‘ der akutpsychiatrischen Regelversorgung aufzulegen, entstehen unterschiedlichste Problematiken in der professionell-pflegerischen Fürsorge und der neuropsychiatrischen Versorgung. Fortführend stehen die bereits lange aufrechterhaltenen psychokognitiven Barrieren für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in keiner Relation zu körperlichen Barrieren für z. B.: Menschen mit einer physischen Bewegungseinschränkung.

Dabei unterstreicht der Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention zur gesundheitlichen Versorgung, „eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung [zu stellen,] wie anderen Menschen (…).“ (BMAS, 2018: S. 22). Diese Ausgangslage repräsentiert das Ergebnis der seitens der Autoren beurteilten ungenügenden Umsetzung normativer Vorgaben, wie dem Bundesteilhabegesetz (vgl. BMAS, 2016) oder auch der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (vgl. BMAS, 2018: S. 22ff. [Art. 25 – 26]) zur Stärkung der Teilhabe und eines selbstbestimmten Lebens von Personen mit ASS.

Aufeinander abgestimmte, flexible Hilfen und Konzepte müssen, mittels speziell auf Menschen mit ASS ausgerichtete Versorgungsteams, als Antwort auf die besondere Lebenswelt und die vielschichtigen Bedürfnisse von Menschen im Autismus-Spektrum von fachlicher Seite erkannt und in den Kontext interdisziplinär-psychiatrischer Akutversorgung eingebunden werden. Der vorliegende Artikel versucht die Unterschiede zwischen der besonderen Lebenswelt von Menschen mit ASS im Vergleich zur neurotypischen Welt aufzuzeigen, bestehende Barrieren oder auch Herausforderungen in der professionellen Betreuung in der klinischen Akutpsychiatrie zu benennen und Inkongruenzen zwischen der speziellen Patientengruppe und dem akutpsychiatrischen Versorgungssetting zu identifizieren. Es stellt sich die Frage, welchen Beitrag ein multiprofessionell agierendes klinisches Versorgungsteam, abseits traditioneller Versorgungsmethoden, zur Stärkung der Teilhabe sowie der Selbstbestimmung von Menschen mit Autismus leisten kann.

Methodische Grundlage und Hintergrund des Artikels:

Grundlage für die beiden Artikel stellen eine multiperspektivisch-hermeneutische Fallanalyse (Böhnke & Straß, 2006: S. 198ff.) im Rahmen einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit auf einer akutpsychiatrischen Aufnahmestation. Als auch eine Masterarbeit zur Thematik „Medizinethische Bewertung von Barrieren des Zugangs einer diagnostischen Klärung einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) unter Einbeziehung empirischer Daten in Bayern“ im Rahmen der Autismus-Strategie-Bayern (vgl. Witzmann & Kunerl, 2021) dar. Des Weiteren wurden die von den Autoren erhobenen Daten durch

eine erneute systematische Literaturrecherche in einschlägigen Online-Datenbanken weiter gestützt. In den einschlägigen Datenbanken wurde bspw. mit Begriffen wie „Versorgungsprobleme Autismus“, „Barrierefreiheit“, „ASS“ „Autismus-Spektrum-Störungen“, „Versorgungsprobleme für Menschen mit Autismus“ und „Autismus-freundliche Versorgung“ entweder in Kombination oder als Einzelangabe gesucht.

Annäherung an Perspektiven von Menschen im Autismus-Spektrum

„Autismusspezifische kommunikative, interaktionelle und sensorische Besonderheiten erschweren den Betroffenen eine adäquate medizinische Versorgung.“ (Sappok & Dern, 2012: S. 41).

Versorgungsbarrieren in der Behandlung von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung können daher in erster Linie auf die persönliche Interaktion bezogen werden. Dabei besteht seitens der professionellen Akteure vielerorts eine ausgeprägte Unkenntnis über das Autismus-Spektrum, als facettenreiche Summationsdiagnose, welche sich durch Missverständnisse, Klischees und sogar Berührungsängste seitens des multiprofessionellen Teams weiter verstärkt. Um die hinderliche Ausgangslage zu korrigieren, erscheint es wichtig, sich intensiv mit der autistischen Erlebnis- und Wahrnehmungswelt auseinander zu setzen, um Störungen im Versorgungsalltag frühzeitig erkennen und diesen präventiv begegnen zu können.

Die Begrifflichkeit der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) beschreibt als Sammelbezeichnung eine Gruppierung von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und umfasst die Subtypen des Asperger-Autismus, frühkindlichen Autismus und atypischen Autismus. Nach derzeitig evidenten Forschungsstand liegt die Prävalenz der ASS bei 0,9-1,1% der Bevölkerung (AWMF-S3-LL, 2016: S. 22). „(…) Überall und in jedem Bereich trifft man also auch auf Menschen mit Autismus“ (Preißmann, 2016: S. 166). Im internationalen Klassifikationssystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter der Auflistung der psychischen Störungen wird Autismus zu der nicht-homogenen Gruppe der ‚tiefgreifenden Entwicklungsstörungen’ (F84) zugeordnet und eine Einteilung in mehrere Störungsbilder vorgenommen, die deren breites Spektrum umfassen, diese sind: der ‚frühkindliche Autismus’, der ‚atypische Autismus’, das ‚Rett-Syndrom’, die ‚andere desintegrative Störung des Kindesalters’ und das ‚Asperger-Syndrom’. Diese Störungen treten bereits in den ersten Lebensjahren in Erscheinung und ihnen liegen dieselben Kernsymptome zugrunde, jedoch müssen nicht immer dieselben Kriterien im gleichen Maße erfüllt werden. (Vgl. WHO, Dilling et al., 2011, S. 343ff.).

Mit dem amerikanischen Diagnostikmanual psychischer Störungen DSM-5 (vgl. APA, 2013) hat sich hingegen die Bezeichnung ‘Autism Spectrum Disorder’ (ASD) durchgesetzt, die die oben genannten Störungen zu einer Kategorie zusammenfasst und im Deutschen unter dem Begriff ‘Autismus-Spektrum-Störungen’ häufig in Publikationen wiederzufinden ist. Dabei wird die Auffassung vertreten, dass die Bandbreite der Auffälligkeiten und Ausprägungen auf einem Kontinuum bzw. Spektrum einer einzigen Störung liegt und sich insbesondere „auf die Intensität der ASS-Symptomatik bezieht“ (Kamp-Becker, Stroth & Stehr, 2020: S. 458). Die S3 Leitlinie Diagnostik stellt zu der Klassifikation von ASS folgendes fest:

„Autismus-Spektrum-Störungen zeichnen sich durch Störungen in der sozialen Interaktion, Störungen der Kommunikation und repetitive, stereotype Verhaltensweisen und Spezialinteressen aus. Relevant für die Diagnosestellung in Deutschland ist die ICD-10. Das DSM-5, mit dem die ICD-11 harmonisiert werden soll, sieht Veränderungen vor, darunter i) die Überführung aller autistischen Störungen in eine einzige diagnostische Kategorie der Autismus-Spektrum-Störung, ii) die Veränderung der diagnostischen Kriterien selbst, iii) die zusätzliche Einteilung hinsichtlich klinischer Schweregrade. Die empirische Evidenz zeigt, dass sich Untergruppen, wie sie in der ICD-10 vorgeschlagen werden, nicht verlässlich abgrenzen lassen“ (AWMF S3 LL Diagnostik, 2016: S. 18).

Die Autismus-Spektrum-Störung zeichnet sich als mehrdimensionalen, heterogenen Symptomkomplex durch klinisch relevante Auffälligkeiten aus, die bis in das Erwachsenenalter manifest bleiben. Leitliniengestützt beschreibt sich die Kernsymptomatik bei ASS wie folgt:

„(…) altersunabhängige Defizite in der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten. Störungen der Interaktion beziehen sich auf die Initiierung, Aufrechterhaltung und Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen im Rahmen von Familie, Freundschaft, Partnerschaft sowie Gleichaltrigen in Kindergar-

ten, Schule und Beruf. Störungen der Kommunikation beziehen sich einerseits auf die Sprachenentwicklung, andererseits insbesondere auf die nonverbale Kommunikation einschließlich Gestik, Mimik oder Blickverhalten. Hinzu kommen bei kognitiv gut begabten Betroffenen auch paraverbale Leistungen wie das Verstehen von übertragener Bedeutung in Sprichwörtern und Humor oder Ironie. Eingeschränkte, repetitive Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten umfassen Spezialinteressen, ritualisierte Tagesabläufe und eine starke Abneigung gegenüber Veränderungen der eigenen Lebensumstände. Diese Phänomene müssen von frühester Kindheit an bestehen und bleiben lebenslang präsent.

Das klinische Erscheinungsbild verändert sich erheblich über die Lebensspanne vom Kleinkind- über das Schulalter und die Pubertät bis hin zum (selbständigen) Leben als Erwachsener. Alle Lebensphasen halten unterschiedliche Anforderungen an die sozialen Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten bereit.“ (AWMF S3 LL Diagnostik, 2016: S. 13f.).

Versorgungsbarrieren auf Ebene der persönlichen Interaktion mit Menschen mit ASS

Zentrale Problematik in der persönlichen Interkation zwischen Menschen im Autismus-Spektrum und ihren behandelnden Mitmenschen, ist das Aufeinandertreffen der autistischen mit der neurotypischen Welt im Kontext gesundheitlicher Akutversorgung. Durch eine bestehende Unkenntnis des pflegerisch-therapeutischen Teams und die nicht angesprochene spezielle, kognitive Auffassungs- und Verarbeitungsstruktur von Menschen mit ASS, werden

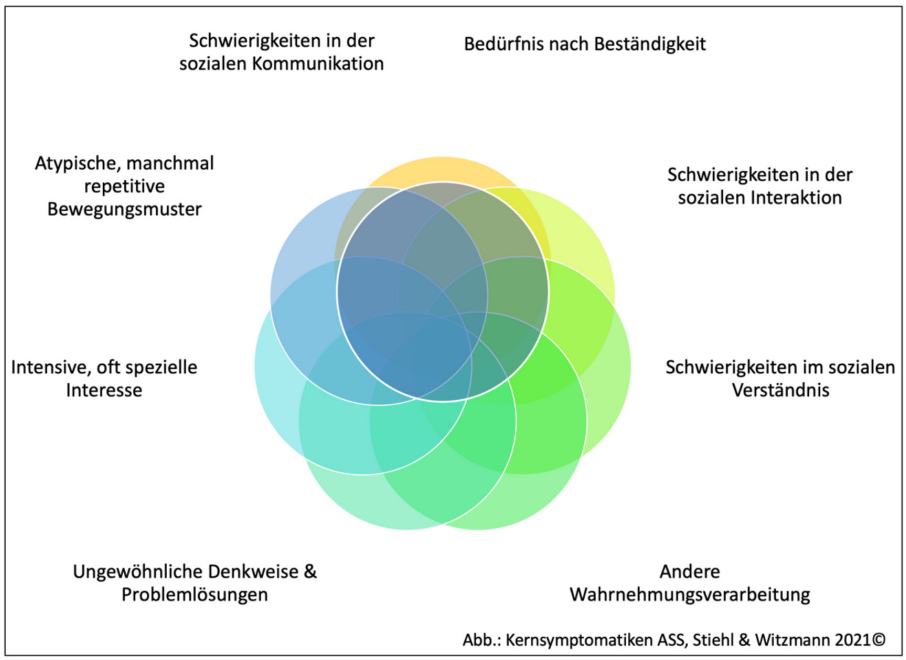


Abb.1.: eigene Darstellung der Kernsymptomatik des Autismus-Spektrum

beide sich gegenüberstehenden Gesprächspartner*innen Probleme haben, sich eine gemeinsame Interaktionsgrundlage zu erarbeiten.

Die Analyse zeigt dabei, dass nicht selten die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens Schwierigkeiten haben, sich die subjektive Erlebniswelt autistischer Menschen zu erschließen bzw. dieser im Rahmen der professionellen Begegnung zu öffnen. Es zeigt sich, „dass Klinikmitarbeiter meist nur geringe Kenntnisse über ASS und zum Teil sogar Angst vor den Betroffenen haben, da sie deren Verhalten nicht verstehen und nicht richtig einordnen können.“ (Preißmann, 2018: S. 755). Verhaltensauffälligkeiten, die oftmalig bei Autisten im Kontext von Coping-Strategien oder repetitiven Verhaltensmustern (wie z. B.: Hin- und Herwippen des Körpers) stehen, werden seitens der Außenstehenden fehlinterpretiert, lösen Angst, Distanzierung oder Überforderung aus. Bestehendes Wissen über Autismus liegt meistens nur in Extremformen vor oder ist durch Klischees eingefärbt, die sich im Volksmund erzählt werden. Doch nicht nur die Unwissenheit professionell Pflegender soll angesprochen werden, sondern auch das Wissen des medizinisch-therapeutischen Personals. So zeigte ein partizipatives Projektvorhaben von erwachsenen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und einer Berliner Forschungsgruppe in Koproduktion, dass Fachärzt*innen der Allgemeinmedizin mit ihrer medizinischen Expertise über diagnostische Kriterien und Stärken von Menschen mit ASS nicht beträchtlich mehr über das autistische Spektrum wussten als die durchschnittliche Bevölkerung (vgl. Kirchner et al., 2010: o. S.).

Kommunikative Anforderungen an das pflegerische (sowie medizinisch-therapeutische) Personal ergibt sich durch die bereits einleitend aufgezeigten Besonderheiten. Zentrale Anforderung für eine nachhaltige Entwicklung eines Zugangs, ist die Kommunikation

demnach die Anpassung bzw. das Einstellen auf die speziellen Kommunikationsweisen, die Wahrnehmungswelt und das spezifische Verständnis von Menschen mit ASS. Im kommunikativen Beziehungsaufbau mit dem Patienten verlangt es die elementare pflegerische Kompetenz „mit den Augen des zu pflegenden Menschen sehen“ (Sander & Schneider, 2001, S. 9) zu können. Eine einfache, deutliche und situationsbezogene Kommunikationsführung mit geringem Interpretationsspielraum und geschlossenen Fragen ist in der Kommunikation mit Autisten signifikant wichtig, damit Patient*innen zum einen Abläufe oder Instruktionen kontextuell nachvollziehen können und zum anderen mit der flüchtigen Sprache nicht überfordert werden (vgl. Dodd, 2007, S. 182). Visualisierung oder die schriftliche Mitteilung von bevorstehenden (Pflege-)Interventionen, können das kognitive Verständnis unterstützen. Förderlich für die kommunikative Interaktion sind zudem auch klare Gesprächsregeln und das Einüben von typischen Konversationsbestandteilen, wie die Anbahnung eines Gespräches, das Äußern von Bedürfnissen oder Verabschiedungen, um die soziale Interaktion zu trainieren.

Weiterführend wird empfohlen, dass die handelnden Professionellen ihre Botschaften an die Patient*innen mit ASS sehr bewusst und klar formulieren, damit dem Verstehen genügend Zeit zur Verarbeitung gegeben wird, um Zustände wie einem sensorischen „Overload“ zu vermeiden. Das Minimieren von Reizen ist, insbesondere in der Akutpsychiatrie, eine weitere Anforderung für eine effektive Kommunikation. Die Fachperson sollte eine klare nonverbale Kommunikation mittels Gestik und Mimik verkörpern, um keine Verunsicherung bei dem Patienten zu erzeugen und auf rhetorische Mittel wie Redewendungen oder Ironie verzichten bzw. diese sachlich erklären (vgl. Dodd, 2007, S. 182). Rechtzeitiges Ankündigen von Veränderungen im pflegerischen Ablauf sollten genau mit dem Patienten besprochen werden. Um Stress und Ängsten vorzubeugen, muss den gefällten Aussagen eine hohe Verlässlichkeit zu entnehmen sein (vgl. Dodd, 2007, S. 187).

Abseits des Sich-mitteilens, wird die Zugangsfindung und -erhaltung zu autistischen Menschen weitestgehend durch ein unreflektiertes, Autismus-unsensibles Versorgungsverhalten deutlich erschwert. Anstatt den Versuch zu initiieren die besagten hochspezialisierten Interessen vieler Autisten zu erfassen und anzusprechen (vgl. Dißmann, 2018: S. 67), führen wohlwollend-gemeinte Handlungen wie das Anlegen und Aufpumpen der Blutdruckmanschette zur Vitalzeichenerhebung, die schnelle Abdomen-Untersuchung des Stationsarztes auf der hypersensorischen Haut bis hin zu invasiveren Maßnahmen wie die Blutentnahme der Funktionsbereichsassistentin ohne jeweilige Voraussicht und Erklärung zu einer Versperrung des Zugangs in die Erlebniswelt und Bedürfnislage von autistischen Menschen.

Ähnliche Schwierigkeiten entstehen zudem bei der Einbindung autistischer Menschen in (pflege-)therapeutische Gruppenangebote, die weitere Überforderung mit sich bringen. Dementsprechend fördert die Situation auf Seiten der Betroffenen negative Empfindungen wie Anspannung, Unsicherheit, Angst und insbesondere Stress, so dass Krankenhausaufenthalte eher traumatisierend-belastend als fürsorglich-klärend empfunden werden. Die Antwort der autistisch veranlagten Patienten auf die für Sie nicht greifbare Situation und das Umfeld, wird in den meisten Situationen über externalisierte Verhaltensweisen (vgl. Theunissen, 2018: S. 85), wie Weinen, Schreien, Schlagen, Wegwerfen von Gegenständen, im Sinne einer Coping-Strategie kompensiert. Für Krisensituationen wird in der Literatur diesbezüglich darauf hingewiesen, dass die Bewertung potenziell auslösender Umweltbedingungen und psychosozialer oder physischer Stressfaktoren der erste Schritt bei der Bewertung von Verhaltensstörungen und psychiatrischen Darstellungen sein sollte, da eine Umgebung, die autismus-spezifische Erfordernisse nicht berücksichtigt, Auslöser für eine Krisensituation sein könnte (vgl. Lai et al. 2020, S. 9). Dieses herausfordernde Extremverhalten gipfelt ohne solch eine Berücksichtigung häufig im frustrierenden Resultat des Einsatzes von Beruhigungsmedikamenten und akuten Neuroleptika bis hin zu Fixierungssituationen, um die Menschen ‚pflegeleichter zu machen‘ (vgl. Preißmann, 2016: S. 166f.).

Im Rahmen pflegerisch-therapeutischen Handelns ist es essenziell, autistischen Patient*innen die oft fremde, klinische Versorgungssituation und Unterstützungs- sowie Untersuchungsleistungen verstehbar, vorausschaubar, handhabbar und zuordnungsbar (vgl. Antonowsky, 1997) zu gestalten, so dass die Person in einem für sich selbst größtmöglichen Maße, das Geschehen kohärent bewältigen kann. Ein bedeutsamer Aspekt ist es, sich bei der pflegerischen Versorgung besonders viel Zeit für Menschen mit ASS zu nehmen,

um den Bedürfnissen gerecht zu werden. „Eine große Rolle spielt zudem die [vom pflegerisch-therapeutischen Team] geforderte Flexibilität, so kann der gewohnte Tagesablauf nicht durchgezogen werden, was oft allein schon ausreicht, um eine Krise auszulösen.“ (Preißmann, 2016: S. 165). Das ‚eingefahrene‘ Abarbeiten von Pflegemaßnahmen und Interventionen sowie Auflegen des, durch zeitliche Engpässe geprägte Routinebetriebes, wirkt sich kontraproduktiv aus und fördert eher herausforderndes Verhalten, der sich uns anvertrauenden Patient*innen mit ASS. Streng getaktete Zeitfenster innerhalb der Visite oder systematisierter Routinemaßnahmen in der Patientenversorgung, bleibt Menschen mit ASS eine ausführliche Problem- und Bedürfnisschilderung zunehmend verwehrt. Aufgrund dieses Umstands fällt es autistischen Menschen häufig noch schwerer, den Weg ins Krankenhaus auf sich zu nehmen und sich mit gesundheitlichen Problemen dem multiprofessionellen Team zu öffnen bzw. vorerst einen Zugang zu finden. (Vgl. Preißmann, 2016: S. 162f.).

Auf der Ebene der stationären, pflegerischen Organisationsstruktur sind ein systematischer, phasenbezogener Beziehungsaufbau sowie -gestaltung, mit nahstehenden, gleichbleibenden Ansprechpartnern und Angehörigen mit einem engmaschigen Bezugspflegesystem anhand der interpersonalen Beziehungstheorie nach Peplau (Peplau, 1995), entlang des Pflegeprozesses entscheidend. Aus pflegefachlicher Perspektive ist es förderlich, frühestmöglich den Kontakt mit autistischen Patienten aufzunehmen, bestenfalls schon vor der Orientierungsphase (Peplau, 1995: S. 41ff.) im Rahmen der Präinteraktionsphase (Townsend, 2012: S. 563f.) in Bezug auf Pflegephänomene oder Gesundheitsprobleme. Ein strukturierter Beziehungsaufbau vermittelt den autistischen Patienten Sicherheit und Kontrolle über die Situation und macht Interaktionen für sie besser vorhersehbar.

Ersichtlich wird an dieser Stelle, dass für eine förderliche und nachhaltige Beziehungs- und Versorgungsgestaltung für Menschen mit ASS in der Akutpsychiatrie, spezielle fachliche Kompetenzen seitens der Pflegenden und Behandelnden sowie eine speziell abgestimmte Teamkonstellation für die Versorgung unumgänglich erscheint. Auch Menschen mit ähnlicher Lebensfeld- bzw. Krisenerfahrung können für eine konstruktive Beziehungsgestaltung von großem Nutzen sein.

Anforderungen an Diagnostik und Therapie für Menschen mit ASS

Eine weitere zu bewältigende Herausforderung auf Seiten der Professionellen neben dem Wahrnehmen & Gestalten der akutpsychiatrischen Versorgungsumgebung von Autisten samt der nachhaltigen Zugangsfindung, ist eine effiziente, ressourcenschonende Diagnostik und Therapie der Patientenrandgruppe. Eine große Schwierigkeit stellt im diagnostischen Prozess die Erfassung und Ausdifferenzierung multipler Störungsbilder und Phänomene wie die häufig auftretenden Autismus-assoziierten Komorbiditäten dar. Dabei kann die psychische Störung bzw. Erkrankung entweder eine Facette der Autismus-Spektrum-Störung sein oder aber auch als eigenständige Diagnose neben der Summationsdiagnose vorhanden sein. Erhebungen bei erwachsenen Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störungen verdeutlichten, dass 75% aller Autisten von einer Begleiterkrankung betroffen sind (vgl. Gawronski et al., 2012). Die Studie von Abdallah et al. belegt eine Prävalenz von 70 – 85% bei dem Vorliegen einer Begleiterkrankung, von einer weiteren Komorbidität bei noch 40% (vgl. Abdallah et al., 2011: S. 599ff. zit. nach Kamp-Becker, Stroth & Stehr, 2020: S. 459).

Vorwiegend kommen folgende psychischen Komorbiditäten bei Menschen im Autismus-Spektrum vor:

- Affektive oder Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Verhaltensstörungen
- Psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- Belastungsstörungen
- Tic-Störungen
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Suchterkrankungen

(vgl. Kamp-Becker, Stroth & Stehr, 2020: S. 459; Böhm et al., 2019: S. 493; Preißmann, 2016: S. 149).

Um die hohe Komplexität der Summationsdiagnose und weiterer Störungsbilder sowie Einschränkungen und Problematiken in den Aktivitäten, sozialen Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (vgl. Krohwinkel, 2013: S. 87ff.) in der diagnostischen Arbeit abdecken zu können, bedarf es einem multidisziplinären, speziell ausgebildetem Team mit vielschichtigen Kompetenzen und multiaxialen Versorgungskonzepten in der Akutpsychiatrie. Die Diagnostik von ASS stellt einen komplexen und meist langwieri-

Lehrgangsziel

- Lernen und entwickeln von Fähigkeiten, um die Bedürfnisse und Probleme von Menschen mit Demenz zu verstehen und in weiterer Folge die noch vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zu fördern.
- Erlernen von zahlreichen Methoden und Instrumenten, um ein würdiges und respektvolles Umfeld für an demenzerkrankten Menschen in verschiedenen Pflegesettings zu gestalten.
- Entwicklung eines professionellen Umgangs mit herausfordernden Verhaltensweisen (wie zB Aggressivität, Pflegewiderstand,...)

Respekt ist kein Privileg, sondern die wichtigste Form mit Menschen umzugehen.

Unser Leitbild

Wir vermitteln Fachwissen aus den Bereichen Psychotherapie, Psychologie, Medizin, Beratung, Coaching und Pflege.

Qualität ist unser Anliegen. Um dies zu gewährleisten, unterliegen unsere Qualitätsstandards einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Anmeldung & weitere Informationen:

ÖWIT – Österr. Weiterbildungsinstitut zur Förderung psychischer Gesundheit

sekretariat@oewit.org
www.oewit.org
Werdertorgasse 15/TOP 8, 1010 Wien
Tel: 0664/922 3 222

ÖWIT
Österr. Weiterbildungs-Institut zur Förderung Psychischer Gesundheit

Fortbildungslehrgang
Kompaktwissen

Demenz

Zielgruppe

- Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (DGKP, PA, PFA)
- Sozialbetreuungsberufe (FSoB A, FSoB BB, FSoB BA)
- psychologische Berufe (Psychologen, Psychotherapeuten)
- Ärzt*innen

Teilnahmebedingungen

Ein Orientierungsgespräch mit der Lehrgangsleitung (dient zur Klärung der Anliegen der Teilnehmer*innen und zur Abklärung der Zugangsvoraussetzungen).

Ort

Wien

Dauer

Beginn: 31. März 2022

Ende: Jänner 2023

Dozent*innen

Sandra Angerer (Lehrgangsleitung)
Eva Nebel
Christian Jagsch
Petra Stöckl
Sarka Lahner
Markus Golla
Stefan Strotzka
Susanne Seemann
Reinhard Gruber

Lehrgangsstruktur

Der Lehrgang besteht aus 6 Modulen (á 3 Tage), insgesamt 160 UE

Modul 1
Basiskompetenzen
31. März - 2. April 2022 ZOOM

Modul 2
Betreuungsarbeit, Betreuungskonzepte I
19. Mai - 21. Mai 2022

Modul 3
herausfordernde Verhaltensweisen, Differentialdiagnosen
30. Juni - 2. Juli 2022

Modul 4
Pflegeplanung, Betreuungskonzepte II, psychologisches Assessment
8. September - 10. September 2022

Modul 5
Schlüsselqualifikationen, Bedürfnisorientierung, Betreuungskonzepte III
15. Dezember - 17. Dezember 2022

Modul 6
Betreuungsformen, pflegende Angehörige, Rechtskunde
12. Jänner - 14. Jänner 2023

Methoden

Theorieinput, Diskussion, Einzel- und Gruppenarbeiten, Arbeiten mit Fallbeispielen, Praxisvortrag und -beispiele, Workshops, direkte Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis durch Erarbeitung und Präsentation selbstständig erarbeiteter Fachinhalte.

Abschluss

Fachgespräch

Fortbildungsbestätigung über 160 UE inkl. Abschlussgespräch (Voraussetzung: mind. 80 % Anwesenheit)

Kosten

€ 3.590,— inkl. MwSt.
(inkl. Lernunterlagen und Prüfungsgebühr)

Hinweis

Aufgrund der momentan unvorhersehbaren Situation behalten wir uns vor, einzelne Unterrichtstage oder ganze Module per Videostreaming zu veranstalten.

Das Modul 1 findet virtuell statt.

gen Prozess dar, welcher mit Hilfe eines multiprofessionellen Teams erfolgen sollte. Die Diagnosestellung erfordert Spezialwissen und ist aufwendig, so dass ein intensiver Ressourceneinsatz vorausgesetzt werden muss. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer Diagnostiker führt laut der S3-Leitlinie zur Diagnostik (AWMF, 2016: S. 130), zu einer genaueren Einschätzung. Die Leitlinie verweist hier z. B. auf eine veröffentlichte Studie aus Schweden, welche zeige, dass die teambasierte Untersuchung zu deutlich genaueren und besseren Einschätzungen der Diagnose einer ASS bei Vorschulkindern führte als die Untersuchung durch eine einzelne Person (vgl. Westman et al., 2013).

Auch bezüglich der Diagnostik von Erwachsenen empfiehlt die S3 LL Diagnostik das Vorhandensein spezifischer Kompetenzen, welche sich, so die Autoren, am besten in multiprofessionellen, spezialisierten Teams abbilden lässt. Denn neben spezifischen „Fähigkeiten in der klinischen Diagnosestellung oder testpsychologischer Untersuchung der kognitiven Leistungsfähigkeiten sind auch Fähigkeiten in der professionellen Beratung bezüglich therapeutischer, beruflicher und sozialer Fragestellungen sowie der Anwendung des ICF“ erforderlich. (AWMF, 2016: S. 131). Abschließend sei zur Diagnostik von ASS angemerkt, dass die S3 LL einen dringenderen Verbesserungsbedarf bezüglich der frühzeitigen, zeitnahen und korrekten Diagnose von ASS in Deutschland hinweist (AWMF, 2016: S.70). Im Rahmen des diagnostischen Vorgehens kann initial ein ausgereiftes, Autismus-ausgelegtes Basis-Assessment zur umfassenden Erhebung und Einschätzung hilfreich sein (vgl. Kienitz, Diefenbacher & Sappok, 2011: S. 14ff.). Weiterer Optimierungsbedarf besteht dabei jedoch in dem Schaffen von Implikationen für das professionell-pflegerische Handeln im Kontext des Assessments und abseits des medizinisch-therapeutischen Teams, da sich durch das Autismus-Spektrum mit diversen Komorbiditäten auch eine höhere Pflegebedürftigkeit und ein stärkerer Ressourceneinsatz ergeben kann.

Im Rahmen der Therapie liegen evidenzbasierte Interventionen und Maßnahmen zur Therapie der heterogenen Kernsymptomatik der ASS vor. Das übergeordnete Ziel der Behandlung von ASS ist die Förderung und Unterstützung der individuellen Entwicklung mit Hilfe individueller Maßnahmen und Interventionen sowie die Verbesserung der jeweiligen Lebensqualität (vgl. Höfer, 2019: S. 26). Sowohl die Kern- wie auch die Begleitsymptome von ASS sind durch (sozial-) pädagogische und therapeutische Interventionen positiv beeinflussbar. Je früher entsprechende Interventionen erfolgen, desto wirksamer sind sie. (Vgl. Höfer, 2019: S. 26). Im Bereich der Therapie sollten vor allem umfassende Aufklärungen über mögliche Ursachen, Symptome und ggf. Prognosen mit den Betroffenen selbst sowie ihren Angehörigen durchgeführt werden. Ebenso sollten Informationen zu notwendigen und wirksamen, wie etwa schulische, berufliche und (sozial-)rechtliche Förderaspekte sowie verzichtbare Maßnahmen und Interventionen gegeben werden, da die individuellen Maßnahmen in allen Lebensbereichen (Familie, Kindergarten, (Hoch-) Schule, Arbeitsplatz) der Autisten angewandt und durchgeführt werden. Dieses umfangreiche Vorgehen gelingt jedoch nur mit einer intensiven Einbeziehung weiterer in der Psychiatrie agierenden Professionen wie der Pflege, welche den zeitintensivsten Bezug zu den Patient*innen aufweist.

Die S3-Leitlinie zur Therapie von ASS (AWMF, 2021) empfiehlt unter anderem standardisierte und empirisch abgesicherte Therapieansätze, die autistische Personen sowie deren Angehörige und/ oder Sorgeberechtigte fördern und unterstützen, wie etwa:

- verhaltens- und fertigkeitsbasierende Therapieansätze, z.B. Frühförderprogramme zur Verbesserung der motorischen Funktionen und/ oder der Kommunikationstechniken;
- Elterntrainings, z.B. zur Reduktion der elterlichen Stressbelastung und Förderung der elterlichen Resilienz oder zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung;
- Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie, wobei diese theoretisch oft im Zusammenhang mit Frühförderprogrammen stehen, da es bei ihnen vor allem um die Verbesserung des Wohlbefindens und einzelner Fertigkeiten der Menschen mit ASS geht;
- Pharmakotherapeutische Ansätze werden vorrangig nicht zur Behandlung von autismus-spezifischen Symptomen, sondern zur Behandlung möglicher Komorbiditäten, wie etwa ADHS, Schlafstörungen und/ oder Auto- bzw. Fremdaggressionen, eingesetzt.
- Psychotherapie, vor allem bezüglich komorbider Störungen (wie Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen), aber auch Gruppentherapien wie GATE, FASTER für Erwachsene (vgl. Höfer 2019, S. 16ff). (Vgl. Witzmann & Kunerl, 2021)

Um den Hilfebedarf von autistischen Menschen wirklich abbilden und fachlich angemessen begegnen zu können, bedarf es einer intensivierten, engen Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen in einem engverzahnten klinikinternen Team und wie über die mehr als 500 Seiten umfassende AWMF S3 LL zur Therapie von Autismus zu entnehmen ist, auch ein hohes Maß an Spezialwissen bzw. -kompetenzen.

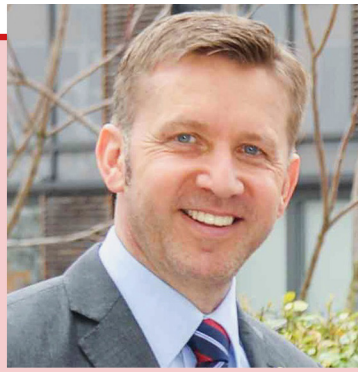
Fazit Teil I:

Die oft gegebene traditionell organisierten klinische Akutversorgung in Deutschland stellt in der Regel für Menschen mit ASS, als auch für das professionelle Pflege- und Behandlungsteam keine optimalen Rahmenbedingungen für eine gelungenen Diagnostik und Behandlung bereit. Es mangelt unter Berücksichtigung der Gesamtheit bestehender Barrieren und Herausforderungen in einer Autismus-sensiblen psychiatrischen Akutversorgung an effizienten Team-Konzepten, um Menschen mit hohen Ressourcenaufwand und der Erfordernis an spezifischen Kompetenzen, wie bei Menschen mit Autismus, patientenspezifisch und bedürfniszentriert zu versorgen.

Autor

Simon Stiehl
B. Sc. Pflege (dual)
Gesundheits- und Krankenpfleger
Koordination Recovery College Osnabrück

Autor



Prof. Dr. (phil.) Markus Witzmann, MA, MSM, MA
Professor für Pflegewissenschaft/ Hochschule München

Literaturangaben:

Abdallah, M. W., Greaves-Lord, K., Grove, J., Norgaard-Pedersen, B., Hougaard, D. M., Mortensen, E. L. (2011): Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorders: findings from a Danish Historic Birth Cohort. Eur Child Adolesc Psychiatry 20 (11–12):599–601.DOI: https://doi.org/10.1007/s00787-011-0220-2

American Psychiatric Association (APA) (2013): in der deutschen Fassung nach Falkai, P., Wittchen H-U. (Hrsg., 2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Stö-rungen DSM-5. Hogrefe, ISBN 978-3-8017-2599-0

Antoni, C. H. (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundehitsbereich. In: Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ). 104/ 10: S. 18 – 24. DOI: 10.1016/j.zefq.2009.12.027

Antonowsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Ausgabe: Franke, A. (Hrsg.). Tübingen. Dgvt-Verlag

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission [Hrsg.] (2021): Leitlinien: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter – Teil 2: Therapie In: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-047l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf. Zugriff: 15.09.2021

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission [Hrsg.] (2016): Autismus-Spektrum-Störungen im Kin-des-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften Berufsverbände und Pati-entenorganisatio- nen. Langversion. Hg. v. DGKJP und DGPPN. Goethe Universität. Frank-furt am Main. In: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028- 018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05_abgelaufen.pdf (Zugriff am: 29. April 2021)

Armbuster, J., Dieterich, A., Hahn, D., Ratzke, K. [Hrsg.] (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. 1. Auflage. Köln. Psychiatrie-Verlag

Behrend, R., Maaz, A., Sepke, M. & Peters, H. (2020): Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. [Hrsg.]: Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer. S. 204 – 209. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_16

Bohrer, A., Heinze, C., Höppner, H., Behrend, R., Czakert, J., Hitzblech, T., Kaufmann, I., Maaz, A., Räbiger, J., Peters, H. (2016): Berlin bewegt sich:

Interprofessionelles Lehren und Lernen von Studierenden der Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege (INTER-M-E- P-P). GMS J Med Educ 33(2). Doc 34. https://doi.org/ 10.3205/zma001033

Böhm, J., Diefenbacher, A., Heinrich, M. & Sappok, T. (2019): Autismusspektrumstörun-gen bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung. In: Der Nervenarzt. 90: S. 490 - 496

Böhnke, U. & Straß, K. (2006): Die Bedeutung der kritisch rekonstruktiven Fallarbeit in der LehrerInnenbildung im Berufsfeld Pflege. In: PrinterNet – Die Zeitschrift für Pflegewissen-schaft. 8. Jg. 4. Ausgabe. S. 197 – 205

Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS] (2018): UN-Behindertenrechtskonvention [UN-BRK]. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Zugriff unter: https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html (Zugriff am: 10. Oktober 2021)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS] (Dezember 2016): Auszug aus dem BGBI 2016 Teil I Nr. 66, vom 29. Dezember 2016: Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BHTG). Im Internet: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesetze/bthg.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zugriff am: 01. Juni 2021)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Ner-venheilkunde [DGPPN] (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychi-schen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin. Springer Verlag

Dißmann, S. (2018): Autismus. Flexible Hilfen. In: Psych Pflege Heute. Jg. 24. Heft 2. S. 66 – 69

Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) [Hrsg.] (2019): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung. Fakultät WiSo. Hochschule Osnab-rück.

Dodd, S. (2007): Autismus. Was Betreuer und Eltern wissen müssen. 1. Auflage. Heidelberg. Spektrum Akademischer Verlag

Frick, U. & Frick, F. (2008): Basisdaten statonärer psychiatrischer Behandlung. Vertiefungs-studie „Heavy User“. Forschungsprotokoll. 5. Neuchatel. Schweizerisches Gesundheitsob-servatorium.

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) [Hrsg.] (2019): Positionspapier. „Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie- Enquete“. Zugriff unter: http://library.fes.de/pdf-files/wiso/15479.pdf [letzter Zu-griff: 16.02.2021]

Frost, L. A. & Bondy, A. S. (1996): PECS – The Picture Exchange Communication System. Training Manual. Pyramid Educational Consultants Inc.

Gawronski, A., Pfeiffer, K., Vogeley, K. (2012): Hochfunktionaler Autismus im Erwachse-nenalter. Verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual. Weinheim. Beltz

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (g-BA) (2021): BarrierefreiASS – Versorgungs- und Bedarfsanalyse zur barrierefreien Teilhabe an Diagnostik und Therapie von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung. In: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/barrierefreiass-versorgungs-und-bedarfsanalyse-zur-barrierefreien-teilhabe-an-diagnostik-und-therapie-von-erwachsenen-mit-autismus-spektrum-stoerung.303 (Zugriff am: 10. Oktober 2021)

Gorschlüter, P. (2001): Das Krankenhaus der Zukunft. Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz. 2. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer Verlag

Häußler, A. (2016): Der TEACCH® Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Ein-führung in Theorie und Praxis. 5., verbesserte und erweiterte Auflage. Dortmund. Verlag Mo-dernes Lernen

Homann, B. (2019): Gesundheit. „Wie Autisten die Welt sehen“. „Als würde man durch ein Mikroskop sehen“. In: Beobachter Schweiz [Hrsg.]. Verfügbar unter: https://www.beobachter.ch/gesundheit/autismus-als-wurde-man-die-welt-durch-ein-mikroskop-sehen (Zugriff am: 18.09.21)

Höfer, H., Hoffmann, F., Kamp-Becker, I., Poustka, I. et al. (2019): Pathways to a diagno-sis of autism spectrum disorder in Germany: a survey of parents. Child and Adolescent Psy-chiatry and Mental Health, 13(1): S. 16. DOI: 10.1186/s13034-019-0276-1

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) [Hrsg.] (2021): PEPP - Pauschali-sierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik (Version 2021). Definitionshandbuch. In: https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2021/Definitionshandbuch (Zugriff am: 10. Okto-ber 2021)

Kienitz, L., Diefenbacher, A. & Sappok, T. (2011): Autismus spezifisches Basisassess-ment bei Krankenhauseinweisung: Optimierung des Übergangs. Med Men Geist Mehrf Beh 8 (1). S. 14 – 20

Kirchner, J., Bartz, J., Bullig, H., Chwiekowsky, C., Dern, S., Goetz, E., Grambert, C., Hartmann, R., Speer, O., Sünkel, U., Zurek, P.P., Dziobek, I. (2010): „Wissen und Unwis-sen über Autismus bei deutschen Allgemeinmedizinern“. In: 3. Wissenschaftliche Tagung Au-tismus-Spektrum, Tagungsband. ISBN 978–3–87985–103–4. https://www.autismus-forschungs-kooperation.de/wissen-ueber-autismus-bei-allgemeinmedizinern/ (Zugriff am: 28.09.2021)

Krohwinkel, M. (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, The-orie und Praxis. 1. Auflage. Bern. Verlag Hans Huber

Kunerl, E., Witzmann, M. (2020): Autismus-Strategien im europäischen Vergleich. Projekt: Entwicklung einer Autismus-Strategie-Bayern. Hg. v. Hochschule für Angewandte Wissen-schaften München. München. Online verfügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:m347-dtl-0000001807, zuletzt ge-

prüft am 28.04.2021.

Lai, M.-C., Anagnostou, E., Wiznitzer, M., Allison, C., Baron-Co-hen, S. (2020): Evi-dence-based support for autistic people across the lifespan: maximising potential, minimising barriers, and optimising the person–environment fit. In: The Lancet Neurology 19 (5), S. 434–451. DOI: 10.1016/S1474-4422(20)30034-X.

Lerna, A., Esposito, D., Conson, M., Russo, L., Massagli, A. (2012): Social-communicative effects of the Picture Exchange Communication System (PECS) in Autism Spectrum Disorders. In: Int J Lang Commun Disord. 47 (5): S. 609 – 617. Doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00172.x.

Längle, G., Holzke, M. & Gottlob, M. (2019): Psychisch kranke Menschen zu Hause ver-sorgen. Handbuch zur stationsäquivalenten Behandlung. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer Verlag

Lüdeking, C. (2016): Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken – Chance oder Risiko? Positive und negative Effekte von Teamarbeit auf Ergotherapeuten und andere Teammitglieder. er-goscience 11(2):46–56

Mahlke, C., Schulz, G., Gyöngyer, S., Nixdorf, R. & Bock, T. (2019): Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt. 62: S. 214 – 221. DOI: https://doi.org/10.1007/s00103-018-2875-z

Manthey, M. (2011): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern. Verlag Hans Huber

Mickan, S. M. (2005): Evaluating the effectiveness of health care teams. In: Australian Health Review May. 29 (2): S. 211 – 217. DOI: 10.1071/ah050211

Peplau, H. E. (1995): Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugs-rahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom Verlag

Peters, T. (1993): Jenseits der Hierarchien. Liberation Management. Düsseldorf u. a. 1993.

Picot, A., Reichwald, R. & Wiegand, R. E. (2003): Die grenzenlose Unternehmung. Infor-mation, Organisation, Management. Lehrbuch zur Unternehmensführung im Informationszeit-alter. 5. Auflage. Wiesbaden. Springer Gabler

Preißmann, C. (2018): Barrierefreiheit. Medizinische Versorgung von Menschen mit Autis-mus. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 115. Heft 16. S. 774 – 775

Preißmann, C. (2017): Autismus und Gesundheit. Besonderheiten erkennen – Hürden über-winden – Ressourcen fördern. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer Verlag

Preißmann, C. (2017): Barrierefreiheit im Alltag für Menschen mit Autismus. In: Autismus. 84. Ausgabe. S. 6 – 14

Preißmann, C. (2016): Glück und Zufriedenheit für Menschen mit Autismus. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer Verlag

Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2006): Asperger-Syndrom. Inklusive Diagnostik- CD. Springer-Verlag. Heidelberg

Sahm, D., von dem Berge, U., Mayer, M., Sauter, D. & Rixe, J. (2021): Primary Nursing / Bezugspflege. Positionspapier der DFPP. In: https://dfpp.de/presse-empfehlungen/praxisempfehlungen/ (Zugriff: 10.10.2021)

Sander, K. & Schneider, K. (2001): Pflegemodelle, Pflegetheorien, Pflegekonzepte. Grundla-genheft der Pflege für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ausgewählte Pflegemodelle, Pflegetheo-rien. Hildegard Peplau. Brake. Prodos Verlag

Sappok, T. & Dern, S. (2012): Menschen mit Autismus. Barrierefreier Zugang zur Versor-gung. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 1. S. 40 - 42

Sappok, T., Kienitz, L. & Bergmann, T. (2013): Autismus. Diagnostik, Therapie und Förderung. In: Diefenbacher, A. [Hrsg.] (2013): Schriftreihe. Medizin für Menschen mit geisti-ger Behinderung. Band 2. S. 1 – 28. Bielefeld. Bethel-Verlag

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2007): Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster. Paranus Verlag

Symalla, R. (2008): Das TEACCH-Konzept. Zur Therapie bei autistischen Störungen. In: Geistige Behinderung. Jg. 9. Heft 2. S. 148 – 151

Theunissen, G. (2018): Autismus und herausforderndes Verhalten. Praxisleitfaden Positive Verhaltensunterstützung. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. Lambertus-Verlag

Townsend, M.-C. (2012): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung. Bern: Verlag Hans Huber

Weber, D. O. (1991): Six models of patient-focused care. In: Healthcare Forum Journal. Ju-ly/August 1991. S. 23 – 31.

Westman Andersson, G.; et al (2013): Autism in Preschoolers: Does Individual Clinician's First Visit Diagnosis Agree with Final Comprehensive Diagnosis? In: The Scientific World Journal 2013 (1), S. 1–7. DOI: 10.1155/2013/716267.

WHO; Dilling, H., et al. (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hogrefe AG; 8., überarb. Edition

World Health Organization [WHO] (2001): International Classification of Functioning, Disa-bility and Health: ICF. Geneva: WHO Publishing; 2001.

Witzmann, M., Kunerl E. (2021): Empfehlungen für eine Autismus-Strategie Bayern. Ergeb-nisse aus dem Projekt „Entwicklung einer Autismus-Strategie-Bayern" im Zeitraum von 2018 – 2021. Hg. v. Hochschule für angewandte Wissenschaften München. München. Online ver-fügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:m347-dtl-0000002057, zuletzt geprüft am 30.09.2021

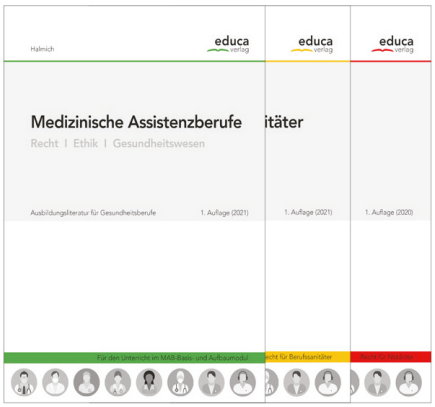
Ausbildungsbücher

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

DGKP

PFA

PA



weitere Berufe ...

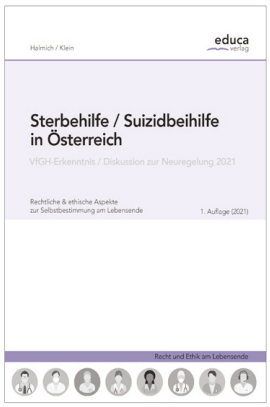
Praxisbücher

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

Erwachsenenschutz

Patientenverfügung

Recht in Palliative Care



Ass. Suizid / Sterbehilfe

Juristische Seminare / Fortbildungen

(auch online)

Der Autor dieser Bücher, Dr. Michael Halmich LL.M., bietet auch juristische Fortbildungen und Seminare in Ihrer Institution an. Die Themenpalette erstreckt sich über das gesamte Gesundheitsrecht mit Schwerpunktsetzung u.a. im Recht in der Pflege.

forum@gesundheitsrecht.at
www.gesundheitsrecht.at

„Die vergessenen kleinen Pfleger“

Emotionale Versorgung von psychisch kranken Eltern durch ihre Kinder: Folgen und Auswirkungen!

Zusammenfassung

Wie erleben Kinder das Zusammenleben mit einem psychisch erkranken Elternteil? Welche Auswirkung hat die elterliche Erkrankung auf die Kinder? Je nach Erstmanifestation, Schweregrad, Verlauf der Erkrankung und den vorhandenen Ressourcen bzw. Copingstrategien, die der Familie zur Verfügung stehen wird nicht nur der Alltag der Kinder stark beeinflusst, sondern es finden sich meist generelle langfristige und überdauernde Auswirkungen für das gesamte Familiensystem, von denen die Kinder und Jugendlichen besonders betroffen sind.

Zu diesen Folgen zählen Auswirkungen auf die (Bindungs-) entwicklung ebenso, wie die Weitergabe einer psychischen Vulnerabilität, Stigmatisierungs- und soziale Isolierungserfahrungen und die innerfamiliäre Tabuisierung der Krankheit.

Besonders konfrontiert werden die „kleinen Pfleger“ mit der Psychodynamik der sogenannten Parentifizierung. Dabei handelt es sich zum einen um die altersinadäquate Übertragung von organisatorischen und teilweise auch körperlich pflegerischen Aufgaben für die Familienmitglieder. Zum anderen werden sie betraut mit der emotionalen Versorgung der (erkrankten) Elternteile, für die sie die Verantwortung übernehmen müssen.

Einleitung

Ca. 3 bis 4 Mio Kinder in Deutschland leben mit einem psychisch und/oder suchtkranken Elternteil. Das sind nach Schätzungen knapp 1 Million Kinder auf rund 25 Millionen Einwohner, oder ca. 20% (Leijdesdorff et al, 2017).

Aus nahezu sämtlichen Beschreibungen über die Folgen einer elterlichen psychischen Diagnose auf das Familiensystem und die Kinder lassen sich so gut wie immer die Themenbereiche Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung, Erhöhung des kindlichen Erkrankungsrisiko, Stigmatisierung und soziale Isolierungserfahrungen für die Familien, innerfamiliäre Tabuisierung und die Parentifizierung in ihren verschiedenen Ausprägungen extrahieren. Vor allem die Parentifizierung ist ein typisches Erscheinungsbild, dass in nahezu jeder Familie mit einem psychisch kranken Elternteil zu finden ist (Lenz, 2019). Die Kinder übernehmen hier eine ihrem Alter unangemessene (ver-)sorgende Funktion für die Familie. Sie werden zum Pfleger, Freund, Berater und Hauptlieferanten für Aufmunterung und Trost und bekommen mehr oder weniger bewusst und absichtlich die Aufgabe übertragen den erkrankten und oft auch den nicht erkrankten Elternteil emotional zu stabilisieren. So müssen sie z.B. den kranken Elternteil trösten und Hoffnung zusprechen, Konfliktsituationen zwischen den Elternteilen klären oder auch die Träume und Lebensziele des gesunden Elternteils verkörpern. Diese Aufgaben stellen einen hohen Druck für die betroffenen Kinder dar. Darüber hinaus sind sie auf der organisatorischen Ebene angehalten sich um den Haushalt und die jüngeren Geschwister zu kümmern und nicht zuletzt die medizinische Versorgung und damit die Genesung des kranken Elternteils zu übernehmen.

All diese Aufgaben wirken sich massiv auf den Alltag und das Leben der Kinder aus. Dadurch bleibt Ihnen weniger Zeit und vor allem weniger Energie für die Schule, für Hobbies und um sonstigen altersadäquaten Aktivitäten und Interessen nachgehen zu können. Es stehen Ihnen kaum Ressourcen für soziale Aktivitäten mit vertrauten Gleichaltrigen zur Verfügung, was einen großen Resilienzfaktor für eine gesunde Entwicklung darstellt (vgl. u.a. Lenz & Wiegand Grefe, 2017). Hinzu kommen Schamgefühle und eine große Angst vor

Stigmatisierung. Auch sind Kinder psychisch kranker Eltern oft mit anderen Lebensinhalten – und themen beschäftigt und können nicht die Interessen Gleichaltriger teilen. Dies führt dazu, dass sie im Kontakt mit Gleichaltrigen entwachsen wirken und nur schwer in ein konstruktives Miteinander mit anderen Kindern kommen. Ihre Lebensqualität ist beeinträchtigt (vgl. auch Köhler-Saretzki, 2020). Trotzdem waren die Probleme und Beeinträchtigungen für Kinder psychisch kranker Eltern über einen langen Zeitraum nur marginal im Focus der Wissenschaft und der psychosozialen Praxis, was den Begriff, der „vergessenen Angehörigen“ geprägt hat. Erst in den letzten Jahren wurden die Folgen und Auswirkungen psychisch belasteter Familiensysteme für die Kinder zunehmend beachtet, von der Fachöffentlichkeit, Forschung und der Gesundheitspolitik in den Blick genommen und resilienzfördernde Angebote entwickelt.

Im Folgenden werden die verschiedenen Auswirkungen einer elterlichen Erkrankung auf die Kinder ausgeführt.

Auswirkungen auf Bindungsentwicklung

Der Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und dem Bindungsstatus der Kinder wurde inzwischen mehrfach in unterschiedlichen Settings untersucht (zur Übersicht vgl. u.a. Strauss et al, 2002, Großmann & Großmann, 2012 oder auch Fremmer-Bombik, 2017). So auch bei Klienten in der Erziehungs- und Familienberatung. Dabei scheinen v.a. auch Belastungen der Eltern mit der Erziehung und Beziehung eine Rolle zu spielen, die bei psychisch kranken Eltern deutlich erhöht sind. In der Untersuchung von Köhler-Saretzki (2020) zeigte

sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer hohen elterlichen Belastung bei psychisch kranken Eltern und einem unsicheren Bindungsmuster bei den Kindern.

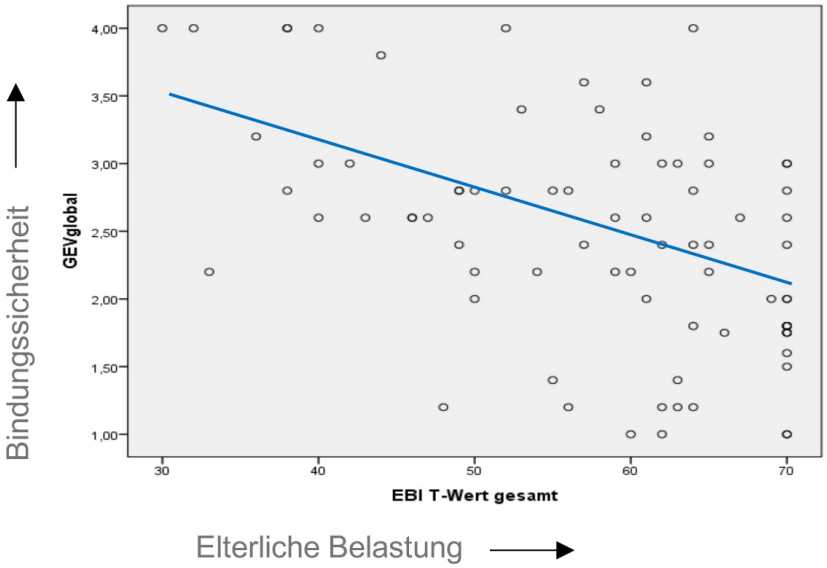


Abb.1 Zusammenhang Elterliche Belastung und Bindungsunsicherheit (Köhler-Saretzki, 2020)

Psychisch kranke Eltern melden sowohl bewusst als auch unbewusst häufig eine hohe eigene Bedürftigkeit an. Damit entsteht eine permanente Erwartungshaltung an die Kinder, jederzeit zur Verfügung zu stehen, um die Eltern zu versorgen und emotional zu stabilisieren. Unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten werden die Kinder also dazu angehalten die Signale

der Eltern stets wahrzunehmen und feinfühlig darauf zu reagieren mit der Konsequenz, dass ihre eigenen Bedürfnisse nicht oder zu wenig wahrgenommen und befriedigt werden. Die Folge sind Verunsicherungen in der eigenen Bindungsentwicklung. Die Kinder erleben keine ausreichend sichere Basis, von der aus sie die Welt erobern und entdecken können. Sie müssen früh und schnell lernen, dass Trost, (körperlicher) Kontakt und Vertrautheit für sie nur möglich ist, wenn sie von sich aus aktiv werden und für die Eltern eine Helferfunktion einnehmen. Sie müssen sich also Nähe, Geborgenheit und Zuwendung teilweise hart erarbeiten und verdienen. Und die Kinder tun dies auch nach dem Motto „Bindung zuerst“ mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Folgen müssen sie dabei in Kauf nehmen, wie z.B. die Vernachlässigung eigener Interessen und sozialer Kontakte. Von außen sieht man eine starke Bindung, diese beruht jedoch häufig auf umgedrehten Vorzeichen. Das Kind ordnet sich den Bedürfnissen des erkrankten Elternteiles unter und bemüht sich, seine Wünsche bestmöglich zu erfüllen, anstatt dass es von den Eltern umsorgt und behütet wird. Das Verlassen darauf, dass Hilfe, Trost und Unterstützung jederzeit möglich ist, wenn das Kind in eine Situation kommt, die Angst, Überforderung, Unwohlsein oder Unsicherheit auslöst ist stark irritiert.

Viele ehemals Betroffene berichten, dass sich diese zwangsweise erlernten Fähigkeiten im Kindesalter noch weit im Erwachsenenalter auf die Gestaltung ihrer eigenen Partnerschaftsbeziehungen ausgewirkt haben (Lenz, 2008).

Erhöhtes Erkrankungsrisiko

Eine weitere Folge einer elterlichen Erkrankung ist, dass die Kinder sowohl ein erhöhtes spezifisches Risiko haben dieselbe Krankheit wie ihre Eltern zu entwickeln, als auch ein allgemeines Risiko für irgendeine psychische Störung. Dabei spielen genetische als auch potenziell beeinflussbare Umgebungsfaktoren, psychosoziale Belastungsfaktoren wie Armut, beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit und vor allem aktuelle elterliche Beeinträchtigungen bzw. Stressbelastungen eine Rolle (Mattejat, 2019).

Der Einfluss der elterlichen Diagnosen ist unterschiedlich. Während sich bei Krankheiten mit einem hohen Erbfaktor wie Schizophrenie und bipolare Störung sowohl spezifische als auch unspezifische Zusammenhänge zeigen, finden sich bei Angststörungen relativ hohe spezifische Zusammenhänge. Ebenso spielt der kummulative Effekt durch die Anzahl und das Zusammenwirken von Schutzfaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung beim Kind eine Rolle. Je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit beim Kind, dass sich eine Störung entwickelt (Mattejat, 2019)

Die heute gängige Vorstellung ist allerdings nicht eine direkte genetische oder erlernte Weitergabe einer spezifischen psychischen Erkrankung. Sondern man geht davon aus, dass eine gewisse Verletzlichkeit oder Anfälligkeit für Stressfaktoren, die sogenannte Vulnerabilität weitergegeben wird.

Neben dieser Vulnerabilität orientieren sich die Kinder an den Handlungsweisen ihrer Eltern. Sie übernehmen diese nach dem Motto: „Kinder braucht man nicht erziehen, sie machen einem sowieso alles nach“ (Zitat von Karl Valentin). Verhalten wird somit erlernt und weitergegeben, wie z. B. der Umgang mit Stress, Kritik und Konflikten.

Die Vulnerabilität kann unterschiedlich hoch sein. Bei einer geringen Ausprägung verträgt das Kind mehr Stress bzw. Belastung und es kommt zu keiner oder geringerer Ausbildung von psychischen Symptomen. Das gleiche Ausmaß an Belastung kann aber bei einer höheren vulnerablen Vererbung dazu führen, dass die kritische Schwelle überschritten wird und das Kind psychopathologische und damit behandlungsbedürftige Verhaltensweisen zeigt.

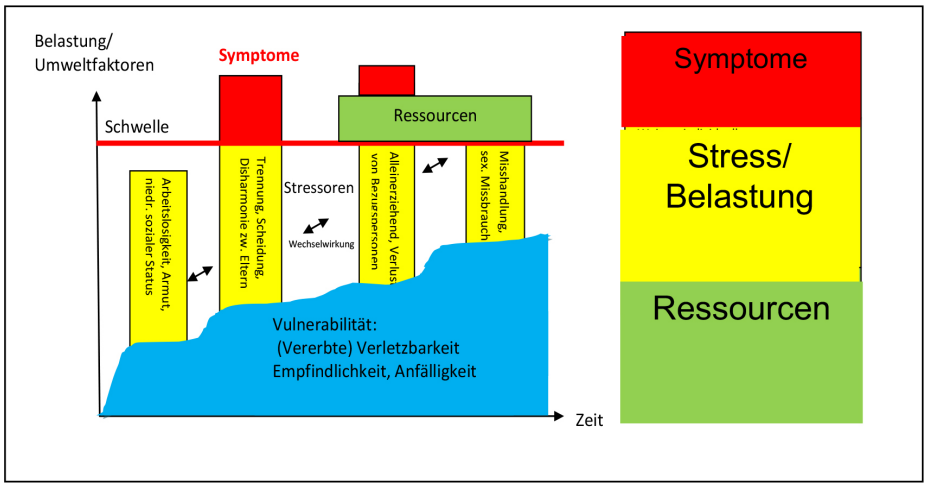


Abb. 2 Vulnerabilitätsmodell (modifiziert aus Köhler-Saretzki, 2018)

Vorhandene Ressourcen bieten dabei zusätzlichen Schutz, indem sie die Erkrankungsschwelle nach oben setzen (siehe Abb. 2).

Tabuisierung und Redeverbot

Eine psychische Erkrankung verändert die Stimmungen und Beziehungen im alltäglichen Miteinander innerhalb der Familienmitglieder. Die Kinder nehmen das unmittelbar wahr. Für sie ist spürbar, dass irgendwas Raum steht und auch am Verhalten der Erwachsenen direkt beobachtbar ist. Aber gleichzeitig wird Ihnen direkt bzw. indirekt vermittelt, dass man darüber nicht sprechen darf. Deshalb trauen sich die Kinder keine Fragen nach dem seltsamen Verhalten von Mutter oder Vaters zu stellen und bleiben mit dem Thema und den damit verbundenen Gefühlen allein.

Hinzu kommt eine konkrete Angst und Verwirrung über die uneinschätzbaren, unkontrollierbaren und als bedrohlich erlebten Verhaltensweisen der Eltern.

Die Folge ist, dass die Kinder ihre eigenen Schlussfolgerungen ziehen, sich Gedanken und Sorgen machen und schließlich zu der Überzeugung kommen sie seien ursächlich verantwortlich für den Zustand der Eltern, z.B. weil sie nicht brav waren, sich schlecht benommen oder auch die Mutter nicht ausreichend unterstützt haben. Vor allem trifft dieser Prozess entwicklungsbedingt auf jüngere Kinder zu. In dieser Altersgruppe werden Geschehnisse noch magischer erlebt und durch eigene Fantasien gedeutet und erklärt.

Die Kinder versuchen alles richtig zu machen, passen (mehr oder weniger angemessen und von außen nachvollziehbar) ihr Verhalten der Situation an und stellen ihre

eigenen Bedürfnisse zurück, um den Eltern mehr Raum geben zu können. Sie verleugnen, verbergen oder verdrängen ihre Gefühle zu, um den erkrankten Elternteil zu schützen und zu schonen. Dies muss aber an anderer Stelle kompensiert werden und kann dann in der Schule oder Kita z.B. zu impulsiven und aggressiven Verhaltensdurchbrüchen führen. Von den Lehrern, Erziehern und auch den Eltern wird dieses Verhalten aber als zu behandelnde psychische Störung interpretiert.

Das Verbot über die innerfamiliäre Situation sprechen zu dürfen führt darüber hinaus zu einem Fehlen für angemessene Erklärungen für den Zustand der Eltern. Die Familienmitglieder sind gezwungen eine Zweiteilung in eine vermeidende Realität innerhalb des Familiensystems und in eine nach außen hin demonstrierte Normalität vornehmen zu müssen. Auch zeigen sich im Laufe der Zeit Tabuisierungs- und Selbstschutztendenzen bei den Kindern selbst. So wollen sie (zumindest erstmal) z.B. gar nichts über die Krankheit wissen oder sie tun so, als gäbe es gar kein Problem, auch wenn sie vom Verhalten der Eltern durchaus irritiert und verunsichert sind.

Die Kinder finden nicht die Kraft, den Schritt nach außen zu gehen und sich mit ihren Problemen und Sorgen an Außenstehende zu wenden und um Hilfe zu bitten. Jedes Gespräch über die Eltern wird als Verrat an der Familie empfunden. In Krisensituationen stehen den betroffenen Kindern kaum ausreichend Unterstützung und Hilfe aus dem dünnen sozialen Netz zur Verfügung. Die Kinder ziehen sich noch mehr zurück und flüchten sich in Traumwelten.

Man kann festhalten, dass die interne und externe Tabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung bei den betroffenen Kindern zu Verwirrung und dem Suchen nach eigenen Begründungen führt mit meist langfristigen Auswirkungen für Ihre Entwicklung. Nicht immer sind diese Schwierigkeiten eindeutig für Außenstehende erkennbar.

Stigmatisierung und soziale Isolierung

Obwohl ca. 25- 30 % der erwachsenen Menschen jährlich mit einer psychischen Krankheit konfrontiert sind (Jacobi, 2014) und dies somit keine Seltenheit darstellt, besteht noch immer in unterschiedlicher Art und Weise eine gewisse Befremdung, Voreingenommenheit bis hin zu verdeckter oder sogar offener Ablehnung psychisch Kranken gegenüber. Sie werden häufig beschuldigt an ihrem Zustand selbst schuld zu sein oder sich die Krankheit einzubilden. Viele Betroffene berichten von Erlebnissen nicht ernst genommen oder beschimpft zu werden und verheimlichen demzufolge ihre Krankheit, weil sie nachhaltige Folgen, wie z.B. eine berufliche Kündigung befürchten.

Sie beschränken Kontakte zur Außenwelt und nehmen aus Angst davor, dass Ihnen wegen ihrer Krankheit das Kind weggenommen werden könnte kaum psychiatrische Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch (Schmid et al, 2008).

Die Kinder werden bei Bekanntwerden der Krankheit im Bekannten- und Verwandtenkreis häufig mit geringschätzigen Kommentaren und Bemerkungen konfrontiert. Gleichzeitig besteht aber auch eine Neugier Informationen über das aktuelle Befinden der Betroffenen zu erfahren.

Um Verletzungen und Erniedrigungen von außen zu vermeiden und aus Scham über die „verrückten Eltern“, verschweigen die betroffenen Kinder ihre Sorgen und Ängste und sprechen nicht über ihre Familie und den erkrankten Elternteil. Dies trägt auch dazu bei, dass kaum tragfähige Beziehungen zu Bezugspersonen außerhalb der

Familie entstehen können, die Unterstützungsfunktionen übernehmen und damit eine Art soziales Immunsystem bilden könnten.

Durch die ganzen Verstrickungen innerhalb des Familiensystems, die Tabuisierung, die Angst vor Stigmatisierung und die allgegenwärtige Verzweiflung stehen darüber hinaus kaum Energie, Zeit und Nerven für die Aufnahme von Kontakten außerhalb der Familie zur Verfügung. Die Kinder sind oder fühlen sich zumindest zu Hause unabkömmlich und haben Angst, dass alles zusammenbrechen oder den Eltern etwas ganz Schlimmes passieren würde, wenn sie nicht präsent sind. Kontakte zu Freunden, Schulkameraden, Sportvereinen usw. sind sehr eingeschränkt.

Der Zugang zu Gleichaltrigen wird zusätzlich erschwert, weil diese die Probleme der Kinder aus den belasteten Familien nicht verstehen können. Kinder psychisch kranker Eltern werden aufgrund der Lebenssituation schneller reifer und erwachsener und entfernen sich dadurch von den gewöhnlichen Themen der Gleichaltrigen. Auch dürfen sie meist keine Freunde mit nach Hause bringen. Entweder, weil sich die Eltern für ihre Situation schämen oder weil es ihnen nicht gut geht und sie andere nicht aushalten können.

Manchmal gibt es eine kleine überschaubare Anzahl von Freunden und Verwandten. Diese werden in Krisen aber kaum aktiviert und spielen in der Regel nur eine kleine Rolle im Leben der Kinder.

Parentifizierung

Und schließlich findet sich in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil so gut wie immer die Parentifizierung. Der Begriff beschreibt die Umkehr der Rollen zwischen Eltern und Kind mit den damit einhergehenden organisatorischen Aufgaben und emotionalen Verantwortlichkeiten. Dies führt zu einer grundsätzlichen Überforderungssituation. Umso mehr, wenn das Kind dafür nicht die entsprechende Wertschätzung durch die Eltern erfährt (Lenz & Brockmann, 2010).

Wenn es den Eltern aufgrund ihrer Krankheit und den damit verbundenen Belastungen und Folgen nicht mehr gelingt ihre Elternrolle angemessen auszufüllen, fällt diese Aufgabe häufig dem (ältesten) Kind zu. Es wird somit zum innerfamiliären Pflegedienst.

Man unterscheidet grundsätzlich folgende zwei Arten von Parentifizierung. Bei der sogenannten instrumentellen Parentifizierung übernehmen die Kinder die körperliche Pflege und Versorgung der Eltern, der jüngeren Geschwister oder auch der alten Angehörigen (z.B. Großmutter, Großvater) und kümmern sich um die Organisation des Haushalt und der alltäglichen Pflichten (z.B. Termine).

Noch häufiger findet man in den Familien allerdings die sogenannte emotionale Parentifizierung. In diesen Fällen übernimmt das Kind die emotionale Pflege für den erkrankten und meist auch für den gesunden Elternteil.

Eltern offenbaren ihren Kindern direkt oder auch indirekt ihre Bedürftigkeit und übertragen ihnen so die Verantwortung für ihr Wohlergehen. Die Kinder werden zum Partnerersatz, zum Vertrauten und Konfliktlöser, die zwischen den Elternteilen vermitteln oder eine Position beziehen sollen. Damit werden sie in einen unlösbaren Loyalitätskonflikt gedrängt. Sie werden zum Freund, Berater, Beistand und Hauptlieferanten für Trost und Ermunterung. Den Kindern wird diese Rolle entweder offen und klar übertragen oder sie werden subtil in diese Rolle gedrängt, vermittelt durch die an sie gestellten Erwartungen.

Sowohl die instrumentelle und vor allem die emotionale Parentifizierung stellen eine grundlegende physische und psychische Überforderung für die Kinder dar. Besonders schwierig, belastend und letztendlich krankmachend wird es aber vor allen Dingen dann, wenn die Kinder dafür von ihren Eltern weder Anerkennung noch Wertschätzung erhalten, sondern im Gegenteil sogar noch in eine Sündenbockrolle gedrängt werden. Dies passiert häufig, wenn es den Kindern nicht gelingt die teils sehr unterschiedlichen Erwartungshaltungen der beiden Elternteile zu erfüllen. Der kranke Elternteil hat dabei die Erwartung, dass die Kinder ihr persönlicher Versorger und Vertrauter sind. Der gesunde Elternteil hofft, dass das Kind dabei hilft die bislang nicht erfüllten Lebensträume zu verwirklichen (Köhler-Saretzki et al, 2018).

Die Parentifizierung stellt zwar wie bereits erwähnt grundsätzlich eine Überforderungssituation für die Kinder dar und ist in den meisten Fällen mit negativen langfristigen Folgen für die Kinder behaftet. Trotzdem ist sie nicht ausschließlich für alle Kinder und alle Fälle krankmachend. In Teilen kann sie sich sogar entwicklungsförderlich auswirken. So sind die Kinder z.B. gefordert, bestimmte Fähigkeiten aus eigener Kraft zu entwickeln, die im Lebensverlauf nützlich sein können. Die Kinder sind z.B. äußerst selbstständig, haben eine gute Beobachtungsgabe und entwickeln ein feines Gespür für Stimmungen. Sie sind gewohnt, alleine zurechtzukommen, können sich gut mit sich selbst beschäftigen und haben hohe Kompetenzen, anderen zu helfen.

Die Parentifizierung bekommt vor allem dann eine eindeutige und nachhaltige pathologische Richtung, wenn das Kind für die

geleistete Arbeit von den Eltern keine ausreichende Anerkennung und Bestätigung bekommt. Noch schwieriger für die Kinder wird es, wenn sie in massive Loyalitätskonflikte oder in eine Sündenbockrolle gedrängt werden, weil es ihm nicht gelingt die widersprüchlichen Aufträge und persönlichen Ziele der beiden Elternteile zu erfüllen: Vertrauter und Versorger für den kranken Elternteil versus Erfüller der Lebensträume des gesunden Elternteils! Eine weitere sehr ungünstige Variante ist es wenn altersunangemessene Anforderungen den Entwicklungsstand und die Fähigkeiten des Kindes weit übersteigen und die kindlichen Bedürfnisse des Kindes so gut wie nicht berücksichtigt werden (Lenz & Brockmann, 2010).

Eine andere Variante von Parentifizierung ist noch die unverhältnismäßige Überbehütung und Infantilisierung (Zurückstufung in der kindlichen Entwicklung) der Kinder. Dafür wird meist das Kind mit dem größten Einfühlungsvermögen in der Familie ausgewählt, um mit ihm eine außerordentlich enge Bindung einzugehen. Es wird mehr oder weniger bedrängt und in eine besonders klammernde Rolle des Trösters und Beraters hineingezwungen. Ältere Kinder und Jugendliche reagieren darauf nicht selten mit deutlicher Abgrenzung und Ablehnung bis hin zu Abwertung des Elternteils als irre, verrückt und durchgeknallt. Gleichzeitig haben sie aber Schuld- und Schamgefühle deswegen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Auswirkungen und Folgen im Zusammenlieben mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind für die Kinder oft vielfältig und wirken sich sowohl auf ihren Alltag als auch auf ihre langfristige Lebensgestaltung aus. Dabei stellte v.a. die emotionale Versorgung im Rahmen Parentifizierung eine besondere Herausforderung für die Kinder dar.

Im Fall einer milderen oder nur vorübergehenden Variante kann sie dem Kind zu erhöhtem Selbstwert, Eigenständigkeit und Verantwortungsgefühl verhelfen. In den allermeisten, schwereren Fällen, die man in den meisten Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil beobachten kann allerdings sind Langzeitfolgen wie ein geringer Selbstwert, Ablösungs- und Identitätsprobleme, Depressionen bis hin zu Suizidtendenzen zu erwarten.

Für die Kinder ist die Situation besonders schwierig, wenn die Erkrankung nicht bekannt, nicht akzeptiert oder gar geleugnet wird. Deshalb sollten die Kinder unbedingt in eine Behandlung der Eltern und der Familie in altersgerechter Weise einbezogen werden. Eine adäquate Aufklärung über die Erkrankung, die Stärkung von Resilienz durch Förderung der familiären Kommunikation, der kindlichen Bewältigungskompetenzen und der Aktivierung sozialer Kompetenzen, sowie die Unterstützung beim Aufbau eines sozialen Netzwerkes bilden einen bedeutenden Schutzfaktor für die Kinder (Lenz, 2021).

Literatur

Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (2012): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart.

Fremmer-Bombik, E. (2017). Über 30 Jahre Forschung zur Tradierung von Bindung. In Zimmerman,

Autor

Dr. Thomas Köhler-Saretzki
Dipl. Psych., Leiter der Familienberatung der CSH, Köln-Mülheim

P.; Spangler, G. (Hrsg.): Feinfühlige Herausforderung. Bindung in Familie, Kita, Kinderheim und Jugendhilfe. Psychosozialverlag, Gießen.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagners, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH, Bundesgesundheitssurvey).

Köhler-Saretzki, T; (2020). Psychische Erkrankung und Elternsein in der Familienberatung. Eine Untersuchung zu den Auswirkungen elterlicher Belastung auf Bindung und Lebensqualität der Kinder. Psychiatrie-Verlag, Köln.

Köhler-Saretzki, T.; Markwort, I.; Wiegel, D. (2018). Starke Kinder brauchen starke Eltern. Wegweiser für Betroffene, Eltern, Therapeuten und Pädagogen. Schulz-Kirchner, Verlag, Idstein.

Leijdesdorff, S.; van Doesum, K.; Popma, A.; Klaassen, R. & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. Current opinions in psychiatrie, 30 (4), 312-317.

Lenz, A. (2021). Ressourcen fördern. Mentalisierungsbasierte Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien (2., vollständig überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2019). Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken. Ein Gruppenprogramm zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A.; Wiegand-Grefe; S. (2017). Kinder psychisch kranker Eltern. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie (Band 23). Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. & Brockmann, E. (2010). Beziehung gestalten – eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Lehmkuhl, U. et al. (Hrsg.). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Lenz, A. (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, F. (2019). Psychisch krank Eltern. In Volbert, R.; Huber, A.; Jacob, A.; Kannengießer, A. (Hrsg.). Empirische Grundlagen der familienrechtlichen Begutachtung. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Schmid, M., Kölch, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. In Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 10, S. 774-788.

Strauss, B.; Buchheim, A.; Kächele, H. (Hrsg.) (2002). Klinische Bindungsforschung: Theorien – Methoden – Ergebnisse. Schattauer, Verlag, Stuttgart.

KÄRNTEN University of Applied Sciences

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

UMFASSENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG UND FACHKOMPETENTE PFLEGE

Gesundheits- und Krankenpflege ist ein hochqualifizierter, vielseitiger Beruf, der vor allem durch Fachkompetenz, Verantwortungsbewusstsein und lebenslanges Lernen gekennzeichnet ist. Die „Pflege" macht die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen aus und bietet dementsprechend gute Jobchancen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Innovative Lehr- und Lernmethoden helfen unseren Studierenden, sich ein umfangreiches Fachwissen und die nötigen Fachkompetenzen des Pflegeberufes anzueignen. Neben der fundierten, fachlichen Qualifikation für diesen verantwortungsvollen Beruf ist es mir ein Anliegen, dass sich unsere AbsolventInnen auch durch professionelle Kommunikation im interdisziplinären Team sowie mit kranken und pflegebedürftigen Menschen jeden Alters auszeichnen.

ANITA MITTERDORFER, BA M.ED. MA
Studiengangsleitung

FATCS

Bachelorstudiengang,

Vollzeit, 6 Semester,

Montag – Freitag ganztägig, teilweise samstags

Berufspraktikum: 2.–6.Semester

AUFNAHMEVERFAHREN

Bewerbung bis 15. Mai

Schriftlicher Aufnahmetest

Persönliches Gespräch und

Kleingruppen- Assessment

UNSER STUDIENANGEBOT

Jetzt bewerben!

Bachelorstudiengänge

- Biomedizinische Analytik (VZ)
- Disability & Diversity Studies (BB)
- Ergotherapie (VZ)
- Gesundheits- und Krankenpflege (VZ)
- Gesundheits- und Pflegemanagement (VZ, BB)
- Hebammen (VZ)
- Logopädie (VZ)
- Physiotherapie (VZ)
- Radiologietechnologie (VZ)
- Soziale Arbeit (VZ, BB)

Masterstudiengänge

- Disability, Diversity & Digitalisierung (BB)
- Gesundheitsmanagement (BB)
- Soziale Arbeit: Entwickeln und Gestalten (VZ & BB)

VZ = Vollzeit | BB = Berufsbegleitend

KONTAKT

T: +43 5 90500-3401
M: guk@fh-kaernten.at
W: www.fh-kaernten.at/guk

TAGE DER OFFENEN TÜR

4. März 2022 I 16:00 - 20:00 Uhr
6. Mai 2022 I 16:00 - 20:00 Uhr
Campus Klagenfurt - St. Veiter Straße & Campus Feldkirchen

FH CAMPUS DAY - Infos unter
fh-kaernten.at/fhdays

KINDER
BRAUCHEN
EIN ZUHAUSE
75 Jahre
PRO JUVENTUTE
SPENDEN UNTER WWW.PROJUVENTUTE.AT
SPENDENKONTO: IBAN: AT61 2040 4000 4040 4600
pro Juventute
WIR GEBEN KINDERN
WIEDER EIN ZUHAUSE

Blickrichtungswechsel leben lernen

Vorerst ein herzliches Dankeschön, dass ich die Möglichkeit habe mein Anliegen in dieser Form weiter zu geben. Mein Name ist Brigitta Schröder, bin Schweizer Diakonisse, Supervisorin DGSv, Lebens- und Trauerbegleiterin und Mediatorin. Ich war im Gesundheitswesen tätig. Nach meiner Pensionierung habe ich mit einer befreundeten Dame, die nach einem Schlaganfall eine Demenz entwickelte, zusammen gelebt. Ich hatte keine Ahnung, wie ich bei einer solchen Diagnose eine wertschätzende Begleitung durchführen kann. Schritt um Schritt habe ich mich in diese herausfordernde Situation eingearbeitet und dabei viel lernen können.

2010 habe ich das erste Buch „Blickrichtungswechsel Lernen mit und von Menschen mit Demenz“ im Selbstverlag veröffentlicht. Der Kohlhammer Verlag setzt sich für die weitere Verbreitung ein. Die vierte Auflage ist nun veröffentlicht. Mein Anliegen ist das Schwere, nicht noch schwerer zu machen, sondern Angehörige und Begleitende zu ermutigen. Wie ist das möglich bei solchen Herausforderungen? Welche Fragen und Anliegen stehen im Raum?

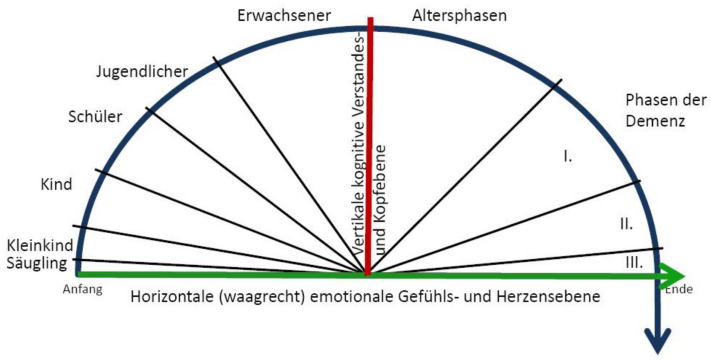
Ein Austausch kann leider nicht statt finden, deshalb versuche ich mein Erlebtes praxisnah und spontan in Impulsen weiter zu geben. Unebenheiten und Missverständnis, die entstehen können, versuche ich, wenn es gewünscht wird, zu erklären. Ich verteile keine Rezepte noch Ratschläge. Letzteres sind Schläge. Auf das verzichte ich. Das brauchen Sie in Ihrer belastenden Situationen auch nicht, denn der Weg ist sehr anstrengend. Die weiter gegebenen Impulse sind individuell umzusetzen, den jeder Mensch mit Demenz, jeder Moment ist anders.

Den Blickrichtungswechsel will ich Ihnen vorerst näher bringen. Es ist kein Perspektiv noch Richtungswechsel, sondern eine Drehung von 180 Grad. Dieses Skizzen erklären die westliche und östliche Sichtweise. Ältere Menschen und Kinder sind auf der gleiche Ebenen. Menschen mit Demenz sind keine Kinder, denn sie sind erzogen, sozialisiert, brauchen keine Reglementierung und wollen Persönlichkeiten bleiben.

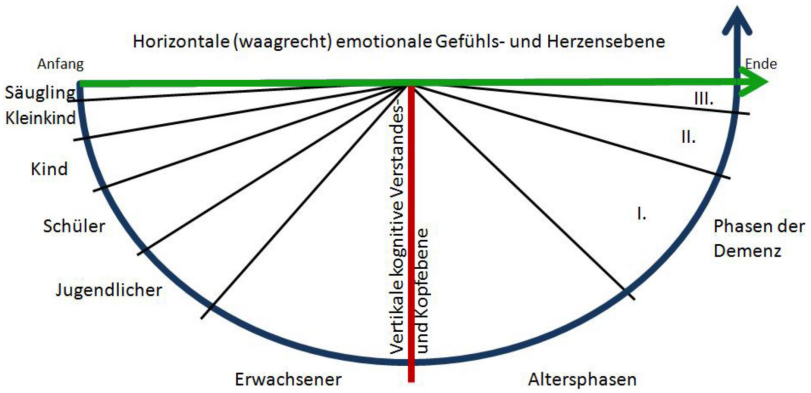
Durch diese Skizzen wird der der Blickrichtungswechsel sichtbarer. Das Alter ist nicht defizitär. Es wird nicht weniger. Flügen wachsen, um davon zu fliegen.

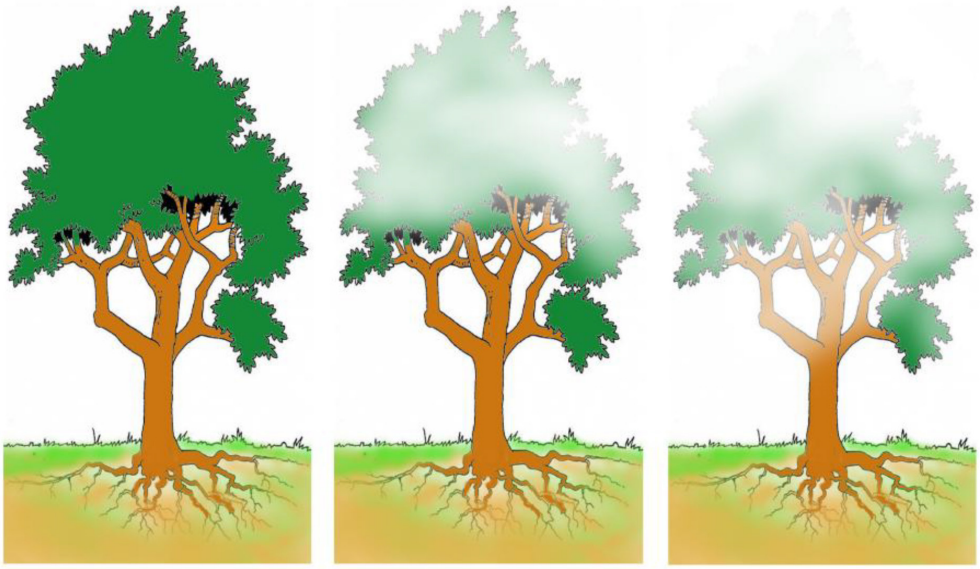
Die westliche Kultur zeigt auf, dass Alter defizitär wahrgenommen wird. Die Pfeilrichtung geht nach unten. Bei der östlichen Kul-

Lebensphasen der westlichen Kultur



Lebensphasen der östlichen Kultur





Stamm / Krone

tur entsteht eine gefüllte Schale.

Menschen mit Demenz leben auf einer anderen Daseinsebene. Ich vermeide die Aussage Demenz krank, weil ich diese Menschen weder klein, hilfsbedürftig und abhängig machen will. Ich spreche von Menschen mit Demenz, abgekürzt MmD oder „Mutig miteinander Dasein“. Diesen Mut ist notwendig, um sich in Menschen mit Demenz einzufühlen, denn der Weg mit ihnen ist täglich eine anspruchsvolle Herausforderung.

In dieser einfacher Form kann Demenz bildlich dargestellt werden. Bei den drei gleich aussenden Bäume mit Wurzel, Stamm, Krone kann das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis erklärt werden. Stamm und Wurzel bleiben bestehen. Das ist das Langzeitgedächtnis. Nur die Krone verblasst und weisst auf das Kurzzeitgedächtnis hin. Das Gegenwärtige wird vergessen, dafür können mit dem Langzeitgedächtnis Erinnerungen geweckt werden. Singen ist der Königsweg zu Menschen mit Demenz. Sprachlose singen auswendig mit. Menschen mit Demenz können im ersten Stadium besonders gut schummeln. Und schlagfertig antworten. Sie wollen ihre Veränderungen nicht wahr haben.

Ein Beispiel: Die Tochter will das Gedächtnis der Mutter trainieren und fragt, was haben wir zum Mittag gegessen? Die spontane Antwort lautet: „Du warst doch auch dabei“. Es ist erstaunlich welches Gespür diese Menschen haben. Sie sind wie Seismographen und können die Stimmungslagen des Gegenübers wahrnehmen, erspüren welche Haltung, Gedanken das Gegenüber hat und reagieren entprechend.

Ein Beispiel: Bei einem Besuch begrüße ich alle und sage spontan zu einer Dame, die ich schon Jahre lang kenne, deren Demenz immer mehr Raum einnimmt , dass ich mich zu ihr setzen möchte. Die umgehende Antwort war: „Gehen sie weg, Sie Hexe.“ Mit staunenden Augen sagte ich: „Oh, ich kann zaubern, dass wusste ich noch nicht? Sie haben das Heft in der Hand und wissen genau, was sie wollen. Ich gehe und komme wieder“ und lächelte ihr winkend zu. Beim Wiederkommen nahm sie meine Hand und streichelte mich.

Menschen mit Demenz handeln absichtslos. Wir lassen uns bei Grenzüberschreitungen oft verletzen. Die Haltung ist ‚die Gefühle dieser Menschen wahrnehmen, ernst nehmen, aber nicht gut heissen, trotz allem in Beziehung bleiben, sich zugewandt abgrenzen und gut für sich selber sorgen. Liebesentzug ist zu vermeiden.

Worte verblassen Gestik und Mimik dominieren. Eigene Gefühle in Ich-Botschaften mitteilen auch bei Sprachlosen. Der Weg ist sehr schwer, deshalb nicht noch schwerer machen, sondern Leichtigkeit einüben. Die Gefahr besteht, dass die Angehörigen und Begleitenden ausbrennen und kränker werden als die Betroffenen. Die Kräfte jedes Menschen sind begrenzt, deshalb sind Freiräume und Zeiten der Erholung zu planen. Frühzeitig ist die Batterie aufzuladen und dran denken:

Entziehung gibt Beziehung. Menschen mit Demenz gehören in unsere Mitte. Kompetenzen der Menschen mit Demenz sind zu

entdecken. Bei der Begleitung dieser Menschen sind Fähigkeiten, wie Flexibilität, Phantasie, Kreativität und Entschleunigung vorteilhaft. Argumentation, Erziehungsversuche sind unerwünscht und belasten nur die Atmosphäre. Klärung von Konflikten, Diskussionen, sind nicht mehr möglich. Verstummte Menschen mit Demenz haben noch viel zu sagen, deshalb mit den Augen sprechen und mit dem Herzen verstehen. Verständigungsmöglichkeiten sind Gestik, Mimik, Berührung, singen, lachen, albern, schummeln und vor allem Wertschätzung.

Beispiel Ein Freund sagt zu seinem Kollegen: „Weshalb besuchte du noch deinen Vater. Er kennt dich doch nicht mehr?“ Der Freund antwortet: „Ja, das stimmt, aber ich kenne meinen Vater.“ Ein Impuls bei schwierigen Beziehungen könnte sein. „Mama, du hattest es nicht einfach mit mir, ich aber auch nicht mit dir. Du bist und bleibst meine beste Mama.“ Sich selber und Menschen mit Demenz sind wertschätzend zu begleiten.

Beispiel: Eine Bewohnerin brabbelt vor sich hin. Eine Mitbewohnerin regt sich auf und sagt: „Ich verstehe kein Wort“. Die Begleitung reagiert darauf und sagt: „Sie spricht dementisch.“ „Das will ich auch lernen“ erwidert, die Beteiligte. Das Herz wird nicht dement und unsere Aufgabe ist Sprachrohr für Sprachlose werden. Ganzheitliche Selbstliebe ist für viele ein Fremdwort. Früher war stets der Nächste im Mittelpunkt. Ganz schnell wurde gesagt: „Eigenlob stinkt.“ Ich habe diese Aussage verändert in Eigenlob stimmt. Wer sich selbst nicht lieben kann, hat Schwierigkeiten das Gegenüber echt zu lieben. Der Weg ist schwer, wie kann er leichter werden? Das schwierigste Wort hat nur zwei Buchstaben und heisst „JA“. Die Veränderungen bei Menschen mit Demenz habe ich anzunehmen. Ein Rollentausch findet statt. Es liegt an mir, wie ich damit umgehe.

Einige Entlastungsangebote:

- Gute medizinische Versorgung
- Unterstützung annehmen
- Angehörigengruppe besuchen.
- Das Schwerer nicht noch schwerer machen.
- Blickrichtungswechsel einüben
- Unperfekt ist perfekter als Perfekt.
- Herausfinden, was gut tut und Mut macht.
- Humor ist ein Türöffner

Zur Abrundung ein Wortspiel, das die Sichtweise verändern kann. Denken - Danken - Tanken von Energie.

Ein Impuls der mir gut tut und mich ermutigt weiter zu geben:

Die Hand hat 5 Finger und jeder Finger hat ein Wort:

Von - guten - Mächten - wunderbar - geborgen.

Dieser Text gibt Halt, Trost in jedem Alter und in jeder Lebenslage. Diese Aussage ist inter-konfessionell und inter-religiös. Wer den Mittelfinger, das ist der längste Finger, emotional und liebevoll umfasst, hat die Möglichkeit sich selbst und anderen gedanklich gute Mächte weiter zu geben. Dieser Text unterstützt beim Einschlafen und kann Ängste vermindern. Das Wort ist von Dietrich Bonhoeffer, dem Widerstandskämpfer gegen den Nationalsozialismus.

Ich bin nie allein, sondern:
Von - guten - Mächten - wunderbar - geborgen.

Wenn Sie noch Fragen und Anregungen haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Wer den Blickrichtungswechsel mehr kennen lernen möchte, ist das Online möglich.

www.blickrichtungswechsel-bs.com

Autorin

Sr. Brigitta Schröder
Brigitta Schröder, Krankenschwester und Schweizer Diakonisse, ist Supervisorin DGSv sowie Lebens- und Trauerbegleiterin.

Herzlich willkommen

PFLEGE-MANAGEMENT FORUM 2022

Das Gesundheits- und Pflegewesen durchläuft derzeit den größten Veränderungsprozess aller Zeiten. Zukunftsthemen wie Digitalisierung, der demografische Wandel und der akute Fachkräftemangel beschäftigen das Management von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nicht erst seit der Corona-Pandemie.

Pflege-Management Forum - 1. Konferenztag

Inhalte im Überblick

REDEN WIR KLARTEXT

Pflege fordert Politik

Rolle und Stellenwert der Pflege für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Sozialsystem

BM Wolfgang Mückstein, Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

DISKUSSIONSPANEL MIT FÜHRUNGSKRÄFTEN DER PFLEGE

Rolle & Verantwortung der Pflege-Führungskräfte neu denken

Führungskräfte der Pflege: sind wir Teil der Lösung oder Teil des Problems?

Anforderungen und Erwartungshaltungen an die Pflegedienstleitung hinsichtlich Führung, Kommunikation, Personal- und Organisationsentwicklung für ein professionelles und attraktives Arbeitsumfeld.

Michael Urschitz, Leiter innerklinisches Notfallmanagement, Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern, liefert einen Reality Check mit persönlichen Erfahrungen, Wünschen und Visionen

„Die professionelle Pflege muss sich emanzipieren und als Berufsgruppe lernen, neue und innovative Wege zu gehen. Es wird niemand kommen, der uns rettet, dass müssen wir selber in die Hand nehmen. Nur so können wir als Profession den Kopf aus der Schlinge ziehen und in eine positive Zukunft blicken.“ (Urschitz)

Jörg Ney ist PBL in einem Pflege- und Betreuungszentrum der NöLGA und weiters Vorstandsmitglied der ARGE-NÖ Heime und Landesverband Hospiz NÖ sowie Sanitätsunteroffizier in der Miliz.

„Verlange von MitarbeiterInnen nie etwas, was du selbst nicht im Stande bist zu leisten .“(Ney)

IMPULSVORTRAG

Quo vadis Pflege - zwischen Resignation und Aufbruch

Stefan Heinemann ist Professor für Wirtschaftsethik an der FOM Hochschule und Sprecher der Ethik-Ellipse Smart Hospital der Universitätsmedizin Essen

Seine These: wir brauchen eine mutige Pflege-Vision für das 21. Jahrhundert

Entwickeln und definieren wir ein gemeinsames Bild, wie wir uns als Pflege in 2030 sehen und gesehen werden möchten.

„Für eine neue Pflege, die als Berufsbild attraktiv ist, digital transformiert für – nicht gegen – mehr Nähe und Fürsorglichkeit, und als relevanter produktiver Versorgungsfaktor strategisch und wirtschaftlich ernst genommen wird, ist ein neues Denken auch in der Pflege selbst notwendig und eine entsprechende Kommunikation auf den entscheidenden Systemebenen. Denn: Ohne Pflege kann es keine menschliche Medizin im 21. Jahrhundert geben.“ (Heinemann)

1. Konferenztag: Pflege-Management Forum

28. April 2022

9.00 START

Begrüßung: **Gerhard Pichler,** Geschäftsführer, Business Circle; Fachlicher Leiter: **Markus Golla,** BScN, Institutsleitung Institut für Pflegewissenschaft / Studiengangsleitung Gesundheits- & Krankenpflege an der IMC Fachhochschule Krems

---

ERÖFFNUNGSPLENUM

9.00 **Quo vadis Pflege - zwischen Resignation und Aufbruch**

- Wir brauchen eine mutige Pflege-Vision für das 21. Jahrhundert
- Wir müssen unser gemeinsames Bild, wie wir uns als Pflege in 2030 sehen bzw. sehen möchten, definieren

Stefan Heinemann, Professor für Wirtschaftsethik an der FOM Hochschule und Sprecher der Ethik-Ellipse Smart Hospital der Universitätsmedizin Essen

Die Power der Pflege

- Wenn wir im Gesundheitswesen und in der Politik gleichberechtigt mitsteuern wollen, müssen wir uns lautstark zu Wort melden. Mit Larmoyanz und Klagen ist uns nicht gedient und als Managementpersonen ist es unsere Pflicht, neben den individuellen Patientenschicksalen auch unseren eigenen Anliegen und Forderungen Ausdruck zu verleihen.

Regula Lüthi, RN, MPH

9.50 **Führungskräfte der Pflege: wir brauchen einen neuen Mindset**

- Sind Führungskräfte Teil der Lösung oder Teil des Problems?
- Anforderungen und Erwartungshaltungen an die Pflegedienstleitung hinsichtlich Führung, Kommunikation, Personal- und Organisationsentwicklung für ein professionelles und attraktives Arbeitsumfeld
- Ein Reality Check mit persönlichen Erfahrungen, Wünschen und Visionen

Michael Urschitz, Leiter innerklinisches Notfallmanagement, Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern
Jörg Ney, Leitung Pflege und Betreuung im NÖ Pflege- und Betreuungszentrum St. Pölten

---

10.30 Kaffeepause

11.00 **Pflegereform - die zentralen Forderungen aus dem intramuralen und extramuralen Bereich**

Elisabeth Anselm, Geschäftsführerin, Hilfswerk Österreich
Mario Tasotti, Geschäftsführer LB Lebenswert Betreuungs GmbH / WKO Wien
Elisabeth Potzmann, Präsidentin, ÖGKV
Markus Mattersberger, Motivallianz Pflege; Präsident Lebenswelt Heim

Im Dialog: Pflege fordert Politik

Wolfgang Mückstein, Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
und weitere Vertreter:innen aus der Gesundheits- und Sozialpolitik

---

12.30 Mittagessen

1. Konferenztag: Pflege-Management Forum

28. April 2022

14.00 PARALLELE FACHFOREN

VERSORGUNGSKONZEPTE

Community Nursing in der Praxis

- Status quo zu den Pilotprojekten - Aufgabenprofile im Detail – Künftige Projektschwerpunkte und Einsatzfelder

Elisabeth Rappold, Langzeitpflege, Koordination Pflege, GöG

LEADERSHIP

Führung in der Pflege neu denken

- Führen ist nicht gleich Managen
- Mitarbeiter-Führung über den Dienstplan ist keine Führung!
- Führungserfolg messen?

Jörg Ney, Leitung Pflege und Betreuung im NÖ Pflege- und Betreuungszentrum St. Pölten

AUSBILDUNG

Update Pflege-Ausbildung - neue gesetzliche Lage 2022

- PA, PFA, DGKP mit Upgrade auf BSc, sowie das OTA-Gesetz

Markus Golla, BScN, Institutsleitung Institut für Pflegewissenschaft / Studiengangsleitung Gesundheits- & Krankenpflege an der IMC Fachhochschule Krems

---

14.50 PARALLELE FACHFOREN

Multiprofessionelle Primärversorgung

- Aktueller Stand und laufende Vernetzungsaktivitäten

David Wachabauer, Leiter Koordination Primärversorgung, GöG
Sarah Burgmann, Stv. Leiterin Koordination Primärversorgung, GÖG

Next Generation Pflege - ein Stimmungsbild aus der Praxis

- Generationen- / Paradigmenwechsel: Anspruch & Wirklichkeit

Ein Dialog mit **Katharina Pfitscher,** Leitende Diplompflegerin, Universitätsklinik für Neurochirurgie, Tirol Kliniken / **Corinna Sturm,** Studentin an der FH Krems

BMS-Modell „Pflegeferrari“

- Ein Erfahrungsbericht für Nachwuchskräfte der Berufsgruppe Pflege

Georg Razesberger, Stv. Schuldirektor Pflege, Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe, Innsbruck

---

15.30 Kaffeepause

16.00 DIGITALER MINDSET - SKILLS FÜR DIE PFLEGE DER ZUKUNFT

Die Zukunft der Pflege durch Digitalisierung und Kompetenzerweiterung gestalten

- Digitalisierung für eine innovative Versorgung
- Digitaler Mindset und digitale Skills für die Pflege
- Mit Leadership den Wandel gestalten und begleiten

Andrea Schmidt-Rumposch, Vorstand & Pflegedirektorin, Universitätsklinikum Essen (DE)

16.30 **Praxis-Diskussion: Wie kann ein innovativer Qualifikationsmix für die Pflegepraxis aussehen?**

Impuls: **Claudia Leoni-Scheiber,** Institut für Pflegewissenschaft, UMIT
Beate Czegka, Abteilungsvorstand Pflegemanagement, Tirol Kliniken
Andrea Kapounek, Geschäftsführerin, Haus der Barmherzigkeit
Anastasia Knoll, Pflegedienstleitung, Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste

---

17.15 **Social Media-Kompetenz für Pflegekräfte - das Potential der sozialen Netzwerke für den Pflegesektor**

- Dos and Dont's - mit konkreten Tipps & Tricks für Ihre Praxis

Robert Seeger, Social Media Experte

18.00 Ende des ersten Konferenztages - Ausklang beim gemeinsamen Get-togehter

2. Konferenztag: Pflege-Management Forum

29. April 2022

MORNING SESSION - PLENUM

9.00 **GuKG-Novelle 2016 - ein geeigneter gesetzlicher Rahmen für ein modernes Berufsbild? Ergebnisse einer österreichweiten Befragung von DGKP**

Sabine Pleschberger, Leiterin der Abteilung Gesundheitsberufe, GÖG
Petra Kozisnik, Langzeitpflege, Health Expert, GÖG

9.30 **Neu: Sterbeverfügungsgesetz 2022**

- Rechtlicher Rahmen, erste Stellungnahmen und Erfahrungen
- Die Rolle der Pflege und was bedeutet das selbstbestimmte Sterben für die Organisation

Michael Halmich, Jurist und Ethikberater im Gesundheitswesen, Forum Gesundheitsrecht

---

10.15 Kaffeepause

10.45 PARALLELE FACHFOREN

PERSONALBEDARFSMESSUNG

Von der Personalbedarfs-bemessung zur KI-gesteuerten Personaleinsatzplanung

Denis Matic, Senior Product Manager, Zucchetti HR
Günter Weitersberger, Sales Manager, Zucchetti HR

SECURITY - RECHT

IT-Sicherheit und Datenschutz

- Update für Führungskräfte der Pflege

Stefan Leber, IT-Sicherheits-beauftragter, Tirol Kliniken

RESILIENZ

Ich glaub‘ ich krieg‘ die Krise

- Psychische Folgen der Pandemie - Kernaussagen der AK-Umfrage und Diskussion der Forderungen der Offensive Gesundheit

Kurt Schalek, Abteilung Gesundheits-beruferecht & Pflegepolitik, AK Wien

---

11.20

Führen mit Kennzahlen

- Auswertungen für Manage-ment- und Supportprozesse in Gesundheitsbetrieben anhand von Case Studies

Renate Ranegger, Geschäftsführe-rin, LEP Österreich

Update Berufsrecht Pflege

- Analyse zu allen relevanten berufsrechtlichen Themen

Michael Halmich, Jurist und Ethik-berater im Gesundheitswesen, Forum Gesundheitsrecht

Initiative wecare – Psychosoziale Krisenbegleitung in der Praxis

- Vorstellung eines psychosozialen Maßnahmenpakets für den Um-gang mit Krisensituationen für Füh-rungskräfte und Mitarbeiter:innen

Manuela Sax, Medizinisches Projekt-management, Tirol Kliniken

---

12.00 Change Break

12.10 DIE POWER DER PFLEGE

Pflege ohne Lobby. Pflege ohne Stimme. Nur gemeinsam sind wir stark.

- Braucht die Pflege eine politische Interessenvertretung?
- Wer kann bzw. soll die Interessen der Pflege bestmöglich vertreten?
- Ein Diskurs mit konkreten Erfahrungen und Positionen aus D und CH

Christel Bienstein, Präsidentin, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK
Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
Regula Lüthi, ehemals Präsidentschaft der Swiss Nurse Leaders, Spitalratsmandat im Universitätsspital Zürich

---

14.00 Mittagessen

15.00 Ende des **Pflege-Management Forums 2022**

Pflege-Management Forum - 1. Konferenztag

Inhalte im Überblick

PRAXIS-DIALOG

Pflege ohne Lobby. Pflege ohne Stimme. Nur gemeinsam sind wir stark.

Braucht die Pflege eine politische Interessenvertretung?
Wer kann die Interessen der Pflege bestmöglich vertreten?

Christel Bienstein, Präsidentin,
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK

Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz; In Rheinland-Pfalz besteht eine unabhängige Pflege-Kammer seit 2016 mit rund 42000 Mitgliedern.
Ein Praxisbericht von Markus Mai.

„Zur politischen Interessenvertretung in der Pflege werden auch Visionen zur Perspektive des Berufsstandes und Berufsfeldes benötigt, mit deren Hilfe es erst möglich ist, eine konsistente und nachhaltig wirkende Interessenvertretung zu ermöglichen. Ohne kompetente und gut abgestimmte politische Interessenvertretung wird sich der Beruf definitiv nicht im Sinne eines hochprofessionellen und selbstverantworteten Heilberufs weiterentwickeln.“ (Mai)

Regula Lüthi, Vorstand, fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung; vormals Präsidentin der Swiss Nurse Leaders - berichtet als Mitglied im Initiativkomitee über die Eidgenössische Volksinitiative „Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)“ .

IHRE TEILNAHME

KEIN RISIKO BEI FRÜHER BUCHUNG

Pflege-Management Forum

28. / 29. April 2022, Wien

Teilnahmegebühr (exkl. MwSt.)

Normalpreis	EUR 1.499
Vertreter der Pflege und aus dem Gesundheits- & Sozialwesen	EUR 599

Kostenloses Storno bis 14 Tage vor der Veranstaltung

Kontakt & Anmeldung

businesscircle.at/pflege

Pflege-Management Forum 2022

28. / 29. April 2022

Fachbeirat und Moderation

Kornelia Fiausch
Beraterin für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Beate Czegka
Abteilungsvorstand Pflegemanagement, Tirol Kliniken

Andrea Kapounek
Geschäftsführerin, Haus der Barmherzigkeit

Markus Golla
Institutsleitung Institut für Pflegewissenschaft / Studiengangsleitung Gesundheits- & Krankenpflege an der IMC Fachhochschule Krems

Die Power der Pflege

Das Pflege-Management Forum vereint Führungskräfte der Akut-, Langzeit- und mobilen Pflege und dient als Branchenplattform für den Fachaustausch und Meinungsbildungsprozess innerhalb der Berufsgruppe Pflege sowie für den konstruktiven Dialog mit den Entscheidungsträger:innen des Gesundheits- und Sozialwesens in Österreich. Die Plattform versteht sich als Brückenbauer für unterschiedliche Akteure und deren Interessen im Pflege- und Gesundheitswesen

„Seit nunmehr 14 Jahren erleben wir auf den Bühnen des Pflege-Management Forums Persönlichkeiten, die ermutigen und inspirieren, neue Sichtweisen eröffnen, innovative, kreative Wege aufzeigen und Klartext sprechen. Wichtiger denn je in unseren komplexen, unsicheren und disruptiven Zeiten.“

Ich freue mich über Ihre Teilnahme.

Gerhard Pichler
Geschäftsführer, Business Circle
Initiator des Pflege-Management Forums

Partner des Pflege-Management Forums 2022

FORTBILDUNGSPUNKTE

Das Pflege-Management Forum gilt als Fortbildung i.S.d. Fortbildungsverpflichtung gemäß GuKG und entspricht den Fortbildungsrichtlinien des ÖGKV:

28. 4. 22	18	ÖGKV PFP®
29. 4. 22	9	ÖGKV PFP®
beide Tage:	27	ÖGKV PFP®

NETZWERK- / MEDIENPARTNER

28. / 29. April 2022

Austria Trend Hotel Savoyen, Wien

BUSINESS circle

Österreichs größtes Forum für Führungskräfte der Pflege

Pflege-Management Forum 2022

AUFBRUCH STATT RESIGNATION

Gemeinsam für eine mutige **Pflege-Vision.**

Pflege fordert Politik: Zeit für Klartext.

Der neue **Mindset** der **Next Generation Pflege.**

die Power der Pflege

PARTNER

Pflege Professionell