Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sommer 2022

imc | FH KREMS

NEU
NÖ PFLEGE-AUSBILDUNGS-PRÄMIE

Pflege studieren in Mistelbach

JETZT BEWERBEN

Vom Kinderwunsch bis zum Lebensende - begleiten Sie Menschen auf deren Lebensweg. Die Werkzeuge dazu erhalten Sie in unserem Bachelor-Studium Gesundheits- und Krankenpflege.

@fhkrems @imcnurse

Alle Studiengänge im Überblick:
www.fh-krems.ac.at

Bildung & Management

05 **Die kalte Reduktion der Personalressource**
Prof. Dr. Christoph Zulehner

13 **Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege durch Testen der Kompetenzen von Pflegeschülern**
Anne Kokko, RN MNSc
Kirsi Leinonen, RN MNSc

17 **Alfred Adlers „Individualpsychologie“: Prinzip Ermutigung, Lebensfreude und Engagement für die Gemeinschaft**
Prof. DDr. Alfred Kirchmayr

37 **Im Kinder- und Jugendpflege oder psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege Bereich arbeiten?**

Gesundheitspolitik

39 **Interview mit Bundesminister Johannes Rauch**
Markus Golla BScN MScN

45 **Pflege ist wie Frauenfußball – es gibt sie, aber… beide haben zu wenige Fans**
Prof.in Dr.in Christel Bienstein

Fachwissen

49 **Johanniskraut Hypericum perforatum**
Mag.a Katrin Schützenauer

55 **Gefühle und Bedürfnisse in der Palliativversorgung**
Klaus-Dieter Neander BSc, M.M.

61 **Kontingenzbewältigung als berufliche Herausforderung**
Naomi van Eickels BSc
Prof. Dr. Markus Witzmann MA, MSM, MA

71 **Der Bewegungsparcours für Senioren*innen**
Dipl. Ing.in Sandra Hilbig, MSc

75 **Pflege von wohnungs- und obdachlosen Menschen – Konzeptionelle Grundlagen**
Dr.in Doris Pfabigan
Marion Bajer, MSc
Priv.Doz.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH

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) Katrin Schützenauer
(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

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

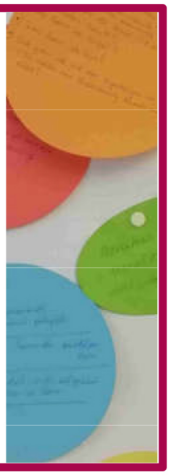
Weiterbildung § 64 GuKG

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

„Momentnsammeln“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

es ist Anfang April gewesen, dass ich in einem Live-Konzert des bayrischen Liedermachers Wolfgang Schmidbauer gesessen. Dort erzählte der sympathische Musiker davon, dass Lieder, die er schon über Jahre singe, die Bedeutung veränderten – je nach Kontext und zeitgeschichtlichen Ereignissen. Es sind überzeugende Texte, die ihren Sitz im Leben haben.

„Manche sammeln Macht, manche sammeln Ämter, manche sammeln für de andern und gebn ihr letztes Hemd her, i bin Momentnsammler, ...i bin Momentnsammler“, sang Schmidbauer beispielsweise bei dem gemütlichen Konzert. Wenn er mit dem Bedeutungswandel seiner Musik Recht hat, dann stellt sich die Frage, ob professionell Pflegende nicht auch „Momentnsammler“ im beruflichen Alltag sind.

Sind wir als Pflegende eigentlich auch „Momentnsammler“? Ich glaube schon, ansonsten haben wir unseren Auftrag verfehlt. „Momentnsammler“ zu sein heißt für mich, die Aufmerksamkeit für die kleinen Momente zu haben. Vertrauen zu Menschen lässt sich durch ein freundliches Wort auf dem Stationsflur aufbauen. Auch ein ehrliches Lächeln signalisiert den Menschen, die uns aufgrund einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit anvertraut sind, Zugewandtheit. Es ist nicht die große Kunst eines Operateurs oder eine Versiertheit bei der Anordnung der richtigen Medikamente, die pflegerisches Arbeiten auszeichnen. „Momentnsammler“ zu sein heißt beispielsweise, in einer schwierigen Situation die Ungewissheit eines Leidens mit den Menschen auszuhalten. Auch wenn miteinander geschwiegen wird, Pflegende es mit den Menschen einfach aushalten, spielen sie sicher die Rolle der „Momentnsammler“.

„Wia düster, wia voller Angst, wia ganz alloa, wie hoffnungslos und wia bunt und wia bacherlwarm, wia liacht und wia sonnenklar. Wia arm und wia reich und wia wunderbar is des Leben“, klingen andere Worte durch den Veranstaltungssaal. Aus dem „Momentnsammler“ wird zügig der-oder diejenige, der oder die Wege ebnet, der oder die Räume mit den erkrankten und pflegebedürftigen Menschen gestaltet. Was die Musik Schmidbauers auszeichnet, ist eine optimistische Haltung dem Alltag gegenüber, ganz im Bewusstsein, dass der Alltag immer auch zwischen sich einander widersprechender Polaritäten stattfindet. Heiterkeit und Melancholie, Aktivismus und Bereitschaft zum Rückzug sind Pole, die in Balance gehalten werden müssen.

Musik gelingt es, menschliche Erfahrungen wie unter einem Brennglas auf den Punkt zu bringen. Für mich macht dies Musik so sympathisch. Sie schafft das zuzuspitzen, was der Soziologe Hartmut Rosa mit dem

Christoph Müller

Resonanzbegriff zusammenfasst. Resonanz zeigt, dass zwischen Menschen etwas in Bewegung kommt.

Mit den Beiträgen in diesem Heft kommt hoffentlich auch etwas in Bewegung – individuell bei allen, kollektiv in den Einrichtungen des Gesundheits-und Pflegewesens. Sie leben hier und dort auch davon, dass Pflegende sich als „Momentnsammler“ verstehen. Und einer derjenigen ist sicher auch der Chefredakteur Markus Golla, der unaufhörlich humanitäre Hilfe in der Ukraine leistet. Konkrete Hilfe ist in diesem Zusammenhang eines. Das Andere, viel Wichtigere ist das „Momentnsammeln“. Das ist etwas, für das Markus steht – auch zwischen den baulichen, körperlichen und seelischen Trümmern in der Ukraine. Danke dafür.

Lassen Sie sich inspirieren von diesem Heft, gönnen Sie sich Impulse, wie ich sie beim Schmidbauer-Konzert aufgenommen habe.

Alles Gute wünscht Christoph Müller

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

Die kalte Reduktion der Personalressource

Ein unbeachtetes Phänomen mit beachtenswerten Auswirkungen

Als wir Menschen uns vor rund 12.000 Jahren vom wandernden Beutejäger zum sesshaften Landwirt entwickeln, stellt dies den Ursprung der Arbeitszeitorganisation dar. Die Entdeckung der Bronze vor rund 5.000 Jahren bringt die ersten spezialisierten Schmiede und damit die Arbeitsteilung hervor. Bezahlt wird Ware.

Vom Zeitlohn sind wir noch weit entfernt. Er ist eine Erfindung der Industrialisierung und noch heute die am meisten verbreitete Form der Entlohnung. Bezahlt wird Zeit, womit die spannende Frage in den Raum gestellt werden muss, ob die historische Zuordnung der Begriffe Arbeitnehmer und Arbeitgeber denn überhaupt sinnvoll ist.

Rund um die Arbeitszeit rankt sich eine lange Auseinandersetzung, die in Österreich bis zum Jahr 1884 keiner gesetzlichen Beschränkung und somit auch keiner staatlichen Beschränkung unterliegt. Die harten Regulative sind Angebot und Nachfrage und das Kräfteverhältnis am Arbeitsmarkt bestimmt die Bedingungen. Die Notwendigkeit Arbeitskraft zu verkaufen, um den Lebensunterhalt zu verdienen, versetzt die Menschen bei hoher Arbeitslosigkeit in keine vorteilhafte Verhandlungsposition.

Noch Mitte des 19. Jahrhunderts liegt die tägliche Arbeitszeit in Industrie und Gewerbe zwischen 12 und 16 Stunden, was bei einer 6-Tage-Woche zu einer Arbeitszeit von bis zu 90 Stunden führt.

Erst 1884 kommt es zu bescheidenen staatlichen Regulativen. Das Hauptmotiv ist nicht die wohlfahrtsstaatliche Fürsorge, sondern der schlechte Gesundheitszustand der Jugendlichen bei der militärischen Musterung. Der Bergbau machte den Anfang. Elf Stunden tägliche Höchstarbeitszeit und das Verbot der Arbeit von Kindern unter 14 Jahren.

Im Jahr 1890 wird vor dem Hintergrund der Entstehung der Sozialdemokratischen Partei die 8-8-8-Forderung aufgestellt. Diese steht für acht Stunden Arbeit, acht Stunden Erholung und acht Stunden Schlaf. Seine gesetzliche Grundlage findet der Achtstundentag allerdings erst 1918 in Anbetracht einer revolutionären Situation.

Ein Anfang ist gemacht. Noch besteht die Woche aus sechs Arbeitstagen und im Arbeitsurlaubsgesetz wird der einwöchige Jahresurlaub festgelegt. Das entspricht einer Netto-Arbeitszeit von 2.360 Stunden. Noch vor diesen Veränderungen arbeiten die Menschen mindestens 3000 Stunden pro Jahr. Freizeit ist nur dem Adel und dem reichen Müßiggängern vorbehalten.

Verhandlungen zwischen Arbeitsgeber*innen und Arbeitnehmer*innen führen im Laufe der Jahre zu einer kontinuierlichen Reduktion der jährlichen Netto-Arbeitszeit. Im Jahr 2000 sind es im Industriestaat Japan nicht mehr als 2.000 Stunden pro Jahr, in den USA immerhin noch 1.800 Stunden und in Deutschland und in Österreich sind es im Durchschnitt knapp 1.600 Stunden. Ausgehend von 8.766 durchschnittlichen Jahresstunden, verbringen Mitarbeitende in Österreich und Deutschland demnach im Mittel etwas mehr als 18 % ihrer Zeit unmittelbar am Arbeitsplatz. Obwohl noch immer gerne für Vergleiche herangezogen, erzeugt die historische 8-8-8-Forderung in den Köpfen vieler Menschen ein Bild, das so schon lange nicht mehr existiert. Auf das Jahr bezogen ist sie – verteilt auf Arbeit, Erholung und Schlaf – längst zu einer 2-5-3-Formel geworden. Auch vor diesem Hintergrund sollte die Work-Life-Balance-Diskussion einmal geführt werden.

Zweifelsohne sind dies Verdienste hartnäckiger Arbeitnehmer*innen-Vertretungen die keinesfalls als Vorwurf zu werten sind, aber auch eine gewisse Ernüchterung darstellen.

Unbeachtet bleibt indes, dass die Netto-Personal-Ressource in den letzten Jahren durch die sogenannte „Kalte Reduktion“ eine weitere kontinuierliche Kürzung erfahren hat.

„Kalt“ deshalb, weil diese Reduktionen auf den ersten Blick zu einer vermeintlichen Verbesserung für die Arbeitnehmer*innen führen. Der Verbesserung für die Einzelnen folgt auf den zweiten Blick aber die fehlende Kompensation durch eine dementsprechende Erhöhung der Gesamtpersonalausstattung.

Wie die nachfolgende **beispielhafte** Tabelle zeigt, führt die kalte Reduktion zu einer tatsächlich verfügbaren Netto-Personal-Ressource je Vollzeitäquivalent, die bei deutlich unter 1.300 Stunden per anno zu liegen kommt und somit zu einem weitgehend unterschätzten Ausfall von mehr als 35 % führen kann. Was dies für den Ersatzbedarf bedeutet, wird bei der Ausfallsanalyse deutlich.

Tage	Stunden	%	Beschreibung
200,000	1600,000	100,0 %	Netto-Personal-Ressource bei 40 Wochenstunden
-12,500	-100,000	-6,3 %	bezahlte Mittagspause
-9,375	-75,000	-4,7 %	38,125 statt 40 Wochenstunden als kollektivvertragliche Einigung
-5,000	-38,125	-2,4 %	zusätzliche Urlaubswoche
-4,125	-33,000	-2,1 %	Zeitbonusstunden
-3,125	-25,000	-1,6 %	Umkleidezeiten
-3,000	-22,875	-1,4 %	Gesundheitstage
-2,500	-20,000	-1,3 %	keine Aliquotierung der Fortbildungsstunden für Teilzeitbeschäftigte
-2,000	-16,000	-1,0 %	Anwesenheit von Teilzeitbeschäftigten bei Dienstbesprechungen und Team-Meetings
158,375	1270,000	80,8 %	TATSÄCHLICHE Netto-Personal-Ressource
-88,625	-707,125	-35,4 %	TATSÄCHLICHER Ausfall

Das ist deshalb beachtenswert, weil seitens der Gesundheitspolitik aber auch verschiedener Finanziers, nach wie vor Personalbedarfsberechnungen Verwendung finden, die einen Personalausfall von 20 % vorgeben. (Details siehe Box 1)

Textbox 1
Bei der bezahlten Mittagspause wurde kalkulatorisch davon ausgegangen, dass je Vollzeitäquivalent 200 Arbeitstage anfallen. Wenn an jedem Tag 30 Minuten bezahlte Mittagspause in Anspruch genommen werden, dann ergibt sich daraus eine Summe von 100 Ausfallsstunden. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich diese Zahl bei 12 Stunden Anwesenheit auf 133 Präsenztage reduzieren würde bzw. sich Teilzeitbeschäftigungen ebenfalls eher reduzierend auswirken würden.

Die Reduktion der Wochenarbeitszeit wird in Kollektivverträgen sehr unterschiedlich vereinbart. Dies kann dazu führen, dass trotz geltender 40-Stunden-Woche die tatsächliche Wochenarbeitszeit merklich darunterliegt.

Die zusätzliche Urlaubswoche ist zum einen ein bekanntes Senioritätsprinzip. Zum anderen können anstelle einer monetären Aufbesserung zusätzliche Urlaubstage bzw. Urlaubswochen vereinbart werden.

Zeitbonusstunden zählen wie zusätzliche Urlaubstage zu jenen Vergütungsformen, die anstelle einer monetären Aufbesserung gewährt werden.

Die Anerkennung von Umkleidezeiten als Arbeitszeit, geht auf eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofes Österreichs aus dem Jahr 2018 zurück.

Da Fort- und Weiterbildungen auch von Teilzeitbeschäftigten in Anspruch genommen werden, die mitunter dazu auch verpflichtet sind, stellt sich in diesem Zusammenhang immer auch die Frage, ob diese Zeiten in vollem Umfang oder aliquot als Arbeitszeit gewertet werden. Erfolgt die Anerkennung voll umfänglich, dann führt das dazu, dass dies sowohl kalkulatorisch als auch tatsächlich zu einem relativ höheren Ausfall führt, als dies bei Vollzeitbeschäftigten der Fall ist. Auch hier ist die Folge eine versteckte – also kalte – Reduktion der Netto-Personal-Ressource.

Ein weiterer Aspekt ist die Anwesenheitszeit von Teilzeitbeschäftigten bei Dienstbesprechungen bzw. Team-Meetings. Die Tatsache, dass Teilzeitbeschäftigten aus notwendigen Gründen keine verkürzte Anwesenheit bei Team-Meetings gewährt werden kann, führt dazu, dass mit einem wachsenden Anteil an Teilzeitbeschäftigten, auch eine Zunahme der durch Dienstbesprechungen verursachten Ausfallszeiten einhergeht. Wenngleich sich diese Zeiten für die Mitarbeitenden zurecht als Arbeitszeiten darstellen, so ist hier zu beachten,

(C) Toshi

dass diese Ausfallszeiten die Zeitressource, welche unmittelbar für die Klienten zur Verfügung gestellt wird, dementsprechend reduziert. Wie auch bei den Umkleidezeiten handelt es sich hier um Fehlzeiten, die zwar nicht zu den definierten Ausfallszeiten gehören, aber zu einer dementsprechenden Reduktion der Klienten-Kontaktzeit führt.

Text Box 2
Auf der Website des Obersten Gerichtshofes ist zur Umkleidezeit Folgendes veröffentlicht:

„Der Oberste Gerichtshof hatte zu beurteilen, ob Umkleidezeiten und Wegzeiten von Wäscheaus- und -rückgabestellen bis zum eigentlichen Tätigkeitsbereich in Krankenanstalten als Arbeitszeit anzusehen sind. Die Beklagte betreibt eine Reihe von Landeskliniken. Nach der jeweiligen Anstaltsordnung haben die Dienstnehmer die für ihre Berufsgruppe vorgesehene Dienst- und Schutzkleidung zu tragen. Das Tragen dieser Kleidung außerhalb des Krankenhausareals ist nicht zulässig. Die Dienstkleidung muss vor Arbeitsbeginn angezogen werden. Die gebrauchte Dienstkleidung muss in der Klinik abgelegt werden und darf aus hygienischen und rechtlichen Gründen (Vermeidung von Erregerverschleppung) nicht mit nach Hause genommen werden. Die Dienstkleidung ist ausschließlich durch die Wäscherei des Krankenhauses desinfizierend zu reinigen. In etlichen Krankenanstalten bestehen Zentralgarderoben, zum Teil gibt es Wäscheausgabe- und Wäscherücknahmeautomaten, an denen die Dienstkleidung auszufassen und nach dem Tragen zu entsorgen ist. Die Wegzeiten zwischen den Wäscheautomaten, Zentralgarderoben und Abteilungen betragen im geringsten Fall eine Minute, im längsten Fall 23 Minuten, sonst zwischen zwei und zehn Minuten.

Der Kläger (Zentralbetriebsrat) beantragte die Feststellung, dass die Dienstnehmer Anspruch auf Einrechnung der Umkleide- und Wegzeiten von der Umkleidestelle oder einer Wäscheausgabestelle bis zum dienstlichen Tätigkeitsbereich bzw. umgekehrt haben, soweit ihnen das Tragen einer speziellen Dienst- und Schutzkleidung vorgeschrieben und ein An- und Auskleiden außerhalb

der Krankenanstalt nicht gestattet ist. Die Veranlassung für das Umkleiden im Betrieb liege ausschließlich in der Aufgabenwahrnehmung der Beklagten.
Die Beklagte bestritt und wandte ein, dass Wegzeiten des Arbeitnehmers von und zum Arbeitsort grundsätzlich nicht als Arbeitszeit zu qualifizieren seien. Sie würden ihn nur in die Lage versetzen, die arbeitsvertraglich geschuldete Pflicht zu erfüllen. Der Zeitaufwand sei vernachlässigbar. Das Erst- und das Berufungsgericht gaben der Klage statt.

Der Oberste Gerichtshof stellte die gesetzlichen Definitionen der Arbeitszeit sowie seine bisherige Rechtsprechung zu Umkleidezeiten dar. Danach ist die Zeit, die ein Arbeitnehmer vor seinem Eintreffen an der Arbeitsstätte zum Anziehen seiner Arbeitskleidung benötigt, im Allgemeinen nicht als Arbeitszeit zu werten. Dies legt aber eine Differenzierung nahe. Dafür schloss er sich einer Stellungnahme an, nach der es darauf ankomme, ob der Arbeitnehmer Handlungen setze, die in zeitlicher und örtlicher Hinsicht nicht Ausfluss seiner eigenen Gestaltung, sondern der Fremdbestimmung durch den Dienstgeber seien. Nur dann liege jenes Mindestmaß an Intensität der Fremdbestimmung vor, die es rechtfertige, von einer Tätigkeit oder Aufgabenerfüllung für den Dienstgeber zu sprechen. Dies treffe auf das Anlegen einer Dienstkleidung in einer Krankenanstalt für Ärzte und Pflegepersonal im Auftrag und Interesse des Dienstgebers zu.

Der Oberste Gerichtshof hob dazu hervor, dass sich hier – anders als in bisher entschiedenen Fällen – die Anordnung des Dienstgebers darauf erstreckt, die Dienstkleidung ausschließlich im Krankenhaus zu wechseln. Damit ist nicht nur das An- und Ablegen der Dienstkleidung als solches vorgegeben, sondern besteht auch eine konkrete räumliche Vorgabe. Das geht über die bloße Möglichkeit des Umkleidens im Betrieb hinaus. Mit der arbeitsvertraglichen Verpflichtung zum Umkleiden vor Ort geht auch die Verpflichtung zum Abholen und Zurückgeben der Dienstkleidung im Betrieb einher. Die Umkleidezeiten und die Zurücklegung der damit verbundenen innerbetrieblichen Wegzeiten wurden hier daher als Arbeitszeit anerkannt.“

Wunsch und Wirklichkeit

Führen wir uns die gegenwärtigen Diskussionen und Berechnungen zum hinkünftig erwarteten Personalbedarf vor Augen, dann muss attestiert werden, dass all diese Phänomene bei den bekannten Hochrechnungen weitgehend unberücksichtigt bleiben.

Der Hintergrund für diese Berechnung soll kein belehrender, kein dramatisierender und schon gar kein wertender sein. Es geht vielmehr um das Bewusstmachen von Tatsachen und Fakten. Es geht um die Erkenntnis, dass subjektive Wahrnehmungen und objektive Daten zwei sehr konträre Welten darstellen können.
Führungskräfte, die mit Personalwirtschaft konfrontiert sind, aber auch Mitarbeitende die von Personalwirtschaft betroffen sind, sollten sich bei aller Emotionalität, die diesem Thema innewohnt, immer ein Maß an Besonnenheit bewahren. Es gibt allen Grund für folgende Botschaft: Zahlenspielereien und Rechnungen sollten allem voran zum Skeptizismus anfeuern. Ja, es gilt, misstrauisch zu sein. Es gilt, Kennzahlen, Daten und Fakten auf ihre Quelle hin zu untersuchen und sich Rechenwege und vermeintliche Verhandlungserfolge genauer anzusehen.

Ob Arbeitnehmer*innen-Vertretungen der Meinung sind, dass Menschen „zu viel“ oder Arbeitgeber*innen-Vertretungen der Ansicht sind, dass Menschen „zu wenig“ Zeit am Arbeitsplatz verbringen. Ob akribische Generationen-Analysen vorgenommen und zermürbende Work-Life-Diskussionen geführt werden. Die Emotionen sollten uns auf keinen Fall dazu verführen, auf die Fakten zu vergessen. Nicht zuletzt deshalb lässt die an Arbeit gebundene Zeit zwar viel Raum für Entfaltung aber wenig für Interpretation. Gerade deshalb ist folgender Appell an

Autor

www.christophzulehner.com

Prof. Dr. Christoph Zulehner
ist Speaker, Strategieexperte, Unternehmensberater und Faker. Seit über dreißig Jahren beschäftigt er sich mit wissensorientierten Organisationen und ihren Menschen. 2017 hat er das Buch "Make the Fake. Warum Erfolg die Täuschung braucht" (erschienen im Oriol Verlag) herausgebracht und ist mit den Themen "Make the Fake" und "Ko-Kompetenz - die Zukunft der Zusammenarbeit" erfolgreich als Keynote-Speaker tätig. www.christophzulehner.com

alle zu richten: Die Möglichkeiten, Gesundheitsdienstleistungen zu automatisieren oder der Künstlichen Intelligenz zu überlassen, werden sich auch in absehbarer Zukunft in Grenzen halten. Es werden Menschen sein, die für Menschen arbeiten und dafür gilt es einen erträglichen Rahmen zu gestalten.

Quellen

Atlas der Globalisierung, Das 20. Jahrhundert, Le Monde Diplomatique, Paris, 2010

https://de.statista.com/statistik/daten/studie/18642/umfrage/lebenserwartung-in-oesterreich/ (abgerufen am 28-04-2022)

Döller, F. (2019): Der lange Kampf um die geregelte Arbeitszeit, in Kompetenz, https://kompetenz-online.at/2019/04/10/der-lange-kampf-um-geregelte-arbeitszeiten/ (abgerufen am 24. Mai 2022)

Drucker, Peter. F. (2000): Die Kunst des Managements, Econ Verlag, München, S. 199

Entscheidungstext OGH, Geschäftszahl 9ObA29/18g, Entscheidungsdatum 17. Mai 2018, https://www.ogh.gv.at/entscheidungen/entscheidungen-ogh/umkleidezeiten-in-krankenanstalten-sind-arbeitszeit/; (abgerufen am 28-04-2022)

Entscheidungstext OGH, Geschäftszahl 9ObA29/18g, Entscheidungsdatum 17. Mai 2018, https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?ResultFunctionToken=7c9f19e3-c7b7-4200-863e-41154ea1daac&Position=1&Abfrage=Justiz&Gericht=&Rechtssatznummer=&Rechtssatz=&Fundstelle=&AenderungenSeit=Undefined&SucheNachRechtssatz=False&SucheNachText=True&GZ=9ObA29%2f18g&VonDatum=&BisDatum=08.06.2018&Norm=&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=&Dokumentnummer=JJT_20180517_OGH0002_009OBA00029_18G0000_000 (abgerufen am 28. Mai 2022)

Zulehner, C. (2022): Personalbedarf und Personaleinsatz in Gesundheits- und Pflegeunternehmen, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Austrian Standards plus, Wien

Esther Matolycz, Helga Haselmayer

Unterstützung bei der Basisversorgung

Ein Lehr- und Praxisbuch für Sozial- und Behindertenbetreuung und Heimhilfe

facultas 2020, 3., überarbeitete Auflage
220 Seiten, manual, broschiert
EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP
ISBN 978-3-7089-1809-9

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Ferialpraktikant*in Pflege

1060 Wien
Praktikum
Krankenpflege, Altenpflege, Therapie
Vollzeit

Informationen zur offenen Position

Du bist Student*in des Studiengangs Gesundheits- und Krankenpflege und auf der Suche nach einem sinnvollen **Ferialpraktikum**, um deine Urlaubskasse aufzubessern?

Wir freuen uns auf deine Bewerbung, wenn du dein zukünftiges Berufsfeld im Alltag kennenlernen und den Kontakt mit Patient*innen und den unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus erfahren möchtest.

Unser Praktikumsangebot

Unterstützende Tätigkeiten deinem Ausbildungsstand entsprechend bei der Durchführung aller pflegerischen Maßnahmen in folgenden Fachbereichen

- Gastroenterologie / interventionelle Endoskopie
- Allgemein internistische Station
- Psychosomatik
- Urologie
- Chirurgie
- Onkologie
- Intermediate Care Unit (IMCU)
- OP-Pflege

Deine Qualifikationen

- Erfolgreiche Absolvierung des 2. oder 4. Semesters des Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege
- Freude am Lernen und am Arbeiten mit Menschen,
- Eigeninitiative, Eigenverantwortung und Lernbereitschaft
- wertschätzende Umgangsformen und Kommunikation gegenüber Patient*innen, deren Bezugspersonen und allen Berufsgruppen

Deine Vorteile bei uns

- ein ein- bis zweimonatiger Praktikumsplatz für die Monate Juli, August und September
- Kennenlernen des Berufsfeldes mit seinem breiten Aufgabenspektrum
- MEONA – als berufsgruppenübergreifende elektronische Patientenakte
- ePA (Assessment) sowie LEP © als Leistungsdokumentation in der Pflege
- ein professionelles Arbeitsumfeld in einem engagierten Team
- Pflegekonzept CARING – Beziehung als Schlüssel für eine erfolgreiche Therapie
- ein wertschätzendes Arbeitsklima und gute interprofessionelle Zusammenarbeit
- Kennenlernen von Prozessen und Arbeitsabläufen in einem Krankenhaus
- zentrumsnahe Lage und eine gute Verkehrsanbindung

Das monatliche Bruttogehalt für Ferialbeschäftigte ab Absolvierung des 2. Semesters beträgt € 1.200,00 für 40 Wochenstunden.

Das monatliche Bruttogehalt für Ferialbeschäftigte ab Absolvierung des 4. Semesters beträgt € 1.500,00 für 40 Wochenstunden.

Deine Kontaktmöglichkeiten

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

- Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien, Stumpergasse 13, 1060 Wien
- pflegeteam.wien@bhs.at
- +43 1 59988 3100

AUSTRIAN STANDARDS

Christoph Zulehner

PERSONALBEDARF UND PERSONALEINSATZ

in Gesundheits- und Pflegeunternehmen

Maßstäbe für die Praxis

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2022

Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege durch Testen der Kompetenzen von Pflegeschülern

Ein Blick nach Finnland

Hintergrund: Es besteht ein ständiger Bedarf, die Pflege zu überwachen und zu bewerten, ob die aktuelle Pflegeausbildung auf alle Veränderungen der beruflichen Anforderungen reagiert, um ihre Pflicht zur Erzeugung qualitativ hochwertiger Pflegekompetenz zu erfüllen. In Finnland gibt es 21 Fachhochschulen, die für die Pflegeausbildung zuständig sind und diese anhaltende Forderung nach Curriculum-Evaluierung teilen. Diese Fachhochschulen sind autonom und können die Inhalte ihrer Ausbildung entsprechend den nationalen Verordnungen und Richtlinien der Europäischen Union selbst bestimmen. Dennoch gibt es Unterschiede in der Gewichtung der Bildungsinhalte. Das Allgemeine Pflegekompetenz-Projekt wurde ins Leben gerufen, um gleichartige Pflegekompetenzen für Absolventinnen und Absolventen der Pflegeberufe unabhängig von der Fachhochschule zu gewährleisten. Gleichzeitig mit diesem Projekt auf nationaler Ebene aktualisierte und evaluierte die Laurea University of Applied Science ihren eigenen Pflegelehrplan.

Allgemeine Pflegekompetenz – Projekt 2018-2020: In diesem Projekt auf nationaler Ebene wurden drei Hauptprodukte entwickelt. Der erste war die Definition der allgemeinen Pflegekompetenzen, während die anderen die Tests (Anzahl 8) zur klinischen Kompetenzbewertung während der Pflegeausbildung und der Abschlusstest zur grundlegenden allgemeinen Pflegekompetenzbewertung nach 180 Credits (insgesamt 210 Credits) waren. Das

(C) Dmitry Naumov

Projekt wurde vom Ministerium für Bildung und Kultur finanziell unterstützt. Die Tests wurden in Zusammenarbeit mit 21 Fachhochschulen entwickelt, die in Finnland an der Krankenpflegeausbildung beteiligt sind. Fachhochschulen, die sich für die Teilnahme an diesem im Rahmen dieses Projekts entwickelten Programm entschieden haben, erklärten sich bereit, diese Tests in den Pflegelehrplan einzupassen und die Studenten für die Tests im Voraus zu coachen, wie vom Projekt empfohlen.

Die klinischen Kompetenzbewertungstests konzentrierten sich auf Hauptpflegebereiche wie grundlegende Pflegekompetenzen, medizinische Pflegekompetenzen, perioperative Pflegekompetenzen, pädiatrische Pflegekompetenzen, psychische Gesundheitspflegekompetenzen, Altenpflegekompetenzen, Kompetenzen bei der Pflege gefährdeter Patienten, Kernkompetenzen bei der Fernpflege. Bei einigen dieser Tests handelt es sich um Multiple-Choice-Online-Tests, während es sich bei anderen um Fähigkeitendemonstrationen in Simulationsumgebungen auf dem Campus handelt. Auszubildende der Krankenpflege können diese Tests auch als Instrument zur Selbsteinschätzung zur Kompetenzentwicklung betrachten.

Einige Beispiele für klinische Kompetenzbewertungstests. Die Prüfung zur Altenpflege ist eine theoretische Prüfung. Fallbeschreibungen und Fragensets zur Altenpflege sind nach zehn Kompetenzsets gruppiert: Ethische Fragen, Der Körper verändert sich durch das Altern, Spezifische Fragen in der Primärversorgung, Dienstleistungen für ältere Menschen, Funktionsbeurteilung und -erhaltung, Pflege von Gedächtnispatienten, Akut Situationen, Gerotechnologie, Herausforderungen der Medikation und Herausforderungen der Ernährung. Die Prüfung zieht 80 Fragen für den Studenten aus einer großen Fragendatenbank zu den oben genannten Themen. Das akzeptierte Limit des Tests liegt bei 50 % richtiger Antworten.

Die Prüfung zur perioperativen Krankenpflege ist eine Fertigkeitsdemonstration in einem Simulationssetting. Es gibt 11 verschiedene Szenarien für den Test (z. B. Assistenz bei der endotrachealen Intubation, Überwachung der grundlegenden Körperfunktionen, Vorbereitung eines iv-Antibiotikums, Installation einer iv-Kanüle und Start der Infusion usw.).

Die Studierenden kennen die Informationen zum Thema der Tests und haben Zugang zu den Referenzen. Sie hatten auch die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten im Vorfeld in Workshops zu trainieren. Obwohl es mehrere Themen für die Demonstration von Fähigkeiten gibt, führt ein Schüler nur eine der Optionen aus. Die Länge der Demonstration beträgt maximal 15 Minuten. Vor der eigentlichen Demonstration erhält der Student eine Beschreibung des Patientenszenarios und hat einige Minuten Zeit, um die benötigten Geräte vorzubereiten. Bewertungsskala der Demonstration wird angenommen/abgelehnt. Der Student erhält unmittelbar nach der Demonstration ein kurzes Feedback. Die Gesamtdauer der Simulation beträgt maximal 30 Minuten.

Die bestandene **Abschlussprüfung Allgemeine Pflegekompetenz** gibt Arbeitgebern unabhängig von der Fachhochschule einen Überblick über die allgemeinen Pflegekompetenzen einer diplomierten Pflegekraft. Der Abschlusstest besteht aus einem theoretischen Teil und einem Teil zur Berechnung der Medikamentendosierung. Die theoretische Prüfung umfasst alle Hauptbereiche der Pflege, die weiter oben in diesem Artikel beschrieben wurden. Die maximale Punktzahl beträgt 100 und das anerkannte Testergebnis wird bis 65 Punkte erreicht. Der Abschlusstest hat auch fünf Aufgaben im Abschnitt zur Medikamentenberechnung, die alle korrekt sein müssen, um bestanden zu werden. Neben der Tatsache, dass sich der Arbeitgeber auf die Kompetenz der frisch diplomierten Pflegekraft verlassen kann, wird davon ausgegangen, dass die bestandene Abschlussprüfung auch für die Absolventinnen und Absolventen selbst von Vorteil ist, wenn sie sich auf eine neue Stelle bewerben.

Das Allgemeine Pflegekompetenz-Projekt hatte Einfluss auf die **Laurea-Curriculum-Reform**. Es war notwendig, genau zu beobachten und zu evaluieren, ob der Lehrplan die in diesem Projekt definierten Kompetenzen hervorbringen würde. Es ist auch ein fortlaufender Prozess, darüber nachzudenken, wie man durch Pflegeausbildung Qualität für die Pflege produzieren kann, damit die diplomierte Krankenschwester in der Lage ist, sich den Herausforderungen in der Pflege mit einer großen Wissensquelle zu stellen. Der Inhalt jedes Moduls wurde sorgfältig evaluiert und der aktualisierte Inhalt wurde hinzugefügt. Medikationsfähigkeiten sind nach wie vor Schlüsselkompetenzen im gesamten Lehrplan, ebenso wie die evidenzbasierte Praxis. Das neue Curriculum sieht nun auch

noch längere Praktikumszeiten vor. Das ehrgeizige Ziel der landesweiten Standardisierung des Pflegecurriculums und der Prüfung durch Hochschulabsolventen sind für Pflegeorganisationen von Vorteil und gewährleisten daher auch eine qualitativ hochwertige und sichere Pflege.

Autorin

Anne Kokko RN, MNSc
Specially trained nurse, Senior Lecturer, Laurea UAS (acute care), vice president, EfCCNa

Autorin

Kirsi Leinonen RN, MNSc
Public health nurse, Senior Lecturer, Laurea UAS (eldery care)

hpsmedia

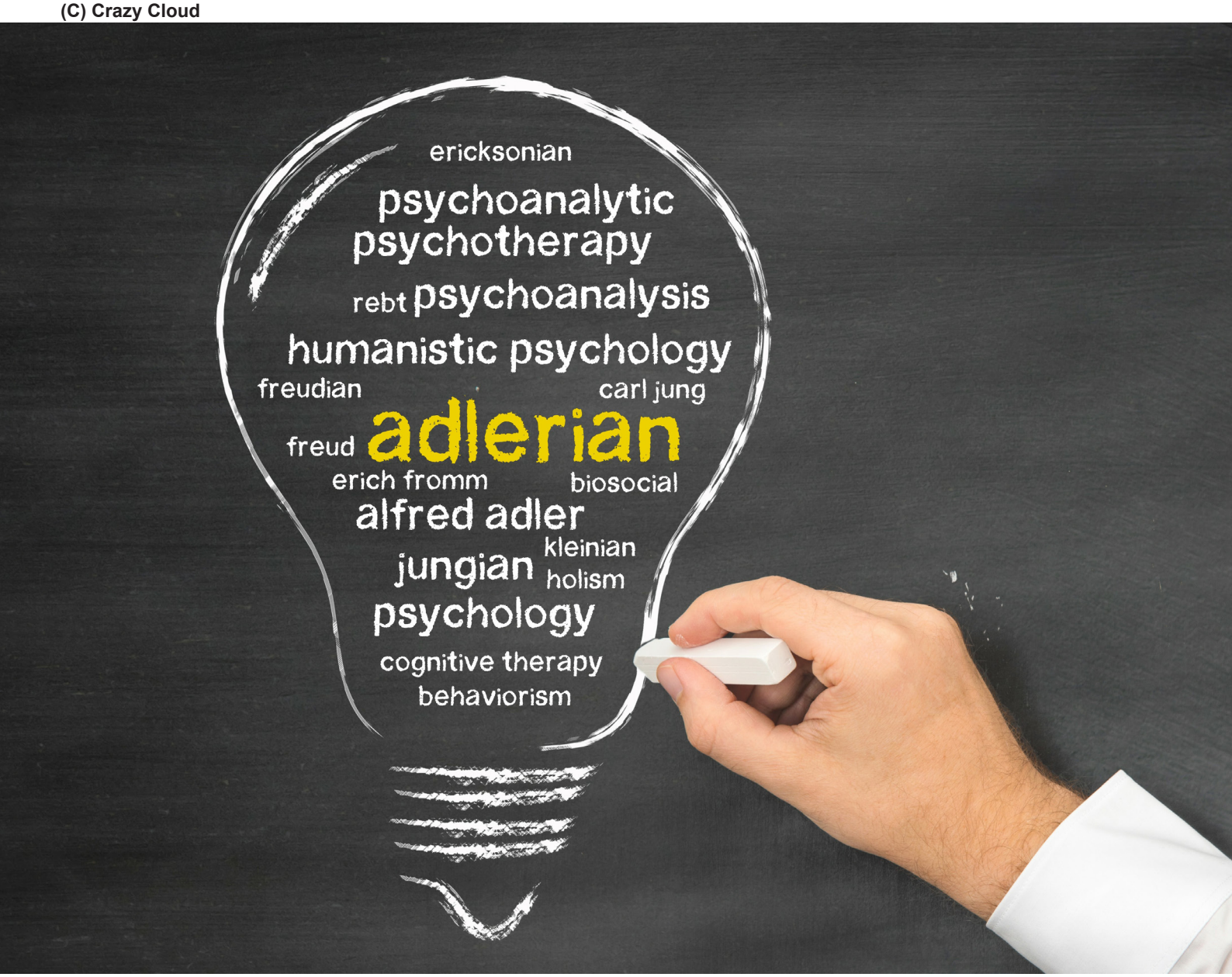
CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

(C) Crazy Cloud



Alfred Adlers „Individualpsychologie“: Prinzip Ermutigung, Lebensfreude und Engagement für die Gemeinschaft

Vor 85 Jahren, am 28. 5. 1937 ist der geniale Psychotherapeut, Pädagoge, Humanist und begeisterte Volksbildner Alfred Adler 67jährig in Aberdeen, Schottland, einem Herzinfarkt erlegen. Im Frühjahr dieses Jahres machte der unermüdliche Psychotherapeut, Sozialpädagoge und Verbreiter seiner Lehre eine Vortragsreise durch den Mittleren Westen der USA, durch Belgien, die Niederlande, Frankreich und Großbritannien. Manchmal hielt er an einem Tag zwei Vorträge und führte mehrere Beratungssitzungen durch. Kein Wunder, dass er so früh gestorben ist. Mit missionarischem Eifer hat er seine Psychotherapie und seine soziale Weltanschauung verbreitet mit dem Ziel, die Menschheitsfamilie humaner, sozialer und glücklicher zu machen. Während Alfred Adler also schon mit 67 Jahren starb, wurde Sigmund Freud 83 Jahre alt, trotz seiner Krebserkrankung. Und Carl G. Jung starb erst mit 86 Jahren und wurde der älteste vom tiefenpsychologischen Dreigestirn! Erst im Jahr 2011 wurden die sterblichen Überreste Adlers von Aberdeen nach Wien gebracht und in einem Ehrengrab der Gemeinde Wien am Zentralfriedhof beigesetzt.

Anlässlich dieses Gedenktages möchte ich Adlers Leben und Werk darstellen, in der Hoffnung, dass wir durch die Besinnung auf seine ermutigende Lehre und Therapie ein wenig mutiger die höchst akuten und riesigen Probleme unserer Zeit in Angriff nehmen können. Jedenfalls bin ich als langjährig tätiger Individualpsychologe in freier Praxis – seit 1976 – diesem Pionier der Seelenkunde für viele geniale und heilsame Einsichten in das weite Land der Seele sehr dankbar. Zur Einstimmung führe ich zwei grundlegende Gedanken von Alfred Adler an:

„Leben heißt sich entwickeln. Der menschliche Geist ist nur allzu sehr gewöhnt, alles Fließende in eine Form zu bringen, nicht die Bewegung, sondern die gefrorene Bewegung zu betrachten, Bewegung, die Form geworden ist. Wir Individualpsychologen sind seit jeher auf dem Weg, was wir als Form erfassen, in Bewegung aufzulösen."

„Die Individualpsychologie handelt von den Strategien des Individuums. Charakterzüge drücken in erster Linie Beziehungen aus, die ganz dem Lebensstil eingeordnet sind. Alle Probleme des menschlichen Lebens verlangen … Fähigkeit und Vorbereitung zur Mitarbeit, des sichtbaren Zeichens des Gemeinschaftsgefühls. In dieser Stimmungslage ist Mut und Glück miteingeschlossen."

Zur Einstimmung: die humanistische Botschaft von Alfred Adler

Der jüdische Arzt und Tiefenpsychologe Alfred Adler war neben Sigmund Freud und Carl Gustav Jung ein Pionier der psychoanalytischen Bewegung. Mit der Entwicklung der „Individualpsychologie" hat Alfred Adler neben der Psychoanalyse von Sigmund Freud und der Logotherapie von Viktor Frankl die dritte in Wien entwickelte moderne Psychotherapieschule gegründet. Auch die erste körpernahe Psychotherapie von Wilhelm Reich und die erste Gruppenpsychotherapie, das Psychodrama von Jacob Levy Moreno wurden damals in Wien entwickelt. Und es ist nicht zufällig, dass diese Pioniere, Carl G. Jung ausgenommen, jüdische Ärzte waren.

Adler war ein unermüdlicher Volksbildner in Sachen Erziehung zur Mündigkeit und zu sozialem Engagement und ein intuitiv genialer Psychotherapeut und Berater. Daher war er ganz besonders in der Reform der Schulen engagiert, damit diese das soziale Lernen und die Fähigkeit zur Kooperation und Konfliktfähigkeit fördern können. Im Unterschied zu Freud hat er den Menschen „aufs Maul geschaut" und die Grundbegriffe seiner Lehre so formuliert, dass sie jeder Mensch leicht verstehen kann: Ermutigung und Entmutigung, Macht- und Geltungsstreben, Minderwertigkeitsgefühl, Streben nach Vollkommenheit und Lebensfreude, Gemeinschaftsgefühl, Lebensstil usw.

Vor allem hat Adler energisch gegen alle Tendenzen gekämpft, die den Menschen entmutigen und unterdrücken, wobei er drei Strategien hervorhob, die Mündigkeit und authentische Entwicklung behindern oder gar verhindern: eine autoritäre Erziehung, eine verwöhnende Erziehung und natürlich auch jede Art von Verwahrlosung. Für Adler galt als Grundeinstellung für Erziehung, Beratung und Psychotherapie das Prinzip Ermutigung. Neurotisch gehemmte, verängstigte, verunsicherte und erstarrte Menschen bezeichnete er als „entmutigte Menschen". Denn alle Lebensaufgaben bedürfen des Mutes und der Aktivität.

Seit seiner Studentenzeit stand Alfred Adler der Sozialistischen Bewegung nahe. Er hat besonders im „Roten Wien" der Zwanzigerjahre des Zwanzigsten Jahrhunderts entscheidende Akzente in der Sozial- und Bildungspolitik gesetzt: für die Kindergarten- und Schulreform und für die Ausbildung der LehrerInnen; für die Volksbildung durch zahllose Vorträge und Kurse an den Volkshochschulen; für die Errichtung von sozialpädagogischen Eltern- und Familienberatungsstellen, für die politische Bildung und ganz allgemein für die Förderung und Entfaltung des Gemeinschaftsgefühls und der Fähigkeit zur Zusammenarbeit. Schon 1918 wurde in Wien Ottakring die erste Erziehungsberatungsstelle errichtet. Auch die psychologische und pädagogische Ausbildung der Eltern, der Kindergärtnerinnen, aber auch der Ärzte und Ärztinnen lag ihm sehr am Herzen.

Für Adler bedeutete seine jüdische Herkunft nicht sehr viel. Er trat 1904 aus der Israelitischen Kultusgemeinde aus und konvertierte zum Protestantismus. Und 1927 verließ er auch diese Glaubensgemeinschaft. Seit 1906 war er Mitglied der Freimaurerloge „Pionier" in Preßburg.

Schon 1926 machte Adler die erste Vortragsreise in die USA und ab 1928 war er regelmäßig sechs Monate in Amerika und hielt zahllose Vorträge an Universitäten, Kliniken und anderen Ausbildungsinstitutionen. Er führte auch zahllose Beratungsworkshops durch, in denen er seine Methode, Lebensgeschichten und Probleme

zu durchleuchten demonstrierte. Bereits 1932 übersiedelte er endgültig nach New York. Seine Familie wanderte in der Folge auch nach Amerika aus.

Viele Rivalitäten wurden zwischen diesen Pionieren der Psychotherapie ausgetragen. Narzisstische Kränkbarkeiten, Machtkämpfe und Profilierungsneurosen blühten auch in diesem kreativen Garten der Gründer der modernen Psychotherapieschulen. Man könnte glauben, dass Menschen mit viel psychologischer Erfahrung und Selbsterfahrung besser mit Konflikten umgehen würden, aber das ist häufig nicht der Fall. Irgendwie ist es auch tröstlich für uns Erdkrustenbewohner, dass es diesen erlauchten Herren auch so ähnlich ging wie den meisten von uns! Der Philosoph Karl R. Popper hat eine treffende These formuliert: „Leben heißt Probleme lösen!“ Und dabei können uns die modernen Einsichten in unsere Psyche und die verschiedenen Therapiemethoden zweifellos helfen.

Kindheit und Jugend

Alfred Adler wurde am 7. Februar 1870 in Wien Rudolfsheim, einem Vorort von Wien, als zweites von sechs Kindern geboren. Er wuchs am Rande von Wien als „Wiener Gassenbub“ auf, wie er gerne erzählt hatte. Durch das Leben auf der Straße mit den vielen Kindern der Gegend und durch das Spielen in den Gstätten lernte er die vielfältigen sozialen Alltags-Strategien des Lebens auf der Straße kennen. So war er oftmals Anführer, wenn es um Mutproben ging. Das Schloss Schönbrunn befindet sich ganz in der Nähe von Rudolfsheim und die kleinen wilden Kerle kletterten über das Gitter des Schlosses und stahlen Blumen aus den kaiserlichen Gärten. Diese Erfahrungen haben viel dazu beigetragen, dass Adler ein enorm gutes Gespür für die Konflikte, Rivalitäten, Machtkämpfe und die vielfältigen oft unbewussten Spiel-Regeln des Zusammenlebens bekommen hat. Der Schriftsteller Manés Sperber bezeichnete Adler deshalb als „soziales Genie“, weil er mit viel Intuition und Gespür die sozialen Strategien des Zusammenlebens, die Tricks und listigen Manöver und die fairen und unfairen Spiele der Machtausübung erkennen und durchschauen konnte.

Adlers Vater war ein tüchtiger und weltoffener Getreide- und Gemüsehändler jüdischer Abstammung, der aus dem Burgenland nach Wien übersiedelt ist. Die Familie wohnte wie Kleinbauern am Rande von Wien. Kaninchen, Hühner, Ziegen, Kühe und Pferde bevölkerten die Lebenswelt des kleinen Alfred. Die jüdische Religion war kaum von Bedeutung. Aber Musik und Gesang spielten in der Familie Adler eine große Rolle. Der kleine Alfred lernte auch Klavier spielen und er hat gut und gerne gesungen. Der Vater war für ihn ein erstrebenswertes Vorbild. Sein Mut, sein Fleiß und seine Tüchtigkeit imponierten dem kleinen Kerl, der oft mit ihm unterwegs war. Die Beziehung zu seiner Mutter war angeblich weniger ausgeprägt. Alfred war viel auf der Straße und in der Gstätten unterwegs, das waren damals ideale Abenteuer-Spielräume.

Die Adler´ s hatten sechs Kinder. Alfred, der Zweitgeborene, hatte im älteren Bruder einen „Antreiber“. Als dann das dritte Kind geboren war, wurde der kleine Alfred „entthront“. Der kleine Bruder starb, als Alfred etwa fünf Jahre alt war. Damals, so erzählte er, hat er beschlossen, Arzt zu werden, um den frühen Tod überwinden zu können. Der kleine Alfred war ein kränkliches, rachitisches Kind. Besonders beim Weinen bekam er öfters einen Stimmritzenkrampf, der oft mit Todesangst verbunden war. Denn beim Weinen kommt es zum Verschluss der Glottis – die Stimmritze zwischen den beiden Stimmbändern des Kehlkopfes – wobei es zu Atemlosigkeit und Stimmlosigkeit kommt. Dadurch wird das Weinen unterbrochen, bis der Krampf vorbei ist. Später erzählte Adler, wie er mit dieser Organschwäche umzugehen lernte: „Ich beschloss, das Weinen ganz einzustellen, und so oft ich die erste Regung zum Weinen verspürte, gab ich mir einen Ruck, hielt mit dem Weinen inne und das Keuchen verschwand.“ Und weil mit der Rachitis auch eine Einschränkung der Beweglichkeit verbunden war, versuchte er, sich möglichst viel im Freien zu bewegen.

Als Student der Medizin war Adler Mitglied des Sozialistischen Studentenvereins, der dem Austromarxismus nahestand. Dort lernte er seine spätere Frau Raissa kennen, die aus Moskau stammt, mit Trotzki befreundet war und nach Wien kam, um zu studieren. Ihr Studium konnte sie aber erst in Zürich abschließen. In Wien war das für Frauen noch nicht möglich.

Adler war ein mittelmäßiger Schüler und eher klein von Gestalt (165 cm), ein gemütlicher Pykniker. Als Erwachsener sah er aus wie ein typischer Wiener Kleinbürger. Er war stämmig, etwas rundlich mit kleinem Schnauzbart, runder randloser Brille mit scharfem Blick und sehr lebhaften Augen. Er konnte ganz besonders begeisternd und mitreißend reden. Bezüglich der

Kleidung war er ebenso schlampig, wie im Umgang mit der Sprache. Seine Vorträge waren faszinierend und mitreißend. Aber seine Bücher hat er nicht wirklich sorgfältig geschrieben. So schreibt er beispielsweise manchmal „Minderwertigkeitsgefühl“, meint aber „Minderwertigkeitskomplex“. Aber aus dem Zusammenhang wird dann schon klar, was er meint.

Nach seiner Matura im Gymnasium in der Sperl-Gasse und dem Medizinstudium in Wien eröffnete Adler im Jahr 1898 seine erste Praxis im Zweiten Wiener Gemeindebezirk in der Czerningasse 7. Zuerst praktizierte er als Augenarzt, dann als Internist und schließlich als Psychiater. Einige Jahre später wohnte und praktizierte auch Viktor Frankl, der kurze Zeit Schüler von Adler war, in dieser Gasse. In diesem Bezirk, auch Leopoldstadt oder Mazzes-Insel genannt, wohnten viele Juden, die aus dem Osten nach Wien kamen. Ungesäuertes Fladenbrot wird im Jiddischen Mazzes genannt, daher diese Bezeichnung. Dieser Wiener Bezirk erstreckt sich zwischen dem Donaukanal und der Donau und war vor der Donauregulierung oft sehr stark überschwemmt. In den 1870er Jahren wurde der Hauptstrom von der Alten Donau getrennt. In den 1970er Jahren wurde dann die Neue Donau als Entlastungsgerinne gestaltet.

Zusammenarbeit mit Sigmund Freud und Trennung

In den Jahren 1902–1911 hat Adler intensiv mit Sigmund Freud zusammengearbeitet. Das kam so: Im Wiener Ärzteverein wurde die psychoanalytische Forschung massiv kritisiert und Adler hat Freud damals energisch verteidigt. Sigmund Freud hat davon erfahren und per Postkarte Adler in seine Forschungsgemeinschaft eingeladen. Adler war dort ein besonders engagierter Teilnehmer der berühmten „Mittwochgesellschaft“ in der Wohnung von Freud in der Berggasse 19 im 9. Wiener Gemeindebezirk. Im Jahr 1910 wurde Adler sogar der erste Präsident der „Wiener Psychoanalytischen Vereinigung“. Freud schätzte Adler offensichtlich wegen seiner ausgeprägten Intuition, Kreativität und geistigen Regsamkeit. Adler gehörte zu den aktivsten Mitgliedern dieser kreativen Runde. Da alle Raucher waren, wurde der Arbeitsraum in eine Nebelkammer verwandelt.

Vor allem wegen der unterschiedlichen psychologischen Bewertung der Sexualität und der sozialen Dimension des Lebens in Adlers Denken kam es 1911 zum Bruch mit Freud.

Denn nicht das sexuelle Luststreben im weitesten Sinn, sondern soziale Anerkennung, Zusammenarbeit, Geltung, Bemächtigung, Macht und Freude seien die wichtigsten Motoren und Antriebe für unsere Lebensgestaltung, für psychische Aktivität und Engagement. Adler betonte auch stärker den finalen Aspekt des Handelns und Verhaltens, nicht nur den kausalen. Die größte individuelle und kollektive Gefahr für eine humane Entwicklung von uns Menschen sah Adler in allen Formen des Machtstrebens, die nicht mit dem Sinn für die Gemeinschaft, mit Common Sense, verbunden, verschmolzen und legiert sind.

Adler gründete nach der Trennung von Freud einen eigenen Verein namens „Verein für freie psychoanalytische Forschung“. Und bereits 1913 wurde dann der auch heute noch übliche Name für die Adler-JüngerInnen „Verein für Individualpsychologie“ geboren. Und schon 1914 kam es zur Gründung der „Zeitschrift für Individualpsychologie“. Adler traf sich mit seinen Mitarbeitern jeweils am Donnerstag abends, lange Zeit im Café Central und auch im Cafe´ Siller am Donaukanal. Nach diesen Arbeitssitzungen folgten oft noch bis spät in die Nacht Beisl-Touren im angrenzenden Zweiten Bezirk. Da ging es dann oft sehr lustig zu.

Der Name „Individualpsychologie“ ist leider sehr missverständlich, weil Adlers Psychologie durch und durch eine sozialpsychologische Perspektive hat. Mit „Individualpsychologie“ meint Adler eine ganzheitliche Psychologie (in-dividuus = unteilbar, ganzheitlich) im Unterschied zu Freuds analytischer „Zerlegung“ der psychischen Persönlichkeit in Es, Ich, und Über-Ich. Der Begriff weist auf die massive Abgrenzung von Sigmund Freud hin.

In der dynamischen Entwicklung der Psychoanalyse Freuds kann man drei Phasen oder Schwerpunkte unterscheiden, die man im Wesentlichen der frühen, der mittleren und der späten Lebensphase Freuds zuordnen kann. Die Es-Psychologie umfasst die Psychologie der Triebe, vor allem der Sexualtriebe und den Bereich des Unbewussten. Die Ich-Psychologie umfasst die Narzissmus-Theorien, das „Ich“ als integrierende Kraft und die Abwehr- und Bewältigungsmechanismen des Ichs. In der letzten Lebensphase befasste sich Freud vor allem mit der Über-Ich-Psychologie, mit den Phänomenen der Gesellschaft und Kultur, der Weltanschauungen und Religionen. Die Individualpsychologie versteht sich vor allem als „Ich-Psychologie“.

FACHTAGUNG

Donnerstag, 13. Oktober 2022

PFLEGE DIGITAL

Potentiale und Herausforderungen

Information und Anmeldung

www.campus-rudolfinerhaus.ac.at/
veranstaltungen/fachtagung-2022/

CAMPUS
RUDOLFINERHAUS

Sigmund Freud war, wie alle großen, innovativen und kreativen Denker, voll von Widersprüchen. Neben dogmatischen Tendenzen zeichnete sich sein Denken und Forschen auch durch große Offenheit aus. In einem Brief an Ferenczi schrieb er angesichts der Trennung von Jung: „Wir sind im Besitz der Wahrheit, ich bin so sicher wie vor fünfzehn Jahren.“ Anderseits war er immer auch offen für neue Sichtweisen und Veränderungen seiner Theorien und Interventionsformen, wenn er neue Einsichten gewonnen hat. So soll der fast schon 80jährige Freud, über sein reiches und anregendes Lebenswerk nachdenkend, dies gesagt haben: „Ich habe ein wenig Licht in die unermesslichen psychischen Räume des Menschen bringen können.“

Der Schriftsteller Arnold Zweig war mit Freud und Adler sehr intensiv befreundet. Anlässlich des Todes von Adler schrieb Zweig an Freud, dass er vom frühen Tod Adlers sehr betroffen sei. Freuds Antwort zeigt, wie sehr der geniale Tiefenpsychologe gekränkt war, dass Adler sehr erfolgreich eigene Wege gegangen ist: „Für einen Judenbub aus der Wiener Vorstadt ist ein Tod in Aberdeen an sich eine unerhörte Karriere und ein Beweis dafür, wie weit er es gebracht hat. Tatsächlich hat ihn die Welt reichlich dafür belohnt, dass er sich der Psychoanalyse entgegengestellt hat.“

Im Gegensatz zum hochintellektuellen Freud hat Adler keine ausgeprägte, systematische und differenzierte Psychologie entworfen. Er hat sehr früh eine dynamische Ich-Psychologie entfaltet, die viele Parallelen zu den späteren psychoanalytischen Ich- und Narzissmus-Theorien und zur Selbstpsychologie von Heinz Kohut sowie zu Objektbeziehungstheoretikern wie Michael Balint, Melanie Klein und Otto F. Kernberg aufweist.

Selbstverständlich bedürfen die grundlegenden Ansichten und Einsichten Adlers einer Differenzierung und vor allem einer Weiterentwicklung, die auch von vielen individualpsychologischen und psychoanalytischen Forschern und Forscherinnen geleistet wurden und werden. Die sogenannten Neopsychoanalytiker wie Harald Schultz-Henke, Erich Fromm, Donald W. Winnicott, Fritz Riemann und andere haben wesentliche Einsichten von Sigmund Freud und Alfred Adler übernommen und in ihre Sichtweisen integriert.

Das Macht- und Geltungsstreben und der Aggressionstrieb

Während Sigmund Freud vor allem die „Macht des Luststrebens“ hervorgehoben und analysiert hat, galt Alfred Adlers zentrales Interesse der Analyse der „Lust des Machtstrebens“ im weitesten Sinn. Dieses Wortspiel, das mir eingefallen ist, während ich einen Vortrag über Adlers Psychologie hielt, trifft etwas ganz Entscheidendes. Während vor allem am Beginn der Entwicklung der Psychoanalyse die Sexualität, im weitesten Sinn verstanden, im Vordergrund der Freud´schen Forschung stand, hat Alfred Adler ganz besonders intensiv von Anfang an die grundlegende Bedeutung des Geltungs- und Machtstrebens und des damit verbundenen Aggressionstriebes analysiert und erforscht.

Dabei ist zu beachten, dass das Machtstreben sowohl positive als auch negative Formen annehmen kann. Und beide Formen sind auch mit der entsprechenden Gestaltung des Aggressionstriebes verbunden. Wenn das Machtstreben mit dem Gemeinschaftsgefühl legiert und verbunden ist, kommt es zu Veränderungen, die für alle positiv sind. Denn um ein soziales oder persönliches Bedürfnis zu befriedigen bedarf es der Aggression, der Angriffslust. Das lateinische Wort adgredi heißt genau das: in Angriff nehmen, aktiv zugehen. Ein banales Beispiel: Wenn man Hunger hat, muss man aktiv werden und sich etwas zu essen holen. Oder wenn man etwas im Zusammenleben der Gesellschaft verändern will, muss man Verbündete suchen, vielleicht eine Partei gründen und jedenfalls irgendwie aktiv werden.

Freud, der hochintellektuelle Forscher – Adler der begeisterte Volksbildner

Sigmund Freud war ein hochintellektueller, eher rationaler, kühner und genialer Forscher und Systematiker. Von wissenschaftlichem Eros angetrieben war er vergleichsweise ein eher einsamer Forscher. Dagegen war Adler ein genialer, mit ausgeprägter Intuition begabter, von pädagogischem Eros angetriebener unermüdlicher Volksbildner und Pädagoge. Manchmal hielt er in einer einzigen Woche mehr als zehn Vorträge und Beratungssitzungen in Kliniken, Pädagogischen Instituten und Universitäten.

Adler war der große Intuitive mit sehr viel Gespür für Gefühle, Empfindungen und für die strategischen Spiele der Kinder und Erwachsenen, für die Macht-Spielchen und Ohnmacht-Spielchen im Alltags- und Berufsleben und in der Politik. Adler war für das intuitive, ganzheitliche und dynamische Erfassen individueller und sozialer Wirklichkeit besonders begabt.

Sehr stark ausgeprägt war sein Sinn für strategische Manöver aller Art.

Alfred Adler ging gerne unter die Leute. Der Unterschied zwischen Freud und Adler zeigt sich generell auch in der Sprache: Freuds Sprache ist reflektiert, exakt und gepflegt, Literatur im besten Sinn. Er hat deshalb auch den Goethe-Preis der Stadt Frankfurt bekommen. Adlers Sprache ist einfach, oft ungenau, und man sieht ihr an, dass Adlers Werke weithin auf Vorträgen beruhen. Sein Anliegen war es, eine für das normale Volk verständliche Psychologie mit einfachen Begriffen zu schaffen. Er hat den Leuten aufs Maul geschaut, wie einst Martin Luther. Seine Theorien und seine zentralen Begriffe kann jeder Mensch verstehen, zum Beispiel: Geltungs- und Machtstreben, Minderwertigkeitsgefühl und Gemeinschaftsgefühl.

Vor allem war Adler ein Praktiker und Volksbildner, ein Pädagoge und psychologischer Aufklärer. Er engagierte sich für die Demokratisierung der Schule, für die Ausbildung von Lehrern, Kindergärtnerinnen und Eltern. Er gründete viele Erziehungsberatungsstellen. Von pädagogischem Eros getrieben, hielt er zahllose Kurse und Vorträge an den österreichischen Volkshochschulen, an Kliniken, pädagogischen Instituten und häufig auch an Universitäten im In- und Ausland. Er trat energisch gegen autoritäre Erziehung auf, lehnte Bestrafungen ab, die entwerten, erniedrigen und das Selbstwertgefühl zerstören. Die Schwedin Ellen Key schrieb 1900 ein wegweisendes Buch: „Das Jahrhundert des Kindes“, das ganz im Sinn Adlers eine humane Reformpädagogik gefordert und gefördert hat.

Mit dem Schriftsteller und radikal sozialistisch eingestellten Manés Sperber arbeitete Adler etwa zehn Jahre lang zusammen. Im Verein der Individualpsychologen in Berlin spielte Sperber eine große Rolle. Sperber war ein sehr ehrgeiziger und engagierter Schüler von Adler. Eine typische These von ihm: „Der Mensch wäre nicht imstande, ich zu sagen, wenn es die anderen nicht gäbe.“

Maßgebende Einflüsse auf Adler waren seine Nähe zum Austromarxismus und zu einem humanistischen Sozialismus. Seine Philosophie wurde durch den Neo-Kantianismus, besonders durch Hans Vaihingers „Philosophie des Als-ob“ beeinflusst. Natürlich blieb Freuds Psychoanalyse und auch Darwins Evolutionslehre von großer Bedeutung für sein Leben, Forschen und Lehren.

Die Blütezeit der Individualpsychologie im Roten Wien (1920-1930) hat enorm viel Neues angeregt. Nach dem Elend des Ersten Weltkrieges kam es zu vielen sozialistischen Reformbewegungen im Roten Wien: ein Pädagogisches Institut wurde für die Lehrerausbildung gegründet, an dem Adler als Dozent lehrte. Volkshochschulen wurden gegründet, eine soziale Schulreform wurde in Angriff genommen, viele Erziehungsberatungsstellen wurden eingerichtet. Die Individualpsychologie breitete sich auch in Deutschland aus, besonders in München und Berlin. Während Manés Sperber der marxistischen Gruppe angehört hat, bildete sich um Fritz Künkel, eine eher konservative Gruppe der Individualpsychologie in Berlin.

Ende der Zwanzigerjahre wurden die kommunistischen und linken Mitglieder des Vereins von Adler als „Schädlinge“ ausgeschlossen, weil er aufgrund des veränderten Zeitgeistes gefürchtet hat, dass die „Linken“ seiner Bewegung schaden könnten. Das waren vor allem Manés Sperber, Otto und Alice Rühle, die der Kommunistischen Partei Deutschlands (KPD) in Berlin angehört haben. 1934 wanderte Adler dann endgültig nach Amerika aus. In den späteren Jahren ging der sozialkritische Ansatz immer mehr verloren. Die USA hatte und hat bekanntlich wenig Sinn für Sozialismus und sozialstaatliche Aufgaben und Einrichtungen.

Im Spätwerk vertrat Adler eher eine angepasste, bürgerliche Weltanschauung. Er vertrat damals auch ein sehr optimistisches Credo: „Der Mensch ist von Natur aus nicht böse. Was auch ein Mensch an Verfehlungen begangen haben mag, verführt durch seine irrtümliche Meinung vom Leben, es braucht ihn nicht zu bedrücken; er kann sich ändern. Die Vergangenheit ist tot. Er ist frei, glücklich zu sein und andere zu erfreuen.“

Die Grundbegriffe und Anschauungsweisen der Individualpsychologie

Die wichtigsten Einsichten von Adlers Lehre und Technik der Beratung und Therapie werde ich jetzt kurz auflisten, bevor ich sie etwas ausführlicher darstellen werde.

- Die grundlegende Bedeutung des Gemeinschaftsgefühls, der Beziehungsfähigkeit, der Solidarität und persönlichen Verantwortung für die Gestaltung des eigenen Lebens und des Gemeinwesens.
- Die zentrale Bedeutung des Machtstrebens, seine positiven und negativen Wirkungen.
- Der Aggressionstrieb und sei-

ne positiven und negativen Auswirkungen.
- Die Betonung der Finalität als Ergänzung der Kausalität („Wozu“ und „Warum“).
- Sinn für strategisches Denken und Tricks. Keine statisch-normative Orientierung.
- Prinzip Ermutigung: Sensibilität für ermutigende und entmutigende Interaktionen.
- Die fundamentale Bedeutung von Selbstwertgefühl und Gemeinschaftsgefühl.
- Sinn für unbewusste „Leitlinien“ und den „Lebensstil“ für die Lebensgestaltung.
- Intensives Zusammenspiel von Wissenschaft, Kunst, Musik, Religion und Philosophie.
- Ethos der Aufklärung und Veränderung in Richtung „vollkommene Gemeinschaft“.
- Fundamentales Zusammenspiel von ökonomischem Unterbau und ideologischem Überbau im Sinne wechselseitiger Beeinflussung.
- Ein dynamisch-ganzheitliches Verständnis psychosozialer Prozesse.
- Große Offenheit für die Integration anderer Psychotherapieformen.

Prinzip Ermutigung als Grundeinstellung in Erziehung, Beratung und Therapie

In der Individualpsychologie spielt die Dimension Ermutigung – Entmutigung eine ganz zentrale Rolle. Den neurotisch gehemmten Menschen charakterisiert Adler als „entmutigten Menschen“. Ermutigung ist für Erziehung, Beratung und Therapie von allergrößter Bedeutung. Denn alle Lebensaufgaben bedürfen des Mutes, Herausforderungen in Angriff zu nehmen, Ängste und Schwierigkeiten zu überwinden, Kränkungen und Verlusterfahrungen zu bewältigen. Es ist äußerst wichtig, Formen der Entmutigung zu erkennen und zu korrigieren, neue Verhaltensweisen und Einstellungen zu sich selbst und gegenüber der Umwelt zu wagen und einzuüben.

„Den Angelpunkt einer gedeihlichen psychischen Entfaltung sieht Adler im Aufbau der kindlichen Selbstachtung und des Selbstvertrauens. Der Mutige ist auch gemeinschaftsfähig. Er wird den Schwierigkeiten des Lebens nicht ausweichen und sozial sinnvolle Lösungen der Lebensaufgaben anstreben. Hat man das Kind für die Gemeinschaft gewonnen, so wird sein Charakter gradlinig und weltoffen sein.“ (Rattner)

Autoritäre Unterdrückung, Verwöhnung und Verwahrlosung sind

die größten Feinde der Ermutigung zu einer gesunden Entwicklung und zur Entfaltung von Mündigkeit. Adler hat das autoritäre Klima in den Schulen besonders hart kritisiert: asoziales Lernen, Gehorsamsdressur und Konformitätsdruck. Er warnte besonders vor Verwahrlosung, autoritärer Strenge und Überforderung. Aber er hat auch sehr eindringlich auf die große Gefahr der Verwöhnung hingewiesen. Denn sowohl Überforderung als auch Unterforderung sollen vermieden werden. Und Herausforderungen sind für unsere menschliche Entfaltung ein Leben lang wichtig.

Bezüglich der „Kinderfehler", zum Beispiel Trotz, Lügen, Stehlen, Stottern, Bettnässen, Faulheit als Ausdruck von Angst usw. vertritt Adler das Motto: „Wer Schwierigkeiten macht, hat welche!" Es geht darum, sie verstehen zu lernen, dann kann man sie auch verändern. Und das setzt Menschenkenntnis voraus, wie Rattner zusammenfassend sagt:

„Die individualpsychologische Forschung erstrebt eine Vertiefung der Menschenkenntnis, die nur zu holen ist aus dem Verständnis der Stellung des Individuums zu seiner sozial bestimmten Aufgabe. Nur die Bewegungslinie, in der sich die soziale Aktivität einer Persönlichkeit darstellen und empfinden lässt, gibt uns Aufschluss über den Grad der Verschmelzung eines Menschen mit den Forderungen des Lebens, der Mitmenschen, des Weltalls. Sie gibt uns auch Aufschluss über den Charakter, über den Elan, über sein körperlich-geistiges Wollen. Sie lässt sich zurückverfolgen bis zu ihren Ursprüngen in der Zeit der Ichfindung und zeigt uns dort, in der frühen Position des Menschenkindes, die ersten Widerstände der Außenwelt und die Form und Kraft des Wollens und der Versuche, sie zu überwinden.

In diesen frühesten Kindertagen schafft sich das Kind irrend und unverständig seine Schablone, sein Ziel und Vorbild und den Lebensplan, dem es wissend-unwissend folgt. Vorbildlich werden ihm dabei alle Erfolgsmöglichkeiten und die Beispiele anderer Überwinder. Den Rahmen gibt die umgebende Kultur … Unsere Individualpsychologie hat aber auch den Nachweis erbracht, dass die Bewegungslinie des menschlichen Strebens zunächst einer Mischung von Gemeinschaftsgefühl und Streben nach persönlicher Überlegenheit entspringt."

Das Gemeinschaftsgefühl (GG)

Den nächsten Grundpfeiler der Individualpsychologie bildet das Gemeinschaftsgefühl. Denn die Basis der menschlichen Existenz ist Mitmenschlichkeit, die Fähigkeit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit, zur Kooperation. Das GG, also das emotionale Verbundensein mit Eltern und Geschwistern, Verwandten und Freunden, verschiedenen Gruppen bis hin zur Weltgesellschaft schließt Sympathie ein. Das griechische Wort sympathein heißt wörtlich mitfühlen, die Fähigkeit zu Mitfreude und Mitleid. Ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen ist dafür grundlegend. Das Gegenteil von Sympathie ist Apathie, die Unfähigkeit, Anteil nehmen zu können, einfühlsam zu sein.

Ein ausgeprägtes GG zeigt sich auch in einer realistischen Orientierung in der konkreten Welt, in der Bereitschaft zu Leistung und Mitarbeit, zur Hingabe an Menschen und Aufgaben. Es äußert sich als Fähigkeit und Bereitschaft, Selbstverantwortung und Mitverantwortung zu übernehmen. Wo das Gemeinschaftsgefühl fehlt oder unterentwickelt ist, kommt es zur Ausprägung von Herrschsucht, destruktivem Machtstreben, Egozentrismus, Unterdrückung und Ausbeutung anderer und zu Isolation.

Adler spricht von drei großen Lebensaufgaben, die nur durch ein starkes Gemeinschaftsgefühl bewältigt werden können: Liebe und Freundschaft; Arbeit und Beruf; Aktives Interesse an der Gestaltung des sozial-politischen Zusammenlebens.

Er bezeichnet das Gemeinschaftsgefühl als „angeborene" Fähigkeit und Bereitschaft. Es ist der Motor der menschlichen Entwicklung, individuell, sozial und politisch. Wenn die kindlichen Bedürfnisse nach Geborgenheit, Zärtlichkeit, Liebe und Wohlergehen, nach Anregungen und Entfaltungs-Freiraum in der Erziehung befriedigt werden, kann sich das GG als Grundlage für psychosoziale Gesundheit, Kreativität und soziale Kompetenz entfalten.

Dieses Zusammengehörigkeitsgefühl äußert sich in vielen Spielarten: als Eltern-, Kindes- und Geschlechtsliebe, als Liebe zur Natur, zu Kunst und Wissenschaft und ganz besonders auch als Lebensfreude und Interesse am Wohlergehen der Menschheitsfamilie.

Der kreative Benediktinerpater David Steindl-Rast hat über den Common Sense ein anregendes Buch geschrieben. Die Wortprägung Common Sense ist eine Perle der englischen Sprache. Sie hat viele Aspekte, die schwer ins Deutsche zu übersetzen sind: gesunder Menschenverstand, Gemeinsinn, gesundes Empfinden, Gespür für das Verbunden sein

mit allem, Sinn für die Gemeinschaft und ein kosmisches Verbunden-Sein im Mikro- und Makrokosmos des Lebens.

Ein alter englischer Spruch gibt zu denken: „Common Sense is anything but common.“ Der Gemeinsinn ist alles andere als üblich. Wir kommen zwar alle mit diesem Sensorium auf die Welt, aber wir pflegen und entfalten es viel zu wenig. „Common Sense ist ein Verstehen durch Mitschwingen auf der gleichen Wellenlänge. Er ist ein Sinnesvermögen wie Hören, Schmecken oder Riechen, das wir genau wie unsere anderen Sinne bewusst kultivieren können.“

Dieser Sinn für das Gemeinsame hat drei Aspekte: „Wir sollen uns auf die Natur einstimmen, ein Netzwerk gegenseitiger Förderung und Unterstützung aufbauen und lernen, Autoritäten zu hinterfragen.“ Gemeinsinn ist eine Gabe und eine Aufgabe. Und diese Aufgabe ist zugleich eine besonders wichtige Quelle der Freude.

Der Berliner Dermatologe und Ganzheitsmediziner Ernst Schweninger hat das treffend gesagt: „Die Natur heilt, der Arzt hilft nur.“ Doch in unserer Beziehung zur Natur sind wir heute oft gestört. Wir benützen sie, manipulieren sie, beuten sie aus, lassen uns aber viel zu wenig auf sie ein. Denn dazu bedarf es der Achtsamkeit, der Dankbarkeit, der Wertschätzung und des Respekts. Denn Begreifen und Ergriffensein sind auch in den Augen von Adler die beiden Säulen unseres Erkennens.

Das Fehlen des Common Sense äußert sich als Isolation und Einsamkeit, besonders in pathologischem Narzissmus und in Formen der Depression. Der Individualismus ist mit Überheblichkeit verbunden, mit einem sich zu wichtig nehmen. In diesen leidvollen Situationen geht das Zusammengehörigkeitsgefühl verloren oder wird brüchig.

Minderwertigkeitsgefühl und Minderwertigkeitskomplex

„Die Lehre vom Minderwertigkeitsgefühl und dessen Kompensation im Sicherungs- und Machtstreben ist ein Kernstück der Persönlichkeits- und Neurosentheorie Adlers und zugleich die psychologische Formulierung seiner Gesellschaftskritik.“ (Bruder-Bezzel)

Als Leitsatz gilt Goethes These: „Das Unzulängliche ist produktiv.“ Ausgangsbasis ist der Mensch als biologische Frühgeburt und Mängelwesen. Die Hilflosigkeit des kleinen Wesens und die enorme Lernfähigkeit und das Angewiesen-sein an Eltern und Gemeinschaft bildet die Basis für die psychosoziale Geburt des Menschen. Adler unterscheidet zwischen dem grundmenschlichen Minderwertigkeitsgefühl, das uns durch das Streben nach Überwindung von Schwierigkeiten zu großen Kulturleistungen herausfordert, und zwischen einem Minderwertigkeitskomplex, der sich entmutigend auf die Lebensgestaltung auswirkt und zu neurotischem oder psychotischem Elend führen kann.

„Entwicklung heißt für Adler ‚Aufstand‘, ‚Aufbegehren‘, ‚männlicher Protest‘ gegen Unterdrückung, Schwierigkeiten, Hemmungen … des Kindes. Das Kind entdeckt seine eigene Kraft und ist stolz. Es wird bewundert – oder in seinem Aufstand wieder in die „Minderwertigkeit“ zurückgestoßen. So wird seine „Gier nach Geltung“ entfacht, es will noch mehr, es versteift sich darauf, es bleibt im Netz seiner Ansprüche gefangen … Die Grenzen zwischen Kompensation und Überkompensation sind fließend.“

Als Adler einmal gefragt wurde, welches die günstigsten Bedingungen für das psychische Wachstum eines Kindes seien, antwortete er: „Das Beste, was eine gute Fee einem Kind in die Wiege legen kann, sind Schwierigkeiten, die es überwinden kann.“ Denn Schwierigkeiten stellen Herausforderungen dar und können den Mut zur Überwindung fördern und zu kreativer Kompensation oder Bewältigung führen. Verwöhnung ist dagegen eine gefährliche Strategie der Entmündigung.

„Wer kann ernstlich daran zweifeln, dass dem von der Natur so stiefmütterlich bedachten menschlichen Individuum als Segen ein starkes Minderwertigkeitsgefühl mitgegeben ist, das nach einer Plussituation drängt, nach Sicherheit, Überwindung? … Ich habe vor langer Zeit hervorgehoben, dass Menschsein heißt: sich minderwertig fühlen“ (Adler).

„Wir sagen, dass ein Mensch an einem Minderwertigkeitskomplex leidet, wenn er auf eine lähmende Situation, ganz gleich ob echt oder eingebildet, fatalistisch reagiert, ohne dass er den Versuch unternimmt, sich zu verändern oder zu verbessern. Dies sollte nicht mit dem Minderwertigkeitsgefühl verwechselt werden.“

Das Macht- und Geltungsstreben

Das Geltungsstreben ist eine Folgeerscheinung des primären Minderwertigkeitsgefühls. Es stellt eine gesunde Kompensation des Abhängigkeits- und Unsicherheitsgefühls dar. Durch das Streben und den Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten wird die Unabhängigkeit ebenso entfal-

Gesundheit
kommt von Herzen

Göttlicher Heiland
Krankenhaus Wien

Neurologie – alles außer eintönig

Das Göttlicher Heiland Krankenhaus ist ein Schwerpunktkrankenhaus im Bereich Altersmedizin. Gerade Neurologie stellt in der Versorgung älterer Menschen einen wichtigen Teil dar.

In der Abteilung Neurologie werden vom Schlaganfall über Epilepsie (Altersepilepsie), Schwindelformen, Parkinson bis hin zu Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen und Entzündungen, wie Multiple Sklerose eine Vielzahl an Krankheitsbildern behandelt. Neurologie ist ein sehr breites Feld, mit vielen Möglichkeiten der Spezialisierung, auch und vor allem in der Pflege. Patient*innen auf der Neurologie brauchen oft besonders viel Zuneigung, Unterstützung und Zeit.

Thomas Preuner ist Bereichsleiter auf der Neurologie. „Wir erleben hier die Herausforderung einen Versorgungsauftrag in Pandemiezeiten aber auch in Zeiten von immer knapper werdenden Personalressourcen, zu erfüllen“ erzählt er, „aber mit diesem starken Team schaffen wir das alles.“ „Neurologie ist für mich ein besonderes Fach, weil die Neurologie eine Vielzahl an Krankheitsbildern anbietet. Der Behandlungserfolg lässt sich nur durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit sicherstellen. Dies bringt zwar die eine oder andere herausfordernde Situation mit sich, macht die tägliche Arbeit aber auch spannend und befriedigend.“

Jenny Taufer ist seit 15 Jahren DGKP und seit 2007 im Göttlicher Heiland Krankenhaus auf der neurologischen Bettenstation. „Ich bin Krankenpflegerin geworden, weil ich die Arbeit mit möglichst vielen, verschiedenen Menschen einfach liebe!“ erzählt sie voll Freude. „Bei der täglichen Arbeit merke ich das immer wieder. Das erfüllt mich.“ Die Wahl fiel auf die Neurologie, weil das Fach eine Vielfalt an Krankheitsbildern anbietet. „Somit ist kein Arbeitstag wie der vorherige,“ berichtet sie, „Täglich treffe ich auf neue, spannende, Herausforderungen. Unsere Abteilung zeichnet vor allem der Zusammenhalt und die kollegial-freundschaftliche Verbundenheit untereinander aus. Das spüren sicher auch die Patient*innen!

Haben wir Ihre Neugierde wecken können?
Informieren Sie sich über Möglichkeiten auf der neurologischen Bettenstation des Göttlicher Heiland Krankenhauses unter **www.khgh.at/karriere**

tet wie die soziale Anerkennung in der Gemeinschaft und die aktive Mitarbeit an gemeinsamen Aufgaben. Wir wollen alle wohlwollend und mit Wertschätzung angesehen werden. Komisch: Wir sagen, jemand hat „Ansehen“, wenn er eine leitende Position hat, reich und erfolgreich ist. Eigentlich sollte es selbstverständlich sein, auch einfache Menschen respektvoll und wohlwollend anzusehen.

Doch das müssen wir leider verlernen, wie das der Soziologe und Theologe Adolf Holl treffend beschrieben hat: „Vom zartesten Kindesalter an gibt es in unserem Leben die belehrenden Zeigefinger. Sie weisen auf allerlei Bedeutendes, Großartiges, Gewaltiges. Sie wollen in uns Respekt, Ehrfurcht, Bewunderung erzeugen, in jedem einzelnen Fachgebiet, von der Religion bis zur Mathematik. Nach acht oder zwölf Schuljahren ist dann die Kategorie der Bedeutsamkeit fest verankert: Ein Millionär ist bedeutender als ein Altersrentner. Ein Fußballstar wichtiger als ein Postbote. Eine Schlagersängerin faszinierender als eine Friseuse.“

In einer gesunden Entwicklung kommt es zur Legierung von Gemeinschaftsgefühl und Geltungsstreben. Falls das GG unterentwickelt ist, kann es zu individuell und kollektiv destruktivem Macht- und Geltungsstreben kommen. Es entsteht ein Überlegenheitskomplex, der dazu führt, dass andere Menschen rücksichtslos nur zum eigenen Vorteil benützt und ausgenützt werden. Und jedes destruktive Machtstreben im Kleinen wie im Großen bewirkt massives Unrecht und zerstört die Menschlichkeit.

Kompensationsformen von Organminderwertigkeiten

Adlers erste große „Studie über die Minderwertigkeit von Organen“ (1907) beschäftigt sich vor allem mit Formen gelungener und misslungener Kompensation von Organschäden. Denn diese können auf der biologischen, der psychischen oder auf der sozialen Ebene „kompensiert“ werden. Adler unterscheidet dann die gelungene Kompensation von der misslungenen Überkompensation. Während erstere eine kreative Bewältigung darstellt, beruht letztere auf einer Fixierung auf das Defizit mit negativen Auswirkungen auf die individuelle und soziale Entfaltung. Beispiele für kreative Kompensation finden sich viele in den Bereichen der Künste und der Literatur. Der griechische Redner Demosthenes war Stotterer und hat sich mit enormer Anstrengung zu einem besonders guten Redner entwickelt. Georg Christoph Lichtenberg kam „verkrüppelt“ auf die Welt und kompensierte dies durch hervorragende Leistungen als Physiker und Schriftsteller.

„Die Minderwertigkeit, mit der ich rechne, betrifft das unfertige, in der Entwicklung zurückgebliebene, im Ganzen oder in einzelnen Teilen in seinem Wachstum gehemmte oder veränderte Organ. Minderwertige Organe können sein: die Sinnesorgane, der Ernährungsapparat, der Atmungstrakt, der Drüsen-, Harn-, Genitalapparat, die Zirkulationsorgane und das Nervensystem … Das Schicksal dieser minderwertigen Organe ist ein ungemein wechselndes. Die Entwicklung und die Reizquellen des Lebens drängen auf Überwindung der Äußerungen dieser Minderwertigkeit, so dass als Ausgänge ungefähr folgende Stadien mit allen möglichen Zwischenstufen resultieren: Lebensunfähigkeit, Anomalien der Gestalt, der Funktion, Widerstandsfähigkeit und Krankheitsanlagen, Kompensation (Ausgleich) im Organ, Kompensation durch ein zweites Organ, durch den psychischen Überbau, Überkompensation im Organischen oder Psychischen.“ (Adler)

Ganzheit und Zielstrebigkeit: Finalität

Die biologische, psychische und soziale Wirklichkeit des Menschen bildet eine höchst dynamische Ganzheit. Adler steht der Gestaltpsychologie Köhlers nahe, die einen ausgeprägten Sinn für Zusammenhänge in sich birgt. Denn jedes Verhalten hat Ursachen, die durch eine Kausalanalyse erklärt werden können. Und es hat auch Folgen, Ziele und Absichten, die durch eine Zielanalyse erklärt werden. Die Frage „Warum?“ soll durch die Frage „Wozu?“ ergänzt werden.

Die Zielstrebigkeit, also Finalität, wird von Adler besonders hervorgehoben. Welche bewussten oder unbewussten Ziele werden durch ein bestimmtes Verhalten angestrebt? Adler spricht oft von „ungewusst“, weil er sich von Sigmund Freuds Begriff „unbewusst“ absetzen wollte. Bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen haben nicht nur Ursachen, sondern auch mehr oder weniger bewusste Ziele. Menschenkenntnis setzt voraus, dass man die oft unbewussten, unverstandenen Ziele und Absichten eines Menschen in bestimmten Situationen erahnen kann. Im Charakter und im Lebensstil finden diese Ziele Ausdruck.

„Denken, Fühlen, Wollen, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Trieb – all diese psychischen Funktionen geraten in den Einflussbereich der Charakterstruktur und wer-

den von ihr für den unbewussten Endzweck, den Lebensplan und den Lebensstil, sinngemäß modelliert. Man hat einen Menschen erst verstanden, wenn man seinen unbewussten, planmäßigen Lebensaufbau, der alle psychischen Regungen durchdringt, erkannt hat. Alles Messen und Beobachten psychischer Einzelfunktionen ist nur Stückwerk; die Erkenntnis des Ganzen gibt erst den Details ihren Stellenwert.“ (Rattner)

Lebensstil und Leitlinien des Erlebens und Verhaltens

Wir Menschen handeln vielfach so, „als ob“ wir ein Ziel verfolgten und unser gesamtes Verhalten kann nur so wirklich verstanden werden. Entsprechend dem meist unbewussten Lebensstil (Lebensplan, Leitlinien) verarbeiten wir alle Erlebnisse und Ereignisse der Außenwelt und „machen“ so unsere Wahrnehmungen und Erfahrungen und gestalten so unseren Charakter. In der Ausdrucksweise „Ich habe eine Erfahrung gemacht“ wird klar, dass ich der Produzent dieser Erfahrungen bin, bewusst oder unbewusst.

Was wir als Charakter oder Persönlichkeit bezeichnen, das ist nichts anderes als die Art und Weise, wie wir uns selbst und die Welt erleben, interpretieren und gestalten. Der Charakter, die Art und Weise des Verhaltens, Erlebens, Fühlens, Tuns, Träumens, Erinnerns usw. ist Ausdruck des Lebensstiles und der meist unbewussten Leitlinien für unsere Lebensgestaltung.

„Jeder trägt eine „Meinung“ von sich und den Aufgaben des Lebens in sich, eine Lebenslinie und ein Bewegungsgesetz, das ihn festhält, ohne dass er es versteht, ohne dass er sich darüber Rechenschaft gibt … Wir sind nicht so sehr an der Vergangenheit wie an der Zukunft interessiert. Um die Zukunft eines Menschen zu verstehen, müssen wir seinen Lebensstil verstehen, der das Bewegungsgesetz zur Grundlage hat.“ (Adler)

Ein Neurotiker, Adler nennt ihn auch „nervösen Charakter“, investiert in einen „Nebenkriegsschauplatz“ des Lebens und weicht den wesentlichen Aufgaben des „Hauptkriegsschauplatzes“ aus. Die Metapher, dass das Leben auch ein Kampf ist, kommt in diesem Sprachspiel von Adler zum Ausdruck. So läuft etwa ein neurotischer Mensch – unbewusst – seinen eigenen Ohrfeigen nach und beklagt sich dann darüber, wie Adler pointiert gesagt hat.

Auch in den Tag- und Nachtträumen kann der Lebensstil, die Grundeinstellung gegenüber dem Leben, zum Ausdruck kommen. Träume sind mit einer Theatervorstellung vergleichbar, in welcher der Träumer zugleich Dichter, Regisseur, Schauspieler und Zuschauer ist. Adler achtete in seinen Therapien auch ganz besonders auf körpersprachliche Äußerungen, etwa auf Mimik, Gestik, Gangart, Kindheitserinnerungen usw. Die Deutung von Träumen hat bei ihm nicht einen so hohen Stellenwert wie bei Sigmund Freud oder Carl G. Jung.

Geschwisterposition und erste Kindheitserinnerungen

Adler hat sehr früh auf diesen wichtigen Aspekt aufmerksam gemacht. Die psychosoziale Situation der Kinder in der Geschwisterreihe ist faktisch sehr unterschiedlich. Der Erstgeborene wird durch nachkommende Geschwister entthront und ist häufig eher konservativ. Der Zweitgeborene ist auf das Teilen der Elternliebe mit Geschwistern besser vorbereitet. Er hat weiter einen Herausforderer und „Schrittmacher“ im älteren Geschwister und tritt oft in Wettkampf mit diesem. Oft sind diese Zweitgeborenen ehrgeiziger, weil sie dem älteren Geschwister nacheifern. Das jüngste Kind wird häufiger verwöhnt als andere.

Bei Einzelkindern ist die Gefahr der Verwöhnung oder die Fixierung an Elternteile häufig größer, weil sie in ihrer sozialen Situation oft stärker auf die Eltern fixiert sind. Sie haben in der Familie weniger Herausforderungen zum sozialen Lernen. Die sozialen Situationen sind da sehr unterschiedlich – und sie haben großen Einfluss auf die Entwicklung von „Ich-haftigkeit“ oder „Wir-haftigkeit“.

Die ersten Kindheitserinnerungen sind auch Ausdruck des Lebensstils. Sie können für das Verständnis eines Menschen und für die Diagnose sehr hilfreich sein. Das unbewusste Lebensprogramm kann in den frühen Gedächtnisfragmenten enthalten sein und äußert sich in einer aktiven oder passiven Lebenseinstellung oder in einem Minderwertigkeitskomplex.

„Eine bleibende Erinnerung, mag sie auch irrtümlich sein, und, wie meist in der Kindheit, ein einseitiges Urteil enthalten, kann, wenn es für das angestrebte Ziel förderlich ist, auch aus dem Bereich des Bewusstseins verschwinden und ganz in Haltung, Gefühl und Anschauungsform übergehen.“ (Rattner)

Zentrale Aspekte der Therapie und Beratung

Bevor ich auf grundlegende Aspekte der Psychotherapie von Alfred Adler eingehe, möchte ich zur Einstimmung einige seiner kreativen Leitlinien erwähnen:

„In der Individualpsychologie geht es um die Kunst, eine Lebensgeschichte zu lesen, wobei die Grundanschauungen der Individualpsychologie nur das Werkzeug darstellen … um zum besseren Verständnis des Werdens eines Menschen durchzudringen."

„Wichtiger als Anlage, objektives Erlebnis und Milieu ist deren subjektive Einschätzung. Nicht die Tatsachen sind es, die wirken, sondern wie wir diese Tatsachen auffassen."

„Nicht anders als die Kunst verlangt auch die Seelenkunde jenes starke intuitive Erfassen ihres Stoffes, ein Ergreifen und eine Ergriffenheit, die über die Grenzen der Induktion und Deduktion hinausgehen."

„Die menschliche Seele kann nur ein Querkopf ganz in ein wissenschaftliches Lehrgebäude einfangen wollen. Vollends Individualpsychologie ist eine künstlerische Leistung."

Offenheit für die Integration der Einsichten anderer Therapieschulen

Die Individualpsychologie hat eine vitale Nähe zu den meisten psychoanalytischen Therapieschulen. Erwin Ringel hat das Verhältnis der IP zur Psychoanalyse treffend umschrieben: „Sigmund Freud ist unser Großvater, Alfred Adler ist unser Vater und wir sind deren Kinder und verdanken beiden sehr viel." Und sie ist von ihrem Wesen her auch offen für die Integration von Sichtweisen und Veränderungsstrategien der meisten anderen modernen Richtungen der Psychotherapie.

Der Grund für diese Offenheit liegt nicht nur darin, dass die IP keine genau differenzierte Methodenlehre und keine umfassende Krankheitslehre, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie entfaltet hat. Die Offenheit liegt auch schlicht darin begründet, dass alle Einsichten und Methoden, die psychisches Elend verstehen, lindern und mindern können, zum Wohl der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden sollen und auch können. Auch für die vielfältigen Psychotherapieschulen gilt der Satz, dass kreative Zusammenarbeit notwendig und heilsam ist.

Vor allem werden von Individualpsychologen Ansichten, Strategien und Techniken der Intervention und Veränderung aus der Psychoanalytischen Bewegung häufig verwendet und in die therapeutische Arbeit integriert. Aber auch die Gesprächspsychotherapie nach Rogers, das Psychodrama, verhaltenstherapeutische, systemische Therapieformen und existentialistische Ansätze werden häufig in die Arbeit integriert.

Diagnostisch finden vor allem die vielschichtigen Beziehungsaspekte Beachtung: „Jede Neurose kann als kulturell verfehlter Versuch verstanden werden, sich aus dem Gefühl der Minderwertigkeit zu befreien, um ein Gefühl der Überlegenheit zu gewinnen." (Adler) Daraus ergibt sich, dass alle psychosozialen Störungen Beziehungsstörungen sind: Defizite in der Kooperation, im Kontakt mit sich selbst und mit anderen Menschen. Zwei Abwehr- und Austauschmechanismen spielen im neurotischen Geschehen eine enorm große Rolle: Das Idealisieren des Eigenen, des Gewohnten und das Entwerten des Fremden, des Anderen.

Prinzip Ermutigung

Psychische Probleme stehen immer mit Entmutigung und Kränkungen in Zusammenhang. Die Therapie hat die Aufgabe, den Lebensmut, das Selbstwertgefühl und das Verbunden-Sein mit den Mitmenschen und mit der Gemeinschaft zu fördern. Durch die mutige, aktive und direkte Konfrontation mit ungelösten Konflikten und Problemen kann die positive Veränderung des Erlebens und Verhaltens gefördert werden.

Wächst ein Kind in einer ermutigenden Atmosphäre auf, wird es Lebensmut entfalten. Das Minderwertigkeitsgefühl wird es als kreative Unzufriedenheit mit sich selbst und mit sozialen Lebensumständen erleben, als dauernde Herausforderung zur besseren persönlichen und sozialen Lebensgestaltung. Das Gemeinschaftsgefühl ist dann mit einem gesunden und positiven Macht- und Geltungsstreben legiert.

Gegenseitige Wertschätzung, vorbehaltlose Akzeptanz und offene Begegnung sind grundlegend für eine gute Beziehung. Durch das therapeutische Setting und die Atmosphäre des Gesprächs sollen die Patientinnen ermutigt werden, ihren Lebensstil bewusst zu erleben und kennen zu lernen, damit sie ihn verstehen und korrigieren lernen können.

Das therapeutische Setting ist durchaus variabel. Im allgemeinen sitzen Therapeut und Klient einander gegenüber, aber auch die Couch findet im therapeutischen Setting Verwendung. Faktisch dominieren Gespräche. Auch Rollenspiele, psychodramatische Inszenierungen, Entspannungsübungen und Phantasiereisen werden benützt.

Neurotische Lebensgestaltung

In einer neurotischen Entwicklung wird das ursprüngliche Minderwer-

tigkeitsgefühl verstärkt, die Umwelt übermächtig und feindselig erlebt. Es kann ein Minderwertigkeitskomplex entstehen, der das Leben extrem mühsam machen und entwerten kann. Es kommt oft zur Überkompensation des Kleinheitsgefühls, meistens auf Kosten anderer Menschen. Und es kann zur Ausbildung einer „privaten Sichtweise“ kommen, die sich aus der falschen Wahrnehmung des Lebens und der Welt ergibt. Derart entmutigte und eingeengte Menschen erleben ihre Mitmenschen oft als Rivalen im Machtkampf. Sie verhärten sich und können die Welt dann nur aus einem verengten Blickwinkel betrachten. Adler spricht von „tendenziöser Apperzeption“, weil das Leben nur wie durch eine dunkle Brille, als gefährlich und belastend wahrgenommen wird. Solche Menschen sind oft deshalb humorlos, weil ihnen die Lebensfreude und eine gute Selbstdistanz fehlen.

Ein treffender Vergleich von Adler für einen neurotisch fixierten Menschen: Wenn sich ein Fünfjähriger das Bein bricht, braucht er vorübergehend einen Gips. Aber wenn dieser Mensch noch als Zwanzigjähriger mit dem Gipsbein herumläuft, dann ist er neurotisch eingeengt und fixiert auf eine längst nicht mehr gegebene Verletzung!

Fallbeispiel: Ein Purzelbaum – ins Leben rein!

Der kreative Arzt und ungewöhnliche Psychoanalytiker Michael Balint, ein Pionier der psychosomatischen Medizin, erzählt eine treffende Szene zum Thema Ermutigung aus der Psychoanalyse mit einer etwa 30jährigen Frau. Diese Patientin konnte ihr Studium nicht abschließen. Sie hatte mit Männern große Probleme. Und wegen einer massiven, zwanghaften Hemmung, die ihre Entscheidungsfähigkeit sehr stark blockiert hat, schreckte sie vor jedem Risiko zurück.

Nach zwei Jahren Psychoanalyse kam es zum Durchbruch. Balint sagte zu ihr, er habe den Eindruck, dass sie immer „den Kopf oben und die Füße fest auf dem Erdboden halten müsse“. Da fiel der Patientin ein, dass sie es schon in den Kindertagen nicht geschafft hatte, einen Purzelbaum zu machen. Oft habe sie das versucht, aber es gelang ihr nie und das erlebte sie als sehr beschämend. Sie wurde deshalb auch oft gehänselt. Da sagte Balint: „Na, und jetzt?“ Da erhob sich die Frau von der Couch und machte auf dem Teppich einen durchaus gelungenen Purzelbaum.

Die Ermutigung durch den unkonventionellen Analytiker und die Freude, die Hemmung überwunden zu haben, führte zu einer großen Veränderung im Verhalten sich selber und anderen gegenüber. Sie begann spontaner zu werden und die hemmende Kontrolle zu lockern. Bald darauf machte sie ihre Abschlussprüfung und verlobte sich. In dieser aufschlussreichen Purzelbaum-Szene hat sie sich bewiesen, dass sie Mut und Risikofreude hat. Und die Freude über diesen kleinen, aber sehr wichtigen Sieg hat ihren Seelenhaushalt gelockert und belebt.

Fallbeispiel: Perfektionismus überwinden

Frau A., eine 45jährige Frau, kam zum Erstgespräch in meine Praxis. Sie litt unter Depressionen, Ängsten und einer starken Neigung zum Perfektionismus. Auch große Unruhe und massive Schlafstörungen machten ihr zu schaffen. Sie hatte auch schmerzliche Verspannungen im Hals- und Rückenbereich und machte auf mich den Eindruck eines „unheimlich kontrollierten Menschen“.

Auf meine Frage nach Erinnerungen an ihre Kindheit erzählte sie spontan eine aufschlussreiche Szene: „Ich bin etwa fünf Jahre alt und spiele mit meinem Vater im Wohnzimmer. Ich sitze auf einem kleinen Sessel. Mein Vater schiebt mich im Zimmer umher und ich bin lustig und lache vergnügt. Plötzlich geht die Türe auf und meine Mutter kommt in das Zimmer. Mit rüdem Ton verbietet sie sofort das vergnügliche Spiel und sagt zornig: ‚Wenn ich nur kurz fort bin, macht ihr Unsinn, Unordnung und Schmutz. Ich dürfte euch nicht eine Minute lang alleinlassen!‘“

Frau A. erlebte ihre Mutter, die ein rechter „Putzteufel“ war und täglich das ganze Haus reinigte, und fast täglich zur Messe ging, immer als „Spielverderberin“. Der Vater war ein weicher, von der Mutter völlig dominierter, etwas depressiver Mann, der viel Verständnis hatte. Im Laufe des Erstgesprächs sagte ich dieser Frau, die zwei halbwüchsige Kinder hatte und in einem sozialpädagogischen Beruf tätig war, dass ich den Eindruck hätte, sie wäre „ständig von Kontrolleuren umgeben“, die sie quälen und antreiben. Sie nickte zustimmend und fragte, woher dies wohl käme. Ich verwies auf die vorher erwähnte Kindheitserinnerung und meinte, dass ihr wohl die Mutter ständig im Nacken säße. Da fiel ihr ein Traum ein, den sie vor wenigen Wochen hatte und mit dem sie nichts anzufangen wusste.

Dies war ihr Traum: „Ich gehe neben meiner Mutter auf einem sehr schmalen, steilen und ausgesetzten Weg in den Bergen. Plötzlich kommt meine Mutter vom Weg ab, stürzt in die Tiefe und bleibt

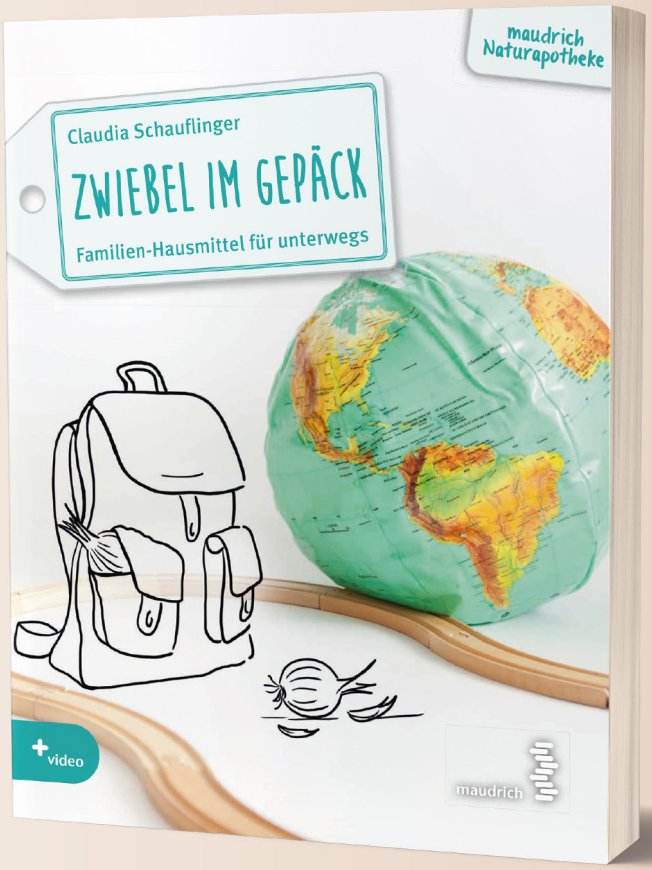
offensichtlich tot liegen.“ Frau A. erzählte dann, dass sie während dieses Traumes keinerlei Gefühle gehabt hätte, und dass sie der tödliche Absturz der Mutter völlig kalt gelassen habe. Deshalb hatte sie nach dem Aufwachen massive Schuldgefühle.

Dieser Traum bringt das Grundproblem (Diagnose) und zugleich den Ausweg (Therapie) aus dem quälenden Perfektionismus-Wahn in verdichteter Form zum Ausdruck: Sie wollte endlich die mütterlichen Perfektionsansprüche sterben lassen und ungestört ihren eigenen Weg allein gehen können. Ein verständlicher „Todeswunsch“ traf die Mutter, die ihre Tochter niemals in Ruhe lassen konnte, die sie nicht eine Minute allein ließ, bei der man sich nie „gehen lassen durfte“, die unentwegt forderte, überforderte, kontrollierte und beobachtete.

Und dieser mütterliche Einfluss wurde noch durch eine besonders strenge religiöse Erziehung verstärkt. Als Leitzsatz hörte sie immer wieder die bedrohlichen Worte aus dem Matthäus-Evangelium: „Seid vollkommen, wie euer Vater im Himmel vollkommen ist“ (Mt. 5,48). So wurde sie von ihrer realen und ihrer verinnerlichten Mutter ebenso überfordert und in einen schrecklichen Perfektionismus hineingetrieben wie durch die „Mutter Kirche“. Eigene Wünsche und Bedürfnisse wurden fast nur als „Gefahren“ erlebt, denen gegenüber Härte und Rücksichtslosigkeit geübt werden musste. Es ist kein Wunder, dass diese Frau oft sehr „nieder-geschlagen“ war und sich elend fühlte.

Für einige Monate wurde ich ihr Wegbegleiter und konnte sie ermutigen, etwas verständnisvoller, sorgsamer und liebevoller mit sich selbst umgehen zu lernen. Sie begann damit, Widerstandsarbeit gegen ihre inneren Vergewaltiger zu leisten. Sie konnte lernen, mit den damit verbundenen Schuldgefühlen besser zurechtzukommen. Und sie war überrascht, dass sie in ihrem Mann und den beiden Kindern Verbündete für ihre Selbstentfaltung fand.

So wurde sie allmählich etwas gelassener und begann sich besser zu fühlen in ihrer Haut. Ihre verinnerlichte Mutter konnte sie wirklich ein gutes Stück weit „beseitigen“ und die „Mutter Kirche“ bekam für sie auch zunehmend menschlichere Züge. Die Widerstandsarbeit gegen ihr sadistisches Über-Ich verlangte von ihr zwar sehr viel Kraft, aber sie führte zu etwas mehr Freiheit, Lebenslust und Gelassenheit.



Claudia Schauflinger

Zwiebel im Gepäck

Familien-Hausmittel für unterwegs

maudrich Naturapotheke
maudrich 2022
128 Seiten, Klappenbroschur
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-99002-136-1
e-ISBN 978-3-99111-517-5

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Die große Bedeutung von Freude und Heiterkeit

Adler unterschied zwei Gruppen von Gefühlen: Sozial trennende Gefühle, z. B. Wut, Furcht, Angst, Sorge, und sozial verbindende Gefühle, z. B. Freude, Mitgefühl und Mitleid. Die Freude spielt in Adlers Psychologie eine sehr große Rolle: „Die Freude ist eigentlich der richtige Ausdruck für die Überwindung von Schwierigkeiten. Hand in Hand mit ihr geht das Lachen, in seiner befreienden Wirkung … Es weist über die eigene Persönlichkeit hinaus und wirbt um die Sympathie des anderen."

Heiterkeit und Humor sind Ausdruck eines gut entfalteten Selbstwert- und Gemeinschaftsgefühls. Auf die Bedeutung einer heiteren und humorvollen Gemütsverfassung als Ausdruck seelischer Gesundheit und sozialer Verbundenheit hat Adler immer wieder hingewiesen. Und das Ausmaß des Gemeinschaftsgefühls äußert sich besonders in der „Bereitschaft, zu helfen, zu fördern und zu erfreuen".

Adler beschreibt Menschen mit einem guten Gemeinschaftssinn so: „Es sind Menschen, die … nicht immer bedrückt und besorgt einhergehen, auch die anderen nicht immer zum Objekt und Träger ihrer eigenen Sorgen machen, die es über sich bringen, im Zusammensein mit anderen Menschen Heiterkeit auszustrahlen, das Leben zu verschönern und lebenswerter zu machen. Man spürt den guten Menschen nicht nur in ihren Handlungen, in der Art, wie sie sich uns nähern, mit uns sprechen, auf unsere Interessen eingehen und für dieselben wirksam sind, sondern auch in ihrem ganzen äußeren Wesen, in ihren Mienen und Gebärden, in freudigen Affekten und in ihrem Lachen. Ein tiefblickender Psychologe, Dostojewski, sagt, dass man einen Menschen am Lachen viel besser erkennen und verstehen könne als aus langwierigen psychologischen Untersuchungen."

Alfred Adler – ein heiterer Psychotherapeut

Adlers Behandlungstechnik hat als Basis das Grundprinzip Ermutigung, das mit dem Prinzip Hoffnung verbunden ist. Die Therapie fördert den Mut, sich und seinen oft problematischen „Tricks" möglichst offen ins Gesicht zu sehen. Dadurch wird auch der Mut zur Unvollkommenheit gefördert – und eine Lebens-Spiel-Raum-Erweiterung erreicht. Deshalb werden alle Aspekte der Lebensgeschichte betrachtet, die den Patienten/die Patientin entmutigt haben. Und weil viele neurotische Menschen stärker unter dem bedrückenden Einfluss normativer Ideale stehen als „normalgestörte" Menschen, können gute Witze, die diese Idealisierung oder Fehleinschätzungen und Ausweichmanöver auf die Schaufel nehmen, zur Selbstakzeptierung und Selbstentfaltung ermutigen und beitragen.

Als Berater und Therapeut trat Adler seinen Patienten weithin als heiterer Zeitgenosse gegenüber. Das entspricht auch seiner Auffassung der therapeutischen Beziehung als Beziehung möglichst sozialer Gleichwertigkeit. In seinen Vorträgen und Seminaren bevorzugte Adler eine humorvolle Vermittlung von Erkenntnissen und Einsichten, mit Witzen und Anekdoten gewürzt. Auch die Gespräche mit seinen Patienten hatten meist einen „leicht - freudigen, humorvollen Einschlag."

Adler liebte es, Witze und Anekdoten im therapeutischen Prozess einzusetzen. Mitarbeiter und Biographen beschreiben ihn als heiteren und arbeitsfreudigen Menschen mit viel Sinn für Humor. So berichtet Paul Rom, dass Adler gerne Anekdoten erzählte und „als einer der besten Witzerzähler galt – dabei enthielt ein Witz von ihm oft mehr Weisheit als eine ganze Universitätsvorlesung."

Die Verwendung scherzhafter Anspielungen und Anekdoten, der Einsatz von Witzen und ironischen Bemerkungen gehörten offensichtlich zum therapeutischen Stil Adlers.

Denn, wenn es dem Therapeuten gelingt, seinen Patienten „die wesentlichen Verstrickungen, unter denen er leidet, in einem humorvollen Blickwinkel zu zeigen, so ist in der Regel der Anfang der Heilung bereits gewonnen", betont Josef Rattner. Der Patient gewinnt so etwas Distanz vom neurotischen Muster und beginnt damit, „trotz Bedrängnissen aller Art über sich selbst und die Welt (zu) lächeln oder gar (zu) lachen."

Wesentlich früher als sein zeitweiliger Schüler Viktor Frankl hat Adler die „paradoxe Intention" oder „Intervention" verwendet. Dabei wird das Fehlverhalten direkt gefordert.

Ein Beispiel: Einem kleinen Mädchen, das seine Familie jeden Morgen mit Weinkrämpfen, stundenlangem Frisieren und dergleichen mehr zu tyrannisieren pflegte, gab Adler in der Beratung folgenden Auftrag. „Schreibe mit großen Buchstaben auf einen Zettel und hänge ihn über dein Bett: „An jedem Morgen muss ich meine Familie in größte Spannung versetzen!"

Ein weiteres Beispiel: Adler sagte zu einer paranoiden Patientin, die sich ständig von anderen beobachtet fühlte und darunter so stark litt, dass sie kaum noch die Wohnung verlassen konnte. „Wie sind Sie doch zu beneiden! Wenn ich auf die Straße gehe, schert sich nicht einmal mein Hund um mich."

Ein geniales Beispiel berichtet Josef Rattner: Ein depressiver Patient (vermutlich ein Mann mit einer Jammerdepression, also einer Mischung aus Depression und Hysterie, A.K.) beschwor Adler eindringlich, ihn von seinem Leiden zu heilen. Adler hörte sich die Klagen des Patienten an und am Ende der Sitzung teilte er ihm mit, dass es ein gut wirkendes Heilmittel dagegen gäbe. Es handle sich dabei aber um eine sehr schwere Kur, sozusagen um eine Rosskur, die den Patienten wohl überfordern würde.

Doch der Patient drängte Adler um so heftiger, ihm diese Kur zu verraten. Adler ließ sich erweichen und erklärte dem Patienten: „Sie können sich selbst von Ihrem Leiden heilen, wenn Sie von morgen früh an jeden Tag alle Gedanken darauf konzentrieren, herauszufinden, wie und womit Sie jemandem eine ganz große Freude bereiten können. Wenn Sie das zwei Wochen lang durchhalten, dann brauchen Sie keine Behandlung mehr."

Adler versuchte möglichst tierischen Ernst und unnötige Spannungen in der Therapie abzubauen. So bekennt er in seiner Schrift „Sinn des Lebens": „Ich habe es immer als ungeheuren Vorteil empfunden, das Spannungsniveau in der Behandlung so weit als möglich niedrig zu halten, und ich habe es geradezu zu einer Methode entwickelt, fast jedem Patienten zu sagen, dass es Scherze gibt, die der Struktur seiner eigenartigen Neurose vollkommen gleich sind, dass letztere also auch leichter genommen werden kann, als er es tut."

Auch der Individualpsychologe Josef Rattner sieht eine Erleichterung des Selbstfindungsprozesses beim Patienten, wenn der Therapeut „die Wesensart seiner vielfältigen Schwierigkeiten durch Beispiele aus dem Bereich des Witzes, der Anekdote und des Humors veranschaulichen kann." Dies kann die Situation entschärfen, das Problem in einem anderen Licht erscheinen lassen und ein befreiendes Lächeln oder Lachen auslösen.

Die folgende Technik der Konfrontation mit der „privaten Logik" erzielt durch Übertreibung einen verblüffenden Effekt. Zu einer Patientin, die sich selbst beschuldigt, als Mutter „total versagt" und das Leben ihres Kindes „auf immer ruiniert" zu haben, sagt der Therapeut: „Hören Sie auf, dermaßen zu prahlen!" Das brachte die Klientin sofort zum Lachen.

Titze und Eschenröder erwähnen in ihrem anregenden Buch noch weitere Techniken, die in humorvoller Weise einen problematischen Lebensstil charakterisieren und dadurch Distanz ermöglichen. Eine dieser Techniken ist das Verleihen von „Spitznamen". So wurde ein Mann, der dauernd aggressiv war, als „Mackie Messer" bezeichnet. Oder eine Mutter, die dazu neigte, alles zu kontrollieren und sehr rechthaberisch zu sein, bekam den Spitznamen „Frau Gott". Eine junge Frau, die zu Zornausbrüchen neigte, wurde „Zornröschen" genannt.

Alfred Adlers wichtigste Veröffentlichungen

Bevor ich die drei Hauptwerke Adlers anführe möchte ich auf die frühen Veröffentlichungen von Adler kurz hinweisen, denn sie künden ähnlich einer Ouvertüre die Themen an, die das gesamte Werk Adlers prägen. Die erste Veröffentlichung Adlers aus dem Jahr 1898 ist die kleine sozialmedizinische Studie: Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe. Adler beleuchtet darin die ungesunden Arbeitssituationen, die dazu führen, dass Schneider sehr viele Krankheiten bekommen und deshalb eine geringe Lebenserwartung haben. In den weiteren frühen Veröffentlichungen betont Adler die soziale Verantwortung der Ärzte, die Möglichkeiten, Organminderwertigkeiten zu kompensieren. Es folgt die frühe Erkenntnis des Aggressionstriebes, dessen große Bedeutung Sigmund Freud erst zehn Jahre später erkannt hat. Und für eine gesunde Entwicklung des Selbstwertgefühls und Gemeinschaftsgefühls ist die Kultur des Zärtlichkeitsgefühl von großer Bedeutung.

1904 Der Arzt als Erzieher. Artikel in der „Ärztlichen Standeszeitung"

1907 Studien über die Minderwertigkeit von Organen. Möglichkeiten der Kompensation usw.

1908 Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. Positives und negatives Macht- und Bemächtigungsbedürfnis.

1908 Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. Gute soziale Beziehungen sind die Basis für die Entwicklung eines gesunden Selbstwert- und Gemeinschaftsgefühls.

Die drei wichtigsten Werke von Alfred Adler werde ich noch kurz darstellen:

1912: Über den nervösen Charakter: Dieses Werk ist Adlers prägnanteste Charakterlehre. Als Habilitationsschrift wurde es eingereicht, aber als zu wenig wissenschaftlich abgelehnt. Adlers zielgerichtete Ganzheitlichkeit und der Charakter als ein weitverzweigtes Netz von Leitlinien und Fiktionen kommt zur Darstellung. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde 1919 der Begriff „Gemeinschaftsgefühl“ eingeführt. Die Aufbruchs- und Reformbewegungen im Roten Wien werden geschildert.

1927: Menschenkenntnis: Dieses Buch enthält die systematischste Darstellung der Lehre Adlers. Es hatte in den USA Millionenauflagen! Die adlerianische Weltanschauung, die Bedeutung der Selbsterziehung und der Aufbau einer echten Gemeinschaft als Ziel werden systematisch dargestellt.

1933: Der Sinn des Lebens: Die individualpsychologische Weltanschauung wird mit viel Sendungsbewusstsein dargestellt. Der kritische Sozialist Adler wird von einer eher konservativen Einstellung bestimmt. Evolution ist Entwicklung ist Leben und Bewegung. Die Menschheit strebt nach Vollkommenheit und zu einer idealen Gesellschaft. Dieses Buch hat einen metaphysischen Einschlag.

Weiterführende Literatur

Adler Alfred (1966): Menschenkenntnis. Frankfurt

Adler Alfred (1973): Der Sinn des Lebens. Frankfurt a. M.

Ansbacher, Heinz L., Rowena R. Ansbacher (Hrsg. 1975): Alfred Adlers. Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. München

Bruder-Bezzel Almuth (1999): Geschichte der Individualpsychologie. Göttingen

Holl Adolf (1977): Mystik für Anfänger. Stuttgart

Kirchmayr Alfred (1996): Kein(e) Freud – Wien, die Wiege der modernen Psychotherapie. In: Renate Banik-Schweitzer, Hans Hovorka u. a. (Hrsg.) Wien wirklich. Der Stadtführer. Wien, S. 12o-125

Kirchmayr Alfred (2015): Witz und Humor – Vitamine einer erotischen Kultur. Klosterneuburg/Wien

Kluy Alexander (2019): Alfred Adler. Die Vermessung der menschlichen Psyche. München.

Lehmkuhl Ulrike (Hrsg. 2003): Wie arbeiten Individualpsychologen heute? Göttingen

Rattner Josef (1972): Alfred Adler in Selbstzeugnissen und Bilddokumenten. Reinbek

Rom Paul (1966): Alfred Adler und die wissenschaftliche Menschenkenntnis. Frankfurt a.M.

Sperber Manes (1971): Alfred Adler oder Das Elend der Psychologie. Frankfurt

Steindl-Rast David (2009): Common Sense. Die Weisheit, die alle verbindet. Sprichwörter der Völker, Claudius. München

Titze Michael, Christof T. Eschenröder (1998): Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt a.M.

Autor

Prof. DDr. Alfred Kirchmayr

Geboren 1942 in Weistrach (NÖ), Studium der katholischen Theologie,Psychologie und Soziologie, Hochschulassistent (Kooperation mit dem Konzilstheologen Ferdinand Klostermann) und Lektor für Pastoralpsychologie (Universität Wien). Intensive Kooperation mit Erwin Ringel (gemeinsamer Bestseller: „Religionsverlust durch religiöse Erziehung.“) Univ.- Lektor für Medizinische Psychologie. Professor für Psychologie und Sozialphilosophie (Bundesakademie für Sozialarbeit, St- Pölten). Lektor an der Fachhochschule St. Pölten (Lehrgang Sozialarbeit). Seit 1976 Psychoanalytiker in freier Praxis. Seit 2009 Lektor, Supervisor und Honorarprof. der Sigmund Freud Privatuniversität. Intensive Publikations-, Vortrags- und Seminartätigkeit über diese Themen: Psychotherapie, Psychohygiene, Kirchen- und Religionspsychologie, Spiritualität, die Bedeutung von Witz, Humor und Freude für Psychohygiene, Psychotherapie und Lebenskunst.

POWER STATT TABU

Rita Hofmeister

GUT LEBEN MIT BEUTEL AM BAUCH

Ein Stoma-Mutmachbuch

maudrich 2022
168 Seiten, Klappenbroschur
EUR 21,90 (A)
EUR 21,30 (D) / sFr 28,50 UVP
ISBN 978-3-99002-126-2
e-ISBN 978-3-99111-346-1

Von wegen angstbehaftet und tabubesetzt! Ein Stoma bedeutet nicht das Ende, sondern eine Lösung – und vielleicht sogar ungekannte Bewegungsfreiheit.

Ausgehend von ihrer eigenen Geschichte beschreibt Rita Hofmeister den Weg zu einem Leben mit künstlichem Darmausgang und gibt fundierte, ehrliche Antworten auf Fragen, die ein Stoma mit sich bringt.

- Faktenwissen: Stoma-Arten, Versorgung und Unterstützungsmöglichkeiten
- Fragen und Antworten: Alltag mit künstlichem Darmausgang
- Tipps und Tricks: positiv und selbstbewusst mit Stoma
- Video-Links und Online-Bonusmaterial

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Im Kinder- und Jugendpflege oder psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege Bereich arbeiten? Die FH Salzburg bringt dich zum Ziel!

Zusätzlich zum Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege bietet die Fachhochschule Salzburg zwei akademische Lehrgänge im Bereich Kinder- und Jugendpflege und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege an, um spezifische Fachkompetenz für diese beiden wichtigen und spannenden Bereiche zu erwerben, umso für die speziellen Herausforderungen in den Feldern optimal vorbereitet zu werden.

In der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege liegt der Fokus auf der Beziehungsgestaltung zu den Patient*innen und der Arbeit im interdisziplinären Kontext.

Ein breiter Einführungsteil sensibilisiert die Teilnehmer*innen auf aktuelle Arbeits- und Problemfelder der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, die Herausforderungen im interkulturellen Kontext wie auch auf die Stigmatisierung, die mit psychiatrischen Erkrankungen häufig verbunden ist. Die Besonderheiten der Psychopharmaka werden thematisiert, wie auch die Rolle des **Pflegepersonals** innerhalb des therapeutischen Teams.

Zu diversen psychiatrischen Krankheitsbildern lernen die Teilnehmer*innen **pflegetherapeutische Konzepte und Modelle** kennen, wie Schulung, Anleitung und Psychoedukation von Betroffenen und Angehörigen, das Recovery-Modell, die Adhärenz-Therapie und das Expositionstraining. Auch die Leitung von pflegetherapeutischen Gruppen als Teil der pflegerischen Kernkompetenz ist von großer Bedeutung.

Der akademische Lehrgang zur Spezialisierung in der **Kinder- und Jugendlichenpflege** ist

auf die speziellen Bedürfnisse in der Altersgruppe vom Frühgeborenen bis zu 18-jährigen ausgerichtet.

Die Inhalte des akad. Lehrgangs umfassen alle Fachdisziplinen mit ihren vielfältigen Krankheitsbildern im pädiatrischen und kinderchirurgischen Bereich.

Zu diversen pädiatrischen Krankheitsbildern lernen auch hier die Teilnehmer*innen **pflegetherapeutische Konzepte und Modelle** kennen, wie Schulung, Anleitung und Beratung. Diese spielen in der Elternarbeit eine besonders große Rolle.

Weitere Schwerpunkte des Lehrgangs sind das Kinästethic Infant Handling sowie ein Stillseminar.

Die Teilnehmer*innen finden Anschluss an die neuesten Konzepte, um kranke Kinder, jeder Altersgruppe, und ihre Familien bestmöglich zu betreuen und in ihrer Alltagskompetenz zu stärken.

Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege oder Kinder- und Jugendpflege klingt nach einer wertvollen Zusatzausbildung für dich?

Dann melde dich jetzt an unter: https://www.fh-salzburg.ac.at/studium/online-bewerbung

Alle Fotos (C) Kathrin Schützenauer

Interview mit Bundesminister Johannes Rauch

„Die Türen stehen für die Pflege wieder offen..

In den letzten Monaten gab es zwischen der Pflegewelt und dem Bundesminister kaum Kontakt. Doch dies sollte sich abrupt mit dem neuen Bundesminister (Johannes Rauch) in kürzester Zeit ändern. Der neue Minister besuchte unterschiedliche Pflegeveranstaltungen, um direkt mit den Pflegepersonen in Kontakt zu treten. Es wurde klar signalisiert: Man ist bereit gemeinsam an Zielen zu arbeiten, um Veränderung zu bringen. Der Bundesminister nahm sich natürlich ausreichend Zeit, auch unsere direkten Fragen zu beantworten.

Sie sind nun der dritte Bundesminister in einer Legislaturperiode. Während Rudi Anschober die Kommunikation mit der Pflege wertschätzend gesucht hat, hatte Wolfgang Mückstein eher einen komplett anderen Weg. Wie können wir sich Ihre zukünftige Art vorstellen, die Sie mit der Pflege anstreben wollen?

Die Kommunikation mit Mitarbeitenden der Pflege und den Pflegebedürftigen selbst ist mir ein großes Anliegen. Nur so, können wir von der Praxis lernen und sinnvolle Reformmaßnahmen setzen. Daher suche ich den Kontakt zu Stakeholdern und besuche Pflegeeinrichtungen, auch in den Bundesländern. Dies empfand ich stets als besonders bereichernd. Zu meinem Eindruck: Wie soll Pflege sein? Individuell, mit viel Zeit für die Menschen, dennoch qualitätsgesichert, durch unterschiedliche Berufsbilder geprägt, vom Besuchsdienst über pflegerische Betreuung bis hin zur besseren Berücksichtigung der sozialen Unterstützung in der Langzeitpflege. Für die Mitarbeitenden wünsche ich mir eine gute Work-Life-Balance, faire Entlohnung, gute Arbeitsbedingungen. Dafür brauchen wir einen raschen Ausbau der professionellen Pflege. Das entlasten auch die pflegenden Angehörigen, die so viel dieser wertvollen Arbeit unentgeltlich leisten. Dafür müssen wir bei der Ausbildung starten. Mein Ziel ist es, im Pflegebereich nachhaltige Verbesserungen herbeizuführen.

Sie kommen aus dem Sozialbereich. Was nehmen Sie sich für ihren Sie kommen aus dem Sozialbereich. Was nehmen Sie sich für ihren neuen Beruf daraus mit?

Das Ministerium, das ich im März übernehmen durfte, vereint mannigfaltige Bereiche, unter anderem die für mich sehr spannende Kombination von Sozialem und Gesundheit. Das persönliche Wohlbefinden ist Grundlage für individuelle Weiterentwicklung, Zufriedenheit und ein erfülltes Leben – dabei spielen nicht nur gesundheitliche, sondern auch soziale Faktoren eine Rolle. Das weiß ich aus meiner Zeit als Sozialarbeiter. Hier gilt es Verbesserungen für uns alle herbeizuführen. Dazu will auch ich beitragen.

„Klatschen alleine reicht nicht". Unter diesem Motto haben Sie die lang versprochene Pflegereform vorgestellt. Löst Ihre Pflegereform endlich den Fachkräftemangel in Österreich?

Die Pflegereform war bereits überfällig. Wir haben in Österreich einen Personalmangel in der Pflege, eine Überlastung des Personals und häufig auch von pflegenden Angehörigen. Die Belastungen waren bereits vor der Pandemie hoch, und mir ist bewusst, dass hier in den letzten zwei Jahren besonders viel geleistet wurde. Mir war es daher ein persönliches Anliegen, hier rasch ein Paket auf den Weg zu bringen. Ich freue mich sehr, dass wir uns nach intensiven Verhandlungen mit dem Koalitionspartner auf das größte Reformpaket für die Pflege der letzten Jahrzehnte einigen konnten. Wir nehmen in den kommenden zwei Jahren insgesamt 1 Milliarde Euro zusätzlich in die Hand, um die Rahmenbedingungen in

diesem Bereich mit insgesamt 20 verschiedenen Maßnahmen deutlich zu verbessern: Jeder und jede einzelne Mitarbeiter:in in der Pflege bekommt mehr Gehalt und eine zusätzliche Woche Freizeit. Es gibt es einen Ausbildungsbonus und ein Pflegestipendium von 1.400 Euro netto pro Monat. Auch für Menschen, die zuhause betreut werden, gibt es eine Reihe von Verbesserungen. Mit dieser Pflegereform lösen wir zwar nicht alle Probleme sofort, aber es ist ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Kritisiert wird der kurzfristige Charakter Ihrer Pflegereform. Haben Sie eventuell „zu kurz" gedacht?

Die Pflegereform sieht eine Fülle von Maßnahmen vor, die in allen Bereichen der Pflege spürbare Verbesserungen bringen. Sie ist ein guter, wichtiger und notwendiger Beginn. Bis zum Ende der Legislaturperiode nehmen wir für die Finanzierung der Maßnahmen viel Geld in die Hand, im Zuge des Finanzausgleichs wird mit den Ländern dann die weitere Finanzierung geklärt. Ich bin mir aber

sicher: Niemand wird sich trauen, diese Maßnahmen wieder rückgängig zu machen. Und das ist auch gut so.

Die Community Nurse wurde durch EU Gelder finanziert. Dies ist zeitlich begrenzt. Sobald die EU Gelder weg sind, braucht es eine neue Finanzierung. Haben Sie hierzu schon einen Plan?

Was das Projekt Community Nursing auszeichnet, ist die Kooperation der verschiedenen Stakeholder im Bereich der Pflege. Während das Projekt auf Bundesebene erarbeitet und durch die EU finanziert wurde, wäre eine erfolgreiche Umsetzung ohne die konstruktive Zusammenarbeit der Länder, Gemeinden und Städte mit dem Bund nur schwer möglich. Durch die Konzeption der Pilotprojekte können regionale Besonderheiten und Rahmenbedingungen berücksichtigt und gleichzeitig ein einheitliches Verständnis von Community Nursing etabliert werden. So soll erreicht werden, dass das Projekt bundesweit den Bedarfen der Bevölkerung entspricht. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine Weiterentwicklung des Pflegevorsorgesystems von guter Zusammenarbeit abhängt und hoffe daher, dieses Projekt kann als leuchtendes Beispiel dafür dienen, was durch gemeinsames Handeln möglich ist. In diesem Sinne werde ich mich selbstverständlich für die Erhaltung und Finanzierung der Projekte auch über die Pilotierungsphase hinaus einsetzen.

Bleiben wir weiterhin beim Thema Community Nurse. Die Community Health Nurse, ist in allen anderen Ländern ein Studium, da es um hochkomplexe Situationen geht und die Personen ein erweitertes Tätigkeitsfeld bzw. Berechtigungen besitzen. Angeblich sollte es auch später eine Community Health Nurse auch als Folgeprojekt geben. Was haben Sie hierfür für Pläne?

Jetzt gilt es primär dieses wichtige Projekt Community Nursing durchzuführen. Die Erfahrungen werden zeigen, welche notwendigen nächsten Schritte wir setzen sollten. Ein Projekt zur Erarbeitung eines Qualifikationsprofils Community Health Nursing wurde von meinem Vorgänger in Auftrag gegeben und wird aktuell von der GÖG erarbeitet.

Wird es durch Sie bundesweit einheitliche dementsprechende Anpassungen in der Kompetenz-Aufteilung zwischen Medizin und Pflege und in der Entlohnung geben?

Zunächst ist hervorzuheben, dass die laufende GuKG-Evaluierung fachliche Grundlage für evidenz-

basierte Entscheidungen für Reformmaßnahmen betreffend die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist. Aktuell prüfen wir die zwischenzeitlich erzielten ersten Ergebnisse der Evaluierung und darauf aufbauend, können Entscheidungen die Kompetenzen betreffend getroffen werden. Wenn es um Fragen der Entlohnung oder des Personalschlüssels geht, sind neben den Ländern, auch die Arbeitgeber:innen gefragt. Mit all diesen Stakeholdern sind wir in einem Austausch, um nachhaltige Verbesserungen für das Personal herbeizuführen.

Es drängt sich daher die dringende Fragestellung auf, welche konkreten Finanzierungsmodelle für die Versorgung für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sind geplant? Und in welchem Zeitraum werden diese umgesetzt?

Die Finanzierungsmodelle der psychiatrischen Versorgung sind vielfältig und funktionieren in ihren jeweiligen Bereichen prinzipiell gut. Die Finanzierung der Versorgung im Bereich der Krankenanstalten ist durch die jeweilig zuständigen Landesgesundheitsfonds und die Abrechnungsregelungen im Bereich der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ausreichend geregelt. Die Finanzierung der Versorgung im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt durch die jeweilig zuständigen Krankenversicherungsträger. Auch hier gibt es entsprechende Honorarkataloge, die die Abrechnung von Leistungen der Psychiater, der Psychotherapeuten etc. regeln. Allerdings stimmt es schon, dass die Versorgungsangebote vor allem außerhalb der Krankenanstalten noch ausbaufähig sind, insbesondere im Bereich der Psychotherapie und der psychosozialen Versorgung. Hier müssen wir sicherstellen, dass tatsächlich alle Menschen, die eine Behandlung benötigen, diese möglichst schnell, unkompliziert und kostenfrei erhalten können. Ich weiß, dass die Sozialversicherung in den letzten Jahren hier sehr bemüht, das Angebot auszubauen.

Wie wird in Zukunft die wichtige fachliche und ethische Perspektive der Pflege in den Entscheidungs-, Gesetzgebungs- und Diskussionsgremien gesichert sein z.B. Österreichische Bioethikkommission, Corona Task Force, Arbeitsgruppen zu Public Health Maßnahmen, Gesetzgebung zum assistierten Suizid und vieles mehr?

Ich denke Auswirkungen auf das Pflegesystem und auf Personen mit Pflegebedarf bei allen Entscheidungen mit, die über meinen Tisch gehen. Dieses Bewusstsein möchte ich auch bei anderen weiter schärfen. Klar ist, dass uns das Pflegethema weiterhin beschäftigen wird. Dafür sorgen die Auswirkungen des demografischen Wandels und der dadurch bedingten strukturellen Änderungen im Bereich der Langzeitbetreuung und -versorgung älterer Menschen. Das müssen wir bei sämtlichen gesellschaftspolitischen Entscheidungen im Kopf haben.

Welche Vision von Altenpflege haben Sie?

Menschen sollen dort gepflegt und betreut werden, wo die Bedürfnisse am besten erfüllt werden. Wie ich bereits erwähnt habe, ist die individuell unterschiedlich. Sicher ist jedoch, dass wir uns für die Menschen Zeit nehmen müssen und soziale Unterstützung dabei eine wesentliche Rolle spielt. Da-

bei brauchen wir die Einbindung unterschiedlicher Berufsbilder. Aufgabe der Politik ist es dafür zu sorgen, dass es ausreichend professionelle Betreuer:innen gibt und gleichzeitig das Angebot für alle leistbar ist.

In Österreich werden bereits Advanced Practice Nurses auf Masterniveau ausgebildet. Wenn die neuen Rollen der Pflegexpert*innen im GuKG verankert werden, sollten die Tätigkeitsfelder, Kompetenzen und Ausbildungsform auch von den jeweiligen Expert*innen der Pflege definiert werden. Ist das von Ihnen vorgesehen und wenn ja, wie werden Sie die Spezialist*innen hinzuziehen und in den Prozess miteinbinden?

Ich sehe es als meine Verantwortung als Gesundheits- und Sozialminister, auch einen Beitrag zur Attraktivierung der Pflegeberufe in Österreich und somit auch zu ihrer Weiterentwicklung zu leisten. Nicht zuletzt ist dies ein wesentlicher Baustein zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Österreich.

24 Stunden BetreuerInnen: Welche Schritte planen Sie – um diese von den Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörige geschätzte und nachweislich gut funktionierende Betreuungssystem – einem größeren Teil unserer betreuungsbedürftigen Personen zugänglich zu machen?

Wir wissen, dass es der Wunsch einer großen Zahl der Bevölkerung, nach Möglichkeit in den eigenen vier Wänden gepflegt und betreut zu werden. Die 24-Stunden-Betreuung hat sich als bedeutsames Instrumentarium im Rahmen der Betreuung zu Hause etabliert. Es gibt seit 2007 ein gutes Fördermodell, das auch gut angenommen wird. Bei der Weiterentwicklung der 24-h-Betreuung stehen qualitätssichernde Maßnahmen im Vordergrund. Aktuell gibt es die Möglichkeit für Agenturen, sich zu Qualitätssicherungsmaßnahmen zertifizieren zu lassen. Diese Vermittlungsagenturen verpflichten sich freiwillig zu umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und entsprechen damit über dem Gesetz hinausgehenden Qualitätsstandards.

Wird es einen digitalen MUKI-Pass in naher Zukunft geben, und wird dieser dann mit Elga verknüpft? Wie weit ist die Entwicklung und Umsetzung?

Die Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes hin zu einer elektronischen Dokumentations- und

Informationsplattform hat dieses Jahr begonnen und soll zum Jahresende 2026 umgesetzt werden. Dafür stehen Gelder aus dem EU Resilienzfonds zur Verfügung. Das Konzept für die technische Infrastruktur wird derzeit in Abstimmung mit dem Familienministerium und der Sozialversicherung entwickelt.

Kann die Hebammenbegleitung der Frauen nach Fehlgeburten in den ersten 12 Wochen, von der ÖGK wieder übernommen werden? In Deutschland ist dies üblich und bis 1985 war dies auch in Österreich Standard.

Ich möchte hier gerne auf die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung verweisen, die gerade einen Gesamtvertrag mit den Hebammen verhandelt. Grundsätzlich ist es so, dass nach dem System der gesetzlichen Krankenversicherung eine Hebammenbetreuung auf Kosten der Krankenversicherung bei einer Fehlgeburt nicht möglich ist. Sollten nach einer Fehlgeburt gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen, kann aber natürlich ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden. Im Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit besteht Anspruch auf Krankengeld.

Was wollen Sie der Pflege und den anderen Gesundheitsberufen mit auf den Weg geben?

Als Gesundheitsminister ist es mir ein großes Anliegen, mich bei den Mitarbeiter:innen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens und des Pflegebereichs für ihren unermüdlichen Einsatz, den sie im Speziellen seit Beginn der Pandemie leisten, zu bedanken. Ich möchte dabei keine Berufsgruppe hervorheben, aber auch keine Berufsgruppe vergessen. Ihnen allen gemeinsam gebührt mein aufrichtiger Dank! Sie, die Gesundheitsberufe, sind die zentrale Säule zur Bewältigung der Pandemie. Sie haben gemeinsam trotz der enormen Herausforderungen und Risiken der Pandemie die Versorgung der Menschen in bestmöglicher Form aufrechterhalten, dies in stationären Einrichtungen, wie auch im mobilen und im ambulanten Bereich, in den Test- und Impfzentren, in den Apotheken, in den zahlreichen Labors. Das Pflegepersonal hat sich gerade in der jüngsten Vergangenheit wieder Gehör verschafft. Sie stoßen bei mir nicht auf taube Ohren, ich höre Sie und ich habe mir Verbesserungen im Pflegebereich als klares Ziel gesetzt.

Autor

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

Pflege ist wie Frauenfußball – es gibt sie, aber… beide haben zu wenige Fans

Bei unserem letzten D-A-CH Treffen in Zürich (Treffen der deutschsprachigen Berufsverbände, welches einmal im Jahr stattfindet) beklagte eine Teilnehmerin, dass dem Frauenfußball nicht das gleiche Interesse entgegengebracht würde, wie dem Männerfußball. Die Bezahlung wäre um das zigfache geringer, die Sendequote in den Medien auch und das Wahrnehmung in der Gesellschaft würde zu wünschen übriglassen.

Diese Klage ließ mir deutlich werden, dass es da einen Vergleich zum Pflegeberuf besteht. In fast jedem Treffen von Männern und Frauen geht es um Männerfußball. Jeder weiß es besser, wie sich die Mannschaft im letzten Spiel hätte verhalten müssen, um Eintrittskarten in ein Stadion wird gekämpft, es existieren Fanclubs. Und das ist es, wann reden Frauen und Männer über Frauenfußball? Fast nie! Fanclubs für Frauenfußball sind gering. Geredet wird über Frauenfußball nur von wenigen. Es fehlt also die Aufmerksamkeit, die Medien zeigen geringes Interesse, weil die Einschaltquote nicht reicht und die Gesellschaft interessiert der Sport nur am Rande. Dann muss sich der Frauenfußball auch nicht beklagen, wenn sich nur so wenige für ihn interessieren.

So ist es auch mit der Pflege. Das berufspolitische Engagement lässt hier sehr zu wünschen. Sowohl in Österreich wie in Deutschland ist nur ein Bruchteil der Berufsangehörigen in einem Berufsverband oder einer Gewerkschaft engagiert. Damit ist nicht einmal gemeint, dass sich Pflegefachpersonen aktiv in die Weiterentwicklung des Berufes einbringen, es würde schon helfen, wenn viele Mitglied wären und damit Fan des eigenen Berufes.

Nun muss man sich fragen, warum ist das so? Meiner Einschätzung nach gibt es drei zentrale Gründe.

1. Zu stark wirkende historische Vergangenheit
2. Zu weniges Wissen um die Bedeutung berufspolitischen Engagement
3. Zu wenig Stolz auf den eigenen Beruf

Zu stark wirkende historische Vergangenheit

Wie bei vielen Frauenberufen (Sozialarbeiterinnen, Lehrerinnen, Er-

(C) 27mistral

zieherinnen, etc.) wird die Sorgearbeit für die Gesellschaft primär den Frauen zugeordnet. Sie bilden das Rückgrat ohne die die Gesellschaft nicht existieren kann, aber sie arbeiten im Gegensatz zu den meisten Männerberufen unauffällig und lautlos.

Hinzu kommt, dass der Pflegeberuf zumeist christlich ausgerichtet war. Ordensfrauen kümmerten sich um die Gesundheit von Erkrankten, dieses um „Gottes Lohn“. Florence Nihtingale war eine der ersten Frauen, die nicht primär aus christlichen Motiven die gesundheitliche Versorgung von Menschen übernahm. 1853-1856 errichtete sie ein Lazarett in Scutari (Türkei) um Verletze des Krimkrieges dort zu versorgen. Wie sich die Zeiten ähneln.

Ihre Fähigkeit bestand darin vermögende und politisch entscheidende Personen auf die Situation der Soldaten aufmerksam zu machen. Schon damals nutzte sie umfänglich die Medien. Sie wies auf die Versäumnisse des Militärs hin, welches über keine ausreichende Versorgung der englischen Soldaten verfügte und erreichte damit die Herzen der Engländer. Bis heute ist Florence Nihtingale einer der bedeutsamsten Frauen, neben der Queen in England. So wurden die beruflich Pflegenden z.B. 2012 bei der Eröffnungszeremonie der Olympiade in London zu einem 20minütigen Tanz in das Stadion berufen. Können Sie sich vorstellen, dass die beruflich Pflegenden in Deutschland zu einer solchen offiziellen Zeremonie eingeladen würden? Ich nicht. Aber das heißt nicht, dass wir uns darum nicht kümmern sollten!

Das öffentliche Ansehen der “Nurse“ in vielen Staaten der Welt (z.B. Skandinavien, Australien, USA und Kanada) führt zu einer umfänglichen Mitsprache bezogen auf die Belange der Pflege der Bevölkerung, nicht immer zu einem guten Gehalt (z.B. GB).

Das bedeutet, wie auch in den deutschsprachigen Ländern, dass viele Kolleginnen, aufgrund familiärer Verpflichtungen ihre Arbeitszeit reduzieren und damit im Alter in eine Armutssituation geraten. Viele Kolleginnen werden aufgrund ihrer beruflichen Kompetenz auch für die Versorgung ihrer Eltern im Alter angefragt und eingebunden. Ihre Gehälter entsprachen nicht der Verantwortung, die sie für viele Menschen übernommen haben. Wenn dann noch eine Scheidung ins Haus steht und die Kinderversorgung von den Frauen übernommen wird, endet dieses in einer unzureichenden Rente. Der DBfK hat einen Pflegeberufegratifikationschein[1] entwickelt, der Forderungen nach einer sicheren Versorgung im Alter fordert.

Aufgrund der inneren Verpflichtung streiken Pflegende fast nie um ihre Rechte zu kämpfen. Sie fühlen sich für die Sicherheit der ihnen Anvertrauten verantwortlich und stellen ihre Bedürfnisse hintenan. Sie sind aber nicht die einzigen, die diese Zurückhaltung zeigen (z.B. Lehrer:innen, Heilpädagog:innen) sogenannte Frauenberufe!!

Zu weniges Wissen um die Bedeutung berufspolitischen Engagement

Nicht in jeder Ausbildung zur Pflegefachperson wird auf die Verpflichtung zur Entwicklung des Berufes hingewiesen. Selbst in Fortbildung spielt dieses noch immer eine untergeordnete Rolle. Während KFZ-Auszubildende und andere Handwerksberufe auf die Bedeutung der der Kammer hingewiesen werden, die ihnen auch ihr berufliches Zertifikat verleiht, sind Pflegende Einzelkämpferinnen. Wenn sie dann überhaupt für ihre Rechte kämpfen und streiten.

Pflegenden ist nur unzureichend bekannt, dass die Entscheidungen über ihr Gehalt, die personelle Besetzung und Quantifikation ihrer Kolleg:innen nicht primär von ihrem Arbeitgeber sondern von den vorhandenen Institutionen (Deutschland der G.BA) und der Politik getroffen werden.

Ihnen ist nicht bekannt, dass Weiterbildungsordnungen, Ausbildungscurriculare nicht autonom von der eigenen Berufsgruppe, sondern von den zuständigen Ministerien oder Lobbyisten, wie der Krankenhausgesellschaft getroffen werden.

Klagen bei der Geschäftsführung haben damit wenig Aussicht auf Erfolg. Da muss man schon höher ansetzen.

Aufgrund unserer geringen Anzahl berufsverbandlichen engagierten Pflegenden sind wir in Entscheidungsfindungen und beruflichen Entwicklungen bisher nur unzureichend eingebunden. Dieses konnten wir besonders in der Coronapandemie täglich erleben. Die wenigen berufsverbandlich Aktiven müssen jeweils darum kämpfen beteiligt zu werden. Viele Pflegende gehen davon aus, dass sich unsere Situation von alleine verbessern würde, sie bekommen nicht mit, was jeden Tag von den wenigen berufspolitisch Engagierten geleistet werden muss, um nur einen kleinen Fortschritt zu erreichen. Dabei sind wir alle der Weiterentwicklung des Berufes verpflichtet.

1953 wurde der Ethik-Kodex für Pflegefachpersonen des ICN (International Council of Nurses) erstmalig veröffentlicht. Inzwischen ist er mehrmals den sich wechselnden Anforderungen an den Beruf angepasst worden, letztmalig im Oktober 2021. Analog des Hippokratischen Eides verpflichtet er die Berufsangehörigen ethische Grundsätze einzuhalten. Aber auf der Grundlage des ICN-Ethikkodexes[2] sind alle beruflich Pflegenden verpflichtet den Beruf weiterzuentwickeln und für Mitsprache bei Entscheidungsfindungen Sorge zu tragen. Im Kapitel 3. „Pflegefachpersonen und der Beruf“ werden beruflich Pflegende aufgefordert sich an der Sicherung der Qualität der Pflege intensiv zu beteiligen.

Der Kodex weist auch darauf hin, dass Pflegende für ihr Handeln verantwortlich sind und sich an der Verantwortungsübernahme für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aktiv beteiligen. Allerdings, muss hier festgestellt werden, die 1. Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung liegt beim Staat und ist in unseren Grundgesetzen festgeschrieben. Auf diese Pflicht müssen Pflegende den Staat immer wieder hinweisen.

Zu wenig Stolz auf den eigenen Beruf

Wir haben einen wundervollen Beruf gewählt, der mehr als alle anderen Berufe viele Facetten aufweist. So können wir z.B. in Krankenhäusern, auf einem Kreuzfahrtschiff in der Flüchtlingshilfe, der Psychiatrie oder in einer Gemeinde arbeiten. Wir werden nicht in die schwierige Lage versetzt keine Arbeit zu finden, wir können uns sogar selbstständig machen, eine Klinik oder eine Langzeiteinrichtung eröffnen, in der Bildung oder im Management arbeiten. Pflegende werden überall gesucht, nicht nur jetzt sondern besonders in der Zukunft.

Um aber auch in der Zukunft Menschen zu gewinnen, den Beruf zu erlernen bedarf es positiver Erfahrungsberichte. Jede Pflegende hat positive Erfahrungen mit ihrem Handeln gemacht. Darüber müssen wir berichten. Es ist erforderlich immer wieder auf die kleinen oder größeren Erfolge hinzuweisen, davon muss die Öffentlichkeit erfahren.

Besonders problematisch erscheint mir unser wenig ausgeprägtes Selbstbewusstsein zu sein. Dabei sind wir es doch, die maßgeblich dazu beitragen, dass die Gesellschaft funktioniert. Mit Stolz müssen wir über unseren beruflichen Auftrag berichten, das können nur wir. In einem umfänglichen Buch nehmen sich G. Quernheim und A. Zegelin[3] besonders dieses zumeist fehlenden Berufsstolzes an.

Wir sind berechtigt für unsere Rechte zu kämpfen, gute Arbeitsbedingungen, gute Aus- und Fortbildung. 2021 schaffte es der Schweizer Berufsverband in einer bundesweiten Initiative folgende gesetzliche Zusicherung zu vereinbaren:

„Gemäss Bundesverfassung Art. 117b sind Bund und Kantone neu dazu verpflichtet, die Pflege als „wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung anzuerkennen und zu fördern und für eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität zur sorgen“. Sie „stellen sicher, dass eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen für den zunehmenden Bedarf zur Verfügung steht und dass die in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen eingesetzt werden.“

Dafür haben die Kolleg:innen mehrere Jahre gekämpft. Sie haben nun ein Anrecht auf eine passgenaue Arbeitsgestaltung und qualifizierte Mitkolleg:innen. Das hätte die Schweizer Regierung ohne den Kampf der Pflegenden nicht beschlossen, sie haben dieses in einer langen Auseinandersetzung und Kampagne erreicht.

Letztendlich geht es auch um eine der Verantwortung entsprechende Bezahlung. In Deutschland fordern wir ein Einstiegsgehalt von € 4.000 und eine gerechte Bezahlung der Pflegenden mit Zusatzqualifikation oder Studium.

Wir dürfen nicht aufgeben, aber ohne unser berufspolitisches Engagement wird sich nichts bewegen.

Fazit

Wir können noch lange so weitermachen wie bisher, nur dann treten wir auf der Stelle. Das Klagen muss aufhören und durch ein Bewusstsein des beruflichen Selbstwertes ersetzt werden. Das müs-

Autorin

Prof.in Dr.in Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V.
Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke,
Gesundheits- und Krankenschwester

sen wir in der Öffentlichkeit zeigen

Wir selbst haben es in der Hand unseren Beruf vorwärts zu bringen. Wer soll es denn sonst für uns tun, wenn nicht wir!

Schließen Sie sich Ihrem Berufsverband an, machen Sie uns damit stark, damit wir nicht mehr überhört werden. Denn unser Beruf und damit wir – sind es mehr als wert.

Fußnoten

[1] https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/DBfK-Position_Pflegeberufegratifikationsschein_2022-02.pdf

[2] https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/ICN-Ethikkodex-fuer-professionell-Pflegende-aktualisiert.php

[3] Quernheim G., Zegelin A. (2022) Berufsstolz in der Pflege. Das Mutmachbuch. Bern

Johanniskraut | Hypericum perforatum

Der Teufel selbst soll vor lauter Zorn über das Kraut tausende Löcher in das Kraut gehackt haben, sodass das Blut sich dort sammelte. Wenn man heute ein Blatt vom Johanniskraut zerreibt, tritt roter Saft aus – das legendäre Hypericum und Hyperforin. Das natürliche Antidepressivum – bescheinigt.

Beschreibung

Das Johanniskraut, gehört zur Pflanzenfamilie der Johanniskrautgewächse (Hypericaceae) und kommt in Europa und Westasien an Wegrändern, Wiesen, Dämmen, lichten Wäldern, Gebüschen vor. Es ist mit knapp 400 Arten sehr artenreich, wird ca. 40-90cm hoch und gehört zu den ausdauernden Wildkräutern.

Das Johanniskraut hat einen aufrechten, zweikantigen Stängel (Unterscheidungsmerkmal zu anderen Hypericum-Arten). Die Blätter sind gegenständig, elliptisch-eiförmig, länglich, ganzrandig geformt, die durchscheinend drüsig punktiert sind und wie perforiert aussehen. Diese Punkte sind die Ölbehälter, die ätherische Öle und Harze enthalten. Die Blüten von Juni bis August sind gelb mit auffallend zahlreichen, langen Staubblättern – verfärben sich blutrot, wenn man sie zwischen den Fingern zerreibt – und sind in Trugdolden angeordnet. Die Früchte (0,5-1cm lang) sind Kapseln mit unregelmäßig riefiger Oberfläche, die ca. 1mm lange schwarze / dunkelbraune Samen enthalten. Die Wurzeln sind spindelförmig, verästelt mit reichverzweigtem Rhizom.

Der Geruch beim Zerreiben erinnert an Hopfen / Zitrone („Baldrian und Kaffee zugleich“).

Das Kraut benötigt recht wenig Pflege, stickstoffarme Böden, gedeiht halbschattig bis sonnig, trocken bis mäßig feucht. Es ist ein guter Partner von Lavendel.
Das Johanniskraut ist in der Signaturenlehre dem Planeten Jupiter und der Sonne und dem Element Feuer zugeordnet.

Namensherkunft

„hyper“ (lat.) = „über“; „eicon“ = „Bild“; „perforatum“ (lat.) = „durchlöchert“.
Die winzigen roten Drüsenzellen sollen vom Teufel stammen, der aus Wut über die Macht, die dieses Kraut über ihn besaß, die Blätter mit Nadeln durchstochen hat.

weitere Namen

Löcherlkraut, Psychokraut, Nabelkraut, Waldhopfen, Wildgartheil, Arnika der Nerven, Elfenblutkraut, Hartheu, Hergottsblut, Konradskraut, Mannskraft, Sonnwendkraut, Tausendlochkraut, Tüpferlhartheu, Walpurgiskraut, Frauen-Bettstroh, Hexenkraut, Jesuswundenkraut, Jageteufel, Johannisblut, Liefwehbloom, Sant Johanskrut (14. Jhdt.).

Historisches

Schon seit der Antike beschäftigt das Johanniskraut die Menschen. Im ältesten erhaltenen Werk der Klosterheilkunde, dem Lorscher Arzneibuch aus dem 8. Jahrhundert, ist von der Indikation des Johanniskrauts die Rede, die auch heute noch als wichtigstes Wirkungsfeld der Pflanze gilt: gegen Melancholie.

Johanniskraut war das Lieblingskraut des Paracelsus „Nehmet Johanniskraut anderthalb Handvoll und siedet das selbige in drei Maß Wein, davon lasst den Kranken trinken abends.“ Vier Kräfte schrieb er dem Kraut zu: für die phantasmata, würm, wunden und balsamische tugent. „Gott hat solche Stärke in perforatam gelegt, durch die selbige treibt sie das Gespenst der Natur hinweg.“ Paracelsus erkannte das Kraut gegen Depressionen, Melancholie und Ängste. Die „Löcher“ in der Pflanze bedeuten laut Paracelsus, dass dieses Kraut für alle inneren und äußeren Öffnungen der Haut eine Hilfe ist.

Dioskurides empfahl die reife Frucht, in Honigwasser getrunken, gegen Ischias und den Johanniskraut-Umschlag gegen Brandwun-

den.

Bettstrohkräuter: Quendel, Thymian, Johanniskraut, Labkraut - wurde von vorchristlichen Hebammen bereits als „Liebfrauenbettstroh“ zusammengestellt. Alle Kräuter besitzen antibiotische Stoffe und dienten den Germanen vermutlich als Ersatz für die heute übliche Desinfektion.

Hauptinhaltsstoffe & Wirkung

Hauptinhaltsstoffe
Flavonoide, Bioflavone (u.a. Quercetin, Quercitrin), Hyperforin (roter Farbstoff – ca. 2% in frischer Pflanze), ätherische Öle (0,1-0,3%), Betacarotin, Vitamin C, tanninhaltige Gerbstoffe, Hypericin (= Leitstoff im Kraut), Proanthocyane

Power-Duo
Hypericin und Hyperforin

Das Hypericin gilt als „Lichtstoff“, da es neben blutstillenden und virenhemmenden Eigenschaften, eine erhöhte Lichtempfindlichkeit der Haut verursacht.

Es erzeugt beim Menschen den Effekt einer Fotosensibilisierung über die Haut, die sich in zweifacher Weise äußern kann: entweder in Form einer gesteigerten Licht- beziehungsweise Strahlenempfindlichkeit der Haut oder in Form einer besseren Lichtausnutzung, was zur spürbaren Stimmungsaufhellung beiträgt, da es dadurch indirekt auch Botenstoffe im Gehirn beeinflusst, die zu einer erhöhten Melatonin-Ausschüttung führt (Luetjohann, 2015).

Das Hypericin regt den Gehirn- und Hormonstoffwechsel an oder wirkt ausgleichend.

Durch die Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin, Dopamin und Noradrenalin durch das Hyperforin, reduziert sich die Konzentration in den Synapsen im Gehirn und eine bessere Impulsübertragung ist vorhanden, was die antidepressive Wirkungsweise erklärt.

Hypoforin bekämpft auch Bakterien. Sogar das Wachstum von multiresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen, mit denen Neurodermitis-Patienten oft kämpfen, wird durch Hyperforin gehemmt (Luetjohann, 2015).

Die isolierende Substanz scheint u.a. gegen Viren zu wirken, die Herpes, HIV oder Hepatitis B und C verursachen. Weitere Studien darüber werden aktuell durchgeführt.

Nebenwirkungen

Durch Hautkontakt ist eine Photosensibilisierung möglich, heißt, dass die Haut empfindlicher gegenüber Sonneneinstrahlung ist. Eine wissenschaftliche Bestätigung dazu gibt es jedoch nicht. Sehr hohe Dosen können zu Leberschäden führen (Dr. Hagel, 2016).

Die Einnahme von Johanniskraut-Präparaten kann die Wirkung von Medikamenten einschränken oder sogar aushebeln (z.B. Anti-Baby-Pille, Antidepressiva) – vor allem bei hormonsteuernden Medikamenten ist unbedingt ein Pharmazeut zu Rate zu ziehen.

Da Johanniskraut unter Arzneimittel fällt, darf es nur in Apotheken verkauft werden (z.B. Tees).

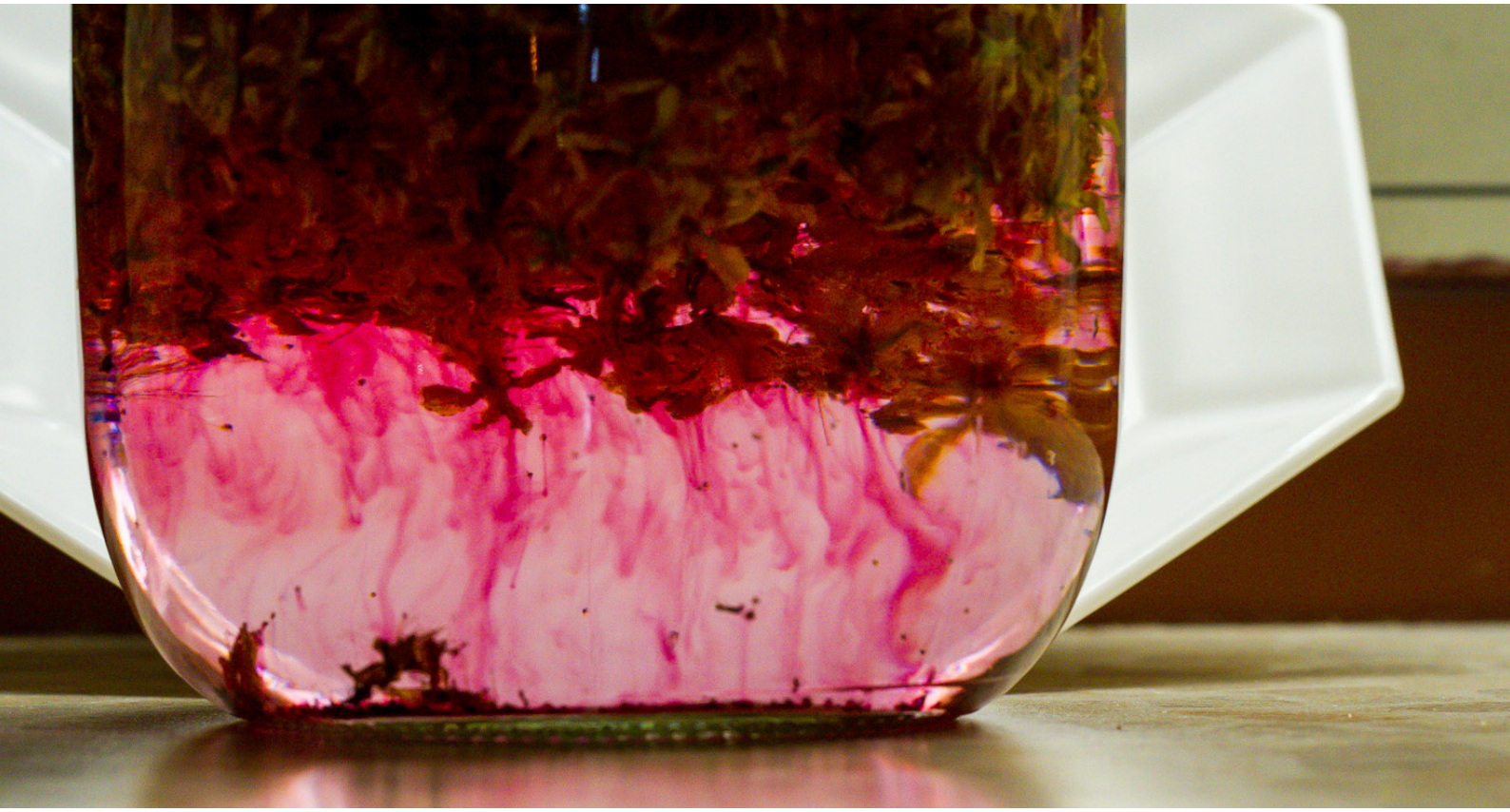
Nutzung

Verwendet werden vorwiegend die Blüten und Blätter. Meist ist das Johanniskraut in der Naturheilkunde und in der Kosmetik anzutreffen. In der Kulinarik werden hauptsächlich die Blüten als Deko genutzt.

Die Ernte ist optimalerweise rund um die Sonnenwende, wenn die Konzentration der sekundären Pflanzeninhaltsstoffe am höchsten ist.

In der pflegenden Kosmetik hat das so genannte Rotöl – Ölmazerat von Johanniskrautblüten – eine besonders große Rolle. Mit seiner beruhigenden, wundheilenden, antibakteriell, antiviraler und entzündungshemmenden Wirkung zählt es zu einem sehr beliebten Öl für die Hautpflege und bei Hautproblemen. Gerade bei Sonnenbrand bis zu Verbrennungen 1. Grades gilt dieses Öl als das Erste-Hilfe-Öl. (Braunschweig R.v., 2018)

Bei der Fütterung nicht zu empfehlen für Tiere.



Volksheilkunde

„Heilt Körper und Seele“, „Bringt Sonne in die Seele“

Es soll „dunkle Gedanken“ vertreiben, wird während der Menopause und Migräne eingesetzt, ist menstruationsfördernd und soll Einfluss auf das sexuelle Befinden haben. Wird heute in der Schulmedizin Johanniskraut zur Behandlung von Neuralgien, Krampfadern und als natürliches Antidepressivum verwendet.

Bei Verbrennungen wirkt nach dem akuten Stadium ein Johanniskrautöl-Verband schmerzlindernd und hilft bei der narbenfreien Heilung.

innerlich

Dosierung: 0,1g / kg Körpergewicht / Tag des frischen Krautes bzw. 1mg Hypericin (entspricht 600-900mg Johanniskrautextrakt.
Tinktur: 3x tgl. 30 Tropfen, nach 14 Tagen auf 2x tgl. reduzieren.

Rotöl: 2-3x tgl. 1 TL vor den Mahlzeiten

Anti-Stress-Tee:

Johanniskraut (abschirmend), Melisse (beruhigend), Weißdorn (herzstärkend), Eisenkraut (ausgleichend, macht diplomatisch) – 1-2 Tassen morgens + abends

äußerlich

Rotöl (aus Blüten): fördert Wundheilung, gegen Rheuma, Hexenschuss, zur Behandlung von Verbrennungen

Rotöl

Frische Johanniskrautblüten locker in ein Glas füllen und mit Pflanzenöl begießen, sodass alles gut abgedeckt ist und noch ca. 1cm Schicht darüber. Meist wird Olivenöl genutzt – andere Pflanzenöle sind ebenfalls möglich. Zu beachten ist dann jedoch, dass die Wirkung und die Haltbarkeit abweichen kann.

Das Glas 3-6 Wochen in der Sonne leicht abgedeckt stehen lassen und tgl. schwenken – darauf achten, dass immer alle Blüten mit Öl bedeckt sind, sonst beginnt es zu schimmeln. Durch einen Teefilter abseihen und in dunkle Flaschen füllen.

Haltbarkeit: gut verschlossen und dunkel und dunkel aufbewahrt bis zu zwei Jahren

Danach kann es pur oder wie gewohnt in der Kosmetikherstellung verwendet werden.

Studienlage

Bei Studien stellt sich das Johanniskraut als sehr sicheres Heilmittel heraus: So zeigten 15 Testpersonen, die nur Placebos bekommen hatten, mehr Nebenwirkungen als die, die Johanniskraut bekommen hatten.

Mittlerweile ist wissenschaftlich bewiesen, dass das Johanniskraut zwischen dem Zwischen- und Mittelhirn seine Wirkung entfaltet, wo auch Depressionen entstehen. Es hat Auswirkungen auf die Hypophyse und somit auch auf den Hormonhaushalt. Ebenfalls aktiviert es die Zirbeldrüse, die für die Melatoninproduktion zuständig ist. Durch das Johanniskraut kann das Licht vom Körper besser aufgenommen werden. Die gesamte Hautoberfläche wird zur Floreszenz angeregt, heißt, Umwandlung von Licht in aktive biochemische Substanzen (Stoffwechselvorgänge der Zellen).

In den Studien konnte keine fototoxische Nebenwirkung festgestellt werden. Was jedoch (sehr selten) vorkommen kann, sind Schwindel, Übelkeit, höhere Lichtempfindlichkeit – daher wird auch empfohlen, eine Kur oder Therapie vor einem Sonnenurlaub zu beenden.

Die ESCOP hat dem Johanniskraut ebenfalls eine positive Monographie ausgestellt und das gleich für mehrere Anwendungsbereiche. Innerlich bei psychovegetativen Störungen, depressiven Verstimmungszuständen, nervösen Unruhe, Angst. Äußerlich als Ölauszug zur Behandlung und Nachbehandlung von scharfen und stumpfen Verletzungen, Myalgien und Verbrennungen 1. Grades (ESCOP, 2018).

Mystisches & Sagenumwobenes

Der rote Saft, der aus den Drüsen (beim Zerreiben) austritt, nannte man das Blut Christi (es soll vom Kreuz auf die Pflanze geflossen sein) oder auch als das Blut des enthaupteten Johannes und war dem Teufel besonders zuwider. Es wurde aber auch als „Blutige Tränen Mariens“ bezeichnet.

Das Johanniskraut findet sich in vielen Sagen wieder. Fast immer geht es um brave Mädchen, die den Verführungskünsten des Teufels fast erlegen wären. Doch wenn sich die unglückliche Maid auf eine Johanniskrautpflanze setzte blieb dem Teufel nur mehr zu fluchen: „Du verfluchtes Kraut, hast mir geraubt meine Braut.“

Das Johanniskraut wurde dem nordischen Sonnengott Baldur geweiht.

In einer Sage aus Halberstadt konnte eine Mutter ihrem Sohn mit Johanniskraut helfen nachdem dieser von einem Mädchen mit einem Liebeszauber belegt wurde und ihr nicht mehr widerstehen konnte. Die findige Mutter legte ihm Johanniskraut in seine Schuhe, womit der Schreinergeselle nun rasch nach Wernigerode lief. Erhitzt kam er dort an und bestellte sich zur Abkühlung eine Kanne Weißbier. Wie er auf die Idee kam, das Bier in seinem rechten Schuh zu schütten und daraus zu trinken, ist nicht überliefert. Der Zauber jedenfalls hatte die erwünschte Wirkung - der junge Mann konnte von da an das Mädchen nicht mehr leiden. Er fand es sogar derart abstoßend, dass er nicht einmal mehr dessen Namen hören mochte.

Selbst in der griechischen Sage ist das Johanniskraut vertreten: Als Salome tanzte, konnte Herodes Antipas, der verschwenderische Gastgeber und Stiefvater, seine Augen nicht von ihr wenden und versprach ihr für jenen Tanz alles, was sie nur begehrte, und wenn es sein halbes Reich wäre. Doch Salome, angestiftet von ihrer rachsüchtigen Mutter Herodias, wünschte nur eines: den Kopf des unbeugsamen Täufers Johannes. Sie bekam ihren Willen, obwohl Herodes einen Volksaufstand befürchten musste. Das Haupt des Heiligen wurde auf einer Schüssel hereingetragen und das frische Blut troff auf die Erde hinab. Doch dann geschah etwas Wunderbares: Aus jenen Blutstropfen sprossnun ein seltsames Kraut, das eine Flüssigkeit in leuchtend roter Farbe abgab, wenn man die Blütenblätter zwischen den Fingern zerrieb.

Auch als Liebesorakel war Johanniskraut beliebt. Wenn junge Frauen die Blüten auspressten, mussten sie an ihren Verehrer denken und darauf achten, ob der Saft rötlich oder farblos sei: „Ist mir mein Schatz gut, kommt rotes Blut, ist er mir grram, gibt´s nur Scham.“ (Schaum)

Eine alte Weisheit sagt, wer nach Sonnenuntergang auf Johannis-

kraut tritt, wird von einem geheimnisvollen Pferd entführt.

„Ist die Liebe gut kommt rotes Blut; ist die Liebe alle, kommt nur Wasser.“

Das Johanniskraut soll gegen Gewehrkugeln, Hieb- und Stichwaffen schützen, wenn man es in getrockneter Form (geerntet mittags am Johannitag) bei sich trägt.

Brauchtum

Ein Absud aus Johanniskraut, Beifuß, Echtem Labkraut wurde im Mittelalter als Waschung für Säuglinge verwendet, um böse Geister abzuwehren.

Auch als Blitzschutz hängte man Johanniskrautzweige unter das Dach. Johannes galt als Blitzpatron - „Hartenau und Dill macht´s Gewitter still.“

Man solle das Johanniskraut bei zunehmenden Mond oder am besten bei Vollmond ernten, wenn der Mond im „Blütezeichen“ Zwilling, Waage oder Wassermann ist.
Räucherungen

Abschirmend (Reizüberflutung). Wird zur Sommer- und Winter-Sonnenwende verräuchert.

Quellen:

Sicherheitsdatenblatt Hypericin, Dr. Hagel, https://www.carlroth.com/downloads/sdb/de/L/SDB_L543_DE_DE.pdf, Stand: 04.12.2016

Luetjohann S. (2015). Heilpflanze Johanniskraut - Mutmacher und natürliche Kraftquelle. 1. Auflage. Windpferd (ISBN: 978-3864100840)

Ng QX, Venkatanarayanan N, Ho CY. Clinical use of Hypericum perforatum (St John‘s wort) in depression: A meta-analysis. J Affect Disord. 2017 Mar 1;210:211-221. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.048. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28064110.

Zirak N, Shafiee M, Soltani G, Mirzaei M, Sahebkar A. Hypericum perforatum in the treatment of psychiatric and neurodegenerative disorders: Current evidence and potential mechanisms of action. J Cell Physiol. 2019 Jun;234(6):8496-8508. doi: 10.1002/jcp.27781. Epub 2018 Nov 21. PMID: 30461013.

Ng QX, Venkatanarayanan N, Ho CY. Clinical use of Hypericum perforatum (St John‘s wort) in depression: A meta-analysis. J Affect Disord. 2017 Mar 1;210:211-221. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.048. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28064110.

Braunschweig R.v. (2018). Pflanzenöle – über 50 starke Helfer für Genuss und Hautpflege. 6. Auflage. Stadelmann Verlag (ISBN: 978-3-943793-68-0)

Hyperici herba (St. John´s Wort), ESCOP, 2018

Autorin & Links

www.gartenstrawanzerin.at

Mag.ª Katrin Schützenauer
Diplomierte Kräuterpädagogin & Aromafachberaterin
Geschäftsführende Umweltgemeinderätin Königstetten
Magistra (Management und Unternehmensführung)
Schriftführerin FUER Königstetten

Gefühle und Bedürfnisse in der Palliativversorgung

„Man hört nur mit dem Herzen gut …“

In der Betreuung von sterbenden Menschen und deren An-/Zugehörigen leisten die Mitarbeitenden in Hospizen, Hospizstationen und in der ambulanten Palliativversorgung – neben der pflegerisch-medizinischen Betreuung – „Unmittelbarkeitsarbeit“ (Maio 2019), d.h. sie überlegen (gemeinsam), wie sie in einem bestimmten Moment, nicht „nur richtig“, sondern vor allen Dingen situationsangemessen (…) reagieren können. Dabei geht die Idee der Palliativbetreuung grundsätzlich davon aus, dass Sterbende „bewusst“ sterben wollen, also über ihr bevorstehendes Ende, die Gefühle und Bedürfnisse, mit der Familie und den Freund:innen, aber eben auch mit den Mitarbeitenden der Palliativbetreuung sprechen möchten. Dieser Beitrag möchte die Gewaltfreie Kommunikation nach M.B. Rosenberg (Rosenberg 2013) vorstellen, dass zunächst ein Kommunikationskonzept über „Gefühle und Bedürfnisse“ beschreibt, letztlich aber dazu aufruft, eine andere, empathische Gesprächshaltung zu erlernen, zu trainieren und anzuwenden. Zum Schluss wird die Idee vom „bewussten Sterben“ kritisch hinterfragt.

Ein Fallbeispiel:

Die Pflegefachkraft betreut einen 98jährigen Herrn, dessen Prostata-Krebs in den letzten Monaten dermaßen gestreut hat, dass der Patient eine Wirbelspontanfraktur bekam und unzählige Lungenmetastasen hat. Er bekommt schlecht, sehr schlecht Luft, rasselnde Atmung, schweißgebadet liegt er auf seinem Sofa.

PFK.: Wie geht es Ihnen heute. Sie schwitzen stark. Haben Sie Schmerzen? (1)

K.: Ach, mir geht es eigentlich wie die letzten Tage, es wird ja nicht mehr lange dauern.

PFK.: Das klingt sehr traurig und bedrückt. (1)

K.: Ja, einerseits, ja … aber davor brauche ich mich eigentlich gar nicht fürchten, denn die Schmerztherapie ist sehr gut … ich habe nur manchmal ein ganz klein bisschen Schmerzen.

PFK.: Sie brauchen also keine Furcht zu haben, meinen Sie? (2)

K.: Ja, das meine ich … aber ich habe trotzdem so ein ungewöhnliches Gefühl, so diffus, ich kann es gar nicht beschreiben.

PFK.: Sie haben ein Gefühl, das sie nicht zuordnen können … das macht sie hilflos? (3)

K.: Ja, irgendwie hilflos, weil ich nicht weiß, wovor ich Angst habe. Das ist es: ich habe Angst, grausame Angst … vor dem nichts, dem verschwinden, dem nicht-mehr sein“.

PFK.: Sie sprechen jetzt von Angst, sie fühlen sich elend, mutlos?

K.: Ja, das trifft es. Ich habe grundlos Angst, denn wovor sollte ich Angst haben: ich bin noch nie gestorben, also weiß ich gar nicht, ob ich davor Angst haben muss. Aber ich HABE sie.

PFK.: Die Angst macht sie traurig und einsam? (2)

K.: Ja, ich bin einsam, meine Frau ist schon lange Tod, meine Tochter ist auch vor mir gegangen. Ich habe Niemanden, der jetzt bei mir sein könnte.

PFK.: Ich kann verstehen, dass Sie das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung haben, nach Begleitung. (3)

K.: Wir waren uns, also meine Frau und ich, immer genug, wir hatten nur sehr wenige Freunde und die sind auch alle nicht mehr da. Wenn man alt wird, gehen die Freunde vor einem. Und jetzt bin ich allein … und von ihrem Pflegedienst kann ja auch niemand 24 Stunden hier sein …

PFK.: …sie sind in Ihrer Wohnung viel allein ….

K.: Vielleicht sollte ich doch in ein Hospiz gehen, da hat man mir ja versprochen, wäre immer jemand für mich da … die waren da sehr nett die Leute, ich schaff das nicht alleine … (4)

(PFK.: = Pflegefachkraft; K.: = Klient*in; die Ziffern 1- 4 beziehen sich auf die Abbildung 1)

Dieses Beispiel (Neander 2021) aus meiner Praxis in der ambulanten Palliativpflege ist kein Einzelfall. Der Klient ist allein in seiner letzten Lebensphase und sehnt sich nach Nähe und Zuwendung. Das Gespräch kreist um die Gefühle und Bedürfnisse des alten Mannes.

Das Konzept der „Gewaltfreien Kommunikation“ nach M.B.Rosenberg

Das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation versucht die individuellen Lebenserfahrungen der Gesprächspartner:innen zu integrieren, was naturgemäß nicht immer gelingt und auch den langeprobten GfK´lern mitunter Mühe bereitet. Menschliche Reaktionen, Gefühle, Bedürfnisse entstehen nicht im luftleeren Raum, sondern immer eingebettet in die individuelle Biographie eines/r jeden Einzelnen. Gerade im palliativen Kontext kennen die Pflegefachkräfte und die anderen Menschen, die sich aus professioneller Perspektive mit den Klient:innen beschäftigen diese Biographie nicht (vollständig), so dass besondere Sorgfalt im Umgang und in der Kommunikation mit den Klient:innen und deren/dessen An-/Zugehörigen notwendig ist. GfK bietet vielfältige Möglichkeiten besser auf die Klient:innen eingehen zu können, was im Konzept der „ganzheitlichen Pflege“ grundlegende Bedeutung hat.

Erster Schritt: Beobachtung

Für eine gelingende Kommunikation, gerade wenn sich bei einer der Personen, die das Gespräch führen will oder muss, Ärger entwi-

ckelt (hat), ist es unabdingbar, zunächst die Situation zu beschreiben, die zu Unmut, Frust oder Ärger geführt hat. Dabei soll die Beschreibung so formuliert sein, dass sie frei von Bewertung oder Beschuldigung ist – ähnlich einem Foto, das eine Situation erfasst, aber nicht bewertet.

- Negativ-Beispiel: „Immer lässt Du die dreckige Wäsche auf dem Fußboden liegen!“
- Positiv-Beispiel: „Deine schmutzige Wäsche liegt auf dem Fußboden.“

Die „neutrale, quasi fotographische“ Beschreibung ermöglicht es der angesprochenen Person, die beschriebene Situation zu kommentieren ohne sich sofort angegriffen zu fühlen, denn das „immer“ aus dem Negativ-Beispiel führt sofort dazu, dass die angesprochene Person sich angegriffen fühlt und z.B. sagt: „Wieso immer? Gestern habe ich die schmutzige Wäsche doch in die Waschmaschine gesteckt!“

- Negativ-Beispiel: Ich habe das Gefühl, es geht Ihnen schlecht.
- Positiv-Beispiel: In Ihrem Gesicht sehe ich Sorgenfalten (Mimik!), kann ich etwas für Sie tun?

Wichtig ist, dass die Beobachtung in diesem Augenblick zählt, eine Beobachtung, die Umstehende als auch der_die Klient:in selbst bestätigen können. „Gefühle“ der Pflegefachkraft können nicht Auslöser für ein helfendes, empathisches Gespräch sein. Beobachtungen sollen frei von Bewertung sein, wie schwierig dieser Anspruch zu realisieren ist, mögen folgende Beispiele verdeutlichen, wie sie häufig in Pflegedokumentationen, aber auch in Gesprächen zu finden sind:

- Bewertung: Frau X ist überhaupt nicht kooperativ.
- Beobachtung: Frau X möchte nicht im Bett gewaschen werden, sondern am Waschbecken.
- Bewertung: Herr A. nervt beim Essen.
- Beobachtung: Herr A. hat heute keinen Appetit auf Jogurt, er möchte lieber Milchsuppe essen.

Zweiter Schritt: Gefühl suchen und benennen

Die beschriebene Situation macht etwas mit dem, der die Situation anspricht. Gefühle machen sich körperlich bemerkbar und sind oft das Erste, was einem bewusst wird (Baumgarnter, O’Connor, Thalheim 2015: 28). Gefühle wie „verzweifelt, entmutigt, traurig, unglücklich“

beschreiben die eigene Situation:

- „Immer lässt Du die dreckige Wäsche auf dem Fußboden liegen! Das entmutigt mich.“

Wir zögern häufig, Gefühle zu zeigen, weil sie uns angreifbarer machen und wir davor Angst haben.

Wenn nach der „Beobachtung“ ein Gefühl beschrieben wird, dann um zu zeigen, was die Beobachtung mit „mir“ gemacht hat: die Beobachtung hat mich traurig oder wütend, fassungslos gemacht, hat mich beglückt oder berauscht.

- „In Ihrem Gesicht sehe ich Sorgenfalten, das bedrückt / erschreckt mich, …“

Werden eigene Gefühle benannt, überrascht das häufig den_die Gesprächspartner:in, irritiert sie, weil es in unserem Kulturkreis unüblich ist, (fremden) Menschen gegenüber, Gefühle zu zeigen. Wir haben Angst davor, denn wer Gefühle zeigt, macht sich verletzbar.

In meiner Praxis der Palliativpflege hat sich immer wieder gezeigt, dass aber gerade dieser Aspekt des Gesprächs dazu führt, dass der_die andere Person sich auch traute, ihre_seine Gefühle anzudeuten. Die Gespräche gewannen an Tiefe.

Dritter Schritt: Bedürfnis erkennen und formulieren

Ein Gefühl weist auf ein Bedürfnis hin und dieses Bedürfnis kann nur gestillt werden, wenn die andere Person das Bedürfnis kennt, wenn es ihr mitgeteilt wird. Menschen haben Bedürfnisse nach Autonomie, Integrität, Interdependenz u.a., d.h. sie wünschen sich z.B. Respekt, Unterstützung, Nahrung, Ruhe … Es erscheint schwieriger das Bedürfnis zu benennen, aber sich seiner Bedürfnisse klar zu werden, sie zu formulieren und sie der anderen Person zu offenbaren, hilft ihr die gesamte Situation besser einschätzen zu können.

- „Immer lässt Du die dreckige Wäsche auf dem Fußboden liegen! Das entmutigt mich, weil ich das Bedürfnis nach Ordnung habe.“

Werden Gefühl und Bedürfnis mitgeteilt, kann die andere Person besser verstehen, worum es eigentlich geht. Die so angesprochene Person ist weder als solche noch in ihrer Handlung angegriffen oder bewertet / verurteilt worden, sie kann entsprechend reagieren.

- „In Ihrem Gesicht sehe ich Sorgenfalten, das bedrückt / er-

schreckt mich, denn ich möchte, dass es Ihnen gut geht."

Im pflegerischen Kontext muss die Pflegefachkraft überlegen, ob sie ein „Bedürfnis danach hat, dass es der anderen Person gut geht" oder ob sie einfach das Bedürfnis „umschreibt" (…denn ich möchte, dass es Ihnen gut geht!).

Vierter Schritt: Bitte formulieren

Die angesprochene Person ist nach den ersten drei Schritten zwar informiert, worum es eigentlich geht, aber sie weiß nicht, was von ihr erwartet wird. Häufig wird quasi erwartet, dass die andere Person doch nun wissen müsse, was erwartet wird (gerade in langen Beziehungen!). Aber so verschieden die Menschen sind, so verschieden sind auch ihre Erwartungen und deshalb ist es wichtig eine konkrete Bitte zu formulieren.

- „Immer lässt Du die dreckige Wäsche auf dem Fußboden liegen! Das entmutigt mich, weil ich das Bedürfnis nach Ordnung habe. Ich bitte Dich die schmutzige Wäsche getrennt nach heller und dunkler Wäsche in die Wäschpuffs zu stecken."

Diese Bitte ist praktisch erfüllbar, sollte die Bitte lauten: „Ich bitte Dich, dass Du besser aufräumst!", dann wird nicht klar, was genau erbeten wird, denn unter „Aufräumen" versteht so ziemlich jede Person etwas anderes.

Eine Bitte ist nur dann eine Bitte, wenn die angesprochene Person, die Erfüllung dieser Bitte auch ablehnen und die bittende Person, diese Ablehnung auch akzeptieren kann und wenn die Bitte so konkret ist, dass das Gegenüber eine echte Handlungsoption hat!

Natürlich wird dann verhandelt werden, aber – wie dieses Beispiel zeigt – ist die Atmosphäre für eine Lösung des Problems unbelastet von persönlichen direkten und indirekten Vorwürfen und Bewertungen der Person oder der Handlung.

Wir verwechseln häufig die „echte Bitte" mit einer „unechten Bitte", nämlich einer „Forderung": Letztere lässt nicht zu, dass die andere Person diese „Bitte" ablehnt (Baumgartner, O´Connor & Thalheim 2015: 46). Lautet die „Bitte": „Ich möchte, dass Du mich verstehst!", dann wird nicht deutlich, was genau der_die Bittende möchte und sie lässt nicht zu, dass die gebetene Person sagt: „Nein, ich möchte Dich nicht verstehen!".

Gewaltfreie Kommunikation stellt den Versuch dar, in kritischen, emotional belastenden und strittigen Situationen, empathisch zu reagieren, um so den sozialen Zusammenhalt zu fördern bzw. wieder herzustellen. Strittige, belastende Situationen sind in vielen Berufsfeldern häufig anzutreffen und so wundert es nicht, dass auch in der Palliativ-Versorgung Konflikte mehr oder weniger offen ausgetragen werden: zwischen der_m Erkrankten und deren/dessen An- und Zugehörigen oder aber auch zwischen den Palliativfachkräften und den Mitgliedern der betroffenen Familien.

Fünfter Schritt: Optionen suchen und verhandeln

Die Ablehnung einer „echten" Bitte führt in der Regel dazu, dass die beteiligten Personen gemeinsam nach Optionen suchen, um eine Lösung zu finden. Diesen Aspekt beleuchtet Rosenberg m.E. nach nicht genug, er ist aber gerade in Paarbeziehungen oder in Eltern-Kind-Konflikten von essentieller Bedeutung, denn jedes „nein" zwingt die Beteiligten nach anderen Lösungen zu suchen, wenn sie denn an einer Lösung überhaupt interessiert sind.

Empathiefähigkeit der helfenden Personen

In der Palliativbetreuung wird die Empathiefähigkeit aller helfenden Personen in besonderer Weise gefordert. Eine einheitliche Definition dieses „Schlagwortes" gibt es nicht. Hier und gerade bei diesem Beispiel hilft möglicherweise die

Die Schritte der „GfK" nach M.B. Rosenberg (2013)

Schritt 1: Beobachtung

Umso genauer die Situation beschrieben wird (keine zurückliegende!), umso eher kann der_die Gesprächspartner*_in der Beobachtung zustimmen oder sie korrigieren.

Schritt 2: Gefühle

Bitte äußern Sie nur ein „Gefühl", das im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beobachtung steht …

Schritt 3: Bedürfnisse

Gefühle sind dazu da, Bedürfnisse zu befriedigen, d.h. Bedürfnisse hervorzurufen, damit sie befriedigt werden können (vielleicht nicht sofort, aber grundsätzlich!).

Schritt 4: Bitte

Bitten Sie konkret und kalkulieren Sie ein, dass die Bitte „abgelehnt" wird. Eine „Ablehnung" eröffnet aber den Weg des „Verhandelns", des Suchens nach neuen / anderen Optionen.

Verhandeln

Verhandeln ist nicht ein Zeichen von Schwäche, sondern eine Wertschätzung der anderen Person: ich möchte, dass es Dir gut geht … ich biete Dir folgende Möglichkeit an!

Abbildung 1 Schritte der Gewaltfreien Kommunikation n. M.B.Rosenberg

neuropsychologische Definition nach Singer et al. (2020: 24): Empathie besteht aus drei mehr oder weniger gleichwertigen Anteilen. (Abbildung 2) Der erste Anteil ist jener, bei der ich als Person die Gefühle des Gegenübers wahrnehme, die „das menschliche Gehirn automatisch (mitempfindet), in dem das neuronale Netzwerk aktiviert (wird), die diese Gefühle in mir selbst verarbeiten." (Spiegelneurone). Ein weiterer Anteil ist jener, den wir allgemein als „Mitgefühl" bezeichnen, wenn wir von Empathie reden: „Mitgefühl ist anders als reine Empathie und resultiert aus der Fähigkeit, den/die Andere:n, der/die leidet, Gefühle wie Fürsorge und Liebe zu empfinden und vor allem eine starke Motivation zu haben, diesem/dieser helfen zu wollen." Nur am Rande sei erwähnt, dass die Auslöser für das Erkennen von Gefühlen und die Reaktion auf diese Gefühle von vielen, auch kulturell geprägten, Faktoren abhängen (können). (vgl. Ekmann 2017) Und der dritte Anteil bezeichnet quasi die „Vogelperspektive", d.h. die Fähigkeit, „auf einer kognitiven, d.h. abstrakteren, Ebene Gedanken (...) zu verstehen."

Um dieses Modell der Empathie umsetzen zu können bedarf es einer kommunikativen Haltung, die der kranken Person quasi die „Brücke" zu einer die Gefühle und Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellenden Gesprächskultur ermöglicht – nach meinen Erfahrungen ist die „Gewaltfreie Kommunikation" eine besonders hilfreiche Möglichkeit dazu.

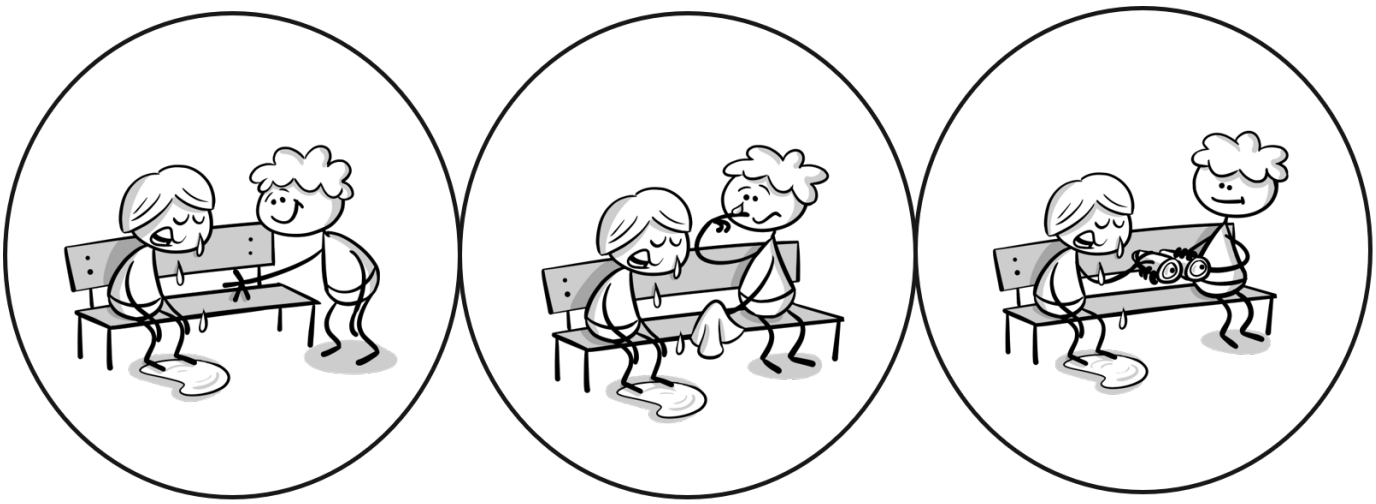
Wieso „gewaltfrei"?

Manch einer der Leser:innen mag sich über den Begriff „Gewaltfreiheit" wundern. Personen, die sich – in welcher Funktion auch immer – der Palliativbetreuung verschrieben haben, sind doch weit davon entfernt, „Gewalt anwenden" zu wollen.

„Gewalttätigkeit" wird in der Regel so verstanden, dass einer Person einer anderen Person „Gewalt" antut, sie schlägt oder zu irgendetwas zwingt … und in der häuslichen (ambulanten) Pflege findet mehr „Gewalt" statt, als wir gemeinhin annehmen: nicht unbedingt im Sinne von körperlicher Gewalt, die auch ja, aber auch oder in Form von Mikroagressionen: spitze Bemerkungen, gezielte Provokationen, absichtliches Missverstehen usw. usf. Rosenberg spricht von dieser „Gewalt", die eben auch in der Sprache liegt, und will mit seinem Kommunikationsmodell eine Möglichkeit anbieten, diese Gewalt zu verhindern.

Gewalt richten wir aber auch gegen uns selbst, wenn wir Gefühle nicht zulassen und Bedürfnisse unterdrücken. Das klingt banal, aber wie oft können wir nicht einmal ein Gefühl benennen, das uns bedrückt, es so beschreiben, dass das Gegenüber versteht, warum es mir schlecht geht. Und wir sind häufig völlig überfordert, wenn es darum geht für uns selbst und mit anderen zu klären, welches Bedürfnis ich mir erfüllen muss und mir erfüllt werden müsste, damit es mir wieder besser gehen kann. Hier hat Rosenberg ganz klar Zusammenhänge beschrieben, die helfen können, stressige, belastende Situationen zu meistern.

Mit der intensiven Beschäftigung und dem Versuch, „gewaltfreie Kommunikation" selbst zu praktizieren, stelle ich immer häufiger fest, wie oft wir uns gegenseitig verletzen, weil wir unüberlegt, wenig empathisch mit dem Gegenüber reden … und uns über



Mitgefühl **Mitleid** **Perspektivübernahme**

Abbildung 2: Anteile der Empathie

dessen Reaktion wundern (oder empören oder ärgern). Mit dem Wissen über die „Sprache des Herzens“ höre ich in der Praxis der Palliativpflege die Gespräche innerhalb der Beziehungen und Familien, höre die in verletzende Worte gepackte Sprachlosigkeit und spüre die Ängste der todkranken Person und deren An-/Zugehörige. In den Beratungsgesprächen mit den Klient:innen und deren Familien gelingt es nicht selten, mit „gewaltfreier Kommunikation“ unsagbares, sagbar zu machen!

Bewusstes Sterben – wollen das wirklich alle?

Menschen, die sich in der Palliativbetreuung engagieren, gehen häufig davon aus, dass Patient:innen sich eingestehen, dass sie in absehbarer Zeit sterben werden, dass sie sich dieser Tatsache bewusst sind und darüber auch reden wollen. Dieses Bewusstsein wird quasi als „entscheidendes Kriterium (…) (für ein) ‚gutes Sterben‘“ sowohl in der soziologischen als auch in der palliativmedizinischen Diskussion benannt (Saake, Nassehi & Mayr 2019). Allerdings belegen diverse Studien, dass es Klient:innen gibt, die diese „Sterberolle“ nicht akzeptieren und auch nicht darüber reden wollen, dass der Tod bevorstehen könnte. Dieses „Nichtwollen“ wird fast als „Pathologie (…) des modernen Paradigmas (…) vom bewussten Sterben (…) (verstanden), (welches) mit professioneller Unterstützung überwunden werden soll.“ (Saake et al 2019). Wurde diese „Verweigerung“ zunächst als „Verdrängung“ durch die Klient:innen interpretiert, gleichzeitig entwickelte die „moderne Gesellschaft“ aber auch Methoden, das Sterben an sich aus dem gesellschaftlichen Leben zu verbannen, in dem einerseits das Sterben „in die Kliniken“ verlegt wurde, andererseits medizinisches Personal „Taktiken“ (Saake et al. 2019) entwickelten, um Klient:innen „gar nicht oder nur unvollständig über ihre terminale Krankheit“ zu informieren, wie Glaser und Strauss (1965) in ihrer Studie „Awarenees of Dying“ belegten.

Die Hospizbewegung hat sich nun aber zum Ziel gesetzt, offen und ehrlich über die Situation mit den Klient:innen zu sprechen, um denen ein „gutes Sterben“ zu ermöglichen. Doch viele Klient:innen entsprechen nicht den „normativen Erwartungen“ an die „offene Kommunikation“, sie wollen nicht darüber reden, wie widersetzen sich dem „Paradigma des bewussten Sterbens“ und schlüpfen in die Rolle der „Unvernünftigen“.

Es ist für die Personen, die sich der Palliativversorgung verschrieben haben und das Paradigma der „offenen Kommunikation“ über das Leiden und Sterben der Palliativpatient:innen verinnerlicht haben, ein Angriff auf ihr berufliches, „ganzheitliches“ Verständnis und führt zu Frustration.

Natürlich kann man die Palliativklient:innen nicht dazu zwingen, über alle die Ängste, Sorgen und Befürchtungen zu reden. Wenn aber die Betroffenen die Haltung der „Gewaltfreien Kommunikation“ verstehen, sind sie möglicherweise bereit, über Gefühle und Bedürfnisse zu reden: sie müssen es nicht, aber sie können es.

Das ist das Angebot der „Gewaltfreien Kommunikation“.

- Maio, G. (2019): Eine Phänomenologie der Sorge. Z Palliativmedizin 20 (5): 222 – 224
- Baumgartner, S., O´Connor, K., Thalheim, S. (2015): Theorie und Methode der Gewaltfreien Kommunikation, in: Geiger, S., Baumgartner, S. (Hrsg.) Empathie als Schlüssel. Weinheim: Beltz
- Rosenberg, M.B. (2013) Gewaltfreie Kommunikation – Eine Sprache des Lebens. 11.Auflage Paderborn: Junfermann
- Hinrichsen, L., Valldorf, J., Singer, T. (2020): Lässt sich Empathie lernen? Spektrum der Wissenschaft 79: 24 – 27
- Paul Ekmann, P. (2017): Gefühle lesen. Berlin: Springer, 2. Auflage
- Saake, I., Nassehi, A., Mayr, K. (2019) Gegenwarten von Sterbenden – Eine Kritik des Paradigmas vom „bewussten“ Sterben. Köln Z Soziol 71: 27 – 52
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1965): Awareness of dying. Chicago: Aldine Publishing
- Neander, Kl.-D. (2021): Gewaltfreie Kommunikation in der Palliativbetreuung. i.E., Stuttgart: Kohlhammer

Autor

Klaus-Dieter Neander BSc, M.M.
B.Sc. Gesundheit & Management, M.M. Master of Mediation, zertif. Mediator Palliative Care & Pain Nurse, Pflegedienstleiter
Lehrbeauftragter Health Care Management (IU Hamburg)
Lehrender „Palliative Care“ (Apollon Hochschule, Bremen)
www.medkom.hamburg
newsneander@gmx.de

Kontingenzbewältigung als berufliche Herausforderung

Ungewissheit als Belastung für das Pflegepersonal im Umgang mit extrem unreifen Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit

Mit einer Frühgeborenenrate von über 8% hat Deutschland eine der höchsten in ganz Europa. Im Jahr 2016 kamen 10% der frühgeborenen Kinder vor der 32. Schwangerschaftswoche (SSW) zur Welt (vgl. Bäurle 2017, o.S.). Die Grenze zur Frühgeburtlichkeit liegt bei 37 SSW. 2019 kamen 64.437 Kinder in Deutschland zu früh auf die Welt – darunter 4.587, die unter 28 SSW geboren wurden (vgl. Das frühgeborene Kind e.V. 2021, S. 4). Durch die stetige Entwicklung der Intensivmedizin haben sich die Überlebenschancen auch extrem kleiner Frühgeborener, in der internationalen Terminologie extremely low birth weight infants (ELBW infants), signifikant verbessert (vgl. Kern 2013, S. 6).

Je früher jedoch ein Kind geboren wird, desto höher ist das Komplikationsrisiko. Die Auswertung von 27 zwischen den Jahren 2000 bis 2017 publizierten Kohortenstudien aus OECD-Ländern ergab folgende Daten: Kinder mit 22 SSW hatten eine Überlebensrate von 24 % – das Risiko einer mittleren bis schweren Beeinträchtigung im Alter von 18–30 Monaten lag bei 61 %. Bei Kindern mit 23 SSW lag die Überlebensrate bei 38%, das Risiko einer mittleren bis schweren Beeinträchtigung bei 50 %. Bei Kindern mit 24 SSW konnte eine Überlebensrate von 60% festgestellt werden, auch hier war das Risiko einer mittleren bis schweren Beeinträchtigung mit 42 % immer noch sehr erheblich (vgl. Bührer, Felderhoff-Müser et al. 2020, S. 5).

Jedes Land hat eigene Richtlinien, ab welchem Zeitpunkt frühgeborene Kinder nicht mehr palliativ, sondern intensivmedizinisch behandelt werden. Die aktuelle Rechtslage in Deutschland sieht vor, dass medizinische Maßnahmen in der Regel als aussichtlos einzustufen sind, wenn Kinder mit einem Gestationsalter unter 220/7 SSW geboren werden, da diese nur in Ausnahmefällen überleben. Kinder mit 220/7 – 226/7 SSW können (mit zum Teil erheblicher Morbidität) überleben. Derzeit sind keine validen Aussagen zum Langzeitverlauf möglich. Von großer Bedeutung ist daher die Aufklärung der Eltern; die Babys sind nur auf den ausdrücklichen Wunsch der Eltern einer lebenserhaltenden Behandlung zu unterziehen (ebd. S. 8). Bei behandelten Frühgeborenen, die mit einem Gestationsalter zwischen 230/7 – 236/7 SSW zur Welt kommen, steigt die Überlebenschance in spezialisierten Zentren auf über 50% – eine Gesamtprognose sowohl in Hinblick auf das unmittelbare Überleben als auch in Hinblick auf die mögliche Schwere einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und damit nicht zuletzt die Belastung für das gesamte Familiensetting ist sehr unsicher. Die Entscheidung zugunsten einer lebenserhaltenden oder einer palliativen Behandlung ist nach eingehender Aufklärung und Beratung der Eltern unter Beteiligung des gesamten geburtshilflichen Personals, gegebenenfalls auch unter Hinzuziehung des psychosozialen Dienstes und anderer Beratungspersonen im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung vorzunehmen (ebd. S. 8).

Die deutschen Leitlinien besagen, dass ab einem Gestationsalter von 24+0 SSW und einem Gewicht von ≥400 Gramm eine intensivmedizinische Behandlung des frühgeborenen Kindes stattfinden soll (ebd. S. 9).

Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf den Ergebnissen einer im Wintersemester 2021/22 an der Hochschule München im Studiengang 'Pflege B.Sc.' vorgelegten Bachelorarbeit, die anhand einer Fragebogenstudie untersuchte, welche Umstände, Situationen und Behandlungsphasen für Pflegekräfte auf einer neonatologischen Intensivstation (im Folgenden NICU) als besonders belastend empfunden werden, wie Pflegende mit diesen Herausforderungen und Belastungen umgehen und inwiefern das Konzept ‚Decision Coach' als Ergänzung zu den bereits vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen für Pflegekräfte als sinnvoll erachtet werden kann.

Decision Coach: Eine Pflegekraft, welche mit Hilfe strukturierter Gespräche mit den Eltern die Entscheidungsfindung erleichtert und die Umsetzung dieser unterstützt, indem sie die persönlichen Wertvorstellungen ermittelt und über mögliche Folgen aus Sicht der Pflege informiert (eigene Beschreibung).

Als eine wesentliche Ursache dieser Belastungen von Pflegekräften wird insbesondere das sehr unsichere und von vielen Zufällen abhängige Outcome des extrem frühgeborenen Kindes als zu bewältigende Kontingenz in den Blick genommen.

Methodik

Zur Vorbereitung der qualitativen Fragebogenstudie, die an einem Universitätsklinikum der Maximalversorgung durchgeführt wurde, erfolgte eine Analyse einschlägiger, auf Fragebogenerhebungen bzw. Interviews basierender Publikationen. Im Mittelpunkt dieser Studien stand die Frage, welchen psychischen und moralischen Belastungen sich das Pflegepersonal auf einer NICU im Rahmen der Versorgung extrem frühgeborener Kinder an der Grenze der Lebensfähigkeit ausgesetzt sieht.

Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche wurde ein Fragebogen erstellt, der sieben Hauptthemen mit insgesamt 25 Fragen umfasste. Von 15 in 2021 ausgegebenen Fragebögen wurden 13 zurückgegeben – die Teilnahme war anonym. Die Auswertung erfolgte im Sinne der ‚qualitativen Inhaltsanalyse' nach Philipp Mayring.

Ergebnisse der Literaturanalyse
Die hohe psychische Belastung des Pflegepersonals lässt sich nicht zuletzt auf die auf einer NICU häufig vorkommenden Grenzsituationen zwischen Leben und Tod eines extrem frühgeborenen Kindes zurückführen, insbesondere dann, wenn in einer solchen Grenzsituation zwischen einer kurativen oder palliativen Behandlung entschieden werden muss. In diesen Situationen entstehen immer wieder schwerwiegende moralische Bedenken und Konflikte, da sich das ärztliche Personal und das Pflegepersonal mit moralischen Dilemmata konfrontiert sieht, also mit konkurrierenden moralischen Prinzipien, bei denen keines das andere eindeutig überwiegt.

Ein zentrales Dilemma in der neonatologischen Intensivmedizin sehen die Pflegekräfte vor allem dann, wenn es um eine Therapieverlängerung geht, deren Sinnhaftigkeit sie anzweifeln. Sie sehen sich in einem Konflikt zwischen den zwei ethischen Prinzipien ‚Gutes tun' und ‚Schaden vermeiden' (‚doing well and avoiding harm'). Während die Pflegekräfte auf das unmittelbare Leiden der Kinder während der akuten Behandlungsphase hinweisen, sehen Ärzt_innen das größte Dilemma in durch medizinische Interventionen induzierten Behinderungen (‚medically caused damage') des Kindes. Eine Therapie nach der Geburt bei extrem frühgeborenen Kindern nicht zu beginnen, bedeutet meistens den Tod für das Kind. Durch den Therapiestart kann zwar Zeit gewonnen werden, um eine individuelle diagnostische Einschätzung des Kindes vorzunehmen. Die eventuelle Notwendigkeit des Abbruchs einer bereits begonnen Behandlung mit ungewissem Ausgang (‚termination of an already started treatment with uncertain outcome' als ‚end-of-life-decision') wird allerdings als ganz besonders belastend benannt (van Manen und van Zuuren 2006, S. 343).

Die vorhandenen Technologien auf einer NICU haben das Potenzial, eine überaus belastende Pflegesituation zu schaffen, da der wahrgenommene Nutzen der Behandlung häufig begrenzt erscheint (Prentrice, Janvier et al. 2016, S. 701). Behandlungsoptionen bzw. vorzunehmende Interventionen können häufig nicht mit den eigenen ethischen Überzeugungen in Einklang gebracht werden. Der daraus resultierende Stress wird in der Fachliteratur als ‚moral distress' bezeichnet (vgl. Wöhlke und Wiesemann 2016, S. 281).

Unter verschiedenen Fragestellungen hat ein Forscherteam um Janet Green in einer großangelegten, in Australien durchgeführten Studie pflegerische und ethische Dilemmata analysiert, mit denen sich Pflegekräfte auf einer NICU konfrontiert sehen, wenn sie extrem frühgeborene Kinder versorgen. In ihrem ersten, 2015 erschienenen Artikel „The myth of the miracle baby. How neonatal nurses interpret media accounts of babies of extreme prematurity" zeigen die Autor_innen, dass nicht zuletzt aufgrund der Art der Berichterstattung über sogenannte ‚Wunderbabys' ein falsches Bild bzw. ein unbegründeter Optimismus in Hinblick auf das Outcome von extrem Frühgeborenen hervorgerufen werden kann. Die Bilder der Frühgeborenen im Inkubator können nicht vermitteln, welchen Stress die hektische, laute und helle Umgebung einer NICU für die Kinder bedeutet (vgl. Green, Darbyshire et al. 2015, S. 274). Diese Art der Berichterstattung habe zur Folge, dass die breite Öffentlichkeit einen falschen Eindruck von Frühgeburtlichkeit und deren Folgen erhalte und Eltern unrealistische Hoffnungen auf ein gesundes Überleben ihres Kindes entwickelten (ebd. S. 275).

In dem 2017 erschienenen Artikel „Quality versus quantity: The complexities of quality of life determinations for neonatal nurses" befassen sich die Autor_innen der obengenannten Studie mit der Lebensqualität der extrem Frühgeborenen. Durch eine Befragung konnte festgestellt werden, dass ein Großteil der Pflegenden sich dafür aussprechen, dass bei Entscheidungen für unter 24 SSW geborenen Kindern die Lebensqualität ein entscheidender Faktor sein müsste. ‚Lebensqualität' zu definieren, stellte sich jedoch als schwierig und subjektiv beeinflusst heraus. So wird neben einem schmerzfreien Leben auch das Wahrnehmen von Emotionen, die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und Unabhängigkeit im Leben genannt (ebd. S. 808ff.). Viele der befragten Pflegekräfte empfinden kognitive Beeinträchtigungen schlimmer als körperliche und imaginieren das zukünftige Leben des Kindes. Sie bemerken jedoch, dass Eltern beim Anblick ihres Babys nicht erkennen können, wie stark äußerlich nicht sichtbare Hirnschädigungen tatsächlich sind (ebd. S. 810). Die Pflegenden zeigen Mitgefühl, bringen aber auch zum Ausdruck, dass die Lebensqualität der Eltern selbst und ihrer anderen Kinder von gleichwertiger Bedeutung ist wie die des extrem frühgeborenen Kindes (ebd. S. 812f.).

Der ebenfalls aus dieser Studie hervorgegangene, im Jahr 2018 publizierte Artikel „Neonatal nur-

(C) Toshi

ses‘ response to a hypothetical birth situation: What if it was my baby?“ untersucht, wie sich Pflegekräfte entscheiden würden, sollten sie selbst möglicherweise Elternteil eines extrem frühgeborenen Kindes werden (vgl. Green, Darbyshire et al. 2018, S. 880). Die Teilnehmenden empfinden es grundsätzlich als überaus wichtig, dass Eltern die Wahl gelassen wird, ob sie ihr Kind intensivmedizinisch oder palliativ behandeln lassen möchten, stets unter der Voraussetzung einer adäquaten Aufklärung (ebd. S. 885). Sie geben ihr Wissen rund um das Outcome der Frühgeborenen als sehr präsent und prägend für ihre eigene Meinung an. Bei ihrem eigenen Kind würden sich viele der Befragten gegen eine intensivmedizinische Behandlung entscheiden und sich im Falle frühzeitiger Wehen nicht in ein entsprechendes Perinatalzentrum begeben. Allerdings handelt es sich hier um eine rein hypothetische Situation und es bleibt daher unklar, wie sich die Proband_innen verhalten würden, träte diese wirklich ein.

Prentice, Janvier et. al. untersuchten 2016 in einem systematischen Review, welchem moral distress das medizinische Personal auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen ausgesetzt ist. Moral distress resultiert hier am häufigsten aus als unverhältnismäßig erachteten medizinischen Eingriffen, die nicht als im besten Interesse des Kindes wahrgenommen werden; diese Art Stress fordert die persönliche Integrität aufgrund möglicher negativer Folgen für die Patient_innen und die Pflegepersonen selbst heraus (vgl. Pentrice, Janvier et al. 2016, S. 701). Als Hauptursache für moral distress wird das vom medizinischen Personal wahrgenommene Missverhältnis von extremem Aufwand der Pflege und dem oft nicht zufriedenstellenden Outcome angesehen (ebd. S. 706). Das Autor_innenteam kommt zu dem Schluss, dass moral distress auf pädiatrischen Intensivstationen nicht zu vermeiden sei – es wird immer eine Herausforderung bleiben, zwischen den Prinzipien ‚zu viel tun‘ und ‚nicht genug tun‘ zu agieren.

Das Forscherteam Mills und Cortezzo untersuchen in ihrer 2020 vorgelegten Studie, in welcher Weise Faktoren wie Personalmangel, Zeitdruck, unterschiedliche Ansichten, insbesondere im Bereich der Entscheidungen am Lebensende, mangelnde Kommunikation etc. als moral distress beim Pflegepersonal auf neonatologischen Intensivstationen wahrgenommen werden und wie sich dieser Zustand auf die Versorgung der Kinder auswirkt (vgl. Mills und Cortezzo 2020, S. 3). Die Versorgung von sehr kleinen und sehr kranken Frühgeborenen wird nicht mehr allein durch die zur Verfügung stehenden Technologien

begrenzt, sondern auch von ethischen und moralischen Erwägungen, welche Entscheidung für Eltern und Kind die richtige ist (ebd. S. 1). Die Prognosemöglichkeiten sind begrenzt, das Outcome ungewiss. Die aus dieser Situation resultierenden Diskussionen können zu Lösungen führen, sie können jedoch auch den moral distress verstärken und die Beziehungen zwischen den Teammitgliedern und der Familie verschlechtern. Das größte Ausmaß an Belastung entsteht, wenn das Team den elterlichen Wünschen folgt und dabei das Gefühl hat ‚zu viel zu tun' (ebd. S. 7).

Da moral distress für die Pflegekräfte Konsequenzen wie eine verminderte Bindung an den Arbeitsplatz oder ein Gefühl des Scheiterns zur Folge haben kann, ist es von großer Bedeutung diesen besonderen Stress zu erkennen und Methoden zur Bewältigung zu entwickeln (moral resilience) (ebd. S. 6). Das Konzept des ‚Shared Decision Making' (partizipative Entscheidungsfindung) kann dem behandelnden Team und den Eltern helfen, Leiden und mögliche Schädigungen des Kindes angemessen gegen seine Überlebenschancen abzuwägen (ebd. S. 1). Faktoren wie elterliche Wertvorstellungen, Emotionen, Ziele und Vertrauen in die Behandlung werden in diesem Konzept berücksichtigt. ‚Shared Decision Making' kann moral distress verringern, da der Pflegeplan gemeinsam erstellt wird und für Eltern und Kind geeignet ist – unabhängig von den persönlichen Ansichten der Versorgenden (ebd. S. 7).

Ergebnisse der Befragung von Pflegekräften auf den NIC- und IMC-Stationen eines Universitätsklinikums der Maximalversorgung in 2021

Für die Pflegekräfte der neonatologischen Intensivstation spielt die Familie des Frühgeborenen eine große Rolle. So geben sie an, dass sie sich bereits während der Versorgung extrem Frühgeborener das spätere Leben von Kind und Familie versuchen vorzustellen. Durch die mehrere Monate andauernden Behandlungsphasen bauen Eltern und Pflegekräfte engere Beziehungen auf. Diese können hilfreich sein, wenn die Pflegenden den Eindruck haben, dass die Partnerschaft der Eltern stabil genug ist für ein Leben mit einem potenziell behinderten Kind. Sie können jedoch auch zur Belastung werden, wenn die Pflegekräfte beispielsweise das Gefühl haben, dass die Partnerschaft der Eltern der herausfordernden Situation nicht gewachsen scheint oder andere Geschwisterkinder zu wenig Berücksichtigung finden. Die Pflegenden geben auch zu bedenken, dass Eltern häufig auf die aktuelle Situation fokussiert sind und noch nicht die Folgen zu Hause denken können.

Mit der Neufassung des Genfer Gelöbnisses im Oktober 2017 werden Ärzt_innen dazu verpflichtet nicht mehr ausschließlich die Gesundheit ihrer Patient_innen, sondern auch deren Wohlbefinden im Blick zu haben (vgl. Weltärztebund 2017, o.S.). Dieser Paradigmenwechsel in der Medizin besagt, dass sich der Erfolg einer Behandlung nicht mehr ausschließlich an körperlichen Befunden, sondern auch an individuellen Einschätzungen der Patient_innen misst (vgl. Ravens-Sieberer und Otto 2020, o.S.). Bei allen medizinischen Interventionen ist daher die zu erwartende Lebensqualität der Patient_innen im Blick zu behalten. Allerdings gibt es keine einheitliche Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In der Regel werden neben körperlichen Faktoren auch psychologische, soziale, familiäre und arbeitsbezogene Faktoren berücksichtigt (ebd. o.S.). Die Komplexität der Entscheidungsfindung auf einer NICU ist unter Berücksichtigung dieser Faktoren als besonders hoch einzustufen. Die befragten Pflegekräfte der NICU gaben alle an, dass sie sich während der Versorgung von extrem unreifen Frühgeborenen Gedanken über die spätere Lebensqualität des Kindes und der Familie machen. Bei ihrer persönlichen Definition von Lebensqualität spielen die genannten Faktoren eine bedeutende Rolle. Bei der Frage, ob die Lebensqualität hinsichtlich der Entscheidung für eine intensivmedizinische oder aber eine palliative Behandlung eines extrem Frühgeborenen gegenüber den Aspekten Gestationsalter, Geburtsgewicht und APGAR eine höhere Gewichtung erhalten sollte, waren die Meinungen der Pflegenden unterschiedlich.

Acht Pflegekräfte würden der Lebensqualität eine höhere Bedeutung zumessen. Einige verwiesen in der Argumentation auf die Lebensqualität der anderen Mitglieder des familiären Systems und nicht ausschließlich auf die des Kindes. Die Teilnehmenden, die sich gegen eine höhere Gewichtung der Lebensqualität in Bezug auf die Therapieart aussprechen, verweisen auf die Unvorhersehbarkeit der Entwicklung der Kinder. In diesem Zusammenhang wurde auch die Therapiezieländerung genannt. Das bedeutet, dass die Lebensqualität bei der anfänglichen Entscheidung (inten-

sivmedizinisch oder palliativ) keine Berücksichtigung finden sollte, jedoch im Verlauf der Behandlung immer wieder neu überlegt werden muss, ob die Entscheidung für die lebenserhaltende Therapie revidiert werden muss.

Einige Pflegende geben jedoch zu bedenken, dass Lebensqualität immer eine individuelle Wahrnehmung ist und es daher schwierig ist sie in Entscheidungen miteinzubeziehen. Manche Pflegende haben zudem mehrfach die Erfahrung gemacht, dass Frühgeborene auch nach einem mehr oder weniger langen Krankenhausaufenthalt versterben, andere extrem Frühgeborene hingegen allen Statistiken zum Trotz nach einer gewissen Zeit ein ganz oder zumindest weitgehend von Einschränkungen freies Leben führen können.

Während ihrer Arbeit müssen Pflegende immer wieder an notwendigen Interventionen mitwirken, die den Patient_innen trotz angepassten Schmerzmanagements Leiden zufügen können. Die Pflegenden legen großen Wert auf das Schmerzmanagement. Lange und unangenehme Interventionen bei extrem frühgeborenen Kindern lösen Gefühle wie Verzweiflung, Wut oder Angst, Trauer, Unwohlsein und Mitgefühl aus, da die Grundaufgaben der Pflege – Leiden zu lindern und Gesundheit wiederherzustellen – in Widerspruch zueinander treten. Beiden Aufgaben zeitgleich gerecht zu werden ist bisweilen schwierig oder gar unmöglich.

Diese Situation wird von vielen Pflegekräften als belastend wahrgenommen, da solche Handlungen im Gegensatz zu ihrem Berufsethos stehen. 12 von 13 Befragten berichten, dass sie während der Versorgung eines extrem unreifen Frühgeborenen schon einmal das Gefühl eines innerlichen Zwiespalts, also eines Widerstreits zwischen dem Gefühl dem Kind helfen zu wollen und der Frage hatten, ob die durchzuführenden Interventionen richtig sind. Diese Gefühle treten vor allem auf, wenn es zu schwerwiegenden Komplikationen wie einer Hirnblutung oder einer NEC kommt, aber auch bei notwendigen Operationen wie Shunt- oder Stomaanlage.

Grundsätzlich empfinden zwar 11 der 13 Befragten keinen Widerspruch zu ihrem Berufsethos, gleichwohl zweifeln einige von ihnen an der pflegerischen Versorgung – als belastend wird die Arbeit beispielsweise dann empfunden, wenn die Haut der Frühgeborenen noch so unreif ist, dass es durch die Versorgung selbst zu Läsionen kommt. Das Erstellen von Prognosen ist im Bereich der Neonatologie sehr schwierig. Das alleinige direkte Überleben extrem unreifer Frühgeborener gibt keinen direkten Aufschluss über das Outcome des Kindes. Sieben Teilnehmende geben an, dass sie das Gefühl der Ungewissheit als belastend empfinden.

Auch elterliche Fragen nach dem Outcome anderer Frühgeborener oder aktuelle Fortschritte, wie das Entwöhnen von der Atemhilfe und das Ziehen der Magensonde und trotzdem keine Gewissheit über das spätere Outcome der Kinder zu haben, können die Pflegekräfte in hohem Maße belasten. Großen psychischen Stress stellt die Situation dar, wenn Pflegekräfte der NICU ehemaligen extrem Frühgeborenen auf anderen pädiatrischen Stationen wiederbegegnen. Einige Pflegekräfte arbeiten zudem nicht nur im stationären Setting, sondern auch als betreuende Pflegekraft in der Nachsorge. Sie besuchen Eltern und ihr frühgeborenes Kind nach Beendigung des Klinikaufenthaltes und können so hautnah miterleben, wie sich die ehemaligen Frühgeborenen entwickeln. Sehen sie sich mit einem unerwartet schlechten Outcome konfrontiert, empfinden sie dies als große Belastung und zweifeln an der Richtigkeit der zuvor in der Klinik getroffenen Entscheidungen. Einige der befragten Pflegenden gaben, wahrscheinlich unter dem Eindruck dieser Erfahrungen, im Fragebogen an, dass sie, sollten sie selbst mit extremer Frühgeburtlichkeit konfrontiert sein, kein Perinatalzentrum aufsuchen bzw. auf eine lebenserhaltende Therapie ihres extrem frühgeborenen Kindes verzichten würden. Die spätere Lebensqualität ihrer Patient_innen und die möglicherweise dauerhaft hohe Belastung für die Familien ist für sie ständig präsent.

Durch den kontinuierlichen Fortschritt der Intensivmedizin können immer kleinere Frühgeborene behandelt werden – daher wurden Pflegende mit längerer Berufserfahrung befragt, ob für sie die Ungewissheit eher noch zugenommen habe. Einige Teilnehmende berichten in diesem Zusammenhang von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Eltern, so dass dadurch selten eine Behandlung unter 23 SSW stattgefunden habe, andere hingegen berichten von einer zunehmenden Ungewissheit, ob die Therapie nicht teilweise zu weit gehe. Mehrfach genannt wird, dass nicht unbedingt die Ungewissheit zugenommen habe, jedoch in den letzten Jahren durch weniger Pflegepersonal für mehr Patient_innen

die Qualität der Versorgung leide und dies Einfluss auf das Outcome der Kinder habe. Die Befragten sehen im Fortschritt der Medizin aber gleichwohl hauptsächlich eine Chance, optimale und entwicklungsfördernde Aspekte in die Pflege miteinzubeziehen.

Alle 13 Teilnehmenden der Studie berichten, dass sie es schon erlebt haben, dass Pflegekräfte sich kritisch hinsichtlich der Versorgung extrem unreifer Frühgeborener geäußert haben. Zehn von ihnen hatten schon einmal das Gefühl, dass sie, wissend um die Morbiditätsrate, die intensivmedizinische Therapie extrem unreifer Frühgeborene für sich eigentlich nicht vertretbar finden.

Schlussbetrachtung

Pflegende auf einer NICU sind häufig in emotional prägende Momente involviert. Von den Gedanken und Sorgen, die sie auf der Arbeit erleben, können sich einige von ihnen auch zu Hause nicht lösen. Das führt häufig zum Nachdenken über die allgemeinen Möglichkeiten der Versorgung von extrem Frühgeborenen. Die Literatur zeigt, dass diese Gedanken vor allem dann auftreten, wenn Pflegende an einer Therapieverlängerung zweifeln. In der neonatologischen Intensivmedizin wird die Versorgung von extrem kleinen Frühgeborenen nicht mehr nur durch die zur Verfügung stehende Technologie begrenzt, sondern auch von ethischen und moralischen Überlegungen. Da die Prognosemöglichkeiten und das Outcome der Kinder ungewiss sind, schwerwiegende Entscheidungen jedoch getroffen werden müssen, wird moral distress im Bereich der Neonatologie nicht ausbleiben können. Sowohl die Literatur als auch die hier vorgestellte Befragung spiegelt die Überzeugung vieler Pflegekräfte auf einer NICU, die spätere Lebensqualität der Kinder bei essenziellen Entscheidungen in Hinblick auf eine intensivmedizinische oder eine palliative Behandlung zu berücksichtigen; gleichwohl fällt es vielen von ihnen schwer den Begriff ‚Lebensqualität' zu definieren, da es sich um eine sehr subjektive Wahrnehmung handelt.

Strategien zur Bewältigung dieses belastenden Berufsalltags sind von höchster Bedeutung für die Pflegenden auf einer NICU. Vor allem die strikte Trennung von Beruf und Privatleben sowie das Wahren der professionellen Distanz zu den Eltern ist für viele Pflegekräfte unabdingbar. Als besonders wichtige Strategien zur Bewältigung psychisch belastender Situationen werden das Sprechen mit Kolleg_innen, Sport und der familiäre Rückhalt genannt. Im stationären Alltag bedauern einige Pflegende keine wirksamen Strategien wahrnehmen zu können, da diese aufgrund der Personalknappheit nicht umsetzbar seien. Für viele Pfle-

(C) Toshi

gende sind angebotene Supervisionen sowie die Gespräche mit stationsinternen Psycholog_innen hilfreich. Als besonders wirksame Unterstützung würden die Pflegenden mehr Personal empfinden, um mehr Zeit für die gemeinsame Reflexion von Fällen, Gespräche mit Angehörigen und eine gemeinsame Festlegung der Therapieplanung vornehmen zu können. Mehr verfügbares Personal würde auch dazu beitragen ihre Freizeit sicher planen zu können und nicht so häufig kurzfristig einspringen zu müssen (Work-Live-Balance).

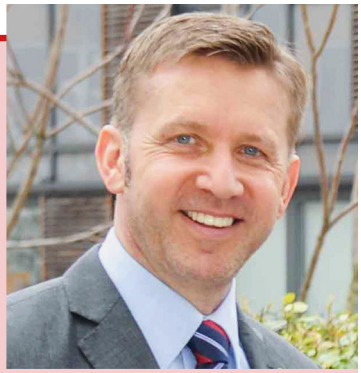
Bei der Frage, ob eine intensivmedizinische oder eine palliative Therapie eines extrem unreifen frühgeborenen Kind angeraten ist, finden in der Regel Aufklärungsgespräche zwischen den Eltern und dem medizinischen Personal statt. Darin sind neben Psycholog_innen und Mediziner_innen auch Pflegekräfte involviert. 10 der 13 Pflegekräfte sprechen sich eindeutig dafür aus, dass Gesprächsmöglichkeiten mit nur einer oder auch mehreren Pflegekräften und den Eltern geschaffen werden sollten, wenn existentielle Entscheidungen getroffen werden müssen. Sie können sich vorstellen in einer ruhigen Atmosphäre mit den Eltern über deren persönliche Wertvorstellungen und Wünsche zu sprechen und ihnen einen ‚ehrlichen und offenen' Austausch über die möglichen Folgen einer extremen Frühgeburt, wie beispielsweise eine 24-Stunden-Pflege, zu ermöglichen.

Auch für das Pflegepersonal seien solche Gesprächsmöglichkeiten sinnvoll, um die Beweggründe der Eltern für eine Maximaltherapie von Anfang an zu verstehen und deren Entscheidung besser mittragen zu können. Zudem würden etliche der befragten Pflegekräfte es als wichtig empfinden mehr in Gespräche zwischen Eltern und ärztlichem Personal einbezogen zu werden, da in diesem Fall der Behandlungsplan mit den Eltern und dem medizinischen Personal gemeinsam erstellt wird. Neun von zwölf Pflegenden geben an, dass das Konzept ‚Decision Coach' aus der Pflege für sie zu einer Verbesserung des Professionsverständnisses und zu einer Verringerung der psychischen Belastung beitragen könnte.

Autorin

Naomi van Eickels BSc
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, B.Sc.
01.10.19-31.12.21 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin auf neonatologischer Intensiv- und IMC Station (I10A/B am Klinikum Großhadern)
Seit 01.03.22 auf der Neonatologie im Klinikum St. Hedwig Regensburg
Ab 15.03.22 Beginn Masterstudium ANP (OTH Regensburg/ Evangelische Hochschule Nürnberg)
Kontakt-Mailadresse: naomivaneickels@yahoo.de

Autor



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

Literaturverzeichnis

Bäurle, Anne (2017) Weltfrühgeborenentag. Bei der Anzahl der Frühchen sieht Deutschland alt aus. Verfügbar über: https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Bei-der-Anzahl-der-Fruehchen-sieht-Deutschland-alt-aus-298384.html#:~:text=Deutschland%20hat%20eine%20der%20h%C3%B6chsten,Anlass%20der%20Weltfr%C3%BChgeborenentags%20am%2017 (Letzter Zugriff: 20.03.2022).

Bührer, Christoph; Felderhoff-Müser, Ursula; Gembruch, Ulrich; Hecher, Kurt; Kainer, Franz; Kehl, Sven; Kidszun, André; Kribs, Angela; Krones, Tanja; Lipp, Volker; Maier, Rolf F.; Mitschdörfer, Barbara; Nicin, Tatjana; Roll, Claudia und Schindler, Monika (2020) Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit. 4. Auflage. Verfügbar über: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2021-01.pdf (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Das frühgeborene Kind e.V. (2021) Pressemappe. Verfügbar über: https://www.fruehgeborene.de/presse/pressematerial (Letzter Zugriff: 20.03.2022).

Green, Janet; Darbyshire, Philip, Adams, Anne und Jackson, Debra (2018) Neonatal nurses' response to a hypothetical premature birth situation: What if it was my baby? In: Nursing Ethics 25 (7), S. 880–896. Verfügbar über: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733016677871 (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Green, Janet; Darbyshire, Philip, Adams, Anne und Jackson, Debra (2017) Qualitiy versus quantity: The complexities of quality of life

determinations for nenonatal nurses. In: Nursing Ethics: Jg. 24 (7) S. 802–820. Verfügbar über: https://doi.org/10.1177%2F0969733015625367 (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Green, Janet; Darbyshire, Philip, Adams, Anne und Jackson, Debra (2015) The myth of the miracle baby: how neonatal nurses interpret media accounts of babies of extreme prematurity. In: Nursing Inquiry: Jg. 22 (3) S. 273–281. Verfügbar über: https://doi.org/10.1111/nin.12095 (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Kern, Helene (2013) Das entwicklungsneurologische Langzeit-Outcome sehr kleiner Frühgeborener mit proteinreichem postnatalem Nahrungsaufbau. Verfügbar über: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/15467/1/Kern_Helene.pdf (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Mills, Manisha und Cortezzo, Donna-Maria E. (2020) Moral distress in the Neonatal Intensive Care Unit: What is it, why it happens, and how we can address it. In: Frontiers in Pediatrics: Jg. 8 (581) S. 1–10. Verfügbar über: file:///C:/Users/chve1/AppData/Local/Temp/fped-08-00581.pdf (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Prentice, Trisha; Janvier, Annie; Gillam, Lynn und Davis, Peter G. (2016) Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. In: Arch Dis Child: Jg. 101 (8) S. 701–708. Verfügbar über: https://adc.bmj.com/content/archdischild/101/8/701.full.pdf (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Ravens-Sieberer, Ulrike und Otto, Christiane (2020) Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Verfügbar über: https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i030-2.0 (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Weltärztebund (2017) Weltärztebund. Deklaration von Genf. Das ärztliche Gelöbnis. Verfügbar über: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/bundersaaerztekammer_deklaration_von_genf_04.pdf (Letzter Zugriff: 28.02.2022).

Wöhlke, Sabine und Wiesemann, Claudia (2016) Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning. In: Pflegewissenschaft Jg. 18 (5/6) S. 280–287.

FÜR ALLE DIE HOCH HINAUS WOLLEN

Sonderausbildung Pflege bei Nierenersatztherapie

Anmeldung bis 31. Juli 2022
Start am 31. Jänner 2023

Aufbaukurs Clinical Assessment

Nächster Kursstart:
8. - 9. Juni 2022 und
27. - 28. Juni 2022

Jetzt informieren unter www.bbpflegeakademie.at

BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEAKADEMIE WIEN

Der Bewegungsparcours für Senioren*innen

Ein Angebot für die soziale Teilhabe und die körperliche Fitness mit Zukunft?

In vielen europäischen Ländern leben wir in einer alternden Gesellschaft. Welche Auswirkungen das sowohl für das Gesundheitssystem als auch die medizinische und pflegerische Versorgung hat, wird vielfach untersucht. Was aber bedeutet es für das alltägliche Leben von Senioren*innen in Städten? Wie gestaltet sich die Stadtplanung besonders in Hinblick auf die Gesundheit im Alltag?

Zahlreiche Stadtverwaltungen in Deutschland - aber auch zunehmend in Österreich - haben in den letzten Jahren auf die sich verändernde Altersstruktur reagiert und versuchen gemeinsam mit Fachplaner*innen neue Infrastrukturen und Lösungsansätze für eine altersgerechte Stadt zu entwickeln. Diese Ansätze in die zukünftige Stadtplanung zu integrieren, stellt Städte vor neue Herausforderungen (Jakubowski, 2006). Öffentliche, städtische Freiräume haben eine große Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden und einen positiven Nutzen für die Erhaltung der Gesundheit der Einwohner (Bucksch et al., 2012).

Ein aktueller Planungsansatz verfolgt als Ergänzung zum etablierten Freizeitangebot in Parks und Grünanlagen, Räume zu schaffen, die speziell auf die Sport- und Spielaktivitäten älterer Menschen ausgerichtet sind. Der Kinderspielplatz - als ein bereits seit Jahren funktionierendes Bewegungs- und Freizeitangebot - wird auf Grundlage einer aus gesundheitswissenschaftlichen Sicht seniorengerechten Geräteauswahl zum Seniorenparcours umfunktioniert. Anstelle von Kinderspielgeräten werden verschiedene Fitnessgeräte aufgebaut, die auf spielerische Weise einfache Bewegungsabläufe, die Muskulatur, die Kondition und Koordination sowie das Gleichgewicht der älteren Menschen trainieren. Diese sind entweder in einem zentralen Bereich des Grünraums als Insellösung mit mehreren Fitnessgeräten angeordnet oder verteilen sich an dezentralen Standorten über den ganzen Park. Oftmals werden die Übungen, für die das entsprechende Fitnessgerät geeignet ist, auf einer Übersichtstafel dargestellt und erklärt.

Das niederschwellige Bewegungsangebot ist für alle Interessierten frei zugänglich und kostenlos.

Bedeutung des Seniorenparcours im Alltag älterer Menschen

Es gibt aktuell nur wenige Nutzungsanalysen, die sich damit beschäftigen, ob das Bewegungsangebot auch wirklich von der Zielgruppe der über 60-Jährigen Menschen angenommen wird. Dennoch überzeugt viele Städte und Gemeinden das in sich schlüssige und gut entwickelte Konzept Seniorenparcours und wurde deshalb von ihnen als neu-

Seniorenparcours in einer bayerischen Kleinstadt, Quelle: eigenes Foto 2021

es Bewegungsangebot für ältere Bürger*innen im Freiraum mit steigender Tendenz umgesetzt. Für die weitere Stadtplanung ist es deshalb umso wichtiger herauszufinden, ob der Seniorenparcours ein nachhaltiges und zukunftsfähiges Konzept für die nächsten Jahre darstellt. Dazu wurden im Rahmen einer qualitativen Suchstudie älteren Menschen nach ihren individuellen Meinungen, Gefühlen und Eindrücken gefragt.

Alltagsgespräche - Konstituierung erster Rahmenbedingungen

Es wurden mit 127 älteren Menschen ab 60 Jahren strukturierte Alltagsgespräche in der unmittelbaren Nähe zu einem Seniorenparcours geführt. Nach der Auswertung der Gedächtnisprotokolle zeigte sich, dass nur drei der Gesprächspartner*innen aktiv und regelmäßig die Geräte nutzen. Gänzlich unbekannt waren die Standorte mit den Geräten für 36 Personen.

In den meisten Gesprächen war die Angst der Senioren*innen vor den Blicken und Meinungen andere Menschen während der Nutzung der Geräte ein wichtiges Kriterium für die ablehnende Haltung gegenüber dem Seniorenparcours. Menschen, die nicht am Standort sesshaft sind und somit auch wenig andere Personen dort kennen, nahmen das Angebot häufiger an. Die anonyme Nutzung der Geräte scheint eine geringere Hemmschwelle aufzuweisen. Weiterhin stellt sich eine Mischung der Nutzergruppen als schwierig heraus. Besonders Kinder wurden dabei als eher störend empfunden. Auch die Aneignung des öffentlichen Raumes für die eigenen Bedürfnisse stellt eine große Hürde für viele ältere Menschen dar. Sie fühlen sich oft nicht im Recht, den Platz für sich selbst zu beanspruchen und verlassen ihn dann lieber, als sich mit anderen Nutzergruppen zu konfrontieren.

Zusammenfassend ist die Nutzung des Seniorenparcours aktuell als sehr gering zu bewerten. Aus den Ergebnissen der Gesprächsauswertung wird dennoch sichtbar, dass zahlreiche ältere Menschen ein Grundinteresse zeigten und sich mit dem Thema auseinandergesetzt haben sowie Argumente für bzw. gegen eine Nutzung anführen konnten.

Parkerprobung – selbst ausprobieren und fühlen

Die meisten Menschen, mit denen die Alltagsgespräche geführt wurden, haben selbst einen Seniorenparcours noch nie genutzt. Verändert sich die Wahrnehmung nach einer aktiven Nutzung?

Ein Seniorenkreis mit zwölf Mitgliedern betätigte sich eine Stunde aktiv an den Geräten eines Parcours. Die Interviewpartner*innen im Rahmen des anschließenden Gruppeninterviews setzten sich aus acht Frauen und einem Mann zusammen. Das Alter der Teilnehmer*innen war zwischen 62 und 84 Jahren. Die Ergebnisse des Gruppeninterviews zeigten, dass für die meisten Personen der Gruppe eine nochmalige Nutzung des Parcours nicht in Frage kommen würde. Den Ausschluss einer erneuten Nutzung kommunizierten vor allem Senioren*innen, die eine hohe Mobilität aufwiesen. Hingegen sah nahezu die gesamte Gruppe nach einer Verbesserung bzw. Weiterentwicklung des Konzeptes das Potential, die Akzeptanz des Bewegungsangebotes bei älteren Menschen deutlich zu erhöhen.

Hierbei wurde die zielgruppenspezifische Beteiligung im Planungsprozess als ein wichtiger Baustein gesehen. Ältere Menschen wollen gefragt werden, welche Bedürfnisse und Ansprüche sie haben. Die Art und Weise der Ausführung solcher Angebote sollte nicht nur von der Stadtverwaltung, der Politik und den Planern*innen entschieden werden. Wichtige Faktoren für eine höhere Akzeptanz wären, eine klare Definition der Zielgruppe und deren räumliche Abgrenzung sowie die Fokussierung der Ausrichtung. Grundsätzlich zeigten die Ergebnisse der Gruppendiskussion, dass Angebote zu Sport und Bewegung von älteren Menschen angenommen werden. Dieses erfolgt jedoch nur, wenn das Bewegungsangebot gezielt auf die Bedürfnisse der definierten Zielgruppe (z. B. mobile ältere Menschen, Hochbetagte) angepasst ist. Sowohl eine Unterforderung als auch eine Überforderung im Rahmen der Gerätenutzung wirkt abschreckend und führt zu einer Nicht-Nutzung.

Auch Angebote wie die Möglichkeit zur Kommunikation und Etablierung des Parcours zu einem Treffpunkt würden die Nutzung für Senioren*innen attraktiver machen. Einer Mischnutzung in Form von Kombinationsangeboten für Kinder und ältere Menschen stand die Gruppe jedoch kritisch gegenüber. Eine große Rolle spielte hierbei die Angst vor der Fremdwahrnehmung anderer Bevölkerungsgruppen. Auch die mögliche Aneignung des Raums durch diese Gruppen und Verdrängung der älteren Menschen wird befürchtet. Das eigene Altersbild wurde im Interview klar definiert. Die Gruppe sieht sich als ältere Menschen, die

sowohl fit und mobil sind als auch eigenständig agieren können und wollen. Somit wird von ihnen auch ein dementsprechendes Angebot erwartet.

Zusammenfassend empfand die Gruppe bei der aktuellen Nutzung des Parcours das Bewegungs- und Freizeitangebot Seniorenparcours nicht als für ihre Zielgruppe passend ausgerichtet. Die Akzeptanz ist eher gering. Sollte der Parcours jedoch besser an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden, sieht die Gruppe für das Angebot eine Chance, sich stärker zu etablieren. Dazu sind gestalterische und inhaltliche Veränderungen des Seniorenparcours notwendig.

Aktueller Effekt - `Nicht-Nutzung`

Grundlage für die Nutzung eines Angebotes wie dem Seniorenparcours ist es, dass ältere Menschen es auch wahrnehmen und akzeptieren. Dafür ist es wichtig zielgruppenspezifische Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Dieses ist bei generalisierten Konzepten, die durch ein stereotypes Altersbild geprägt sind, jedoch meistens nicht der Fall.

Da der öffentliche Freiraum und somit auch der Seniorenparcours von älteren Menschen ungern für ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen genutzt werden, entsteht eine weitere Hemmschwelle. Andere Nutzergruppen verdrängen oftmals nur durch ihre Anwesenheit und ohne aktives Handeln die Senioren*innen. Der Raum wird dann nicht weiterhin für sich selbst beansprucht, sondern für andere Menschen und deren Interessen freigegeben.

Ein weiterer Faktor, der eine Nicht-Nutzung bedingt, ist, dass zahlreiche ältere Menschen als Kind nicht auf einem (öffentlichen) Spielplatz gespielt haben und auch noch nie in einem Fitnessstudio aktiv waren. Der Seniorenparcours ist für diese Menschen eine komplett neue Erfahrung. Anknüpfungspunkte zu vertrauten Freizeit- und Bewegungsaktivitäten aus der Vergangenheit bzw. Elemente, die als Alltagsbewegungen bekannt sind, gibt es kaum. So werten Senioren*innen für sich selbst die sportliche Bewegung an Fitnessgeräten als nicht dem Altersbild entsprechend. Mögliche Reaktionen und Blicke von außen verschärfen diesen Konflikt.

Verstärkend kommt hinzu, dass sich das Altersbild in den letzten Jahren stark verändert hat und viele ältere Menschen Schwierigkeiten haben, für sich selbst ihren Platz in der Gesellschaft zu finden. Dabei ist die Angst vor der Fremdwahrnehmung und die Unsicherheit des neuen Rollenverhältnisses von Senioren*innen in der Gesellschaft im Zusammenhang mit dem Bewegungsangebot sehr präsent. Da die Bewegungen im Alter eine andere Dynamik haben als in jungen Jahren, fürchten viele ältere Menschen sich lächerlich zu machen.

Veränderung als Chance?

Verschiedene nationale und internationale Studien zur Nutzungsstruktur von öffentlichen Parkanlagen zeigen, dass ca. ein Drittel der Besucher Menschen über 60 Jahren sind. Somit kann davon ausgegangen werden, dass ein grundsätzliches Interesse dieser Zielgruppe besteht, städtische Grünanlagen zu nutzen (Aparicio, 2009). Dabei gelten Parks und Parkanlagen als Orte, welche älteren Menschen sehr vertraut sind, aber vielfach lediglich in altersstereotyper Weise wie beispielsweise dem Sitzen auf Bänken genutzt werden (Diketmüller et al., 2012).

Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigten, dass die städtischen Akteure nicht das Ziel fokussieren, Fitnessgeräte zu installieren, die ein Ganzkörpertraining analog dem Angebot eines Fitnessstudios abdecken. Das Bewegungsangebot wurde bewusst niederschwellig gewählt. Der Fokus liegt vielmehr auf dem Zusammenkommen von Menschen in Verbindung mit spielerischen Bewegungen an Koordinationsgeräten. Dabei geht es nicht darum ein möglichst hohes Fitnesslevel zu erreichen, sondern durch die aktive Bewegung an den Geräten, sowohl Freude zu empfinden als auch bei einer regelmäßigen Nutzung Erleichterungen bei Alltagsbewegungen zu spüren. Weiterhin wird in der Etablierung des Seniorenparcours eine Chance gesehen, für ältere Menschen einen Treff- und Kommunikationsraum zu schaffen. Die soziale Teilhabe von Senioren*innen könnte so – neben der körperlichen Gesundheit - gefördert werden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass die Bedeutung des Seniorenparcours im alltäglichen Leben älterer Menschen aktuell sehr gering ist. Der Mehrwert und der konkrete Nutzen der Anlage werden von ihnen nicht wahrgenommen. Seine Wichtigkeit wird als niedrig empfunden und nicht als unmittelbare Bereicherung für das eigene Leben gewertet. Dennoch bietet das Konzept Seniorenparcours das Potential, sich als städtischer Kommunikations- und Bewegungsraum zu etablieren. Hierfür werden jedoch die Weiterentwicklung und Modifikation des Konzeptes unerlässlich sein.

Verwendete Literatur

Aparicio, EH. (2009): Study biosaludables circuits for senior in Spain: a study of geriatric parks for elderly people in Spain. Med Sci Physical Activ Sport, 9(33):25-38.

Bucksch, J., Claßen, T., Geuter, G. & Budde, S. (2012): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung – ein Leitfaden. Bielefeld : LZG.NRW.

Diketmüller, R.; Kolb, B.; Mayrhofer, R. & Studer, H. (2012): Gemma raus! Gesundheitsfördernde Mitmachaktionen für ältere Frauen und Männer in Bewegungsparks. Abschlussbericht. Wien.

Jakubowski, P. (2006): Stadt ohne Infrastruktur heißt Stadt ohne Zukunft. In: Informationen zur Raumentwicklung. Heft 5.2006. Abgerufen von http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/IzR/2006/Downloads/5Jakubowski.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Autorin

Hilbig, Sandra, Dipl. Ing. MSc.
Tätigkeit / derzeitige Funktion:
Baumanagerin, Bundesanstalt für Immobilienaufgaben, München

Email-Adresse:
Sandra.hilbig@gmx.net

(C) Christoph Liebentritt

Pflege von wohnungs- und obdachlosen Menschen – Konzeptionelle Grundlagen

Ein Zuhause zu haben ist ein menschliches Grundbedürfnis. Es ist ein Ort der Geborgenheit, des Schutzes sowie der individuellen Entfaltung des menschlichen Daseins, damit eine wesentliche Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden. Menschen, die kein Zuhause haben, die längerfristig von Obdach- oder Wohnungslosigkeit betroffen sind, haben einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als andere Bevölkerungsgruppen (Trabert 2018).

Aufgrund der komplexen multiplen physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen und sozialen Schwierigkeiten dieser Zielgruppe ist die gesundheitliche Versorgung von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen besonders herausfordernd: Die Nutzer:innen begegnen aufgrund ihrer oftmals schlechten Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem den „Profis“ zunächst misstrauisch. Die Interaktion ist auch deshalb herausfordernd, weil diese häufig von Gefühlen von Scham, Unzulänglichkeit und Angst geprägt ist sowie Sprach- und Verständigungsbarrieren überwunden werden müssen (Omerov et al. 2020). Demgegenüber steht der Befund, dass die gesundheitliche Regelversorgung obdach- und wohnungsloser Menschen nur in seltenen Fällen an deren spezifische Lebenslagen angepasst ist, und nicht immer den eigentlichen Problemlagen der Betroffenen entspricht (Schreiter et al. 2020; Trabert 2018).

Die o.g. Problematik betrifft im Besonderen auch die pflegerische Versorgung von wohnungs- und obdachlosen Menschen: Sie findet nur äußerst selten Eingang in entsprechende Fachliteratur oder gar Lehrbücher (Stehling 2008). Damit muss auch von einer Leerstelle in der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden ausgegangen werden.

Ausgehend von dem Anliegen, die fachlichen Anforderungen der Pflegenden im neunerhaus Gesundheitszentrum, einem niederschwelligen Angebot für obdach- und wohnungslose Menschen in Wien, konzeptionell zu rahmen, wurde ein sog. „Fachkonzept für die Pflege“ in Zusammenarbeit mit dem Team des neunerhaus Gesundheitszentrum erarbeitet (s. Abbildung 1). In diesem Beitrag

werden die zentralen Grundlagen des ausgewählten Konzepts vorgestellt und sein grundsätzliches Potenzial, als handlungsleitender Rahmen für die Pflege obdach- und wohnungsloser Menschen ausgelotet.

Entwicklung eines Fachkonzepts als Prozess

Im Rahmen des Auftrags an die GÖG, einen konzeptionellen Rahmen für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum im Rahmen eines partizipativen Prozesses zu erstellen, wurden folgende Anliegen formuliert: Das Fachkonzept für die Pflege soll neben fachlichen-funktionalen Anforderungen auch die notwendigen Haltungen von Pflegepersonen im Kontext von Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit sowie Vorgangsweisen beschreiben, durch die sich die Haltungen der Pflege realisieren. Ebenso sollen beeinflussende Aspekte auf die Arbeit der Pflegenden deutlich werden, um daraus Rückschlüsse auf die notwendigen Rahmenbedingungen für die Pflege in diesem Kontext ziehen zu können.

Um diesen Anliegen nachzukommen wurde, ergänzt von Literaturrecherche und -analyse, ein Workshop mit den Pflegenden des neunerhaus Gesundheitszentrums durchgeführt: Zunächst wurden die strukturellen Gegebenheiten der Zielgruppe der Pflege, die pflegespezifischen Schwerpunkte sowie die Arbeitsprozesse erhoben. Dabei wurden bereits An- und Herausforderungen für die Pflegenden, aber auch ihr Pflegeverständnis und ihre Haltungen deutlich. Anhand dokumentierter Fallgeschichten war eine Konkretisierung der Spezifika der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum möglich.

Abbildung 1: Das neunerhaus Gesundheitszentrum

Das neunerhaus Gesundheitszentrum
Das neunerhaus Gesundheitszentrum in Wien ermöglicht Menschen, die keine Krankenversicherung haben, obdach- bzw. wohnungslos sind, oder die in prekären Wohnsituationen leben und eine gesundheitliche Beeinträchtigung haben, einen niederschwelligen Zugang zu medizinischer, pflegerischer oder anderer therapeutischer Versorgung. Dafür steht ein Team aus Allgemeinmediziner:innen, Sozialarbeiter:innen, Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Peermitarbeiter:innen, einem Psychiater sowie einer DGKP mit psychiatrischer Zusatzqualifikation, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Zahnärztlichen Assistentinnen bzw. Assistenten zur Verfügung (neunerhaus). Darüber hinaus findet eine Zusammenarbeit mit einer Vielzahl an Kooperationspartnerinnen und -partnern statt. Die „Philosophie“ des neunerhaus Gesundheitszentrums basiert auf einem humanistischen Menschenbild und zeichnet sich durch Offenheit, Wertschätzung, kritisches Denken, Vorurteilsfreiheit, Innovations- und Kooperationsbereitschaft sowie Verantwortungsbewusstsein aus (neunerhaus). Um diesen Anspruch einlösen zu können, wurden im Laufe des Bestehens die Arbeitsprozesse im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit so geregelt, dass sie einerseits die Versorgungsqualität im Sinne der Sicherheit der Nutzer:innen gewährleisten und andererseits sinnvolle Arbeitsabläufe der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie Reflexionsräume sicherstellen.

Zugang zur pflegerischen Versorgung finden die Nutzer:innen des neunerhaus Gesundheitszentrums oftmals über den Weg einer „chronischen Wunde“. Inkontinenz, Immobilität und ein Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten wie sich zu waschen, zu kleiden und zu pflegen, sind ebenfalls typische pflegerelevante Problemlagen. Pflegende stehen auch „bei Notfällen“ als Teil des interprofessionellen Teams bereit. Der Beitrag der Pflegenden zur gesundheitlichen Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen ist anspruchsvoll und vielseitig und unterscheidet sich in vieler Hinsicht von pflegerischen Anforderungen in anderen Settings.

Auf der Basis der so gewonnen Einsichten zu fachlichen Anforderungen, zum Pflegeverständnis und der speziellen Rolle, die den Pflegepersonen in diesem Setting zukommt, erschien es naheliegend, ihre Arbeit mit dem „Person-Centred Practice Framework“ konzeptionell einzufassen. Ebenfalls berücksichtigt wurden dadurch Schnittmengen sowie Abgrenzungen zu anderen Berufen der Wohnungslosenhilfe. Im Folgenden sollen zentrale Aspekte dieses Modells skizziert und aufgezeigt werden, inwiefern es als Fachkonzept geeignet ist, um die pflegerische Arbeit im Setting der pflegerischen Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen theoretisch zu rahmen.

Das Modell „Person-Centred Practice Framework“

Das Modell „Person-Centred Practice Framework“ (PCP-Mo-

dell) ist ein Konzept mit mittlerer Reichweite, das auf einem normativen Wertesystem basiert (Grossmann et al. 2018). Das zugrunde liegende Verständnis des Personseins („Personhood“) nimmt im Wesentlichen auf folgende vier Aspekte des menschlichen Seins Bezug: „being in relation“, „being in a social world“, „being in place“ und „being with self“ (McCormack/McCance 2016). Die Grundwerte, die das Konzept tragen, sind insbesondere Verständnis, Respekt und die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung des Menschen. Das PCP-Modell lehnt sich an das Struktur-, Prozess- und Ergebnismodell von Donabedian (1980) an und umfasst folgende Dimensionen (McCormack/McCance 2006): Voraussetzungen, die sich auf Eigenschaften der Pflegepersonen konzentrieren, Umgebung der Pflege, personzentrierte Pflegeprozesse sowie personzentrierte Resultate. Im Modell berücksichtigt werden ebenso übergeordnete Faktoren auf der Makroebene, welche die Umsetzung personzentrierter Versorgung ebenfalls mitbeeinflussen. Dazu zählen die Ausrichtung der Gesundheitspolitik und der Personalentwicklung auf internationaler und nationaler Organisationsebene, Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse sowie Lern- und Unterstützungsmodelle (Grossmann et al. 2018). Allerdings wird auf diese Dimension des Modells hier nicht näher eingegangen.

Entwickelt wurde das PCP-Modell unter der Federführung der beiden Pflegewissenschaftler:innen Brendan McCormack und Tanya McCance, die sich zunächst unabhängig voneinander mit personzentrierter Pflegepraxis beziehungsweise mit Caring in der Pflege auseinandersetzten (Grossmann et al. 2018). Später führten sie die Resultate ihrer Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zusammen und entwickelten gemeinsam das Person-Centred Nursing Framework (McCormack/McCance 2006). Im Laufe ihrer gemeinsamen Forschungstätigkeit wurde deutlich, dass dieses Modell über die pflegerische Versorgung hinaus auch allgemein als Grundlage für eine personzentrierte Gesundheitsversorgung dienen kann (McCormack/McCance 2016). Das hatte zur Folge, dass nun auch der Zusammenhang mit strukturellen Bedingungen auf Meso- und Makroebene stärker Berücksichtigung findet und das Modell in „Person-Centred Practice Framework“ umbenannt wurde (Grossmann et al. 2018).

Das PCP-Modell kann als normativer, fachlicher Orientierungsrahmen von Fachpersonen, Teams oder ganzen Organisationen nutzbar gemacht werden (Grossmann et al. 2018). Dass Personzentriertheit als Kernkompetenz des Gesundheitspersonals und als Schlüsselkomponente der Qualität der Gesundheits- und Primärversorgung anzusehen ist, wird auf internationaler Ebene auch von der WHO hervorgehoben (WHO 2007). Personenzentriert zu pflegen bedarf bestimmter Voraussetzungen, die alle Pflegenden in gewissem Maß mitbringen und ständig weiterentwickeln müssen. Im folgenden Abschnitt werden diese Voraussetzungen mit Blick auf obdach- und wohnungslose Menschen näher ausgeführt.

Voraussetzungen für eine personzentrierte Pflege

Personzentrierte Pflege setzt fachliche Kompetenz voraus. Diese umfasst das reflektierte berufliche Fach- und Erfahrungswissen, die Fertigkeiten sowie die professionelle Haltung, die Pflegende dazu befähigen, den Versorgungsansprüchen gerecht zu werden (Grossmann et al. 2018). Die professionelle Haltung schließt immer auch eine ethische Perspektive ein. Eine zentrale Bedeutung kommt im PCP-Modell auch dem Engagement für die Aufgabe zu. Damit ist gemeint, dass sich Pflegende für eine evidenzbasierte, umfassende pflegerische Versorgung einsetzen und eine Vorstellung davon haben, wie diese Erkenntnisse gewonnen werden (Rycroft-Malone et al. in Grossmann et.al, 2018).

Um im Kontext von Obdach- und Wohnungslosigkeit eine adäquate pflegerische Hilfe und Unterstützung anbieten zu können, die auch angenommen wird, ist eine konsequente Orientierung an der Lebenswelt sowie an den aktuellen Handlungsmöglichkeiten der Nutzer:innen notwendig. Das bedeutet, dass Pflegepersonen nicht immer nach fachlichen Standards oder linearen Strategien arbeiten können. Vielmehr bedarf es der Fähigkeit, mit einem hohen Maß an Nicht-Planbarkeit umzugehen und einen Habitus der Aufmerksamkeit zu entwickeln, um gemeinsam mit der jeweiligen Nutzerin bzw. dem jeweiligen Nutzer die Handlungsoptionen in der aktuellen Situation auszuloten. Ein weiterer wesentlicher Aspekt einer personzentrierten Versorgung ist Selbstkenntnis und Klarheit über die eigenen Werte und Überzeugungen zu haben. Personzentrierte pflegerische Versorgung setzt voraus, dass Pflegenden bewusst ist, inwiefern sich die eigenen Ansichten auf ihre und die Entscheidungen der Nutzer:innen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung auswirken (Grossmann et al. 2018). Mehr noch als in anderen Settings sind Pflegende im Rahmen der Versorgung

von obdach- und wohnungslosen Menschen mit Situationen an der Grenze von Tabuverletzung, an der Grenze des Zumutbaren, von Scham und Ekel und eigener Betroffenheit konfrontiert. Auf der einen Seite gilt es, den Nutzerinnen und Nutzern mit Offenheit und Wertschätzung auf Augenhöhe zu begegnen, auf der anderen Seite benötigen Pflegende strukturierte Reflexionsmöglichkeiten auch im Sinne der Selbstsorge, um mit ihren eigenen Emotionen, denen ja immer auch Werte und Überzeugungen zugrunde liegen, adäquat umgehen zu können. Zwischenmenschliche Fähigkeiten zu haben bedeutet im Rahmen des PCP-Modells in erster Linie die Fähigkeit der Pflegenden, auf verschiedenen Ebenen mit anderen kommunizieren und in verbale und nonverbale Interaktion treten zu können, um die Situation anderer zu verstehen. Dies setzt ein ehrliches Interesse an der Person selbst und ihren besonderen Lebensumständen voraus (Stehling 2008). Im Rahmen der Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen geht es auch im Wesentlichen darum, eine Anbindung an einen „verlässlichen Ort" zu ermöglichen, wo Nutzer:innen darauf zählen können, Hilfe zu bekommen, und wo ihnen ein integritätsstiftender (bzw. -erhaltender) Umgang zuteil wird. Wie wichtig diese Haltung und diese Kompetenz gerade im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen von hoher Bedeutung sind, haben beispielsweise McCabe et al. (2001) in ihrer Studie herausgestellt.

Umgebung der Pflege

Im PCP-Modell wird berücksichtigt, dass das Praxisumfeld bzw. die Arbeitsumgebung einen großen Einfluss auf die Umsetzbarkeit der personzentrierten Pflege hat und das größte Potenzial besitzt, personzentrierte Prozesse zu fördern, zu verbessern oder sie zu behindern (McCormack 2004). Um den vielfältigen Versorgungsbedarfen wohnungs- bzw. obdachloser Menschen in personzentrierter Weise gerecht zu werden, bedarf es einem angemessenen Skill-Mix und dass das multiprofessionell zusammengesetzte Team die Expertise aller Beteiligten wertschätzt und um gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse bemüht ist (Grossmann et al. 2018). Es geht aber nicht nur um eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Team, sondern auch um die Einbindung der Nutzer:innen. Dies ist ein zentraler Aspekt, der wesentlich zur Zufriedenheit im Kontext der pflegerischen Versorgung obdach- und wohnungsloser Menschen beiträgt (McCabe et al. 2001, zitiert nach Stehling 2008, S. 379). Eine gute Arbeitsumgebung als wesentliche Voraussetzung für eine personzentrierte Versorgung fordert nicht nur einen angemessenen Skill-Mix sondern auch effektive Teambeziehungen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sich die handelnden Akteurinnen und Akteure die Verantwortung teilen, indem sie die Perspektive der jeweils anderen Berufsgruppe aktiv miteinbeziehen (Grossmann et al. 2018).

Personzentrierte Versorgung stellt hohe Anforderungen an das Team, insbesondere im Kontext von Obdach- und Wohnungslosigkeit. Deshalb ist eine unterstützende Organisation wesentlich, um diese vielfältigen Anforderungen meistern und die geforderte Fachlichkeit und Haltung realisieren zu können. Eine unterstützende Organisation kann mitunter dadurch charakterisiert werden, dass sie die Initiative, Kreativität, Freiheit und Sicherheit von Personen fördert (Grossmann et al. 2018). Unter diesen Voraussetzungen, ist es möglich, dass das Team ein Potential für Innovation und Risikobereitschaft entwickelt, was ebenfalls einen wichtigen Aspekt einer personzentrierten Versorgung darstellt (ebda.). Dieser Aspekt impliziert, dass Fachpersonen Verantwortung für ihr professionelles Handeln übernehmen, indem sie in ihre Entscheidungsfindung unterschiedliche Quellen miteinbeziehen und diese gegeneinander abwägen können (ebd.). Im Kontext der Obdach- und Wohnungslosikheit sind Pflegende oftmals mit komplexen Situationen und eines auf den ersten Blick oft schwer einschätzbaren Allgemeinzustands der Nutzer:innen konfrontiert. In solchen Situationen sind Pflegende gefordert, sehr rasch mögliche Konsequenzen abzuschätzen und auf Basis einer Begründung, die insbesondere die lebensweltliche Situation der Betroffenen miteinbezieht, zu entscheiden. Auch die physische Umgebung ist ein wichtiger Einflussfaktor für das Gelingen personzentrierter Versorgung. Dabei spielen unter anderem Ästhetik und Funktionalität, die einander nicht ausschließen sollten, eine Rolle (Grossmann et al. 2018). Die Herausforderung im Kontext der ambulanten Versorgung obdach- und wohnungsloser Menschen bezüglich dieser Anforderung kann vielleicht darin gesehen werden, dass keine zusätzlichen Barrieren aufgebaut werden.

Patientenzentrierte Caring-Prozesse und Resultate

Mit Werten und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten arbeiten, stellt ein zentrales Prinzip personzentrierter Caring-Prozesse dar. Dabei geht es darum, sich am Sinnerleben der Menschen, die

einen Pflege- und Versorgungsbedarf haben, zu orientieren (Grossmann et al. 2018). Im Kontext der Pflege von wohnungs- bzw. obdachlosen Menschen gilt es zu bedenken, dass Gesundheit häufig nicht im Fokus der Aufmerksamkeit dieser Personengruppe steht. Wichtig ist, dass Pflegende neben einer pflegefachlichen Kompetenz auch über einen kenntnisreichen Blick auf die lebensweltliche Situation von wohnungs- und obdachlosen Menschen verfügen, um diese bei Entscheidungen berücksichtigen zu können. Adäquate personzentrierte Prozesse verlangen, engagiert im Kontakt zu sein mit pflegebedürftigen Personen, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen (Grossmann et al. 2018). Die Herausforderung dabei ist, die Person, die sich oftmals hinter all den augenscheinlichen Problem- und Bedarfslagen verbirgt, zu erkennen, sie wahrzunehmen, sie zu respektieren, ihr wohlwollend zu begegnen. Mitfühlende Präsenz bzw. eine verstehende Zuwendung und ein verlässliches Gegenüber sind ebenfalls wichtige Aspekte einer personzentrierten Gesundheitsversorgung. Gerade für obdach- und wohnungslose Menschen kann diese professionelle Haltung eine Unterstützung dabei sein, einen verstehenden Zugang zu sich selbst zu finden sowie einen interessierten Blick auf die Welt auszubilden, und bestenfalls das Selbstvertrauen, in dieser Welt eigene Pläne für die Zukunft zu entwickeln, umzusetzen (Steckelberg 2021). Dazu trägt auch ein weiterer Aspekt personzentrierter Caring-Prozesse bei, nämlich professionell umfassend zu pflegen. Dies impliziert die Berücksichtigung und den Einbezug sowohl der physischen als auch der psychischen, soziokulturellen und spirituellen Dimension des Menschen (Grossmann et al. 2018). In der Pflege von wohnungs- bzw. obdachlosen Menschen rückt der Fokus dieser Vieldimensionalität des Menschen in ein besonderes Licht, da Nutzer:innen oftmals Verluste in allen Dimensionen erleiden oder erlitten haben.

Wie auch die Erfahrungen der Pflegenden im neunerhaus Gesundheitszentrum zeigen, erfolgt die Kontaktaufnahme bzw. der erste Vertrauensaufbau häufig über köperbezogene Pflegehandlungen, sei es über die Unterstützung bei der Körperpflege oder über das Verbinden einer Wunde. Dabei geht es darum, WIE diese Pflegesituationen gestaltet werden. Eine besonders sensible Herangehensweise, die durchaus sehr viel Zeit in Anspruch nehmen kann, ermöglicht beiden Seiten, die Aspekte von Nähe und Distanz zu berücksichtigen, wodurch Selbstwert und Würde aller Beteiligten gewahrt bleiben kann. Gerade weil obdach- und wohnungslose Menschen oftmals gleichzeitig von physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen und sozialen Schwierigkeiten betroffen sind, ist es wichtig, im interdisziplinären Team gemeinsame Entscheidungen zu treffen, die Perspektive aller ins Auge zu fassen (Grossmann et al. 2018). So kann es auch gelingen, dass obdach- und wohnungslose Menschen wieder in die Regelversorgung zurückfinden und sich auch ihre soziale Situation verbessert (Trabert 2018).

Im Rahmen des PCP Modells wird auch bei den personzentrierten Resultaten der Fokus auf alle beteiligten Personen gelegt. Ein Aspekt dabei betrifft positive Pflegeerfahrungen, nicht nur jener Menschen, die professionelle Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, sondern auch auf Seiten der Fachpersonen (Grossmann et al. 2018). Einbezogen sein in die Pflege ist ein weiteres zentrales Anforderungsmerkmal personzentrierter Resultate. Wie die Erfahrungen der Pflegenden des neunerhaus Gesundheitszentrums zeigen, bewirkt das Einbeziehen auch, dass die obdach- und wohnungslosen Menschen die pflegerischen Interventionen besser verstehen und Behandlungsempfehlungen befolgen (Compliance). Mitunter setzen sich diese sogar aktiv ein, um gemeinsam gesetzte Ziele zu erreichen (Adhärenz). Einbezogen sein bedeutet aber auch, wahr- und wichtiggenommen zu werden, und dies ist wiederum ein wesentlicher Aspekt, der zur Wahrung der Würde und Integrität der Menschen beiträgt (Pfabigan 2011). Wie in vielen anderen Caring-Theorien ist auch im Rahmen des PCP-Modells Wohlbefinden ein zentrales Resultat der Pflege (Grossmann et al. 2018). Wohlbefinden herzustellen, Sicherheit und ein Gefühl des Aufgehobenseins herzustellen - und sei es auch nur auf eine kurze Zeitspanne begrenzt - liegen auch im Kontext der Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen im Einflussbereich der Pflegenden. Erreicht wird Wohlbefinden hier insbesondere durch Eingehen auf individuelle Bedürfnislagen, eine verstehende und fürsorgliche Zuwendung sowie einen wertschätzenden, vorurteilsfreien Umgang. Nicht zuletzt gehört eine gesundheitsfördernde Kultur zu den personzentrierten Resultaten im Rahmen des PCP-Modells (Grossmann et al. 2018). „Gesundheitsfördernd“ meint hier weniger einzelne gesundheitsfördernde Handlungen als vielmehr eine Kultur, die die Menschen in ihrer Persönlichkeit berücksichtigt. Zudem werden in einer gesund-

heitsfördernden Kultur partnerschaftliche Beziehungen gelebt und Entscheidungen gemeinsam getroffen. Der Führungsstil in dieser Kultur unterstützt Innovation und Veränderung und trägt aktiv dazu bei, dass Mitarbeitende ihre Arbeit als sinnstiftend ansehen und trotz der gegebenen Anforderungen gesund bleiben (ebda.).

Zusammenfassende Überlegungen zum Potenzial des PCP-Modells in diesem Arbeitsfeld

Die Anschlussfähigkeit der theoretischen Rahmung der pflegerischen Arbeit im neunerhaus Gesundheitszentrum durch das PCP-Modell wurde schließlich im Rahmen eines Workshops mit Mitgliedern des interprofessionellen Teams zur Diskussion gestellt.

Es ging darum, Pflege abseits von „Aufgaben“ und „Tätigkeiten“ als zentralen Baustein verortet zu wissen, und zudem über das Handeln der Pflege in den Kern des professionellen Selbstverständnisses vorzudringen. Das Fachkonzept wurde hierfür als sehr hilfreich erachtet, erlaubt es doch, den Anforderungen und Kompetenzen der Pflege entsprechend Ausdruck zu verleihen. So wurde mit dem Fachkonzept ein wichtiger Schritt zur Entwicklung des Berufsprofils einer professionellen Pflege in der Wohnungslosenhilfe bzw. der Pflege von vulnerablen Gruppen geleistet. Davon ausgehend können über das neunerhaus Gesundheitszentrum hinaus, in anderen Settings wo Nutzer:innen mit ähnlichen Problemlagen versorgt werden, die Leistungen der Pflege und die damit verbundenen Anforderungen beschrieben werden.

Dank

Wir danken Frau Ajoki Kajo, DGKP, und Dr. Stephan Gremmel, stellvertretend für das Team

Autorin

Dr.in Doris Pfabigan
Studium der Philosophie, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Langjährige Tätigkeit in der stationären und ambulanten Langzeitpflege, seit 2002 Mitarbeit in unterschiedlichen Forschungs- und Umsetzungsprojekten zu Migration, Gesundheitsthemen, Palliative Care, Ethik in der Akut- und Langzeitpflege, Curriculum- und Praxisentwicklung sowie als Lektorin an unterschiedlichen Bildungseinrichtungen tätig. doris.pfabigan@gmx.at

Autorin

Marion Bajer, MSc
Akad. Pflegepädagogin, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Absolventin des Masterstudienlehrgangs für Palliative Care an der PMU Salzburg. Langjährige Tätigkeit als DGKP, sowohl im Akut- als auch im ambulanten Langzeitpflegebereich sowie im Case- und Caremanagement.
Seit 2008 als Lehrende tätig. Darüber hinaus an der Gesundheit Österreich GmbH als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit den Arbeitsschwerpunkten Berufs- und Curriculumentwicklung und Entwicklung von Qualifikationsprofilen tätig.

Autorin

Priv. Doz.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH
DGKS; Gesundheits- und Pflegewissenschafterin; Leiterin der Abteilung Gesundheitsberufe an der Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Forschung, Lehre und Publikation zu den Themen Hospizarbeit und Palliative Care, Pflege und Versorgung im Alter, Forschung mit vulnerablen Gruppen, Bedarfsorientierte Entwicklung von Gesundheitsberufen; Sabine.pleschberger@goeg.at

des neunerhaus Gesundheitszentrums Wien, für wertvolle Anregungen zu diesem Beitrag sowie für die gute Zusammenarbeit bei der Erstellung des Fachkonzepts.

Literatur:

Donabedian, Avedis (1980): The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Bd. 1. Health Administration Press, Ann Arbor

Grossmann, Florian F.; Schäfer, Ursi Barandun; Lieshout, Famke van; Frei, Irena Anna (2018): Personenzentriert pflegen am Universitätsspital Basel. In: PADUA 13/1:7-12

McCabe, S.; Macnee, C. L.; Anderson, M. K. (2001): Homeless patients‘ experience of satisfaction with care. In: Arch Psychiatr Nurs 15/2:78-85

McCormack, B. (2004): Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. In: Journal of clinical nursing 13/3a:31-38

McCormack, Brendan; McCance, Tanya (Hg.) (2016): Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice. John Wiley & Sons, Oxford

McCormack, Brendan; McCance, Tanya V. (2006): Development of a framework for person-centred nursing. In: Journal of Advanced Nursing 56/5:472-479

neunerhaus Armut macht krank. Krankheit macht arm [Online]. https://www.neunerhaus.at/konzepte/neunerhaus-gesundheitszentrum/ [Zugriff am 25.11.2021]

neunerhaus Konzepte, Organisation, Leitbild [Online]. https://www.neunerhaus.at/konzepte/organisation/leitbild/ [Zugriff am 25.11.2021]

Omerov, P.; Craftman Å, G.; Mattsson, E.; Klarare, A. (2020): Homeless persons‘ experiences of health- and social care: A systematic integrative review. In: Health & social care in the community 28/1:1-11

Pfabigan, Doris (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. hpsmedia, Wien

Schreiter, S.; Gutwinski, S.; Rössler, W. (2020): Wohnungslosigkeit und seelische Erkrankungen. In: Der Nervenarzt 91/11:1025-1031

Steckelberg, Claudia (2021): Prozesse sozialer Ausschließung von wohnungslosen Mädchen und Frauen: eine anerkennungstheoretische Perspektive. In: Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit. Hg. v. Anhorn, Roland; Stehr, Johannes. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden. S. 953-S. 968

Stehling, Heiko (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit – Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe. In: Soziale Ungleichheit und Pflege Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Hg. v. Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas. VS Verlag für Sozialwissenshaften, WiesbadenS. 375-395

Trabert, Gerhard (2018): Obdachlosigkeit und Gesundheitsversorgung. In: Public Health Forum 26/4:352-356

WHO (2007): People-centred Health Care. A policy framework. Hg. v. World Health Organization. Western Pacific Region, Genf

Angelika Feichtner

Palliativpflege

für Pflege- und andere Gesundheitsberufe

facultas 2022
6., überarbeitete und erweiterte Auflage
352 Seiten, broschiert
EUR 36,90 (A) / 35,90 (D) / sFr 45,30 UVP
ISBN 978-3-7089-2167-9
e-ISBN 978-3-99111-481-9

Den letzten Lebensweg würdevoll beschreiten
In der Pflege von schwer kranken und sterbenden Menschen sind spezielles Wissen, fachliches Können und eine respektvolle, achtsame Haltung, aber auch eine gelingende Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen entscheidend. Das vorrangige Ziel palliativer Betreuung ist das größtmögliche Wohlbefinden der Patient:innen.

Dieses Buch liefert die Grundlagen für die Pflege und Betreuung von Patient:innen in palliativen Situationen und bietet Anleitung und Unterstützung für Gesundheitsberufe.

Die 6. Auflage ist vollständig überarbeitet, berücksichtigt neue Entwicklungen beim assistierten Suizid sowie Tötung auf Verlangen in Europa und vertieft die Kapitel zum deliranten Syndrom, zu Schmerz und Demenz.

Angelika Feichtner, Hilde Kössler
Palliative Wundversorgung in der Praxis

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

Angelika Feichtner
Palliativpflege in der Praxis
Wissen und Anwendungen

facultas 2021
3., überarb. und erweiterte Auflage
248 Seiten, 2-farbig, broschiert
EUR 23,90 (A)
23,10 (D) / sFr 29,10 UVP
ISBN 978-3-7089-2135-8
e-ISBN 978-3-99111-342-3

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

FACHTAGUNG

Wir danken für die Zusammenarbeit

Donnerstag, 13. Oktober 2022

PFLEGE DIGITAL

Potentiale und Herausforderungen

Campus Rudolfinerhaus ■ Billrothstraße 80, 1190 Wien
T +43 1 360 36 6510 ■ www.campus-rudolfinerhaus.ac.at

CAMPUS RUDOLFINERHAUS

	Moderation: Mag.ª Dr.in Berta Schrems, M.A. Priv. Doz.in
ab 9.00	Registrierung
9.30	Begrüßung **Anja Patschka, BA MSc** *Direktorin – Campus Rudolfinerhaus*
9.45 – 10.30	Pflege 4.0 – Was können wir von der Industrie 4.0 lernen? **Dipl.-Psych. Gerhard Risch** *Geschäftsführender Gesellschafter – Omnid Consulting GmbH, Hamburg*
10.30	Pause
11.00 – 11.45	Potentiale und Grenzen von Technik in der Pflege **Dr. Jan C. Zöllick** *Wissenschaftlicher Mitarbeiter – Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité - Universitätsmedizin Berlin*
11.45 – 12.15	Pflegepraxiszentrum Hannover – die Station der Zukunft **Dr.in Regina Schmeer** *Pflegewissenschaftlerin und Projektleitung – Medizinische Hochschule Hannover*
12.15	Mittagspause
13.30 – 14.00	Möglichkeiten und Chancen von digitalen Gesundheitsdiensten anhand des Projekts WAALTer Wien **Dipl.-Ing.in (FH) Angelika Rzepka** *Scientist und Projektleitung – AIT Austrian Institute of Technology GmbH, Standort Graz*
14.00 – 14.30	Pflegepraxiszentrum Nürnberg – digitale Technologien auf dem Prüfstand **Manuela Füller, M.A.** *Geschäftsführende Leitung der Dienste für Senioren – DIAKONEO KdöR, Neuendettelsau*
14.30	Pause
15.00 – 15.30	Serious Game App "Take Care" – Digitalisierung in der Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildung **Manuela Hacker, BSc MSc & Markus Halbwachs, BSc** *Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen Bachelorstudiengang Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege – FH Wiener Neustadt*
15.30 – 16.15	Ethische und anthropologische Reflexionen zur Digitalisierung in der Pflege **Prof. Dr. Hartmut Remmers** *Seniorprofessor – Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg*
16.15 – 16.30	Zusammenfassung und Ausblick

Inhalte

Die Auswirkungen des digitalen Wandels sind in allen Lebensbereichen spürbar. Auch in die Pflege ziehen zunehmend digitale Technologien ein. Deren Entwicklung und Einsatz wird häufig durch den wachsenden Fachkräftemangel begründet sowie durch den Wunsch, Pflegende zu unterstützen: Durch die Befreiung von anstrengenden oder repetitiven Tätigkeiten will man mehr Raum für menschliche Zuwendung schaffen. Gleichzeitig steht der zunehmende Einsatz digitaler Technologien im Widerspruch zum Berufsbild der Pflege, das Fürsorge ins Zentrum der Arbeit stellt, denn er birgt die Gefahr einer größeren Distanz, einer Entfremdung zwischen Patient*innen und Pflegenden sowie einer Entmenschlichung von Patient*innen. So gesehen können digitale Technologien auch ein Hindernis für die Interaktionsarbeit in der Pflege darstellen.

In dieser Fachtagung wird der Frage nachgegangen, was die zunehmende Digitalisierung für die Pflege und die Pflegeausbildung bedeutet, welche Potentiale und Herausforderungen digitale Technologien in der Pflege mit sich bringen und welche Voraussetzungen vorhanden sein müssen, damit die Bedürfnisse von Patient*innen und Pflegenden Beachtung finden.

Zielgruppe

Pflegende aus der Praxis, Manager*innen, Lehrende, Pflegewissenschafter*innen, Studierende

Kosten

€ 210,– (195,– für Anmeldungen bis 13.8.2022)*

€ 200,– (185,– für Anmeldungen bis 13.8.2022)* für Mitglieder des RudolfinerInnen-Alumniverein Campus Rudolfinerhaus

*Alle angegebenen Preise verstehen sich exkl. 10 % USt.
Tagungsgebühr beinhaltet Tagungsband, Mittagsbuffet und Pausenverpflegung

Ort

Campus Rudolfinerhaus, Billrothstraße 80, 1190 Wien

Information und Anmeldung

Campus Rudolfinerhaus
Mag.ª Christina Zlamala
E c.zlamala@campus-rudolfinerhaus.ac.at
T +43 1 360 36 6520

Ihre Anmeldung schicken Sie bitte bis spätestens 6.10.2022 an die oberhalb angegebene E-Mailadresse.

Stornobedingungen

Eine kostenfreie Stornierung der Anmeldung ist schriftlich per E-Mail bis spätestens 15.9.2022 möglich. Bei Stornierung ab 16.9.2022 bis 29.9.2022 werden 50% der Teilnahmegebühr in Rechnung gestellt. Bei Nichterscheinen und/oder Stornierung ab 30.9.2022 werden 100% der Teilnahmegebühr in Rechnung gestellt. Es kann ein*e Ersatzteilnehmer*in genannt werden. Eine Rückerstattung der Teilnahmegebühr wegen krankheitsbedingter Nichtteilnahme erfolgt nur bei Vorlage einer ärztlichen Bestätigung unter Einbehaltung einer Bearbeitungsgebühr von 25%.

Änderungen vorbehalten, Stand März 2022

KÄRNTEN University of Applied Sciences

GESUNDHEITS- UND PFLEGEMANAGEMENT

DAS GESUNDHEITSWESEN VON MORGEN MANAGEN

Das Studium befähigt, aktiv und lösungsorientiert Herausforderungen im Gesundheitswesen anzunehmen. Spezialwissen über das sensible Arbeitsumfeld im Gesundheits- und Pflegebereich gepaart mit Kompetenzen aus dem Management machen Sie zum Experten.

„Wer das Gesundheitssystem nicht nur mitgestalten, sondern innovativ und kreativ weiterentwickeln will, ist am Bachelorstudiengang Gesundheits- und Pflegemanagement genau richtig. Durch unsere Vernetzung in die Praxis und das hohe Niveau in der Theorieausbildung bringen wir genau die Zutaten mit, die dafür von Nöten sind."

FH-PROF. MAG. DR. KLAUS WETTL
Studiengangsleitung

FATCS

Bachelorstudiengang, Vollzeit & Berufsbegleitend, 6 Semester
Ausbildung nach § 65a GuKG
(Führend in der Pflege)

VZ: Mo. – Fr. ganztägig, teilweise samstags
BB: 6 Blockwochen pro Semester
(Mo. – Sa.: 08:30 – 19:45 Uhr)

AUFNAHMEVERFAHREN

Bewerbung bis 31. August erbeten

Schriftlicher Aufnahmetest

Persönliches Gespräch

UNSER STUDIENANGEBOT

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 (BB)

VZ = Vollzeit | BB = Berufsbegleitend

Jetzt bewerben!

KONTAKT

T: +43 5 90500-4101
M: gpm@fh-kaernten.at
W: www.fh-kaernten.at/gpm

TAG DER OFFENEN TÜR

6. Mai 2022 I 15:00 - 19:00 Uhr
Campus Feldkirchen

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

www.lautlos-verein.org

THE CHANCE

Ein Film von Manuela Federl

SPIEL ZWISCHEN LEBEN UND TOD

Idee & Story **Manuela Federl**
Schnitt & Bild **Simon Tasek**
Kamera **Oliver Indra, Jens Börner, Muhammed Pehlic**
Ton **Jeannine Felzmann**
Audiomischung **Bernhard Lohner**
Grafik **Gerhard Buchegger**
Color **Alexander Vexler**
Filmmusik **Kim Planert**

lautlos e.V.
BACKBONE FILM
OFFICIAL SELECTION Docs Without Borders Film Festival 2021
55. hofer filmtage 2021
OFFICIAL SELECTION Cannes World Film Festival 2021
OFFICIAL SELECTION Better World Film Festival 2021
Grey & Yellow
österreichisches film institut ÖFI
DOPPELKOPFSTUDIO

Student*in (GuKP) in geringfügiger Beschäftigung

1060 Wien
Stundenweise
Aushilfe, Minijob, Nebenjob

Informationen zur offenen Position

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien ist eine hochspezialisierte Fachklinik für den gesamten Verdauungstrakt und urologischen Bereich, Onkologie und Psychosomatik.

Zur Unterstützung des Pflegebereichs suchen wir ab sofort interessierte und engagierte Studierende (Gesundheits- und Krankenpflege) in Beschäftigung auf geringfügiger Basis.

- Du möchtest dein zukünftiges Berufsfeld im Alltag kennenlernen?
- Du hast eine gute Beobachtungsgabe?
- Du willst du Dir neben dem Studium etwas Geld dazuverdienen?

Wenn das auf Dich zutrifft, dann bist du bei uns genau richtig!

Dein Aufgabengebiet

- Unterstützung des Pflegeteams durch deine Anwesenheit
- Notfälle rechtzeitig melden und die Pflegekräfte informieren
- Unterstützende Hilfestellung bei Tätigkeiten, die patientennah erfolgen (z. B. Bedürfnisse der Patient*innen erfragen und weiterleiten)
- Umsetzung der Hygienerichtlinien im Gesundheitswesen

Deine Qualifikationen

- Erfolgreiche Absolvierung des 2. Semesters des Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege
- Hohes Maß an Empathie und Verantwortungsbewusstsein
- wertschätzende Umgangsformen und Kommunikation gegenüber Patient*innen, deren Bezugspersonen und allen Berufsgruppen

Deine Vorteile bei uns

- geringfügige Beschäftigung
- freie Zeiteinteilung
- persönliche und strukturierte Einarbeitung in ein eingespieltes Team
- ein wertschätzendes Arbeitsklima und gute interprofessionelle Zusammenarbeit
- Kennenlernen von Prozessen und Arbeitsabläufen in einem Krankenhaus
- zentrumsnahe Lage und eine gute Verkehrsanbindung

Alle weiteren Details, Information und Abläufe erfährst du beim Kennenlern-Gespräch.

Das monatliche Bruttogehalt beträgt € 455,-- für eine geringfügige Beschäftigung im Ausmaß von 40 Monatsstunden.

Deine Kontaktmöglichkeiten

Wenn wir dein Interesse geweckt haben, freuen wir uns über deine Bewerbung direkt über unser Karriereportal.
Im Falle von Rückfragen steht die Pflegedirektion gerne zur Verfügung.

- Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien, Stumpergasse 13, 1060 Wien
- pflegeteam.wien@bhs.at
- +43 1 59988 3100

LANDES GESUNDHEITS AGENTUR

Gesund und gepflegt. Ein Leben lang.

Stellenausschreibung
Bereichsleitung Pflege

Die NÖ Landesgesundheitsagentur ist das gemeinsame Dach für alle 27 NÖ Klinikstandorte sowie 50 NÖ Pflege-, Betreuungs- und Förderzentren. Ein innovatives Arbeitsumfeld, langfristige Job-Perspektiven sowie Top-Ausbildung und Karrierechancen kennzeichnen alle unsere Standorte. Gemeinsam garantieren wir die beste Versorgung der Menschen in allen unseren Regionen – von der Geburt bis zur Pflege im hohen Alter.

Für das Universitätsklinikum Krems suchen wir ab sofort eine/n Bereichsleitung Pflege (w/m) mit 40 Wochenstunden

Als Teammitglied der Pflegedirektion sind Sie führungsverantwortlich für die bereichsübergreifende Koordination der Bettenbereiche der klinischen Abteilungen Anästhesiologischer Intensivbereich, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenabteilung, Kinder- und Jugendabteilung, Orthopädie/Traumatologie und Urologie. In den definierten Bereichen wirken Sie bei der Steuerung und Optimierung von Prozessen maßgeblich mit. Als Bereichsleitung befähigen, begleiten und unterstützen Sie die Stationsleitungen mit modernen Managementtools bei der Umsetzung strategischer und operativer Unternehmensziele. Wir suchen eine engagierte, kommunikative und in der Grundhaltung wertschätzende Person mit Organisationstalent und hoher Sozial- und Führungskompetenz.

Ihre Qualifikationen:

- Abgeschlossene Ausbildung nach den Bestimmungen des 2. Hauptstückes des GuKG und mind. 10 Jahre Berufserfahrung bzw.
- abgeschlossene Zusatzausbildung im basalen und mittleren Management oder vergleichbare Ausbildung (mind. 30 ECTS) und mind. 7 Jahre Berufserfahrung oder
- abgeschlossene Fachhochschulausbildung mit Berechtigung zur Ausübung des gehobenen Dienstes gemäß GuKG und mind. 3 Jahre Berufserfahrung
- Sozial-, Führungs-, Gestaltungs- und Managementkompetenz

Voraussetzung für eine Tätigkeit beim Land Niederösterreich ist Unbescholtenheit und ein medizinischer Impf-/Immunitätsnachweis.

Wir bieten Ihnen ein vertragliches Dienstverhältnis nach den Bestimmungen des NÖ Landes- Bedienstetengesetz (NÖ LBG) und ein attraktives Vergütungspaket mit einem monatlichen Bruttogehalt zwischen € 3.890,-- und € 4.726,-- (14malig auf Basis Vollzeit). Unser konkretes Angebot berücksichtigt sowohl Ihre berufliche Qualifikation und Erfahrung als auch individuell anrechenbare Vordienstzeiten. Als einer der größten Gesundheitsdienstleister Österreichs bietet die NÖ Landesgesundheitsagentur außerdem zahlreiche Sozialleistungen und weitere Benefits.

Gleichbehandlung ist für uns selbstverständlich **(www.noe.gv.at/gleichbehandlung)**. In Bereichen mit einem Frauenanteil unter 45% ist Frauenförderung geboten.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung bis spätestens 19. Juni 2022 unter:
karriere.noe-lga.at

Für fachliche, betriebsorganisatorische Auskünfte steht Ihnen die Pflegedirektorin Frau Annette Wachter, MMSc, unter der **Tel.-Nr.: +43 2732 9004 11200** gerne zur Verfügung. Informationen zur Betriebsführung erhalten Sie unter: **www.landesgesundheitsagentur.at**

gesund und gepflegt | m_einlebenlang | NÖ Landesgesundheitsagentur | www.noe-lga.at