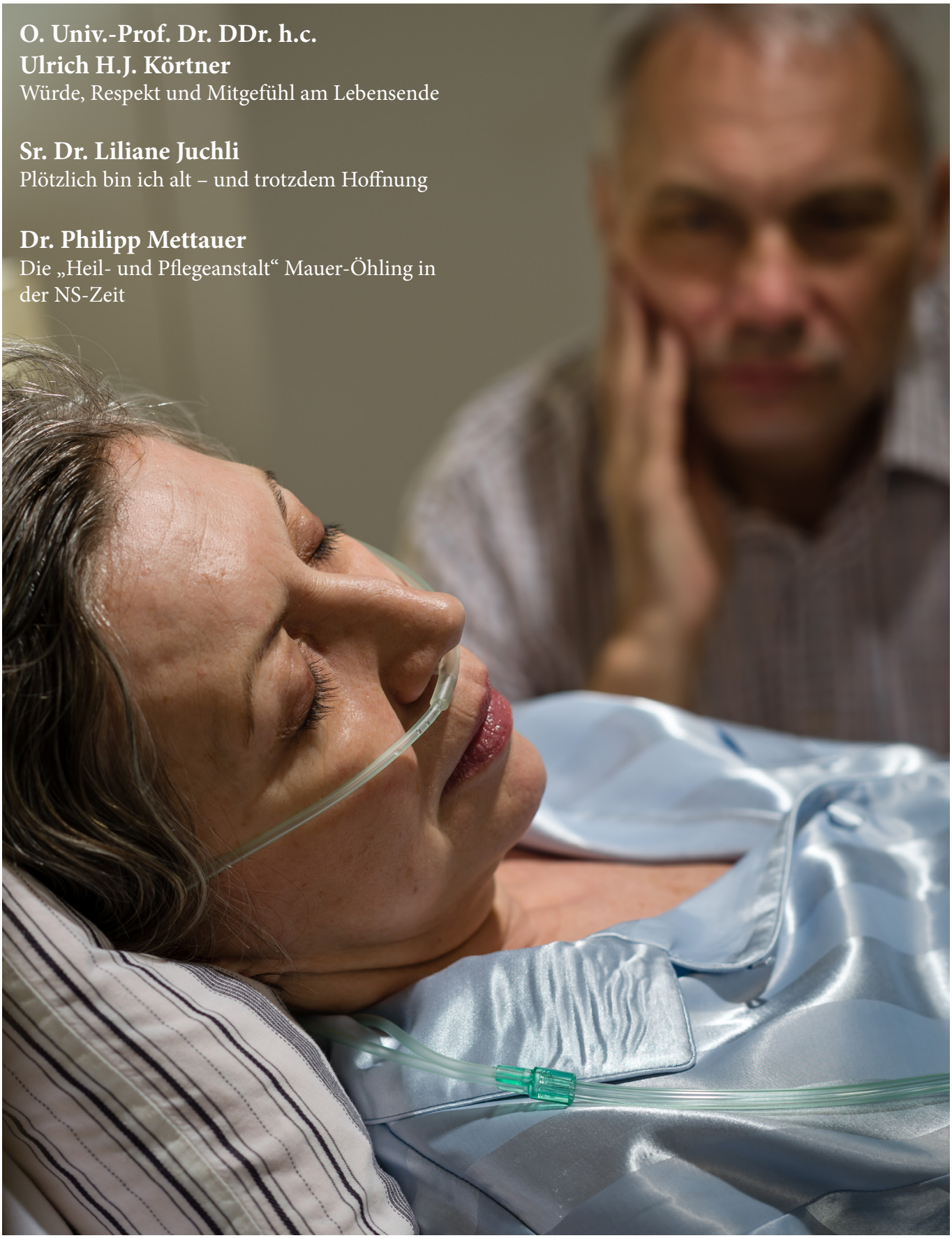
# Pflege Professionell

Das Open Source Fachmagazin für den Gesundheitsbereich Frühling 2017



**O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner**
Würde, Respekt und Mitgefühl am Lebensende

**Sr. Dr. Liliane Juchli**
Plötzlich bin ich alt – und trotzdem Hoffnung

**Dr. Philipp Mettauer**
Die „Heil- und Pflegeanstalt“ Mauer-Öhling in der NS-Zeit

Ulrich Körtner

# Grundkurs Pflegeethik

**Mit Lern-App**

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

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

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

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

## Zum Autor

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

facultas

## BILDUNG & MANAGEMENT

05 **Bevor man merkt was Sie nicht können, sind Sie eingearbeitet!**
Dr. Christoph Zulehner

09 **Gesundheitswissen für unterwegs**

11 **Nachts im Krankenhaus**
Prof. Christel Bienstein, Prof. Dr. Herbert Mayer

## PFLEGEGESCHICHTE

17 **Schloss Hartheim: Historische und aktuelle Perspektiven**
Mag. Irene Zauner-Leitner

21 **Die „Heil- und Pflegeanstalt“ Mauer-Öhling in der NS-Zeit**
Dr. Philipp Mettauer

## FACHWISSEN

29 **Würde, Respekt und Mitgefühl am Lebensende**
O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

43 **Berührung professionell eingesetzt - Die faszinierende Wirkung der Therapeutischen Berührung**
Susanne Habrdle

51 **„Demenz“ gestern - heute - morgen**
Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer

57 **Das Mutterkraut**
Mag. Katrin Schützenauer

## ERLEBEN

73 **Lust-Wandel: Sexualität im Alter**
Karin Grössing

77 **„Ich würde ja, wenn ich wüßte wie ich es schaffe...“**
Präsidentin IG Birgit Meinhard-Schiebel, Gemeinderätin & Landtagsabgeordnete

79 **Plötzlich bin ich alt – und trotzdem Hoffnung**
Sr. Dr. Liliane Juchli

63 **REZENSIONEN**


# IMPRESSUM


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

**Herausgeber**
Markus Golla, BScN

**Redaktion**
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

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

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

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

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

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

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

Titelbild (C) CandyBox Images



(C) 2017 Markus Golla, BScN

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

**Bundesministerin Dr.in Sabine Oberhauser, MAS**

## Offizielle Begrüssungsworte der österreichischen Bundesministerin zum Pflege Professionell/Franziskus Spital Symposium 2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Pflegeberufe sind die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und damit eine zentrale Säule in der Versorgung. Eine optimale, bedarfsorientierte pflegerische Versorgung sicherzustellen ist die Aufgabe der Gesundheitspolitik. Daher freut es mich, dass mit der GuKG-Novelle 2016 eine umfassende Reform der Pflegeberufe und der Pflegeausbildung herbeigeführt werden konnte, die den steigenden Anforderungen der Praxis gerecht wird.

Mit 1. Jänner 2018 startet für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes die Registrierung im Gesundheitsberuferegister, die Voraussetzung für die Berufsausübung sein wird. Damit erreichen wir europäischen Standard. Es werden erstmals Ausbildung und Fachwissen der Berufsangehörigen sichtbar, zudem erleichtert der Berufsausweis die nationale und internationale Mobilität. Mit der Einrichtung des Berufsregisters schaffen wir für die Berufsangehörigen Nachvollziehbarkeit und Transparenz. Und die Patientinnen und Patienten können darauf vertrauen, dass sie von qualifizierten Personen betreut werden.

Gesundheitsdienstleistungen sind ein dynamischer und expandierender Bereich. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung sowie mehr Gesundheitsbewusstsein lassen nicht nur die Nachfrage an Gesundheitsdienstleistungen steigen, diese sind auch hinsichtlich fachlicher Qualifikation und Qualitätssicherung stetigen Änderungen und neuen Anforderungen unterworfen.

Die „Zukunft der Gesundheits- und Krankenpflege“, mit der sich das Symposium befasst, ist daher ein stets aktuelles Thema.

Ich wünsche allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern interessante Vorträge und spannende Diskussionen!

*Sabine Oberhauser*

**Liebe Leserinnen, liebe Leser,**

Wir starten nun ins fünfte Jahr von „Pflege Professionell“ und blicken retrospektiv auf eine Berg- und Talfahrt voll mit spannenden Geschichten. Gerade diese einzigartigen Erzählungen haben uns dazu bewogen, stets nach vorne zu blicken und weiter zu machen. Wir haben auf diesem Weg Menschen mit einzigartigen Visionen, traurigen Geschichten und mutigen Handlungen kennenlernen dürfen. Viele sind wissensdurstige ForscherInnen, ExpertInnen aus der Praxis oder einfach „nur“ Menschen, die etwas zu erzählen haben. Ist diese Vielfalt des Lebens nicht wunderbar?

**Doch nicht nur im Leben gibt es eine wunderbare Vielfalt! Die Möglichkeiten mit einer abgeschlossenen Ausbildung und/oder einem abgeschlossenen Studium am Gesundheitssektor scheinen unbegrenzt!**

Nehmen wir zum Beispiel das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege (mit oder ohne BSc). Wir können auf den unterschiedlichsten Akutstationen beginnen, unterstützen ältere Menschen bei ihrem Lebensabend, übernehmen beratende Funktionen, begleiten Menschen am Ende ihrer Zeit, führen ein Team durch die Strapazen des Alltags und beschäftigen uns mit grundverschiedenen Themen. Obwohl diese Aneinanderreihung jetzt schon einen Absatz füllt, ist sie dennoch nur ein kleiner Teil unserer gewonnenen Optionen.

Egal wie sehr sich die Gesetze oder die Ausbildungen ändern, wir haben eine nahezu unbegrenzte Wahlmöglichkeit für unsere Zukunft. Dennoch gibt es diese beiden Punkte, die sich nie in unserem Handeln und Streben ändern werden: Der Fokus auf den Menschen und die Sicht das Gesamte zu erfassen.

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

*Markus Golla*

Herausgeber

**DGKP Markus Golla, BScN**

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

(C) Ulianna19970

# Bevor man merkt was Sie nicht können, sind Sie eingearbeitet!

Können Sie sich noch an die Fernsehbilder erinnern, als 1993 und 1994 in Berlin eine riesige bunte Fassadenbildinstallation errichtet wurde – exakt an der Stelle, an der das im Krieg zerstörte und 1950 vollends abgerissene Berliner Stadtschloss gestanden hatte und nun wiederrichtet wird? In originalgetreuem Maßstab sollte die Fassadenbildinstallation den Berliner Bürgerinnen und Bürgern und allen Touristen das Projekt vorstellen und dessen Wirkung anschaulich machen. Also vor allem: den Steuerzahlern den Mund wässrig machen, dass die riesige Investition sich lohnt. Die Installation war letztlich eine Werbung für den Wiederaufbau. 2015 fand das Richtfest am neuen alten Stadtschloss statt, und 2019 soll der Bau fertiggestellt sein. Worum es mir hier geht, ist die Fassadenbildinstallation. Sie ist ein wunderbares Sinnbild für den Fake wie ich in verstehe.

„Fake it until you make it“: Dieser Satz wird oft den Hochstaplern zugeschrieben und meint doch etwas ganz anderes. Der Hochstapler will absahnen; der Faker hat eine Mission. Ohne Fake würde unsere Informationsgesellschaft nicht funktionieren. Jede Karriere beginnt auf diese Weise – jeder Experte beginnt einmal, eine Rolle einzunehmen, ohne Erfahrung zu besitzen. Angesichts einer immer weiter fortschreitenden Spezialisierung gewinnt der Faker das Vertrauen des Marktes, indem er zunächst vortäuscht, was er dann tatsächlich lernt und irgendwann beherrscht. Hochstapler dagegen, haben kein Interesse an Leistung. Sie wollen aus Geltungsdrang mehr scheinen als sein. Sind sie entlarvt, endet ihr Spiel. Der Faker hingegen spielt nicht; er hat existenzielle Absichten.

Ich glaube fest daran: Der Fake ist eine unerlässliche Kulturtechnik. Er ist es schon immer gewesen, und ist es heute noch mehr als früher:

**Lesen, Schreiben, Rechnen, Faken!**

Der Unterschied ist, dass wir zwar alle über unsere Bildungswege sprechen, über das Faken, die heimliche Kernkompetenz der Erfolgreichen aber

schweigen. Für alle, die in einer sich immer schneller wandelnden Arbeitswelt erfolgreich oder überhaupt produktiv sein wollen, ist der Fake die Eintrittskarte ins Establishment. In jeder professionellen Umgebung. Angesichts einer immer weiter fortschreitenden Arbeitsteilung und Spezialisierung gewinnt der Faker das Vertrauen des Marktes, indem er zunächst vortäuscht, was er dann tatsächlich lernt und irgendwann beherrscht.

Der Fake ist also zweierlei – ein Versprechen an sich selbst und an den Markt: Ich kann, was ihr von mir erwartet, obwohl ich das noch nie bewiesen habe. Der Faker ist kein Hochstapler oder Betrüger, sondern versteht sich aufs Überleben im System. Gesellschaft und Markt verlangen den Fake, weil sie sich dann besser orientieren können. Fake ist keine negative Strategie der Kompetenzaneignung, sondern eine positive Strategie der Selbstbehauptung. Er ist ein notwendiger Schritt auf dem Weg zum Profi – erst Schein, dann Sein. Niemand faked zum Spaß, sondern weil es notwendig ist. Zu faken ist ein Zeichen, dass wir etwas wirklich können wollen. Dass wir sein wollen, was wir zu sein scheinen.

Zurück zum Berliner Stadtschloss: Auch der Faker stellt eine Fassade aus, auf der das zu sehen ist, was er zu werden verspricht – während er hinter der Fassade eifrig an der Fertigstellung oder Erweiterung seines Wissens arbeitet. Und genau darauf vertraut der Markt: Dass der Faker hinter der Fassade auch tatsächlich arbeitet, dass wirklich etwas passiert. Dass er nicht einfach eine Fassade aufstellt und sich dann von hinten bequem dranlehnt: Hurra, nun habe ich das Vertrauen gewonnen, jetzt kann ich mich ja locker machen. Die Welt vertraut darauf, dass sich hinter der Fassade Betriebsamkeit entwickelt.

Dass der Faker sich bemüht, dass er sich einsetzt. Das Gelingen ist damit natürlich nicht garantiert. Aber das ist dem Markt auch bewusst. Wie bei einer Crowdfunding-Kampagne: Alle wissen, dass es schiefgehen kann und immer mal wieder auch wirklich schiefgeht. Doch die Investoren verlassen sich darauf, dass der Gründer sich reinhängt. Und was, bitte, ist ein Gründer denn, wenn kein Faker? Er gibt ein Versprechen für die Zukunft und setzt alles daran, es erfüllen zu können. Er gibt alles, damit sein Unternehmen – und er – genauso erfolgreich werden, wie er es anstrebt und dem Markt in Aussicht stellt. Start-up-Gründer, vor allem wenn sie es zum ersten Mal tun, sind moderne Power-Faker. Und die Welt liebt sie.

Bei der Recherche zum meinem neuen Buch „Make the Fake“, bin ich auf ein ganz bezauberndes Beispiel aus dem Gesundheitswesen gestoßen: Gefunden habe ich es im Buch „Die Welt von gestern“, der

(C) alphaspirit

Autobiografie, des österreichischen Schriftstellers Stefan Zweig. Ein Werk, das einen literarisch eindringlichen, fesselnden und persönlichen Blick auf die Kultur des alten Europas wirft. Stefan Zweig schrieb dieses Buch in den Jahren 1939–1941 im brasilianischen Exil:

„Wer das Unglück hatte, besonders jung auszusehen, hatte überall Misstrauen zu überwinden. So geschah das heute fast Unbegreifliche, dass Jugend zur Hemmung der Karriere wurde und nur Alter zum Vorzug. Während heute in unserer vollkommen veränderten Zeit Vierzigjährige alles tun, um wie Dreißigjährige auszusehen und Sechzigjährige wie Vierzigjährige. Während heute Jugendlichkeit Energie, Tatkraft und Selbstvertrauen fördert und empfiehlt, musste in jenem Zeitalter der Sicherheit jeder, der vorwärts wollte, alle denkbare Maskierung versuchen, um älter zu erscheinen. Die Zeitungen empfahlen Mittel, um den Bartwuchs zu beschleunigen. Vierundzwanzig- oder fünfundzwanzigjährige junge Ärzte, die eben das medizinische Examen absolviert hatten, trugen mächtige Bärte und setzten sich, auch wenn es ihre Augen gar nicht nötig hatten, goldene Brillen auf. Nur damit sie bei ihren ersten Patienten den Eindruck der Erfahrenheit erwecken könnten. Man legte sich lange schwarze Gehröcke zu und einen gemächlichen Gang und wenn möglich ein leichtes Embonpoint [Körperfülle, dicker Bauch, d. A.], um diese erstrebenswerte Gesetztheit zu verkörpern. Und wer ehrgeizig war, mühte sich, dem der Unsolidität verdächtigen Zeitalter der Jugend wenigstens äußerlich Absage zu leisten. Schon in der sechsten und siebenten Klasse weigerten wir uns, Schultaschen zu tragen, um nicht mehr als Gymnasiasten erkenntlich zu sein. Und benützten stattdessen Aktenmappen.“

Anfang des 20. Jahrhunderts war es unter den jungen Wiener Ärzten also üblich, sich Vollbärte wachsen zu lassen und goldene Brillen zu tragen, obwohl sie gar nicht schlecht sahen. Mit diesen „Masken“ wollten die jungen Ärzte erreichen, dass sie älter, erfahrener und weiser aussahen – um gegenüber den Patienten mehr Autorität ausstrahlen zu können und von ihnen ernst genommen zu werden. Kurz um sich das Vertrauen der Patienten zu erwerben.

Neben dem Wissen, ist Vertrauen der Werkstoff der Informationsgesellschaft. Fehlt dieses Vertrauen können Systeme auch scheitern. Erinnern wir uns an den Sozialismus in seiner Ausprägung vor 1989. Es ist hinter der Fassade deutlich zu wenig passiert. Der Markt, die Menschen vertrauten jedoch darauf – und wurden enttäuscht. „Wenn die so tun, als würden sie uns bezahlen, dann tun wir so, als ob wir arbeiten!“ Das Erfolgsrezept einer modernen Dienstleistungsgesellschaft sieht jedoch anders aus. Dort herrscht Erfolgsdruck. Eine „Wir tun so, als ob“-Haltung ohne echten Antrieb kann sich in einer freien Marktwirtschaft kaum jemand erlauben. Unsere Prozesse und Mechanismen sehen das nicht vor. Und genau deshalb vertraut auch der Markt darauf, dass wir nicht nur so tun, als ob wir arbeiten, sondern tatsächlich knüppeln. Dass die Leinwand mit der Fassadenbildinstallation irgendwann fällt und dahinter tatsächlich das entstanden ist, was das große Zielbild versprochen hat.

Faker oder Hochstapler? Ich will es mal so formulieren: Der Faker will wirklich werden, was er vorgibt zu sein. Der Hochstapler will nur gewinnen. Bilden Sie sich ihre eigene Meinung!

Autor des Buches
„Make the Fake - Warum Erfolg die Täuschung braucht“

christoph.zulehner
INSPIRATION. POSITION. ERFOLG.

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

# christoph zulehner

INSPIRATION. POSITION. ERFOLG.

Am 1.Mai erscheint im ORIOL-Verlag, Deutschland das neue Buch von Christoph Zulehner.
Die These ist provokant. Die Ergebnisse überraschend:
**Fake ist kein Betrug, sondern eine Kulturtechnik.**

**Lesen,**
**schreiben,**
**rechnen,**
**faken!**

Vortäuschen, etwas zu können, noch bevor man es richtig kann. Den Experten spielen, ohne es schon zu sein. Sich maskieren, um das Vertrauen des Marktes zu gewinnen.

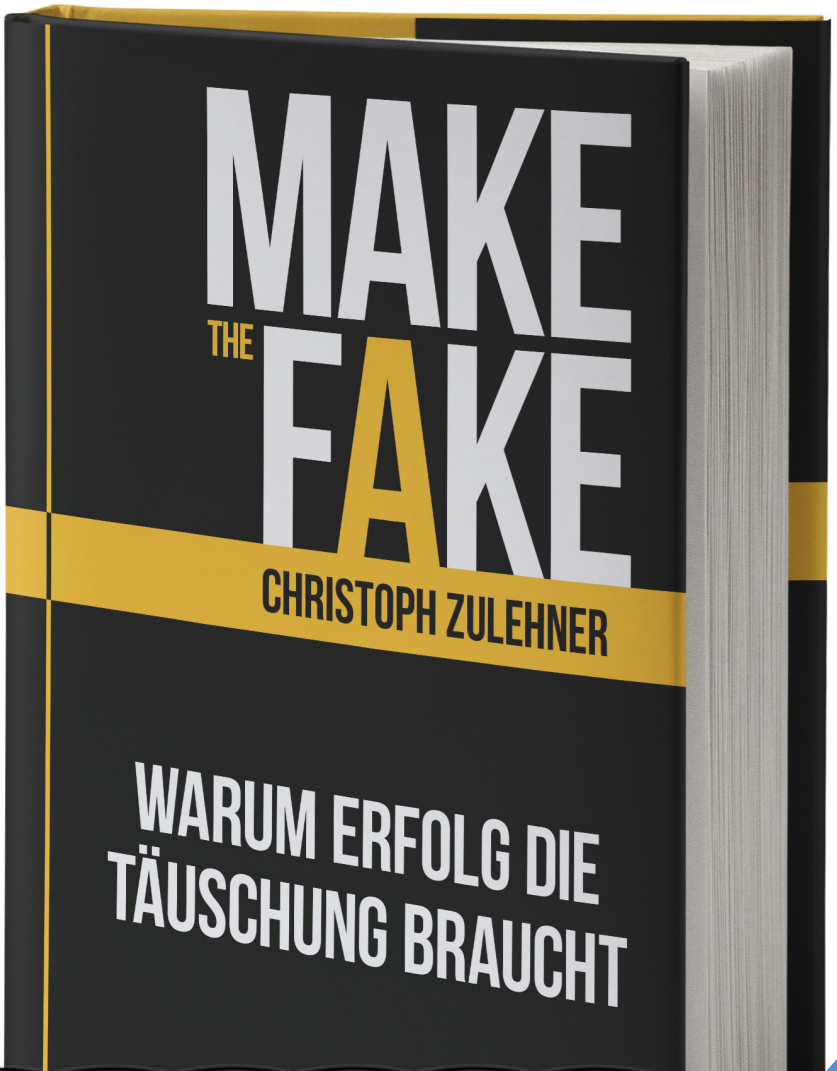
Fake it until you make it!
Jeder macht es – keiner redet darüber.
Bis jetzt!

Mit seinem neuen Buch nimmt sich Christoph Zulehner eines der spannendsten Tabuthemen unserer Zeit an.

Sind Faker Betrüger?

Oder ist der Fake eine unabdingbare Notwendigkeit um in einer Wissensgesellschaft überleben zu können?

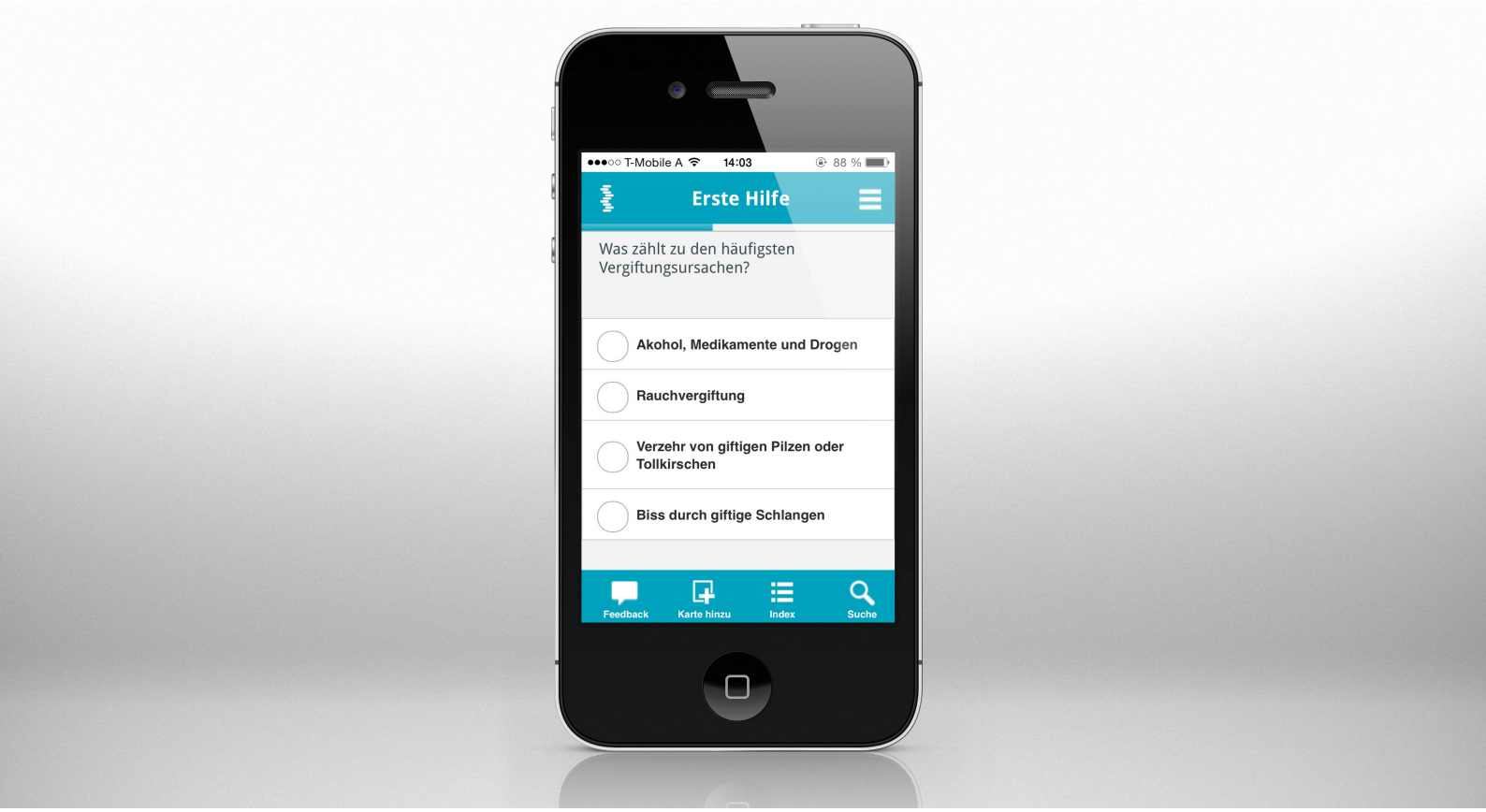
Auch erhältlich als ungekürzte Hörbuchausgabe. Gelesen von Carlos Lobo, der Synchronstimme von Antonio Banderas und Javier Bardem.



**Jetzt vorbestellen und Buch oder Hörbuch sichern!**
**Erhältlich auf AMAZON oder www.make-the-fake.com**

**Buch**
Hardcover | 292 S. | 15,5 x 23,0 cm | € 24,90 [D]
ISBN: 978-3-9818048-6-7

**Hörbuch**
Sprecher: Carlos Lobo
6 CDs | € 16,90 [D]
ISBN: 978-3-9818048-5-0




# Gesundheits-Wissen für unterwegs Die FacultasApp

## Der Ausgangspunkt

Facultas ist als Wiener Wissenschaftsverlag bekannt für seine Lehr- und Fachbücher u. a. in den Bereichen Pflege, Gesundheitsberufe und Medizin. Unter dem Label maudrich erscheinen zudem alternativmedizinische Werke, Ratgeber zu Gesundheit, Ernährung und Entspannung sowie Sachbücher aus der klinischen Medizin.

Mit der sich wandelnden Medienlandschaft verändern sich auch die Ansprüche an Literatur, an Contents und an das Lernen. Längst machen wir nicht mehr „nur“ Bücher: Ob E-Books, digitale und multimediale Begleitmaterialien, Einkauf über den Webshop, Service und Feedback über Online-Kanäle oder Social-Media-Aktionen: Viel Verlagsservice passiert inzwischen digital. Da war die Entwicklung einer passenden App ein logischer Schritt.

## Die Idee

Bücher bleiben natürlich unser zentrales Produkt. Aber sie brauchen ein Extra. Die „App zum Buch“ bietet diesen speziellen Mehrwert, einen unkomplizierten Kanal zur interaktiven Beschäftigung mit Inhalten und zum Feedback.

Die Firma KnowledgeFox bot mit ihrer Idee des MicroLearning ein passendes Umfeld. KnowledgeFox nutzt kleine Lernschritte, sogenannte Lernkarten in der Art eines Karteikartensystems, um Wissen zu strukturieren. In einzelnen Lernkarten werden Wissenshappen präsentiert, Multiple-Choice-Fragen oder offene Fragen mit zu überprüfenden Antworten gestellt oder Zusatzinformationen geliefert. Kurze Texteinheiten, die Möglichkeit Bild-, Audio- oder Videomaterial einzubinden und eine bestimmte Anzahl von Wiederholungen sorgen für optimales Lernen. Das Ziel sind kurze Inhalte, auf Smartphone und Tablet gut darstellbar.

KNOWLEDGEFOX

Genau das Richtige für einen Lehrbuchverlag. In Zusammenarbeit mit KnowledgeFox entstand so eine gebrandete App – die FacultasApp. Facultas verwaltet sie selbst und kann durch eine flexible Maske Inhalte selbst einspielen und jederzeit erweitern oder aktualisieren. Im Falle technischer Probleme unterstützt uns der Support von KnowledgeFox. Einige technische Erweiterungen entstanden durch gemeinsame Bedarfserhebung und Entwicklung.

## Wissensüberprüfung und Aha-Erlebnisse

Der Grundgedanke war eine Lern-App im engeren Sinn: Wir begannen mit Wiederholungsfragen zur Selbstüberprüfung als Extra zu Lehrbüchern der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Lernkarten und -fragen folgen dem Aufbau und Lernziel der Bücher und ermöglichen die spielerische Wiederholung am Smartphone, Tablet oder PC – eine gute Vorbereitung auf Prüfung oder Praktikum und eine sinnvolle Wissensauffrischung für die Praxis. Kurse zu Gesundheits-Manuals, Lehrbüchern aus Medizin und Naturwissenschaft kamen hinzu.

Inzwischen haben wir, um die Flexibilität der App maximal zu nutzen, das Angebot auf Ratgeber und Sachbücher erweitert. Zum einen ermöglichen Multiple-Choice-Quizzes unterhaltsame Wissenserweiterung und Aha-Erlebnisse. Zum anderen nutzen wir die Infokarten auch für Einkaufslisten zu Rezepten aus unseren Koch- und Ernährungsbüchern – als praktische Buch-Ergänzung für unterwegs. Als jüngste Neuzugänge konnten wir kürzlich die ersten Einkaufslisten-Sammlungen zur Reihe maudrich. gesund essen freischalten. Diese Reihe bietet kompakte Ratgeber zur Ernährung bei unterschiedlichen Krankheitsbildern mit je einem großen Rezeptteil.

## So funktioniert es

Die FacultasApp ist für iOS über den AppStore und für Android über GooglePlay erhältlich und steht seit kurzem auch als Desktop-Version zur Verfügung. Wer die App gratis herunterlädt, hat Zugriff auf beliebig viele der bereitgestellten Kurse (Lernfragensammlungen und Quizzes). Nur besonders umfangreiche Kurse sind kostenpflichtig (zwischen 2 und 3 Euro pro Kurs).
Besonders spannend für Lernende ist die KnowledgeMatch-Funktion: Zwei User eines Kurses können hier gegeneinander antreten und ihr Wissen im Wettstreit überprüfen. In fünf Runden müssen je drei Fragen abwechselnd beantwortet werden – natürlich im Wettlauf gegen die Zeit. Wer mehr weiß, gewinnt.

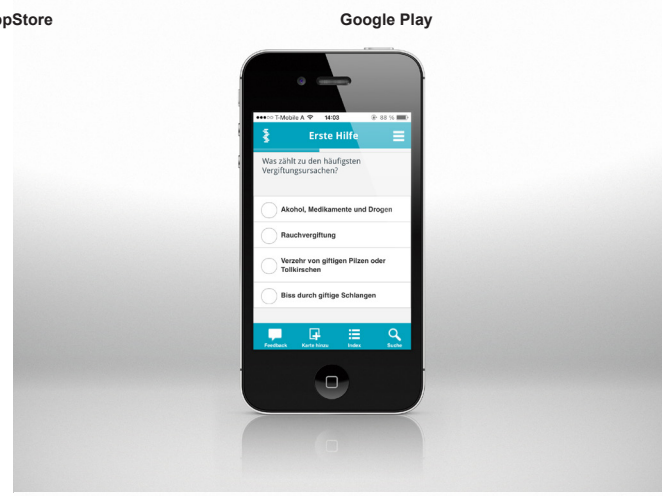
## Laufend neue Kurse

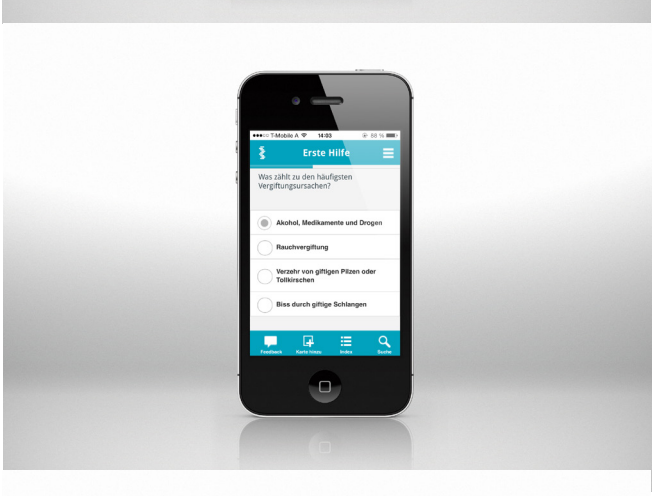
Erste Hilfe wiederholen, Fragen zum wissenschaftlichen Arbeiten beantworten, Hintergrundinfos zur Frauengesundheit erhalten oder die Zutatenlisten für gesunde Rezepte unterwegs abrufen: All das ist mit der FacultasApp bereits möglich. Die Inhalte werden laufend weiter ausgebaut und die App wird um neue Funktionen ergänzt. **Ein Service von facultas & KnowledgeFox**

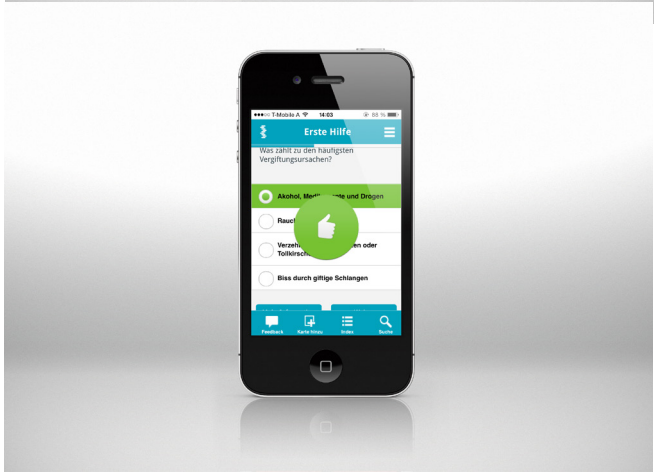
**Hier geht es zur App:**

AppStore

Google Play



# Nachts im Krankenhaus

Prof. Christel Bienstein & Prof. Dr. Herbert Mayer

## „DAS WAR DAMALS GANZ ANDERS …“

Ich erinnere mich noch genau an meine Nachtdienste in den 70er-Jahren, in denen ich mehr als 70 Patienten versorgen musste. Diese lagen zumeist in Drei- und Vierbettzimmern. Nicht selten mussten auch noch Aufgaben wie die Versorgung von Notfallpatienten mit übernommen werden. Die Patienten waren im Durchschnitt mehr als 14 Tage auf der Station, sodass die Chance bestand, in der nächsten Nachtschicht auf bekannte Gesichter zu treffen. Aufgrund der hohen Anzahl der Patienten konnte ich nicht überall gleichzeitig sein. So verstarb ein Patient an Nachblutungen nach einer Operation und wurde erst mehr als zwei Stunden nach Todeseintritt von mir entdeckt. Auch war es Usus, dass ganz junge Pflegende oder auch Schüler die Verantwortung für den Nachtdienst übernahmen. Die schönste Zeit der Nacht war immer die, wenn der Morgen graute und die Vögel zwitscherten. Dann stieg die Energie, die ersten Patienten wurden gewaschen, die Vorbereitungen für geplante Eingriffe getroffen und der Kaffee für den Frühdienst gekocht. Um zu erfahren, wie sich die Situation im Nachtdienst verändert hat, habe ich 2012 mehrere Nachtdienste in verschiedenen Krankenhäusern begleitet. Ich fand eine völlig veränderte Situation vor: Während wir früher als Höchstmaß der Arbeit Infusionen und Vitalkontrollen sowie das Waschen von Patienten übernahmen, laufen heute in der Nacht Perfusoren mit verschiedensten Medikamenten, Periduraldialysen, Wundmanagement, Insulinapplikationen, Monitoring und vieles mehr. Die Anzahl der Patienten, die gepflegt werden müssen, hat sich deutlich reduziert, die Türen haben zugenommen und damit die Ungewissheit, wie es den einzelnen Menschen hinter den Türen geht. Und hinter jeder Tür befinden sich multimorbide Menschen, die vielfach bereits in eine Pflegestufe eingestuft sind. Die Anzahl der Menschen mit Verwirrungszuständen hat deutlich zugenommen – bis zu 30 Prozent auf konservativen Stationen (Spirig 2009).

Wir müssen davon ausgehen, dass gerade in der Nacht Pflegende sich häufig nicht anders zu helfen wissen, als Patienten zu fixieren. Besonders Patienten, die ihr Bett verlassen wollen und zu stürzen drohen oder die Station verwirrt verlassen möchten, sich Drainagen und Zugänge ziehen, stellen eine zunehmende Herausforderung dar.

**Prof. Christel Bienstein**

**Vergleichsstudie.** Während sich viele Akteure Gedanken über die Optimierung und Qualitätsverbesserung in den Krankenhäusern am Tage machen, liegt die nächtliche Versorgung der Patienten im Dunkeln. Eine Vergleichsstudie an der Universität Witten/Herdecke beleuchtet die Situation in Deutschland und macht deutlich: Die nächtliche Versorgung ist ein Hochsicherungsbereich, der unbedingt ins Licht gerückt werden muss.

Über 42 Prozent der Zeit, die ein Patient in einem deutschen Krankenhaus verbringt, liegt die Verantwortung für seine sichere Versorgung primär bei den Pflegenden in der Nacht. Während sich am Tag viele Akteure diese Aufgabe teilen, ist nachts zumeist eine Pflegefachperson allein – zusammen mit einem chronischen Schlafdefizit und der Verantwortung für viele multimorbide Patienten. In einer Wiederholungsstudie wurde die Nacht aus der Sicht der Pflegenden in den Blick genommen. Im Zeitraum von 1986 bis 1989 wurde die erste Studie durchgeführt, von 2010 bis 2013 wurde sie dann mit wenigen Änderungen wiederholt. Hier ergaben sich viele interessante Unterschiede, bezogen auf die Anzahl der Patienten, die versorgt werden mussten, die Belastung der Pflegenden – sowohl physisch als auch psychisch – und vieles andere mehr.

## Pflege heute – unter erschwerten Bedingungen

Besonders die deutliche Zunahme multimorbider Patienten stellt die Pflege vor eine große Herausforderung. Zudem sind Kliniken meist nicht auf Demenzerkrankte und nicht auf sterbende Menschen vorbereitet. Dabei versterben heute noch 50 Prozent der Bundesbürger im Krankenhaus (George et al. 2013). Während immer mehr palliative Stationen eingerichtet werden und auch onkologische Stationen eine gute Sterbebegleitung bieten, erhält das Sterben auf anderen Stationen nur eine geringe Aufmerksamkeit.

Im Jahr 1989 betrug die Verweildauer der Patienten noch 13,7 Tage, bis 2012 wurde diese auf unter 7,5 Tage gesenkt (DeStatis 2012). Operative Maßnahmen haben deutlich zugenommen. Allein 2011 wurden 21 Prozent der deutschen Bevölkerung operiert (Vergleich mit den Niederlanden 7,7 Prozent). Die Anzahl der Pflegenden änderte sich im Vergleich zur Anzahl der Ärzte dramatisch: 1990 stand ein Arzt vier Pflegenden gegenüber, 2013 nur noch 2,2 Pflegenden, in privaten Kliniken sogar oftmals nur 1,75 Pflegenden. Damit werden heute bis spät in den Abend diagnostische Untersuchungen durchgeführt oder vorbereitet.

Inzwischen belegen internationale Studien, dass sowohl Kompetenz als auch Anzahl der Pflegenden auf die Qualität der Patientenversorgung direkten Einfluss nehmen (Aiken et al. 2014, Sermeus et al. 2011). Ist zu wenig qualifiziertes Pflegepersonal in Klinken vorhanden, steigen Verweildauer, nosokomiale Infektionen, Dekubitus und Stürze, aber auch Mortalität. Allein die letzte Auswertung der Studie von Aiken et al. (2014) belegt, dass das Versterben von bis zu 30 Prozent der Patienten nach operativen Eingriffen mit einem Mangel an qualifizierten und ausreichend vorhandenen Pflegefachpersonen zu tun hat.

## Wie hat sich die Nachtarbeit verändert?

Beide Studien erhoben die Bedingungen aus der Sicht der Pflegenden mittels eines Fragebogens, der mehr als 40 Themenkomplexe umfasst und mittels Ankreuzen ausgefüllt werden konnte. Die Fragebögen wurden in Krankenhäusern der Maximal- und Regelversorgung verteilt. Beteiligt waren Krankenhäuser verschiedener Bundesländer. Schon in der ersten Studie (Bartholomeyczik et al. 1993) wurden die Felder, die zur freien Formulierung zur Verfügung standen, intensiv von den Pflegenden genutzt. Hier gaben die Befragten ihre Erfahrungen, wichtige Situationen und Hinweise handschriftlich weiter. In beiden Studien wurden zur Vertiefung der Daten Interviews mit den Pflegenden geführt. In der ersten Studie fanden diese tagsüber statt, in der zweiten nachts.

| Stichprobenbeschreibung | | |
|---|---|---|
| **1988** | | **2012** |
| **n = 152** | Befragte | **n = 141** |
| **49 %** | Innere Medizin | **58 %** |
| **51 %** | Chirurgie | **34 %** |
| **88 %** | Krankenschwester/-Pfleger | **99 %** |
| **47 %** | Dauernachtwache | **21 %** |
| **32 %** | Teilzeitbeschäftigung | **25 %** |
| **92 %** | weiblich | **83 %** |
| **24 %** | 40 Jahre oder älter | **36 %** |
| **41 %** | ledig | **62 %** |
| **22 %** | allein lebend | **37 %** |

**Abb. 1**

Die Größe der Stichprobenerhebung ist vergleichbar. Abbildung 1 stellt wichtige Charakteristika der Befragten von 1988 und 2012 gegenüber. Es zeigt sich eine deutlich Veränderung bei der Zunahme von Gesundheit- und Krankenpfleger/innen. Die Anzahl der „Dauernachtwachen“ beziehungsweise „Dauernachtarbeiter/innen“ ist gesunken. Das Durchschnittsalter der Pflegenden ist gestiegen, ebenso die Anzahl der Pflegenden, die ledig sind und alleine leben. Im Vergleich veränderte sich auch die Anzahl der zu versorgenden Patienten. So nahmen die Stationsgrößen deutlich ab, die Übergabezeiten hingegen nahmen zu (Abb. 2).

| Patientenzahlen Dienst-/Übergabezeiten | | |
|---|---|---|
| **1988** | | **2012** |
| | **Stationsgröße** | |
| **23 %** | bis 22 Betten | **54 %** |
| **26 %** | 23–30 Betten | **29 %** |
| **20 %** | **Nachtdienstdauer** < 10 h | **62 %** |
| **75 %** | **arbeiten allein** | **72 %** |
| | **Übergabezeit** zwischen 16 und 30 Min. | |
| **57 %** | abends | **64 %** |
| **51 %** | morgens | **63 %** |
| | **Übergabezeit** (Mittelwert) | |
| **27 min** | abends | **29 min** |
| **20 min** | morgens | **26 min** |

**Abb. 2**

Immer noch arbeiten 72 Prozent der Pflegenden in der Nacht allein. 28 Prozent haben die Nachtarbeit mit einer weiteren Person durchgeführt – vier Pflegende mit einer Schülerin oder einem Schüler und 24 mit einer weiteren Pflegefachperson. Von den 102 Pflegepersonen, die alleine gewacht hatten, mussten 32 Pflegende – und damit ein Drittel – ein- oder mehrmals pro Nacht auf einer anderen Station aushelfen. Die Stationsgrößen insgesamt nahmen ab. Dabei reichten die Aussagen zur Anzahl der in der Nacht zu betreuenden Patienten von zwei bis 43. Dabei werden auf chirurgischen Stationen im Mittel 23,5 Patienten und damit 5,5 Patienten mehr als auf internistischen Stationen gepflegt.

Auch 2012 nahmen die Dreibettzimmer mit 41 Prozent immer noch den größten Anteil ein, Zweibettzimmer gab es zu 35 Prozent. 1988 wurde der Anteil schwer Pflegebedürftiger – gemessen an der Anzahl der Menschen, die einer Ganzwaschung bedurften – mit 32 Prozent angegeben, 2012 bereits mit 54 Prozent. Während 1988 bei jeder dritten Befragten „Zusatzbetten“ eingeschoben waren (insgesamt 99 zusätzliche Patienten), verringerte sich dieser Anteil auf 19 zusätzliche Patienten – eingeschoben in Patientenzimmern, Arztzimmer, Bad oder Flur – bei acht Befragten.

In der neuen Studie wurde auch erhoben, wie viele Aufnahmen in der Nacht erfolgten. Hier gaben 24 Prozent der Befragten an, mindestens eine Neuaufnahme pro Nacht bewältigen zu müssen, neun Prozent gaben zwei Neuaufnahmen pro Nacht an. Zusätzlich wurde zehnmal über eine Verlegung in der Nacht auf die Intensivstation berichtet. Immerhin 52 Prozent der Pflegenden berichteten über Arbeitsunterbrechungen in der Nacht, die nicht vorhersehbar waren.

Insgesamt wird eine Verkürzung der Dauer des Nachtdienstes von weniger als zehn Stunden angegeben: Während 1988 nur 20 Prozent weniger als zehn Stunden arbeiteten, sind es 2012 bereits 62 Prozent. Der Dienst beginnt im Durchschnitt um 20.30 oder 21.00 Uhr. Im Jahr 1988 gab mit 44 Prozent die größte Gruppe an, mehr als sieben Nächte hintereinander zu arbeiten, 2012 sind dies nur noch 30,4 Prozent. Die größte Gruppe umfasst mit 43,5 Prozent 3,5 bis vier Nächte (Angaben zwischen einer Nacht bis zu 18 Nächten hintereinander).

Kaum Pausen, weniger Ganzkörperwaschungen

Während in der ersten Studie nicht erhoben wurde, ob Pausen gemacht werden, wurde diese Frage in die zweite Studie aufgenommen. Hier gaben 113 Pflegenden (81 %) an, keine Pause mit einer Vertretung gemacht zu haben. Nur 26 (18 %) konnten überhaupt eine Pause mit einer Vertretung in Anspruch nehmen. Deutlich wird, dass Ganzkörperwaschungen nicht mehr so häufig vorkommen. 1988 mussten 32 Prozent maximal zwei Patienten und 41 Prozent mehr als vier Patienten ganz waschen. Heute waschen 52 Prozent maximal zwei Patienten und 23 Prozent mehr als vier Patienten. Auch der Wunsch der Pflegenden, bestimmte Aufgaben in den Tagdienst zu verlegen, wurde erhoben. An erster Stelle wurde hier die „Unterstützung beim Waschen“ (78,4 %) angegeben, dicht gefolgt von der Ganzkörperwäsche (73,6 %) (Abb. 3).

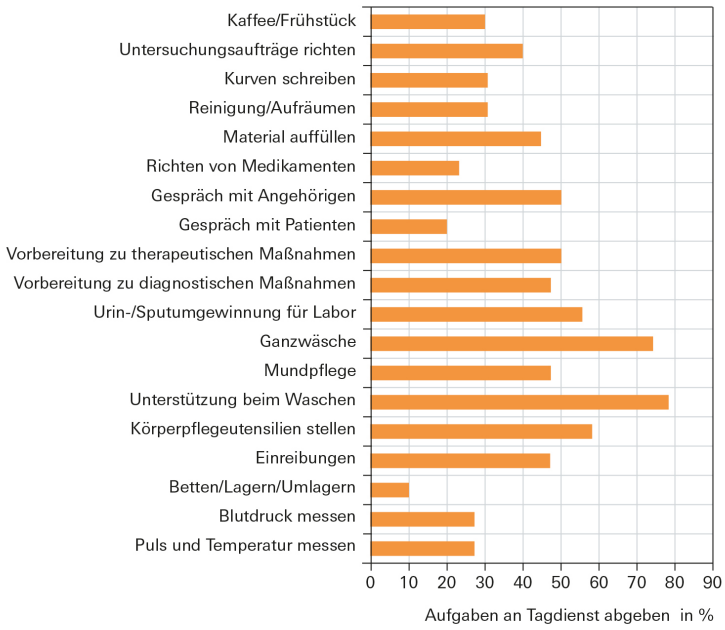



**Abb. 3 Welche der folgenden Aufgaben könnte Ihrer Meinung nach komplett auch vom Tagdienst übernommen werden?**

## Belastungen im Nachtdienst

Im Vergleich mit den Daten von 1988 nahm die körperliche und nervliche Belastung ab (Abb. 4). Schichtarbeitende fühlen sich höher belastet als Pflegefachpersonen, die nur den Nachdienst durchführen. Ein deutlicher Unterschied ergab sich bezogen auf die Belastung durch das Wachbleiben. Während Schichtarbeitende die Belastung in den Kategorien ziemlich stark und sehr stark mit 31 Prozent angaben, betraf es die Pflegenden, die ausschließlich im Nachtdienst arbeiten, nur mit 12,5 Prozent.

| Belastung und Zufriedenheit | | |
|---|---|---|
| **1988** | | **2012** |
| | **Belastung alle** | |
| **69 %** | Körperlich ziemlich/ stark belastet | **55 %** |
| **62 %** | Nervlich ziemlich/ stark belastet | **37 %** |
| | **Belastung nur Dauernachtwache** | |
| **67 %** | Körperlich ziemlich/ stark belastet | **46 %** |
| **63 %** | Nervlich ziemlich/ stark belastet | **27 %** |
| | **Belastung nur Schichtrotierende** | |
| **70 %** | Körperlich ziemlich/ stark belastet | **57 %** |
| **61 %** | Nervlich ziemlich/ stark belastet | **42 %** |

**Abb. 4**

Auch weitere Kategorien wurden von Pflegenden, die hauptsächlich im Tagdienst arbeiten, tendenziell als belastender erlebt, zum Beispiel Konzentration und aus der Arbeit herausgerissen werden. Nur eine von sieben Kategorien – das schnelle Arbeiten – empfanden die Pflegenden, die nur in der Nacht arbeiten, tendenziell belastender. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Dauer des Schlafes vor oder nach einem Nachtdienst. Im Schnitt schliefen beide Gruppen sechs Stunden, wobei diejenigen mit Kindern eine geringere Schlafdauer aufwiesen. In die zweite Studie wurde ein Fragebogenteil neu aufgenommen. Hier ging es um die Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Ärzten in der Nacht. 24 Prozent berichteten, dass sie in der letzten Nacht keinen Arzt rufen mussten, 51 Prozent riefen einen Arzt ein- bis zweimal in der Nacht hinzu. Diejenigen, die keinen Arzt oder ihn nur einmal pro Nacht rufen mussten, waren im Schnitt für 20 Patienten verantwortlich. Diejenigen, die mehrmals in der Nacht einen Arzt zur Hilfe riefen, waren demgegenüber für 25 bis 26 Patienten verantwortlich. 90 Prozent gaben an, dass der Arzt dann hilfreich gewesen wäre.

## Diskussion der Ergebnisse

Zwischen der ersten und zweiten Studie zeigen sich deutliche Unterschiede. Während sich die Zahl der nächtlich zu pflegenden Menschen reduziert hat, hat sich der Pflegebedarf deutlich erhöht. Die kürzere Verweildauer erfordert ein rasches Einstellen auf die neuen Patienten. Zunehmend sind mehr Patienten in Zweibettzimmern untergebracht. Das bedeutet, dass bei einem Gang in ein Zimmer weniger Menschen in den Blick genommen werden können. Auch hat sich die Aufgabenstellung drastisch erweitert. So werden in der Nacht nicht nur das Positionieren von Patienten, Stellen von Medikamenten, Verabreichen von Infusionen, sondern auch neue Aufgaben übernommen, wie Überwachung des Monitoring, Legen von Zugängen, Katheterwechsel oder spezielle Wundbehandlungen. Auch die Aufgaben der Dokumentation haben sich erweitert.

universität Witten/Herdecke

Auf fast allen Stationen befinden sich inzwischen Menschen, die in der Nacht unruhig reagieren, umfassende Unterstützung bei der Ausscheidung bedürfen, zur Sturzgefährdung neigen und bei vielen alltäglichen körperlichen Funktionen der Unterstützung bedürfen. Die Praxis hat auf die Zunahme der komplexen Aufgaben reagiert. So ist die Anzahl der zu pflegenden Patienten gesunken und der Anteil der Pflegefachpersonen gestiegen. Pflegende übernehmen sehr selbstständig vielfältige Aufgaben und bedürfen daher in der Nacht nur selten der ärztlichen Unterstützung. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird überwiegend als gut bezeichnet, mehrmaliges Anrufen ist nicht notwendig.

Deutlich wird, dass die hauptsächlich am Tag arbeitenden Pflegenden die Nachtarbeit deutlich belastender erleben – körperlich wie nervlich – als Pflegende, die ausschließlich im Nachtdienst tätig sind. Hier zeichnet sich die Gruppe der 22- bis 31-Jährigen als besonders belastet aus. Besonders problematisch ist zudem die Tatsache, dass Pflegende in der Nacht noch zu selten auf eine weitere Person zurückgreifen können, die ihnen bei Bedarf hilft oder eine Pause ermöglicht. Sie sind auf sich allein gestellt und müssen in Krisensituationen eigenständig Entscheidungen treffen. In Gesprächen wurden von den Pflegenden auch Ängste geäußert. So besteht Angst vor Patienten im alkoholisierten Zustand, Menschen mit herausforderndem Verhalten, die zum Beispiel unbeaufsichtigt die Station verlassen oder sich Zugänge und Drainagen entfernen, aber auch die Angst, dass man selber stürzen oder erkranken könne und die Patienten dann ohne Hilfe seien. Dabei haben die Anzahl der Pflegenden und deren Kompetenzen (u. a. Bildungsstand) in der Nacht maßgeblichen Einfluss auf die Verweildauer der Patienten, wie Studien zeigen. Auch konnte belegt werden, dass Patienten, die in der Nacht aufgenommen werden, im Vergleich zur Aufnahme am Tag schlechtere Ergebnisse (Outcome) aufweisen. Durch die Nachtschicht wird Müdigkeit begünstigt, besonders in den Zeiten von 1.00 bis 5.00 Uhr. Diese chronische Müdigkeit kann zu einer Zunahme von Fehlerquoten führen.

## Fazit: Pflegerische Kompetenz ist entscheidend – gerade nachts

Pflegende in der Nacht übernehmen die Verantwortung für eine große Gruppe zunehmend schwer erkrankter Menschen. Berechnet auf die Zeit ihrer Verantwortungsübernahme beträgt diese 42 Prozent von 24 Stunden, in denen sie primär allein auf sich und ihre Kompetenzen angewiesen sind. Es bedarf eines völlig neuen Verständnisses der nächtlich pflegerischen Arbeit, der klaren Verantwortungszuordnung mit den passenden Strukturen und eines fördernden Arbeitsumfeldes. Wir müssen wegkommen von der Annahme, in der Nacht sei die pflegerische Kompetenz nicht so erforderlich wie am Tag. Das Gegenteil ist der Fall. Pflegende in der Nacht müssen über überdurchschnittliche Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen, denn sie müssen Risiken alleine erkennen, die richtigen Entscheidungen treffen und gezielte Maßnahmen durchführen. Davon hängt die Gesundheit unserer Patienten ab.

### EMPFEHLUNGEN FÜR DEN NACHTDIENST

Aus der Literatur ergeben sich Hinweise, dass kurze Phasen der Nachtdienste hintereinander erfolgen sollten. Komplexe und konzentrationserfordernde Arbeiten, wie das Richten von Medikamenten sollten nicht die in die „konzentrationsverringerte Zeit“ von 1.00 bis 5.00 Uhr morgens fallen. Auch werden besonders Empfehlungen für das Management formuliert. Hierzu gehören:

– Schaffung von Möglichkeiten der Unterstützung
– Ermöglichen von Pausen
– Teilhabe an Fort- und Weiterbildungen
– Entwicklung der Expertise einer „Night-shift clinical nurse specialist“
– Flexible Arbeitszeitmodelle
– Wahrnehmung und Anerkennung der Nachtarbeitenden durch die Leitung
– Gestaltung einer angemessenen und fördernden Arbeitsumgebung, zum Beispiel Lichtverhältnisse
– Einrichtung von Kurzschlafmöglichkeiten
– Meditation vor Dienstbeginn.

**Ersterscheinung in der Zeitschrift Die Schwester/Der Pfleger**

**Literatur**

Aiken, L.H. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.www.thelancet.com; http://dx.doi.org/0.1016/50140-6736 (13), 62631–8
Bartholomeyczik, S.; Dieckhoff, T.; Drerup, E.; Korff, M.; Krohwinkel, M.; Müller, E.; Sowinski, S.; Zegelin, A. (1993): Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegenden. Eschborn George, W.; Dommer, E.; Szymczak, V.R. (Hrsg.) (2013): Sterben im Krankenhaus. Gießen
Sermeus, W.; Aiken, L.H.; Van den Heerde, K.; et al. (2011): Nurse forecasting in Europe (RN-4Cast): Rationale, design and methodology BMC Nurse 10: 6
Becker, DM. (2013): Implementing a night-shift clinical nurse specialist. Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice. 27 (1): 26–30
Beermann, B. (2005): Leitfaden zur Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit. Dortmund/Berlin
Clark, S.; Paul, F. (2012): The role of the nurse practitioner within the Hospital at Night service. British Journal of Nursing. 21 (19): 1132–1137
Claffey, C. (2006): Nursing in the dark: leadership support for night staff. Nursing Management. 37 (5): 41
Costa, G. (2003): Shift work an occupational medicine: an overview Occupational medicine. 53 (2): 83–88
De Cordova, PB.; Phibbs, CS.; Stone, PW. (2013): Perceptions and observations of off-shift nursing. Journal of Nursing Management. 21 (2): 283–292
Mayes, P.; Schott-Baer, D. (2010): Professional development for night shift nurses. Journal of Continuing Education in Nursing. 41 (1): 17
Patrician, PA.; Loan, L.; McCarthy M, et al. (2011): The Association of Shift-Level Nurse Staffing With Adverse Patient Events. Journal of Nursing Administration. 41 (2): 64–70
Parish, C. (2005): Nurse-led night shifts ’a success’. Nursing Standard. 19 (44): 8–8
Pretto, M., Hasemann, W., Milisen, K., Regazzoni, P., De Geest, S., Spirig, R. (2009): Effects of an interdisciplinary nurse-led delirium intervention program on nursing workload: a quasi experimental study. International Journal of Nursing Studies, 46: 804–812. IF: 2.251
Stewart, C.; Snyder, K.; Sullivan, SC. (2010): Journal clubs on the night shift: a staff nurse initiative. Medsurg Nurse. 19: 305–306
Rocker, CF. (2012): Fatigue and the nurses’ perspective of working the night shift: A quantitative correlational study, University of Phoenix Erfahrungsberichte unter: http://www.pflegenot2014.de/waschstrassenachtschicht/Literatur

volkshilfe.

# FONDS DEMENZHILFE ÖSTERREICH

## FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG FÜR DEMENZERKRANKTE

Die **Volkshilfe Österreich** unterstützt finanziell benachteiligte **Demenzerkrankte und deren pflegende Angehörige** mit Geldern aus dem Fonds Demenzhilfe Österreich.

Mehr als 500 Betroffene erhielten in den vergangenen Jahren einen Betrag von rund 300,- Euro.

**SIE MÖCHTEN UM UNTERSTÜTZUNG ANSUCHEN?**
**TRETEN SIE MIT UNS IN KONTAKT!**

**Volkshilfe Österreich**
Tel: +43 1 / 402 62 09
E-Mail: demenzhilfe@volkshilfe.at

## MEHR INFOS UNTER:

www.demenz-hilfe.at/fonds
www.volkshilfe.at/demenzhilfe

**PFLEGE PROFESSIONELL** unterstützt die Volkshilfe mit dieser Gratisschaltung

Foto © Fotolia.com
Alexander Raths

# Schloss Hartheim: Historische und aktuelle Perspektiven

**Schloss Hartheim im Nationalsozialismus:**
Schloss Hartheim in Oberösterreich war eine der sechs Euthanasieanstalten des Dritten Reiches. Zwischen 1940 und 1944 wurden hier im Rahmen der nationalsozialistischen Sozial- und Gesundheitspolitik rund 30.000 Menschen als so genanntes „lebensunwertes“ Leben ermordet. In einer ersten Phase von 1940 bis August 1941 fielen rund 18.000 geistig und körperlich behinderte, sowie psychisch kranke Personen der „Aktion T4“ zum Opfer; darunter jene rund 200 Pfleglinge, die bis Winter 1939/1940 im Schloss untergebracht waren, als dieses noch als Behinderteneinrichtung genutzt wurde.

Im gesamten Deutschen Reich wurden in diesem Zeitraum über 70.000 Menschen ermordet. Nach Auffassung der Nationalsozialisten sollte dadurch ein wesentlicher Beitrag zu einer idealen und gesunden Volksgemeinschaft geleistet werden, aus der alles „Minderwertige“ zu tilgen sei. Vor dem Hintergrund des Krieges, der am 1. September 1939 mit dem Überfall auf Polen begann, wollte das Regime auch kurzfristig Ressourcen umschichten. Nach der Ermordung der als „Ballastexistenzen“ diffamierten Menschen wurden viele der Kliniken und Einrichtungen umgehend zu Lazaretten und Umsiedlerheimen.

Mit dem Stopp der „Aktion T4“ im August 1941 kam es zur Einstellung der Tötung von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in den adaptierten Tötungseinrichtungen. Ihre Vernichtung wurde jedoch dezentral in den Heil- und Pflegeanstalten bis zum Ende des NS-Regimes fortgeführt. Auch die Tötungsanlagen in Hartheim blieben in Betrieb: Bis Dezember 1944 wurden im Zuge der „Sonderbehandlung 14f13“ bis zu 12.000 Häftlinge aus den Konzentrationslagern Mauthausen, Dachau und Ravensbrück sowie in einer eigenen Aktion auch ZwangsarbeiterInnen mittels Kohlenmonoxid ermordet.

**Schloss Hartheim nach 1945 bis Heute:**
Nach dem Ende des NS-Regimes kamen Flüchtlinge und Vertriebene im Schloss unter. 1954 wurde das Schloss für die Unterbringung von Geschädigten des schweren Donauhochwassers genutzt. Das Schloss wurde zum Wohnhaus.

**Schloss Hartheim als Tötungsanstalt**
**Quelle: Karl Schuhmann**

Die Zeit war geprägt von Schweigen, Vergessen und Verdrängen, aber auch von punktueller Erinnerung und Gedenken sowie der Auseinandersetzung mit der Geschichte. Betrieben nach 1945 hauptsächlich ausländische Häftlings- und Opfer-Organisationen das Gedenken in Hartheim, so wurden 1969 vom Eigentümer des Schlosses, dem Oö. Landeswohltätigkeitsverein, zwei Räume der ehemaligen Tötungsanstalt als Gedenkräume eingerichtet. Gedenktafeln für die Opfer von Hartheim wurden seit den 1950er Jahren – zumeist in Eigenregie – von den Angehörigen und von NS-Opferorganisationen in den Arkadengängen und den ersten Gedenkräumen angebracht.

Mit der Gründung des Vereins Schloss Hartheim im Jahr 1995 wurde die Basis für die ausschließliche Nutzung des Schlosses als Ort des Gedenkens und Dokumentierens gelegt. Durch die Zusage der oberösterreichischen Landesregierung, die Einrichtung eines Lern- und Gedenkorts finanziell mit zu tragen, konnte sich unter der Federführung der Kulturdirektion des Landes Oberösterreich und dem Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz ein Team aus Architekten, SozialwissenschafterInnen, HistorikerInnen, AusstellungsdesignerInnen und dem oberösterreichischen Künstler Herbert Friedl an die inhaltliche und gestalterische Konzeptionierung des Ortes machen.

2003 wurde schließlich der Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim (LGSH) mit der Gedenkstätte und den Räumen der Dokumentation, sowie der Ausstellung „Wert des Lebens“ eröffnet.

Im Ergebnis ist Schloss Hartheim ein Ort geworden, der zusammen mit der Ausstellung „Wert des Lebens“ nicht nur den historischen Ort der NS-Morde bewahrt, sondern darüber hinaus Impulse für eine breite gesellschaftspolitische Diskussion gibt.

Sowohl bei der Gestaltung der Gedenkstätte als auch der Ausstellung war man bemüht, keine bestimmte, vorgegebene Sichtweise aufzudrängen, sondern eigene Reaktionen auf das Gesehene zu ermöglichen.

Im Bereich der Gedenkstätte sollten keine Inszenierung und keine Rekonstruktion stattfinden. Zeitliche Distanz und Annäherung an das historische Geschehen wird durch räumliche Distanz vermittelt: nicht der Weg der Opfer soll nachgegangen, sondern ein Erinnerungsprozess in Gang gehalten werden.[1]

Augenscheinlich wird die beschriebene räumliche Distanz am Mauerdurchschnitt durch die ehemaligen Tötungsräume. Hier können nun die ehemaligen Tötungsräume auf einem Steg durchschritten werden. Der Schnitt ist eine Dekonstruktion des vermeintlich authentischen Ortes und wird als solches zur Voraussetzung für eine Annäherung an das historische Geschehen. [2]

Die Ausstellung „Wert des Lebens“ wiederum schafft die notwendige Kontextualisierung für die Gedenkstätte, um die Vorgänge in der Zeit des Nationalsozialismus nicht losgelöst – ohne Vor- und Nachgeschichte – betrachten zu müssen. Ziel ist es, gesellschaftliche und individuelle Prozesse sowie angewandte Mechanismen der Zeit zu erkennen und zu vertiefen; Handlungsspielräume werden verdeutlicht

**Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim**
**Quelle: Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim**

**Weg durch die ehemaligen Tötungsräume**
**Quelle: Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim**

und Anknüpfungspunkte zur Gegenwart geschaffen.

Seit Jänner 2004 wird der Lern- und Gedenkort vom Verein Schloss Hartheim geführt.

### Bildungsarbeit am LGSH

Bildungsprozesse, wofür die Gedenkstätte die Voraussetzungen schafft, stehen im Vordergrund des pädagogischen Wirkens am Ort: Selbstständiges historisches Lernen soll stattfinden und die BesucherInnen dabei unterstützt werden.[3]

Dabei stellen die aufgezeigte Struktur des Ortes und das Konzept des LGSH - die Verbindung von Ausstellung und Gedenkstätte und damit die Auseinandersetzung um den historischen Ort und die aktuellen gesellschaftspolitischen Diskussionen – von Anfang an eine besondere Möglichkeit und Herausforderung für die Vermittlung dar.

Nur durch die konkrete Bezugnahme auf den Ort kann der Bogen zur Lebens- und Erfahrungswelt der heutigen BesucherInnen hergestellt werden.
Es musste und muss gelingen, die Fragen an die Geschichte zu Fragen an die Gegenwart und zu Fragen der BesucherInnen werden zu lassen. Der Lernprozess setzt dabei idealerweise nicht in der Vergangenheit ein, sondern in der Gegenwart – in der persönlichen Lebens- und Erfahrungswelt der Besuchenden[4], aber auch durch das Aufgreifen „universaler Themen“ rund um die Thematik „Wert des Lebens“, die für alle Bürger Anknüpfungs- und Gegenwartsbezüge bieten.

Gottfried Kößler bringt diese Verbindung zur Gegenwart im Kontext der Vermittlung an Gedenkorten auf den Punkt, wenn er festhält: „Der Gegenwartsbezug ist also nicht etwa das Ziel pädagogischen Handelns, sondern eine seiner Bedingungen.“[5]

Dies bedeutet auch, den einzelnen Besuchenden wertschätzend gegenüber zu treten: Der „Selbstständigkeit“ kommt dabei besondere Bedeutung zu. Sowohl bei der Gestaltung der Gedenkstätte als auch der Ausstellung war man bemüht, keine bestimmte, vorgegebene Sichtweise aufzudrängen, sondern eigene Reaktionen auf das Gesehene zu ermöglichen.

LERN- UND GEDENKORT SCHLOSS HARTHEIM

**Ausstellung „Wert des Lebens“ – Raum Industrialisierung**
**Quelle: Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim**

Es geht bei der Vermittlung im Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim also sehr wohl um historische Faktenvermittlung und um gedenkendes Erinnern, aber ebenso um eine aus der Geschichte resultierende Wertevermittlung und um das Aufwerfen gegenwärtiger Fragestellungen und Lebensweltbezüge. Es ist ein Versuch, eine „zukunftsorientierte Reflexion der Geschichte und ihrer Nachwirkungen einem gesellschaftlichen Verantwortungsbewusstsein“[6] zuzuführen.

Besonderes Augenmerk liegt dabei darauf, einer möglichen Vereinfachung und Entdifferenzierung durch reflektierte Behandlung der Anknüpfungspunkte an die Gegenwart entgegen wirken zu können.[7]

**BesucherInnen im Lern- und Gedenkort**
**Quelle: Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim**

### Zielgruppe: Pflege- und Sozialberufe

Jährlich besuchen rund 18.000 Personen den Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim; unter ihnen vermehrt Gruppen aus der Gesundheits- und Krankenpflege und anderen sozialpflegerischen Feldern. Bedingt durch den besonderen regionalen und historischen Bezug zum Ort Hartheim handelt es sich dabei verstärkt um Gruppen aus Österreich und dem

bayerischen Raum.

Für die angesprochene Besuchergruppe gibt es neben den historischen, vor allem bei den sozialpolitischen und ethischen Fragen, wie sie vor Ort aufgeworfen werden, besondere Anknüpfungspunkte. Diese sollten aufgegriffen und zu einer adressatenspezifischen Ausdifferenzierung des didaktischen und methodischen Angebots im Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim genutzt werden.

Die Frage war, wie eine zielführende Zusammenführung von historisch-pädagogischer Aufarbeitung mit sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Settings durchgeführt und eine berufsspezifische Verschränkung erreicht werden kann: Als ein Versuch, diesen Brückenschlag zu realisieren, wurde das Begleit- und Vertiefungsprogramm **BerufsbildMenschenbild**[8] für die angesprochene Zielgruppe entwickelt.

Weitere spezielle Angebote für Berufsgruppen, die aus ihrer Geschichte und aktuellen Praxis einen engen Bezug zu den Themen des Lern- und Gedenkorts aufweisen, werden derzeit erarbeitet bzw. befinden sich in Planung.

## Fazit

Der Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim widmet sich drei großen Aufgaben und Funktionen. Er ist „Gedächtnisort“ und als solcher ein Ort des gedenkenden Erinnerns an die Opfer des Nationalsozialismus sowie Ort der Besinnung und Trauer. Man schafft ein würdiges Erinnern an die Personen, die hier ermordet wurden.

Er ist „Dokumentationsort“ und als solcher ein Ort der „Dokumentationsstelle Hartheim des oö. Landesarchivs“, wo wissenschaftliche Arbeit zu den historischen Vorgängen im Schloss und zur NS-Euthanasie in der „Ostmark“ allgemein durchgeführt und angeleitet und relevantes Material gesammelt wird. Die Dokumentationsstelle steht als Beratungsstelle für Angehörige zur Klärung von Einzelschicksalen und Gesprächen zur Verfügung.

Er ist „Lernort“ und als solcher ein Ort der schulischen und außerschulischen pädagogischen und Bildungsarbeit mit Bezugnahme auf aktuelle und gegenwartsbezogene Auseinandersetzungen um wesentliche sozialpolitische, ethische und kulturelle Fragestellungen und Folgewirkungen der nationalsozialistischen Euthanasie und Eugenik.

Dabei hat sich gezeigt, dass die Verbindung der historischen mit der aktuellen Perspektive von Ausstellung und Gedenkstätte einen Zugang für die Vermittlungsarbeit eröffnet, der sowohl an den Erfahrungen von SchülerInnen in ihrem aktuellen Lebensumfeld anknüpft, als auch die Verbindung zu den historischen Hintergründen und Ursachen eröffnen kann.

Das Museums- und Gedenkstättenprojekt in Schloss Hartheim versteht sich als Beitrag eines Prozesses der Annäherung an ein schwieriges Kapitel der österreichischen Geschichte und gleichzeitig als Beitrag zur gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung um die Würde des Menschen, gerade des kranken, behinderten oder schwachen Menschen, der historischen und aktuellen Normierungs- und Optimierungsvorstellungen der Gesellschaft nicht entspricht bzw. entsprechen kann.


## Autorin

**Irene Zauner-Leitner**
Mag.phil., Studium der Geschichte und Theaterwissenschaft in Wien und Nijmegen (NL), freiberufliche Mitarbeit bei unterschiedlichen zeitgeschichtlichen Projekten. Seit 2004 am Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim/Schwerpunkt Pädagogik.


**1** vgl. Herbert Friedl, Ort des Geschehens – Ort der Erinnerung. In: Wert des Lebens. Gedenken – Lernen – Begreifen. Begleitpublikation zur Ausstellung des Landes OÖ in Schloss Hartheim 2003. Hg. v. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der Johannes Kepler Universität Linz - OÖ Landeskulturdirektion - OÖ Landesarchiv (Linz 2003), S. 155.
**2** vgl. Hartmut Reese – Brigitte Kepplinger, Gedenken in Hartheim: die neue Gedenkstätte. In: Wert des Lebens. Gedenken – Lernen – Begreifen. Begleitpublikation zur Ausstellung des Landes OÖ in Schloss Hartheim 2003. Hg. v. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der Johannes Kepler Universität Linz - OÖ Landeskulturdirektion - OÖ Landesarchiv (Linz 2003), S. 167.
**3** vgl. Bert Pampel, „Mit eigenen Augen sehen, wozu der Mensch fähig ist“ Zur Wirkung von Gedenkstätten auf ihre Besucher (Frankfurt 2007), S. 53; vgl. Annette Eberle, Pädagogik und Gedenkkultur. Bildungsarbeit an NS-Gedenkorten zwischen Wissensvermittlung, Opfergedenken und Menschenrechtserziehung (Würzburg 2008), S. 59: „Mit dem Bildungsbegriff, der hier verwendet wird, wird die Auseinandersetzung mit den Ursachen, Tatbeständen und Folgen der NS-Verbrechen als teil eines Bildungsprozesses verstanden, der die drei unterschiedlichen Aspekte Sachbildung (fachlicher Bezug), Selbstbildung (individueller, biografischer Bezug) und Bildung in Auseinandersetzung mit anderen (sozialer, kultureller Bezug) miteinander verbindet.“
**4** Vgl. dazu auch: Noa Mkayton, Lernen aus der Geschichte (Magazin, 13. Oktober 2010), 5-9, online-Abruf: http://lernen-aus-der-geschichte.de/sites/default/files/attach/lernen_zu_ns_und_holocaust_international.pdf (letzter Zugriff am 20. Jänner 2017)
**5** vgl. Gottfried Kößler, Der Gegenwartsbezug gedenkstättenpädagogischer Arbeit. In: Verunsichernde Orte. Selbstverständnis und Weiterbildung in der Gedenkstättenpädagogik. Hg. v. Barbara Thimm – Gottfried Kößler – Susanne Ulrich (Frankfurt am Main 2010), S. 47.
**6** Eberle, Pädagogik und Gedenkkultur, S. 15.
**7** vgl. Eberle, Pädagogik und Gedenkkultur, S. 54.
**8** Vgl. den Beitrag von Michael Bossle: Aus der Geschichte lernen um die Pflege zu verstehen. In: Pflege Professionell – Das Fachmagazin, 01/2015, S. 17-21.

# Die „Heil- und Pflegeanstalt“ Mauer-Öhling in der NS-Zeit

Direktionsgebäude und Wohnhaus für Ärzte und Beamte (C) Mettauer

Der Anstaltsfriedhof heute (C) Mettauer

Fenster von Pavillon 15 (C) Mettauer

Mindestens 30.000 Menschen wurden während der nationalsozialistischen Herrschaft in Österreich als „unwertes Leben“ qualifiziert und im Rahmen der NS-„Euthanasie“ ermordet. Opfer wurden sowohl Erwachsene als auch Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung, psychisch Kranke (zunächst während der so genannten „Aktion T4“ in zentral geplanten Deportationen in die Vernichtungsanstalten, später dezentral und anstaltsintern), nicht mehr arbeitsfähige KZ-Häftlinge (Aktion „14f13“) bzw. Zwangsarbeiter/innen, sowie über diesen Personenkreis hinausgehend, Bewohner/innen von Pflege- und Altersheimen.

Die 1902 gegründete „Kaiser-Franz-Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt“ im niederösterreichischen Mauer-Öhling war mit ihren rund 2.000 Betten nach dem Wiener Steinhof und dem Grazer Feldhof die drittgrößte Klinik Österreichs, die im nationalsozialistischen System an der Ermordung von Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten beteiligt war. Dennoch ist über die Vorgänge in der Klinik bei Amstetten in der NS-Zeit bis heute kaum geforscht bzw. publiziert worden. (Den aktuellsten Überblick bietet: Czech 2016) Die Gründe dafür dürften in den bisherigen Schutzfristen, der Unzugänglichkeit sowie der fehlenden Erschließung der anstaltsinternen Akten liegen. So schreibt etwa Michaela Gaunerstorfer in ihrer 1989 fertig gestellten, unveröffentlichten Diplomarbeit „Die psychiatrische Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling 1938–1945“: „Krankengeschichten konnte ich leider nicht mehr einsehen; sie dürften bereits der Skartierung zum Opfer gefallen sein.“

Tatsächlich befinden sich die Krankenakten der Jahre 1902-1977 seit kurzem im Depot des Niederösterreichischen Landesarchivs in St. Pölten. Unter Wahrung des Datenschutzes werden diese nun in einem durch das Land Niederösterreich geförderten Projekt in Kooperation mit dem Institut für jüdische Geschichte Österreichs in einer Datenbank systematisch erfasst und inhaltlich erschlossen. Nach der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Vernichtungsanstalt Schloss Hartheim bei Linz und annähernd allen anderen „Heil- und Pflegeanstalten“ (siehe bsp. Kepplinger 2008, Motz-Linhart, Rosner, Langer-Ostrawsky 2008) ein weiterer Schritt in der Aufarbeitung der nationalsozialistischen Medizinverbrechen in Österreich. Vorliegender Artikel gibt Einblicke in das laufende Forschungsprojekt.

## Die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“

„Es muss schön sein, in Mauer ein Narr zu sein“, hätte angeblich Kaiser Franz Joseph bei der feierlichen Eröffnung der „Landes-Heil- und Pflegeanstalt“ gemeint. Die verkehrstechnisch günstige Lage direkt an der Westbahnstrecke wurde gewählt, um neben Niederösterreich auch Wien als Einzugsgebiet mit einzubeziehen. Noch 1937 galt Mauer-Öhling, eine Anlage mit 40 Gebäuden, davon 18 Pavillons, die von fünf Ärzten und 200 Pflegepersonen betreut wurden, als eine der größten und

modernsten Anstalten Österreichs. Mit dem angeschlossenen „Meierhof“ verfügte sie zudem über 100 Hektar für die eigene Land- und Forstwirtschaft, in der die Patientinnen und Patienten zur Arbeit eingesetzt wurden. Während die Pavillons 1-4 für „streng zu überwachende Pfleglinge“ vorgesehen waren, wurden manche auch außerhalb des Anstaltsareals untergebracht. In den Dienstwohnungen im sogenannten „Pflegerdorf“ sowie in den umliegenden Bauernhöfen in „Familienpflege“ waren sie als Dienstboten und billige Erntekräfte durchaus beliebt.

Mit dem „Anschluss“ Österreichs im März 1938 wurde Mauer-Öhling jedoch bald zum Ort von NS-Medizinverbrechen, zum Ausgangspunkt von Transporten in die Tötungsanstalten und zur Drehscheibe innerhalb des nationalsozialistischen Terrorapparats zur Durchsetzung von „erb- und rassebiologischen“ Wahnvorstellungen. In NS-Deutschland war die „Ausmerze“ von „lebensunwertem Leben“ bereits im Juli 1933 mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vorbereitet worden. Der Übergang von der Zwangssterilisierung zur Ermordung von Patientinnen und Patienten psychiatrischer Anstalten fiel zeitlich mit einer auf den 1. September 1939 rückdatierten „Ermächtigung“ Adolf Hitlers mit Kriegsbeginn zusammen. Durch die Eliminierung der „Ballastexistenzen“ sollte, entsprechend der propagandistischen Legitimationsstrategie, der „negativen Auslese“ durch den Krieg entgegengewirkt werden. Grundlegendes Motiv für den Massenmord war demnach die Einsparung der Kosten für Klinikbetten, medizinisches Personal, Nahrungsmittel und Medikamente, um diese Kapazitäten und Ressourcen für die Kriegswirtschaft einsetzen zu können.

Weil die zentrale Verwaltung der NS-Krankenmorde ihren Sitz in der Tiergartenstraße 4 in Berlin hatte, erhielt sie die Bezeichnung „Aktion T4“. Gutachter wählten mittels Fragebögen Insassen der „Heil- und Pflege-Anstalten“ im gesamten Deutschen Reich, so auch in Mauer-Öhling, für den zynisch sogenannten „Gnadentod“ in den Gaskammern aus. Die Menschen, die sie zu beurteilen hatten, bekamen sie meist nicht zu Gesicht. Zwischen Januar 1940 und August 1941, dem offiziellen Stopp der „Aktion“, wurden reichsweit 70.000 Menschen in den sechs Tötungsanstalten ermordet. In dieser Zahl nicht enthalten sind all jene, die danach „dezentral“ durch gezielte Mangelernährung verhungerten, durch systematische Vernachlässigung oder herbeigeführte Infektionen starben, durch Tabletten oder Injektionen ermordet wurden. (Schwarz 2002) Insgesamt reichen die Schätzungen bis zu 200.000 Opfer der NS-Euthanasie.

Aus Mauer-Öhling ging am 13. Juni 1940 der erste Transport mit 140 Patientinnen und Patienten über die Zwischenanstalt Niedernhart in die Tötungsanstalt Schloss Hartheim bei Linz. Bis August 1941 wurden aus Mauer-Öhling 1.269 namentlich bekannte Patientinnen und Patienten in eine – angeblich – „der Direktion nicht genannte Anstalt übersetzt“, das heißt, in die Vernichtung „verschickt“. Zwischen Februar und Oktober 1943 wurden abermals 323 Personen in Transporten in die „Heil- und Pflegeanstalt“ Gugging verlegt, von denen dort die wenigsten überlebten. (Neugebauer 2011) Nach dem Abbruch der „Aktion T4“ wurde bis Kriegsende anstaltsintern weiter gemordet. Während die Klinik 1938 einen Höhepunkt

**Grabeinfassung am erweiterten Friedhofsteil aus April/Mai 1945 (C) Mettauer**

von 1.880 Pfleglingen aufwies, sank der Durchschnittsstand in den Folgejahren kontinuierlich, um schließlich bis 1945 auf 600 abzufallen. (Fürstler, Malina 2004)

Im Gegenzug waren so in der „Heil- und Pflegeanstalt“ bis zu 1.000 Betten für „volksdeutsche Umsiedler“ aus Bessarabien und der Slowakei bzw. ab März 1942 für ein Reservelazarett der Wehrmacht freigemacht worden. Aus dem Stalag-Lager Gneixendorf-Krems wurden alliierte Kriegsgefangene in die Anstalt transferiert. Seit September 1944 fungierte Mauer-Öhling als „Sammelstelle“ für „unheilbar geisteskranke Ostarbeiter und Polen“ für die gesamten „Alpen- und Donaugaue“. Falls die möglichst rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Zwangsarbeiterinnen und -arbeiter nicht möglich war, wurden sie entweder in der Anstalt selbst getötet oder in die Vernichtungszentren deportiert. Noch im November 1944 ging ein Transport mit 21 Kranken nach Linz-Waldegg. (Rachbauer 2009) Von 1945 bis 1955 wurden schließlich Teile des Krankenhausareals von der Roten Armee als Kaserne genutzt, die restlichen Pavillons funktionierten weiterhin als Klinik.

## Anstaltsinterne „Euthanasie“

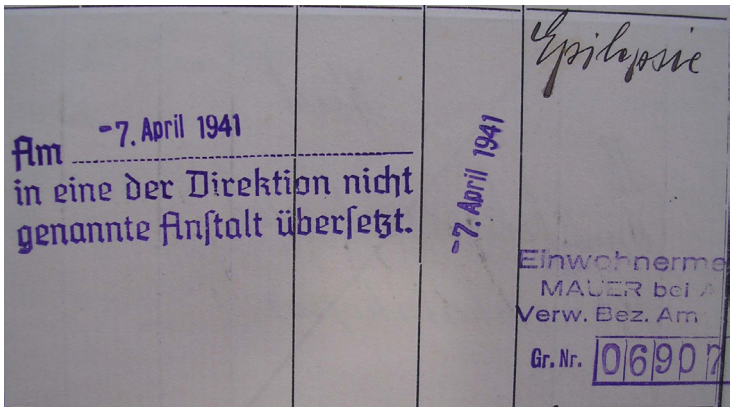
Neben der „Aktion T4“ verdienen die „dezentralen Anstaltsmorde“ des ärztlichen und pflegerischen Personals in Mauer-Öhling besondere Beachtung. Emil Gelny, der vom Gauärzteführer Richard Eisenmenger dem Anstaltsdirektor Michael Scharpf im Oktober 1943 beigestellt wurde, ermordete, wie aus den Akten des Volksgerichtsprozesses von 1948 bekannt ist, gemeinsam mit Ärzten und Pflegepersonal noch bis kurz vor Kriegsende hunderte Patientinnen und Patienten mittels überdosierten Medikamenten, Injektionen und eines umgebauten Elektroschockgeräts.

Durch die Auswertung des Friedhofprotokolls, des Toten- bzw. Leichenhausbuches, deren Erschließung erst kürzlich gelang, (mein Dank gilt an dieser Stelle Franz Schlager, dem Stellvertretenden Kaufmännischen Direktor des heutigen Landesklinikums Mauer) sollen die als „Endzeitverbrechen“ zu wertenden Mordaktionen im November 1944, mit rund 40 Toten, hauptsächlich jedoch im April 1945, denen weitere 150 Personen zum Opfer fielen, genauer analysiert werden. Auch die „Übersterblichkeit“ durch andere Ursachen ist anhand der vorliegenden Quellen eindeutig belegbar.

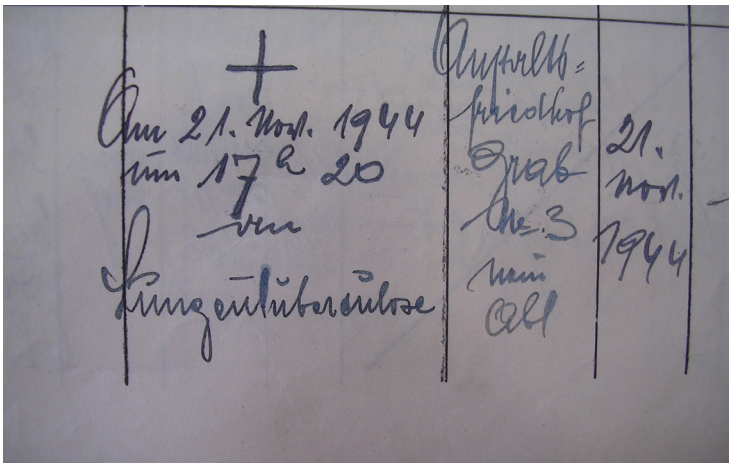
In Mauer-Öhling war bereits nach den ersten „Verschickungen“ bekannt, was mit den Deportierten geschehen war, da ein Patient aus der Vergasungsanstalt Hartheim wieder zurückkehrte und einer anderen Patientin die Flucht gelang. So erfuhren nicht nur die Insassen von den tatsächlichen Vorgängen, sondern auch das Pflegepersonal. Ebenso mussten die Dorfbewohner die Euthanasie-Morde wahrgenommen haben.

Die „Heil- und Pflegeanstalt“ war der größte Arbeitgeber in der kleinen Landgemeinde mit rund 3.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Von Arbeitern, die am Areal tätig waren, den Bauern, die Pfleglinge auf ihren Feldern beschäftigten, bis zum Ortspfarrer, der die Getöteten am Anstaltsfriedhof einsegnete, wusste das Dorf Bescheid.

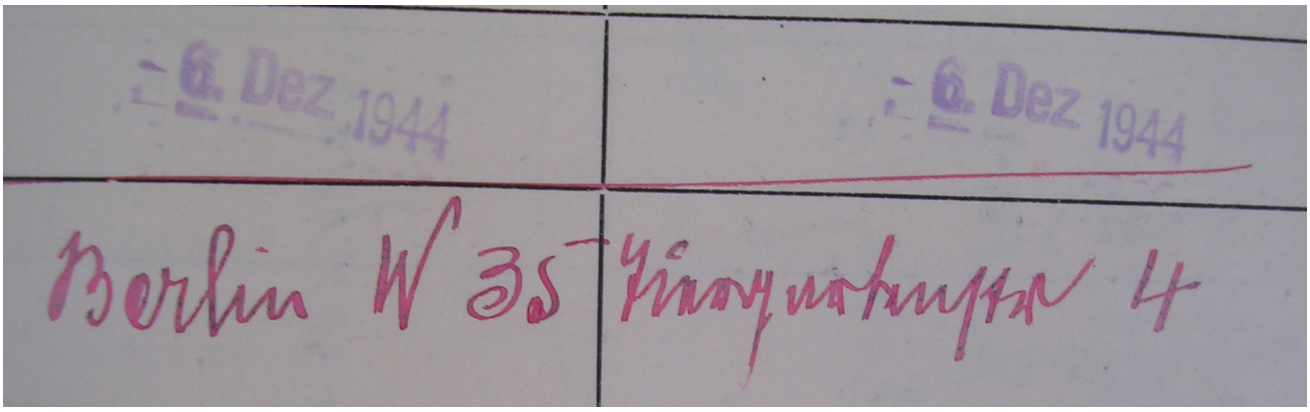
Noch zu erforschen gilt es, zu welchen Reaktionen dieses Wissen in der örtlichen Bevölkerung führte. Entwickelte sich – analog zu den „Pyramiden von Hartheim“, die die Bewohner der anliegenden Ortschaften mit den gefundenen Knochenresten aus dem Krema-




**Stempel im Protokollbuch, Chiffre für einen Todestransport nach Hartheim, (C) Niederösterreichisches Landesarchiv**




**Aus dem Protokollbuch von 1942: “gestorben am 21. Nov. 1944 um 17 h 20 an Lungentuberculose, begraben am Anstaltsfriedhof Grab Nr. 3 neue Abteilung”. (C) Niederösterreichisches Landesarchiv**




**Am 6. Dezember 1944 trifft ein Transport mit "Ostarbeitern" aus diversen Zwangsarbeitslagern in Mauer-Öhling ein. Die "Zentralverrechnungsstelle der Heil- und Pflegeanstalten, Berlin W 35, Tiergartenstraße 4" bezahlt die Verlegung.**
**(C) Niederösterreichisches Landesarchiv**

torium auftürmten (Kohl 1997) – möglicherweise artikulierter Widerspruch gegen die Autoritäten?

Die Verbindungen zwischen der Anstalt und ihrem regionalen, sozialen und wirtschaftlichen Umfeld müssen noch verdeutlicht werden. Es kann aber angenommen werden, dass mit den im Wirtschaftstrakt, den Werkstätten, der Wäscherei, in der Küche, Fleischerei und Bäckerei Beschäftigten, die täglich die Anstalt betraten und wieder verließen, auch Kenntnisse über die inneren Vorgänge nach außen gedrungen sind. Die Frage, inwieweit sich dieses Wissen im kollektiven, respektive im kommunikativen und kulturellen bzw. im Familiengedächtnis noch heute, drei Generationen nach den Vorkommnissen äußert, ist noch zu erforschen.

## Ein schwieriges Erbe

Die mittlerweile eingemeindeten Orte Mauer bei Amstetten und Oed-Öhling hatten nach 1945 ein schwieriges Erbe anzutreten und präsentierten sich nach außen mit ihrer römisch-antiken Vorgeschichte und der bemerkenswerten Jugendstilarchitektur der Heil- und Pflegeanstalt. Eine Statue des Soldatengottes Jupiter Dolichenus, die im Frühjahr 1937 bei Bauarbeiten gefunden wurde und als Wahrzeichen den Brunnen am Dorfplatz in Mauer schmückt, scheint sich als unbelastetes Identifikationsobjekt des Ortes anzubieten. Unbekannt scheint allerdings zu sein, dass der bedeutendste römerzeitliche Schatzfund Österreichs am 8. November 1938 partout mit Unterstützung der Dienststellen der NSDAP dem Kunsthistorischen Museum Wien übergeben wurde.

Als zusätzliche Ironie der Geschichte kann wohl die Tatsache bezeichnet werden, dass die Ausgrabungen durch den „Konservator der Zentralstelle für Denkmalschutz" dokumentiert wurden, der „verhinderte, dass die überwiegende Mehrzahl der Fundgegenstände in falsche Hände geriet." Bei besagtem Archäologen, Historiker und Psychiater handelte sich um Josef Schicker, seit 1932 NSDAP-Mitglied, der von 1920-1938 als Primararzt in Mauer-Öhling wirkte. Nach dem „Anschluss" wurde er zum Direktor der Anstalt Gugging befördert und zum Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Wien bestellt, an dem die Verfahren betreffend Zwangssterilisierungen verhandelt wurden. Im Volksgerichtsprozess gegen „Dr. Gelny und Genossen" von 1948 wurde er zunächst als Beschuldigter, dann als Zeuge geführt. „Sein größtes und alleiniges Verdienst war aber," laut einem aktuellen Eintrag im Österreichischen Biografischen Lexikon, „die Sicherung des Dolichenusschatzfundes von Mauer a. d. Url".

Grundsätzlich findet sich dieses Bemühen, positive Referenzpunkte aus der Zeit vor der nationalsozialistischen Herrschaft anzuführen, auch im Umgang mit der historischen Bausubstanz der Anlage. Doch auch hier wird die Darstellung von den Schatten der Vergangenheit eingeholt: Die örtliche Neue Mittelschule, 1976 errichtet, befindet sich ausgerechnet auf dem Areal der ehemaligen „Rothschildvilla", in der Georg Freiherr von Rothschild bis 1934 als „Pensionär" lebte. Die Geschichte des Gebäudes bis zu seinem Abriss ist noch gänzlich unerforscht. Die Erweiterung der Friedhofsanlage der Anstalt wiederum ist aus der bauhistorischen Literatur bekannt.

## Der erweiterte Anstaltsfriedhof

Grabmäler und Gedenkstätten sind Orte, an denen sich das kulturelle und kollektive Gedächtnis konstituiert, konkretisiert und materialisiert. Auf dem Friedhof des heutigen Landesklinikum Mauer wird die Historie des Ortes zwar angedeutet, eine tiefergehende Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit steht allerdings noch aus.

Aufgrund des drastischen Anstiegs der Sterblichkeitsrate von ca. 5% in der Vorkriegszeit auf 18% bis Jahresende 1943 wurde im Juni 1944 der überfüllte Anstaltsfriedhof, außerhalb der Friedhofsmauer, aber innerhalb des Anstaltsareals, um 300 Grabstellen erweitert. Nachdem dokumentiert ist, dass allein im November 1944 und April 1945 rund 190 Personen vorsätzlich ermordet wurden, ist zweifellos davon auszugehen, dass in diesem erweiterten Teil „Euthanasie"-Opfer in Massengräbern verscharrt wurden.

Heute ist der eingefriedete Teil des Friedhofs, bis auf wenige Ausnahmen von Holzkreuzen von Bestattungen der letzten Jahre, eine leere Wiesenfläche. Zwar sind die Grabhügel noch gut zu erkennen, die Gräber selbst sind allerdings nicht mehr zu identifizieren. Nichts deutet mehr auf die evangelische und vor allem auf die israelitische Abteilung mit annähernd 60 Gräbern hin, die zumindest bis in die 1960er Jahre bestanden haben muss. 1941 wurde hier der letzte Jude begraben. Für die unzähligen, noch zu recherchierenden, gestorbenen Kriegsgefangenen, Zwangsarbeiterinnen und -arbeiter ist eine, wohl stellvertretend gemeinte, Gedenktafel mit der Aufschrift „Ruhestätte von 7 Kriegsgefangenen 1939 - 1945" angebracht.

Der mit den verstorbenen Wehrmachtssoldaten belegte Teil außerhalb der Friedhofsmauer ist ebenfalls aufgelassen und befindet sich mittlerweile wieder mitten im Wald. Auf die Gräber der Psychiatrietoten, deren Grabhügel noch eindeutig zu erkennen sind, wurden vor geschätzten 20-30 Jahren Fichten gepflanzt. Dieser als unbefriedigend zu bezeichnende Zustand soll in Kooperation mit der Leitung des Landesklinikums verbessert werden und die aktuellen Forschungsresultate in ein würdiges Gedenkprojekt mit einfließen.

Schließlich führte ein ähnlicher Fund eines in der NS-Zeit erweiterten Friedhofareals im Psychiatrischen Krankenhauses in Hall in Tirol zu einer umfassenden interdisziplinären Expertinnen- und Experten-Kommission. Die historischen, sozialwissenschaftlichen, archäologischen, anthropologischen sowie medizinischen Untersuchungen mündeten in umfangreichen Publikationen. In Analogie wäre eine vergleichbare Aufarbeitung für den Anstaltsfriedhof in Mauer anzudenken. (Perz et al., 2014, Lechner, Sommerauer, Stepanek 2016, Seifert 2016)

### „Ich tat nur meinen Dienst"

Im November 1945 nahm die Staatsanwaltschaft Wien und die Bezirksgendarmarie Amstetten ihre Erhebungen betreffend der Patientenmorde auf, zweieinhalb Jahre später standen zwei Ärzte und 21 Angehörige des Pflegepersonals aus den beiden niederösterreichischen „Heil- und Pflegeanstalten" Gugging und Mauer-Öhling vor dem Volksgericht Wien. Der im Juni/Juli 1948 geführte sogenannte „Gelny-Prozess" war mit über 90 Zeugenaussagen und einer breiten Beweisführung der wichtigste Versuch einer juristischen Ahndung der NS-Medizinverbrechen in Österreich. Einige der ursprünglich Angeklagten waren für das Gericht allerdings nicht mehr greifbar, da sie entweder untergetaucht, aus gesundheitlichen Gründen nicht verhandlungsfähig oder in der Zwischenzeit verstorben waren.

Dr. Emil Gelny, seit 1932 SA- und NSDAP-Mitglied sowie am Juliputsch 1934 beteiligt, erst ab Oktober 1943 als „Facharzt für Geistes- und Nervenkrankheiten" in Mauer-Öhling tätig, musste sich nie seiner Verantwortung stellen. Er flüchtete über Südtirol und Syrien in den Irak, wo er eine Praxis eröffnete und 1961 in Bagdad starb. Dr. Michael Scharpf, seit 1933 Parteimitglied, ab März 1938 während der gesamten NS-Zeit Anstaltsdirektor, befand sich seit 1945 in Untersuchungshaft, wo er ein Mordgeständnis ablegte, das er später allerdings widerrief. Er verstarb 1948 kurz vor Prozessbeginn in Linz.

Dem Vorstand der Frauenabteilung, SA-Mitglied Primarius Dr. Josef Utz, der gemeinsam mit Gelny im November 1944 tötete, wurde lediglich vorgeworfen, in den Krankengeschichten falsche Angaben gemacht und irreführende Todesursachen an das Standesamt weitergeleitet zu haben. Er wurde krankheitshalber – Kollegen hatten bei ihm Demenz diagnostiziert und ihn in die psychiatrische Klinik am Steinhof überwiesen – nie vor Gericht gestellt und verstarb 1950 in Wien. Der Vorstand der Männerabteilung, Primarius Dr. Franz Siebert, seit 1939 Parteianwärter, seit 1940 NSDAP-Mitglied, der Transportlisten nach Niedernhart erstellte, war zwar als Zeuge geladen, wurde aber selbst nie vor Gericht gestellt, da ihm außer Urkundenfälschungen keine Mitwirkung an den begangenen Morden nachgewiesen werden konnte. Zumindest bis 1962 war er weiterhin in seiner Position als Anstaltsarzt tätig.

Von den neun angeklagten Pflegerinnen und Pflegern aus Mauer-Öhling wurden sieben zu zwei bis drei Jahren schweren Kerkers wegen Mithilfe zum Meuchelmord verurteilt. Die meisten Verurteilten gingen jedoch nach wenigen Wochen schon wieder frei, da die

Untersuchungshaft in das Strafmaß eingerechnet wurde; die letzten wurden 1949 begnadigt.

Die vom Pflegepersonal angewandten Rechtfertigungs- und Entlastungsstrategien, nur seinen „Dienst getan“ zu haben und die alleinige Verantwortung auf den flüchtigen „Haupttäter“ Gelny abzuwälzen und damit der Personalisierung der Vernichtungsmaschinerie Vorschub zu leisten, sind in hohem Maß problematisch und kritisch zu betrachten. Die Kontinuitäten und Brüche der Karrieren, vor, während und nach der NS-Zeit, sowohl des ärztlichen als auch des pflegerischen Personals, wären im Rahmen einer tiefergehenden österreichischen Täterforschung weiter zu ergründen.

## Literatur


Herwig Czech, Von der „Aktion T4“ zur „dezentralen Euthanasie“. Die niederösterreichischen Heil- und Pflegeanstalten Gugging, Mauer-Öhling und Ybbs, in: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hg.), Fanatiker, Pflichterfüller, Widerständige. Reichsgaue Niederdonau, Groß-Wien, Wien 2016 (= Jahrbuch 2016), S. 219-266.

Gerhard Fürstler, Peter Malina, „Ich tat nur meinen Dienst“. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit, Wien 2004.

Michaela Gaunerstorfer, Die psychiatrische Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling 1938-45, Dipl. Arb., Univ. Wien 1989.

Brigitte Kepplinger, Gerhart Marckhgott, Hartmut Reese (Hg.), Tötungsanstalt Hartheim, Linz 2008.

Walter Kohl, Die Pyramiden von Hartheim. „Euthanasie“ in Oberösterreich 1940-1945, Grünbach 1997.

Gertrude Langer-Ostrawsky, Medizingeschichtliche Quellen – Probleme und Methoden in der Bearbeitung der Akten der Niederösterreichischen Heil- und Pflegeanstalten Gugging und Mauer-Öhling 1938-1945, in: Sonia Horn (Hg.), Medizin im Nationalsozialismus. Wege der Aufarbeitung. Überarbeitete Vorträge der internationalen Tagung im Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe, Wien 2001.


## Autor

**Dr. phil. Philipp Mettauer**
Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für jüdische Geschichte Österreichs, St. Pölten
Kontakt: Philipp.Mettauer@injoest.ac.at


Kürzlich erschienen:
Martha Keil, Philipp Mettauer (Hg.), Drei Generationen. Shoah und Nationalsozialismus im Familiengedächtnis, Studienverlag, Innsbruck-Wien-Bozen 2016.


Stefan Lechner, Andrea Sommerauer, Friedrich Stepanek, Beiträge zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol im Nationalsozialismus und zu ihrer Rezeption nach 1945. Krankenhauspersonal – Umgesiedelte SüdtirolerInnen in der Haller Anstalt – Umgang mit der NS-Euthanasie seit 1945, Innsbruck 2016.

Willibald Rosner und Gertrude Langer-Ostrawsky (Hg.), Psychiatrie ohne Menschlichkeit. Gugging 1938-1945. Die Vorträge der Gedenkveranstaltung „Psychiatrie ohne Menschlichkeit - Wir Vergessen Nicht!“ im Landesklinikum Donauregion Tulln-Gugging, St. Pölten 2008.

Wolfgang Neugebauer, Die NS-Euthanasiemorde in Niederösterreich 1940-1945, in: Heinz Arnberger, Claudia Kuretsidis-Haider (Hg.), Gedenken und Mahnen in Niederösterreich. Erinnerungszeichen zu Widerstand, Verfolgung, Exil und Befreiung, Wien 2011, S. 144-148.

Bertrand Perz et al. (Hg.), Schlussbericht der Kommission zur Untersuchung der Vorgänge um den Anstaltsfriedhof des Psychiatrischen Krankenhauses in Hall in Tirol in den Jahren 1942 bis 1945, Innsbruck 2014.

Markus Rachbauer, Die Ermordung von psychisch und physisch kranken ausländischen ZivilarbeiterInnen im Rahmen der NS-„Euthanasie“ – unter schwerpunktmäßiger Betrachtung des Gaues Oberdonau, Dipl. Arb., Univ. Salzburg 2009.

Peter Schwarz, Mord durch Hunger. „Wilde Euthanasie“ und „Aktion Brandt“ am Steinhof in der NS-Zeit, in: Eberhard Gabriel, Wolfgang Neugebauer, Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Band 2, Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung, Wien 2002, S. 113-141.

Oliver Seifert, Leben und Sterben in der Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol 1942 bis 1945. Zur Geschichte einer psychiatrischen Anstalt im Nationalsozialismus, Innsbruck 2016.

www.oesg.at

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT ÖSG

# 25. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Schmerzgesellschaft

11.-13. Mai 2017
Zell am See


Tagungspräsidenten:

ao. Univ. Prof. Dr. Wilhelm Eisner, Innsbruck
wilhelm.eisner@i-med.ac.at

ao. Univ. Prof. Dr. Günther Bernatzky, Salzburg
guenther.bernatzky@sbg.ac.at

Präsidentin der Gesellschaft für Schmerzmanagement der Gesundheits- und Krankenpflege Österreichs (GeSGuK):
DGKP Svetlana Geyrhofer, BA
svetlana.geyrhofer@gesguk.at


GeSGuK
Gesellschaft für Schmerzmanagement der Gesundheits- und Krankenpflege Österreichs
Der Schlüssel zu einem professionellen pflegerischen Schmerzmanagement

Aquarell: Karin Bernatzky-Anrather

## Themenschwerpunkte:

### Nichtmedikamentöse Schmerztherapie

Prävention und Prophylaxe
Manualtherapie
Faszien und Bindegewebe
Musiktherapie
Physikalische Medizin
Strahlentherapie
Invasive Methoden

### Medikamentöse Schmerztherapie

NSAR
Opioide
Wechselwirkungen

### Frau und Schmerz

Genderaspekte in der Schmerzmedizin
Schmerztherapie in Schwangerschaft und Stillzeit
Chronischer Unterbauchschmerz

### Diagnostik und Therapie des Kopfschmerzes

### Ausgewählte Themen zur Schmerztherapie

## Tagungsort:

Ferry Porsche Congress Center
Zell am See

## Tagungsorganisation:

vermed

St. Peter-Pfarrweg 34/11/47
8042 Graz, Austria
Tel.: +43-316 / 42 60 82
office@vermed.at

# 12. Pflege Forum Alpbach

## „Gewalt hat viele Gesichter"

**Machen wir Sie zum Thema!**

pflege forum alpbach

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller

Dr. Sigrid Pilz

Prof. Erwin Böhm

Mag. Dagmar Fischnaller

Mag. Dr. Wolfgang Fromherz

**21.04.2017**

**www.pflegeforum-alpbach.at**

(C) CandyBox Images

# Würde, Respekt und Mitgefühl am Lebensende

**O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner**

Die Diskussion darüber, was menschenwürdiges Sterben bedeutet, wird nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der Öffentlichkeit bis in den Bereich der Gesetzgebung hinein intensiv geführt. Auch auf gesamteuropäischer Ebene steht das Thema auf der Tagesordnung. Nimmt man zur europäischen Diskussion die Debatte in Nordamerika und Australien hinzu, so werden nicht nur kulturelle und rechtliche Unterschiede deutlich, sondern es werden auch innerhalb der Medizin, der Philosophie und der Rechtswissenschaft, aber auch der Theologie in der Frage der freiwilligen Euthanasie oder des medizinisch assistierten Suizids abweichende Positionen vertreten. Der gesellschaftliche Pluralismus führt generell zu einem einen Pluralismus von Moralen und Ethiken, der die medizinethische, aber auch die politische und juristische Konsenssuche erheblich erschwert.

Die Probleme des medizinisch begleiteten und manipulierten Sterbens haben keine geringere Sprengkraft als diejenigen der Biomedizin. Mit Ausnahme von Unfallopfern, Gewaltverbrechen oder unvorhersehbaren natürlichen Todesfällen befinden sich die meisten Sterbenden in ärztlicher Behandlung. Ein Großteil von ihnen stirbt im Krankenhaus. Das durch medizinische Interventionen begleitete Sterben ist also in der westlichen Welt der Regelfall. Daher wäre es völlig verfehlt, in den Debatten über Sterbehilfe und Euthanasie nur Indizien eines Verfalls kultureller Standards und moralischer Werte erblicken zu wollen. Es ist vielmehr notwendig zu prüfen, wie weit die Anwendung des heutigen Potentials medizinischer Möglichkeiten in bestimmten Situationen überhaupt sinnvoll ist, und wo die humanen Grenzen der modernen Medizin liegen.

Würde und Autonomie sind Schlüsselbegriffe in der Diskussion um die Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende und die unterschiedlichen Formen von Sterbehilfe. [1] Strittig ist nicht allein die Terminologie, mit der verschiedene Arten des Tuns, des Lassens und Unterlassens am Lebensende bezeichnet werden – wobei die Beschreibungskategorien immer auch schon moralische und rechtliche Werturteile enthalten. Strittig sind auch Sinn und Bedeutung von Autonomie und Menschenwürde sowie das Begründungsverhältnis von Menschenwürde und Menschenrechten.

Nun ist freilich zwischen einem allgemeinen Begriff von Würde und der Menschenwürde zu unterscheiden. Jemand oder etwas, das Würde hat, wird dadurch gegenüber anderen Personen oder Dingen ausgezeichnet. Wir sprechen z.B, von der Würde

eines Amtes. Wenn wir uns etwa in einer Versammlung erheben, wenn der Bundespräsident den Saal betritt, gilt unser Respekt in erster Linie nicht der Person, sondern dem Amt, das die Person verkörpert. Ebenso sprechen wir von der Würde des Gerichts, die dadurch geachtet wird, dass man sich im Gerichtssaal respektvoll benimmt. Zuwiderhandlungen können geahndet werden. Auch von der Würde des Parlaments ist bisweilen die Rede. Gemeint ist damit nicht die person- oder Menschenwürde der einzelnen Abgeordneten, sondern die Würde der Institution bzw. des staatlichen Organs. Feudale oder Klassengesellschaften sind in verschiedene Stände oder Klassen unterteilt, die unterschiedliche Würde haben. Adelige Personen galten in früheren Zeiten als Personen von hohem Stand, denen eine andere gesellschaftliche Würde zuerkannt wurde als einfachen Bauern oder Handwerkern, von Knechten und Mägden ganz zu schweigen. Amtsinhaber werden gelegentlich noch heute als Würdenträger bezeichnet, und es kann auch heute noch geschehen, dass Geistliche mit Hochwürden angeredet werden. Noch heute gibt es Exzellenzen und Eminenzen, die auf Festversammlungen selbstverständlich als erste begrüßt werden. Die mit dem Stand, dem sozialen Rang oder einem Amt verbundene Würde markiert einerseits einen Unterschied zwischen den Menschen, und sie kann andererseits verloren gehen, sei es, weil man ein Amt verliert, sei es, dass man sich der eigenen Stellung nicht als würdig erwiesen hat.

Verglichen mit diesem Begriff von Würde hat der Begriff der Menschenwürde einen zutiefst demokratischen Grundzug. Alle Menschen, so heißt es in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sind gleich an Würde und Rechten geboren. Vor Gott und vor dem weltlichen Gesetz sind alle Menschen gleich. In der Sprache der Bibel: Vor Gott gilt kein Ansehen der Person (Apg 10,34). Alle sind Gottes Ebenbild. In säkularer Sprache ausgedrückt: Die Menschenwürde kommt einem Menschen zu, einfach weil er ein Mensch ist. Sie kann weder erworben noch verloren werden. Es handelt sich um eine angeborene und unverlierbare Würde.

Um es praktisch zu machen: In Medizin und Pflege sind Menschen in gleicher Weise der Hilfe und Pflege bedürftig und haben Anspruch auf unsere Zuwendung, ob sie nun reich oder arm sind, ein Herr Doktor, eine Frau Magister oder ein einfacher Arbeiter, ob sie einen österreichischen Pass haben oder nicht, ob sie an den Gott der Christen, der Muslime oder an gar nichts glauben. Und alle haben sie das gleiche Anrecht auf unsere Achtung, unseren Respekt, die alte Frau aus dem Wiener Gemeindebau nicht weniger wie ein prominentes Mitglied der Seitenblicke-Gesellschaft.

Menschenwürde und Menschenrechte gehören unmittelbar zusammen. An oberster Stelle steht unter den Menschenrechten das Recht auf Leben, weiters das Recht auf Gesundheit, aber auch das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung und Privatheit. Aus den Menschenrechten leiten sich wiederum Patientenrechte ab, die ebenfalls für alle Patientinnen und Patienten gelten, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht oder Religion. Sie besteht auch in allen Phasen des Lebens, von der Geburt bis zum Tod, unabhängig von der körperlichen oder geistigen Verfassung eines Menschen.

Der Begriff der Menschenwürde hat für die Menschenrechte eine integrative Funktion hat. Dass der Mensch eine angeborene und unverlierbare Würde hat, zeigt sich darin, dass er grundlegende Menschenrechte besitzt. Diese wiederum lassen sich zusammenfassend auf den Begriff der Menschenwürde bringen. Es sind im wesentlichen vier Elemente, die den Kern der Menschenwürde ausmachen: [2] 1. das Recht auf Leben und damit verbunden der Schutz von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Gesundheit, 2. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, 3. die Gleichheit aller Menschen und 4. die Voraussetzungslosigkeit der Geltung von Menschenwürde und damit auch ihre Unverlierbarkeit.

Über die Bedeutung der Menschenwürde für die Begründung medizinischen und pflegerischen Handelns wird in der Medizin- und Pflegeethik derzeit intensiv, aber auch höchst kontrovers diskutiert. [3] Inwiefern Menschenrechtsargumente eine ausreichende Basis für ethische Entscheidungen, z.B. am Lebensende, sind, ist umstritten. Strittig sind auch der Inhalt des Begriffs der Menschenwürde und sein Verhältnis zu den Menschen- und Patientenrechten. Ist Menschenwürde der Inbegriff aller Menschenrechte oder ihre Voraussetzung? Ist jede Verletzung von Menschen- oder Patientenrechten auch schon eine Verletzung der Menschenwürde? Und wie ist Menschenwürde konkret auszulegen? Ein grundlegendes Element der Menschenwürde ist die Selbstbestimmung des Menschen. Doch wie weit reicht sie? Schließt sie z.B. das Recht der Tötung auf Verlangen ein?

Über die Bedeutung der Menschenwürde für die Begründung medizinischen und pflegerischen

Handelns wird in der Medizin- und Pflegeethik derzeit intensiv, aber auch höchst kontrovers diskutiert. [3] Inwiefern Menschenrechtsargumente eine ausreichende Basis für ethische Entscheidungen, z.B. am Lebensende, sind, ist umstritten. Strittig sind auch der Inhalt des Begriffs der Menschenwürde und sein Verhältnis zu den Menschen- und Patientenrechten. Ist Menschenwürde der Inbegriff aller Menschenrechte oder ihre Voraussetzung? Ist jede Verletzung von Menschen- oder Patientenrechten auch schon eine Verletzung der Menschenwürde? Und wie ist Menschenwürde konkret auszulegen? Ein grundlegendes Element der Menschenwürde ist die Selbstbestimmung des Menschen. Doch wie weit reicht sie? Schließt sie z.B. das Recht der Tötung auf Verlangen ein?

Das Recht auf Leben ist ein unveräußerliches Menschenrecht. Das elementarste Recht des Menschen, nämlich Rechte zu haben – wie Hannah Arendt gesagt hat [4] – setzt die physische Existenz des Menschen voraus. So gilt der ethische Grundsatz: Im Zweifelsfall für das Leben – in dubio pro vita. Weil der Tod zum Leben gehört, impliziert das Recht auf Leben recht verstanden auch das Recht auf Sterben. Das Recht auf den eigenen Tod ist aber nicht mit einem vermeintlichen Recht, sich töten zu lassen, zu verwechseln. Es gibt meines Erachtens weder ein Menschenrecht auf Suizid und Suizidbeihilfe noch ein Menschenrecht auf Euthanasie, das den Staat in die Pflicht nehmen könnte, Suizidbeihilfe zu ermöglichen und einen vermeintlichen Rechtsanspruch auf Euthanasie durchzusetzen.

Das Recht auf Leben bedeutet freilich keine Pflicht zum Leben. Weder aus rechtlicher, noch – nach meinem Verständnis – aus christlicher Sicht haben wir das Recht, andere Menschen zum Leben oder Weiterleben zu zwingen, auch wenn wir alles dafür tun sollen, ihren Lebenswillen zu stärken und ihnen helfen sollen, die kostbare und einmalige Gabe ihres Lebens zu achten.

Dass es keine Lebenspflicht gibt, erkennt die Rechtsordnung dadurch an, dass es das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung gibt. Eine dagegen verstoßende Therapie ist z.B. nach österreichischem Recht strafbar (§ 110 StGB). Ein vermeintliches Recht auf Suizid oder Tötung auf Verlangen, das sich meines Erachtens nicht begründen lässt, ist davon aber zu unterscheiden.

Der Grundsatz des Lebensschutzes legitimiert weder ethisch noch rechtlich die Bevormundung und Entmündigung von Patienten. Sofern die Grenzen geachtet werden, die das österreichische und das deutsche Strafrecht gegenüber aktiver Sterbehilfe ziehen – in Österreich steht auch die Suizidbeihilfe unter Strafe –, ist die Freiheit der Menschen zu achten. Wer glaubt, mündige Bürger vor sich selbst schützen zu müssen, gibt letztlich der Forderung nach einer Liberalisierung der Euthanasie neue Nahrung.

In der ethischen und juristischen Diskussion steht außer Frage, dass Menschenwürde und Autonomie aufs engste miteinander zusammenhängen. Strittig ist allerdings, ob Autonomie den inneren Kern der Menschenwürde ausmacht, sodass Menschenwürde und Autonomie geradezu synonym sind. Der Verlust der Autonomie kann in diesem Fall als

Ulrich Körtner

**Grundkurs Pflegeethik**

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

Mit Lern-App

Dieses Studienbuch befasst sich mit Grundlagen und Grundfragen der Pflegeethik sowie den Methoden der ethischen Urteilsbildung. Thematisiert werden ethische Probleme der Pflege, aber auch die Arbeitsweise klinischer Ethikkomitees sowie einschlägige Ethikdokumente und Gesetzestexte.

Ein Grundkurs für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege, für das Studium der Pflegewissenschaften und für Studiengänge an Fachhochschulen.

facultas

Verlust der Menschenwürde gedeutet werden, was für die Frage, ob und unter welchen Umständen das Leben eines Menschen – z.B. im irreversiblen Wachkoma – beendet werden darf, oder für das Problem des Hirntodes erhebliche Konsequenzen hat.

Autonomie lässt sich als wesentlicher Ausdruck der Menschenwürde interpretieren, diese ist aber von der Autonomie nochmals zu unterscheiden. Die biblische Tradition spricht an dieser Stelle von der Gottebenbildlichkeit des Menschen, die sich nicht auf seine Moralfähigkeit reduzieren lässt, so gewiss der Mensch seinem Wesen nach zu einem selbstbestimmten und bewussten Leben bestimmt ist. Unser Personsein ist vielmehr mit unserer leiblichen Existenz gegeben. Auch Menschen im sogenannten Wachkoma, auch Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz sind ebenso wie ungeborene Kinder Personen, weil auch sie dazu bestimmt sind, dass wir mit ihnen in einer von Liebe getragenen personalen Beziehung stehen und sie als Personen in unsere menschliche Kommunikationsgemeinschaft einbeziehen.

Auf den Beziehungsaspekt zielt das Konzept der relationalen Autonomie, das aus der feministischen Ethik stammt. [5] Der Begriff der relationalen Autonomie besagt, dass das Selbst auch in seiner Selbstbestimmtheit auf andere verwiesen und angewiesen ist. Das gilt auch für die Bereiche von Medizin und Pflege, und diese Sicht des Menschen entspricht auch der biblischen Tradition.

Ein abstrakter Autonomiebegriff nimmt die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahr. Es ist philosophisch wie theologisch betrachtet problematisch, die Würde des Menschen an ein abstraktes Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt. Ein solches Autonomieverständnis aber führt dazu, Leiden und Schwäche als menschenunwürdig zu betrachten und nur ein abstrakt selbstbestimmtes Sterben als menschenwürdig zu akzeptieren.

Hilfreich sind in diesem Zusammenhang Überlegungen von Farideh Akashe-Böhme und Gernot Böhme zur Autonomie kranker und leidender Menschen. Gehören Krankheit und Sterben zum Leben dazu, ist nicht Autonomie, sondern Souveränität das angemessene Persönlichkeitsideal. „Ein Mensch ist souverän, wenn er mit sich etwas geschehen lassen und Abhängigkeiten hinnehmen kann.“ [6] Dieser Gedanke berührt sich mit wesentlichen Einsichten des christlichen Glaubens und seines Verständnisses von Menschenwürde, die auch Menschen mit Behinderungen, Schwerstkranke und Sterbende nicht verlieren können.

„Autonomie bis zuletzt“ ist nicht selten eine Fiktion. Selbst eine noch so ausgefeilte Patientenverfügung ändert nichts an dem Umstand, dass der Patient „der verantwortlichen Entscheidung Dritter anheimgegeben ist“ [7]. Die deutsche Juristin Margot v. Renesse gibt zu bedenken: „‚Patientenautonomie’ ist die goldene Seite einer Medaille, deren Nachtseite die schiere Angst ist, dass niemand ‚seines Bruders Hüter‘ sein will.“ [8]

Mitunter besteht ein Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Menschenrecht auf Leben. Die genannten Prinzipien dürfen jedoch nicht abstrakt gegeneinander gestellt werden. Einerseits ist die Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Andererseits steht der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten nicht notwendigerweise im Gegensatz zur Fürsorge, sondern muss geradezu als ihre Implikation verstanden werden. [9] Der Grundsatz des Lebensschutzes legitimiert weder ethisch noch rechtlich die Bevormundung und Entmündigung von Patienten.

## Respekt, Achtung und Anerkennung

Wer Menschenwürde besitzt, hat Anspruch auf Achtung und Respekt, Respekt vor der Person wie auch vor ihren Überzeugungen und Entscheidungen. Letztlich geht es bei Respekt um Anerkennung. Existentielle und soziale Konflikte erklären sich nicht allein aus dem Kampf um Selbsterhaltung, sondern auch aus dem Kampf um Anerkennung. [10] Auch in Medizin und Pflege findet täglich ein Kampf um Anerkennung statt. Es geht eben nicht allein um Geld und Macht, sondern auch um Anerkennung und Achtung der eigenen Person, um Wertschätzung der geleisteten Arbeit ebenso wie des Menschen. Nicht nur Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch Pflegepersonen, Ärzte und sonstige Berufsgruppen im Gesundheitswesen kämpfen um Anerkennung, und zwar nicht bloß auf der individuellen Ebene, sondern auch auf der Ebene von Berufsvertretungen und Interessensverbänden. Auch der Einsatz für den Ausbau und die Finanzierung von Palliative Care, der eine politische Frage ist, muss in

diesem Zusammenhang betrachtet werden.

Wenn ich im Anschluss an Hegel und Axel Honneth von einem Kampf um Anerkennung spreche, möchte ich auf die Konfliktpotentiale im klinischen oder im pflegerischen Alltag hinweisen, die sich mit dem schönen Wort Respekt verbinden können. Der Kampf um Anerkennung ist immer auch ein Kampf um Aufmerksamkeit. Ein respektloses Verhalten kann unter Umständen ein Mittel sein, um die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu lenken. Es kann aber auch der Ausdruck von Zynismus sein, der sich im Beruf einschleicht, eine Reaktion auf Arbeitsbedingungen, die Menschen ihrer Ideale beraubt und ihnen jede Illusion nimmt. Respektlosigkeit kann eine mehr oder weniger subtile Form der Gewaltausübung darstellen. Und es wäre ein eigenes Vortragsthema, über Macht und Ohnmacht, Gewalt und Gegengewalt in Pflege und Medizin zu sprechen.

Ich möchte mich nur auf zwei Gesichtspunkte beschränken, was die moralische Verpflichtung zu Respekt und Achtung in der Pflege, also auch der Pflege von Sterbenden betrifft. Zum einen möchte ich die Bedeutung des Leibes für die Person ansprechen, zum anderen den Zusammenhang zwischen Respekt und Selbstachtung.

Was den Leib oder den menschlichen Körper betrifft, so liegt mir an der Feststellung, dass das menschliche Personsein stets an die leibliche Existenz gebunden ist. Menschenwürde kommt der Person des Menschen zu, die aber raumzeitlich und das heißt leiblich existiert. Eben darum gehören das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit und Gesundheit zum Kern der Menschenwürde. Der Philosoph Georg Wilhelm Friedrich Hegel stellt mit Recht fest, dass die Gewalt, die meinem Körper angetan wird, stets mir selbst angetan wird. [11]

Indem Pflegepersonen oder Ärzte mit dem Körper eines Patienten umgehen, pflegen sie einen bestimmten Umgang mit der Person, die Träger dieses Körpers ist. Insbesondere die Pflege von bewusstlosen Patienten oder Patienten im Wachkoma hat sich dessen bewusst zu sein. Körperpflege, pflegerische und medizinische Behandlung bedeuten nicht bloß die Versorgung eines menschlichen Organismus, sondern die Sorge um eine Person. Körperkontakte sind eine Form der zwischenmenschlichen Kommunikation. Der Respekt vor dem Menschen und seiner Würde schließt also den respektvollen körperlichen Umgang ein. Diese Pflicht des Respekts reicht über den Tod von Patienten hinaus. Der respektvolle Umgang mit dem Leichnam ist Ausdruck unseres Respekts gegenüber der Person, die in diesem Körper leibhaftig präsent war und deren Körper die Spuren ihrer Lebens- und Leidensgeschichte an sich trägt.

(C) Photographee.eu

Der zweite Gesichtspunkt, den ich noch ansprechen möchte, ist der Zusammenhang von Respekt und Selbstachtung. Die Würde des Menschen in der Person des anderen wie der eigenen zu achten, setzt voraus, dass man sich selbst mit Achtung begegnet und achtsam mit sich selbst, seinem eigenen Leben, seinem eigenen Körper und seiner eigenen Gesundheit umgeht. Die Forderung des Respekts ist nur dann ethisch begründet, wenn zugleich die Selbstachtung dessen respektiert wird, von dem Respekt verlangt wird.

Nun mag es durchaus Situationen geben, in denen wir an die Selbstachtung eines Menschen appellieren. Aber mit bloßen Appellen allein wird die Selbstachtung eines Menschen, die mit seinem Selbstwertgefühl zusammenhängt, kaum zu mobilisieren und zu fördern sein. Wer sich mit Suizidgedanken trägt, wird sich durch moralische Appelle von seinem Vorhaben kaum abhalten lassen. Wenn wir über die ethische Pflicht des Respekts im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen wie auch im Umgang untereinander nachdenken, sollten wir eben auch die Frage einschließen, wie sich das Selbstwertgefühl von Menschen und ihre Selbstachtung auch am Lebensende fördern lassen und welche Faktoren Selbstachtung und Selbstwertgefühl schwächen oder gar ernsthaft gefährden.

## Mitgefühl und Empathie

Wer anderen helfen will, kann dies wohl kaum ohne Mitgefühl oder Empathie tun. In der klassischen Sprache der Ethik kann man von einer Tugend sprechen. Nun ist die Rolle von Gefühlen in der Ethik höchst umstritten. Namentlich Kant hat erklärt, dass ein Handeln nur dann moralisch sei, wenn es sich nicht von Gefühlen wie Zu- oder Abneigung, sondern von Vernunftgründen leiten ließe. Im Gegensatz dazu hat Arthur Schopenhauer eine Ethik des Mitleids entworfen, und auch in neueren ethischen Entwürfen spielt die Fähigkeit des Mitleidens und des Mitgefühls – englisch compassion – eine erhebliche Rolle. [12] Die Rolle von Empfindungen und Gefühlen wird gegenwärtig von Konzeptionen einer narrativen Ethik betont. Narrative Ethik stellt nicht nur die Bedeutung der Lebensgeschichte moralischer Akteure heraus – wie alle sind in Geschichten verstrickt –, sondern sie argumentieren darüber hinaus, dass sich die Erfahrung und Wahrnehmung moralischer Phänomene vornehmlich durch Erzählungen, durch die Schilderung von Einzelsituationen erschließt, die paradigmatische Bedeutung haben oder gewinnen.

Folgt man dem evangelischen Theologen Johannes Fischer, so ist Narrativität ein entscheidender Schlüssel für die moralische Erkenntnis und Urteilsbildung. [13] Nach Fischers Urteil sind es nicht moralische Regeln und Prinzipien, die auf ihre Verallgemeinerungsfähigkeit überprüft worden sind, sondern Narrative, „mit denen wir in aller Regeln in unserem Alltagsverständnis unser Handeln begründen, nämlich indem wir Situationen schildern, die uns zu ihm veranlasst haben“ [14]. In solchen Narrativen wie überhaupt für die moralische Erkenntnis spielen nach Fischers Überzeugung Emotionen eine tragende Rolle, deren Bedeutung von Teilen der heutigen Ethik notorisch verkannt werde. Gegen den möglichen Vorwurf des Emotivismus setzt sich Fischer zur Wehr, indem er auf Studien verweist, nach denen es sich bei Emotionen keineswegs nur um Gefühle oder Affekte

(C) Kalpis

handelt, sondern um „etwas, das einen kognitiven Gehalt besitzt“ [15].

Fischers Gegenüberstellung von narrativer und argumentativer Begründung sittlichen Verhaltens vermag freilich nicht zu überzeugen. Fischers liefert zwar Beispiele, wie Erzählungen in Alltagssituationen als Rechtfertigung eines bestimmten Verhaltens oder Handelns funktionieren, doch setzen diese Beispiele voraus, dass im Hintergrund moralische Normen und Prinzipien stehen, die vom Erzähler wie von seinen Adressaten anerkannt werden. Wer z.B. sein Fernbleiben vom Arbeitsplatz mit dem Hinweis entschuldigt, sein Vater sei erkrankt und habe dringend Hilfe benötigt [16], kann doch nur dann mit Verständnis rechnen, wenn grundsätzlich Einigkeit über unsere moralische Pflichten und Regeln der Güterabwägung zwischen persönlicher Not und beruflichen Anforderungen

herrscht. Wo dies nicht der Fall ist, werden Narrative zum Anlass für explizite argumentative Auseinandersetzungen. Das ließe sich auch an Beispielen aus dem pflegerischen Alltag studieren.

Was nun konkret die Empathie betrifft, so kann sie in der Tat durch entsprechende Beispielgeschichten und Erfahrungsberichte gefördert werden. Doch ist grundsätzlich zu beachten, dass Empathie für sich genommen keine hinreichende Basis für ein Ethos und eine Ethik der Pflege ist. Man kann aus reinem Mitgefühl das ethisch wie pflegerisch Falsche tun, bis dahin, dass Menschen bereit sind, aus Mitleid zu töten. Man kann vom Mitleid oder Mitgefühl derart überwältigt werden, dass die Distanz, die für professionelles Handeln nötig ist, verloren geht. [17]

Es ist also darüber zu diskutieren, wieviel Empathie Pflege als Beruf – auch in der Hospizarbeit – nicht nur benötigt, sondern auch verträgt. Zur Professionalität der Pflege gehört eine distanzierte Nähe, für die eine emotional gefärbte Zuwendung kein Wert an sich ist. Wer Pflege als Beruf ausübt, muss sich nicht nur in andere Menschen hineinversetzen, sondern sich auch von Patienten, Angehörigen und sonstigen Personen abgrenzen können, soll es nicht zu einem Helfersyndrom kommen. Mitgefühl ist zweifellos eine Grundbedingung der Fürsorge. Nun gibt es Konzeptionen von Pflegeethik, welche die Fürsorglichkeit bzw. eine Care-Ethik zur theoretischen Basis haben. Es ist aber zwischen einem weiten und einem engen Begriff von Pflege, zwischen Pflege als allgemein menschlichem Verhalten und Pflege als Beruf oder anders gesagt zwischen Caring und Nursing zu unterscheiden. [18] Pflegeethik hat zu klären, wie viel caring das nursing einerseits braucht und andererseits verträgt. Bedenkt man den möglichen Konflikt zwischen Patientenautonomie und Fürsorgeprinzip, so gehört es offenbar zu einer ethisch reflektierten Praxis des nursing, im Einzelfall auf das caring auch verzichten zu können. Zur professionellen Pflege gehört die Fähigkeit zur ethisch begründeten Selbstbegrenzung in der Fürsorge. Dementsprechend will auch die Tugend des Mitgefühls und der Empathie gerade am Lebensende kritisch bedacht und begleitet sein.

## Tun und Unterlassen

Die Debatte über menschenwürdiges Sterben wie auch die Entwicklungen im Bereich der Intensivmedizin fordern dazu heraus, neu darüber nachzudenken, was wir für zumutbares und unzumutbares Leiden halten. Die Diskussion über die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe zeigen außerdem, wie notwendig es ist, sich neu zu Bewusstsein zu bringen, dass nicht jedes ethisch verantwortete Lassen gleichbedeutend mit einem Unterlassen ist.

Die ethischen Grenzen unseres Handelns müssen in jeder Situation neu bestimmt werden. Das gilt auch an den Grenzen des Lebens. Wie das Leben selbst, kann auch jedes Bemühen um Heilung nur fragmentarisch sein. Daher gibt es eine ethisch verantwortbare Begrenzung der Verantwortung, die es ermöglicht, das Scheitern therapeutischer Bemühungen und auch das Sterben in den Lebenszusammenhang zu integrieren. Konkret bedeutet dies, dass der Therapieverzicht oder die Beendigung einer Therapie im Einzelfall nicht nur ethisch akzeptabel, sondern sogar geboten sein können.

Gegenüber der Neigung zum Aktivismus in Medizin und Pflege gilt es zu beachten, dass die aktive Intervention nicht in jedem Fall moralisch höher zu bewerten ist als der Verzicht auf sie. Die Entscheidung hat vielmehr immer vom Subjekt der Medizin auszugehen. Das aber ist der Patient oder die Patientin. Unter Umständen ist auch der Verzicht auf Diagnose und Therapie Bestandteil einer guten und humanen Medizin. „Der Entscheidung für eine bestimmte Diagnostik und Therapie muss die Indikation vorausgehen. Immer wieder muss die Frage gestellt werden, ob diese oder jene Maßnahme in jenem individuellen Fall wirklich angezeigt ist. Dient sie dem Patienten? Erleichtert sie sein Schicksal jetzt oder später?“ [19]

Im Jahr 2011 hat die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) eine Orientierungshilfe zur Ethik am Lebensende mit dem Titel „Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit“ veröffentlicht, [20] an der ich mitgearbeitet habe. Sie votiert entschieden für eine wirksame Schmerztherapie und hält unter bestimmten Voraussetzungen auch die palliative Sedierung für ethisch vertretbar. Entgegen einer noch immer verbreiteten Auffassung zeigen neuere Studien, dass effektive Schmerzbehandlung aller Wahrscheinlichkeit nach nicht lebensverkürzend, sondern im Gegenteil oftmals lebensverlängernd wirkt, weil die Stillung von Schmerzen zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen Gesamtverfassung führt.

Unter palliativer Sedierung versteht man die Betäubung eines Patienten zum Zwecke der Schmerzlinderung, deren Tiefe und Dauer allerdings variieren kann. Die Orientierungshilfe hält

dieses Mittel für zulässig, sofern die Absicht „immer die Schmerzlinderung, nicht die Beendigung des Lebens“ ist [21]. Voraussetzung ist aber, dass sich der Patient in der Terminalphase des Sterbeprozesses befindet und eine umfassende Diagnostik einschließlich einer psychiatrischen Beurteilung vorgenommen worden ist. Außerdem ist die Zustimmung des Patienten einzuholen (informed consent).

Kritisiert wird in diesem Zusammenhang der einseitige Hinweis vieler kirchlicher Stellungnahmen, Krankheit, Schmerz und Leiden gehörten nun einmal unvermeidlich zum menschlichen Leben. Auch wenn sich die GEKE gegen die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe ausspricht, erkennt sie doch an, dass schweres Leiden und große Schmerzen, die sich unter Umständen auch durch noch so gute Palliativmedizin nicht lindern lassen, Menschen in schwere Dilemmata stürzen können. Auch müsse zwischen vermeidbarem Leiden und einem Leiden, das gegen medizinische und pflegerische Interventionen resistent ist, unterschieden werden. Dass manche schwerkranken Personen selbst noch unter größten Schmerzen und Beeinträchtigungen einen Sinn in ihrem Leben finden, der das Leiden ertragen lässt, rechtfertigt es nicht, wie die Orientierungshilfe richtig feststellt, Krankheit und Schmerz theologisch zu überhöhen.

## Palliative Care

Der Ausbau von Palliativmedizin und -pflege ist ein politisches Ziel, über das in Österreich ein parteiübvergreifender Konsens herrscht. Auch die Kirchen setzen sich in ökumenischer Übereinstimmung für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Palliative Care ein. Aus Sicht der

(C) Floydine

erwähnten Orientierungshilfe der GEKE kommt dabei der Seelsorge und der spirituellen Begleitung der Kranken, der Sterbenden und ihrer Angehörigen, unter Umständen aber auch von Ärzten und Pflegekräften besondere Bedeutung zu. Die Aufgabe von Diakonie und Kirchen besteht darin, zeitgemäße christliche Formen der Sterbebegleitung zu entwickeln, einschließlich kirchlicher Rituale, die auf die Bedürfnisse und Nöte der Menschen eingehen und zugleich theologisch reflektiert und verantwortet sind.

Laut der bekannten Definition der WHO aus dem Jahr 1990 ist Palliative Care die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden sowie die Hilfe bei psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Die neue Definition der WHO aus dem Jahr 2002 versteht unter Palliative Care einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ [22].

Das Konzept von Palliative Care wäre missverstanden, wollte man es auf das Problem der Schmerztherapie reduzieren, die in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht hat, so als würde

dem Wunsch nach Selbsttötung im Fall einer schweren und tödlichen Krankheit schon durch wirksame Schmerztherapie die ethische Berechtigung entzogen. Daher möchte ich nun auch der Ansicht widersprechen, ein umfassender Ausbau der Palliativmedizin sei eine hinreichende Antwort auf die Forderung nach Legalisierung der Suizidbeihilfe oder der Tötung auf Verlangen. Eine gute palliativmedizinische sowie psychosoziale und spirituelle Begleitung von Patienten kann vielleicht in vielen Fällen den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder nach Suizidbeihilfe zum Verschwinden bringen. Es ist aber anzuerkennen, dass es Menschen gibt, die ihrem Leben trotz umfänglicher palliativmedizinischer Versorgungsangebote selbstbestimmt ein Ende setzen wollen, weil sie einen bestimmten Krankheitszustand mit ihrem Selbstbild und ihrer Auffassung von einem würdigen Leben und Sterben nicht in Einklang bringen können. Der unbedingt begrüßenswerte Einsatz der Kirchen für den weiteren Ausbau der Palliativmedizin im stationären und ambulanten Bereich ist keine ausreichende Antwort auf die Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen oder des ärztlich assistierten Suizids sowie auf die steigende Zahl von Alterssuiziden.

## Suizid, Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen

Anders als in Österreich ist die Beihilfe zur Selbsttötung in der Schweiz und einigen anderen europäischen Ländern nicht strafbar. Der Deutsche Bundestag hat 2015 ein Verbot geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe und somit auch der Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen verabschiedet. Hingegen hatten die Mediziner Gian Domenico Borasio und Ralf J. Jox, der Jurist Jochen Taupitz und der Medizinethiker Urban Wiesing Ende August 2014 einen alternativen Gesetzvorschlag unterbreitet. [23] Er sah vor, die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland generell unter Strafe zu stellen, um sodann Ausnahmen zu bestimmen. Nach diesen Ausnahmeregelungen sollte es Angehörigen und dem Patienten nahestehenden Personen, aber auch Ärzten erlaubt sein, nach vorheriger Überprüfung des Sterbewunsches Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, wozu auch eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vorgeschlagen wurde. Die Werbung für die Suizidbeihilfe sollte nach diesem Gesetzesvorschlag allerdings verboten werden. Dadurch würden die Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen wie EXIT oder DIGNITAS unterbunden oder zumindest erheblich eingeschränkt. [24]

In Österreich hat es eine Enquete-Kommission des Nationalrates zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ gegeben, die im März 2015 ihren Abschlussbericht vorgelegt hat. [25] Das von manchen geforderte Verbot der Verankerung des Euthanasieverbotes im Verfassungsrang ist seither vom Tisch, aber auch gesetzliche Ausnahmeregelungen bei der Suizidbeihilfe haben derzeit keine Aussicht auf Erfolg. Solche stehen aber weiter in der Diskussion, nachdem sich zuletzt auch eine Mehrheit der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt für solche ausgesprochen hat. [26]

Ich möchte an dieser Stelle nicht auf Details der unterschiedlichen legistischen Vorschläge zur Liberalisierung der Suzidbeihilfe eingehen, sondern den Blick auf die ethischen Grundsatzfragen richten. Zunächst besteht ethisch und rechtlich ein Unterschied zwischen der Tötung auf Verlangen und dem assistierten Suizid. Schließlich bleibt es im Fall der Suizidbeihilfe noch immer der Suizident, der den Tod aktiv herbeiführt und nicht die Beihilfe leistende Person. Er behält, wie es in der Juristensprache heißt, die Tatherrschaft.

Die Gründe für eine Selbsttötung können ganz unterschiedlich sein. Bedenkt man, dass die Ursache in einer psychischen Erkrankung oder Ausnahmesituation liegen können, verbietet sich von vornherein eine ausschließliche oder in erster Linie moralische Betrachtung des Problems. Auch theologisch betrachtet ist die Frage des Suizids komplex. Die in der christlich-theologischen Tradition lange Zeit vorherrschende Auffassung, der Suizid sei in jedem Fall eine in sich schlechte Handlung und als schwere Sünde zu verwerfen, kann freilich aus dem biblischen Gesamtzeugnis nicht hinreichend begründet werden. [27]

Kann es Fälle der Selbsttötung geben, in denen sich ein moralisches und erst recht ein theologisches Urteil verbietet, so gilt dies entsprechend auch für Fälle der Suizidbeihilfe. Es kann Situationen geben, in denen ein Mensch – auch wenn er sein Gewissen als gläubiger Mensch vor Gott prüft – für sich keinen anderen Weg sieht, als einem anderen Menschen bei der Selbsttötung zu helfen oder zur Seite zu stehen. Solche Fälle können als Grenzfälle vorkommen, als tragische Situation oder als ethisches Dilemma, in der sich die Betroffenen vor die unmögliche Wahl einer tragic choice gestellt sehen. Es entspricht der grundlegenden evangelischen Sichtweise von Sünde, Glaube und Rechtfertigung, von Freiheit, Liebe und Verantwortung vor Gott und den Menschen sowie den Grenzen der

Ethik und des Ethischen, wenn eine solche Handlungsweise im konkreten Einzelfall dem göttlichen Urteil überlassen bleibt.

Der Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens kann freilich auch eine Reaktion auf eine in der Gesellschaft verbreitete Einstellung sein, die in einem durch Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit beeinträchtigen Leben keine lebenswerte Existenz mehr sieht. Nicht wenige Menschen äußern die Ansicht, bestimmte Zustände von Gebrechlichkeit seien kein menschenwürdiges Leben mehr. Der Gedanke der Menschenwürde, der doch bedeutet, dass das Lebensrecht und die Würde jedes Menschen unabhängig von seiner Herkunft, seinem sozialen Rang, seinem Geschlecht, seinem Alter und seiner geistigen und körperlichen Verfassung zukommt, verkehrt sich in diesem Fall zu einem Kriterium, um zwischen vermeintlich lebenswertem und lebensunwertem Leben zu unterscheiden. Nicht von ungefähr wird über die ethische Zulässigkeit von Euthanasie und ärztlicher Suizidbeihilfe gerade im Zusammenhang mit gebrechlichen und altersdementen Menschen diskutiert.

Schon jetzt ist die Suizidrate der Menschen über 65 Jahre doppelt so hoch wie bei den unter 65-Jährigen. Verwitwete und geschiedene Männer im Alter zwischen 70 und 90 Jahren mit wenigen oder keinen Kindern nehmen sich viermal so häufig wie gleichaltrige Frauen das Leben. Als Gründe für die hohe Suizidrate bei alten Menschen werden Angst vor Krankheit, Schmerzen, Autonomieverlust, Einsamkeit und Armut genannt. Da Depressionen in dieser Altergruppe nicht häufiger als in jüngeren Bevölkerungsgruppen auftreten, wird gelegentlich vom „Bilanz-Suizid“ gesprochen, mit dem ein alter Mensch unter die Summe seines Lebens einen Schlussstrich zieht. Karin Wilkening und Roland Kunz kritisieren allerdings zu Recht, dass diese Sichtweise, die im Einzelfall zutreffen mag, „in der Praxis auch viele, geradezu verzweifelte Signale zu einem ‚anderen‘ Weiterleben übersieht“ und „zu einer Verweigerung von Hilfe und vorschnellen Akzeptanz der genannten Zahlen“ führt, „die sich in einer Akzeptanz der „Beihilfe zum Suizid“ bei Bewohnern in den Alteneinrichtungen fortsetzt“ [28].

Fragen des Sterbewunsches, des Suizids und der Suizidbeihilfe sollten freilich auch nicht tabuisiert werden. Dies würde ja nur bedeuten, die Betroffenen, Bewohner wie Personen, die sie ins Vertrauen ziehen, mit ihren Konflikten allein zu lassen. Auch wenn es nach meiner Überzeugung einer christlichen Einstellung zum Leben entspricht, alles zu tun, um Menschen bis zuletzt zum Weiterleben zu ermutigen und von der Selbsttötung abzuhalten, müssen sich Diakonie und Kirche der Diskussion offen stellen, die hierzulande durch die Debatte über ein gesetzliches Verbot der organisierten und gewerblichen Suizidbeihilfe neu entfacht worden ist.

Um es konkret zu machen: Auch wenn die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist, kann es doch hinsichtlich der Beihilfe des Arztes oder der Ärztin zur Selbsttötung Grenzfälle geben. Hierzu gehört zum einen, wenn in der Palliativmedizin die Nahrungsverweigerung eines Patienten oder einer Patientin akzeptiert wird, die zum Tode führen kann. Sodann ist denkbar, dass ein Patient seinen Arzt im vertraulichen Gespräch um Aufklärung über verschiedene Arten der Selbsttötung bittet. Hierbei ist zu bedenken, dass ein vertrauliches Gespräch des Arztes oder der Ärztin mit ihrem Patienten oder ihrer Patientin über die Möglichkeit des Suizids im Ergebnis dazu führen kann, die Selbsttötung zu verhindern. Das bloße Wissen um schmerzfreie Arten der Selbsttötung kann unter Umständen psychisch entlastend wirken.

Jede Regulierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid wertet diese freilich zu einem Teil der ärztlichen Tätigkeit auf, auch wenn weiterhin nach Ansicht von Befürwortern einer gesetzlichen Regelung kein Arzt zu einer derartigen Handlung verpflichtet werden darf. Vorschläge wie die von Borasio und seinen Mitautoren machen die Suizidbeihilfe wird zu einem regelgeleiteten Handeln, für welches Best-Praxis-Standards festgelegt werden. Die Einhaltung der Standards unterliegt wiederum der institutionalisierten Kontrolle durch Dritte. Ob man, wie vorgeschlagen, zwischen Aufklärungsgespräch und Durchführung des Suizids eine Frist von zehn Tagen für ausreichend oder einen größeren zeitlichen Abstand für nötig hält, ist demgegenüber zweitrangig. Die gute Absicht der Vorschläge wird m.E. durch ihre konkrete Ausformulierung konterkariert.

## Ausblick

Darüber, welche Formen der Hilfe beim Sterben oder gar zum Sterben ethisch zulässig sind, gehen die Ansichten in der Gesellschaft auseinander. Die Enquete-Kommission im Nationalrat, die im März 2015 ihren Abschlussbericht vorgelegt hat, hat dies einmal mehr deutlich gemacht. Auch in den christlichen Kirchen und den anderen Religionen gibt es in

# Pflege-Wissen mobil: die FacultasApp

**Die FacultasApp** ist ein Service begleitend zu den Lehrbüchern und Gesundheits-Titeln von facultas. Jeder Kurs umfasst Material zu einem Buch, die Fragen und Infos folgen dem Aufbau und Lernziel der Bücher. Überprüfen Sie Gelerntes oder testen Sie Ihr Gesundheits-Wissen mit unseren Quizzes – wann, wo und sooft Sie wollen.

**So geht's:** Einfach FacultasApp downloaden, den Kurs zum gewünschten Buch auswählen und mobil üben. Wir wünschen viel Spaß und Erfolg!

Appstore

Google Play

Die Desktop-Version finden Sie unter facultas.knowledgefox.net.

**Spielend Wissen trainieren:** Viele Kurse sind jetzt auch als KnowledgeMatch verfügbar! Treten Sie im Duell gegen Freunde oder andere Quizpartner an. Wer weiß, gewinnt!

Ein Service von KNOWLEDGEFOX facultas

Einzelfragen durchaus unterschiedliche Auffassungen. Die Diskussion über Sterbehilfe, auch über Suizid und Suizidbeihilfe ist, schon allein vor dem Hintergrund der unterschiedlichen rechtlichen Regelungen in Europa, weiter fortzuführen. Sie wird auch durch ein verbessertes Angebot an Palliative Care nicht zum Verstummen zu bringen sein, lassen sich doch auf dem Gebiet von Patientenrechten am Lebensende, von Sterbehilfe und Sterbebegleitung europaweit neue Entwicklungen beobachten.

Im Oktober 2013 haben gleich zwei Fälle von Euthanasie und Suizidbeihilfe europaweit für Diskussionen gesorgt. Anfang des Monats wurde über einen Fall von Sterbehilfe für einen Transsexuellen in Belgien berichtet. Im selben Monat erging in den Niederlanden das Urteil im Fall Albert Heringa. Der Beklagte hatte seiner betagten Mutter Suizidbeihilfe geleistet, was Nichtmedizinern in den Niederlanden verboten ist und daher grundsätzlich unter Strafe steht. Heringa wurde vom Gericht schuldig gesprochen, ging aber mit der Begründung straffrei aus, der Angeklagte habe aus Liebe gehandelt, was als mildernder Umstand zu berücksichtigen sei.

In der Schweiz wird seit längerem darüber diskutiert, ob es ein gesetzliches Recht auf Suizid und Suizidbeihilfe geben kann. Das hätte weitreichende Konsequenzen für den Staat, der dann seinen Bürgern den Zugang zu Möglichkeiten der Selbsttötung von Rechts wegen zur Verfügung stellen müsste. Im Januar 2011 wies der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte zwar die Beschwerde von Haas gegen die Schweiz ab, der sich mit Natrium-Pentobarbital hatte töten wollen, aufgrund eines fehlenden psychiatrischen Gutachtens aber nicht das erforderliche ärztliche Rezept erhalten hatte. Zwar sieht das Gericht im vorliegenden Fall keine Verletzung von Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, also des Rechts auf Privatsphäre. Dennoch hält es der Gerichtshof für angezeigt, das Verlangen des Klägers, ein tödliches Barbiturat auch ohne ärztliches Rezept zu erhalten, unter dem Gesichtspunkt „einer positiven Verpflichtung [!] des Staates zu betrachten, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, die einen würdigen Suizid ermöglichen“ [29]. Allerdings sei Artikel 8 im Gesamtkontext der Europäischen Menschenrechtskonvention zu lesen und gegen das in Artikel 2 positivierte Recht auf Leben abzuwägen, welches es den Behörden im Einzelfall erlaubt, eine Person vor sich selbst und ihren Suizidabsichten zu schützen. Zurückhaltend sieht der Europäische Gerichtshof seine Aufgabe jedoch darin, die Menschenrechtskonvention und ihre Protokolle „im Lichte der heutigen [!] Bedingungen auszulegen“ [30]. Wie das Gericht feststellt, ist man in den Mitgliedsstaaten des Europarates von einem Konsens bezüglich der individuellen Rechte, den Zeitpunkt und die Umstände des eigenen Todes zu bestimmen, weit entfernt. Die Diskussion über diese Frage wird aber nicht nachlassen, sondern an Schärfe gewinnen.

Die Frage, welches Leiden als sinnlos oder sinnvoll empfunden wird, ist kein Problem des medizinischen Fortschritts, sondern der religiösen oder weltanschaulichen Einstellung und der persönlichen Lebensumstände. Die Fortschritte, Ambivalenzen und ethischen Dilemmata der modernen Medizin bieten zwar einen Anlass, nicht aber den eigentlichen Grund für die neue Euthanasiedebatte, der im Konflikt gegensätzlicher Menschenbilder besteht. Das größte gesellschaftliche Problem ist nicht die medizinische Überversorgung, sondern die Einsamkeit der Sterbenden, die der Soziologe Norbert Elias eindrücklich beschrieben hat. [31] Sie ist, wie überhaupt die Vereinsamung von Menschen, in der Großstadt ein besonders drängendes Problem und setzt sich fort in der Einsamkeit vieler Toter, bei deren Begräbnis keine Angehörigen oder Nachbarn anwesend sind. Anonyme Bestattungen, die zu einem tiefgreifenden Wandel der Bestattungskultur führen, nehmen in Großstädten beständig zu. Wien, das zum Tod und zum Bestattungswesen von jeher ein besonderes Verhältnis hatte, stellt hier noch eine gewisse Ausnahme dar.

Das eigene Sterben und der Tod von Angehörigen ist mit erheblichen Ängsten belastet, mit denen sich viele Menschen alleingelassen fühlen: mit der Angst, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen; mit der Angst, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen; mit der Angst im Sterben alleingelassen zu werden; mit der Angst, ausgeliefert zu sein und der Würde beraubt zu werden; mit der Angst, auch gegen den eigenen Willen unnötig lange am Leben erhalten zu werden, was keiner Lebens-, sondern einer Sterbeverlängerung gleichkommt; mit der Angst, dass das Leben aufgrund von mangelnder medizinischer und pflegerischer Hilfe oder gar durch vorsätzliche Tötung verkürzt wird. Die gesellschaftliche und diakonische Aufgabe besteht darin, der Einsamkeit der Sterbenden entgegenzuwirken und eine neue Kultur der Solidarität mit den Sterbenden zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang sollte gesehen werden, wie sehr gerade Ärzte und Pflegende, wie über-

haupt alle, die Sterbende begleiten, auf Unterstützung und öffentliche Solidarität, aber auch auf qualifizierte medizinethische Aus- und Fortbildung angewiesen sind. Dazu gehören auch praktische Maßnahmen zur Beseitigung von personellen, räumlichen und strukturellen Engpässen in der Pflege sowie eine gesellschaftliche, aber auch finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs. Gefordert ist eine Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse, aber auch der Medizin und der Pflege in Krankenanstalten und Pflegeheimen, welche die Würde des Menschen im Leben wie im Sterben achtet.

**Autor**

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

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

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

**Fußnoten**

[1] Vgl. dazu U. Körtner, Recht auf Leben – Recht auf Sterben. Autonomie am Lebensende und ihre Grenzen, in: M. Frieß (Hg.), Wie sterben? Zur Selbstbestimmung am Lebensende. Eine Debatte, Gütersloh 2012, S. 120-139

[2] Vgl. Hartmut Kreß, Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik, Stuttgart 2012, S. 149.

[3] Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Würde, Respekt und Mitgefühl aus Sicht der Pflegeethik, in: Österreichische Pflegezeitschrift 66, 2013, H. 11, S. 24–27.

[4] Hannah Arendt, Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft, Frankfurt a.M. 1955, S. 614.

[5] Vgl. Catriona Mackenzie/Natalie Stoljar (Hg.), Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self, Oxford 2000.

[6] Farideh Akashe-Böhme/Gernot Böhme, Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen (Beck'sche Reihe 1620), München. 2005, S. 62 u. 85.

[7] Margot v. Renesse, Die Patientenverfügung – „Autonomie bis zuletzt?", ZEE 49, 2005, S. 144–146, hier S. 146.

[8] Ebd.

[9] Vgl. auch Kirchenamt der EKD (Hg.), Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD (EKD-Texte 80), Hannover 2005, S. 17.

[10] Vgl. Axel Honneth, Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, mit einem neuen Nachwort (stw 1129), Frankfurt a.M. 2010.

[11] Vgl. Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts (1821), Werke 7, Frankfurt a.M. 1996, S. 112.

[12] Vgl. Johann Baptist Metz/Lothar Kuld/Adolf Weisbrod (Hg.), Compassion – Weltprogramm des Christentums. Soziale Verantwortung lernen, Freiburg/Basel/Wien 2000.

[13] Vgl. Johannes Fischer, Sittlichkeit und Rationalität. Zur Kritik der desengagierten Vernunft, Stuttgart 2010 (Forum Systematik 38), S. 146ff.

[14] A.a.O. (Anm. 13), S. 13.

[15] A.a.O. (Anm. 13), S. 13f. Fischer stützt sich dabei auf den englischen Philosophen Harold Arthur Prichard, den er gegen die Kritik, ein Emotivist zu sein, in Schutz nimmt.

[16] Vgl. J. Fischer, a.a.O. (Anm. 13), S. 13 u.ö.

[17] Vgl. auch Ulrich H.J. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, 3. Aufl. Wien 2017, S. 84f.

[18] Vgl. Hans-Ulrich Dallmann, Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik, ZEE 47, 2003, S. 6–20.

[19] Fritz Anschütz, Ärztliches Handeln. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1998.

[20] Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates des GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende, Wien 2011. Der Originaltext ist auf Englisch veröffentlich worden und liegt auch in französischer Übersetzung vor. Der Text ins online abrufbar unter http://www.leuenberg.net/sites/default/files/basic-page/leben_hat_seine_zeit.pdf (zuletzt aufgerufen am 13.1.2016).

[21] A.a.O. (Anm. 20), S. 68.

[22] Englische Fassung unter http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (zuletzt abgerufen am 22.9.2014).

[23] Vgl. Gian Domenico Borasio/Ralf J. Jox/Jochen Taupitz/Urban Wiesing, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, Stuttgart 2014.

[24] Der Gesetzesvorschlag ist auch online abrufbar unter http://blog.kohlhammer.de/wp-content/uploads/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assist_Suizid.pdf (zuletzt abgerufen am 22.9.2014).

[25] Text online unter https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/fname_386917.pdf (zuletzt abgerufen am 12.9.2016).

[26] Die Stellungnahme „Sterben in Würde" ist online abrufbar unter https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=58509 (letzter Zugriff am 12.9.2016). Siehe dort das Mehrheitsvotum zur Suizidbeihilfe S. 30f. und das abweichende MInderheitsvotum S. 32f.

[27] Vgl. dazu Ulrich H.J. Körtner, Beihilfe zur Selbsttötung – eine Herausforderung an eine christliche Ethik, ZEE 59, 2015, S. 89–103, hier S. 95ff.

[28] Karin Wilkening/Roland Kunz, Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, Göttingen 2003, S. 16.

[29] Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Fall Haas gegen die Schweiz (Beschwerde Nr. 31322/07), Urteil, Straßburg, 20.1.2011, § 50.

[30] A.a.O. (Anm. 29), § 55.

[31] Vgl. Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, 7. Aufl. Frankfurt a.M. 1991."

# JAHRESTAGUNG PFLEGE & RECHT 2017

## Das Wichtigste für das Pflegejahr an einem Tag!

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

**WIEN**
**Donnerstag, 27. April 2017**
ARCOTEL Kaiserwasser
Wagramer Straße 8, 1220 Wien
9.00 – 16.30 Uhr

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

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

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

### Themen

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

© Mike Ranz

Greifeneder

© Mike Ranz

Mayr

### Tagungsleitung:

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

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

RECHTSAKADEMIE MANZ

# Berührung professionell eingesetzt

## Die faszinierende Wirkung der Therapeutischen Berührung

Therapeutische Berührung (TB) ist ein kostengünstiges, komplementäres Pflegekonzept das jederzeit und überall durchgeführt werden kann. Alles was es dazu braucht, sind empathische Pflegepersonen, ihre Hände, eine fundierte Ausbildung sowie die notwendigen Zeitressourcen.

Die Wurzel dieses energetischen Pflegekonzeptes stammt von Therapeutic Touch (TT) welches in den Siebzigerjahren von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Prof.in Dr.in Dolores Krieger und der Heilerin Dora Kunz entwickelt wurde. Beide erarbeiteten eine Methode, welche die traditionellen Elemente des Heilens mit der Krankenpflege verbindet. Dolores Krieger hatte bereits damals das Gefühl, dass die Krankenpflege auf die Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Ausgabe von Medikamenten reduziert wurde. Sie vertrat die Meinung, Ziel der Krankenpflege ist jedoch vielmehr. Einerseits Menschen bei deren Genesung zu unterstützen sowie andererseits Beiträge zur Gesundheitsförderung zu leisten. TT verbreitete sich rasch. In den folgenden Jahren wurde das Konzept verfeinert, weiterentwickelt und in den USA und Kanada gelehrt. Mittlerweile wird es in mehr als hundert Ländern angewandt, in Europa vor allem in den Niederlanden, in Deutschland und seit 1998 in Österreich. (1)

Unzählige Untersuchungen zeigen auf, dass Berührung für den Menschen wesentlich ist. Es kommt zu physiologischen Auswirkungen und chemischen Veränderungen im Gehirn beispielsweise zur Ausschüttung von Botenstoffen wie Dopamin und Oxytocin, welche das Wohlbefinden fördern. Wo aber liegt der Unterschied zwischen Berührung und dem gezielt eingesetzten Pflegekonzept der Therapeutischen Berührung?

Krieger veröffentlichte folgende Definition zu Therapeutic Touch:

> „Therapeutic Touch ist eine Heilmethode, bei der man mit Hilfe der Hände bestimmte, nicht physische, menschliche Energien bewusst lenkt oder harmonisiert, mit dem Ziel, den Körper zur Heilung zu aktivieren.“ (2)

Berührung im therapeutischen Sinn kann in der Gesundheitsförderung, bei fast allen Krankheitsbildern, in der Notfallshilfe, in der Hauskrankenpflege, in der persönlichen Entwicklung, als Begleitung einer Psychotherapie und in der Sterbebegleitung eingesetzt werden. Der „berührte“ Mensch muss nicht notwendigerweise daran „glauben“. Es besteht kein religiöser Kontext. Eine individuelle Ablehnung einer Therapeutischen Berührung stellt die einzige Kontraindikation dar. (3)

Dank dem Einsatz der Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege Gabriele Wiederkehr, ist es für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege seit 2003 möglich, eine berufsspezifische Weiterbildung gemäß § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) „Energetische Modelle und Methoden - Therapeutische Berührung“ in Wien zu absolvieren und mit dem Führen der Zusatzbezeichunung laut § 11 GuKG „Therapeutische Berührung“ abzuschließen. Mehr als 150 Personen haben diese Option genutzt und setzen die Pflegemethode erfolgreich in diversen Arbeitsbereichen ein. Therapeutische Berührung (TB) ist nicht nur die deutsche Übersetzung von Therapeutic Touch, sondern umfasst zusätzlich Techniken und Inhalte der ameri-

kanischen Heilerin, Lehrerin und Forscherin auf dem Gebiet der Energiemedizin Dr.in Rosalyn L. Bruyere. Neben dem Erlernen von TB ist ein Schwerpunkt der Weiterbildung das Kennenlernen und Anwenden von Techniken der Selbstpflege. Weiters werden unter anderem Erkenntnisse der zahlreichen Weiterentwicklung der letzten 40 Jahre von TT, Grundlagen der Lehre der Bioenergetik in Funktion und Diagnostik (Energiefelder und –zentren), Grundzüge der Traditionell Chinesischen Medizin, Vorträge über nationale und internationale Forschungen bezüglich Wirkungsweisen der Energiemedizin und Erkenntnisse der Gehirn- und Bewusstseinsforschung vermittelt. Ziel der Weiterbildung ist die professionelle Integration von energetischen Heilmethoden ins Gesundheitssystem und angewandte (Pflegeforschungs-) Projekte durch die Absolventinnen und Absolventen. (3)

Zudem gibt Gabriele Wiederkehr ihr Expertenwissen an der Akademie für Fort- und Sonderausbildungen am Allgemeinen Krankenhaus in Wien, an der FH Burgenland im Bachelorstudiengang in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie in diversen innerbetrieblichen Fortbildungen weiter.

Basierend auf dem energetischen Welt- und Menschenbild und dem Pflegemodell der Pflegetheoretikerin und -forscherin Prof.in Martha E. Rogers, welches den Menschen als einheitliches Ganzes versteht, das als offenes System ständig Energie und Materie mit seiner Umwelt austauscht, wird davon ausgegangen, dass holistisch orientierte Pflegepersonen, den Menschen als Energiefeld in seiner Ganzheit betrachten und unterstützen, um das Gleichgewicht (Balance) im Menschen und mit seiner Umwelt wieder herzustellen. (4)

Die Anwenderin und der Anwender fungieren als Unterstützungssystem für den geschwächten oder unterbrochenen Energiefluss und verändern dessen Muster zur Unterstützung des Immunsystems und des Genesungsprozesses. (5) Diese komplementäre Pflegeintervention soll bei der Patientin und dem Patienten die körperliche und seelische Ausgeglichenheit fördern. TB hat nicht zum Ziel, schulmedizinische Therapie zu ersetzen, sondern möchte durch gezielte Berührung und sanfte Stimulation energetische Prozesse im Körper aktivieren und harmonisieren, damit die Selbstheilungskraft ihre volle Wirkung entfaltet.

Für die Wirkungsweise von energetischen Modellen gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Bedeutend sind derzeit jene aus dem Bereich der Biophotonenforschung, der Psychoneuroimmunologie, der Veränderung der Gehirnwellenmuster (Alpha-Wellen), des Placeboeffekts und der Spiegelneuronen um nur einige zu nennen. (3)

Energetische Pflegemethoden werden seit den frühen Siebziger Jahren kontinuierlich beforscht und publiziert. Beispielsweise konnte 2013 bei einer Interventionsstudie von Hiemetzberger et al im Donauspital nachgewiesen werden, dass durch die Anwendung von TT die Pflegenden bei Patientinnen und Patienten mit Hörsturz (n=80) eine Verbesserung des Wohlbefindens erzielen konnten und somit einen wesentlichen Beitrag im Genesungsprozess leisten. (6) Erwähnenswert erscheinen an dieser Stelle ebenfalls zwei internationale Studien (2015 und 2016) aus dem onkologischen Bereich. So konnte bei Frauen mit Brustkrebs (n= 108) die einer Chemotherapie unterzogen wurden durch Zohreh et al ein positiver Effekt auf die Intensität und Dauer der medikamenteninduzierten Übelkeit nachgewiesen werden, welche in weiterer Folge zu einer Verbesserung der Lebensqualität sowie der erhöhten Compliance der Patientinnen führte. (7) Tabatabaee et al untersuchten den Effekt von TT bei schmerzassozierten Faktoren von Krebspatienten (n=90). Hierzu wurden die männlichen Probanden zu ihrer Aktivität, Gefühlslage, Mobilität, Sozialkontakten und Schlafqualität befragt. Es konnte nachgewiesen werden das TT einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der Patienten hat und es wurde vorgeschlagen, dass diese komplementäre Methode zur Symptomenkontrolle eingesetzt werden sollte. (8)

Anwendungsmöglichkeiten für das Pflegekonzept TB:

- Entspannung, Stressreduktion
- Aktivierung und Stimulation der Selbstheilungskräfte
- Förderung von Heilungsprozessen, zum Beispiel Wundheilung
- Stimulation des Immunsystems
- Schmerzlinderung
- Angstlinderung
- Vermittlung von Geborgenheit
- Linderung bei psychosomatischen Beschwerden
- Unterstützung der Medikamentenwirkung, somit eventuelle Dosisreduktion möglich
- Linderung von Medikamentennebenwirkungen möglich
- Verbesserung der Schlafqualität
- Veränderung des subjektiv fühlbarem Energielevel
- Anregung des Nervus Vagus somit stabilisierende Wirkung auf Herzschlages, Atmung und Blutdruck
- Gesundheitsförderung

Die gesetzliche Grundlage für das Anwenden der Therapeutischen Berührung durch Pflegepersonen wird einerseits im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 12 (2) geregelt welcher besagt, “Der gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlagen wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischen Sicht bei.“ Andererseits gehört das Anwenden von komplementären Pflegemethoden zu den pflegerischen Kernkompetenzen § 14 (2) Punkt 15. (9) Für die Anwendung der komplementären Pflegemethode Therapeutische Berührung ist somit keine ärztliche Anordnung erforderlich.

## Durchführung einer Therapeutischen Berührung

Die Berührung erfolgt im bekleideten Zustand beim sitzenden oder liegenden Menschen. Zu Beginn der Intervention wird ein Anamnesegespräch geführt, bei welchem unter anderem die Anliegen und Ziele der Sitzung definiert werden. Es wird entweder alleine oder in Gruppen von mehreren Pflegepersonen (empfehlenswert bei schwerkranken Menschen) gearbeitet.

Die standardisierte Durchführung einer TB basiert auf 4 Schritte gemäß Krieger und Kunz:

### Zentrieren

Die Anwenderinnen und Anwender zentrieren sich. Hierbei geht es um den Vorgang der konzentrierten Aufmerksamkeit, das Bewusstsein zu fokussieren, ruhig zu werden/sein, die eigene Lebensenergie zu sammeln.

Wird das Bewusstsein auf diese Weise konzentriert, kann bei der Anwendung die eigene Lebensenergie nicht entzogen werden, sondern es ermöglicht der Pflegeperson als heilender Kanal zu fungieren. (10)

### Assessment

Beurteilung des Energiefeldes/Informationssammlung. Es werden alle Sinne eingesetzt. Mittels Augen – sehen/beobachten, Ohren – hören/zuhören, Nase – riechen, Intuition – fühlen und Abtasten mit den Händen auch Scannen genannt, wird das Energiefeld erfasst. Beim Scannen bewegt die Pflegeperson die Hände mit einem Abstand von 5 bis 15 Zentimeter

über den gesamten Körpers der Patientin oder des Patienten um Unregelmäßigkeiten, Auffälligkeiten oder Asymmetrien festzustellen. Diese Informationen dienen als Grundlage für die folgende Anwendung.

## Anwendung/Berührung

Dauer 2 - 45 Minuten je nach Zeitressourcen und Zielvereinbarung. Wichtig ist die Absicht (Intention) und die innere (Herzens-) Haltung. Es kommen hierbei spezifische Techniken zum Einsatz, die immer individuell gewählt werden. Es gibt Anwendungen im Touch- und Nontouch- (im Aurafeld) bereich. Wichtig ist trotz gezieltem Einsatz von Technik, der Intuition zu folgen und nach der Anwendung die eigene Intuition aufgrund der vorhandenen Theorie analytisch zu hinterfragen, um somit Zusammenhänge zu erkennen und Anwendungsstrategien für die nächste Anwendung erfassen und planen zu können.

Der eigentliche Prozess der Übertragung von Energie beruht auf der elektromagnetischen Natur des Körpers. (11)

## Evaluation

Das Energiefeld der Patientin und des Patienten wird von der Pflegeperson erneut gescannt um festzustellen, was sich durch die Anwendung geändert hat und um gegebenenfalls noch nachzuarbeiten.

Jede Anwendung wird im Anschluss dokumentiert. Auf Dokumentationsblättern, die es ermöglichen das Energiefeldes einzuzeichnen und die gewählten Techniken aufzuschreiben. Weiters wird vermerkt wie sich der betroffene Mensch vor und nach der Anwendung fühlte. Ob die Erwartungen erfüllt wurden, sowie die von der Pflegeperson während der TB festgestellten Wahrnehmungen. Dadurch ist gewährleistet, dass Kolleginnen und Kollegen, die mit dem Konzept der TB vertraut sind auf einen Blick die Dokumentation erfassen und gegebenenfalls bei einer weiteren Anwendung kontinuierlich weiterarbeiten können.

Der Patientin und dem Patienten sollte die Möglichkeit gegeben werden nach der Anwendung noch etwas nachzuruhen und ein Glas Wasser zu trinken. Oft ist es ratsam den Tag ruhig ausklingen zu lassen, da die Wirkung der TB sich nach Beendigung der Berührung entfaltet beziehungsweise nachwirkt.

Es ist ganz unterschiedlich, was ein Mensch während und nach der Anwendung empfindet – von Nichts bis zu Kribbeln, Ziehen, Wärme- oder Kältegefühl, Geborgenheit, Entspannung, Klarheit, Schmerzlinderung und ähnliches. Manchmal kann es auch zu

Gefühlsausdrücken wie etwa Weinen oder Lachen kommen.

Aussagen von Patientinnen und Patienten nach erfolgter TB sind beispielsweise:

„Ich fühle mich wie neu geboren!“

„Ich habe ein Kribbeln verspürt.“

„Ich fühle mich geborgen und ruhig.“

„Die Schmerzen sind leichter.“

„Da waren ihre Hände schon ganz woanders, habe ich noch gespürt, dass sie mich am Bein berührten.“

„Das Gedankenkarussell hat aufgehört, ich konnte mich entspannen.“

„Ich fühle mich gestärkt.“

Grundsätzlich ist zu sagen, dass jeder Mensch die Fähigkeit besitzt die „Kunst der heilsamen Berührung“ durchzuführen. Eine Mutter nimmt ihr schreiendes Kind in den Arm um es zu beruhigen, wir reiben oder halten eine schmerzende Stelle an

unserem Körper um nur einige Beispiel zu nennen. Voraussetzung um die heilende Kraft der Hände professionell zu nutzen, ist ein energetisches Mensch- und Weltbild. Die holistisch denkende Pflegeperson sollte die Bereitschaft haben empathisch auf allen Daseinsebenen (physisch und psychisch, spirituell und mental) des gesunden und kranken Menschen einzugehen. Wesentlich ist selbstverständlich Freude daran zu haben mit anderen in Beziehung zu treten und diese Personen berühren zu wollen. Der Willen zum lebenslangen Lernen sei es durch Selbstreflektion, Fallbesprechungen sowie laufenden Weiterbildungen, nachdem man eine fundierten Ausbildung absolviert hat, sind Grundvoraussetzungen um dieses Pflegekonzept in den Pflegealltag integrieren zu können. Die Pflegeperson muss sich selbst gut kennen, damit sie ihre Intuition wahrnehmen und dieser Folge leisten kann. Um die Berührung ohne Störung durchführen zu können, ist es notwendig die entsprechenden Zeitressourcen zu Verfügung zu haben. Große Bedeutung hat natürlich die Selbstpflege wobei, dieser Aspekt von allen Menschen die in helfenden Berufen tätig sind, nicht vernachlässigt werden sollte.

## Fazit

Berührung tut gut, ist überlebenswichtig, reduziert Ängste und hat eine stimmungsaufhellende Wirkung. TB ist eine wundervolle Methode Menschen zu begleiten und sie bei ihrer Heilung zu unterstützen. Es ist faszinierend, eine Pflegeintervention anwenden zu können, die Selbstverantwortung und -bestimmung des kranken Menschen fördert, Ressourcen stärkt und Defizit lediglich mit wenig Aufmerksamkeit beachtet. Es braucht die entsprechenden Zeitressourcen damit holistische, empathische Pflegekräfte diese kostengünstige und effiziente Methode einsetzen können. Dank der GuKG Novelle 2016 gehört das Anwenden komplementärer Pflegemethoden zur pflegerischen Kernkompetenz des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und bedarf somit keiner ärztlichen Anordnung. Dieses Pflegekonzept ist ein Brückenschlag zwischen moderner Medizin und alten Heiltraditionen. Die Selbstheilungskräfte des Menschen können durch gut geschulte Anwenderinnen und Anwender der TB aktiviert werden, indem sie Energie zielgerichtet lenken, Blockaden lösen, Entspannung herbeiführen und Energiefelder neu gestalten.

## Fußnoten


(1) Bartholomay, Vera: Heilsame Berührung. Therapeutic Touch. Beschwerden lindern, Heilkräfte aktivieren, Lebensenergie stärken; Integral Verlag, München, 2015

(2) Krieger, Dolores: Therapeutic Touch. Die Heilkraft unserer Hände. Lüchow Verlag, Bielefeld, 2012

(3) Wiederkehr, Gabriele: Energetischen Modelle & Methoden – Therapeutische Berührung. Unterlagen der Weiterbildung gemäß § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). 17 Überarbeitung, Wien 2015

(4) Rogers, Martha: Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1995

(5) Krieger, Dolores: Deine heilenden Hände. Die Heilmethode Therapeutic Touch Heinrich Hugendubel Verlag, Kreulingen/München, 1999

(6) Hiemetzberger, Martina/ Pieczara, Annemarie/ Rebitzer, Gerlinde: Auswirkungen der Pflegeintervention Therapeutic Touch bei PatientInnen mit Hörsturz. Ein Forschungsbericht, Facultas Universitätsverlag, Wien, 2011

(7) Vanaki, Zohreh/ Matourypour, Pegah/ Gholami, Roya/ Zare, Zahra/ Mehrzad, Valiolah/ Dehghan, Mojtaba: Therapeutic touch for nausea in breast cancer patients receiving chemotherapy: Composing a treatment, in: Complementary Therapies in Clinical Practice, Vol. 22, Elsevier, 2015

(8) Tabatabaee, Amir/ Tafreshi, Mansoureh Zaggheri/ Rassouli, Maryam/ Aledavood, Seyed Amir/ AlaviMajd, Hamid/ Farahmand, Seyed Kazem: Effect of Therapeutic Touch on pain related parameters in patients with cancer: A randomized clinical trial, in Mater Sociomed, Vol 28(3), 2016

(9) ris.bka.gv.at/25.01.2016

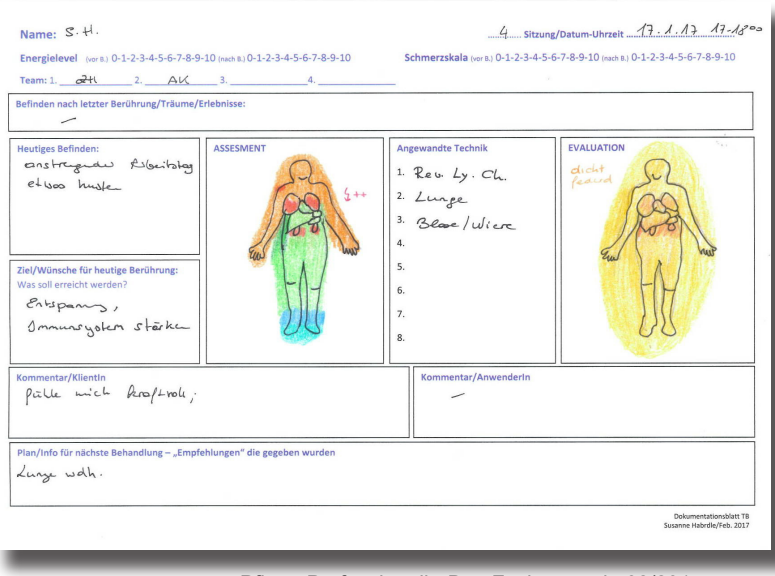
(10) Kunz Dora/ Krieger Dolores: The Spiritual Dimension of Therapeutic Touch, Verlag Bear & Company, Vermont, 2004

(11) Bruyere, Rosalyn: Das Geheimnis der Chakras. Unsere Licht- und Energiezentren. Wilhelm Heyne Verlag, München, 1994


## Autorin

**DGKS Susanne Habrdle**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Pflege krebskranker Menschen
Palliativpflege
Basales und mittleres Pflegemanagement
Therapeutische Berührung


Therapeutische Berührung Dokumentation



Name: S. H. — 4 Sitzung/Datum-Uhrzeit 17.1.17 17-18⁰⁰

Energielevel (vor B.) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (nach B.) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 — Schmerzskala (vor B.) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (nach B.) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Team: 1. [illegible] 2. AK 3. 4.

Befinden nach letzter Berührung/Träume/Erlebnisse: –

Heutiges Befinden: anstrengender Arbeitstag etwas husten

ASSESMENT: 4++

Angewandte Technik: 1. Rev. Ly. Ch. 2. Lunge 3. Blase/Niere 4. 5. 6. 7. 8.

EVALUATION: dicht feucht

Ziel/Wünsche für heutige Berührung: Was soll erreicht werden? Entspannung, Immunsystem stärken

Kommentar/KlientIn: fühle mich kraftvoll;

Kommentar/AnwenderIn: –

Plan/Info für nächste Behandlung – „Empfehlungen" die gegeben wurden: Lunge wdh.

Dokumentationsblatt TB Susanne Habrdle/Feb. 2017

# Spannender Lesestoff für das Frühjahr

GABAL
Dein Business
Dein Leben
Dein Erfolg

## Dein Business

Freiheit für COMO, Freiheit für alle! Geschichtenreich, humorvoll und umsetzungsorientiert krempelt Carsten K. Rath die wichtigsten Handlungsfelder der Führung auf links – und nimmt dabei kein Blatt vor den Mund. Aus der Sicht des Unternehmers mit 25 Jahren Führungserfahrung räumt er mit dem Monkey Business auf – und fängt bei sich selbst an.

ISBN 978-3-86936-749-1

## Dein Erfolg

Mit den passenden Küchengeräten, einem gut durchdachten Mise en Place und der richtigen Haltung am Arbeits-Herd werden Sie zum wahren Maître in Ihrem Job. Die passenden Ideen liefern Ihnen Astrid Braun-Höller und Katharina Pohl in ihrem pfiffigen Rezeptbuch für ein glückliches Berufsleben.

ISBN 978-3-86936-757-6

## Dein Leben

Immer wieder geraten wir in unserem Alltag in Situationen, in denen andere bei uns den gewissen »Knopf« drücken, der uns aus unserer inneren Ruhe bringt. Wir könnten dann aus der Haut fahren – müssen es aber nicht! Denn wir haben immer die Wahl, wie wir auf eine Situation reagieren wollen. Der Schlüssel dazu ist Achtsamkeit.

ISBN 978-3-86936-759-0

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

gabal-verlag.de

# Complementary Care

## 1. Symposium

## THERAPEUTISCHE BERÜHRUNG
## THERAPEUTIC TOUCH

## 11. Mai 2017

FH Campus Wien
9–17 Uhr

### IMPULSREFERATE

**Vera Bartholomay**
Autorin des Buches „Heilsame Berührung – Therapeutic Touch“

**Almut Klöpfer**
Autorin des Buches „Das 8. Chakra – Die Verbindung zum höheren Selbst“

**Dr. Jens Rowold**
Diplom-Psychologe, Studien zur Wahrnehmung des menschlichen Energiefeldes

### MODERATION

**Gabriele Wiederkehr**
Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege
Leitung der Weiterbildung gemäß § 64 GuKG
„Energetische Modelle und Methoden – Therapeutische Berührung“
seit 2003 in Wien

FH CAMPUS WIEN UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

facultas

Zentrum Lebensenergie e.U.
Institut für Weiterbildung im Gesundheitswesen

100% Recyclingpapier
Unserer Umwelt zuliebe

# Programm

08.00 h Anmeldung und Tageskassa

09.00 h Eröffnung und Begrüßung, FH Campus Wien, Department Pflegewissenschaft.
FH-Prof.in Mag.a Dr.in Roswitha Engel, Vizerektorin für Lehre, Departmentleiterin Pflegewissenschaft,
FH-Prof.in Mag.a Sabine Schweiger, Lehrgangsleiterin Advanced Nursing Education, Advanced Nursing Counseling

09.30 h Herzen berühren – Empathie und Nähe in Behandlungssituationen
Vera Bartholomay, Therapeutic Touch Lehrerin in Deutschland, Norwegen und der Schweiz.

10.15 h Hohe Lebensqualität durch ein gesundes Energiefeld bei chronischer Erkrankung
Almut Klöpfer, Heilpraktikerin, Heilerin und Lehrerin für Energiemedizin in Hannover.

11.00 h Kaffeepause

11.30 h Das menschliche Energiefeld wahrnehmen und dokumentieren
Dr. Jens Rowold, Diplom-Psychologe, 20 Jahre Erfahrung in verschiedenen Meditations- und Energiepraktiken, leitet Heilzeremonien in Deutschland.

12.30 h Mittagspause

14.00 h Berührende Pflege. Erfahrungen mit der Therapeutischen Berührung auf der Palliativstation
Ingrid Pfneisl, DGKP, Landesklinikum Hochegg, Niederösterreich.

14.20 h Therapeutische Berührung - Ein beherzter Weg vom Anfang des Lebens bis zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus.
Manuela Kampel, DGKP, Stationsleitung Gynäkologie am Wilhelminenspital der Stadt Wien.

14.40 h Therapeutic Touch – eine Selbstverständlichkeit in der Pflege. Ein Pflegeprojekt.
Agnes Pölzl, DGKP, Margot Postl, DGKP, Anästhesie/Intensivmedizin Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien.

15.00 h Kaffeepause

15.30 h From Novice to Expert - Weg einer Lernenden zur Anwenderin der Therapeutischen Berührung
Maria Haller-Hinterndorfer, Lehrerin f. Gesundheits- u. Krankenpflege am Wilhelminenspital der Stadt Wien, Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege, Therapeutische Berührung.

16.00 h Wie kann die Kernkompetenz „Anwendung komplementärer Pflegemethoden“ am Beispiel der Therapeutischen Berührung in den diversen Berufsfeldern der Gesundheits- und Krankenpflege zukünftig eingesetzt werden?
Offene Diskussion – Visionen für die Zukunft.

17.00 h Ende des Symposiums

Mit der GuKG Novelle 2016 wurde die pflegerische Kernkompetenz „Anwendung komplementärer Pflegemethoden“ gemäß § 14, Punkt 15 im Berufsgesetz der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege legitimiert (GuKG BGBl 1997/102 idF BGBl I 2016/75).

GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
DGKP – Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin

Jetzt anmelden!

Veranstalter
Institut für Weiterbildung im Gesundheitswesen – Zentrum Lebensenergie
www.zentrum-lebensenergie.at/Symposium-2017

Veranstaltungsort
FH Campus Wien, Favoritenstraße 226
1100 Wien, Festsaal: B. E. 01
www.fh-campuswien.ac.at

An-/Abreise
www.fh-campuswien.ac.at/die-fh/standorte.html

Anmeldung
E-Mail an: info@zentrum-lebensenergie.at

Frühbucher bis 20. März 2017

Berufstätige: Frühbucher 90 €, Normaltarif 120 €
Studierende: Frühbucher 40 €, Normaltarif 70 €

Bei Stornierung nach dem 2. Mai 2017 wird die volle Teilnahmegebühr verrechnet. Ein/e Ersatzteilnehmer/in kann genannt werden.

(C) Gabriele Rohde

# „Demenz“ gestern - heute - morgen

Das 20. Jahrhundert ist durch eine ständige Zunahme der Lebenserwartung charakterisiert, die vor allem auf eine bessere Ernährung sowie auf die Fortschritte in Hygiene und Medizin zurückzuführen ist. Damit verbunden ist jedoch auch eine Zunahme von „Alterserkrankungen“, wobei hier Demenzerkrankungen eine wesentliche Rolle spielen.

Störungen der Kognition und des Intellekts auf der Grundlage eines neurobiologischen Abbaus des Gehirns dürften schon immer vorhanden gewesen sein. In ganz verschiedenen Quellen finden sich ab dem Vorhandensein von Texten Hinweise, die ein Nachlassen intellektueller Fähigkeiten beschreiben, kommentieren und sogar Vermutungen zu möglichen Ursachen und Hinweisen auf geeignete therapeutische Maßnahmen angeben. Allerdings erreichten die Menschen früher nie so ein hohes Lebensalter, dass es auch ein relevanter Faktor wurde. Vor 1800 gab es eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Begriffe um einen Zustand des geistigen Verfalls zu kennzeichnen, wie z.B. amathía oder stupiditas. Auch der Terminus Demenz – „ohne Geist“ trat bereits manchmal auf.

Die Einordnung der damit verbundene Auffälligkeiten von Erleben und Verhalten als Krankheit entwickelte sich durch gesellschaftliche und wissenschaftliche Aspekte. Der griechische Philosoph und Naturforscher Aristoteles (384-322 v.Chr.) sah den letzten Lebensabschnitt insgesamt als eine Art „natürliche Krankheit“ an. Die „Demenz“ gehörte sozusagen dazu.

Das derzeit gültige Konzept demenzieller Erkrankungen entwickelte sich, seit etwa 1850 und betrachtet die Demenz aus der Sicht medizinischer/biologischer, statistischer und gesellschaftlicher Verhaltensnormen. Besonders Alois Alzheimer hat mit seinem Bericht der Auguste D. (1901) eine neue Form des „senilum praecox“ definiert, welches sich aber nach Kraepelin auch möglicherweise um einen Krankheitsprozess des Gehirns handeln könnte. Dadurch wurde auch ein Behandlungskonzept definiert und die Rolle des Menschen mit Demenz als die Rolle eines Kranken definiert, der behandelt werden sollte.

## Definition von Gesundheit und Krankheit (Normalität)

Unter obigen Aspekten ist auch die Problematik von Gesundheit und Krankheit bzw. Normalität zu sehen. Gesundheit und Krankheit sind bei jüngeren Menschen meist leicht voneinander zu trennen. Die WHO (Ottawa-Charta der WHO 1986; 1998, Seite 1) definiert Gesundheit mit „Health means more than freedom from disease, freedom from pains, freedom from untimely death. It means optimum physical, mental and social efficiency and wellbeing“. Insofern handelt es sich bei diesen Begriffen um sehr dynamische, komplexe Faktoren, die Bereiche wie Lebenszufriedenheit, Körperlichkeit, Anpassungsfähigkeit etc. beinhalten. Die Bereiche schließen einander jedoch nicht immer absolut aus sondern weisen wechselseitige Überschneidungen auf (Kruse, 2001).

### Medizinische Sicht von Normalität

Medizinisch gesehen wird Gesundheit oft mit dem Fehlen von Krankheiten, durch das Fehlen von Symptomen, Symptomgruppen oder Syndromen, über Normwerte (z.B. Blutzucker) und das Kriterium der „Funktionsfähigkeit“ definiert. Das ist bei jüngeren Menschen zwar ebenfalls nicht immer einfach, bringt bei älteren jedoch einige Probleme, wie etwa die Problematik von „altersbedingten Veränderungen“, die Definition „krankheitswertiger Veränderungen“ (z.B. Gedächtnisstörungen treten im Alter vermehrt auf, sind jedoch auch das erste Anzeichen für eine Demenz) und das Fehlen von Normwerten für „gesunde“ alte Menschen (Böhmer & Füsgen, 2008). Im Rahmen der Alzheimerschen Demenz ergibt sich hier etwa das Problem, der Differenzierung zwischen der Krankheit „Alzheimer“, die wahrscheinlich schon 20 Jahre vor dem Eintritt der Demenz beginnt und dem Zustand der Demenz.

### Statistische Sicht

Statistisch gesehen wird „Normalität“ oft durch die Häufigkeit des Vorhandenseins von bestimmten Verhaltensweisen in der Gesellschaft oder einer Gruppe, bzw. durch die Abweichung von diesem Durchschnitt definiert. Das betrifft das tatsächlich beobachtete Verhalten aber auch damit verbundene Regeln, Normen, Rollenbilder, Werte und Einstellungen.

Die Sicht betrifft also

- die Art des Verhaltens
- der Stimmung, dem Antrieb, dem Denken und sonstiger Verhaltensaspekte (Schlaf, Essen, Trinken,..)
- dessen Häufigkeit und Intensität
- dem Kontext
- den soziale Normen
- der Erklärbarkeit und Nachvollziehbarkeit
- und dem Leiden des Betroffenen (oder der Umwelt)

Auch psychische Krankheiten werden oft nach ähnlichen Kriterien definiert. Weiters ergibt sich hier die Problematik, dass bestimmte Verhaltensweisen in einem Kontext (z.B. in unterschiedlichen Kulturkreisen oder bei Künstlern) „normal“ sind, bei anderen (z.B. älterer Mensch) als krankhaft und behandlungsbedürftig angesehen wird.

Im Alter ergibt sich unter Berücksichtigung des statistischen Normbegriffes oft die Problematik, dass dadurch Verhaltensweisen die für sich nicht pathologisch sind als nicht altersadäquat angesehen werden. Das gilt teilweise auch für „normale“ Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenzerkrankung (z.B. Sexualität und Demenz oder wie viel darf/muss ein Mensch mit Demenz essen?). Insofern können auch statistische Kennzahlen keine adäquate Auskunft über die „Gesundheit“ geben.

### Soziale Norm

Diese orientiert sich an gesellschaftlichen Kriterien und ist zeitlichen Veränderungen unterworfen. Oft werden diese Normen unabhängig von statistischen oder gesundheitlichen Aspekten durch Übereinkunft getroffen und die Gesellschaft hat sich daran zu orientieren. Im Rahmen der Demenzerkrankung ergeben sich hier oft „pathologische“ Verhaltensweisen infolge von „Normenbrüchen“.

### Individuelle Normen

Diese treffen Menschen für sich selbst im Rahme der Definition von Individualität und „Ich“. Man sieht sich sozusagen als Maß für Normalität an und vergleicht sich mit den anderen. Zusätzlich tritt das Problem der „subjektiven“ Sicht (Thomae, 1996) von Gesundheit und Krankheit auf.

Insofern werden Menschen (auch Menschen mit Demenz) und deren Verhalten oft nach folgenden Kriterien beurteilt:

**Normal:** Entspricht weitgehend medizinischen, statistischen, sozialen und den eigenen Normen ohne große Abweichungen.

**Individuelle Persönlichkeit:** Weicht von der Allgemeinheit durch individuelle Charakterzüge, Eigenarten und Verhaltensweisen ab, ohne störend bzw. auffällig zu wirken.

**Auffällig:** Weicht in seinem Verhalten deutlich von der Allgemeinheit ab und definiert sich über Eigenarten, die nicht immer nachvollziehbar sind, aber meist noch akzeptiert werden.

**Grenzwertig:** Weicht im Verhalten so stark von der Normalität ab, dass dies oft nicht nachvollziehbar ist, jedoch noch nicht den Kriterien für eine (psychische) Krankheit entspricht.

**Pathologisches bzw./krankheitswertiges Verhalten:** Das Verhalten ist meist nicht nachvollziehbar, der Betroffene bzw. die Gesellschaft leiden darunter. Manchmal treten Selbst- und Fremdgefährdung bzw. „psychotische“ Symptome (Halluzinationen, Wahn, etc.) auf.

Diagnosesysteme orientieren sich an all diesen Faktoren um einen Menschen hinsichtlich seines Verhaltens zu beschreiben.

## Diagnose Demenz

Im Gegensatz zu früheren Sichtweisen des „Altersabbaues“ ist aus heutiger Sicht eine Demenz von den im Rahmen des normalen Alterungsprozesses auftretenden Veränderungen der geistigen Leistungen (Verminderung der fluiden Intelligenzleistungen bei erhaltenen kristallinen Leistungen) dadurch zu unterscheiden, dass die Symptome stärker ausgeprägt sind, auch die Alltagsfähigkeiten betreffen und auch oft fortschreiten. Insofern ist die Ursache einer Demenz also medizinisch in einer Krankheit zu sehen, die sich statistisch signifikant auf eine Verminderung der kognitiven, sozialen und motorischen Leistungen auswirkt und somit das „normale“ soziale Leben stört.

Unter einer Demenz versteht man dabei nach dem Diagnosesystem ICD-10 einen Zustand, bei dem es durch eine hirnorganische Ursache zu so starken Veränderungen des Gedächtnisses und anderer geistiger Funktionen kommt, dass eine selbstständige Lebensführung beeinträchtigt ist. Oft ist auch die Persönlichkeit mitbetroffen. In Österreich sind derzeit geschätzt etwa 130.000 Menschen (Österr. Demenzbericht 2014) betroffen. Eine Demenz (ICD-10-Code F00-F03) ist die Folge einer Erkrankung des Gehirns und verläuft meist chronisch oder fortschreitend. Sie beeinträchtigt viele höhere kortikale Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mind. sechs Monate vorliegen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens, der Affektlage oder der Motivation. Bei manchen Demenzformen sind Veränderungen der Affekte und des Verhaltens die ersten Zeichen (z.B. Frontotemporale Demenzen). Ursache für dieses Syndrom sind verschiedene Erkrankungen die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen (modifiziert nach ICD-10).

Eine Demenz wird diagnostiziert, wenn mehrere kognitive Defizite vorliegen, die sich in Gedächtnisbeeinträchtigungen plus mindestens einer der folgenden Störungen zeigen:

- Aphasie (Störung der Sprache)
- Apraxie (beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen)
- Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wieder zu erkennen)
- Störung der Exekutivfunktionen, d. h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge

Diese kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber dem früheren Leistungsniveau dar.

(C) bilderstoeckchen

Erfüllt die kognitive Beeinträchtigung nicht die Kriterien einer Demenz, spricht man von einer leichten kognitiven Störung. Ihre Symptomatik reicht von Gedächtnisstörungen, über Lernschwierigkeiten bis hin zu einer verminderten Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Darüber hinaus entsteht oft das Gefühl der geistigen Ermüdung bei dem Versuch, Aufgaben zu lösen. Aber keines dieser Symptome ist so schwerwiegend, dass eine Demenz bzw. ein Delir diagnostiziert werden könnte. Der moderne Begriff für dieses Krankheitsbild ist Mild Cognitive Impairment (MCI). Gemäß des Vorhanden- und Nicht-Vorhandenseins von Gedächtnisdefiziten lassen sich Erkrankte in einen amnestischen und einen nonamnestischen Typ klassifizieren. Man nimmt an, dass sich aus der amnestischen Form leichter eine Demenz vom Alzheimertyp entwickelt.

Insofern ist eine Demenzerkrankung von einem Delir sowie dem normalen Alterungsprozess abzugrenzen. Auch kognitive Defizite im Rahmen einer Depression müssen ausgeschlossen werden.

Damit verbunden ergeben sich jedoch Probleme der Diagnosestellung und oft auch „Stigmatisierung“ wie etwa bei der Alzheimerschen Erkrankung, deren Beginn bereits 20 Jahre vor Eintreten einer Demenz vermutet wird. Weiters ist der Begriff der Funktionsfähigkeit nicht klar definiert. Was muss jemand noch können um „nicht dement“ zu sein?

Im neuen Diagnosesystem DSM-5, von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) spricht man deshalb anstelle einer „Demenz“ von Menschen mit einer „neurokognitiven Störung“.

Diese wird als leicht bezeichnet, wenn die kognitiven Defizite in der Aufmerksamkeit, der Sprache, dem Lernen, dem Gedächtnis, den Exekutivfunktionen und den visuokonstruktiven und sozialen Funktionen keine Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen zur Folge haben. Von einer schweren Störung spricht man, wenn Unterstützungsmaßnahmen notwendig sind um den Alltag zu bewältigen. Die Erfassung der Defizite soll durch standardisierte neuropsychologische Tests erfolgen. Die Ursachen wie z.B. Alzheimersche Krankheit, frontotemporal, vaskulär, aufgrund von Schädel-Hirn-Trauma oder substanz/medikationsinduziert werden einzeln aufgezählt und vermerkt. Weiters wird das Vorhandensein von Verhaltensstörungen wie Wahn oder Halluzinationen als weitere Spezifizierung vermerkt. Die „neurokognitive Störung“ wird vom Delir als kurzfristige Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit unterschieden.

Die neue Ausdifferenzierung kognitiver Funktionen im DSM-5 entspricht dem wissenschaftlichen Fortschritt. So werden aufgrund der gewachsenen Bedeutung frontotemporaler neurokognitiver Defizite (Demenzen) die Domänen Sprache und soziale Kognition (v.a. Empathie) hervorgehoben, weiters werden zur Erfassung vaskulärer Ursachenformen komplexe Aufmerksamkeitsfunktionen und ihre Teilfunktionen als neue, diagnostisch relevante Domänen eingeführt.

Das DSM-5 gibt folgende Ursachen für ein Delir bzw. ein neurokognitives Defizit an:

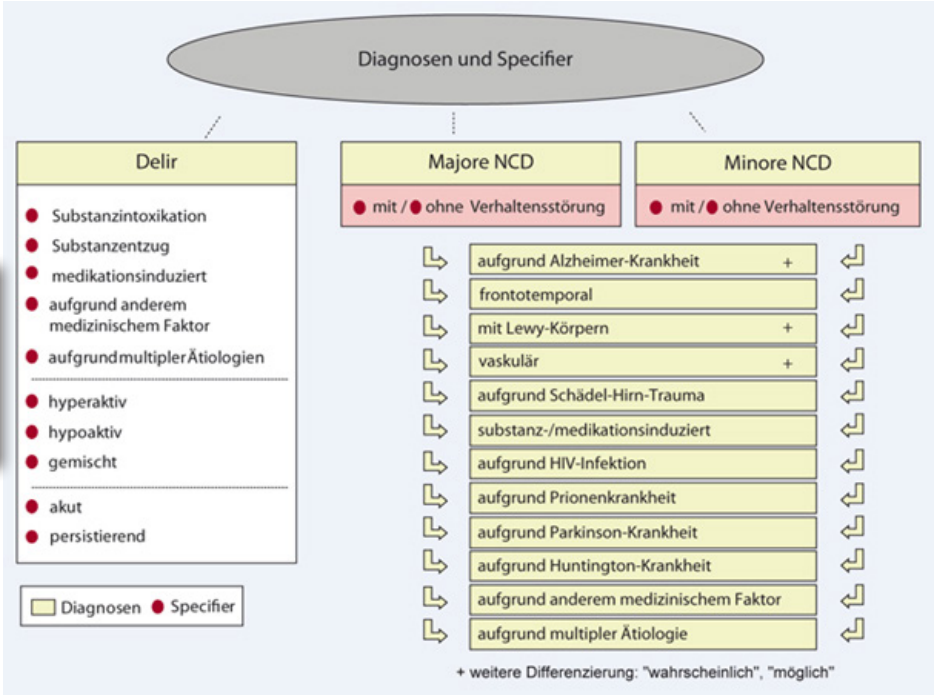



Abbildung 1: Taxonomie der Diagnostik bei „neurocog¬nitive disorders“ (NCD) im DSM-5 (Maier W, Barnikol UB, 2014)

Wesentlich ist eine frühzeitige Diagnostik, die sowohl eine medizinische aber auch testpsychologische Untersuchung beinhaltet. Eine frühzeitige Diagnose ermöglicht auch eine frühzeitige Behandlung und oft liegen ganz andere Ursachen für ein schlechtes Gedächtnis vor als eine Demenzerkrankung, die gut behandelbar sind. Dies wird in sogenannten Memory-Kliniken durchgeführt. Die Diagnostik besteht in einer ausführlichen Anamnese, der Durchführung klinisch-psychologischer Tests, sowie einer internistischen, neurologischen und psychiatrischen Abklärung (inklusive Bildgebung z.B. MRT). Bei der Anamnese steht der Beginn und Verlauf der Erkrankung im Vordergrund. Ebenfalls die Abklärung von Risikofaktoren wie erhöhter Blutdruck, Diabetes, erhöhte Blutfette und Übergewicht, Depressionen, Rauchen und der Lebensstil. Bei der psychologischen Diagnostik haben sich als Screening-Verfahren der Mini-Mental-Status und der Uhrentest in Kombination mit der Geriatrischen Depressionsskala durchgesetzt. Sensitivere neuropsychologische Verfahren sind etwa die MMSE-2, der Moca-Test, die SLUMS oder die CERAD. Ergänzt wird die kognitive Diagnostik durch eine Abklärung der Depression z.B. mittels geriatrischer Depressionsskala (GDS), eine Fremdbeurteilung (IQ-Code) und eine Einschätzung der Selbstständigkeit (z.B. NOSGER). Insofern benötigen wir also für eine Diagnostik entsprechend DSM-5 vermehrt altersnormierte Tests, die alle angesprochenen Domänen betreffen. Hier ist sicher noch Entwicklung notwendig.

Weiters ergeben sich aber auch hier manche Fragen und Konsequenzen. Ab wann ist eine Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit und des Verhaltens krankheitsrelevant, behandlungsbedürftig oder muss infolge Selbst- und/oder Fremdgefährdung behandelt werden? Damit verbunden ist die Frage und Relevanz der Frühdiagnostik (Genetik bei Alzheimerscher Demenz)? Welche Behandlungsmodelle (medizinische Therapie; psychosoziale Begleitung; Pflege; neuropsychologisches Training; Psychotherapie; Umweltgestaltung; Angehörigenberatung) sind ab welchen Zeitpunkt einzusetzen? Was hilft zur Prävention? Was ist das Ziel der Interventionen? Inwieweit ist „Wiederherstellung von Normalität“ das Ziel oder sollte das Konzept der Lebensqualität und Freiheit vorgezogen werden? Wann beginnt Selbst- bzw. Fremdgefährdung und welche Maßnahmen sind adäquat? Wie lange bleiben Menschen mit Demenz selbstbestimmte Menschen und ab wann bestimmen wir über ihr Schicksal? Was ist die optimale Betreuungsform und wird definiert diese?

## Demenz aus der Sichtweise von Menschen mit Demenz

Wie der Welt-Alzheimer-Bericht 2012 darstellt, fühlen sich Menschen mit Demenz oder Alzheimer oft isoliert und an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Bei der Studie der Organisation Alzheimer‘s Disease International (ADI), die zum Welt-Alzheimer-Tag in London vorgestellt wurde, wurden 2500 Menschen in 50 Ländern online befragt. 75 Prozent aller befragten Erkrankten gaben an, dass mit der Diagnose Demenz in ihren Heimatländern sehr negative Assoziationen verbunden seien und 40 Prozent der Kranken fühlten sich laut der Befragung nicht ins Alltagsleben integriert. Dem stimmten auch 60 Prozent der Angehörigen zu. Aus Angst vor Vorurteilen und negativen Folgen hätten 24 Prozent die Diagnose schon einmal verschwiegen.

Der Bericht schlägt deshalb folgende zehn Schlüsselelemente für Regierungen und gesellschaftliche Organisationen vor, um Demenzkranke zu integrieren und der Stigmatisierung vorzubeugen. Dazu gehören, eine bessere Information der Öffentlichkeit und auch der Pfleger und Ärzte, mehr Teilnahme der Erkrankten am öffentlichen Leben etwa in Gemeinden und Stadtteilen, eigene Vertretungen für die Interessen von Demenzkranken sowie weltweite Pläne für den künftigen Umgang mit der Krankheit und Forschung, wie gegen die Stigmatisierung vorgegangen werden kann.

„Der Bericht zeigt, dass sich Menschen mit Demenz und ihre Pfleger von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen, manchmal durch ihre eigenen Freunde und Familienmitglieder“, erklärte Batsch, die Autorin der Studie. „Sie wollen wie normale Menschen behandelt werden, mit Blick auf ihre Fähigkeiten, nicht auf ihre Einschränkungen.“

Diese Fragen und Ängste ergeben sich immer mehr und werden auch von Menschen mit Demenz vermehrt selbst gestellt. So beschreibt etwa Richard Taylor in seinem Buch „Richard Taylor: Alzheimer und Ich“ seine Krankheit und seine Bedürfnisse im Hinblick auf seine Betreuung. Er hat dazu auch Vorträge gehalten. Diese Sichtweise im Hinblick auf die Betreuung von Menschen mit Demenz gewinnt immer mehr Bedeutung im Sinne einer „humanizing dementia care“ also einer Pflege, die nicht in erster Linie die Bedürfnisse der Institution erfüllt und den Kranken als „unmündigen“ Kranken sieht sondern

den Menschen mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellt. Sie ermutigt das Individuum, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Sie bildet Partnerschaften, keine Abhängigkeiten. Sie orientiert sich nicht am „Abschiednehmen und an den Defiziten, sondern sagt „Hallo und Guten Tag“ und orientiert sich an den Ressourcen. Auch Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz wollen glücklich in ihrer subjektiven Gegenwart leben, auch wenn sie diese nicht immer verstehen und wir sie auch oft nicht verstehen. Taylor fasst dies mit folgenden Worten zusammen die es meines Erachtens gut charakterisieren:

> «Ich werde nie nur noch die Hülle meiner selbst sein, sondern immer noch ein ganzer Mensch. Ich bin Richard, und ich werde bis zum Moment meines Todes Richard sein. Wenn ich die Fähigkeit zu sprechen verliere, werde ich immer noch Richard sein. Wenn Sie an meine Tür klopfen und ich nicht aufmache, wenn ich mich nicht an Ihren Namen erinnern kann oder daran, ob Sie gestern schon da waren – ich bin immer noch Richard.»

Ähnlich argumentiert auch Helga Rohra in ihren Büchern „Aus dem Schatten treten“ und „Ja zum Leben trotz Demenz“ – Warum ich kämpfe. Sie hält auch Vorträge zu ihrem Leben als Mensch mit Demenz und möchte damit Betroffenen aber auch den Angehörigen Mut machen.

Betrachtet man diese Entwicklungen so ergibt sich die Konsequenz, dass wir das Konzept „Demenz“ mehr unter dem Aspekt von „Menschen mit Demenz“ diskutieren und nicht nur die biologischen Ursachen der Krankheit sehen sollten. Das bezieht sich sowohl auf die Prävention durch ein aktives, positives, bejahendes Leben unter Berücksichtigung von medizinischen „Gesundheitsaspekten“, aber auch die sensible bedürfnis- und personenorientierte Frühdiagnostik und die darauf aufbauende multiprofessionelle Behandlung in den einzelnen Stadien unter Einbeziehung sozialer Strukturen zur Inklusion von Menschen mit Demenz. Das Motto sollte lauten „Inklusion und leben mit Demenz!“

**Literatur:**

Gatterer G (2016) http://pflege-professionell.at/beduerfnisorientierte-betreuungsstrukturen-fuer-aeltere-menschen-und-mit-demenzerkrankung, abgerufen am 14.2.2017

Gatterer G (2012) Was ist schon normal? http://www.pflegenetz.at/index.php?id=82&tx_ttnews%5Btt_news%5D=391, abgerufen am 15.3.2013

Gatterer G/Croy A (2007) Leben mit Demenz. Springer, Wien.

Maier W, Barnikol UB (2014) Neurokognitive Störungen im DSM-5. Durchgreifende Änderungen in der Demenzdiagnostik. Nervenarzt, · 85:564–570. Online publiziert: 19. April 2014

http://www2.psykl.med.tum.de/geschichte_history/karenberg_demenzen.html, abgerufen am 24.1.2017

http://www.helgarohra.de/, abgerufen am 14.2.2017

(http://www.susannewenger.ch/files/textproben/Fachzeitschrift_Curaviva_Richard_Taylor.pdf), abgerufen am 14.1.2017

http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/welt-alzheimer-bericht-2012-demenz-patienten-fuerchten-ausgrenzung-a-857141.html, abgerufen am 14.2.2017

World Alzheimer Report 2012: Overcoming the stigma of dementia; https://www.alz.co.uk/research/world-report-2012, abgerufen am 14.2.2017

**Autor & Links**

www.gatterer.at

**Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer**
Klinischer- und Gesundheitspsychologe
Psychotherapeut
Akademischer Krankenhausmanager
Stabstelle Vernetzungsmanagement Psychosoziale Rehablitation
am Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs/Donau
Leiter des Instituts für Alternsforschung der Sigmund Freud
Privatuniversität Wien
Kontakt: gerald@gatterer.at

# Das Mutterkraut

Tanacetum parthenium

**„Österreichs Arzneipflanze des Jahres 2017“**

Am 15. Februar 2017 wurde erstmals die Arzneipflanze des Jahres in Österreich durch die Herbal Medicinal Products Platform Austria (HMPPA) ausgesprochen: Das Mutterkraut (Tanacetum parthenium).

Das manchmal mit der Kamille zu verwechselnde Kraut, fand bereits im Altertum eine vielfältige Anwendung. Der Gattungsname „parthénium“ ist griechisch und bedeutet „Jungfrau“ woraus sich die Anwendungsbereiche ableiten lassen.

Als bekanntes Frauenkraut hat es Dioskurides ebenso angewandt, wie Hildegard von Bingen bei sämtlichen Frauenleiden, in der Geburtsheilkunde und bei Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen, Rheuma. Fast in Vergessenheit geraten, interessierte sich die Forschung in den 1970er für das Kraut und begann mit der Untersuchung der Inhaltsstoffe und Wirkungsweise. Bestätigt wirkt es aufgrund ihrer Inhaltsstoffe unter anderem als entkrampfende (auf die glatte Muskulatur), entzündungshemmende Migräneprophylaxe.

Das Mutterkraut (Tanacetum parthenium) gehört zur Familie der Asteraceae (Korbblütler) und ist eine 30-80cm hohe, mehrjährige, krautige Pflanze. Der Stiel aufrecht unverzweigt, am Ende verästelt wird von wechselständig angeordneten, breit eiförmig, fiederschnittigen gelbgrünen Blättern bestückt. Die 1,2-2,2cm großen, weißen Blütenköpfe sind von Juni bis August, in wärmeren Gegenden bis September und erinnern an eine Kamille oder Margerite. Die Früchte sind 1,2-1,5 mm lange, kreisförmige, 5-10rippige Achänen mit Pappus.

Das Mutterkraut wächst in Gärten, an Zäunen, auf Schuttplätzen und kommt ursprünglich aus Südosteuropa, ist jedoch schon seit Langem in Australien, Europa, Nordamerika anzutreffen. In Spanien, England und Mitteleuropa wird das Mutterkraut in Kulturen angebaut und bevorzugt ammoniakalische, lehmige Böden. Das Mutterkraut riecht kampferartig, an Kamille erinnernd und schmeckt stark bitter und scharf.

## Historisches

Tanacetum, die griechische Bezeichnung für Reinfarn, parthenium aus dem Griechischen bedeutet „Jungfrau, jungfräuliche Göttin“.

Vor der Einstufung durch die binäre Nomenklatur von Carl von Linné (1707-1778) hieß das Mutterkraut noch Matricaria parthenium / vulgare, was den Vulgärnamen „Mutterkraut“ erklärt. Zu dieser Zeit bezog sich der Name „Tanacétum“ ausschließlich auf den Rainfarn, auch Wucherblume genannt. [1]

Bei den Vulgärnamen gibt es ebenfalls einige Bezeichnungen, wie Fieberkraut, Jungfernkraut, Mägdeblume, Matram, Mutterkamille, Falsche Kamille, Sonnenauge, die im deutschsprachigen Raum gängig sind. Es ist synonym auch unter Chrysanthemum parthenium zu finden, was zusätzlich die Zuordnung historischer Schriften erschwert.

Jedoch finden sich allerlei Hinweise für die Verwendung von Mutterkraut in der Geschichte. In der griechischen Antike wurde sie bereits für die Erleichterung der Geburt, was die entspannende Wirkung von Sequiterpenen auf die glatte Muskulatur bestätigt. Zur karolingischen Zeit, mit Ausbreitung des Benediktinerordens gelangte die Pflanze unter dem Namen „matrona“ und „febrafugia“ nach Mittel- und Nordeuropa. Nach rascher Verbreitung, wurde das Mutterkraut hochgeschätzt. Selbst Karl der Große führte das Mutterkraut in der Landgüterverordnung („Capitulare de villis“ (812 n. Chr.)) an.

Hildegard von Bingen (1098-1179) empfahl das Mutterkraut ebenfalls in ihren Schriften:

„Die metre („Mutterkraut“), lateinisch „febrefugia“, ist warm und hat einen milden Saft; dieser ist für schmerzende Eingeweide wie eine sanfte Salbe. Denn wer in den Eingeweiden Schmerzen hat, der koche metram mit Wasser und Fett oder Öl, gebe feines Weizenmehl dazu und bereits so ein sůffen („Brühe“). Dies esse er, und es heilt seine Eingeweide. Wenn Frauen die Monatsregel haben, sollen sie dieses sůffen, wie oben beschrieben, zubereiten und essen. Es führt den Schleim und den inneren Unrat schmerzlos und leicht ab und bewirkt, dass die Monatsregel schmerzlos abgeht. Ein Mensch, der stecheden („Stechen“) hat, nehme den Saft des Mutterkrauts sowie Kuhbutter, mische das zusammen und reibe sich an den schmerzenden Stellen ein; er wird geheilt werden.“ [2]

1772 empfahl der englische Apotheker John Hill Mutterkraut: „Beim Schlimmsten Kopfschmerz übersteigt dieses Kraut alles was man sonst kennt…“

Lange Zeit geriet das Mutterkraut in Vergessenheit. In keinen bekannten Büchern der Jahrhundertwende wird das Mutterkraut mehr genannt und fristet ein unbeachtetes Nebendasein in vielen Gärten.

1973 gelang das Mutterkraut aufgrund eines britischen Artikels, es habe eine Frau aus Wales von Migräneattacken nach 10-monatiger Einnahme befreit.

Ein Grund für die Wissenschaft sich dem Kraut zu widmen und die gebührende Aufmerksamkeit zu schenken.

### Hauptinhaltsstoffe

- Sesquiterpenlactone (0,5-2%) (Pathenolid (Leitsubstanz)),
- äth. Öl (0,5-0,9%, Kampfer, Chrysanthenylacetat),
- Flavonoide, Lipophile Flavone und Flavonole,
- Sterole

FUER
FÜR KÖNIGSTETTEN
FÜR UMWELTERHALTUNG UND RETTUNG

## Wissenschaftliche Bestätigung

Das Mutterkraut hat durch die jahrelange Erforschung eine positive Monographie von sowohl der EMA (European Medicines Agency), als auch der ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy) erhalten, was eine anerkannte Wirkungsweise und Anwendung und somit einen jahrhundertealten Erfahrungsschatz bestätigt.

Folgende Wirkungsweise wird bestätigt:

- hemmt überschießende Serotoninfreisetzung Sesquiterpenlactone
- normalisiert die Vasomotorik
  - o Sesquiterpene hemmen die durch Acetylcholin, Serotonin, CGRP, Histamin, Prostaglandin E2 und Bradykininausgelöste Vasodilatation) [3]
  - o Parthenolid hemmt spannungsabhängige Ionenkanäle (u.a. TRPA1 Kanäle) in glatten Muskelzellen [4]
- reduziert die Freisetzung von Entzündungsmediatoren
  - o Sesquiterpenlaktone besitzen entzündungshemmende und analgetische Eigenschaften
  - o Flavonoide wirken antioxidativ und entzündungshemmend [5]

Es finden aktuell zusätzlich Studien in der Krebstherapie statt, nachdem Untersuchungen ergeben haben, dass Parthenolid das Wachstum der Nervenzellen beschleunigt.

## Volksheilkunde

Anwendung findet sich seit jeher bei Frauenbeschwerden, vor allem jene, die krampfartig bestehen, wieder. Regulierend auf die Monatsblutung bei unregelmäßigen Zyklen, wird das Mutterkraut über einen längeren Zeitraum verabreicht. Zur Behandlung von Allergien wird Mutterkraut ebenfalls herangezogen, da die Sesquiterpene eine histaminbedingte Erweiterung der Blutgefäße hemmt. Eine Besserung soll das Kraut bei rheumatische Beschwerden und Arthitis aufgrund des Parthenolids hervorrufen. Es wirkt gut bei Begleitsymptomen einer Migräne, wie Übelkeit, Erbrechen und Schwindel und als Prophylaxe gegen Migräneanfälle.

## Sammeln & Nutzen

Die Kräuter sollten in der Regel kurz vor der Blüte am späten Vormittag von Juni – August, junge Blätter auch im Frühjahr nach einem trockenen Tag, geerntet werden. Bei der Ernte ist Vorsicht geboten, da es bei empfindlichen Menschen oder bei bestehen einer Korbblütlerallergie zu Hautreizungen führen („Wiesendermatitis“) kann.

Die Trocknung findet entweder auf Trockenrahmen oder büschelweise verkehrt aufgehängt an einem trockenen, kühlen Ort statt. Wenn die Kräuter hörbar rascheln, sind sie bereit für die Lagerung, die in Gläsern oder Papierbehältern (Säcke, Schachteln, Boxen, …) zu bevorzugen ist.

Verwendet wird das Mutterkraut oftmals in Form eines alkoholischen Auszuges, der sogenannten Tinktur, oder als Tee, auch Aufguss genannt. Dosierungsempfehlungen lt. ESCOP-Monographie liegt bei 0,2-0,6mg Parthenolide.

Tee: ca. 150mg vom Kraut als Teeaufguss

- bei Menstruationsbeschwerden morgens auf nüchternen Magen,
- als Migräneprophylaxe 2-3 Tassen über den Tag verteilt).

Tinktur: 2x tgl. 5-10 Tropfen

Da sich die Wirkung lange aufbaut, wird eine Einnahme von mind. 3 Monaten empfohlen. Die besten Ergebnisse wurden nach einer Einnahme von 6 Monaten erzielt. NICHT empfohlen wird die Einnahme während der Schwangerschaft oder zur Stillzeit.

Um einen „Rebound-Effekt“ zu verhindern, wird von einer abrupten Beendigung der Einnahme abgeraten. Heißt, dass die Symptome sonst wieder auftreten und das oftmals verstärkt und intensiver als zuvor. Nebenwirkungen können leichte Magendarm-Beschwerden, Mundschleimhautreizungen beim Kauen der Blätter, Durchfall bei hoher Dosierung sein.

### Grundrezept

1/3 zerkleinertes Kraut, 2/3 Alkohol (mind. 40%ig) in ein verschließbares Gefäß geben; mind. 6 Wochen an einem sonnigen Platz ziehen lassen und mehrmals täglich gut schütteln.

Eine Tinktur ist ein alkoholischer Auszug aus getrockneten Kräutern. Die Urtinktur hingegen wird mit frischen Kräutern angesetzt.

Nachdem die Tinktur lange genug gezogen hat, gut gefiltert in kleine Fläschchen abfüllen.
Haltbarkeit: mind. 1 Jahr

(C) mr_coffee

## Die Arzneipflanze des Jahres 2017

„Die Wissenschaft gewinnt nicht nur ständig neue Erkenntnisse über die Wirkung der traditionellen Arzneipflanzen, auch neue Pflanzenwirkstoffe halten Einzug in die Medizin. Aus diesem Grund wählen deutsche Wissenschaftler der Universität Würzburg seit 1999 alljährlich die Arzneipflanze des Jahres. Nach diesem Vorbild hat sich die Herbal Medicinal Products Platform Austria (HMPPA) – bestehend aus Experten der pharmazeutischen Institute der Universitäten Graz, Innsbruck und Wien – ebenso zur Aufgabe gemacht, die Wahl der Arzneipflanze des Jahres in Österreich zu etablieren.

Die Arzneipflanze des Jahres 2017 wurde unter Berücksichtigung folgender Kriterien gewählt:

- Bezug zu Österreich
- wissenschaftlich aktuell interessant: neue Studien, Forschungsthema eines Instituts, Stimulation von Forschung, Würdigung von vorliegenden Ergebnissen
- Bedeutung in der Medizin und Pharmazie
- wirtschaftliche Bedeutung
- neue Indikationsgebiete
- Aktuelles zu Qualität oder Anbau
- ausgeschlossen werden in Deutschland ausgerufene Arzneipflanzen des Jahres der letzten Jahre wie Saathafer, Kümmel, Johanniskraut, Spitzwegerich, Kapuzinerkresse, Süßholz, Passionsblume und Efeu.“ [6]

## Fußnoten


1. Etymologisches Wörterbuch der botanischen Pflanzennamen von Helmut Genaust | Nikol (ISBN: 978-3-86820-149-9), 2012
2. Hildegard von Bingen – Das Buch von den Pflanzen | Otto Müller Verlag, 2007 (ISBN: 978-3-7013-1130-9), Kapitel CXVI
3. Hay AJ, Hamburger M, Hostettmann K, Hoult JR (1994) Inhibition of smooth musclecontractilitybyplant-derivedsesquiterpenescausedbytheirchemicallyreactivealpha-methylenebutyrolactonefunctions. BrJ Pharmacol112 (1):9-12.
4. MaterazziS et al (2013) Parthenolide inhibits nociception and neurogenic vasodilatation in the trigeminovascular system by targeting the TRPA1 channel. Pain154(12):2750-2758
5. Porträt der Arzneipflanze des Jahres 2017: Mutterkraut (Tanacetum parthenium) Univ.-Prof. Dr. Rudolf Bauer, Institut für pharmazeutische Wissenschaften Karl-Franzens-Universität Graz, Wien HMPPA Mutterkraut 2017.pdf, 2017
6. Presseinformation „Arzneipflanze 2017 – Pharmazeutische Nutzung und ihre Bedeutung in der Medizin“, Pressemappe_Arzneipflanze_2017.pdf, 17.02.2017


## Quellen


Heilpflanzen – Praxis heute: – Band 1 Arzneipflanzenportraits von Siegfried Bäumler | Urban & Fischer (ISBN: 978-3437572722), 2. Auflage, 2012, S. 435ff


## Autorin & Links

www.gartenstrawanzerin.at

**Mag. Katrin Schützenauer**
Magistra (Management und Unternehmensführung)
Schriftführerin FUER Königstetten
Diplomierte Kräuterpädagogin

# Lernwelten 2017

# Call for Abstracts

17. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik

## 7. bis 9. September 2017

Technische Hochschule Deggendorf, Deutschland

**Forschendes Lernen in gesundheitsbezogenen Schulen und Hochschulen**

Bedeutungen, Bewährungen und Trennlinien.

**www.lernwelten.info**

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:

- Gerhard M. Käser, M.A., M.A., Dipl.-Pflegepäd, D-Deggendorf
- Dr. Renate Schwarz-Govaers, D-Immenstaad
- Prof. Dr. Anke Fesenfeld, D-Hamburg
- Dr. Andreas Lauterbach, D-Nidda
- Heike Spurek, Dipl. Med.-Päd., MNSc., CH-Zürich
- Iris Ludwig, CH-Le Noirmont JU
- Prof. Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch, D-Düsseldorf
- Prof. Dr. Michael Bossle, D-Deggendorf
- Prof. Dr. Anja Walter, D-Cottbus-Senftenberg
- Mag. Susanne Fesl, A-Wien

hpsmedia

Kontakt:

Lernwelten Kongressbüro
Raun 21
D-63667 Nidda
Tel.: +49 (0) 6402 7082660
info@lernwelten.info

# Lernwelten 2017

# Call for Abstracts

## 17. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik

Forschendes Lernen hat mindestens zwei Dimensionen. Zum einen ist es eine Art des Lernens, zum anderen geht es um das Erlernen von Forschung. Forschendes Lernen ist in der hochschulischen Bildung eine Selbstverständlichkeit, die Grundideen können aber auch in der Berufsbildung verfolgt werden. Forschendes Lernen ist gekennzeichnet durch eine relative Selbsttätigkeit der Lernenden. Lernende können methodisch geleitet interessierende und beantwortbare (Forschungs-) Fragen aufgreifen und diesen nachgehen. Sie lernen dabei, ein geeignetes Design zur Beantwortung der Fragen zu entwerfen, den bisherigen Stand des relevanten Wissen zu erfassen, ggf. selbst eine begrenzte Untersuchung durchzuführen, Ergebnisse darzustellen und auszuwerten und letztlich ihre gestellte Frage zu beantworten. Wissenschaft und Forschung leben von klugen Fragen und den Suchprozessen! Um wissenschaftliches Wissen generieren zu können, müssen Lernende im Sinne einer evidence based practice zunehmend ihre Handlungen begründen und reflektieren.

Lernen ist dann bedeutend mehr als Wissensanhäufung, es ist ein ergebnisoffener und dynamischer Prozess, bei dem das Erkenntnisinteresse der Lernenden im Mittelpunkt steht.

In der beruflichen Bildung liegt der Schwerpunkt auf dem forschenden Lernen und darin, eine forschende Haltung einzunehmen, die möglichst die Ausbildung überdauernd in der späteren Berufsausübung beibehalten wird. In der hochschulischen Bildung verbinden sich beide genannten Dimensionen: das forschende Lernen mit dem Forschen lernen.

Das Konzept des Forschenden Lernens sollte in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung so umgesetzt werden, dass Lehrpersonen selbst zu Forschenden werden. Sie erwerben entsprechende Kompetenzen, um eigenständig zu methodisch reflektiertem Wissen als Grundlage ihres Unterrichts zu kommen und sie nutzen die Erkenntnisse zur kritischen Bewertung ihres pädagogischen Berufsalltags.

**Der 17. Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik „Lernwelten" lädt Sie ein, Themen in Vorträgen, Workshops und offenen Veranstaltungsformen zu diskutieren. Im Rahmen des Call for Abstracts können Beiträge zu folgenden Themen eingereicht werden:**

- **Formen und Bedeutungen des forschenden Lernens** (z.B. Methodenbeiträge; didaktische Prinzipien; Gütekriterien für das Forschende Lernen; Lehrerinnen- und Lehrerbildung)
- **Forschendes Lernen in der Berufspraxis** (z.B. die Rolle der Lehrenden und Lernenden; Integration in den Lehralltag; Praxisbeispiele und Best-Case Szenarien; Anforderungen an Medienkompetenzen)
- **Bildungspolitische Dimension** (z.B. Kompatibilität zu bestehenden Curricula und Ausbildungsrichtlinien, Effektivität von forschendem Lernen, Eignung für unterschiedliche Qualifikationsniveaus; Unterstützungsmöglichkeiten; institutionelle Ressourcen)
- **Sonstige Themen**

Einreichungen sind als Abstract (Deutsch, 2 Seiten) bis 30. März 2017 unter www.lernwelten.info als Workshop, Vortrag oder Poster möglich. Alle eingereichten Abstracts werden vom wissenschaftlichen Beirat begutachtet und bei Annahme als Vortrag, Workshop (mit Wiederholung) oder Poster mit Kurzpräsentation präsentiert. Einreichungen sind in folgenden Kategorien möglich:

1. Wissenschaftliche Beiträge
2. Praxisbeiträge (best practice)
3. Studentische Einreichungen

### Best of Bachelor - Best of Master

Der Kongress Lernwelten schreibt für 2017 den Preis „Best of Bachelor - Best of Master" aus. Er ist mit einem Preisgeld von 1000.— € sowie einer Einladung zum Kongress nach Deggendorf verbunden. Qualifikationsarbeiten, die zwischen dem 1. Juli 2015 und dem 31. Januar 2017 erfolgreich abgeschlossen sind, können bis zum 30. März 2017 unter www.lernwelten.info eingereicht werden. Die Hochschulen im Gesundheits- und Pflegebereich werden aufgerufen, sich aktiv an ihrer und somit der nationalen und internationalen Nachwuchsförderung zu beteiligen. Eingereichte Beiträge werden durch den international besetzten wissenschaftlichen Beirat begutachtet.

**www.lernwelten.info**

hpsmedia

**Autor:** Ulrich H.J. Körtner
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Facultas Verlag
**Seitenumfang:** 239 Seiten
**ISBN:** 978-2-7089-1486-2

# Grundkurs Pflegethik

## 3. aktualisierte Auflage

### Kurzbeschreibung

Dieses Studienbuch befasst sich mit den theoretischen Grundlagen sowie Grundfragen der Pflegeethik und den Methoden der ethischen Urteilsbildung. Thematisiert werden ethische Probleme in der Pflegeforschung, in der Transplantations- und Intensivmedizin sowie am Lebensende. Der Band informiert über die Arbeitsweise klinischer Ethikkomitees und stellt einschlägige Ethikdokumente und Gesetzestexte vor. Eine Reihe von Fallbeispielen gibt dem Leser weiters die Möglichkeit, die Prinzipien und Regeln der Pflegeethik selbst zu erproben. Das Buch ist durchgehend mit Merksätzen, Zusammenfassungen, Reflexionsfragen und Hinweisen auf vertiefende Literatur versehen und wurde für die 3. Auflage durchgehend aktualisiert und erweitert.

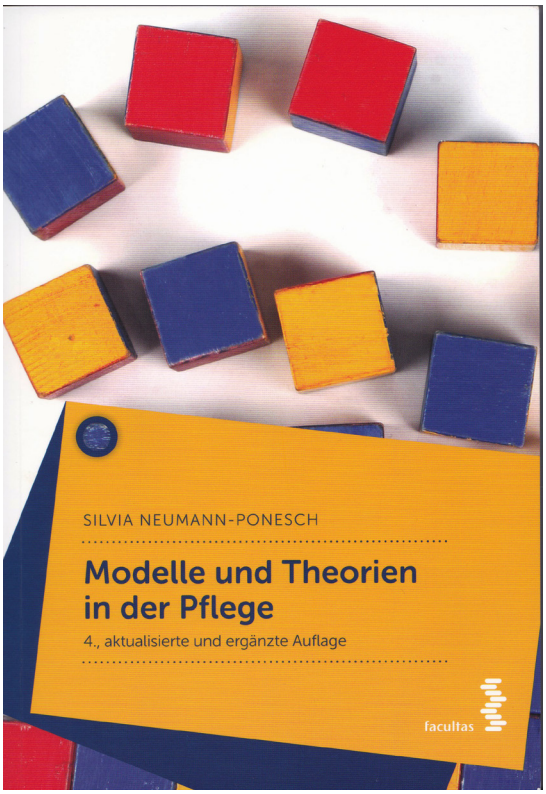
### Persönliches Fazit

Kennen Sie den Unterschied zwischen Ethik, Ethos und Moral? Worauf ist in der Gesundheits-, Pflege- und Medizinethik zu achten? Wie komplex ist das Thema Ethik im Bereich der Intensivmedizin? Was haben Sie ethisch bei Forschungen zu beachten? Fragen die durch dieses eindrucksvolle Werk beantwortet werden. Die Publikation ist seit seiner ersten Auflage in 14 Kapitel unterteilt. Der deduktive Aufbau beginnt bei den Basisinformationen der Ethik und dringt mit jedem Kapitel tiefer und spezifischer in die Materie ein. Das letzte Kapitel ist gefüllt mit Fallbeispielen und zeigt, dass Ethik keine abstrakte theoretische Thematik ist, sondern uns täglich bei Entscheidungsfindungen begleitet. Aus diesem Grund empfehlen wir diesen Lesestoff jeder Person, die mit dem menschlichen Gegenüber achtvoll umgehen möchte. Was ist neu? In der dritten Auflage wurden natürlich einzelne Bereiche aktualisiert. Das Kapitel 10 „Pflegeforschung“ wurde mit aktuellen Inhalten ergänzt und die Themen „Menschenwürde und Autonomie“ (4.3) und „relationale Autonomie“ (4.4) sind neu hinzugekommen. Die Facultas App, die gesondert heruntergeladen werden kann, bietet 41 Fragen zu diesem interessanten Thema. Eine wirklich gute Überprüfung des Wissens auf spielerische Art. Buch und App sind unserer Meinung nach ein „Must have“ für jede(n) Studierende(n) und Interessierte(n)! (MG)

### Über den Autor

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

# Modelle und Theorien in der Pflege
## 4.te aktualisierte und ergänzte Auflage

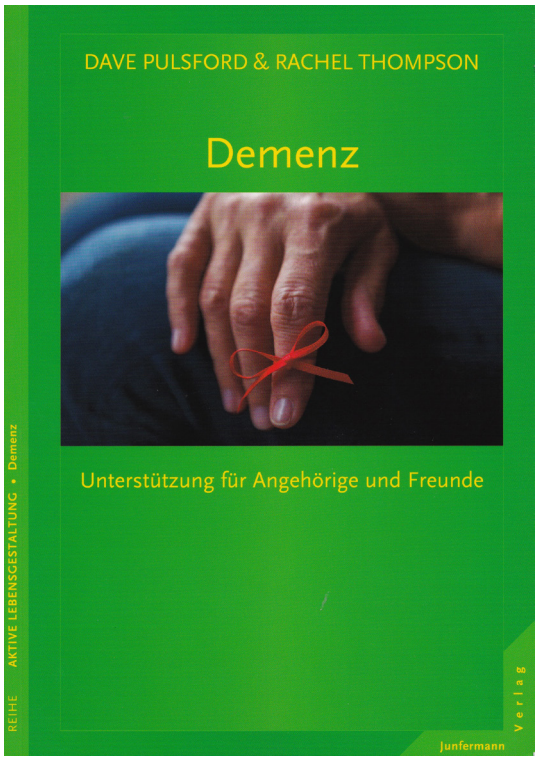



**Autorin:** Silvia Neumann-Ponesch
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Facultas Verlag
**Seitenumfang:** 324 Seiten
**ISBN:** 978-3708915012

### Kurzbeschreibung
Die Pflegewissenschaft versucht, ursprünglich pflegespezifische Modelle und Herangehensweisen zu erarbeiten. Die Beschäftigung mit theoretischen Ansätzen ist dabei Grundlage und Bestandteil jeder Ausbildung. Das vorliegende Buch führt in einem ersten Teil in die Terminologie und theoretische Denkweise der Pflegewissenschaft ein und gibt einen Überblick über die Geschichte, zentrale Vorstellungen sowie über die wichtigsten Pflegemodelle und ihre Klassifikation. In einem zweiten Teil wird auf der Basis ausgewählter Beispiele die Umsetzung des theoretischen Denkens in der Pflege illustriert und in unterschiedlichen Kontexten dargestellt. Ein klar strukturiertes und übersichtliches Studienbuch und ein wertvoller Begleiter in der Praxis.

### Persönliches Fazit
Was ist der Unterschied zwischen einem Pflegemodell und einer Pflegetheorie? Welche Klassifikationen gibt es hierbei? Gibt es einen speziellen Aufbau? Fragen die strukturiert und auf eine gut nachvollziehbare Art und Weise beantwortet werden. Hierbei werden Erklärungen und Beschreibungen verständlich nahegebracht und verlieren sich nicht in einem Sammelsurium an wissenschaftlichen Ausdrücken. Die kritische Betrachtungsweise im ersten Kapitel zeugt von einer sehr reflektierten Art nüchtern und ehrlich an diese Themen heranzugehen. Das Buch bietet gute Erklärungen, einen perfekten Einstieg in die Materie und ist für Pflegepersonen die ideale Literatur, um sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen. (MG)

### Über die Autorin
Silvia Neumann-Ponesch: DGKS, Geschäftsführerin der Akademie für Weiterbildung der Fachhochschule Oberösterreich, Leiterin der Lehrgänge Advanced Nursing Practice, Caremanagement und Integrated Care Systems, Lektorin an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen.




**AutorInnen:** Dave Pulsford, Rachel Thompson
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Junfermann Verlag
**Seitenumfang:** 223 Seiten
**ISBN:** 978-3-95571-490-1

# Demenz
## Unterstützung für Angehörige und Freunde

### Kurzbeschreibung
Unter einer Demenz leiden oder mit Demenz leben? Eine Demenzerkrankung stellt für Angehörige und Freunde des Erkrankten eine enorme Herausforderung dar. Ein Mensch, den man so gut kannte, verändert sich auf unbegreifliche Weise – mit Konsequenzen auch für das eigene Leben. Dave Pulsford und Rachel Thompson erläutern Schritt für Schritt, wie eine Demenzerkrankung verläuft. Sie nehmen Angehörige und Pflegende mit auf eine Reise in die Welt der Demenz und erklären, was mit dem erkrankten Menschen passiert und auch, welche Auswirkungen die Erkrankung auf das Umfeld hat. Wo kann man sich informieren? Wo findet man Unterstützung? Eine Demenz schreitet ständig fort, und so müssen auch Angehörige sich dem weiteren Verlauf der Erkrankung immer wieder anpassen. Auch hier bietet das Buch Unterstützung, mit dem Ziel einer möglichst hohen Lebensqualität für Erkrankte und Angehörige.

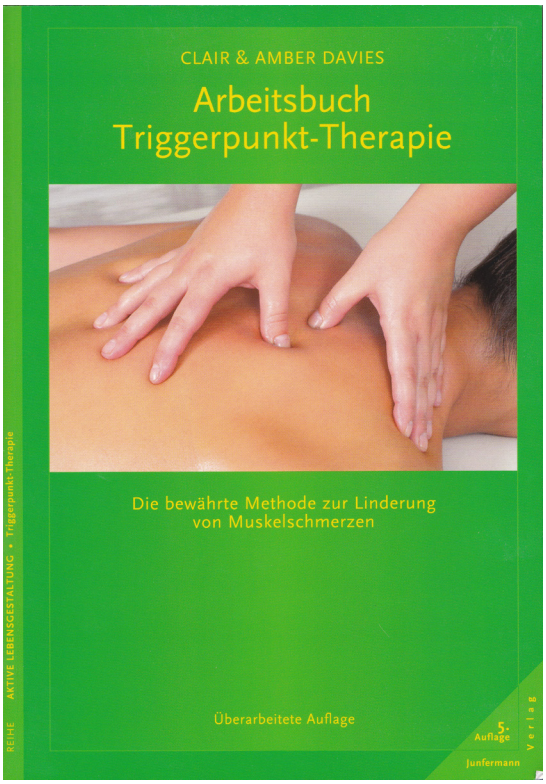
### Persönliches Fazit
Die Diagnose Demenz ist wohl eine der unheilvollsten Ankündigungen, wie die Zukunft der Betroffenen (und deren Umgebung) in der nächsten Zeit aussehen wird. Sie schürt Ängste und bringt uns im Laufe der Zeit an unsere absolute Belastbarkeitsgrenze. Für viele Menschen ist dies ein Horrorszenario. Dave Pulsford und Rachel Thompson beschreiben auf angenehme Weise, wie man mit dieser Situation umgeht. Zu Beginn werden Krankheitsbild und Symptome eingehend erklärt. Das Schöne an diesem Werk ist vor allem die Struktur der Aufarbeitung. So beginnt die Publikation mit der Diagnose und dem Anfangsstadium und arbeitet sich vor bis zum Lebensende. Es ist eine Art Wegbegleiter der kaum Fragen offen lässt und sich auch an Tabuthemen heranwagt. Fazit: Eine wunderbare Art mit dieser Thematik umzugehen! (MG)

### Über die AutorInnen
Dave Pulsford ist Dozent im Fachbereich Pflege der University of Central Lancashire.

Rachel Thompson ist Pflegerin für Demenzkranke und leitet ein Demenzprojekt für das Royal College of Nursing.

# Arbeitsbuch Triggerpunkt-Therapie

## Die bewährte Methode zur Linderung von Muskelschmerzen




### Kurzbeschreibung

Ob es sich um Arthritis, Kopf-, Knie- oder Fußschmerzen handelt, Verletzungen durch Sport und einseitige Belastungen handelt; Auf Schmerzbehandlung spezialisierte Ärzte sehen die Ursache von etwa 75 Prozent aller chronischen Schmerzen in Triggerpunkten, kleine Kontraktionsknoten in den Muskeln. Diese sind recht schwer zu lokalisieren und zu behandeln - wenn man nicht weiß, wonach man Ausschau halten muss. Hier setzt dieses Arbeitsbuch an, indem es in klaren Illustrationen gut erkennbar zeigt, wo im Körper Triggerpunkte entstehen und in welchen Bereichen die damit verbundenen Schmerzen jeweils auftreten. Schritt für Schritt wird erklärt, wie sich diese Ursachen chronischer Schmerzen mit Hilfe äußerst wirksamer Massagetechniken behandeln lassen. Diese komplett überarbeitete Neuauflage enthält viele neue Illustrationen für die Selbstmassage, eine detaillierte Massageanleitung für Therapeuten und leicht auffindbare, praktische Tipps zur Selbstbehandlung. Die verschiedenen Schmerz- und Symptomübersichten aus dem Buch stehen zum kostenlosen Download bereit.

### Persönliches Fazit

Jeder von uns hat irgendwann diesen einen Muskelschmerz, der sie in den Wahnsinn treibt. Wie sehr wünscht man sich in dieser Situation einen Masseur zu Hause, eine kleine Tablette die alles bereinigt oder einfach nur die körperliche Möglichkeit, diesen Schmerz wegzuschieben. Doch es scheint sinnlos. Dann findet man ein solches Buch. Gibt es sie wirklich, die Triggerpunkte, mit denen man Schmerzen ausschalten kann? Funktioniert Selbstmassage in einer solchen Situation und auf was muss man hierbei genau achten? Das Arbeitsbuch ist nicht nur ein riesiges Werk (A4 und 432 Seiten), welches imposant in jeder Büchersammlung steht, sondern ein ideales Nachschlagewerk, Einführungsbuch und Lernhilfe, wenn es um Muskelschmerzen geht. Die einfach dargestellten Zeichnungen bieten eine gute Übungshilfe zu den notwendigen Handgriffen und begleiten die Leserschaft von der ersten bis zur letzten Seite. Mit Sicherheit kein Werk, dass man schnell liest und über die Materie Bescheid weiß. Hier ist das Wort „Arbeitsbuch“ genau an der richtigen Stelle. „Üben, üben, üben“ ist angesagt und diese Publikation begleitet sie fachgerecht auf ihrem kompletten Weg.“ (MG)

### Über die HerausgeberInnen

Amber Davies ist Massagetherapeutin. Eine als Teenager erlittene schwere Rückenverletzung konnte vollständig geheilt werden, als ihr Vater Clair sie mit der Triggerpunkt-Therapie behandelte. Der Erfolg dieser Behandlung bestärkte sie, selbst Massagetherapie zu geben. Nach dem Tod ihres Vaters führt sie dessen Arbeit fort. Clair Davies (1937-2006) wurde nach einer erfolgreichen Selbstbehandlung seiner Schultersteife inspiriert, sich intensiv mit Triggerpunkten zu beschäftigen. So wurde er Massagetherapeut und lehrte gemeinsam mit seiner Tochter Amber die Selbstbehandlung und die klinische Behandlung von Schmerzen mit Hilfe der Triggerpunktmassage.

**AutorInnen:** Amber Davies, Clair Davies
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Junfermann Verlag
**Seitenumfang:** 432 Seiten
**ISBN:** 978-3955714963

**HerausgeberInnen:** Maria Müller Staub, Kurt Schalek, Peter König
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Hogrefe Verlag
**Seitenumfang:** 416 Seiten
**ISBN:** 9783456954929

# Pflegeklassifikationen

## Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation

### Kurzbeschreibung

Wie kann man pflegerische Begriffe und Fachsprache systematisch beschreiben, definieren und klassifizieren? Das Grundlagenwerk über Pflegeklassfikationen und pflegerische Begriffssysteme führt in die Begriffssysteme in der Pflege ein, zeichnet deren historische Entwicklung nach und erläutert deren Grundbegriffe und Konstruktionsprinzipien. Verständlich werden Definitionen und Arten von Ordnungssystemen erklärt, ihre Funktion beschrieben und Referenzklassifikationen angeführt. Im Einzelnen werden u.a. Begriffssysteme für Pflegediagnosen (NANDA), Pflegeinterventionen (NIC) und Pflegeergebnisse (NOC) sowie die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP) vorgestellt und durch die Pflege tangierende Klassifikationssysteme ergänzt. Detailliert beschreiben die Autoren, wie diese und weitere Klassifikationen entstanden sind, welches ihre Ziele sind, wie sie strukturiert und zusammengesetzt sind. Ferner erläutern die Autoren, welchen Nutzen und Potentiale man mit diesen Klassifikationen verbindet, wo sie eingesetzt und wie sie umgesetzt werden.

### Persönliches Fazit

Nanda, NIC, NOC; ENP, ICD, ICF... Sie kennen die Unterschiede dieser Klassifikationen nicht? Dann ist diese Publikation genau das richtige Nachschlage- und Einführungswerk in dieser Thematik. Was wie eine befremdenden Aneinanderreihung von Buchstaben klingt, sind in Wirklichkeit absolut ausgeklügelte Systeme zur Erfassung und Klassifizierung von Pflegediagnosen, Maßnahmen und Berechnungen. Professionelles Tun basierend auf einer gemeinsamen Sprache und einem erkennbaren Maßnahmenmuster in Verbindung mit diversen Diagnosen. Unterschiedliche AutorInnen beschäftigen sich in diesem Werk mit ganz spezifischen Themen und sprechen hierbei auch Kritik und Empfehlungen aus. Leider wurden nicht alle Klassifikationssysteme präsentiert, trotzdem ist dieses Werk eine wunderbare Übersicht. Der vierte Teil des Buches wurde neu hinzugefügt und bietet eine Vielfalt an neuen Informationen. Fazit: Klassifikationen ausführlichst erklärt! (MG)

### Über die HerausgeberInnen

Dr. Maria Müller Staub PhD, EdN, RN, FEANS ist Professorin an der Hanze Universität in Gröningen, Inhaberin der Pflege PBS in Wil und Leiterin der Pflegeentwicklung- und -forschung im Stadtspital Waid (Zürich). Kurt Schalek Mag. soz. ist Soziologe und Buchautor. Prof. Dr. Peter König Dr. rer. cur., MScN, Dipl. Pflegewirt , RbP ist Professor am Lehrstuhl für Pflege und Rehabilitationsmanagement an der Hochschule Furtwangen , Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft, Bereich für angewandte Gesundheitswissenschaften.

# Stufen der Pflegekompetenz
## From Novice to Expert - 3.Auflage

**Autorin:** Patricia Benner
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Hogrefe Verlag
**Seitenumfang:** 336 Seiten
**ISBN:** 978-3-456-85771-8

### Kurzbeschreibung

„From Novice to Expert“ - der Klassiker zum Thema Pflegekompetenz und -expertise sowie die Rolle der Intuition in der Pflege von Patricia Benner. Wie sich erfahrene Pflegende mit großer Expertise in komplexen Pflegesituationen verhalten und in welcher Weise sich ihr professionelles Verhalten von dem lernender und weniger erfahrener Kolleginnen und Kollegen unterscheidet, zeigt Patricia Benner in ihrem zum Klassiker und Standardwerk avancierten Werk. Sie beschreibt eine professionelle Pflege, die ein tieferes Verständnis des Patienten voraussetzt und von Pflegenden fordert, die Perspektive des Patienten einzunehmen, um eine individuelle und respektvolle Pflege anbieten und gestalten zu können. Benner beschreibt eine Pflege, die das krankheitsbedingt verletzte oder bedrohte Selbst des Patienten aufrechterhält, schützt und durch Caring, Coping und Selbstmanagement ermöglicht.

Die von Benner beschriebene professionelle Pflege
• fasst alle klinischen Entscheidungen zugleich als ethische Entscheidungen auf
• gründet auf einem Menschenbild der Verletzlichkeit
• beruht auf intensivem inneren Beteiligtsein am Erleben der Patienten
• fasst Menschenwürde als zwischenmenschliches Geschehen auf.

Die zweite und dritte deutsche Auflage wurde um einen Beitrag zur exzellenten Pflege im 21. Jahrhundert ergänzt, der Patricia Benners Impulse für eine patientensensible Pflegepraxis verdeutlicht

### Persönliches Fazit

Ab wann ist das Krankenpflegepersonal ein(e) Expert(in)? Welche Unterschiede gibt es zwischen praktischem und theoretischem Wissen? Patricia Benner analysierte auf Basis des Dreyfus`sche Modell des Kompetenzerwerbs. Hierbei nutzte sie waren Einzel- und Gruppeninterviews bzw. teilnehmende Beobachtungen die Grundlage ihrer Datensammlung. Unter Beobachtung aller Dinge kam sie zur Erkenntnis, das unerfahrenes Pflegepersonal eher strikt nach Standards und Vorschriften arbeitete, während erfahrene Personen die Situation ganzheitlich betrachteten und benötigten zur Entscheidungsfindung weniger Parameter. Fazit: Die Autorin zeigt uns in ihrem Buch sehr fundiert auf, was in der Krankenpflege die Qualität von Pflegeexperten ausmacht. Ein Werk zum Nachdenken, ein Buch mit Diskussionsstoff. (MG)

**Autorin:** Katja Porsch
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Goldegg Verlag
**Seitenumfang:** 250 Seiten
**ISBN:** 978-3-903090-81-1

# Wenn dir das Leben in den Hintern tritt, tritt zurück

## Wie du kriegst, was du willst

### Kurzbeschreibung

Aufgeben gilt nicht! Das Leben meint es nicht gut mit Ihnen? Bei allen anderen läuft es besser? Sie können nichts daran ändern? Lassen Sie sich nicht unterkriegen! Sie haben die Chance, all das aus Ihrem Leben zu machen, was Sie möchten! Katja Porsch weiß, wovon sie in diesem Buch spricht. Nach einem beruflichen Höhenflug stand sie mit zwei Pleiten plötzlich vor den Trümmern ihrer Karriere. Doch sie gab nicht auf und verwandelte ihr Scheitern in ein Erfolgserlebnis. Sie können das auch! Die Autorin zeigt Ihnen, wie: mit konkreten Impulsen, Möglichkeiten, Ihr negatives Kopfkino neu zu starten und Tricks, wie Sie sich selbst motivieren und neu erfinden! Das Leben tritt Ihnen in den Hintern? Fein! Treten Sie zurück! Holen Sie sich, was Sie wollen!

### Persönliches Fazit

„Schon wieder ein Buch aus der 0815 Serie - Du kannst alles schaffen“ denkt man sich, wenn man vor einem weiteren Erfolgsbuch dieser Sorte steht. Doch man sollte nicht zu schnell urteilen, denn es gibt immer wieder Titel, die einen dann doch überraschen. „Wenn dir das Leben in den Hintern tritt, tritt zurück.“ ist mit Sicherheit einer dieser Werke. Spritzig, witzig mit einem Hauch Selbstironie präsentiert Katja Porsch von der ersten Seite an, wie hart ein Erfolgsweg in Wirklichkeit ist und was man hierfür alles benötigt. Hierbei setzt sie aber keine Grenzen, berichtet von Ihrem Scheitern und ihren Pleiten, die auf dem Erfolgsweg immer wieder warten. Keine UPs ohne DOWNs! Hierbei zählt die sich andauernd verändernde Perspektive, welche schon in den ersten Seite ihre Beachtung findet. Modifizierte Glaubenssätze und Selbstreflexionen begleiten die Leserschaft von Seite zu Seite und am Ende der Publikation, steht man am Anfang einer neuen Reise. 250 Seiten ohne Langeweile mit einem Lächeln und vielen neuen Gedanken. Danke Katja Porsch für diese Buch, welches wirklich zum Nachdenken anregt. - (MG)

### Über die Autorin

Katja Porsch zählt mit über 30.000 Zuhörern und mehr als 900 Seminaren und Vorträgen zu den Top-Keynote-Speakern. Sie war eine der abschlussstärksten Immobilienverkäufer in-Deutschland. Die Unternehmerin kennt jedoch auch die Tiefen des Lebens. Denn ihrem Höhenflug folgten zwei Pleiten. Ihre Erfahrungen gibt die Autorin in aufrüttelnden Vorträgen und Büchern wieder. Sie spricht offen über das eigene Erleben und zeigt, wie man es schafft, sich aus der Opferrolle zu befreien und erfolgreich und mutig seinen Weg zu gehen.

# Erfolgsfaktor Menschlichkeit

## Wertschätzend führen - wirksam kommunizieren

**Autorinnen:** Vera Heim, Gabriele Lindemann
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Junfermann Verlag
**Seitenumfang:** 214 Seiten
**ISBN:** 978-3-95571-615-8

### Kurzbeschreibung

Wünschen Sie sich mehr Leichtigkeit und Freude im Kontakt mit Kollegen und Ihren Teams? Möchten Sie, dass Menschen kooperieren und gemeinsam an einem Strang ziehen, um Ziele zu erreichen? Wertschätzende Kommunikation ist dabei eine Kernkompetenz für alle Menschen, die am Arbeitsplatz etwas bewegen wollen. Auf Basis ihrer langjährigen Erfahrungen in Unternehmen haben die Autorinnen das Modell der Gewaltfreien Kommunikation für den Geschäftsalltag anwendbar gemacht. In diesem Buch erfahren Sie,

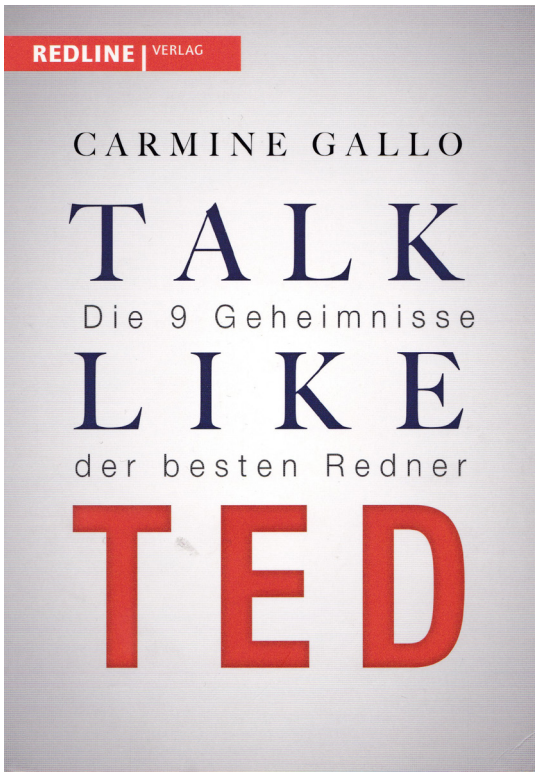
- wie Sie sich effektiv ausdrücken, für Ihre Anliegen einstehen und gleichzeitig Ihre Gesprächspartner ernst nehmen;
- wie Sie Ihren kooperativen und situativen Führungsstil weiterentwickeln und neun Strategien für effektives Beziehungsmanagement nutzen können;
- wie Sie zu einer wertschätzenden Unternehmenskultur beitragen, in der Sie mehr Raum für Initiative, Handlungsfähigkeit und Win-Win-Lösungen schaffen und so den langfristigen Unternehmenserfolg sichern.

### Persönliches Fazit

Zufriedene MitarbeiterInnen sind die wertvollste Ressource, die sich ein Unternehmen wünschen kann. Hierbei liegt es aber nicht ausschlaggebend am Gehalt, sondern an der Führungsweise der Managementetage. Gibt es eine gute Beziehung zwischen Leitung und MitarbeiterInnen ist dies ein weiterer Schritt zum Erfolg des Unternehmens. Dies klingt nach einem Ratgeber für ein reines Wirtschaftsunternehmen. Warum also eine Rezension in einem Magazin fürs Gesundheitswesen? Dies ist natürlich schnell beantwortet: Menschlichkeit muss gerade im Gesundheitswesen groß geschrieben werden. Die vierzehn Kapitel dieses Buches zeigen den Weg zur Wertschätzung im Kommunikationsbereich. Sprache und Handlung werden hierbei genau unter die Lupe genommen, aber es darf auch das „Zuhören“ nicht zu kurz kommen. Eine große Sammlung an Beispielen unterstützt die Umsetzung im Alltag. Schnell merkt man, dass sich die AutorInnen mit dem Thema sehr auseinandergesetzt haben und viele Situationen gut recherchiert wurden. Nachhaltigkeit, Situations-Analysen und -Bearbeitung und viele weitere Führungsthemen, werden auf einfache und logische Weise nahegebracht. Auf jeden Fall ein lesenswertes Buch, wenn es um Wertschätzung geht! (MG)

### Über die Autorinnen

Vera Heim ist zertifizierte GFK-Trainerin und Coach. Seit 2004 bietet sie mit „The Coaching Company“ Seminare in Zürich an und setzt sich für eine wertschätzende Unternehmenskultur ein. Gabriele Lindemann ist zertifizierte GFK-Trainerin, Coach und Inhaberin von „Menschen und Ziele“ in Nürnberg, Ausbildung und Beratung für menschliche Unternehmenskultur.




**Autor:** Carmine Gallo
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Redline Verlag
**Seitenumfang:** 311 Seiten
**ISBN:** 978-3868816471

# Talk like Ted

## Die 9 Geheimnisse der besten Redner

### Kurzbeschreibung

Präsentationen haben durch den Aufschwung der TED-Talks eine völlig neue Definition erfahren – die Online-Vorträge sind inzwischen zur Königsdisziplin des Vortrags und zum Vorbild für Redner auf der ganzen Welt geworden. Die immer beliebteren TED-Talks revolutionierten die Welt der Vorträge. Der Kommunikationsexperte Carmine Gallo analysierte Hunderte der besten TED-Talks und interviewte die bekanntesten und beliebtesten Redner wie Steve Jobs, Bill Gates und Bono, um die grundlegenden Regeln und Geheimnisse eines erfolgreichen TED-Vortrags herauszufinden. Gallo enthüllt in seinem Buch die Regeln, mit denen nicht nur TED-Talks garantiert zu einem vollen Erfolg werden!

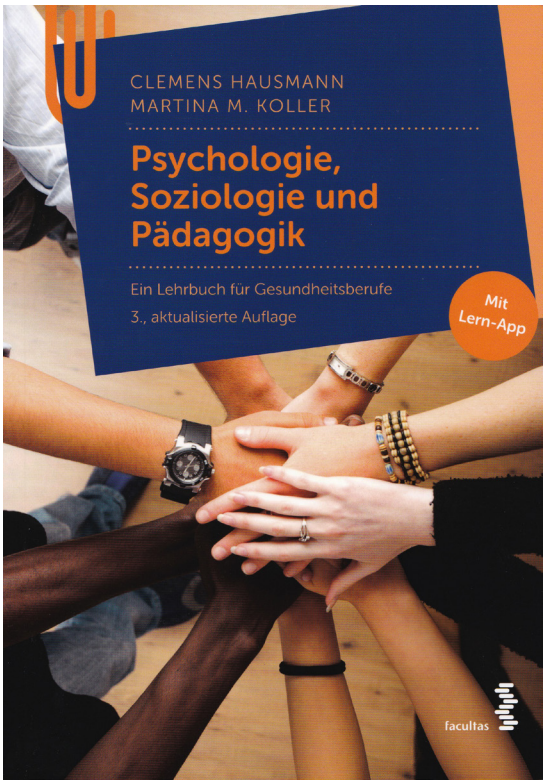
### Persönliches Fazit

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist mittlerweile nicht „nur“ eine Tätigkeit am Bett. Ihre Vielfältigkeit erweitert sich von Jahr zu Jahr. Beratungsgespräche, Vorträge und Präsentationen sind mittlerweile ein Bestandteil dieses Berufes. Ein Grund für Pflege Professionell ein „Rednerbuch“ unter die Lupe zu nehmen. Eine gute Rede dauert nicht ewig, bannt seine ZuhörerInnen von der ersten Minute an und bleibt noch lange in Erinnerung. Doch wie schreibt man eine solche Präsentation. Carmine Gallo bietet hier auf einfach und fesselnde Weise die Lösung. Der Autor sieht neun Prinzipien, die eine Rede (und dessen RednerIn) einzigartig machen. Sollten sie eine vortragende Person sein, die sich weiterentwickeln will oder möchten sie in diesem Bereich einsteigen, um interessante Pflegepräsentationen zu halten: Dieses Buch macht es möglich! (MG)

### Über den Autor

Carmine Gallo ist Bestsellerautor und arbeitet als gefragter Coach für Topführungskräfte. Er unterstützt diese bei Vorträgen, Interviews und Präsentationen. Für Forbes.com schreibt er die Kolumne „My Communications Coach“.

# Psychologie, Soziologie und Pädagogik
## 3.te aktualisierte Auflage




**AutorInnen:** Clemens Hausmann, Martina M. Koller
**Sprache:** Deutsch
**Verlag:** Facultas
**Seitenumfang:** 206 Seiten
**ISBN:** 978-3-7089-1482-4

### Kurzbeschreibung
Dieses Lehrbuch vermittelt die Grundzüge von Psychologie, Pädagogik und Soziologie für Gesundheitsberufe, insbesondere für die Gesundheits- und Krankenpflege. Teil 1 führt in die Psychologie als Wissenschaft ein und beschreibt wichtige Kapitel der Psychologie für den pflegerischen Alltag. Teil 2 liefert soziologische Grundlagen zu Individuum, Gesellschaft und sozialen Bezügen im gesundheitlichen Rahmen. Teil 3 behandelt die Grundbegriffe der Pädagogik, ihre Anwendungsbereiche sowie verschiedene Erziehungs- und Führungsstile. Aufgebaut nach den Vorgaben des österreichischen Curriculums für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und geeignet für alle Gesundheitsberufe.

### Persönliches Fazit
Das Lehrbücher nicht immer fade Einführungswälzer sein müssen, beweist der Facultas Verlag mit seinen AutorInnen regelmäßig aufs Neue. Doch es kommt dann immer wieder diese eine Publikation, die diese Begebenheit um ein Vielfaches untermauert. Die dritte aktualisierte Auflage von „Psychologie, Soziologie und Pädagogik“ bietet ein reichhaltiges Angebot an Informationen, welches durch seinen farbenfrohen und strukturierten Aufbau angenehm und einfach durch diese wichtigen drei Thematiken führt. Durch die üblichen Icons wird auf Inhalte speziell hingewiesen und erleichtert so die Übersicht über das Wesentliche. Zusätzlich können Interessierte, SchülerInnen und StudentInnen über die Facultas App kostenfrei auf 3 Lektionen und 150 Karten zugreifen. Dadurch bekommt das Ganze einen spielerischen und lehrreichen Zugang. Fazit: Langsam gilt die Bezeichnung „Ein typischer Hausmann“ oder „Eine typische Koller-Publikation“ als Markenzeichen für ein gutes Lehrbuch. (MG)

### Über die AutorInnen
Clemens Hausmann ist Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe am Kardinal-Schwarzenberg-Klinikum sowie Lehrbeauftragter der Universität Salzburg und der FH Gesundheitsberufe OÖ.

Martina M. Koller ist als Soziologin im Bereich der Gesundheits- und Pflegeforschung tätig. Neben ihrer Forschungs- und Beratungstätigkeit ist sie Vortragende an der Universität Wien und an verschiedenen Fachhochschulen.

(C) Photographee.eu

# Lust-Wandel: Sexualität im Alter

Es gibt sie nicht, DIE Sexualität, weder in jungen noch in späten Jahren, so wie es DAS Gesicht nicht gibt. Jedes Gesicht trägt individuelle Züge, zeigt aber auch Ähnlichkeiten mit anderen Menschen-Gesichtern. So ist es auch mit dem Sexualleben von Menschen.

Sexualität wandelt sich ein Leben lang, ist Zeittrends unterworfen, gepaart mit gesellschaftlichen und sozialisierten Bedingungen, aber auch beeinflusst von Medien, Erziehung und der damit verbundenen persönlichen Wertehaltung. Schlagwörter wie „Sex sells“ und „oversexed and underfucked“ sind weithin bekannt, doch dies wurde lange Zeit nur im Zusammenhang mit jüngeren Menschen gesehen, zunehmend tritt nun die Sexualität von älteren und alten Menschen in den Fokus der Öffentlichkeit. Was ist Realität und was Fiktion? Das damit verbundene Recht und die Akzeptanz von „Sex im Alter“ kann als positive Entwicklung gesehen werden, sofern nicht der Druck entsteht, bis zum Tode muss Sexualität ausgelebt werden, denn die Freiwilligkeit ist zu allen Zeiten, bei Frauen und Männern als oberste Priorität zu sehen.

In einer international durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass sich Sexualität im Alter nicht zurückbildet. Mit dem Alter abnehmende Koitusfrequenz darf nicht ausschließlich als „biologisch“ begriffen werden, sondern in ihrer historischen und kulturellen Abhängigkeit. Dazu kommen chronische Erkrankungen und Medikamenteneinflüsse. Die wichtigsten Korrelate des Bedürfnisses nach Sexualität sind der subjektive Gesundheitszustand, der Grad der früheren Sexualität, die Verfügbarkeit von PartnerIn und ein höherer sozialer Status. Alterssexualität hängt darüber hinaus entscheidend von einer zufriedenstellenden Paarbeziehung ab. (Rosenmayr 1995)

Intimität und Sexualität wird maßgeblich durch die in der Gesellschaft herrschenden normativen Vorstellungen gestaltet, wobei besonders zu bedenken ist, dass die heute lebende ältere Generation nach den

moralischen, religiösen und sexuellen Vorstellungen während ihrer Adoleszenz und dem damaligen sozialen Umfeld geprägt wurde. Dies stimmt ganz selten mit dem heutigen Zugang zu diesem Thema überein. (Rödler, Böhmer 2011)

Sexualität ist seit 1974 von der WHO (World Health Organisation) als ein Grundrecht definiert. Jeder Mensch hat das Recht auf sexuelle Gesundheit und das Recht, sexuelles Verhalten im Rahmen der persönlichen sozialen Ethik zu genießen und zu kontrollieren. Dieses individuelle Grundrecht gilt für das gesamte Leben, also auch im Alter. Unter Sexualität wird heute ein ganzheitliches Phänomen verstanden, welches sowohl biologische als auch emotionale, intellektuelle wie spirituelle und sozio-kulturelle Aspekte einschließt. (Denny & Quadagno 1992)

## Sexualität und Öffentlichkeit

Vor einigen Jahren gab es im österreichischen Fernsehen die Sendereihe „TABU – Österreichs großer Sexreport“, einen Bundesländervergleich zum Sexualverhalten der ÖsterreicherInnen mit 4000 Befragungen. „Wiegen, Messen und Vergleichen“ medial aufbereitet, doch verglichen mit den vielen Gesprächen während meiner langjährigen Berufslaufbahn und Wechseljahre-Beratungspraxis, gibt es eine breite Kluft zwischen öffentlich und privat, also wie Sexualität hinter verschlossenen Türen gelebt wird und wie öffentlich darüber gesprochen wird. Es gibt nicht nur einen Geschlechterunterschied, sondern auch einen Unterschied nach Altersgruppen.

Lust und Lustlosigkeit gibt es in jedem Alter, die Beweggründe sind vielfältig und im Umgang damit zeigen sich auch Unterschiede darin, ob eine Frau, ob ein Mann, ob Genderqueer, ob jung oder alt. Dass

(C) Galina Barskaya

Sexualität im Alter auch zunehmend einen medialen Wandel erfährt, zeigt sich in Filmen wie „Wolke9“ oder in den Dokumentarfilmen von Gabi Schweiger „Die Lust der Frauen“ und „Die Lust der Männer“, mit dem Untertitel: Von der Liebe, dem Leben und dem Sex im Alter. Elfriede Vavrik erregte 2010 mit ihrem Buch „Nacktbadestrand“ großes Aufsehen, weil sie im Alter von 79 Jahren die Sexualität neu entdeckt hat und diese Erfahrungen veröffentlichte.

## Lust ist zeitlos!

Lust ist eine intensiv-angenehme Weise des Erlebens, die sich auf unterschiedlichen Ebenen der Wahrnehmung zeigen kann, zum Beispiel beim Speisen, bei sportlichen Aktivitäten oder bei schöpferischer Tätigkeit, vor allem aber als Bestandteil des sexuellen Erlebens. (Def.Wikipedia)

Lustlosigkeit im sexuellen Kontext kann viele Ursachen haben, wie Sorgen, Stress, Krankheit, Zeitmangel oder auch Beziehungsprobleme. Wenngleich die

(C) Syda Productions

(C) drubig-photo

Häufigkeit sexueller Aktivität in Paarbeziehungen nicht unbedingt als Gradmesser für die Qualität einer Beziehung steht, macht es Druck, wenn Meinungen kursieren wie zweimal wöchentlich sei die Norm. Ältere Paare sehen das häufig viel entspannter, vor allem, wenn sie das Nachlassen von Lust und Leidenschaft für einen normalen biologischen Prozess halten und manche sehen darin sogar ein Zeichen sicherer Bindung. Ein erfülltes Sexualleben ist keine Frage von „wie oft".

Temporäre Lustlosigkeit hat durchaus ihre gute Seiten, bringt sie doch zum Vorschein, was fernab der körperlichen Liebe jetzt wichtig ist, beispielsweise sich aufeinander einlassen, Zärtlichkeit und Nähe, Vertrauen, Sicherheit, ein starkes „Wir-Gefühl", Geborgenheit und vor allem, ein liebe-und respektvoller Umgang auch außerhalb des Schlafzimmers.

## Sexualität und Erotik

Erotik oder Sinnlichkeit zeigt sich in vielen Dingen, nicht nur im Zusammenhang mit Sexualität. Erotik findet sich in der Bewegung, in der Stimme eines Menschen, im Augenblick, im Essen und Trinken, in Bildern und Texten u.v.m. Erotik wird nicht durch den Grad von Nacktheit eines menschlichen Körpers bestimmt. Erotik ist zelebrierbar, bis ins hohe Alter!

## Sexualität und Liebe

Sexualität ist auch ohne Beziehungsleben möglich, vielleicht sogar ohne Liebe, aber mit Liebe - zumindest zum eigenen Körper - macht es mehr Freude. „Sex drückt in der Regel als wichtige Form der sozialen Interaktion, Gefühle der Zärtlichkeit, Zuneigung und Liebe aus" (wikipedia)

## Sexualität und Krankheit

In unserer von Jugend und Leistung geprägten Gesellschaft ist es schwer, so viel Selbstvertrauen aufzubauen, sich einzugestehen, dass trotz „alt und krank", man es wert ist, als sexuell fühlendes Wesen gesehen zu werden, mit dem legitimen Bedürfnis nach Berührung, Zärtlichkeit und Wohlbefinden. (K. Zettl-Wiedner,2011)

Krankheiten im Alter können das Sexualleben erschweren oder auch verhindern, wobei nicht unmittelbar die Sexualorgane betroffen sein müssen, sondern gesundheitliche Probleme des Herz-Kreislaufsystems oder Depressionen, Diabetes, Arthritis, Inkontinenz und Demenz, können ebenfalls Einfluss darauf nehmen. Bei Inkontinenz kommt es häufig zu Scham-und Ekelgefühlen, die zu einem Rückzug aus einem aktiven Sexualleben führen. Noch schwieriger wird es bei dementiellen Erkrankungen, die das sexuelle Verlangen sowohl reduzieren wie auch steigern können. Pflegende PartnerInnen haben Angst, dass sie bei weiterem sexuellen Kontakt zu egoistisch sind oder aber die sexuelle Anziehung ist nicht mehr gegeben, weil sie sich ausschließlich in der Rolle der Pflegeperson sehen und nicht mehr als LebenspartnerIn.

## Sexualität im Pflegebereich

Im Pflegediagnoseorientiertem Anamnesebogen für Erwachsene nach NANDA findet sich unter „Alleinsein und soziale Interaktion" der Punkt „Sexualität", welcher nur zu gern von Pflegepersonen übersprungen wird. Nicht viel anders zeigt es sich bei der Pflegeplanung in der Altenpflege nach M. Krohwinkel, AEDL „sich als Mann/Frau fühlen". Selbst bei der

weitverbreiteten Biografiearbeit, wird das Thema der Sexualität gering geachtet, obwohl es bei den meisten Menschen zur Lebensbiografie dazu gehört.

Liegt es an der eigenen Unsicherheit oder Wertehaltung dem Thema gegenüber, an den eigenen Schamgefühlen, an der Sorge die Intimsphäre zu verletzen, an Unwissenheit oder daran, dass alten oder kranken Menschen ein Sexualleben abgesprochen wird?

Intimität und Sexualität in der professionellen Pflege ist oftmals schambesetzt, wirkt verstörend, wird abgewertet und kann einen Nährboden für Konflikte darstellen. Neben der Wichtigkeit bereits in der Ausbildung auf einen fachlich-professionellen Umgang mit dem Thema zu achten, ist eine persönliche Reflexion, der eigene Umgang im Alltag mit Sexualität unerlässlich, um teilweise angenommene, gewohnte und unreflektierte Verhaltensweisen zu korrigieren. Auch wenn noch nicht allerorts Pflegefachkräfte einen professionellen Zugang zum Thema finden, sind beispielgebende Veränderungen bereits im Gange. Eine davon ist z.B. der Zugang zur Sexualassistenz in Langzeitpflegeeinrichtungen. Doch es muss Pflegefachkräften auch klar sein, dass Sexualität im Pflegesetting nicht immer mit Geschlechtsverkehr zu tun hat. Es geht auch um das menschliche Bedürfnis von Berührung, Zärtlichkeit, Nähe, Anerkennung, Wertschätzung, Geselligkeit, Vertrauen und liebevolle Zuwendung.

Neben den hellen Seiten der Sexualität, gibt es auch die dunklen Seiten, wie beispielsweise sexuelle Belästigung. Sexuelle Übergriffe auf Pflegepersonen durch pflegebedürftige Personen können zu ohnmächtigen wie auch aggressiven Gefühlen führen. Manche Pflegepersonen fühlen sich derart beschämt, dass sie den Vorfall verheimlichen oder versuchen, den Täter/die Täterin zu meiden. Offene Gespräche in einem geschützten Rahmen sind Basis einer guten Bewältigungsstrategie. Gut geschulte Teammitglieder samt Führungskräften finden konstruktiven Lösungen und Unterstützungsmöglichkeiten, manchmal auch durch professionelle Hilfestellung von externen ExpertInnen, um Grenzverletzungen Einhalt zu gebieten.

## Was ist Sexualität?

„Sexualität ist, was wir daraus machen: eine teure oder billige Ware, Mittel der Fortpflanzung, Abwehr der Einsamkeit, eine Kommunikationsform, eine Waffe der Aggression, ein Sport, Liebe, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse, das Gute, Luxus oder Entspannung, Belohnung, ein Grund der Selbstachtung, ein Ausdruck der Zuneigung, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung mit dem All, mystische Ekstase, ein Weg zum Frieden, eine juristische Streitsache, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit oder einfach eine sinnliche Erfahrung“. (M.Steinbeiß 2011zit.A.Offit)

Sexualität im Alter wird durch die demografische Entwicklung und durch die nachfolgende, sexuell permissiv erzogene Generation mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Die Beachtung der Sexualität und ihre Grenzen, hilft uns auch, um alten Menschen in ihrer Ganzheit würdevoll zu begegnen.

## Persönliches Fazit

Die wissenschaftlich erforschte Sexualität im Alter steckt vergleichsweise zu anderen Lebensabschnitten noch in den Kinderschuhen, doch was Studien bislang eindeutig zum Vorschein brachten, war, dass ein aktives Sexualleben in späten Jahren fern von Leistungsdruck und Häufigkeit oftmals erfüllter ist, als in jungen Jahren. Eine Gefahr sehe ich in der kommerzialisierten Sexualität, die zunehmend auch vor älteren Menschen nicht Halt macht, doch will ich auf die Weisheit des Alters vertrauen und der damit einhergehenden Gelassenheit, nicht „Müssen“ sondern „Wollen und Dürfen“.

Wer sich selbst akzeptiert, sich selber kennt und sich nicht vergleicht, hat gute Aussichten auf ein selbstbestimmtes Leben – das gilt auch für ein erfülltes Sexualleben. Ein entspannter Umgang mit Sexualität im Alter wird sich entwickeln, wenn sich das gesellschaftliche, negativ besetzte Stereotyp vom Alter ins Positive wandelt.

**Autorin**

www.wechselweise.at

**Karin Grössing**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Wechseljahre-Beraterin
Kontinenz-und Stomaberaterin

**Quellennachweis**
Rosenmayr,L. (1995), Die Kräfte des Alters,Edition Atelier,Wien
Denney, N.W., Quadagno,D.(1992), Human Sexuality, Mobsy Year Book
Steinbeiß,M.(2011),Intimität und Sexualität.In: Intimität,Sexualität,Tabuisierung im Alter, Bach,Böhmer(HG),Böhlau Verlag
Rödler,S.,Böhmer,F.(2011), Intimität,Sexualität,Tabuisierung im Alter, Bach,Böhmer(HG),Böhlau Verlag
Zettl-Wiedner,K.(2011),Hat Sexualität im Alter in einer Langzeitpflegeinstitution überhaupt Platz?In: Intimität,Sexualität,Tabuisierung im Alter, Bach,Böhmer(HG),Böhlau Verlag

# „Ich würde ja, wenn ich wüßte wie ich es schaffe...“

Wenn pflegende Angehörige und Zugehörige dringend eine Auszeit brauchen, aber nicht wissen, wie das gehen soll. Burn out wird fast ausschließlich mit der Erwerbstätigkeit in Zusammenhang gebracht. Was es bedeutet, im informellen Lebensbereich burn out gefährdet zu sein, muß erst erkannt werden.

Hunderttausende Menschen in Österreich sind als pflegende Angehörige und Zugehörige rund um pflegebedürftige Menschen permanent in einer Streßsituation. Organisationsfragen ändern sich oft genug ganz plötzlich. Pflegesituationen erfordern hohe Flexibilität. Wenn man meint, jetzt wäre alles so weit halbwegs im Griff, kann bereits das nächste Problem auftreten.

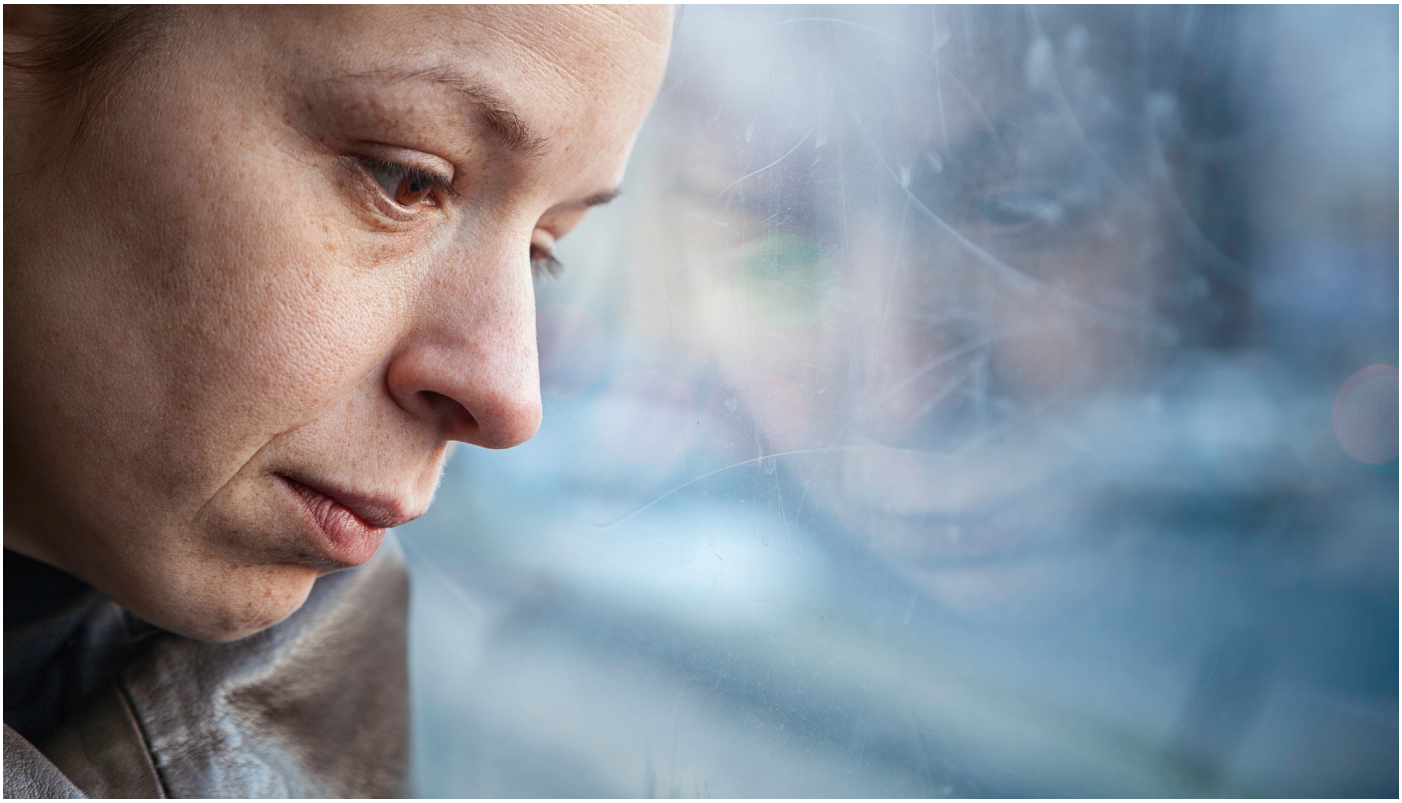
Wer lange pflegt, vergißt oft genug auf sich selbst und gerät in eine Mühle, deren Räder nicht aufzuhalten sind. Der Mensch, der gepflegt wird, ist nur ein Teil der psychischen und physischen Belastungen. Beziehungen, die alle Beteiligten zueinander haben, sind die Rahmenbedingungen. Rollen, die bis dahin das Leben bestimmt haben, ändern sich plötzlich. Eltern aller Altersstufen werden von Kindern aller Altersstufen gepflegt und betreut, Partnerinnen und Partner werden zu abhängigen Pflegebedürftigen und die Welt steht Kopf.

Zumeist gelingt es über einige Zeit, aus einem momentanen Fall von Pflege und Betreuung einen organisierten Alltag zu machen. In diesen Alltag schleicht sich nach und nach die Erschöpfung ein. Selbst bei guter Organisation reicht oft der innere Abstand nicht, der zum Auftanken notwendig ist. Erst wenn nichts mehr geht, wird klar, daß dringende Hilfe notwendig ist. In den wenigsten Fällen steht ein großes Netz von Mithelfenden zur Verfügung und selbst wenn es sie gibt, ist es auch hier eine Frage der Zeit, wie lange das gesamte Netz gut hält.

### „Urlaub von der Pflege“ – eine Idee, die schön klingt aber in weiter Ferne schwebt?

Immer wieder gibt es Angebote und Mahnungen, doch einmal wenigstens für einige Tage eine Auszeit zu nehmen. Weg zu sein und zu wissen, daß die Pflege und Betreuung gut, sicher und liebevoll ist, die in der Zwischenzeit geleistet wird. Es braucht nur

(C) marjan4782



ein paar Schritte, um zu wissen, daß man einen Menschen aus dem eigenen Umfeld oder aber auch eine professionelle Pflege- oder Betreuungskraft mit einer Förderung finanzieren kann und sich die Zeit nehmen darf, um zur Ruhe zu kommen. Nicht nur für den eigenen „Urlaub“ sondern auch für andere Anlässe gibt es die Finanzierung der Ersatzpflege im privaten Bereich.

Um sich nicht durch den Dschungel der Bürokratie schlagen zu müssen, gibt es die Möglichkeit, sich beim Pflegetelefon des Sozialministeriums alle Infos zu holen oder die Infos im Internet zu finden:

**Telefon: Bürgerservice 01 71100 862286,**
**Mo bis Fr, 8-16 Uhr.**

**Beratung zu Pflege und Betreuung:**
Pflegegeld, soziale Dienste, behinderungsbedingte Umbauten, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz und Pflegeteilzeit, Sozialversicherungs- und arbeitsrechtliche Absicherung für pflegende Angehörige, 24-Stunden-Betreuung, finanzielle Hilfen und Förderungen (für ganz Österreich)


## Autorin

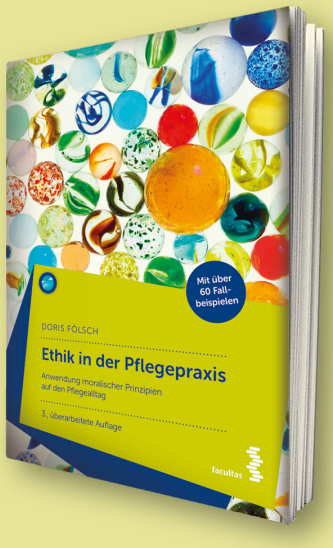
www.ig-pflege.at

Facebook

**Birgit Meinhard-Schiebel**
Schauspielerin, Erwachsenenbildnerin, Werbekonsulentin, Sozialmanagerin,

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






Mit über 60 Fallbeispielen

Doris Fölsch

**Ethik in der Pflegepraxis**

**Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag**

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

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

facultas

# Plötzlich bin ich alt – und trotzdem Hoffnung –

## Gedanken einer Ordensschwester zum eigenen Altwerden

**Altwerden** ist ein Lebensgesetz und steht im Spannungsfeld von Werden und Vergehen. Es trifft jeden Menschen der länger als 60 Jahre lebt. Es ist dies eine Erfahrung, die Ordensschwestern meist später machen als Frauen generell. Dafür gibt es zwei ganz einfache Gründe.

Zum ersten werden die Schwestern oftmals nicht mit der Realität der Pensionierung konfrontiert oder dann höchstens als Übergang in eine neue Tätigkeit, die häufig noch ebenso fordernd ist wie die Aufgabe davor. Zum zweiten haben die jetzt über 70-Jährigen eine Noviziatsschulung erlebt in denen Sätze galten wie: „im Kloster gibt es kein Kanapee“ oder „für eine Schwester gibt es keine Ferien“. Es sind dies Aussagen, die zwar längst überholt sind, die aber unbewusst in den Schwestern dieser Generation weiterwirken und die ihnen das Loslassen schwermachen.

Vor einigen Tagen bin ich mit einem kurzen Traumbild erwacht: «Aus einem Nebenraum höre ich eine Schwester eindringlich beten, Gott möge ihr doch mehr Ruhezeiten geben, sie sei jetzt über 70 und brauche dies so sehr. Da denke ich laut vor mich hin: das wird Gott dir nicht geben, dafür musst du schon selber sorgen». Wenn ich über diesen Traum nachdenke, wird mir sehr bewusst, dass ich in der Stimme aus dem anderen Raum auch mich selber beten höre.

So gehöre ich nun selbst zu dieser grossen Schar der Ordensschwestern, die «plötzlich alt geworden sind». Die Auseinandersetzung damit wurde auch für mich unausweichlich. Zuerst einmal wie es sich gehört, «im Dienst an den Anderen», zunehmend aber auch als Erkennende, denn die Kräfte lassen nach und das Loslassen auch von geliebten Tätigkeiten wird zwingend.

In der neueren Gerontologie-Literatur habe ich in der Suche nach dem Thema **Hoffnung** eine sehr realistische Aussage* gefunden. Hoffnung wird dort beschrieben als «Hoffnung mit Trauerflor».

Ich meine, es ist dies eine Hoffnung, die gerade im Verlust und im bewussten Einverstandensein weiss, dass durch die Trauer hindurch etwas Neues werden will, eine Lebensmöglichkeit die den Hoffenden vom Nichthoffenden trennt. Hoffnung als tragende Kraft und Aufgehobensein in dieser Kraft braucht Zeiten der Stille, damit die Bilanz des Bestehenden und das Ja zum Werdenden zugelassen werden können. Darin wächst die Erfahrung, dass in der sich anmeldenden Vergänglichkeit kein Widerspruch zur Hoffnung, liegt als vielmehr die Chance einer neuen Lebenswirklichkeit. Der alternde Mensch weiss: die Zeit ist nicht mehr unermesslich; der Hoffende aber erfährt gerade darin die Kostbarkeit der Tage die noch kommen mögen – ein Lebenszeitraum der auch im Orden der bewussten Gestaltung bedarf.

Hier wird die Hoffnung zur aktiven Zukunftsgestaltung, zu einem Ja in dem nicht nur die Versöhnung, sondern auch eine tiefere Gottesbeziehung einen neuen Stellenwert bekommen. Beide gehören zur geistlichen Lebensaufgabe des Menschen und zur Erfüllung eines gelingenden Lebens, Sie sind zwar nicht ans Älterwerden gebunden, aber das Älterwerden macht sie möglicher. Und notwendiger. So wächst in der bewussteren Hinwendung zur persönlichen Berufung eine neue Ausdrücklichkeit die nicht vom Menschen, sondern von Gott her gesetzt wird. So kann auch der beschwerlicher gewordene Alltag zu einem Hoffnungszeichen werden, dem zwar der Trauerflor des „Nicht-mehr“ anhaftet, das aber gerade darin zu einem neuen Aufbruch mahnt in dem das Sein und Dürfen mehr Raum bekommen.

So wird die Hoffnung zu einem Beweg-Grund im Leben des älterwerdenden und altgewordenen Menschen, denn wer hofft entwickelt einen neuen Blick für das Leben, das sich end-lich erfüllen will.

Diese Gedanken zum Altwerden und Alt sein habe ich vor 10 Jahren aufgeschrieben, unterdessen (man kann es ja nachlesen) stehe ich im 84. Lebensjahr, aber es bleibt die Erfahrung und der Auftrag, das Leben immer wieder neu zu lernen.

Hatte ich vor 10 Jahren den alten Kalenderspruch «Altwerden ist eine Kunst» noch leichthin vertreten, erfahre ich es heute eher so: Altwerden ist keine Kunst, es kommt von selber. Aber das Umgehen damit, jeden Tag und dies mit stets neuen Überraschungen, die man auch Beschwerden nennen könnte, das ist nicht nur eine Kunst, sondern hohe Schule der kleinen, geduldigen, oft auch schmerzhaften Schritte.

Trotzdem gefällt mir das Wort von Bruder Agostino del Pietro zur Persönlichkeit unseres Ordensgründers Theodosios Florentini immer noch: «Leidenschaftlich in der Gegenwart leben und die Zukunft voller Hoffnung umarmen»

*Paul Balte, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin

**Autorin**

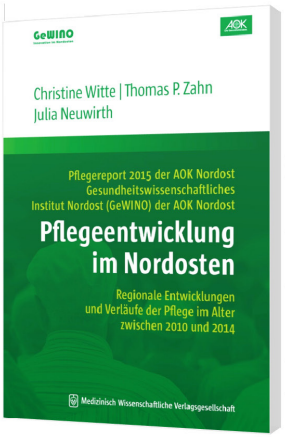
**Sr. Dr. Liliane Juchli**
Gesundheits- und Krankenschwester, Ordensschwester der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz, „Botschafterin der Krankenpflege“

Jetzt bestellen: **www.mwv-berlin.de**

Aktuelle Entwicklung der Pflege in den Nordostregionen

ISBN 978-3-95466-261-6
84 S. | 32 farb. Abb. | 16 Tab.
2016 erschienen

€ 16,95 [D]




Stand Dezember 2016: Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten

Pflege im Wandel der Zeit:
Vor zehn Jahren prophezeit und
heute für alle Beteiligten spürbar

ISBN 978-3-95466-223-4
310 S. | 83 farb. Abb. | 24 Tab.
2016 erschienen

€ 59,95 [D]

Managementwissen kompakt und präzise

ISBN 978-3-941468-96-2
209 S. | 6 Abb. | 61 Tab.
2013 erschienen

€ 14,95 [D]

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

PFLEGE GRUPPE GmbH

Personalbereitstellung
Fortbildungen
Assessments

PFLEGE GRUPPE VEREIN

24Stunden-Betreuung
Case & Caremanagement

www.pflegegruppe.at

PFLEGE GRUPPE

Mit einem guten Partner
effizient in die Zukunft

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

FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

TOP RANKED
University in Austria

# BACHELOR STUDIUM

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Advanced Nursing Practice

**www.fh-krems.ac.at**