

RP Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich

Frühling 2024



KONGRESS KREMS 2024

„Gemeinsam in die Zukunft“

7.Mai & 8.Mai 2024

**Internationale
Vortragende der
Pflegecommunity
aus
Österreich, Deutschland,
Schweiz, Amerika,
Neuseeland u.v.m**

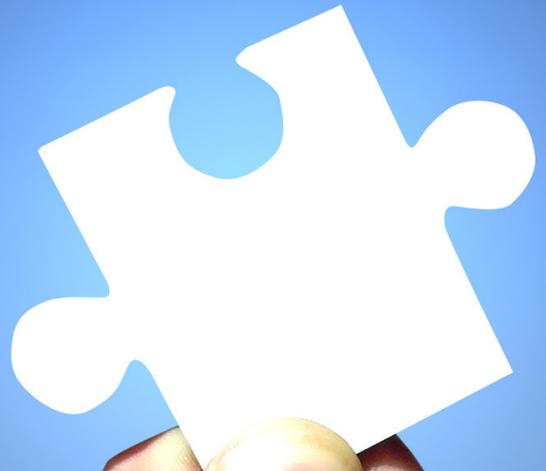
Vorträge aus den Bereichen:

Berufsspezifische Vorträge
Digitalisierung
Diversität
Ethik
Extramurale Versorgung & Schnittstellen
Gesundheitswesen global
Lehre & Management
Personenzentrierung
Primärversorgung
Wissenschaftstransfer
Politische Podiumsdiskussionen

Inkl. Workshops, Catering &
Abendveranstaltung

GILT ALS FORTBILDUNGSSTUNDEN!

www.kongresskrems.at



Gesundheitspolitik

- 05** Interview mit Karl Nehammer
- 09** Interview mit Andreas Babler MSc
- 13** Interview mit Dr.ⁱⁿ Dagmar Belakowitsch
- 21** Interview mit Mag Werner Kogler
- 27** Interview mit NEOS

Themenbereich

- 29** **Es ist höchste Zeit, aktiv zu werden**
Peter Lehmann
- 33** **Grundlagen für unterschiedliche Instrumente**
Eva Kraus
Prof. Dr. Markus Witzmann MA, MSM, MA
- 37** **Vereinbarkeit lässt sich nicht mit einer Checkliste erreichen**
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Iren Bischofberger
- 41** **Stimmenhören muss entmystifiziert werden**
Annika Bremenkamp
- 45** **Hilfesystem muss für Betroffene erreichbar sein**
Prof. Dr. Henning Daßler
- 49** **Es braucht eine andere Haltung**
Dr. Stephan Kostrzewa
- 53** **Schöpferisch und zielgerichtet handeln**
Prof. Elisabeth Linseisen MSc
Prof. Dr. Michael Bossle MSc
- 57** **Zwang kann nicht gerechtfertigt**
Prof. Dr. Dirk Richter
- 61** **Ich würde mir eine vollakademisierte Pflege wünschen**
Brigitte Teigeler
- 65** **Was Angehörigen hilft, muss immer maßgeschneidert sein**
Nina Wolf
Samuel Vögeli

Bildung & Management

- 69** **Sexualisierte Gewalt in der Pflege**
Hanna Batzoni MSc ANP
Prof. Dr. Markus Witzmann MA, MSM, MA
- 75** **Pflegeversorgung retten: Fünf Strategien für die Zukunftsfähigkeit der Pflege**
Dorothea Sauter MSc
- 79** **Stürmische See und rettende Häfen
Transkulturalität und Gezeiten-Modell**
Christoph Müller
- 87** **Der Mehrwert zwischenmenschlich gestalteter Arbeit in Pflegeheimen**
MMag. Peter Eckerstorfer, MPH
- 97** **„Vorstellungen von Handwerkern im Kopf
Fragmentarische Notizen zu persönlichen Begegnungen mit einem depressiv-erfahrenen Menschen**
Christoph Müller

IMPRESSUM**Medieninhaber**

Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber

Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Redaktion

Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat

Prof. (FH) Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion

Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo

www.pflege-professionell.at

Printausgabe

bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe

Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt

office@pflege-professionell.at

Titelbild (C) Oleksandr

(C) 2024 Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

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

PDF Version: ISSN 2517-9780

Printversion: ISSN 2518-0258



University of
Applied Sciences
Krems

DIE ZUKUNFT IM GESUNDHEITSWESEN MITGESTALTEN

Advanced Nursing Practice

„Primary Nursing: Unser berufsbegleitender Master-Studiengang Advanced Nursing Practice (ANP) bereitet Sie in 2 Jahren auf verantwortungsvolle Aufgaben im Gesundheitssektor vor. Wir bilden die zukünftigen Expert*innen der Pflege aus. Machen Sie sich bereit für die sich stetig verändernden Chancen und Herausforderungen in der Pflege und beteiligen Sie sich an der Entwicklung von neuen Pflege- und Versorgungskonzepten.“

Prof.(FH) Mag. Adelheid Schönthaler, BSc / Studiengangsleiterin



- 2 Jahre (120 ECTS) / Berufsbegleitend
- Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU)
- Abschluss: Master of Science in Health Studies
- Studienstart: Oktober 2024

www.imc.ac.at

IMC. It's all in me.

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,**

Zum letzten Mal durften wir die österreichischen Politiker:innen vor der Wahl 2024 vor das Mikrofon holen, um über gesundheitsrelevante Themen zu sprechen. Wir wollten noch einmal alle Fragen stellen, die uns in den letzten Jahren unter den Nägeln brannten. Um dies wie immer fair zu gestalten, gab es standardisierte Interviews, damit hier keine manipulative Meinungsbildung präsentiert wird.

Da Christoph Müller noch einen Berg an anderen Interviews am Rechner hatte, die ursprünglich für die Webseite waren, wollten wir auch diese gleich in die Ausgabe packen, damit jedes dieser Expert:innen-Interviews auch das Licht der Welt erblickte.

Natürlich gibt es auch Fachartikel, die wir Ihnen nicht vorenthalten wollen.

Je weiter wir in Richtung letzte Ausgabe kommen, desto sentimentaler scheint unsere Redaktion zu werden. War es eine richtige Entscheidung? Was lassen wir nach 10 Jahren zurück? Haben wir in dieser Zeit überhaupt etwas bewirkt? Fragen, auf die wir nicht wirklich eine Antwort bekommen werden.

Umso schöner ist es die meisten Autor:innen noch einmal am Abschiedskongress in Krems zu treffen. Der 7. und 8. Mai wird noch einmal ein absolutes Highlight unserer Redaktionszeit und auch die Pflegecommunity scheint sich so richtig auf diesen Event zu freuen.

Die letzte Ausgabe erscheint im Sommer 2024 und wird dicker denn je. Nun ist es aber Zeit, sich den Frühjahrsinhalten zu widmen.

Viel Spaß beim Lesen
Markus Golla



Markus Golla
Chefredakteur und Inhaber



Österreichische Wahl 2024

Interview mit Bundeskanzler Karl Nehammer MSc

Die Gesundheitsversorgung in Österreich ist im internationalen gut aufgestellt, dennoch beginnt es seit einigen Jahren immer mehr ins Wanken zu kommen. Was wäre ihr Ansatz hierzu?

Österreich hat in der Tat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Die letzten Jahre waren aber eine außergewöhnliche Belastung. Und auch gute Systeme müssen immer weiterentwickelt werden, damit sie ihre Qualität nicht verlieren. Darum haben wir zuletzt mehrere Pakete geschnürt, um das heimische Gesundheitssystem zu stärken und zukunftsfit zu machen. Ein großer Baustein ist die Gesundheitsreform im Herbst, die nun zu wirken

beginnt. In den kommenden Jahren werden 14 Milliarden Euro in Gesundheit und Pflege investiert. Das sind riesige Summen, die zeigen, wie wichtig uns das ist. Der niedergelassene Bereich wird gestärkt und der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ wurde verankert. Das digitale Angebot wird in Zukunft ausgebaut und Strukturreformen zur Entlastung der Spitäler umgesetzt. Gleichzeitig werden Verbesserungen in der Pflege langfristig finanziert. Die Mittel für den Pflegefonds werden ab dem heurigen Jahr verdoppelt. Damit wird der Gehaltsbonus für Beschäftigte in der Pflege weiterhin gesichert – sprich die Gehaltserhöhungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter langfristig verankert. Das ist wichtig, denn neben der

gesellschaftlichen Anerkennung braucht es auch finanzielle Anerkennung. Auch der Ausbildungszuschuss über monatlich 600 Euro für Pflegeausbildungen wird weitergeführt. Diese Maßnahmen wurden für die kommenden Jahre abgesichert und sind ein wichtiges Zeichen für die Beschäftigten in der Pflege und jene, die vorhaben in den Beruf einzusteigen.

Gleichzeitig wird das erfolgreiche Pilotprojekt der Community-Nurses ausgebaut und in die Regelstrukturen überführt, um ältere Menschen zuhause bestmöglich zu unterstützen. Ein wichtiger Eckpfeiler in Österreich ist die 24-Stunden-Betreuung, auch in diesem Bereich wurden zahlreiche Maßnahmen zur Verbesse-

rung gesetzt. Die Förderung der 24-Stunden-Betreuung wurde zweimal erhöht und die Anzahl der Hausbesuche durch diplomierte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger erweitert.

Auch die psychosoziale Versorgung durch Kassenleistungen wurde ausgebaut. Um dem akuten Ärztemangel entgegenzuwirken, haben wir 100 neue Kassenarztstellen in Mangelfächern geschaffen. In meinem Österreichplan habe ich das Ziel ausgegeben, bis 2030 insgesamt 800 neue Kassenarztstellen zu schaffen, sodass in allen Regionen von Österreich genug Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Eine weitere Maßnahme, mit der wir das österreichische Gesundheitssystem noch besser machen wollen, ist der Ausbau von Primärversorgungszentren. Ich habe selbst gemeinsam mit dem Gesundheitsminister ein Primärversorgungszentrum für Kinder besucht. Das sind großartige Einrichtungen mit vielen Vorteilen, welche auch einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Ambulanzen in den Krankenhäusern zu entlasten und Wartezeiten für Patientinnen und Patienten verkürzen.

Wie in allen anderen Ländern dieser Welt haben wir einen Pflegemangel. Dies wird gerade in den nächsten Jahren zu einem großen Problem, vor allem in der Versorgung von älteren Menschen. Wie würde das die Partei lösen, wenn sie hier alleiniger Entscheidungsträger sind?

Es wird Kraftanstrengungen auf allen Ebenen brauchen, um in Zukunft weiterhin eine hochwertige Pflege in Österreich zu gewährleisten. Menschen in Österreich haben ein Recht auf ein gutes

Pflegeangebot. Wichtig ist hier, mit frühestmöglichen Planungen den zukünftigen Bedarf mit den richtigen Rahmenbedingungen sicherzustellen. Die Prognosen zeigen einen Bedarf von rund 70.000 zusätzlichen Pflegekräften bis zum Jahr 2050. Das ist eine enorm große Zahl, ich glaube aber, dass wir das mit den richtigen Schritten schaffen können. Zum einen wollen wir Menschen, die diesen Beruf ergriffen haben, auch dau-

erhaft im Beruf halten. Deshalb ist ordentliche Bezahlung ein großer Faktor. Zweitens brauchen wir in der Ausbildung Angebote für junge Menschen und Maßnahmen wie den Ausbildungszuschuss, um die Ausbildung im Pflege- oder Betreuungsbereich auch finanziell zu unterstützen. Drittens möchten wir in der Berufsanerkennung ausländischer Abschlüsse Reformen einleiten, um für ausgebildete Fachkräfte den Einstieg in den



Job zu erleichtern. Darüber hinaus müssen wir auch weiterhin diejenigen massiv unterstützen, die Angehörige in der Familie pflegen und ihnen im Alltag helfen. Ein großer Teil der Pflegebedürftigen wird immer noch von den eigenen Angehörigen gepflegt. Das sind Menschen, die eine Doppel- und Dreifachbelastung haben und die meine höchste Anerkennung dafür haben!

In anderen Ländern gibt es wesentlich mehr Kompetenzen und auch eine Verrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen, wenn Pflegepersonen eine Leistung erbringen. Dies ist international die Basis für eine gute pflegerische Versorgung und das Selbstständigkeitsberufsmodell der Profession. Warum klappt das in Österreich nicht und wie stehen Sie persönlich zu diesen Punkten?

Für konkrete Ideen von Expertinnen und Experten, die jeden Tag im Arbeitsalltag mit dem Thema Pflege konfrontiert sind, bin ich immer offen. Unser Fokus liegt derzeit auf der Attraktivierung des Pflegeberufs sowie der Verbesserung der Bedingungen für alle, die in diesen Berufen arbeiten. Wichtig ist, dass unser Pflegepersonal die Wertschätzung spürt, die ihm gebührt. Mit dem Anwerben neuer Pflegekräfte werden wir Lücken schließen, die in den letzten Jahren entstanden sind. Dies gelingt uns mit Vereinfachungen und Hilfen in der Ausbildung und Boni für Quereinsteigende und jene, die in die Pflege zurückkommen wollen. So machen wir unser Pflegesystem zukunftsfit für Pflegebedürftige und Personal und entlasten jene, die jeden Tag Großartiges leisten.

In der Pandemie ist vieles schiefgelaufen. Wenn die Partei alleine in der Regierung gewesen wäre, wie wären ihre Lösungsansätze gewesen?

Während der Pandemie hat uns die oberste Prämisse geleitet: Menschenleben zu retten, die Spitäler vor dem Kollaps zu bewahren und die kritische Infrastruktur vor dem Zusammenbruch zu schützen. Mit dem Wissen von heute würden wir manches anders machen. Mein Dank gilt allen Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern sowie allen anderen, die während dieser fordernden Zeiten Verantwortung für sich und andere übernommen haben. Sie alle haben in der Pandemie Unglaubliches geleistet. Oftmals nicht wissend, ob sie dabei sich selbst in Gefahr bringen.

Wie würden Sie die wachsende Armut in der Gesellschaft lösen?

Das Thema Armut ist ein besonders sensibles und emotionsgeladenes, trotzdem ist es mir wichtig, diese pauschale Behauptung, dass die Armut in Österreich wächst, nicht so stehen zu lassen. Die Armut, und im Übrigen auch die Ungleichheit, ist in Österreich im langjährigen Vergleich gesunken. Die Armutsgefährdungsquote liegt trotz der vielen Krisen der vergangenen Jahre in Österreich etwa auf demselben Niveau wie 2016. In anderen Ländern ist sie deutlich höher als bei uns. Das soll allerdings nicht heißen, dass es nicht weiterhin unser Anspruch ist, jede Form von Armut in der Gesellschaft zu bekämpfen! Als christlich-soziale Partei ist unser Weg die gezielte Unterstützung Betroffener und die Hilfe zur Selbsthilfe, um Menschen nicht langfristig

vom Staat abhängig zu machen. Jede und jeder soll Unterstützung erhalten, um in ein selbstbestimmtes Leben zurückzufinden.

Die Volkspartei hat in ihrer Arbeit in der Regierung auch mehrfach unter Beweis gestellt, dass diese Form der Unterstützung unser Anspruch ist. Im letzten Jahr – als die Inflation besonders hoch war – haben wir zum Beispiel ein Maßnahmenpaket für Familien mit Kindern verabschiedet. Es wurden insgesamt 15 Millionen Euro bereitgestellt, um Familien 60 Euro pro Monat und pro Kind an Sonderzahlungen auszuschütten – zusätzlich zu den generellen Familienleistungen. Besonders Alleinerziehende mit geringen Einkommen und Bezieher von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Sozialhilfe oder Ausgleichszulage konnten dadurch finanziell unterstützt werden. Mir ist vor allem wichtig, dass diese Gelder zum Wohle der Kinder verwendet werden, denn dazu sind sie da!

Was würden Sie in Bezug auf den Klimawandel tun?

Wir können den Klimawandel nicht durch Verbote, sondern durch technologischen Fortschritt bekämpfen. Wir haben in dieser Legislaturperiode viel für den Klimaschutz getan. Durch die Ökosoziale Steuerreform haben wir einen wichtigen Schritt gesetzt. Die CO₂-Emissionen in Österreich sinken und liegen bereits unter dem Wert von 1990. Wir leisten also in allen Bereichen unseren Beitrag zur Bekämpfung des Klimawandels und investieren Milliarden in den Ausbau erneuerbarer Energie. Kaum ein Land in Europa erzeugt so viel grünen Strom wie Österreich. Diesen Weg gehen wir weiter, er ist noch lange nicht zu

Ende.

Was sind die wichtigsten Punkte, die Berufsgruppen im Gesundheitswesen von Ihnen erwarten können, wenn die Partei 2024 die Wahl gewinnen würde?

Ich habe klare Ziele, wie Österreich im Jahr 2030 aussehen soll und daher im Jänner meinen Österreichplan vorgestellt. Für uns als Volkspartei geht es um drei zentrale Themen: Leistung, Familie und Sicherheit. Dazu zählt auch unser höchstes Gut – die Gesundheit. Die Gesundheitsversorgung ist eine zentrale Leistung, die den Menschen zur Verfügung stehen soll, egal ob sie in der Stadt oder am Land leben. Unser Ziel ist es, für die Patientinnen und Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung in Österreich zu gewährleisten. Ich weiß, dass die Menschen, die im Gesundheitssystem arbeiten, tagtäglich dasselbe Ziel verfolgen, dafür will ich die bestmöglichen Rahmenbe-

dingungen gestalten. Dazu gehört beispielsweise, Kassenarztstellen wieder attraktiver zu machen und die Zahl der Kassenärztinnen und Kassenärzte in Österreich auszubauen, um den Menschen die wohnortnahe Versorgung zu sichern. Außerdem wird der Ausbau der Primärversorgungszentren neue Berufsmodelle ermöglichen. Teamarbeit unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe und flexible Arbeitszeiten sind zwei wichtige Faktoren, warum diese Jobs attraktiv sind. Auch in der Pflege habe ich im Österreichplan klare Ziele festgelegt: Um den Pflegekräftebedarf abzudecken, wollen wir ein aktives Pflegekräftescouting in jenen Ländern betreiben, die ähnliche Ausbildungswege wie Österreich haben und diesen die Arbeitsaufnahme in Österreich erleichtern. Ich bin mir der Belastungen bewusst, mit denen Menschen im Gesundheitsbereich konfrontiert sind und mein Ziel ist es, hier klar für Entlastung zu sorgen.

Was wollen Sie noch abschließend unseren Leser:innen aus dem Gesundheitswesen mit ins Jahr 2024 geben?

Wir sind dankbar für das, was in den letzten Jahren, gerade während der Pandemie, geleistet wurde und werden die nahezu übermenschlichen Leistungen, die in dieser Zeit von allen Menschen im Gesundheitssystem erbracht wurden, nicht vergessen. Entlastung und Wertschätzung sind kein leeres Versprechen, sondern wir arbeiten bereits jetzt mit aller Kraft an der Umsetzung unserer Reformschritte. Bei aller Kritik lasse ich aber auch nicht zu, dass unser Gesundheitssystem und jene, die darin mit ihrer Arbeit jeden Tag Großartiges für unser Land leisten, schlechtgeredet werden. Denn die Wahrheit ist, dass unser Gesundheitssystem zu den Besten dieser Welt zählt. Und als Bundeskanzler werde ich auch in Zukunft alles dafür tun, dass das auch so bleibt.



Alle Fotos (C) Katrin Schützenauer



Österreichische Wahl 2024

Interview mit Andreas Babler MSc

Die Gesundheitsversorgung in Österreich ist im internationalen gut aufgestellt, dennoch beginnt es seit einigen Jahren immer mehr ins Wanken zu kommen. Was wäre ihr Ansatz hierzu?

Lange Zeit waren wir in Österreich stolz darauf, eines der besten Gesundheitssysteme der Welt zu haben. Doch ÖVP und FPÖ haben unserem Gesundheitssystem schweren Schaden zugefügt. Die Wartezeiten auf einen Arzttermin sind deutlich länger geworden. Wer rasch einen Termin braucht, muss immer öfter privat zahlen und dafür tief ins Geldbörsel greifen. Diese Privatisierung des Gesundheitssystems müssen wir stoppen. Ich will, dass alle Menschen gut

versorgt werden – darauf haben wir ein Recht. Wer Schmerzen oder gesundheitliche Beschwerden hat, darf nicht im Stich gelassen werden. Als Reformkanzler will ich eine Termingarantie beim Facharzt innerhalb von 14 Tagen umsetzen.

Wie in allen anderen Ländern dieser Welt haben wir einen Pflegemangel. Dies wird gerade in den nächsten Jahren zu einem großen Problem, vor allem in der Versorgung von älteren Menschen. Wie würde das die Partei lösen, wenn sie hier alleiniger Entscheidungsträger sind?

Der Pflegemangel ist schon jetzt akut und wird sich noch verschär-

fen, wenn wir nicht entschieden gegensteuern. Denn bis 2030 drohen 100.000 Pflegekräfte zu fehlen. Diese Zahlen zeigen, dass wir sofort eine Pflegeoffensive brauchen. Ich will, dass angehende Pfleger:innen während der Ausbildungszeit bezahlt werden und die Pflegeausbildung für alle kostenlos ist. Sie sollen, genau wie Polizeischüler:innen, ein Ausbildungsgehalt von 2.300 Euro pro Monat erhalten, sozialversichert sein und das Klimaticket gratis erhalten.

Aber ein Mehr an ausgebildeten Pfleger:innen reicht nicht, wenn wir nicht die Arbeitsbedingungen für die, die jetzt in Krankenhäusern und Pflegeheimen arbeiten und natürlich auch für die, die in Zukunft dort arbeiten werden, ver-

bessern: mit einem gesetzlichen Mindestpersonalschlüssel, Dienstplansicherheit und einem Gehalt, das der Verantwortung und der Arbeitslast gerecht wird.

In anderen Ländern gibt es wesentlich mehr Kompetenzen und auch eine Verrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen, wenn Pflegepersonen eine Leistung erbringen. Dies ist international die Basis für eine gute pflegerische Versorgung und das Selbstständigkeitsberufsmodell der Profession. Warum klappt das in Österreich nicht und wie stehen Sie persönlich zu diesen Punkten?

Was die gesetzlichen Kompetenzen betrifft, sind wir in Österreich gut aufgestellt, allerdings – und hier sehe ich die Sozialversicherung gefragt – können Pfleger:innen noch immer keine Leistungen mit der ÖGK abrechnen, obwohl das Berufsgesetz, z. B. die Weiterverordnung von Medizinprodukten seit 2016 ermöglicht. Damit bleibt das ein Programm für Menschen mit hohem Einkommen. Ich sehe die Selbstständigkeit aber nicht als Basis für eine gute pflegerische Versorgung. Gute pflegerische Versorgung heißt für mich, dass die Menschen die Pflege bekommen, die sie brauchen, unbürokratisch und ohne in die eigene Tasche greifen zu müssen und dafür müssen wir als Politik sorgen.

In der Pandemie ist vieles schiefgelaufen. Wenn die Partei alleine in der Regierung gewesen wäre, wie wären ihre Lösungsansätze gewesen?

Die schwarz-grüne Regierung hat im Kampf gegen die Pandemie genauso wie im Kampf gegen die Rekordinflation auf ganzer Linie versagt. Dass ÖVP und FPÖ schon

zuvor aus reinem Machtkalkül die Sektion für öffentliche Gesundheit im Gesundheitsministerium zerlegt haben, war ein schwerer Fehler – Österreich war auf die Pandemie nicht vorbereitet. Diese Fehler haben sich im Laufe der Pandemie fortgesetzt. Ex-Kanzler Kurz hat Corona wiederholt für seine Showpolitik missbraucht, die Pandemie mehrmals für beendet erklärt und für großes Chaos gesorgt. Es ist kein Wunder, dass

die Impfquote deshalb nicht gestiegen ist und sich die Menschen nicht mehr ausgekannt haben. In Traiskirchen sieht man, was man mit positiver Überzeugungsarbeit leisten kann: Hier sind 80 Prozent geimpft.

Wie würden Sie die wachsende Armut in der Gesellschaft lösen?

Österreich ist eines der reichsten



Länder der Welt, bei uns sollte Armut keinen Platz haben. Dass sich trotzdem immer mehr Menschen Essen, Miete und Heizen kaum leisten können, liegt am Versagen der Regierung im Kampf gegen die Inflation. Was ÖVP und Grüne betrieben haben, ist unterlassene Hilfeleistung. Um die Menschen sofort zu entlasten, will ich die letzten Mieterhöhungen zurücknehmen und dann die Mieten temporär ganz einfrieren, die Mehrwertsteuer auf Lebensmittel streichen und eine schlagkräftige Anti-Teuerungskommission einsetzen. Jede:r muss mit seinem Einkommen gut leben können. Darum kämpfe ich auch Seite an Seite mit der Gewerkschaft für faire Löhne und die Erhöhung des Arbeitslosengelds auf 70 Prozent des letzten Einkommens. Um Kinderarmut endlich abzuschaffen, will ich außerdem eine Kindergrundsicherung und ein kosten-

freies gesundes Mittagessen in Kindergärten und Schulen.

Was würden Sie in Bezug auf den Klimawandel tun?

Der Kampf gegen die profitgetriebene Erderhitzung hat höchste Priorität. Die SPÖ begreift die Klimafrage als Verteilungsfrage: Die reichsten 10 Prozent verursachen die Hälfte der Emissionen, die dramatischen Folgen treffen uns alle. Wir wollen Luxus-Emissionen eingrenzen und Privatjets verbieten. Nicht der jährliche Sommerurlaub ist das Problem, sondern fehlende Weitsicht in der Industriepolitik und beim Ausbau des öffentlichen Verkehrs. Für den sozial-ökologischen Umbau brauchen wir eine aktive Wirtschafts- und Sozialpolitik. Es geht darum, dass der Staat Rahmenbedingungen schafft, in denen die Wirtschaft nicht mehr auf dem Raubbau der Natur ba-

siert, und den Menschen Strukturen zur Verfügung gestellt werden, um ein klimaverträgliches Leben zu führen. Die Rolle der Sozialdemokratie ist es, diese Entwicklung voranzutreiben und darauf zu achten, dass niemand zurückbleibt.

Was sind die wichtigsten Punkte, die Berufsgruppen im Gesundheitswesen von Ihnen erwarten können, wenn die Partei 2024 die Wahl gewinnen würde?

Das Um und Auf im Gesundheitswesen ist der Respekt vor den Angestellten. Unsere Ärzt:innen, Pflegekräfte, Therapeut:innen und alle anderen Angestellten in Gesundheitsberufen leisten Unglaubliches. Sie verdienen eine faire Bezahlung und langfristig lebbare Arbeitszeitmodelle. Im Pflegebereich will ich die Berufsbilder nach internationalen Standards modernisieren und endlich die Anerken-



nung des Berufs als Schwerarbeit umsetzen. Es braucht einen adäquaten Personalbedarfsschlüssel, höhere Dienstplansicherheit und mehr Beweglichkeit im System, damit ein Arbeitsplatzwechsel ohne Verluste möglich ist – so kann auch die Drop-out-Rate erheblich reduziert werden.

Was wollen Sie noch abschließend unseren Leser:innen aus dem Gesundheitswesen mit ins Jahr 2024 geben?

2024 ist das wichtigste Wahljahr seit langem. Österreich steht vor einer Richtungsentscheidung: Uns drohen fünf Jahre blau-schwarzer Sozial- und Demokratieabbau. Österreich und ganz besonders das Gesundheitssystem können sich kein drittes Mal Schwarz-Blau leisten. Denn in den letzten 20 Jahren haben zwei schwarz-blaue Regierungen unser Gesundheitssystem

geschwächt. Die aktuelle Regierung verwaltet nur den Niedergang. Das müssen wir dringend ändern, unser Gesundheitssystem muss gestärkt, die Angestellten wieder mit Respekt behandelt werden. Als Reformkanzler werde ich dafür sorgen, dass unser öffentliches Gesundheitssystem die finanziellen Mittel bekommt, die es braucht. Nur eine starke SPÖ kann Blau-Schwarz verhindern und für ein Gesundheitssystem sorgen, von dem Beschäftigte und Patient:innen profitieren.



Alle Fotos (C) Katrin Schützenauer



Österreichische Wahl 2024

Interview mit NAbg. Dr. Dagmar Belakowitsch

Die Gesundheitsversorgung in Österreich ist im internationalen gut aufgestellt, dennoch beginnt es seit einigen Jahren immer mehr ins Wanken zu kommen. Was wäre ihr Ansatz hierzu?

Durch halbherzige Reformen, und das Diktat der roten und schwarzen Sozialversicherungsvertreter hat man wertvolle Zeit verloren, sehr viele personelle und finanzielle Ressourcen vergeudet und am Ende des Tages eine immer schlechtere Gesundheitsversorgung zurückgelassen, und das zu Lasten der Patienten und der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen.

Die Gesamtausgaben für Gesund-

heit in Österreich betragen im Jahr ungefähr 54 Milliarden Euro, die öffentlichen Gesundheitsausgaben ungefähr 40 Milliarden Euro. Im Gesundheitsbudget des Bundes sind 3,2 Milliarden Euro an Ausgaben als unmittelbare Zahlungen des Bundes abgebildet. Im Grunde lässt sich der im Budget abgebildete Mitteleinsatz durch die schwarz-grüne Regierung wie folgt zusammenfassen:

- nicht durchdacht,
- am Ziel einer sinnvollen Strukturreform meilenweit vorbei,
- einfach falsch und
- zum Teil sogar blanker Hohn gegenüber Patienten, Ärzten und den anderen Gesundheitsberufen.

Mit einer Vielzahl an autoritären Gleichschaltungsgesetzen in der Sozialversicherung, bei der Ausschaltung der Ärzte und sonstigen Gesundheitsberufe aus der Mitbestimmung, im Zusammenhang mit der Medikamenten- und Arzneimittelversorgung, den Primärversorgungszentren und einer neuen Ambulanzstruktur soll durch ein sogenanntes „Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024) auch die Honorierung von ärztlichen Leistungen bzw. der sonstigen Gesundheitsberufe ausgehebelt werden. Stattdessen werden Bürokraten in den Landesregierungen und in den Sozialversicherungen eine neue Planwirtschaft ausrollen, die auf den tatsächlichen Bedarf der Patienten und die Angebotsstruktur im niedergelas-

senen Bereich keinerlei Rücksicht nimmt, sondern diese vielmehr noch weiter stört und zerstört.

Der zweite große Posten im Gesundheitsbudget finde sich im Bereich Finanzausgleich-Primärversorgung, der mit zusätzlichen 920 Millionen Euro Rahmenbudget aus dem Finanzausgleich dotiert sei. Die einzige im Budgetvoranschlag festgeschriebene Zielsetzung für diese 920 Millionen Euro lautet: „Die Gelder wurden an die ordnungsgemäßen Rechtsträger ausbezahlt.“ Laut Absichtserklärung von Bundesminister Johannes Rauch sollen 550 Millionen Euro in die Spitalsambulanzen fließen, 300 Millionen Euro in den niedergelassenen Bereich. Das heißt einmal mehr: Statt das Problem der überbordenden Spitalslastigkeit zu lösen und den niedergelassenen Bereich wieder stärker zur ersten Anlaufstelle für Patienten zu machen, zementiert Rauch diese Fehlentwicklungen noch weiter ein. Das ist nicht die Trendwende und der Strukturwechsel, den es braucht, das ist das Gegenteil davon. Die schwarz-grüne Regierung setzt das Steuergeld auch hier vollkommen falsch ein.

Weitere 580 Millionen Euro schütete der grüne Gesundheitsminister in Form von direkten Zuwendungen an die Sozialversicherungen aus. Davon sollen 60 Millionen Euro für 100 neue Kassenarztstellen veranschlagt. Wir sind uns grundsätzlich einig, dass es mehr Kassenärzte im niedergelassenen Bereich braucht. Der Bund hat über den Strukturplan Gesundheit die Möglichkeit, die Verteilung der Kassenarztstellen zu regeln und gesetzlich festzuschreiben. Aber der grüne Gesundheitsminister lässt den Sozialversicherungen diese 60 Millionen Euro ohne Vorgaben, wo diese neuen Kassenstellen ansiedeln sollen,

einfach ‚on top‘ zukommen. Die Folge wird sein, dass sich Ärzte dort ansiedeln, wo es für sie besonders attraktiv ist und eher nicht im ländlichen Bereich, wo die Versorgung unterdurchschnittlich ist. Bei der Zielsetzung der flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung wird der grüne Gesundheitsminister also kläglich scheitern – zulasten der Patienten und aus eigenem Unwillen oder

Unvermögen heraus.

Und damit nicht genug, finden sich im Budget bei den direkten Zuwendungen an die Sozialversicherungen auch noch Kuriositäten, die im Gesundheitsbudget nichts verloren hätten. 62 Millionen Euro gehen zum Beispiel an Behandlungsleistungen von Nicht-Versicherten, das heißt Migranten aus dem Bereich der Asylwerber und



illegalen Migranten. Und auch absolute Kuriositäten sind im Gesundheitsbudget von Minister Rauch versteckt, wie zum Beispiel 20 Millionen Euro Energiekosten-Zuschuss für neue Selbstständige. Weitere 211 Millionen Euro Budget für präventive medizinische Maßnahmen hören sich zwar gut an, allerdings gehen davon 52 Millionen Euro allein nur für die Anschaffung von COVID-Impfungen und deren Lagerkosten drauf, also allein hier rund ein Viertel der Ausgaben. Und das auch noch im Wissen, dass die Regierung fast 20 Millionen Impfstoffdosen in den letzten Jahren weggeworfen oder verschenkt hat. Das ist sind keine sinnvollen Investitionen in die medizinische Prävention, die Schwerpunkte werden völlig falsch gesetzt.

Während der grüne Gesundheitsminister via Finanzausgleich und

durch autoritäre Gleichschaltungsgesetze den niedergelassenen Bereich weiter hinunterfährt und austrocknet, bahnt sich in der staatlichen und halbstaatlichen Gesundheitsversorgung durch die Spitäler in den einzelnen Bundesländern eine weitere Verschlechterung für die Patienten an. Eine Umfrage zur Wiener Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit den Spitälern unter den Wiener Ärzten ist ein einziges Alarmsignal für alle Beteiligten.

72 Prozent sind mit der Unternehmensführung der Spitäler unzufrieden

60 Prozent sind mit der Spitals-IT-Infrastruktur unzufrieden

43 Prozent sind mit der Spitals-Bauinfrastruktur unzufrieden

Und nicht weniger als 66 Prozent

der Wiener Spitalsärzte sind unzufrieden mit Arbeit des roten Wiener Gesundheitsstadtrats Peter Hacker. Gerade in diesen Bereich dann noch mehr Versorgungskapazitäten zu verschieben, scheint also der absolut falsche Weg. Peter Poslussny, Personalvertreter in der Klinik Floridsdorf (Krankenhaus Nord), an: „Wir haben wirklich ein schönes Haus. Aber ohne Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte steht es teilweise leer. Ich erlebe es täglich: den Leuten reicht's. Ich habe vollstes Verständnis für immer mehr Kündigungen. Was die Ergebnisse der Umfrage zeigen, ist ja, dass die Politik bis dato entweder falsche Prioritäten setzt oder aber Probleme gleich ganz ignoriert.“

Mit uns wird es wieder gerecht: FPÖ-Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung



Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben gemeinsam mit den Ländern, im Rahmen derer kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten, die integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen und weiterzuentwickeln.

Die Konkretisierung dieser Zielsteuerung-Gesundheit hat auf Grundlage vergleichbarer wirkungsorientierter qualitativ und quantitativ festzulegender Versorgungsziele, Planungswerte, Versorgungsprozesse und -strukturen und Ergebnis- und Qualitätsparameter zu erfolgen. Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil die Finanzzielsteuerung fortzuführen und weiterzuentwickeln. (§ 1 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

2017)

Gerade im Spitalsbereich hat sich seit 2012 mit der Einführung der EU-Arbeitszeitrichtlinie die Bedingungen für Ärzte und Gesundheits-Personal zum Negativen gewendet, die Corona-Krise und der Umgang der Regierung mit den Spitalsmitarbeitern hat dann noch ihr Übriges dazu getan, wo eine Selbstkündigungswelle folgte, Pflegekräfte in andere Berufe abwanderten und viele ältere Beschäftigten vorzeitig in die Pension drängten.

Die aktuellen Probleme im Zusammenhang mit dem medizinischen Personalmangel lassen sich in drei Bereiche einteilen: Personalmangel, die Leistungsebene sowie in Komplexität von Finanzierung und Entscheidungskompetenz: Im Bereich Personal müssen die beruflichen Rahmenbedingungen geändert und die strukturellen

Probleme gelöst werden. Dazu müsste für eine ordentliche Personalplanung der österreichische Strukturplan Gesundheit evaluiert werden, ebenso wie die regionalen Strukturpläne. Aber auch die überbordende Dokumentationspflicht und bürokratische Dauerbelastungen verschärfen die Situation. Bezüglich der Arbeitszeiten im Gesundheitswesen braucht es mehr Planungssicherheit für die Beschäftigten mit verbesserter Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Der Pensionierungswelle könnte man kurzfristig durch Anreize zur Weiterbeschäftigung und einer temporären Aufhebung der Altersgrenze für Kassenärzte entgegenwirken. Besonders rasch wäre auch eine Integration der Wahlärzte in das öffentliche Gesundheitssystem mit einer Möglichkeit der „Doppeltätigkeit“ als



Wahl- und Kassenarzt wirksam. Mittelfristig können bundesweit einheitliche Stipendien für Medizinstudenten eine Lösung sein, durch die sich junge Ärzte zur Annahme einer Kassen- oder Spitalsstelle verpflichten. Angepasste Ausbildungskapazitäten bei den Fachärzten und Anreize für Mangelfächer und ein Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin stellen weitere richtige Schritte dar.

Die strukturelle und personelle Leistungsebene bezieht sich auf den Umstand, dass das österreichische Gesundheitswesen in den letzten Jahren immer „spitals-lastiger“ geworden ist. Die Zahl der Primärversorgungszentren, die für Entlastung sorgen könnten, ist aber noch immer weit davon entfernt, Kapazitäten aus den Spitälern übernehmen zu können, zudem kommt ein weiter schwindender Anteil an kassenärztlichen Ordinationen. Es bedarf aber auch einer Ausweitung und Aufwertung der Kompetenzen aller Gesundheitsberufe, um eine größere Akzeptanz zu schaffen und um eine Entlastung der jeweiligen höherwertigen Berufe zu schaffen. Wir benötigen auch eine Lenkung der Patientenströme in die richtige Richtung, nämlich in die Gesundheitsversorgung vor Ort in den niedergelassenen Bereich, um eben die Spitäler zu entlasten.

Der Versuch einer Lenkung der Finanzierung des Gesundheitssystems in den letzten Jahren über die Landeszielsteuerung und 15a-Vereinbarung mit mäßigem Erfolg unternommen worden. Für eine effiziente Mittelverwendung und Lenkung der Patientenströme bedarf es einer Verknüpfung der Finanzierung und der Entscheidungskompetenz. Durch die föderalen Strukturen erscheint das aber fast unmöglich zu sein.

Aber nur eine Finanzierung aus einer Hand wäre langfristig die effizienteste Möglichkeit, die Steuerbarkeit des Gesundheitssystems herzustellen und die vorhandenen Mittel bestmöglich einzusetzen. Was es jetzt braucht, ist ein umsetzungstauglicher Maßnahmenkatalog, der folgende Eckpunkte umfasst:

1) Evaluierung des Personalbedarfs auf allen Ebenen des Gesundheitswesens

- Überarbeitung regionale Strukturplan Gesundheit mit Priorität „Niedergelassenen Versorgung“ und Reduktion der Abweichungstoleranz von 30% auf 15%
- Einheitliche Festlegung des Personalschlüssels für Spitäler
- Berücksichtigung Pensionswelle u. Ausbildungskapazitäten

2) Finanzielle Fairness gegenüber allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen

- Auszahlung geleisteter Überstunden
- Auszahlung volle versprochene Pflegeprämie und Erweiterung des Bezieherkreises – SV- und steuerfrei!!
- Verbesserung aller Gehaltsschema und Anrechnung von Vordienstzeiten

3) Entbürokratisierung und Kompetenzerweiterung in den Berufsbildern des Gesundheitswesens

- Abbau administrativer Tätigkeiten, ggf. Verlagerung ins Sekretariat
- Überarbeitung Berufsbilder - Anerkennung und Aufwertung Tätigkeit

- FA Allgemeinmediziner - „Einzelträger“- PVE, dh, Änderung des Primärversorgungsgesetzes, damit ein FA Allgemeinmedizin allein ein PVE gründen kann.

4) Weiterbeschäftigung älterer Ärzte und Erweiterung Ausbildung

- Weiterbeschäftigung schafft Zeit für adäquate Ausbildung
- Aufhebung 70-Jahre-Grenze für Kassenärzte
- Zusätzliche Ausbildungsstellen und temporäre Aufhebung der Ausbilder-Quote
- Bedarfsorientierte Festlegung der Studienplätze

5) Bundesweit einheitliches Stipendiensystem bei der beruflichen Ausbildung

- Schnellste Möglichkeit, mehr Studienabsolventen in das öffentliche Gesundheitssystem zu bekommen
- Bundesweit einheitlich, um Bieter-Wettbewerb zu verhindern und Planbarkeit zu gewährleisten
- Bindet Absolventen der österreichischen Medizin-Unis, die besser in das bestehende System integrierbar sind als Auswärtige

6) Einbindung der Wahlärzte ins Kassensystem, Aufhebung Doppelbeschäftigungsverbot

- Sofort versorgungswirksam, da Qualitäten u. Infrastruktur vorhanden
- ½ und ¼ - Verträge zusätzlich zur Wahlärztztätigkeit für die Ärzte ermöglichen
- Ermöglichung z.B. Kasse – Allgemein Arzt und FA Wahlarzt und umgekehrt (4.208 Ärzte mit Doppelqualifikation!)

7) Keine Einführung eines Bewertungsboard für ausgewählte Arz-
neimittelspezialitäten im intramu-
ralen Raum

- Behandelnde Ärzte müssen weiterhin die Möglichkeit haben, lege artis Behandlungen in den einzelnen Krankenanstalten an schwerkranken Patienten vorzunehmen, ohne dass „Gesundheitsökonomien“ in einem „Superboard“ über Medikationen und damit Leben und Tod entscheiden.
- Ein erweiterter Notfallparagraph statt Wirkstoffverordnung mit Ökonomiegebot

Darüber hinaus sind auch mittel- und langfristige Reformschritte notwendig:

Langfristige Reform des

Gesundheitssystem

- Ausbau wohnortnahe Versorgung: Hausarzt, PVZ NEU, Facharzt, Pflege
- Spezialisierung der Spitäler
- Ausbau Pflege und Reha
- Patientenlenkung (primär durch Positiv-Anreize)
- Fortsetzung SV – Reform, Hebung der Potentiale
- Finanzierung aus einer Hand, notfalls im Zwischenschritten bis zur Umsetzung

Wie in allen anderen Ländern dieser Welt haben wir einen Pflegemangel. Dies wird gerade in den nächsten Jahren zu einem großen Problem, vor allem in der Versorgung von älteren Menschen. Wie würde das die Partei lösen, wenn sie hier alleiniger Entscheidungsträger sind?

Die Qualität eines gesellschaftlichen und eines politischen Systems zeigt sich daran, wie man mit Alten, Kranken und Kindern umgeht. Das Ziel einer modernen Pflege muss sein, selbstbestimmt und in Würde zu leben. Das erfahre ich als Grundkonsens in Österreich, über alle sonstigen politischen Gegensätze hinweg. Entscheidend ist aber, wie man dieses Ziel erreicht. Da darf es keine Denkverbote geben, es soll vielmehr ein Wettbewerb der Ideen herrschen, um für möglichst alle Herausforderungen eine taugliche Lösung anbieten zu können.

Mehr als 463.000 Pflegegeldbezieher sind ein Auftrag und eine hohe Verantwortung für alle Entscheidungsträger in der österreichischen Sozialpolitik.

Diese Ziele sollen durch eine Fi-



Alexandra Gferer

Pflegepersonal

erfolgreich binden

Handlungsfelder und Lösungsansätze
für das Pflegemanagement

facultas 2023

162 Seiten, broschiert

EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 34,70 UVP

ISBN 978-3-7089-2369-7

E-ISBN 978-3-99111-774-2

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

finanzierung des jeweils optimalen Angebots gewährleistet werden. Deshalb ist die häusliche Pflege, wo diese mit dem gesundheitlichen Zustand des zu Pflegenden und den Wohn- und Betreuungsverhältnissen in Einklang zu bringen ist, zu priorisieren. Denn alle Umfragen zeigen, dass dies für die meisten Betroffenen einen ganz hohen Stellenwert hat. Da geht es um die gewohnte Umgebung, um die sozialen Kontakte und damit um Stück höchstpersönlicher Heimat, - das sollte man nicht unterschätzen.

Und dort wo es die Umstände verlangen, muss man eine professionelle und adäquate Pflege im stationären Bereich sicherstellen. Diese „politischen Herausforderungen in der Pflege“ sind aus unserer Sicht aufzugreifen und mit vereinten Kräften zu bewältigen. Und das ist keine parteipolitische Frage, denn soweit ich die aktuelle Diskussion überblicke, gibt es keine relevante politische Fraktion, für die die Sicherstellung einer modernen und menschenwürdigen Pflege keine sachpolitische Priorität hat. Das hohe Interesse und die hochkarätige Besetzung dieser Bundesratsenquete zeigt das eindrucksvoll.

Mit breiten Mehrheiten wurde seinerzeit der Pflegeregress (2017) abgeschafft und es wurde die Valorisierung des Pflegegeldes (2019) in diesem Haus beschlossen und eingeführt. Dies ist in Zeiten anhaltend hoher Inflation und einer vielfältigen Verteuerung vor allem für die zu Pflegenden und deren Angehörigen in ihren Grundbedürfnissen Wohnen, Heizen, Essen und medizinische Versorgung eine wichtige Errungenschaft, an der auch in Zukunft nicht mehr gerüttelt werden darf. Der volle Inflationsausgleich, und das möglichst

zeitnah und am besten vierteljährlich ist eine Grundbasis für eine nachhaltige soziale Absicherung unseres Pflegesystems.

Deshalb: Kein „Kästchendenken“ sondern gesamtheitliche Lösungen in einem kooperativen Bundesstaat, wo Bund, Länder und Gemeinden über alle Parteigrenzen zusammenarbeiten und Angebote schaffen, die von den Betroffenen und ihren Angehörigen auch angenommen werden. Die laufenden Finanzausgleichsverhandlungen und die Vorbereitungen für das Budget 2024 sind hier ein Rahmen, wo der Bund gefordert ist, eine gesamtstaatliche und umfassende Lösung finanziell sicherzustellen.

FPÖ-Vorschläge dazu:

- Einführung, Ausbau und Förderung der Pflegelehre als weitere Ausbildungsform
- Neuorganisation der 24-Stunden-Pflege durch Bundesgenossenschaft für Pflege und Betreuung
- Finanzielle Anerkennung und tatsächliche Aufwertung der häuslichen Pflege
- Förderung der Übergangspflege vom Krankenhausaufenthalt in die häusliche Pflege
- Verbesserte Arbeitsrahmenbedingungen bei der Pflege und finanzielle Anerkennung (Abgaben- und steuerfreie Pflegeprämie) sowie Förderung der Pflegeausbildung im 2. Bildungsweg
- Kulanz- und Härtefallregelung bei Todesfall und Pflegegeldbezug in der Vollziehung

In anderen Ländern gibt es wesentlich mehr Kompetenzen und auch eine Verrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen, wenn Pflegepersonen eine Leis-

tung erbringen. Dies ist international die Basis für eine gute pflegerische Versorgung und das Selbstständigkeitsberufsmodell der Profession. Warum klappt das in Österreich nicht und wie stehen Sie persönlich zu diesen Punkten?

Es braucht im Pflegewesen wie im Gesundheitswesen die Finanzierung „aus einer Hand“, um organisatorisch, personell und budgetär hier eine tatsächliche Steuerung vornehmen zu können.

In der Pandemie ist vieles schiefgelaufen. Wenn die Partei alleine in der Regierung gewesen wäre, wie wären ihre Lösungsansätze gewesen?

Lockdowns, Maskenpflicht, Testpflicht und Impfpflicht haben die Gesellschaft gespalten und vor allem bei den Mitarbeitern im Gesundheits- und Pflegewesen tiefe Spuren hinterlassen. Berufs- und Betretungsverbote haben hier Methoden etabliert, die in einem Rechtsstaat mit Grund- und Freiheitsrechten nicht vereinbar sind. Und man hat 100 Milliarden Euro durch Corona-Maßnahmen verschwendet, die man in der Pflege, im Gesundheitswesen oder in der Aus-, Fort- und Weiterbildung viel besser hätte einsetzen können.

Wie würden Sie die wachsende Armut in der Gesellschaft lösen?

Es braucht eine Kostenbremse, um die Armutsgefährdung weitere Kreise der Bevölkerung stoppen zu können.

1. Sofortige massive Steuersenkung auf Benzin und Diesel durch Halbierung beziehungsweise bei weiteren Preisanstiegen völlige Streichung sowohl

- der Mehrwertsteuer als auch der Mineralölsteuer sowie die Festsetzung eines Preisdeckels für diese Produkte.
2. Signifikante Erhöhung der Pendlerpauschale, um Arbeitnehmer zu unterstützen, die für den Weg zum Arbeitsplatz auf ihr Auto angewiesen sind.
 3. Sofortige und endgültige Streichung der im Zuge der Steuerreform beschlossenen CO₂-Abgabe, um einen weiteren Preisanstieg bei Treibstoffen zu verhindern.
 4. Halbierung beziehungsweise bei weiteren Preisanstiegen völlige Streichung der Mehrwertsteuer auf Gas und Strom für Privathaushalte aber auch für kleine und mittlere Unternehmen sowie die Festsetzung eines Preisdeckels für diese Produkte.
 5. Einführung eines bundesweiten Heizkostenzuschusses für bedürftige Personen in der Höhe von mindestens 300 Euro pro Haushalt und Jahr
 6. Automatische Inflationsanpassung sämtlicher Versicherungs-, Familien- und Sozialleistungen, insbesondere der Pensionen, des Arbeitslosengeldes sowie der Familienbeihilfe und des Pflegegeldes.
 7. Zusammenstellung eines Warenkorb von Grundnahrungsmitteln samt Halbierung beziehungsweise Streichung der Mehrwertsteuer auf die darin enthaltenen Produkte sowie Festsetzung eines Preisdeckels für diese Produkte.
 8. Signifikante Lohnerhöhungen für Arbeitnehmer, welche die Teuerung in vollem Umfang abdecken.
 9. Im Gegenzug deutliche Senkung der Lohnnebenkosten, um die Unternehmer nicht über Gebühr zu belasten und einen weiteren Preisanstieg bei den Produkten und Dienstleistungen zu verhindern.
 10. Aufhebung aller Sanktionen gegen Russland wegen des Krieges in der Ukraine, die negative finanzielle Auswirkungen auf die Österreicher zeitigen – Keine Sanktionen, mit denen sich Österreich ins eigene Fleisch schneidet!
 11. Abschaffung der mit 1. Jänner 2024 eingeführten sogenannten „ORF-Haushaltsabgabe“, die die Bürger mit zusätzlich 800 Millionen Euro „Zwangsabgabe“ belastet.
 12. Konsequenter Einsatz der Bundesregierung auf EU-Ebene gegen weitere gemeinsame Schuldenaufnahmen und gegen alle Maßnahmen, die zur Umverteilung von Vermögen in die finanziell angeschlagenen Südstaaten führen.“

(C) Michael Friedl-Peer / Die Grünen



Österreichische Wahl 2024

Interview mit Mag. Werner Kogler

Die Gesundheitsversorgung in Österreich ist im internationalen gut aufgestellt, dennoch beginnt es seit einigen Jahren immer mehr ins Wanken zu kommen. Was wäre ihr Ansatz hierzu?

Für uns ist klar: Gesundheit darf keine Frage der Geldbörse sein. Deswegen haben wir Grüne in der Regierung die größte Gesundheitsreform der letzten Jahrzehnte auf den Weg gebracht. Und das ist ein ganz schöner Wumms: Wir bauen die Versorgung in den nächsten Jahren massiv aus, verbessern die Vorsorge und entlasten unsere Spitäler. Schon jetzt haben wir 100 zusätzliche Kasernenstellen geschaffen, für die sich gleich fünfmal so viele Ärzt:innen

gemeldet haben. In den nächsten Jahren werden noch weitere folgen. Das sind große Meilensteine. Was aber auch klar ist: 30 Jahre Reformstau aus der Vergangenheit lassen sich nicht von heute auf morgen reparieren. Es wird dauern, bis die Maßnahmen spürbar werden. Und wir haben noch einige Baustellen vor uns. Ich denke da zum Beispiel an die psychische Gesundheit, die genauso wichtig ist wie die körperliche. Der einfache, leistbare Zugang zu Behandlungen ist leider immer noch die Ausnahme. Deswegen arbeiten wir intensiv daran, dass es zu einer Gleichstellung kommt, die Therapien auf Krankenschein zur Regel und die psychosoziale Versorgung für alle Menschen in Österreich erschwinglich macht.

Einiges ist uns da schon gelungen: Zum Beispiel, dass Psychotherapie zum Master-Studium an den Universitäten wird, damit mehr Menschen diesen wichtigen Beruf ergreifen können. Und mit dem Projekt „Gesund aus der Krise“ konnten wir fast 20.000 jungen Menschen kostenlos psychosoziale Hilfe ermöglichen.

Unser Ansatz ist bei allen Veränderungen: der persönliche Austausch. Bei all diesen Problemen sprechen wir mit Patient:innen, mit medizinischem Personal und mit Angehörigen und versuchen, gemeinsam Lösungen zu finden. Unser Credo: Früher vorsorgen, länger gesund leben und besser pflegen für alle Menschen in Österreich. Mit der E-Card statt der

Kreditkarte.

Wie in allen anderen Ländern dieser Welt haben wir einen Pflegemangel. Dies wird gerade in den nächsten Jahren zu einem großen Problem, vor allem in der Versorgung von älteren Menschen. Wie würde das die Partei lösen, wenn sie hier alleiniger Entscheidungsträger sind?

Zu allererst möchte ich sagen: Menschen, die unsere Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Kranke und Menschen mit Behinderung pflegen, haben meinen größten Respekt. Die Arbeit, die hier tagtäglich geleistet wird, ist hart, inspirierend und bewundernswert. Aber von Respekt und Anerkennung, kann niemand leben.

Das muss sich auch in den Realitäten der Menschen widerspiegeln. Die Pflegereform setzt genau hier an. Höhere Gehälter, eine sechste Urlaubswoche ab 43 Jahren, bessere Bezahlung von Nachtdiensten und mehr Kompetenzen: All das ist durch die Pflegereform bereits umgesetzt.

Ein weiterer Hebel ist der Ausbildungsbonus, der Dank Johannes Rauch die Pflegeausbildung immer attraktiver macht. Wir haben die gehobenen Pflegeberufe akademisiert und gleichzeitig dafür gesorgt, dass auch Menschen ohne Matura an Fachhochschulen ausgebildet werden dürfen. Denn von vielfältigen Teams mit unterschiedlichen Skills profitieren alle. Allen voran die älteste Generation unserer Gesellschaft. Schluss mit starren Hierarchien, her mit interdisziplinären Teams.

All das sind Maßnahmen, die dem Pflegemangel entgegenwirken. Was das Problem hingegen be-

feuert: Die von FPÖ-Chef Kickl geforderte Festung Österreich. Damit wird der Fachkräftemangel in Österreich nicht zu bewältigen sein. Selbst die Industriellenvereinigung – nicht unbedingt im Verdacht eine Teilorganisation der Grünen zu sein – warnt schon jetzt vor negativen Auswirkungen für die Wirtschaft, weil Fachkräfte vom blauen Geplärre abgeschreckt werden könnten. Dabei

muss uns doch klar sein: Pflege geht uns alle an. Wer pflegt unsere Liebsten oder später einmal uns? Während die einen damit beschäftigt sind, Österreich für dringend notwendige Pflegekräfte aus dem Ausland schlecht zu reden, haben wir Grüne dafür gesorgt, dass es mehr Geld & bessere Ausbildungen für Pflegekräfte gibt.



(C) Michael Friedl-Peer / Die Grünen

In anderen Ländern gibt es wesentlich mehr Kompetenzen und auch eine Verrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen, wenn Pflegepersonen eine Leistung erbringen. Dies ist international die Basis für eine gute pflegerische Versorgung und das Selbstständigkeitsberufsmodell der Profession. Warum klappt das in Österreich nicht und wie stehen Sie persönlich zu diesen Punkten?

Zum einen klappt das bei uns nicht, weil wir immer noch föderale Strukturen und ein stark ärzt:innenzentriertes System haben. Jede Veränderung in diesem System passiert erfahrungsgemäß gegen den erbitterten Widerstand von Stakeholdern wie der Ärztekammer. Dabei vertritt diese aber oft nicht die Interessen ihrer Mitglieder, sondern mehr jene ihrer Funktionäre. Johannes Rauch ist

hier ein richtiger Fighter und setzt sich immer wieder für das Wohl der Patient:innen ein. Die überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich ist schon lange der Meinung, dass es da eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe braucht und eine viel bessere Einbindung von Menschen aus der Pflege, sowie von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen und den medizinisch-technischen Diensten. Für uns Grüne zählt einzig und allein die gute Betreuung von Patient:innen und von zu pflegenden Personen.

In der Pandemie ist vieles schiefgelaufen. Wenn die Partei alleine in der Regierung gewesen wäre, wie wären ihre Lösungsansätze gewesen?

Die Pandemie war ein Ausnahmezustand, in dem sehr rasch sehr viele, sehr schwerwiegende

Entscheidungen getroffen werden mussten. Wir erinnern uns alle an die Bilder aus Italien im März 2020. Unser Ansatz war und ist immer, auf die Wissenschaft zu vertrauen. Daran halten wir fest. Wir müssen auf Expert:innen hören und ihnen vertrauen. Nicht jede Entscheidung, die wir in dieser Situation nach bestem Wissen und Gewissen getroffen haben, würden wir heute wieder so treffen. Dass wir das heute wissen, verdanken wir Evaluierungen, die essenziell für die Wissenschaft sind und die sicherstellen, dass wir für die nächste Herausforderung gut und immer besser gewappnet sind.

Worüber wir in diesem Zusammenhang in Zukunft reden werden müssen, ist die Frage von Gesundheitskompetenz, Wissenschaftsverständnis und umgekehrt auch der grassierenden Wissenschaftsfeindlichkeit in unserem Land. Die



Gesellschaft war gespalten. In politischen Diskursen, aber auch am Familientisch. Desinformationskampagnen finden hier fruchtbaren Boden und vertiefen diese Gräben zusehends. Das ist eine gefährliche Entwicklung, der wir Einhalt gebieten müssen.

Wie würden Sie die wachsende Armut in der Gesellschaft lösen?

Für uns ist klar: Wir setzen uns dafür ein, dass es für alle leichter wird, die es schwer haben. Und das funktioniert: Unser Sozialsystem hat viele Menschen in den Krisen der vergangenen Jahre unterstützt. Wo es nötig war, haben wir als Regierung mit zielgerichteten Maßnahmen gegengesteuert. Die Sozial- und Familienleistungen steigen jedes Jahr automatisch mit der Teuerung – davon haben Regierungen vor uns immer nur

geträumt, uns ist das gelungen. Auch bei den Pensionen haben wir es geschafft, dass die kleinsten Pensionen besonders stark erhöht werden, was insbesondere im Kampf gegen Altersarmut bei Frauen ein wichtiger Schritt ist.

Armutgefährdete Familien erhalten Monat für Monat zusätzlich Unterstützung. Und wir kämpfen dafür, dass alle Menschen in Österreich eine warme Wohnung haben.

All die Menschen, die Hilfe brauchen, können sich darauf verlassen, dass wir Grüne uns weiter für sie einsetzen werden. Denn es gibt noch viel zu tun und auch die umgesetzten Verbesserungen könnten wieder zurückgenommen werden – insbesondere die rechts-extreme FPÖ hat noch jedes Mal in der Regierung Sozialleistungen gekürzt.

Für uns Grüne wiederum hat die Bekämpfung von Kinderarmut höchste Priorität. Dazu gehört, die Erwerbschancen von Eltern zu verbessern. Denn die Erwerbstätigkeit von Eltern reduziert das Armutsrisiko von Kindern. Dazu braucht es ein breit ausgebautes Kinderbetreuungsangebot im ganzen Land, attraktive Fort- und Ausbildungsmodelle und etwa eine bessere Verteilung der Care-Arbeit. Und – auch das müssen wir angehen: Es ist himmelschreiend ungerecht, dass Millionenerbschaften nicht besteuert sind. Es ist höchst an der Zeit, dass man für eine leistungslose Millionenerbschaft einen fairen Beitrag zahlt. Dieser Beitrag soll dann jenen zu Gute kommen, die viel leisten, aber wenig verdienen – etwa Menschen in der Pflege.

Was würden Sie in Bezug auf den Klimawandel tun?



(C) Michael Friedl-Peer / Die Grünen

Die Klimakrise ist die größte Herausforderung unserer Zeit. Es geht dabei um nicht weniger als um die Rettung unseres Planeten – für unsere Kinder und Enkelkinder. Und um im Thema zu bleiben: Klimaschutz und Gesundheit gehen Hand in Hand. Ich denke da zum Beispiel an die vielen Menschen, die jeden Sommer in der Stadt unter der immer extremeren Hitze leiden. Die Klimakrise greift um sich. Was es also braucht ist konsequenten Klimaschutz auf allen Ebenen. Den gibt es in Österreich nur mit uns Grünen. Wir haben mit unserer Superministerin Leonore Gewessler da in den letzten vier Jahren so viel weitergebracht wie alle Regierungen der letzten 30 Jahre zusammen nicht. Die Maßnahmen sprechen für sich: Das erste Mal seit den 1990er-Jahren sinken die Emissionen. Ich denke da zum Beispiel an die ökosoziale Steuerreform, die gemeinsam mit dem Co2-Preis und dem Klimabonus endlich dafür sorgt, dass Klimaschutz gut fürs Börsel ist. Oder auch an das KlimaTicket, mit dem

jede Person für drei Euro am Tag klimaschonend durch ganz Österreich fahren kann – ganz ohne Auto. Aber auch die Sanierungsoffensive, der Heizungstausch und die E-Mobilitätsförderungen sind große Würfe. Und da ist noch lange nicht Schluss. Wir setzen uns weiterhin für sozial verträglichen Klimaschutz ein. Aktuell etwa beim Thema Bodenschutz. Täglich wird in Österreich die Fläche von 16 Fußballfeldern zubetoniert. Dieses hemmungslose Zubetonieren muss aufhören. Es geht um die Wiesen, auf denen unsere Kinder spielen und um die Äcker, auf denen unser Gemüse wächst. Bodenschutz ist Klimaschutz, Hochwasserschutz, Artenschutz und – da sind wir wieder beim Thema Gesundheit – Menschenschutz.

Was sind die wichtigsten Punkte, die Berufsgruppen im Gesundheitswesen von Ihnen erwarten können, wenn die Partei 2024 die Wahl gewinnen würde?

Johannes Rauch hat bewiesen, dass er sich für alle Akteure im Gesundheitswesen einsetzt. Er steht an vorderster Front, wenn es darum geht, Patient:innen zu unterstützen, setzt sich gleichzeitig für die Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals ein und begeistert junge Talente dafür, eine Karriere mit Sinn zu starten. Wir Grüne werden uns weiterhin dafür stark machen. Und: Wir sagen der Zwei-Klassen-Medizin den Kampf an. Weite Wege und lange Wartezeiten – das sind die Symptome und das muss aufhören. Da ist schon einiges gelungen, wenn wir etwa an die Verdreifachung der Primärversorgungszentren bis 2025 denken, von der alle profitieren. Die Patient:innen profitieren von einem breiten Angebot, von langen Öffnungszeiten und raschen Terminen. Und das Personal von der Möglichkeit, das Leben in und außerhalb der Arbeit deutlich besser organisieren zu können. Eine klassische Win-Win-Situation. Unser Ansatz: Hören wir doch den Menschen zu, die das System am besten kennen. Den Patient:innen, die Unterstützung brauchen und den Mitarbeiter:innen im System, die diese so wichtige Hilfe leisten. Sie wissen am besten, was es braucht. Und was alle Menschen sich von uns erwarten können: Dass wir uns weiterhin für das Klima und die Rettung unseres Planeten einsetzen. Denn wir treten an, um unsere Lebensgrundlage zu retten. Und das geht uns alle etwas an.

Was wollen Sie noch abschließend unseren Leser:innen aus dem Gesundheitswesen mit ins Jahr 2024 geben?

In den vergangenen 20 bis 30 Jahren hat bei den regierenden Parteien leider eine gewisse Reformunwilligkeit geherrscht, was das Gesundheitswesen in Österreich betrifft. Das lässt sich natürlich nicht von heute auf morgen aufholen. Wir haben aber in der Regierung wichtige Schritte für ein zukunftsorientiertes und nachhaltiges System gesetzt, insbesondere mit der größten Gesundheitsreform seit Jahrzehnten durch Minister Johannes Rauch. Diesen Weg wollen wir Grüne fortsetzen. Im Mittelpunkt steht dabei immer nur eine Sache: Die bestmögliche Gesundheitsversorgung für die Menschen in Österreich. Und zwar mit der e-card, nicht der Kreditkarte.

Und, was ich auch noch mitgeben möchte: Ein ehrliches Danke. Für die harte und so wichtige Arbeit, die die Menschen aus dem Gesundheitswesen jeden Tag leisten.

WIR SUCHEN KEINE HELDEN. WIR VERTRAUEN AUF PROFIS.



HILFSWERK



Zuhause bestens versorgt.

Mobile Pflege und Betreuung abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse, kompetente Beratung der Angehörigen, kompromissloser **Fokus auf Qualität** sowie die Förderung der weitestmöglichen Selbstständigkeit sind für uns eine Selbstverständlichkeit.

Das **multiprofessionelle Fachteam** unterstützt darüber hinaus in **speziellen Pflege-Situationen** wie Demenzerkrankungen, Palliativpflege oder Haut- und Wundpflege. Unsere Kompetenzen bei medizinischer Behandlung und Diagnostik sind vielfältig und erfolgen auf ärztliche Anordnung.

Bring deine Expertise ein

und werde jetzt Teil des Hilfswerk-Pflegeteams!

- Arbeite in deiner Region
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Keine Nachtdienste
- 4-Tage-Woche*
- Umfangreiches Aus- und Fortbildungsangebot
- Mitwirken in Pflegefachschwerpunkten
- Kilometergeld / Dienstauto

Gleich online bewerben: jobs.noe.hilfswerk.at



Österreichische Wahl 2024

NEOS

Die Gesundheitsversorgung in Österreich ist im internationalen gut aufgestellt, dennoch beginnt es seit einigen Jahren immer mehr ins Wanken zu kommen. Was wäre ihr Ansatz hierzu?

Die Gesundheitsversorgung ist prinzipiell gar nicht so schlecht aufgestellt, wenn man sich ansieht, was vom Gesundheitssystem alles geleistet wird. Diese vielen Leistungen (und Arzt- und Krankenhausbesuche) sind sehr oft aber nötig, weil wir zu wenig auf Prävention achten und die Krankheitslast der Bevölkerung deshalb relativ hoch ist. Das sieht man zB an der Häufigkeit von chronischen Krankheiten und der geringen Anzahl an gesunden Lebensjahren. Wir würden deshalb sehr stärker bei Gesundheitsvorsorge und Krankheitsvorbeugung ansetzen, um Menschen mehr gesunde Lebensjahre zu ermöglichen und dadurch auch das Gesundheitssystem zu entlasten.

Wie in allen anderen Ländern dieser Welt haben wir einen Pflegemangel. Dies wird gerade in den nächsten Jahren zu einem großen Problem, vor allem in der Versorgung von älteren Menschen. Wie würde das die Partei lösen, wenn sie hier alleiniger Entscheidungsträger sind?

Wir brauchen gerade in der Pflege attraktivere Arbeitsbedingungen und mehr Entlastungsmöglichkeiten. Beispielsweise werden in Krankenhäusern oft Pflegekräfte in der Nacht mit vielen Aufgaben alleine gelassen und die meisten Unterstützungsberufe haben kei-

ne Nachtdienste. Das erhöht die psychische und physische Belastung für Pflegekräfte und macht den Beruf unattraktiv. Wir sehen diese Folgen auch daran, dass viele Pflegekräfte nur kurzzeitig in der Pflege sind und dann wieder Branche wechseln. NEOS wollen daher eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in allen Pflegebereichen (mobil, Krankenhaus und Pflegeheim), mehr Fokus auf Gesundheit von Pflegekräften und eine Kompetenzaufwertung, um den Beruf attraktiver zu machen. Nur dann könnte der Personalmangel langfristig auch anders als mit ausländischen Mitarbeitern bekämpft werden.

In anderen Ländern gibt es wesentlich mehr Kompetenzen und auch eine Verrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassa, wenn Pflegepersonen eine Leistung erbringen. Dies ist international die Basis für eine gute pflegerische Versorgung und das Selbstständigkeitsberufmodell der Profession. Warum klappt das in Österreich nicht und wie stehen Sie persönlich zu diesen Punkten?

NEOS fordern genau so einen Leistungskatalog für Pflegeleistungen schon seit Jahren. Bis dato dürfte dies aber wohl aufgrund mangelnder Bereitschaft der Versicherungsträger und der im Vergleich zu anderen Berufsgruppen weniger stark organisierten Pflegevertretungen nicht klappen.

In der Pandemie ist vieles schiefgelaufen. Wenn die Partei alleine in der Regierung gewesen wäre, wie wären ihre Lösungsansätze gewesen?

NEOS haben die gesamte Pandemie über mehr faktenorientierte Entscheidungen gefordert. So wurden Einschränkungen oft erst sehr spät gesetzt und mussten deshalb viel härter durchgesetzt werden, als in anderen Ländern. Das hat sich beispielsweise an der hohen Anzahl der Wochen im Lockdown gezeigt. Die mangelnde Voraussicht bei Entscheidungsfindungen hat deshalb viel Vertrauen in Politik zerstört und wird nun mühsam wieder erarbeitet werden müssen.

Was sind die wichtigsten Punkte, die Berufsgruppen im Gesundheitswesen von Ihnen erwarten können, wenn die Partei 2024 die Wahl gewinnen würde?

Sehr wichtig für uns wäre:

- Eine Reform des MTD-Gesetzes sowie des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes
- Vorantreiben der Reform des Sanitätsgesetzes
- Finanzierung aus einer Hand vorantreiben und eine echte Umsetzung von ambulant vor stationär in die Wege leiten – dafür braucht es bspw einen Abgleich von ASVG und anderen Gesetzen, wenn es um die Abrechenbarkeit geht
- Reform des Gesundheitstelematikgesetzes, um Digitalisierung und Entbürokratisierung echt voranzutreiben

Was wollen Sie noch abschließend unseren Leser:innen aus dem Gesundheitswesen mit ins Jahr 2024 geben?

Das Gesundheitswesen steht wegen einer Fehlverteilung des

Personals vor großen Herausforderungen. Österreich hat eines der teuersten und best-ausgebauten Gesundheitssysteme und trotzdem ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbesserungswürdig. Wir müssen daher effizienter werden, Bürokratie abbauen, indem wir die Digitalisierung besser nutzen, Mitarbeiter entlasten, damit es wieder mehr Zeit für Patientinnen gibt und das Bewusstsein in der Bevölkerung stärken, das jede:r über die Arbeit an seinem eigenen Gesundheitszustand, Bewegung, Ernährung und Vorsorge am meisten zu seiner eigenen Gesundheit beitragen kann.

Der Blick über die fachliche Brille hinweg: Was können wir vom pädagogischen Handeln anderer Gesundheitsberufe lernen?



Die Pädagogik der Gesundheitsberufe gewährleistet den Dialog unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen im Hinblick auf Bildungsaspekte. Gemeinsamkeiten und Spezifika der einzelnen pädagogischen Ausrichtungen werden hier kontrastiert und konsentiert. Aus der Gegenüberstellung werden Erkenntnisse für das pädagogische Handeln in den jeweiligen Disziplinen gewonnen.

Jetzt kostenfrei testen unter:
www.zeitschrift-gesundheitsberufe.info/test/



Diese Fachzeitschrift ist gelistet bei CareLit®
Ihre Datenbank für gezielte Literaturrecherche im Gesundheitswesen





Es ist höchste Zeit, aktiv zu werden

Christoph Müller im Gespräch mit Peter Lehmann

Bekanntlich setzen Psychopharmaka lediglich bei den Symptomen einer seelischen Erkrankung an, sie bekämpfen nicht die Ursachen. Gerade aufgrund der individuell sehr beeinträchtigenden unerwünschten Wirkungen sind sie umstritten. Da überrascht es nicht, dass oft auch um eine größtmögliche Reduzierung oder ein vollständiges Absetzen diskutiert wird. Christoph Müller sprach mit Peter Lehmann. Er gehört zu den Kritikern psychopharmakologischer Behandlungen.

Christoph Müller; Seit fünfzehn, zwanzig Jahren wird im deutschsprachigen Raum die sogenannte Neuroleptika-Debatte geführt, in der sich Protagonistinnen und Protagonisten einer biologischen Psychiatrie und diejenigen einer Psychiatrie gegenüberstehen, die für eine deutlich reduzierte Medikamentengabe oder gar für eine psychopharmakafreie Psychiatrie eintreten. Wieso ist es an der Zeit gewesen, mit einem Buch einen weiteren Anstoß zum Diskurs einzubringen?

Peter Lehmann: Das ist eigentlich ein unbeabsichtigter Nebeneffekt des Buches. Hauptanliegen ist es, einen Anstoß zur kompetenten Hilfe beim selbstbestimmten Absetzen speziell von Antidepressiva und Neuroleptika zu geben. Bisher werden die Behandelten in aller Regel von ärztlich Tätigen im Stich gelassen, wenn sie um Hilfe beim Absetzen bitten. Was die Neuroleptika-Debatte betrifft, so besteht sie schon wesentlich länger. Rudolf Degkwitz, späterer DGPN-Präsident, war ab den 1960er-Jahren daran interessiert, Neuroleptikaschäden nachzuweisen. Ein Gutachten der Deutschen Forschungsgemeinschaft, so Degkwitz 1972, habe allerdings solche Studien verhindert mit dem Argument, es sei moralisch nicht vertretbar, Neuroleptika unter genauer ärztlicher Kontrolle abzusetzen, um zu prüfen, ob die Mittel Schäden bewirkt haben. Vermutlich habe ich mit meinem 1986 erschienenen Buch „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ und dem 2017 erschienenen und gemeinsam mit Volkmar Aderhold, Marc Rufer und Josef Zehentbauer verfassten Buch „Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Nied-

rigdosierung und Alternativen“ zum Wiederaufflammen der Diskussion beigetragen, und natürlich auch Volkmar Aderhold mit seinen Publikationen zur massiv reduzierten Lebenserwartung von Menschen mit ernsten psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung.

Christoph Müller: Die Diskussion wird vor allem von Medizinerinnen und Medizinern geführt. Wieso ist die Stimme von Betroffenen und auch von Angehörigen so leise? Wieso sind beispielsweise psychiatrisch Pflegende so begrenzt in den Diskurs eingebunden? Sie sind doch alle näher dran, um es salopp zu formulieren.

Peter Lehmann: Die organisierten Betroffenen sind oft heillos zerstritten, siehe der deutsche Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener mit seinen internen Macht- und Grabenkämpfen. Andere akzeptieren das Krankheitsmodell und die damit verbundene Behandlung. Der Verband der organisierten Angehörigen wurde lange Zeit durch Zuwendungen der Pharmafirmen beeinflusst. Jetzt, wo er deren Gelder nicht mehr annimmt, besteht die leise Hoffnung, dass die Angehörigen merken, welche Schäden die ärztlich verordneten Psychopharmaka mittel- und langfristig bewirken können. Vielleicht übernehmen sie irgendwann die Forderungen der Vereinten Nationen und der WHO, nicht-psychopharmakologische Hilfeprogramme sowie Hilfen zum kompetenten Absetzen von Psychopharmaka zu entwickeln für die Menschen, die sich für das Absetzen entscheiden. Was die Pflegenden betrifft, gibt es sicher einige verantwortungsvolle, beispielsweise Stefan Vetter aus der Schweiz mit seinem Buchbeitrag

„Umgang mit Rebound-Effekten“. Wieso die große Masse der Pflegenden stumm bleibt, müssen Sie diese direkt fragen. Eventuell mangelt es Einzelpersonen an Zivilcourage. Und vielleicht gibt ja auch die DGSP dem Problem der verweigerten Hilfe beim Absetzen irgendwann mehr Gewicht.

Christoph Müller: Was hindert aus Ihrer Sicht Psychiaterinnen und Psychiater, in der alltäglichen psychiatrischen Versorgung (auf einer psychiatrischen Station, in der Praxis eines niedergelassenen Psychiaters) Behandlungsvereinbarungen einen größeren Raum zu geben? Es wäre doch eine Möglichkeit, Menschen mit angeschlagenen Seelen und vielleicht auch die Menschen um sie herum partizipieren zu lassen.

Peter Lehmann: Es gibt engagierte Psychiaterinnen und Psychiater, ich denke etwa an Martin Zinkler. Er setzt sich massiv für angemessene Hilfen für Menschen in emotionalen Nöten ein, auch für Hilfen beim Absetzen. In seinem Buchbeitrag „Institutionelle Unterstützung in Krisen während des Absetzens von Psychopharmaka“ beschreibt er ein spannendes Konzept, das er 2017 in Absprache mit den Krankenkassen gemäß § 64b SGB V im Landkreis Heidenheim als Modellregion entwickelt hat. Die Hilfe beim Absetzen kann dort in Form von häuslicher Unterstützung, der Einbindung von Peers, Telefoncoaching oder in der Vereinbarung von spezifischen Bedingungen erfolgen, unter denen unverzüglich eine stationäre Aufnahme veranlasst wird, um den Betroffenen über eine Entzugskrise hinwegzuhelfen, ohne dass das Team wechselt und die Dosis automatisch wieder hochgesetzt wird.

Was die meisten Psychiaterinnen und Psychiater betrifft, mangelt es meiner Meinung nach am Interesse und an Fachwissen. Im Vordergrund dürfte der häufige Wunsch stehen, im universitären Bereich Karriere zu machen und nicht anzuecken. Und vergessen Sie nicht die ständige Indoktrination seitens der Pharmaindustrie. Was Behandlungsvereinbarungen betrifft: Ich bevorzuge Psychosoziale Voraussetzungen. Sie bieten einen Rechtsschutz, damit im Krisenfall das Selbstbestimmungsrecht weitgehend gewahrt bleibt. Behandlungsvereinbarungen dagegen überlassen dem Psychiater im Krisenfall das letzte Wort.

Christoph Müller: Der Psychiater Stefan Weinmann legt ausführlich in einem der Buchbeiträge aus, warum ein Psychopharmakon nicht die Lösung ist. Inwieweit bewegt auch die anderen Autorinnen und Autoren dieses Paradigma?

Peter Lehmann: Dass Neuroleptika und Antidepressiva mittel- und langfristig Depressionen und Psychosen chronifizieren, dass sie Rezeptorenveränderungen hervorrufen, Toleranzbildung, Behandlungsresistenz und eine körperliche Abhängigkeit bewirken können, spielt natürlich eine Rolle beim Entschluss, sie im Lauf der Zeit wieder abzusetzen. Wie bereits gesagt, geht es im Buch aber schwerpunktmäßig darum, wie risikoarm abgesetzt werden kann und wie die Betroffenen kompetente Hilfe bekommen. Hierzulande gibt es nach meiner Meinung hochinteressante Leuchtturmprojekte, über die im Buch berichtet wird – etwa Absetzen in der Bremer Ameos-Klinik unter Anwendung der zertifizierten dialektisch-behavioralen Therapie oder Absetzen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Allerdings haben wir auch

tolle Beispiele kooperativer bzw. Peer-Unterstützung beim Absetzen im Ausland gefunden, darüber informieren Anna Emmanouelidou aus Griechenland bzw. Céline Cyr aus Kanada.

Christoph Müller: Praktikerinnen und Praktiker berichten im Buch davon, dass es auch eine Vision sein kann, eine psychiatrische Station psychopharmakafrei zu halten. Wie kann dies praktisch gelingen?

Peter Lehmann: Da müssten sich die Organisationen reformorientierter Verbände mit kooperationswilligen Betroffenen- und Angehörigenverbänden zusammenschließen, sich politische Unterstützung suchen und Krankenkassen überzeugen, die Behandlung in solchen Stationen zu finanzieren. Ich fürchte, ich werde eine solche bedarfsgerechte psychosoziale Hilfe in Kliniken nicht mehr erleben. Nicht einmal Soteria-Stationen nach der Vorstellung von Loren Mosher werden finanziert oder betrieben. Das Thema psychopharmakafreie Stationen spielt im Buch allerdings keine Rolle, ebensowenig eine Bewertung der akuten therapeutischen Wirkung von Psychopharmaka. Eine solche Bewertung steht sowieso primär den Betroffenen zu. Die einen finden Psychopharmaka hilfreich, die anderen verabscheuen sie. Fakt ist, und darauf kommt es an, dass viele absetzen, jedoch keine Informationen über Entzugsprobleme und deren Milderung und keine Unterstützung bekommen, auch keine Verschreibungen von Ausschleichstreifen oder individuellen Rezepturen zum kleinschrittigen Absetzen. Im Mittelpunkt des Buches steht deshalb das Thema Reduzieren und Absetzen.

Christoph Müller: Die Autorinnen

und Autoren des Buchs stellen die zweifelhaften (prophylaktischen) Wirkungen von Antidepressiva und Neuroleptika dar, um nur ein Spezifikum zu nennen. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse der vergangenen Jahre lassen aufhorchen, die gleichzeitig am Mythos der Psychopharmaka kratzen?

Peter Lehmann: Hier würde ich zum einen die massiv reduzierte Lebenserwartung der Behandelten nennen, die laut Joe Parks, Vorsitzender der US-amerikanischen Bundesdirektorenkonferenz, wegen der toxischen Wirkungen der neueren sogenannten atypischen Neuroleptika noch weiter gesunken ist. Daneben sind die Publikationen von Guy Chouinard und Giovanni Fava über Up- und Downregulierungen und Super-sensitivierungen im Nervenübertragungssystem bemerkenswert. Oder Studien, beispielsweise von Lex Wunderink, über mittel- und langfristig besseres Auskommen von Menschen, deren Psychopharmaka abgesetzt wurden. Im neuen Buch klären Robert Whitaker und Craig Newnes über die zweifelhafte oder besser gesagt, die trügerische prophylaktische Wirkung von Antidepressiva und Neuroleptika auf. Vernünftig wäre es, den Gebrauch von Psychopharmaka massiv zu begrenzen. Aber die Welt und auch die Psychiatrie werden nicht von Vernunft regiert.

Christoph Müller: Welche Diskurse erwarten Sie nach der Veröffentlichung des Buchs „Psychopharmaka reduzieren und absetzen“? Haben Sie schon ein Gefühl dafür, dass die „Neuroleptika-Debatte“ einen neuen Anstoß dadurch erlebt?

Peter Lehmann: Es geht im Buch

ja nicht nur um Neuroleptika, sondern auch um Antidepressiva. Ein Gefühl, was das Buch auslösen wird, habe ich noch nicht. Aber ich habe die Hoffnung, dass die an Entscheidungsprozessen Beteiligten die hoffnungsvollen und konstruktiven Botschaften im Buch aufgreifen und alles in ihren Möglichkeiten Stehende unternehmen, dass Hilfeprogramme für ein risikoarmes Absetzen von Psychopharmaka finanziert und entwickelt werden, sei es in Deutschland, Österreich oder der Schweiz. Wir, die Herausgeber, Autorinnen und Autoren, haben einen starken Anstoß gegeben. Er wurde auch im Ausland gehört, Übersetzungen des Buches ins Spanische ist in Arbeit, eine Übersetzung ins Französische ist geplant, die englische Version gibt es schon seit 2021.

Bedenken Sie: Fehlinformationen über Abhängigkeits- und Entzugsprobleme, verweigerte oder inkompetente Hilfe beim Absetzen, unterlassene Absetzversuche und körperliche Abhängigkeit dürften einen volkswirtschaftlichen Milliarden Schaden zur Folge haben: die Kosten der Langzeitverabreichung, der Therapie behandlungsbedingter Schäden, der Betreuung der Geschädigten in Behindertenwerkstätten und betreutem Wohnen, der Unterbringung in Heimen, der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, der Frühberentung etc. Und neben dem materiellen Schaden wäre noch der immaterielle Schaden zu nennen, der mit der reduzierten Lebenserwartung aufgrund der kaskadenhaften Verabreichung potenziell toxischer Substanzen an meist von vornherein körperlich vulnerable Menschen einhergeht. Und die massive Einbuße ihrer Lebensqualität sowie der Lebensqualität ihrer Familien sollten auch nicht vergessen werden. O.k., all dies sichert Arbeits-

plätze im psychosozialen Bereich – aber um welchen Preis?

Da kommt mir gerade die Meldung des Ärzteblatts vom 22.11.2023 über die Modellierungsstudie der TU München zu einer Zuckersteuer in den Sinn. Deren Ergebnis wären weniger Fälle von Typ-2-Diabetes, koronaren Herzkrankheit und Schlaganfällen, Milliarden Euro ließen sich so einsparen... Wo sind die Gesundheitsökonominnen und -ökonom, die sich trauen, die Folgen und Kosten unterlassener Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika hochzurechnen?

Es ist höchste Zeit, aktiv zu werden.

Christoph Müller: Ganz herzlichen Dank, Herr Lehmann, für die engagierten Worte.



Psychopharmaka reduzieren und absetzen
Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige

Peter Lehmann
Craig Newnes
(Hg.)

Psychiatrie Verlag

Peter Lehmann
Antipsychiatrieverlag

Das Buch, um das es geht

Peter Lehmann & Craig Newnes (2023): „Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige“. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, ISBN 978-3-925931-99-4 (kartonierte Ausgabe) / Köln: Psychiatrieverlag, ISBN 978-3-96605-212-2 (kartonierte Ausgabe), ISBN 978-3-96605-245-0 (PDF eBook, € 37.99).

264 Seiten, 24 x 16,5 x 1,7 cm, 3 Fotos, 9 Abbildungen, 4 Tabellen. € 38.–

Grundlage für unterschiedliche Instrumente

Christoph Müller im Gespräch mit Markus Witzmann und Eva Kraus

Die „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ ist für viele Praktiker*innen ein Buch mit sieben Siegeln. Eva Kraus und Markus Witzmann wollen mit dem Buch „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ Licht ins Dunkel bringen. Mit Christoph Müller haben sie beisammen gegessen.



Christoph Müller: Mit dem Buch „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ wenden Sie den Blick auf die Eingliederungshilfe. Wieso ist dieser Blickwechsel für die Versorgung seelisch erkrankter Menschen so wichtig?

Markus Witzmann & Eva Kraus: Die Unterstützungs-/Assistenzangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind in Deutschland sehr vielfältig und haben unterschiedliche Schwerpunkte bzw. Zielrichtungen. Zum Beispiel geht es in der klinisch-psychiatrischen Versorgung hauptsächlich um die Behandlung akuter psychischer Krisen. In der Eingliederungshilfe geht es um die Unterstützung zur gesellschaftlichen Teilhabe und bestmöglichen Erlangung einer selbstbestimmten Lebensführung als normatives Ziel. Um dieses Ziel verfolgen zu können, müssen immer wieder verschiedene Aspekte in den Blick genommen werden: Worin genau besteht zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Einschränkung in der gesellschaftlichen Teilhabe und was gelingt bereits? Welche Faktoren spielen dabei eine Rolle? Über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt eine Person, aber auch welche Beeinträchtigungen liegen vor? Was bringt eine Person – jenseits ihrer Erkrankung – mit? Welche Hindernisse, aber auch Chancen bietet das soziale Umfeld? Das heißt, ein Teil der Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist neben einer medizinischen / psychotherapeutischen Behandlung auch auf Unterstützungs-/Assistenzleistungen auf Zeit oder Dauer der Eingliederungshilfe bzw. auf Reha-Leistungen angewiesen.

Christoph Müller: Beim ICF geht

es um die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, der Behinderung und der Gesundheit. Was ist der Nutzen davon, dass für das Leben außerhalb von Klinikmauern ein weiteres Arbeitsinstrument gelebt wird?

Markus Witzmann & Eva Kraus: Wir verstehen die ICF nicht in erster Linie als Arbeitsinstrument, sondern eher als Grundlage, auf der dann Instrumente entwickelt werden müssen. Zentral ist, die Intention der ICF zu verstehen und sich daran auszurichten. Idealerweise würde dies bereits innerhalb der klinischen bzw. der ambulanten psychiatrischen Akutversorgung oder in Reha-Einrichtungen erfolgen, sodass Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe direkt daran anknüpfen können. Wenn ICF-basierte Arbeitsinstrumente ‚gut gemacht‘, d.h. auf einer wissenschaftlichen Grundlage mit gelungenem Praxistransfer entwickelt wurden, dann unterstützen sie den systematischen Blick auf die Funktionsfähigkeit einer Person in ihrer aktuellen Situation unter Einbeziehung von Hürden und Förderfaktoren aus der Gesellschaft bzw. Umwelt. Daraus lassen sich dann mit der betroffenen Person verstehbare und mitgetragene Ziele und Maßnahmen verhandeln, die auch eine Realisierungsperspektive haben. Dabei geht es allerdings nicht immer nur um ‚besser, höher, weiter‘, sondern manchmal auch darum, eine individuell bestmögliche Lebenssituation zu erhalten, also zu stabilisieren. Auch das lässt sich über die ICF gut darstellen.

Christoph Müller: In der Bundesrepublik hat die Integration seelisch erkrankter Menschen einen schweren Stand, obwohl vor wenigen Jahren das neue Bundesteil-

habegesetz (BTHG) die Missstände in der Begleitung seelisch erkrankter Menschen reduzieren wollte?

Markus Witzmann & Eva Kraus: Im internationalen Vergleich finden wir unser sozialpsychiatrisches Versorgungssystem gut aufgestellt. Es gibt zwar viele regionale Unterschiede, die mitunter von den jeweiligen Zuständigkeiten, dem Engagement relevanter Akteure sowie der Verfügbarkeit von Ressourcen abhängig sind, aber z.B. in Bayern haben wir eine gute sozialpsychiatrische regional verfügbare Basisversorgung aufgebaut. Aktuell beschäftigt uns eher die Frage, ob wir diese angesichts des Fachkräftemangels so halten können, aber das ist ein anderes Thema.

Natürlich treffen wir in der Praxis überall dort, wo wir gesellschaftliche Teilhabe konkret umsetzen wollen, auch auf Hindernisse oder Barrieren. Zum Beispiel gibt es immer wieder mal Beschwerden aus der Nachbarschaft unserer ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Andererseits gibt es auch Beispiele, in denen ein nachbarschaftliches Miteinander richtig gut funktioniert. Wir erfahren immer noch Vorbehalte gegenüber psychisch erkrankten Menschen und erleben ab und an, dass aufgrund falscher Vorstellung weiterhin Begegnungsängste bestehen bzw. eher auf Selektion als auf Inklusion gesetzt wird. Wir müssen uns also aktiv Gestellen, Meinungsbildung unterstützen, Vorbehalte abbauen und Informationen bereitstellen, um gute gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu gestalten für ein erfolgreiches inklusives Miteinander.

Wie weit sich eine gesellschaftli-

che Teilhabe von Menschen mit einer psychischen Erkrankung aktuell in Deutschland umsetzen lässt, ist für uns letztlich eine Frage dessen, wie es der Gesellschaft und jedem Einzelnen gelingt, sich zu öffnen, den Wandel zu einer inklusiven Gesellschaft zuzulassen, auch diesen mitzugestalten, wie hoch die Bereitschaft zur Toleranz ist und wieviel wir bereit sind dafür zu investieren, also auch Ressourcen für einen Wandel bereitzustellen. Hierzu gäbe es noch viel zu sagen. Natürlich hängt eine gelingende Teilhabe auch davon ab, wie sich Menschen mit einer psychischen Erkrankung selbst einbringen möchten und inwieweit sie dies auch können. Es geht auch darum, wie sehr sie selbst bereit sind, sich für ein gesellschaftliches Miteinander zu engagieren und ihren Beitrag zu einer gesellschaftlichen Weiterentwicklung zu leisten, sei es durch ehrenamtliche Tätigkeiten, Selbsthilfeaktivitäten, Aufklärungsarbeit, die aktive Beteiligung an Interessensvertretungen oder auch einfach nur in zwischenmenschlichen alltäglichen Begegnungen. Auch hier kennen wir eine Bandbreite von Lebensgeschichten und Personen, in denen das nicht so sehr der Fall ist oder andere, wo das richtig gut gelingt.

Christoph Müller: Wer sich in den ICF hineinarbeitet, der wird schnell Begriffen wie Bedarfsanalyse, Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung und Bedarfsdeckung begegnen? Können Menschen in der Versorgung vor Ort ICF-Begrifflichkeiten praktisch übersetzen? Oder gibt es da denn immer wieder auftauchenden Theorie-Praxis-Graben?

Markus Witzmann & Eva Kraus: Ja, wir würden schon sagen, dass es einen Theorie-Praxis-Graben

gibt. Wenn man sich nur oberflächlich mit der ICF beschäftigt, könnte man sie als eine Art ‚Checkliste in komplizierter Sprache‘ missverstehen, in der kein praktischer Mehrwert liegt. Unsere Arbeit in der Sozialpsychiatrie besteht viel aus Unterstützung im Alltag, Beziehung aufbauen, gestalten und auch wieder loslassen, in flexiblem Eingehen auf sich aktuell ergebende Situationen usw. Aber, es braucht es auch einen gemeinsamen Weg, den die beteiligten Personen miteinander beschreiten wollen, Ziele, an denen gemeinsam gearbeitet wird, eine Art roter Faden – und dass dieser verhandelt, geplant, umgesetzt und reflektiert wird. Richtig verstanden und eingesetzt kann die ICF nicht nur für die direkte Förderplanung (Behandlungs- und Teilhabeplanung) genutzt werden, sondern auch um einen erweiterten Blick auf die zu begleitende Person zu bekommen – in dem man sich z.B. auch mal genau fragt, welche Eigenschaften eine Person jenseits ihrer Erkrankung hat. Klient*innen wiederum erleben dann, dass man sich wirklich für sie interessiert, sich gemeinsam auf die Suche nach dem richtigen Weg, nach den nächsten Schritten und die damit einhergehenden Aufgaben macht. In der Reflexion wird gewürdigt, was erreicht wurde und gemeinsam überlegt, ob es nun so gut ist, oder ob der Weg noch weiter begangen werden soll.

Um die ICF so in der Praxis einzusetzen, braucht es allerdings eine intensive Auseinandersetzung mit dem zugrunde liegenden Konzept, der Systematik, der Sprache, der Intention der ICF und den Möglichkeiten eines adäquaten Einsatzes im jeweiligen Praxisfeld. Das versuchen wir, in Schulungen, Workshops, Fachforen, Fallbesprechungen, also über

Kompetenzvermittlung, Erfahrungsaustausch und gemeinsame Reflexion im Dialog mit den Fachkolleg*innen zu erreichen.

Christoph Müller: Ein Beitrag des Buchs nimmt den ICF in der kollegialen Fallbesprechung unter die Lupe. Diese Sicht hat einen eigenen Reiz. Was macht die Attraktivität der Idee aus, eine Klassifikation in ein Entwicklungsinstrument einzubauen?

Markus Witzmann & Eva Kraus: Die ICF bietet eine Grundlage für ganz unterschiedliche Instrumente und Anwendungsmöglichkeiten. Eine von vielen ist es, die ICF in eine kollegiale Fallberatung einzubauen. Manchmal laufen solche Besprechungen eher unstrukturiert ab und dann besteht das Risiko, dass man sich schnell auf eine These, ein Problem oder eine ‚Wahrheit‘ einigt, anderes ausblendet, zu eindimensional wird und sich ‚im Kreis dreht‘. Die Struktur z.B. einer Itemliste oder des Konzepts der ICF unterstützt uns, den Blick zu erweitern. Da die ICF sich immer auf ein konkretes Teilhabeziel oder auf einen Teilhabebereich bezieht, muss sich zunächst einmal darauf verständigt werden. Manchmal stellt sich dann in einer Fallberatung heraus, dass das Teilhabeziel, das die Fachkraft verfolgt, für den Klienten gar nicht wichtig ist. Ein anderes Beispiel: Man ist sich im Kollegenkreis einig, dass das Umfeld einer Klientin nur schädigend ist. Anhand der Itemliste kann man dann gezielt danach suchen, ob es auch Förderfaktoren in diesem Umfeld gibt. Manchmal stellen wir mithilfe einer ICF Itemliste auch fest, dass zu einzelnen Aspekten die Fachkraft gar keine Einschätzung treffen kann, weil sie dazu zu wenig weiß. Dann ist das ein guter Impuls für die weitere Bezugspersonenarbeit

und / oder sich noch intensiver mit den Personbezogenen Faktoren und Umweltbedingungen auseinanderzusetzen.

Christoph Müller: Wie geht es mit der ICF-Klassifikation weiter? Wie schaffen es die unterschiedlichen Versorgungssettings für seelisch erkrankte Menschen zu einer gemeinsamen Sprache bei einer unterschiedlichen Klassifikation?

Markus Witzmann & Eva Kraus: Nun, das lässt sich nicht so einfach sagen. Es gibt die verschiedensten Entwicklungsstränge auf internationaler und nationaler Ebene, ebenso in den jeweiligen Versorgungskontexten und Praxisfeldern. Z.B. läuft in der WHO seit einigen Jahren der Update-Prozess zur ICF mit dem Ziel die bisher fehlenden Teile aus einer Spezifikation für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) in die ICF zu integrieren. Offen ist weiterhin, ob es für die Personbezogenen Faktoren eine Teilklassifikation geben soll. Die Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat hierzu eine Empfehlung gemacht. Es gibt keine Anzeichen, dass am bio-psycho-sozialen Modell der ICF etwas grundsätzlich geändert werden soll. Die Umsetzung des BTHG fordert alle Rehabilitationsträger auf, mit der ICF zu arbeiten und diese in die Versorgungsprozesse zu integrieren. Im SGB IX werden die Instrumente zur Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe explizit auf die ICF bezogen und seit Jahren laufen hierzu Aktivitäten der Umsetzung in den jeweiligen Bundesländern, bei den zuständigen Rehaträgern, wie der Eingliederungshilfe. In unserem Buch stellen wir die Grundlagen der ICF und die Entwicklungsstränge dieser in verschiedensten Praxisfeldern der Sozialpsychiatrie vor. Es

lohnt sich also, sich damit auseinanderzusetzen und wir empfehlen allen Fachkräften, sich mit der ICF und den damit einhergehenden Möglichkeiten in der Praxis zu beschäftigen.

Das Buch, um das es geht
Markus Witzmann, Klaus Keller & Eva Kraus: ICF-basierte Förder- und Teilhabepanung für psychisch kranke Menschen – Wissen und Kontroversen zu ICF mit Beispielen aus der Praxis, Hogrefe-Verlag, Bern 2023, ISBN 978-3-456-86267-5, 174 Seiten, Euro.



Markus Witzmann
Klaus Keller
Eva Kraus
(Hrsg.)

ICF-basierte Förder- und Teilhabepanung für psychisch kranke Menschen

Wissen und Kontroversen zu ICF mit Beispielen aus der Praxis

2., überarbeitete und erweiterte Auflage



Das Buch, um das es geht

Markus Witzmann, Klaus Keller & Eva Kraus: ICF-basierte Förder- und Teilhabepanung für psychisch kranke Menschen – Wissen und Kontroversen zu ICF mit Beispielen aus der Praxis, Hogrefe-Verlag, Bern 2023,

ISBN 978-3-456-86267-5,
174 Seiten, Euro.

„Vereinbarkeit lässt sich nicht mit einer Checkliste erreichen“

Christoph Müller im Gespräch mit Iren Bischofberger

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist seit Jahrzehnten ein großes Thema. Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege kommt nun zunehmend in den Fokus etwaiser Forschungen. Die Pflegewissenschaftlerin Iren Bischofberger war im Gespräch mit Christoph Müller zu eigener Forschungsarbeit.

Christoph Müller: In dem Buch „work & care“ haben Sie, Frau Bischofberger, das wichtige Thema der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege thematisiert. Einen Großteil der Menschen in den westlichen Gesellschaften betrifft diese Ausein-

andersetzung. Was war Ihre Motivation, sich fünfzehn Jahre damit zu beschäftigen?

Iren Bischofberger: Das waren zwei unterschiedliche Perspektiven: In meinem MSc Studium in Occupational Health an der University of Surrey (UK) stellte ich in den 1990er Jahren fest, dass im Betrieblichen Gesundheitsmanagement die Mitarbeitenden mit Pflegeaufgaben kaum thematisiert wurden. Und in meinem Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Basel in den frühen 2000er Jahren wurde die Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen nicht bedacht. So entstand das Querschnittsthema «work &

care». Da wir an meiner damaligen Hochschule ab 2006 laufend Drittmittel für Forschung und Entwicklung einwerben konnten, reihten sich die Projekte während 15 Jahren wie eine Perlschnur aneinander. Heute stehen die wichtigsten Erkenntnisse auf www.workand.care zur Verfügung.

Christoph Müller: Bei den Forschungsergebnissen wird immer wieder deutlich, dass die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege lange Zeit keinen Platz auf der politischen Agenda hatte und hat. Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe?

Iren Bischofberger: Pflegende



Angehörige sind oft unsichtbar, ihre Arbeit ist meist unbezahlt, und ihre privaten Sorgeaufgaben gelten gemeinhin als unspektakulär. Mit diesen Zuschreibungen lassen sich kaum politische Lorbeeren holen. Interessant ist aber, dass die Politik stärker auf erwerbstätige pflegende Angehörige reagiert als auf die nicht-Erwerbstätigen, weil erstere den Arbeitsmarkt tangieren und teils den Fachkräftemangel intensivieren. Diese Thematik ist politisch hoch im Kurs. Deshalb entstand z. B. in der Schweiz in verhältnismässig kurzer Zeit ein Bundesgesetz zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung, das ohne nennenswerten Widerstand im Parlament angenommen wurde (in Kraft seit 2021). Allerdings ist es eher ein Reförmchen mit wenig Breitenwirkung in der Gesellschaft und bei Angehörigen.

Viel wichtiger wäre meines Erachtens zum Beispiel, dass die Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters, die politisch seit langem propagiert und auch umgesetzt wird, gezielt einhergeht mit Vereinbarkeitsmaßnahmen für Mitarbeitende ab circa 55 Jahren. Denn die Generation ihrer Eltern kommt ins gebrechliche Alter oder hat es bereits erreicht. Die Wahrscheinlichkeit steigt in dieser Erwerbssphase exponentiell. In der Politik ist es aber zu diesem Zusammenhang ohrenbetäubend still.

Auch wird in der Gesundheitspolitik völlig verkannt, dass neben dem demographischen Wandel der rasante medizinische Fortschritt starke Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt hat. Denn heute leben Menschen mit dauerhaften Gesundheitseinschränkungen deutlich länger. Typisch ist die Situation bei Querschnittlähmung oder bei Kindern mit genetischen

Krankheiten. Viele dieser Menschen starben früher an Komplikationen oder fehlender medikamentöser Therapien. Diese Menschen benötigen langfristige und teils intensive Pflege und Betreuung zuhause von Angehörigen, die in dieser Zeit nicht erwerbstätig sein können. Fachlich genügend kompetent aufgestellte häusliche Pflegedienste oder vorübergehende stationäre Pflege als Auszeit ist längst nicht flächendeckend vorhanden. Hier braucht es politisch unterstützte umfangreiche Investitionen.

Christoph Müller: Bei „work & care“ steht die Geschlechterparität bei der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege eher im Hintergrund. Was muss diesbezüglich gesellschaftlich geleistet werden? Was muss sich bei der individuellen Auseinandersetzung der Zeitgenoss_innen tun?

Iren Bischofberger: Die Genderthematik zu „work & care“ habe ich in mehreren Kapiteln meiner Habilitation eingewoben und kein eigenes Kapitel dazu verfasst, was aber durchaus möglich gewesen wäre. Im Erwerbsleben sind die Grenzen zwischen der von Frauen und Männern geleisteten unbezahlten Sorgearbeit nicht so klar wie ausserhalb der Erwerbstätigkeit, wo Frauen den Löwenanteil leisten. Es gibt aber typische Gendermuster, z. B. sind Frauen meist in Teilzeit erwerbstätig, da sie für alle Arten von Haushalt- und Sorgearbeit im Familien- und Freundeskreis mehr Zeit aufwenden als Männer. Sie stellen die Erwerbsarbeit öfter hinten an. Das hat Folgen für die zeitliche Verfügbarkeit im Falle von Pflege, die dann eher Frauen zugeschrieben wird. Ich bin gespannt, ob der lauter werdende Ruf der Männer nach Teilzeitarbeit auch die Pfl-

ge von Angehörigen einschliesst oder „nur“ die Betreuung gesunder (Klein-)Kinder.

Christoph Müller: Das Anregen an dem „work & care“ – Buch ist der Begriff der Vereinbarkeitskompetenz. Entgegen jeder Möglichkeit der Klage haben Sie die Perspektiven im Blick. Was wünschen Sie den Menschen, die die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege leisten müssen?

Iren Bischofberger: Krankheit und Unfallfolgen greifen entscheidend anders in das Erwerbs- und Privatleben hinein als die Geburt eines gesunden Kindes: oft unplanbarer Verlauf, zahlreiche Akteure der Gesundheitsversorgung und Sozialversicherung, Gesundheitseinschränkungen nehmen zu und nicht ab etc.

Wer in einer „work & care“ Situation ist, muss sich deshalb ganz grundlegende Fragen stellen: Welche Bedeutung hat die Erwerbsarbeit für die soziale, psychische und finanzielle Situation? Welche Betriebskultur besteht am Arbeitsplatz, bzw. ist ein vertrauensvoller und unterstützender Umgang mit der Pflegesituation möglich? Welche Arbeitsteilung ist mit häuslicher Pflege, Freiwilligen etc. erstrebenswert?

Es braucht Standortgespräche zuhause und am Arbeitsplatz, um die Situation ggf. anzupassen. Idealerweise gibt es ein Case Management, das Angehörige z. B. für Sozialversicherungsfragen, Pflegemöglichkeiten (inkl. z. B. Hauslieferungen von Apotheken, mobile Zahnarztbehandlungen usw.) berät und auch die Fäden in der Hand hält, um z. B. keine Termine zu verpassen. Auch Familiengespräche sind zentral, um v. a.

bei längerdauernden Situationen die Bedürfnisse und Grenzen der Familienmitglieder zu kennen und zu berücksichtigen. All dies reduziert Disruptionen und fördert die Erwerbskontinuität.

Christoph Müller: Sehr konkret äußern Sie sich zu den Entwicklungspotentialen der Pflegewissenschaft im Kontext der Vereinbarkeitskompetenz von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege. Welche Verbesserungspotentiale eröffnen sich den pflegerischen Praktiker_innen in den Kliniken und Wohnheimen und vor allem in der häuslichen Pflege, um Betroffenen und dem sozialen Umfeld zur Seite stehen zu können?

Iren Bischofberger: Ich habe in meiner Laufbahn verschiedene Schulen der Pflegewissenschaft kennen gelernt – sowohl der klinische Fokus im Sinne eines ANP-Curriculums an der Universität Basel als auch die sozialwissenschaftliche Ausrichtung an den Instituten für Pflegewissenschaft der Universitäten Bielefeld und Wien. Zudem habe ich in Epidemiologie promoviert und zuvor viele Jahre in der Pflegepraxis gearbeitet, im Krankenhaus, in der Poliklinik, im Hospiz, in der häuslichen Pflege. All diese Denkschulen und Praxisfelder prägen mein Verständnis von Pflegewissenschaft und von der Pflegepraxis: In Zusammenhängen denken und handeln. Was heisst das konkret? Für die Praxis gibt es zwei simple, aber wesentliche Fragen von klinisch Tätigen an Angehörige: „Sind Sie berufstätig?“, und: „Was können wir tun, um Ihnen die Berufstätigkeit zu erleichtern oder gar zu ermöglichen?“. Wer diese Fragen stellt, hat sich bereits auf den Weg zur Vereinbarkeitskompetenz

begeben. Denn für eine hilfreiche Antwort müssen diese Fachpersonen wie bei einem Orgelspiel ganz unterschiedliche Register ziehen und ein tragfähiges Arrangement entwickeln, unter Einbezug des Arbeitsplatzes der Angehörigen, des Krankheitsverlaufes oder der Unfallfolgen, der entsprechenden Diagnostik- und Therapiepläne der zu pflegenden Person, der Arbeitsweise und Koordination der zahlreichen Leistungserbringer, der Arbeitsteilung in der Familie/ Partnerschaft, der Wohn- und Finanzsituation usw.

Die Pflegewissenschaft hat mit ihrem Systemwissen – sowohl zum Körper und Geist eines Menschen als auch zu familialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen – gute Voraussetzungen, um vereinbarkeitsfreundliche Arrangements zu entwickeln und anzubieten, dies natürlich zusammen mit anderen Disziplinen. Gefragt sind vor allem die koordinativen Kompetenzen, damit die Profis der „Leim“ zwischen allen Akteuren sind und die Angehörigen diese Lücke nicht füllen müssen. Carol Levine, die Grand Old Lady von Family Caregiving in den USA – sie war meine Mentorin während meines postdoc Aufenthalts in New York – sagt es so: «While the case manager's job is to coordinate services, the family caregiver's job is to coordinate life.»

Für die Forschung bieten sich vor allem transdisziplinäre Ansätze an. Denn sowohl die Wissenschaft, die Praxis, die betroffenen Angehörigen und deren Nahestehenden als auch mehrere Politik- und Behördenbereiche sind für Lösungen gefragt – auch hier ist Vereinbarkeitskompetenz gefragt.

Christoph Müller: Was muss in

der Arbeitswelt geschehen, damit Menschen Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege gelingend(er) leben können, ohne zwischen den alltäglichen Anforderungen zerrieben zu werden?

Iren Bischofberger: Vereinbarkeit lässt sich nicht mit einer Checkliste erreichen. Zahlreiche Arbeitgebende haben inzwischen zwar punktuelle Maßnahmen im Sinne einer Checkliste ergriffen, allen voran Teilzeitarbeit oder unbezahlter Urlaub. Das ist aber vor allem mit Einkommensverlust verbunden und deshalb keine nachhaltige Lösung. Für viele Arbeitgebende ist neu, dass die Vereinbarkeit ihrer pflegenden Mitarbeitenden in die Gesundheitsversorgung hineinreicht. Das ist für die meisten Vorgesetzten und Personalverantwortlichen unbekanntes Terrain. Und in der Gesundheitsversorgung nimmt kaum jemand Rücksicht auf die Erwerbstätigkeit der Angehörigen. Vereinbarkeitskompetenz bedeutet also: Licht in den Nebel bringen, um die vereinbarkeitsfördernden und -hinderlichen Konturen am Arbeitsplatz, in der Gesundheitsversorgung, der Sozialversicherung, in der Gesellschaft und auch den Familienstrukturen zu erkennen. Eine Lösung verlangt deshalb ein Mehrschultern-Setting, um all die Anforderungen zu bewältigen.

Ein Arbeitgeber muss deshalb zumindest die einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Fragen kennen, um Mitarbeitende konkret zu beraten oder sie auf passgenaue Beratungsmöglichkeiten hinweisen. Damit lassen sich kurzfristig überstürzte Kündigungen vermeiden. Und längerfristig erhöht sich das Wissen und Können für work & care Situationen.

Eine Arbeitgeberin kann auch einen Schritt weitergehen und sich im Markt damit positionieren, dass sie bevorzugt pflegende Angehörige beschäftigt. Denn Mitarbeitende mit Vereinbarkeitskompetenz sind oft loyal, kreativ, gut organisiert und verlässlich – alles wichtige Softfaktoren, die in der Arbeitswelt immer bedeutsamer werden. Firmen können neben Kitas auch Tagesstätten z. B. für Menschen mit mobilitätseinschränkenden oder psychischen Beeinträchtigungen schaffen oder fördern. So können Eltern oder Partner/innen ihre Nächsten betreuen lassen, während sie erwerbstätig sind. Das führt zu stabileren Anstellungsverhältnissen und dient letztlich allen. Solche – noch – ungewöhnlichen Möglichkeiten setzen voraus, dass sich ein Arbeitgeber mit Krankheit und Behinderung in der Gesellschaft proaktiv auseinandersetzt.

Christoph Müller: Welche Vision haben Sie, Frau Bischofberger, zu den Versorgungsstrukturen, die dem Anspruch einer Vereinbarkeitskompetenz näherkommen?

Iren Bischofberger: Meine Vision ist ein vereinbarkeitsfreundliches Gesundheitswesen, in dem Pflegeexpertinnen APN flächendeckend, systematisch und systemisch erwerbstätige pflegende Angehörige und deren Arbeitgebenden unterstützen. Dazu brauchen sie auch endlich die Verschreibungsbefugnis für Therapien, Diagnostika und Hilfsmittel. Denn so lassen sich unendlich viele Umwege vermeiden, zu denen Angehörige und Patientinnen gezwungen sind, weil immer weniger Ärzte Hausbesuche machen, von Spezialärzten ganz zu schweigen. Der Zeitaufwand für diese Umwege und auch hausgemachte Friktionen im Versorgungsverlauf führen maßgeb-

lich zum Zeitkonflikt für erwerbstätige Angehörige.

Christoph Müller: Herzlichen Dank für das interessante Gespräch.



Iren Bischofberger **work & care –
Der Weg zur
Vereinbarkeits-
kompetenz**
Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege
kompetent vereinbaren

 hogrefe

Das Buch, um das es geht

Iren Bischofberger: work & care – Der Weg zur Vereinbarkeitskompetenz – Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege kompetent vereinbaren, Hogrefe-Verlag, Bern 2023, ISBN 978-3-456-86262-0, 312 Seiten, 39.95 Euro.



„Stimmenhören muss entmystifiziert werden“

Christoph Müller im Gespräch mit Annika Bremenkamp

Das Stimmenhören wird oft als ein Symptom einer psychotischen Erkrankung verstanden. Das Verabreichen von Medikamenten gilt als erstes Mittel der Wahl, um die Symptome zu reduzieren. Dass es weitere Perspektiven im Umgang mit Stimmenhören und anderen akustischen Halluzinationen gibt, zeigt unter anderem der „Ratgeber Stimmenhören und andere akustische Halluzinationen“. Mit Annika Bremenkamp, die als psychiatrisch Pflegende an dem Buch mitgeschrieben hat, sprach Christoph Müller.

Christoph Müller: Mit dem Psychologischen Psychotherapeuten Björn Schlier haben Sie als psychiatrisch Pflegende den „Ratgeber

Stimmenhören und andere akustische Halluzinationen“ geschrieben. Wie ist es zu dieser Zusammenarbeit gekommen?

Annika Bremenkamp: Björn Schlier und meine Person haben damals kollegial auf einer akut geschützten Station zusammengearbeitet. Wir beide waren fasziniert von dem Phänomen des Stimmenhörens. Ich habe zu diesem Zeitpunkt ein Thema für meine Facharbeit der Weiterbildung zur Pflegefachkraft Psychiatrie gesucht. Das Thema akustische Halluzinationen hat mich so sehr interessiert, dass ich eine Fragestellung zu diesem Thema bearbeiten wollte. Zeitgleich hat Herr Schlier seine Doktorarbeit über das Thema Stimmenhören ver-

fasst. Gemeinschaftlich haben wir auf unserer damaligen Station eine Klientin betreut, die durch negative Stimmen sehr gequält war. Mit den schon in der vorhandenen Literatur beschriebenen Methoden, die Stimmenhören reduzieren kann, haben wir dann mit der Klientin gearbeitet und dabei positiven Fortschritte festgestellt. Björn Schlier hat dann von dem Verlag eine Anfrage erhalten, ob er nicht einen Ratgeber zum Thema Stimmenhören schreiben wolle. Daraufhin hat er mich dann gefragt, ob ich als Coautorin ihn unterstützen könnte. Hierzu habe ich dann eingewilligt.

Christoph Müller: Das Stimmenhören und auch andere akustische Halluzinationen werden in der Re-

gel als psychiatrische Symptome verstanden. In Ihrem gemeinsamen Buch deutet sich an, dass ein erweitertes Verständnis zu entwickeln ist. Was macht dieses umfassendere Verständnis aus?

Annika Bremenkamp: Ich verstehe Halluzinationen in Form von Stimmenhören nicht als krankhaftes Symptom automatisch an. Vielmehr würde ich hierbei von einem Phänomen sprechen. Denn nicht jeder Betroffene, der Stimmen hört wird hierdurch auch psychisch krank. Ebenfalls können akustische Halluzinationen auch bei körperlichen Krankheiten auftreten. Dieses wird leider häufig nicht in Betracht gezogen. Allein deshalb ist es auch wichtig, dieses kenntlich zu machen, um das Auftreten von Stimmen auch in solchen Fällen zu betrachten. Die wichtigste Erkenntnis sollte sein, dass Stimmenhören nicht gleich eine psychiatrische Diagnose zur Folge haben sollte.

Christoph Müller: Der „Ratgeber Stimmenhören und andere akustische Halluzinationen“ zeigt auf, dass das Stimmenhören und andere akustische Halluzinationen nicht nur ertragen werden müssen, bis sie von Medikamenten „vertrieben“ werden. Was macht denn für Betroffene auch das Faszinosum des Stimmenhörens aus?

Annika Bremenkamp: Die Frage steht für mich nicht in einem klaren Zusammenhang zu dem voran gestellten Begleitsatz. Wollten Sie wissen, warum wir vorrangig andere Methoden erklären und weniger auf die medikamentöse Behandlung eingehen?

Christoph Müller: Sie ermuntern Stimmenhörende, ihre Stimmen als Interaktionspartner_innen zu

nutzen. Verstärkt dies nicht die Symptome? Erschwert dies nicht das Zusammenleben mit Zu- und Angehörigen?

Annika Bremenkamp: Ganz klar nein! Ich denke, dass genau das Gegenteil eintreten kann. Häufig wird das Phänomen des Stimmenhörens und akustische Halluzinationen tabuisiert. Das nicht ansprechen der Stimmen, oder das nur sich davon ablenken führt im Endeffekt zu nichts. Wenn aber Stimmen als Interaktionspartner angesehen werden und der Betroffene für sich andere Bewertungen des Gesagten der Stimmen entwickeln kann, so kann ein hilfreicher Umgang mit den Stimmen/ Halluzinationen entwickelt werden. Der Leidensdruck sinkt, Ängste werden reduziert und der Betroffene kann seinen Angehörigen eine plausible Erklärung geben, warum die Stimme etwas kommentiert / befiehlt/ Emotionen auslöst. Das offene Gespräch über die Wahrnehmung der Betroffenen mit den Angehörigen entwickelt auch ein gemeinsames Verständnis für dieses Phänomen. Kernaussage sollte sein: Je mehr über akustische Halluzinationen/ Stimmenhören zwischen Betroffenen und Angehörigen kommuniziert wird, desto höher die Chance von gegenseitigem Verständnis und gegenseitiger hilfreicher Unterstützung. Das Thema Stimmenhören muss entmystifiziert werden.

Christoph Müller: Das Buch regt an, auch beim Stimmenhören Kontakt zur Selbsthilfe zu suchen. Sie beschränken sich darauf, den Informationsaustausch in den Mittelpunkt zu rücken. In der subjektiven Psychiatrie etablieren sich zunehmend Gruppen, in denen Erfahrungen ausgetauscht werden. Gibt es Gründe dafür, Berüh-

rungsängste zu haben?

Annika Bremenkamp: Die Erfahrung zeigt, dass es derzeit nur sehr wenige Selbsthilfegruppen gibt, die rein und allein sich mit dem Thema akustische Halluzinationen beschäftigen. Vielmehr gibt es Selbsthilfegruppen oder auch Gruppenangebote die häufig Krankheitsbezogen sind (Psychosegruppen, Depressionsgruppen etc.) und sich inhaltlich nur sehr wenig mit akustischen Halluzinationen beschäftigen. Um sich mit dem reinen Phänomen des Stimmenhörens zu beschäftigen, gibt es wie in dem Buch niedergeschrieben spezialisierte Plattformen und Foren, in denen sich rein über das Phänomen akustische Halluzinationen ausgetauscht wird.

Christoph Müller: Im Kontext psychotischer Erfahrungen, aber auch des Stimmenhörens ist die Begleitung der Betroffenen an Begriffen wie Recovery und Empowerment orientiert. Wieso werden die Begriffe in dem Buch vermisst? Macht gerade aus Sicht der psychiatrischen Pflege nicht die Orientierung am Gezeiten-Modell Sinn, das auch hilfreich für das Verstehen seelischer Erschütterungen für Angehörige sein kann?

Annika Bremenkamp: Unser Ratgeber ist extra in leicht verständlicher Sprache verfasst und ist angelehnt an das Prinzip von Empowerment und Recovery. Lediglich die einzelnen Begrifflichkeiten sind nicht explizit erwähnt. In dem Ratgeber befinden sich viele praktische Anteile, die von den Betroffenen erprobt werden, können ohne große Unterstützung. Hier findet sich der Empowerment Anteil wieder. Der Recovery Anteil entsteht durch das Üben der ein-

zelen Angebotenen praktischen Hilfen. Und auch die Kernaussage, dass Stimmenhören in Bezug zu nicht ausreichend bearbeiteten Lebensereignissen steht, führt zu Empowerment bei den Angehörigen und fördert das Verständnis für das Phänomen. Ebenfalls die Aufforderung, Stimmenhören untereinander offen zu kommunizieren und dazu zu ermutigen ist in meinen Augen Empowerment pur. Hiermit ist der Weg zum Thema Recovery geebnet.

Christoph Müller: Welche Ideen haben Sie als psychiatrische Pflegende noch, das Phänomen des Stimmenhörens und andere akustische Halluzinationen in den Fokus zu rücken?

Annika Bremenkamp: In meinen Augen müssen vielmehr Fortbildungen zu diesem Thema etabliert werden. Losgelöst von dem krankhaften Label. Gerne auch untermauert mit Erfahrungsberichten von Betroffenen und den empfundenen hilfreichen Strategien. Es sollte auch einen Fragenkatalog als Ideenratgeber geben, der das Besprechen des Themas Stimmenhören und akustische Halluzinationen erleichtert oder gar erst ermöglicht. Ich glaube das häufig die Scheu zu groß ist offen die Wahrnehmungen des Betroffenen oder die eigenen Beobachtungen am Betroffenen anzusprechen. Häufig kursiert ja auch das Gerücht, man öffne die „Büchse der Pandora“ wenn man unter dem Phänomen Stimmenhören psychisch Erkrankte Menschen darauf anspricht. Meine Erfahrung zeigt, dass Betroffene, die unter dem Phänomen einen hohen Leidensdruck verspüren, dankbar für entgegengebrachte Neugier sind und sich auch gerne öffnen, weil sie merken, dass, wenn sie ihre

Erlebnisse mitteilen, der Leidensdruck sinkt mit der Zeit.

Ganz wichtig ist auch eine gute Öffentlichkeitsarbeit in Form von Campagen, die das Thema Stimmenhören in der Bevölkerung allgemein zum Thema macht und auffordert, nicht über das Thema hinweg zu sehen.



Björn Schlier
Annika Bremenkamp

Ratgeber Stimmenhören und andere akustische Halluzinationen

Informationen für Betroffene
und Angehörige

 hogrefe

Das Buch, um das es geht

Annika Bremenkamp & Björn Schlier: Ratgeber Stimmenhören und andere Halluzinationen, Hogrefe-Verlag, Göttingen 2023, ISBN 978-3 8017 3076-5, 92 Seiten, 12.95 Euro

Hans Peter Köllner, Bettina M. Madleitner

Pflegetheorien

mittlerer Reichweite

Effektive Rahmen für die professionelle Pflegepraxis

Pflegetheorien leiten und rahmen sowohl die Pflegepraxis als auch die Pflegeforschung. Sie leisten einen entscheidenden Beitrag zum Erkenntnisgewinn in der Pflegewissenschaft und ermöglichen, dass bedarfs- und bedürfnisgerechtes Pflegewissen für die Praxis angeboten wird. Dieses Buch bietet neben einem kritischen Diskurs der pflegetheoretischen Positionen auch eine Auswahl an aktuellen Pflegetheorien mittlerer Reichweite. Dadurch wird ein Querschnitt durch verschiedenste Themenbereiche und unterschiedlichste professionelle Pflegesettings abgebildet. Dieses Werk versteht sich als eine Würdigung und Anerkennung globaler Theorien und ihrer entwickelnden Theoretiker:innen. Es leistet damit einen wichtigen Beitrag in der Distribution von wissenschaftlichem Pflegewissen, mit dem Ziel, die gelebte professionelle Pflegepraxis weiter zu gestalten.

„Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie.“

Kurt Lewin



facultas 2023

200 Seiten, broschiert

EUR 26,90 (A) / EUR 28,10 (D) / sFr 35,90 UVP

ISBN 978-3-7089-2254-6



Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

„Hilfesystem muss für Betroffene erreichbar sein“

Christoph Müller im Gespräch mit Henning Daßler

Obdachlosigkeit und seelische Erkrankung betreffen Menschen oft gleichzeitig. Der Pädagoge Henning Daßler hat sich mit anderen Autorinnen und Autoren intensiv mit dem vernachlässigten Thema beschäftigt. Und mit Christoph Müller hat er zusammengesessen.

Christoph Müller: Nach langer Zeit lässt mal wieder ein Buch aufhorchen, dass sich mit der doppelten Stigmatisierung von Wohnungslosigkeit und seelischer Erkrankung beschäftigt. Wie kommt es, dass dieses Thema fachlich wenig Bedeutung hat?

Henning Daßler: In den letzten Jahren ist durchaus ein verstärk-

tes Interesse an dem Thema zu beobachten. Dies gilt zum einen für die Psychiatrie, die sich vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Krankheitsbildes mehr als früher für die sozialen Aspekte psychischer Erkrankungen interessiert. Zum anderen konstatieren Praktiker*innen der Wohnungsnotfallhilfe seit Jahren einen Anstieg von Klienten mit offensichtlichen psychischen Erkrankungen. Dazu kommt, dass das Thema „Wohnen“ auch vor dem Hintergrund der Inklusionsdebatte Konjunktur hat. Zur Vermeidung von Sondereinrichtungen braucht es finanzierbaren Wohnraum, der insbesondere auch für den Personenkreis der chronisch psychisch erkrankten Menschen fehlt.

Die stiefmütterliche Behandlung des Themas in der Vergangenheit ist auch darauf zurückzuführen, dass viele Betroffene mit ihrer Problematik leicht übersehen werden. Auffällig werden vor allem sogenannte „Systemsprenger“, die durch Regelüberschreitungen und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten die Abläufe in Einrichtungen stören. Diese machen aber nur einen kleineren Teil der Betroffenen aus.

Zum Teil führt auch die Abgrenzung zwischen den etablierten Hilfesystemen der Gemeindepsychiatrie, der Suchthilfe und der Wohnungsnotfallhilfe zu Schwierigkeiten, das Thema nachhaltig zu bearbeiten, denn hierzu ist im-



(C) disha1980



mer eine übergreifende Perspektive gefordert. Schließlich ist auch die Forschungslage - vorsichtig formuliert - entwicklungsfähig, vor allem in Deutschland.

Christoph Müller: In dem Buch wird deutlich, dass Mängel im Versorgungssystem Betroffene vor scheinbar unüberwindbare Hürden stellen. Wie schauen diese Barrieren aus?

Henning Daßler: Es fehlt an niedrigschwelligen Zugängen in die psychiatrische Versorgung. Dies gilt sowohl für den Aspekt der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung als auch für die gemeindepsychiatrische Versorgung etwa im Bereich der Eingliederungshilfe. Es fehlt an nachgehenden Hilfen für Betroffene ohne Behandlungsbereitschaft, Angeboten für psychisch erkrankte Menschen mit Suchtproblemen

und Wohnmöglichkeiten für Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Probleme keinen Zugang zum Wohnungsmarkt haben. Der Zugang zur Eingliederungshilfe setzt einen offenen Umgang mit der eigenen Erkrankung voraus und das durch das BTHG noch aufwendiger gewordene Antragsverfahren ist langwierig und wirkt auf viele abschreckend. So verbleiben viele Betroffene auf der Straße, in den Angeboten der Wohnungslosenhilfe oder im Bereich der ordnungsrechtlichen Obdachlosenunterbringung, wo ihnen oft in Bezug auf ihre Erkrankung oft nicht nachhaltig geholfen werden kann.

Christoph Müller: Sie bringen den Begriff der Teilhabe in den Diskurs ein. Wie kann dies gelingen, wenn beispielsweise obdachlose, auf der Straße lebende Menschen Berührungsängste bei den

Zeitgenossinnen und Zeitgenossen auslösen?

Henning Daßler: Der Begriff der Teilhabe kann helfen, Hilfeprozesse auch über die Grenzen von Hilfesystemen und sozialrechtlichen Zuständigkeiten hinweg zu gestalten. Diesbezüglich kennt das Sozialhilferecht den Begriff der „Verbundenen Hilfen“, der allerdings aktuell noch wenig gelebt wird, weil es Verwaltungen und Leistungsanbietern leichter fällt, Betroffene nach dem Setzkastenprinzip entweder als psychisch krank oder als wohnungslos zu etikettieren und dem jeweiligen Hilfesystem zuzuordnen.

Die Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung der Betroffenen werden durch neue Begriffe vermutlich wenig beeinflusst. Hier bedarf es langfristiger Anstrengungen durch Aufklärungsmaßnahmen und vor

allem auch der Einbindung von ehemals Betroffenen im Rahmen von Peer-Ansätzen.

Christoph Müller: Von Systemsprengern ist in dem Buch die Rede. Systemsprenger zeigen oft herausforderndes Verhalten, das in Augen vieler begrenzt werden könnte, wenn die Betroffenen doch bloß einmal vernünftig seien. Die Aufgabe ist bei Wohnungslosigkeit und seelischer Erkrankung eine doppelte. Welche Unterstützung können Helfende anbieten?

Henning Daßler: Jutta Henke verbindet in ihrem Beitrag zu diesem Thema sehr gut die Ursachenanalyse mit geeigneten Lösungsansätzen. Obwohl der personifizierende Begriff „Systemsprenger“ etwas anderes suggeriert, liegen die Ursachen für das Phänomen maßgeblich in den Hilfestrukturen, Merkmalen der Institutionen und auf der Ebene der Interaktion und Beziehung zwischen Betroffenen und Personal. Entsprechend sind Lösungen auf der strukturellen Ebene eine bessere Klärung der Versorgungsaufgaben über Hilfesysteme und gesetzliche Zuständigkeiten hinweg, insbesondere durch rechtskreisübergreifende Kooperation. Regelangebote sollten systematisch auf Bedarfsgerechtigkeit überprüft werden, dazu gehören z.B. auch „nasse“ Einrichtungen. Generell gilt es, Wohnungsverlust wo nur möglich durch Präventionsmaßnahmen zu vermeiden und bei seinem Eintritt geeignete Unterbringungen für psychisch erkrankte Betroffene in Einzelzimmern und dezentralen Einzelwohnungen sicherzustellen, am besten mit einer dauerhaften Wohnperspektive, wie es der Housing-First-Ansatz vorsieht. Die Regelstrukturen in den entsprechenden Hilfeangeboten sollten dem Prinzip der flexiblen Toleranz

folgen. In der Einzelfallarbeit sollte die Möglichkeit geschaffen werden, trägerübergreifend personenzentrierte Unterstützungsarrangements zu gestalten, die auf dem individuellen Bedarf ausgerichtet sind. Wichtig sind vor allem auch niedrigschwellige aufsuchende Arbeitsansätze für Betroffene, die institutionelle Kontakte ablehnen und ein Vertrauen stiftende, an Alltagshilfen orientierte Arbeitsweise, die sich auch auf unkonventionelle Hilfe- und Beratungssettings einlassen kann, gleichwohl aber mit einem hohen Anspruch an Beziehungsarbeit und Reflexion einhergeht.

Christoph Müller: Ganz zeitgemäß taucht die Peer-Arbeit als Stichwort auf. Wie schaut sie bei Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung aus? Welche besondere Perspektive kann sie bieten?

Henning Daßler: Während Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung doch mittlerweile recht verbreitet ist, befindet sie sich in der Wohnungsnotfallhilfe noch in den Kinderschuhen. Stephanie Schreiter und Helena Krüger stellen in ihrem Überblick über den internationalen Forschungsstand dar, dass durch Peer-Arbeit auch hier vor dem Hintergrund ähnlicher Erfahrungslagen von Klient*innen und Peer-Kräften eine stigmatisierungsfreie Begegnung „auf Augenhöhe“ möglich ist, die geeignet erscheint, auch psychisch erkrankten Wohnungslosen Vertrauen in die Unterstützung und Hoffnung in Bezug auf positive Entwicklungsmöglichkeiten zu vermitteln, was insbesondere in Bezug auf ein ganzheitliches, Recovery-orientiertes Genesungsverständnis wichtig ist.

Österreich und insbesondere die

Stadt Wien haben sich zum Vorreiter für die Peer-Arbeit in der Wohnungslosenhilfe entwickelt. Dort wurde auch ein erster Ausbildungsgang mit Zertifikatsabschluss etabliert. Ich freue mich deswegen besonders darüber, dass in unserem Band mit Andrea Pilgerstorfer und Stefan Prochazka zwei Insider aus dem dort ansässigen Peerprojekt „neunerhaus“ über die Inhalte und Erfahrungen der dortigen Peer-Ausbildung berichten. Sie machen deutlich, wie die gemeinsame Erfahrungsbasis von Klient*innen und Peer-Kräften die Unterstützungsbeziehung positiv beeinflusst. Auf institutioneller Ebene können sich daraus Impulse für eine Weiterentwicklung der Hilfeangebote entwickeln. Und auf gesellschaftlicher Ebene kann darin ein Beitrag zur Inklusion und zum Abbau von Stigmatisierung gesehen werden.

Christoph Müller: Unter die Lupe nehmen Sie auch wohnungslose Frauen. Welche spezifischen Probleme haben sie in der Gegenwart, wenn sie von Wohnungslosigkeit und seelischer Erkrankung betroffen sind?

Henning Daßler: Martina Bodenmüller weist in ihrem Beitrag darauf hin, dass Wohnungslosigkeit von Frauen immer noch häufig im Verborgenen stattfindet, u.a. weil sie sehr stigmatisiert ist und es immer noch in vielen Regionen keine spezialisierten Angebote der Wohnungsnotfallhilfe gibt. Diese sind jedoch für eine wirksame Unterstützung der betroffenen Frauen dringend erforderlich. Psychische Erkrankungen dieser Frauen hängen laut Studien häufiger als bei Männern mit belastenden Kindheitsereignissen, sogenannten Adverse Childhood Experiences (ACEs), zusammen, wozu insbesondere auch komplexe Trauma-

tisierungen durch sexuellen Missbrauch und Gewalt zu rechnen sind. Auch als Erwachsene erfahren wohnungslose Frauen häufig Gewalt in Partnerbeziehungen, die dann Ursache für die Wohnungslosigkeit sind.

Christoph Müller: Welchen Wunsch haben Sie für die Versorgung von Menschen, die Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung gleichzeitig erleben?

Henning Daßler: Ich würde mir sehr wünschen, dass das psychiatrische Hilfesystem für die Betroffenen deutlich erreichbar wird. Dies kann aus meiner Sicht nur durch Niedrigschwelligkeit und nachgehende Hilfen erreicht werden, z.B. durch psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe. Die Gemeindepsychiatrie muss die Versorgung der am schwersten Betroffenen zu ihrer Pflichtaufgabe erklären und dafür gezielt Ressourcen bereitstellen. Da dies nicht reichen wird und erfahrungsgemäß immer wieder Betroffene nicht von psychiatrischen Hilfen erreicht werden können muss sich die Wohnungsnotfallhilfe offensiv mit der Tatsache des hohen Anteils psychisch erkrankter Klienten auseinandersetzen und ihre Konzepte darauf ausrichten. Ansätze wie das „Psychologically Informed Environment“ in Großbritannien zeigen, wie so etwas konzeptionell aussehen kann und dass dies nicht bedeutet, die Wohnungsnotfallhilfe zu einer „Hilfspsychiatrie“ zu degradieren.

Christoph Müller: Herzlichen Dank, Herr Daßler.



Das Buch, um das es geht

Henning Daßler (Hrsg.): Wohnungslos und psychisch erkrankt, Psychiatrie-Verlag, Köln 2023, ISBN 978-3-96605-173-6, 287 Seiten, 40 Euro

„Es braucht eine andere Haltung“

Christoph Müller im Gespräch mit Stephan Kostrzewa

Die Begrifflichkeit lässt schon aufhorchen. Was soll denn am Gammeln therapeutisch sein? Christoph Müller hat sich neugierig mit Stephan Kostrzewa getroffen, um wirklich Neues zu erfahren.



Christoph Müller: Wenn wir den Begriff des Gammelns als professionell Pflegende lesen, dann erschrecken wir in der Regel. Dieser Terminus gehört nicht in das Repertoire der Pflegefachpersonen. Was hat Sie dazu bewegt, sich mit dem Gammeln zu beschäftigen?

Stephan Kostrzewa: Ja, es generiert erst einmal Aufmerksamkeit, denn „Gammeln“ und „Therapie“ passen nicht wirklich zusammen – auf den ersten Blick.

Wenn wir hingehend schauen, welche verschiedenen Bedeutungen der Begriff „Gammeln“ hat, dann löst sich dieser scheinbare Widerspruch auf. Im etymologischen Wörterbuch (Bertelsmann 1998) finden sich verschiedene Erläuterungen zum Begriff Gammeln. Dort steht, dass Gammeln vom althochdeutschen *gaman* abstammt und so viel wie „Lust“ bedeutet. Gehen wir in der Geschichte der Sprache noch weiter zurück, dann findet sich im Urgermanischen das Wort *gamaŋą*. Hier wäre die Ableitung: Spaß, Fröhlichkeit oder Genuss.

Nun zu Ihrer Frage, was mich bewegt hat. Ich habe mein Pflegeexamen in den 1980er Jahren abgelegt. Das war die Hochzeit des Aktivierens, Rehabilitierens und Motivierens. Schon im Unterricht an der Pflegeschule haben wir damals Orientierungstafeln gebastelt, Seniorentanz einstudiert und das Realitäts-Orientie-

rungs-Training verinnerlicht. Danach habe ich einige Jahre im Hospiz gearbeitet. Im Gegensatz zu den aktivierenden Ansätzen der stationären Altenarbeit durfte ich zum ersten Mal ein Pflege- und Betreuungsverständnis erleben, das die Wünsche und Bedürfnisse des zu Pflegenden radikal in den Mittelpunkt der Sorge durch das ganze Team stellte. Legitimiert wurde das „Sein-lassen“ aller kurativer Ansätze durch den nahen Tod. Auch heute erlebe ich es in den Pflegeeinrichtungen, wenn wir dort über das Sterben sprechen, dass Mitarbeiter*innen formulieren: „Wenn bei uns die Bewohner*innen ans Sterben kommen, dann machen wir alles schön. Wir machen nur noch das, was dem Menschen gut tut und was er sich wünscht“. (Tom Kitwood würde diesen Ansatz als Person-zentriert bezeichnen).

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung in der Hospizarbeit und später in der Palliative Care ist bei mir der Gedanke gereift, dass an Demenz erkrankte Personen ebenfalls von dieser Ausrichtung profitieren könnten. Demenz ist nicht heilbar; sie verläuft progredient und sie verkürzt die Lebenserwartung. Auf der anderen Seite ist mir schon immer die „Schwarze Pädagogik“ im Umgang mit Demenzerkrankten aufgestoßen. Obwohl ich zu meiner Schande gestehen muss, dass auch ich – während ich im Sozialen Dienst beschäftigt war – fleißig trainiert und therapiert habe, auch gegen den Willen der zu Pflegen-

den mit Demenz. Erst sehr viel später ist mir dann aufgefallen, dass die „palliative Haltung“ im Grunde ein Person-zentrierter Ansatz ist. Die Lektüre von Tom Kitwood hat mich dann in dieser Einschätzung bestärkt. Dann hat es aber noch viele Jahre gedauert, bis die Idee und später das Konzept für das Therapeutische Gammeln gewachsen ist. Insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Haus Bethesda (Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz) in Ratingen-Lintorf hat dann die eigentliche Initialzündung gegeben. Von dieser Einrichtung haben wir viel lernen können.

Christoph Müller: Sie konfrontieren die professionell Pflegenden mit der Erlebniswelt der Menschen mit Demenz. Was ist denn das Entscheidende an der Beschäftigung mit dem subjektiven Erleben der Betroffenen?

Stephan Kostrzewa: In meiner Arbeit mit Menschen mit Demenz fällt mir immer wieder auf, dass diese Personen voll sind mit Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit. Auch Trauer ist ein beherrschendes Thema in der Demenz.

Seit Ende der 1990er Jahre gibt es ja auch reichlich Material zu der subjektiven Sicht der Betroffenen auf das Themenfeld. Hier gibt es Interviews mit Demenz-Erkrankten, Reportagen und sogar Bücher, die von Betroffenen geschrieben wurden, z.B. von Richard Taylor. Diese Daten bestätigen den Gefühls-Mix aus Angst, Unsicher-

heit und Hilflosigkeit.

Hierzu findet sich leider in der gesamten „Demenz Care“, z.B. in der stationären Altenarbeit, keine Entsprechung in den Angeboten vor Ort. Hier findet sich Spiel, Spaß und Sport. Täglich gute Laune und Disneyland schunkeln und feiern die Angst und Unsicherheit weg.

Hieraus wird deutlich, dass wir den Betroffenen mit solchen Angeboten nicht gerecht werden.

Christoph Müller: Die professionell Pflegenden, aber auch viele Angehörige von Menschen mit Demenz fokussieren sich auf die Defizite der betroffenen Menschen. Mit dem vertieften Blick auf das Gammeln kehren Sie die traditionelle Denkweise um. Was gibt Ihnen Hoffnung, dass Betroffene, Angehörige und professionell Helfende, aber auch Kostenträger und Einrichtungsträger Ihre Schritte mitgehen?

Stephan Kostrzewa: In dem wir es tun und sie es sehen! Seit Juni 2023 gibt es Deutschlands erste Gammel-Oase in der wir dem Menschen mit Demenz die Regie und Autonomie zurückgeben. Die Betroffenen dürfen selber entscheiden, ob und wann sie gepflegt, betreut und versorgt werden möchten. Angst und Unsicherheit wird mit einem entsprechenden Umfeld und einer entsprechenden Haltung von Seiten des Teams beantwortet. An der Reaktion der Bewohner*innen mit Demenz

können wir dann ablesen, dass das Angebot passt.

Aktuell erfassen wir die Gabe von Psychopharmaka bei Einzug und im Verlauf des Wohnens in der Gammel-Oase. Wir können deutlich aufzeigen, dass das Umfeld und die Haltung des Teams dazu führen, dass weniger herausfordernde Verhaltensweisen gezeigt werden und, dass weniger Psychopharmaka gegeben werden muss. Das überzeugt selbst die externen Kontrollinstanzen.

Das andere Themenfeld sind die Angehörigen. Auch sie trauern um den Demenzerkrankten. Und nicht erst wenn dieser stirbt, sondern schon weit vorher, wenn z.B. die Mutter ihr Wesen verändert. Diese Trauer muss erkannt und bedient werden, sonst erreichen wir die Angehörigen nicht.

Christoph Müller: Für die Begleitung dementiell veränderter Menschen sind mehr oder kreative Ideen entworfen, die den Betroffenen den Alltag erleichtern sollen. Bushaltestellen, Plüschtier-Roboter und kleine Räume, die als Zugabteil getarnt sind, bezeichnen Sie als Wildwuchs. Wie kommen Sie zu dieser Bewertung?

Stephan Kostrzewa: Zum einen, weil es hierzu keine Evidenzen gibt. Zum anderen aber, weil sie die Trauer, die Angst, die Unsicherheit und die Hilflosigkeit nicht bedienen. Es sind eher Angebote, die dabei behilflich sind mit einer dünnen

Personaldecke, die vielen Bewohner*innen mit Demenz ruhig zu halten. Dem Betroffenen mit Demenz helfen diese Angebote nicht.

Christoph Müller: Für Sie ist eine gewährende Haltung eine Voraussetzung für das Etablieren eines therapeutischen Gammelns. Wie kann es professionell Pflegenden, aber auch Angehörigen gelingen, sich einer gewährenden Haltung anzunähern?

Stephan Kostrzewa: Den Kolleg*innen fällt es schon etwas leichter, wenn sie einmal erlebt haben, wie sich Menschen mit Demenz entwickeln, wenn man sie nur gewähren lässt.

Schwieriger ist das mit den Angehörigen, denn sie vergleichen den heute Demenz-Erkrankten mit dem Menschen, den sie von früher kennen. Und damit wären wir wieder im Feld der Trauerarbeit. Nichtsdestotrotz können aber auch Angehörige in der Gammel-Oase erleben, wie Menschen mit fortgeschrittener Demenz Wohlbefinden und Freude zeigen – zwar nicht durchgängig, aber immer wieder einmal. Hier sind sehr viele Gespräche notwendig, und bei manchem Angehörigen wenden wir mehr Zeit auf, als dem zugehörigen Bewohner.

Christoph Müller: In der Auseinandersetzung mit dem „Slow Care“ ermuntern Sie professionell Pflegende, den Arbeitsstil zu ändern. Warum schaffen es Pflegende nicht, das, was Sie

selbst in der Freizeit schätzen, in den Arbeitsalltag zu übersetzen?

Stephan Kostrzewa: Ich würde nicht behaupten, dass sie es nicht schaffen. Wir haben ja Mitarbeiter*innen in der Gammel-Oase, die es wunderbar umsetzen. Aber, ja, das stimmt, wir haben auch schon erste Mitarbeiter*innen, die schon wieder gekündigt haben. Diese haben es nicht geschafft, die Regie an den Erkrankten abzugeben. Oftmals sind sie aber auch durch Ausbildung und „Vorbilder“ mit der sogenannten „Schwarzen Pädagogik“ in Kontakt gekommen und nun meinen sie, dass alte Menschen mit Demenz wie Kinder sind, die man dann pädagogisch gängeln darf bzw. soll. Diese Kolleg*innen schaffen es nicht umzudenken, um mal etwas Neues auszuprobieren. Hier fehlt oftmals die Bereitschaft zum Experimentieren und sich selbst zu reflektieren.

Christoph Müller: Was macht für Sie die Faszination des therapeutischen Gammelns aus?

Stephan Kostrzewa: Die Trivialität des Ansatzes. Es braucht nicht mehr Mitarbeiter*innen und keinen großartigen Umbau des Wohnbereichs. Im Grund braucht es eine andere Haltung des gesamten Teams.

Christoph Müller: Ganz herzlichen Dank.



Das Buch, um das es geht

Stephan Kostrzewa: Therapeutisches Gammeln für Menschen mit Demenz, GRIN-Verlag, München 2023, ISBN 978-3-34686-950-0, 211 Seiten, 29.95 Euro

Hör Tipp : Stephan Kostrzewa („Der Palli-Ticker“) – Podcast Nr. 37: „Deutschlands erste Gammel-Oase“

(C) Coloures-Pic



„Schöpferisch und zielgerichtet handeln“

Christoph Müller im Gespräch mit Elisabeth Linseisen und Michael Bossle

Wie entsteht Pflegewissen? Wie kommt es in den praktischen Handlungsfeldern an? Die US-amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen Peggy L. Chinn und Maeona K. Kramer haben schon vor vielen Jahren mit dem Buch „PflegeWissen und Wissensentwicklung“ Antworten versucht. Nun liegt das Buch wieder einmal in deutscher Übersetzung vor. Elisabeth Linseisen und Michael Bossle haben es hier herausgegeben.

Christoph Müller: Gemeinsam bilden Sie das deutschsprachige Team, das das Buch „PflegeWissen und Wissensentwicklung“ herausgibt. Wieso ist die Übersetzung des Buchs von Peggy Chinn

und Maeona Kramer überfällig?

Michael Bossle: Zum einen finde ich die Erweiterung der bestehenden Wissensmuster nach Barbara Carper (empirisch, personengebunden, ethisch, ästhetisch) um die emanzipatorische Domäne hochgradig wichtig und relevant. Dieses Wissensmuster ist eines, das in unserer Pflegebildung nur sehr stiefmütterlich behandelt wird. Damit liegt endlich ein theoretischer Rahmen vor, dass Themen wie zum Beispiel Mündigkeit, politische Bildung oder Genderthemen endlich in Pflegebildungsangebote Eingang finden.

Zum anderen ist der Ansatz in Wissensmustern zu denken sehr viel mehr zeitgemäß, als in sons-

tigen theoretischen Bezügen wie beispielsweise Selbstpflegefähigkeit. Damit verengt sich die Pflege beispielsweise auf Handhabbarkeitsfragen. Pflege ist aber weit aus mehr als nur ein „Hands on“ Thema.

Elisabeth Linseisen: Mitte der 1990er Jahre wurde eine der früheren Auflagen ja schon einmal im deutschsprachigen Raum veröffentlicht¹. Hilde Steppe, ein der großen Pionierinnen der deutschen Pflegewissenschaft, schrieb damals im Vorwort, dass nun einer der Klassiker der pflegetheoretischen Grundlagenliteratur vorliege. Der von Chinn und Kramer vertretene Ansatz der Verknüpfungsmöglichkeiten von Theorie und Praxis gelte es in den

deutschsprachigen Ländern für die Pflege noch zu finden und auszuformulieren. Zwischenzeitlich sind einige Jahrzehnte mit einer rasanten Entwicklung in der Pflege in unseren Ländern vergangen. Auch die beiden Autorinnen haben weitere grundlegende Erkenntnisse in ihren Neuauflagen veröffentlicht – die müssen wir doch einfach auch kennen und darüber reden und wenn hilfreich für uns fruchtbar machen!

Christoph Müller: Die Akademisierung in der Pflege sorgt auch im deutschsprachigen Raum für Wissenszuwachs. Wie gelingt es, den Theorie-Praxis-Transfer zu vollziehen? Oder anders gefragt: Wie gelingt es der wissenschaftlichen Pflege, wirklich Relevantes zu bearbeiten?

Michael Bossle: Ich glaube, dass wir je nach Perspektive die Pflege unzulässig beschneiden. Versorgungsfragen stehen wohl immer oben an, gerade in Zeiten des Versorgungsnotstands. Wenn man darüber aber zum Beispiel die Perspektive vergisst, die Pflege in erweiterten Settings und Aufgabenzuschnitten zu denken, dann vergrößert man meines Erachtens die Versorgungslücke, weil die Frage des Kompetenzzuwachses den Beruf attraktiver macht und größere Handlungsspielräume für beruflich Pflegende anbietet. Da bleibt für mich die Frage zurück, was ist denn jetzt relevant? Oder anders gefragt: was ist denn jetzt nicht relevant? In meinen Augen sind alle Fragen auf Mikro-, Meso- und Makroebene wichtig, um die Pflege zu denken, zu beforschen und zu entwickeln. Und ich bin auch froh, dass in Qualifikationsarbeiten genau diese Fragen gestellt werden. Würden wir nur gelenkt von der Perspektive forschen und denken wohin die Geldströme

fließen, dann gibt es vermutlich ziemlich bald – jetzt bin ich ketzerisch - nur noch Fragen rund um Demenz und Digitalisierung.

Elisabeth Linseisen: Darf ich die Frage anders stellen? Nämlich: Wie gelingt es, den Theorie-Praxis-DIALOG zu vollziehen? Diese Begrifflichkeit beinhaltet nach meinem Verständnis viel mehr ein gelingendes Miteinander von der sog. Theorie und der sog. Praxis. Transfer bedeutet – wenn die lateinische Herkunft berücksichtigt wird – die Weitergabe von Etwas vom Ausgangsort zu einem Bestimmungsort. Wenn ich nun sage: „Theorie-Praxis-Transfer“ ist mir das zu einseitig; es würde bedeuten, dass es primär eine Weitergabe von Theorie hinein in die praktische Anwendung gibt. Klar gibt es das, aber genauso gibt es in der Pflege Wissen, das in der oder durch die Anwendung geschaffen wird und das dann wiederum in der Theorie weiter bedacht werden muss. Diese gegenseitige Beeinflussung wird bei Chinn und Kramer sehr gut deutlich; sie veranschaulichen in ihrem Werk ihre theoretischen Überlegungen einerseits immer mit Begebenheiten aus der Praxis; andererseits schildern sie Beispiele aus dem beruflichen Alltag von Pflegefachpersonen und überlegen dann, was dies für ihre theoretischen Erkenntnisse bedeutet. So kann ich mir das tatsächlich auch hier in unserem Sprachraum vorstellen. Pflegefachpersonen müssen wissenschaftliche Kompetenzen haben, um dieses Denken verstehen und erklären zu können. Personen, die pflegewissenschaftlich tätig sind, müssen wiederum Kenntnisse aus dem beruflichen Alltag von Pflegenden haben und diese auch verstehen. Darüber hinaus muss der Dialog, also der Austausch, systematisch gefördert werden. Das

passiert beispielsweise schon an Hochschulen, die ein grundständiges Pflegestudium anbieten. Oder in akut- oder langzeitstationären oder ambulanten Einrichtungen, in denen Pflegewissenschaftler*innen aktiv tätig sein können.

Christoph Müller: Chinn und Kramer beschreiben unterschiedliche Wissensbegriffe. Dazu gehört auch das emanzipatorische Wissen. Zum emanzipatorischen Wissen gehört auch das kritische Denken. Wie können Menschen in der Praxis bestärkt werden, sich in Selbstwirksamkeit einzuüben?

Michael Bossle: Allein das Nachdenken über das, was wir tun und wie wir es tun, beziehungsweise wie wir es tun können oder dürfen, ist der Anfang einer sich verbessernden Praxis. Diese sich reflektierende Praxis braucht aber Resonanzräume des Austausches und des Diskurses. Nicht nur die direkt Pflegenden untereinander, sondern auch die Lehrenden und die Leitenden sollten hierzu vermehrt und untereinander in den Austausch kommen. Selbstwirksamkeit erleben beruflich Pflegenden dann, wenn sie zusammen und erfolgreich mit den Pflegeempfängerinnen sind. Aber genauso wichtig ist es, dass die Pflegenden gehört werden und konstruktiv für ihre reflektierende Praxis streiten können und dies auch explizit lernen.

Christoph Müller: Beim personengebundenen Wissen geht es sicher auch um die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Selbstreflexion. In der Hektik des Alltags geht genau dies unter. Wie kann trotzdem das Nachdenken über sich und sein Handeln gelingen?

Michael Bossle: Hier sieht man sehr schön wie sich die Muster

überlappen und aufeinander Einfluss nehmen. Ohne meine Grenzen zu kennen, kann ich mich nicht für mich und andere einsetzen. Hier würde ich entsprechend eben auch keine Selbstwirksamkeit erleben. Deswegen bin ich hier sowohl auf die Reflexion meiner Erfahrung, wie auch die externe Seite des Wissens angewiesen. Wissen entwickelt sich bei Chinn und Kramer eben nicht nur durch die Produktion von Wissen, das ich dann nutzen, lesen, lernen kann etc., sondern auch durch das Handeln selbst und die Ausübung der Pflegekunst. Damit wird Pflege potentiell jedesmal neu gedacht und ausgeübt und einzigartig in der Ausübung. Dieses Wissen hat eben beide Seiten: die interne und externe Seite des Wissens. Und hier muss die beruflich pflegende Person wissen, wo sie begrenzt ist und auch warum sie begrenzt ist. Dann kann sie ihr Wissen wieder entsprechend erweitern oder verbessern.

Elisabeth Linseisen: Wenn es tatsächlich so ist, dass die Bereitschaft, über sich und das eigene Handeln nachzudenken, verloren ginge, dann bin ich ehrlich gesagt ratlos! Davon gehe ich aber bei Pflegefachpersonen nicht aus. Was sicherlich gefördert werden kann und sollte, ist zum einen bereits in der Grundausbildung bzw. im Studium die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und dem Menschsein zu unterrichten/ zu lehren. Dieses „Themengebiet“ ist freilich nicht gut abprüfbar und wird vielleicht deshalb nicht als so vordringlich gesehen. Ich habe dann aber nach Beendigung der Ausbildung bzw. des Studiums ein gewisses Tool an Möglichkeiten erlernt. Zum anderen habe ich als ausgebildete Pflegefachperson ja schon die Chance und auch die

Verantwortung, auf mich zu achten und Forderungen z.B. nach regelmäßiger Supervision zu stellen.

Christoph Müller: Unter anderem ermuntern Chinn und Kramer zum Aufbau empirischen Pflegewissens. Wo erleben Sie Grenzen in diesem Zusammenhang? Wie können erlebte Grenzen überwunden werden?

Michael Bossle: Pflegende „produzieren“ täglich und laufend Wissen. Zumeist bleibt es aber auf der internen Seite des Erfahrungswissens. Dieses Wissen zu explizieren, trägt auch zu dem Zuwachs empirischen Wissens bei.

Empirisches Wissen muss allerdings beobachtbar, überprüfbar und anwendbar sein. Es muss auch evaluiert sein. Pflegende sollten also in der Lage sein, ihr Wissen zu explizieren. Das spricht für mich klar dafür, dass die Pflege eine akademische Grundlage braucht, nämlich zu wissen, wie man wissenschaftlich arbeitet und sich expliziert. Pflege muss damit auch in der Lage sein zu forschen. Davon sind wir in der täglichen Pflegearbeit aber noch meilenweit entfernt. CAVE! Das heißt nicht, dass Pflegende, die nicht studiert haben schlecht pflegen, sondern es heißt, dass dem deutschen Pflegewissen häufig noch die Produktion des externen Wissens fehlt, weil es auch nicht zu unserer Pflege tradition gehört, das was ich tue auch forschend auf den Prüfstand zu stellen.

Elisabeth Linseisen: Der Aufbau von empirischem Wissen hängt eng mit der Fähigkeit Fragen zu stellen zusammen. Vielleicht kennen Sie noch eine alte Kindersendung des deutschen Fernsehens. Darin gibt es das Eingangsglied mit

den eingängigen Zeilen: Wer, wie, was, wieso, weshalb, warum ...? (Wer nicht fragt bleibt dumm ...) Als Kind entdeckt man die Welt durch Fragen – während der Schul- und Ausbildungszeit zählen häufig Antworten mehr. Leider erlebe ich es immer wieder im (beruflichen) Alltag, dass Fragen bewusst oder unterbewusst unterbunden werden und nicht erwünscht sind. Klar gibt es Situationen, in denen es einfach nicht passend ist, Fragen zu stellen. Aber wie sollen wir zu neuen Erkenntnissen kommen, wenn wir im Pflegealltag keine Fragen zur Pflege stellen und weiterhin Handlungen vollziehen, „weil das halt schon immer so gemacht worden ist“?

Christoph Müller: Wer sich auf das Feld des Projektmanagements wagt, der lernt, dass Ziele erreichbar sein müssen. Chinn und Kramer wünschen sich Integration von Wissen und evidenzbasierter Praxis. Hängen die Früchte diesbezüglich nicht zu hoch?

Michael Bossle: Ich glaube, dass, wenn man verstanden hat, was „praxis“ für Chinn und Kramer bedeutet (nämlich nicht wie bei uns das Verständnis von Pflegehandeln in der Praxis, sondern vielmehr ein Verständnis eines laufenden Bewusstseins der Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Wissensquellen), dann kann man täglich schöpferisch und zielgebunden handeln. Beispielsweise bekäme der Pflegeprozess eine ganz besondere Bedeutung, nämlich nicht nur des Handlungsvorbehalts, sondern auch des Erreichens täglicher machbarer Ziele mit meinen Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner oder Klientinnen und Klienten. Und dies kann ich auch auf die anderen Ebenen übertra-

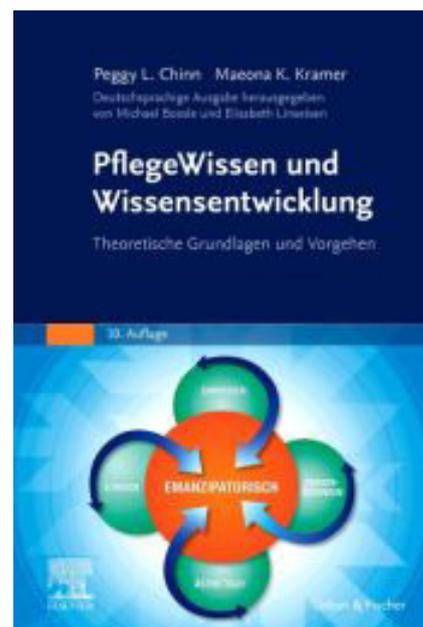
gen. Die Ebene der Organisation und die Ebene des Systems in dem wir täglich handeln.

Elisabeth Linseisen: Hoch sicherlich – wenn ich aber glaube zu hoch, dann hätte ich tatsächlich kein Ziel mehr. Mir ist natürlich auch bewusst, dass es ein weiter Weg mit vielen kleinen Schritten und auch Rückschritten ist. Zudem sind die Voraussetzungen nicht einfach. Aber „die Sache“, also eine sehr gute pflegerische Versorgung von Mitmenschen, ist es allemal wert, sich dafür einzusetzen.

Christoph Müller: Welche Vision haben Sie zum PflegeWissen und zur Wissensentwicklung?

Michael Bossle: Ich wünsche mir, dass das Buch in Aus-, Fort- und Weiterbildung und im Studium zum täglichen Gebrauch anstiftet.

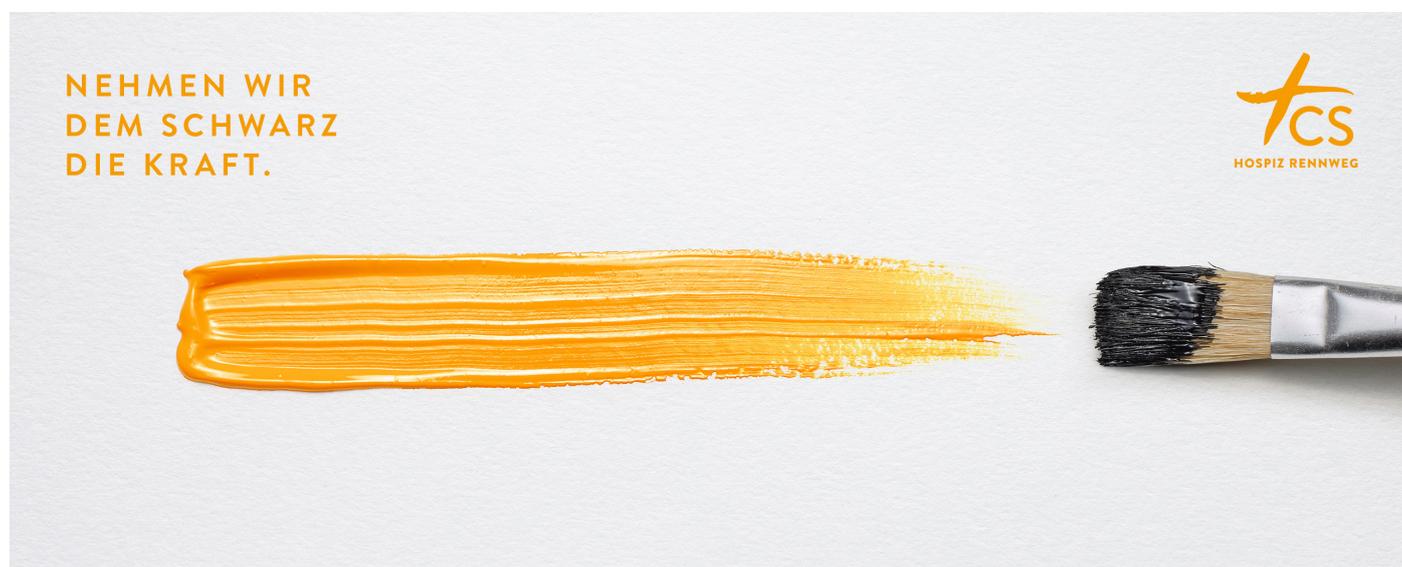
Meine Vision ist, dass Pflegefachpersonen bewusst wird, was sie alles wissen, in welchen Bereichen sie weiteres Wissen erwerben sollten und was für ein reichhaltiges Fundament dieses Wissen darstellt, um sehr gut Menschen aller Generationen in allen Settings pflegen zu können.



Das Buch, um das es geht

Peggy L. Chinn & Maeona K. Kramer: PflegeWissen und Wissensentwicklung – Theoretische Grundlagen und Vorgehen, Elsevier-Verlag, München 2022, ISBN 978-3-437-27251-6, 334 Seiten, 50 Euro

1 Chinn, Peggy L & Kramer, Maeona K (1996): Pflege-theorie. Konzepte, Kontext, Kritik. Berlin. Ullstein Mosby.





„Zwang kann nicht gerechtfertigt werden“

Christoph Müller im Gespräch mit Dirk Richter

Die Menschenrechte sind ein ständig wiederkehrendes Thema in der psychiatrischen Versorgung. Dabei fehlt es an grundsätzlichen Auseinandersetzungen mit den Menschenrechten in der Fachliteratur. Der Soziologe und Krankenpfleger Dirk Richter hat gemeinsam mit Christoph Müller einen Kaffee getrunken.

Christoph Müller: Mit dem Buch „Menschenrechte in der Psychiatrie“ haben Sie, Herr Richter, nicht nur ein unüberhörbares Signal gesetzt, was Maßstab bei der Humanität in der psychiatrischen Versorgung sein sollte. Sie haben sich ein Brett vorgenommen, das schwer zu bohren ist. Was ist Ihre Motivation?

Dirk Richter: Mit dem ‚unüberhörbar‘ bin ich mir nicht so sicher; meine Messlatte liegt nicht so hoch. Meine Motivation war zweierlei. Zum einen hatte ich den Eindruck, dass die empirische Forschung zu den Voraussetzungen und Folgen von Zwangsmaßnahmen nicht das hergab, was gemeinhin in der Versorgung als Rechtfertigung angenommen wurde. Zum zweiten war ich etwas frustriert, zu erkennen, dass jahrelange Forschungs- und Praxisinnovationen nicht wirklich zu entsprechenden Resultaten in der Versorgung führten. In der Schweiz etwa sind Zwangsmaßnahmen in den letzten 10 Jahren erheblich angestiegen.

Christoph Müller: Im Zusammenhang mit psychiatrischen Zwangs-

maßnahmen schreiben Sie von einem Legitimationsproblem. Was meinen Sie konkret damit?

Dirk Richter: Das Legitimationsproblem bezieht sich auf die Voraussetzungen und Folgen von Zwang, mit dem die Maßnahmen üblicherweise ethisch begründet werden. Es wird beispielsweise angenommen, Zwang sei zum Wohle der betroffenen Person. Im Detail würde dies bedeuten, die betroffene Person würde der Anwendung von Zwang im Nachhinein zustimmen. Das ist aber nur bei einer Minderheit der Fall. Dann wird angenommen, es würden nur die geringstmöglichen Einschränkungen angewendet und diese auch nur als letzte Mittel. Fakt ist aber, dass im Vorfeld von Zwang

viele Möglichkeiten nicht genutzt werden, welche Menschen überhaupt aus der stationären Versorgung heraushalten würden und damit das Risiko von Maßnahmen gegen den Willen der Person reduzieren könnten. Das sind etwa ambulante Hilfen in der Wohnunterstützung oder das Home Treatment, das derzeit nur vereinzelt angeboten wird.

Christoph Müller: Viele psychiatrische Praktiker_innen werden Ihnen Realitätsferne vorwerfen, wenn sie von den Haltungen und Werten lesen, die Sie vertreten. Was erwidern Sie diesen Menschen?

Dirk Richter: Den Vorwurf höre ich in der Tat recht häufig. Ich muss den Kolleginnen und Kollegen insofern rechtgeben, als unter den derzeitigen konzeptionellen, rechtlichen und finanziellen Bedingungen in der psychiatrischen Versorgung die Abschaffung von Zwang nicht realistisch ist. Solange etwa im Rechtssystem, in der Politik und in der Öffentlichkeit die Überzeugung herrscht, medizinischer Zwang sei ein legitimes Mittel im Umgang mit Menschen mit psychosozialen Problemen, solange wird die Praxis weitergehen, wie gehabt. Im Übrigen bin ich nicht grundsätzlich gegen Zwang. Die Gesellschaft hat das Recht, sich zu schützen vor bestimmten Handlungen und auch vor Menschen. Ich bin lediglich gegen Zwang in der Psychiatrie, weil er nicht gerechtfertigt werden kann, wenn die gängigen Kriterien der Ethik und der Medizin herangezogen werden.

Christoph Müller: Besondere Aufmerksamkeit verdient die Auseinandersetzung mit Sprache im psychiatrischen Kontext. Was ha-

ben Menschenrechte in der Psychiatrie mit dem Benutzen von Sprache zu tun?

Dirk Richter: Mit Sprache drücken wir aus, wie Anerkennung und Würde kommuniziert werden. Im psychiatrischen Kontext ist es darüber hinaus relevant, als viele Menschen sich nicht als ‚krank‘ erleben, die im Gesundheitssystem aber als ‚krank‘ etikettiert werden. Insgesamt ist das eine sehr komplizierte Thematik. Lange haben wir den so genannten ‚Person first‘-Ansatz praktiziert, also beispielsweise gesagt: „Menschen mit Autismus“, um zu einer Entstigmatisierung beizutragen. Aber gerade bei Menschen mit Autismus macht sich derzeit eine Gegenbewegung bemerkbar, welche den ‚Identity first‘-Ansatz präferiert, also: „Autistische Menschen“. Der Hintergrund ist, dass Neurodiversität heute von den Betroffenen selbst nicht mehr als Stigma wahrgenommen wird, sondern als eine positiv besetzte Eigenschaft. Im Grunde müssen wir alle Menschen befragen, wie sie selbst angesprochen werden wollen, wenn wir ihnen in der Versorgung begegnen.

Christoph Müller: Sie legen ein besonderes Augenmerk auf die Frage der Wirksamkeit psychiatrischer Therapien. Dabei gewinnen Betroffene, Angehörige und psychiatrische Praktiker_innen den Eindruck, dass die Wirklichkeit eher düster aussieht. Wie kommt es dazu?

Dirk Richter: Die empirische Forschung ist da eindeutig. Sowohl die Pharmakotherapie als auch die Psychotherapie sind nach den Kriterien, welche sich die Psychiatrie selbst gegeben hat, nicht einmal moderat effektiv. Und gerade im

Zusammenhang mit der Pharmakotherapie wissen wir, dass viele Menschen die Medikamente nicht so einnehmen, wie sie verordnet wurden. Ich sehe zwei Gründe hauptsächlich in diesem Zusammenhang. Zum einen besteht in der Pharmakotherapie nach wie vor ein großes Missverhältnis zwischen Wirkungen und Nebenwirkungen. Zum zweiten, und das hängt damit zusammen, geschieht die Therapie oftmals gegen die Präferenzen der betroffenen Personen.

Christoph Müller: Sie fragen mit großem Engagement danach, was eine psychische Erkrankung ist, kommen letztendlich zu dem Schluss, dass der passendere Begriff „psychosoziale Probleme“ ist. Was macht Sie da so sicher?

Dirk Richter: Sicher bin ich vor allem bei der Infragestellung des Konzepts der ‚psychischen Krankheit‘. Auch hier beziehe ich mich wieder auf die Forschungslage, etwa in den Neurowissenschaften oder in der so genannten taxonomischen Forschung. Dort wird offen gesagt, wir wissen nicht genau, was eine psychische Krankheit ist, aber wir wissen, dass aktuelle Klassifikationen wie die ICD keine empirische Grundlage haben. Wir können beispielsweise nicht eindeutig zwischen ‚krank‘ und ‚gesund‘ unterscheiden und wir haben Probleme, die in der ICD beschriebenen Krankheitsbilder tatsächlich als separate Einheiten zu finden. Die ‚psychosozialen Probleme‘ sind ein Vorschlag von mir, wie unter Umständen angemessener damit umgegangen werden kann, wenn Menschen sich nicht als ‚krank‘ erleben.

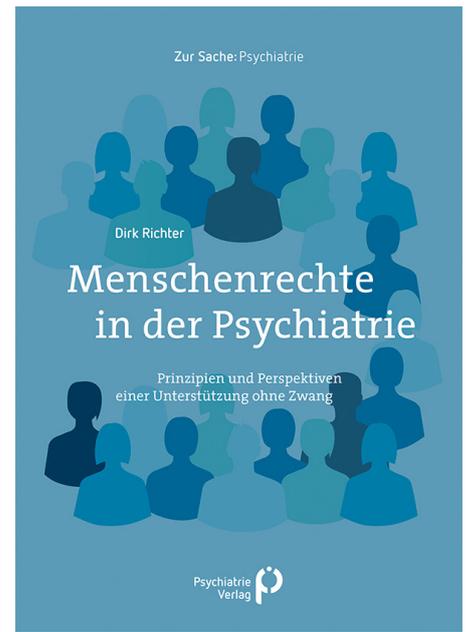
Christoph Müller: Mit dem Buch „Menschenrechte in der Psychia-

trie“ haben Sie einen großen Anstoß gegeben, um unter anderem eine veränderte Sicht auf Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie zu erarbeiten. Wo braucht die psychiatrische Versorgung weitere bahnbrechende Anstöße?

Dirk Richter: Obwohl ich selbst über Jahrzehnte hinweg evidenz-orientierte Forschung gemacht habe, bin ich vom Evidenz-Konzept immer weniger überzeugt. Zu oft hat das, was wir in der Psychiatrie als evidenz-basiert beschreiben, tatsächlich nur eine schwache Evidenz, wie die Pharmakotherapie. Ich bin mittlerweile überzeugt, dass eine präferenzorientierte Unterstützung mindestens zu gleich guten Ergebnissen führen kann und aber eine bessere Akzeptanz bei den Menschen erzielt. Die Psychiatrie würde insgesamt gewinnen, wenn wir nicht nur danach fragen, wie Menschen sich und ihre Probleme selbst beschreiben würden, sondern auch danach, wie wir ihnen am besten helfen können.

Christoph Müller: Dank sei Ihnen gesagt für die anregenden Impulse.

Zur Sache: Psychiatrie



Dirk Richter

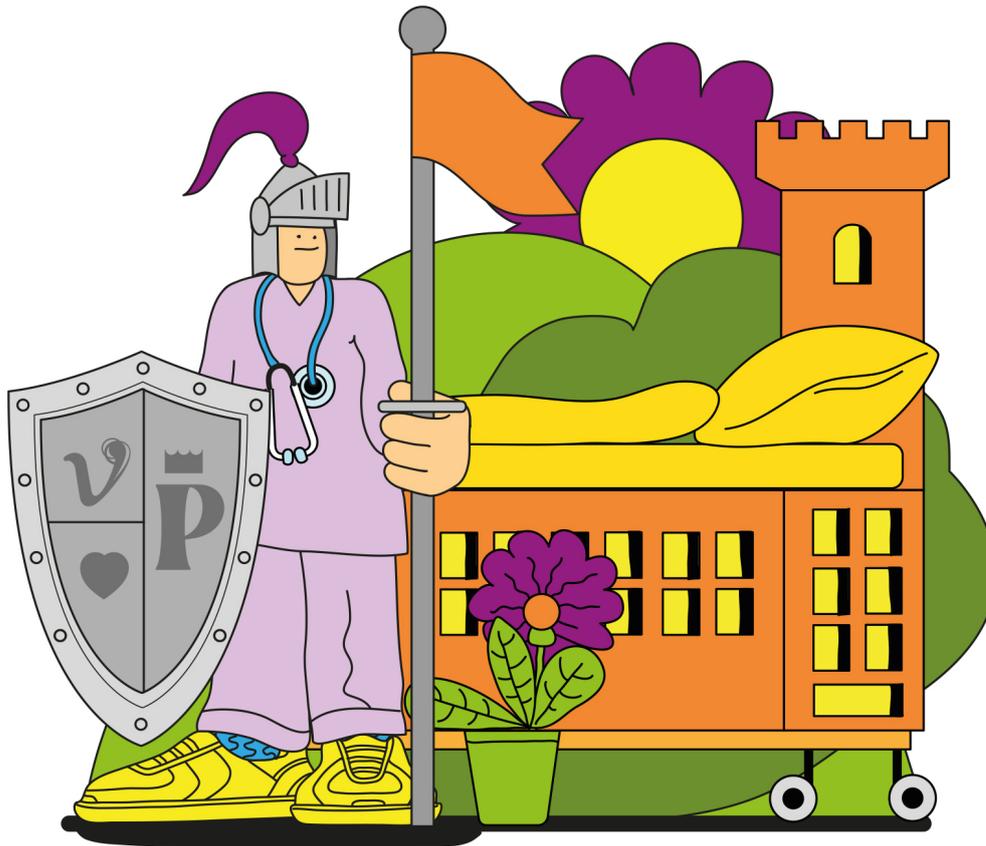
Menschenrechte in der Psychiatrie

Prinzipien und Perspektiven
einer Unterstützung ohne Zwang

Psychiatrie
Verlag

Das Buch, um das es geht

Dirk Richter: Menschenrechte in der Psychiatrie – Prinzipien und Perspektiven einer Unterstützung ohne Zwang, Psychiatrie-Verlag, Köln 2023, ISBN 978-3-96605-140-8, 184 Seiten, 25 Euro; E-Book als Gratis-Download erhältlich



Manche sagen Pflegerin.

ANDERE SAGEN

RITTERIN

Wir sagen: „Danke, Andrea!“

Andrea ist Pflegerin aus Überzeugung. Durch ihr entschlossenes Handeln vertritt sie die Interessen der Patient*innen. Was für andere ritterlich klingt, ist für sie selbstverständlich. Danke allen Pfleger*innen, die wie Andrea für das Wohl unserer Patient*innen kämpfen.

Wir suchen überzeugte Pflegefachkräfte: www.pflegejobs.wien

„Ich würde mir eine vollakademisierte Pflege wünschen“

Christoph Müller im Gespräch mit Brigitte Teigeler

Was heißt denn eigentlich Skill-Grade-Mix? Mit dem Qualifikationsmix in pflegerischen Berufen beschäftigt sich ein Buch, das Brigitte Teigeler und Barbara Müller veröffentlicht haben. Mit Brigitte Teigeler hat Christoph Müller bei einer Tasse Tee geplaudert.

Christoph Müller: Mit Barbara Müller haben Sie, Frau Teigeler, ein Buch zum „Qualifikationsmix in der Pflege“ herausgegeben. Der Qualifikationsmix ist ein Terminus, der einem Phantom gleich durch die Pflegewelt geistert. Was können wir darunter verstehen?

Brigitte Teigeler Qualifikationsmix bedeutet, dass in einem Pflorgeteam Mitarbeitende mit

unterschiedlichen Abschlüssen arbeiten – das kann von Pflegehelfer_innen über examinierte Pflegefachpersonen sowie Bachelor- und Master-Absolvent_innen bis zu promovierten Pflegewissenschaftler_innen reichen. Weitere genutzte Begriffe sind in diesem Zusammenhang der Skill-Mix und der Grade-Mix. Beim Skill-Mix geht es um die unterschiedlichen Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten, die die Mitarbeitenden mitbringen. Der Grade-Mix beschreibt, wie auch der Qualifikationsmix, die formalen Abschlüsse sowie Zusatzausbildungen.

Christoph Müller: In der Gesundheitsversorgung geht es in erster Linie um die Patient_innen. Was

haben die erkrankten und pflegebedürftigen Menschen davon?

Brigitte Teigeler: Die Patient_innen profitieren vor allem durch eine sicherere Versorgung. Das haben mehrere Studien eindeutig belegen können, zum Beispiel die RN4CAST-Studie der bekannten US-amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Linda Aiken. Hier hat sich gezeigt: Je reichhaltiger der Qualifikationsmix, also je mehr akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in einem Pflorgeteam arbeiten, desto besser ist das Outcome der Patient_innen. Das heißt, es treten weniger Komplikationen auf und die Sterblichkeit sinkt. Begründet wird das damit, dass akademisch qualifiziertes



Pflegepersonal eine stärkere Expertise in die Teams bringt und somit in der Lage ist, Probleme wie eine sich ankündigende Infektion oder Blutung sehr frühzeitig zu erkennen.

Christoph Müller: Der Begriff des Qualifikationsmix klingt wunderbar in den Ohren. Die Wirklichkeit an den Betten zeigt jedoch einen Graben. Auf der einen Seite sind diejenigen, die einem trockenen Schwamm gleich Bildung und Qualifizierungen aufsaugen. Auf der anderen Seite sind diejenigen, die Bildung und Entwicklung ignorant gegenüberstehen. Wie kann da eine Brücke gebaut werden?

Brigitte Teigeler Ich würde es anders formulieren. Ich denke, dass einige Pflegenden Ängste und Sorgen haben, wenn plötzlich akademisch qualifizierte Pflegenden in die Teams kommen. Und das kann mit Widerständen einhergehen. „Was bringt uns das überhaupt?“, heißt es dann, oder gar: „Die können nichts, wissen aber alles besser.“ Der beste Weg, um Vorbehalte gegenüber studierten Pflegenden abzubauen, ist tatsächlich, sie in die Teams zu integrieren. Das zeigt auch das Programm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen in der Praxis“, das von 2019 bis 2022 in sieben deutschen Gesundheitseinrichtungen erprobt wurde. Auch hier gab es zu Beginn Vorbehalte, am Ende des Programms waren diese überall – wenn auch nicht restlos, so doch zumindest weitgehend – verschwunden. Frank Weidner, Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, hat das Programm wissenschaftlich begleitet. Er betont in unserem Buch die Notwendigkeit, bestehende Ängste, Sorgen und Widerstände ernst zu nehmen und nicht einfach darüber hinwegzugehen. Es müsse sehr viel Überzeu-

gungsarbeit geleistet werden, und das sei eine Leitungsaufgabe.

Christoph Müller: Im Buch werden der Qualifikationsmix und die Personalbemessung auch gemeinsam bedacht. Wie können da Perspektiven entwickelt werden im Angesicht schnell schwindender Ressourcen?

Brigitte Teigeler: Dass es an Pflegepersonal mangelt, ist lange bekannt. In der Corona-Pandemie ist das auch endlich mal öffentlich diskutiert worden, dann aber wieder schnell von der Bildfläche verschwunden. Doch wie viel Pflegepersonal mit welcher Qualifikation braucht es im Krankenhaus? Das könnte mithilfe einer guten Personalbemessung bestimmt werden und damit bestenfalls dazu beitragen, dass auch ausreichend Personal vorhanden ist. Doch noch mangelt es an einem guten Instrument. In Deutschland ist seit Januar 2023 übergangsweise die PPR 2.0, kurz für Pflegepersonalregelung, eingeführt worden, zunächst in ausgewählten Kliniken. Ab 2025 soll sie dann für alle Kliniken verbindlich gelten. Allerdings nimmt die PPR 2.0 wie auch andere Verfahren keinen Bezug auf unterschiedliche Qualifikationslevel. Perspektivisch wäre also ein Instrument wünschenswert, das den Qualifikationsmix mitberücksichtigt. Allerdings: Allein dadurch wird sich das Thema Personal-mangel in der Pflege nicht lösen lassen. Dazu braucht es vielfältige Maßnahmen, die vorrangig mit Arbeitsbedingungen und Personalentwicklung zu tun haben.

Christoph Müller: Blicken wir in die Gegenwart der Gesundheitsversorgung, so fällt auf, dass eine Vielzahl derjenigen Pflegeprofis, die mit Qualifikationen entwickelt werden, schnell den Abstand zum

Patient_innen-Bett und die Nähe zum Schreibtisch suchen. Ist da die Idee des Qualifikationsmix nicht zum Scheitern verurteilt?

Brigitte Teigeler Das ist ein oft gehörtes Argument: „Wenn die erstmal studiert haben, wollen die gar nicht mehr in der Praxis arbeiten.“ Das mag vielleicht auf wenige Pflegenden zutreffen, aber es gibt heute sehr viele, die bewusst in der Pflegepraxis bleiben und weiter mit Patient_innen arbeiten möchten. Hinderlich wirken sich meiner Meinung nach eher die derzeitigen Bedingungen aus: Oft ist die Gehaltsfrage nicht geklärt, die akademisch qualifizierte Pflegeperson ist die einzige mit dieser Qualifikation im Team und die Kolleg_innen sind nicht gut vorbereitet. Dadurch werden die Bachelor- oder Masterabsolvent_innen schnell zu Einzelkämpfern. Gleichzeitig werden sie in ihrer neuen Position häufig nicht ausreichend begleitet. Wenn diese Punkte geändert würden, könnte eine Anstellung als Pflegeexpert_in sehr attraktiv sein. Das sieht man auch in Kliniken, die schon lange mit akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen arbeiten, wie das Universitätsklinikum Freiburg. Ein großer Hinderungsgrund für den Qualifikationsmix in Deutschland ist, dass wir viel zu wenige Bachelor- und Masterabsolvent_innen haben. Hier sind die Zahlen derzeit sogar rückläufig, und viele Pflegestudiengänge sind nicht mal zur Hälfte ausgelastet.

Christoph Müller: Welche Vision haben Sie, Frau Teigeler, selbst zum Qualifikationsmix?

Brigitte Teigeler: Ich würde mir eine vollakademisierte Pflege wünschen, wie das in vielen anderen Ländern auch der Fall ist. Da diese Vision für die nächsten 20 Jahre eher unrealistisch ist, wün-

sche ich mir, dass wir bis 2045 zumindest 15 bis 20 Prozent studiertes Pflegepersonal haben, um bis dahin flächendeckend einen erweiterten Qualifikationsmix umzusetzen. Von dieser Empfehlung des Wissenschaftsrats aus 2012 sind wir leider noch weit entfernt.

Christoph Müller: Ganz herzlichen Dank



Barbara Müller / Brigitte Teigeler (Hrsg.)

Qualifikationsmix in der Pflege

Best Practice im Pflegemanagement

 hogrefe

Das Buch, um das es geht

Brigitte Teigeler & Barbara Müller: Qualifikationsmix in der Pflege – Best-Practice im Pflegemanagement, Hogrefe-Verlag, Bern 2023, ISBN 978-3-456-86265-1, 128 Seiten, 29.95 Euro



Von Beruf
Mensch



Unsere

Forderungen an den Gesundheitsminister

- **KONSEQUENTE ANPASSUNG DER LEISTUNG AN DEN PERSONALSTAND IN DEN KLINIKEN UND PFLEGEZENTREN!**

Die tägliche Überlastung der Kolleg:innen durch Personalmangel muss rasch beendet werden!

- **STEUERFREIHEIT AB DER 32. WOCHENSTUNDE!**

Teilzeit macht wöchentlich in unseren Betrieben mehr als eine Million Arbeitsstunden oder umgerechnet 26.000 Mitarbeiter:innen aus! Es braucht attraktivere Angebote an jene, die mehr arbeiten wollen!

- **EXISTENZSICHERNDE ANSTELLUNG ALLER AUSZUBILDENDEN!**

Das Modell hat in mehreren Projekten erfolgsversprechend funktioniert, erste Zahlen aus mehreren Bundesländern belegen das! Die bisherigen Maßnahmen der Bundesregierung zeigen kaum Wirkung!

- **SCHWERARBEIT FÜR ALLE BESCHÄFTIGTEN IN GESUNDHEIT UND PFLEGE!**

Die Schwerarbeitsverordnung ist derzeit ein Bürokratiemonster und auf Ablehnung ausgelegt! Die wesentlichen Bedürfnisse der Kolleg:innen müssen besser abgebildet werden!

- **STUFENWEISE ANPASSUNG DER ARBEITSZEIT AUF 35 WOCHENSTUNDEN!**

Der hohe Teilzeitanteil (31,9 Stunden tatsächlich vereinbarte Arbeitszeit) zeigt, dass die Kolleg:innen die vollen Wochenstunden nicht durchhalten können! Die schrittweise Senkung der Arbeitszeit bei vollem Lohnausgleich ist daher ein Gebot der Stunde!

mehr Informationen unter:
vonberufmensch.at





„Was Angehörigen hilft, muss immer maßgeschneidert sein“

Christoph Müller im Gespräch mit Nina Wolf und Samuel Vögeli

Angehörige von Menschen mit Demenz brauchen viel Aufmerksamkeit. Die psychosoziale Beraterin Nina Wolf und der Pflegefachmann Samuel Vögeli haben ein Buch gemacht, das die Sprache der Praxis spricht. Sie haben mit Christoph Müller gesprochen.

Christoph Müller: Die Versorgung von dementiell veränderten Menschen sowie die Begleitung der An- und Zugehörigen scheint gut zu sein. Trotzdem bringen Sie, liebe Frau Wolf, lieber Herr Vögeli, ein eigenes Konzept in den fachlichen Diskurs ein. Was hat Sie dazu motiviert?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Unsere Erfahrung und die Forschung deuten leider auf ein anderes Bild hin: Viele Angehörige berichten, dass sie sich oft alleine gelassen fühlen, dass sie ungenügend über die Krankheit aufgeklärt wurden und nicht auf die Entlastung und Unterstützung zählen können, die sie bräuchten. Das bestätigt den Befund der internationalen Forschung: In vielen Regionen – auch im deutschsprachigen Raum – erhalten Angehörige oft nicht die Beratung und Begleitung, welche ihnen gemäss wissenschaftlichen Forschungsergebnissen am besten helfen würde. Zudem gab es bisher kein Praxishandbuch in deutscher Sprache, welche diese evidenzbasierten Ansätze praxisnah vermittelt. Darum haben wir uns zum Schreiben eines eigenen Buches entschieden. Dabei hatten wir nicht im Sinn, ein eigenes Konzept zu entwickeln. Es ging uns vielmehr darum, unsere Kenntnisse der Forschungslage und eigene Beratungserfahrung anderen Fachpersonen zugänglich zu machen. Dabei erheben wir weder Anspruch auf Originalität noch auf Allgemeingültigkeit. Wir wünschen uns vielmehr, dass unser Buch Fachpersonen dazu anregt, ihre Praxis zu reflektieren und vielleicht die eine oder andere unserer Ideen für ihre eigene Beratungstätigkeit zu nutzen.

Christoph Müller: Bei der Beratung der Angehörigen von Men-

schen mit Demenz setzen Sie auf die Niederschwelligkeit und die Pflege von Vertrauen. Was motiviert Sie dazu?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Wenn wir Angehörigen von Menschen mit Demenz zuhören, wird immer wieder deutlich, wie schwierig die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für sie ist. Dafür gibt es zahlreiche Gründe, welche zum Teil auch mit inneren Widerständen zu tun haben. Besonders erschwerend ist jedoch, dass dem Zugang zu diesen Angeboten oft zahlreiche Hürden im Weg stehen: komplizierte Anmeldeprozeduren, lange Anfahrtswege und Wartezeiten, hohe Kosten, um hier nur einige zu nennen. Bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten gilt es darum immer auch, mitzubedenken, dass diese möglichst einfach genutzt werden können. In unserem Buch geben wir hierzu verschiedene Denkanstösse.

Damit Angehörige von Angeboten aber auch wirklich profitieren können, müssen diese selbstverständlich auch gewisse Qualitätskriterien erfüllen. Dazu gehört auch der Faktor Vertrauen. Um auch sehr persönliche Aspekte des Alltags, wie Schuldgefühle, Aggression oder Sexualität mit einer Beratungsperson besprechen zu können (und zu wollen) braucht es eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Angehörigen und der Beratungsperson. Natürlich hängt Vertrauen von vielen individuellen, spontanen und oft unbewussten Faktoren ab. Und dennoch können Beratungspersonen die Entstehung einer vertrauensvollen Beziehung mit ihrer Haltung, ihrem Auftreten und ihrem Gesprächsverhalten positiv beeinflussen. Im Buch gehen wir genauer darauf

ein.

Christoph Müller: Sie legen einen Schwerpunkt in der Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz auf die Auseinandersetzung mit Aggression und Gewalt, da dies bekanntlich ein häufig auftretendes Phänomen ist. Was macht die Grundzüge Ihres Konzeptes aus? Was kann gesellschaftlich mehr für die Angehörigen von Menschen mit Demenz geschehen?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Auch wenn wir in unserem Buch kein eigenes Konzept entwerfen, so sind uns einige Prinzipien der Beratung doch besonders wichtig. Dazu gehört, dass Beratung nur dann wirksam sein kann, wenn Angehörige die dringlichsten Themen aus ihrem Alltag besprechen und bearbeiten können – wie auch Aggression und Gewalt. Diese Phänomene treten nicht nur häufig auf, sondern sind auch stark schuld- und schambelegt. Das macht sie zu wichtigen und gleichzeitig „heiklen“ Themen der Beratung, weshalb wir in unserem Buch einen Schwerpunkt darauf legen: Wie können wir es Angehörigen ermöglichen, über intime Themen zu sprechen? Wie erkennen wir, welche Bedeutung Aggression und Gewalt im Alltag unserer Klientinnen und Klienten haben, wenn sie diese Themen vermeiden? Und was sollten wir tun, wenn wir während des Beratungsgesprächs selbst mit aggressiven Reaktionen konfrontiert werden?

Wir sind froh, dass Sie auch die gesellschaftliche Dimension einer guten Demenzversorgung ansprechen. Dazu gäbe es unendlich viel zu sagen. Grosser Handlungsbedarf besteht zunächst einmal bei

der Finanzierung von Beratungsleistungen. Zwar gibt es einzelne Regionen im deutschsprachigen Raum, in welchen qualitativ hochwertige Beratungsangebote kostenlos oder zumindest erschwinglich zur Verfügung stehen. Oft handelt es sich dabei aber um zeitlich beschränkte Pilot- oder Modellprojekte, in den seltensten Fällen gehören diese Angebote zur Regelversorgung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Stellenwert, der die Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz in den Aus-, Weiter- und Fortbildung der Fachpersonen im Sozial- und Gesundheitswesen einnimmt. Leider wird das Thema oft nur am Rande behandelt, weshalb Beratung nicht zum Selbstverständnis dieser Berufsgruppen gehört. Das muss sich dringend ändern, zum Beispiel durch entsprechende Anpassungen in den Aus- und Weiterbildungscurricula.

Christoph Müller: Was macht denn eigentlich den Kern Ihres Beratungskonzeptes aus? Welchen Nutzen haben die Angehörigen von Menschen mit Demenz vor allem?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Beim Schreiben unseres Buches haben uns besonders die zahlreichen, sehr wirkungsvollen Beratungsprojekte gelehrt, in welchen die Beratenden sich nicht an ein hochstandardisiertes Prozedere halten mussten oder konnten. Erwähnenswert ist besonders das Beratungsprojekt der New York University, welches umfangreich wissenschaftlich evaluiert wurde. Die Beratungspersonen erhielten kaum methodische Vorgaben, sie mussten lediglich eine Mindestanzahl Beratungssitzungen durchführen. Die Ergebnisse zeigten: Angehörige in der Interventionsgruppe (also Angehörige, die von den Beratungen profitieren durften), zeigten signifikant und klinisch bedeutsam geringere

Belastungen und depressive Symptome. Zudem verzögerte sich der Heimeintritt der Person mit Demenz um durchschnittlich 1½ Jahre. Demgegenüber fanden andere Untersuchungen positive Effekte bei stärker strukturierten und standardisierten Beratungsangeboten. In qualitativen Begleitstudien zeigte sich jedoch, dass die Beratenden in ihrer tatsächlichen Praxis sehr flexibel mit den Vorgaben umgingen.

Die Forschung deutet darauf hin, dass Strukturierung und Standardisierung von Beratungsangeboten nicht nur kein Garant für die Wirksamkeit derselben sind, sondern dass sie oft sogar Stolpersteine darstellen. Neueste Forschungsergebnisse bestätigen zunehmend die Prinzipien der personenzentrierten Praxisentwicklung, nach welcher Innovationen vor allem dann besonders wirksam sind, wenn möglichst alle Beteiligten partizipativ an deren Entwicklung und Ausgestaltung beteiligt werden. Unser Buch verstehen wir in diesem Sinne mehr als Inspirationsquelle für solche Innovationen und weniger als einfach zu übernehmendes Konzept oder gar „Manual“.

Christoph Müller: Sie beschreiben in Ihrem Beratungskonzept auch die unterschiedlichen Settings der Versorgung von Menschen mit Demenz. Was macht in den unterschiedlichen Settings den Moment der Familiensensibilität aus?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Familiensensibilität ist in allen Settings von sehr großer Bedeutung. Aus systemischer Sicht ist ein Mensch nur dann (annähernd) zu verstehen, wenn er in seinem sozialen Kontext wahrgenommen wird: Wenn wir die Familie vergessen, vergessen wir auch einen wesentlichen Teil der Person. Wichtig ist dabei zu erwähnen, dass wir in Anlehnung an das Calgary-Mo-

dell der Familienzentrierten Pflege nach Wright und Leahey ein breites Familienverständnis vertreten: Die ratsuchende Person sagt, wer zu ihrer Familie gehört, nicht wir.

Wichtig ist Familiensensibilität bzw. der Blick auf das ganze System auch deshalb, weil Angehörige von Menschen mit Demenz selbst eine Hochrisikogruppe für somatische und psychische Erkrankungen sind. Als Fachpersonen im Sozial- und Gesundheitswesen vernachlässigen wir einen wesentlichen Teil unseres professionellen Auftrages, wenn wir dies nicht wahrnehmen.

Christoph Müller: Das chronische Phänomen der dementiellen Veränderungen bei einem Menschen führt bei Betroffenen sowie bei den An- und Zugehörigen zu vielfältigem Stress. Wie sehen die Belastungen aus? Wie gelingt es An- und Zugehörigen, für sich selbst zu sorgen?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Was Angehörige als belastend erleben, ist sehr individuell. Was für jemanden schwer zu ertragen ist, stellt für jemand anderes kein Problem dar. Genauso vielfältig sind auch die Ursachen, die zu Belastungen führen können. Dazu gehören beispielsweise Veränderungen im Verhalten der Person mit Demenz, im schlimmsten Fall auch Aggression und Gewalt. Für die meisten Angehörigen ist aber das unaufhaltsame und oft rasche Fortschreiten der Demenzsymptomatik ein enormer Belastungsfaktor. Sobald sie sich an eine Veränderung angepasst haben, müssen sie sich wieder auf eine neue Situation einstellen. Alles Erreichte ist schon sehr bald wieder verloren. Auch das Thema Selbstsorge gilt es differenziert zu betrachten: Was Angehörigen hilft, muss immer „maßgeschneidert“ sein. Und wenn sich aufgrund der fortschreitenden Demenz die „Größe“ der Belastung

verändert, muss wieder neu „Maß genommen“ werden. Für viele Angehörige geht es darum, sich wieder zu erinnern, was ihnen guttut. Durch das Eintauchen in die Rolle der betreuenden und pflegenden Person vergessen sie sich und ihre eigenen Bedürfnisse. Sie müssen zunächst einmal ihre ganz individuellen Energiequellen wiederfinden und anzapfen. Beratung kann hierbei helfen. Würde es der Angehörigen zum Beispiel guttun, wieder soziale Kontakte zu knüpfen? Welche Unterstützung ist nötig, damit dies gelingt? In unserem Buch zeigen wir auf, wie gemeinsam mit Angehörigen konkrete Pläne ausgearbeitet und umgesetzt werden können.

Christoph Müller: Durch die Erfahrungen dementieller Veränderungen verändern sich die sozialen Beziehungen für die Betroffenen sowie die An- und Zugehörigen. Wie schaut dies konkret aus? Welche Möglichkeiten der Anders-Gestaltung haben die Familien?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Auch dies ist für jede betroffene Person und ihre Familie verschieden. Wenn wir den Blick auf innerfamiliäre Beziehungsdynamiken richten, kommen oft latente, manchmal schwellende Konflikte zum Vorschein. Alte, vermeintlich vergessene Ereignisse werden unverhofft ans Tageslicht befördert - nicht selten, weil die Person mit Demenz plötzlich alte Tabus durchbricht, indem sie zum Beispiel ein altes Familiengeheimnis preisgibt. Auch der Konsens über die Verteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten in der Familie kommt ins Rutschen: Von wem wird was erwartet? Wer darf entscheiden? Wer pflegt? Wer betreut? Wie wird dies kompensiert? Diese und viele weitere Fragen müssen neu ausgehandelt werden, und auch hier kann Beratung helfen.

So sind wir der Überzeugung, dass es für die meisten Familien von großem Nutzen ist, wenn die Verteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten in einem Gespräch - am besten zusammen an einem Tisch - diskutiert wird. So kann beispielsweise auch vermieden werden, dass eine Person in scheinbar selbstverständlicher Weise den Hauptteil der Pflege und Betreuungslast übernimmt, weil sie in der Nähe der demenzbetroffenen Person wohnt, ihr am nächsten steht oder weil ihr Care-Arbeit aufgrund ihres Geschlechts zugeschrieben wird. Unsere Erfahrung und die Forschung zeigen, dass Beratungspersonen Familien hierbei sehr wirksam unterstützen können, indem sie Familiengespräche anregen und moderieren. Dabei geht es auch um das Schaffen eines Rahmens, indem alle Anwesenden ihre Sichtweisen und Bedürfnisse offen äußern können und man sich gegenseitig zuhört. Kompetent moderierte Familiengespräche bieten zudem die Möglichkeit, gemeinsame Entscheidungen zu treffen und allfällige schwellende Konflikte zu bearbeiten. Da es sich bei der Moderation von solchen Gesprächen um eine Aufgabe handelt, die gut vorbereitet sein will, gehen wir in unserem Buch ausführlich darauf ein.

Christoph Müller: Zum Schluss muss natürlich die Frage kommen, ob Sie das Konzept der Beratung der An- und Zugehörigen von Menschen mit Demenz weiterentwickeln werden?

Nina Wolf & Samuel Vögeli: Für uns ist es selbstverständlich, dass die Inhalte unseres Buches nicht in Stein gemeißelt, geschweige denn allgemeingültig sind. Abgesehen davon sind seit dem Erscheinen unseres Buches bereits wieder interessante neue Forschungsergebnisse zum Thema Beratung von



Samuel Vögeli
Nina Wolf

Angehörige von Menschen mit Demenz beraten

Familienzentrierte Beratung,
Information und Begleitung

 hogrefe

Das Buch, um das es geht

Nina Wolf & Samuel Vögeli: *Angehörige von Menschen mit Demenz beraten – Familienzentrierte Beratung, Information und Begleitung*, Hogrefe-Verlag, Bern 2023,

ISBN 978-3-456-86008-4,
271 Seiten, 39.95 Euro

Angehörigen von Menschen mit Demenz erschienen, die zwar viele unserer Empfehlungen unterstützen, aber auch neue Aspekte wirksamer Beratung aufzeigen. Lassen es unsere beruflichen und privaten Projekte lassen zu, werden wir uns beizeiten einer Überarbeitung des Buches widmen und die Anregungen im Buch erweitern - weiterhin ohne den Anspruch, ein Konzept oder gar ein „Beratungsmanual“ vorzulegen. Was wir uns am meisten wünschen? Dass unser Buch und seine Inhalte in der interprofessionellen Fachwelt einen Dialog anzuregen vermag. Wir sind deshalb auch sehr gespannt auf die Rückmeldungen unserer Leserinnen und Leser!



Sexualisierte Gewalt in der Pflege

Gewalt hat viele Gesichter

Gewalt begegnet uns überall – „in den Medien, im beruflichen und im privaten Umfeld. Gewalt hat viele Gesichter. Es gibt sichtbare und „unsichtbare“, handgreifliche und verbale, und zum Beispiel auch die digitale Gewalt“ (StMAS o.J., Gewaltschutz und Gewaltprävention).

Gewalt im Allgemeinen und speziell Gewalt in der Pflege stellen bis heute ein tabuisiertes Thema dar. Um jedoch der Komplexität des Themas Gewalt in der Pflege gerecht zu werden, ist es notwendig sich mit den verschiedenen Gewaltformen sowie den gewaltausübenden und gewalterlebenden Personen auseinanderzusetzen. „Nach der international allgemein anerkannten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist unter Gewalt in der Pflege >>eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung<< zu verstehen, >>wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird<<(vgl. WHO, 2006)“ (Brucker et al. 2017, S.6). Gewalt in der Pflege tritt in unterschiedlichen Formen auf:

- physische Gewalt, u.a. kratzen, schlagen
- psychische Gewalt, u.a. verbale Gewalt, d.h. beleidigen, drohen oder ignorieren
- finanzielle Ausbeutung, u.a. Diebstahl
- sexualisierte Gewalt, u.a. intime Übergriffe und die Verletzung der Privats- und Intimsphäre
- Vernachlässigung, u.a. unzureichende Versorgung und Hilfeleistung
- Einschränkung des freien Willens, u.a. unnötiger Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen, Einschränkungen durch interne und externe Strukturen (vgl. u.a. ebd. S.6; Batzoni & Witzmann 2021, S. 46).

Die Eingrenzung auf ältere Menschen, denen Schaden oder Leid zugefügt wird, muss jedoch für die Pflege im Gesamten, aufgelöst werden, denn Gewalt in der

Pflege, auch sexualisierte Gewalt, kann von Patient:innen/Klient:innen/ Bewohner:innen, aber auch von Mitarbeiter:innen, Angehörigen und/ oder anderen externen Personen, jeden Alters ausgeübt und erlebt werden.

Grundsätzlich ist dazu anzumerken, dass pflegerische Handlungen zwischen Pflegepersonen und hilfe- bzw. pflegebedürftigen Personen von der Anleitung bis hin zur vollständigen Übernahme einer Tätigkeit z.B. der Körperpflege, variieren. Oftmals werden persönliche und intime Grenzen von Pflegenden und pflege- und hilfebedürftigen Personen touchiert oder überschritten, um eine gute Behandlung zu gewährleisten (vgl. Nielson et al. 2017 und Adler et al. 2021, S.15).

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Forschung im Bereich ‚Gewalt in der Pflege‘, auch aufgrund der Auseinandersetzung mit der defizitären Versorgungs- und Betreuungslandschaft, aufgedeckt, dass Gewalthandlungen zugenommen haben (vgl. Bäslack 2015, S.10 nach Görjen et al. 2005). Ein Teilaspekt über welchen aus unterschiedlichsten Gründen zu wenig gesprochen oder welcher immer noch zu sehr tabuisiert wird, ist die sexualisierte Gewalt in der Pflege. Und dass, obwohl z.B. Mitarbeiter:innen in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen einem hohen Risiko sexueller Belästigung und sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind (vgl. Dreck 2021, S.57; Adler et al. 2021, S.1; Depaulie & Plaute 2016 und Nielsen 2018).

Sexualisierte Gewalt in der Pflege

Einer der Gründe, weshalb die sexualisierte Gewalt in der Pflege tabuisiert wird, ist eine „gesellschaft-

liche Wahrnehmungsbarriere“ (Bäslack 2015, S.7). Pflegerische Settings - z.B. Krankenhäuser oder Einrichtungen der Langzeitpflege - werden aufgrund der Nähe zu sichtbaren Erkrankungen bzw. Phänomenen (u.a. Wunden, Ausscheidungen, Gebrechen, u.v.m.) in der gängigen Vorstellung nicht mit einem Ort/ Raum für Sexualität in Verbindung gebracht (vgl. ebd. S.7). Ein weiterer Grund ist ein asexuelles Bild älterer Menschen, da in vielen Teilen der Gesellschaft „die vermeintlich verlorengangene Attraktivität und Schönheit [älterer Menschen] nach den Idealen der westlichen Kultur“ (ebd. S. 7) vorherrscht.

Grenzverletzungen und der Strafbestand sexualisierter Gewalt

Zu Beginn ist es jedoch sinnvoll eine Unterscheidung zwischen Grenzverletzungen und dem Strafbestand sexualisierter Gewalt zu machen. Grenzverletzungen „geschehen meist einmalig, unwissentlich und zufällig. Sie sind sexuell motiviert und entstehen oft durch räumliche und zeitliche Enge am Arbeitsplatz“ (Büthe 2019, S. 40). Das bedeutet Grenzverletzungen sind z.B. versehentliche Berührungen im Rahmen einer Mobilisation in einem engen Bewohner:innenzimmer, welche aufgrund der räumlichen Enge und nicht der sexuellen Motivation vorkommen. Grenzverletzungen sind offene Badezimmertüren beim Toilettengang des/ der Bewohner:in, so dass andere Bewohner:innen, Mitarbeiter:innen oder externe Personen den entblößten Bewohner/die entblößte Bewohnerin sehen können. Diese Situationen kommen im Pflegealltag leider vor, entstehen aber nicht aufgrund der sexuellen Motivation der Mitarbeiter:innen, sondern aufgrund möglicher räumlicher und/ oder

zeitlicher Enge und damit verbundenem Stress und/ oder fehlender Sensibilität.

Zur sexualisierten Gewalt ist anzumerken, dass „Sexualisierte Handlungen, die an oder vor einer Person gegen deren Willen vorgenommen werden [...] den Strafbestand von sexualisierter Gewalt [erfüllen]“ (Büthe 2019, S.40 nach UBSKN 2019 und Dreßling et al. 2018). „Zur sexuellen bzw. sexualisierten Gewalt zählt auch, einvernehmliche Sexualität nicht zuzulassen oder sexuelle Bedürfnisse lächerlich zu machen“ (Eggert et al. 2023, S.2).

Es werden folgende Formen sexualisierte Gewalt unterschieden:

Verbal – u.a. „entwürdigende sexualisierte Bemerkungen [...] [und] verbale oder bildliche Präsentation von pornographischer oder sexistischer Darstellungen“ (FernUniversität Hagen 2023).

Nonverbal – u.a. „sexuell herabwürdigende Gesten und Verhaltensweisen“ (ebd. 2023).

Körperlich – u.a. „unangebrachte und unerwünschte Körperkontakte [und] körperliche Übergriffe bis hin zu Vergewaltigung“ (ebd. 2023).

Die Intention hinter gewaltgeneigten Handlungen kann absichtlich oder unabsichtlich sein (vgl. Sulman & Vähjunker 2020), so dass Pflegepersonen versuchen zwischen absichtlichem und unabsichtlichem Verhalten zu trennen und oftmals bei etwa kognitiv beeinträchtigten Patient:innen, Klient:innen und/oder Bewohner:innen eine Absicht bzw. einen Vorsatz in Handlungen zu implizieren, verzeichneten. Diese Trennung gestaltet sich jedoch oftmals schwierig und sexuelle Belästi-

gungen führen zu Dilemmasituationen im Arbeitsalltag (vgl. Nielson et al. 2017), denn sie sind als ein unerwünschtes sexualbezogenes Verhalten zu verstehen, dass signifikante Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben und das Wohlbefinden beeinträchtigen können (vgl. Adler et al. 2021, S. 4).

Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse werden oft als Risikofaktoren sexualisierte Gewalt benannt. Nach Webers Definition (1980) ist Macht „die Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht“ (Bohn 2017, S. 93). In der Literatur finden sich häufig Aussagen dazu, dass sexualisierte Gewalt oftmals durch „(männliche) Dominanz sowie Macht- und Kontrollstreben“ (Eggert et al. 2023, S.33) motiviert ist. Wir wissen, dass sexualisierte Gewalt Menschen in allen Lebens- und Arbeitssituationen begegnet und es oftmals vulnerable Personengruppen sind, die von sexualisierter Gewalt berichten. So sind es oft junge Menschen die in einem „>>Abhängigkeitsverhältnis<< arbeiten oder lernen“ (Büthe 2019, S. 39), Kinder und Jugendliche und/ oder Menschen mit Sprachstörungen bzw. geminderter Sprachfähigkeit, geistiger Behinderung, einem hohen Hilfe- bzw. Pflegebedarf, physischer Einschränkungen oder Menschen die unter dem Einfluss dämpfender Medikamente stehen (vgl. ebd. S. 39). Es ist anzunehmen, dass gewaltausübende Personen auch Macht- und Krafthierarchien ausnutzen, um ihre sexuelle Motivation zu befriedigen (u.a. Büthe 2019, S. 40).

Der Bereich der sexualisierten Gewalt und der sexuellen Belästi-

gung stellt ein komplexes und facettenreiches Phänomen dar (vgl. Nielson et al. 2017).

Prävalenzen von sexualisierter Gewalt in der Pflege

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) hat 2021 den Ergebnisbericht ‚Sexuelle Belästigung und Gewalt in Pflege- und Betreuungsberufen‘ veröffentlicht. Die BGW hat hierfür „901 Beschäftigte aus Krankenhäusern, der stationären und ambulanten Pflege sowie aus Einrichtungen der Behindertenhilfe“ (BGW 2021, S.8) u.a. zu Häufigkeit und Art sexueller Belästigung am Arbeitsplatz und zu psychischen Gesundheitsindikatoren befragt. 80 Prozent der befragten Personen waren Frauen; 21 Prozent hatten eine Leitungsfunktion inne. Das Durchschnittsalter lag bei 42,6 Jahren (vgl. ebd. S.8). Die Studie ergab, dass zwei von drei Pflegekräften von verbalen Belästigungen betroffen ist (67,1 Prozent). „48,9 Prozent der Befragten erlebten körperliche sexuelle Belästigung und Gewalt durch von ihnen gepflegte oder betreute Personen [und] 62,5 Prozent [...] gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal nonverbaler sexuelle Belästigung und Gewalt erfahren haben“ (Pflegen-online.de 2021).

Wie hoch die Anzahl betroffener Bewohner:innen/Patient:innen/Klient:innen in pflegerischen Settings ist, lässt sich schwer feststellen – Prävalenzangaben hierzu schwanken in der Literatur häufig extrem. „Hierzu tragen verschiedene methodische Schwierigkeiten bei, wie bspw. Uneinheitliche Erhebungsinstrumente, der schwierige Zugang zur Gruppe der Opfer, deren oft eingeschränkte Auskunftsfähigkeit oder eingeschränkter Auskunftswille sowie

die nur begrenzt als belastbar anzunehmenden Auskünfte“ (Eggert et al. 2023, S:15). Zudem beziehen sie sich meist auf berichtete bzw. beobachtete Vorfälle von Mitarbeiter:innen, nicht aber auf tatsächliche Berichte von Bewohner:innen/ Patient:innen/ Klient:innen selbst.

Prävention – Maßnahmen, Interventionen und Schutzkonzepte

Eggert et al. (2023) verweisen darauf, dass bei einer Studie aus dem Jahr 2021, bei welcher Mitarbeiter:innen verschiedener Settings (Krankenhaus, Pflegeheim, u.v.m.) herauskam, dass ein Großteil der befragten Personen keine präventiven Maßnahmen bzgl. sexualisierter Gewalt in ihren Einrichtungen kannten (vgl. S.3). Diese und ähnliche Aussagen finden sich, bezogen auf alle pflegerischen Settings, gehäuft in der Literatur bzw. im Rahmen verschiedener Projekte wieder (u.a. BGW 2021, S. 28; Eggert et al. 2023; Pflegen-online.de 2021), so dass darauf geschlossen werden kann, dass im Bereich der Prävention sexualisierter Gewalt in der Pflege ein großer Handlungsbedarf besteht. Dieser muss mit dem Ziel der Reduzierung der Vorfälle auf ein Minimum einhergehen, so dass auch mögliche schwerwiegende Folgen für betroffene Personen abgeschwächt werden können (vgl. u.a. Eggert et al. 2023, S.3).

Wichtig erscheint im Bereich der Prävention sexualisierter Gewalt die allgemeine Auseinandersetzung und Sensibilisierung zum Thema, durch Aus-, Fort- und Weiterbildung, zu sein (vgl. u.a. Eggert et al. 2023, S.55; Bütthe 2019, S. 40 und Brucker et al. 2017, S.5ff) . Zwar finden sich bereits im Ausbildungscurriculum zur Pflegefachfrau/zum Pflege-

fachmann Unterrichtsinhalte zu verschiedenen relevanten Themenaspekten – u.a. „Gewalt in der Pflege, u.a. körperliche und psychische Gewalt, Risiken, Auslöser, Gewaltvermeidung [...] Relation von Nähe und Distanz in [...] [der] Beziehungsgestaltung [...] Widersprüche und Komplexität pflegerischen Handelns [...] [sowie im dritten Ausbildungsjahr] drohende (auch sexuelle) Gewalt“ (StMUK 2020, S.31ff), Berichten von Auszubildenden zu Folge werde das Thema Gewalt und im Speziellen die sexualisierte Gewalt kaum bis gar nicht unterrichtet. Der Sensibilisierungsbedarf beginnt bereits mit der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann. So zeigten etwa die qualitativen Interviews in den Einrichtungen im SEGEL-Projekt (Eggert et al. 2023), dass Mitarbeiter:innen einen Sensibilisierungsbedarf sehen, wenn es um die regelmäßige Intimpflege von Bewohner:innen geht, welche oftmals als unangenehm und belastend erlebt wird (S. 48). Zum anderen zeigen die qualitativen Interviews, dass Mitarbeiter:innen selbsterlebtes grenzverletzendes Verhalten – z.B. „>> Ich muss mich wirklich zurückhalten, wenn ich dir nicht an die Brust fasse oder an den Po fasse [...]. Er hat einem in den Schritt gefasst [...]. Wenn man darauf vorbereitet ist, kann man sich darauf einstellen, aber unvorbereitet war es schwer<<“ (ebd. S. 46) – das sexualisierte Vorfälle „nicht als Straftaten interpretiert, sondern als unumgänglicher Zustand der Pflege psychisch und kognitiv beeinträchtigter [...]“ (S. 46) Bewohner:innen.

Zudem scheint eine offene, präventive Einrichtungskultur, welche die Kommunikation, den Austausch sowie die Beratung und Begleitung nach Gewaltvorkommen fördert und unterstützt –

z.B. die Entwicklung gemeinsamer Strategien, der Austausch mit Kolleg:innen über die erlebten Vorfälle, aber auch das offene Ansprechen beobachteter Situationen – förderlich für die Prävention sexualisierter Gewaltvorfälle zu sein (u.a. Brucker et al. 2017, S. 108; Eggert et al. 2023, S.55 und Bütthe 2019, S.40).

Ein weiterer Aspekt im Bereich der Prävention, welcher oftmals in seiner Wirkung unterschätzt wird ist, dass sexualisierte Übergriffe als Arbeitsunfall gemeldet werden sollten, denn „die Hälfte der Pflegenden [entwickeln] posttraumatische Problemlagen, leidet an Schlafstörungen oder wird sogar arbeitsunfähig“ (AOK 2023). Gewaltschutz- oder Gewaltmanagementkonzepte können präventive Hilfen darstellen, da sie ein strukturiertes Vorgehen bieten, Sicherheit vermitteln und sich Mitarbeiter:innen dadurch weniger belastet fühlen (vgl. ebd.).

Fazit

Der vorliegende Artikel zeigt, dass in den vergangenen Jahren Daten erhoben wurden, die mittlerweile analysiert und ausgewertet wurden (u.a. Eggert et al. 2023; Bütthe 2019; Batzoni & Witzmann 2021; StMUK 2020; Pflegen-online.de 2021, AOK 2023). Aus den vorliegenden Daten lässt sich ein Handlungsbedarf ableiten, denn es zeigt sich, dass sexualisierte Gewalt in der Pflege in allen drei Ausprägungen – verbal, nonverbal und körperlich – bei allen Personengruppen vorkommt. Sexualisierte Gewalt in der Pflege sollte daher, zum Schutz vulnerabler Gruppen, in Einrichtungen thematisiert werden muss, damit Präventionsarbeit gelingt und Vorfälle reduziert werden. Leitungs- und Führungskräfte sollten geschult und Einrichtungen über die Viel-

falt präventiver Angebot informiert werden:

- ZQP hat 2023 im Rahmen ihres Projektes Arbeitsmaterialien erstellt, welche sich mit Gewaltprävention – sexualisierte Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen beschäftigt und kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Das Arbeitsmaterial setzt sich u.a. mit Erscheinungsformen, Selbstbestimmung, Kommunikation, Schamgrenzen und Interventionen auseinander (vgl. ZQP 2023).
- Das Projekt ‚Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen‘, welches im Juli 2023 beendet wird, stellt einen Methodenkoffer mit Schulungsmaßnahmen kostenfrei auf der Projekthomepage zur Verfügung, welcher je nach einrichtungsspezifischen Bedarfen bei der Identifizierung der passenden Schulungsmaßnahmen unterstützt (vgl. www.gesund-gewaltfrei.bayern).
- Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) stellt individuelle Beratungsangebote zur Verfügung und unterstützt Mitarbeiter:innen und Einrichtungen auch im Bereich der Nachsorge.
- Die Malteser haben seit 2017 ein spezielles Präventionsprogramm gegen sexualisierte Gewalt in der Altenpflege (Westdorf 2018).
- u.v.m.

Literatur:

Adler, Mareike; Vincent-Höper, Sylvie; Vaupel, Claudia; Gregerson, Sabine; Schablon, Anja und Nienhaus, Albert (2021). Sexual Harassment by Patients, Clients, and Residents: Investigating Its Prevalence, Frequency and Associations with Impaired Well-Being among Social and Healthcare Workers in Germany. Verfügbar über: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/10/5198/html> [Stand: 04.06.2023].

AOK Bundesverband. Die Gesundheitskasse (2023). Sexualisierte Gewalt ist ein Teil von übergriffigem Verhalten in der Pflege. Verfügbar über: https://aok-bv.de/engagement/pflege_kraefte_staerken/index_26198.html [Stand: 10.06.2023].

Baeslack, Anike (2015). Sexuelle Gewalt in der Pflege. Ursachen, Auswirkungen und Folgen sowie Möglichkeiten der Prävention und Interventionen. Hamburg: Diplomi-ca Verlag GmbH.

Batzoni, Hanna und Witzmann, Markus (2021). Arbeiten in bayerischen Pflegeheimen – Mehr Belastungen und Gewalt als gedacht? In: Pflege Professionell. Winder 2021. S. 45 – 50. Verfügbar über: <https://pflege-professionell.at/2021-2> [Stand: 04.06.2023].

Bayerisches Staatsministerium für

Autorin



Hanna Batzoni, MSc

Wissenschaftliche Mitarbeiterin a. d. Hochschule München
MSc Advanced Nursing Practice, Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Deeskalationstrainerin ProDeMa®, Safewards Trainerin (IBevGe),
Klinikinterne Krisenintervention

Autor



Prof. Dr. (phil.) Markus Witzmann, MA, MSM, MA

Professor für Pflegewissenschaft/ Hochschule München

Familie, Arbeit und Soziales (St-MAS) (o.J.) Gewaltschutz und Gewaltprävention. Gewalt hat viele Gesichter. Verfügbar über: <https://www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/>. [Stand: 06.06.2023].

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultur (2020). Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschule für Pflege. Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. Besondere Abschlüsse der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger. 1. Bis 3. Ausbildungsdrittel. Verfügbar über: https://www.isb.bayern.de/download/23102/bfs_lp_pflegefachmann.pdf [Stand: 06.06.2023].

Bohn, Caroline (2017). Dimensio-

nen von Macht und Beschämung in der stationären Altenpflege. S. 91 - 104. In: Wazlawik, Martin und Freck, Stefan (Hrsg.) (2017). Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Wiesbaden: Springer VS.

Brucker, Uwe; Jungnitz, Ludger; Kimmel, Andrea; Neise, Michael; Zank, Susanne und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017). Kurzbericht zum Projekt. Gewaltfreie Pflege. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Verfügbar über: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Kurzbericht_Final_GewaltfreiePflege.pdf [Stand 04.06.2023].

Bueth, Kristin (2019). Prävention sexualisierter Gewalt durch und an Patienten. Verfügbar über: <https://www.springerpflege.de/content/pdfid/17376238/10.1007/s41906-019-0204-2> [Stand: 04.06.2023].

Depauli, Claudia und Plaute, Wolfgang (2016). „Stopp! Ich möchte das nicht!“ Verfügbar über: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/24000-stopp-ich-moechte-das-nicht> [Stand: 06.06.2023].

Eggert, Simon; Haeger, Mathias; Lux, Katharina; Teubner, Christian; Vähjunker, Daniela; Wagner, Pauline; Görgen, Thomas; Höhn, Chantal; Köpsel, Natalie und Mousawi, Sascha (2023). Sexuelle/ Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL). Projektbericht. Berlin, Münster: Zentrum für Qualität in der Pflege; Deutsche Hochschule der Polizei. Verfügbar über: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-DH-Pol-Abschlussbericht-SeGEL.pdf> [Stand: 04.06.2023].

FernUniversität Hagen (Hrsg.) (2023). Sexualisierte Diskriminierung und Gewalt. Verfügbar über: <https://www.fernuni-hagen.de/gleichstellung/schwerpunkte/diskriminierung-gewalt.shtml> [Stand: 04.06.2023].

Nielsen, Maj, Britt; Kjaer, Susie; Aldrich, Per. T; Madsen, Ida, E.H.; Friborg, Maria, K.; Rugulies, Reiner und Folker, Anna, P. (2017). Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. Verfügbar: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748917300548?via%3Dihub> [Stand: 04.06.2023].

Sulmann, D. und Vähjunker, D. (2020). Definition. Was ist Gewalt in der Pflege? Verfügbar über: <https://www.pflege-gewalt.de/wissen/definition/#:~:text=Zu%20den%20Formen%20von%20Gewalt,Selbstbestimmung%20pflegebed%C3%BCrftiger%20Menschen%20ist%20Gewalt.> [Stand: 07.06.2023].

Pflegen-online.de (Hrsg.) (2021). Mehr als jede 2. Pflegekraft 2020/21 sexuell belästigt. Verfügbar über: <https://www.pflegen-online.de/mehr-als-jede-2-pflegekraft-202021-sexuell-belaestigt.de> [Stand 07.06.2023]

Westhof, Ramona (2018). Sexualisierte Gewalt in der Altenpflege. Verfügbar über: <https://www.deutschlandfunk.de/praevention-sexualisierte-gewalt-in-der-altenpflege-100.html> [Stand 10.06.2023].

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2023). Arbeitsmaterial. Gewaltprävention – sexualisierte Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Verfügbar

über: <https://www.pflege-gewalt.de/beitrag/gewaltpraevention-sexualisierte-gewalt-gegen-bewohner-pflegeeinrichtungen/> [Stand 10.06.2023].

Pflegeversorgung retten: Fünf Strategien für die Zukunftsfähigkeit der Pflege

Viele Menschen fragen mit Sorge, wie die alternde Bevölkerung mittelfristig pflegerisch versorgt werden kann. Der bereits vorhandene Fachpersonenmangel wird explodieren, wenn die Babyboomer-Generation in Rente geht, die Bewerberlage mau und die Flucht aus dem Beruf ungebremst bleiben.

Was wie ein Drama aussieht, ist eine immense Chance, um zeitgemäße Paradigmen der Versorgung umzusetzen. Die Pflege in Deutschland trägt im internationalen Vergleich die rote Laterne hinsichtlich Standards von Bildung, Stellenbemessung, Mitsprachemöglichkeiten oder Zuweisung von Befugnissen. Das wäre sehr peinlich in einem der teuersten Gesundheitswesen der Welt, würden wir das als Versagen des Systems verstehen. Wir müssen es als Ziel beschreiben, das wir mutiger und konsequenter realisieren!

Folgende fünf Strategien begegnen der Überforderung der Pflegekräfte* und machen die Gesundheitsversorgung und pflegerische Versorgung zukunftsfähig:

1. Pflegearbeit reduzieren

Autonomie ist zurecht der unbestrittene Zentralwert westlicher Gesellschaften. Gerade bei

* wir sprechen in diesem Text bewusst nicht von „Pflegefachpersonen“, sondern von „Pflegekräften“ - oder auch „Schwestern“. Generell sollten ausschließlich beiden letztgenannten Begriffe Verwendung finden, denn sie verdeutlichen, was gewollt und gebraucht wird.

schwerstpflegebedürftigen, hochvulnerablen oder terminalen Personen erleben wir, dass sie kaum Selbsthilfe praktizieren. Es stellt eine Unterminierung der Autonomiebestrebungen dar, wenn wir dem (übrigens häufig selbst mitverschuldetem!) Angewiesensein auf Hilfe mit ständiger Fürsorge und umfänglichen und zeitintensiven Hilfeleistungen begegnen. Daher ist allen gedient, wenn wir Pflegebedarfe wie auch Pflegeleistungen sehr viel enger definieren und finanzieren. Und zugleich ist dies der effizienteste Weg, um in Zukunft genügend Pflegekräfte verfügbar zu haben.

Inhaltlich sollten wir die Pflege auf ihren Kern fokussieren: Pflege heißt Körperpflege. Wir können Pflegekräfte befreien von Unterstützung der Alltagsbewältigung, Risikoassessments, Prävention, Förderung oder ähnlichen Dingen. Manche Pflegekräfte würden sogar Betroffene und Angehörige beraten, Symptommanagement unterstützen, Gesundheit und Gesundheitskompetenz aktiv fördern, in unterschiedlichsten Therapien mitwirken oder diese selbst anbieten. Das kann nur Irritation auslösen.

Pflegekräfte sollten sich die Grundversorgung konzentrieren und Körperpflege schnell durchführen dürfen. Für die körperlich weniger anstrengenden Aufgaben und für alles, was nicht im Schichtdienst geleistet werden muss, gibt es genug andere Akteure, die gerne übernehmen.

2. Von Entscheidungen und Denkprozessen entlasten

Manche Pflegekräfte und v.a. Pfl-

gelobbyisten fordern immer wieder ein, an verschiedensten Stellen in der Patientenversorgung und im Gesundheitswesen (mit-)entscheiden zu dürfen. Aktuell gibt es sogar seitens mancher Politiker gefährliche Bestrebungen die Akademisierung der Pflege zu fördern und Pflegekräften heilkundliche Kompetenzen zuzuweisen. Die Risiken sind hoch, diesen Irrweg kann sich die Gesellschaft nicht leisten.

Im Allgemeinen ist ein mittlerer Schulabschluss, vielleicht sogar die Hauptschule, völlig ausreichend, um gute Pflege zu leisten. Schließlich sind von der Schwester keine wichtigen Entscheidungen zu treffen, das können andere tun. Viel wichtiger ist, dass die Schwester freundlich und einfühlsam ist. Ohnehin gilt: wer keine Zeit zum Denken hat, soll nicht denken müssen. Hohe Selbstansprüche führen zu Scheitern. Reflexionen über unbefriedigende und nicht beeinflussbare Umstände führen zu Frustration.

Pflegepläne können über Algorithmen fehlerfrei von der KI erstellt werden. Beratungsleistungen oder Entscheidungsfindung sollen diejenigen Akteure leisten, die nicht permanent durch Alltagsanforderungen und Störungen in ihrer Denkarbeit unterbrochen werden. Der konsequente Ausschluss von Pflegepersonen und Pflegekompetenz aus allen Entscheidungen im Gesundheitswesen ermöglicht, dass Pflegekräfte sich ihrer Kernaufgabe mit voller Hingabe, mit Herz und Hand, widmen können. Klare Vorgaben ersparen kräftezehrende Debatten und Konflikte und verringern

unreale Erwartungen. Schon in den jüngeren Jahrzehnten haben vor allem diejenigen Pflegekräfte, die sich für Verantwortungsübernahme und Kompetenzzuweisung stark gemacht haben, den Beruf verlassen. Dieser Trend lässt sich problemlos beschleunigen, dann werden wir am Ende endlich wieder zufriedenes Personal haben. Für den gesundheitspolitischen Diskurs haben Pflegekräfte nicht das Format, selten sind sie parquetsicher. Was für ein überflüssiger Stress für diese Personen, wenn sie zur Gremienarbeit benötigt werden.

3. Personalbemessung klug statt regelorientiert

Personalbemessungsregeln vernichten jegliche Flexibilität und Handlungsräume in Einrichtungen, das gilt noch mehr, wenn Qualifikationsanforderungen damit verbunden sind. Mindeststandards der Personalbemessung vorzugeben ist absurd, wenn kein Personal verfügbar ist. Und: je stärker die Unterbesetzung einer Einheit oder Schicht, desto mehr steigt die Arbeitsleistung der anwesenden Pflegekräfte. Kliniken, Heime und andere Organisationen wissen am besten, wofür wann wieviel Personal eingesetzt werden soll, es kommt schließlich auf die Situation an. Vor allem private Einrichtungen zeigen, dass eine hohe Gewinnabschöpfung gerade durch das Ignorieren von Personalempfehlungen in der Pflege hervorragend gelingt. Was will man im solidarisch finanzierten System mehr?

Da der Fachkräftemangel eine bedarfsorientierte Personalbemessung ohnehin nicht realisierbar machen wird, kann man gelassen abwarten, bis die Politik sich von den Plänen für diese unfassbar teuren und einengenden Vorga-

ben wieder verabschiedet.

4. Personalgewinnung ist Ehrensache

Eine Beschränkung auf die Kernaufgaben und Anforderungen der Pflege reduzieren nicht nur Kosten für die Pflegebildung, sondern erweitern auch den möglichen Personenkreis für die Pflegearbeit. Ohnehin ist Personalakquise erfolgreicher in bildungsfernen Schichten. Ein explizites Lob geht in diesem Zusammenhang an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Mit der Filmreihe „Ehrenpflegas“ (<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/ehrenpflegas-miniserie-neue-pflegeausbildung-161080>) wird endlich ein realitätsnahes Bild von Berufsmotiven und Berufsalltag der Pflegekräfte vermittelt (wieder einmal lohnte es sich, heftige Proteste der pflegerischen Fachverbände vollständig zu ignorieren!). Ausländische Pflegekräfte retten das Gesundheitswesen. Wir müssen unverändert im Ausland Personal anwerben, doch brauchen wir neue Kriterien. Es hilft niemanden, wenn gut ausgebildete ausländische oder gar studierte Pflegekräfte kommen, dann mit den Bedingungen hierzulande unzufrieden sind und anschließend in andere Länder weiterziehen. Wir brauchen Menschen, die dankbar für eine sinnvolle Arbeit sind, und tun, was man ihnen sagt. Pflegehilfskräfte oder Laien können besser ins System eingefügt werden. Personen ohne Deutschkenntnisse formulieren weniger Forderungen.

5. Dokumentation und Datenmüll reduzieren

Kaum etwas stresst alle Praktiker im Gesundheitswesen mehr als die Dokumentation. Dringend nötig ist die nüchterne Bilanzierung, mit

welchen Daten und dokumentierten Informationen überhaupt gearbeitet wird. Warum Pflegeplanung oder Pflegeprozesses formulieren, wenn Pflegekräfte lediglich auf akute Bedürfnisse der Patienten oder Anweisungen des Arztes reagieren. Und wozu übergeordnete Daten erfassen? Nicht-Pflegende interessieren sich in aller Regel nicht für Daten aus der Pflege. Entscheidungsträger haben ohnehin keine Entscheidungsspielräume, um datenbasiert zu entscheiden. Letztendlich muss lediglich eine Leistungsdokumentation stattfinden, damit haftungsrechtlich der belangt werden kann, der etwas falsch macht. Alles Weitere kann in die Tonne.

In der Gesundheitsversorgung wird heute erwartet, dass auf der Basis wissenschaftlich fundierter Empfehlungen und „evidenzbasiert“ gehandelt wird. Wenn Pflegekräfte wenig entscheiden, können Ressourcen für Forschung und Wissenschaft anderen Berufsgruppen zur Verfügung gestellt werden. Für die Praxis können evidenzbasierten Anforderungen problemlos in Softwarelösungen eingearbeitet werden, einzelne Pflegefachperson brauchen sich nicht um diese komplexe Aufgabe kümmern.

Die genannten Strategien ermöglichen, Pflegekräfte zu gewinnen, ohne in Pflegebildung zu investieren. Auch Pflegezeitschriften, Pflegekongresse, Pflegestudiengänge etc. können eingespart werden. Die sperrige Trennung zwischen Laienpflege und beruflicher Pflege sowie die komplizierten Regelungen für Kompetenzstufen entfallen. Pflege ist ohne ausgefuchste Qualifizierungsgrade von willigen Menschen realisierbar, entscheidend ist das Herz an der richtigen Stelle. Gleichzeitig sind alle die-

se Strategien schnell umsetzbar. Das wenige, was die Berufsgruppe mit ihrer halben Handvoll Lobbyisten in den letzten Jahrzehnten hinsichtlich Professionalisierung in Deutschland erreicht hat, ist schnell eingedampft und wird als Geschichtsirrturn nur selten Erwähnung finden.

Es gewinnen alle: die Versorgung ist gerettet und die pflegerische Versorgung bleibt billig. Aufopferungsvolle Pflegekräfte erhalten Wertschätzung für ihre Hingabe und ihren selbstlosen Einsatz für die allervulnerabelsten Personen. Alle anderen lachen sich eins ins Fäustchen.

Autorin



Dorothea Sauter MSc

Dorothea Sauter, Krankenschwester, Gesundheitswissenschaftlerin, Präsidentin Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege, Leiterin Pflegeentwicklung LWL-Klinik Münster

d.sauter@dfpp.de

KINDER BRAUCHEN EIN ZUHAUSE

75 Jahre
PRO JUVENTUTE

SPENDEN UNTER WWW.PROJUVENTUTE.AT
SPENDENKONTO: IBAN: AT61 2040 4000 4040 4600





DIGITALES E-LEARNING FÜR ALLE PFLEGENDE



**Alltagsnahe
Inhalte**



**Lernerfolg mit
Zertifikat**



**Selbstbestimmtes
Lernen**



**Top Preis-Leis-
tungs-Verhältnis**

**Sichern Sie sich ihre Pflichtfortbildung
ganz einfach digital mit Anleiten2Go.**

NEU

E-Learning
**Sprach-
sensible
Lernbegleitung**

mit Prof. Dr. Michael Bossle
Pflegepädagogin B.A. Elisabeth Bauermann
Praxisanleiterin M.Sc. Sabrina Sayk

Profesyonel olarak sürdürün
Mantener profesionalmente
حرفه ای نگهداری کنید
soigner de manière
professionnelle

Mitarbeitende und
Auszubildende
beim Deutschlernen
unterstützen

10

A1 A2 B1 B2 C1 C2

Anleiten2Go
E-Learning

Jetzt informieren

Besuchen Sie German Quernheim auf Social Media





Transkulturalität und Gezeiten-Modell

Es ist inzwischen einige Jahre her, dass ich in Süddalmatien im wohlverdienten Urlaub war. Es war eine Reise in die eigene Vergangenheit. Schon als Kind und Jugendlicher besuchte ich das malerische Brist mit meinen Eltern. Manchmal war ich sogar zwei Mal jährlich dort. Dass ich Sprachkompetenzen erwarb und mich der Lebenskultur der Menschen dort annäherte, dies blieb nicht aus. Mehr als 20 Jahre hatte ich Brist bis 2019 nicht mehr erlebt, bis ich mit meiner Ehegattin dorthin reiste.

Was war passiert? Als ich mit meiner Frau durch das Dorf spazierte, war es klar, dass wir eine Dorfbewohnerin besuchen, die ich seit meinem ersten Tag in Kroatien kenne. Nada ist heute um die 70 Jahre alt. In den 1980er Jahren wuchs ich quasi mit ihren fünf Kindern auf, wenn ich die Ferien in Brist erlebte.

Ich klopfte an die Türe des Hauses. Von innen fragte mich eine vertraute, kroatisch sprechende Stimme, wer denn da sei. Mit meinen schmalen sprachlichen Möglichkeiten antwortete ich, dass ich es sei. Die Tür öffnete sich, ich blickte in ein freudiges Gesicht. Meine Ehegattin und ich wurden natürlich in das Haus eingeladen, das sich in den vergangenen 40 Jahren kaum verändert hatte. Plötzlich spürte ich, dass sich in meinem Körper etwas tut. Ich wusste nicht, was vor sich ging. Was ich jedoch feststellte, dies war, dass ich mit Nada wie vor vielen Jahren ganz selbstverständlich Kroatisch sprach (manchmal etwas Kauderwelsch) und gar nicht in die Versuchung kam, Englisch oder Deutsch zu sprechen. Meine F-rau spiegelte mir schon in Nadas Haus, dass etwas Besonderes geschehen sei.

Sie werden sich fragen, weshalb ich Sie an dieser persönlichen Erfahrung teilhaben lasse. Mit mir ist offenbar etwas geschehen, was Philosophen wie Hermann Schmitz als Leibphänomenologie beschreiben. Deren Interpretationen sehen den Ursprung der Erkenntnisgewinnung in unpitttelbar gegebenen Erscheinungen, den Phänomenen (<https://de.wikipedia.org/wiki/Phänomenologie>, Zugriff 05.10.2019). Der Psychiater und Thomas Fuchs sprach einmal von der Polarität zwischen Leib-Sein und Körper-Haben, in der sich der zeitgenössische Mensch hin- und herbewegt. Fuchs unterscheidet beispielsweise den gelebten Leib als Träger des Lebensvollzugs, als Medium, das alle unsere Wahrnehmungen und Bewegungen vermittele (Fuchs, 2013). Der Leib sei der Ort des allgemeinen Befindens, der Vitalität, sodann der Anspannung und Entspannung und vor allem der Resonanz aller Stimmungen und Gefühle, die uns ergriffen (Fuchs, 2013). Leiblichkeit sei etwas, „was einem widerfähre, was man an sich selbst spüre und wovon man betroffen sei (Fuchs, 2013).

Nutzen Sie ruhig einmal die Gelegenheit, in sich zu gehen und sich zu fragen, ob und / oder wann es Ihnen vergleichbar ergangen ist. Ich bin sicher, dass Sie vergleichbare Erfahrungen in Ihrem Leben bereits gemacht haben. Solche Erfahrungen gehören zum menschlichen Leben. Hintergrund einer solchen Erfahrung ist aus meiner Sicht, dass Erlebnisse uns prägen, Teil unserer Identität werden und in einer Weise verinnerlicht werden, die wir uns nicht vorstellen können.

Was hat eine Erfahrung dieser Art mit transkultureller Begleitung in

der psychiatrischen Versorgung zu tun? Begegnen uns Menschen mit Migrationserfahrung in der psychiatrischen Pflege, dann sind die Nöte und Problemlagen vielfältig und unterschiedlich. Es beginnt damit, dass es für die Betroffenen eine große Sprachbarriere gibt, die nicht nur durch die Unterstützung engagierten Kolleginnen und Kollegen überwunden werden kann. Wenn Menschen 'aus der Heimat in die Fremde flüchten, wundert es nicht, wenn die Seelen aus der Balance geraten. Die Fülle und Massivität von Erfahrungen während der Migration überfordern den einen oder anderen Menschen. Sie oder er flüchtet sich in eine depressive Reaktion oder in eine psychotische Episode. Dass traumatisierende Erfahrungen hinzukommen, wundert den psychiatrischen Praktiker nicht. Zu oft ist dies geschehen.

Ich will nochmals den Blick auf die körperliche Erfahrung konzentrieren, die ich selbst gemacht habe. Als ich das Nadas Haus verließ, war ich tief bewegt ob der wirklich existentiellen Erfahrung. Ich musste die Gelegenheit nutzen, darüber nachzudenken, wie der offensichtliche Alltag (im Falle von Brist Ferien-Alltag) und alltägliche Begegnungen den Menschen an sich prägt. Der Leib wird nicht mehr nur als Werkzeug wahrgenommen, indem er zum Ausführen oder Erlernen bestimmter Bewegungen benutzt wird.

In der Begegnung mit einem vertrauten Menschen nach langen Jahren habe ich mich als verletzlich und kreatürliches Wesen erfahren. Mir ist bewusst geworden, dass ich mich in einer gewissen Weise „entfremdet“ habe, indem ich viele Jahre diesen vertrauten süddalmanischen Ort und seine

Menschen nicht besucht habe.

Am Beginn des Lebens steht die reine Leiblichkeit. Der Säugling ist nichts anderes, als was er spürt, empfindet, fühlt; Leib und Welt sind noch nicht voneinander getrennt. Erst nach und nach - in den Erfahrungen von Widerstand, Misslingen, Schmerz - tritt der eigene Körper im Erleben hervor. Im erwachsenen Leben bezeichnen Leib und Körper ein Spannungsverhältnis, zwei Pole unserer Existenz, zwischen denen wir fortwährend pendeln. Einmal ist der Leib selbstverständliches und stillschweigendes Medium unseres Lebensvollzugs, ein anderes Mal Ort des Empfindens von Wohlgefühl und Lust, dann wiederum wird er uns als Körper bewusst, sei es bei einer Verletzung, Erkrankung oder Behinderung.

Wie ist es nun mit einem Menschen, dessen Seelenleben aus der Balance geraten ist? Natürlich muss ich mich im Hypothetischen bewegen. Als der migrationserfahrene Mensch seine Heimat verlassen hat, hat er seinen Leib als Werkzeug benutzt. Die Migration hat nichts anderes geschehen lassen als einen Lebensvollzug. Nun kommt der migrierende Mensch in der Fremde an. Dort muss er in erster Linie funktionieren. In diesem Kreise reicht es sicherlich, einige Stichworte zu nennen: Sorge um die Aufenthaltsbescheinigung, Suche nach einer Unterkunft, Ausschauen nach einer regelmäßigen Tätigkeit. Dies bedeutet in der Regel, dass sich der migrierende Mensch nicht um sich selbst kümmern kann. Die Gefahr, dass die Seele erkrankt, ist groß.

Die leibliche Erfahrung führt mich als psychiatrischen Praktiker an eine Kernfrage, die gestellt wer-

den muss, wenn man migrationserfahrene Menschen begleitet: Was ist das Eigene? Was ist das Fremde? Gerne lasse ich den Philosophen Hermann Schmitz wieder zu Worte kommen. Er sagt, dass das Eigene das ist, „was dem Betroffenen so nahe geht, dass er nicht umhin kann, sich selbst als den so Betroffenen zu spüren“ (Schmitz, 2018, S. 25). Er nutzt den Begriff des „affektiven Betroffenseins“ (Schmitz, 2018, S. 25). Das „affektive Betroffensein“ betont die Subjektivität des Menschen an sich sowie seiner Erfahrungen. Subjektive Tatsachen, so Schmitz, „zeichnen sich dadurch aus, dass höchstens einer in eigenen Namen sie aussagen kann“ (Schmitz, 2018, S. 26).

Für den psychiatrischen Praktiker wird schnell deutlich, dass die Exklusivität des Eigenen immer auch eine Abgrenzung zum Fremden ist. Schmitz schreibt: „Die Abgrenzung zwischen der persönlichen Eigenwelt und der persönlichen Fremdwelt in der persönlichen Welt ist der entscheidende Schritt zur Konsolidierung der Person ... Diese Fähigkeit der Person ist abhängig einerseits von der Vereinzelung und andererseits von den Neutralisierungen der Bedeutungen“ (Schmitz, 2018, S. 34).

Objektivierungen und Neutralisierungen sind Schlüsselbegriffe der persönlichen Entwicklung eines Menschen. Indem der Mensch die Subjektivität des Eigenen und das Objektive des Fremden zu unterscheiden lernt, entwickelt sie die eigene Persönlichkeit. Schmitz nennt es eine Konturierung der eigenen Person (Schmitz, 2018, S. 34).

Kommen wir auf meine eigene Erfahrung zurück. Indem ich die Erfahrung mache, dass ein süddalm-

atinisches Dorf zu mir als Person gehört, muss ich nicht nur darüber reflektieren, wo ich in nächster Zeit vielleicht immer mal wieder Urlaub machen werden. Vielmehr muss ich darüber nachdenken, was mein Unbewusstes geprägt hat, was meiner Seele bereits in jungen Jahren gut getan hat, welche Menschen mich bewegt haben und was von ihnen noch heute in diesem malerischen Ort (für mich) spürbar ist.

Die migrationserfahrenen Menschen fallen stattdessen in ein tiefes Loch, wenn sie in der Fremde ein neues Zuhause suchen. Sie verbunden keine langjährigen Erfahrungen mit der sozialen Umgebung. Es gibt kein affektives Betroffensein, wenn sie die Unterkunft in der Fremde betreten, die kulturellen Traditionen wahrnehmen und erkennen, dass Menschen ganz andere Formen haben, miteinander zu leben.

Wenn es um die persönliche Eigenwelt des Menschen geht, so muss sicher noch über den Begriff der Heimat nachgedacht werden. Auch da weiß Hermann Schmitz etwas zu sagen: „Die Heimat ist Teil der persönlichen Eigenwelt des Individuums ... Die Heimat gehört also in dieser Weise zum Eigenen der Person, und zwar als der geografische Bereich, der entweder angestammt ist oder (es kann auch eine erworbene Heimat sein), in die man sich so eingewöhnt hat, so dass sie zur persönlichen Eigenwelt gehört“ (Schmitz, 2018, S. 36 / 37). Schmitz geht sogar so weit, dass er den zeitgenössischen Kosmopolitismus kritisiert und feststellt, dass dadurch dem Menschen die Möglichkeit genommen wird, sich als Persönlichkeit zu entwickeln und zu konsolidieren.

Dem psychiatrischen Praktiker spielt er in die Karten. Denn die zentrale Aufgabe des migrierenden Menschen ist es, sich in einer neuen Umgebung zu konsolidieren, eine neue Kultur in die eigene Persönlichkeit zu integrieren. Zeigt er bereits aufgrund seiner Fluchterfahrungen eine erhöhte Verletzlichkeit, so fällt ihm diese Konsolidierung schwerer. Gesellschaftlich diskutieren wir immer über die Notwendigkeit einer individuellen Anpassung eines migrationserfahrenen Menschen an das neue Umfeld. Ich halte den Diskurs für schwierig. Als Menschen sind wir in unterschiedlichen Kulturen geprägt. Diese „Einbrennungen“ können wir nicht einfach ablegen. Was wir allerdings können, wenn wir einmal in der Fremde leben: wir können schauen, welche Momente des Lebensalltags und der Lebenskultur der Einzelne annehmen kann, um beispielsweise auch gesellschaftlich besser integriert zu sein.

Der Soziologe Jürgen Hasse stellt sich in die Tradition einer Diskussion der 1960er Jahre um den Begriff der Heimat. Ein Ort werde als Drehpunkt sozialer Beziehungen verstanden (Hasse, 2018, S. 42). Er zitiert Holger Treinen: „Voraussetzung für die emotionale Besetzung eines Ortssymbols ist offenbar die Interaktion mit Menschen in einem bestimmten Situationszusammenhang, der den Ort betrifft“ (Hasse, 2018, S. 42). Er zitiert auch Ludger Hagedorn, der Heimat als einen Ort beschreibt, den ich als Mensch am stärksten durchdrungen habe, wo die Dinge fast schon unsere Lebensorgane sind“ (Hasse, 2018, S. 43).

Nach Hasses Verständnis erwächst Heimat aus Vertrautheit und Selbstverständlichkeit, nicht aus Fremdheit (Hasse, 2018, S.

51). Dies fordert heraus. Als psychiatrische Praktiker sehen wir in der Beziehungsarbeit unsere ureigentliche Aufgabe. Beziehungsarbeit erfüllt sich jedoch nicht darin, dass Pflegende wöchentliche Bezugspflege-Gespräche führen, Assessment-Bögen ausfüllen und die Pflegeplanung ständig aktualisieren. Beziehungsarbeit geschieht in vielen kleinen Momenten. Wenn Pflegende am frühen Morgen einmal fragen, wie die Stimmungslage ist; wenn Pflegende bei akuter Suizidalität alle 30 Minuten an der Tür klopfen und Wertschätzung zeigen, während gleichzeitig der Flattungsauftrag erfüllt wird; wenn Pflegende einfach einmal mit den seelisch leidenden Menschen ins Café gehen — darin liegt die Kraft, Vertrautheit und Selbstverständlichkeit herzustellen.

Apropos Beziehungsarbeit. Ein ausgezeichnetes Instrument, sich mit der Beziehungsarbeit in der Begleitung von seelisch erkrankten Menschen zu beschäftigen, ist das „Gezeiten-Modell“, das auf den britischen Pflegewissenschaftler Phil Barker und seine Frau Poppy Buchanan-Barker zurückgeht.

Das „Gezeiten-Modell“ beschreibt aus meiner Sicht eine Haltung, mit der ich als professionell Tätiger den seelisch erkrankten Menschen begegnen sollte. Im Mittelpunkt des „Gezeiten-Modells“ steht die Vorstellung, dass den betroffenen Menschen die eigene Geschichte zurückgegeben wird. Ich will einmal den Versuch machen und dieses Modell in die transkulturelle psychiatrische Pflege übertragen.

Barker ist davon überzeugt, dass Zusammenbrüche von Menschen nur selten über Nacht geschehen (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 29). Genauso trete Genesung

nicht plötzlich ein, entwickle sich in dem der Person eigenen Tempo, je nach den persönlichen Umständen (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 29). Schauen wir uns beispielsweise die Situation geflüchteter Menschen an, so ist es eher selten, dass sie unmittelbar auf oder kurz nach der Flucht psychiatrische Hilfe suchen. Ihr emotionaler Zusammenbruch kommt dann, wenn sie versuchen, in der Fremde Fuß zu fassen.

Das „Gezeiten-Modell“ ziele darauf ab, Menschen beim Rückfordern ihrer persönlichen Geschichte zu helfen (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 34). Durch Verwenden einer eigenen Sprache, Metaphern und persönlichen Geschichten beginnen Menschen, etwas von der Bedeutung ihres Lebens auszudrücken (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 34). Das „Gezeiten-Modell“ vermeide aktiv den Gebrauch von professionellem oder technischem Jargon und konzentriere sich auf den Gebrauch der natürlichen Sprache der Person (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 35). Barker und Buchanan-Barker schreiben: „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen fällt es schwer, ihr alltägliches Leben zu führen. Sie haben Probleme, sich in Beziehung zu bringen — bisweilen zu sich selbst, und manchmal auch zu anderen Menschen. Sie haben Probleme beim Arbeiten, Spielen und bei dem, was die meisten von uns als normales Leben bezeichnen würden. Etwas stört ihren alltäglichen Rhythmus. Etwas bringt ihr Gefühl von Gleichgewicht und persönlicher Stabilität durcheinander“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 37).

Barker und Buchanan-Barker kommen bei ihrem „Gezeiten-Mo-

dell“ zügig zu einer Lösungsidee, wenn sie fragen:

„Wie können wir Menschen helfen, ihre Probleme menschlichen Lebens anzugehen, sie zu überwinden oder sich damit arrangieren?“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 39).

Sie schlagen vor, „die Person uns etwas über ihre Erfahrung lehren lassen“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 39). Erst dann könne auch erarbeitet werden, was zur Überwindung oder zum Arrangement mit den seelischen Nöten sinnvoll ist (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 39).

Was heißt dies für den migrationserfahrenen Menschen? In erster Linie kann es erst einmal darum gehen, die ureigenen Erfahrungen der Menschen, die uns gegenüberübersitzen, anzuhören und sie als erlebt und gegeben hinzunehmen. Sie haben nicht nur eine ganz eigene Geschichte erlebt und Erfahrungen gemacht, sondern sie haben auch eine ganz eigene Sicht auf die Dinge. Dies ist natürlich erst einmal zu akzeptieren. Mit Bescheidenheit und Geduld ist es die Aufgabe der helfenden Menschen, die Geschichten zu hören und vielleicht auf die leisen Signale zu hören, die sich ergeben. Barker und Buchanan-Barker formulieren sensitiv: „Wir müssen der Person gestatten, uns in ihrem Erleben zu unterweisen“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 41).

Das Erleben eines 'migrationserfahrenen Menschen ist vielfältig. Die Abwanderung aus der Heimat hinterlässt beim Einzelnen Spuren. Das Mitmachen beispielsweise einer Fluchtwanderung beeindruckt. Und das mehr oder weniger gelingende Ankommen in der Fremde kann ganz subjektiv

erlebt werden.

Woran erinnert uns die Gezeiten-Metapher? Als Touristen an der Nordsee haben der Eine oder die Andere unter uns die Gezeiten hautnah erlebt. Manchmal ist an den Stränden der Nordsee das Wasser, manchmal hat es sich zurückgezogen. Barker und Buchanan-Barker schreiben vom Ozean der Erfahrung, der daran erinnere, „dass das Leben eine Entwicklungsreise ist, die alle Menschen auf dem Weg“ machten (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 45). Wenn ein Mensch eine Migrationserfahrung hinter sich hat, so hat er natürlich die Gezeiten in aller Hefigkeit erlebt. Von der stürmischen See müssen erst einmal ruhige Fahrwasser erreicht werden. Die Wanderung wühlt den Menschen auf, er muss erst einmal zur Ruhe kommen. Das Gegenteil erlebt er. In der neuen Heimat warten Aufgaben, die von Verunsicherung und Hilflosigkeit begleitet sind.

Die Entwicklungsreise ist „eine Reise des Entdeckens und Erkundens, auf der wir Dinge über uns selbst und unser Leben herausfinden“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 45). Die Gefahr auf Grund zu laufen und mit dem Schiff zu sinken ist auch präsent. Und die Seetauglichkeit des Einzelnen entscheidet darüber, wie der Erfahrungsozean erlebt und bewältigt wird.

Barker und Buchanan-Barker warnen: „Bei dem Versuch, Menschen zu helfen, müssen wir sorgsam darauf achten, dass wir nicht letztlich versuchen, das Erleben ihrer Probleme zu kontrollieren. Wir müssen Menschen Zeit geben, zu reflektieren, so dass sie aus ihrer eigenen Erfahrung lernen können“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 42).

Als psychiatrisch Tätigen fällt es uns oft schwer, diese Geduld zu zeigen. Gerade im Kontakt mit migrationserfahrenen Menschen, die uns nur wenig Möglichkeiten bieten, etwas für sie zu tun, sind wir mit unserer pragmatischen Art schnell rüit Hilfe-Tätigkeiten bei der Sache. Als Begleitende haben wir sicher eher die Aufgabe, das Eine oder Andere auszuhalten, einfach zuzuhören und an der hoffentlich richtigen Stelle passend zu validieren.

Kommen wir noch einmal zu den Leib- und Körpererfahrungen zurück, mit denen ich in das Thema des Beitrags eingeführt habe. Erfahrungen in der Fremde sind mit gehörigen Portionen Unwohlsein verbunden. Der Logik des „Gezeiten-Modells“ folgend muss es und helfenden Menschen darum gehen, dass sich die Betroffenen möglichst wohl in der eigenen Haut fühlen. Menschen aus anderen Kulturen haben beispielsweise ganz andere Prägungen, mit dem eigenen Körper zu kommunizieren. Emotionale Sicherheit kann nur gegeben werden, wenn einschneidende Gefühle radikal akzeptiert und durchlitten werden. Dies geschieht sicher vor allem bei Menschen, die sprachliche Barrieren in der Fremde erfahren. Sie werden sich die Frage stellen, welchen besonderen Nutzen das „Gezeiten-Modell“ für die transkulturelle psychiatrische Pflege hat. Ich will es in der Weise beantworten, dass ich der Überzeugung bin, dass sich die besondere Zuspitzung, die ein menschliches Leben durch Migration erfährt, mit dem „Gezeiten-Modell“ abbilden lässt. Oder anders gesagt: es bietet die Möglichkeit, dieses Leben im Extremen irgendwie anzunehmen und irgendwie zu bewältigen. Gerade in der transkulturellen Pflege wird die Erwartung

formuliert, dass Menschen Handwerkszeug an die Hand gegeben wird. Dies fällt schwer. Es muss vielmehr darum gehen, eine Sensibilität für die emotionalen Ausnahmesituationen der betroffenen Menschen zu entwickeln. Der Umgang mit religiösen Prägungen wie dem Islam oder dem Hinduismus fällt mir schwer, der ich katholisch sozialisiert wurde. Ich kann keine spezifischen Antworten auf Fragen geben, da mir schon die Kenntnisse über andere religiöse Traditionen fehlen. Ich kann aber aus der Erfahrung eines religiösen Lebensweges Antworten geben, die tief aus der eigenen Erfahrung schöpfen.

Die Sensibilität lässt sich kultivieren. Barker und Buchanan-Barker stellen fest, dass menschliches Leben, fließender Natur sei —,in ständiger Bewegung, stetem Wechsel“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 42). Das „Gezeiten-Modell“ verwende Wasser als Schlüsselmetapher für die gelebte Erfahrung der Person als auch für das Pflegesystem, das sich der erkrankten Person anpassen müsse (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 42).

Das „Gezeiten-Modell“ wird geprägt von 10 Verpflichtungen, die Tag für Tag neu zu deklinieren sind in der Begegnung mit seelisch erkrankten Menschen:

Die persönliche Stimme wertschätzen

„Die Geschichte der Person über das Erleben psychischer Leiden oder damit zusammenhängender Probleme ist der Anfa'ngs- und Endpunkt der gesamten helfenden Begegnung“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 49).

Für den psychiatrisch begleitenden Menschen heißt dies in erster Linie, ein offenes Ohr für den betroffenen Menschen zu haben. Über das Erzählen der Erfahrungen der eigenen Migration gewinnt der Mensch Einsichten, findet hier und dort sicher zu Emotionen und es gelingt hoffentlich, aus der Erfahrung der Migration und des Leidens eine eigene Geschichte zu erzählen - mit Nähe zu sich selbst.

Die Sprache respektieren

„Die Person hat eine einzigartige Weise entwickelt, um die Leb'ensgeschichte zum Ausdruck zu bringen und anderen wiederzugeben, was sie nur selbst wissen kann“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 50). Bei einem migrationserfahrenen Menschen geht es dabei nicht nur um das gesprochene Wort, sondern sicher auch darum, die nonverbalen Botschaften in Alltagssituationen zu decodieren bzw. sich an die ureigenen Äußerungen über die Körperlichkeit der gemeinsamen Beziehung zu versichern.

Zum Lehrling werden

„Die Person ist Expertin ihrer Lebensgeschichte. Der Praktiker lernt von ihr, was getan werden muss oder was funktioniert“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 50). Psychiatrisch Tätige wissen häufig, was gut für den anderen Menschen ist. Barkers Mahnung erinnert daran, dass Genesungsschritte von den Betroffenen kommen.

Die verfügbaren Mittel und Wege

„Die Geschichte der Person enthält Beispiele dessen, was bei ihr funktioniert oder funktionieren könnte. Diese Beispiele liefern die hauptsächlichen Mittel, die eingesetzt werden müssen, um Recovery zu entfalten oder aufzubauen“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 50). Die Menschen liefern Vorlage dafür, was rrit ihnen erarbeitet werden kann. Sie bieten nicht nur die Themen, sondern vor allem die Möglichkeiten an, die sie aktuell anbieten können. Für betroffene Menschen in der transkulturellen Pflege kann dies einen Glücksfall bedeuten, wenn sie dem begleitenden Menschen eine Vielzahl an Nöten auflegen können. Andererseits ist uns als helfenden Menschen bewusst, dass viele Themen schamhaft besetzt sind und somit Lösungsansätze schwierig werden.

Den nächsten Schritt gestalten

„Der Helfer und die Person arbeiten zusammen, um zu einer Einschätzung dessen zu kommen, was jetzt getan werden muss. Der erste Schritt besteht darin aufzudecken, welche Macht Veränderung hat, indem man auf das Endziel hinweist“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 51).

Zeit schenken

„Die Zeit, die der Praktiker und die Person zusammen verbringen, ist der Grundstein des Wandlungsprozesses“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 51). Alle kennen wir den Satz, dass ein Lächeln an der Eingangstüre die Tür zu einem Menschen öffnet. Indem dem Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt wird, fühlt er sich angenommen und schenkt selbst Vertrauen. Mit diesem Vertrauensvorschuss kommen wir an die eigentlichen Fragen der Erkrankung, können ursächlich mit dem Leiden umgehen, Hilfestellung geben.

Ehrliche Neugierde entwickeln

„Die Person schreibt eine Lebensgeschichte, ist jedoch kein offenes Buch. Praktiker müssen Wege entwickeln, echtes Interesse an der Geschichte zum Ausdruck zu bringen, um den Erzähler der Geschichte besser verstehen zu können“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 51). Wenn in schwierigen Situationen Hilfestellungen nötig sind, wacht es Sinn, wenn die Problemlagen durch den Betroffenen vorgegeben werden. Nicht die Interpretationen der Helfenden, was Priorität hat, machen Sinn. Es ist die Vorgabe, die der Betroffene macht. Das Einzige, was sich ein helfender Mensch herausnehmen sollte, ist die Bemerkung, dass die einfachen Wege vielleicht zuerst gegangen werden statt sich holprige Wege auszusuchen.

Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet

„Das Grundprinzip des „Gezeiten-Modells“ ist, dass Wandel unvermeidbar ist, weil er kontinuierlich stattfindet. Die Aufgabe des professionellen Helfers besteht darin, ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie dieser Wandel geschieht und wie sich dieses Wissen dazu nutzen ließe, die Person aus Gefahr und Leid heraus und zurück auf den Kurs des Rückforderns und der Recovery zu lenken“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 52). In dem Moment, in dem der migrationserfahrene Mensch Unterstützung sucht, zeigt er Veränderungswillen. Es ist kein Zeichen einer persönlichen Schwäche, sondern vielmehr ein deutliches Signal, an sich und der eigenen Situation arbeiten zu wollen. Für migrationserfahrene Menschen ist es ein großer Sprung. Schließlich sind viele Lebensthemen schambesetzt und Offenheit wird häufig als Zeichen von Schwäche wahrgenommen.

Persönliche Lebensweisheit enthüllen

„Die Person hat beim Schreiben der Lebensgeschichte einen großen Vorrat an persönlicher Lebensweisheit angelegt. Eine der zentralen Aufgaben des Helfers besteht darin, beim Enthüllen dieser Lebensweisheit zu assistieren“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 52). Wenn die persönliche Lebensgeschichte erzählt wird, kommen die „Haken an der Sache“ zur Sprache. Nicht nur dies. Es kommt auch an die Oberfläche, was die Einzelnen an besonderen Fähigkeiten, aber auch an besonderen Geschichten zu bieten hat. Mit der persönlichen Lebensgeschichte löst sich der Betroffene aus der „Masse“ heraus.

Persönliche Lebensweisheiten enthüllen

„Die Person hat beim Schreiben der Lebensgeschichte einen großen Vorrat an persönlicher Lebensweisheit angelegt. Eine der zentralen Aufgaben des Helfers liegt darin, beim Enthüllen der Lebensweisheiten zu assistieren“ (Barker & Buchanan-Barker, 2013, S. 52). Was wollen Sie mehr als bei der Begegnung mit einem seelisch angeschlagenen Menschen das Positive des Gegenübers in dieser Deutlichkeit zu erleben. Es ist die Haltung, mit der wir dem Anderen begegnen. Und indem ich unterstreiche, dass er einen großen Schatz an Lebensweisheit mit sich trägt, vermeide ich den Blick auf die Defizite, sondern schaue konsequent auf die Ressourcen.

Womit kämpfen Menschen, die als Migrationserfahrene an den Rand der eigenen Bejastbarkeit gekommen sind? Ich erinnere mich an eine Frau, die den weiten Weg aus dem Nahen Osten auf sich genommen hat, um sich hier „in der Fremde“ eine neue Perspektive aufzubauen. Auf dem Weg hierhin wurde sie Opfer von Übergriffen, zeigte sich in der psychiatrischen Behandlung traumatisiert, erlebte Flashbacks und anderes. Ich erinnere mich an eine Frau, die mit dem Verlassen der Heimat depressiv reagierte, das Gefühl hatte, das ihr der Boden unter den Füßen entzogen wurde. Ich erinnere mich an einen jungen Mann, der eine psychotische Episode erlebte. Er erzählte, dass er es nicht fassen könne, was ihn in diese Erfahrung gedrängt hat.

Was macht das „Gezeiten-Modell“ beispielsweise beim Assessment? Es stellt Fragen, lässt den Raum, sich auszudrücken. So kommen Antworten auf Fragen wie:

Entstehung

- Wie begann alles?
- So wirkte es sich auf mich aus So fühlte es sich für mich an
- So haben sich Dinge mit der Zeit verändert
- Bei der Bedeutung im Hier und Jetzt geht es Punkte wie:
- So fühle ich mich jetzt
- Was bedeutet dies meiner Ansicht nach?
- Was sagt dies über mich als Person aus?
- Was muss jetzt aus meiner Sicht geschehen?
- Was soll die Betreuungsperson für mich tun?

Gehen Sie einmal einen kurzen Moment in sich. Kennen Sie eine vergleichbare systematisierte Zugewandtheit? Ein Assessment dieser Art führt natürlich nicht dazu, dass eine umfangreiche Pflegeplanung erarbeitet werden kann. Es ist eine Möglichkeit, in kleinen Schritten mit den betroffenen Menschen auf einen gemeinsamen Weg zu kommen.

Das „Gezeiten-Modell“ zeigt, dass eine betroffenen-orientierte Begleitung in der psychiatrischen Versorgung möglich ist. Es verdeutlicht, dass das Leben mit einer Schifffahrt über den Ozean verglichen werden kann. Was brauchen Sie, wenn Sie eine Schifffahrt machen? Ihnen ist bewusst, dass eine Schifffahrt in ruhigem Fahrwasser geschehen kann oder Sie vielleicht einen heftigen Sturm erleben. Erleben Sie stürmische Zeiten, so brauchen Sie rettende Häfen. Gleichzeitig brauchen Sie ein Gleichgewicht während des Sturms.

Was machen Sie denn in Ihrem alltäglichen Leben? Sie haben sich Orte und Momente geschaffen, die Ihnen ein Verschnaufen ermöglichen. Diese Perspektive ist dem seelisch erkrankten Menschen aus dem Blick geraten. So ist es an Ihnen als helfenden Menschen, vielleicht einen Brückenschlag zu ermöglichen. Zurückhaltend können Impulse gegeben werden, bei denen der migrationserfahrene, aus der seelischen Balance geratene Mensch selbst überlegen kann, ob sie hilfreich sind.

Conclusio

Jetzt stehen wir dort mit dem Wissen um die tiefgehenden Dimensionen der Körperlichkeit im Zusammenhang mit Erfahrungen von Heimat und Fremde. Jetzt stehen

wir dort mit den Potentialen des „Gezeiten-Modells“. Es eröffnet Perspektiven dafür, wie ein Beziehungsprozess von helfenden und hilfebedürftigen Menschen gestaltet werden kann. Dieser Erkenntnisgewinn trifft sich an dem Punkt, an dem die Existenzialität der Erfahrungen von Leiden und Erschütterung offenbar werden können.

Biografie ist mehr als ein Lebenslauf. Dies hat schon die Krankenschwester Ulrike Lenthe festgestellt. Bei der Biografie geht es um eine Lebensbeschreibung. Und eine Lebensbeschreibung lebt von den Höhen und Tiefen eines Lebensweges. Dies gelingt einem Lebenslauf sicher nicht. Während ein Lebenslauf Daten über die objektive Abfolge von individuellen Ereignissen im Leben eines Menschen sammelt, bezieht sich die Biografie auf die Innenseite des gelebten Lebens (Lenthe).

Insofern lassen Sie sich anregen, das Mehr der Körperlichkeit und das Mehr des „Gezeiten- Modells“ zu nutzen, um aus den Alltagsrädern der täglichen pflegerischen Arbeit etwas hinauszubewegen.

Autor



Christoph Müller

Psychiatrisch Pflegender, Redakteur «Psychiatrische Pflege», Fachautor, Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender

arscurae@web.de

(C) Volkshilfe-SZ Frohnleiten: Beziehungsarbeit beinhaltet immer auch den Umgang mit Gefühlen und Emotionen.



Der Mehrwert zwischenmenschlich gestalteter Arbeit in Pflegeheimen

Individualisierte Leistungen professioneller Betreuung und Pflege erfordern die Fähigkeit, soziale Beziehungen aufzubauen und persönliche Interessen und Bedürfnisse von Heimbewohner*innen sowie auch deren Angehörigen zu erkennen und diese zu bearbeiten (KDA/DZA, 1991). Sie bedürfen deshalb einer flexiblen und interaktiven Arbeitsweise und entsprechend gestalteter Arbeitsbedingungen. Dazu gilt es, nicht nur die Arbeitsaufgaben und -abläufe im Blick zu haben, sondern vor allem auch die Unternehmens- und Führungskultur sowie Kommunikation und Kooperation mit Arbeitskolle-

gen*innen zu beachten. Insbesondere in Pflegeheimen sollte bei der Arbeitsgestaltung die Beziehung zu Heimbewohner*innen (und deren Angehörigen) als zentraler Bestandteil berücksichtigt werden. Drei Prinzipien erscheinen für die in vielerlei Hinsicht anspruchsvoll zu gestaltenden individualisierten Leistungen als zentral. Das sind eine Heimbewohner*innen-orientierung, gute Möglichkeiten einer selbstbestimmten und selbstorganisierten Arbeitsweise und ein kommunikativer Rahmen, der die Umsetzung dieser Arbeitsweise unterstützt. Im Folgenden wird ein Arbeitsgestaltungs-Modell für

Pflegeheime vorgestellt, das diese Anforderungen integriert, indem die (sozial-kommunikativen) Prozesse menschlich(er) und geschmeidig(er) gestaltet werden können. Damit wird nicht nur die für die Mitarbeiter*innen so wichtige Sinnstiftung unterstützt, sondern auch die Identifikation mit den Werten der Organisation sowie die Bindung an das Unternehmen.

Außerdem soll durch gute Möglichkeiten einer selbstbestimmten und selbstorganisierten Arbeitsweise die aktive(re) Rolle der Mitarbeiter*innen bei der heimbewohner*innen-orientierten (Mit-)

Gestaltung von Arbeitsbedingungen betont und auf den großen Spielraum der Pflegeheime hinsichtlich Gestaltung und Organisation der Arbeitsbedingungen hingewiesen werden.

Die Präventionsabteilung der AUVA-Hauptstelle bietet AUVA-versicherten Pflegeheimen mit dem Präventionsprogramm „AUVAfit“ kostenlose Beratung und Unterstützung bei der Arbeitsgestaltung.

Problemfelder der Arbeitsgestaltung

Ursachen für die psychische Arbeitsbelastung der Mitarbeiter*innen lassen sich im Wesentlichen auf fünf Bereiche einschränken, die in untenstehender Punktation dargestellt werden. Grundlage für diese Erkenntnisse sind mehrere, vom Autor in Pflegeheimen durchgeführte, AUVAfit-Projekte.

Schwächen in der Arbeitsorganisation führen zu einer hohen Arbeitsintensität im Sinne von Arbeitsmenge, -zeit und -tempo bei teilweise ungünstiger Personalausstattung und einem oft (zu) geringen Einfluss auf Arbeitsgestaltung und -abläufe. Emotionale Belastung entsteht häufig aufgrund eines gering ausgeprägten Konsenses zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu einer – vor allem heimbewohner*innen-orientierten

– Gestaltung von Tätigkeiten sowie Rollenunklarheiten, samt daraus resultierenden (hierarchischen) Unstimmigkeiten und Kränkungen.

Schwächen der Führung zeigen sich insbesondere an der Diskrepanz zwischen klaren Vorgaben, Zielen und Leitsätzen und dem tatsächlichen, oft mangelnden Vertrauen bei der Einräumung einer eigenverantwortlichen und selbstorganisierten Arbeitsgestaltung. Das bedeutet, dass den Mitarbeiter*innen ein unzureichender Tätigkeitsspielraum zugestanden wird, um Kooperationen selbst zu organisieren und um heimbewohner*innen-orientierte Tätigkeiten gemeinschaftlich optimal umzusetzen.

Schwächen in der Kommunikation bestehen vor allem beim informellen kollegialen Austausch und Feedback – sowohl innerhalb als auch zwischen den Berufsgruppen und Hierarchien. Teilweise ist die Kritikfähigkeit und Konfliktkultur zu gering ausgeprägt und es werden ungünstige Strategien der Emotionsregulierung genutzt. Dazu kommt oft auch das Gefühl, zu wenig informiert und sozial eingebunden zu sein.

Schwächen der Unternehmenskultur erschweren es, sich auch generationsübergreifend frei und wertgeschätzt äußern zu können

und vermitteln den Eindruck, dass Vorschläge nicht ernsthaft wahrgenommen und bearbeitet werden (Partizipationskultur). Hinzu kommen teilweise fehlende Regelungen zur günstigen Integration neuer Mitarbeiter*innen sowie wenig Perspektiven für eine personelle Erneuerung. Zusätzlich erschweren oft nicht ausreichend vorhandene oder ungünstig gestaltete Rückzugsräume emotionale Verbundenheit und Identifikation der Mitarbeiter*innen mit den Pflegeheimen.

Steigende Betreuungsintensität:

Vor allem aber entsteht psychische Arbeitsbelastung infolge steigender Betreuungsintensität durch eine Häufung gerontopsychiatrischer Auffälligkeiten (z.B. Demenz) und Einschränkungen im Bereich der Orientierung und der Mobilität. Die heimbewohner*innen-orientierten Handlungs- und Gestaltungsspielräume der Mitarbeiter*innen erweisen sich als zu gering. Ein Austausch über diese Aufgaben und Tätigkeiten findet meist ungenügend statt oder fehlt gänzlich. Daraus folgt eine „abgespeckte“ Form der Beziehungsarbeit mit den Heimbewohner*innen, die sich weder mit Vorstellungen noch Wünschen der Mitarbeiter*innen deckt und damit eine zusätzliche Quelle psychischer Arbeitsbelastung darstellt.

DER LEHRGANG

Über fachlich gute Medizin und Pflege hinaus steigt der Bedarf an berufsübergreifender Kommunikation, Zusammenarbeit und gemeinsam gestalteten Entscheidungsprozessen. Ziel des Lehrgangs ist die kompetenzorientierte Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen für die Etablierung von Ethikarbeit und Ethikberatung.

Der Lehrgang vermittelt Grundlagen, Instrumente und Fähigkeiten zur klinischen Ethikberatung ebenso wie zur Etablierung und Umsetzung von Ethikboards/Ethikkomitees sowie die Einrichtung eines Ethikkonsiliardienstes auf Ebene einzelner Einrichtungen. Damit können Teams in Gesundheitseinrichtungen in ethischen Konflikten entscheidungs- und handlungsfähig gehalten werden.

Stand: Juli 2023

KARL LANDSTEINER PRIVATUNIVERSITÄT
FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems / Austria
T: +43 2732 720 90
E: presse@kl.ac.at
www.kl.ac.at



ANGEWANDTE ETHIK UND ETHIKBERATUNG FÜR GESUNDHEITSBERUFE

ZERTIFIKATSKURS

NEU MIT ETHIKBERATER:IN

KL ACADEMY



(C) Volkshilfe-SZ Frohnleiten: Pflege ist immer auch Beziehungsarbeit.

Individualisierte Leistungen als Quelle psychischer Arbeitsbelastung

Professionelle Betreuung und Pflege erfolgt in Form individualisierter Leistungen an den Heimbewohner*innen (Schalek, 2020). Diese Leistungen zeichnen sich nicht nur durch Interaktion, persönlichen Kontakt und personale Beziehung zwischen „Produzenten und Konsumenten“ (Ko-Produktion) aus, sondern innerhalb der Arbeitsprozesse finden auch soziale und gefühlsorientierte Inhalte und deren Beeinflussung statt. Das setzt die Kontrolle bzw. Manipulation eigener Gefühle voraus (Giesenbauer & Glaser, 2006). Der damit verbundene Aufwand wird als Gefühls- und

Emotionsarbeit bezeichnet und kann nebenfalls als Belastungsfaktor personenzugerechter Dienstleistungen angesehen werden (Schöllgen & Schulz, 2016).

Zentrale Prinzipien einer günstigen Arbeitsgestaltung

Individualisierte Leistungen erfordern eine flexible und interaktive Arbeitsweise sowie entsprechend gestaltete Arbeitsbedingungen. Drei Prinzipien erscheinen dabei zentral: Eine Heimbewohner*innenorientierung, gute Möglichkeiten einer selbstbestimmten und selbstorganisierten Arbeitsweise und ein kommunikativer Rahmen, der die Umsetzung dieser

Arbeitsweise unterstützt.

Heimbewohner*innen-Orientierung

Heimbewohner*innen-Orientierung entspricht dem oftmals geäußerten Wunsch des Personals nach „mehr Arbeit mit, statt am Heimbewohner“. Indem dieser Zugang die Heimbewohner*innen und deren Bedürfnisse nach „Würde und Wahrung der persönlichen Integrität sowie Selbstbestimmung und (spirituellem) Wachstum“ in das Zentrum des beruflichen Tuns stellt (Eckerstorfer, 2000a), eröffnet er psychosoziale und emotionale Themen, kurz: Zwischenmenschlichem, den Einzug in die (Arbeits-)

Organisation. Damit werden auch Angehörige, das Personal sowie andere Akteur*innen gleichermaßen erreicht und integriert (Curaviva, 2021).

In diesem Sinn ist Heimbewohner*innen-Orientierung eine Referenz für eine günstige sozial-kommunikative Gestaltung individualisierter Leistungen. Sie bildet eine zentrale Grundlage für die Arbeitsgestaltung und damit auch für eine kooperative Selbstorganisation und Arbeitsgestaltungs-kompetenz.

Kooperative Selbstorganisation und Arbeitsgestaltungs-kompetenz

Die jeweils hohe Ausprägung einer kooperativen Selbstorganisation sowie Arbeitsgestaltungs-kompetenz (job crafting) ermöglicht es einzelnen Mitarbeiter*innen bzw. Teams, ihre Arbeit selbstständig und selbstorganisiert, nach eigenen Vorstellungen und auf besondere – etwa heimbewohner*innen-orientierte - Anforderungen hin (mit) zu gestalten und umzusetzen.

Voraussetzung dafür ist, dass Beschäftigte ihre Arbeitsbedingungen aktiv gestalten können und auch wollen, dabei mit ihren Ressourcen haushalten und entsprechend soziale Kontakte suchen und aufrechterhalten (Müller & Wiese, 2010). Für das unerlässliche Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die Überzeugung, durch eigenes Handeln Situationen verändern zu können sowie ein Bewusstsein für tatsächliche Gestaltungsmöglichkeiten (Selbstwirksamkeit) ist ein unterstützender, ermöglichender organisatorischer Rahmen

unabdingbare Voraussetzung. Deshalb braucht es eine gute Unternehmenskultur und Führung, fachliche und sozial-emotionale Kompetenz des Personals, innerbetriebliche soziale Beziehungen und die – gemeinsame – Fähigkeit zur „Initiative, Selbstregeneration und Problemlösung“ (Buck & Endenburg, 2005, S. 5).

Für eine kooperative Selbstorganisation gilt überdies, dass nicht nur sachlich-rationale Dimensionen einer Zusammenarbeit, sondern im Sinne einer Heimbewohner*innen-Orientierung auch psychosoziale und emotionale Themen der Organisation und des Personals, kurz Menschliches, in die Arbeitsgestaltung miteinzubeziehen sind und diesen ausreichend Raum zu geben ist. Wichtig dabei ist, organisational all das wegzulassen, was eine Selbstorganisation erschwert oder verunmöglicht (Kleve, 2020). Das sind etwa unklare Hierarchien, starre Reglements, Intransparenz oder unzureichende Partizipation. Erst dann wird es Mitarbeiter*innen ermöglicht, für sich und gemeinsam mit dem Team Erwartungshaltungen, Rollenverteilungen und Aufgabenbereiche zu definieren, miteinander abzugleichen und zu gestalten.

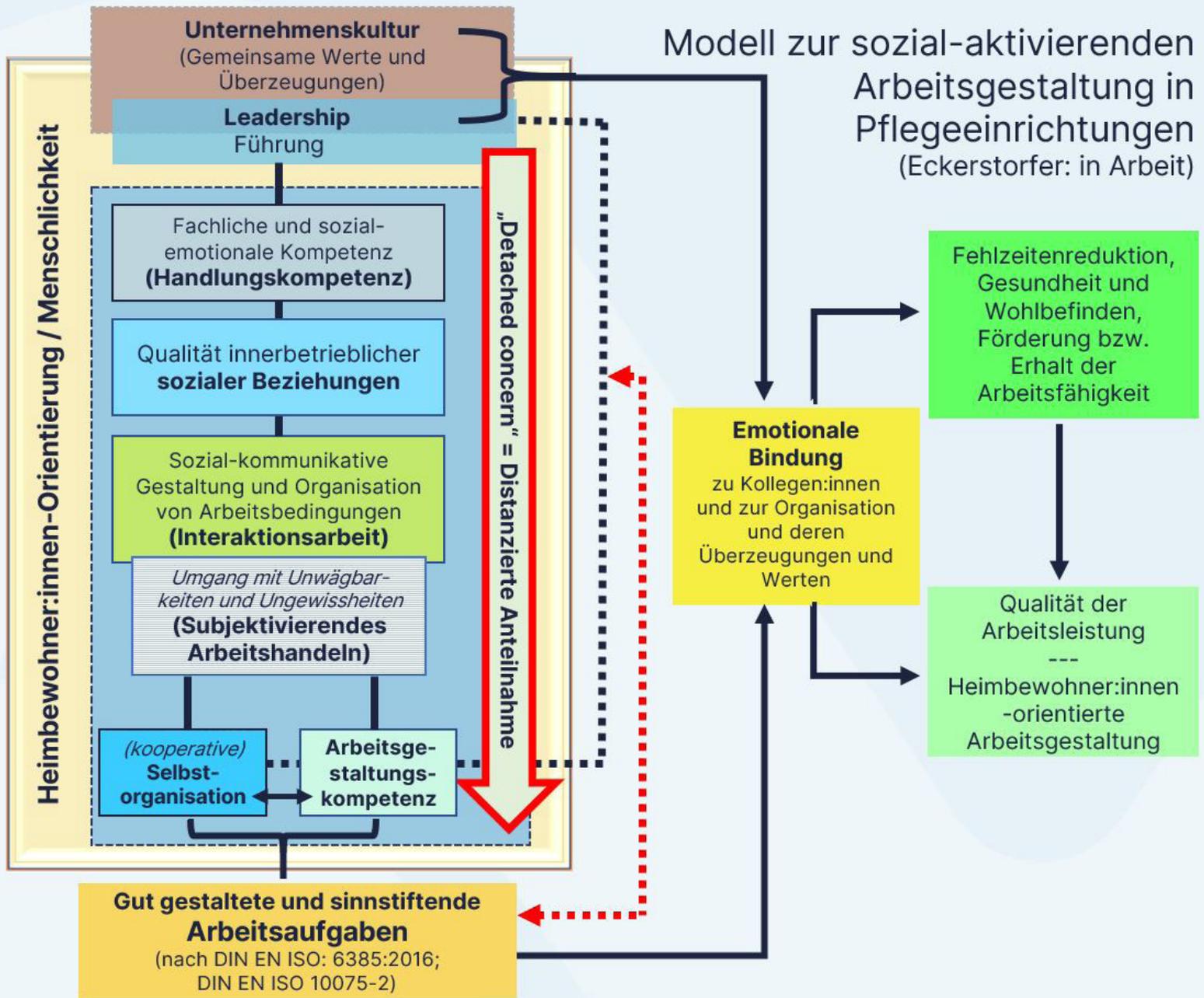
Diese Eckpunkte finden – wie eingangs bereits erwähnt – in alltäglichen Arbeitszusammenhängen oft nicht die erforderliche Resonanz und werden damit nicht als Grundlage für eine günstige Arbeitsgestaltung herangezogen.

„Detached Concern“ als relevantes Konzept

Zur Bewältigung dieser Herausforderungen bedarf es einer professionellen Haltung, die diese (Beziehungs-)Arbeit und kommunikativen Anforderungen ermöglicht bzw. erleichtert und die damit fallweise verbundenen emotionalen Irritationen und Kränkungen verhindert, abschwächt oder gar auflöst.

Hier bietet sich das Konzept des „Detached Concern“ an. „Detached Concern“ kann mit „professioneller Anteilnahme durch Empathie und Abgrenzung“ übersetzt werden. Gemeint ist eine emotionsregulierende Arbeitshaltung zur Bewältigung emotionaler Belastungen in kommunikativ gestalteten und emotional schwierigen Arbeitsprozessen, die mittels Balance zwischen ausgeprägter empathischer Anteilnahme („concern“) und hinreichender Abgrenzungsfähigkeit („detachment“) erreicht wird. Dadurch soll es gelingen, sich vor emotionalen Beeinträchtigungen zu schützen und die Arbeit erfolgreich und professionell durchführen zu können (Lampert et al., 2021).

„Detached Concern“ ist in diesem Sinne keineswegs nur eine individuelle, sondern vielmehr auch eine organisationale Ressource, die es entsprechend – vor allem auch von Mitarbeiter*innen – zu gestalten gilt. Zur Unterstützung dieses Prozesses bietet sich das erweiterte Modell einer sozial-aktivierenden Arbeitsgestaltung im Projekt „AUVafit2 an, das im Folgenden vorgestellt wird.



Ein Lösungsansatz: Erweitertes Modell einer sozial-aktivierenden Arbeitsgestaltung im Projekt „AUVAFit“

Das erweiterte Modell einer sozial-aktivierenden Arbeitsgestaltung für Pflegeeinrichtungen bietet einen Rahmen zur Gestaltung der oftmals anspruchsvoll umzusetzenden individualisierten Leistungen professioneller Pflege (Eckerstorfer, 2020; 2023).

Für eine günstige sozial-kommunikative Gestaltung und Organisation von Arbeitsbedingungen und den Umgang mit Unwägbarkeiten und Ungewissheiten sind – als deren Kern – folgende Rahmenbedingungen abgebildet:

nikative Gestaltung und Organisation von Arbeitsbedingungen und den Umgang mit Unwägbarkeiten und Ungewissheiten sind – als deren Kern – folgende Rahmenbedingungen abgebildet:

- Eine Unternehmenskultur mit klaren Werten, Zielen und Leitsätzen (vor allem hinsichtlich einer Heimbewohner*innen-Orientierung),
- eine Führung, die diese Prinzipien lebt und die Mitarbeiter*innen bei deren Umsetzung unterstützt

ter*innen bei deren Umsetzung unterstützt

- fachliche und vor allem sozial-emotionale Kompetenzen der Mitarbeiter*innen und
- innerbetriebliche soziale Beziehungen.

Als Arbeitsweisen bietet das Modell eine kooperative Selbstorganisation auf der Ebene von Teams und eine Arbeitsgestaltungs-kompetenz auf der Ebene von Mitarbeiter*innen an. Damit sollen die

individualisierten Leistungen in Ko-Produktion mit Heimbewohner*innen und Kollegen*innen flexibel und dialogisch-interaktiv erbracht werden.

Der dazu erforderliche, günstige sozial-kommunikative Rahmen nimmt auf personenzentrierte Grundwerte wie Empathie, Vertrauen, Verständnis, Respekt und Recht auf Selbstbestimmung Bezug (Mayer et al., 2019). Über eine Heimbewohner*innen-Orientierung können diese Grundwerte in Form psycho-sozialer Themen und Menschlichkeit in die alltägliche Arbeitsgestaltung Einzug halten. Auf Grundlage dessen lassen sich kommunikative Prozesse menschlich(er) und günstig(er) gestalten.

Für einen professionellen Umgang mit gefühlsorientierten Inhalten bei individualisierten Leistungen wird auf eine emotionsregulierende kommunikative Strategie bzw. professionelle Haltung durch Empathie und Abgrenzung („Detached Concern“-Ansatz) Bezug genommen.

Arbeitswissenschaftliche Einordnung einer sozial-aktivierenden Arbeitsgestaltung

Eine sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung zeichnet sich durch erhebliche lern- und persönlichkeitsförderliche Merkmale aus (u.a. Hacker & Sachse, 2023; Ulich, 2011; DIN EN ISO 6385:2016-12; DIN EN ISO 9241-1:2002-02).

So setzen sich Arbeitsaufgaben ganzheitlicher Pflege aus planenden, ausführenden, steuernden und kontrollierenden Arbeitsschritten zusammen und machen Aufgaben vielseitiger. Dies fördert die Entwicklungsmöglichkeiten und

bietet Anknüpfungspunkte für soziale Kontaktmöglichkeiten. Der eigene Beitrag zum Arbeitssystem wird dadurch bedeutsam(er) wahrgenommen.

Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und -ideen

Folgende Arbeitsgestaltungs- und Qualifizierungs-ideen zur heimbewohner*innen-orientierten Arbeitsgestaltung auf Basis einer aktiven Rolle der Mitarbeiter*innen können benannt werden.

Arbeitsorganisation

Neben einer angemessenen Personalausstattung bedarf es zwecks guter Arbeitsgestaltung einer vollständigen Aufgabensstruktur der Pflege, samt offener Planung, geringer Standardisierung und ausreichend zeitlichen Freiräumen (Weishaupt, 2017a. & b.). Dazu sollten bereits im Vorfeld etwaige Ursachen von Belastungsfaktoren wie beispielsweise Arbeitsunterbrechungen, widersprüchliche Anforderungen, Zeitdruck und ungleich verteilte Arbeitsmengen identifiziert und beseitigt werden. Basierend auf dem Konsens zu Werten, Regeln und Leitsätzen zur Gestaltung und Umsetzung einer Heimbewohner*innen-Orientierung gilt es, in einer gemeinschaftlich abzustimmenden Zielbearbeitung Aufgabenbereiche, Rollenverteilungen und eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit hinsichtlich der Unterstützung der Heimbewohner*innen zu benennen und in Tätigkeitsbeschreibungen festzuhalten. Das fördert das Vertrauen in eine kooperative Selbstorganisation und Arbeitsgestaltungs-kompetenz.

Kommunikation und Information

Vorweg müssen kommunikativ bedingte Regulationsbehinderungen und -überforderungen (z.B. fehlende informative Abstimmung innerhalb und zwischen den Führungsebenen) identifiziert und beseitigt werden. Zur Stärkung eines sozialen Miteinanders braucht es Möglichkeiten zur Teamarbeit und – auch informelle – Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten. Diese können in Form eines regelmäßigen Erfahrungsaustauschs zu (besonders auch emotionalen) Inhalten der Arbeit und speziell zu einer verwendungsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit passieren. Wichtig dabei ist ein Konsens über eine klare, offene und direkte Kommunikation. Und es sind auch Gelegenheiten zum persönlichen, vertrauensvollen, auf einen sozialen Ausgleich bedachten Austausch erforderlich.

Führung

Führung sollte – auch physisch präsent – in einer respektvollen und mitarbeiter*innen-orientierten Haltung erfolgen und gewillt sein, Vorgaben zu benennen, Freiräume zu geben und diese aufrecht zu erhalten. Dabei sollen sich Führungskräfte auch dafür einsetzen, dass Ideen aus der Belegschaft ernsthaft wahrgenommen und bearbeitet werden.

Unternehmenskultur

Freie Äußerungen und das Einbringen von Vorschlägen zur Arbeitsgestaltung sollten nicht nur ermöglicht, sondern erwünscht und wertgeschätzt werden (Partizipationskultur). Dazu sind verschiedene soziale Räume notwendig, in denen auch die Unternehmensleitung erreichbar ist. Es braucht Vertrauen in nicht objektivierbare

und nur begrenzt dokumentierbare Arbeitspraktiken (Weishaupt, 2017a) durch positive Sanktionen (AnerKENNung) sowie einen guten Umgang mit Fehlern und Konflikten (positive Fehlerkultur). Zwecks günstiger Integration neuer Mitarbeiter*innen, auch mit Blick auf generationenübergreifende Zusammenarbeit, bedarf es entsprechender Regelungen. Die Förderung der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeiter*innen nach längeren Krankenständen soll mit einem verantwortungsvoll gestalteten Wiedereingliederungs- und „Rückkehr“-Prozess unterstützt werden. Zudem wäre es wichtig, mittels authentischer Öffentlichkeitsarbeit ein klares Bild der Tätigkeiten in Pflegeheimen zu vermitteln. Dies würde deren gesellschaftlichen

Nutzen unterstreichen und wäre auch der Identifikation der Mitarbeiter*innen mit diesen Aufgaben dienlich.

Qualifizierung

Hinsichtlich einer (Weiter-)Qualifizierung des Personals bedarf es, durchaus auch „berufsständisch gemischter“ und „häuser“-übergreifender, vor allem aber handlungsorientiert gestalteter Fortbildungen (besonders im Umgang mit Heimbewohner*innen). Außerdem braucht es günstige und auch informelle kommunikative Gelegenheiten, die den Austausch und die Partizipation hinsichtlich des Wissensschatzes erfahrener Kollegen*innen ermöglichen (Social Learning). Hier empfehlen sich zum Beispiel Personal-Ro-

chaden zwischen Wohnbereichen von Pflegeheimen zur Förderung eines – auch informellen – Wissenstransfers und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts.

Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und deren Entwicklung und Umsetzung

Ein Arbeitsgestaltungsansatz ist, dass aufgrund der Erkenntnisse aus einer genauen Analyse der Arbeitsbedingungen – partizipativ mit Mitarbeiter*innen – verschiedene Arbeitsgestaltungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Ein erweiterter Zugang wäre die – selbstbestimmte und selbstorganisierte – aktive (Mit-)Gestaltung von Arbeitsbedingungen durch Mitarbeiter*innen (Arbeitsgestal-



(C) privat: AUVAFit-Begleitberatung im Volkshilfe Seniorenzentrum Frohnleiten v. I.: MMag. Peter Eckerstorfer, MPH (AUVA), Silvia Kungl, MSc (Heimleitung), Ingeborg Fank, DGKP (Pflegedienstleitung)

tungskompetenz) und Teams (kooperative Selbstorganisation). Für diesen Arbeitsgestaltungsansatz sprechen ein prozesshaftes intuitiv-analytisches Vorgehen, bei dem „evidenzbasierte“ Kausalzusammenhänge nicht immer zwingend erforderlich erscheinen (Eckertorfer, 2014). Dies begründet sich aus verschiedenen Unwägbarkeiten und Ungewissheiten im Alltag von Pflegeheimen.

Idealerweise geschehen Umsetzung und Praxistransfer im Rahmen einer beteiligungsorientierten Begleitberatung, in die Mitarbeiter*innen verschiedener Verwendungsgruppen und hierarchischer Positionen eingebunden sind. Dabei wird gute Wirkung im Zusammenspiel verschiedener Arbeitsgestaltungsmaßnahmen erzielt, die mit den in der Analyse gewonnenen Erkenntnissen als auch durch das – selbstbestimmte und selbstorganisierte – prozesshaft intuitiv-gestaltende Vorgehen von Mitarbeiter*innen untermauert wird.

Zusammenfassung

Arbeitsgestaltung erfüllt mehrere Funktionen: Sie kann die Sicherung der Qualität der Organisation unterstützen, hat aber auch – insbesondere mit Blick auf den Arbeitnehmer*innenschutz – die Gesundheitserhaltung der Beschäftigten zum Ziel. Arbeit kann – richtig gestaltet – gesundheits- und vor allem auch lern- und persönlichkeitsförderlich sein (Ulich, 2011) und mehr noch: Sie kann begeistern und Spaß machen und damit Gesundheit und Wohlbefinden fördern (Badura, 2017).

Unter diesen Gesichtspunkten fokussiert sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung nicht nur die Gestaltung der Arbeitsaufgaben und -abläufe, sondern betont vor allem

auch die Unternehmens- und Führungskultur sowie die Kommunikation und Kooperation mit Kollegen*innen.

Insbesondere in Pflegeheimen, wo professionelle Betreuung und Pflege in Form individualisierter Leistungen erfolgt (Schalek, 2020), fließt zusätzlich die Beziehung zu Heimbewohner*innen (und deren Angehörigen) mit ein. Diese anspruchsvoll zu gestaltende Tätigkeit wird besonders durch operative (vor allem bei der Führung) sowie kommunikative und konzeptionelle Schwächen erschwert und stellt darüber hinaus auch eine Quelle psychischer Belastung dar. Außerdem beziehen individualisierte Leistungen soziale und gefühlsorientierte Inhalte mit ein, deren Kontrolle bzw. Manipulation einen weiteren Belastungsfaktor darstellt (Schöllgen & Schulz, 2016).

Arbeitsweisen, die auf die Bewältigung dieser Herausforderungen ausgerichtet sind, zielen auf eine aktive und selbstbestimmte Rolle der Mitarbeiter*innen ab. Der sozial-kommunikative Rahmen dazu nimmt auf personenzentrierte Grundwerte wie Empathie, Vertrauen, Verständnis, Respekt und Recht auf Selbstbestimmung Bezug (Mayer et al., 2019). Über eine Heimbewohner*innen-Orientierung können diese Grundwerte in die alltägliche Arbeitsgestaltung Einzug halten. Entscheidend dabei ist eine emotionsregulierende, professionelle Haltung, die mit dem „Detached Concern“-Ansatz auf den Punkt gebracht wird.

Durch diese Form der Arbeitsgestaltung wird ein professioneller Umgang mit Unwägbarkeiten als „Potenzial für eine Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten“ (Böhle & Busch, 2012, S. 14) er-

öffnet, indem die menschliche Zuwendung keinen „Zusatzaufwand“ darstellt, sondern vielmehr helfen soll, Qualität und Effizienz der Arbeit zu erhöhen und zugleich die subjektive Belastung zu reduzieren (Weishaupt, 2017a, S. 691).

Diese Form der Arbeitsgestaltung erhöht zudem die Identifikation der Mitarbeiter*innen mit den Werten der Organisation sowie die Bindung an die Pflegeheime. Damit werden die Grundlagen für eine vertrauens- und respektvolle sowie anteilige und lösungsorientierte Gestaltung der Beziehung zu Heimbewohner*innen, Kollegen*innen, Angehörigen und zur Führung geschaffen. Es wird ein Handlungsrahmen geboten, der den menschlichen Basismotiven nach Kontrolle, Einflussnahme, Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzerweiterung gerecht wird und der die für Mitarbeiter*innen so wichtige Sinnstiftung generiert. Darüber hinaus wird eine wertschätzend gelebte, empathisch entspannte Orientierung gegenüber den (Kooperations-) Partnern und ein menschlich „geschmeidiger“ Umgang mit den Herausforderungen in diesem, von Spannungen und Unwägbarkeiten gekennzeichneten, Arbeitsumfeld möglich.

Mit dahingehend gestalteten individualisierten Leistungen wird zusätzlich die Professionalisierung gefördert. Diese resultiert aus der Entwicklung eines hochqualifizierten Angebotes für komplexe individualisierte Leistungen (Gefühls- und Emotionsarbeit), die spezielle Kenntnisse (skill und grade-Mix) sowie Autonomie und Eigenverantwortung bei der Durchführung („Durchführungs(selbst)verantwortung“) erfordern (Schalek, 2007).

Es besteht die Möglichkeit, in

weiteren AUVAFit-Projekten von MMag. Eckerstorfer, MPH gute Arbeitsbedingungen im Sinne heimbewohner*innen-orientierter Beziehungsarbeit zu bestimmen und damit für eine Gestaltung explizit(er) und auch sichtbar(er) zu machen. So kann eine Win-win-win-Situation entstehen: Für Mitarbeiter*innen, für Heimbewohner*innen und für (Träger von) Pflegeheime(n). Bei Interesse an einer AUVAFit-Beratung kontaktieren Sie mich bitte.

Literaturverzeichnis

Badura, B. (2017). Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung. Springer.

Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.). (2006). Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Böhle, F. (Hrsg.). (2017). Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit. Springer. DOI 10.1007/978-3-658-14983-3

Böhle, F. & Busch, S. (Hrsg.) (2012): Management von Ungewissheit. Neue Ansätze jenseits von Kontrolle und Ohnmacht. Bielefeld.

Buck, J. A. & Endenburg, G. (2005). Die Kreativen Kräfte der Selbstorganisation 2005 Übersetzung: Isabell Dierkes 2006. Microsoft Word - Die Kreativen Kräfte der Selbstorganisation.docx (soziokratiezentrum.org) aufgerufen am 07.01.2024

CURAVIVA Schweiz (2021). Personenzentrierte Dienstleistungen für Menschen im Alter. Argumen-

te und Instrumente zur Entwicklung und Verankerung im ambulanten und institutionellen Umfeld. Online: [curaviva.ch. personenzentrierte_dienstleistungen__argumentarium__curaviva_schweiz__2021.pdf](http://curaviva.ch/personenzentrierte_dienstleistungen__argumentarium__curaviva_schweiz__2021.pdf) aufgerufen am 08.01.2024.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA); Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (1991): Heimkonzepte der Zukunft. Berlin: DZA.

DIN EN ISO 6385:2016-12. Grundsätze der Ergonomie für die Gestaltung von Arbeitssystemen (ISO 6385:2016); Deutsche Fassung EN ISO 6385:2016 Ausgabe 2016-12.

DIN EN ISO 9241-1:2002-02. Ergonomische Anforderungen für Bürotätigkeiten mit Bildschirmgeräten; Teil 2: Anforderungen an die Arbeitsaufgaben; Leitsätze.

Eckerstorfer, P. (2000a). Psychischen Belastungen durch Patientenorientierung bei ganzheitlicher Pflege in Altenheimen. Unveröff. Seminararbeit an der Universität Bielefeld. [www: http://www.eckerstorfer.info/Pflege.pdf](http://www.eckerstorfer.info/Pflege.pdf) aufgerufen am 07.01.2024.

Eckerstorfer, P. (2014). Intuition in der arbeitspsychologischen Analyse. Unveröff. Abschlussarbeit für die Ausbildung zur Sicherheitsfachkraft bei der AUVA.

Eckerstorfer, P. (2020). Ungewissheit als Potenzial erkennen. Alle Achtung! Das Sicherheitsmagazin

Autor



MMag. Peter Eckerstorfer, MPH

MMag. Peter Eckerstorfer, MPH
Arbeitspsychologe bei der AUVA-Hauptstelle Präventionsabteilung
Telefon: +43 5 9393-20750
E-Mail: peter.eckerstorfer@auva.at

Der Autor ist in der Präventionsabteilung der AUVA-Hauptstelle Fachkundiges Organ für Arbeits- und Organisationspsychologie und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Gestaltung von Arbeitsbedingungen, überwiegend in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens.

der AUVA. (3). 12-14. Wien: Ärzteverlag.

Eckerstorfer, P. (2023). Arbeitsgestaltung in Pflegeeinrichtungen: Fokus auf Heimbewohnenden schafft Win-win-win-Situation. Alle Achtung! Das Sicherheitsmagazin der AUVA. (6). 18-20. Wien: Ärzteverlag.

Giesenbauer, B. & Glaser, J. (2006). Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege - Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In: F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.). a.a.o. S. 59-83.

Hacker, W. & Sachse, P. (2023). Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Vdf Hochschulverlag. 4., überarb. und aktual. Auflage.

Kleinbeck, U. & Schmidt, H. (Hrsg.) (2010). Enzyklopädie für Psychologie. Bd. 1 Arbeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Kleve, H. (2020). Die Rückkehr des „Menschlichen“: Integration des Psycho-Sozialen, Emotionalen und Elementaren als Voraus-

- setzung für gelingende Selbstorganisation. In: O. Geramanis & S. Hutmacher (Hrsg.). Der Mensch in der Selbstorganisation. uniscope. Publikationen der SGO Stiftung. Springer Gabler. S. 247-260. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27048-3_16.
- Lampert, B., Hornung, S. & Glaser, J. (2021). Detached Concern und Wohlbefinden: berufliche Selbstwirksamkeit und Sinnerfüllung als vermittelnde psychische Ressourcen. *Präv. Gesundheitsf.* 16, 179–187. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00864-7>
- Mayer, H., Wallner, M., Hildebrandt C., Köck-Hódi, S. (2019). Rahmenkonzept zur Gestaltung Personenzentrierter Praxis in der Langzeitpflege (PeoPLe) – Hintergrund – Entstehung – Elemente. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien, ISBN: 978-3-200-06668-7.
- Müller, G. F. & Wiese, B. S. (2010). Selbstmanagement und Selbstführung bei der Arbeit. In U. Kleinbeck & H. Schmidt (Hrsg.), *Enzyklopädie für Psychologie*, D, III, Bd. 1 Arbeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 623-667.
- Geramanis, O. & Hutmacher, S. (Hrsg.) (2020). Der Mensch in der Selbstorganisation. uniscope. Publikationen der SGO Stiftung. Springer Gabler. S. 247-260. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27048-3_16
- Schalek, K. (2020). WORKING PAPER: PFLEGEBEDARF. Arbeiterkammer Wien Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik.
- Schalek, K. (2007). Professionalisierung in der Gesundheits- und Krankenpflege: Der Beitrag von Pflegediagnosen zu einem professionalisierten Pflegehandeln. Wien: infact.
- Schöllgen, I. & Schulz, A. (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Emotionsarbeit. Forschung Projekt F 2353. Dortmund/Berlin/Dresden. DOI: 10.21934/baua:bericht20160713/1f
- Ulich, E. (2011). Arbeitspsychologie. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Weishaupt, S. (2017a). Perspektiven für Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. In: F. Böhle (Hrsg.). a.a.o. S. 691-699.
- Weishaupt, S. (2017b). Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege. In: F. Böhle (Hrsg.). a.a.o. S. 681-691.

„Vorstellungen von Handwerkern im Kopf“

Fragmentarische Notizen zu persönlichen Begegnungen mit einem depressiv-erfahrenen Menschen

Sascha ist ein junger Mann in den besten Jahren. Mitten im vierten Lebensjahrzehnt hat er eine Erfahrung gemacht, auf die er hätte verzichten können. Als Kaufmann in einem Bankinstitut hat er in den Lauf eines Revolvers blicken müssen. Nicht nur dies. Die Bankräuber haben ihn minutenlang gefesselt, geknebelt und ihm bei Fehlverhalten mit dem Erschießen gedroht. Es sind Momente gewesen, die sein Leben grundlegend verändert haben.

Denn seit diesen Stunden ist nichts mehr so, wie es vorher gewesen ist. Sascha ist ein lebensfroher Mensch gewesen. Wenn er am Nachmittag seine Arbeitsstätte verlassen hat, hat er sich oft mit

Freundinnen und Freunden getroffen. Er hat viel Menschen begeistern können, lange Wanderungen oder mühsame Radtouren mit ihm zu machen. Sein einnehmendes Wesen hat immer dafür gesorgt, dass er Menschen mitgenommen hat.

So sehr er auf die Gemeinschaft mit seinen langjährigen Freundinnen und Freunden bedacht gewesen ist, so wichtig ist es ihm oft gewesen, für sich zu sein. Wenn er allein in seinem Appartement gesessen hat, hat er immer viel gelesen. Er hat mit großer Freude klassische Musik gehört. Seine Freude hat sich gesteigert, wenn er im Konzerthaus seiner Heimatstadt große Dirigenten oder be-

kannte Orchester hat erleben können. Wenn er sonntags am Abend dann das Hochamt in der Domkirche hat mitfeiern können, dann ist die Woche für ihn abgerundet gewesen.

Während seiner abwechslungsreichen Arbeit hat es ihm an Erfolgserlebnissen nicht gemangelt. Er hat die seltene Erfahrung machen können, über Jahre in ein und derselben Filiale arbeiten zu dürfen. So hat er sich nicht nur viele Sympathien bei den Kundinnen und Kunden erarbeiten können. Viel Vertrauen ist in ihn gesetzt worden. Er hat nicht nur über viele Jahre miterleben können, wie nah Freud und Leid bei den Menschen ist, die zu den Stammkunden ge-





hören. Die Menschen haben viel mit ihm verhandelt, um wirtschaftlich über die Runden zu kommen. So hat er viel über die Menschen gewusst, denen er Tag für Tag, Woche für Woche begegnete.

Seitdem er den Überfall in der Bankfiliale erlebt hat, in der er viele Jahre gearbeitet hat, ist alles anders. Er weiß nicht mehr, was er mit sich anfangen soll. Das Schlimmste für ihn ist die Antriebslosigkeit, mit der er zu kämpfen hat. Wenn er morgens erwacht, dann fällt es ihm schon schwer, aus dem Bett zu steigen. Der Sinn für den Alltag ist ihm abhanden gekommen. Er hat das Gefühl, dass ihm jemand ein Tau um den Leib gelegt hat, um ihn festzuhalten und das Verweilen im Bett zu verlängern.

Anfänglich hat er sich immer wieder davon überzeugt, dass dies

nicht der Fall sein kann. Er hat dann seinen Körper abgetastet. Wenn er sich dann von dem Nichtvorhandensein eines Taus überzeugt hatte, hat er sich gewünscht, dass es problemlos mit dem Aufstehen klappe. Weit gefehlt. Er hat es kaum geschafft, sich auf die Bettkante zu winden und in die Hausschuhe zu schlüpfen.

Was fair viele Menschen alltäglich erscheint, erlebt Sascha als Etappenziel.

„Bedeutungsloses Kaffeekochen“

Manchmal geht es so weit, dass Sascha sich wünscht, ein Seil würde ihn aus dem Bett ziehen. Er hat das Gefühl, die eigene Kraft reiche nicht aus, um in den Alltag einzutauchen. In solchen Momenten scheint es sein einziger Wunsch, sich wieder unter die Bettdecke zu kriechen. Es reicht einfach nicht,

um die einfachsten Dinge bewältigen zu können. Das Kaffeekochen, das er allmorgendlich zelebriert hat, scheint bedeutungslos. Es scheint keinen Wert mehr zu haben, die Kaffeebohnen in der Mühle zu zerkleinern, in die Presskanne zu schütten und dann das gekochte Wasser hinzuzufügen. Es ist nicht daran zu denken, dass er mit Bourbon-Vanille, Zimt oder Kardamon den Kaffee verfeinert. Viele Freundinnen und Freunde hat er so für eine alternative Kaffeekultur begeistern können.

Er kennt eine Variante dieses Erlebens. Er schafft es am Morgen, sich an den Frühstückstisch zu setzen, kocht sich einen Kaffee und nimmt sich ein Buch in die Hand, mit dem er sich einmal ablenken will — von den Gefühlen, der Bewegungslosigkeit und der mangelnden Ansprechbarkeit seiner selbst. Während er den Kaf-

feebecher in die Hand nimmt, beschleicht ihn das Gefühl, dass ein schwarzer Hund ihn anbellt und anspringt.

Dieser schwarze Hund will ihn, so empfindet es Sascha, davon abhalten, die Energie für den anstehenden Tag zu bündeln. Sein vermeintliches Bellen klingt so, als würde der schwarze Hund ihn auffordern, sich zumindest wieder auf das Sofa zu hocken und dort zu verbleiben. Sein Geist sagt ihm, dass dies nicht wahrhaftig sein kann. Sein Fleisch bleibt allerdings auf dem Küchenstuhl hocken, findet nicht den nötigen Antrieb, sich dem Tag und dem Alltag zu stellen.

Sascha empfindet es als einen täglich wiederkehrenden Kampf mit sich und seinen Gefühlen. Er leidet sehr darunter. Denn häufig ist es so, dass er es nicht schafft, zur Arbeit zu gehen. Mühevoll genug erscheint es, das Telefon in die Hand zu nehmen, um sich krank zu melden. Noch mühevoller erscheint es, den Hausarzt oder den Facharzt aufzusuchen, um eine Krankmeldung zu bekommen.

Für viele Menschen in seiner Umgebung erscheint das Erleben und das Verhalten Saschas fremd. Sie haben ihn jahrelang anders kennengelernt. Sascha ist in den Augen seiner Freundinnen und Freunde ein lebensfroher Mensch gewesen, der sich offenbar von nichts unterkriegen lässt. Er ist für viele Menschen um ihn herum ein Motor gewesen, der sie eher mitgerisser hat, der sie aus dem fehlenden Mut für eine Sache oder Aktivität herausgelührt hat. Er ist ein Garant dafür gewesen, dass der Langeweile der Kampf angesagt worden ist.

„Betrübt auf dem Sofa“

Umso schwerer fällt es ihnen auszuhalten, dass Sascha betrübt auf seinem Sofa hockt, wenn sie ihn besuchen. Sie spüren die Spannung, die es auszuhalten gibt. Auf der einen Seite haben sie ein scheinbar ideales Bild von Sascha vor den Augen, wie er doch wieder sein sollte, würde er wieder gesund. Auf der anderen Seite erleben sie einen Menschen, der aus dem Jammertal nicht mehr herauszukommen scheint.

Den Menschen um Sascha herum erscheint es nicht nachvollziehbar, was in ihm vorgeht. Hat das Erleben des Banküberfalls ein Trauma verursacht ? Ist durch dieses Ereignis manches aufgebrochen, was tief in ihm schlummerte ? Ist sein aktuell erlebter Defekt auf der Erlebensebene angesiedelt ? Oder ist es ein Verhaltensdefekt ? Macht Sascha eine Depression durch oder ist es einfach nur eine Phase der Melancholie ?

Schlüssige Antworten wissen die Menschen um Sascha herum nicht zu geben. Sie beobachten ihn, versuchen Anteil zu nehmen an den Dingen, die ihn beschäftigen. Hier und dort versuchen sie ihm Ratschläge zu geben. So engagiert sie ihm Ratschläge geben, so schnell merken sie, wie unangebracht diese gutgemeinten Tipps sind.

Niemand vermag Sascha die Subjektivität seines Leidens zu nehmen. Es gibt nichts zu objektivieren. Es sind tiefe Emotionen, die Sascha erfährt. Die

Unfähigkeit, ganz alltägliche Dinge tun zu können, scheint niemand zu kennen. Dieses Gefühl hat Sascha immer wieder, wenn Menschen vor ihm stehen, ihn ermutigen wollen, ihm Hilfestellung anbieten.

Autor



Christoph Müller

Psychiatrisch Pflegender, Redakteur «Psychiatrische Pflege», Fachautor, Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegenden

arscurae@web.de

Hilde Schädle-Deininge

Genuss und Genießen im Alltag fördern

Handreichung für Pflege-,
Gesundheits- und Aktivitätsberufe



Hilde Schädle-Deininge

Genuss und Genießen im Alltag fördern

Handreichung für Pflege-,
Gesundheits- und
Aktivitätsberufe

unter Mitarbeit von:

Christel Bienstein • Irmela Boden
• Jonathan Gutmann • Sandra und
Gerhard Huck • Doris John-
Ohmer • Annette Kleeberg •
Joergen Mattenklotz • Elias Nolde

310 Seiten, 29,90 €

ISBN 9783758317415

In diesem Buch geht es um die Stärkung der und das Fördern von Genussfähigkeit. Die Autorin beschreibt Grundlagen von Genuss und geht davon aus, dass Genießen erfordert, sich seiner Sinne bewusst zu werden. Es beginnt mit dem Herausfinden, welcher Sinn am ehesten den einzelnen Menschen anspricht und im Vordergrund seines Wahrnehmens steht. Durch die Mitautor*innen werden unterschiedliche Sichtweisen auf das vielfältige Thema geworfen und angeregt, sich mit alltäglichem Genuss individuell intensiver zu befassen.

Rezensionsexemplare können direkt bei BoD unter presse@bod.de bestellt werden. Bitte mit dem Titel des Buches und dem Zusatz „Rezensionsexemplar“ im Betreff, dem vollständigen Namen, der Adresse und dem Link zu ihrer Zeitschrift bzw. wo sie es veröffentlichen möchten. BoD behält sich vor, dies zu überprüfen.

WIR HABEN WAS ZU BIETEN

Ihre Karriere in Niederösterreichs Kliniken und Pflegezentren

Neben bestmöglichen Arbeitsbedingungen erwartet Sie ein wohnortnaher und zukunftssicherer Job mit Sinn in einem Team von rund 28.000 Kolleginnen und Kollegen.

Unsere Vorteile im Überblick



Karriere- und
Entwicklungschancen



Flexible
Arbeitszeitmodelle



Vereinbarkeit von
Familie und Beruf



Aus- und Weiterbildung



Regionalität



Gesundheitsförderung



Vergünstigungen



Und noch vieles mehr...

Alle Informationen finden Sie
im KarriereCenter der NÖ LGA!



hpsmedia



CareLit

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.



Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

Jetzt Ticket sichern!

Lernwelten 2024

Wissenschaftlicher Kongress für Pädagogik der Pflege- und Gesundheitsberufe

Next Education – am Puls der Zeit für die Gesundheitsberufe
26. & 27. September 2024 | fh gesundheit, A-Innsbruck

hpsmeditu fhg



www.lernwelten.info