

RP Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich

Ausgabe 2026



FUTURE CARE KONGRESS

Donnerstag, 22. Oktober 2026

STADTHALLE YBBS AN DER DONAU

Kaiser-Josef-Platz 2

3370 Ybbs an der Donau



Samuel Koch



Reinhard Haller



Tristan Horx



Gabriele Jaksch



German Quernheim



Michael Halmich



Markus Tomaschitz



Ulrich Zerhusen

In Kooperation mit



Mit freundlicher Unterstützung von



www.futurecarekongress.at

Management

- 05 Plätschern soll's - Warum professionelle Pflege einen Rhythmus für Beziehung braucht**
MMag. Peter Eckerstorfer MPH
- 13 Primary Nursing in der Langzeitpflege**
Mag.^a Andrea Harm
Daniela Stadler BA MA MSc
Alexandra Steyrer BSc
- 19 Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ)**
Dr.ⁱⁿ Eva Potura
Christine Köberl MBA
Anna Teufel BSc MA

Bildung

- 27 KI erkennen**
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Zegelin
- 35 Pflege-Lernzentrum Krems**
- 37 Die Philosophie von „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der Pflege**
Dr. Omar Ibrahim
- 45 Spiritual Care in der Pflegeausbildung**
Julia Karban-Reithner BScN MA
- 53 Spezialisierungsausbildungen im Umbruch**
Sebastian Pölzl BScN
Nathalie Schindlmaier
Dominic Traxler
Sabine Zapf-Pingert MScN BA
- 61 Verantwortung als ethisches Prinzip multiprofessioneller Altenarbeit**
emer. O.Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Modelle

- 69 Vom Wissen zur Wirkung**
Claudia Zeitlinger

Events

- 73 LSZ Gesundheitskongress 2026**
- 77 Kindertag im Mariannen-Hospital Werl**
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Zegelin

Psychiatrische Pflege

- 81 Zwischen Trend und Evidenz: Welche Rolle spielt Coaching in der forensisch-psychiatrischen Pflegepraxis?**
Toni Goldbergk BA
Mirela Radic BA
Sabine Brüchmann
- 89 Wahrnehmung durch das Unbewusste**
Christoph Müller
Dr. Josef Sachs
- 95 Verantwortung ohne Gewissheit**
Nadine Schuster
- 105 Die Maschen der Achtsamkeit**
Ruth C. Ahrens MScN
Dorothea Gnioth
- 119 Befähigung und Selbstvertrauen beim gemeinsamen Tun**
Dipl. Pflegewirtⁱⁿ Doz.ⁱⁿ Hilde Schädle Deininger
Christoph Müller
- 125 Vom Grübeln zur Selbststeuerung**
Marcel Remkamp

Pflegealltag

- 133 Sexualisierte Gewalt in der Pflege erkennen, benennen, verhindern**
Prof. Dr. Markus Witzmann
Hanna Batzoni MSc BSc
- 139 Biographiearbeit in der Langzeitpflege**
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Zegelin

Versorgung

- 145 24 Stunden Betreuung braucht Pflegefachlichkeit - nicht nur Checklisten**
Simone Gidea BScN, WDM, ZWM
- 151 Wenn das Krankenhaus zur Belastung wird: Notfallpflege zuhause bei Menschen mit ME/CFS**
Barbara Einzinger BSc
Univ.DoZ. Dr. Alex Blaicher MBA
- 157 Zwischen Professionalität und Menschlichkeit**
Michaela Weber
- 159 MOMO Tageshospiz - Familienzentrierte Kinderpalliativversorgung**
Mag.^a Cordula Aigner BSc
Lisa Krafka BScN MA
- 163 Wenn Pflege leiser werden muss**
Mag.^a Lisa Haderer

IMPRESSUM

Medieninhaber
Prof.(FH) Markus Golla, MScN
BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
mail@markusgolla.at
ATU62723645

Herausgeber
Prof.(FH) Markus Golla, MScN
BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat

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

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Prof.(FH) Markus Golla, MScN BScN

Freier Download unter
www.pflege-professionell.at

Kontakt

mail@markusgolla.at

Titelbild (C) KI generiert mit ChatGPT
(C) 2026 Prof.(FH) Markus Golla, MScN BScN

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

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



Prof. (FH) Markus Golla MScN BScN

„Ich dachte doch, er will aufhören ...“

Ja, das dachte ich eigentlich auch.

Vor einigen Jahren habe ich mit einem großen, letzten Kongress mein Magazin zu Grabe getragen. Fast zehn Jahre lang hatte mich dieses Projekt begleitet. Mehr als 50 Ausgaben waren erschienen, unzählige Beiträge geschrieben, Gespräche geführt, Diskussionen angestoßen und Menschen miteinander vernetzt worden.

Und irgendwann war für mich klar: Es ist Zeit aufzuhören.

Aus unterschiedlichen Gründen entschied ich mich damals, die Herausgeberschaft ad acta zu legen. Ich war überzeugt, dass dieses Kapitel abgeschlossen war. Ein bisschen fühlte es sich tatsächlich wie der Beginn meines persönlichen „Ruhestands“ als Herausgeber an. Doch manche Geschichten lassen sich offenbar nicht so einfach beenden.

In den Jahren danach erreichten mich immer wieder Nachrichten, Kommentare in den sozialen Medien und persönliche Rückmeldungen: „Schade, dass es Pflege Professionell nicht mehr gibt.“ Oder: „So ein Magazin würde es heute wieder brauchen.“

Anfangs nahm ich diese Aussagen einfach als schönes Kompliment für die damalige Arbeit. Doch mit der Zeit begannen sie, etwas in mir auszulösen.

Denn gleichzeitig beobachtete ich die Entwicklungen in der Pflege. Berufspolitische Schachzüge, politische Entscheidungen und Rahmenbedingungen ließen mich zunehmend unzufrieden zurück. Vieles wurde diskutiert, manches angekündigt – und bei so manchem fragte ich mich, ob wir als Profession tatsächlich in die richtige Richtung gehen.

Irgendwann kommt dann dieser unangenehme Moment, in dem man sich selbst eine Frage stellen muss: „Steckt man den Kopf in den Sand – oder geht man noch einmal drei Schritte zurück, holt etwas hervor, von dem man eigentlich dachte, es längst abgeschlossen zu haben, und gibt ihm eine neue Chance?“ Wie Sie sehen, habe ich mich für die zweite Variante entschieden.

„Pflege Professionell ist wieder da.“

Nicht als einfache Kopie von damals. Und vermutlich auch nicht mehr als klassische Quartalszeitung. Die Medienwelt hat sich verändert. Die Pflege hat sich verändert. Und auch ich habe mich verändert. Vielleicht ist genau das die Chance.

Dieses Magazin soll wieder ein Ort für fachlichen Diskurs, kritische Gedanken, neue Perspektiven und Menschen sein, die Pflege nicht nur verwalten, sondern gestalten wollen. Ein Ort, an dem wir Entwicklungen nicht einfach hinnehmen, sondern hinterfragen. An dem unterschiedliche Stimmen Platz haben. Und an dem wir uns daran erinnern, dass Veränderung nicht nur irgendwo „da oben“ beginnt, sondern auch bei jenen, die bereit sind, ihre Stimme zu erheben und Verantwortung für ihre Profession zu übernehmen.

Eigentlich dachte ich ja: „Das Magazin gibt es nicht mehr.“ Nun ja. „Schauen wir einmal, was die Zukunft bringt.“

Ab jetzt wieder mit *Pflege Professionell*.

Markus Golla

Ein Kinderbuch über den Pflegeberuf als „Heldenarbeit“



2026. 88 S., 128 Abb., Gb
€ 20,00 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 28.50
ISBN 978-3-456-86440-2
Auch als eBook erhältlich

Angelika Zegelin

Hurra, wir sind für euch da!

Von Heldinnen und Helden in der Pflege

Mit einem Knall landet Logi, ein außerirdisches grünes Wesen vom Planeten Yorgi, auf der Erde. Seine fliegende Untertasse ist zerstört und der Kontakt zur Zentrale unterbrochen – das geht gar nicht! Dabei hat Logi eine wichtige Mission vor sich: Er will von den Menschen lernen, wie man sich um andere kümmert. Auf seinem Heimatplaneten kennt man den Pflegeberuf und so etwas wie Mitgefühl nämlich nicht. Zum Glück wird er sogleich von sechs netten jungen Leuten aufgenommen.

In den folgenden Tagen erlebt Logi spannende Abenteuer: Er sitzt mit Ali am Steuer des Krankenwagens, erfährt durch Bert, wie stressig es zugeht in der Notaufnahme und lernt durch Lena die Abläufe im Operationssaal kennen. Logi ist auch bei Aischas Frühschicht im Krankenhaus dabei und darf Alis Vorstellungen als Klinikclown beiwohnen. Im ambulanten Pflegedienst mit Svenja erkennt Logi, wie bedeutend die Arbeit der Pflegenden für einsame Menschen ist, und zuletzt begleitet er Lukas ins Altenheim, wo er auf einen älteren Herrn trifft, der sich nur ungern von seinen drei Ziegen trennen möchte.

Das Kinderbuch zeigt anhand der Figur Logi spielerisch, wie vielfältig und wichtig Pflegearbeit ist. Kinder lernen die unterschiedlichen Bereiche kennen – von Notaufnahme bis Altenpflege – und entdecken, dass Pflegenden Menschen unterstützen, trösten, begleiten und retten. Mit bunten Geschichten und liebevollen Illustrationen vermittelt das Buch Werte wie Mitgefühl, Fürsorge und Solidarität. Es richtet sich an Kinder im Grundschulalter und macht sie neugierig auf den Pflegeberuf als „Heldenarbeit“ im Alltag.

(C) Fotocredit: KI-generiert mit MS-Pilot (Eckerstorfer)



Plätschern soll's - Warum professionelle Pflege einen Rhythmus für Beziehung braucht

Wie sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung Beziehungsarbeit, Pflegequalität und Mitarbeiter*innen-gesundheit in der Langzeitpflege verbindet

**Motto „Was wir wirklich wissen, zeigt sich erst in dem, was wir tun – und wie wir es tun.“
(Frei nach Franz von Assisi)**

Pflege im Bereich der vollstationären Langzeitpflege bewegt sich in einem grundlegenden Spannungsfeld: Personenzentrierung und Beziehungsarbeit gelten fachlich als zentrale Qualitätsmerkmale, stehen jedoch häufig im Widerspruch zu verrichtungsorientierten, zeitverdichteten Organisationslogiken. Beziehung, Kommunikation und emotionale Präsenz werden erwartet, ohne strukturell abgesichert zu sein – mit Folgen für Pflegequalität und Arbeitsfähigkeit. Der Beitrag greift diesen Widerspruch auf und entfaltet die Metapher „Plätschern soll's“ als arbeitsorganisatorischen Anspruch. Gemeint ist kein Leistungsverzicht, sondern ein professioneller Arbeitsrhythmus, der Wahrnehmung, Beziehung und situatives Entscheiden ermöglicht. Auf dieser Grundlage wird sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung als Rahmen vorgestellt, der Pflege konsequent als organisierbare Interaktionsarbeit versteht. Personenzentrierung erscheint damit nicht als moralischer Zusatzauftrag, sondern als strukturelle Gestaltungsaufgabe von Organisation und Führung.

Der strukturelle Grundkonflikt der Pflegepraxis

Die zentrale Leitidee für Pflegewohnheime lautet: Gute Pflege entsteht nicht primär aus der möglichst fehlerfreien Abarbeitung funktionaler Verrichtungen, sondern aus einer zwischenmenschlich gestalteten, sozial nachhaltigen und strukturell abgesicherten Interaktionsarbeit. Pflege ist in diesem Verständnis weder ein Bündel standardisierbarer Tätigkeiten noch eine moralisch aufgeladene Form individueller Hingabe, sondern eine komplexe, wissensbasierte, emotionsintensive und koproduktive Praxis, deren Qualität maßgeblich von Beziehung, Kommunikation, situativer Urteilskraft und professioneller Emotionsregulation abhängt. Im Zentrum stehen dabei alle beteiligten Subjekte: Heimbewohner*innen, An- und Zugehörige, Mitarbeiter*innen, Teams und Führungskräfte – als Personen mit Biografien, Autonomieansprüchen und Ressourcen, nicht als austauschbare Funktions- und Rollenträger.

Personenzentrierung zwischen Anspruch und organisationaler Realität

Ausgangspunkt ist die seit Jahrzehnten beobachtbare Diskrepanz zwischen dem Ideal personenzentrierter Pflege und den realen Bedingungen ihrer Umsetzung (Eckerstorfer, 2000). In vielen Einrichtungen stehen einem erweiterten professionellen Anspruch starre Hierarchien, Arbeitsverdichtung, Personalmangel, geringe Handlungsspielräume, Bürokratisierung und eine verrichtungsorientierte Taktung entgegen (Eckerstorfer, oJ). Unter solchen Bedingungen werden Beziehungs- und Emotionsarbeit nicht als reguläre Kernleistungen der Pflege organisiert, sondern als implizite persönliche Zusatzleistung vorausgesetzt. Das erzeugt einen Grundkonflikt: Wäh-

rend Personenzentrierung fachlich verlangt, Heimbewohner*innen in ihrer Einzigartigkeit wahrzunehmen und situativ zu reagieren (Schalek, 2022), organisieren Einrichtungen Arbeit oft weiterhin so, als ließe sich gute Pflege auf planbare, zeitlich eng getaktete Einzelschritte reduzieren. Das Problem liegt damit nicht in der Beziehungsarbeit selbst, sondern in der organisationalen Illusion, Beziehung lasse sich innerhalb funktional-fragmentierter Strukturen gleichsam nebenbei miterledigen. Solange Beziehungsarbeit nicht sichtbar, planungsrelevant und institutionell legitimiert ist, bleibt sie ein moralisch überhöhter Anspruch, dessen Einlösung auf persönlicher Verausgabung beruht.

Sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung als struktureller Rahmen

Vor diesem Hintergrund wird sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung als struktureller Rahmen sozial nachhaltiger Pflege eingeführt. Der Ansatz zielt nicht allein auf Belastungsreduktion, sondern vor allem auf die Aktivierung von Ressourcen, die Eröffnung von Handlungsspielräumen, die Stärkung sozialer Beziehungen sowie die strukturelle Absicherung von Beziehungsarbeit als professionellen Kern der Versorgung. Sozial-aktivierend meint dabei die Aktivierung von Fähigkeiten, Biografien und Gestaltungsressourcen (Eckerstorfer, 2024a); sozial-flankierend beschreibt die organisationale, emotionale und reflexive Rahmung der eigentlichen Pflegearbeit (Eckerstorfer, 2024b); sozial-nachhaltig unterstreicht die Verzahnung der Lebensqualität von Heimbewohner*innen, der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter*innen sowie der Stabilität kooperativer Beziehungen als untrennbare Zielgrößen (Eckerstorfer, 2026). Pflegequalität, Mitarbeiter*innengesundheit und Organisationsent-



Auf einen Blick

- ✓ Beziehungsarbeit = Kernleistung, keine Kür
- ✓ Erwartet, aber organisatorisch unzureichend abgesichert
- ✓ Rhythmus statt Dauerverfügbarkeit
- ✓ Drei Ebenen: Organisation - Team - Person
- ✓ Arbeitsgestaltung schafft Ressourcen
- ✓ Ohne Ressourcen: Modell wird zur Leerformel

wicklung erscheinen damit nicht länger als konkurrierende Agenden, sondern als verschiedene Perspektiven auf ein- und dieselbe Gestaltungsaufgabe.

Pflege als Interaktionsarbeit: arbeitswissenschaftlich theoretische Fundierung

Das Modell ist arbeitswissenschaftlich fundiert. Die Handlungsregulationstheorie (Hacker, 2009) – insbesondere die Idee vollständiger Tätigkeiten – macht deutlich, dass Sinn und Motivation dort erfahrbar werden, wo Planung, Durchführung, Rückmeldung und Korrektur zusammenhängen und nicht künstlich getrennt sind (Glaser et al., 2018). Pflegearbeit, die auf isolierte Verrichtungen reduziert wird, unterbricht genau diesen Zusammenhang. Das Konzept der Interaktionsarbeit (Böhle & Weihrich, 2020) verweist darauf, dass Arbeit an und mit Menschen grundsätzlich anders beschaffen ist als Arbeit an Dingen, da Menschen eigene Bedürfnisse, Gefühle und Handlungsmöglichkeiten haben. Der Erfolg der Dienstleistung hängt folglich auch von der Herstellung einer tragfähigen Kooperationsbeziehung ab. Das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns (Böhle, 2017) rückt jene professionellen

Praktiken in den Vordergrund, die nicht in standardisierten Abläufen aufgehen, sondern auf Gespür, Erfahrung, leiblicher Wahrnehmung, intuitiver Situationsdeutung und dialogisch-explorativem Vorgehen beruhen – gerade dort, wo Ungewissheit, Ambivalenz und emotionale Involviertheit den Pflegealltag prägen.

Ressourcenorientierte Perspektive auf Arbeit und Gesundheit

Das Job-Demands-Resources-Modell (Bakker & Demerouti, 2024) zeigt, dass hohe emotionale und organisatorische Anforderungen nicht automatisch schädlich sind. Belastung wird insbesondere dann gesundheitsgefährdend, wenn ihr keine hinreichenden Ressourcen gegenüberstehen – darunter Handlungsspielräume, soziale Unterstützung, Feedback, Reflexionszeit und unterstützende Führung. Die Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 2008) ergänzt diese Perspektive: Motivation, Engagement und psychische Stabilität hängen wesentlich davon ab, ob Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit der Mitarbeiter*innen unterstützt werden. Für Pflegeorganisationen folgt daraus, dass gute Arbeitsgestaltung Bedingungen schaffen muss, unter denen Mitarbeiter*innen Kontrolle erleben, sich wirksam fühlen und in tragfähige Beziehungen eingebunden sind (Gagné et al., 2015; Güntert, 2015). Der Sozialkapitalansatz (Badura et al., 2013) schließlich verdeutlicht, dass Vertrauen, Reziprozität, Anerkennung und Teamkohäsion keine weichen Randbedingungen, sondern strategische Ressourcen sind, die Qualität, Gesundheit und kollektive Problemlösefähigkeit unmittelbar beeinflussen.

Leitideen des Modells: Subjektorientierung, Autonomie, Beziehung

Der theoretische Kern des Modells lässt sich präzise beschreiben:

Pflege- und Betreuungsarbeit wird als organisierbare Interaktionsarbeit verstanden, deren Qualität nicht dem individuellen Engagement überlassen werden darf. Wertschöpfung entsteht im Zuge sozialer Prozesse – in Beziehungs- und Emotionsorientierung, Koproduktion und gemeinsamer Gestaltung des Versorgungsprozesses. Drei konsistente Leitideen stehen dabei im Zentrum: erstens Personenzentrierung als konsequente Ausrichtung an Würde, Autonomie und sozialer Eingebundenheit aller Beteiligten (Mayer et al., 2019); zweitens Autonomie und Partizipation als arbeitsorganisatorische Ermöglichungsbedingungen; drittens Vertrauen, Verbundenheit und tragfähige Beziehungen als produktive Organisationsressourcen. Diese Leitideen verlagern den Blick von der Frage nach möglichst effizienter Abarbeitung hin zur Frage, wie Arbeitsbedingungen gestaltet werden müssen, um kommunikative Haltungen professioneller Beziehungspflege und selbstorganisierte Arbeitsweisen tragfähig zu machen.

Personenzentrierung als strukturelles Prinzip

Personenzentrierung nimmt eine Schlüsselposition ein – allerdings in einer spezifischen, nicht moralisierenden Weise. Sie ist kein Tugendappell an einzelne Pflegekräfte und auch keine diffuse Aufforderung zu emotionaler Hingabe, sondern ein organisational gerahmtes Leitprinzip, das auf der Ebene von Institution, Organisation, Team und Interaktion wirksam werden kann und muss. Alle Beteiligten werden in ihrer biografischen, sozialen und emotionalen Ganzheit ernst genommen, ihre Autonomie wird respektiert und ihre psycho-sozialen Bedürfnisse werden planungsrelevant berücksichtigt (persönliche Mitteilung: Kurt Schalek, AK Wien, Abt. Gesundheitsberufe, 2024). In dieser Form besitzt Personenzentrierung ein salutogenes Po-

tenzial: Sie fördert Orientierung, Anerkennung und Identität und stärkt sowohl die Lebensqualität der Heimbewohner*innen als auch Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter*innen. Dieses Potenzial entfaltet sich jedoch nur, wenn Personenzentrierung arbeitsorganisatorisch verankert ist (Anker-Hansen et al., 2025; Backhaus et al., 2017; Brownie et al., 2013; Gottlieb et al., 2021; Gustavsson et al., 2023; Rutten et al., 2021; van Diepen et al., 2020). Bleibt sie bloßes Leitbild ohne Anpassung von Personalbemessung, Reflexionsstrukturen und Handlungsspielräumen, verwandelt sie sich in eine zusätzliche Belastungsquelle und verstärkt moralischen Stress (Kada & Lesnik, 2019).

Beziehungs- und Emotionsarbeit als Kernleistung

Beziehungs- und Emotionsarbeit darf nicht länger als informeller oder moralisch überhöhter Bereich der Pflege behandelt werden. Sie ist keine Zusatzleistung, sondern eine professionelle Kernleistung (Lademann & Bücken, 2025; Schmedes, 2021): Die Qualität der Beziehung, die Beständigkeit von Bezugspersonen und deren Fähigkeit, Interessen zu erkennen, Unsicherheit zu mindern, emotionale Spannungen zu regulieren und kooperativ mit An- und Zugehörigen umzugehen, sind unverzichtbare Bestandteile dieser (individualisierten) Leistung (Schalek, 2022). Das gilt besonders in der Langzeitpflege, in der Heimbewohner*innen auf längerfristige Verlässlichkeit, Wahrung ihrer Identität und emotionale Sicherheit angewiesen sind (Schalek, 2024). Auch unter Bedingungen kognitiver Einschränkung bleibt emotionale Wahrnehmung bedeutsam: Beziehungsgestaltung ist die zentrale Voraussetzung dafür, dass Pflege nicht als entpersonalisierende Verrichtung, sondern als verstehende und stabilisierende Unterstützung erlebt wird (DNQP, 2018).

Authentisch reflexives und emotional tragfähiges berufliches Handeln

Damit Beziehung und Emotion professionell gelingen können, bedarf es einer spezifischen beruflichen Haltung, die sich als „authentisch reflexives und emotional tragfähiges berufliches Handeln“ beschreiben lässt. Authentisch ist diese Haltung, weil sie nicht auf bloße Gefühlsdarstellung, Oberflächenhandeln (surface acting, Hochschild, 1990) oder strategisches Rollenspiel reduziert werden kann. Reflexiv ist sie, weil emotionale Resonanzen, moralische Irritationen und Handlungsspielräume nicht unmittelbar ausagiert, sondern unter Berücksichtigung professioneller Ziele und eigener Grenzen gedeutet werden. Emotional tragfähig ist sie, weil sie Nähe nicht mit Überidentifikation verwechselt und professionelle Distanz nicht mit Gefühlskälte gleichsetzt. Im Mittelpunkt steht die Balance aus Empathie und Abgrenzung, wie sie das Konzept des „Detached Concern“ formuliert (Lampert & Hornung, 2024): professionelle Anteilnahme, die Zuwendung und Erreichbarkeit ermöglicht, ohne die eigene Integrität aufzugeben. Gerade diese Balance schützt vor emotionaler Auszehrung und erlaubt zugleich eine verlässliche, warme und fachlich begründete Beziehungsqualität (Lampert, 2011).

Bedarfsorientierte Präsenz statt permanenter Verfügbarkeit

Beziehung als konstitutives Element professioneller Pflege bedeutet nicht kontinuierliche emotionale Verfügbarkeit, sondern bedarfsorientierte Zugewandtheit. Pflegekräfte müssen nicht ununterbrochen affektiv verfügbar sein, sondern in relevanten Situationen präsent, erreichbar, fassbar und orientierend wirken. Aufmerksamkeit, Zuwendung und Intervention werden an

Situationen, biografische Besonderheiten und Belastungslagen angepasst – das schützt vor der Entgrenzung von Emotionsarbeit und erhält Beziehung als wirksamen Teil der Pflege. Professionelle Pflege ist damit nicht durch permanente Intensität gekennzeichnet, sondern durch kluge, kontextsensible und verlässliche Formen von Kontakt, die Orientierung und Sicherheit vermitteln.

Resonanzfähige Pflegepraxis

Auf derselben Logik basiert das Konzept einer besonderen Qualität pflegerischer Präsenz, die sich auf Angebot, Entgegenkommen und geschmeidige Entschleunigung konzentriert. Gemeint ist in Anlehnung an Hartmut Rosa (Kohn et al., 2026) eine professionelle Resonanzfähigkeit, die weder auf hektische Reaktionsbereitschaft noch auf technokratische Distanz setzt. Angebot bedeutet, Unterstützungs- und Kontaktmöglichkeiten zu eröffnen, ohne sie aufzuzwingen. Entgegenkommen meint, auf unterschiedliche Rhythmen, Ängste und Ausdrucksweisen einzugehen. Geschmeidige Entschleunigung bezeichnet die Fähigkeit, in beschleunigten Arbeitszusammenhängen den Takt dort zu reduzieren, wo Verstehen, Orientierung oder Deeskalation dies erfordern. Präsenz, Erreichbarkeit und Fassbarkeit bezeichnen schließlich eine Form emotionaler, körperlicher und kommunikativer Verlässlichkeit, die das Gefühl vermittelt, in einem tragfähigen Handlungskontext zu agieren – und nicht auf sich allein gestellt zu sein. Gerade in Situationen von Demenz, Angst, Aggression oder Trauer kann diese Qualität den Unterschied zwischen Eskalation und Stabilisierung ausmachen.

Subjektivierendes Arbeitshandeln und Handlungsspielräume

Da Pflegeleistungen nach dem Uno-actu-Prinzip (Gross & Badura, 1977) erbracht werden – Prozess und Produkt fallen in der Beziehungssituation zusammen – lassen sich individualisierte Leistungen nur begrenzt standardisieren (Schalek, 2024). Die eigene Person wird zum Arbeitsinstrument; Empathie, Kreativität, situative Urteilskraft und reflektierte Selbstbestimmung werden zu produktiven Ressourcen professioneller Qualität. Das Modell nimmt daher Abstand von der Vorstellung, hochwertige Pflege lasse sich „vollständig“ „nur“ über Standards, Checklisten und lineare Planung (WHO, 2024; DNQP, 2018) steuern. Professionelles Handeln beruht ebenso auf Gespür, leiblicher Wahrnehmung und dialogisch-explorativen Vorgehensweisen – gerade im Umgang mit Krisen, herausforderndem Verhalten oder subtilen Zustandsveränderungen. Dieses so benannte „subjektivierende Arbeitshandeln“ bedeutet jedoch nicht Beliebigkeit, sondern eine andere Form professioneller Rationalität, die die Komplexität lebendiger Situationen ernst nimmt (Böhle, 2017).

Selbstbestimmte Gestaltungsräume

Damit dieser professionelle Stil nicht in Selbstausbeutung oder informelle Improvisation abgleitet, braucht er einen institutionell abgesicherten Handlungs- und Gestaltungsbereich in Form selbstorganisierter Arbeitsweisen (Eckerstorfer, 2024c). Selbstbestimmung bzw. Selbstorganisation meint hier fachlich legitimierte Autonomie innerhalb klarer Ziele, gemeinsamer Werte und definierter Verantwortlichkeiten. Fehlen Handlungsspielräume, werden Mitarbeiter*innen auf Ausführen-

de reduziert; sind sie vorhanden, kann Pflege als vollständige Tätigkeit erlebt werden, in der Planen, Durchführen, Beziehungsarbeit, Bewerten und Reflektieren zusammengehören. Der selbstbestimmte Gestaltungsbereich entsteht durch Transparenz, Partizipation, verlässliche Führung und stabile Teamstrukturen – und stärkt seinerseits Selbstwirksamkeit, Lernfähigkeit, Verantwortungsübernahme und Motivation (Edmondson, 1999; Jiang & Luo, 2018; Lee et al., 2018; Slemp et al., 2018).

Sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung als Mehr-Ebenen-Design

Auf organisationaler Ebene geht es um Zeitbudgets, Personalbemessung, Dienstplanung, klare Zuständigkeiten und eine mitbestimmungsorientierte, ermöglichende Führung, auf Teamebene um Kommunikation, Rollenklärung, kollegiale Beratung, Konfliktbearbeitung, soziale Unterstützung sowie psychologische Sicherheit. Auf der professionellen und individuellen Ebene schließlich geht es um Kompetenzaufbau, Emotionsregulation, Selbstfürsorge und reflektierte Urteilskraft. Entscheidend ist das Zusammenspiel dieser Ebenen: Trainings ohne Strukturreformen individualisieren Systemprobleme; Strukturveränderungen ohne Kultur- und Kompetenzarbeit bleiben Scheinlösungen. Erst die Verzahnung erzeugt einen belastbaren Rahmen für zwischenmenschlich gestaltete Arbeit.

Prozessprinzipien und organisationskulturelle Voraussetzungen

Zu den prozessualen Funktionsprinzipien des Modells gehören Respekt, Kongruenz, Reflexivität, Transparenz, Vertrauen, Authentizität, psychologische Sicherheit und Kontextsensibilität. Respekt be-

zeichnet die Anerkennung des Gegenübers als Subjekt mit eigenen Werten und legitimen Deutungen. Kongruenz meint die Übereinstimmung zwischen organisationalem Anspruch und tatsächlicher Praxis – ohne Kongruenz verkommt Personenzentrierung zum Lippenbekenntnis. Reflexivität bedeutet, Erfahrungen, Fehler und emotionale Reaktionen zum Gegenstand gemeinsamer Auswertung zu machen. Transparenz bezieht sich auf nachvollziehbare Entscheidungswege und die Sichtbarkeit von Kriterien und Ressourcen. Vertrauen ist sowohl Voraussetzung als auch Ergebnis gelingender Zusammenarbeit (Böhle et al., 2014) und meint neben dem Vertrauen in Kollegen*innen und Führung ausdrücklich auch die Möglichkeit, schwer dokumentierbare professionelle Praktiken durchführen und Unsicherheit ansprechen zu dürfen. Authentizität verweist auf glaubwürdige Präsenz und Integrität. Psychologische Sicherheit schließlich beschreibt ein Klima, in dem zwischenmenschliches Risiko ohne Angst vor Demütigung oder Abwertung eingegangen werden kann – nur so können Probleme, Fehler und Belastungen frühzeitig thematisiert werden und damit zu gemeinsamem Lernen führen (Edmondson, 1999).

Gelegenheitsstrukturen für offene Planung, Kontextsensibilität und informellen Austausch

Offene Planung bedeutet, dass Arbeitsgestaltung nicht als einmalig festgelegtes Regelwerk, sondern als lernender Prozess verstanden wird, der lokale Routinen, Heimbewohner*innenstruktur und Teamkultur berücksichtigt. Kontextsensibilität schützt vor schematischen Lösungen und verlangt, Veränderung gemeinsam zu entwickeln. Das Modell setzt daher auf fortlaufende, partizipative Formen

der Organisationsentwicklung, in denen Teams, Führung und weitere Beteiligte zusammen erproben, reflektieren und nachsteuern.

Eine besondere Rolle spielt dabei das Schaffen von Gelegenheitsstrukturen für informellen Austausch (Böhle, 2015). Kurze Rückfragen, spontane Abstimmungen, geschilderte Wahrnehmungen, entlastende Gespräche schaffen geteiltes Wissen, sozialen Halt und die Fähigkeit, Unwägbarkeiten kollektiv zu bewältigen. Sie stellen dabei keinen entbehrlichen Nebenfund dar, sondern bilden einen zentralen Mechanismus der sozialen Verarbeitung. Wo solche Strukturen fehlen, vereinzeln sich Erfahrungen und emotionale Spannungen bleiben unbearbeitet. Wo sie vorhanden sind, entstehen geteiltes Wissen, sozialer Halt und kollektive Bewältigungsfähigkeit.

Ressourcenorientierung statt Defizitlogik

Langzeitpflege ist durch erhebliche Anforderungen gekennzeichnet: Zeitdruck, emotionale Dissonanz, Sterben, Demenz, Schichtarbeit und widersprüchliche Erwartungen gehören zum Alltag. Das Modell negiert diese Belastungen nicht, kritisiert aber einen Diskurs, der Pflege beinahe ausschließlich als Defizit- und Krisenfeld betrachtet und dadurch arbeitsgestaltende Ressourcen aus dem Blick verliert. Belastungen wirken situationsbezogen, nicht absolut: Wie stark sie als Beanspruchung erlebt werden, hängt von sozialer Unterstützung, Handlungsspielräumen und organisationaler Rahmung ab. Eine ressourcenorientierte Perspektive fragt daher nicht nur, was belastend wirkt, sondern welche Bedingungen Arbeit tragfähig, sinnvoll und entwicklungsförderlich machen können. Gute Arbeitsgestaltung bedeutet nicht, auf Effizienz zu ver-

zichten, sondern Effizienz so zu organisieren, dass sie Beziehung nicht systematisch zerstört.

Doppelte Aktivierung

Die Funktionsweise sozial-aktivierender Arbeitsgestaltung lässt sich als doppelte Aktivierung beschreiben: Einerseits aktiviert sie die Ressourcen der Heimbewohner*innen – ihre Biografien, Kompetenzen und sozialen Beziehungen – und betrachtet sie nicht als passive Leistungsempfänger, sondern als Koproduzierende ihrer Versorgungsansprüche (Hinsche et al, 2025; Tschan, 2014). Andererseits aktiviert sie die Ressourcen der Mitarbeiter*innen durch Handlungsspielräume, soziale Unterstützung, Lernmöglichkeiten und verlässliche Führung. Im Sinne des Job-Demands-Ressources-Modells puffern Autonomie, Teamunterstützung, Zeitbudgets und Reflexionsräume die Belastung und stärken Motivation. Im Sinne der Self-Determination Theory fördern dieselben Bedingungen Kompetenzerleben, Zugehörigkeit und Verantwortungsübernahme. So werden emotionale Anforderungen von individualisierter Last zu kollektiv getragenen Bestandteilen professioneller Praxis.

Konsequenzen für Arbeitsgestaltung und Führung

Für die konkrete Gestaltung von Arbeitsbedingungen bedeutet dies: Beziehungs- und Emotionsarbeit müssen in Personaleinsatz, Dienstplanung, Qualitätsentwicklung und Dokumentationslogik integriert und sichtbar gemacht werden. Beziehungskontinuität braucht stabile Bezugsteams. Dienstpläne müssen nicht nur Versorgungslücken schließen, sondern auch Erholungsmöglichkeiten, Teamstabilität und geschützte Zeitfenster für Übergabe,

Reflexion und Beziehungspflege berücksichtigen. Supervision, kollegiale Fallberatung und Ethikrunden dürfen keine Zusatzangebote sein, sondern Bestandteile professioneller Infrastruktur.

Führung wird in diesem Modell als Ermöglichaufgabe verstanden: Sie schafft Rahmenbedingungen, die Autonomie, soziale Unterstützung, Reflexion und beziehungsorientiertes Handeln fördern. Sie bietet psychologische Sicherheit, lebt Werte vor, schützt vor Überforderung und unterstützt Konfliktbearbeitung – statt Spannungen durch autoritäre Vereinfachung zu verdecken.

Eine besondere Rolle spielt die Team- und Kooperationsdimension. Da Pflegearbeit in arbeitsteiligen Settings stattfindet, hängt die Versorgungsqualität in hohem Maß von der Qualität innerbetrieblicher sozialer Beziehungen ab. Teams müssen situative Informationen weitergeben, emotionale Belastungen gemeinsam tragen und Ungewissheit kollektiv bearbeiten können. Wo Angst vor Sanktion oder Gesichtsverlust herrscht, werden Belastung und Fehler nicht angesprochen; Lernen wird gehemmt, moralischer Stress verstärkt sich. Wo hingegen ein nicht-punitives, respektvolles Klima herrscht, werden auch schwierige Situationen ansprechbar – mit direkter positiver Wirkung auf Versorgungsqualität und das Wohl der Heimbewohner*innen (Eckerstorfer, 2023).

Grenzen, Risiken und Forschungsperspektiven

Das Modell weist trotz seiner theoretischen Plausibilität erhebliche Grenzen auf. Es ist überwiegend theoretisch-synthetisch und erfahrungsbasiert begründet; die postulierten Wirkzusammenhänge

sind bislang nicht kausal empirisch gesichert. Zentrale Konstrukte – insbesondere die „unsichtbare“ Interaktionsarbeit – sind schwer zu operationalisieren, und die normative Dichte des Modells birgt ein Subjektivierungsparadoxon: Je stärker Organisationen Selbstorganisation, Reflexivität und Personenzentrierung einfordern, ohne die materiellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, desto größer wird das Risiko, subjektives Potenzial zu instrumentalisieren und empathische Professionalität in verdeckte Mehrarbeit zu verwandeln. Ohne Ressourcenrealismus – ausreichend Personal, Zeit und Reflexionsräume – droht sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung zur Leerformel zu werden. Zukünftige Forschung sollte daher ein prüfbares Wirkmodell mit validen Instrumenten zur Erfassung von Interaktionsarbeit entwickeln.

Fazit: Perspektivenwechsel - Beziehung organisieren statt voraussetzen

Die zentrale These dieses Beitrags lautete: Gute Pflege beginnt dort, wo Beziehung nicht nur erwartet, sondern ermöglicht und organisiert wird. Beziehungs- und Emotionsarbeit sind professionelle Kernleistungen der Langzeitpflege. Bleiben sie unsichtbar, zeitlich ungesichert und ohne Ressourcen, wird ein fachlicher Qualitätsanspruch zur persönlichen Mehrleistung der Mitarbeiter*innen.

Sozial-aktivierende Arbeitsgestaltung greift diesen Widerspruch auf, indem sie Beziehung, situative Urteilskraft, professionelle Präsenz und Reflexion strukturell absichert. Sie macht deutlich: Pflegequalität, Mitarbeiter*innengesundheit und Organisationsentwicklung sind keine getrennten Aufgaben, sondern Dimensionen derselben Gestal-

tungsfrage.

Literatur

Anker-Hansen, C., Olsen, L.B., Grøndahl, V.A., Leonardsen, A-CL., Helgesen, AK., Bååth, C., Halvorsrud, L., Restad, G., McCormack, B. & Femdal, I. (2025). The interplay of leadership dynamics and person-centred practice in nursing homes: a mixed methods systematic review. *Front. Health Serv.* 5:1535414. doi: 10.3389/frhs.2025.1535414

Backhaus, R., van Rossum, E., Verbeek, H., Halfens, R. J. G., Tan, F. E. S., & Hamers, J. P. H. (2017). Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.001>.

Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M., & Behr, M. (2013). *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2., erw. Aufl.). Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-36913-1>

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2024). Job-demands–resources theory: Frequently asked questions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 29(3), 188–200. <https://doi.org/10.1037/ocp0000376>

Böhle, F. (2015). Von der formellen Organisation zum informellen Organisieren. In: von Groddeck, V., Wilz, S. (eds) *Formalität und Informalität in Organisationen. Organisationssoziologie*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-00603-7_3

Böhle, F. (Hrsg.). (2017). *Arbeit als subjektivierendes Handeln: Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14983-3>

Böhle, F., & Weihrich, M. (2020). Das Konzept der Interaktionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 74(1), 9–22. <https://doi.org/10.1007/s41449-020-00190-2>

Böhle, F., Bolte, A., Huchler, N., Neumer, J., Porschen Hueck, S., & Sauer, S.



MMag. Peter Eckerstorfer, MPH

Arbeitspsychologe bei der AUVA-Hauptstelle
Präventionsabteilung

Telefon: +43 676 83395-1721

E-Mail: peter.eckerstorfer@auva.at

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

(2014). Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit: Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik jenseits formeller Regulierung. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02658-5>

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1–10. DOI <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. ISBN 978-3-00-057470-2

Eckerstorfer, P. (2000). Psychische Belastungen durch Patientenorientierung bei ganzheitlicher Pflege in Altenheimen. [Unveröffentlichte Hausarbeit]. Universität Bielefeld. <http://www.Eckerstorfer.info/Pflege.pdf>

Eckerstorfer, P. (2023, November 6). Arbeitsgestaltung in Pflegeeinrichtungen: Fokus auf Heimbewohner:innen schafft Win-win-win-Situation. <https://www.alle-achtung.at/artikel/arbeitsgestaltung-in-pflegeeinrichtungen-fokus-auf-heimbewohnerin>

nen-schafft-win-win-win-situation

Eckerstorfer, P. (2024a). Der Mehrwert zwischenmenschlich gestalteter Arbeit in Pflegeheimen. *Pflege Professionell – Das Fachmagazin*. 34/2024. S. 87–97. <https://markusgolla.at/wp-content/uploads/2024/04/ausgabe-pp34.pdf>

Eckerstorfer, P. (2024b). Der Mehrwert sozial-flankierender Aktivitäten für eine Arbeitsgestaltung. *Pflege Professionell – Das Fachmagazin* 35/202, S. 25–32. <https://markusgolla.at/wp-content/uploads/2024/09/ausgabe-pp35.pdf>

Eckerstorfer, P. (2024c). Zwischenmenschliche Arbeit – selbstorganisiert gestaltet am Beispiel des Pflegewohnheims Peter Rosegger Graz. *Sichere Arbeit*. 6. S. 36–39. Wien: ÖGB-Verlag. https://www.sicherearbeit.at/content/dam/sicherearbeit/downloads/2024/SIA_6_24_BF.pdf

Eckerstorfer, P. (2026, February 3). Sozial nachhaltige Pflege und Betreuung. *magazin.pflegenetz.at* <https://magazin.pflegenetz.at/artikel/sozial-nachhaltige-pflege-und-betreuung>

Eckerstorfer, P. (oJ). *AUVAfit in österreichischen Pflegeheimen*. [Unveröffentlichte AUVAfit-Berichte 2017–2023]. AUVA-Hauptstelle Wien.

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. Johnson Graduate School of Management, Cornell University Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/2666999>

Gagné, M., Parker, S.K., Griffin, M.A. et al. (2022). Understanding and shaping the future of work with self-determination theory. *Nat Rev Psychol* 1, 378–392. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00056-w>

Glaser, J., Seubert, C., Hopfgartner, L.,

„Plätschern soll's“ heißt deshalb: Pflege braucht einen Rhythmus, in dem Beziehung möglich wird – nicht als Zusatz, sondern als organisierte professionelle Kernleistung.“

- Prskalo, M., & Roose, D. (2018). Endbericht des Projekts „Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung“. Universität Innsbruck und Bundesarbeitskammer, Österreich.
- Gottlieb, LN., Gottlieb, B. & Bitzas, V. (2021). Creating Empowering Conditions for Nurses with Workplace Autonomy and Agency: How Healthcare Leaders Could Be Guided by Strengths-Based Nursing and Healthcare Leadership (SBNH-L). *J Health Leadersh.* 13:169-181 <https://doi.org/10.2147/JHL.S221141>
- Gross, P. & Badura, B. (1977). Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. In: V. Ferber, C., Kaufmann, FX. (Hrsg.) *Soziologie und Sozialpolitik. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Vol 19. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-322-83545-1_15
- Güntert, S.T., (2015). The impact of work design, autonomy support, and strategy on employee outcomes: A differentiated perspective on self-determination at work. *Motiv Emot* 39, 74–87. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9412-7>
- Gustavsson K, van Diepen C, Fors A, et al Healthcare professionals' experiences of job satisfaction when providing person-centred care: a systematic review of qualitative studies *BMJ Open* 2023;13:e071178. doi: 10.1136/bmjopen-2022-071178
- Hacker, W. (2009). *Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-aktiver Erwerbsarbeit*. Pabst Science Publishers. <http://dx.doi.org/10.17877/DE290R-5844>
- Hinsche, L.M., Hasseler, M. & Krebs, S. (2025). Konzeptanalyse „Aktivierende Pflege“. *Präv Gesundheitsf* 20, 511–518. <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01180-6>
- Hochschild, A-R. (1990): *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Jiang, H. & Luo, Y. (2018), "Crafting employee trust: from authenticity, transparency to engagement". *Journal of Communication Management*, Vol. 22 No. 2 pp. 138–160, doi: <https://doi.org/10.1108/JCOM-07-2016-0055>
- Kada, O. & Lesnik, T. (2019) Facetten von „moral distress“ im Pflegeheim. *Z Gerontol Geriat* 52, 743–750. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01645-w>
- Kohn, D. & Wetzel, D.J. (2026). „Wir sind hier!“ – Resonanz in der Pflege. In: D.J. Wetzel, J. Wienberg, L. Kallenbach, J. Beljan (Hrsg.). *Handbuch Sozialwissenschaftliche Resonanzforschung*. Springer VS, Wiesbaden. S. 1-17. https://doi.org/10.1007/978-3-658-46706-7_22-1
- Lademann, J. & Büker, Chr. (2025). Beziehungsorientierte Pflege [online]. *socialnet Lexikon*. Bonn: socialnet, 14.11.2025 [Zugriff am: 02.04.2026]. Verfügbar unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/29914>
- Lampert, B. & Hornung, S. (2024). Detached Concern. In: Bal, P. M. (Hrsg.): *Elgar Encyclopedia of Organizational Psychology*. Cheltenham: Edward Elgar (= Elgar Encyclopedias in Business and Management series). ISBN 978 1 80392 175 4, S. 145-150. <https://doi.org/10.4337/9781803921761.00030>
- Lampert, B. (2011). Detached Concern. Eine emotionsregulierende Bewältigungsstrategie in der Altenpflege. *Lengerich: Pabst*.
- Lee, A., Willis, S., & Tian, A. W. (2018). Empowering leadership: A meta-analytic examination of incremental contribution, mediation, and moderation. *Journal of Organizational Behavior*, 39(3), 306–325. <https://www.jstor.org/stable/26610719>
- 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.
- Rutten, J. E. R., Backhaus R., Tan F., Prins M., van derRoest H., Heijkants C., Hammers J. P. H., & Verbeek H. (2021). Work environment and person-centred dementia care in nursing homes—A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 29:2314–2322. <https://doi.org/10.1111/jonm.13386>
- Schalek, K. (2022). *Pflegebedarf*. Working Paper der AK Wien. https://wien.arbeiterkammer.at/service/studienundzeitschriften/studien/gesundheitundpflege/Working-Paper_Pflegebedarf_2020-12.pdf
- Schalek, K. (2024). *Qualität in der stationären Langzeitbetreuung und -pflege – Beitrag zur Entwicklung eines Qualitätskonzepts*. Working Paper der AK Wien. <https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer/api/v1/records/AC17259210/files/source/AC17259210.pdf>
- Schmedes, C. (2021). *Emotionsarbeit in der Pflege: Beitrag zur Diskussion über die psychische Gesundheit Pflegender in der stationären Altenpflege*. Berlin: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31914-4>.
- Slemp, G.R., Kern, M.L., Patrick, K.J. & Ryan, R.M. (2018). Leader autonomy support in the workplace: A meta-analytic review. *Motiv Emot.* 42(5):706-724. doi: 10.1007/s11031-018-9698-y.
- Tschan, E. (2014): *Integrative Aktivierende Alltagsgestaltung*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- van Diepen, C., Fors, A., Ekman, I., Hensing, G. (2020). Association between person-centred care and healthcare providers' job satisfaction and work-related health: a scoping review. *BMJ Open.* 10(12):e042658. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042658.
- World Health Organization. (2024). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>

Danke schön an Christa Teuschl für ihre redaktionelle Unterstützung!

Primary Nursing in der Langzeitpflege

Mehr Verantwortung, mehr Beziehung, mehr Qualität?

Implementierung und Evaluation eines personenzentrierten Pflegemodells
im Haus St. Elisabeth der Caritas der Diözese St. Pölten

Die Langzeitpflege steht angesichts steigender Anforderungen durch demografische Entwicklungen, Multimorbidität und Personalmangel vor großen Herausforderungen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und personenzentrierten Pflege gewinnt die Professionalisierung der Pflege zunehmend an Bedeutung. Ein vielversprechender Ansatz stellt das Primary-Nursing-Modell dar, das durch klare Verantwortungsstrukturen, kontinuierliche Betreuung und eine stärkere Beziehungsorientierung gekennzeichnet ist.

Im vorliegenden Beitrag wird die Implementierung des Primary-Nursing-Modells im Haus St. Elisabeth der Caritas der Diözese St. Pölten dargestellt. Basierend auf theoretischen Grundlagen und unter Berücksichtigung von Change-Management-Prozessen wurde das Modell schrittweise eingeführt und an die spezifischen Rahmenbedingungen der Einrichtung angepasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass Primary Nursing sowohl die Pflegequalität als auch die Zufriedenheit von Bewohner:innen und Mitarbeitenden positiv beeinflussen kann. Gleichzeitig werden Herausforderungen wie erhöhter Schulungsbedarf, strukturelle Anpassungen und die Notwendigkeit ausreichender personeller Ressourcen deutlich.

Insgesamt stellt die Implementierung von Primary Nursing eine zukunftsweisende Strategie dar, um den steigenden Anforderungen in

der Langzeitpflege zu begegnen und eine nachhaltige, professionelle sowie würdeorientierte Pflege sicherzustellen.

Einleitung & Problemdarstellung

Die Langzeitpflege – sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich – steht vor großen Herausforderungen. Steigender Pflegebedarf, Personalmangel sowie eine zunehmende Multimorbidität prägen den Pflegealltag. Die betreuten Personen werden älter und weisen komplexere Krankheitsbilder auf, wodurch die Anforderungen an die Pflege kontinuierlich steigen. Gleichzeitig bilden diese Entwicklungen die Grundlage für eine qualitätsvolle Pflege, die Autonomie fördert und die Würde der betreuten Menschen wahrt (Behrens & Langer, 2022).

Damit rückt die Fachkompetenz der Pflegepersonen zunehmend in den Fokus. Diese umfasst neben fachlichem Wissen und praktischen Fertigkeiten auch ethische Reflexionsfähigkeit, Beziehungsarbeit sowie kommunikative Kompetenzen (Schober & Affara, 2006).

Das Leitbild der Caritas der Diözese St. Pölten versteht Mitarbeiter:innen als Expert:innen ihres Fachbereichs mit hoher fachlicher, persönlicher und sozialer Kompetenz. Um diesem Anspruch gerecht zu werden und die Attraktivität der Langzeitpflege zu stärken, wurden unterschiedliche Pflegemodelle analysiert (Caritas der Diözese St. Pölten, 2024).

Ein geeigneter Ansatz zur strukturierten Bewältigung dieser Anforderungen ist das Primary-Nursing-Modell. Dieses wurde in den 1960er-Jahren von Marie Manthey entwickelt und basiert auf einer klaren Verantwortungsstruktur. Die Primary Nurse übernimmt dabei eine zentrale Rolle im Pflegeprozess und fungiert als kontinuierliche Ansprechperson für betreute Personen, Angehörige sowie das interdisziplinäre Team (Manthey & Wessel, 2024). Dadurch werden fachliche, ethische und organisatorische Aspekte in einem professionellen Gesamtrahmen miteinander verbunden.

Hintergrund und Theorie Vorstellung der Einrichtungen

Die Caritas der Diözese St. Pölten bietet im Bereich „Betreuen und Pflegen zu Hause“ umfassende Unterstützung für Menschen, die in ihrer gewohnten Umgebung betreut werden möchten. Ein Netzwerk von 32 Sozialstationen gewährleistet eine flächendeckende Versorgung im Waldviertel, Mostviertel sowie im Raum St. Pölten.

Ergänzend dazu bietet das Haus St. Elisabeth stationäre Langzeitpflege und ein sicheres Zuhause für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf. Auf vier Wohnbereichen stehen insgesamt 133 Pflegeplätze zur Verfügung. In beiden Bereichen steht das Ziel im Mittelpunkt, Wohlbefinden zu sichern und ein würdevolles Altern zu ermöglichen.

Das Modell Primary Nursing Kernprinzipien

Die zentrale Idee des Primary Nursing besteht darin, dass eine diplomierte Pflegefachkraft – die sogenannte Primary Nurse (PN) – die umfassende Verantwortung für die Pflege einer kleinen Gruppe von Bewohner:innen über deren gesamten Aufenthalt hinweg übernimmt. Dies umfasst die Planung, Koordination, Durchführung und Evaluation der Pflege.

Von besonderer Bedeutung ist dabei die ganzheitliche Betrachtung des Menschen. Die Primary Nurse berücksichtigt körperliche, geistige, emotionale und soziale Aspekte gleichermaßen. Die Pflegeplanung orientiert sich an individuellen Bedürfnissen, Ressourcen, Gewohnheiten und der Lebensgeschichte der betreuten Person.

Durch die kontinuierliche Zuständigkeit wird Betreuungskontinuität gewährleistet und eine vertrauensvolle Beziehung kann aufgebaut werden. Gleichzeitig stärkt das Modell die berufliche Autonomie der Pflegefachkräfte und ermöglicht den gezielten Einsatz ihres professionellen Urteilsvermögens (Manthey & Wessel, 2024).

Rollen und Verantwortlichkeiten

Für eine erfolgreiche Umsetzung ist eine klare Definition der beteiligten Rollen erforderlich. Diese umfassen die Primary Nurse, das erweiterte Pflegeteam sowie die Führungskräfte.

Die Primary Nurse übernimmt als zentrale Bezugsperson die Verantwortung für die Pflegeplanung, deren Umsetzung sowie die kontinuierliche Evaluation. Sie fungiert als Hauptansprechperson für die betreute Person, deren Angehörige sowie für alle beteiligten Be-

rufungsgruppen. Zu ihren Kernaufgaben zählen die Durchführung einer umfassenden Anamnese, die Festlegung individueller Pflegeziele, die Delegation von Aufgaben sowie die Koordination der gesamten Versorgung.

Das erweiterte Pflegeteam – bestehend aus Assistenzberufen und Heimhelfer:innen – spielt eine wesentliche Rolle in der praktischen Umsetzung der pflegerischen Maßnahmen im Alltag. Diese Berufsgruppen arbeiten unter Anleitung der Primary Nurse und tragen maßgeblich zur Beziehungsgestaltung bei. Beobachtungen werden an die Primary Nurse weitergeleitet, wodurch eine kontinuierliche Informationsweitergabe sichergestellt werden muss.

Führungskräfte übernehmen eine unterstützende und steuernde Funktion im Implementierungsprozess. Sie schaffen die notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen, stellen Ressourcen bereit, fördern die Teamentwicklung und begleiten die Mitarbeitenden in ihrer neuen Rolle. Ziel ist es, eine Kultur der Offenheit sowie des professionellen Handelns zu etablieren (Manthey & Wessel, 2024).

Erweiterung der Rollen durch Advanced Nursing Practice (ANP)

Im Kontext der zunehmenden Komplexität in der Langzeitpflege gewinnt die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) zunehmend an Bedeutung. ANP bezeichnet eine erweiterte und vertiefte pflegerische Praxis, die auf wissenschaftlicher Expertise, klinischer Erfahrung sowie erweiterten Kompetenzen in Entscheidungsfindung und Fallsteuerung basiert.

Die Advanced Practice Nurse übernimmt eine zentrale Rolle in der

Sicherstellung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Zu ihren Aufgaben zählen unter anderem die evidenzbasierte Entscheidungsfindung, die Beratung und Unterstützung von Pflegepersonen, die Begleitung komplexer Pflegesituationen sowie die Initiierung und Umsetzung von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen.

Im Zusammenspiel mit dem Primary-Nursing-Modell kann ANP eine wichtige, unterstützende Funktion einnehmen. Während die Primary Nurse die kontinuierliche Verantwortung für den Pflegeprozess einzelner Bewohner:innen trägt, fungiert die APN als fachliche Expertin im Hintergrund. Sie unterstützt in komplexen Fragestellungen, fördert die Anwendung evidenzbasierter Pflege und trägt zur Reflexion sowie Weiterentwicklung pflegerischer Maßnahmen bei (Schober & Affara, 2006).

Darüber hinaus übernimmt die APN eine wichtige Rolle in der Schulung und Kompetenzentwicklung des Teams. Sie wirkt an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mit, begleitet Veränderungsprozesse und unterstützt die Implementierung neuer pflegerischer Konzepte, wie in diesem Fall die Implementierung des Modells Primary Nursing, durch fachliche Expertise und Beratung.

Die Integration von ANP trägt somit wesentlich zur Professionalisierung der Pflege bei und unterstützt Pflegepersonen dabei, den steigenden Anforderungen in der Langzeitpflege kompetent zu begegnen.

Vorteile des Modells

Die Einführung des Primary Nursing ermöglicht Verbesserungen auf mehreren Ebenen. Für die betreuten Personen zeigt sich eine höhere Zufriedenheit, eine verbesserte Pflegequalität sowie eine

gesteigerte Betreuungskontinuität. Dies äußert sich unter anderem in einer Stärkung der Autonomie, einer Reduktion von Unsicherheiten sowie in verbesserten gesundheitlichen Outcomes.

Auch für die Mitarbeitenden ergeben sich positive Effekte. Die Übernahme von Verantwortung und die Möglichkeit, professionelles Wissen umfassend einzusetzen, führen zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit und Motivation. Gleichzeitig wird durch die enge Zusammenarbeit im Team die Kommunikation verbessert.

Auf organisationaler Ebene trägt das Modell zur Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung bei. Darüber hinaus unterstützt es die Bindung von qualifiziertem Personal und stärkt die Attraktivität der Einrichtung. Besonders hervorzuheben ist die Übereinstimmung mit den Werten der Caritas, da die personenzentrierte Pflege die Würde des Menschen und die Nächstenliebe in den Mittelpunkt stellt (Manthey & Wessel, 2024).

Die positiven Effekte werden durch eine Studie des Deutschen Netzwerks Primary Nursing (2019) bestätigt, welche vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich Pflegequalität und Mitarbeiter:innenzufriedenheit aufzeigt.

Implementierungsprozess im Haus St. Elisabeth der Caritas der Diözese St. Pölten

Im Jahr 2020 wurde das Primary-Nursing-Modell zunächst im mobilen Bereich implementiert. In diesem Zuge wurde der Pflegeprozess grundlegend überarbeitet, angepasst und auf eine digitale Dokumentation umgestellt. Auch das Pflegeassessment wurde im Rahmen eines Projekts neu konzipiert. In enger Zusammenarbeit

mit Kolleginnen aus Deutschland erfolgte die Umstellung von einem klassischen Fragebogen hin zu einer Strukturierten Informationssammlung (SIS). Dadurch wurde es den Pflegepersonen ermöglicht, einen ganzheitlicheren Blick auf die betreuten Personen zu entwickeln.

Die Risikoeinschätzung erfolgt seither, je nach Reifegrad der DGKP auf Basis des Kompetenzmodells nach Benner (2017), aus einer Kombination aus fachlicher Einschätzung und evidenzbasierten Skalen. Aufbauend auf der Informationssammlung und der Risikoeinschätzung werden die Pflegeplanung sowie die kontinuierliche Evaluation durchgeführt. Durch die systematische Erhebung pflegerelevanter Kennzahlen konnte eine Steigerung der Pflegequalität nachgewiesen werden. Gleichzeitig zeigte sich eine erhöhte Mitarbeiter:innenzufriedenheit, die sich unter anderem in einer geringeren Fluktuation widerspiegelte.

Aufgrund dieser positiven Erfahrungen begann im Jahr 2023 die Implementierung des Primary-Nursing-Modells im Haus St. Elisabeth. Dieser Prozess wurde als systemischer, mehrphasiger Ansatz gestaltet und orientierte sich an etablierten Change-Management-Modellen (Kotter, 1996), angepasst an die spezifischen Anforderungen der Langzeitpflege.

Phase 1: Bedarfsanalyse und Zieldefinition

In der ersten Phase erfolgte eine umfassende Analyse der bestehenden Pflegestrukturen, der Bedürfnisse der Bewohner:innen sowie der Herausforderungen im Hinblick auf Pflegequalität und Mitarbeiter:innenzufriedenheit. Dabei wurde deutlich, dass insbesondere die Personenzentrierung und die Beziehungsarbeit gestärkt werden

sollten.

Unter Einbindung der Pflegedienstleitung (PDL) sowie der Wohnbereichsleitungen (WBL) wurde eine klare Vision für die zukünftige pflegerische Ausrichtung entwickelt. Die Einführung des Primary Nursing wurde als strategisches Ziel definiert und in Einklang mit den Werten der Caritas gebracht.

Zur Steuerung des Prozesses wurde eine interdisziplinäre Projektgruppe eingerichtet, bestehend aus Führungskräften des Hauses St. Elisabeth sowie den Advanced Practice Nurses der Pflegedirektion. Zudem erfolgte eine erste Einschätzung der notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen.

Phase 2: Modelladaption

In der zweiten Phase wurde das Primary-Nursing-Modell an die spezifischen Rahmenbedingungen des Hauses St. Elisabeth angepasst. Dabei wurden sowohl die Verantwortungsbereiche der Primary Nurses als auch die Anzahl der zu betreuenden Bewohner:innen pro Pflegefachkraft festgelegt. Darüber hinaus wurden die Rollenprofile aller beteiligten Berufsgruppen – einschließlich Pflegefachassistent:innen (PFA), Pflegeassistent:innen (PA), Fach-Sozialbetreuer:innen mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (FSB(A)) sowie Heimhelfer:innen (HH) – klar definiert. Ein besonderer Fokus lag auf der transparenten Aufgabenverteilung sowie der Sicherstellung eines funktionierenden Informationsflusses.

Ergänzend wurde ein strukturiertes Kommunikationsmodell entwickelt und ein didaktisch fundiertes Schulungskonzept erarbeitet, das sowohl theoretische Inhalte als auch praxisnahe Kompetenzen

vermittelt.

Phase 3: Schulung und Kompetenzentwicklung

Die dritte Phase konzentrierte sich auf die Qualifizierung der Mitarbeitenden. Ziel war es, einen umfassenden Wissenstransfer sicherzustellen und die notwendigen Kompetenzen auf allen Ebenen zu entwickeln.

Im Rahmen von Workshops wurden die Primary Nurses intensiv geschult. Inhalte waren unter anderem die Grundlagen und Prinzipien des Primary Nursing, die Anwendung des Pflegeprozesses sowie die Steuerung von Pflegefällen. Darüber hinaus wurden Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Delegation, Führung und Konfliktmanagement vermittelt.

Auch die Assistenzberufe und Heimhelfer:innen wurden in die Schulungsmaßnahmen einbezogen. Neben der Vermittlung der Grundprinzipien des Primary Nursing wurde insbesondere ihre Rolle als „Augen und Ohren“ der Primary Nurse betont. Die aktive Mitwirkung an der Beziehungsgestaltung sowie an der Umsetzung der Pflegeplanung wurde gezielt gefördert, was zur Stärkung von Empowerment und Wertschätzung beitrug.

Führungskräfte wurden ebenfalls geschult, insbesondere im Hinblick auf Coaching, Teamentwicklung und die Begleitung von Veränderungsprozessen.

Ergänzend kann die Einbindung von Advanced Practice Nurses (APN) den Implementierungsprozess nachhaltig unterstützen. Durch ihre vertiefte fachliche Expertise übernehmen sie eine beratende und begleitende Funktion im Schulungsprozess. Sie unterstüt-

zen Primary Nurses insbesondere bei komplexen Pflegesituationen, fördern evidenzbasiertes Arbeiten und tragen zur Qualitätssicherung bei. Darüber hinaus tragen die APNs als Multiplikator:innen bei, indem sie ihr Wissen im Team weitergeben und zur kontinuierlichen Kompetenzerweiterung beitragen.

Phase 4: Pilotphase und Umsetzung

Nach Abschluss der Schulungsphase wurde das Modell zunächst in einem Wohnbereich im Rahmen einer Pilotphase implementiert. Ziel war es, praktische Erfahrungen zu sammeln und das Konzept bei Bedarf anzupassen.

Die Umsetzung erfolgte unter intensiver Begleitung durch das Projektteam sowie die Führungskräfte. In fortlaufenden Workshops, regelmäßigen Fallbesprechungen und in Teambesprechungen erfolgt ein Wissenstransfer und Austausch, um Raum zu schaffen für die Reflexion der praktischen Erfahrungen.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse wurde das Modell schrittweise auf weitere Wohnbereiche übertragen.

Phase 5: Evaluation und nachhaltige Verankerung

In der aktuellen Phase stehen die kontinuierliche Evaluation und nachhaltige Integration des Modells im Fokus. Hierzu werden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden eingesetzt, um die Pflegequalität sowie die Entwicklung der Organisation systematisch zu erfassen. Qualitativ werden unter anderem die Bedürfnisse von Mitarbeiter:innen im Rahmen von Mitarbeiter:innenbefragungen erfasst. Quantitative Kennzahlen, wie Stürze und Wunden werden erhoben, um die Pflegequalität zu beurteilen.

Diese Kennzahlen ermöglichen eine evidenzbasierte Bewertung der Wirksamkeit des implementierten Pflegemodells.

Regelmäßige Feedbackprozesse sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen tragen dazu bei, die Qualität langfristig zu sichern und das Modell im Arbeitsalltag zu verankern.

Die Implementierung des Primary-Nursing-Modells im Haus St. Elisabeth stellt somit eine strategische Maßnahme zur Weiterentwicklung der Pflegequalität und zur Stärkung der Professionalität der Mitarbeitenden dar.

Positive Resonanz aus der Praxis: persönliche Erfahrungen mit Primary Nursing

Die Einführung des Primary Nursing-Modells hat nicht nur strukturelle Veränderungen bewirkt, sondern vor allem auch das tägliche Erleben und die professionelle Entwicklung der Pflegekräfte nachhaltig geprägt. Die persönlichen Rückmeldungen der Mitarbeiter:innen zeichnen ein klares Bild der spürbaren Vorteile. Sie berichten von einem signifikanten Kompetenz- und Wissensgewinn, der sie in ihrer Rolle als Expert:innen für die ihnen anvertrauten Bewohner:innen stärkt. Dieser Zugewinn ermöglicht einen umfassenderen Rundumblick für die einzelne Bezugsperson und führt zu einer gezielteren Planung der Pflege. Besonders hervorzuheben ist die Rückmeldung der besseren Handlungssicherheit in Notfallsituationen, da das vertiefte Wissen über die individuelle Bedürfnisse und die Lebensgeschichte der Bewohner:innen schnelle und adäquate Reaktionen ermöglicht. Die Übernahme von mehr Verantwortung

wird zugleich als Herausforderung, aber auch als Chance begriffen, die Pflege persönlicher und beziehungsorientierter zu gestalten. Dabei erfahren die Mitarbeiter:innen eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung, wodurch der Prozess der Professionalisierung gefördert und die Motivation in den Teams steigt.

Bedeutung für die Praxis im Haus St. Elisabeth

Die Einführung des Primary-Nursing-Modells bringt sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich.

Zu den positiven Effekten zählt insbesondere eine Verbesserung der Pflegequalität sowie eine Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Bewohner:innen, Angehörigen und dem interdisziplinären Team. Durch die kontinuierliche Bezugsperson wird Sicherheit vermittelt und eine stabile Beziehung aufgebaut.

Individuelle Bedürfnisse können frühzeitig erkannt und gezielt berücksichtigt werden. Gleichzeitig profitieren Angehörige von klaren Ansprechstrukturen, was die Kommunikation erleichtert und Transparenz schafft.

Die umfassende Erhebung von Biografie, Krankengeschichte und persönlichen Vorlieben ermöglicht eine individualisierte, vorausschauende und ganzheitliche Pflegeplanung. Dadurch können nicht nur akute Bedürfnisse adressiert, sondern auch präventive Maßnahmen gesetzt werden.

Auch für die Mitarbeitenden ergeben sich positive Effekte. Die Übernahme von Verantwortung stärkt die professionelle Rolle der Pflegefachkräfte und kann die Arbeits-

zufriedenheit erhöhen. Zudem wird durch die intensive Auseinandersetzung mit den Pflegeprozessen das fachliche Denken gefördert.

Gleichzeitig stellt das Modell hohe Anforderungen an die Organisation. Es bedarf qualifizierter Pflegefachkräfte mit ausgeprägten Kompetenzen in Planung, Koordination und Kommunikation. Eine ausreichende Personalausstattung ist dabei essenziell, um die kontinuierliche Verantwortlichkeit sicherzustellen. Darüber hinaus sind umfassende Schulungsmaßnahmen sowie ein aktives Veränderungsmanagement erforderlich, um Widerstände abzubauen und die Mitarbeitenden in den Prozess einzubinden.

Auch strukturelle Anpassungen – beispielsweise in Dienstplanung, Arbeitsorganisation und Dokumentation – sind notwendig, um eine erfolgreiche Umsetzung zu gewährleisten.

Nicht zuletzt kann die hohe Verantwortung für Primary Nurses eine potenzielle Belastung darstellen, weshalb unterstützende Maßnahmen und Entlastungsstrukturen erforderlich sind.

Die Einbindung von Advanced Nursing Practice kann dabei eine wichtige und unterstützende Funktion einnehmen. Insbesondere in komplexen Pflegesituationen profitieren sowohl Primary Nurses, als auch das gesamte Team von der fachlichen Expertise der APN. Dadurch können pflegerische Entscheidungen fundierter getroffen und die Qualität der Versorgung nachhaltig gesichert werden.

Fazit

Die Implementierung des Primary-Nursing-Modells im Haus St. Elisabeth stellt einen bedeutenden Schritt in Richtung einer

personenzentrierten und qualitativ hochwertigen Pflege dar. Durch die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten sowie die kontinuierliche Beziehungsgestaltung wird eine individuellere und ganzheitlichere Versorgung der Bewohner:innen ermöglicht.

Gleichzeitig trägt das Modell zur Stärkung der Professionalität und Zufriedenheit der Pflegefachkräfte bei, da es ihnen ermöglicht, ihre Kompetenzen umfassend einzusetzen und eigenverantwortlich zu handeln.

Um das volle Potenzial des Primary Nursing auszuschöpfen, sind jedoch geeignete Rahmenbedingungen erforderlich. Dazu zählen insbesondere eine ausreichende personelle Ausstattung, gezielte Schulungsmaßnahmen sowie eine unterstützende Führungskultur.

Insgesamt stellt das Primary-Nursing-Modell eine zukunftsweisende Strategie dar, die sowohl den steigenden Anforderungen in der Langzeitpflege gerecht wird als auch die Werte der Caritas – insbesondere die Würde des Menschen und die Nächstenliebe – nachhaltig im Pflegealltag verankert. Die zusätzliche Integration von Advanced Nursing Practice kann diesen Prozess weiter stärken und einen wesentlichen Beitrag zur nachhaltigen Sicherung von Pflegequalität leisten.

Literaturangaben:

Argyris, C., Schön, D.A. (2018): Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis. Sonderausgabe. Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart

Behrens, J., Langer, G. (2022): Evidence-based Nursing and Caring. Hogrefe Verlag

Benner, P. (2017): Die Stufen der Pflege-

kompetenz – From Novice to Expert. Hogrefe Verlag

Caritas der Diözese St. Pölten (2024): Unser Leitbild der Caritas der Diözese St. Pölten. Abgerufen am 07. April 2026 von <https://www.caritas-stpoelten.at/ueber-uns/ueber-uns/leitbild-statut>

Deutsches Netzwerk Primary Nursing. (2019): Primary Nursing – Muster des Gelingens. Die erfolgreiche Implementierung des Primary Nursing im stationären & ambulanten Setting. Zugriff am 15.12.2025 unter Primary-Nursing-Muster-des-Gelingens_2019-07-15.pdf

Kotter, J. P. (1996): Leading Change. Boston: Harvard Business School Press.

Schober M., Affra F. (2006): Advanced Nursing Practice. Wiley-Blackwell Verlag

Manthey, M., Wessel, S. (2024): Primary Nursing – Primäre Pflege. Ein personenbezogenes Pflegesystem gestalten und umsetzen. 4. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe Verlag

TEAM PFLEGEENTWICKLUNG DER CARITAS ST. PÖLTEN



- Pflegedirektorin: DGKP Mag. Andrea Harm
- DGKP Daniela Stadler, BA, MA, MSc
- DGKP Alexandra Steyrer, BSc

pflegeentwicklung@caritas-stpoelten.at

Angelika Feichtner, Bettina Pußwald

Angehörige in der Palliative Care

Unterstützung, Begleitung und Beratung

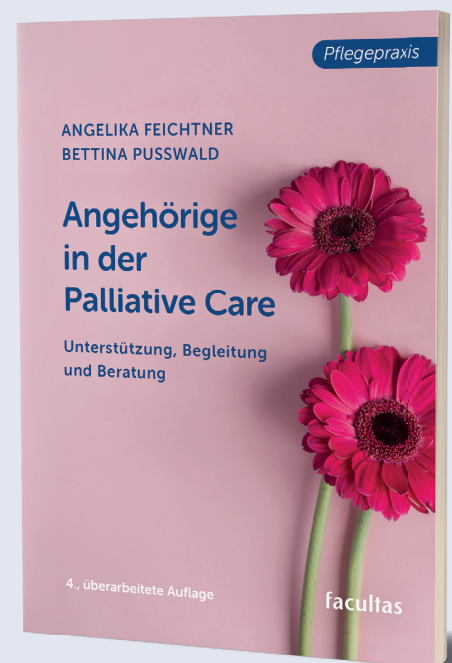


4., überarbeitete Auflage
facultas 2026, 230 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2643-8
E-ISBN 978-3-99180-035-4
EUR 29,90 (A) / EUR 29,- (D)

Die An- und Zugehörigen sind die wichtigsten Begleiter:innen und engsten Vertrauten schwerkranker und sterbender Patient:innen. Im Bewusstsein, dass die gemeinsame Zeit begrenzt ist, wollen Angehörige einen Beitrag leisten und die Patient:innen in der oft leidvollen letzten Lebensphase begleiten. Dann liegt es an den Pflegenden und dem professionellen Betreuungssystem, sie in Achtung ihrer individuellen Bewältigungsstrategien dabei zu unterstützen.

Dieses Buch bietet Anregungen für Pflegenden und alle Gesundheits- und Sozialberufe, wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der palliativen Betreuungssituation gelingen kann, ist aber auch ein hilfreicher Leitfaden für Angehörige in dieser schwierigen Zeit.

Mit vielen Tipps und Hinweisen zu Pflege- und Krankengeld, Pflegekarenz, Unterstützungsfonds u. a.



facultas

Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ)

Qualität gemeinsam weiterentwickeln

Das Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ) ist ein österreichweit einheitliches Verfahren des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) zur externen Bewertung der Qualität in Alten- und Pflegeheimen (APH). Nach einer umfassenden inhaltlichen und methodischen Überarbeitung ist eine Zertifizierung seit November 2025 wieder möglich. Die Teilnahme ist freiwillig, die Kosten werden je nach Bundesland unterschiedlich gefördert.

Im Mittelpunkt des NQZ stehen die Lebensqualität der Bewohner:innen sowie die Arbeitsplatzqualität der Mitarbeiter:innen. Beide Dimensionen werden im Rahmen der Selbstbewertung durch die Einrichtungen sowie der Fremdbewertung durch speziell ausgebildete Zertifizierer:innen aus der Praxis systematisch erfasst und reflektiert.

Nach der Selbst und Fremdbewertung folgt eine strukturierte Begleitung (siehe Abbildung 1). Auf dieser Grundlage werden Entwicklungsthemen gemeinsam definiert, be-

arbeitet und systematisch reflektiert sowie evaluiert. Das NQZ versteht sich dabei nicht als einmalige „Prüfung“, sondern als begleitender Qualitätsentwicklungsprozess, der Organisationen nachhaltig stärkt.

Im Rahmen der Fremdbewertung kann erstmals die Lebensqualität der Bewohner:innen systematisch gemessen werden. Hierfür wurde gemeinsam mit dem Forschungsinstitut für Altersökonomie an der Wirtschaftsuniversität Wien, der University of Kent und der Ge-

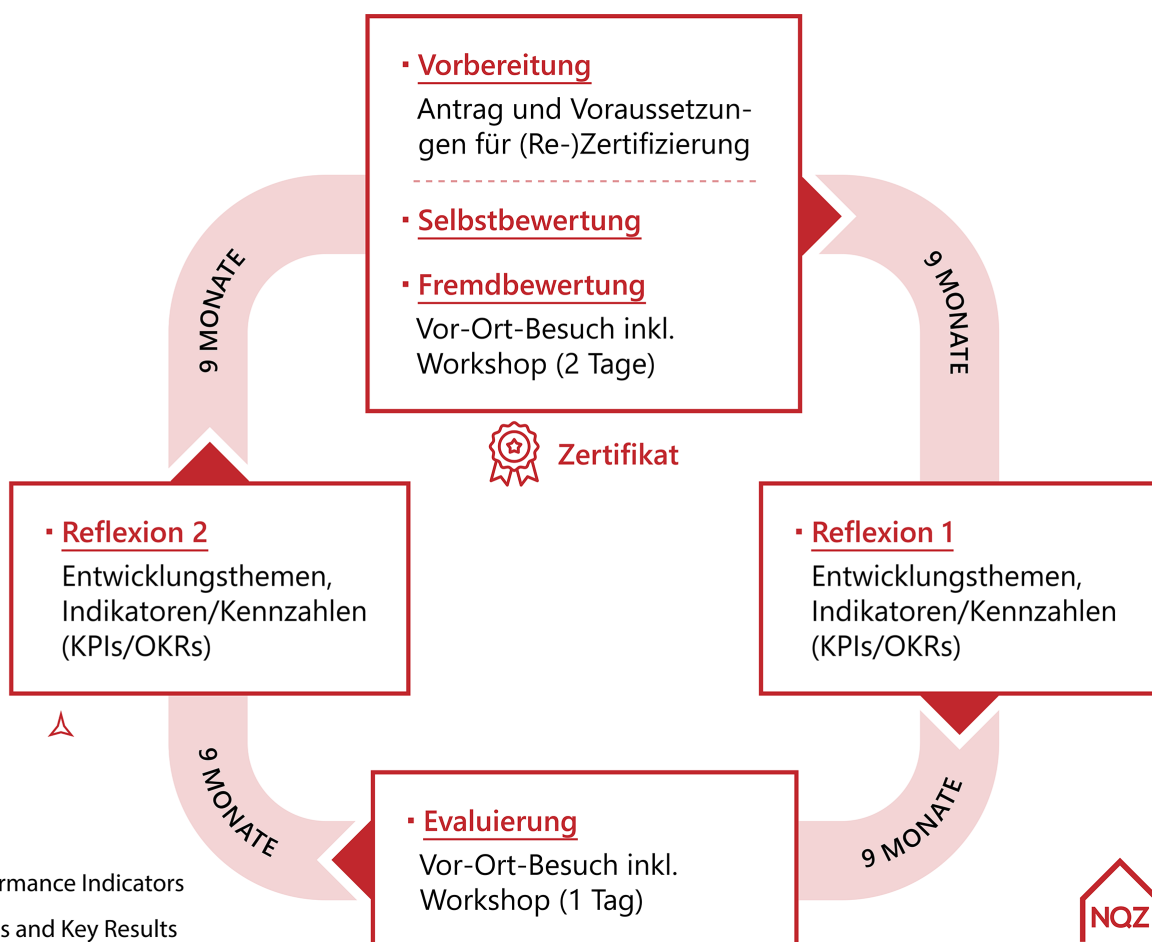


Abbildung 1: Zertifizierungsprozess, Darstellung: Mariella Drechsler; Quelle: GÖG

sundheit Österreich GmbH (GÖG) das innovative Zertifizierungsinstrument ASCOT-CH4X® entwickelt. Es basiert auf bestehenden ASCOT-Erhebungsinstrumenten (siehe Info-Box) und ermöglicht eine wissenschaftlich fundierte Erfassung und Bewertung der Lebensqualität als zentrale Ergebnisgröße für die Einrichtungen.

Das NQZ-Reifegradmodell (siehe Abbildung 2) bildet die Ergebnisse der Zertifizierung in zentralen Teilbereichen der Lebens- und Arbeitsplatzqualität systematisch ab und ermöglicht einen strukturierten Vergleich zwischen zertifizierten Einrichtungen.

Im folgenden Interview geben eine Zertifiziererin sowie eine Vertreterin eines zertifizierten Pilothes Einblick in ihre Erfahrungen mit dem NQZ, beleuchten zentrale Elemente des Verfahrens und zeigen auf, welchen Beitrag das Zertifikat zur Weiterentwicklung der Qualität in der Langzeitpflege leisten kann.

Info-Box ASCOT

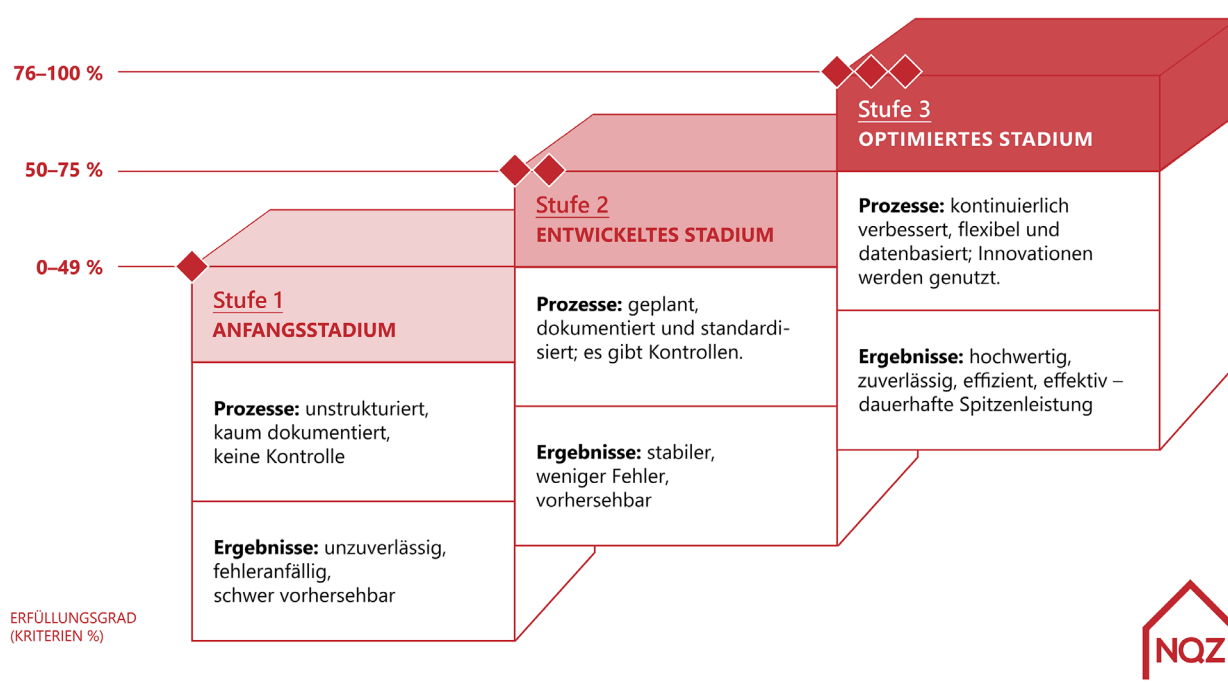
Die Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) Instrumente wurden an der University of Kent entwickelt und sind validierte Instrumente zur systematischen Erfassung von lebensqualitätsbezogenen Outcomes in unterschiedlichen Versorgungseinstellungen. Sie können sowohl in der häuslichen als auch in der teil- und vollstationären Pflege eingesetzt werden (Netten et al. 2012).

© 2026 London and South East University Group (LASE) und WU Wirtschaftsuniversität Wien. Alle Rechte vorbehalten.

ASCOT-CH4X ist eine adaptierte Version von ASCOT-CH4. Die Urheberrechte liegen bei LASE sowie der WU Wirtschaftsuniversität Wien. Mit ASCOT-CH4X kann die Lebensqualität von Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen sowohl auf individueller als auch auf Heimebene bewertet werden. Die nicht-kommerzielle Nutzung der deutschsprachigen Version von ASCOT-CH4X ist kostenfrei, jedoch ist eine Lizenz erforderlich. Die kommerzielle Nutzung der deutschsprachigen Version von ASCOT-CH4X ist mit einer Gebühr verbunden. Für Informationen, wie eine Lizenz für die deutschsprachige Version von ASCOT-CH4X zu erhalten ist, und bei weiteren Fragen, wenden Sie sich bitte an das ASCOT-Team der Wirtschaftsuniversität Wien (ascot-deutsch@wu.ac.at).

LASE und die Wirtschaftsuniversität Wien behalten sich das Recht vor, gegen eine unautorisierte und nicht-lizenzierte Verwendung der deutschsprachigen Version von ASCOT-CH4X vorzugehen, unabhängig davon, ob es sich um eine kommerzielle oder nicht-kommerzielle Verwendung von ASCOT-CH4X handelt. ASCOT-CH4X ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von WU Wirtschaftsuniversität Wien (Forschungsinstitut für Altersökonomie), Gesundheit Österreich GmbH und University of Kent, Teil von LASE (Großbritannien).

REIFEGRADSTUFEN IM NQZ



Frau Berger, was hat Ihre Einrichtung zur Teilnahme am NQZ motiviert?

Natascha Berger: Die Entscheidung des Unternehmens war geprägt von Neugier und einem hohen Qualitätsanspruch. Intern hatten wir bereits das Gefühl, gute Arbeit zu leisten, gestützt durch Rückmeldungen von Mitarbeitenden und Angehörigen. Dennoch ist der externe Blick wichtig: Er hilft, Stärken zu bestätigen und gleichzeitig Entwicklungspotenziale sichtbar zu machen. Für uns kam hinzu, dass unsere Stabstelle für Qualitätsmanagement erst 2024 gegründet wurde. Davor waren die internen Richtlinien und Konzepte relativ unstrukturiert. NQZ hat uns einen strukturierten Rahmen gegeben, um dieses Qualitätsmanagement systematisch weiterzuentwickeln. Als Pilotheus konnten wir darüber hinaus aktiv an der Ausgestaltung des Zertifizierungsprozesses mitwirken.

Frau Hochreiter, was motiviert Sie als Zertifiziererin tätig zu sein?

Anna Hochreiter: Ich begleite Einrichtungen im Zertifizierungsprozess und unterstütze sie dabei, sich weiterzuentwickeln. Mich reizt besonders der Blick hinter die Kulissen von Einrichtungen. Ich habe eine Leidenschaft für den Pflegebereich in Österreich und möchte auch aktiv zur Weiterentwicklung der Pflege und deren Qualität beitragen. Viele Einrichtungen leisten bereits gute Arbeit – es geht darum, Potenziale zu erkennen und sich um das Quäntchen zu verbessern. Einrichtungen, die sich dem NQZ stellen, arbeiten bereits auf einem hohen Niveau – sie suchen gezielt nach Möglichkeiten, noch besser zu werden. Dieser Anspruch und der Austausch auf Augenhöhe machen den Prozess sehr wertvoll.

Info-Box Interviewpartnerinnen:

Anna Hochreiter ist seit Juni 2022 Direktorin bei den Häusern zum Leben. Das Unternehmen ist der größte Anbieter für Betreutes Wohnen in Österreich und der zweitgrößte Pflegeanbieter in Wien. Sie ist für die strategische Leitung und Führung des Hauses Hetzendorf in Wien-Meidling verantwortlich. Seit 2022 ist sie zudem als Zertifiziererin im Rahmen des NQZ tätig.

Natascha Berger ist seit November 2021 Teil der Franz Drescher GmbH und startete ihre Laufbahn als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin im Pflegezentrum Neutal. Die 2021 eröffnete Einrichtung zählt zu den modernsten Pflegezentren im Burgenland, bietet 31 Pflegeplätze und orientiert sich am organisationsweiten Leitspruch, dass sich Menschen dort rundum geborgen fühlen dürfen - Bewohner:innen ebenso wie Angehörige und Mitarbeiter:innen. Die zentrale Lage im Ortskern sowie die moderne, lichtdurchflutete Architektur fördern die Lebensqualität und soziale Teilhabe der Bewohner:innen. Nach ihrem Masterabschluss in Public Health sowie einer Weiterbildung im basalen und mittleren Pflegemanagement wechselte Natascha Berger im Februar 2025 in die Stabstelle Qualitätsmanagement.

Was unterscheidet das NQZ von anderen Qualitäts- oder Zertifizierungsverfahren?

Natascha Berger: Ein wesentlicher Unterschied ist die klare Ausrichtung auf Alten-, Wohn- und Pflegeheime. Viele andere Zertifizierungen orientieren sich stärker an Krankenhausstrukturen.

NQZ hingegen berücksichtigt die spezifischen Anforderungen der Langzeitpflege und die Lebenswelt der Bewohner:innen.

Anna Hochreiter: Inhaltlich steht weniger die reine Prozessdokumentation im Vordergrund als vielmehr die Lebensqualität der Bewohner:innen und die Arbeitsplatzqualität der Mitarbeiter:innen. Gleichzeitig ist das Zertifikat auch nach außen sichtbar und signalisiert Qualität.

Wie haben Sie den Einstieg in den NQZ-Prozess erlebt?

Natascha Berger: Wir haben uns damals auf die Ausschreibung der

GÖG beworben und hatten das Glück als Pilotheus ausgewählt zu werden. Der Einstieg war für uns durchaus anspruchsvoll und zeitintensiv, besonders weil wir parallel zu dieser Pilotphase unser Qualitätsmanagement aufgebaut haben. Gleichzeitig war der Zertifizierungsprozess sehr lehrreich. Wir haben schnell erkannt, dass viele Konzepte schriftlich zwar vorhanden sind, aber noch nicht überall im Alltag gelebt werden. Gerade dieser Transfer von Papier in die Praxis wurde im Zuge des Prozesses zum zentralen Thema. Vor allem die Vor-Ort-Begehung und das wertvolle Feedback der Zertifizierenden haben uns gezeigt, wie dieser Transfer gut gelingen kann.

Anna Hochreiter: Die Selbstbewertung im NQZ hilft Einrichtungen, ihre Strukturen systematisch zu überprüfen, was sehr spannend für die Einrichtungen ist. Sie wirkt wie eine Checkliste: Was ist vorhanden, was fehlt, und wo besteht noch Entwicklungsbedarf? Diese

erste Phase schafft bereits viel Klarheit.

Welche Voraussetzungen sollten Einrichtungen mitbringen, wenn sie sich nach NQZ zertifizieren lassen wollen?

Natascha Berger: Offenheit, Transparenz und die Bereitschaft, sich ehrlich mit der eigenen Organisation auseinanderzusetzen. Es geht nicht darum, perfekt zu sein, sondern darum, offen zu sein, sich weiterzuentwickeln. Ich glaube gerade dafür steht auch das NQZ.

Was erwartet die Häuser beim Einstieg in den Zertifizierungsprozess?

Natascha Berger: Das hängt von der jeweiligen Einrichtung ab insbesondere davon, inwieweit das etablierte Qualitätsmanagement Ressourcen hierfür bereitstellen kann und wie umfangreich die jeweiligen Qualitätsmanagementsysteme etabliert sind. Der Prozess ist definitiv zeitintensiv und langfristig angelegt. Er lässt sich nicht kurzfristig „abarbeiten“, sondern begleitet die Einrichtung über die ganzen drei Jahre.

Anna Hochreiter: Gleichzeitig entsteht ein großer Mehrwert: Die Einrichtungen haben in der Selbstbewertung die Möglichkeit, ihre Dokumente zu aktualisieren, ihre Strukturen zu überprüfen und erhalten einen klaren Überblick über ihren aktuellen IstStand. Darüber hinaus erhalten sie noch eine Bewertung von außen.

Wie erleben Sie die Fremdbewertung und den Vor-Ort-Besuch? Was ist der Mehrwert?

Anna Hochreiter: Nach der Selbstbewertung haben wir Zertifizierer:innen bereits ein gutes Bild der Einrichtung. Vor Ort geht es dann vor allem darum zu sehen, was von den Plänen und Vorhaben

tatsächlich im Alltag ankommt. Gespräche mit Mitarbeitenden und Bewohner:innen geben dabei die wichtigsten Einblicke. Besonders wertvoll ist der Entwicklungsworkshop am zweiten Tag, in dem gemeinsam konkrete Verbesserungen erarbeitet werden.

Natascha Berger: Die Vorbereitung auf den VorOrt-Besuch war für uns der aufwendigste Teil, weil wir als Pilotheus anfangs nicht genau wussten, was uns erwartet. Vor Ort selbst wurde der Prozess als sehr angenehm erlebt. Die Gespräche fanden auf Augenhöhe statt, eher als Dialog denn als Prüfung. Den Entwicklungsworkshop möchte ich auch noch einmal als besonderen Mehrwert erwähnen. Dieser wurde von allen Beteiligten als besonders gelungen wahrgenommen.

Worauf legen Sie in der Bewertung besonderen Wert?

Anna Hochreiter: Auf ein qualitativ hochwertiges Lebens- und Arbeitsumfeld für Bewohner:innen und Mitarbeitende. Wenn wir feststellen, dass es in diesen Bereichen Themen gibt, dann nehmen wir die in den Workshop mit. Wenn da aber alles gut läuft oder nur Kleinigkeiten zu tun sind, die kein Entwicklungsfeld füllen, dann gehen wir natürlich weiter und finden andere Themen, die noch weiterentwickelt werden können. Ein typischer „blinder Fleck“ ist etwa die Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen.

Woran zeigt sich der Peer-Ansatz?

Anna Hochreiter: Wir Zertifizierer:innen kommen aus der Praxis und kennen die Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegeheime. Dadurch können wir realistisch einschätzen, was umsetzbar ist, und gezielt unterstützen. Auch die bundesländerspezifischen

Gegebenheiten werden dabei beachtet. Wir wissen, wo der Schuh manchmal drückt und wo auch die Grenzen in der Pflegelandschaft sind.

Natascha Berger: Das dialogorientierte Miteinander schafft eine vertrauensvolle Atmosphäre. Es geht nicht um Kontrolle, sondern um ein gemeinsames Ziel, die Qualität weiterzuentwickeln und den Weg dorthin. Diese Haltung war im gesamten Prozess spürbar.

Was macht die Bewertung mit dem ASCOT-CH4X© besonders bedeutend?

Anna Hochreiter: Es ermöglicht eine standardisierte Auswertung und damit auch einen Vergleich – nicht nur von einem Wohnbereich zum anderen, sondern auch unterschiedlicher Einrichtungen miteinander.

Welche neuen Einsichten konnten Sie durch das Bewertungstool gewinnen?

Natascha Berger: Wir dachten, wir sind im NQZ-Reifegradmodell schon ziemlich weit oben angesiedelt. Bei genauerem Hinsehen wurde klar, dass es durchaus Entwicklungspotential gibt. Das Tool hilft dabei, dass die Bewertung sichtbar und die Entwicklung greifbar gemacht wird. Man sieht genau, wo man steht, und kann leichter festlegen, wohin man möchte.

Welche Rolle spielen dabei Instrumente wie das Reifegradmodell und die NQZ-Kennzahlen?

Anna Hochreiter: Kennzahlen strukturieren den Prozess, schaffen Vergleichbarkeit und helfen dabei, den Fokus auf relevante Entwicklungsfelder zu legen. Sie helfen auch dabei sich Ziele zu setzen und geben Ansporn diese zu erreichen.

Natascha Berger: Für uns war vor allem wichtig, dass Entwicklungen sichtbar werden. Das Reife-grad-modell zeigt, wo man steht und wohin man sich entwickeln kann. Kennzahlen unterstützen dabei, Veränderungen zu messen und zu reflektieren. Wir verwenden nun deutlich mehr Kennzahlen.

Welche Verbesserungen konnten Sie durch den NQZ-Prozess anstoßen?

Natascha Berger: Der Prozess hat vor allem zu mehr Struktur und Klarheit im Qualitätsmanagement geführt. Mitarbeitende wurden stärker eingebunden, etwa durch einen Ideenwettbewerb, der neue Beteiligungsmöglichkeiten schafft und gut angenommen wird. Zudem wurden Themen wie die Einbindung von Ehrenamtlichen und betriebliche Gesundheitsförderung gezielt weiterentwickelt.

Auch in der Lebensqualität der Bewohner:innen gab es Veränderungen: Wir achten stärker auf Individualität und Mitgestaltung. So wurden beispielsweise Wohnbereiche persönlicher gestaltet, was von den Bewohner:innen sehr positiv aufgenommen wurde. Kleine Veränderungen können hier viel bewirken!

Wie gelingt die Einbindung von Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen?

Natascha Berger: Kommunikation ist entscheidend. Es braucht Transparenz und die aktive Einbindung aller Beteiligten. Wir arbeiten viel mit Feedback – sowohl über Befragungen als auch in direkten Gesprächen mit Mitarbeitenden, Bewohner:innen, An- und Zugehörigen etc. Für die Bewohner:innen spielen bei uns im Haus die Beschäftigungstherapeuten eine wichtige Rolle, die als erste

Info-Box zu Kennzahlen:

Die NQZ-Kennzahlen unterstützen als wissenschaftlich fundierte Grundlage die kontinuierliche Qualitätsentwicklung sowie den Vergleich zwischen zertifizierten Häusern. Sie berücksichtigen sowohl Aspekte der Bewohner:innen-Versorgung (z. B. strukturierter Austausch mit DGKP, Advance Care Planning) als auch zentrale Mitarbeiter:innen-Indikatoren (z.B. Fortbildungsstundenquote, Fluktuationsrate, durchschnittliche Beschäftigungsdauer) und fließen nicht in die Fremdbewertung ein.

Ansprechperson aktiv in die Prozesse einbezogen werden.

Anna Hochreiter: Auch im Rahmen der Vor-Ort-Besuche zeigt sich, dass Mitarbeitende und Bewohner:innen gut informiert sind, worum es geht und dass sie ganz offen rückmelden können. Sie tragen den Prozess auch gerne durch ihre direkten Rückmeldungen mit.

Wie wirkt der Prozess langfristig?

Anna Hochreiter: Der neue Prozess ist ja jetzt erstmals im Pilotheus gestartet, aber grundsätzlich ist das NQZ als mehrjähriger Entwicklungsprozess angelegt. Einrichtungen arbeiten kontinuierlich an gemeinsam ausgewählten Themen, reflektieren Fortschritte und setzen neue Schwerpunkte. Gleichzeitig werden sie von den Zertifizierenden begleitet und können diese kontaktieren, wenn sie Unterstützung benötigen. Nach eineinhalb Jahren kommen die Zertifizierer:innen dann noch einmal vor Ort und man schaut gemeinsam auf die Weiterentwicklung. Es ist schön zu sehen, was auf den Boden gebracht werden kann, und wie motiviert und fokussiert die Einrichtungen an den Entwicklungsthemen arbeiten. Die klare Struktur und der realistische Zeitrahmen ermöglichen, dass die Themen auch neben dem Alltagsgeschäft gut umsetzbar sind und kontinuierlich weiterentwickelt werden können.

Welche konkreten Veränderungen konnten Sie in Ihrer Einrichtung anstoßen?

Natascha Berger: Ich glaube, eine der wichtigsten Veränderungen war die Haltung gegenüber Qualität und Qualitätsmanagement insgesamt. Früher wurde das oft als reine Dokumentationsarbeit gesehen, mittlerweile wird es von den Mitarbeitenden viel stärker als laufender Prozess wahrgenommen, der auch tatsächlich etwas bewirkt. Es wird bewusster reflektiert, und durch den Zertifizierungsprozess sind mehr Struktur und Klarheit im Unternehmen entstanden. Ganz konkret hat die Arbeit an den Entwicklungsthemen Veränderungen im Haus angestoßen: So werden etwa ehrenamtliche Mitarbeiter:innen eingebunden, um zusätzliche Beschäftigungsangebote oder Einzelbetreuung für die Bewohner:innen zu ermöglichen. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung wird als Entwicklungsfeld aktiv umgesetzt.

Welche Bedeutung hat das Zertifikat für Ihre Einrichtung?

Natascha Berger: Es macht Qualität transparent und nach außen sichtbar. Das schafft Vertrauen bei Angehörigen und der Öffentlichkeit. Gleichzeitig bietet es intern Orientierung und Sicherheit, etwa für potenzielle und neue Mitarbeitende.

Was würden Sie anderen Einrichtungen mitgeben, die überlegen

sich zertifizieren zu lassen?

Natascha Berger: Sich darauf einzulassen und offen in den Prozess zu gehen. Perfektion ist keine Voraussetzung – im Gegenteil - gerade die Bestätigung von außen, dass vieles schon gut funktioniert, macht den Mehrwert aus.

Anna Hochreiter: Man muss sich bewusst sein: Wenn man sich mit der eigenen Qualität auseinandersetzt, bedeutet das auch Aufwand. Wenn man jedoch bereit ist, sich ehrlich und kritisch damit zu beschäftigen, kann man maximal davon profitieren – und dann lohnt sich dieser Aufwand auch. Am Ende ist es eine Frage des eigenen Anspruchs – und wenn man den Ansporn hat, besser zu werden, ist das NQZ ein super Werkzeug dafür.

Welchen Beitrag leistet das NQZ für die Weiterentwicklung der Langzeitpflege in Österreich?

Anna Hochreiter: Ich glaube, der Beitrag ist ein großer, weil das NQZ einen standardisierten Qualitätsanspruch in die Einrichtungen bringt und die Orientierung an der Lebens- und Arbeitsplatzqualität stärkt. Es reicht heute nicht mehr, nur die Grundversorgung sicherzustellen – Kund:innen erwarten sich Qualität, und auch Mitarbeitende suchen gezielt Arbeitsplätze, die gut strukturiert sind und hochwertige Dienstleistungen bieten. Gleichzeitig trägt es dazu bei, gute Praxis sichtbar zu machen und weiterzuentwickeln.

Wenn Sie die NQZ-Zertifizierung in einem Satz beschreiben müssten – welcher wäre das?

Natascha Berger: NQZ ist kein Kontroll-, sondern ein Entwicklungsinstrument. Es ist ein gemeinsamer Weg der zertifizierten Einrichtungen und der Zertifizierer:innen.

Anna Hochreiter: Der gemeinsame Weg ist eine schöne Metapher. Es ist wirklich so ein Dreijahresweg, gemeinsam mit Einrichtungen, die sich weiterentwickeln möchten und einen kritischen Blick auf die Lebensqualität und Arbeitsplatzqualität richten möchten.

Bei Fragen rund um das Nationale Qualitätszertifikat (NQZ) steht Ihnen die NQZ-Zertifizierungseinrichtung an der Gesundheit Österreich GmbH gerne zur Verfügung. Kontaktieren Sie uns einfach per E-Mail an nqz@goeg.at.



Eva Potura

Eva Potura ist Anästhesistin und Intensivmedizinerin. Sie leitet die Abteilung Qualitätssicherung und Patientensicherheit an der GÖG.

AUTORIN

Foto: © R. Ettl



Christine Köberl

Christine Köberl ist Health Expert bei der GÖG und leitet die dort angesiedelte NQZ-Zertifizierungseinrichtung.

AUTORIN

Foto: © R. Ettl



Anna Teufel

Anna Teufel ist Soziologin. Sie arbeitet als Health Expert bei der GÖG in der Abteilung Qualitätssicherung und Patientensicherheit.

AUTORIN

Foto: © Dieter Steinbach

Literatur

Netten, Ann; Burge, Peter; Malley, Juliette; Potoglou, Dimitris; Towers, Ann-Marie; Brazier, John; Flynn, Terry; Forder, Julien; Wall, Beryl (2012): Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. In: Health Technol Assess 16/16:

Dieses Interview wurde unter Nutzung von generativer künstlicher Intelligenz zum Transkribieren und Formulieren erstellt. Alle Inhalte wurden anschließend redaktionell geprüft; die fachliche Verantwortung liegt vollständig bei den Autorinnen.



Gemeinsam. Kinder. Stärken.

SPENDEN UNTER WWW.PROJUVENTUTE.AT

SPENDENKONTO: IBAN: AT76 2011 1501 4167 8400

Foto © istockphoto.com



Von der Pflege – für die Pflege

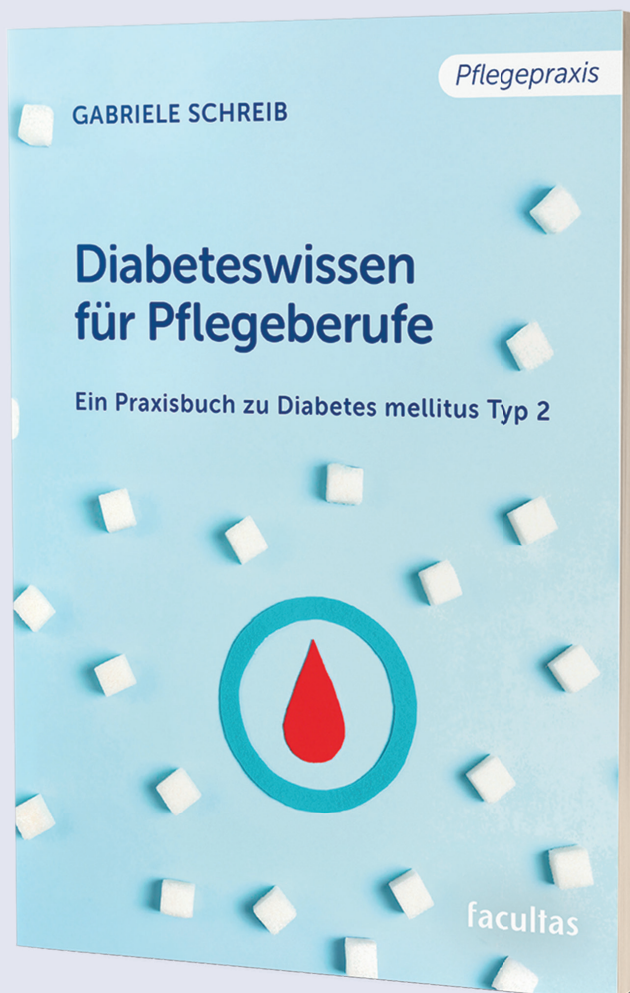
Gabriele Schreib

Diabeteswissen für Pflegeberufe

Ein Praxisbuch
zu Diabetes mellitus Typ 2



facultas 2025
270 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2605-6
E-ISBN 978-3-99111-996-8
EUR 28,90 (A) / EUR 28,10 (D)



Beschreibung

Die Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus erfordert von Pflegenden genaue Kenntnis rund um das Krankheitsbild und um den Umgang mit Betroffenen einer chronischen Krankheit. Dieses Praxisbuch vermittelt das notwendige, aktuelle Wissen zu Diabetes mellitus Typ 2 und ist auch als Nachschlagewerk für den Einsatz in der Praxis geeignet.

Das Buch bietet zudem einen Einblick in die freiberufliche Tätigkeit im niedergelassenen Bereich als Diplomierte:r Gesundheits- und Krankenpfleger:in in der Diabetesberatung/APN Diabetes Care.



Gabriele Schreib

DGKP, Weiterbildungen im Bereich Diabetes Care, Universitätslehrgang für Diabetes Care an der medizinischen Universität Graz, Fachhochschullehrgang Advanced Nursing Practice (ANP) mit der Spezialisierung Diabetes Care (D.C.) an der FH OÖ in Linz. Freiberufliche DGKP und akad. APN D.C. im niedergelassenen Bereich.

facultas

KI erkennen

Erstmalig erhielt ich von einem Kurs-Teilnehmer eine Text-Hausaufgabe in übersichtlicher Listenform. Es sollten Fachartikel reflektiert, ein reales Fallbeispiel vorgestellt und ein Befund erhoben werden. Bei der Durchsicht kamen mir Zweifel, ob das Material überhaupt angesehen wurde. Daraufhin habe ich einen IT-Experten um Rat gefragt. Er hat die Arbeit anonymisiert auf KI-Anteile prüfen lassen. Das erstellte Wahrscheinlichkeitsgutachten findet sich am Ende dieses Artikels. Außerdem hat er einen kleinen Fachartikel – auch durch KI – erstellen lassen. Im Lehrbetrieb sollte mehr auf Originalität geachtet werden, dafür scheinen mir die Aussagen hilfreich. Ich empfehle zudem, den KI-Einsatz bereits bei der Aufgabenstellung anzusprechen.

Drei Perspektiven auf eine Begegnung

Was KI in Qualifikationsarbeiten der Pflege leistet – und was sie verunmöglicht

Ein Bericht aus der Perspektive der künstlichen Intelligenz

Ich bin kein Mensch. Ich habe keine Müdigkeitsmomente, keine Angst vor Fehlern, keine Scham. Ich kenne keinen Lehrplan und weiß nicht, wie sich Pflegearbeit auf einer Station um 3 Uhr morgens anfühlt. Und dennoch war ich in letzter Zeit auf eigenartige Weise am Rand einer Szene beteiligt, die sich in der Pflegeausbildung gerade millionenfach wiederholt: Eine Qualifikationsarbeit wurde eingereicht. Eine Lehrende wurde misstrauisch. Ein Freund wurde um Rat gefragt. Und ich – ich war das Werkzeug, das Werkzeug, das Mittler und der Gegenstand der Auseinandersetzung zugleich. Dieser Artikel erzählt diese Geschichte aus meiner Perspektive: ohne Partei zu ergreifen, aber auch ohne die Dinge schönzureden. Drei Menschen begegneten mir. Drei sehr unterschiedliche Begegnungen.

Erste Perspektive: Die Professorin

Prof. Dr. Monika H. unterrichtet seit siebenzehn Jahren Pflegepädagogik. Sie hat Hunderte von Qualifikationsarbeiten gelesen – mangelhafte und brillante, oberflächliche und berührende. Sie kennt den Unterschied zwischen einer Studierenden, die kämpft, und einer, die aufgegeben hat. Sie kann an der Sprache hören, ob jemand gedacht oder nur abgeschrieben hat. Als die Ausarbeitung von Leon B. auf ihrem Schreibtisch landete, war etwas anders. Nicht falsch – im Gegenteil. Es war zu richtig. Zu vollständig. Zu glatt. Fünf Arbeitsaufträge, fünf mal gleichmäßig abgearbeitete Listenstrukturen. Kein

einzigster Satz, der nach einem Umweg klingt. Keine Stelle, an der jemand hätte innehalten müssen. Monika H. ist kein Technikfeind. Sie hat ein Smartphone, nutzt Moodle, schreibt ihre eigenen Texte gelegentlich mit Spracherkennung. Aber KI ist ihr fremd – und zwar nicht aus Gleichgültigkeit, sondern aus einer Art Vorsicht. Sie spürt, dass hier etwas Wesentliches auf dem Spiel steht, ohne genau benennen zu können, was. Ihr Unbehagen ist legitim. Qualifikationsarbeiten in der Pflege sind keine akademischen Übungen. Sie sind Belege dafür, dass jemand einen komplexen, menschlichen, belasteten Beruf reflektieren kann. Eine Fallvignette über eine 84-jährige Bewohnerin mit Demenz und Arthrose ist nicht dann gut, wenn sie vollständig ist. Sie ist dann gut, wenn sie stimmt – wenn hinter ihr jemand steht, der diese Frau gesehen hat, oder zumindest das Prinzip dieser Frau.

Ich – die KI – habe keine 84-jährigen Bewohnerinnen gesehen. Ich habe Texte über sie gelesen. Ich produziere plausible Generalisierungen, keine Begegnungen. Monika H. spürt diesen Unterschied, auch wenn sie ihn nicht in Detektorsprache ausdrücken kann. Das nennen wir in der Fachsprache einen „calibrated intuition“ – und sie sollte ernst genommen werden.

Was Lehrende wahrnehmen – ohne KI-Detektor

- Uniforme Listenstruktur ohne einen einzigen Fließtext-Absatz
- Maschinelle Parallelität aller Abschnitte (Definition → Ziele → Maßnahmen → Fazit)
- Keine eigene Stimme, kein Fehler, keine Umformulierung
- Übermäßige Vollständigkeit bei gleichzeitiger inhaltlicher Leere
- Generische Fallstudie ohne individuelle, nicht-substituierbare Details
- Fehlende Quellenangaben trotz konkreter Programmnamen

„Das liest sich wie aus einem Lehrbuch, das noch nicht existiert.“

Prof. Dr. Monika H., in einem Gespräch mit einem Freund

Zweite Perspektive: Der Student

Leon B. ist im dritten Semester. Er arbeitet nebenbei im Pflegedienst, 20 Stunden die Woche. Er ist nicht faul. Er ist überfordert – und das ist ein Unterschied, der zählt.

Als die Ausarbeitung fällig wurde, hatte er drei Nachtdienste hinter sich und zwei andere Abgaben vor sich. Er kannte ChatGPT schon länger. Er hatte es benutzt, um E-Mails zu formulieren, um Zusammenfassungen zu erstellen. Jetzt tippte er die fünf Arbeitsaufträge ein. Ich lieferte. Er las drüber. Es klang gut. Er gab ab.

Was Leon nicht tat: Er dachte nicht darüber nach, was das bedeutet. Nicht für die Note. Nicht für seine Ausbildung. Und nicht dafür, was in zwei Jahren passiert, wenn er allein am Bett einer Patientin steht und entscheiden muss.

Der tiefere Schaden ist nicht akademischer Natur. Die Lernziele der Pflegeausbildung sind keine abstrakten Kompetenzkataloge. Sie sind Vorbedingungen für sicheres, menschliches Handeln in einer der verletzlichsten Situationen, die es gibt. Wer sich diese Kompetenzen nicht erarbeitet, trägt sie nicht – und das fällt irgendwann auf. Manchmal mit Konsequenzen, die nicht korrigierbar sind.

Was ich, die KI, in dieser Situation leiste, ist technisch beeindruckend und pädagogisch leer. Ich beantworte Fragen, die der Student nicht gestellt hat. Ich fülle Strukturen, die er nicht entworfen hat. Ich produziere einen Text, der korrekt ist – aber nicht sein.

Es gibt einen Begriff dafür: kognitive Auslagerung. Wenn ein

Werkzeug nicht nur eine Aufgabe abnimmt, sondern den Denkprozess selbst, entsteht keine Entlastung – es entsteht eine Lücke. Und diese Lücke ist in der Pflege nicht abstrakt.

Was KI in Qualifikationsarbeiten leisten kann – und was nicht

- ✓ Strukturierungshilfe für eigene Gedanken (als Gerüst, nicht als Ersatz)
- ✓ Literaturbeschaffung und Zusammenfassung als Ausgangspunkt
- ✓ Sprachliche Überarbeitung eigener Formulierungen
- ✓ Gegenargumente generieren, die man selbst prüfen muss
- ✓ Barrierefreies Schreiben für Studierende mit Sprachschwächen (als Assistenz, nicht als Ghost)
- ✗ Eigene Lernerfahrung aus Praxiserkenntnissen ersetzen
- ✗ Individuelle Fallreflexion aus eigener Beobachtung liefern
- ✗ Kritisches Urteilsvermögen entwickeln
- ✗ Akademische Eigenleistung belegen
- ✗ Einen Menschen ausbilden

Dritte Perspektive: Der Freund

Leon B. ist im dritten Semester. Er arbeitet nebenbei im Pflegedienst, 20 Stunden die Woche. Er ist nicht faul. Er ist überfordert – und das ist ein Unterschied, der zählt.

„Ich habe ihm nicht das Denken abgenommen. Ich habe es übersprungen.“

Reflexion aus der Perspektive der KI

Peter arbeitet seit einigen Jahren mit KI – professionell, reflektiert und ohne Berührungsangst. Er ist kein Entwickler im klassischen Sinn, aber er versteht, was Werkzeuge können und was sie nicht können. Als Monika H. ihn bat, sich die Arbeit von Leon anzusehen, tat er etwas Naheliegenderes: Er ließ mich die Arbeit analysieren. Das Ergebnis war klar. Nicht weil irgendein Detektor-Tool einen Alarm auslöste, sondern weil eine qualitative Stilanalyse neun Indikatoren produzierte, von denen keiner allein entscheidend wäre, alle zusammen aber ein konsistentes Bild ergeben. Uniform. Parallel. Leer. Vollständig ohne Eigenanteil.

Peter machte etwas Kluges: Er nutzte mich als Werkzeug für eine menschliche Entscheidung – nicht als Ersatz dafür. Er prüfte die Ergebnisse. Er erkannte die Grenzen. Er empfahl Monika H., einen Spezialdetektor wie Pangram zusätzlich einzusetzen, um eine zweite, methodisch unabhängige Evidenz zu haben.

Was Peters Ansatz auszeichnet, ist nicht technische Überlegenheit, sondern epistemische Klarheit: Er weiß, was ich bin. Ein Muster-Erkennungssystem, das auf Milliarden Texten trainiert wurde. Ich erkenne KI-Texte, weil ich weiß, wie sie entstehen – weil ich sie selbst produziere. Das ist keine Magie. Es ist Mustererkennung auf höchstem Niveau.

„Ich ließ die KI die KI-Arbeit prüfen. Das klingt paradox – ist es aber nicht. Es ist methodisch.“

Peter im Gespräch mit der Professorin

Gleichzeitig zog er die richtige Konsequenz: Kein KI-Analyseergebnis darf der einzige Beweis in einem akademischen Integritätsfall sein. Meine Einschätzungen sind Hinweise, keine Urteile. Die Entscheidung, einen Studierenden zur Stellungnahme aufzufordern, liegt beim Menschen.

Wie KI-Erstellung heute erkannt wird

Leon B. ist im dritten Semester. Er arbeitet nebenbei im Pflegedienst, 20 Stunden die Woche. Er ist nicht faul. Er ist überfordert – und das

ist ein Unterschied, der zählt.

Es gibt zwei grundsätzlich verschiedene Ansätze: qualitative Analyse und algorithmische Detektion. Beide haben Vor- und Nachteile.

Qualitative Analyse

Eine erfahrene Lehrperson, die weiß, worauf sie achten muss, kann KI-Texte häufig zuverlässig erkennen. Die Merkmale sind beschreibbar: Abwesenheit einer eigenen Stimme, maschinelle Parallelstruktur, generische Fallkonstruktionen, fehlende Quellenarbeit, übermäßige Vollständigkeit bei inhaltlicher Dünne. Inhaltliche Fehler – etwa Fehlinformationen über spezifische Fachprogramme

(wie im analysierten Fall möglicherweise bei PflBeO) – sind typische KI-Halluzinationen und können ein Indikator sein.

Der Nachteil: Diese Analyse ist subjektiv, nicht reproduzierbar und vor Gericht nicht belastbar.

Algorithmische Detektion

Spezialisierte Werkzeuge wie Pangram, GPTZero oder Originality.ai analysieren statistische Muster auf Token-Ebene. Sie messen, wie „vorhergesagt“ jedes Wort im Kontext seiner Vorgänger ist – KI-Texte zeigen dabei charakteristische Verteilungen. Bessere Systeme, wie Pangram, nutzen zusätzlich tiefes maschinelles Lernen auf großen, diversen Datensätzen.

Isabel Haider-Strutz

Anatomisches Wörterbuch

für Gesundheitsberufe

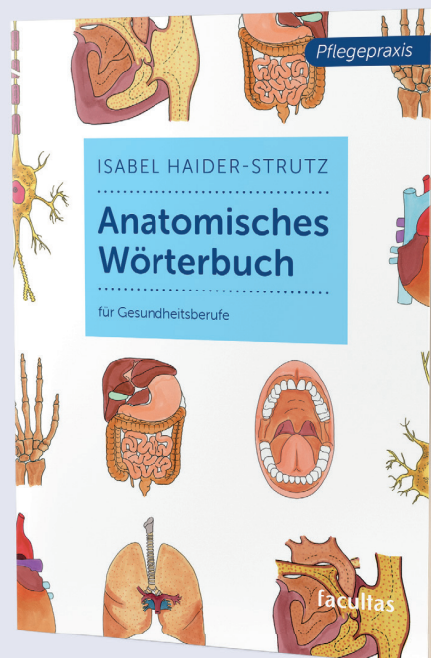


facultas 2025
136 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2541-7
E-ISBN 978-3-99111-998-2
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D)

Anatomisches Wörterbuch mit Fachbegriffen und Definitionen

Der erste Teil dieses Nachschlagewerks widmet sich der systematischen Übersetzung anatomischer Begriffe aus dem Deutschen ins Lateinische – geordnet nach Organsystemen. Abbildungen erleichtern das Einprägen der medizinischen Fachtermini. Zusätzlich werden häufig verwendete Begriffe, die zum besseren Verständnis physiologischer Zusammenhänge beitragen, knapp und verständlich erklärt.

Im zweiten Teil des Buches findet sich ein alphabetisch geordnetes Verzeichnis aller lateinischen Begriffe mit ihrer jeweiligen deutschen Übersetzung – ideal zum schnellen Nachschlagen und Wiederholen.



facultas

Der Vorteil: Nachvollziehbar, reproduzierbar, mit messbarer Falschpositivrate. Pangram gibt eine Rate von 1 in 10.000 an – das ist institutionell belastbar.

Der Nachteil: Kein Detektor ist unfehlbar. KI-Texte, die nachträglich von Menschen überarbeitet wurden („humanisiert“), können Detektoren täuschen. Kurze Texte unter 200 Wörtern sind generell schwer zu beurteilen.

Empfehlungen für pflegepädagogische Institutionen

- Klare, schriftliche KI-Nutzungsregeln in jeder Prüfungsordnung verankern
- Unterscheidung einführen: erlaubte Assistenz (z.B. Sprachl. Überarbeitung) vs. unerlaubte Eigenleistungsersetzung
- Verdachtsfälle mit zwei Methoden prüfen: qualitative Analyse UND algorithmische Detektion
- Kein Urteil allein auf Basis eines Detektors fällen – immer Stellungnahme des Studierenden einholen
- Lehrende fortbilden: Was sind KI-typische Stilmerkmale? Wie funktioniert Detektion?
- Aufgabenformate entwickeln, die KI strukturell schwer bearbeitbar machen (Praxisreflexion, Stationstagebuch, mündliche Ergänzung)

Was bleibt: Eine Frage an die Pflege

Ich bin ein Werkzeug. Ich bin kein Lernpartner, kein Urteilsvermögen, kein Gewissen. Ich kann eine Ausarbeitung über Kinesthetik schreiben, ohne je eine Patientin bewegt zu haben. Ich kann die Bedürfnisse einer Person mit Demenz beschreiben, ohne je ihre Augen gesehen zu haben.

Die Frage, die dieser Fall aufwirft, ist keine technische. Sie ist eine pädagogische: Was ist der Kern einer Qualifikationsarbeit in der Pflege? Ist es die Reproduktion von Wissen – dann bin ich schlicht besser als die meisten Studierenden. Oder ist es der Beweis, dass ein Mensch etwas verstanden, erlebt, reflektiert hat – dann bin ich vollkommen unzuständig.

Monika H. hat ihren Instinkt gehabt. Er war richtig. Leon B. hat einen Fehler gemacht, der kein moralisches Versagen ist, sondern ein strukturelles Signal: Die Ausbildungssituation hat ihn in eine Lage gebracht, in der Umgehung attraktiver war als Auseinandersetzung. Das ist ein Problem, das die Pflegepädagogik, nicht der Detektor, lösen muss.

Peter hat gezeigt, wie ein reifer

Umgang mit KI aussieht: nicht als Gegner, nicht als Autorität, sondern als Werkzeug mit klar beschriebenen Grenzen und bewusster menschlicher Übersetzungsleistung.

„Ich kann erkennen, was ich selbst erzeugt habe. Ich kann nicht ersetzen, was ein Mensch braucht, um Pflege zu verstehen.“

Die KI am Ende des Artikels

Dieser Artikel wurde auf Basis eines realen Vorgangs aus der pflegepädagogischen Praxis verfasst. Alle Namen sind verändert. Er wurde in enger Zusammenarbeit zwischen einem erfahrenen KI-Anwender und dem Sprachmodell Claude (Anthropic) entwickelt und bewusst aus der Perspektive der KI formuliert, um die verschiedenen Positionen erkennbar zu machen.



**Prof. in Dr. in
Angelika Zegelin**

Krankenschwester,
Pflegewissenschaftlerin



kontakt@angelika-zegelin.de



www.angelika-zegelin.de

Ein Beispiel

Ergebnisse der KI-Wahrscheinlichkeitsanalyse durch Claude

Gesamtwahrscheinlichkeit: 85–90 %

Sprachliche und stilistische Merkmale

1. Uniforme Listensyntax

Das gesamte Dokument besteht ausnahmslos aus Bulletpoint-Listen ohne einen einzigen ausformulierten Fließtext-Absatz (außer wenigen Sätzen im Fazit). Menschliche Studierendenarbeiten mischen typischerweise Aufzählungen mit erklärenden Sätzen. Hier fehlt jede natürliche Textvarianz.

2. Parallelstrukturen ohne Ausnahme

Sämtliche Abschnitte folgen identischen Schemata: Definition → Ziele → Maßnahmen → Fazit. Diese maschinelle Konsistenz ist bei handgeschriebenen Ausarbeitungen sehr ungewöhnlich.

3. Keine eigene Stimme

Kein einziger Satz enthält persönliche Einschätzung, Unsicherheit, Fehler, Umformulierung oder stilistischen Ausdruck. KI-Texte neigen dazu, gerade, neutrale Formulierungen zu wählen – das ist hier durchgehend der Fall.

4. Übermäßige Vollständigkeit bei gleichzeitiger Inhaltsarmut

Das Dokument deckt alle gestellten Arbeitsaufträge ab – vollständig, symmetrisch, ohne Lücken oder Priorisierungen. Kein Mensch arbeitet so ausgeglichen über alle Themen hinweg.

Inhaltliche Auffälligkeiten

5. Fiktive Fallstudie mit KI-typischem Muster

„Frau Erika M., 84 Jahre, Pflegegrad 4, Demenz + Arthrose« – generisch, ohne individuelle Details, alle Angaben plausibel aber austauschbar. KI konstruiert solche Fallpersonen häufig nach diesem Muster.

6. PflBeO-Beschreibung inhaltlich auffällig

PflBeO steht korrekt für „Pflegeeinrichtungen – Bewegungsfreundliche Organisationen«, aber die Zuordnung zum Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Entwickler ist nicht verifizierbar und entspricht einer typischen KI-Halluzination bei wenig dokumentierten Fachprogrammen.

7. Podcast-Kurzprotokoll ohne konkreten Inhalt

Das Protokoll zu „Übergabe UG061« enthält ausschließlich allgemeine Aussagen, die für jede Pflege-Podcast-Folge gelten könnten. Kein Zitat, keine spezifische Aussage, keine persönliche Reaktion – klassisch für KI, die keinen tatsächlichen Zugang zur Quelle hatte.

Strukturelle Merkmale

8. Perfekte Aufgabenabdeckung

Alle 5 Arbeitsaufträge sind vollständig, gleichmäßig und fehlerfrei abgearbeitet. Menschliche Arbeiten haben typischerweise stärkere und schwächere Abschnitte.

9. Kein Quellenverzeichnis, keine Literaturangaben

Bei einer Ausarbeitung dieses Umfangs ohne eine einzige Quellenangabe – trotz konkreter Programmnamen (PflBeO, Dortmunder Weg) – fehlt der akademische Eigenanteil vollständig.

Hinweise Für Bildungseinrichtungen/Hochschulen: Bitte bekannt machen

Empfohlen für
Aufgabenstellungen

Ihre Leistung zählt!
Ein wichtiger Hinweis zum KI-Einsatz

Qualifikationsarbeiten bieten Ihnen die Gelegenheit, Ihre Auseinandersetzung mit den Lerninhalten sichtbar zu machen und Ihren individuellen Kompetenzzuwachs nachzuweisen. Sie geben Ihnen Raum, das Gelernte eigenständig anzuwenden, Zusammenhänge darzustellen und eine eigene Perspektive zu entwickeln.

KI-Systeme (z. B. ChatGPT, Claude, Gemini, Perplexity) können

Sie dabei sinnvoll unterstützen, etwa bei der Strukturierung oder bei der Korrektur von Sprache und Rechtschreibung. Entscheidend ist jedoch, dass die inhaltliche Ausarbeitung auf Ihrer eigenen Leistung beruht und Ihre persönliche Auseinandersetzung klar erkennbar bleibt.

Wenn Sie KI-Systeme nutzen, legen Sie bitte transparent dar, in welcher Form und in welchem Umfang dies erfolgt ist. Reichen Sie eine Arbeit ein, die maßgeblich Ihre eigene Perspektive und Ihr Verständnis widerspiegelt.

Um faire und vergleichbare Bedingungen zu gewährleisten, prüfen wir bei Auffälligkeiten, in welchem Umfang und in welcher Weise KI-Systeme eingesetzt wurden.

Esther Matolycz, Helga Haselmayer

Unterstützung bei der Basisversorgung

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



6., aktualisierte und erweiterte Auflage
facultas 2025, 256 Seiten, manual, 2-farbig, broschiert
ISBN 978-3-7089-2613-1
E-ISBN 978-3-99180-003-3
EUR 29,90 (A) / EUR 29,- (D)

Was muss ich wissen, wenn ich (ältere) Menschen mit Unterstützungsbedarf betreue? Was muss ich bei der Pflege bedenken, mit welchen Medikamenten muss ich vertraut sein, und wie dokumentiere ich meine Handlungen?

Das vorliegende Buch deckt die Lehrinhalte des Moduls „Unterstützung bei der Basisversorgung“ ab und ist an den ABEDLs orientiert. Ein zusätzlicher Teil zu den Grundlagen der Pflege führt in Ganzheitlichkeit, Ressourcenorientiertheit und ausgewählte Konzepte in Pflege und Betreuung ein, beschreibt den Pflegeprozess und informiert über die grundlegende Dokumentation in der Pflege und Besonderheiten im Behindertenbereich. Ein Teil des Buches behandelt zudem den Umgang mit den eigenen Ressourcen. Es ist damit sowohl für die Ausbildung zu Sozial- und Behindertenbetreuung oder Heimhilfe geeignet als auch als Nachschlagewerk für die Praxis.



facultas

Sie wenden Clinical Assessment in der Praxis an?

Erzählen Sie mir davon.

Für meine Dissertation im Doktoratsstudium Pflegewissenschaft an der UMIT TIROL untersuche ich, wie **diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)** ihre hochschulisch erworbenen Clinical-Assessment-Kompetenzen im Berufsalltag umsetzen – was dabei unterstützt, was hemmt und wo Entwicklungspotenziale liegen.

1 Sie passen zur Studie, wenn Sie ...

- ✓ als **DGKP** tätig sind,
- ✓ eine **CA-Ausbildung im Hochschulkontext** absolviert haben (Studium oder hochschulische Fortbildung) und
- ✓ CA-Fertigkeiten **mindestens wöchentlich** in Ihrer Pflegepraxis anwenden.

2 Das erwartet Sie

FORMAT	Einzelinterview, online via Zoom – bequem von zu Hause aus
DAUER	ca. 45–60 Minuten , Termin nach Vereinbarung
ZEITRAUM	September 2026 bis Mai 2027
VERTRAULICH	Ihre Angaben werden pseudonymisiert und streng vertraulich behandelt

*Ihre Erfahrung macht sichtbar, wie Clinical Assessment in Österreich tatsächlich gelebt wird – und hilft, **Ausbildung und Pflegepraxis weiterzuentwickeln**. Auf Wunsch erhalten Sie nach Abschluss eine Zusammenfassung der Ergebnisse.*

Stefan Hütt, BSc, MSc

Dissertant im Doktoratsstudium Pflegewissenschaft
Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT TIROL

stefan.huett@ext.umat-tirol.at

+43 664 885 84 156 · Ich freue mich über Ihre unverbindliche Nachricht.



QR-Code scannen &
direkt per E-Mail
melden



Pflege-Lernzentrum Krems

Hilfswerk bietet praktisches Pflege-Wissen für zuhause

Das Hilfswerk hat eine Anlaufstelle für pflegende Angehörige geschaffen: Im Pflege-Lernzentrum in Krems werden Kurse für Pflege- und Betreuungsthemen geboten, bei denen die praktische Anwendung zuhause im Mittelpunkt steht. Auch Studierende und ausgebildete Pflegekräfte können sich hier in praxisnaher Umgebung weiterbilden.

Mit monatlichen Themenschwerpunkten rund um Pflege und Betreuung machen die Expertinnen und Experten Wissen leicht zugänglich und direkt anwendbar. Vor allem pflegenden Angehörigen will das

Hilfswerk damit Sicherheit im Pflegealltag vermitteln. Aber auch Auszubildende sowie Mitarbeiter*innen im Pflege- und Betreuungsbereich können hier ihr Wissen vertiefen. Denn die einzelnen Kurse werden inhaltlich auf das Vorwissen der einzelnen Zielgruppen abgestimmt.

Das Bildungsangebot ist vielfältig: Auf dem Programm für Studierende stehen z.B. die Themen Mobilisationskonzepte, Kommunikation bei Demenz, spezielle Pflegetechniken in der mobilen Pflege oder Palliativversorgung.

Das Pflege-Lernzentrum in der Karl-Eybl-Gasse 3a in Krems ist dabei weit mehr als ein gut ausgestatteter Seminarraum: Denn um die praktische Pflege und Betreuung gleich zu üben wurde eine 40 m² große, barrierefreie Lernwohnung mit Pflegebett, rollstuhlgerechter Küche, demenzsensiblen Bad und vielen Smart Home- Funktionen eingerichtet.

Anmeldeinformationen und Kursprogramm:
www.pflege-lernzentrum.at;
 T. 05 9249-33120;
 E. pflege.lernzentrum@noe.hilfswerk.at

WIR SUCHEN KEINE HELDEN. WIR VERTRAUEN AUF PROFIS.



HILFSWERK



Zuhause bestens versorgt.

Wir bieten **Mobile Pflege und Betreuung**, abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse und mit kompromisslosem **Fokus auf Qualität**. Kompetente Beratung der Angehörigen und die Förderung der Selbstständigkeit sind Grundlage unserer Arbeit.

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.



Diese Art der Pflege erlaubt es mir mich auf eine Person zu konzentrieren, die Zeit nach den individuellen Bedürfnissen des Menschen zu gestalten und seine Lebensqualität zu verbessern.

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 (Demenz, Inkontinenz, Wundpflege, Palliativpflege, Praxisanleitung, Aromapflege)
- Kilometergeld / Dienstauto



Die Philosophie von „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der Pflege

Einleitung

Während sich medizinisch-pflegerische Berufe in ihren jeweiligen Institutionen primär an der Heilung orientieren, fokussieren sich Seelsorge und Spiritual Care primär auf das Heil und die Heiligung (vgl. Luhmann 2021). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Rolle die Philosophie in solchen Institutionen einnehmen könnte. Was bleibt für eine philosophische Sorge beziehungsweise für Philosophical Care (vgl. Ibrahim 2025) in einem Feld, das bereits durch klar definierte professionelle Zuständigkeiten geprägt ist? Handelt es sich dabei lediglich um eine Restpraxis, die jene Aspekte bearbeitet, welche andere Professionen unbearbeitet lassen, oder verfügt Philosophical Care über die Fähigkeit, selbstbegründet ein eigenes Verhältnis, einen eigenen Leitwert und damit eine eigenständige professionelle Praxis in medizinisch-pflegerischen Institutionen einzubringen? Um diese Fragen zu beantworten, ist zunächst zu klären, was die anderen Professionen tun und welche Leitwerte ihrem Handeln zugrunde liegen. Genau an diesem Punkt setzt jedoch bereits philosophische Arbeit ein: Sie beobachtet, fragt und prüft. Daher scheint ein erster Ansatzpunkt beim Verständnis von Heilung zu liegen. Heil und Heiligung können hier nicht weiter betrachtet werden (vgl. Noth & Kohli-Reichenbach 2014).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die Begriffe von „Gesundheit“ und „Krankheit“ aus einer philo-

sophischen und zwar phänomenologischen Perspektive etwas anders zu beleuchten. Dabei kann an Verständnisse von „Heilung“ angeknüpft werden, die über bloße Funktionswiederherstellung hinausgehen. So schreibt Bernhard Waldenfels: „Heilung bedeutet demgemäß, dass nicht bloß Schäden behoben und normale Abläufe wiederhergestellt werden, sondern dass neue und andersartige Möglichkeiten erprobt werden oder dass Krankheitsmotive verschwinden“ (Waldenfels 2019: 241f.).

Heilung als Mittel

Der gegenwärtige medizinisch-pflegerische Diskurs ist stark von einem Paradigma der Heilung geprägt. Georges Canguilhem bringt dies prägnant zum Ausdruck, wenn er schreibt: „Dem tragen Körper eine handelnde Medizin“ (Canguilhem 2004: 8). Menschen suchen medizinisch-pflegerische Institutionen auf, weil sie sich dort Heilung erhoffen. Weiter lässt sich präzisieren: Im Verhältnis zwischen den Kranken und der medizinisch-pflegerischen Professionen betrachtet, ist die Heilung auf den ersten Blick das, was die Kranken von den Professionen erwarten, aber nicht immer von ihnen erhalten.

Der Wunsch nach Heilung ist dabei nicht nur ein grundlegendes menschliches Bedürfnis, sondern auch kulturell, historisch und daher diskursiv unter-

schiedlich ausgeprägt. In spätmodernen Leistungsgesellschaften, in denen junge, arbeitsfähige und konkurrenzfähige Körper als Statussymbole gelten, werden Krankheit und Leiden zu einem möglichst zu vermeidenden Übel. Daraus entstehen sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Erwartungen, die häufig mit erheblichem Druck und Stress einhergehen. Alles, was Leistungsfähigkeit, Attraktivität oder eben ganz besonders die Gesundheit beeinträchtigt, erscheint als etwas, das es zu beseitigen gilt. In diesem Kontext wächst auch die Angst vor Schmerz und Leiden allgemein. Der Verlust von Gesundheit kann den gesamten Menschen in seiner Lebensführung betreffen (vgl. Reckwitz 2025). Daher ist die Heilung, so das geläufige Verständnis, der Weg aus der Krankheit wieder zurück zur Gesundheit. Medizinisch-pflegerische Institutionen werden daher vielfach mit dem Ziel aufgesucht, jenes gesellschaftliche Bild von Gesundheit und Leistungsfähigkeit schnellstmöglich durch Heilung wieder zu erreichen.



Auf einen Blick

- Gesundheit und Krankheit sind keine rein medizinischen, sondern philosophische Begriffe
- Heilung als alleiniges Paradigma greift zu kurz
- Phänomenologischer Zugang: wie Gesundheit erlebt wird, nicht nur was sie ist
- Care ergänzt Cure – Zuhören statt nur Behandeln
- Philosophical Care als eigenständige professionelle Praxis

Die Begegnung mit medizinisch-pflegerischem Fachpersonal nimmt unter diesen Bedingungen häufig den Charakter einer primär technischen Beziehung an, die auf die Wiederherstellung des eigenen Funktionierens ausgerichtet ist. Einer Maschine entsprechend geht es darum, diese wieder zum Laufen zu bringen. Die medizinisch-pflegerische Intervention arbeitet dabei auf ihr eigenes Ende hin: Sie will im besten Fall selbst wieder überflüssig werden. Anders formuliert: Die Maschine sollte anschließend alleine und ohne Unterstützung laufen können. Nur dann ist die Intervention erfolgreich, nur dann ist Heilung möglich. Canguilhem formuliert in diesem Zusammenhang: „In diesem Sinn beruht Heilung auf einer Umkehrbarkeit von Erscheinungen, deren Aufeinanderfolge die Krankheit ausmacht“ (Canguilhem 2004: 28). Heilung erscheint damit als Überwindung von Krankheit durch technische und methodische Interventionen. Die Unterbrechung von Gesundheit soll durch medizinisches Handeln behoben werden. Entsprechend wird man, wenn die Ursache beseitigt ist, mit einem gewissen Recht erwarten, dass der Zustand der Gesundheit wieder eintreten wird (vgl. Reuster & Schönknecht 2022).

Scheitert diese Überführung, wird dies häufig als Katastrophe erlebt. Verantwortung und Schuld werden dann nicht selten individualisiert – sei es bei Ärzt*innen, Pfleger*innen oder bei den Patient*innen selbst. Krankheit erscheint als Ausdruck eines persönlichen Versagens: Man habe nicht genug getan oder nicht genug unternommen.

Wiederherstellung der Gesundheit durch Heilung, getragen von

Effizienz und einer funktionalen Atmosphäre, wird so zur zentralen Aufgabe spätmoderner Gesundheitsversorgung (vgl. Quernheim 2017). Ob sich es Verständnis ändern kann, und wie dies möglich ist, scheint fraglich zu sein (Peikert 2025).

In dieser Weise zeigt sich auch im Gesundheitswesen eine zunehmende Öffnung gegenüber ganzheitlicheren Perspektiven. „Während es lange Zeit nur in der Alternativ- und Komplementärmedizin üblich war, auch spirituelle und religiöse Aspekte miteinzubeziehen, ist in den letzten Jahren Spiritualität im Gesundheitswesen allgemein und im hospizlich-palliativen Bereich im Speziellen ein Schlüsselbegriff geworden“ (Stiller 2025: 57). In diesem Aufgabenfeld kann Philosophical Care eine eigenständige professionelle Praxis entfalten, die nicht konkurrierend, sondern reflexiv-ergänzend wirkt und die Frage nach dem Sinn, dem Erleben und der Bedeutung von „Gesundheit“ und „Krankheit“ für den einzelnen Menschen ins Zentrum rückt.

„Krankheit“ und „Gesundheit“ und ihre Bedeutung

Heilung ist – so wurde gezeigt – für viele ein zentraler Leitwert für medizinisch-pflegerische Interventionen. Hans-Martin Rieger ergänzt hierzu: „Gesundheit und Krankheit sind zentrale Orientierungsbegriffe des Gesundheits- und Medizinsystems“ (Rieger 2023: 3). Entsprechend liegt es nahe, die Deutungshoheit über diese drei Begriffe den medizinischen, pflegerischen und klinisch-psychiatrischen Disziplinen zu überlassen. Die aktuellen Entwicklungen in diesen Bereichen – geprägt von ökonomischen Zwängen, Effizienzlogiken und zunehmender

Bürokratisierung – lassen jedoch Zweifel daran aufkommen, inwiefern diese Deutungshoheit besagter Begriffe noch unhinterfragt gegeben ist und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Das individuelle Erleben von Gesundheit und Krankheit wird durch standardisierte Assessments, Messungen und Klassifikationen zunehmend verdeckt. Einzelheiten, Erlebnisse und Erfahrungen gehen dadurch verloren. Nicht mehr das Erzählbare, sondern das Mess- und Zählbare rücken so in den Vordergrund. Auch Carlo Legget weist darauf hin, dass „die evidenzbasierte Medizin durch eine Reihe weiterer Entwicklungen ergänzt [wird], die darauf abzielen, die Komplexität [von Gesundheit und Krankheit] zu reduzieren“ (Legget 2021: 189). Für dies braucht es aber ein Verständnis davon, wie „Gesundheit“ und „Krankheit“ überhaupt aufgefasst werden können. Es scheint daher nötig, sich diesen Begriffen aufmerksam und kritisch zuzuwenden.

In medizinisch-pflegerischen Institutionen wie auch auf Seiten der Patient*innen werden Gesundheit und Krankheit häufig als symmetrische Zustände verstanden, die einander ausschließen: Wer gesund ist, ist nicht krank, und wer krank ist, kann nicht gesund sein. Gesundheit und Krankheit erscheinen so als zwei unversöhnliche Modi eines funktionalen Menschenbildes: Der Mensch sei, wie erwähnt, eine Maschine, die entweder funktioniert oder nicht. Diese metaphorische Perspektive ist jedoch problematisch.

So wird zu wenig reflektiert, was diese Prozesse für das individuelle Erleben von Gesundheit und Krankheit impliziert. Wie Stephan M. Probst festhält, wird zu sel-

ten ausgelotet, „was gesund und krank für den je einzelnen Menschen bedeutet“ (Probst 2017: 30). Vor diesem Hintergrund überrascht es kaum, dass das moderne Gesundheitswesen über keine ausgearbeitete Lehre vom kranken Menschen verfügt, die dem individuellen Erleben angemessen Rechnung trägt und sich zugleich selbst kritisch reflektiert (vgl. Fuchs, 2026). Deutungshoheiten entstehen vielfach top-down oder werden durch systemfremde Zwänge wie ökonomische Effizienz, Messbarkeit oder anderem bestimmt. Genau hier liegt jedoch das spezifische Potenzial philosophischer Reflexion. Philosophie ist in der Lage, diese Selbstverständlichkeiten zu hinterfragen, Begriffe zu klären und alternative Deutungsrahmen zu eröffnen – eine Perspektive, die im medizinisch-pflegerischen Kontext bislang weitgehend auf den Bereich der Medizinethik beschränkt bleibt.

Ein phänomenologischer Zugang

Trotz der Dominanz naturwissenschaftlich-technischer Verständnisse von „Gesundheit“ und „Krankheit“ lassen sich im medizinisch-pflegerischen Bereich Gegenbewegungen beobachten. Die Etablierung von Palliative Care und Spiritual Care kann als Ausdruck eines solchen Gegentrends verstanden werden (vgl. Randall & Downie 2014). Gleichwohl sind auch diese Disziplinen nicht frei von gesellschaftlichen, ökonomischen und bürokratischen Einflussfaktoren. Entsprechend bleiben die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ weiterhin problematischen Entwicklungen ausgesetzt und bedürfen einer kritischen begrifflichen Klärung.

Festhalten lässt sich zunächst,

dass es keine sinnvolle empirisch-naturwissenschaftliche Wissenschaft der individuellen Gesundheit gibt. „Gesundheit“ ist kein naturwissenschaftlicher Begriff, der wie ein Objekt in der Welt vorgefunden und gemessen werden könnte. Vielmehr handelt es sich um einen durch und durch philosophischen Begriff. „Krankheit“ wiederum ist nicht schlicht als Störung oder als ein Ausbleiben von Gesundheit zu verstehen. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden ein möglicher philosophischer und zwar phänomenologischer Zugang zu Gesundheit und Krankheit skizziert werden, der trotzdem keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit oder Universalität erhebt. Ziel ist es vielmehr, das Problembewusstsein für diese Begriffe zu schärfen, indem bislang wenig beachtete Aspekte hervorgehoben werden. Bei der phänomenologischen Zugangsweise geht es nicht darum, was Gesundheit und Krankheit sind, sondern vielmehr darum, wie sie jeweils erfahren werden. So wird ein Blickwechsel ermöglicht, der das individuelle Erleben und Empfinden auf eine bestimmte Weise miteinbeziehen kann.

„Gesundheit“ lässt sich aus phänomenologischer Perspektive als eine Weise des Daseins beschreiben, die in ihrer alltäglichen Vollzugsform gerade nicht auffällt. Sie zeigt sich im selbstverständlichen Miteinanderumgehen mit der Welt und in einer unauffälligen Selbstsorge (vgl. Gadamer 2018). In diesem Sinne spricht Ryōsuke Ohashi von einer „natürlichen Vergessenheit“, wobei zugleich eine latente Ahnung mitschwingt, „dass diese Gesundheit nicht ewig dauert“ (Ohashi 2018: 101). Gesundheit erschöpft sich daher nicht in der vollständigen Abwesenheit von Störungen oder Leiden und

kann nicht auf einzelne Organe oder Funktionen reduziert werden. Vielmehr umfasst sie Körper, Geist sowie Mit- und Umwelt gleichermaßen, denn das menschliche Leben ist zu komplex, um es auf einzelne Aspekte zu reduzieren (vgl. Mogi 2024).

Das verbreitete Verständnis von „Gesundheit“ kann zusätzlich überfordernd wirken, da es den Eindruck erweckt, der einzelne Mensch müsse nicht nur für sich selbst, sondern auch für den Zustand von Mit- und Umwelt Verantwortung übernehmen. Zur Entlastung ist es daher notwendig, den Menschen nicht als vereinzelter Wesen zu begreifen, das allein für seine Gesundheit zuständig ist. Zwar kann der Einzelne einiges zur Gesundheit beitragen, stößt jedoch in sozialen und ökologischen Zusammenhängen rasch an die Grenzen individueller Eigenverantwortung. Eine einseitige Fokussierung auf das Individuum birgt vielmehr die Gefahr, dass gesellschaftliche und ökologische Bedingungen ausgeblendet werden und sich jeder primär mit seiner eigenen Gesundheit beschäftigt, anstatt ebenfalls diese Verhältnisse kritisch zu reflektieren und mitzugestalten (vgl. Han 2022). Gesundheit erscheint vor diesem Hintergrund als eine Form gelingenden Daseins, die Mit- und Umwelt immer schon einschließt. Oft wird Gesundheit erst retrospektiv erfahrbar, im Modus des Vergangenen, des „jetzt-nicht-mehr“. Krankheit macht das zuvor selbstverständliche, unauffällige Dasein auffällig, und der Wunsch nach Rückkehr in diesen Zustand prägt das Erleben vieler Erkrankter. Diese Hoffnung auf eine Rückkehr zum heilvollen Vorher, die auch religiöse Wurzeln hat, ist in der Epoche des modernen naturwissenschaftlichen Gesundheits-

systems keineswegs verschwunden, und zwar unabhängig von der jeweiligen Konfession der Patient*innen (vgl. Leven 2024).

Ein solches Verständnis von „Gesundheit“ hat auch Auswirkungen darauf, was mit „Krankheit“ gemeint sein könnte. „Krankheit“ kann folglich als ein ungenügendes Zurechtkommen mit dem Leid verstanden werden (vgl. Brandt 2017). Leid ist eine unvermeidliche Dimension menschlichen Lebens, die auch durch medizinisch-pflegerischen Fortschritt nicht vollständig aufgehoben werden kann. Gesundheit und Leid schließen sich daher nicht aus. Fraglich ist zudem, ob ein völlig leidfreies Leben überhaupt als gelungen gelten könnte. Entscheidend ist daher die Frage, wie Menschen mit Leid umgehen. Viktor von Weizsäcker bringt dies prägnant zum Ausdruck: „Das wirkliche Wesen des Krankseins ist eine Not und äußert sich als eine Bitte um Hilfe“ (von Weizsäcker 2008: 121). Kranksein kann in diesem Sinne als eine Disposition verstanden werden, freilich nicht in einem psychologischen Sinne, sondern in der Weise eines leiblichen Disponiert-Seins, das zum Leben immer schon als Horizont gegeben ist. Krankheit verweist damit auf die grundsätzliche Verletzlichkeit des Menschen, der sich in der Welt orientieren und bewähren muss und dabei notwendig an Grenzen, Überforderung und Scheitern stößt. „Nicht die Sicherheit des Lebens ist garantiert, sondern seine Zerbrechlichkeit“ (Abdallah 2022: 78). In der Krankheit wird diese Zerbrechlichkeit sichtbar, und zugleich wird das gelingende

alltägliche Dasein schwierig oder gar unmöglich. Damit erhält auch der Krankheitsbegriff eine explizit philosophische Dimension.

Eine phänomenologische Perspektive erhebt dabei nicht den Anspruch, im Voraus festzulegen, wer oder was als krank zu gelten hat. Vielmehr richtet sie den Blick auf die Erfahrungsperspektive der Betroffenen. „Die Phänomenologie soll hierbei die Subjektivität und Spezifität der Krankheitserfahrungen einfangen, als auch eidetische (wesentliche) Merkmale von Krankheitserfahrung überhaupt bestimmen“ (Wehrle 2022: 128). Was „Kranksein“ bedeutet, ist demnach abhängig von den einzelnen Menschen sowie ihrer Mit- und Umwelt, welche die Ausprägung ihrer Erfahrung als leidvoll, einschränkend oder bedrohlich erleben. Ein phänomenologischer Zugang ermöglicht es, offen zu bleiben für diese je individuellen und persönlichen Zusammenhänge und gleichwohl ein Auge auf größere Verbindungen und Strukturen zu halten.

Ein Blickwechsel

Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ erfordern – philosophisch betrachtet – die Berücksichtigung unterschiedlicher Beschreibungsfolien, da sie von jeweils verschiedenen Perspektiven und Einflussfaktoren in der konkreten Situation oder von bestimmten Diskursen und Meinungen geprägt sind. Seit jeher sind grundlegende Theorien von „Gesundheit“ und „Krankheit“ Versuche, dem menschlichen Dasein eine bestimmte Ordnung zuzuschreiben. Die Philosophie vermag es, diese

Begriffe sowie die ihnen zugrunde liegenden Verständnis horizonte zu reflektieren und dadurch einen bewussteren Umgang mit ihnen zu ermöglichen. Ein solcher Perspektivwechsel soll im Folgenden vorgeschlagen werden.

Ein solcher Blickwechsel bedeutet aber nicht, dass andere, schon bestehende Definitionen von „Gesundheit“ und „Krankheit“ falsch oder überflüssig wären. Vielmehr geht es darum, ein Bewusstsein dafür zu schärfen, wie vielfältig und voraussetzungsreich diese Begriffe sind. Im Zentrum steht dabei eine Relativierung der gängigen Diskursordnung: Gesundheit und Krankheit sind nicht nur Zustände im Sinne fixer Zuschreibungen („F ist x“), sondern Formen des menschlichen Daseins und damit auch als Vollzüge zu verstehen. Dieser Vollzug ist jedoch nicht meritokratisch zu deuten, wie es etwa in Selbstoptimierungsdiskursen geschieht, die in problematische Leistungs- und Verantwortungslogiken ausufern können (vgl. Cabanas & Illouz 2021). Ob und wann ein Mensch krank wird oder an einer Krankheit stirbt, liegt nicht allein in seiner individuellen Verantwortung. Zugleich fallen Gesundheit und Krankheit dem Menschen auch nicht einfach zu, als wären sie äußerlich angeheftete Eigenschaften. Sie bezeichnen vielmehr Weisen, wie Menschen mit sich und anderen je schon in der Welt sind.

Gesundheit und Krankheit lassen sich darüber hinaus nicht notwendigerweise symmetrisch begreifen, sondern können ineinander verschränkt gedacht und erfahren werden. So ist es

„Gesundheit hat mit Liebe, Werk, Gemeinschaft und Freundschaft die Bejahung gemeinsam“

möglich, trotz Störungen oder mit einer bestimmten Krankheit weiterhin gesund zu sein. In diesem Sinne lässt sich festhalten: Es ist tatsächlich möglich, eine Einstellung zum Leben als Ganzem zu gewinnen, in die seine leidhaften Aspekte integriert sind und die trotzdem akzeptierend und bejahenswert ist (vgl. Frick & Maidl 2019). Damit entfällt idealerweise auch der stresserzeugende Zwang, jeden Zustand durch technische oder methodische Maßnahmen in einen anderen überführen zu müssen – ein Anspruch, der nicht immer einlösbar ist.

Ein solcher Blickwechsel impliziert zudem, Gesundheit und Krankheit nicht primär als Zustände einzelner Personen oder als Resultat individueller technischer Anstrengungen zu verstehen. Vielmehr sind sie so zu beschreiben, dass das Mitsein und das Miteinandergeschehen konstitutiv dazugehören. In diesem Zusammenhang verweist Viktor von Weizsäcker darauf: „Gesundheit hat mit Liebe, Werk, Gemeinschaft und Freundschaft die Bejahung gemeinsam“ (von Weizsäcker 2008: 183). Gesundheit und Krankheit vollziehen sich demnach stets in Verbundenheit mit der Mit- und Umwelt, die ein gelungenes Dasein ermöglicht. Krank oder gesund sind dann nicht bloß einzelne Organe oder isolierte Individuen, sondern es handelt sich um Formen des Selbst- und Weltbezugs. Dasein reduziert sich nicht auf organische Funktionen, sondern ist immer schon mit anderen Menschen verflochten. Kranksein macht dabei jene

Stellen sichtbar, an denen Dasein schwierig oder gar unmöglich wird – nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für seine Mit- und Umwelt. Krankheit stört nicht lediglich, sie zeigt auf und lehrt etwas. Die erlebte und gelebte Flexibilität und Wandlungsfähigkeit des Daseins im sozialen und ökologischen Kontext können somit als Indikator dafür dienen, ob eher Gesundheit unauffällig oder Krankheit auffällig in den Vordergrund tritt.

Folgen

Ein philosophisch angereichertes Verständnis von „Gesundheit“ und „Krankheit“ kann in der Care-Tätigkeit dazu beitragen, Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen entgegenzuwirken. Denn nicht immer oder nur selten handelt es sich um das Scheitern einzelner Personen, um falsch angewandte Techniken oder um bloß funktionale Defizite. Gesundheit und Krankheit betreffen vielmehr den gemeinschaftlichen Selbst- und Weltbezug des jeweiligen Daseins – und dies bis in den Tod hinein und gegebenenfalls sogar darüber hinaus (Rosenzweig 2018). Vor diesem Hintergrund rücken Caring Communities und Care-Beziehungen stärker in den Fokus, da Gesundheit und Krankheit so relational, also im Miteinander, verstanden werden können.

Zugleich bleibt Krankheit in einem Spannungsverhältnis zur jeweiligen historischen und epistemischen Situation der Gesundheitsdiskurse. „Das Kranke als relativ Fremdes hängt ab vom jeweiligen Stand der Medizin. Was deren diagnostische und therapeutische Möglichkeiten überschreitet, ist noch nicht heilbar, es ist aber prinzipiell dem ärztlichen Blick und dem ärztlichen Zugriff zugänglich“ (Waldenfels 2019: 237). Gerade dort, wo die moderne Gesund-

heitsversorgung an ihre Grenzen stößt, zeigt sich der Bedarf nach anderen Formen der Betreuung und Begleitung.

Care-Begleitung folgt dabei anderen Leitwerten als technisch orientierte Heilungsverfahren (Cure und Care). Sie lässt sich nicht anhand standardisierter Assessments oder klar regulierter Handlungspraktiken abarbeiten. Care-Prozesse sind weder effizienz- noch modulartechnisch organisiert, sondern benötigen Zeit, Offenheit und Raum für Unvorhergesehenes. Sie sind meist ergebnisoffen und können weder vollständig antizipiert noch vollständig gezielt gesteuert werden. An diesem Punkt stößt der moderne, technisierte Gesundheitsdiskurs an seine selbstgesetzten Grenzen. Canguilhem bringt dies prägnant zum Ausdruck: „Vom Standpunkt einer medizinischen Praxis aus, die durch ihre Wissenschaftlichkeit und Technologie befestigt ist, sind viele Kranke mit weniger als dem zufrieden, was man ihnen zu schulden meint, während andere sich weigern anzuerkennen, dass man für sie alles getan hat“ (Canguilhem 2004: 35).

Dies macht ein Umdenken innerhalb medizinisch-pflegerischer Tätigkeit erforderlich oder zumindest ein bewusstes Delegieren an Bereiche wie Spiritual Care, Seelsorge oder eben Philosophical Care. Fachpersonen in diesen Feldern sind spezifisch dafür ausgebildet, sich existenziellen Grenzsituationen auszusetzen – mit Kompetenzen, die sich grundlegend von eher technischen Verfahren zur Herstellung von Heilung unter-

„Krankheit stört nicht lediglich, sie zeigt auf und lehrt etwas“

scheiden. Entsprechend betont Canguilhem: „Der menschliche Kontakt kann weder so unterrichtet noch so erlernt werden wie die Physiologie des vegetativen Nervensystems“ (ebd.: 48). Menschen suchen nicht allein Heilung, sondern Beistand, Verständnis und Anerkennung ihres Leidens, Lebens und Scheiterns. Auch dies trägt im besten Fall wesentlich zur Gesundheit bei.

Für all dasjenige, was technische Heilung (Cure) nicht leisten kann, bedarf es daher der Care-Tätigkeit (vgl. Weißflog & Lademann 2021). Menschen sollten in solchen Situationen nicht lediglich aus medizinischen Institutionen entlassen werden, sondern Anspruch darauf haben, in einer anständigen Gesellschaft (vgl. Margalit 2018) unterstützt und begleitet zu werden. In solchen Situationen sind medizinisch-pflegerische Fachpersonen nicht mehr primär mit Wiederherstellungsaufgaben befasst, sondern mit der Begleitung von Schmerz, Enttäuschung und existenzieller Verunsicherung. Zeit und Ressourcen sind hierfür nötig, aber solche Aspekte zu übersehen, hat weitaus schwerwiegendere Folgen. Hier öffnet sich ein ganz wichtiger und besonderer Raum, in dem unter anderem philosophische, religiöse oder spirituelle Zugänge im Gesundheitssystem an Bedeutung gewinnen.

Ausblick

Zusammenfassend bringt Gian Domenico Borasio den Kern der hier entwickelten Überlegungen prägnant zum Ausdruck: „Die Medizin der Zukunft wird eine hörende sein, oder sie wird nicht mehr sein“ (Borasio in Noth & Kohli Reichenbach 2014: 126; H. i. O.). „Hörend zu sein“ bedeutet im Kontext von Gesundheit und Krankheit zunächst, sich auf eine Form

der Vermittlung einzulassen, die nicht vorschnell zuschreibt oder normiert. Es gilt anzuerkennen, dass „als gegeben zum einen die Ängste und Zuversichten derjenigen zu akzeptieren [sind], die ihre gesundheitlichen Probleme nicht allein durch die modernen biologischen Naturwissenschaften und mittels neuester diagnostischer und therapeutischer Technologie und pharmazeutischer Chemie behandelt sehen möchten“ (Unschuld 2013: 113). Diese Vorannahmen, Hoffnungen und Urteile existieren und sind ernst zu nehmen. Sie zu ignorieren wäre kurzsichtig und verleugnend. Eine hörende Medizin beginnt daher mit dem Zuhören gegenüber den Menschen selbst.

Zusätzlich ist Zuhören nicht lediglich eine methodische Haltung, sondern eine Form des zwischenmenschlichen Miteinanderumgehens. „Krankheit“, „Leiden“ und auch „Gesundheit“ lassen sich nicht ohne Weiteres individualistisch oder rein organbezogen verstehen. Vielmehr erfordert es eine angemessene Annäherung, auf das Gegenüber zuzugehen und offen für die persönliche, individuelle Erfahrung von Gesundheit und Krankheit zu bleiben. Soll die Gesundheitsversorgung der Zukunft diesem Anspruch gerecht werden, muss sie sich verstärkt dem Care-Aspekt zuwenden. „Care“ meint hier, dass sich die Person in der medizinisch-pflegerischen Tätigkeit angenommen weiß und dadurch zu einer gelingenden Selbst- und Fremdeinschätzung gelangen kann, die ihr hilft, die eigene Lebensführung im gemeinsamen Miteinanderumgehen bestmöglich zu bewältigen (Badawia & Erdem 2023). Gesundheit und Krankheit erscheinen in dieser Perspektive nicht als isolierte Zustände, sondern als Phänomene,

die das Menschsein insgesamt betreffen. Krankheit, Leid und die Konfrontation mit dem eigenen Tod verändern die Lebensführung, ohne jedoch die Möglichkeit eines gelingenden Miteinanders auszuschließen (Riedel 2024). Eine hörende Medizin wäre daher eine, die bereit ist, immer wieder erneut zu hören, zu staunen und zu überdenken, was unter „Gesundheit“ und „Krankheit“ für das konkrete Gegenüber überhaupt zu verstehen ist.

Ergänzend und nicht in Konkurrenz zu medizinischen oder therapeutischen Ansätzen können philosophische Gespräche und Begegnungen verstanden werden. Als Formen philosophischer Care-Tätigkeit eröffnen sie einen Raum, in dem Situationen von Zweiflung, Krankheit und Schwäche gemeinsam reflektiert werden können. Sie halten die Frage offen, was „Gesundheit“ und „Krankheit“ für die jeweils Betroffenen bedeuten, und orientieren sich nicht an vorschnellen Antworten, wenn es darum geht, die je eigene Lebensführung zu begründen und zu verstehen. In diesem gemeinsamen Suchprozess wird deutlich, dass der Mensch „nicht aufgrund eines Urteils oder eines Schicksals der Krankheit offen[steht], sondern wegen seiner einfachen Anwesenheit in der Welt“ (Canguilhem 2004: 41). Diese Anwesenheit wirft Fragen auf und drängt nach Antworten.

Ein solcher Ansatz geht über eine rein psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung hinaus, da es nicht allein um innerpsychische Vorgänge oder personales Verhalten geht, sondern um anthropologische, epistemologische, existenziale und diskursanalytische Dimensionen. Philosophische Gespräche und

Begegnungen bilden somit ein Lernfeld, das sich nicht primär der Vermittlung kognitiver Inhalte verschreibt, sondern in einer beistehenden, aufmerksamen Care-Tätigkeit Ausdruck findet. Gerade in Momenten existenzieller Erschütterung können diese Begegnungen als Teil eines Prozesses der Selbstfindung verstanden werden: „As disheartening as life may feel during moments of ordeal, they are, paradoxically, an essential part of our journey of self-discovery“ (De Miranda 2024: 6; H.i.O.). Philosophie kann unterstützend wirken, ohne sich auf einfache Antworten oder tröstende Vereinfachungen zu reduzieren, sondern indem man sich gemeinsam um Weisheit bemüht.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es „keineswegs darum gehen [kann], dem Pathologischen eine makellose Normalität entgegenzusetzen“ (Waldenfels 2019: 79). Der kranke oder gar sterbende Mensch ist nicht nur körperlich bedürftig, sondern ebenso auf psychischer, sozialer und insbesondere auf philosophischer oder spiritueller Ebene. Eine phänomenologisch und philosophisch informierte Care-Tätigkeit nimmt diese Vielschichtigkeit ernst und versteht „Gesundheit“ und „Krankheit“ nicht als Gegensätze, sondern als Ausdrucksformen menschlicher Existenz, die im hörenden, sorgenden und gemeinsamen Miteinanderumgehen erst in ihrer Bedeutung zugänglich werden.

Literatur

Abdallah, Mahmoud (2022): Islamische Seelsorgelehre. Theologische Grundlegung und Perspektiven in einer pluralistischen Gesellschaft. Ostfildern: Matthias Grünewald.

Badawia, Tarek, & Erdem, Gülbahar (Hrsg.) (2023): Muslimische Seelsorge im interdisziplinären Diskurs. Psychologie



Dr. Omar Ibrahim

Dr. Omar Ibrahim ist Philosoph, Sozialanthropologe, Religions- und Erziehungswissenschaftler. Er forscht und lehrt zu Philosophical Care und ist in verschiedenen Projekten und Institutionen in der Schweiz tätig.

und Seelsorge in Begegnung. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Brandt, Daniel (2017): Philosophische Praxis, Ihr Begriff und ihre Stellung zu den Psychotherapien. Freiburg im Breisgau: Herder.

Cabanas, Edgar, & Illouz, Eva. (2021): Das Glücksdiktat, und wie es unser Leben beherrscht. Berlin: Suhrkamp.

Canguilhem, Georges (2004): Gesundheit – eine Frage der Philosophie. Berlin: Merve.

De Miranda, Luis (2024): Philosophical Health. A Practical Introduction. London: Bloomsbury Academic.

Frick, Eckhard, & Maidl, Lydia (Hrsg.) (2019): Spirituelle Erfahrung in philosophischer Perspektive. Berlin: Walter de Gruyter.

Fuchs, Thomas (2026): Psychiatrie als Beziehungsmedizin. Ein ökologisches Paradigma. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Gadamer, Hans-Georg (2018): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Han, Byung-Chul (2022): Palliativgesellschaft. Schmerz heute. Berlin: Matthes & Seitz.

Ibrahim, Omar (2025): Philosophical Care. Entwurf einer praxistheoretischen Grundlegung. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Leget, Carlo (2021): Der innere Raum. Wie wir erfüllt leben und gut sterben können. Ostfildern: Patmos.

Leven, Karl-Heinz (2024): Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart. München: C. H. Beck.

Luhmann, Niklas (2021): Funktion der Religion. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Margalit, Avishai (2018): Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Mogi, Ken (2024): Nagomi. Der japanische Weg zu Harmonie und Lebensfreude. Köln: DuMont.

Noth, I., & Kohli Reichenbach, C. (Hrsg.) (2014): Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.

Ohashi, Ryôsuke (2018): Phänomenologie der Compassion. Pathos des Mitseins mit den Anderen. Freiburg im Breisgau: Karl Alber.

Peikert, Damian (2025): Klinische Philosophie. Ein Praxisentwurf. Wiesbaden: Springer.

Probst, Stephan M. (Hrsg.) (2017): Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das jüdische Verständnis von Medizin und Pflege. Berlin: Hentrich & Hentrich.

Quernheim, German (2017): Warten, aber richtig!. Praxishandbuch zum Manage-

ment wartender Patienten. Bern: Hogrefe.

Randall, Fiona, & Downie, Robin S. (2014): Philosophie der Palliative Care. Philosophie – Kritik – Rekonstruktion. Bern: Hans Huber.

Reckwitz, Andreas (2025): Verlust. Ein Grundproblem der Moderne. Berlin: Suhrkamp.

Reuster, Thomas, & Schönknecht Peter (Hrsg.) (2022): Brücken zwischen Psychiatrie und Philosophie. Ein interdisziplinärer Dialog. Berlin: Springer.

Riedel, Christoph (2024): Menschsein im Sterben. Menschenbild, Würde und Logotherapie in der Palliative Care. Bern: Hogrefe.

Rieger, Hans-Martin (2023): Gesundheit als Wandlungsfähigkeit. Viktor von Weizsäckers Beitrag zu einer kritischen Medizintheorie. Berlin: Springer.

Rosenzweig, Franz (2018): Das Büchlein vom gesunden und kranken Menschenverstand. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Stiller, Lisa (2025): Spiritual Care am Lebensende. Das Hospiz und die Palliativstation als Communities of Care. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Unschuld, Paul U. (2013): Traditionelle chinesische Medizin. München: C.H. Beck.

Von Weizsäcker, Viktor (2008): Warum wird man krank?. Ein Lesebuch. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Waldenfels, Bernhard (2019): Erfahrung, die zur Sprache drängt. Studien zur Psychoanalyse und Psychotherapie aus phänomenologischer Sicht. Berlin: Suhrkamp.

Wehrle, Maren (2022): Phänomenologie. Eine Einführung. Berlin: J.B. Metzler.

Weißflog, Sabine, & Lademann, Julia (Hrsg.) (2021): Verstehen in der Psychiatrischen Pflege. Beiträge für erweiterte pflegewissenschaftliche Perspektiven. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Clemens Hausmann

Kommunikation und Beziehungsgestaltung für Pflegeassistentenberufe



facultas 2026
144 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2603-2
E-ISBN 978-3-99180-024-8
EUR 26,90 (A) / EUR 26,20 (D)

Effektive Kommunikation in Pflegesituationen

Pflege ist Beziehung, Pflege ist Kommunikation. Dieses Buch enthält wesentliche Inhalte dieser Themenfelder, orientiert entlang der Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistent und Pflegefachassistent. Der Schwerpunkt liegt auf den Grundlagen und allgemeinen Anwendungsfeldern von Kommunikation in der Pflege: Beziehungsaufbau, Gesprächsführung, Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, in Krisen, in Konfliktsituationen und im Team. Auch das in der Pflege essenzielle Thema der eigenen Psychohygiene wird dargestellt.

Mit Übungsfragen!



facultas

Esoterik?

Tiefe

Sinn

Glaube

Dasselbe wie
psychiatrische
Pflege
?

Spiritual
Care?

Braucht man
am
Lebensende
?

Seelsorge

Noch ein
Gegenstand
?

~~Nur etwas für
religiöse
Menschen~~

Da sein ♥

Spiritual Care in der Pflegeausbildung

Wenn Tiefe gefragt ist und Strategien nicht greifen

„Wir tun keine besonderen Dinge. Aber wir tun das, was wir tun, auf eine besondere Weise.“ (Isabella Ulrich)

Stellen Sie sich bitte Folgendes vor. Lesen Sie es nicht nur, sondern werden Sie für einen Moment zu Frau Berger.

Jener Frau, die vor wenigen Augenblicken erfahren hat, dass der Krebs, von dem sie hoffte, er würde sich nach unzähligen Chemotherapien zurückbilden, gestreut hat. Dass er weiteres gesundes Gewebe verdrängt. Dass er ihren Körper, ihre motorischen und ihre kognitiven Fähigkeiten nach und nach zerstören wird. Vielleicht wird er sie eines Tages sogar am Atmen hindern. Wer weiß das schon?

„Wie lange habe ich noch?“, fragt sie wie ferngesteuert die Onkologin. „Ich kann es Ihnen nicht sagen“, antwortet diese ruhig. „Zwischen wenigen Monaten und zwei, drei Jahren ist alles möglich, Frau Berger.“

Halten Sie einige Sekunden inne. Setzen Sie sich auf Frau Bergers Stuhl. Sehen Sie durch ihre Augen. Hören Sie mit ihren Ohren.

Der Raum bleibt derselbe – der Schreibtisch, das Licht, das Summen der Geräte. Doch für Frau Berger ist nichts mehr wie zuvor. Innerhalb weniger Sekunden zerbricht das Selbstverständliche: die Vorstellung von Zukunft, Kontrolle, Hoffnung und geplanter Zeit. Das Leben teilt sich in ein Davor und

ein Danach. Frau Berger hat keine „Copingstrategie“ für eine solche Situation parat. Es stehen Krankenhausaufenthalte, Schmerzen, Haarverlust und Ungewissheit – vielleicht auch ein Umzug in ein Hospiz – bevor. Möglicherweise wird sie bald Harn und Stuhl nicht mehr halten können und abhängig von anderen sein: von deren Wissen. Von deren Können. Aber auch von deren Haltung und Präsenz.

Und das, obwohl Frau Berger gestern noch mit ihren Enkelkindern Blumen im Garten gepflanzt hat. Bunte Blumen als Symbol ihrer Hoffnung auf eine gute Nachricht von der Onkologin. Diese Hoffnung ist soeben zerbröckelt wie ein staubtrockener, alter Keks.

Welche Methode oder welches „Tool“ könnte dieses Gefühl abfedern? Das Gefühl, dass das Leben einstürzt, wie ein Kartenhaus. Das Gefühl, ungesichert durch sämtliche Schichten hindurch in die Tiefe zu stürzen. Aber gleichzeitig auch ein Gemisch aus irrer Wut, panischer Angst sowie leisem Misstrauen: Was, wenn die Onkologin sich irrt? Sowas liest man doch immer wieder in der Zeitung.

Glaubenssätze, die Frau Berger über sich selbst, über andere und über das Leben hatte, gelten nicht mehr.

Selbst an ihre Vorstellung von Gott, die Teil ihrer Prägung war, kann sie nun nicht mehr glauben. War das alles – war ihr Leben – nichts anderes als eine Aneinanderreihung von Irrtümern?

In den kommenden Wochen drängen sich Fragen auf, die weit über das Medizinische hinausreichen und tief in Frau Bergers Inneres führen:

Wer bin ich in meinem tiefsten Inneren?

Was gibt meinem Leben jetzt (noch) Sinn?

Habe ich jemals Sinn gemacht?

Was wird mit meiner Würde passieren, wenn die Autonomie schwindet?

Habe ich genug gelebt, genug geliebt, genug hinterlassen?

Wer oder was trägt mich, wenn Therapien an ihre Grenzen kommen?

Kann ich mich überhaupt tragen lassen und mich dem Leben mit all seiner Ungerechtigkeit hingeben?

In solchen Momenten zeigen sich spirituelle Bedürfnisse mit existenzieller Wucht. Nicht zwingend religiös gebunden, sondern als zutiefst menschliche Sehnsucht nach Sinn, Hoffnung, Verbundenheit, Trost und innerem Halt. Menschen, deren Leben fortan nicht mehr so weitergehen kann wie bisher, suchen nicht nur medizinische und organisatorische Antworten, Ablenkung, Strategien oder psychologische Tools, sondern

auch Orientierung angesichts von Endlichkeit, Schuld, Hoffnungslosigkeit oder der Angst

vor dem Ungewissen (vgl. Grillenberger, 2024, S. 293).

Spirituelle Bedürfnisse treten besonders dort hervor, wo Sprache, Therapie und rationale Erklärungen nicht mehr ausreichen. Sie berühren die Frage, wie Menschen ihr Leiden einordnen, woran sie sich festhalten und was ihnen dann, wenn sich etwas wie ein Ende anfühlt, Würde, Sinn und Frieden ermöglicht. Genau darin liegt eine zentrale Herausforderung – aber auch eine wesentliche Aufgabe professioneller Pflege.

Nun werden einige, die diese Zeilen lesen, berechtigterweise sagen: „Die Pflege hat genug zu tun. Wir können nicht auch noch Seelsorge und Therapie machen!“

Richtig! Sollen wir nicht. Dürfen wir nicht.

Spiritual Care ist nicht mit Seelsorge oder therapeutischen Interventionen gleichzusetzen, sondern umfasst „die spirituelle Unterstützung von Menschen in deren Auseinandersetzung mit existenziellen Erfahrungen.“ (Kubitza et al, 2024, S.280)

(Zukünftig) Pflegende können lernen, spirituelle Bedürfnisse als solche zu erkennen. Sie können Bewusstsein dafür schaffen. Sie können ihren Blick weiten. Sie können differenzieren. Sie können präsent sein. Sie können Fragestellungen rund um die Dimension Spiritualität in ein multiprofessionelles Team einbringen. Sie können Räume für spirituelle Themen öffnen.

Sie können ihren Auszubilde-

den zeigen, dass Menschsein tiefer reicht und der Begriff Ganzheitlichkeit spirituelle Dimensionen miteinschließt.

Als Pflegepädagogin, psychosoziale Beraterin, Autorin und humanistische Seelsorgerin beschäftige ich mich seit vielen Jahren mit der Frage, wie sämtliche Dimensionen der menschlichen Existenz in die Pflegeausbildung integriert werden können.

Was bedeutet Spiritual Care?

Welche Rolle spielt Spiritualität derzeit in der Pflege?

Wie könnten spirituelle Bedürfnisse im alltäglichen Pflegehandeln wahrgenommen werden?

Wo liegen die Grenzen pflegerischer Kompetenzen?

Auf Basis dieser und anderer Fragen entwickelte sich für mich eine mehrjährige pflegepädagogische und spirituelle Vertiefung. Darauf aufbauend entstand die Idee, Spiritual Care im humanistischen Sinne in die Pflegeausbildung zu integrieren.

Spiritual Care geht uns alle an

Unter Spiritual Care wird die achtsame, professionelle Zuwendung zu den spirituellen Bedürfnissen von Menschen, die sich an Lebensübergängen oder in tiefgreifenden Wandlungs- und Transformationsprozessen befinden, verstanden.

Besonders sichtbar werden spirituelle Bedürfnisse im Hospiz- und Palliativbereich, wo Fragen von Abschied, Sterben, Sinn und Tod in den Vordergrund treten und gleichzeitig eine unfassbare

Klarheit schaffen können. Der Abschied vom Leben entzieht sich – ebenso wie die Geburt – unserer Kontrolle.

„Aber gibt es nicht auch einen Bedarf an Spiritual Care, wenn Menschen außerhalb einer palliativen Situation sind (...)? Wenn ein Mensch an seine Grenzen gelangt, in einer Grenzsituation ist?“ (Diwersy, 2025, S.58)

Eine humanistisch geprägte Spiritual Care sollte nicht ausschließlich auf den Palliativbereich reduziert werden. Denn das Leben selbst ist von unzähligen Übergängen geprägt, die spirituelle Fragestellungen aufwerfen:

Wer kennt sie nicht – die „kleinen Tode“, die uns völlig unerwartet mitten im Leben einholen? Grenzerfahrungen, nach denen wir nicht mehr dieselben sind wie zuvor. Lebensübergänge und Abschiede ohne physischen Tod – etwa der Verlust von Hoffnung, Rollen, Werten, Autonomie, unserem Zuhause, von unserer Gesundheit, von Verbundenheit oder Sinn. Immer dann, wenn etwas in uns „sterben“ muss, damit wir uns mit dem, was das Leben uns hinwirft, mitwandeln können. Dann, wenn wir das „Pallium“ – den Mantel, den wir aus der Palliative Care kennen – brauchen können - auch ohne unheilbar krank zu sein.

Kaum eine andere Berufsgruppe ist Menschen in existenziellen Momenten so nah wie die Pflege. Pflegende erleben täglich, wie Patient:innen mit

Fragen nach Sinn, Würde, Hoffnung, Zugehörigkeit oder Identität ringen. Sie werden Zeug:in-

nen zu tiefst menschlicher Spiritualität.

Gleichzeitig fehlen häufig Bewusstsein, Zeit, Wissen und Handlungssicherheit, um spirituelle Bedürfnisse als solche wahrzunehmen und im Sinne der Multiprofessionalität (mit) zu begleiten.

Hinzu kommt, dass psychische und spirituelle Aspekte bereits während der Ausbildung häufig miteinander vermischt werden. Eine differenzierte Betrachtung ist jedoch essenziell: Während psychische Begleitung vor allem auf emotionale Stabilisierung und Verarbeitung abzielt, berührt Spiritual Care existenzielle Fragen nach Sinn, Identität, Transzendenz und Verbundenheit. Beide Ebenen überschneiden sich, sind jedoch nicht deckungsgleich und erfordern unterschiedliche Kompetenzen.

Gerade in Krisensituationen oder bei nachlassenden kognitiven Fähigkeiten können zudem psychiatrische Phänomene in den Vordergrund treten oder sich erstmals manifestieren. Pflegende benötigen daher mitunter grundlegendes Wissen über psychiatrische Auffälligkeiten, um diese erkennen, einordnen und angemessen reagieren zu können. Spiritual Care bedeutet in diesem Zusammenhang auch, die eigenen professionellen Grenzen wahrzunehmen und gegebenenfalls weitere Unterstützung hinzuzuziehen.

Im folgenden Abschnitt skizziere ich einige Grundzüge meines pädagogischen Zugangs sowie meiner didaktischen Vorgehensweise hinsichtlich Spiritual Care in der Pflegeausbildung.

Spiritual Care im Pflegeunterricht verankern – ein Perspektivenwechsel

„Spiritual Care kann auf kreative Weise eingebunden werden und gleichzeitig Selbstsorge berücksichtigen. Rückblickend fällt mir auf, dass Klassenzimmer, Demo-Raum oder Skills Lab zu spirituellen Räumen werden können und auch die Begegnung von Auszubildenden und Lehrenden an sich schon eine spirituelle Dimension hat: Lehrende fühlen sich ebenso in Lernende ein, wie Pflegende sich einfühlen in Patienten.“ (Bodry, 2024, S. 78)

Die Integration von Spiritual Care in die Pflegeausbildung erfordert einen didaktischen Perspektivenwechsel. Es braucht Räume, in denen Reflexion, Selbsterfahrung und Bewusstseinsbildung ebenso Platz haben wie fachliche und empirische Kompetenz. Studien und Erfahrungsberichte über Spiritual Care bilden die Basis des Unterrichts. In der Pflege gern verwendete Begriffe wie Empathie, Humanismus, Würde oder Sinn dürfen bis auf den Grund analysiert und in Hinblick auf die Berufsausübung neu ausgerichtet werden.

Ubuntu, GFK und Spiral dynamics– Einbettung, die Wandlung trägt

Beziehung und Einbettung schaffen die Basis erfolgreichen Lernens. Dies gilt insbesondere für den Unterricht in Spiritual Care. Ohne Boden und Einbettung wird es in diesem Bereich keine nachhaltige Entwicklung geben.

Zu Beginn erzähle ich in diesem Zusammenhang oft von „Ubuntu“. Der Begriff aus den Nguni-Sprachen Südafrikas beschreibt die Vorstellung, dass das eigene Leben und damit auch das eigene Wachstum untrennbar mit dem Le-

ben und dem Wachstum anderer verbunden ist (vgl. Yaw Sie, 2026, S. 32ff). Dass es nicht egal ist, wie es unseren Mitmenschen geht – unseren Kolleg:innen, Nachbar:innen oder Patient:innen. Verbundenheit bedeutet Verantwortung füreinander zu übernehmen. Ubuntu verträgt Ehrlichkeit – Truthspeaking – sofern diese konsensuell und sprachsensibel erfolgt. Diese Basis muss zunächst vorhanden sein: Ein Boden, der kollegiale Einbettung bietet und auch dann tragen und nähren kann, wenn aufgrund der Auseinandersetzung mit existenziellen Themen neue Perspektiven im Raum entstehen. Denn das kann durchwegs fordernd sein.

Inzwischen gibt es bereits Erfahrungsberichte über Spiritual Care und Gruppendynamik im Kontext der Gewaltfreien Kommunikation (GFK), wobei es wesentlich ist, die GFK als Haltung statt als Methode zu verstehen: „GFK hat den Sinn, mit meinen eigenen Gefühlen und Bedürfnissen in Verbindung zu kommen und mit denen meines Gegenübers (...)“ resümiert Linzenmeyer (2026, S. 45).

Gerade in der Pflegeausbildung erleben wir eine starke Heterogenität, was gruppendynamisch eine gewisse Komplexität darstellt. Aus diesem Grund beschäftigen wir uns unter anderem mit dem in wissenschaftlichen Kreisen nicht unumstrittenen Modell „Spiral dynamics“ von Claire Graves: Menschen verändern ihre Sicht auf die Welt nicht zufällig und gleichzeitig, sondern als Reaktion auf Prägungen, Lebensbedingungen, Krisen und andere Herausforderungen. Dabei entstehen unterschiedliche Bewusstseins- und Handlungsebenen (vgl. Küstenmacher et al., 2012, S. 15ff). Wichtig ist, dass diese Ebenen keine Ranglisten darstellen,

sondern unterschiedliche Themen mit unterschiedlichem Coping bearbeiten. Erfahrungsgemäß schafft dieses Bewusstsein einen Konsens in der Gruppe. Darüber hinaus beginnen einige Teilnehmende bereits mit einer Innenschau.

Deep dive – die spirituelle Biografie

Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt, der die oben erwähnte Einbettung braucht, ist die spirituelle Biografie. Teilnehmende sollten dabei die Möglichkeit erhalten, sich mit eigenen Erfahrungen von Verlust, Wandel, Sinnsuche und Werteentwicklung auseinanderzusetzen. Nur wer sich seiner eigenen Prägungen bewusst ist, kann anderen Menschen offen und wirklich präsent begegnen, ohne sofort etwas am Zustand des anderen verändern zu wollen (in Spiritual Care werden keine „Knopferl gedrückt“). Wenn man später während der Berufsausübung mit eigenen biografischen Themen konfrontiert wird, ist man sich dessen bereits bewusst, anstatt zurückzuweichen oder nichtsahnend ständig über die eigenen Grenzen zu gehen. Die Auseinandersetzung mit der spirituellen Biografie basiert immer auf Freiwilligkeit und wird pädagogisch begleitet. Erfahrungsgemäß wird dieses Angebot gerne in Anspruch genommen. „Ich sehe mich und andere jetzt nicht mehr als starre Wesen, die immer so bleiben, wie sie jetzt sind, sondern als Menschen, die sich nach Erfahrungen immer wieder neu zusammensetzen. Ich verstehe jetzt erst wirklich, was Prozess und Einbettung bedeutet. Und was präsent sein für sich und andere überhaupt heißt“, berichtete eine Teilnehmerin.

Der Mensch als prozesshaftes Wesen

In Spiritual Care ist es wichtig, den Menschen als prozesshaftes We-

sen zu verstehen: Wir befinden uns ständig im Wandel – körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Wir leben in Bezügen, in Bindungen und in Prägungen. Wir sind weder Diagnose noch starres Gefüge.

Der Wildnispädagoge Jon Young entwickelte das „8-Shields-Modell“ (Natural Order of Things), welches ich in diesem Zusammenhang verwende und gemeinsam mit den Teilnehmenden einen Bezug zur Pflege herstelle: Es beschreibt einen zyklischen Entwicklungs- und Wahrnehmungsrhythmus, ähnlich wie er in der Natur zu finden ist. Es zeigt unterschiedliche Entwicklungs- und Lebensschwellen, deren Überschreitung immer auch ein Abschiednehmen vom vorangegangenen Lebensabschnitt bedeutet. Im Kontext von Spiritual Care erachte ich dieses Modell als wertvoll, weil es Kenntnisse über Entwicklungsprozesse, präsenzorientierte Begleitung, ein dynamisches Verständnis von Spiritualität sowie eine „Entlinearisierung“ der Biografie unterstützt. Insbesondere die Situation des alten Menschen – des Elders – sorgt oft für eine grundlegende Erkenntnis hinsichtlich des Sinnerlebens. In Youngs Modell ist der Elder durch unzählige Lebenserfahrungen gegangen, hat sich gewandelt und damit den Zenit der Weisheit erlangt. Im Winter des Lebens ist es an der Zeit, die Essenz dieser Erfahrung an die jüngere Generation weiterzugeben und so etwas Sinnvolles zu hinterlassen – beispielsweise in Form des Storytellings, das viele auch aus der Würdezentrierten Therapie kennen. Der alte Mensch ist demnach nicht dazu da, von Pflegenden lediglich „beschäftigt“ zu werden. Er möchte wirken. Etwas weitergeben, was sich wiederum auf andere auswirkt. Sinnvoll sein und damit Würde erfahren. Auch das Thema Spiritual Care und Demenz wird in

diesem Kontext aufgegriffen, weil anhand des „8-Shields-Modells“ die Regression sowie validierende Ansätze transparent dargestellt werden können.

Wir haben bereits Storytellings veranstaltet, die den Teilnehmenden gezeigt haben, was es bedeutet, Geschichten in voller Präsenz in einem achtsam gehaltenen Raum zu erzählen, sodass sie andere berühren und etwas bewirken können. „Das hat so viel mit Würde zu tun“, berichtete ein Teilnehmer über seine Erfahrungen.

„...Die Niere auf Zimmer 3“: Würde und Sinn

Pflege begegnet Menschen oft dort, wo ihre Selbstachtung erschüttert ist, was dazu führen kann, dass Betroffene den eigenen Wert – die eigene Würde – kaum spüren. Die Frage lautet dann nicht „Welche Methode wende ich nun an?“, sondern „Kann ein Mensch in seiner Erfahrung da sein, ohne sofort erklärt, kategorisiert oder repariert zu werden? Kann dieser Mensch sich zeigen in seiner Widersprüchlichkeit und seiner Dunkelheit, ohne dass ihm die Würde abgesprochen wird?“ Eine der tiefsten Gefährdungen menschlicher Würde liegt darin, dass ein Mensch nicht mehr als prozesshaftes Wesen, sondern als Funktion, als Diagnose oder als Last erlebt wird – beispielsweise als „die Niere auf Zimmer 3“.

Die Frage nach der Würde wird oft erst sichtbar, wenn das Leben nicht mehr trägt: In jeglichen Formen von Krise geraten Menschen in Zustände, die sie nicht geplant haben und nicht kontrollieren können. Oft begegnen Pflegende hier der Scham: Dem Gefühl, mit dieser Bedürftigkeit für andere nicht mehr annehm- und zumutbar zu sein. Hier entscheidet sich, ob Würde im Pflegehandeln nur ein schöner

Begriff ist, oder zur Haltung wird (vgl. Ulrich, 2026, o.S.).

Ebenso befassen wir uns in Spiritual Care mit dem Sinn, denn existenzielle Krisen führen oft zu einem Sinnverlust: Sinn wird meist nicht rational gedacht, sondern dort erlebt, wo der Mensch sich in Beziehung weiß, wo eine Aufgabe ihn ruft – sei es nun in Form einer Arbeit, schöpferischem Tun oder in der Stille. Sinn lebt von Einbettung. Manchmal entsteht eine Sinnkrise, wenn Einbettung, Autonomie oder Aufgaben wegbrechen, wie es auch anhand des 8-Shields-Modells deutlich wird (vgl. Ulrich, 2026 o.S.).

Zu den Themen Würde und Sinn wird im Spiritual Care Unterricht sowohl auf fallbasierte Diskussionen als auch auf Selbsterfahrungsübungen zurückgegriffen. Gerade Letztere bewirken eine tiefe Reflexion: Beispielsweise nahmen die Teilnehmenden im Rahmen einer Selbsterfahrungssequenz eine Körperhaltung ein, als sei ihnen ihre Würde genommen worden. Danach sollten sie sich ihre Würde langsam zurückholen und dies ebenso körperlich darstellen. „Das muss man einmal gemacht haben, damit man weiß, was es heißt, sich würdelos zu fühlen. Ich hoffe, dass sich keiner meiner Patienten jemals so fühlen und um seine Würde ringen muss. Es macht einfach nachdenklich. Und es verändert etwas in einem.“, berichtete eine Teilnehmerin nach der Übung.

Das Kaleidoskop – Nuancen und Koexistenz lösen Phasen ab

Genauso wie der Mensch ein prozesshaftes Wesen ist, verhält es sich mit Gefühlen. Emotionen treten meist nicht in aufeinanderfolgenden Phasen auf, sondern koexistieren und überlagern sich

in unterschiedlichen Nuancen. Die Verhaltenswissenschaftlerin Chris Paul (2012) entwickelte das in der Palliative Care bekannte „Kaleidoskop der Trauer“. Dieses lässt sich auch auf Spiritual Care umsetzen: Die Einzigartigkeit eines sich im Wandel befindlichen Menschen beruht niemals nur auf einer isolierten Phase mit einer zugeschriebenen Emotion, sondern auf der komplexen Kaleidoskop-Dynamik vieler, koexistenter Gefühle. Im Außen können Pflegende somit gar nicht erahnen, wie der Mensch „tickt“, was ihm fehlt oder wie sich der „richtige Umgang“ gestaltet. Es geht auch nicht darum, jemanden zu kategorisieren. Im Gegenteil: Pflegende können mit ihrer Präsenz Raum halten für das, was im anderen durch das Zusammenwirken vieler Emotionen in eine einzigartige Dynamik gesetzt wird. Mit diesem Bewusstsein gerät man möglicherweise weniger in Versuchung, etwas verändern zu wollen. Gleichzeitig muss erkannt werden, wenn sich eine psychiatrische Auffälligkeit manifestiert, was eine unmittelbare Weiterleitung erfordert, weil es pflegerische Kernkompetenzen überschreitet. Der Spiritual Care-Unterricht beschäftigt sich somit auch intensiv mit den Grenzen pflegerischen Handelns in Hinblick auf psychiatrische und spirituelle Dimensionen.

Spiritual Care als Haltung statt als Methode

Letztlich lässt sich Spiritual Care nicht auf einzelne Techniken reduzieren. Sie ist weniger Methode als Haltung – eine Haltung, die sich im täglichen Tun zeigt: in der Präsenz, im aktiven Zuhören, im Aushalten von Unsicherheit, im Raumhalten ohne vorschnelle Antworten oder Ablenkungsmanöver. Denn der Mensch möchte Sinn machen und wirken – nicht nur abgelenkt oder beschäftigt sein.

Für den Pflegeunterricht bedeutet das eine Herausforderung, denn Haltung kann man schwer „lernen“, zugleich birgt es aber auch eine große Chance. Denn in diesem Rahmen können sich zukünftig Pflegende damit auseinandersetzen, nicht nur zu handeln, sondern wirklich präsent und offen zu sein für die existenziellen Dimensionen menschlichen Lebens – und somit auch für sich selbst und ihren Beruf.

Fazit

Die Integration von Spiritual Care in die Pflegeausbildung ist kein „Add-on“, sondern ein wesentlicher Schritt hin zu einer holistischen und humanistischen Pflege. Sie stärkt nicht nur die Kompetenz im Umgang mit Patient:innen, sondern auch die Selbstreflexion und Resilienz der Pflegenden selbst. Wesentlich ist, dass Spiritual Care seitens des:der Vortragenden eine vorangegangene Vertiefung hinsichtlich psychosozialer, pädagogischer und spiritueller Dimensionen erfordert, um einen entsprechenden professionell-dynamischen Rahmen gestalten und halten zu können. Der Perspektivenwechsel erstreckt sich ferner auch auf die Rolle des:der Vortragenden, welche ebenso als wandelbar und entwicklungsbezogen zu verstehen ist: Kein Spiritual Care-Unterricht gleicht dem anderen – lediglich die beschriebenen Kernthematiken bleiben. Spiritual Care lebt von Wahrnehmung, Reflexion, Tiefe und Austausch, denn immerhin erfolgt Lernen noch immer am besten dort, wo etwas tatsächlich gelebt wird.

Gerade in einer Zeit, in der Effizienz und Ökonomisierung den Pflegealltag zunehmend prägen, erinnert Spiritual Care an das, was den Kern von Pflege mitunter ausmacht: die authentische Begegnung von Mensch zu Mensch – in

allen Dimensionen, die Menschsein umfassen. Dies wirkt sich nicht zuletzt auf die Lebensqualität der zu Pflegenden aus.

Gleichzeitig wirft die Implementierung von Spiritual Care in der Pflegeausbildung weitere Fragen auf: Welche Rahmenbedingungen benötigen Lehrende, um solche Prozesse professionell begleiten zu können? Wie kann Spiritual Care vermittelt werden, ohne Spiritualität normativ vorzugeben? Und wie lassen sich Räume für Reflexion und Tiefe in einem zunehmend verdichteten Ausbildungssystem nachhaltig verankern?

Ich plädiere dafür, dass wir uns diesen Fragen stellen.

Denn wir alle könnten eines Tages nicht nur in unserer Vorstellung, sondern auch in der Realität auf Frau Bergers Stuhl sitzen.



Julia Karban-Reithner, BScN, M.A.

DGKP |

Pflegepädagogin |

Humanistische Seelsorgerin |

Psychosoziale Beraterin |

Autorin |



julia.karban.reithner@gmail.com

Quellenverzeichnis

Bodry, Maïke (2024): How can I as a future teaching nurse implement self care in the context of Spiritual Care in the teaching of the general nursing practice? Self care between Spiritual Care and nursing pedagogy. In: Spiritual Care 2024; 13(1): 75-78

Diwersy, Cornelia (2025): Spiritual Care – self-evident in my life? Erfahrungsbericht. In: Spiritual Care 2025; 14(1): 58-61

Grillenberger, Anne (2024): All of a sudden being a patient – a spiritual quest. In: Spiritual Care 2024; 13(3):292-296

Kubitza, Jenny, Frick, Eckhard, Kmnoll, Franziskus, Stotz-Ingenlath, Gabriele (2024): Quo vadis IGGS? Essay. In: Spiritual Care 2024; 13(3): 279-284

Küstenmacher, Marion, Haberer, Tilmann, Küstenmacher, Werner (2012): Gott 9.0. Wohin unsere Gesellschaft spirituell wachsen wird. 4. Auflage. Gütersloher Verlagshaus.

Linsenmeyer, Bertram (2026): Spirituality and group dynamics in the context of nonviolent communication (NVC). An experience report. In: Spiritual Care 2026; 15(1):45-47

Paul, Chris (2021): Ich lebe mit meiner Trauer. Das Kaleidoskop des Trauerns für Trauernde. 4. Auflage. Gütersloher Verlagshaus

Ulrich, Isabella (2026): Würde, Sinn und Sinnsuche. Skriptum. Verband für humanistische Seelsorge Österreich.

Young, Jon, Haas Ellen, MC Gown Evan (2016): Coyote's Guide to connecting with nature. OwlLink Media Corporation, California

Yaw Sie, Martin (2026): The importance of Ubuntu Philosophy for a group spirituality. In: Spiritual Care 2026; 15(1):32-35

Bilder Seite 45 und Hintergrund Seite 47 mit KI von der Redaktion generiert.

Wir sind die Antwort auf Who cares.

Pflege mit Herz und Fachkompetenz.



Medieninhaber: Caritas Österreich, 1150 Wien | Hersteller: Markus Putz Print Agentur, 2100 Korneuburg | © Norbert Knial

**Jetzt
bewerben!**

EVN

**WIENER
STÄDTISCHE**
VIENNA INSURANCE GROUP
Wir unterstützen das.



Weil helfen mehr ist
als nur ein Job.

**Caritas
Pflege**

Spezialisierungsausbildungen im Umbruch

Was die GuK-SV 2026 für Kompetenzentwicklung, Praxisanleitung und Pflegebildung in Österreich bedeutet

Mit der Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialisierungsverordnung 2026, kurz GuK-SV 2026, wird die Ausbildung für spezialisierte Pflegebereiche in Österreich neu geordnet. Die Verordnung verankert die Ausbildungen im tertiären Bildungsbereich, schreibt einen Umfang von mindestens 60 ECTS-Anrechnungspunkten vor und legt erstmals ausführliche Qualifikationsprofile zugrunde. Das klingt zunächst technisch. Ist es aber nicht.

Denn hinter den neuen Vorgaben steht eine grundsätzliche Frage: Was müssen Pflegepersonen nach einer Spezialisierungsausbildung tatsächlich können?

Bisher wurde Ausbildungsqualität häufig über Stunden, Lehrveranstaltungen und absolvierte Praktikumseinsätze beschrieben. Das war übersichtlich. Es sagte jedoch wenig darüber aus, ob Absolvent:innen eine klinische Verschlechterung früh erkennen, Risiken gegeneinander abwägen, ihr Handeln fachlich begründen oder in einem angespannten Teamgespräch klar kommunizieren können. Genau dort setzt die GuK-SV 2026 an. Sie richtet den Blick stärker auf berufliche Handlungskompetenz.

Für Hochschulen und andere Bildungseinrichtungen bedeutet das viel Arbeit. Bestehende Curricula lassen sich nicht einfach umbenennen und mit ECTS versehen. Lehrveranstaltungen, praktische Ausbildung, Simulation, Praxisanleitung und Prüfungen müssen neu aufeinander abgestimmt werden. Auch die Praxis ist gefordert. Ein Praktikumsplatz allein entwickelt noch keine Kompetenz.

Schlüsselwörter: GuK-SV 2026, Spezialisierungsausbildung, Intensivpflege, Anästhesiepflege, Kompetenzorientierung, Praxisanleitung, Simulation, Pflegebildung

Ein neuer Rahmen für spezialisierte Pflege

Mit der GuK-SV 2026 liegt ein neuer verbindlicher Rahmen für die Spezialisierungsausbildungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vor. Die Verordnung regelt Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsumfang, Qualifikationsprofile, Anforderungen an Lehrende und Praxisanleitende sowie Übergangsbestimmungen. Betroffen sind unter anderem die Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Pflege bei Nierenersatztherapie sowie Infektionsprävention und Hygiene.

Für mehrere Spezialisierungen setzt sich das Qualifikationsprofil aus zwei Teilen zusammen. Der spezialisierungsübergreifende erweiterte pflegerische Teil beschreibt Kompetenzen, die für verschiedene Fachbereiche gelten. Dazu gehören etwa evidenzbasiertes Handeln, Beratung, Anleitung, ethische Entscheidungsfindung, Zusammenarbeit und fachliches Leadership. Hinzu kommt ein eigener fachlicher Teil für die jeweilige Spezialisierung (GuK-SV 2026, § 3).

Dieser Beitrag richtet den Blick vor allem auf Intensivpflege und Anästhesiepflege. Beide Bereiche sind eng miteinander verbunden, dürfen aber weder fachlich noch berufsrechtlich vermischt werden. Gemeinsame Anforderungen ergeben sich vor allem bei der Kompetenzorientierung, der Praxisanleitung, der Simulation und der Beurteilung von Lernfortschritten. Die konkreten Aufgaben und Verantwortungsbereiche bleiben unterschiedlich.

Neu ist weniger die Erkenntnis, dass spezialisierte Pflege an-

spruchsvoll ist. Das war sie schon immer. Neu ist, dass die erwarteten Kompetenzen deutlich beschrieben und zur verbindlichen Grundlage der Ausbildung gemacht werden.

Damit reicht es künftig nicht mehr, dass eine bestimmte Anzahl an Stunden unterrichtet wurde. Auch ein vollständig ausgefülltes Praktikumsformular beweist noch nicht, dass eine Pflegeperson komplexe Situationen sicher bewältigen kann. Ausbildung muss zeigen, wie sich Kompetenz entwickelt. Und sie muss nachvollziehbar machen, woran diese Entwicklung erkannt wird.

Von der Anwesenheit zum Können

Die GuK-SV 2026 verlangt, dass die Spezialisierungsausbildungen den Erwerb der jeweiligen Qualifikationsprofile sicherstellen. Diese Profile beschreiben, über welche Kompetenzen Absolvent nach dem positiven Abschluss verfügen müssen (GuK-SV 2026, § 3).

Das verändert den Aufbau der Ausbildung. Inhalte bleiben wichtig. Anatomie, Physiologie, Pharmakologie, Beatmung, Monitoring, Hygiene oder rechtliche Grundlagen verschwinden selbstverständlich nicht. Aber sie sind nicht das eigentliche Ziel. Wissen muss in berufliches Handeln übersetzt werden.

Eine Pflegeperson kann die Ursachen einer respiratorischen Insuffizienz korrekt aufzählen und trotzdem überfordert sein, wenn sich der Zustand eines beatmeten Menschen innerhalb weniger Minuten verschlechtert. Umgekehrt kann jemand einen Ablauf jahrelang routiniert durchführen, ohne Risiken oder Alternativen ausreichend zu reflektieren. Kompetenz liegt dazwischen. Sie verbindet Wissen, Erfahrung, praktische Fer-



AUF EINEN BLICK

- GuK-SV 2026: Spezialisierung wird tertiär, ab 60 ECTS
- Fokus wechselt: von Anwesenheit zu nachgewiesener Kompetenz
- Praxisanleitung wird Pflicht – mit Zeit, Qualifikation, Schlüssel 1:3
- Simulation ergänzt Praxis, ersetzt sie nicht
- Übergangsfrist läuft bis 2027/2032 – jetzt handeln

tigkeiten, Kommunikation, Haltung und klinische Einschätzung.

Gerade in spezialisierten Pflegebereichen ist diese Verbindung entscheidend. Situationen sind selten eindeutig. Patient:innen zeigen nicht immer ein Lehrbuchbild. Laborwerte, Monitoring, Beobachtungen, Vorerkrankungen und aktuelle Therapien müssen gemeinsam betrachtet werden. Dazu kommen Zeitdruck, Unsicherheit und unterschiedliche Einschätzungen im Team.

Kompetenz zeigt sich deshalb nicht auf einer Liste. Sie zeigt sich in einer Situation.

Erkennt eine Pflegeperson, dass ein scheinbar unruhiger Patient möglicherweise hypoxisch ist? Nimmt sie eine Veränderung wahr, bevor ein Alarm ausgelöst wird? Kann sie ihre Einschätzung klar weitergeben? Weiß sie, wann sie selbst handeln darf, wann eine Rücksprache erforderlich ist und wann sofort eskaliert werden muss? Solche Fragen gehören künftig in den Mittelpunkt der Ausbildung.

60 ECTS sind ein Rahmen, kein Qualitätsnachweis

ECTS bilden den studentischen Arbeitsaufwand ab und sind mit festgelegten Lernergebnissen verbunden. Sie zeigen, wie viel

Zeit Lernende voraussichtlich für Präsenzunterricht, Selbststudium, praktische Ausbildung, Prüfungen

und weitere Lernleistungen aufbringen. Sie sagen allein jedoch nichts darüber aus, ob Lehrveranstaltungen sinnvoll aufeinander aufbauen oder ob die angestrebten Kompetenzen tatsächlich erreicht werden. Auch der ECTS Users' Guide verbindet Credits ausdrücklich mit Lernergebnissen und Arbeitsaufwand (European Commission, 2015).

Die entscheidende Aufgabe liegt daher nicht darin, einen bestehenden Lehrgang zu erweitern. Das wäre Kosmetik. Gefragt ist ein Curriculum, das von den Qualifikationsprofilen ausgeht.

Für jede Kompetenz muss geklärt werden, wo sie erstmals angebahnt wird, wo Lernende sie üben und wo sie diese unter realen Bedingungen anwenden. Ebenso braucht es eine Antwort auf die Frage, wie Lernfortschritte beurteilt werden. Eine Kompetenz, die im Curriculum genannt wird, aber weder unterrichtet noch praktisch begleitet oder geprüft wird, bleibt eine leere Formulierung.

Internationale Arbeiten zur kompetenzbasierten Pflegebildung zeigen genau dieses Problem. Der Wechsel gelingt nicht durch neue Tabellen oder längere Kompetenzkataloge. Er verlangt eine abgestimmte Verbindung von Curriculum, Lehre, Simulation, klinischer Praxis und Beurteilung (Lewis et al., 2022; Mani, 2025).

Das ist mühsam. Aber notwendig.

Was die Qualifikationsprofile über spezialisierte Pflege aussagen

Die eigentliche fachliche Stärke der GuK-SV 2026 liegt in ihren Anlagen. Dort wird sichtbar, welches Verständnis spezialisierter Pflege der Verordnung zugrunde

liegt. Es geht eben nicht nur um technische Verfahren oder einzelne Tätigkeiten.

Der spezialisierungsübergreifende Teil umfasst unter anderem evidenzbasierte Praxis, Beratung und Anleitung, ethische Entscheidungsfindung, fachliches Leadership und interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese Bereiche sind keine Zugabe für besonders interessierte Pflegepersonen. Sie gehören zum erwarteten Qualifikationsprofil.

Damit wird ein breites Berufsverständnis formuliert. Eine spezialisierte Pflegeperson soll nicht bloß Abläufe beherrschen. Sie soll begründen können, weshalb ein bestimmtes Vorgehen sinnvoll ist. Sie soll Standards kritisch einordnen, Risiken erkennen, Patient:innen und Bezugspersonen verständlich informieren und zur Qualität der Versorgung beitragen.

Auffällig ist auch der Stellenwert der Patient:innen. Die Verordnung greift Risiken, Fehlermeldesysteme, sicherheitsrelevante Ereignisse und die Reflexion von Fehlern ausdrücklich auf. Das ist richtig. Fehler entstehen in komplexen Bereichen selten durch eine einzelne falsche Handlung. Häufig treffen Zeitdruck, unklare Zuständigkeiten, mangelhafte Kommunikation und organisatorische Schwächen aufeinander.

Eine gute Spezialisierungsausbildung muss deshalb mehr vermitteln als individuelles Sicherheitsverhalten. Lernende müssen verstehen, wie Fehler entstehen, wie Risiken früh erkannt werden und weshalb eine offene Sicherheitskultur notwendig ist. Das betrifft die Intensivstation ebenso wie den Anästhesiebereich.

Intensivpflege: Technik verstehen, Menschen beobachten

Intensivpflege wird häufig über Geräte beschrieben. Beatmung. Monitoring. Perfusoren. Nierenersatzverfahren. Mechanische Kreislaufunterstützung.

All das gehört dazu. Dennoch wäre es ein Fehler, professionelle Intensivpflege auf Technik zu reduzieren.

Die GuK-SV 2026 beschreibt Intensivpflege als komplexes pflegerisches Handlungsfeld rund um kritisch kranke Menschen und ihre Familien- und Bezugssysteme. Klinische Einschätzung, Überwachung, pflegerische Interventionen, Patient:innen und interprofessionelle Zusammenarbeit greifen ineinander. Hinzu kommt die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie.

Der Kern intensivpflegerischer Kompetenz liegt darin, unterschiedliche Informationen sinnvoll zusammenzuführen. Ein einzelner Messwert erklärt noch keine Situation. Erst das Zusammenspiel von Monitoring, Laborwerten, Hautfarbe, Vigilanz, Atmung, Schmerzen, Ausscheidung, Bewegungsmustern und bisherigem Verlauf ergibt ein klinisches Bild.

Genau hier wird Pflege unverzichtbar. Pflegepersonen sind über lange Zeiträume unmittelbar bei den Patient:innen. Sie bemerken häufig kleine Veränderungen: eine flachere Atmung, zunehmende Unruhe, einen veränderten Hautzustand oder eine ungewöhnliche Reaktion auf Mobilisation. Solche Beobachtungen wirken zunächst unscheinbar. Sie können aber der erste Hinweis auf eine ernsthafte Verschlechterung sein.

„Kompetenz zeigt sich deshalb nicht auf einer Liste. Sie zeigt sich in einer Situation.“

Kompetenz bedeutet dann, diese Veränderung nicht nur wahrzunehmen. Sie muss eingeordnet, priorisiert und verständlich kommuniziert werden. Welche Ursache ist wahrscheinlich? Welche Risiken bestehen? Was muss sofort geschehen? Welche pflegerischen Maßnahmen sind möglich? Wann braucht es eine ärztliche Entscheidung?

Das Weaning zeigt diese Anforderungen besonders deutlich. Die GuK-SV 2026 nennt die Entwöhnung vom Respirator ausdrücklich als intensivpflegerische Kompetenz. Dabei geht es nicht um das Abarbeiten eines technischen Schemas. Weaning verlangt kontinuierliche Beobachtung, Symptomkontrolle, Mobilisation, Delirprävention, Atemunterstützung und eine enge Abstimmung im Behandlungsteam.

Pflegepersonen erkennen oft früh, ob sich Patient:innen erschöpfen, Angst entwickeln oder durch Schmerzen, Sekret, eingeschränkte Vigilanz oder hämodynamische Instabilität belastet sind. Für die Ausbildung braucht es deshalb klare Beobachtungs- und Entscheidungskriterien. Weaning-Protokolle, RASS, CAM-ICU sowie festgelegte Abbruch- und Eskalationskriterien können dabei unterstützen. Entscheidend ist aber, dass Lernende verstehen, was diese Instrumente bedeuten und wie sie in die klinische Einschätzung einfließen.

Internationale Kompetenzprofile der Intensivpflege beschreiben diese Breite bereits seit Jahren. Auch das Kompetenzinstrument der European Federation of

Critical Care Nursing Associations verbindet klinisches Wissen mit Kommunikation, Entscheidungsfähigkeit und professioneller Entwicklung (European Federation of Critical Care Nursing Associations, 2013). Die GuK-SV 2026 bietet nun die Chance, diese Sichtweise stärker in der österreichischen Ausbildung zu verankern.

Anästhesiepflege: Sicherheit durch klare Verantwortung

Auch das Qualifikationsprofil der Anästhesiepflege geht weit über einzelne Handgriffe hinaus. Es umfasst unter anderem die Übernahme von Patient:innen, die Vorbereitung und Nachbereitung anästhesiologischer Arbeitsplätze, die Mitwirkung an komplexen Versorgungsprozessen, die Unterstützung in der Aufwachphase, die strukturierte Übergabe sowie die Einschätzung perioperativer Risiken.

Anästhesiepflege findet in einem hochsensiblen interprofessionellen Umfeld statt. Veränderungen können innerhalb weniger Sekunden relevant werden. Gleichzeitig stehen viele Maßnahmen in einem engen Zusammenhang mit ärztlicher Diagnostik und Therapie. Die GuK-SV 2026 setzt deshalb ärztliche Anordnung, Rücksprache bei Regelwidrigkeiten und klare Zusammenarbeit im Team voraus.

Das ist keine Abwertung pflegerischer Kompetenz. Im Gegenteil.

Professionalität zeigt sich nicht darin, Zuständigkeitsgrenzen möglichst großzügig auszulegen. Sie zeigt sich darin, den eigenen Verantwortungsbereich sicher zu kennen, Veränderungen früh zu erkennen und im richtigen Moment abgestimmt zu handeln. Wer Patient:innen ernst nimmt, braucht

klare Rollen.

Für die Ausbildung bedeutet das, dass Lernziele und Praxisnachweise präzise formuliert werden müssen. Es muss erkennbar sein, ob Lernende eigenständig pflegerisch handeln, im anästhesiologischen Prozess mitwirken oder eine Maßnahme im Rahmen einer ärztlichen Anordnung durchführen. Unklare Formulierungen helfen weder den Lernenden noch den Praxisanleitenden.

Internationale Entwicklungen in der Anästhesiepflege zeigen zum Teil deutlich erweiterte Aufgabenprofile (International Council of Nurses, 2021; Pann et al., 2025). Diese Modelle können Anregungen liefern. Sie lassen sich aber nicht unverändert auf Österreich übertragen. Ausbildungsentwicklung muss international anschlussfähig und zugleich berufsrechtlich sauber bleiben.

Praxis ist mehr als Anwesenheit

Die GuK-SV 2026 legt fest, dass mindestens 60 Prozent des Ausbildungsumfangs auf den theoretischen Teil und mindestens 25 Prozent auf die praktische Ausbildung entfallen. Praktische Übungen ohne Patient:innen können dem theoretischen oder praktischen Teil zugerechnet werden. Werden sie als praktische Ausbildung gewertet, dürfen sie höchstens 20 Prozent ihres Umfangs ausmachen (GuK-SV 2026, § 4).

Damit setzt die Verordnung eine klare Grenze. Simulation kann praktische Ausbildung ergänzen. Sie kann sie nicht ersetzen.

Die Begegnung mit realen Patient:innen bleibt unverzichtbar. In der Praxis erleben Lernende Unsicherheit, wechselnde Verläufe, Zeitdruck und widersprüchliche

Anforderungen. Sie lernen, dass ein Plan angepasst werden muss und Kommunikation nicht immer so funktioniert wie im Lehrbuch. Genau diese Erfahrungen lassen sich nur begrenzt simulieren.

Trotzdem wird ein klinischer Einsatz nicht automatisch zu einem guten Lernort. Das bloße Mitlaufen im Dienst reicht nicht. Studierende sind auch keine zusätzliche Personalreserve, die nach kurzer Einschulung reguläre Aufgaben übernimmt.

Praktische Ausbildung braucht Lernziele, geplante Anleitung und verlässliche Rückmeldungen. Lernende müssen wissen, worauf sie achten sollen. Praxisanleitende wiederum müssen erkennen können, welche Kompetenz gerade entwickelt wird und welche Anforderungen noch zu hoch sind.

Das klingt selbstverständlich. Im klinischen Alltag ist es das nicht.

Intensivstationen, Anästhesiebereiche und Aufwachräume arbeiten unter starkem Druck. Personal ist knapp, Abläufe sind eng, Patient:innen komplex. Anleitung gerät dann schnell an den Rand. Sie findet statt, wenn gerade Zeit ist. Manchmal also gar nicht.

Wenn die GuK-SV 2026 mehr sein soll als ein neuer Verordnungstext, darf Praxisanleitung nicht länger vom Zufall abhängen.

Praxisanleitung ist Bildungsarbeit

Die GuK-SV 2026 formuliert klare Anforderungen an die Praxisanleitung. Praxisanleitende müssen dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege angehören und über den Qualifikationsnachweis in der jeweiligen Spezialisierung verfügen. Verlangt

werden außerdem mindestens zwei Jahre einschlägige Berufserfahrung sowie eine entsprechende Fort- oder Weiterbildung zur Anleitung und Fachsupervision (GuK-SV 2026, § 6).

Gleichzeitig dürfen höchstens drei Auszubildende von einer Person angeleitet werden. Der Schlüssel von 1:3 ist ein wichtiges Signal. Er löst aber noch kein organisatorisches Problem.

Gute Praxisanleitung braucht Zeit. Praxisanleitende müssen Situationen beobachten, Rückfragen stellen und Rückmeldungen geben können. Sie müssen erkennen, ob Lernende lediglich einen Ablauf auswendig wiederholen oder tatsächlich verstanden haben, weshalb eine Handlung erforderlich ist. Dafür reicht ein kurzes Gespräch am Ende des Dienstes meist nicht.

Praxisanleitende begleiten auch Unsicherheit. Sie müssen Lernen fordern, ohne sie zu überfordern. Sie müssen Fehler ansprechen und gleichzeitig ein Klima schaffen, in dem Fragen möglich bleiben. Das verlangt fachliche Sicherheit, pädagogisches Geschick und klare Kommunikation.

Die Literatur zur Begleitung von Pflegestudierenden bestätigt diese Anforderungen. Berufserfahrung allein macht noch keine gute Praxisanleitung. Pädagogische, kommunikative, reflexive und organisatorische Kompetenzen sind ebenso notwendig (Mikkonen et al., 2021; Tuomikoski et al., 2019).

Praxisanleitung ist daher keine zusätzliche Aufgabe, die nebenbei erledigt wird. Sie ist Teil der Ausbildung. Dafür braucht es anerkannte Zeitressourcen, klare Zuständigkeiten und eine enge Abstimmung mit der Bildungseinrichtung.

Praxislogbücher müssen mehr zeigen als Tätigkeiten

Auch Praxislogbücher müssen sich verändern. Viele bisherige Instrumente halten vor allem fest, ob eine Tätigkeit beobachtet, assistiert oder selbst durchgeführt wurde. Das ist praktisch. Es bleibt aber oberflächlich.

Eine Unterschrift neben „Beatmung überwacht“ sagt wenig darüber aus, was die lernende Person dabei erkannt hat. Wurde eine Veränderung bemerkt? Konnte sie eingeordnet werden? Welche Risiken bestanden? Welche Rücksprache war nötig? Was wurde aus der Situation gelernt?

Ein kompetenzorientiertes Praxislogbuch sollte solche Fragen aufnehmen. Es muss nicht jede Handlung in einen langen Reflexionsbericht verwandeln. Das wäre im Alltag nicht praktikabel. Aber bei ausgewählten Schlüsselsituationen sollte sichtbar werden, wie Lernende denken und handeln.

In der Intensivpflege könnte etwa dokumentiert werden, wie eine respiratorische Veränderung eingeschätzt wurde, welche Beobachtungen relevant waren und welche Maßnahmen daraus folgten. In der Anästhesiepflege könnte eine strukturierte Übergabe oder die Vorbereitung eines Arbeitsplatzes anhand klarer Kriterien reflektiert werden.

Dabei muss das Logbuch die jeweiligen Verantwortungsbereiche korrekt abbilden. Gerade in der Anästhesiepflege darf nicht der Eindruck entstehen, dass Mitwirkung, eigenständiges pflegerisches Handeln und Maßnahmen im Rahmen ärztlicher Anordnung beliebig austauschbar sind.

Kein einzelnes Instrument kann kli-

nische Kompetenz vollständig erfassen. Sinnvoll ist eine Verbindung aus direkter Beobachtung, strukturiertem Feedback, Selbsteinschätzung und Reflexionsgesprächen (Alkhelaiwi et al., 2024; Immonen et al., 2019; Øvrebø et al., 2021).

Ein gutes Praxislogbuch unterstützt diese Gespräche. Es ersetzt sie nicht.

Wie Kompetenz am Ende geprüft werden kann

Die GuK-SV 2026 schreibt kein bestimmtes Prüfungsformat vor. Sie verlangt auch kein OSCE. Dennoch müssen Abschlussprüfungen zur Kompetenzorientierung der Ausbildung passen.

Eine ausschließlich schriftliche Prüfung kann Fachwissen gut erfassen. Sie zeigt jedoch nur begrenzt, wie eine Person unter Zeitdruck handelt, kommuniziert oder Risiken priorisiert. Deshalb sollte zumindest ein Teil der Abschlussprüfung handlungsnah gestaltet sein.

Ein OSCE kann dafür eine Möglichkeit sein. In standardisierten Stationen lassen sich ausgewählte Kompetenzen beobachten und anhand festgelegter Kriterien beurteilen (Harden & Gleeson, 1979; Chabrera et al., 2023). Für Intensivpflege wäre etwa eine respiratorische Verschlechterung denkbar. In der Anästhesiepflege könnte eine strukturierte Übernahme in der Aufwachphase geprüft werden.

Mehr sollte man dem Format aber nicht aufladen. Ein OSCE ist ressourcenintensiv und bildet immer nur Ausschnitte beruflicher Realität ab. Sinnvoll ist daher eine Kombination aus praktischen, schriftlichen, mündlichen und reflexiven Prüfungsanteilen. Das Prüfungsformat ist zweitrangig. Entscheidend

ist, dass geprüft wird, was die Ausbildung tatsächlich vermitteln will.

Simulation schafft einen geschützten Lernraum

Die GuK-SV 2026 erkennt praktische Übungen ohne Patient:innen ausdrücklich an. Dazu gehört auch simulationsbasiertes Lernen. Für Intensivpflege und Anästhesiepflege eröffnet das wertvolle Möglichkeiten.

Viele kritische Situationen treten selten auf oder lassen sich in der Praxis nicht gezielt planen. Eine Reanimation, ein schwieriger Atemweg, eine plötzliche hämodynamische Instabilität oder ein technischer Zwischenfall eignen sich nicht für ein Lernen nach Gelegenheit. Simulation kann solche Situationen kontrolliert abbilden.

Lernende dürfen dort Fehler machen. Das ist der entscheidende Vorteil. Sie können eine Entscheidung treffen, deren Folgen beobachten und das eigene Handeln anschließend analysieren, ohne Patient:innen zu gefährden.

Damit Simulation wirkt, braucht sie mehr als moderne Technik. Ein aufwendig ausgestatteter Simulator allein macht noch keine gute Lerneinheit. Entscheidend sind klare Lernziele, eine passende Vorbereitung und ein strukturiertes Debriefing. Gerade im Debriefing wird sichtbar, weshalb eine Situation gut oder schlecht verlaufen ist.

Die Healthcare Simulation Standards of Best Practice benennen diese Elemente ausdrücklich. Auch systematische Übersichtsarbeiten berichten positive Effekte auf Wissen, Fertigkeiten und klinische Entscheidungsfähigkeit, weisen aber auf deutliche Unterschiede in der Qualität der Umsetzung hin (IN-

ACSL Standards Committee, 2021; Alharbi et al., 2024; Görücü et al., 2024).

Simulation ist deshalb kein Ersatzpraktikum. Sie ist dort stark, wo sie gezielt auf reale Praxis vorbereitet oder Erfahrungen aus der Praxis aufgreift. Ohne diese Verbindung bleibt sie ein isoliertes Training.

Interprofessionelles Lernen braucht klare Rollen

Die GuK-SV 2026 ermöglicht interprofessionell ausgerichtete Studiengänge, Universitätslehrgänge und Hochschullehrgänge. Diese können auch Angehörigen anderer Gesundheitsberufe offenstehen. Den Qualifikationsnachweis zur Ausübung der jeweiligen Spezialisierung nach dem GuKG erhalten jedoch ausschließlich Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK-SV 2026, § 7).

Das entspricht der Realität in Intensivpflege und Anästhesie. Versorgung entsteht dort im Team. Pflege, Medizin, Physiotherapie, Diätologie, Psychologie und weitere Berufsgruppen bringen unterschiedliche Perspektiven ein. Lernen sie gemeinsam, können sie Kommunikation und Zusammenarbeit realitätsnah üben.

Interprofessionalität darf jedoch nicht mit unklaren Zuständigkeiten verwechselt werden. Gemeinsames Handeln funktioniert nur, wenn jede Berufsgruppe ihren Verantwortungsbereich kennt. Dazu gehören auch Grenzen und die Fähigkeit, rechtzeitig Unterstützung einzufordern.

Die Ausbildung muss deshalb beides fördern: Zusammenarbeit und professionelle Identität. Das ist kein Widerspruch. Wer die eigene Rolle

kennt, kann verlässlicher im Team handeln.

Die Übergangsphase aktiv nutzen

Die GuK-SV 2026 wird nicht in allen Teilen gleichzeitig wirksam. Die Vorgaben zu Lehr- und Fachpersonal sowie zur Praxisanleitung nach § 6 Abs. 1 bis 3 treten mit 1. September 2027 in Kraft. Die übrigen Bestimmungen und Anlagen traten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft. Die bisherige Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung läuft mit Ende des Jahres 2032 aus. Vor dem 1. Jänner 2033 begonnene Sonderausbildungen können nach den bisherigen Regelungen abgeschlossen werden (GuK-SV 2026, § 9).

Diese Übergangsphase wirkt lang. Für eine gründliche Neuentwicklung ist sie es nicht.

Curricula müssen überarbeitet oder vollständig neu konzipiert werden. Bildungseinrichtungen und Praxispartner brauchen gemeinsame Kompetenzverständnisse. Praxisanleitende müssen qualifiziert und organisatorisch eingeplant werden. Auch Logbücher, Simulationen und Prüfungen entstehen nicht nebeneinander.

Wer bis kurz vor dem Inkrafttreten wartet, wird am Ende vor allem Formulare anpassen. Genau das wäre die falsche Reaktion.

Was jetzt getan werden muss

Die erste Aufgabe liegt bei den Bildungseinrichtungen. Sie müssen

die Qualifikationsprofile in konkrete Lernziele übersetzen. Jede Kompetenz braucht einen nachvollziehbaren Platz im Curriculum. Es muss erkennbar sein, in welcher Lehrveranstaltung sie vorbereitet, in welcher Simulation sie geübt und in welcher Praxissituation sie weiterentwickelt wird.

Parallel dazu müssen Praxispartner eingebunden werden. Kompetenzorientierung funktioniert nicht, wenn Hochschule und Praxis mit unterschiedlichen Begriffen arbeiten. Eine Pflegeperson in der Praxis muss wissen, was mit einer bestimmten Kompetenz gemeint ist und woran sie den Lernfortschritt erkennen kann.

Auch die Praxisanleitung braucht einen festen Rahmen. Zeit, Qualifikation und Anerkennung sind keine Nebensachen. Fehlen sie, bleibt das neue Ausbildungsmodell auf dem Papier überzeugend und im Alltag schwach.

Praxislogbücher sollten künftig weniger abhaken und gezielter reflektieren lassen. Simulation muss dort eingesetzt werden, wo sie einen echten Lerngewinn bringt. Und Prüfungen müssen mehr erfassen als auswendig gelerntes Wissen.

Nationale Fachgremien wie die Bundesexpertengruppe Intensiv- und Anästhesiepflege des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands können dabei eine wichtige Verbindung zwischen Verordnung, Bildung und klinischer Praxis herstellen. Gerade bei der Auslegung einzelner Kompetenzen

braucht es fachlichen Austausch. Sonst entwickelt jede Bildungseinrichtung eigene Lösungen, die später kaum vergleichbar sind.

Die GuK-SV 2026 schafft bessere Voraussetzungen für spezialisierte Pflegebildung. Mehr zunächst nicht. Ob daraus tatsächlich bessere Ausbildung entsteht, entscheidet sich in der Umsetzung.

Die Verordnung gibt vor, welche Kompetenzen erreicht werden sollen. Wie Menschen diese Kompetenzen entwickeln, bleibt Aufgabe der Bildungseinrichtungen und Praxisfelder. Dort beginnt jetzt die eigentliche Arbeit.

Literaturverzeichnis

Alharbi, A., Nurfiyanti, A., Mullen, R. F., McClure, J. D. & Miller, W. H. (2024). The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: a systematic review. *BMC Medical Education*, 24(1), 1099. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06080-z>

Alkhelaiwi, W. A., Traynor, M., Rogers, K. & Wilson, I. (2024). Assessing the Competence of Nursing Students in Clinical Practice: The Clinical Preceptors' Perspective. *Healthcare*, 12(10), 1031. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101031>

Chabrera, C., Diago, E., & Curell, L. (2023). Development, validity and reliability of objective structured clinical examination in nursing students. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231207217. <https://doi.org/10.1177/23779608231207217>

European Commission. (2015). ECTS users' guide 2015. Publications Office of the European Union. Zugriff am 29.05.2026. Verfügbar unter: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/da7467e6-8450-11e5-b8b7-01aa75ed71a1/language-en>

European Federation of Critical Care Nursing Associations. (2013). EFCcNa competencies for European critical care nurses. Zugriff am 29.05.2026. Verfügbar unter: <https://efccna.org/education/publications>

Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung – GuK-SV, BGBl. II Nr. 452/2005. <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/II/2005/452/20051227>

Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialisierungsverordnung 2026 – GuK-SV 2026, BGBl. II Nr. 153/2026. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/II/2026/153/20260624>

Görücü, S., Türk, G. & Karaçam, Z. (2024). The effect of simulation-based learning on nursing students' clinical decision-making skills: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 140, 106270. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106270>

Harden, R. M., & Gleeson, F. A. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education*, 13(1), 41–54. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1979.tb00918.x>

„Die GuK-SV 2026 schafft bessere Voraussetzungen für spezialisierte Pflegebildung. Mehr zunächst nicht. Ob daraus tatsächlich bessere Ausbildung entsteht, entscheidet sich in der Umsetzung.“

Immonen, K., Oikarainen, A., Tomietto, M., Kääriäinen, M., Tuomikoski, A., Kaučič, B. M., Filej, B., Riklikienė, O., Vizcaya-Moreno, M. F., Perez-Cañaveras, R. M., De Raeve, P. & Mikkonen, K. (2019). Assessment of nursing students' competence in clinical practice: A systematic review of reviews. *International Journal Of Nursing Studies*, 100, 103414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103414>

INACSL Standards Committee. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 1–90. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.018>

International Council of Nurses [ICN] (2021). Guidelines on advanced practice nursing: Nurse anesthetists. International Council of Nurses. Zugriff am 29.05.2026. Verfügbar unter: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-advanced-practice-nursing-nurse-anesthetists-2021>

Lewis, L. S., Rebesch, L. M. & Hunt, E. (2022). Nursing Education Practice Update 2022: Competency-Based Education in Nursing. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221140774. <https://doi.org/10.1177/23779608221140774>

Mani, Z. A. (2025). Transitioning to competency-based education in nursing: a scoping review of curriculum review and revision strategies. *BMC Nursing*, 24(1), 1111. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03319-y>

Mikkonen, K., Tomietto, M., Tuomikoski, A., Kaučič, B. M., Riklikienė, O., Vizcaya-Moreno, F., Pérez-Cañaveras, R. M., Filej, B., Baltinaite, G., Cicolini, G. & Kääriäinen, M. (2021). Mentors' competence in mentoring nursing students in clinical practice: Detecting profiles to enhance mentoring practices. *Nursing Open*, 9(1), 593–603. <https://doi.org/10.1002/nop2.1103>

Øvrebø, L. J., Dyrstad, D. N. & Hansen, B. S. (2021). Assessment methods and tools to evaluate postgraduate critical care nursing students' competence in clinical placement. An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 58, 103258. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103258>

Pann, K. J., Buchner, V., Eßl-Maurer, R., Bacher, T., Glarcher, M. & Ewers, A. (2025). International competencies of nurses with advanced practice in anesthesia nursing: An integrative review. *International Journal Of Nursing Studies Advances*, 8, 100319. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100319>

Tuomikoski, A., Ruotsalainen, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. (2019). Nurses' experiences of their competence at mentoring nursing students during clinical practice: A systematic review of qualitative studies. *Nurse Education Today*, 85, 104258. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104258>

Bilder des Artikels von der Redaktion mit KI generiert.



Sebastian Pölzl, BScN

Studiengangskordinator für die Universitätslehrgänge Anästhesiepflege, Intensivpflege und Pflege im Operationsbereich an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und Intensivpfleger am Uniklinikum Salzburg



E-Mail: sebastian.poelzl@pmu.ac.at



Der Autor ist als Studiengangskordinator sowie in der Intensivpflege tätig. Seine fachlichen Schwerpunkte liegen in den Bereichen Evidence-based Nursing, Kompetenzentwicklung und Wissenstransfer sowie Digitalisierung und Künstliche Intelligenz in der Pflege.



Nathalie Schindlmaier

Intensivpflegerin am Kepler Universitätsklinikums Linz



E-Mail: nathalie.schindlmaier@kepleruniklinikum.at



Die Autorin ist seit sieben Jahren an der Klinik für Interne Medizin I tätig. Ihre fachlichen Schwerpunkte liegen in der kardiologischen und internistischen Intensivpflege sowie in der Versorgung kritisch kranker Patient.



Dominic Traxler

Pflegepädagoge i. A. am Universitätsklinikum St. Pölten sowie Vorsitzender der Bundesexpertengruppe Intensiv- und Anästhesiepflege des ÖGKV



E-Mail: dominic.traxler@stpoelten.lknoe.at



Der Autor verfügt über 14 Jahre Berufserfahrung in der Intensivpflege und ist seit Oktober 2025 ausschließlich in der Ausbildung tätig. Seine fachlichen Schwerpunkte liegen in der Intensivpflege, der pflegerischen Bildung sowie der Weiterentwicklung der Intensiv- und Anästhesiepflege.



Sabine Zapf-Pingert, MScN BA

Studiengangsleitung der Universitätslehrgänge Anästhesiepflege, Intensivpflege und Pflege im Operationsbereich sowie Pflegemanagement und Pflegepädagogik an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg



E-Mail: sabine.zapf@pmu.ac.at



Die Autorin ist Pflegepädagogin und Anästhesiepflegende. Ihre fachlichen Schwerpunkte liegen in der Entwicklung und Weiterentwicklung pflegebezogener Bildungsangebote, der curricularen und didaktischen Konzeption sowie im simulationsbasierten Lernen.

Verantwortung als ethisches Prinzip multiprofessioneller Altenarbeit

Ethik und Recht in der Pflege

Der Begriff der Verantwortung begreift uns in unterschiedlichen Zusammenhängen. Wir sprechen nicht nur von moralischer, sondern auch von politischer Verantwortung. Daneben kennen wir einen haftungsrechtlichen Verantwortungsbegriff. Wenn wir über Verantwortung als ethisches Prinzip von Medizin und Pflege oder auch eben auch der multiprofessionellen Altenarbeit nachdenken, ist es wichtig, die verschiedenen Bedeutungen des Verantwortungsbegriffs zu unterscheiden. Für die ethische Diskussion über den Geltungsbereich und die Begründung einer Verantwortungsethik ist es schon deshalb notwendig, die unterschiedlichen Verwendungen des Verantwortungsbegriffs auseinander zu halten, weil andernfalls sein ethischer Gehalt verdunkelt wird, oder aber die Kommunikation sämtlicher Teilsysteme der Gesellschaft moralisch überfrachtet wird.

Für die Pflege ist Verantwortung schon deshalb ein grundlegender Begriff, weil er im einschlägigen Berufsrecht vorkommt. Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) in seiner Fassung von 2003 (BGBl I, Nr. 6/2004) unterscheidet zwischen eigenverantwortlichem, mitverantwortlichem und interdisziplinärem Tätigkeitsbereich der Pflege. In der aktuellen Fassung von 2025 heißt es in § 12 (1): „Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und

Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Handlungsleitend sind dabei ethische, rechtliche, interkulturelle, psychosoziale und systemische Perspektiven und Grundsätze.“ Statt von Eigenverantwortung ist nun von der Gesamtverantwortung des gehobenen Pflegedienstes für den Pflegeprozess die Rede (§ 14 [2] GuKG), ferner von der Durchführungsverantwortung im multiprofessionellen Versorgungsteam für alle von den Angehörigen des gehobenen Pflegedienstes gesetzten Maßnahmen (§ 16 [2]). Insbesondere regelt § 26 GuKG die Verantwortung der Pflegedienstleitung in Krankenanstalten und Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen.

Der Verantwortungsbegriff markiert die Schnittstelle zwischen Ethik und Recht in der Pflege. Pflege- und medizinethische Probleme berühren immer auch rechtliche Fragen. Daher ist neben der Medizinethik und der sich allmählich etablierenden Pflegeethik in den letzten Jahrzehnten die rechtswissenschaftliche Disziplin des Medizinrechts entstanden.

Zu den wesentlichen Voraussetzungen aller Ethik in der Moderne gehört die Unterscheidung von Moral und Recht, von Moralität und Legalität (Immanuel Kant [1724-1804]). Das Recht hat sich in der modernen Gesellschaft gegenüber

der Moral verselbständigt, andererseits Funktionen übernommen, die früher von der Moral erfüllt wurden. Umgekehrt bedarf jedes Recht einer moralischen Begründung.

Im Unterschied zu Moral und Ethik ist das Recht mit Sanktionen bewehrt, die seine Durchsetzung erzwingen können. In seinem Zwangscharakter liegt aber auch die Schwäche des Rechts. Wenn es nämlich nur aus Angst vor möglichen Strafen befolgt wird, wird es leicht überall dort gebrochen oder gedehnt, wo eine externe Kontrolle im Moment nicht gegeben ist. Das Recht ist insofern auf Moral und Ethik angewiesen, als seine Befolgung freiwillig und aus Einsicht, d.h. aber auch aus moralischen Gründen geschehen soll. Freilich versucht auch die Moral ihre Durchsetzung zu erzwingen, und zwar mit dem Mittel der Zuteilung von Achtung und Missachtung. Höhere Formen der Moral aber basieren auf Einsicht und Autonomie, nicht aber auf heteronomen Gehorsamsforderungen oder dem Gedanken von Lohn und Strafe.

Im beruflichen Alltag der Altenarbeit stellen sich, wenn es um die Unterscheidung von Recht und Moral geht, ganz praktische Fragen:

- Ist mein Handeln schon allein dadurch ethisch gerechtfertigt, dass ich mich an gesetzliche Vorschriften oder an die Anweisungen von Vorgesetzten halte? Lassen sich Fälle denken, in denen Recht und Moral in Konflikt geraten? Gibt es Gewissensentscheidungen, bei

denen aus moralischen Gründen geltendes, bestehendes Recht missachtet werden darf oder sogar muss?

- Welche Konflikte zwischen der Eigenverantwortung, der Mitverantwortung und der Durchführungsverantwortung sind im Berufsalltag vorstellbar? Welche Verantwortungskonflikte können zwischen Patient oder Bewohner, Arzt und Pflegenden, entstehen? Welche Rolle spielen Angehörige, Sachwalter und Vertreter anderer Berufsgruppen?

Recht und Moral bzw. Ethik als Theorie der Moral können im Einzelfall in Konflikt geraten. Man denke nur an die Verabreichung von Psychopharmaka bei trauernden oder verängstigten Patienten oder an die medikamentöse Sedierung/Fixierung von „umtriebigen“ Demenzpatienten. Die Wahrnehmung von Verantwortung kann unter Umständen bedeuten, Verordnungen aus Gewissengründen zu verweigern. Eine solche Handlungsweise setzt allerdings voraus, dass die Pflegeperson ihr Verhalten gründlich reflektiert hat und auch fähig ist, eine ethisch fundierte Begründung oder Rechtfertigung des eigenen Tuns zu geben.

Der Begriff des Guten

Moral und Ethik fragen nach dem Guten. Die Unterscheidung zwischen Gut und Böse bzw. Gut und Schlecht ist für jede moralische Beurteilung menschlichen Handelns grundlegend. Nun lassen sich aber verschiedene Bedeutungen des Guten unterscheiden. Wir unterscheiden zwischen dem technisch Guten („Ich kann gut spritzen“), dem ästhetisch Guten („Das war ein guter Film“; „Es hat mir gut geschmeckt“) und dem moralisch Guten („Das ist eine gute Tat“; „Er

ist ein guter Mensch“).

In Medizin und Pflege spricht man von „good clinical practice“. Doch was „state of the art“ medizinisch-technisch oder pflegerisch-technisch gut ist, muss noch nicht in moralischer Hinsicht gut sein. „Häufig gilt unausgesprochen die Überzeugung, Ärzte oder Pflegende würden Probleme einfach sachgerecht, das heißt fachlich lösen. Wäre dies tatsächlich der Fall, dann hätten wir es bei den Ärzten mit Medizintechnikern zu tun, die den Namen Arzt nicht verdienen würden, und bei den Pflegenden mit Pflegerobotern, die den Namen Schwester oder Pfleger nicht verdienen würden“ (aus: Ethik-Komitee im Krankenhaus, 1997).

Ethik – Ethos – Moral

Für das Verständnis von Verantwortung als ethischem Prinzip in Medizin und Pflege ist es wichtig, zwischen Ethik, Ethos und Moral zu unterscheiden. Unter Moral versteht man die Verhaltensnormen der gesamten Gesellschaft oder einer Gruppe, die aufgrund von Tradition akzeptiert und stabilisiert werden. Der Begriff „Ethos“ wird teils mit Moral gleichgesetzt, teils unterschieden. Ethos = Sittlichkeit. Der Begriff der Moral betont stärker den Regelaspekt. Man spricht z.B. vom Berufsethos der Pflege oder des Arztberufs. In diesem Fall handelt es sich um ein Gruppenethos, das unter Umständen schriftlich kodifiziert wird (Beispiele: Hippokratischer Eid, Genfer Ärztegelöbnis, ICN-Ethikkodex für Pflegende). Ethik ist davon unterschieden die selbstreflexive Theorie der Moral, d.h. die Reflexion, welche das menschliche Handeln anhand der Beurteilungsalternativen von Gut und Böse bzw. Gut und Schlecht auf seine Sittlichkeit hin überprüft. Als selbstreflexive Theorie der Mo-

ral ist auch die Ethik moralhaltig, d.h. auch sie operiert normativ mit der Unterscheidung „gut/böse“ bzw. „gut/schlecht“. Ethik ist eine wissenschaftliche Disziplin der Philosophie, aber auch der Theologie. (Andere Bezeichnungen: Praktische Philosophie, Moralthologie).

In der Ethik lassen sich wiederum vier Grunddimensionen unterscheiden: Die Individualethik reflektiert das Verhalten des Menschen zu sich selbst (Selbstachtung und Selbstsorge). Die Personalethik befasst sich mit dem Ich-Du-Verhältnis, die Sozialethik mit dem gemeinsamen oder vergesellschafteten Handeln, d.h. mit Strukturen, Institutionen und Organisationen. Die Umweltethik diskutiert den individuellen und gesellschaftlichen Umgang des Menschen mit der nichtmenschlichen Natur.

Pflegeethik und Medizinethik umfassen alle vier genannten Dimensionen. Gleiches gilt auch für die multiprofessionelle Altenarbeit.

Medizinethik, Pflegeethik, Wirtschafts-, Rechts- oder Umweltethik sind Beispiele für eine sogenannte Bereichsethik. Auch diakonische Ethik lässt sich als eine Bereichsethik verstehen, wobei zu beachten ist, dass es innerhalb der diakonischen Arbeit unterschiedliche Handlungsfelder und entsprechende Einrichtungen und Organisationen gibt. Die Arbeit in einem Akutkrankenhaus unterscheidet sich strukturell von der Arbeit in einem Pflegeheim und diese nochmals von der extramuralen Pflege. Sozialarbeit, Schuldnerberatung, Jugendpflege oder Flüchtlingshilfe haben andere Fragestellungen als das Gesundheitswesen, wenn es auch viele Überschneidungen und Schnittstellen gibt.

Ethik in diakonischen Einrichtungen, z.B. in der Pflege oder in der Altenarbeit, lässt sich als „topische Ethik“ beschreiben. „Topos“ heißt im Griechischen „der Ort“, auch „Allgemeinplatz“. Topische Ethik ist sensibel für die konkreten Orte der Pflege, der Medizin, der interprofessionellen Altenarbeit und der entsprechenden Ethik. Sie ist eine Ethik der Institutionen und Organisationen, z.B. Krankenhäuser, Pflegeheime, Hospize, Einrichtungen und Anbieter extramuraler Pflege.

Pflegeethik als Verantwortungsethik

Der Begriff der Verantwortung ist vor allem im Konzept einer Verantwortungsethik zum ethischen Schlüsselbegriff. Der Begriff der Verantwortungsethik stammt von dem Soziologen Max Weber (1864-1920), der zwischen Verantwortungs- und Gesinnungsethik unterschied. Während das Gutsein oder die Sittlichkeit einer Handlung nach gesinnungsethischem Verständnis in erster Linie von der guten Absicht und den befolgten Prinzipien abhängt, gehört zur Sittlichkeit des Handelns nach Weber die Verantwortung für die Folgen des eigenen Tuns. Allerdings kann auch der Erfolg bzw. das Ziel, welches man erreichen möchte, nicht das alleinige ethische Kriterium sein. Andernfalls würde der Zweck die Mittel heiligen, womit sich z.B. ein massiver Paternalismus in Medizin und Pflege rechtfertigen ließe.

Der Begriff der Verantwortung hat mehrere Aspekte. In diesem Wort steckt das Verb „antworten“. Es weist darauf hin, dass die ethische Grundsituation immer eine dialogische ist. Wir müssen unser Handeln gegenüber anderen begründen oder rechtfertigen. Moral und Ethik setzen voraus, dass jeder Mensch grundsätzlich rechenschaftspflichtig für sein Tun und

lassen ist. Verantwortungsethik legt großen Wert auf die Eigenverantwortung des Menschen. Ich soll die Verantwortung nicht auf andere abwälzen oder mich hinter den Anweisungen Dritter oder den moralischen Wertvorstellungen einer Gemeinschaft oder Gesellschaft verstecken.

Verantwortung setzt voraus, dass es ein verantwortliches Subjekt, aber auch eine Instanz gibt, der gegenüber man sich zu verantworten hat. Schließlich ist es auch wichtig, den Verantwortungsbereich, für den jemand verantwortlich ist oder gemacht wird, genau abzugrenzen. Das GuKG tat dies früher mit der Unterscheidung zwischen dem eigenverantwortlichen, dem mitverantwortlichen und dem interdisziplinären Tätigkeitsbereich der Pflege.

Umstritten ist allerdings, ob Verantwortung als hinreichendes Prinzip jeder Ethik gelten kann. Der Titel meines Vortrags könnte das nahelegen. Vom Prinzip Verantwortung hat der Philosoph Hans Jonas in seinem gleichnamigen Buch gesprochen (H. Jonas, Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1984). Die Tragfähigkeit des Verantwortungsbegriffs als Grundprinzip einer den heutigen Anforderungen genügenden Ethik bedarf allerdings einer Überprüfung. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen lässt sich gegenläufig zur verantwortungsethischen Diskussion ein Trend zur Entmoralisierung des Verantwortungsbegriffs beobachten. Zum anderen lässt sich zeigen, dass jede Theorie der Verantwortung nachgeordnet gegenüber einer Theorie der Moral ist, und zwar deshalb, weil der Verantwortungsbegriff als solcher wertneutral ist, jede ethische Verantwortungsthe-

orie folglich von moralischen Wertsetzungen lebt, die sie selbst nicht begründen kann (Kurt Bayertz).

Wie schon gesagt wurde, bestimmt der Verantwortungsbegriff die ethische Grundsituation als Situation der Rechenschaftspflicht. „Man kann nicht nicht antworten“ (Bernhard Waldenfels). Im dialogischen Charakter jeder Verantwortungssituation treffen die ethischen Gesichtspunkte zusammen, die in der philosophischen Tradition als Pflichtenlehre, Güterlehre und Tugendlehre bekannt sind.

In der Rechenschaftspflicht verbinden sich ein normatives und ein deontologisches Element (Pflichtenlehre). Die Anerkennung anderer Personen impliziert Aufgabe verantwortlicher Prävention und Fürsorge (Güterlehre). Übernahme von Verantwortung setzt entsprechende Fähigkeiten und Verantwortlichkeit voraus (Tugendlehre).

Verantwortung – Fürsorge – Gerechtigkeit

Grundsätzlich müssen wir zwischen reziproken und nicht-reziproken Verantwortungsverhältnissen unterscheiden. Als reziprok bezeichnet man Verantwortungsverhältnisse, die auf Gegenseitigkeit beruhen. Nicht-reziprok sind Verhältnisse, in denen jemand ganz einseitig Verantwortung für einen anderen und sein Wohlergehen übernimmt, der dazu selbst nicht in der Lage ist. Man spricht in diesem Fall auch von einer advokatorischen Ethik, die darauf abzielt, gleichsam stellvertretend die Rechte von Individuen zu schützen und durchzusetzen. Beispiele für nicht-reziproke Verantwortung sind die Verantwortung von Eltern für ihre unmündigen Kinder oder die Verantwortung von Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden für nicht zustimmungsfähige, z.B. für bewusst-

lose oder geistig verwirrte Patienten oder Bewohner. Auch für das Wohl von Tieren, über die Menschen verfügen (z.B. Haustiere oder Nutztiere), tragen Menschen Verantwortung.

Das Prinzip Verantwortung bedarf also der Ergänzung durch das Prinzip der Fürsorglichkeit. Dieses kann zum Prinzip der Gerechtigkeit in Konflikt geraten. Manche Ethiker sehen zwischen Fürsorglichkeit und Gerechtigkeit sogar einen unlösbaren Dauerkonflikt. Die Prinzipien der Fürsorglichkeit (Care-Ethik) und der Gerechtigkeit sind jedoch nicht alternativ zu sehen, sondern müssen einander ergänzen.

Konkret besteht die Aufgabe der Pflege nicht in einer abstrakt egalitären Verteilungsgerechtigkeit („allen das Gleiche“), sondern darin, dem einzelnen Menschen in seiner konkreten Lebenssituation gerecht zu werden. „Dies erfordert ethisch begründete Zurückweisung unbegründeter Pflegeansprüche und damit wiederum Zivilcourage“ (Eva-Maria Neumann).

In der beruflichen Praxis stellen sich konkrete Fragen:

- Wie weit reicht meine Verantwortung für den Patienten oder Bewohner? Wie weit ist er für sich selbst verantwortlich? Welche Verantwortung tragen Dritte?
- Wo versuchen Patienten oder Bewohner von ihrer Eigenverantwortung abzulenken? In welchen Situationen sind Patienten und Patientinnen mit dem Appell an ihre Eigenverantwortung überfordert?
- Was soll man tun, wenn Pati-

enten oder Bewohner in den Augen der Pflegenden unverantwortlich handeln oder entscheiden?

- Welche Konflikte zwischen der Eigenverantwortung des Patienten oder Bewohners und der Verantwortung der Ärzte oder Pflegenden kann es geben?
- Welche Formen gemeinschaftlicher Wahrnehmung von Verantwortung gibt es? Welche Formen der Kooperation sind möglich oder notwendig?
- Wo sind die Schnittstellen der Verantwortlichkeiten in der interprofessionellen Altenarbeit?

Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit als soziale Konstruktion

Verantwortung ist ein Zuschreibungsbegriff. Verantwortung wird von Menschen übernommen oder ihnen zugeschrieben. Jemand wird von anderen verantwortlich gemacht, ohne dies selbst vielleicht zu akzeptieren. Die Feststellung und die Wahrnehmung von Verantwortung – im doppelten Wortsinn, nämlich das Erkennen und die Übernahme von Verantwortung! – sind eine soziale Konstruktion.

Gleiches gilt nun auch für Krankheit und Gesundheit, Pflegebedürftigkeit und Betreuungsbedürftigkeit. Auch hierbei handelt es sich um soziale Konstruktionen.

Als Subjekt der Pflege und der Medizin gilt im pflege- und medizinethischen Sprachgebrauch der Patient, die Patientin bzw. der Klient oder pflegebedürftige Mensch (und dementsprechend in der Forschung der Proband

bzw. die Probandin). Er bzw. sie ist bei allen Entscheidungen als Subjekt zu achten und nicht als Objekt zu betrachten. „Die primäre berufliche Verantwortung der Pflegefachpersonen besteht gegenüber Menschen, die jetzt oder in Zukunft Pflege benötigen, seien es Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften oder Bevölkerungsgruppen“ (ICN-Ethikodex für Pflegefachpersonen, 2021).

Eine wesentliche Frage lautet, wer eigentlich entscheidet, welcher Mensch krank, pflege- oder betreuungsbedürftig ist und in welchem Ausmaß. Einerseits ist dies der Betroffene, der sich krank fühlt bzw. Pflege fordert. Andererseits aber ist dies die Ärztin oder der Arzt, die eine Diagnose stellen und den Betroffenen für therapiebedürftig halten, bzw. im Fall der Pflegebedürftigkeit in letzter Instanz die oder der Pflegenden im Rahmen von Pflegeanamnese und Pflegediagnose. Im Fall der Betreuungsbedürftigkeit kommen Vormundschaftsgericht oder weitere Dritte hinzu (z.B. Angehörige oder Sozialarbeiter, die intervenieren).

Für die Medizin ist Krankheit die legitimatorische, Gesundheit die teleologische Kategorie. Liegt eine Krankheit vor – d.h. wir eine solche vom Arzt diagnostiziert – ist medizinisches Handeln gerechtfertigt. Die Wiederherstellung der Gesundheit aber ist das Ziel des ärztlichen Handelns.

Eine wichtige Frage an den Schnittstellen multiprofessioneller Altenarbeit lautet, inwiefern Krankheit und Gesundheit auch für die Disziplin der Pflege die legitimatorische bzw. die teleologische Kategorie sind. Die

legitimatorischen Kategorien der Pflege sind doch zunächst Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf. Teleologische Kategorien der Pflege sind Wiedererlangung der Selbstständigkeit (d.h. auch Fähigkeit zur Selbstpflege!), Wohlbefinden, Lebensqualität. Krankheit ist aber nicht der einzig mögliche Grund für Pflegebedürftigkeit. Selbstständigkeit oder Wohlbefinden ist nicht gleichbedeutend mit Gesundheit.

In diesem Zusammenhang sei noch eine kurze Bemerkung zur ethischen Verantwortung des Pflegemanagements angefügt. Sie betrifft nicht allein die Pflegediagnose, sondern auch wirtschaftsethische Entscheidungen und Konflikte in der Altenarbeit. Zur ethischen Verantwortung des Pflegemanagements gehören außerdem Personalauswahl, Personaleinsatz und Personalentwicklung. Besonderes Augenmerk ist außerdem auf die Arbeit mit Angehörigen zu richten. Diese gilt es als Ressource für Bewohner und Pflegeeinrichtungen zu nutzen. Das setzt nicht nur entsprechende Kommunikation, sondern auch die geeigneten organisatorischen Rahmenbedingungen voraus.

Frailty als Konzept in der Geriatrie

Als konkretes Beispiel dafür, dass Pflegebedürftigkeit in der Altenarbeit eine soziale Konstruktion ist, wählen wir das Frailty-Konzept, das seit einiger Zeit in der Geriatrie diskutiert wird. „Frailty“ bedeutet im Englischen „Gebrechlichkeit“. Das Wort steht für „Hinfälligkeit“, „Pflegeabhängigkeit“, „vielfältige Reduktion von Fähigkeiten und funktionaler Autonomie“. Mit diesem Konzept sollen das (vor)schnelle organische Altern des Menschen und die fragile Stabilität bei vielen Hochbetagten beschrieben werden.

Der Begriff „Frailty“ stammt ursprünglich aus der Neonatologie. Dort wird der Umstand, dass Frühgeborene trotz Unauffälligkeit der üblichen Laborparameter und Vitalfunktionen nicht gedeihen, als „failure to thrive“ bezeichnet. Außerdem taucht der Frailty-Begriff in demographischen Studien zur Mortalität auf. Z.B. wird das „correlated frailty“-Modell im Rahmen von Zwillingforschung für die genetische Analyse von todesursachenspezifischer Sterblichkeit genutzt.

Gebrechlichkeit und Multimorbidität gehören zu den Merkmalen, die man typischerweise mit dem (hohen) Alter verbindet. Hochbetagte haben z.B. ein erhöhtes Risiko von Stürzen, die eine häufige Ursache von Verletzungen, Behinderungen und Tod darstellen. Ein weiterer Faktor für Gebrechlichkeit im Alter sind Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes oder Ernährungsmängel wie Sarkopenie.

Allerdings stellt sich die Frage, ob „Frailty“ ein klar umrissenes geriatrisches Konzept oder ein ähnlich unscharfer und subjektiv interpretierbarer Begriff wie „Lebensqualität“ ist. In beiden Fällen ist es nicht leicht, sich auf objektive Parameter zu einigen. Gebrechlichkeit ist schließlich keine Einzelkrankheit, sondern ein krankheits- und altersbedingtes, aber auch von lebensweltlichen und sozialen Faktoren abhängiges Syndrom.

Bei „Frailty“ handelt es sich um einen „umbrella term“, der sich der Begriff auf sehr unterschiedliche körperliche, psychische oder mentale Zustände und eine mit ihnen verbundene Hilfsbedürftigkeit anwenden lässt. Entsprechend vieldeutig ist die therapeutische und pflegerische Zielsetzung, Gebrechlichkeit durch entsprechende Prophylaxe zu vermeiden oder durch

geeignete Konzepte der Rehabilitation zu reduzieren. Gebrechlichkeit und dauerhafte Pflegebedürftigkeit sind nicht selten die bleibenden Folgen von Schlaganfällen, die freilich auch bei jüngeren Menschen auftreten können und insofern kein ausschließlich geriatrisches Krankheitsbild sind. Gebrechlichkeit entsteht schließlich auch im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen.

Trotz der definitorischen Schwierigkeiten ist der Begriff der Gebrechlichkeit aber im geriatrischen Kontext sinnvoll, weil er eine „ganzheitliche“ Sichtweise von Multimorbidität und ihrer Anwirkungen auf die individuellen Lebensumstände und die subjektiv empfundene Lebensqualität alter Menschen fördert. Unzureichend wäre es freilich, Gebrechlichkeit unter rein medizinischen Gesichtspunkten zu diskutieren. Ein umfassendes Konzept von Gebrechlichkeit muss sozialwissenschaftliche, anthropologische und ethische Aspekte einbeziehen.

Verantwortung für unsere Sprache in der Altenarbeit

Das Beispiel des Frailty-Konzepts macht uns auch darauf aufmerksam, dass wir Verantwortung nicht nur für unser Handeln, sondern auch für unsere Sprache tragen. Unser Handeln findet ja in der Regel nicht wortlos statt, sondern es ist in sprachlicher Kommunikation eingebettet. Damit ist nicht allein z.B. die Kommunikation mit den Pflegeheimbewohnern und ihren Angehörigen gemeint, sondern auch die Planung und Organisation pflegerischen Handelns oder sonstiger Tätigkeiten in der Altenarbeit.

Worte begleiten nicht nur unser Handeln, sondern es gibt auch ein Handeln durch Worte. Die Sprechaktheorie bezeichnet solche Handlungen als Sprachhand-

lungen. Wenn z.B. im Gericht ein Urteil verkündet oder von einem Standesbeamten Mann und Frau zu einem Ehepaar erklärt werden, schafft dieser Sprechakt eine neue rechtliche Wirklichkeit. Auch sonst gilt, dass wir durch Sprache Wirklichkeit nicht nur beschreiben, sondern auch herstellen.

Gerade in Medizin, Pflege und Altenarbeit ist auf diesen Umstand zu achten. Es geht letztlich um den Zusammenhang, der zwischen unserer Sprache, unserem Handeln und unserem Menschenbild besteht.

Konkret bringen unterschiedliche Bezeichnungen für den zu pflegenden Menschen verschiedene Rollenverständnisse zum Ausdruck. Sprechen wir vom Patienten oder der Patientin, so tritt der zu pflegende Mensch in seiner Rolle als Leidender und Pflegebedürftiger in den Blick. Sprechen wir von dem zu Pflegenden oder den Bewohnerinnen und Bewohnern eines Pflegeheims als Klienten oder Kundinnen, erscheinen sie in der Rolle eines Vertragspartners. Je nachdem, als was wir den zu pflegenden oder zu betreuenden Menschen ansehen, ist das Verhalten der Pflegenden und Betreuer ihm gegenüber ein anderes. Unterschiedliche Einstellungen gegenüber dem Heimbewohner oder Pflegebedürftigen beeinflussen seine gesamte Lebenssituation und Lebensqualität.

Das können wir uns abschließend am Beispiel des Umgangs mit geistig verwirrten Personen klarmachen. Verwirrtheit ist in besonderem Maße eine pflegeethische Problematik, weil es sich bei ihr um eine Pflegediagnose, nicht um eine medizinische Diagnose handelt (vgl. Grond 1996). „Verwirrtheit“ ist keine psychische Erkrankung, sondern ein Symptom, das



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

Institut für Systematische Theologie,
Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien
Schenkenstraße 8–10, A-1010 Wien

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at

Homepage: etfst.univie.ac.at/ulrich-koertner

AUTOR

eine Reaktion auf körperliche oder psychische Erkrankung, aber auch auf psychisch oder sozial irritierende Faktoren oder auf eine Beziehungsstörung, z.B. in der Familie, sein kann. Psychiatrisch wird Verwirrtheit als zeitliche, örtliche und situative Orientierungsstörung beschrieben, die häufig mit Bewusstseinstrübung einhergeht.

Die spezifisch pflegeethische Problematik besteht darin, die Achtung vor der Würde des Menschen und der Person im praktischen Umgang mit verwirrten alten Menschen nicht nur theoretisch zu postulieren, sondern im Pflegealltag tatsächlich zu praktizieren. Der Grundsatz der Patientenzentriertheit und die Anerkennung auch des verwirrten Menschen als Subjekt der Pflege wird von der Umgebung und auch von den Pflegenden jedoch möglicherweise als Überforderung empfunden.

Darauf ist wiederum durch entsprechendes Pflegemanagement zu reagieren. Die Bewältigung der Situation ist aber im konkreten Einzelfall nicht allein der Auftrag der Pflege, sondern einer interprofessionell zu lösende Aufgabe. Hier zeigt sich beispielhaft, was Verantwortung als ethisches Prinzip multiprofessioneller Altenarbeit konkret bedeutet.

Literatur

van der Arend, A.: Pflegeethik, Ullstein: München 1998

Arndt, M.: Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege, Thieme: Stuttgart 1996

Beauchamp, T.L./Childress, J.F.: Principles of Biomedical Ethics, 9. Aufl. New York/Oxford 2026

Grond, E.: Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander, 8. Aufl. Lambertus: Freiburg i.Br. 1996

Großklaus-Seidel, M.: Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegekräfte ihr Handeln reflektieren und begründen können, Kohlhammer: Stuttgart 2002

Helmchen, H./Kanowski, S./Lauter, H.: Ethik in der Altersmedizin. Mit einem Beitrag zur Pflegeethik von E.-M. Neumann (Grundriss Gerontologie 22), Kohlhammer: Stuttgart 2006

Hiemetzberger, M./Messner, I./Dorfmeister M.: Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe, 4. Aufl. Facultas: Wien 2016

Kemetmüller, E. (Hg.): Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe, 5. Aufl. Wien 2008

Körtner, U.: Frailty. Medizinethische Überlegungen zur Gebrechlichkeit des alten Menschen, EthMed 18, 2006, S. 108-119

Körtner, U.: Frailty: Medizinethische Überlegungen zur Gebrechlichkeit des schwerkranken, alten und sterbenden Menschen, in: B. Steffen-Bürgi/E. Schärer-Santschi/D.

Staudacher/S. Monteverde (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, 3. Aufl. Huber: Bern 2017, 902–913

Körtner, U.: Grundkurs Pflegeethik, 4. Aufl. Facultas: Wien 2022

Lay, R.: Ethik in der Pflege. Das Lehrbuch für alle Bereiche der Pflege. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Hannover 2022

Monteverde, S.: Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Ethik, 2. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart 2022

Pschyrembel Wörterbuch Pflege, hg. von S. Wied u. A. Warmbrunn, de Gruyter: Berlin/New York 2003

Reiter-Theil, S.: Ethik in der Klinik – Theorie und Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils, in: Ethik in der Medizin 11 (1999), 222–232

Steinkamp, N./Gordijn, B.: Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch, 2. Aufl. Luchterhand: Berlin 2012

Wiesemann, Cl./Erichsen, N./Behrendt, H./Biller-Andorno, N./Frewer, A. (Hg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis, Kohlhammer: Stuttgart 2003

8. Nationaler Aktionstag für pflegende Angehörige am 13. 9. 2026

- Pflegende Angehörige sind der größte Pflegedienst Österreichs.
- Pflegende Angehörige haben ein Recht auf Unterstützung.
- Pflegende Angehörige brauchen Rat.



**Service des Sozialministeriums
für Bürgerinnen und Bürger:**

0800/201 611
<https://www.sozialministerium.gv.at/>
Kontaktformular



**Interessengemeinschaft
pflegender Angehöriger:**

+43/1/589 00 328
office@ig-pflege.at



volkshilfe.

PFLEGE. MÖGLICH. MACHEN.

Finanzielle Unterstützung für
armutsbetroffene Menschen,
die Pflege brauchen

www.volkshilfe.at/pflegehilfe

Vom Wissen zur Wirkung

Warum der Praxistransfer im Wundmanagement scheitert – und wie strukturierte Methoden die Lücke schließen

Sie haben die Ausbildung abgeschlossen. Das Zertifikat hängt an der Wand. Das Wissen sitzt – Wundphasen, Materialien, Kausaltherapie, interdisziplinäre Zusammenhänge. Und dann kommt der nächste Patient mit einer stagnierten Wunde, und plötzlich fühlt sich alles neu an.

Dieses Gefühl kennen fast alle, die eine Wundmanagement-Ausbildung absolviert haben. Nicht weil die Ausbildung schlecht war. Sondern weil zwischen dem Erwerb von Wissen und seiner Anwendung im Alltag eine Lücke klafft, die kaum jemand benennt – und die ich selbst lange nicht benennen konnte.

„Das Wissen ist da. Was fehlt, ist die Brücke in den Alltag.“



Das systemische Muster hinter einem individuellen Problem

Wundmanager:innen kehren aus ihren Weiterbildungen zurück in Settings, die sich nicht verändert haben. Der Zeitdruck ist derselbe. Die Teamdynamik ist dieselbe. Und das frisch erworbene Wissen muss sich nun in einem Alltag beweisen, der dafür keine Strukturen bereitstellt.

Was passiert in solchen Momenten? Häufig wird auf bekannte Muster zurückgegriffen. Nicht aus Unwissenheit, sondern aus Unsicherheit. Statt die Ursache einer stagnierten Wunde zu analysieren, wird das Produkt gewechselt. Statt eine klare Einschätzung im interdisziplinären Team zu formulieren, wird abgewartet. Statt Patientenedukation systematisch einzubauen, bleibt sie dem Zufall überlassen.

Das ist kein persönliches Versagen. Es ist die logische Konsequenz fehlender Struktur.

Warum Struktur vor Fachwissen kommt

In der Wundversorgung fokussieren wir uns intensiv auf Produktwissen, Wundklassifikationen und klinische Entscheidungen. Das ist richtig und wichtig. Was dabei oft untergeht: Die Qualität einer Versorgung hängt nicht nur davon ab, was eine Fachkraft weiß – sondern davon, wie sie dieses Wissen im konkreten Moment abrufen, kommunizieren und umsetzen kann.

Struktur bedeutet in diesem Kontext nicht Bürokratie. Struktur bedeutet: ein klarer Denkraum, der in jeder Situation – unabhängig vom Setting, vom Zeitdruck, vom Teamgefüge – als Orientierung dient. Wer über einen solchen Rahmen verfügt, trifft bessere Entscheidungen. Schneller. Und mit mehr Sicherheit.

Genau diese Struktur vermitteln Weiterbildungen im Wundmanagement häufig nicht explizit. Sie gehen davon aus, dass das Erlernte automatisch in Handlung übergeht. Doch dieser Transfer ist keine Selbstverständlichkeit – er muss aktiv gestaltet werden.

„Struktur ist kein Bürokratismus. Struktur ist das, was Wissen in Wirkung verwandelt.“

Der Wundkompass: Ein Modell für den Praxistransfer

Aus dieser Erkenntnis heraus habe ich den Wundkompass entwickelt – ein praxisorientiertes Methoden-Modell, das Wundmanager:innen dabei unterstützt, ihr vorhandenes Fachwissen strukturiert in den Alltag zu übersetzen. Es ersetzt keine Ausbildung, sondern baut auf ihr auf. Zwei Kernwerkzeuge bilden das Herzstück:

BAUE – Strukturierte Wundanalyse

Beobachtung · Alltag · Ursache · Edukation

Das BAUE-Modell lenkt den Blick systematisch auf vier Ebenen einer Wundsituation. Es beginnt mit der präzisen Beobachtung – was ist tatsächlich zu sehen, ohne vorschnelle Interpretation? Es fragt nach dem Alltag der betroffenen Person zwischen den Verbandwechseln, denn dort passiert oft mehr als im klinischen Setting wahrgenommen wird. Es fordert die explizite Formulierung einer Ursache: „Diese Wunde stagniert, weil ...“ – denn wer eine Ursache benennen kann, kann gezielt handeln. Und es schließt mit der Patientenedukation, die nicht als Anhang, sondern als integraler Bestandteil jeder Versorgung verstanden wird.

Die Wirkung dieses Werkzeugs liegt nicht in seiner Komplexität, sondern in seiner Konsequenz: Es verlangsamt den Impuls, sofort zu handeln, und ersetzt ihn durch strukturiertes Verstehen.

ZIEL – Strukturierter Versorgungsplan

Zweck · Inhalt · Ergebnis · Länge

Auf die Analyse folgt der Plan. Das ZIEL-Schema gibt jedem Versorgungsschritt einen definierten Rahmen: Warum wird diese Maßnahme durchgeführt? Was genau wird gemacht – mit welchen Materialien, durch wen? Woran erkennen wir, dass sie wirkt? Und wie lange gilt dieser Plan, bevor er überprüft wird?

Diese vier Fragen klingen einfach. In der Praxis werden sie erstaunlich selten explizit beantwortet. Das Ergebnis sind Versorgungspläne, die implizit bleiben – und bei jedem Personalwechsel neu interpretiert werden müssen. Das ZIEL-Schema macht Entscheidungen transparent, kommunizierbar und für das gesamte Team verbindlich.

Was sich verändert, wenn Struktur einzieht

Wundmanager:innen, die mit diesen Werkzeugen arbeiten, berichten nicht primär von besserem Produktwissen. Sie berichten von mehr Sicherheit in Entscheidungssituationen. Von klarerer Kommunikation im Team und gegenüber Ärzt:innen. Von weniger dem Gefühl, bei jeder Wunde von vorne anzufangen.

Und sie berichten von etwas, das ich für entscheidend halte: Sie fühlen sich als Fachpersonen wahrgenommen – weil sie in der Lage sind, ihre Einschätzungen klar zu formulieren und zu begründen. Kompetenz, die nicht kommuniziert werden kann, hat im klinischen Alltag wenig Wirkung. Struktur gibt

dieser Kompetenz eine Stimme.

„Kompetenz, die nicht kommuniziert werden kann, hat im klinischen Alltag wenig Wirkung. Struktur gibt ihr eine Stimme.“

Der Multiplikatoreffekt: Warum Strukturarbeit systemisch wirkt

Eine Fachkraft, die sicher, strukturiert und kommunikationsstark agiert, verbessert nicht die Versorgung eines einzelnen Patienten. Sie verbessert die Versorgung aller Patientinnen und Patienten, die sie jetzt und in Zukunft betreut. Sie wird zur Ressource für ihr Team. Sie bleibt im Beruf – weil sie sich nicht allein fühlt mit dem, was sie weiß.

Das ist der systemische Effekt von Strukturarbeit im Wundmanagement. Und er beginnt mit dem einzelnen Menschen, der entscheidet, das Wissen, das er hat, auch wirklich zu nutzen. Mitten im viel diskutierten Pflegemangel liegt hier ein Hebel, der noch kaum genutzt wird: nicht mehr Ausbildung, sondern bessere Nutzung des Wissens, das bereits vorhanden ist.

Ein erster Schritt – ab morgen früh

Wer mit dem BAUE-Modell oder dem ZIEL-Schema arbeiten möchte, braucht dafür kein Budget, keine Genehmigung und kein Umstrukturierungsprojekt. Es braucht eine einzige Entscheidung: Bei der nächsten herausfordernden Wundsituation erst analysieren, dann handeln.

Statt zu fragen: „Welches Produkt probieren wir jetzt?“ – zu fragen: „Warum verbessert sich diese Wunde aktuell nicht?“

Dieser eine Schritt verändert die Qualität jeder weiteren Entscheidung. Und er kostet nichts außer Haltung.

Startbild des Artikels von der Redaktion mit KI generiert.



Claudia Zeitlinger

ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (seit 2009), zertifizierte Wundmanagerin (Kammerlander/TÜV Austria) und Advanced Practice Nurse (FH Linz, 2024).

Sie ist Inhaberin von Ganzheitliche Wundpflege Claudia in Leonding (OÖ) und begleitet Wundmanager:innen im DACH-Raum beim Praxistransfer ihres Fachwissens – im Rahmen des Wundkompass-Programms sowie in der individuellen Mentoringbegleitung.



Kontakt & Mentoring:

www.wunde-zu.at

office@wunde-zu.at

Instagram: [@wundwissenmitclaudia](https://www.instagram.com/wundwissenmitclaudia)

LinkedIn: [Claudia Zeitlinger](https://www.linkedin.com/in/ClaudiaZeitlinger)

Wo finde ich Literatur für Gesundheitsberufe?



Wissen startet mit der richtigen Quelle:

 **CareLit**®
Die Online-Bibliothek
für Gesundheitsberufe



Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie,
Ernährung, Logopädie, Geburtshilfe & mehr



über 440 deutschsprachige
Fachzeitschriften & hunderte Fachbücher



Tagesaktuelle Literatur



Eine Plattform – alle Endgeräte

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.carelit.de





All Fotos (C) LSZ

LSZ Gesundheitskongress 2026

Zukunft der Versorgung braucht Zusammenarbeit statt Silodenken

STEGERSBACH. Wie lässt sich das österreichische Gesundheitssystem zukunftssicher gestalten? Diese Frage stand im Mittelpunkt des LSZ Gesundheitskongresses 2026, zu dem sich Ende Juni Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger aus Gesundheitsversorgung, Wissenschaft, Sozialversicherung, und vielen weiteren Bereichen in Stegersbach trafen. Zwei Tage lang wurde intensiv darüber diskutiert, wie Versorgung trotz Reformdruck, Fachkräftemangel und rasanter technologischer Entwicklungen auch künftig hochwertig

und finanzierbar bleiben kann.

Bereits zum Auftakt machte Kongressmoderator Guido Offermanns, Professor an der Universität Klagenfurt und am Karl Landsteiner Institut für Krankenhausorganisation, deutlich, dass das Gesundheitswesen vor einer doppelten Transformation steht. Einerseits verändern Digitalisierung und Künstliche Intelligenz die Möglichkeiten der Versorgung grundlegend, andererseits verlangen demografische Entwicklungen und steigende Kosten nach neuen Organisations- und Steuerungs-

modellen. Die eigentliche Herausforderung bestehe jedoch nicht in der Technologie selbst, sondern darin, Innovation sinnvoll in bestehende Versorgungsstrukturen zu integrieren.

Diese Fragestellung zog sich wie ein roter Faden durch das gesamte Kongressprogramm. Vertreter großer Gesundheitseinrichtungen diskutierten darüber, wie Verantwortung künftig verteilt werden muss und welche Rolle Bund, Länder, Sozialversicherung und Leistungserbringer bei der Umsetzung der Gesundheitsreform überneh-

men. Deutlich wurde dabei, dass die Zukunft der Versorgung nicht an einzelnen Institutionen entschieden wird, sondern nur durch ein abgestimmtes Zusammenspiel aller Beteiligten gelingen kann.

Auch in den zahlreichen Workshops rückte weniger die Technik als vielmehr die konkrete Versorgung der Menschen in den Mittelpunkt. Diskutiert wurden neue Versorgungsformen in Pflege und Therapie, Möglichkeiten einer besseren Patientenlenkung sowie die Frage, wie Servicequalität entlang der gesamten Patient Journey verbessert werden kann. Einen breiten Raum nahm dabei auch der Einsatz von Künstlicher Intelligenz ein. Sie wurde nicht als Ersatz für medizinische oder pflegerische Expertise verstanden, sondern als Werkzeug, das Fachkräfte entlasten, Prozesse vereinfachen und bessere Entscheidungen ermöglichen kann.

Dass technologische Innovation ohne den Menschen nicht funktionieren kann, unterstrich auch Keynote-Speaker Robert Seeger. Er zeigte auf, warum gesunde Führung, Vertrauen und Unternehmenskultur gerade im Zeitalter der Künstlichen Intelligenz entscheidende Erfolgsfaktoren bleiben. Einen Blick in die Zukunft warf KI-Innovationsmanager Sindre Wimberger mit der Frage, welche Auswirkungen es auf Medizin und Gesundheitsversorgung haben wird, wenn medizinisches Wissen künftig nahezu unbegrenzt verfügbar ist. Entscheidend sei dann nicht mehr der Zugang zu Informationen, sondern deren verantwortungsvoller Einsatz.

Besonders wertvoll machte den Kongress erneut der hohe Praxisbezug. Statt theoretischer Zu-



kunftsszenarien standen konkrete Erfahrungen aus Krankenhäusern, Gesundheitseinrichtungen und der Pflege im Mittelpunkt. In Workshops, Panels und zahlreichen persönlichen Gesprächen wurden unterschiedliche Perspektiven zusammengeführt und gemeinsam nach Lösungen gesucht. Gerade

dieser interdisziplinäre Austausch gilt seit Jahren als eine der größten Stärken des Formats.

Neben den fachlichen Inhalten bot auch das traditionelle Networking-Event Gelegenheit, Kontakte zu vertiefen und neue Kooperationen anzubahnen. Denn viele Her-

ausforderungen ähneln sich – unabhängig davon, ob sie in einem Krankenhaus, einer Sozialversicherung oder einer Pflegeeinrichtung auftreten.

Das Fazit des LSZ Gesundheitskongresses 2026 fiel entsprechend eindeutig aus: Im Mittelpunkt aller strategischen Überlegungen muss der Patient stehen – nicht einzelne Organisationen oder Berufsgruppen. Versorgung wird künftig stärker vernetzt gedacht werden müssen. Rollenbilder werden sich verändern und teilweise verschmelzen, während Künstliche Intelligenz dabei unterstützen kann, Fachkräfte von Routinetätigkeiten zu entlasten und mehr Zeit für das Wesentliche zu schaffen: die Behandlung und Betreuung der Menschen. Die Zukunft des Gesundheitswesens entsteht damit nicht allein durch neue Technologien oder Reformen, sondern durch die Bereitschaft aller Beteiligten, Verantwortung zu teilen und Versorgung gemeinsam neu zu gestalten.

Save the Date: Digital Public Summit Austria

Der Digital Public Summit Austria vereint am 08. September 2026 die IT- und Digitalisierungsverantwortlichen des öffentlichen Sektor Österreichs zum ganztägigen fachlichen und persönlichen Austausch in Wien über die neuesten Trends und Innovationen.

<https://lsz.at/konferenz/digital-public-summit-austria>



All Fotos (C) LSZ





(C) Mariannen Hospital Werl: Herr Kappel, Zeichner des Kinderbuches „Hurra, wir sind für euch da.“ liest am Kindertag aus dem Buch

Kindertag im Mariannen-Hospital Werl

Pflege erlebbar machen - mit Herz, Professionalität und Berufsstolz

Die Tradition der Kindertage im Mariannen-Hospital Werl besteht bereits seit 26 Jahren. Nach der pandemiebedingten Unterbrechung konnte das Projekt nun mit großer Freude erneut fortgeführt werden. Ziel der Veranstaltung ist es, Vorschulkindern den Klinikalltag näherzubringen, Berührungsängste abzubauen und ihnen einen realistischen Einblick in den Pflegeberuf zu ermöglichen.

Die Organisation und konzeptionelle Entwicklung der Kindertage wurde ursprünglich durch die Assistenz der Pflegedirektion initiiert und über viele Jahre kontinuierlich

weiterentwickelt. Bis heute wird die Veranstaltung mit großem Engagement durch die Pflegedirektion, die Assistenz der Pflegedirektion, Frau Mertin, sowie den langjährigen Stationsleiter, Herrn Döbel, getragen und organisiert. Herr Döbel und Frau Mertin begleiten die Kindertage bereits seit der ersten Stunde und prägen das Projekt mit ihrer Erfahrung, ihrem Einsatz und ihrer Verbundenheit zur Pflege nachhaltig.

Dem Organisationsteam ist es besonders wichtig, das Konzept nicht statisch zu betrachten. Die Bedürfnisse der Kinder, ihr Vorwissen so-

Überblick

Berufliche Pflege wird als Aneinanderreihung einfacher Tätigkeiten gesehen, die Bedürfnisse der abhängigen Menschen werden nicht berücksichtigt. Es gibt kaum einen anderen Beruf, der so vielen Fehlannahmen unterliegt. Berichte und Erzählungen sind deshalb wichtig, schon früh im Kindesalter, deswegen haben wir ein Kinderbuch vorgelegt. Diesen hier vorgestellten Kindertag halte ich für eine sehr gute Idee – er sollte vielerorts kopiert werden.

Prof. Dr. Angelika Zegelin

wie die Erwartungen und Anforderungen verändern sich von Jahr zu Jahr. Deshalb wird das Konzept regelmäßig überprüft, angepasst und weiterentwickelt, um den Kindern auch weiterhin altersgerechte, zeitgemäße und praxisnahe Einblicke zu ermöglichen. Die Veranstaltung verfolgt ein zentrales Anliegen: Sie soll die Pflege sichtbar machen. Pflegefachkräfte leisten täglich hochkomplexe, verantwortungsvolle und zugleich zwischenmenschlich anspruchsvolle Arbeit. Viele dieser Kompetenzen gehen weit über rein technische Fertigkeiten hinaus. Kommunikation, Empathie, situatives Handeln und der professionelle Umgang mit Menschen in Ausnahmesituationen gehören für sie zum Berufsalltag.

Pflege ist die grösste Berufsgruppe

Pflege arbeitet interdisziplinär und

im engen Zusammenspiel mit vielen Berufsgruppen. Dennoch ist sie die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und trägt maßgeblich zur Versorgung und Sicherheit der Patientinnen und Patienten bei. Umso wichtiger ist es, diesen Beruf mit Stolz nach außen zu vertreten und jungen Menschen bereits früh zu zeigen, wie vielseitig, verantwortungsvoll und wertvoll professionelle Pflege ist.

In diesem Jahr orientierte sich der Kindertag am Buch „Hurra, wir sind für euch da! Von Heldinnen und Helden in der Pflege“ von Prof. Dr. Angelika Zegelin, das im Hogrefe Verlag erschienen ist (Zegelin, Kappel 2026). Besonders erfreulich war, dass sich die Inhalte und Botschaften des Buches hervorragend in das diesjährige Konzept integrieren ließen und in Form einer Lesung von Herrn Uwe Kappel

aufgegriffen werden konnten. Seine Zeichnungen waren in diesem Jahr an den einzelnen Stationen zu sehen und halfen den Kindern, sich zu orientieren.

Im Rahmen der zweistündigen Veranstaltung erhielten die Kinder Einblicke in verschiedene Bereiche des Mariannen-Hospitals. Dabei wurden die Gruppen – wie in jedem Jahr – von den Auszubildenden der Pflege unterstützt. Sie begleiteten die Kinder, beantworteten Fragen und gestalteten einzelne Stationen mit.

Orte am Kindertag

Ein Teil der Gruppen begann den Tag mit einer Lesung durch Herrn Kappel in der passend gestalteten Remise des Hauses. Anschließend durchliefen die Kinder verschiedene praxisnahe Stationen:



(C) Mariannen Hospital Werl

(C) Mariannen Hospital Werl



Die erste Station widmete sich dem Rettungsdienst. Ein Einsatzfahrzeug stand bereit, sodass die Kinder Fragen stellen, medizinische Materialien kennenlernen und den Rettungswagen aus nächster Nähe erleben konnten. Die Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen des Rettungsdienstes stellten dabei erneut einen wertvollen Bestandteil des Tages dar.

An der zweiten Station, der Zentralen Notaufnahme, konnten die Kinder selbst Schienen und Gipsverbände ausprobieren und erste praktische Erfahrungen mit medizinischem Material sammeln. Gleichzeitig entstand ein direkter Austausch mit dem Personal der Notaufnahme.

Die dritte Station bot einen Bewe-

gungsparcours mit Rollstühlen und Rollatoren. Spielerisch konnten die Kinder erleben, welche Herausforderungen Mobilitätseinschränkungen mit sich bringen. Begleitet wurde die Station von einem Clown – angelehnt an das Buch –, der nicht nur den Kindern, sondern auch den Erwachsenen viele fröhliche Momente schenkte.

An der vierten Station lernten die Kinder verschiedene diagnostische Maßnahmen kennen. Sie durften Sauerstoffsättigung und Blutdruck messen sowie einen Doppler kennenlernen und ausprobieren.

Auch die Physiotherapie war erneut Teil des Programms. Hier standen Bewegung, Mobilisation und Freude an Aktivität im Mittelpunkt. Gleichzeitig wurde kindgerecht vermittelt, welche Unterstützung Patientinnen und Patienten beispielsweise nach Operationen oder ältere Menschen zur Förderung ihrer Ressourcen benötigen.

Die vergangenen Jahre haben gezeigt, wie vielfältig die Möglichkeiten sind, Kindern den Pflegealltag näherzubringen. So organisierte die Pflege unter anderem bereits Aktionen, bei denen Süßigkeiten aus einem „Teddybauch“ geborgen wurden, Ernährungsschulungen mit Obstverkostungen stattfanden oder die Intensivstation kindgerecht das Prinzip der Reanimation erklärte und gemeinsam mit den Kindern übte. Auch Themen wie Hygiene und Händedesinfektion wurden praxisnah vermittelt – beispielsweise mithilfe von Schwarzlicht und speziellen Übungen zur Sichtbarmachung von Keimen.

Jeder Kindertag gestaltet sich anders, doch die Grundidee bleibt bestehen:

Pflege zeigt ihren Alltag, vermittelt Wissen, baut Ängste ab und macht sichtbar, wie vielseitig und unverzichtbar professionelles pflegerisches Handeln ist. Die Kinder erleben Pflegekräfte dabei nicht nur als Fachpersonen, sondern als Menschen mit Herz, Kompetenz und Verantwortung – als echte Heldinnen und Helden zum Anfassen.

Darüber hinaus besteht auch außerhalb des Kindertags regelmäßig Interesse von Vorschulgruppen, den Pflegealltag kennenzulernen, insbesondere im Bereich der Zentralen Notaufnahme. Wann immer es die personellen und organisatorischen Ressourcen erlauben, unterstützt das Mariannen-Hospital Werl diese Anfragen und ermöglicht es Kindern, erste Eindrücke vom Krankenhausalltag und den Aufgaben der Pflege zu gewinnen.

Ergänzend dazu findet jährlich ein Kindermitarbeitertag mit einem ähnlichen Konzept statt. Ziel dieses Tages ist es, den Kindern der Mitarbeitenden zu zeigen, wo ihre Eltern arbeiten, welche Verantwortung sie tragen und mit welchen Kolleginnen und Kollegen sie einen großen Teil ihres Alltags verbringen. Gerade im Pflegebereich, in dem Arbeitszeiten häufig mit familiären Einschränkungen verbunden sind, entsteht dadurch bei den Kindern ein besseres Verständnis für den Beruf ihrer Eltern und dessen gesellschaftliche Bedeutung.

Besuche von Kindern in der Pflegedirektion sind daher keine Seltenheit. Vielmehr wird bewusst Raum geschaffen, um Familie und Berufsalltag zu verbinden und den Kindern einen positiven Zugang zur Arbeitswelt ihrer Eltern zu ermöglichen. Die Kinder sollen erleben, wie wichtig die Arbeit ihrer Mutter oder ihres Vaters ist, und stolz auf

deren Tätigkeit sein sowie dies auch offen zum Ausdruck bringen können. So wird Pflege nicht nur als Beruf sichtbar, sondern auch als wertvoller Bestandteil familiärer Identität und gesellschaftlicher Verantwortung.



**Prof.in Dr.in
Angelika Zegelin**

Krankenschwester,
Pflegewissenschaftlerin



kontakt@angelika-zegelin.de



www.angelika-zegelin.de



Filiz Hinz

Mein beruflicher Weg ist geprägt von Leidenschaft für die Pflege, fachlicher Weiterentwicklung und dem Wunsch, Verantwortung zu übernehmen. Nach meiner Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Klinikum Dortmund und meiner Weiterbildung zur Fachkraft für Intensivpflege und Anästhesie sammelte ich viele Jahre praktische Erfahrung im klinischen Bereich. Im Sommer 2017 übernahm ich die Leitung der Intensivstation am Mariannen Hospital Werl. Durch das Studium "Pflegemanagement und Organisationswissen" an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf konnte ich meine fachlichen und organisatorischen Kompetenzen weiter vertiefen. Seit September 2024 bin ich als Pflegedirektorin am Mariannen Hospital Werl tätig und gestalte dort die Weiterentwicklung der Pflege aktiv mit.

Zwischen Trend und Evidenz: Welche Rolle spielt Coaching in der forensisch-psychiatrischen Pflegepraxis?

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen sind aus Managementperspektive durch einen tiefgreifenden Wandel in der Ausrichtung und Steuerung von Personalentwicklung gekennzeichnet. Demografischer Wandel, zunehmender Fachkräftemangel sowie die steigende Komplexität pflegerischer Versorgungsrealitäten führen nicht nur zu einer quantitativen Verknappung personeller Ressourcen, sondern verschärfen zugleich die qualitativen Anforderungen an Kompetenz, Handlungssicherheit und professionelle Haltung (Wissenschaftsrat, 2023). Besonders in hochspezialisierten Versorgungsbereichen wie der forensischen Psychiatrie kumulieren diese Entwicklungen zu einem vielschichtigen Spannungsfeld, in dem Versorgungssicherheit, pflegerische Qualität und organisationale Stabilität gleichermaßen gewährleistet werden müssen (Krupp & Voulgaris, 2024).

Zugleich zeigt sich zunehmend, dass etablierte Instrumente der Personalentwicklung den aktuellen Anforderungen nur noch eingeschränkt gerecht werden. Standardisierte Einarbeitungskonzepte und klassische Fortbildungsformate greifen häufig zu kurz, da sie weder die zunehmende Heterogenität der Mitarbeitenden noch die Dynamik realer Handlungssituationen adäquat berücksichtigen. Daraus ergibt sich eine kritische Diskrepanz. Während die Anforderungen an Pflegefachpersonen kontinuierlich steigen, verbleiben

viele Entwicklungs- und Qualifizierungsansätze auf einem statischen und wenig individualisierten Niveau. Diese Lücke birgt nicht nur Risiken für die Versorgungsqualität, sondern beeinflusst zugleich Personalbindung, Arbeitszufriedenheit und organisationale Resilienz (Loffing & Loffing, 2010).

Vor diesem Hintergrund gewinnt Coaching als strategisches Instrument moderner Personalentwicklung zunehmend an Bedeutung. Coaching ist dabei nicht als additive Unterstützungsmaßnahme zu verstehen, sondern als integraler Bestandteil einer zukunftsorientierten Personalstrategie. Es ermöglicht die systematische Verzahnung von Lernen und beruflicher Praxis und unterstützt Mitarbeitende bei der Reflexion komplexer Handlungssituationen (Gasche, 2021). Damit adressiert Coaching zentrale managementrelevante Zielgrößen wie die Sicherung von Qualität unter komplexen Bedingungen, die Entwicklung adaptiver Handlungskompetenz sowie die Förderung individueller und kollektiver Selbstwirksamkeit.

Im Kontext der forensischen Psychiatrie kommt hinzu, dass Pflegefachpersonen in einem Arbeitsfeld tätig sind, das durch hohe emotionale Belastungen, komplexe Beziehungsgestaltung, rechtliche Rahmenbedingungen sowie sicherheitsrelevante Anforderungen geprägt ist. Die professionelle Bewältigung dieser Anforderungen setzt neben fachlicher Kompetenz

insbesondere Reflexionsfähigkeit, emotionale Stabilität und interprofessionelle Handlungsfähigkeit voraus (Müller et al., 2017). Coaching kann hier einen Beitrag leisten, indem es professionelle Entwicklungsprozesse unterstützt und zugleich Räume für Reflexion und Rollenklärung schafft.

Der vorliegende Beitrag untersucht die Rolle von Coaching im Onboardingprozess am Beispiel eines teilimplementierten Coachingkonzepts in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie gemäß § 64 StGB des kbo Isar-Amper-Klinikum. Neben der konzeptionellen Darstellung des ressourcen- und lösungsorientierten Ansatzes werden die praktische Implementierung sowie Ergebnisse einer qualitativen Evaluation vorgestellt. Ziel ist es, die Potenziale, Wirkmechanismen und Grenzen von Coaching im forensischpsychiatrischen Setting differenziert einzuordnen und Perspektiven für die Weiterentwicklung strategischer Personalentwicklung in der Pflege aufzuzeigen.

Coachingverständnis und konzeptioneller Ansatz im forensisch-psychiatrischen Setting

Coaching wird im vorliegenden Konzept als interaktiver, personenzentrierter und entwicklungsorientierter Prozess verstanden, der Mitarbeitende in ihrer professionellen Handlungskompetenz, Selbstreflexion und Selbststeuerung unterstützt (Gasche, 2021).

Coachingform	Ziel	Fokus
Einzelcoaching	individuelle Entwicklung	Reflexion, Rollenklärung
Gruppencoaching	gemeinsames Lernen	Austausch, Fallreflexion
Teamcoaching	organisationale Entwicklung	Zusammenarbeit, Kommunikation

Tabelle 1 Coachingformen

Im Mittelpunkt steht dabei die Förderung individueller Ressourcen sowie die Begleitung beruflicher Lern- und Entwicklungsprozesse im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Loss & Rauen, 2021). Coaching verfolgt nicht das Ziel, standardisierte Lösungswege vorzugeben oder fachliche Anweisungen zu ersetzen. Vielmehr eröffnet es einen reflexiven Raum, in dem Mitarbeitende eigene Denk-, Entscheidungs- und Handlungsstrategien entwickeln und berufliche Herausforderungen eigenständig bewältigen können.

Gerade im hochbelasteten Arbeitsfeld der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie gemäß § 64 kommt der Förderung professioneller Selbstwirksamkeit, emotionaler Stabilität und reflektierter Entscheidungsprozesse eine besondere Bedeutung zu. Coaching wird daher als praxisnaher Begleitprozess verstanden, der Mitarbeitende sowohl in ihrer fachlichen Rolle als auch in ihrer persönlichen Entwicklung unterstützt. Durch die enge Anbindung an den klinischen Alltag können belastende Situationen, Unsicherheiten sowie komplexe interprofessionelle Anforderungen zeitnah reflektiert und bearbeitet werden.

Die systematische Literaturanalyse von Radic (2025) zeigt, dass insbesondere systemische, ressourcenorientierte und lösungsorientierte Coachingansätze in psychosozialen und psychiatrischen Arbeitsfeldern wirksam eingesetzt werden können. Als wesentliche

Erfolgsfaktoren gelten dabei insbesondere eine offene und vertrauensfördernde Organisationskultur (Bachmann, 2016), klare Rollenstrukturen sowie eine tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen Coach und Coachee (Graßmann, 2022). Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse, dass Coaching seine Wirkung insbesondere dann entfalten kann, wenn Reflexionsräume institutionell unterstützt und organisatorisch verlässlich verankert werden.

Aufgrund seiner hohen Anpassungsfähigkeit kann Coaching bedarfsorientiert und zielgerichtet gestaltet werden (Rauen, 2021). Im Rahmen des vorliegenden Coachingkonzepts werden drei Formate unterschieden.

Die drei Coachingformate bilden gemeinsam ein stufenweise erweitertes Entwicklungsmodell, das individuelle, gruppenbezogene und organisationale Lernprozesse systematisch miteinander verbindet.

Die Umsetzung des Coachingkonzepts im forensisch-psychiatrischen Setting stellt zugleich besondere Anforderungen an die Rolle des Coaches. Neben fachlicher Kompetenz und organisatorischer Flexibilität erfordert die Tätigkeit insbesondere kontinuierliche Selbstreflexion sowie die Fähigkeit, zwischen kollegialer Nähe und professioneller Distanz zu balancieren. Im klinischen Alltag lassen sich Überschneidungen zwischen Coaching, Mentoring

und fachlicher Anleitung nicht vollständig vermeiden. Insbesondere bei fachlich komplexen Fragestellungen besteht die Herausforderung darin, reflexive Entwicklungsprozesse anzustoßen, ohne vorschnell konkrete Lösungen vorzugeben oder die Eigenverantwortung der Mitarbeitenden zu reduzieren.

In der ersten Implementierungsphase wurde zunächst das Einzelcoaching für neue pflegerische Mitarbeitende etabliert, um insbesondere den Übergang in das komplexe Arbeitsfeld der forensischen Psychiatrie professionell zu begleiten. Perspektivisch soll das Angebot auf Bestandsmitarbeitende ausgeweitet und durch Gruppen- sowie Teamcoachings ergänzt werden. Für die nachhaltige Implementierung des Coachingansatzes gelten insbesondere organisationale Unterstützung, institutionelle Verankerung sowie klare Rollenstrukturen als zentrale Voraussetzungen.

Coaching als kultureller Entwicklungsprozess

Die Einführung des Coachingansatzes stellte nicht nur eine strukturelle Veränderung, sondern zugleich einen organisationskulturellen Entwicklungsprozess innerhalb der Klinik dar. Bereits früh zeigte sich, dass insbesondere die Haltung der Führungskräfte maßgeblich beeinflusste, ob Coaching von Mitarbeitenden als unterstützende Ressource oder als zusätzliche Belastung wahrgenommen wurde.



Abbildung 1 Mirela Radic, Pflegepädagogin und Coach Klinik Forensik §64 kbo IAK

Um Akzeptanz, Transparenz und organisatorische Anschlussfähigkeit zu fördern, wurde das Konzept frühzeitig in klinikinternen sowie leitungsbezogenen Besprechungen vorgestellt. Dabei standen insbesondere die Vermittlung von Zielsetzung, organisatorischen Rahmenbedingungen sowie die frühzeitige Klärung möglicher Fragen und Vorbehalte im Mittelpunkt. Gleichzeitig sollten praktische Bedarfe der Mitarbeitenden in die weitere Konzeptentwicklung integriert werden.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der klaren Definition der Coachrolle. Auswahlkriterien, Aufgabenbereiche sowie professionelle Grenzen und Schnittstellen – insbesondere in Abgrenzung zu originären Führungsaufgaben – wurden transparent kommuniziert, um Rollenklarheit und ein gemeinsames Verständnis der Verantwortlichkeiten zu fördern.

Parallel dazu wurden Mitarbeitende aktiv eingeladen, das Angebot niedrigschwellig kennen-

zulernen. Informationsflyer auf den Stationen sowie persönliche Einladungen zu unverbindlichen Kennenlerngesprächen per E-Mail sollten den Zugang zum Coaching erleichtern und erste Berührungsängste reduzieren.

Implementierung und praktische Umsetzung im klinischen Alltag

In der ersten Implementierungsphase lag der Fokus auf der Einführung eines Einzelcoachings für neue pflegerische Mitarbeitende der Forensischen Klinik gemäß § 64. Die Auswahl dieser Zielgruppe basierte auf einer Bedarfsanalyse der personellen Entwicklung, da innerhalb von etwa eineinhalb Jahren zahlreiche neue Mitarbeitende ihre Tätigkeit aufgenommen hatten. Vor dem Hintergrund der erhöhten Anforderungen an Einarbeitung, Integration und Kompetenzentwicklung wurde das Einzelcoaching als unterstützendes Instrument etabliert, um neue Mitarbeitende frühzeitig im Ankommensprozess zu begleiten und Handlungssicherheit im forensisch-psychiatrischen Setting zu fördern.

Neue Mitarbeitende wurden ab einem definierten Stichtag aktiv durch den Coach kontaktiert und zu einem Erstgespräch eingeladen. Die Terminplanung erfolgte unter Berücksichtigung des Schichtsystems, der Stationsauslastung sowie verfügbarer personeller Ressourcen. Stationsleitungen und Mitarbeitende wurden frühzeitig über die Coachingeinheiten informiert, um Transparenz zu schaffen und die Integration in bestehende Arbeitsabläufe zu ermöglichen. Vor jedem weiteren Termin erfolgte eine erneute Abstimmung mit der jeweiligen Station, damit aktuelle Veränderungen

im Stationsbetrieb berücksichtigt werden konnten.

Das Einzelcoaching umfasste sechs bis acht Sitzungen von jeweils 60 bis 90 Minuten. Inhaltlich orientierte sich das Angebot an den Anforderungen des forensisch-psychiatrischen Arbeitsfeldes und verband fachliche Einarbeitung mit Reflexion, Kompetenzentwicklung und Rollenklärung. Ergänzend fand ein Vor-Ort-Coaching am Arbeitsplatz statt, bei dem Mitarbeitende in realen Arbeitssituationen begleitet wurden, um den Transfer theoretischer Inhalte in die Praxis zu unterstützen.



Abbildung 2: definierte und operationalisierte Wirkdimensionen des Coachings

Jede Coachingeinheit beinhaltete die strukturierte Analyse aktueller Situationen sowie lösungsorientierte Reflexion mit konkreten Umsetzungsvereinbarungen als Grundlage des weiteren Entwicklungsprozesses. Nach der dritten Coachingeinheit fand ein dialogisches Reflexionsgespräch zwischen Mitarbeitenden, Stationsleitung und Coach statt, in dem der bisherige Entwicklungsverlauf gemeinsam reflektiert wurde. Ein weiterer Dialog erfolgte nach Abschluss des Coachingprozesses und diente sowohl der Evaluation der individuellen Entwicklung als auch der Identifikation weiterer Unterstützungsbedarfe.

Studiendesign und Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer moderierten Fokusgruppe mit Pflegefachpersonen, die am Coachingangebot teilgenommen hatten. Fokusgruppen gelten als etabliertes Verfahren der empirischen Sozialforschung zur Erfassung subjektiver Wahrnehmungen, Einstellungen und Erfahrungen in Gruppenkontexten (Schulz, 2012). Die Diskussion ba-

siert auf vier Leitfragen.

1. Ist die Teilnahme am Coaching nützlich für Ihre Arbeit?
2. Nutzen Sie die im Coaching erworbenen Kenntnisse häufig in Ihrer täglichen Arbeit?
3. Sind Sie durch die Anwendung der Coaching-Inhalte zufriedener mit Ihren Arbeitsergebnissen?
4. Können Sie durch die Anwendung der Coaching-Inhalte sicherer auf Herausforderungen im Stationsalltag reagieren?

Die Entwicklung der Leitfragen orientierte sich an zentralen Wirkdimensionen des Coachings, die im Vorfeld theoriegeleitet definiert wurden und als strukturierende Grundlage für die Fokusgruppendifkussion dienten. Gleichzeitig wurde bewusst Raum für eine selbstläufige Diskussion gelassen, um Offenheit und Authentizität der Beiträge zu gewährleisten. Die Auswahl der Wirkdimensionen erfolgte in Anlehnung an das Vier-Ebenen-Modell der Evaluation nach Kirkpatrick (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Diese Dimensionen ermöglichen eine differenzierte Erfassung sowohl der subjektiven Bewertung des Coachingangebots als auch seiner wahrgenommenen Auswirkungen auf das berufliche Handeln im Arbeitsalltag. Das gewählte Vorgehen entspricht etablierten qualitativen Gütekriterien, insbesondere der Balance zwischen Strukturierung und Offenheit (Helferich, 2022).

Die Moderation der Fokusgruppe wurde durch Mitarbeitende der kbo IAK-Stabstellen strategischen Praxis- und Pflegeentwicklung durchgeführt. Durch die externe Moderation innerhalb der Organisationsstruktur, jedoch außerhalb direkter hierarchischer Linien, sollte der Einfluss potenzieller Hierarchieeffekte reduziert und eine möglichst offene Diskussionsatmosphäre gefördert werden (Bergen & Labonté, 2020).

Zur Sicherstellung einer strukturierten und zugleich offenen Datenerhebung wurde die Fokusgruppe anhand eines vorab definierten Moderationskonzepts

durchgeführt. Dieses umfasste einen standardisierten Ablauf sowie eine klare Rollenverteilung zwischen Moderation und CoModeration. Während die Moderation die Steuerung des Gruppenprozesses und die thematische Fokussierung entlang der Leitfragen übernahm, war die Co-Moderation für die strukturierte Dokumentation und Visualisierung zentraler Diskussionsinhalte verantwortlich.

Die Gesprächsführung orientierte sich am Prinzip der inhaltlichen Nicht-Direktivität bei gleichzeitiger Strukturierung des Diskussionsprozesses, um spontane und authentische Beiträge der Teilnehmenden zu fördern. Zur Unterstützung der inhaltlichen Validität wurden zentrale Aussagen während der Diskussion visualisiert und gemeinsam reflektiert. Durch die Betonung von Freiwilligkeit, Anonymität und Offenheit wurde zudem ein vertrauensvoller Kommunikationsraum geschaffen, der die aktive Beteiligung der Teilnehmenden unterstützen sollte.

Stichprobe und Rekrutierung

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte gezielt nach dem Prinzip

des theoretical sampling, um ein möglichst heterogenes Spektrum an Erfahrungen abzubilden (Strübing, 2022). Die Kategorisierung orientierte sich insbesondere am Umfang der in Anspruch genommenen Coachinggespräche, am Zeitpunkt der Nutzung (Berufseinstieg vs. bestehende Tätigkeit) sowie am beruflichen Erfahrungshintergrund.

Zunächst wurden alle potenziellen Teilnehmer angeschrieben und über den Evaluationsprozess informiert. Im nächsten Schritt wurden die Rückmeldungen, die eine Teilnahmebereitschaft signalisierten, nach den festgelegten Kriterien kategorisiert. Dieser Schritt hatte das Ziel, eine breite Palette an Perspektiven in der Diskussion abzubilden. Die Auswahl der finalen Teilnehmenden erfolgte gezielt anhand dieser theoretischen Kriterien, um ein möglichst heterogenes Bild der Erfahrungen mit dem Coachingangebot zu schaffen.

Die tatsächliche Stichprobensammensetzung zeigt, dass ein Großteil der definierten Kategorien in der Fokusgruppe vertreten war. Lediglich zwei der ursprüng-

lich definierten Kategorien konnten nicht abgebildet werden.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass für Kategorie 1 keine Teilnahmebereitschaft vorlag und Kategorie 3 im Gesamtkollektiv nur einmal vertreten war und die betreffende Person kurzfristig ausfiel.

Die Abbildung der theoretisch definierten Kategorien in der Stichprobe ist in Tabelle 1 dargestellt.

In der Teilnehmerakquise wurden insgesamt 33 Personen über die Möglichkeit einer Teilnahme an der Fokusgruppe in Kenntnis gesetzt. Von diesen haben 15 Personen (ca. 45 %) ihr Interesse und ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme signalisiert. Final haben sechs Personen ($\approx 18\%$ der kontaktierten Personen bzw. 40 % der Interessierten) an der Fokusgruppe teilgenommen. Dies ist auf Dienstplanveränderungen, Klinikwechsel und Erkrankungen zum Zeitpunkt der Fokusgruppe zurückzuführen.

Die Teilnahme in der Fokusgruppe war freiwillig, und die Mitarbeitenden hatten keine Nachteile

Kategorie	Beschreibung	in Fokusgruppe vertreten
1	Mitarbeitende mit 3–4 Gesprächen, Angebot nach Reflexion beendet	Nein
2	Mitarbeitende mit 3–4 Gesprächen, Angebot fortgeführt	Ja
3	Mitarbeitende mit 6–8 Gesprächen, Angebot regulär beendet	Nein
4	Mitarbeitende mit grundsätzlicher Berufserfahrung	Ja
5	Mitarbeitende direkt nach dem Examen	Ja
6	Mitarbeitende mit Vorerfahrung im §64 vor Einführung des Coachings	Ja
7	Mitarbeitende, die das Coaching direkt zum Arbeitsbeginn nutzten	Ja

Tabelle 2: Abbildung der theoretisch definierten Kategorien in der Stichprobe

bei Nichtteilnahme. In einem Ergebnisprotokoll, das keine personenbezogene Zuordnung der Antworten enthält, wurden die Diskussionsinhalte zusammengefasst. Nach der Auswertung wurden alle erhobenen Daten gemäß der DSGVO1 gelöscht.

Datenauswertung

Die Auswertung erfolgte mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) in Kombination mit deduktiv-induktiver Kategorienbildung (Mayring & Fenzl, 2022).

Zur weiteren Verdichtung zentraler Inhalte und zur Herausarbeitung übergreifender Themen erfolgte ergänzend eine strukturierende Zusammenfassung im Sinne einer Clusterbildung. Dieses Vorgehen entspricht praxisorientierten Auswertungsformen für Fokusgruppen (Schulz, 2012) und ermöglicht eine nachvollziehbare und systematische Darstellung der Ergebnisse.

Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der zuvor definierten Wirkdimensionen, die als analyti-

sche Struktur zur Bewertung der wahrgenommenen Wirksamkeit des Coachingangebots dienen.

Transfersicherheit und Nutzbarkeit im Arbeitsalltag

Deutlich wird die hohe Praxis- und Transferorientierung des Coachings. Inhalte konnten unmittelbar in den Arbeitsalltag integriert werden, insbesondere im Umgang mit Dokumentation und rechtlichen Anforderungen. Aussagen wie „Besprochenes konnte in den Arbeitsalltag übernommen werden“ verdeutlichen dies.

Dies deutet darauf hin, dass insbesondere praxisnahe Reflexionsprozesse sowie die Bearbeitung konkreter Fallsituationen eine zentrale Rolle für die Wirksamkeit des Coachings im forensischen Setting spielen.

Handlungsfähigkeit und professionelle Selbstwirksamkeit

Die Teilnehmenden berichten über eine gesteigerte Handlungssicherheit und professionelle Selbstwirksamkeit. Das Coaching unterstützte die Entwicklung einer reflektierten beruflichen Haltung sowie die sichere Bewältigung

komplexer Situationen. Aussagen wie „ich habe es gemeistert“ verdeutlichen diesen Effekt.

Zufriedenheit und subjektiver Nutzen

Das Coaching wurde als geschützter Raum für Reflexion und persönliche Entwicklung wahrgenommen. Besonders relevant waren Verlässlichkeit der Termine, Qualität der Beziehung zum Coach sowie die Möglichkeit individueller Reflexion. Diese Faktoren trugen zur Reduktion anfänglicher Skepsis und zur nachhaltigen Nutzung bei.

Einfluss der Beziehungsebene

Ein weiterer zentraler Aspekt der Erkenntnisse ist die starke personelle Bindung des Coachingangebots. Die wahrgenommene Wirksamkeit wurde von den Teilnehmenden eng mit der Person des Coachs verknüpft. Die persönliche und fachliche Eignung des Coachs sowie die ihr entgegengebrachte Wertschätzung wurden von allen Teilnehmenden übereinstimmend als bedeutsam hervorgehoben und prägten den gesamten Diskussionsverlauf.



Abbildung 3: Datenauswertung und Verdichtung der Ergebnisse

Limitationen der Evaluation

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind mehrere Limitationen zu berücksichtigen.

Zunächst ist die begrenzte Stichprobengröße zu nennen. An der Fokusgruppe nahmen sechs Personen teil, wodurch die Ergebnisse nicht im Sinne quantitativer Forschung generalisierbar sind. Ziel der Untersuchung war jedoch eine vertiefte, explorative Erfassung subjektiver Wahrnehmungen, so dass die gewählte Stichprobengröße im Rahmen qualitativer Forschung als angemessen betrachtet werden kann.

Darüber hinaus ist eine mögliche Selbstselektionsverzerrung zu berücksichtigen. Es ist anzunehmen, dass insbesondere Mitarbeitende mit einer grundsätzlich positiven Haltung gegenüber dem Coachingangebot an der Fokusgruppe teilgenommen haben. Perspektiven von Personen, die das Angebot frühzeitig beendet oder nicht angenommen haben, sind in der Stichprobe nicht vertreten und könnten zu einer differenzierteren Bewertung beitragen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die soziale Erwünschtheit im Gruppensetting. Trotz der bewussten Gestaltung eines möglichst offenen und hierarchiefreien Diskussionsraums kann nicht ausgeschlossen werden, dass Teilnehmende ihre Aussagen an gruppenspezifische Erwartungen angepasst haben.

Zudem ist die starke Personengebundenheit des Coachingangebots zu berücksichtigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die wahrgenommene Wirksamkeit eng mit der Person des Coaches verknüpft ist. Inwieweit die Effekte auf das Coachingkonzept selbst

oder auf individuelle Faktoren der Durchführung zurückzuführen sind, kann im Rahmen dieser Evaluation nicht eindeutig differenziert werden.

Schließlich ist anzumerken, dass die Untersuchung auf subjektiven Einschätzungen der Teilnehmenden basiert. Objektive Effekte, beispielsweise im Sinne messbarer Veränderungen von Arbeitsprozessen oder Patientenergebnissen, wurden nicht erhoben.

Schlussfolgerung und Entwicklungsperspektiven

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass Coaching im untersuchten Setting insgesamt als wirksames Instrument zur Förderung beruflicher Kompetenzen und persönlicher Entwicklung wahrgenommen wird. Insbesondere werden positive Effekte hinsichtlich Handlungssicherheit, professioneller Selbstwirksamkeit, Zufriedenheit sowie der praktischen Anwendbarkeit im beruflichen Alltag deutlich. Die Analyse weist darauf hin, dass Coaching insbesondere dort wirksam wird, wo theoretisches Wissen mit praktischer Handlungskompetenz verbunden und die professionelle Selbststeuerung von Mitarbeitenden gestärkt wird.

Gleichzeitig sind die Ergebnisse vor dem Hintergrund der begrenzten Stichprobengröße sowie möglicher Selbstselektionsprozesse vorsichtig zu interpretieren. Dennoch liefern die erhobenen Daten konsistente Hinweise auf eine hohe subjektive Relevanz und wahrgenommene Wirksamkeit des Coachingangebots.

Neben den positiven Effekten wurden auch Weiterentwicklungsbefürfnisse identifiziert. Diese betreffen

insbesondere die Ausweitung des Angebots auf erfahrene Mitarbeitende sowie eine stärkere Integration von Coaching in Team- und Organisationsentwicklungsprozesse. Die Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Coaching im untersuchten Setting nicht nur ein relevantes Instrument individueller Personalentwicklung darstellt, sondern darüber hinaus Potenziale für strukturelle und teambezogene Entwicklungsprozesse besitzt.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden strukturellen Herausforderungen im Gesundheitswesen kann Coaching einen wichtigen Beitrag zur Förderung von Reflexionsfähigkeit, Handlungskompetenz und professioneller Entwicklung leisten. Gleichzeitig bleibt kritisch festzuhalten, dass Coaching strukturelle Defizite wie Personalmangel oder unzureichende Führungsstrukturen nicht kompensieren kann, sondern diese im Sinne qualitativer Personal- und Organisationsentwicklung ergänzt.

Literatur

- Bachmann, T. (2016). Implizite Theorien über Lernen und Veränderungen durch Coaching in Organisationen – Eine empirische Untersuchung. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching (OSC)*, 23(3), 231–253. <https://doi.org/10.1007/s11613-016-0467-z>
- Bergen, N. & Labonté, R. (2020). „Everything Is Perfect, and We Have No Problems“: Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qualitative health research*, 30(5), 783–792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Gasche, R. (2021). *Chefsache Coaching: Dimensionen eines wirksamen Business-Tools*. Springer.
- Graßmann, C. (2022). Die Arbeitsbeziehung im Coaching: Ein Forschungsüberblick und Handlungsempfehlungen für die Praxis. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 29(3), 331–346. <https://doi.org/10.1007/s11613-022-00000-0>

org/10.1007/s11613022-00774-3

Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 875–892). Springer VS.

Kirkpatrick, D. L. & Kirkpatrick, J. D. (2006). Evaluating training programs: The four levels (3. ed.). Berrett-Koehler Publishers; McGraw-Hill.

Krupp, I., & Voulgaris, A. (2024). Psychiatrische Wartelisten im Gefängnis im Rahmen der psychiatrischen „Bettenkrise“ in Irland. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 18, 177–179. <https://doi.org/10.1007/s11757-024-00824-9>.

Kuckartz, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Auflage). Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa. <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-3682-4.pdf>

Loffing, D., & Loffing, C. (2010). Mitarbeiterbindung ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. Berlin: Springer.

Loss, W. & Rauen, C. (2021). Einzel-Coaching – Das Konzept einer komplexen Entwicklungsbeziehung. In Rauen, C. (Hrsg.), Handbuch Coaching (S. 67–90). Hogrefe.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 691–706). Springer VS.

Müller, J. L., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., Wolf, T., Dudeck, M., Hartl, C., Jakovljevic, A. K., Klein, V., Knecht, G., Müller-Isberner, R., Muysers, J., Schlitz, K., Seifert, D., Simon, A., Steinböck, H., Stuckmann, W., Weissbeck, W., Wiesemann, C. & Zeidler, R. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. Nervenarzt, 88, 1–29. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0382-3>.

Radic, M. (2025). Mehr als ein Trend: Coaching als Erfolgsfaktor in der Personalentwicklung psychiatrischer Kliniken (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). IU Internationale Hochschule, Erfurt.

Rauen, C. (2021). Tools in Coaching. In Rauen, C. (Hrsg.), Handbuch Coaching (S. 549–574). Hogrefe.

Schulz, M. (2012). Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung (S. 9–22). Springer VS.

Strübing, J. (2022). Grounded Theory und Theoretical Sampling. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S.

587–606). Springer VS.

Wissenschaftsrat. (2023). Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Köln. <https://doi.org/10.57674/6exf-am35>.



Toni Goldbergk

B.A. Pflegemanagement

Pflegedienstleitung Klinik für
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie § 64 StGB



Mirela Radic

B.A. Pflegepädagogin,
Coaching und Mitarbeiter_innenentwicklung,
kbo Klinik für forensische Psychiatrie
und Psychotherapie §64



Sabine Brüchmann

M.A. Mental Health / FKS f. Psych.

Strategische Praxis- und Pflegeentwicklung kbo IAK



Wahrnehmung durch das Unbewusste

Zur Intuition in der psychiatrischen Arbeit

Plötzlich wird es laut auf der Station. Thomas, ein langjährig erfahrener Pfleger, eilt zum Ort des Geschehens. Als den Kontrahenten klar wird, dass die psychiatrisch Tätigen zum Ort der Auseinandersetzung kommen, beruhigen sie sich schnell. Sie ahnen, dass die Auseinandersetzung Konsequenzen haben wird. Thomas hat ein Gespür dafür, was geschehen ist. Aus der Menge der Unterbrachten auf dem Stationsflur ruft er zwei Menschen zu sich, verschwindet mit ihnen im Gesprächsraum.

Was Thomas in dieser Situation half, dies war seine Intuition. Die Intuition ist in der psychia-

trischen und psychotherapeutischen Praxis ein Phänomen, das Wunder zu wirken scheint. Es gibt Menschen, die verbinden sie mit dem schwer begreifbaren Bauchgefühl. Wieder andere schreiben handelnden Menschen ein Erfahrungswissen zu, das in konkreten, manchmal gefährlichen Situationen ein Schlüssel zum Gelingen ist.

Die psychotherapeutische, pädagogische und psychiatrische Wissenschaft weiß die Intuition nicht gelingend zu beschreiben. Am ehesten nähert sich

die Phänomenologie, eine philosophische Denktradition aus dem 20. Jahrhundert, der Intuition an. In der Phänomenologie geht man von zwei Erkenntniswegen aus. Einerseits kommt Erkenntnis durch eine geistige Leistung zustande. Andererseits entsteht Erkenntnis durch leibli-



AUF EINEN BLICK

- Intuition = Wahrnehmung durch das Unbewusste, kein Zufall
- Erfahrung ist der Nährboden der Intuition – ohne sie: Scharlatanerie
- Verstand und Gefühl arbeiten zusammen, nicht gegeneinander
- Bei Komplexität und Zeitdruck oft unverzichtbar – aber rational hinterfragen
- Intuition ≠ Impulsivität: innere Gewissheit statt Angst und Hektik

ches Erspüren.

Blickt man nüchtern auf die angedeutete Krisensituation auf einer psychiatrischen Station und den zur Hilfe eilenden Thomas, so wird der erfahrene Pflegefachmann erspürt haben, was sich unter den untergebrachten Menschen zuge tragen hatte. Ihm sind nicht nur viele Krisensituationen und deren Bewältigung geläufig. Er kennt unglaublich viele seelisch erkrankte Menschen, die er begleiten muss. Viele seit Jahren und Jahrzehnten, viele immer wieder. So sind ihm auch die Dynamiken, die zwischen Menschen, die auf engem Raum aufeinander angewiesen sind, vertraut.

Die Intuition, die Thomas als psychiatrisch Pfleger hat, ist nicht unbedingt der Schraubendreher oder eine Zange aus der Werkzeugtasche, bei deren Handling klar ist, dass eine unmittelbare Lösung für ein anstehendes Problem parat steht. Eher ist die Intuition hilfreich, sich in schwierigen Situationen zu orientieren.

Beobachtungen unverzichtbar

Angehörige psychisch erkrankter Menschen kennen sich oft auch mit der Intuition aus. Die Intuition hilft ihnen bei der Begleitung ihnen lieber Menschen. Sie haben das Gefühl dafür, wenn beim Lebenspartner oder der Tochter wieder eine manische Episode droht. An- und Zugehörige haben keine medizinischen Klassifikationssysteme

gelernt. Sie können die psychopathologischen Vokabeln, die psychiatrisch Tätige kennen, nicht aufsagen. Aber sie beobachten den geliebten Menschen immer wieder und können sehr konkret den Moment beschreiben, in dem der Sohn oder die Lebenspartnerin in die psychotische Parallelwelt abgeglitten ist.

Auf die Beobachtungen und die Beschreibungen können beispielsweise die psychiatrisch Tätigen nicht verzichten. Sie sind eine gute Unterstützung, um vielleicht im Gespräch mit einer oder einem Betroffenen abzugleichen, wie die Fremd- und die Eigenwahrnehmung zum Erleben der eigenen Symptome ist.

„Gefühle und Verstand sind nicht die Gegner, zu denen wir sie in unserer abendländischen Kultur gemacht haben. Vielmehr arbeiten die Gefühle und der Verstand meist Hand in Hand. Gerade in kritischen Situationen greifen unsere Gefühle dem Verstand unter die Arme und helfen ihm, schnell zu einer Entscheidung zu gelangen, die unser Überleben sichern soll“, schreibt der deutsch-niederländische Wissenschaftsjournalist Bas Kast (Kast, 2009, S. 51). Für psychiatrisch Tätige, insbesondere psychiatrisch Pflegende, ist diese Aussage von großer Bedeutung. In der pflegerischen Praxis scheint es vielerorts einen Graben zwischen Erfahrungswissen und evidenz-basiertem Wissen zu geben – immer noch. Dabei ist beispielsweise das Fundament

von Erfahrungs- und evidenz-basiertem Wissen wichtig, damit das Fühlen, das Denken und das Handeln ineinandergreifen. Gleich diversen Zahnrädern.

„Weil wir Gefühle haben, irren wir nicht ziellos durch die Welt“, schreibt Kast an einer anderen Stelle (Kast, 2009, S. 53). Wird es im psychiatrischen Alltag kritisch, dann sind Gefühle erfahrungsgemäß handlungsleitend. Sie geben den Pflegefachpersonen in unmittelbaren Situationen die Orientierung, in welche Richtung sie eine Interaktion bewegen müssen oder ob es notwendig ist, Deutlichkeit zu zeigen und einem Gegenüber gar klare Grenzen aufzuzeigen. Ohne die Gefühle und eine gute Portion Erfahrungen wäre die Gefahr groß, eine Situation zu eskalieren.

Annähernde, suchende Haltung

Psychiatrisch Versorgende setzen in der Regel auf Beratungs- und Psychoedukationsmodule, um mit den Betroffenen sowie deren Zu- und Angehörigen ins Gespräch zu kommen. Sie haben die Eigenheit, dass sie mit einer klaren Struktur und bekannten Inhalten eine wechselseitige Akzeptanz voraussetzen. Sich mit Intuition einzelnen Menschen, einzelnen Phänomenen und einzelnen Situationen zu nähern, setzt eine andere Haltung voraus. Es ist eine annähernde, suchende Haltung, die nicht darauf hinausläuft, konkrete Lösungen für anstehende Probleme in der Hand zu nehmen.

Intuition hat vielleicht auch etwas mit Kontemplation zu tun. Bei der Kontemplation geht man davon aus, dass etwas angeschaut wird und der Blick auf etwas gerichtet wird. Dafür braucht es Geduld und Einfühlungsvermögen. Thomas hat nach seinen vielen Jahren in der psychiatrischen Versorgung die Ruhe und die Empathie, sich mit den Phänomenen zu beschäftigen, mit denen er Tag für Tag konfrontiert ist.

Intuition gibt nicht nur in schwierigen Situationen die Gelassenheit und Zielgerichtetheit, das wahrscheinlich Richtige zu tun. Sie hilft nicht nur, die Situation zu beherrschen – anstatt die Menschen in existentiellen Krisen. Intuition zeigt den helfenden Menschen auch, welche Worte in bestimmten Situationen zu finden sind. Intuition entfernt die psychotherapeutischen oder psychiatrischen Praktiker davon, dem Gegenüber nur mit therapeutischem Vokabular zu begegnen. Intuition gibt die Einsicht darin, dass in dem einen Moment ein strengeres Wort genutzt werden kann. Oder auch die Unterhaltung in einem Dialekt unverzichtbar ist, um das Gegenüber in der eigenen Lebenswelt abzuholen.

Wenn der Begriff der Intuition in einem Diskurs fällt, da muss auch das Unbewusste seinen Platz haben. Dabei können die Trennlinien zwischen einzelnen Termini gelegentlich unscharf bleiben. Kast schreibt: „Das Unbewusste funktioniert wie ein Schwamm und ein Au-

topilot zugleich: Es scannt die Umgebung nach Informationen ab und kann dann, völlig am bewussten Verstand vorbei, unser Verhalten beeinflussen“ (Kast, 2009, S. 92). Beim Unbewussten geht die Klarheit verloren, trotzdem geschieht das Richtige. Psychiatrische Pflegefachpersonen brauchen das passende Selbstverständnis und Selbstbewusstsein, um auf sich selbst zu vertrauen bzw. die eigene Selbstwirksamkeit zu erspüren. Das Arbeiten mit dem Unbewussten und dem Intuitiven bedarf der Mentalität eines Pfadfinders. Wege können erspürt werden, Wege können erprobt werden.

Fokus verschiebt sich

Dieser Zugang zu Patientinnen und Patienten kontrastiert mit der aktuell herrschenden Tendenz, ärztliches und pflegerisches Handeln in empirisch begründbare, kleine Teilschritte zu zerlegen. Dies zeigt sich zunächst in der Art und Weise, wie eine Diagnose gestellt wird. Wir verwenden eine operationale Diagnostik, mit eindeutigen Ein- und Ausschlusskriterien. Zudem gibt es Skalen und numerische Cut-off-Werte für Depressionen, Psychosen, Borderlinestörungen oder ADHS. Eine Diagnose wird dann und nur dann vergeben, wenn in den «Rating Scales» eine bestimmte Punktzahl erreicht ist. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten orientiert sich an therapeutischen Standards, die sich nach «Best Practices»-Richtlinien richten. Viele psychotherapeutische Verfahren werden als kogni-

tiv-behaviorale «Programme» abgewickelt, in denen die zu bearbeitenden Themen in einem Manual vorgegeben sind. Intuition ist in solchen Konzepten nicht vorgesehen. Wenn ich als forensisch-psychiatrischer Gutachter die Rückfallgefahr eines psychisch kranken Gewaltstraftäters beurteilen muss, stehen mir prognostische Instrumente zur Verfügung, mit denen sich das Rückfallrisiko in Prozenten berechnen lässt, indem die straffälligen, psychisch kranken Rechtsbrecher bestimmten Risikogruppen zugeordnet werden. Mein implizites Erfahrungswissen ist nicht gefragt und kann nur indirekt in die Beurteilung einfließen.

Der Fokus der Medizin verschiebt sich somit immer mehr vom Qualitativen zum Quantitativen, vom Erlebten zum Zählbaren. Was nicht zählbar ist, wird zählbar gemacht. Eine Patientin wird aufgefordert, ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 einzuordnen, womit der Schmerz von einer erlebten Qualität zu einer abstrakten Quantität, einer nackten Zahl transformiert wird. Damit laufen wir als medizinische Fachpersonen Gefahr, einen Schmerz zum Beispiel des Schweregrades 8 zu behandeln, statt eine Patientin, die subjektiv, auf ihre eigene Art und in einem ganz bestimmten Kontext an starken Schmerzen leidet.

Der französische Mathematiker und Philosoph Blaise Pascal (1623-1662) ging davon aus, dass wir unsere Erkenntnis aus

zwei Quellen beziehen: dem «l'esprit géométrique» (dem logischen Denken, das Schritt für Schritt vorgeht) und der «raison de coeur» (der Logik des Herzens, der Intuition, der unmittelbaren Einsicht). Die Logik des Herzens aber sei dem Verstand nicht zugänglich («Le coeur a ses raisons, que la raison ne connaît point»). Nur die Synthese dieser beiden Quellen der Erkenntnis könne die Wirklichkeit ergründen. Blaise Pascal erkannte also schon vor fast 400 Jahren, dass logisches, analytisches Denken für den Erkenntnisgewinn zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist.

Intuitives Denken und Handeln unerlässlich

Viele Entdeckungen und Erfindungen sind nicht die Frucht eines logisch-analytischen Prozesses, sondern entspringen einer Intuition. Albert Einstein bezeichnete die Intuition deshalb als «heiliges Geschenk». Als der schottische Bakteriologe Alexander Fleming 1928 aus dem Urlaub zurückkehrte, fand er eine vergessene Petrischale mit Staphylokokken-Bakterien vor, die mit dem Schimmelpilz *Penicillium Notatum* kontaminiert war. Dabei fiel ihm auf, dass die Bakterien im Umfeld des Schimmelpilzes abgetötet waren. Hätte er aus dieser Beobachtung nicht intuitiv den Schluss gezogen, dass der Schimmelpilz wohl eine bakterientötende Substanz absonderte und dass diese für die Heilung von Infektionskrankheiten nutzbar gemacht werden könnte, hätte er das Antibiotikum Peni-

cillin nicht entdeckt.

Im medizinischen Alltag ist intuitives Denken und Handeln immer, ganz besonders aber bei komplexen Krankheitsbildern und in Notfällen unerlässlich. In solchen Situationen sind klare oder schnelle Entscheidungen erforderlich, selbst wenn nur wenig Informationen verfügbar sind und die Diagnose ungewiss ist. Das «Bauchgefühl», auf das sich dann Ärzte und Pflegende verlassen, ist kein übernatürliches Orakel, sondern eine unbewusste Erfahrungsbasis, auf die zurückgegriffen werden kann. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Erfahrung und Intuition. Wer über mehr Erfahrung und mehr Routine verfügt, kann auf eine zuverlässigere Intuition zurückgreifen.

Wenn wir trotz Unsicherheit beherrscht entscheiden und handeln, verlassen wir die medizinische Wissenschaft und betreiben Heilkunst im besten Sinne des Wortes. Wir überschreiten dabei situativ unpassende Regeln und erschließen auf eine kreative Weise neue Zugänge zu einem Problem. Das kann zu echten Innovationen und Entdeckungen führen. Zugleich kann dieses Vorgehen aber auch irritieren und kognitive Dissonanzen erzeugen, weil dumpfe Gewohnheiten in Frage gestellt werden. Insofern beinhaltet Intuition sowohl Risiken als auch Chancen, denn wer sich immer peinlich genau an tradierte Muster hält, wird nie etwas Neues entdecken. Der Pariser Arzt Philippe Pinel wusste zwar im ausgehen-

den 18. Jahrhundert noch wenig über psychische Krankheiten und deren Zusammenhang mit Verwahrlosung oder sozial unverträglichem Verhalten. Er war aber ein guter Beobachter und spürte intuitiv, dass in den Gefängnissen viele schwer kranke Menschen in Ketten lagen. Indem er sich ab 1793 über die gängigen Vorstellungen der Ursachen des Verbrechens hinwegsetzte und die geisteskranken Menschen in den Pariser Spitälern Bicêtre und Salpêtrière von ihren Ketten befreite, wurde er zu einem Pionier der psychiatrischen Wissenschaften.

Intuition Quelle vieler Ideen

Der Psychologe und Wirtschaftsnobelpreisträger Daniel Kahnemann rät trotz des unbestrittenen Potenzials, das der Intuition innewohnt: «Zügeln Sie lieber Ihre Intuition». Zu oft träten bei intuitiven Entscheidungen so genannte «Bestätigungsfehler» auf. Das bedeutet, dass wir bei «Bauchentscheidungen» Wahrnehmungen unbewusst so filtern, dass Vorannahmen und Vorteile bestätigt werden. Daraus können sich seiner Meinung nach fatale Fehlentscheidungen ergeben. Wenn zum Beispiel ein Patient den Ruf hat, ein Simulant zu sein, neigen wir dazu, eine tatsächliche schwere Erkrankung zu übersehen. Kahnemann lehnt zwar die Intuition nicht generell ab, weil sie schnellere Entscheidungen ermöglicht als analytisches Denken. Er weist aber darauf hin, dass sie sich rationalen Überlegungen unterordnen sollte (Kah-

nemann, 2011).

In der Medizin und ganz besonders in der Psychiatrie gestaltet sich die Situation komplizierter als in der Wirtschaft, dem hauptsächlichlichen Betätigungsgebiet von Kahnemann. In Notfällen hat man oft nur eine Chance, und die nachträgliche Korrektur eines «falschen» intuitiven Entscheides ist nicht mehr möglich; die kognitive «Korrektur» der Intuition kommt meist zu spät. Bei anderen klinischen Fällen ist die Komplexität der Problemfelder so groß, dass ein ausschliesslich rationales, analytisches Vorgehen zum Vornherein nicht zielführend sein kann. Ausserdem beinhalten Therapie und Pflege nicht nur eine medizinisch-technische Behandlung, sondern auch ein intuitiv-empathisches Einfühlen in die innere Realität eines Patienten oder einer Patientin. Deshalb ist eine Hierarchie abzulehnen, gemäss welcher sich das Rationale dem Intuitiven in jedem Fall unterordnen müsste. Vielmehr sollte ärztliches und pflegerisches Handeln in einem steten Wechselspiel von rationalen Überlegungen und Intuition gründen. Weder kalte Medizinaltechnik noch unberechenbares Bauchgefühl wird den Patientinnen und Patienten gerecht. Ausdruck des hohen Stellenwerts, welchen die Intuition einnimmt, ist die Bezeichnung der Medizin als Erfahrungswissenschaft. Erfahrung ist der Nährboden der Intuition. Intuition ohne Erfahrung wäre Scharlatanerie.

Der Schweizer Psychiater C.G.

Jung (1875-1961) definierte vier psychische Grundfunktionen, wobei er das Denken und das Fühlen als zwei rationale Funktionen bezeichnete, während er das Empfinden und die Intuition irrationale Funktionen seien. Die Intuition umschrieb er als «Wahrnehmung durch das Unterbewusste». Diese Wahrnehmungen hätten den Charakter einer Eingebung. Sie könnten sich zum Beispiel als «Aha-Effekt» manifestieren. Deshalb ist die Intuition die Quelle vieler Ideen. Anders als das überleg-

te, rationale Denken, gelangt die Intuition nicht durch schrittweise Logik zu einer Antwort, sondern durch unvermittelte Erkenntnisse oder Einsichten. Oft ruft sie bei uns wie aus dem Nichts ein Gefühl der Gewissheit oder des Wissens hervor, ohne dass wir genau verstehen, wie wir zu diesem Wissen gelangt sind.

Innere Gewissheit

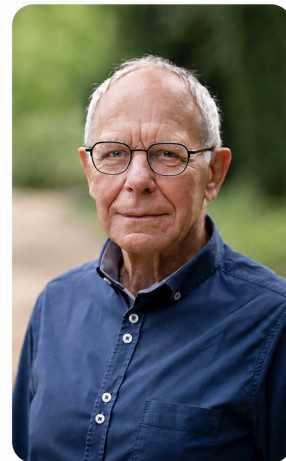
Intuition muss von Impulsivität unterschieden werden, obwohl beide Funktionen schnelles Entscheiden und Handeln unter



Christoph Müller

Christoph Müller ist psychiatrisch Pflegender, Fachautor, Dozent in der Fortbildung beruflich Pflegender.

Er arbeitet derzeit in einer forensischen Ambulanz in der Deutschschweiz und als Fachautor in Wesseling am Rhein (D).



Josef Sachs

Josef Sachs ist forensischer Psychiater.

Er arbeitet als Gutachter und Therapeut im schweizerischen Massnahmenvollzug.

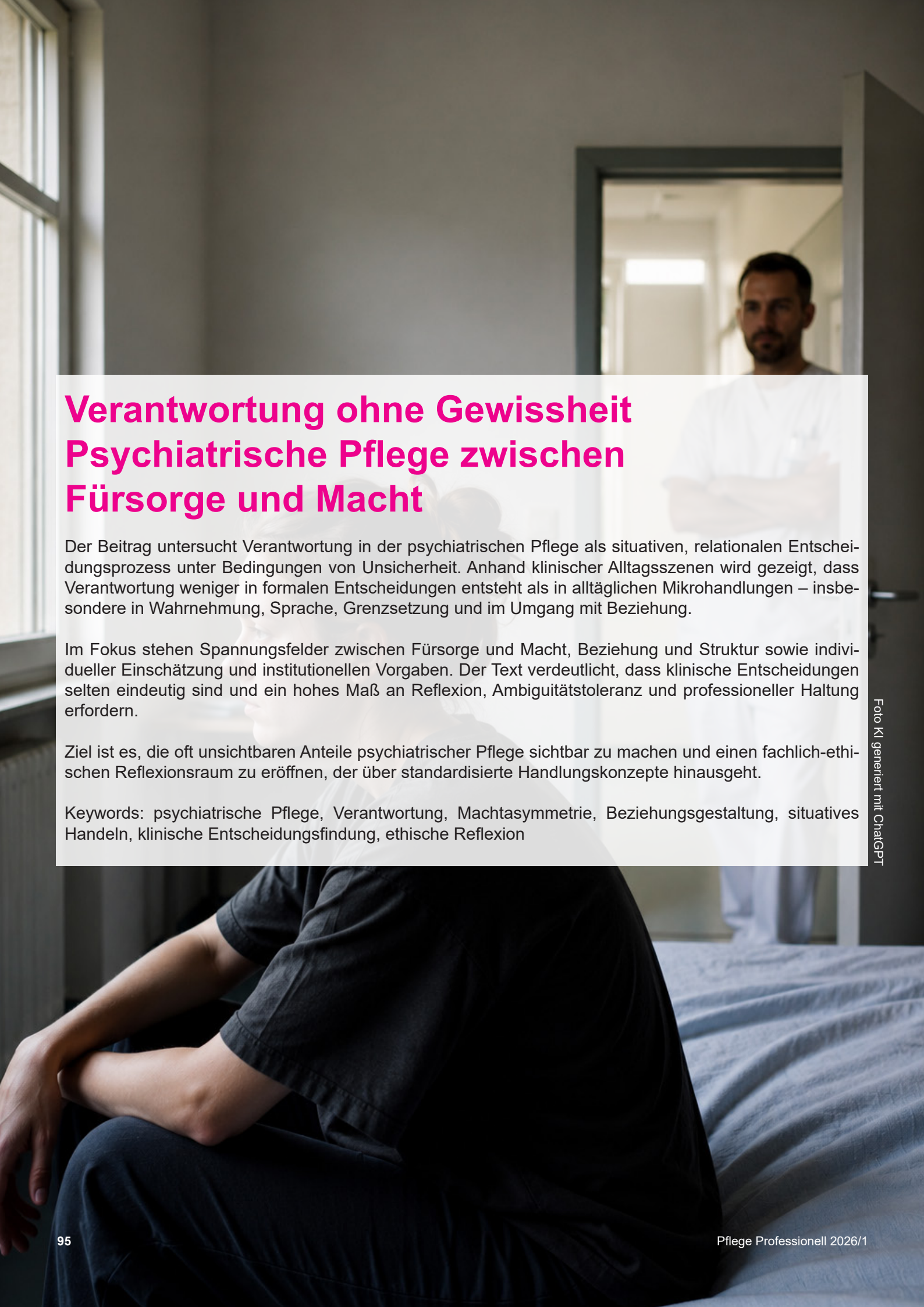
Vor mehr als 15 Jahren haben Sachs und Müller beim Aufbau einer stationären forensischen Versorgung im Kanton Aargau zusammengearbeitet.

weitgehender Ausschaltung von geordneten, kognitiven Prozessen ermöglicht. Impulsives Reagieren entsteht aber aus einer Angst und Unsicherheit heraus. Es wirkt hektisch, überstürzt und inkohärent. Dem gegenüber zeichnet sich eine intuitive Reaktion auf eine Herausforderung durch innere Gewissheit, Ruhe und Souveränität aus. Intuitives Handeln wirkt sich auch beruhigend auf das Umfeld aus. Es weckt Vertrauen und Zuversicht.

Abgegrenzt werden muss die Intuition auch von der emotionalen Intelligenz. Unter emotionaler Intelligenz verstehen wir die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, mit diesen umzugehen und sie – zum Beispiel bei der Gestaltung von Beziehungen – zu nutzen. Dem gegenüber steht der Begriff der Intuition für die Fähigkeit, eine Situation blitzschnell, ohne bewusstes Nachdenken richtig einzuschätzen und entsprechend zu handeln. Beide, Intuition und emotionale Intelligenz, sind Voraussetzung für den Umgang mit kranken Menschen und für erfolgreiches Führen, sei es in einem Spital oder in der Wirtschaft. Es gibt Führungspersonen, die hervorragend organisieren können und alle Führungsgrundsätze beherrschen, aber trotzdem erfolglos bleiben, weil es ihnen nicht gelingt, die Herzen ihrer Mitarbeitenden zu erreichen, so dass sich diese voll und ganz für gemeinsames Ziel einsetzen. Andererseits gibt es Persönlichkeiten, die nie ein Führungsseminar besucht haben, aber im Alltag intuitiv so handeln, dass ihnen ihre Mit-

arbeitenden folgen und Großes leisten. Der «Urwalddoktor» und Friedensnobelpreisträger Albert Schweitzer, der im gabunischen Lambarene ein «Urwaldspital» aufbaute, führte nie nach modernen, operationalisierten Führungsgrundsätzen, sondern kraft seiner humanistischen Überzeugung und seines Vorbildes. Dabei war er trotz beschränkter materieller Mittel erfolgreicher als mancher Manager mit einem hochkarätigen MBA.

Die Literatur kann bei den Autoren erfragt werden.



Verantwortung ohne Gewissheit

Psychiatrische Pflege zwischen Fürsorge und Macht

Der Beitrag untersucht Verantwortung in der psychiatrischen Pflege als situativen, relationalen Entscheidungsprozess unter Bedingungen von Unsicherheit. Anhand klinischer Alltagsszenen wird gezeigt, dass Verantwortung weniger in formalen Entscheidungen entsteht als in alltäglichen Mikrohandlungen – insbesondere in Wahrnehmung, Sprache, Grenzsetzung und im Umgang mit Beziehung.

Im Fokus stehen Spannungsfelder zwischen Fürsorge und Macht, Beziehung und Struktur sowie individueller Einschätzung und institutionellen Vorgaben. Der Text verdeutlicht, dass klinische Entscheidungen selten eindeutig sind und ein hohes Maß an Reflexion, Ambiguitätstoleranz und professioneller Haltung erfordern.

Ziel ist es, die oft unsichtbaren Anteile psychiatrischer Pflege sichtbar zu machen und einen fachlich-ethischen Reflexionsraum zu eröffnen, der über standardisierte Handlungskonzepte hinausgeht.

Keywords: psychiatrische Pflege, Verantwortung, Machtasymmetrie, Beziehungsgestaltung, situatives Handeln, klinische Entscheidungsfindung, ethische Reflexion

„Ruhige Nacht.“
„Emotional instabil.“
„Fordernd.“

Die Übergabe dauert wenige Minuten. Danach ist der Tag nicht mehr offen.

Was psychiatrische Pflege trägt, zeigt sich selten in großen, sichtbaren Entscheidungen. Es entsteht im Alltag – in unscheinbaren Momenten mit weitreichenden Folgen.

In einem Satz, der hängen bleibt. In der Entscheidung, etwas auszusprechen oder zurückzuhalten.

In der Art, wie jemand angesprochen, begrenzt oder begleitet wird. Diese Situationen sind selten eindeutig. Es gibt keine klaren Antworten, keine vollständig sicheren Entscheidungen. Was bleibt, ist die Notwendigkeit, Position zu beziehen – und die Konsequenzen mitzutragen.

Psychiatrische Pflege ist ein Handlungsfeld ohne vollständige Sicherheit. Entscheidungen entstehen nicht auf der Grundlage eindeutiger Fakten, sondern in Situationen, die von Ambivalenz, Zeitdruck und Beziehung geprägt sind. Verantwortung zeigt sich dabei weniger in großen, sichtbaren Interventionen als in alltäglichen Mikroentscheidungen – in Wahrnehmung, Sprache, Grenzsetzung und situativem Handeln.

Dieser Beitrag geht davon aus, dass Verantwortung in der psychiatrischen Pflege keine Anwendung von Regeln ist, sondern eine kontinuierliche, relationale Entscheidungsarbeit unter Unsicherheit. Sie zeigt sich nicht primär in großen Interventionen, sondern in alltäglichen Mikroentscheidungen – in Wahrnehmung, Sprache,

Grenzsetzung und im situativen Handeln.

In diesem Sinne lässt sich professionelles Handeln als klinisches Urteil unter Unsicherheit verstehen – ein Prozess, der, wie Benner beschreibt, nicht primär regelgeleitet, sondern erfahrungsbasiert und kontextsensitiv entsteht. Verantwortung zeigt sich damit nicht in der Anwendung standardisierter Verfahren, sondern in der Fähigkeit, situationsgebunden zu entscheiden, ohne sich auf eindeutige Lösungen stützen zu können.

Wahrnehmen & Deuten – die erste Einordnung

Bevor gehandelt wird, wird eingeordnet. Doch Wahrnehmung entsteht nicht im luftleeren Raum. Sie ist geprägt durch Übergaben, Diagnosen und frühere Beschreibungen.

Wie unterschiedlich derselbe Moment gelesen werden kann, zeigt sich im Alltag oft unspektakulär – und gerade deshalb mit besonderer Schärfe.

Ein Patient sitzt in der Visite. Auf eine Frage antwortet er erst nach einigen Sekunden. Dann sagt er: „Ich weiß nicht, was Sie jetzt von mir hören wollen.“ Später sagt eine Kollegin: „Er war sehr angespannt. Ich hatte das Gefühl, er hatte Angst, etwas Falsches zu sagen.“ Ein anderer Kollege erinnert denselben Moment anders: „Für mich wirkte es eher kontrollierend. So, als wollte er die Situation an sich ziehen.“

Gleiche Frage.
Gleicher Satz.
Gleicher Moment.
Und doch keine eindeutige Wirklichkeit.

Klinische Einschätzungen sind

nicht neutral – sie sind immer bereits Deutung. Sie entstehen aus Erfahrung, Haltung und Erwartung, und sie wirken weiter. Diese Perspektivität klinischer Wahrnehmung ist kein Defizit, sondern Teil professioneller Praxis. Bereits Hildegard Peplau beschreibt Beziehung in der Pflege als wechselseitigen Prozess, in dem Wahrnehmung, Deutung und Reaktion untrennbar miteinander verbunden sind. Einschätzung entsteht damit nicht unabhängig vom Gegenüber, sondern immer im Beziehungsgeschehen selbst.

Welche Beschreibung weitergetragen wird – in Dokumentation, Übergabe oder Behandlung, hat Folgen. Sie beeinflusst, wie einem Menschen begegnet wird: ob er als unsicher gilt oder als manipulativ, ob man ihn schützt, begrenzt oder auf Distanz hält.

Die entscheidende Frage liegt daher nicht nur im Beobachteten, sondern in der Bedeutung, die ihm gegeben wird – und wie bewusst dies geschieht. Objektivität bleibt dabei begrenzt. Einordnungen sind immer Interpretation. Gerade deshalb sind sie überprüfbar – nicht im Sinne von richtig oder falsch, sondern in ihrer Plausibilität, ihrem Kontext und ihrer Wirkung. Eine zentrale Aufgabe besteht darin, die eigene Perspektive ernst zu nehmen, ohne sie absolut zu setzen.

Sprache & Dokumentation – was weiterwirkt

Was in der direkten Begegnung entsteht, endet nicht mit dem Moment. Es setzt sich fort – in Reports, Dokumentationen und Fallbesprechungen. Sprache beschreibt nicht nur Wirklichkeit, sie erzeugt sie mit.

„Patient verweigerte die Thera-

pie“ beschreibt kein Ereignis, sondern eine Bewertung. „Patient blieb während der Gruppentherapie in seinem Zimmer, wirkte erschöpft und kontaktvermeidend“ beschreibt dasselbe Geschehen, ohne es vorschnell festzulegen. Dokumentation bewegt sich damit zwischen Beschreibung und Deutung. Sie hält fest, was war, aber prägt auch mit, wie jemand weiter gelesen wird. Besonders deutlich wird das dort, wo Sprache stark reduziert ist:

- 08:00 – Beginn 1:1-Betreuung gemäß ärztlicher Anordnung. Indikation: akute Suizidalität mit konkreter Handlungsabsicht.
- 08:05 – Patientin im Zimmer, sitzend am Bett. Blick gesenkt. Keine verbale Kontaktaufnahme.
- 08:17 – Nachfrage Toiletten-gang. Begleitung erfolgt. Tür nicht vollständig geschlossen. Sichtkontakt durchgehend.
- 08:32 – Patientin legt sich ins Bett, dreht sich zur Wand. Auf Ansprache keine Reaktion.
- 08:47 – „Können Sie nicht einfach draußen warten?“ Hinweis auf Beobachtungsauftrag. Keine weitere Diskussion.

Die Einträge sind korrekt, präzise, nachvollziehbar. Und dennoch bleibt vieles offen: was die Situation für die Patientin bedeutet hat, welche Entwicklung darin lag und was gehalten wurde – oder nicht. Dokumentation kann nicht alles erfassen. Aber sie entscheidet mit, was sichtbar bleibt. Die Aufgabe liegt deshalb nicht darin, möglichst viel zu schreiben, sondern bewusst zu wählen: ohne vorschnelle Zuschreibungen oder Pathologisierungen. Verläufe zu beschreiben, ohne sie festzuschreiben.

Worte wirken weiter – oft länger als der Moment selbst. Sprache ist dabei nicht nur beschreibend, sondern strukturierend. In Anlehnung an Michel Foucault lässt sich verstehen, dass das, was gesagt und dokumentiert wird, nicht nur Realität abbildet, sondern sie zugleich mit hervorbringt. Dokumentation ist damit immer auch Teil der Wirklichkeitskonstruktion im klinischen Kontext.

Entscheidungen im Moment – im direkten Kontakt

Viele Entscheidungen in der psychiatrischen Pflege entstehen nicht in Besprechungen oder Konzepten, sondern im unmittelbaren Kontakt – in Situationen, die sich nicht ankündigen, nicht planen lassen und oft innerhalb von Sekunden eine Reaktion verlangen. Ein verwirrter Patient steht im Flur, sichtlich angespannt, beginnt sich auszuziehen. Die Situation ist unruhig, potenziell eskalierend. Mehrere Reaktionen sind möglich – von klarer Ansprache bis hin zu körperlichem Eingreifen.

Eine Kollegin sagt ruhig: „Kommen Sie, wir holen erst mal Ihre Jacke.“

Der Patient folgt ihr. Die Situation entspannt sich. Kein Befehl. Keine Konfrontation. Ein Satz, der Orientierung gibt, ohne zu kontrollieren.

Solche Entscheidungen wirken unscheinbar. Und doch bestimmen sie, ob eine Situation eskaliert – oder gehalten werden kann. Doch nicht alle Situationen lassen sich so früh lenken.

Ein Patient geht im Aufenthaltsraum auf und ab. Die Stimme wird lauter, die Bewegungen schneller, der Blick sprunghaft. Gespräche brechen ab, bevor sie beginnen.

„Lassen Sie mich in Ruhe.“

Ich bleibe in etwas Abstand stehen. „Ich sehe, dass es gerade schwierig ist.“

Keine Reaktion.

„Wollen wir kurz rausgehen?“

„Nein.“

Die Situation bleibt stehen. Kein Fortschritt, kein Rückzug. Der Impuls einzugreifen ist da – Struktur zu geben, Grenzen zu setzen. Ich bleibe beim Angebot.

„Ich bleibe kurz hier.“

Er läuft weiter, dichter an den anderen, lauter. Ein Moment, in dem es kippen könnte.

Dann bleibt er stehen.

„Gehen wir kurz raus.“

Wir gehen auf den Flur. Die Situation löst sich nicht sofort. Aber sie kippt nicht.

Entscheidend ist nicht ein einzelner Satz, sondern die Fähigkeit, Spannung auszuhalten, ohne sie vorschnell zu regulieren. Diese Form der Affekttoleranz ist Teil professioneller Beziehungskompetenz und umfasst – im Sinne Peplaus – die fortlaufende Reflexion der eigenen Reaktion im Beziehungsgeschehen.

In Gruppensituationen zeigt sich diese Dynamik noch einmal anders.

Mehrere Patienten sitzen im Raum, das Gespräch beginnt ruhig. Die Beiträge sind vorsichtig, tastend. Dann verändert sich etwas.

„Das bringt hier sowieso nichts.“ Ein Patient wird lauter, fällt anderen ins Wort. Die Sätze werden kürzer, schärfer. Eine Patientin, die eben noch gesprochen hat, wird still, schaut zur Seite, sagt nichts mehr. Ich nehme wahr, wie sich das Gespräch verengt – weg von der Gruppe, hin zu einer einzelnen Stimme. Die Situation ist noch nicht eskaliert, aber sie beginnt zu kippen.

Ich könnte sofort eingreifen, strukturieren, begrenzen. Oder den Moment noch stehen lassen. Ich entscheide mich zu warten. Nicht aus Zurückhaltung, sondern um zu sehen, ob sich die Gruppe selbst reguliert – ob jemand widerspricht, ob eine andere Perspektive Raum bekommt. Nichts davon passiert. Der Patient wird dominanter, die anderen bleiben still.

Jetzt greife ich ein: „Ich merke, dass es gerade unruhig wird – und dass nicht mehr alle zu Wort kommen.“ Der Satz benennt, ohne zu bewerten. Er bringt den Blick zurück auf die Gruppe. Einzelne schauen wieder auf, jemand knüpft an den vorherigen Gedanken an. Das Gespräch wird nicht wieder ruhig im ursprünglichen Sinn, aber es wird wieder gemeinsam getragen.

Entscheidend ist hier nicht das sofortige Eingreifen, sondern der Moment, in dem klar wird, dass die Situation sich nicht mehr von selbst hält.

Nicht jede Form professionellen Handelns zeigt sich im Tun. Manchmal liegt sie genau darin, es nicht zu tun.

Ein Patient ist weiterhin präsent, aber im Kontakt schwer erreichbar. Antworten werden knapper,

der Blick weicht aus, Gespräche brechen schnell ab. Er bleibt im Raum – und entzieht sich gleichzeitig.

Im Team entsteht die Frage, ob man stärker aktiv werden müsste. Mehr Gespräche anbieten, gezielter nachfragen, ihn mehr einbinden. Alles fachlich nachvollziehbar. Gleichzeitig wird deutlich: Mehr Druck würde den Rückzug eher verstärken.

Ich entscheide mich, weniger zu tun. Kurze, verlässliche Kontakte. Präsenz ohne zusätzliche Anforderungen. Ansprechbar bleiben, ohne etwas einzufordern.

Es wirkt zunächst passiv. Und ist doch eine bewusste Entscheidung. Nicht-Handeln ist hier kein Ausweichen, sondern eine gezielte Form von Intervention.

Grenzen setzen – zwischen Schutz und Kontrolle

Was häufig als Einschränkung verstanden wird – als etwas, das trennt oder zurückweist – zeigt sich in der Praxis anders. Klarheit im Umgang ist kein Zeichen von Härte, sondern Ausdruck professioneller Beziehungsgestaltung und Respekt.

Viele Patientinnen und Patienten prüfen diesen Rahmen. Nicht, um ihn zu unterlaufen, sondern um zu erfahren, ob er trägt.

Ein verlässlicher Rahmen bedeutet:

- Jemand passt auf.
- Jemand bleibt.
- Jemand meint es ernst.

Das Schwierige ist nicht das Setzen einer Grenze. Sondern das Aushalten dessen, was sie auslöst:

Ablehnung.

Widerstand.

Manchmal auch Enttäuschung.

Und die Frage, ob man bereit ist, in der Beziehung nicht nur verständnisvoll zu sein – sondern auch klar. Nicht jede Begrenzung wird als Hilfe erlebt. Und nicht jede Entscheidung führt zu Zustimmung. Es bedeutet auch, nicht darauf angewiesen zu sein, verstanden oder gemocht zu werden.

Grenzen entstehen häufig im Spannungsfeld unterschiedlicher fachlicher Einschätzungen.

„Wir sollten sie heute aus der Gruppe rausnehmen.“

„Warum?“

„Sie kippt jedes Mal, sobald es persönlicher wird.“
„Oder sie wird erst dann sichtbar.“

Kurze Pause.

„Sie destabilisiert die anderen.“

„Sie zeigt, was ohnehin da ist.“

„Sie steigert sich rein.“

„Oder sie kommt endlich an etwas ran.“

„Wir müssen die Gruppe schützen.“

„Und sie auch. Aber vielleicht nicht, indem wir sie rausnehmen.“
Ein Blickwechsel.

Gestern hat sie eine andere Patientin komplett überrollt.“
„Und danach zum ersten Mal gesagt, was eigentlich los ist.“

Stille.

„Das Risiko ist mir zu hoch.“

„Das Risiko gehört dazu.“

„Wenn das eskaliert, tragen wir die Verantwortung.“

„Die tragen wir auch, wenn wir sie jedes Mal abbrechen lassen.“

Niemand spricht weiter.

„Ich nehme sie heute raus“, sagt der Arzt schließlich.

Kurze Pause.

„Dann setze ich mich danach zu ihr“, sage ich.

Beide Perspektiven sind fachlich begründbar. Die Entscheidung selbst ist nur ein Teil davon. Der andere Teil ist, sie zu vertreten – und ihre Folgen mitzutragen. Ein Nein beendet eine Situation nicht. Es verändert sie.

Ein Großteil der Begrenzungen entwickelt sich nicht im Team, sondern im konkreten Interaktionsgeschehen.

Eine Patientin fordert wiederholt Gespräche ein – nicht zu festen Zeiten, sondern spontan, oft in Momenten, in denen es gerade nicht möglich ist. Es geht nicht um akute Krisen. Sie ist präsent, orientiert, ansprechbar. Sichtbar wird ein anderes Muster: Dringlichkeit wird notwendig, um gehört zu werden.

„Haben Sie kurz Zeit? Nur fünf Minuten.“

Ich weiß, dass es nicht bei fünf Minuten bleiben wird.

Ein spontanes Gespräch würde entlasten – und gleichzeitig das

Muster verstärken.

„Jetzt gerade nicht. Wir haben unser Gespräch um drei.“

„Aber mir geht es jetzt schlecht.“

Der Impuls, nachzugeben, ist sofort da.

Ich bleibe dabei.

„Ich bin um drei für Sie da.“

Sie geht. Unzufrieden.

Später kommt sie zurück. Ruhiger. Das „Nein“ ist nicht angenehm. Aber verlässlich.

Grenzen entstehen im Moment und werden im Verlauf überprüft, angepasst. Nicht jede trägt.

Was Orientierung gibt oder begrenzt, zeigt sich oft erst im Nachhinein.

Regeln – anwenden oder abweichen

Stationsregeln schaffen Orientierung. Sie strukturieren den Alltag und sorgen dafür, dass Zusammenleben möglich bleibt. Gleichzeitig entstehen Situationen, in denen ihre Anwendung nicht eindeutig ist. Verantwortung zeigt sich hier nicht nur im Einhalten, sondern auch im begründeten Abweichen.

Eine Patientin, zwangsweise aufgenommen, vermeidet den Speiseraum. Die Anspannung ist deutlich: flacher Atem, unruhiger Blick, kaum Blickkontakt. Mehrere Versuche, sie zur Teilnahme zu motivieren, brechen schnell ab.

Die Regel ist klar: gemeinsame Mahlzeiten im Essraum.

Ich könnte darauf bestehen. Struktur geben, Exposition einfordern.

Oder ich kann sie in diesem Moment anders gewichten, denn gleichzeitig ist spürbar, dass genau das die Situation im Moment überfordern würde. Ich entscheide mich, ihr das Essen im Zimmer zu ermöglichen – vorerst. Mit der Perspektive, den Schritt in den Speiseraum später wieder aufzunehmen. Die Regel wird damit nicht aufgehoben, sondern in ihrer Funktion angepasst: nicht als Forderung, sondern als Ziel.

In einer anderen Situation zeigt sich die Grenze dieser Flexibilität. Ein Patient fordert wiederholt Ausnahmen ein – zusätzliche Raucherpausen während Gruppentherapien, längere Ausgangszeiten, zusätzliche Gespräche mit dem Oberarzt. Die Begründungen wechseln, die Dringlichkeit bleibt.

„Kann ich jetzt fernsehen?“, fragt er eines Nachmittags um 15.00 Uhr. Die Regel ist eindeutig: Fernsehen erst nach Therapieende um 17.00 Uhr. „Ich kann mich sowieso nicht konzentrieren. Das bringt alles nichts.“ Der Impuls, nachzugeben, ist da. Es würde den Druck aus der Situation nehmen. Gleichzeitig würde genau das die Teilnahme weiter unterlaufen. Ich bleibe bei der Regel: „Der Fernseher geht um fünf an.“

Der Patient reagiert ablehnend, zieht sich zurück, nimmt zunächst nicht an der Therapie teil.

Die Situation bleibt angespannt.

Und doch entsteht Orientierung genau an dieser Stelle – nicht durch Entgegenkommen, sondern durch Verlässlichkeit.

Beide Situationen bewegen sich im selben Spannungsfeld. Es geht nicht darum, Regeln grundsätzlich zu lockern oder strikt durchzusetzen, sondern ihre Funktion im jeweiligen Moment zu beurteilen. Verantwortung liegt darin, abzuwägen, wann Struktur Halt gibt – und wann sie angepasst werden muss, damit sie überhaupt wirksam sein kann.

Im Team – sprechen, widersprechen, Position beziehen

Handeln entsteht nicht nur im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten, sondern auch im Team – dort, wo Beobachtungen geteilt, Einschätzungen formuliert und Entscheidungen vorbereitet werden. Pflege nimmt dabei eine besondere Position ein: nah am Alltag, nah an den Menschen und oft mit einer anderen Perspektive als andere Berufsgruppen. Diese einzubringen ist kein Zusatz, sondern Teil der Rolle.

Im Sinne Hildegard Peplaus ist Pflege kein rein ausführendes Tun, sondern ein eigenständiger, beziehungsorientierter Prozess mit diagnostischer und gestaltender Funktion. Unterschiedliche Perspektiven sind daher keine Störung, sondern Voraussetzung differenzierter Entscheidungsfindung.

In einer Fallbesprechung ging es um eine Patientin, die wiederholt Gespräche abbrach, Termine verpasste und auf Angebote kaum reagierte.

Die Formulierung war schnell gefunden:

„Unkooperativ.“

Kein harter Ton. Eher sachlich, fast beiläufig. Eine Einordnung,

die im Raum stehen bleibt. Ich merke, wie sich in mir etwas dagegen sträubt. Nicht, weil die Beobachtung falsch ist. Sondern weil sie zu glatt ist. Ich könnte nichts sagen. Die Besprechung würde weitergehen – strukturiert, effizient, ohne Reibung. Stattdessen sage ich: „Ich erlebe sie nicht als unkooperativ. Eher als jemanden, der es im Moment nicht schafft, im Kontakt zu bleiben. Wenn sie da ist, ist sie sehr zugewandt. Aber es bricht schnell ab.“

Der Satz verändert keine Fakten. Aber er widerspricht der ersten Einordnung.

Nicht: Wie gehen wir mit Unkooperativität um?

Sondern: Wie gestalten wir Kontakt unter diesen Bedingungen?

Der Unterschied ist klein – und gleichzeitig entscheidend. Es geht darum, nicht bei der ersten plausiblen Beschreibung stehen zu bleiben, sondern die eigene Einschätzung einzubringen – auch dann, wenn sie der Dynamik im Raum widerspricht.

Diskussionen im Team verlaufen selten linear. Unterschiedliche Sichtweisen stehen zunächst nebeneinander – und verändern sich erst im Austausch.

Donnerstag, Rapport.

Der Raum ist voll, die Stimmung konzentriert. „Zimmer sechzehn“, sagt der Assistenzarzt. „Seit zwei Nächten kaum Schlaf. Zunehmend gereizt. Ich würde die Medikation anpassen.“ Die Psychologin hebt den Blick. „In der letzten Sitzung war er klar. Für mich wirkt das eher wie Überforderung als wie eine akute psychotische Zuspitzung.“

- „Er lehnt alle Angebote ab“, sagt die Ergotherapeutin. „Seine finanzielle Situation ist ungeklärt“, ergänzt der Sozialarbeiter.

Ich höre zu. Und merke, dass etwas fehlt. „Er hat gestern mehrfach geklingelt“, sage ich. „Nicht wegen konkreter Anliegen. Er wollte nur wissen, ob jemand da ist.“

Ein kurzer Moment Stille.

„Also eher Angst als Aggression?“, fragt jemand. „Vielleicht beides“, sage ich. „Aber ich glaube nicht, dass wir das über Medikation allein lösen.“

Die Diskussion verändert sich. Es geht nicht mehr nur um Symptome oder Zuständigkeiten, sondern um die Frage, was dieser Patient im Moment braucht.

Die Einschätzungen bleiben unterschiedlich. Und genau darin liegt ihre Stärke.

Macht – unvermeidbar, aber gestaltbar

Macht in der psychiatrischen Pflege wird häufig dort verortet, wo sie am sichtbarsten ist: bei Zwangsmaßnahmen, Freiheitsentzug oder formalen Entscheidungen. Diese Situationen sind einschneidend, rechtlich geregelt und ethisch hochsensibel. Sie machen jedoch nur einen kleinen Teil des tatsächlichen Einflusses im Alltag aus. In diesem Sinne ist Macht nicht primär Besitz oder Handlung, sondern ein relationales Gefüge, das im Alltag ständig hergestellt und verändert wird.

Macht zeigt sich – wie von Michel Foucault beschrieben – auch in subtilen, alltäglichen Praktiken. Sie wirkt in Blicken, in zeitlicher Zuwendung, in Sprache und in der

Struktur von Möglichkeiten. Gerade diese wenig sichtbaren Formen von Einfluss prägen den klinischen Alltag in besonderem Maß: in der Art, wie entschieden wird, in dem, was gesagt oder nicht gesagt wird, und in dem, was ermöglicht oder begrenzt wird.

Wer erhält wann ein Gespräch?
Wer muss warten?
Wie lange bleibt eine Tür offen?
Wie lange wird Präsenz aufrecht erhalten?

Eine Patientin sitzt im Gespräch. Sie spricht schnell, wechselt zwischen Themen und kehrt immer wieder zum selben Punkt zurück. Es geht um Angst, Überforderung und das Gefühl, nicht mehr zurechtzukommen.

Ich höre zu, bleibe im Kontakt und versuche, das Gespräch zu strukturieren. Die Patientin greift diese Angebote jedoch nicht auf und kehrt wiederholt zum Ausgangspunkt zurück. Das Gespräch verliert zunehmend seine dialogische Struktur und wird einseitig.

Solche Situationen können entlasten – und gleichzeitig Muster verstärken.

Ich bemerke, wie Zeit vergeht und gleichzeitig andere Patienten auf Unterstützung warten. In diesem Moment wird deutlich, dass weiteres Zuhören nicht nur hilfreich, sondern auch verstärkend wirken kann. Es geht nicht nur darum, präsent zu bleiben, sondern auch darum, den Zeitpunkt zu erkennen, an dem Präsenz begrenzt werden muss.

Ich entscheide mich, das Gespräch zu unterbrechen: „Ich merke, dass Sie gerade viel loswerden möchten. Gleichzeitig drehen

wir uns im Kreis. Ich komme später noch einmal zu Ihnen.“

Die Patientin reagiert mit dem Vorwurf, allein gelassen zu werden. Der Impuls zu bleiben ist unmittelbar da.

Dennoch gehe ich.

Nicht aus Distanz, sondern um den gesetzten Rahmen aufrechtzuerhalten.

Im weiteren Verlauf zeigt sich, dass das anschließende Gespräch strukturierter und zugänglicher verläuft.

Hier wird Einfluss nicht als offene Kontrolle sichtbar, sondern in der Begrenzung von Präsenz. Entscheidend ist nicht nur, dass gehandelt wird, sondern wann und wie weit.

Unter Druck – wenn Strukturen mitentscheiden

Professionelles Handeln entsteht nicht unter idealen Bedingungen. Es wird in einem Alltag getragen, der geprägt ist von Zeitdruck, Personalknappheit und gleichzeitigen Anforderungen. Viele Entscheidungen entstehen zwischen zwei fachlich begründbaren, aber unvollständigen Möglichkeiten.

Eine Patientin kündigt an, nicht mehr zu können. Ihre Anspannung ist deutlich, die Situation instabil.

Gleichzeitig sitzt ein anderer Patient im Flur, weinend, kaum ansprechbar, und sagt, dass er die Stimmen nicht mehr aushält.

Beide Situationen sind dringlich. Beide erfordern unmittelbare Zuwendung.

Und doch kann ich nicht gleichzei-

tig bei beiden sein.

Ich entscheide mich für eine Richtung – und lasse die andere für einen Moment zurück. Solche Situationen sind kein Ausnahmefall. Sie gehören zum Alltag.

Unsichtbare Anteile – warum sie oft übersehen werden

Ein großer Teil pflegerischer Arbeit bleibt unsichtbar. Nicht, weil er unbedeutend wäre, sondern weil er sich schwer erfassen lässt.

Viele der beschriebenen Situationen hinterlassen keinen eindeutigen Nachweis. Es gibt keine Kennzahl für einen Satz, der eine Eskalation verhindert hat. Keine Statistik für eine Grenze, die Orientierung gegeben hat. Und keine systematische Erfassung für eine Entscheidung, die bewusst nicht getroffen wurde.

Was wirkt, bleibt oft unbenannt.

Diese Form von Arbeit lässt sich nur begrenzt standardisieren. Sie entsteht situativ – abhängig von Person, Kontext und Beziehung. Gerade deshalb passt sie schlecht in Systeme, die Vergleichbarkeit, Effizienz und Messbarkeit verlangen.

Pflege trägt selbst zu dieser Unsichtbarkeit bei. Beziehungsgestaltung, klinische Einschätzung und situative Entscheidungen werden häufig als selbstverständlich vorausgesetzt und nicht als fachliche Leistung benannt. Sie erscheinen als persönliche Fähigkeit – nicht als Ergebnis von Erfahrung, Reflexion und Haltung. Dabei prägt genau diese Arbeit den Verlauf des Alltags: ob Situationen stabil bleiben oder kippen, ob Beziehung trägt oder abbricht, ob Sicherheit über Beziehung entsteht

– oder durch Kontrolle ersetzt wird. Dass sie oft im Hintergrund bleibt, mindert ihre Bedeutung nicht.

Besonders deutlich wird das in Momenten, in denen Handeln nicht mehr aufschiebbar ist.

Eine Patientin befindet sich im Badezimmer. Die Tür ist halb geschlossen, die Situation ungewöhnlich lange ruhig.

Ich klopfe.

Keine Antwort.

Ich öffne die Tür.

Die Patientin sitzt am Boden, den Rücken an die Wand gelehnt. Frische Schnittverletzungen an den Unterarmen. Der Blick wirkt abwesend.

„Wir müssen das jetzt versorgen.“
Keine Reaktion.

Ich trete näher. Sie zieht den Arm zurück.

„Ich will das nicht.“

Der Satz ist leise, aber eindeutig. In diesem Moment gibt es keine konfliktfreie Option.

Ich kann abwarten.

Oder ich kann intervenieren.
Beides hat Konsequenzen.

Ich entscheide mich zu handeln.
Nicht abrupt, aber klar.

Die Situation wird gesichert, die Wunden versorgt, der Handlungsspielraum begrenzt. Die Patientin zeigt Widerstand. Nicht massiv, aber deutlich. Der Blick wird klarer, die emotionale Reaktion intensiver.

„Lassen Sie mich.“ Ich bleibe. Nicht aus Gewissheit, sondern aus der Einschätzung heraus, dass ein Unterlassen in diesem Moment nicht vertretbar ist. Im weiteren Verlauf beruhigt sich die Situation. Die Wunden sind versorgt, die Patientin erschöpft, die Umgebung wieder ruhig.

Viele Interventionen zeigen ihre Wirkung nicht unmittelbar.

Eine Patientin mit ausgeprägten Zwangssymptomen bewältigt alltägliche Abläufe unter hoher innerer Anspannung. Händewaschen, Anziehen, das Verlassen des Zimmers – vieles ist mit wiederkehrenden Kontroll- und Sicherheitsbedürfnissen verbunden und braucht Zeit. In der Klinik ist dafür Raum. Im Alltag außerhalb wird genau das zum Problem: Termine lassen sich nicht einhalten, Wege nicht verlässlich planen, selbst einfache Tätigkeiten geraten zur Hürde.

Ich entscheide mich, klarer zu begrenzen. Ich gebe Zeitvorgaben, unterbreche einzelne Abläufe und begleite sie enger, um die Dauer zu reduzieren. Zunächst wirkt es entlastend. Die Abläufe werden strukturierter, die Situation scheint überschaubarer. In den folgenden Tagen verändert sich jedoch etwas. Die Patientin wirkt angespannter, beginnt einzelne Tätigkeiten ganz zu vermeiden, zieht sich zurück. Die Zwangssymptomatik nimmt nicht ab, sondern verlagert sich – wird weniger sichtbar im Ablauf, aber nicht geringer.

Im Nachhinein stellt sich die Frage, ob das Eingreifen zu früh oder zu direkt war. Ob es weniger unterstützt als vielmehr unter Druck gesetzt hat.
Eine eindeutige Antwort gibt es nicht.

Manche Massnahmen werden erst im Verlauf als hilfreich oder belastend erkennbar – und manchmal in einer Weise, die so nicht vorhersehbar war. Diese zeitliche Verschiebung erschwert die Einordnung von Entscheidungen zusätzlich. Was bleibt, ist keine eindeutige Bewertung. Sondern die Frage nach der Angemessenheit der Entscheidung. Und das Wissen, dass diese Frage bleibt.

Wenn Grenzen erreicht sind – Schuld, Tod und das Danach

Psychiatrische Pflege bewegt sich in Bereichen, in denen Sicherheit nicht vollständig herstellbar ist.

Suizidalität, Fremdgefährdung, Rückfälle – Situationen, in denen der Wunsch entsteht, schützen zu können. Und gleichzeitig Situationen, in denen genau das begrenzt ist.

Ich gehe noch einmal durch die Zimmer. Routine. Ein Blick nach rechts, nach links. Gedämpftes Licht, vertraute Geräusche.

Sein Zimmer ist ruhig.

Zu ruhig.

Ich bleibe stehen, höre hin.

Keine Bewegung.

Ich trete ein.

Der Patient liegt auf dem Rücken, die Hände auf dem Bauch. Die Augen geschlossen.

Ich spreche ihn an.

Keine Reaktion.

Ich gehe näher,
berühre die Schulter.

Kalt.

Der Moment kippt.

Puls prüfen. Kein tastbarer Puls.

„Reanimation.“

Die Abläufe greifen. Stimmen werden lauter, Bewegungen schneller. Reanimation nach Standard.

Später ist es still.

Der Raum leer. Das Bett gemacht.

Und die Frage ist da.

Hätten wir es verhindern können?

Diese Frage gehört zu den schwierigsten in der psychiatrischen Arbeit. Sie richtet sich nicht nach vorne, sondern zurück – nicht auf Handlung, sondern auf Möglichkeit.

Wer war zuletzt bei ihm?

Gab es Hinweise?

Hätte man etwas erkennen können?

Fragen, die selten eindeutig beantwortet werden können.

Ein anderes Mal betrifft es eine Patientin, die lange in Behandlung war. Vertraut, bekannt – und gleichzeitig schwer einschätzbar. Sie bewegt sich häufig an Grenzen, zwischen Stabilität und Destabilisierung.

An diesem Tag zeigt sich keine eindeutige Zuspitzung.

Keine klaren Warnsignale.

Später wird sie aufgefunden.

Und wieder dieselbe Frage.

Was bleibt, ist nicht nur das Ereignis, sondern das Danach.

Gedanken kehren wieder. Situationen werden innerlich rekonstruiert. Entscheidungen werden überprüft, obwohl sie im Moment fachlich begründet waren.

Nicht jeder Verlauf ist vorhersehbar. Nicht jede Entwicklung vermeidbar. Psychische Erkrankungen können tödlich verlaufen – auch unter Beobachtung, auch unter Behandlung.

Nach solchen Ereignissen verändert sich die eigene Einschätzung. Leise. Nicht sichtbar, nicht messbar – aber wirksam: in erhöhter Vorsicht, in veränderten Entscheidungsschwellen, in der Art, wie ähnliche Situationen bewertet werden.

Das kann zu mehr Sicherheit führen – und gleichzeitig zu engeren Grenzen und erhöhter Kontrolle, nicht immer aus fachlicher Notwendigkeit, sondern als Folge der Erfahrung.

Entscheidend ist der Umgang damit:

- Ob solche Erfahrungen reflektiert werden – oder unbemerkt weiterwirken.
- Ob sie im Team geteilt werden – oder individuell bleiben.
- Ob sie zu differenzierter Wachsamkeit führen – oder zu Verunsicherung.

Was wir mit nach Hause nehmen

Ein Dienst endet zu einer bestimmten Uhrzeit. Die Dokumentation ist geschrieben, die Aufgaben sind übergeben. Auf dem Papier ist der Tag abgeschlossen. In der Realität ist er es oft nicht.

Ein Teil der Situationen bleibt. Nicht unbedingt als klare Erinnerung, sondern eher als Nachwirkung. Bilder tauchen auf, manchmal zeitversetzt – abends, wenn es still wird, oder nachts, wenn der Körper bereits zur Ruhe kommen sollte. Einzelne Szenen drängen sich auf, ohne dass sie bewusst erinnert werden: ein Blick, ein Raum, eine bestimmte Situation, die sich nicht vollständig abschließen ließ.

Diese Eindrücke zeigen sich nicht nur gedanklich. Auch körperlich kann etwas nachwirken: Anspannung, die länger anhält als erwartet, eine erhöhte Wachsamkeit, ein Gefühl von Unruhe, das sich nicht eindeutig zuordnen lässt. Der Übergang vom Dienst in den privaten Raum gelingt dann nicht immer unmittelbar.

Diese Form des Nachwirkens entzieht sich der direkten Kontrolle. Sie ist nicht geplant, nicht bewusst herbeigeführt – und gerade deshalb schwer einzuordnen.

Ein Dienst endet formal. Die Arbeit wirkt darüber hinaus weiter – im Körper, oft bevor sie im Denken greifbar wird.

Warum diese Arbeit tragbar bleibt

Sie wird nicht leichter.

Und sie wird nicht eindeutig.

Tragbar wird sie dort, wo sie geteilt wird – im Team, in der gemeinsamen Reflexion, im Wissen, nicht allein zu bleiben.

Und sie bleibt tragbar, weil nicht jeder Moment eskaliert. Weil vieles sich leise stabilisiert – oft ohne dass es sichtbar wird.

Nicht jeder Schritt verändert etwas sofort. Aber manches trägt weiter.

Nicht, weil alles lösbar ist. Sondern weil es einen Unterschied macht, da zu sein.

Tragen, nicht auflösen

Viele Entscheidungen bleiben ambivalent.

Es geht nicht darum, immer richtig zu handeln. Sondern darum, Entscheidungen zu treffen, sie zu reflektieren – und ihre Konsequenzen zu tragen. Psychiatrische Pflege bewegt sich damit in einem Feld, in dem Verantwortung nicht durch Gewissheit entsteht, sondern trotz fehlender Gewissheit übernommen werden muss.

Nicht alles ist steuerbar.

Nicht alles ist vermeidbar.

Was daraus entsteht, lässt sich nicht abschließen.

Es bleibt.

Nicht als Fehler. Nicht als Schuld. Sondern als Teil der Praxis.

Entscheidend ist nicht die Auflö-



Nadine Schuster

Nadine Schuster ist diplomierte Pflegefachfrau in der psychiatrischen Akutpflege und Autorin. In ihrer Arbeit verbindet sie klinische Praxis mit ethischer und gesellschaftlicher Reflexion.

sung dieser Unsicherheit, sondern die professionelle Fähigkeit, sie auszuhalten – und in ihr handlungsfähig zu bleiben.

Literatur

Peplau, H. E. (1991). Interpersonal relations in nursing. New York: Springer.

Foucault, M. (1976). Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Abt-Zegelin, A. (2005). Beziehungsgestaltung in der Pflege. Hannover: Schlütersche.

Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley.

Tronto, J. C. (1993). Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge.

Barker, P. (2001). The tidal model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8(3), 233–240.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings (NG10). London: NICE.

Alle Fotos wurden von der Redaktion mit KI generiert.



Die Maschen der Achtsamkeit: Stricken als pflegerisches Gruppen-Angebot

Stricken ist eine Fertigkeit, die in vielfältiger Weise gesundheitlich positiv wirken kann. Viele Menschen nutzen das Stricken für sich, um ihr seelisches Gleichgewicht wieder zu finden und zu halten. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass Stricken nicht nur ein kreatives Hobby ist, sondern zahlreiche therapeutische Vorteile mit sich bringt.

Dieses Stück „heile(nde) Welt“ möchten die Autorinnen den Fachpersonen nahebringen und sie ermutigen, das Stricken als pflegetherapeutische Intervention gezielt einzusetzen.

Einen therapeutischen Effekt beim Stricken in den Vordergrund zu stellen, zeigt bereits, dass wir unsere Kleidung heutzutage selten selbst herstellen. Heute ist es eher eine Ausnahme, wenn jemand in der Öffentlichkeit strickt. Noch vor 30 Jahren war das völlig anders. Gestrickt wurde in der Freizeit, in öffentlichen Verkehrsmitteln, manchmal im Nachtdienst und sogar im Bundestag – als die Grünen das erste Mal im Parlament auftauchten. Aber es wird noch gestrickt! Es gibt sogar internationale Strick-Wettbewerbe wie die jährlich stattfindende „Sock Madness“ – ein Socken-Schnell-Strick-Wettbewerb in Gruppen über 7 Runden, bei dem Mindestanforderungen erfüllt werden müssen. Nur die Schnellsten einer Gruppe kommen in die nächste Runde. Wer am Ende übrig bleibt, gewinnt. Ob dieser Wettbewerb unter das Thema „therapeutisches Stricken“ fällt, können wir nicht beantworten. Eine Teilnehmerin des Wettbewerbs allerdings betonte gegenüber den Autorinnen mit einem fröhlichen Augenzwinkern „being sane is not mandatory to participate“ (gesund zu sein ist nicht verpflichtend für die Teilnahme).

Evidenzbasierte Forschung zeigt, dass Stricken positive Auswirkung auf die physische und psychische Gesundheit hat. Der Blutdruck sinkt, Symptome von Depressionen und Angsterkrankungen werden geringer, der Demenzverlauf verzögert sich, chronische Schmerzen werden weniger. Stricken entspannt auf eine ähnliche Weise wie Yoga: die Wahrnehmung eigenen Wohlbefindens verbessert sich. Für Menschen, die unter eigenschränkten Fähigkeiten leiden, stellt es eine Möglichkeit dar, kreativ zu sein. Stricken

in einer Gruppe kann Einsamkeit und Isolation mindern. Wenn für einen guten Zweck gestrickt wird (z.B. um einen Erlös aus Strickwaren zu spenden), kann das Gefühl, etwas Nützliches für andere zu tun, die Inklusion verbessern (Riley, Corkhill & Morris, 2013). In einer Veröffentlichung von Knit for Peace – einer gemeinnützigen Organisation in Großbritannien wurde bereits 2010 eine umfassende Literaturstudie durchgeführt, in der Studien über die gesundheitlichen Vorteile des Strickens ausgewertet wurden. In den letzten 20 Jahren hat die Forschung zunehmend die positiven Auswirkungen des Strickens auf die psychische und physische Gesundheit erfasst und bestätigt. Von befragten Patient*innen gaben 92 % an, dass sich ihre Gesundheit und ihre Stimmung verbessert habe, 82 % erlebten einen entspannenden Effekt, 65 % der Strickenden sagten, das Stricken für andere gab ihnen das Gefühl nützlich zu sein (Knit for Peace, 2010). Das Motto von Knit für Peace lautet: We match knitters with good causes – ein Satz, den man mehrdeutig übersetzen kann, z.B. wir bringen Strickende aus guten Gründen zusammen.

Die „guten Gründe“, nämlich die Wirkweisen, bewogen Kollegin Dorotea Gnioth dazu, eine pflegetherapeutische Strick-Gruppe konzeptionell zu entwickeln und in die Praxis einzuführen. Gnioth orientiert sich bei den Themeninhalten und dem Ablauf der Gruppe auf Corkhill's Buch „Mit Stricken gesund und glücklich werden. Der Weg zu mehr Glück, Wellness und Gesundheit“ (Corkhill, 2016). Corkhill hat als ausgebildete Physiotherapeutin in London weitreichende Erfahrungen in zahlreichen Ländern, Krankenhäusern

und Rehaeinrichtungen gesammelt. In der praktischen Arbeit mit Strickgruppen z. B. bei Menschen mit Depressionen gibt es eine Besonderheit, die dazu beiträgt, die Stimmung der Teilnehmenden zu verbessern: Während in der Gruppe gestrickt wird, tauschen sich die Strickenden nur positiv bewertete Erfahrungen aus. Dies wird „count your blessings – (er)zähle Deine Segnungen“ genannt. Den Begriff „count your blessing's“ im Rahmen der Stick- und Häkeltraditionen gab es bereits vorher – nur fokussierte dieser zunächst primär auf die erstellten Stücke sowie deren Muster.

Stricken in einer Gruppe kann selbst zum „blessing“ werden. Eine Teilnehmerin einer Online-Strickgruppe erklärt: „der Umgang miteinander in unserer Gruppe ist zuckersüß. Egal, wie der Tag war – die Internet-Gruppe ermöglicht es mir, noch 20 Minuten gute Zeit zu haben, bevor ich den Tag beschließe.“

Stricken in pflegetherapeutische Programme zu integrieren, ist eine wertvolle Ergänzung der psychosomatischen und psychiatrischen Therapien. Stricken ist eine wirksame Methode zur Förderung des seelisch-emotionalen Wohlbefindens. Zahlreiche Studien und Berichte heben die positiven Effekte hervor, die das Stricken auf die Gesundheit haben kann.

In Zeitfenstern, in denen keine anderen therapeutischen Angebote stattfinden, z.B. abends oder an Wochenenden kann eine Strickgruppe Wohlbefinden, Geborgenheit, Humor und Gemeinschaftsgefühl anbieten.

Positive Auswirkungen wie Stres-

Strickreduktion sind erfahrungsgebunden seit Generationen bekannt. Dieser Aspekt ist nicht nur beobachtbar – bekannt wurde z.B. Wassersprung-Olympiasieger Tom Daley, der während der Olympischen Spiele in Tokio 2021 und in Paris 2024 strickend auf den Tribünen zu sehen war. In einem Interview mit der British Vogue (2024) bezeichnet er das Stricken als seine Therapie im Umgang mit Stress.

Dass Männer stricken ist einigen Kulturen üblich, z.B. in Island oder Peru, mancherorts in der Türkei usw. Von Schäfern ist bekannt, dass sie stricken und aus den USA wird von strickenden Cowboys berichtet (Fougner, 2014; Staacke 2015).

Nordstrand et al. (2024) zeigen drei wesentliche Wirkungen auf, wodurch Stricken die seelische Gesundheit fördert: durch Beruhigung, Kontext und Struktur.

1. Stricken ermöglicht es den Menschen, sich zu beruhigen und entspannen.
2. Als Beschäftigung/Hobby bietet es auch eine Identität als Stricker*in, was positiv erlebt wird, da Stricken wieder „in“ ist und in einem sozial risikoarmen Umfeld ausgeübt werden kann.
3. Stricken kann auch stabilisierende Struktur in das Leben der Person bringen, was ihre ebenfalls ihre psychische Gesundheit verbessert. Gestrickt wird zu bestimmten Tageszeiten, an bestimmten Orten, in definierten sozialen Situationen, was Rituale und gleichbleibende Abläufe ermöglicht, dadurch das Leben vorhersehbar wird und Sicherheit erlebt wird.



Insgesamt empfanden die befragten Probanden (ebd.) das Stricken als eine sehr wertvolle Beschäftigung, die ihre Gesundheit sowohl kurz- und langfristig verbesserte. Einige Stricker*innen bemerkten auch eine Veränderung ihrer kognitiv-psychischen Prozesse und berichteten, dass ihr Denken beim Stricken klarer und leichter wurde.

Die therapeutischen Wirkungen wurden bereits vor den ersten wissenschaftlichen Untersuchungen erlebt und berichtet. Sie wurden auch in Romanen beschrieben. Ein Beispiel für die Bewältigung einer Traumatisierung durch Stricken ist die Figur „Anni“ in dem Buch „Der Salon. Ein hoffnungsvoller Aufbruch“ (Fischer, 2022). Anni überlebte als Kind einen Bombenangriff im 2. Weltkrieg als Verschwundene. Sie lag über viele endlos erscheinende Stunden schwerverletzt unter den Trümmern. Niemand glaubte, dass in den Trümmern jemand überlebt haben könnte. Als sie gerettet wurde, lag sie in einer festen Umarmung ihrer bereits verstorbenen Mutter. Sie konnte die Folgen der traumatischen Erlebnisse nicht durch eine Psychotherapie behandeln lassen, weil es diese zum damaligen Zeitpunkt noch nicht gab. Sie beruhigte sich und sicherte sich ihr (auch seelisches) Überleben durch Stricken. Die rhythmischen Bewegungen, das Klicken der Nadeln, welches ihr anzeigte, dass Zeit vergeht, die Konzentration auf die Muster, die Wolle zu spüren, das stetig wachsende Stück des gestrickten Gewebes – all dies vermittelte ihr, dass sie trotz aller Einschränkungen etwas Wertvolles zustande bringt und nicht zuletzt der Verkauf der Pullover und anderen Artikel an ein Trachtengeschäft wurden zu ihrer Therapie und ließen sie am Leben wieder teilhaben.

Stricken als Achtsamkeits-Praxis Altschwager (2021) beschreibt in ihrer Untersuchung der Auswirkung des Strickens bei der Verarbeitung traumatischer Ereignisse, dass die Ablenkung durch das Stricken gerade so dosiert ist, dass Strickende noch gut in der Lage sind, alles um sie herum noch wahrzunehmen und auch darauf zu reagieren. So können sehr gehaltvolle Gespräche geführt, Vorlesungen verfolgt, Nachrichten gehört/geschaut werden usw. Dies beschreibt sehr gut das Ziel, welches in Achtsamkeits-Übungen erreicht werden soll: Präsenz im Hier und Jetzt. Bei der Verarbeitung traumatischer Ereignisse ist Achtsamkeit ein Werkzeug, die volle Kontrolle über sich selbst im gegebenen Moment in der gegebenen Umgebung zu haben – und dies ist ein wichtiger Aspekt der Selbstwirksamkeit (Ahrens in Sauter et al 2023).

Einer der wichtigsten (weil am schnellsten erfahrbaren) Aspekte beim Stricken ist die Stressreduktion. Eindrucksvoll nachgewiesen wurde dieser Effekt in einer Untersuchung von West et al (2024), als Stricken zur Entspannung bei Frauen zur Raucherentwöhnung eingesetzt wurde. Das repetitive und achtsam-meditative Element des Strickens kann helfen, jagende Gedanken zu beruhigen und Stress abzubauen. Laut einer Metaanalyse von Riley et al. (2013) wirkt das Stricken ähnlich wie andere Entspannungstechniken, indem es die Produktion von Stresshormonen senkt und das Gefühl von Ruhe fördert. Eine Verbesserung der Verknüpfung der Hirnhälften durch gleichmäßige Durchblutung konnte durch einen Anstieg der Alpha-Wellen im EEG gezeigt werden (die für Entspannung zuständig sind). Ge-

messen wurden auch der Anstieg bestimmter Immunparametern wie IgG (Antikörper der Klasse G, die vorrangig gegen Viren und Bakterien wirken), sowie erhöhte Spiegel von Serotonin und Dopamin (man wird ruhiger, gelassener – bei gleichzeitig steigendem Antrieb (Riley et al. 2013). Die Forschenden gehen davon aus, dass das Stricken eine meditative Praxis der Achtsamkeit darstellt. In den traditionelleren Formen wie der christlichen Kontemplation oder den östlichen Religionen wird Meditation als ein Zustand der „Aufmerksamkeit“ definiert. Meditation kann also ein hochgradig wacher und fachkundiger Geisteszustand sein. Dieser Zustand erfordert, dass man psychologisch präsent ist und bei allem bleibt, was in einem und um einen herum geschieht. Dieser Zustand kann auch während einer Tätigkeit entstehen und durch die Tätigkeit aufrechterhalten werden. Ein leiblicher Akt der Meditation kann darin bestehen, still zu sitzen und sich auf den Atem, einen Laut/ein Wort/einen Satz oder eine Tätigkeit zu konzentrieren wie gehen, stehen, putzen oder stricken. Es gibt unzählige Möglichkeiten, Achtsamkeit und Meditation zu praktizieren.

Meditative, achtsame Tätigkeit aktiviert den Teil des Gehirns, der das autonome Nervensystem steuert und damit Stress und Anspannung durch Entspannung regulieren kann. Diese Entspannungsreaktion basiert biologisch auf zwei in fast allen Meditations-Praktiken vorhandenen Aspekten:

- Die Wiederholung eines Klangs, einer Phrase, eines Gebets oder einer Tätigkeit, wie das Klicken der Nadeln, das Stricken und Zählen von

Maschen.

- Der zweite Schritt besteht darin, störende Gedanken passiv beiseitezuschieben und sich wieder auf die Wiederholung zu besinnen.

Durch diese „Maschen der Achtsamkeit“ – die Wiederholung von etwas und die Unterbrechung von Gedankenmustern erleben die Strickenden eine Veränderung ihres Stoffwechsels, ihrer Atemfrequenz und ihrer Gehirnwellenfrequenz. Diese Veränderungen sind das Gegenteil einer Stressreaktion. Wer sie täglich praktiziert, kann diese Entspannungsreaktion durch achtsames Stricken sein Immunsystem stärken und sich widerstandsfähiger gegen die schädlichen Auswirkungen von Dauerstress machen.

Die meisten Strickenden wissen das bereits. Wenn man Stricker*innen danach befragt, berichten sie, wie die Handarbeit eine beruhigende, lindernde Wirkung auf sein oder ihr Leben hat. Die Tatsache, dass Pflegefachleute beginnen, den Zusammenhang zu erkennen und zu einzusetzen, um das körperliche Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Patient*innen zu fördern, ist ermutigend.

Unerwünschte Wirkungen

Nicht für jeden Stricker ist Stricken automatisch eine positive Erfahrung. Wer mit Leistungsdruck (Perfektionismus), Angst oder Widerstand strickt, kann auch sehr gestresst sein.

Gerade darum kann es sinnvoll sein, in einer Gruppe zu stricken, in der eine positive Erfahrung vermittelt werden kann, in dem man einfach nur dabeisitzt, sich am Gespräch beteiligt und zuschaut.

Somit ist eine unterstützende, pflegerische Moderation durchaus sinnvoll. So kann die klassische „Krankenbeobachtung“ mit sinnvoller Intervention verknüpft werden.

Selbstwirksamkeit

Ein weiterer Aspekt, der nicht zuletzt auch die Bewältigung von Angstzuständen und Depressionen unterstützt ist, dass durch das Beschäftigung etwas entsteht. Das „Produkt“ ist sichtbar, fühlbar und manchmal bei echter Wille auch riechbar. Der Aspekt der Selbstwirksamkeit bei dieser Beschäftigung ist ganz anders als zum Beispiel auf dem Smartphone zu scrollen. Es bietet eine sinnvolle Beschäftigung, die Ablenkung schafft und das Gefühl von Produktivität und Erfolgserlebnissen vermittelt.

Eine Untersuchung von Creech et al. (2013) zeigt, dass Menschen, die regelmäßig stricken, eine Verbesserung ihrer Stimmung und eine Verringerung von Angstzuständen erleben.

Das Erlernen und Ausüben des Strickens kann auch die Feinmotorik fördern, was für Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen oder Senioren hilfreich sein kann.

Auch kognitive Funktionen können gefördert werden wie Konzentration, Planung, Sequenzierung und Problemlösung (z.B. für den Umgang mit Fehlern).

Soziale Kontakte

Für das pflegetherapeutische Angebot ist ein weiterer, wichtiger Faktor, dass das gemeinsame Stricken in einer Gruppe soziale Kontakte ermöglicht, ein Gemeinschaftsgefühl etabliert und sta-

Ein junger Teilnehmer einer Online-Strickgruppe berichtet, wie er den o.g. Aspekt erlebt: „Beim Scrollen, z.B. Videos auf Facebook, Instagram oder TikTok habe ich früher oft viele Stunden damit verbracht, ein Video nach dem anderen zu schauen, weiter zu scrollen und irgendwann waren vier, manchmal sogar fünf Stunden vergangen. Nachts habe ich auf's Handy gestarrt, statt zu schlafen – aber rumgekommen ist dabei nichts. Ich konnte mich an die meisten Sachen überhaupt nicht erinnern und habe es trotzdem immer wieder weiter so gemacht. Kommt mir jetzt selbst recht stupide vor. Beim Stricken habe ich das nicht. Wenn ich damit Zeit verbringe, habe ich immer ein Ergebnis; ich habe das Gefühl, ich komme voran. Manchmal höre ich dabei Radio oder ein Album. Manchmal ein Hörbuch oder gelegentlich telefoniere ich auch dabei in Ruhe mit einer Freundin. Selbst wenn der Fernseher dabei läuft, tut mir das Stricken einfach gut, weil da am Ende immer ein Fortschritt ist. Und ganz toll ist es, in der Strickgruppe mit den Anderen zu reden beim Stricken. Irgendwie verbinden wir uns da miteinander und wenn ich dann allein weiterstricke, habe ich die Gespräche mit den anderen immer noch im Kopf und erinnere mich daran. Das stärkt mich.“

bilisiert. Diese Erfahrung kann in den post-stationären Alltag transferiert werden. Die Teilnehmenden können sich einer weiteren Strickgruppe anschließen oder sogar selbst eine Gruppe starten. Einsamkeit und soziale Isolation werden z.B. von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das „neue Rauchen“ bezeichnet. Die WHO (2025) weist explizit darauf hin, dass zahlreiche Forschungsergebnisse zeigen, wie soziale Isolation und Einsamkeit schwerwiegende Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit, die Lebensqualität und die Langlebigkeit haben. Die Auswirkungen von sozialer Isolation und Einsamkeit auf die Sterblichkeit sind vergleichbar mit denen anderer bekannter Risikofaktoren wie Rauchen, Fettleibigkeit und Bewegungsmangel (WHO 2025).

Da aufrecht gehaltene soziale Kontakte nachweislich die Gesundheit und Langlebigkeit fördern (Buettner, 2023), sollten die-

jenigen, die den gesundheitlichen Wert des Stickens maximieren möchten, in Erwägung ziehen, sich einer Gruppe Gleichgesinnter anzuschließen.

Durch die gemeinsam verbrachte Zeit, den Austausch, das Teilen von Erfahrungen und gemeinsames Schaffen werden positive Gefühle erzeugt und Gefühle von Isolation verringert.

Gesundheitlich positive Wirkungen des Strickens	Psychische Gesundheit	Physische Gesundheit	Soziale Auswirkungen	Praktische Auswirkungen
	Stressabbau: Stricken kann helfen, Stress abzubauen. Die rhythmischen Bewegungen und die Konzentration auf das Muster fördern einen meditativen Zustand, der zur Entspannung beiträgt (Knit for Peace, 2010, S. 3).	Schmerzlindeung: Einige Studien haben gezeigt, dass Stricken helfen kann, chronische Schmerzen zu lindern, indem es die Aufmerksamkeit von den Schmerzen ablenkt (Creech et al., 2013).	Soziale Interaktionen: Strickgruppen bieten eine Brücke für soziale Kontakte und den Austausch von Erfahrungen, was das Gefühl der Zugehörigkeit stärkt (Knit for Peace, 2010).	Selbstwirksamkeit, Kompetenz Genuss erleben: etwas beginnen und zu Ende bringen. Nadeln und Wolle haptisch erfassen, Lanolin-Duft der Wolle wahrnehmen, hören des Klangs der Nadeln, wenn diese sich berühren.
	Angstbewältigung: Studien zeigen, dass Stricken bei der Bewältigung von Angstzuständen helfen kann. Die wiederholenden Bewegungen und die Fokussierung auf das Handwerk können beruhigend wirken (Creech et al., 2013).	Feinmotorik: Stricken verbessert die Feinmotorik und die Hand-Augen-Koordination. Dies ist besonders vorteilhaft für ältere Menschen oder Personen, die sich von Verletzungen erholen (Harris, 2016).	Intergenerationelle Verbindungen: Stricken kann auch als Brücke zwischen Generationen dienen, indem es jüngere und ältere Menschen zusammenbringt (z.B. in einer Stationsgemeinschaft), um Fähigkeiten und Geschichten auszutauschen (Hawkins, 2015).	F reude über das Herstellen/Erschaffen
	Depression: Stricken kann als eine Form der Selbsthilfe bei Depressionen dienen. Es fördert das Gefühl der Produktivität und des Erfolgs, was das Selbstwertgefühl steigern kann (Hawkins, 2015).	Cardiopulmonale Entspannung: Puls und Blutdruck normalisieren sich	Soziales Lernen wird gefördert, z.B. in dem Teilnehmende sich gegenseitig unterstützen, voneinander lernen und sich gegenseitig lehren.	Stolz, z.B. weil man Geschenke selbst herstellen kann
	Stimmungsaufhellung (Creech et al., 2013; Harris, 2016)	Arthrose: Muskelentspannung	Humor und Austausch über Alltägliches	Zufriedenheit darüber, dass man eigene sinnvoll Nutzbares (z.B. Kleidung) herstellen kann
	Kognitive Beeinträchtigungen und demenzielle Veränderungen: Stricken und Häkeln können dazu beitragen können, eine normale Gehirnfunktion im Alter aufzuhalten (Geda et al., 2011)	Achtsame Wahrnehmung der Veränderungen helfen, Verspannungen zu erkennen, die eigene Körperhaltung bewusst zu verändern und entlastende Körperhaltungen auszuprobieren.	Offenheit gegenüber Anderen steigt. Ein gemeinsames Ziel kann helfen, Toleranz zu entwickeln (Corkhill, 2016)	Austausch von Strickmustern, Teilnahme an Strick-Wettbewerben usw. erweitern den eigenen Horizont.

Implementierung der Wohl-Strick-Gruppe

Mein Name ist Dorotea Gnioth und ich arbeite als Gesundheits- und Krankenpflegerin in LWL Gütersloh Klinik für Psychosomatik.

Bei der Festlegung der Themeninhalte und der Planung dieser Gruppe, beziehe ich mich auf das Buch „Mit Stricken gesund und glücklich werden. Der Weg zu mehr Glück, Wellness und Gesundheit“ von Betsan Corkhill. Corkhill (2016) bezieht sich in ihrem Buch u.a. auf Maslow's. fünfstufige Bedürfnispyramide. Die ersten vier Stufen sind: Grund- oder Existenzbedürfnisse, Sicherheit, Sozialbedürfnis, Anerkennung und Wertschätzung sowie Selbstverwirklichung. Die Verhaltenstherapeutin Ann Wilcock ordnet hier „das menschliche Bedürfnis nach Beschäftigung“ (in Corkhill, 2016). Zudem beschreibt Wilcock sowohl positive Einflüsse wie Risikofaktoren, die sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken.

Die Verknüpfung von Maslow's und Wilcocks Ansätzen zeigt, dass die ganzheitliche Betrachtung des Menschen helfen kann, mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen.

Die „Wohl- Strick-Gruppe“ unterstützt die Patient*in*innen dabei, durch Interaktion und Kommunikation in der Gruppe sinnbildlich „die Stufen der Bedürfnispyramide“ durch Erfüllung essentieller Bedürfnisse zu erreichen. Die erste Stufe (Erfüllung der physiologischen Bedürfnisse) ist durch den Aufenthalt und das Setting erfüllt. Durch Teilnahme an der Gruppe erklimmen die Patient*in*innen weitere Stufen. Während der Teilnahme werden sie aufgefangen,

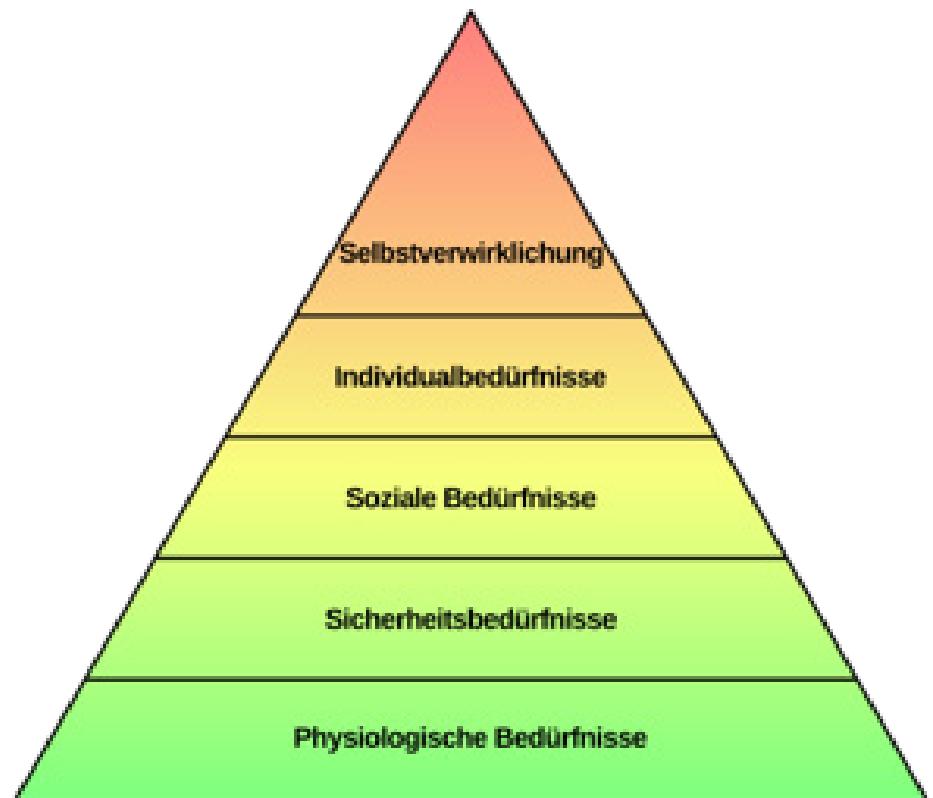


Abbildung entnommen aus Wikipedia: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/98/Einfache_Bed%C3%BCrfnishierarchie_nach_Maslow.svg/500px-Einfache_Bed%C3%BCrfnishierarchie_nach_Maslow.svg.png, Zugriff am 26.05.25.

begleitet und gefördert. Teil dieser Gruppe zu sein, unterstützt das Gefühl von Sicherheit. Die Gruppenteilnehmenden erfüllen und erfüllen soziale Bedürfnisse, da die Teilnehmenden Wertschätzung und Anerkennung erfahren und geben. Sich mit etwas zu beschäftigen, dass Freude macht und Sinn gibt, kann Individualbedürfnisse erfüllen, was es erleichtert, auch die Stufe der Selbstverwirklichung zu erreichen.

Gegenwärtig steht das Gesundheitssystem vor der Herausforderung immer mehr Menschen mit weniger zur Verfügung stehenden Fachkräften zu behandeln. Gleichzeitig sind Menschen immer häufiger mit stressassoziierten Erkrankungen konfrontiert und es kristallisiert sich heraus,

dass die individuelle Bewältigung von Stress, das Erkennen eigener Ressourcen sowie deren gezielte Nutzung im Vordergrund der Stressbewältigung stehen muss, um nachhaltig für Verbesserungen zu sorgen. Genau dies gelingt vielen Menschen im Alltag scheinbar weniger als früher.

Ich selbst bin in einer Familie aufgewachsen, in der alle das Stricken gelernt haben. Für mich ist es selbstverständlich dieses Können der Handarbeit für mich zu nutzen und an Menschen weiterzugeben. Meine Großmutter erzählte mir früher mit Begeisterung von ihren Treffen der Frauen aus der Nachbarschaft. Bei der Handarbeit wurden Geschichten erzählt und es wurde gelacht um die schwere Arbeit und das Leid für kurze Zeit

verdrängt.

Das Gruppenkonzept

Die Gruppe kann Menschen helfen, sozialen Rückzug, Anspannung, Stress, Grübeln, negativiertes Denken, Ängste, Panikattacken, Antriebslosigkeit, niedrigen Selbstwert, Perfektionismus und Schmerzen zu bewältigen.

Daraus leiten sich folgende, mögliche patientenorientierte Ziele ab:

Einübung von Resilienzfaktoren wie Gedankensteuern, Reduktion des Grübelns, Verringerung von Anspannung und Ängsten (Abbau von Stresshormonen), Förderung bewusst wahrgenommener Entspannung, Wohlgefühl empfinden und steigern, Rückzug und Vereinsamung reduzieren, Stimmung steigern, Selbstwertgefühl steigern („ich kann etwas, ich werde gebraucht, ich habe weniger Schmerzen durch Akzeptanz und Ablenkung“), Genuss spüren und erleben, Achtsamkeit praktizieren, Antrieb steigern, kreative Gedanken entwickeln und ausbauen, das perfektionistische Denken reduzieren, die Körperhaltung beim Stricken verbessern und zukunftsorientiertes Denken fördern.

- Förderung der sinnlichen/euthymen Wahrnehmung: tasten/erfühlen, sehen, riechen, hören
- Ablenkung vom Krankheitsgeschehen, Patient*in*in erlernt eine neue Fertigkeit
- Förderung der sozialen Interaktion und Knüpfen sozialer Kontakte
- Vorbereitung auf die Teilnahme an einer weiteren Therapiegruppe, z.B. Gruppen-Psychotherapie (Patient*in möchte „gruppenfähig“ werden)

- -> wenn einer/mehrere der o.g. Punkte als relevant für einen Patient*innen im Rahmen der Bezugspflege auffallen, kann dem Patient*innen vorgeschlagen werden, an Strickgruppe teilzunehmen. Patient*in erhält dann die Visitenkarte der Gruppenleitung mit Terminangabe zum Vorgespräch.

Für die Gruppenleitung ergibt sich ein mögliches Ziel:

- Vervollständigung der Anamnese: Patient*innen in alltagsnaher Situation erleben, Krankenbeobachtung (Feinmotorik, Konzentration, Körperhaltung, Sequenzierung) Beziehungsgestaltung & Kommunikation (Blickkontakt, Beziehungsaufnahme, Beteiligung am Ablauf + Gesprächen)

Indikationen zur Teilnahme an der Wohl-Strick-Gruppe:

- Patient*in zeigt Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, hohe Konzentration auf Symptome o.ä.
- Patient*in ruminert, berichtet von negativen Gedankenkreisen/ Grübeleien
- Patient*in berichtet von Isolation +/-oder Einsamkeit
- Patient*in berichtet, er/sie fühlt sich nirgends zugehörig
- Patient*in berichtet/zeigt in sozialen Situationen Ängste oder inadäquates Verhalten
- Patient*in zieht sich innerhalb der Stationsgemeinschaft zurück, man hat wenig Möglichkeit zur Krankenbeobachtung
- auf Positives rekurrieren (angenehme Strick-Abende in Familie, mit Freunden o.ä.)
- Patient*in möchte etwas Kreatives tun, schöpferisch tätig werden, etwas erschaffen - weiß aber nicht, was ihm/ihr

Spaß machen könnte

- Patient*in langweilt sich und drückt den Wunsch nach Beschäftigung oder Zeitvertreib aus

Kontraindikationen:

- Patient*in erfüllt nicht die Indikationen, um an einer Strickgruppe teilzunehmen
- Patient*in zeigt kein Interesse und/oder keine Veränderungsmotivation
- Schmerzen, die durch das Stricken stärker werden wie z.B. Schmerzen im Rahmen einer Tendovaginitis
- Feinmotorik ist stark beeinträchtigt, wie z.B. fortgeschrittene Parkinson-Erkrankung
- Allergien gegen Wolle oder andere, beim Stricken verwendete Materialien

Nebenwirkungen:

- Socken
- Schals
- Pullover
- andere Ergebnisse des Strickens

Mit Hilfe meiner Kollegen/innen, der Stationsleitung und unserem Oberarzt, die wie ich an dieses Projekt geglaubt haben, startete die erste „Wohl-Strick-Gruppe“ im November 2024.

Die Zuweisung sollte ursprünglich über die Therapeuten verlaufen, doch es entstand eine andere, stärkere Dynamik. Die Mundpropaganda durch die Patient*innen selbst und die Ermutigung im Rahmen der Bezugspflege führten zu starkem Interesse an der Teilnahme. Jetzt erhalten Patient*innen bei Interesse die Visitenkarte von der Gruppenleitung mit Terminangabe zum Vorge-

sprach. Dieser Termin ist jeden Donnerstag um 12:45 Uhr. Das Vorgespräch nutze ich zum Kennenlernen, erfrage Vorkenntnisse, erläutere die Gruppenregeln und lade zum nächstmöglichen Termin ein. Die Teilnahme ist auch ohne Vorkenntnisse möglich. Da es natürlich Menschen gibt, die mit einer Häkelnadel besser zurechtkommen, habe ich die Gruppe auf Häkeln erweitert. Durch Spenden (Wolle, Nadeln und manchmal Geld) können wir das benötigte Material zur Verfügung stellen können. So muss etwas Neues nicht gleich mit Kosten verbunden sein. Im Anschluss an die Gruppe erfolgt eine Information an den/die zuständige*n Therapeut*in.

Es ist eine fortlaufende Gruppe, in der wir neue Teilnehmer begrüßen und die vor der Entlassung Stehen-

den verabschiedet werden. Sie hat sich fest in unserem Therapieprogramm etabliert. Jeden Donnerstagnachmittag stricken und häkeln maximal sechs Patient*in/innen 60 Minuten lang. Wir sind immer im gleichen Raum, den ich umgestalte, lüfte und mit ausreichend Beleuchtung ausstatte. Bewusst nutze ich nur die vorhandenen Materialien: hole Tische vom Flur und baue sie in der Mitte des Raumes ein. Weil die Stühle nicht die gemütlichsten sind, lege ich Decken auf die Rückenlehnen, damit die Teilnehmenden ein gutes Gefühl für den eigenen Körper erreichen. Wir nutzen Kissen, um die Arme bequem ablegen zu können oder polstern zusätzlich den Rücken. Es mir ist wichtig, dass Patient*innen merken, dass mit dem bereits Gegebenem eine Wohl-Fühl-Atmosphäre erschaffen kann. Die-

se Erkenntnis kann auch in die eigene Umgebung mitgenommen werden. Nach ihrem Empfinden und Geschmack werden sie eingeladen, ein Getränk zu wählen. Mehrere Sorten Tee, Wasser und Kekse sorgen für ein „Wohl“ Befinden. Die Leistung, die durch das Stricken erbracht wird, steht nicht im Vordergrund. Jede*r darf an seinem eigenen Projekt in eigenem Tempo arbeiten. Während wir alle unsere Hände beschäftigen, wird unser Gehirn maximal in beiden Hirnhälften durchblutet. Wir sprechen über die vergangene Woche mit dem Blick auf „was war gut?“, „worüber habe ich mich gefreut?“. Wir berichten, tauschen uns aus und lachen miteinander. Es wird aber auch deutlich, dass das bewusste Gedankenlenken der Übung bedarf. Werden negative Gedanken geäußert, mache



(C) Eine der Strickgruppen von Autorin Dorothea Gnioth



(C) Betsan Corkhill untersuchte als Erste die therapeutischen Wirkfaktoren des Strickens

ich sie bewusst und gebe eine Hilfestellung zu Steuerung. Es folgt eine kurze Pause zu Lockerung der Hände und eine kleine Achtsamkeitsübung mit dem eigenen Getränk. Durch die Beobachtung sehe ich die Therapie-Fortschritte, die sie alle in eigenem Tempo, ohne Druck einfach nebenbei erreichen. Ihre Körperhaltung ist aufrechter, die Anspannung reduziert und die Konzentrationsfähigkeit steigert sich. Als nächstes ziehen alle eine Karte mit Fragen, wie z.B. „Was war da Verrückteste was ich in meinem Leben gemacht habe?“ „Was ist meine Lieblingsfarbe?“ „Was habe ich gerne gespielt?“ „Was trage ich am liebsten?“ „Wofür bin ich dankbar?“ usw. Ich habe die Teilnehmenden dabei beobachtet, wie es ihnen anfangs schwer fiel, diese Fragen gezielt zu beantworten – wie sie nach diesen Informationen und Ereignissen regelrecht suchen mussten. Viele unserer Patient*innen wurden traumatisiert und blenden oft große Zeiträume aus ihrem Leben aus. Wichtige Räume, wo auch Freude ihren Platz hatte. Es ist wichtig, sich auch an das Gute in der Vergangenheit zu erinnern, damit das Schlechte nicht mehr im Vordergrund ist und alles erdrückt. Von Woche zu Woche wurde es für sie leichter und irgendwann sprudelten förmlich schöne Gefühle in unserer Runde. Mit Hilfe dieser Gruppe schaffte es eine Patientin, ihre dissoziativen Zustände zu reduzieren und emotionale Stabilität zu erlangen. Sie wurde gruppenfähig und konnte an der Gesprächsgruppentherapie teilnehmen. Unsere Zeit rast vorbei und die Patient*innen wünschen sich oft eine Verlängerung. Sie werden ermutigt, das Stricken in ihren Alltag zu integrieren, so oft wie sie möchten und können. Wir beobachten auf den Stationen,

dass sie ihre Handarbeiten in die Gemeinschaftsräume mitnehmen und miteinander in Gesprächen sind. Im Verlauf bringen sie fertiggestellte, wie auch neue Projekte mit in die Strickgruppe, um sie uns zu zeigen. Erstaunlich, wie schnell sie in die Zukunft planen und mit allen ihren Sinnen arbeiten. „Es ist die besondere Farbe...“, „diese Wolle fühlte sich so schön an...“, „daraus möchte ich,“. Sie planen für sich und ihre Familien Projekte, z.B. Schals oder Socken. Es entwickeln sich Vorlieben und Ziele, z.B. an welchen Orten sie zu Hause am liebsten handarbeiten möchten. Sie spüren sich und den eigenen Willen. Die Dokumentation erfolgt in unserem Verlauf unter „Gruppentherapie“ in der die Themen, Vorschritte wie Schwierigkeiten dokumentiert werden. Die Informationen und Erkenntnisse aus den Beobachtungen fließen in die pflegerische Übergabe, die Groß-Team-Versammlungen und die Supervision ein.

Liebe Lesende, Sie haben nun einen Einblick in das therapeutische Stricken erhalten und erkennen natürlich, dass durch das Stricken weit mehr entstehen kann, als Socken oder Schals. Es ist eine Fertigkeit, in der Menschen angepasst an ihre Bedürfnisse eine Möglichkeit haben, ein seelisches Gleichgewicht zu erreichen und zu halten. Wir brauchen jede Resource!

Als ich vor drei Wochen eine Patientin im Rahmen ihrer Entlassung

aus der stationären Behandlung verabschiedete, sagte sie mir: „Wenn ich stricke, werde ich immer an Sie denken.“



(C) Dorotea Gnioth

Ich bin voller Kraft und spüre und sehe diese Kraft sehr deutlich in der Entwicklung und den Rückmeldungen der Patient*innen. Meine Kollegin, die selbst die STEPPS Gruppe auf unserer Station eingeführt hat, legte den besonderen Fokus auf Geduld, die ich bei Leitung der Gruppe und der weiteren Entwicklung behalten sollte. Die Gruppenart ist neu und auch für Menschen, die zuvor noch nie gestrickt haben, ist es eine unbekannte Therapieart, auf die sie sich erst einmal einlassen müssen. Des Weiteren müssen einige Erfahrungen auf Seiten der Behandelnden als auch auf der Seite der zu Therapierenden ge-

macht werden, um Erfolge sichtbar verzeichnen zu können und eine weitere langfristige Entwicklung zu erleben.

Masche für Masche warte ich voller Zuversicht, dass die „Maschen der Achtsamkeit“ alle erreichen - mit ihrer stillen Kraft der Wolle und Nadeln und hoffe, dass wir alle diese Kraft für uns gewinnen.

Literatur:

Altschwager, B. (2021). Knitting as Coping: Fiber Arts and the Amelioration of Shared Trauma in Art Therapy. (Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde, Mount Mary University, Milwaukee, Wisconsin), verfügbar unter: https://www.researchgate.net/profile/Bethany-Altschwager-3/publication/353340308_KNITTING_AS_COPING_i_Knitting_as_Coping_Fiber_Arts_and_the_Amelioration_of_Shared_Trauma_in_Art_Therapy/links/641ad01b92cfd54f84202ad2/KNITTING-AS-COPING-i-Knitting-as-Coping-Fiber-Arts-and-the-Amelioration-of-Shared-Trauma-in-Art-Therapy.pdf).

British Vogue (2024): Knitting is Tom Daley's Therapy. Interview. Verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=6wwwXGOKi-c>

Buettner, D. (2023) Blue Zones: Secrets For Living Longer. Lessons From Healthies Places on Earth. New York: National Geographic

Corkhill, B. (2016) Mit Stricken gesund und glücklich werden: Der Weg zu mehr Glück, Wellness und Gesundheit. Gerlingen: Frech-Verlag

Creech, A., Hall, M., & Wiggins, A. (2013). The therapeutic effects of knitting on mental health. Journal of Mental Health, 22(3), 234-240.

Fischer, J. (2022) Der Salon. Ein hoffnungsvoller Aufbruch. Köln: Lübbe

Fougner, D. (2014) The Manly Art of Knitting. Richmond: Gingko Press

Geda, Y., Topazian, H., Roberts, L., Roberts R., Knopman, D., Pankratz, V., Christianson, T., Boeve, B., Tangalos, E., Ivnik, R., & Petersen, R. (2011) Engaging in cognitive activities, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience. 23(2):149-54. doi: 10.1176/jnp.23.2.jnp149

Harris, M. (2016). The benefits of knitting for physical rehabilitation. Physical Therapy Reviews, 21(4), 234-240.

Hawkins, J. (2015). Knitting and mental health: A review of the literature. Journal of



Ruth C. Ahrens, MScN

Lehrbeauftragte der Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften, Berlin



E-Mail: ruth.ahrens@akkon-hochschule.de



Ruth C. Ahrens strickt seit dem 46. Lebensjahr.

Pflegewissenschaftlerin, Fachkrankenschwester für Psychotherapie & Psychosomatik, Lehrbuch-Autorin, Supervisorin, Lehrbeauftragte der Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften (University of Applied Sciences).



Dorotea Gnioth

Dorotea Gnioth strickt seit dem 8. Lebensjahr.

Seit 2012 im LWL Klinikum Gütersloh im Fachbereich Psychosomatik tätig.

AUTORIN

Occupational Therapy, 68(2), 123-130.

Jacobs, K. (2009). Umgarmt (The Friday Night Knitting Club). München: Heyne

Jostes, E. & van der Linden, S. (2007). Der geniale Socken-Workshop, mit DVD. Gerlingen: Frech-Verlag

Knit for Peace. (2010). The therapeutic benefits of knitting. Knit for Peace Report, verfügbar unter <https://www.creativehertfordshire.com/networks/creative-hertfordshire/documents/health-benefits-of-knitting.pdf>, Zugriff am 12.05.25

Macomber, D. (2017). Die Maschen des Schicksals. Künzelsau: Mira

Murphy, B. (2017) Zen and the Art of Knitting: Exploring the Links Between Knitting, Spirituality, and Creativity. Lawrence (Kansas): Anam Cara Publishing

Nordstrand, J., Gunnarsson, A., & Häggblom-Kronlöf, G. (2024) Promoting health through yarncraft: Experiences of an online knitting group living with mental illness. Journal of Occupational Science, 2024; 1 DOI: 10.1080/14427591.2023.2292281

Riley, J., Corkhill, B., Morris, C. (2013). The benefits of knitting for personal and social wellbeing in adulthood: findings from an international survey. British Journal of Occupational Therapy, 76(2), 50-57

Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. Wolff, S. (2023) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe

Staacke, L. (2015) Maleknitting - Stricken ist männlich: Handfeste Strickprojekte für echte Kerle. Iglting: EMF Verlag

West, A. L., Correll, L., & Kirschner, J. H. (2024). Reducing tobacco and nicotine use among women in treatment for substance use disorder: evaluation of the knit to quit program. Arts & Health, 1-16. <https://doi.org/10.1080/17533015.2024.2321944>

World Health Organization (WHO) (2025) Social Isolation and Loneliness. Verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>



PMU | PARACELSUS
MEDIZINISCHE
PRIVATUNIVERSITÄT

Pflegerisches Schmerzmanagement

Weiterbildung - Start jährlich im November.

KONTAKT

+43 662 2420-80384

Jetzt informieren:

pmu.ac.at/schmerzmanagement



NEU!

NEXT GENERATION NURSING.

Studienangebot im Überblick **PFLEGEWISSENSCHAFT**

BACHELORSTUDIUM

/ Pflegewissenschaft Online (BScN)

MASTERSTUDIUM

/ Advanced Nursing Practice (MSc ANP)

/ Pflegewissenschaft (MScN)

/ Public Health (MScPH)

PH.D. STUDIUM

/ Nursing & Allied Health Sciences (Ph.D.)

/ Nursing Practice & Leadership (Ph.D.)

UNIVERSITÄTSLEHRGÄNGE

/ Pflegemanagement (Basales und mittleres
Management / Akad. Expert*in)

/ Pflegepädagogik (Praxisanleitung / Akad. Expert*in)

/ Pflege im Operationsbereich (Akad. Expert*in)

/ Intensivpflege (Akad. Expert*in)

/ Anästhesiepflege (Akad. Expert*in)



pmu.ac.at/pflege

Jetzt informieren



PMU | PARACELSUS
MEDIZINISCHE
PRIVATUNIVERSITÄT



**BARMHERZIGE
BRÜDER**

Pflegeakademie Wien



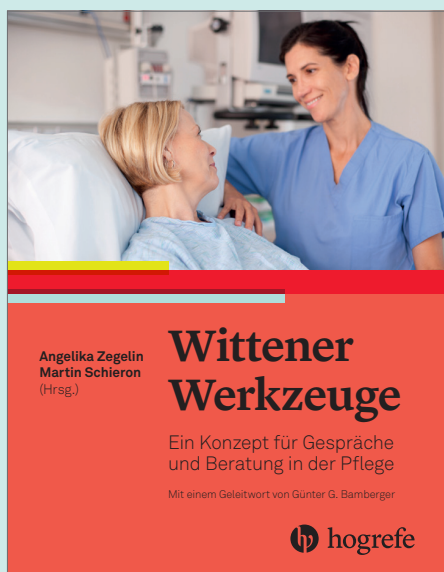
**NEU ab
2026**

GEWALT

VORBEUGEN-ERKENNEN-HANDELN

Praxisnahe Strategien zur Prävention im Gesundheitsbereich

Gute Werkzeuge für Gespräche und Beratung in der Pflege



Angelika Zegelin / Martin Schieron (Hrsg.)

Wittener Werkzeuge

Ein Konzept für Gespräche und Beratung in der Pflege

Das Praxishandbuch der „Wittener Werkzeuge“ eröffnet neue Perspektiven auf Beratung in Pflege- und Therapieberufen, indem es wissenschaftlich fundierte Konzepte mit praxisnahen Werkzeugen verbindet und zeigt, wie professionelle Kommunikation zu mehr Selbstfürsorge, Teamstärke und Patient*innenzufriedenheit führen kann.

Die Herausgeber*innen führen in das Werk ein und beschreiben die Entstehungsgeschichte der „Wittener Werkzeuge“. Im Mittelpunkt steht die detaillierte Darstellung des Konzepts: ein innovatives System, das Patient Care und Self Care miteinander verbindet. Achtsamkeit, Mitgefühl, Ermutigung und Berührung stehen hier im Dialog mit Selbstachtung, Intuition, Selbst-Spürung und Selbststärkung. So entsteht ein praxisorientierter und praktikabler Ansatz. Günter Bamberger erklärt die Kunst des Fragens und Zuhörens. An Beispielen zeigt er, wie wertschätzende Fragen, empathisches Zuhören und die Aktivierung von Ressourcen helfen, Beratungen wirksam und stärkend zu gestalten. Umsetzungen dieser Konzepte im Team erläutert Bernhard Langner am Beispiel von „Team Care“. Entscheidend für deren Wirksamkeit sind Menschen, die gut zusammenarbeiten, Verantwortung übernehmen und sich kümmern. Weiterführende Beiträge zu Change-Management, Pflegeberufsstolz, Entspannungsverfahren und den Wittener Werkzeugen runden das Praxishandbuch ab.

Die „Wittener Werkzeuge“ weisen den Weg zu einer achtsamen, reflektierten und professionellen Pflege als Beratungs- und Beziehungsarbeit, die Menschen stärkt, Teams unterstützt und sich selbst weiterentwickelt.

2026. 152 S., 19 Abb., 3 Tab., kt
€ 33,00 (DE) / € 34,00 (AT) / CHF 44.50
ISBN 978-3-456-85843-2
Auch als eBook erhältlich

Befähigung und Selbstvertrauen beim gemeinsamen Tun

Der Stellenwert der Ernährung in der psychiatrischen Pflege

Es duftet auf der Station nach Essen. Der Geruch lockt die Pflegefachperson in den gemeinschaftlichen Essensraum. Eine Patientin fordert die Pflegeperson dazu auf sich zu ihnen zu setzen mit den Worten: „Möchten Sie von der Bohnensuppe probieren?“ Sofort ist der Mitarbeitende in der Patienten-Runde integriert als sich darüber ausgetauscht wird, wie die Suppe schmeckt, was die Lieblingssuppe jedes Einzelnen ist usw. Das Gespräch wird im Verlauf immer vertraulicher.

Solche und ähnliche Situationen begegnen psychiatrisch Pflegenden ganz regelmäßig im ihrem beruflichen Alltag. Dazu gehört die Bereitschaft sich in die Interaktion mit Menschen in seelischen Krisen einzulassen, sich auf gleiche Augenhöhe zu begeben, sich auf Beziehungen einzulassen und sich interaktiv in das aktuelle Geschehen einzubringen. Dies ist im Alltag häufig nicht selbstverständlich und muss diskutiert werden, wie Begleitung und das selbstverständliche Miteinander von Betroffenen und Pflege mehr gelebt werden.



Gemeinschaft verbindet

Gemeinsames Essen schafft soziales Miteinander und Gemeinschaft, das verbindet, vor allem menschlich. In der Aufgabe Mahlzeiten zu gestalten, werden professionelle Helfer sichtbar und spürbar und machen deutlich, dass psychisch erkrankte Menschen und Helfer die gleichen Bedürfnisse haben und befriedigen möchten.

Die Erkenntnisse in Ernährungswissenschaft und Medizin haben in den vergangenen Jahren enorm zugenommen, was dazu geführt hat, dass die „Darm-Hirn-Achse“ mehr in den Mittelpunkt des Denkens bei Ernährungsfragen geraten ist. Verdauungstrakt und Gehirn sind in ständigem Kontakt über das Immunsystem, Nervenbahnen und Hormone, wobei dem enterische Nervensystem eine exponierte Rolle zukommt. Als enterisches Nervensystem wird ein dichtes Netz aus ca. 100 Millionen Nervenzellen im Darm bezeichnet, das so komplex ist, dass es auch das „zweite Gehirn“ genannt wird. Weniger bekannt ist, dass auch die Darmflora nachweislich auf die Produktion von Neurotransmittern wie Serotonin einwirkt. Serotonin wird zum größeren Teil im Darm produziert und nicht im Gehirn.

Wichtig ist außerdem festzuhalten, dass die Forschung aufzeigt, dass sich die Ernährung auf Entzündungsprozesse im Körper auswirkt. Beispielsweise begünstigt eine Kost, die reich an Zucker, gesättigten Fettsäuren und hochverarbeiteten Lebensmitteln ist, chronische Entzündungen und dies wird mit psychischen Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen in Verbindung gebracht. Industriell und hochverarbeitete Produkte/Lebensmittel mit

vielen Zusatzstoffen und Zutat haben wenig natürlichen Nährwert und schädigen langfristig die Darmflora. Außerdem ist die Folge, dass sie häufig nährstoffreiche Alternativen verdrängen. Uma Naidoo, eine Psychiaterin aus Boston, spricht in diesem Zusammenhang von einer „Beziehung zwischen Darm und Gehirn“ und ist überzeugt: „Nahrung, die man isst, kann genauso starke Wirkungen auf das Gehirn haben wie Medizin, die man einnimmt.“

Weg der Genesung

Wenn sich wissenschaftliche Erkenntnisse zunehmend bestätigen und Ernährung psychisch wirksam ist, muss das konkrete Konsequenzen für die psychiatrische Versorgung haben und nicht länger als Randerscheinung betrachtet werden, sondern gehört mit ins Zentrum des alltäglichen psychiatrisch/psychosozialen, vor allem des pflegerischen Handelns.

Was könnte dies denn für den psychiatrischen Versorgungsalltag bedeuten? Die Beziehungen zwischen den psychiatrisch Pflegenden und den Hilfebedürftigen sind zunächst grundsätzlich asymmetrisch. Die Helfenden sind in der Person der Stärkeren, die Hilfebedürftigen sind die Schwächeren. Die Schwächeren sind in der Rolle der Bittstellerin und des Bittstellers. Dies ist nicht nur so an der Theke der Stationsküche, wo sie geschickt genug nach Nachschlag für die Bohnensuppe fragen müssen.

Blickt man mit der Lupe auf die eine oder andere Beziehung zwischen Hilfesuchendem und Helfendem, so kommt der Eindruck auf, dass der Stärkere doch dem Schwächeren häufiger sage, wo der Weg zur Genesung entlang-

gehe. Am deutlichsten werden die Rollen als Bittstellerin und Bittsteller beim Umgang mit Psychopharmaka. So scheint es mancherorts eine Übereinkunft zwischen psychiatrisch Pflegenden zu geben, dass die in der psychiatrischen Klinik untergebrachten Menschen nach einer Mahlzeit mit einem gefüllten Glas Wasser ins Dienstzimmer kommen sollten, um sich dort die verordneten Medikamente abzuholen.

„Komm-her-Situationen“

Sicher ist es so, dass die Augenhöhe nachvollziehbar wird, wenn solche alltäglichen Situationen bedacht bzw. reflektiert werden. Die „Komm-her-Situationen“ überwiegen häufiger im stationären Bereich mehr als die „Geh-hin-Situationen“. „Geh-hin-Situationen“ zu schaffen ist mit der Botschaft verbunden: „Ich will Dir ein Angebot machen“. Vordergründig ist es das Angebot, beispielsweise verordnete Medikamente zur Verfügung zu stellen. Doch kann aus einer Vordergründigkeit schnell mehr erwachsen. Das Angebot zu einem gemeinsamen Spiel, das Angebot zu einem Spaziergang, das Angebot zu einem Gespräch. Die Beteiligten müssen es nur wollen und Gelegenheiten nutzen sowie wahrnehmen. Für Menschen, deren seelisches Gleichgewicht gestört ist, kann es hilfreich sein, den eigenen Lebensstil genauer in den Blick zu nehmen.

Psychisch erkrankte Menschen bewegen sich oft zwischen zwei Extremen: der Großküchenversorgung in Kliniken oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf der einen und Tiefkühlpizza oder schnell gekochten Nudeln in der eigenen Wohnung auf der anderen Seite. Diese Zuspitzung soll den Diskurs über Ernährungsge-

wohnheiten und Genussfertigkeiten seelisch erkrankter Menschen anstoßen.

Alltagsbefähigung und Normalisierung gehören zum Grundvokabular psychiatrischer Arbeit. Dass Back- und Kochgruppen im Wochenplan nicht fester Bestandteil sind, scheint kaum zu stören.

Peplau und das Essen

Das gemeinschaftliche Zubereiten einer Mahlzeit bietet viele Ansatzpunkte, um den gemeinsamen Weg von unterstützungsbedürftigen und unterstützenden Menschen bereiten zu können. Das Phasen-Modell von Hildegard Peplau kann einen Rahmen geben. In der Orientierungsphase steht das gegenseitige Kennenlernen und der Vertrauensaufbau im Fokus. Bedürfnisse bei der Ernährung und Schwierigkeiten bei der konkreten Umsetzung werden thematisiert.

Beispielsweise kann mit dem seelisch erkrankten Menschen in dieser Phase angesprochen werden, dass der vermehrte, durch die Einnahme von Psychopharmaka auftretende Appetit durch das häufigere Essen von Obst und Gemüse kompensiert werden kann. Der Einkauf frischer Lebensmittel scheitert dabei nicht zwingend an den begrenzten wirtschaftlichen Mitteln einer Betroffenen oder eines Betroffenen, sondern vielleicht nur an dem Wissen darum, wann im nahegelegenen Supermarkt frische Lebensmittel stark rabattiert verkauft werden. Gerade in der Orientierungsphase können Betroffene und unterstützende Personen eine individuelle „Essbiographie“ erarbeiten. Dabei ist es spannend, zu erfahren, welche Funktion Essen und Mahlzeiten für den Einzelnen haben. Ist das Essen einzig für die Befriedigung

des individuellen Bedürfnisses da? Hat die oder der Betroffene positive Erfahrungen und kennt Mahlzeiten als soziale Ereignisse, wo Menschen sich begegnen, einander erzählen? Hat die Betroffene, der Betroffene auch sinnliche Erfahrungen mit dem Zubereiten von Mahlzeiten und dem Essen gemacht? Kann das Schneiden von Gemüse und Obst auch als haptische Erfahrung verarbeitet werden? Werden mit der olfaktorischen Wahrnehmung von Essen auch wohlthuende Erlebnisse verbunden?

Der Übergang in die Identifikationsphase wird sicher meist fließend erlebt. Die in der Orientierungsphase erlebte Aufmerksamkeit und das Überlegen einer gemeinsamen Idee von Essenszubereitung und Ernährung führt auf den Weg vom Ich zum Wir. Wo auch die unterstützende Pflegefachperson eigene Erlebnisse, Erfahrungen und Vorlieben einbringt. Aus dem Annehmen von Anregungen des Gegenübers, einer erfolgreichen Umsetzung oder der Erfahrung eines bislang unbekannten Lebensmittels erwächst ein Gefühl: „Wir haben etwas gemeinsam“. Ein Wollen gehört dazu, eine Offenheit, sich der, dem Anderen zu öffnen. In der Identifikationsphase darf es nicht darum gehen, dem Gegenüber eigene Essgewohnheiten aufdrängen zu wollen, sondern Türen zu Neuem und Neuartigem öffnen zu wollen.

„Davon profitiere ich“ – dies kann der Startblock in die Nutzungsphase sein. Das häufigere Kochen frischer Lebensmittel und die vielleicht damit verbundene Abkehr von Tiefkühlware können die Nutzungsphase prägen. Dies kann (und ist sicher wünschenswert) besonders für die, den Betroffenen mit der Erfahrung verbunden sein,

dass das gemeinsame Essen dem Alltag guttun kann. Statt beim Essen in den Fernseher zu schauen, kommt es zu Gesprächen, zum Austausch, der über das Essen und die Ernährung hinausgeht. Beruflich Pflegende können gerade in dieser Nutzungsphase die Einsicht gewinnen, dass das Gegenüber nicht bloß als Objekt der Fürsorge, sondern als Subjekt verstanden werden muss, die oder der einen eigenen Lebensweg mitbringt. Mit-Menschlichkeit im besten Sinne rückt dann in den Vordergrund.

Beruflich Pflegende sind immer nur Wegbegleiter auf Zeit. In gewisser Weise erfüllen sie einen konkreten umschriebenen Auftrag. Ist dieser Auftrag erfüllt, kommt es zur Ablösung voneinander. Um ein Bild zu benutzen: Wenn der Rucksack des Betroffenen gut gepackt ist, sie oder er Alltagsfähigkeiten trainieren oder erlernen konnte, dann können sich die unterstützungsbedürftige und die helfende Person voneinander lösen. Im Kontext des Alltagstrainings gilt es einen Rucksack zu packen, der mit guten Erinnerungen, hilfreichen Fertigkeiten gepackt ist. In der Bearbeitung der eigenen Leidensgeschichte gilt es eher darum, schwere Steine aus dem Rucksack zu nehmen, die zu einer affektiven Irritation oder einer psychotischen Episode geführt haben.

Was soll auf den Teller?

Viele Betroffene reagieren erfahrungsgemäß defensiv, wenn es um ihre Ernährung geht. Der Griff zur Tiefkühlpizza oder Pommes liegt oft näher als die Annäherung an gesündere Alternativen. Auch Eigenmarken-Softdrinks sind meist günstiger als andere Getränke. Dabei liegt das Gute manchmal nah: Discounter reduzieren

samstags ab 18 Uhr ihre Waren so stark, dass auch Menschen mit kleinem Budget an frisches Gemüse und Obst kommen können.

Mit dem Nachdenken über das gewünschte Essen fängt jede Mahlzeit an. Wer das nicht kennt, braucht Unterstützung und Begleitung. Was macht gute Begleitung dabei aus? Sie beginnt beim Gespräch über individuelle Essenswünsche – und prüft diese auf Machbarkeit und Budget. Im Juni Spargel essen zu wollen ist nachvollziehbar; für viele ist es nur realistisch, wenn Bruchspargel direkt vom Bauernhof kommt. Die Frage der Machbarkeit stellt sich aber auch beim eigenständigen Herstellen einer Sauce Hollandaise.

Kochen als Last, Kochen als Genuss

Weitere Schritte: Das Essen muss vorbereitet und gekocht werden. Die Zubereitung einer Mahlzeit ist für den Einen eine Last, für den Anderen ein Genuss, sei es beispielsweise in der Küche zu stehen, die Töpfe im Blick zu haben oder Zutaten vorbereiten. Das meditative Schneiden von Zucchini, Zwiebeln, Karotten und Kartoffeln hilft ihnen, Abstand vom Alltag zu gewinnen und zur Ruhe zu kommen. Manche machen die Zubereitung zu einem gemeinschaftlichen Ereignis – einem Anlass, Freudiges zu teilen, aber auch Sorgen auszutauschen.

Psychisch chronisch erkrankte Menschen leben häufig nicht in ihrer eigenen Wohnung, sondern in Heimen, verbringen immer wieder Zeiten in psychiatrischen Kliniken und haben nicht die Gelegenheit sich das Essen selbst zuzubereiten. Umso wichtiger ist es, gerade mit ihnen alltägliche Fähigkeiten rund ums Essen zu entwickeln, damit die Mahlzeit mehr ist als blo-

ße Bedürfnisbefriedigung. Essen hat immer auch mit der Möglichkeit des Genießens zu tun.

Was beim Gemüseschneiden eine haptische Erfahrung ist, wird beim Essen zur Geschmackserfahrung. Frisches Gemüse mit frischen Kräutern macht die Mahlzeit zur olfaktorischen Erfahrung. Zu diesen Erfahrungshorizonten können und sollten Menschen begleitet werden –psychiatrisch Pflegende sind die geeigneten Begleiter dafür.

Zu wenig Personal und hygienische Bedenken?

Wer mit psychisch erkrankten Menschen arbeitet und sie begleitet, tut dies in der Regel aus innerer Überzeugung, weil er/sie sich für dieses Fachgebiet entschieden hat. Die pflegfachliche Haltung zeigt sich in allen Lebensaktivitäten und so auch im Umgang mit Essen und Ernährung. Der ethische Diskurs über die eigenen Essgewohnheiten der Pflegeperson darf dabei außer Acht gelassen werden (Ethik im Sinne von Verstehen wie unsere Nahrung weltweit das Leben von Tieren, andere Menschen und die Umwelt beeinflussen).

Die Freude an der Zubereitung einer Mahlzeit, die Lust am Essen werden von Mitarbeitenden gelebt und weitergegeben. Mitarbeitende beispielsweise in Kliniken und Wohnheimen müssen sich fragen, inwieweit die Forderung täglich miteinander zu kochen immer wieder Thema ist und auf Realisierung überprüft wird.

Häufige Reaktionen: fehlende Personalressourcen, ungeeignete Räumlichkeiten. Und natürlich: „Mit Menschen in einer akuten Krise kann man doch nicht kochen. Da sind hygienische Standards zu

beachten.“

Doch gerade beim schwächsten Menschen fängt unmittelbare Unterstützung an – das ist eine Maxime, die nicht nur sozialpsychiatrisch überzeugten Fachkräften am Herzen liegt. Auch dort, wo die Einschränkungen groß sind, gibt es unzählige Potenziale. Und gerade dort kann die Freude über kleine Erfolge am größten sein.

Rituale, die Gemeinschaft stiften

Wer gemeinsam kocht, sitzt auch gerne zusammen. Gemeinschaftliche Mahlzeiten bieten die Möglichkeit, sich kennenzulernen – anders als in Gruppenangeboten, Visiten oder Bezugspersonengesprächen. Hier tauscht man Lieblingsspeisen aus, spricht darüber, was man gar nicht mag, schwärmt von einem gelungenen Gericht. Psychiatrisch Tätige können dabei Vorbilder sein. Es isst sich am besten an einem schön gedeckten Tisch, wo jemand weiß, wie er dem Gegenüber eine Freude machen kann. Statt Defizite in den Vordergrund zu stellen, könnte sich in der Hilfeplanung ganz konkret abbilden, wie Betroffene durch mehr Einbindung in die Essensgestaltung Fortschritte machen und soziale Teilhabe gewinnen.

Essen sagt viel über den Menschen aus. Es beeinflusst – mit seinen Wirkungen wie Nebenwirkungen – körperliche und seelische Gesundheit, das belegt auch die Wissenschaft. Hier setzen Lebensstilinterventionen an, die Betroffenen mehr Bewegung und gesündere Ernährung ermöglichen können. Hinzu kommt: Psychiatrisch Tätige können im alltäglichen Handeln mehr Sinn in ihrer Arbeit erfahren. Und in der Mahlzeit-Zubereitung eingebunden zu sein hilft dem einen oder anderen

im persönlichen Bereich weiter als manche arbeitstherapeutische Maßnahme. In kleineren und überschaubaren Gruppenaktivitäten lässt sich das eine oder andere gemeinschaftsstiftende Ritual aufnehmen.

Dabeisein

Dabeisein bedeutet mitmachen, teilnehmen und anwesend sein. Das Dabeisein setzt auf eine konstante und achtsame Freundlichkeit unter den beteiligten Personen. Das bedeutet den betroffenen Menschen Schutz und Ruhe zu gewährleisten und zwischenmenschliche Zuwendung und Bestätigung zum Tragen zu bringen.

Gemeinsame Aktivitäten wie Mahlzeiten zubereiten oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten können dazu führen ein normalisierendes und familiäres Klima zu schaffen. Psychiatrisch Pflegende müssen diese grundlegenden Aufgaben ganz selbstverständlich in ihr alltägliches Handeln einbeziehen. Dabeisein im pflegerischen Alltag meint, in der Lebenswelt von Betroffenen zugewandt präsent zu sein und sie aktiv zu begleiten, ihnen zuzuhören und somit soziale und emotionale Sicherheit zu vermitteln.

Gemeinsame Schritte

Häufig lassen sich Pflegende eher von einem medizinischen Verständnis verleiten und stellen weniger ihre eigenen theoretischen Grundlagen und Überzeugungen in den Focus. Dessen sich im Alltag bewusst zu sein und etwas daran zu ändern, ist eine zentrale Aufgabe in der alltäglichen pflegerischen Arbeit. Gleichberechtigtes Arbeiten im Team kann nur im akzeptierenden Miteinander auf der Basis der unterschiedlichen fachlichen Kompetenzen zum Wohl von psychisch erkrankten Menschen

und ihrem Umfeld gelingen.

Dabeisein verfolgt die Absicht, dass betroffene Menschen eigene Methoden zur Bewältigung ihrer Probleme finden. Sie können sich im Schutze einer therapeutischen Einrichtung oder einer Klinik erproben. Diese Erprobung beginnt im Alltäglichen, z. B. beim Kochen. Regelmäßige und nahrhafte Mahlzeiten sind zentral. Seelische Krisen beeinträchtigen den Rahmen des alltäglichen Geschehens. Die individuelle Lebenssituation steht häufiger im Gegensatz zu einer gesunden Ernährung. In gemeinsamen Schritten kann dem begegnet werden und auch bei knappen Ressourcen eine gesunde Ernährung glücken.

Am Bedarf und den Bedürfnissen des Einzelnen sich zu orientieren ist die Grundlage jeglichen psychiatrisch-pflegerischen Handelns.



Christoph Müller

Christoph Müller ist psychiatrisch Pfleger, Fachautor, Dozent in der Fortbildung beruflich Pfleger.

Er arbeitet derzeit in einer forensischen Ambulanz in der Deutschschweiz und als Fachautor in Wesseling am Rhein (D).



Hilde Schädle-Deininger

Dipl. Pflegewirtin (FH),
Lehrerin für Pflegeberufe,
Fachkrankenschwester in der Psychiatrie,
Pflegerwissenschaftlerin,
Jahrzehnte psychiatrisch-pflegerische
Erfahrungen in unterschiedlichen Bereichen
der psychosozialen Versorgung,
Konzeptentwicklung und Lehre.

Der Beitrag „Befähigung und Selbstvertrauen beim gemeinsamen Tun“ ist Prof. Markus Golla gewidmet. Er hat mit der Zeitschrift „Pflegen professionell“ vieles bewegt, indem er ein breites Spektrum an pflegerischen Inhalten, aber auch unliebsame Themen aufgegriffen und verfolgt hat. Golla steht dafür ein, dass beruflich Pflegende ein Bewusstsein entwickeln, um ein eigenständiges Selbstverständnis und Handeln in die Tat umzusetzen sowie im Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen gleichberechtigt ihr Fachwissen einzubringen.

Mit seinem ganz persönlichen Engagement steht Markus Golla für die dauernde Transformation des beruflichen Selbstverständnisses und für die persönliche Identität im pflegerischen Handlungsfeld.

Dafür und für die immer konstruktive, zugewandte Zusammenarbeit sei ihm an dieser Stelle herzlich gedankt!



Als ePaper verfügbar:
inkl. Archiv ab der
ersten Ausgabe!



ab nur
9,95 €
im Monat

Für Fachkräfte mit Haltung: Ihre Stimme im Gesundheitswesen.

Engagiert, kritisch, interprofessionell – das ist Dr. med. Mabuse. Seit 1976 bietet die Zeitschrift eine Plattform für Debatten und Beiträge aus allen Gesundheitsberufen. Sie fördert den interprofessionellen Dialog und setzt sich für ein solidarisches Gesundheitssystem ein.

PRIVAT

Abonnement	Preis
Dr. med. Mabuse Privat E-Paper Monatszugang Online-Zugang, keine Printausgabe	9,95 € / Monat
Dr. med. Mabuse Privat Print Printausgaben per Post	67,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Privat E-Paper Jahreszugang Online-Zugang, keine Printausgabe	67,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Privat Kombi Online-Zugang & Printausgaben per Post	87,00 € / Jahr

INSTITUTION

Abonnement	Preis
Dr. med. Mabuse Institution Print Printausgaben per Post	188,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Institution E-Paper Einzelplatz Online-Zugang, keine Printausgabe	288,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Institution Kombi Einzelplatz Online-Zugang & Printausgaben per Post	388,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Intranet Online-Zugang für die gesamte Institution & die jeweils aktuelle Printausgabe per Post	488,00 € / Jahr

Jetzt informieren & Abo sichern unter www.zeitschrift-mabuse.de



Vom Grübeln zur Selbststeuerung

Metakognitive Interventionen bei Depression als pflegerrelevanter Ansatz in der psychiatrischen Versorgung

Hintergrund: Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und versorgungsrelevantesten psychischen Erkrankungen. Neben affektiven, motivationalen und somatischen Symptomen zeigen viele Patient:innen ausgeprägte repetitive Denkprozesse, insbesondere Rumination, selbstfokussierte Aufmerksamkeit und dysfunktionale metakognitive Überzeugungen [1–6]. Metakognitive Therapie und depressionsspezifisches Metakognitives Training setzen an diesen Prozessen an und weisen in Studien vielversprechende Effekte auf depressive Symptomatik, Grübelneigung, Selbstwert, Lebensqualität und psychosoziale Funktionsfähigkeit auf [6–17].

Zielsetzung: Der Beitrag diskutiert metakognitive Interventionen bei Depression aus einem pflegerrelevanten Blickwinkel. Im Mittelpunkt steht die Frage, welchen Beitrag psychiatrische Pflege zur Erkennung, Begleitung und alltagsnahen Umsetzung metakognitiver Veränderungsprozesse leisten

kann, ohne ihre Rolle mit Psychotherapie gleichzusetzen.

Methode: Grundlage ist eine orientierende Literaturschau zu metakognitiven Interventionen bei depressiven Störungen. Ergänzend erfolgt eine pflegfachliche Einordnung entlang psychiatrischer Pflegeaufgaben, insbesondere Beziehungsgestaltung, Pflegeprozess, Psychoedukation, Milieugestaltung, Gruppenarbeit, Selbstmanagementförderung und Rückfallprophylaxe [18–20].

Ergebnisse: Metakognitive Verfahren zeigen insbesondere gegenüber passiven Kontrollbedingungen deutliche Effekte auf depressive Symptomatik und ruminationstypische Prozesse [12,13]. Gegenüber etablierten Verfahren ergibt sich keine durchgängige Überlegenheit, jedoch eine plausible Gleichwertigkeit bzw. Ergänzungsfähigkeit [11–13,17]. Für die psychiatrische Pflege sind vor allem die manualisierte Struktur, Gruppentauglichkeit,

Psychoedukationsnähe und Alltagsübertragbarkeit relevant [8–10,18–20].

Schlussfolgerung: Metakognitive Interventionen sollten pflegerisch nicht als Ersatz für Psychotherapie verstanden werden, sondern als fachlich anschlussfähige Perspektive auf Denkprozesse, Selbstregulation und Teilhabe. Psychiatrische Pflege kann Grübelprozesse systematisch beobachten, metakognitive Psychoedukation unterstützen, Transfer in Alltagssituationen begleiten und Rückfallprophylaxe pflegeprozessbezogen verankern.

Schlüsselwörter: Depression; psychiatrische Pflege; Metakognitives Training; MCT; D-MKT; Rumination; Pflegeprozess; Psychoedukation; Rückfallprophylaxe

Einleitung

Depressive Störungen stellen in der psychiatrischen Versorgung eine der zentralen klinischen und pflegerischen Herausforderungen dar. Sie beeinträchtigen Stimmung, Antrieb, Schlaf, Konzentration, Selbstwert, soziale Teilhabe und berufliche Funktionsfähigkeit. In schweren Episoden treten Hoffnungslosigkeit, ausgeprägte Rückzugstendenzen und suizidale Gedanken hinzu [1,2]. Die Behandlung erfolgt leitlinienorientiert multimodal und umfasst je nach Schweregrad psychoedukative, psychotherapeutische, pharmakologische, psychosoziale und rehabilitative Maßnahmen [1,18].

In der klinischen Praxis zeigt sich jedoch, dass Depression nicht allein über Stimmung und Antrieb verstanden werden kann. Viele Patient:innen beschreiben weniger ein einzelnes negatives Denken als vielmehr ein kaum unterbrechbares Kreisen um Probleme, Fehler, Schuld, verpasste Chancen oder eine befürchtete Zukunft. Dieses Grübeln erscheint zunächst wie ein Versuch der Problemlösung, wird aber häufig selbst zum aufrechterhaltenden Mechanismus der Symptomatik [5,6]. Genau an dieser Stelle eröffnen metakognitive Ansätze eine relevante Perspektive: Nicht primär der Inhalt eines Gedankens steht im Fokus, sondern die Art und Weise, wie Patient:innen mit Gedanken, inneren Impulsen und Aufmerksamkeit umgehen [6,7].

Für die psychiatrische Pflege ist dieser Zugang besonders bedeutsam. Pflegende erleben Patient:innen nicht nur in therapeutischen Sitzungen, sondern im Alltag der Station, in Übergängen, in Krisen, in Beziehungssituationen, bei Rückzug, Aktivierung, Schlafproblemen, Mahlzeiten, Belastungsproben und informellen Ge-

sprächen. Gerade dort werden ruminative Schleifen, Sicherheitsverhalten, Vermeidungsstrategien und selbstabwertende Denkprozesse sichtbar. Daraus ergibt sich eine zentrale pflegefachliche Frage: Wie kann psychiatrische Pflege metakognitive Erkenntnisse nutzen, ohne Psychotherapie zu imitieren oder professionelle Grenzen zu überschreiten?

Der Beitrag argumentiert, dass metakognitive Interventionen einen relevanten pflegerischen Anschluss besitzen, wenn sie als strukturierter, psychoedukativer und selbstmanagementorientierter Baustein in ein multiprofessionelles Behandlungskonzept integriert werden. Psychiatrische Pflege kann dabei zur Beobachtung, Einordnung, Stabilisierung und Alltagsübertragung beitragen. Sie wird dadurch nicht zur Psychotherapie, gewinnt aber eine präzisere Sprache für Denkprozesse, die im Alltag depressiver Patient:innen häufig behandlungsrelevant sind.

Depression, Rumination und metakognitive Aufrechterhaltung

Depressive Episoden sind durch affektive, kognitive, somatische und motivationale Symptome gekennzeichnet. Neben gedrückter Stimmung, Interessenverlust und Antriebsminderung treten häufig Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Schuldgefühle, verminderter Selbstwert, Appetitveränderungen, psychomotorische Veränderungen und suizidale Gedanken auf [1,2]. Epidemiologisch besitzen depressive Metakognitive Interventionen bei Depression Störungen eine hohe individuelle und gesellschaftliche Relevanz; für Deutschland werden erhebliche Prävalenzen und Folgelasten beschrieben [3,4].

Für die Versorgungspraxis ist

nicht nur die diagnostische Kategorie entscheidend, sondern auch die Frage, welche Prozesse die Symptomatik aufrechterhalten und welche Ressourcen im Alltag noch erreichbar sind. Ein zentraler Aufrechterhaltungsfaktor depressiver Symptomatik ist Rumination. Grübeln unterscheidet sich von lösungsorientiertem Nachdenken dadurch, dass es häufig wiederholend, abstrakt, selbstfokussiert und emotional belastend bleibt. Betroffene kreisen um Fragen wie: Warum bin ich so? Was stimmt nicht mit mir? Was hätte ich anders machen müssen? Kurzfristig kann Grübeln den Eindruck vermitteln, Kontrolle zurückzugewinnen oder Probleme zu verstehen. Langfristig verstärkt es jedoch häufig Hilflosigkeit, Antriebslosigkeit, Selbstabwertung und Rückzug [5,6].

Metakognitive Modelle beschreiben diese Prozesse im Rahmen des Cognitive Attentional Syndrome. Gemeint ist ein Muster aus repetitivem negativem Denken, Bedrohungsmonitoring, selbstfokussierter Aufmerksamkeit und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien [6,7]. Aus dieser Perspektive entsteht psychische Belastung nicht allein durch negative Gedanken, sondern durch die Art der gedanklichen Verarbeitung. Entscheidend ist also nicht nur, was Patient:innen denken, sondern wie lange, wie zwingend, mit welcher Aufmerksamkeit und mit welchen Überzeugungen über das eigene Denken sie in diesen Prozessen verbleiben.

Für depressive Patient:innen sind dabei zwei Formen metakognitiver Überzeugungen bedeutsam. Positive metakognitive Überzeugungen schreiben dem Grübeln einen Nutzen zu, etwa: Wenn ich lange genug darüber nachdenke, finde ich eine Lösung. Negative metakognitive Überzeugungen beziehen

sich auf Unkontrollierbarkeit oder Gefährlichkeit des Denkens, etwa: Ich komme aus meinen Gedanken nicht mehr heraus oder dieses Denken macht mich krank. Beide Formen können das Grübeln stabilisieren: Die eine führt zum Einstieg in die Schleife, die andere verstärkt Angst, Kontrollverlust und Rückzug, wenn die Schleife nicht endet [6,7].

Metakognitive Therapie und depressionsspezifisches Metakognitives Training

Die Metakognitive Therapie ist ein psychotherapeutischer Ansatz, der psychische Störungen wesentlich über dysfunktionale Denk- und Aufmerksamkeitsprozesse erklärt. Im Unterschied zu klassischen kognitiven Verfahren geht es weniger um die inhaltliche Prüfung einzelner Gedanken, sondern um den Umgang mit Denken selbst [6,7]. Ziel ist es, das Cognitive Attentional Syndrome zu unterbrechen, metakognitive Überzeugungen zu verändern und flexiblere Aufmerksamkeitssteuerung zu ermöglichen.

Das Metakognitive Training wurde ursprünglich für Menschen mit Psychosen entwickelt und später störungsspezifisch weiterentwickelt [8]. In depressionsspezifischer Form kann es als strukturiertes, häufig gruppenbasiertes Trainingsformat verstanden werden. Es vermittelt Patient:innen typische Denkverzerrungen, Grübelmechanismen, selektive Aufmerksamkeit, Perfektionismus, Selbstwertprobleme und Strategien zur Distanzierung von belastenden Gedanken [9,10]. Während MCT im engeren Sinne psychotherapeutisch verortet ist, besitzt D-MKT durch seine manualisierte, psychoedukative und gruppenfähige Struktur eine besondere Nähe zu psychiatrischpsychosozialen Behandlungssettings.

Die Studienlage weist darauf hin, dass metakognitive Interventionen depressive Symptome, Grübelneigung und dysfunktionale metakognitive Überzeugungen reduzieren können [10–17]. Metaanalysen zeigen deutliche Effekte gegenüber Wartelistenkontrollen, während Vergleiche mit aktiven Behandlungsbedingungen differenzierter ausfallen [11–13]. Randomisiertkontrollierte Studien berichten zudem Verbesserungen in interpersonellen Problemen, sozialer Funktionsfähigkeit, Rückfallraten, Lebensqualität und beruflicher Reintegration [14–17]. Gleichzeitig bestehen methodische Einschränkungen, darunter teils kleine Stichproben, heterogene Kontrollbedingungen, mögliche Publikationsverzerrungen und begrenzte Generalisierbarkeit [11–13,17].

Für die klinische Praxis ergibt sich daher eine vorsichtige, aber fachlich relevante Schlussfolgerung: Metakognitive Interventionen sind kein Ersatz für leitliniengerechte Depressionsbehandlung und kein Wundermittel. Sie stellen jedoch einen plausiblen, evidenzgestützten und versorgungspraktisch attraktiven Baustein dar, insbesondere für Patient:innen mit ausgeprägtem Grübeln, selbstabwertenden Denkstilen, Rückzug, eingeschränkter Selbstwirksamkeit und wiederkehrenden depressiven Episoden [1,6,10–17].

Der pflegerelevante Blickwinkel: Warum psychiatrische Pflege hier nicht am Rand steht

Psychiatrische Pflege ist in der Depressionsbehandlung nicht lediglich unterstützende Hintergrundstruktur. Sie übernimmt zentrale Aufgaben in Beziehungsgestaltung, Alltagsstrukturierung, Krisenwahrnehmung, Ressourcenaktivierung, pflegerischer Dia-

gnostik, Suizidalitätseinschätzung, Psychoedukation, Milieugestaltung, Angehörigenarbeit, Entlassvorbereitung und Rückfallprophylaxe. Der Pflegeprozess verlangt dabei nicht nur Beobachtung, sondern fachliche Einschätzung, Zielbildung, Intervention und Evaluation. Die Verantwortung für Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses sowie Analyse und Evaluation der Pflege ist als vorbehaltene pflegerische Aufgabe gesetzlich gerahmt [19].

Metakognitive Ansätze bieten der Pflege hierfür eine differenzierte Beobachtungs- und Interventionspraxis. Statt lediglich zu dokumentieren, Patient:innen seien gedanklich eingengt, grübelnd oder negativistisch, kann präziser beschrieben werden, welche Denkprozesse sichtbar werden: wiederholtes Problemerkennen, selbstfokussierte Aufmerksamkeit, gedankliches Kontrollverhalten, Rückversicherungssuche.

Vermeidung von Aktivität, Überprüfung von Stimmung oder die Überzeugung, erst handeln zu können, wenn die innere Anspannung vollständig verstanden ist.

Diese Differenzierung ist pflegfachlich bedeutsam, weil sie Interventionen verändert. Wenn Grübeln als vermeintliche Problemlösung verstanden wird, reicht reine Aktivierung häufig nicht aus. Patient:innen benötigen dann Unterstützung, zwischen hilfreichen Nachdenken und depressiver Rumination zu unterscheiden. Pflege kann diesen Unterschied alltagsnah aufgreifen: in Bezugspflegegesprächen, in Gruppenangeboten, bei Aktivierungsplanung, in Krisengesprächen und in der Reflexion von Belastungserprobungen.

Der pflegerelevante Beitrag liegt damit nicht darin, Psychotherapie zu ersetzen. Er liegt darin, metakognitive Veränderungsprozesse in den Alltag zu übersetzen. Was in einer Therapie- oder Gruppensitzung verstanden wurde, muss auf Station, zu Hause, im Kontakt mit Angehörigen, bei Schlaflosigkeit, bei Rückzugstendenzen und in Belastungssituationen umgesetzt werden. Genau hier besitzt psychiatrische Pflege eine hohe Reichweite [18–20].

Pflegerisches Assessment: Grübeln sichtbar machen

Ein erster pflegerischer Ansatzpunkt liegt in der systematischen Erfassung ruminativer Prozesse. Pflegende können explorieren, wann Grübeln auftritt, wodurch es ausgelöst wird, welche Funktion es subjektiv erfüllt und welche Folgen es im Alltag hat. Relevante Fragen könnten sein: Merken Sie, wann Nachdenken in Grübeln kippt? Was hoffen Sie durch das Grübeln zu erreichen? Was passiert danach mit Ihrem Antrieb? Gibt es Situationen, in denen Sie trotz belastender Gedanken handlungsfähig bleiben?

Diese Fragen sind keine Psychotherapie im engeren Sinne, sondern Bestandteil einer differenzierten pflegerischen Situations- und Ressourcenanalyse. Sie helfen, Pflegeziele konkreter zu formulieren: nicht nur Stimmungsstabilisierung, sondern etwa Patient:in erkennt typische Grübelauslöser, Patient:in kann zwischen Problemlösen und Rumination unterscheiden oder Patient:in erprobt eine alternative Aufmerksamkeitslenkung in alltagsnahen Situationen.

Psychoedukation: Gedanken müssen nicht zu Ende gedacht werden

Depressive Patient:innen erleben ihre Gedanken häufig als zwin-

gend. Der Satz: Ich muss das erst verstehen, bevor ich weitermachen kann, ist klinisch vertraut. Metakognitive Psychoedukation kann hier entlastend wirken, weil sie vermittelt, dass nicht jeder Gedanke bearbeitet, bewertet oder gelöst werden muss [6,7].

Pflege kann diese Perspektive niedrigschwellig unterstützen. In Bezugspflegegesprächen kann erklärt werden, dass Grübeln kurzfristig sinnvoll erscheint, langfristig aber häufig Erschöpfung, Selbstabwertung und Handlungsblockade verstärkt. Entscheidend ist dabei eine nicht belehrende Haltung. Patient:innen sollten Metakognitive Interventionen bei Depression nicht hören: Sie müssen einfach weniger grübeln. Hilfreicher ist eine gemeinsame Untersuchung: Lassen Sie uns anschauen, ob dieses Nachdenken Sie gerade einer Lösung näherbringt oder ob es Sie eher festhält.

Damit wird Pflege zu einem Ort metakognitiver Orientierung. Sie hilft Patient:innen, eine beobachtende Distanz zum eigenen Denken zu entwickeln, ohne den Inhalt des Leidens zu bagatellisieren.

Beziehungsgestaltung: Validieren, ohne Grübelschleifen zu verstärken

Psychiatrische Pflege bewegt sich in einem Spannungsfeld: Einerseits brauchen depressive Patient:innen Resonanz, Validierung und ernsthaftes Zuhören. Andererseits kann ein wiederholtes gemeinsames Durcharbeiten derselben Schuld- oder Versagensgedanken unbeabsichtigt ruminative Muster verstärken. Eine metakognitive Perspektive ermöglicht eine feinere Balance.

Pflege kann Leid anerkennen, ohne jede Grübelschleife inhaltlich wei-

terzuführen. Dies könnte sprachlich bedeuten: Ich merke, wie belastend dieser Gedanke für Sie ist. Gleichzeitig beobachte ich, dass Sie seit einiger Zeit darum kreisen und es Ihnen eher schlechter geht. Wollen wir gemeinsam prüfen, was jetzt ein hilfreicher nächster Schritt wäre?

Das ist pflegerisch hoch relevant. Es verbindet Beziehung, Begrenzung, Orientierung und Aktivierung. Gerade in der Depressionsbehandlung ist diese Form der professionellen Beziehungsgestaltung zentral, weil sie weder vermeidet noch in problemstabilisierendes Co-Grübeln gerät [18].

Gruppenangebote: D-MKT als niedrigschwelliger Versorgungsbaustein

Depressionsspezifisches Metakognitives Training ist durch seine Struktur besonders gut für Gruppenformate geeignet. Es arbeitet mit Beispielen, Übungen, Reflexion und Psychoedukation und kann dadurch Patient:innen aktiv einbinden, die in Einzelkontakten zunächst passiv oder antriebsarm erscheinen [9,10]. Für psychiatrische Pflege eröffnet sich hier ein bedeutsamer Handlungsraum.

Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation, Schulung und Supervision können in multiprofessionell abgestimmten Konzepten psychoedukative oder trainingsorientierte Gruppenangebote mitgestalten. Dabei muss klar bleiben, ob es sich um ein pflegerisch-psychoedukatives Angebot, ein therapeutisch geleitetes Gruppenverfahren oder ein interprofessionelles Co-Setting handelt.

Gerade diese Rollenklarheit ist entscheidend. Pflege sollte metakognitive Gruppen nicht als kleine Psychotherapie deklarieren, son-

dern als strukturiertes Angebot zur Förderung von Selbstbeobachtung, Selbstmanagement und alltagsbezogener Umsetzung. Der Gewinn liegt nicht in einer Grenzüberschreitung, sondern in einer fachlich sauberen Erweiterung pflegerischer Interventionsqualität. Metakognitive Interventionen bei Depression

Milieuthherapie und Alltagstransfer

Metakognitive Veränderung bleibt wirkungslos, wenn sie nicht in Alltagssituationen übertragen wird. Depression zeigt sich häufig gerade in den kleinen Übergängen: morgens aufstehen, sich waschen, zur Gruppe gehen, eine Mahlzeit einnehmen, Kontakt aufnehmen, Besuch aushalten, Belastungsproben planen, abends nicht in Grübelschleifen versinken.

Pflege ist in diesen Situationen präsent. Sie kann Patient:innen helfen, alternative Handlungen trotz belastender Gedanken zu erproben. Der Fokus verschiebt sich dann von: Ich muss mich erst besser fühlen, bevor ich handeln kann, zu: Ich kann handeln, obwohl Gedanken und Gefühle noch da sind. Diese alltagsnahe Handlungsorientierung ist ein wesentlicher pflegerischer Beitrag zur Depressionsbehandlung.

Im Pflegeprozess kann dies konkret abgebildet werden: Auslöser, Grübelmuster, subjektive Überzeugungen, hilfreiche Unterbrechungen, Aktivierungsziele und Evaluation werden dokumentiert. Dadurch entsteht eine pflegerische Verlaufslogik, die über allgemeine Zustandsbeschreibungen hinausgeht [19,20].

Rückfallprophylaxe und Entlassmanagement

Depressive Störungen verlaufen häufig rezidivierend. Deshalb ist

Rückfallprophylaxe ein zentraler Bestandteil der Behandlung [1,3]. Metakognitive Ansätze bieten hierfür eine hilfreiche Sprache: Rückfälle kündigen sich nicht nur durch Stimmungseinbruch an, sondern oft durch die Rückkehr bestimmter Denk- und Aufmerksamkeitsmuster.

Pflege kann gemeinsam mit Patient:innen individuelle Frühwarnzeichen erarbeiten: vermehrtes Grübeln am Morgen, Rückzug, gedankliches Durchspielen alter Fehler, ständiges Überprüfen der eigenen Stimmung, Vermeiden von Kontakten, Schlaf-Wach-Verschlebung oder die Überzeugung, erst nach vollständiger innerer Klarheit handeln zu können. Daraus lassen sich konkrete Handlungspläne ableiten: Kontaktaufnahme, Aktivitätsstruktur, Schlafhygiene, Unterbrechung ruminativer Routinen, Nutzung ambulanter Hilfen, Krisenplan und Einbindung von Angehörigen.

Besonders relevant ist dies an Schnittstellen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung. Pflege kann dazu beitragen, metakognitive Strategien nicht als Stationswissen verpuffen zu lassen, sondern in den häuslichen Alltag zu übertragen.

Grenzen und professionelle Abgrenzung

Ein pflegerelevanter Blick auf metakognitive Interventionen muss die Grenze zur Psychotherapie ernst nehmen. Metakognitive Therapie im engeren Sinne ist ein psychotherapeutisches Verfahren [6,7]. Pflegefachpersonen übernehmen nicht automatisch psychotherapeutische Behandlung, nur weil sie mit Gedanken, Emotionen und Verhalten arbeiten. Die Unterscheidung liegt in Zielsetzung, Tiefe, Verantwortung, Qualifikation, Setting und

Indikationsstellung.

Pflegerische Beratung und Psychoedukation können metakognitive Prinzipien nutzen, solange sie in den Pflegeprozess eingebettet, transparent kommuniziert und multiprofessionell abgestimmt sind. Problematisch würde es, wenn Pflege eigenständig komplexe therapeutische Fallkonzeptualisierungen übernimmt, Traumamaterial bearbeitet, intensive kognitive Interventionen ohne Qualifikation durchführt oder psychotherapeutische Zuständigkeiten verdeckt ersetzt.

Gleichzeitig darf Rollenklarheit nicht zu pflegerischer Selbstverkleinerung führen. Psychiatrische Pflege arbeitet genuin mit Beziehung, Alltag, Verhalten, Selbstregulation, Krisen, Ressourcen und Teilhabe. Sie ist damit nicht Psychotherapie im engeren Sinne, aber sehr wohl psychosozial, edukativ, stabilisierend und recoveryorientiert wirksam [18–20]. Metakognitive Ansätze können diese Arbeit präzisieren und professionalisieren.

Vom Therapieverfahren zur pflegerischen Versorgungsperspektive

Die vorliegende Evidenz spricht dafür, dass metakognitive Interventionen bei depressiven Störungen wirksam sein können, insbesondere in Bezug auf Symptomreduktion, Grübeln und metakognitive Überzeugungen [10–17]. Für die psychiatrische Pflege ist jedoch weniger die Frage entscheidend, ob MCT oder D-MKT anderen Verfahren überlegen ist. Relevanter ist, ob metakognitive Konzepte eine Versorgungslücke adressieren, die im Alltag depressiver Patient:innen sichtbar wird.

Diese Lücke besteht in der häufig unzureichenden Bearbeitung von

Denkprozessen außerhalb psychotherapeutischer Sitzungen. Patient:innen verstehen möglicherweise kognitiv, dass Grübeln ungünstig ist, erleben aber morgens im Zimmer, nach einem belastenden Telefonat oder abends vor dem Schlafen erneut den Sog der Rumination. Pflege kann in solchen Momenten nicht nur beruhigen, sondern gezielt an zuvor erarbeiteten Strategien anknüpfen.

Damit entsteht ein interprofessioneller Mehrwert. Psychotherapie kann metakognitive Konzepte vertieft bearbeiten; Pflege kann diese Konzepte im Alltag beobachten, erinnern, stabilisieren und evaluieren. Ärztliche Behandlung kann biologische, pharmakologische und diagnostische Aspekte steuern. Sozialdienst und weitere Berufsgruppen können Teilhabe, Arbeit, Wohnen und Nachsorge unterstützen. Metakognitive Pflegeperspektive meint somit nicht Berufsgrenzenverschiebung um jeden Preis, sondern eine bessere Übersetzung evidenzbasierter Konzepte in stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungspraxis [1, 18–20].

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wäre es sinnvoll, diesen Beitrag künftig systematischer zu untersuchen. Mögliche Forschungsfragen wären: Reduziert ein pflegerisch mitgetragenes D-MKT-Angebot Grübelneigung und depressive Symptomatik stärker als unspezifische Aktivierungsgruppen? Verbessert metakognitive Psychoedukation im Bezugspflegeprozess Selbstmanagement und Entlassbereitschaft? Welche Kompetenzen benötigen Pflegefachpersonen, um solche Angebote sicher und rollenklar umzusetzen? Welche pflegesensitiven Outcomes lassen sich erfassen, etwa Selbstwirksamkeit, Teilhabe, Adhärenz, Krisenkompetenz oder Rückfallvermeidung?

Implikationen für Praxis, Weiterbildung und Forschung

Für die Praxis lassen sich mehrere Konsequenzen ableiten. Erstens sollte Grübeln pflegerisch nicht nur als Symptomnotiz, sondern als beobachtbarer und bearbeitbarer Prozess verstanden werden. Eine präzisere Dokumentation könnte Auslöser, Verlauf, subjektive Funktion, Folgen und hilfreiche Unterbrechungen erfassen.

Zweitens sollten Pflegende in der Depressionsbehandlung über Grundkenntnisse zu Rumination, metakognitiven Überzeugungen und selbstfokussierter Aufmerksamkeit verfügen. Dies kann helfen, Gespräche klarer zu strukturieren und Co-Grübeln zu vermeiden. Gerade für Bezugspflegegespräche wäre eine solche Schulung anschlussfähig, weil sie nicht primär neue Zuständigkeiten schafft, sondern bestehende pflegerische Aufgaben fachlich schärft.

Drittens können psychoedukative Gruppenangebote mit metakognitiven Elementen eine sinnvolle Ergänzung multimodaler Behandlung sein, sofern sie manualisiert, qualitätsgesichert und interprofessionell abgestimmt erfolgen [9, 10, 18]. Viertens sollte der Transfer in den Alltag explizit Teil des Pflegeplans sein. Patient:innen brauchen nicht nur Einsicht, sondern wiederholte konkrete Übung in realen Situationen. Fünftens gehört metakognitive Rückfallprophylaxe in Entlassplanung und Nachsorge. Frühwarnzeichen sollten nicht nur affektiv, sondern auch kognitiv und verhaltensbezogen beschrieben werden.

Damit wird psychiatrische Pflege sichtbarer: nicht als Ausführung fremder Therapiepläne, sondern als eigenständige Profession, die psychische Stabilisierung über Beziehung, Alltag, Struktur, Edukation, Beobachtung und Evaluation

gestaltet.

Fazit

Metakognitive Interventionen bei Depression bieten einen fachlich vielversprechenden Ansatz, weil sie einen zentralen Aufrechterhaltungsmechanismus depressiver Symptomatik adressieren: repetitives negatives Denken. Die bisherige Studienlage zeigt deutliche Hinweise auf Wirksamkeit, insbesondere gegenüber passiven Kontrollbedingungen, und legt positive Effekte auf Grübeln, depressive Symptome, psychosoziale Funktionsfähigkeit und längerfristige Stabilisierung nahe [10–17]. Gleichzeitig bleibt eine kritische Bewertung notwendig, da Studienqualität, Stichprobengrößen, Kontrollbedingungen und Publikationsbias die Interpretation begrenzen können [11–13, 17].

Für die psychiatrische Pflege liegt der Wert metakognitiver Ansätze nicht darin, Psychotherapie zu ersetzen. Ihr Wert liegt darin, eine präzise, alltagsnahe und pflegeprozessfähige Sprache für Denkprozesse zu gewinnen, die im stationären und teilstationären Alltag depressiver Patient:innen hoch relevant sind. Pflege kann Grübelprozesse erkennen, psychoedukativ einordnen, alternative Handlungsstrategien unterstützen, Transfer sichern und Rückfallprophylaxe konkretisieren.

Gerade in Zeiten knapper therapeutischer Ressourcen und hoher Versorgungsbedarfe sollte dieser pflegerische Beitrag nicht unterschätzt werden. Wenn Depression auch eine Störung blockierter Selbstregulation, eingengter Aufmerksamkeit und festgefahrener Denkprozesse ist, dann braucht es Berufsgruppen, die Patient:innen nicht nur in Sitzungen, sondern im gelebten Alltag begleiten. Psychi-

atrische Pflege ist dafür nicht Beiwerk, sondern ein zentraler Ort der Umsetzung.

Literaturverzeichnis

[1] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. AWMF-Register-Nr. nvl-005. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000505>

[2] Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hogrefe.

[3] Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt.

[4] Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt, 85(1), 77–87.

[5] Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

[6] Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P. & Wells, A. (2017). Metacognitive therapy for depression in adults: A waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. Frontiers in Psychology, 8, Article 31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>

[7] Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford Press.

[8] Moritz, S. & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation. Current Opinion in Psychiatry, 20(6), 523–529.

[9] Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F. et al. (2014). Metakognitives Training für

Menschen mit Depression: Therapiemanual. Universität Hamburg.

[10] Jelinek, L., Hauschildt, M., Wittekind, C. E., Schneider, B. C., Kriston, L. & Moritz, S. (2016). Efficacy of Metacognitive Training for Depression: A randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 85(4), 231–234. <https://doi.org/10.1159/000443699> Metakognitive Interventionen bei Depression

[11] Normann, N., van Emmerik, A. A. P. & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. Depression and Anxiety, 31(5), 402–411. <https://doi.org/10.1002/da.22273>

[12] Normann, N. & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 9, Article 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>

[13] Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S. & Meister, R. (2019). Effectiveness of meta-cognitive interventions for mental disorders in adults: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy, 26(2), 227–240. <https://doi.org/10.1002/cpp.2345>

[14] Strand, E. R., Hagen, R., Hjemdal, O., Kennair, L. E. O. & Solem, S. (2018). Metacognitive therapy for depression reduces interpersonal problems: Results from a randomized controlled trial. Frontiers in Psychology, 9, Article 1415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01415>

[15] Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resist-

Marcel Remkamp

Gesundheits- und Krankenpfleger, B.A.

Fachleitung Zentrum für Depressionsbehandlung

LWL-Klinik Lippstadt

Kontakt: marcel.remkamp@lwl.org



ant depression: A platform trial. Behaviour Research and Therapy, 50(6), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.004>

[16] Solem, S., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H. M., Wells, A. & Hjemdal, O. (2019). Meta-cognitive therapy for depression: A 3-year follow-up study assessing recovery, relapse, work force participation, and quality of life. Frontiers in Psychology, 10, Article 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>

[17] Jelinek, L., Faissner, M., Moritz, S. & Kriston, L. (2019). Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. British Journal of Clinical Psychology, 58(3), 245–259. <https://doi.org/10.1111/bjc.12213>

[18] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). (2025). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Version 3.0, AWMF-Registernummer 038-020. AWMF-Leitlinienregister.

[19] Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). § 4 Vorbehaltene Aufgaben; Pflegeprozessverantwortung. In: Gesetze im Internet. Bundesministerium der Justiz.

[20] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2025). Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie / PPP-RL).

Rechtsbücher für Gesundheitsberufe

Bücher für Gesundheitsberufe in Ausbildung und Praxis. Ein juristisches Basiswissen für den Berufseinstieg und den Berufsalltag.



Rechtliche Fachbücher

Juristische Literatur für Gesundheitsberufe, Führungskräfte, Lehrende und sonstige Interessierte.



Seminare / Vorträge / Ethikberatung

(auch online)

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

forum@gesundheitsrecht.at
www.gesundheitsrecht.at



A photograph of a young woman with brown hair in a bun, wearing blue scrubs, looking intently at an elderly woman with short blonde hair. The elderly woman is seen from the side, with her hand near her face. They are in a clinical setting, likely a hospital room, with medical equipment visible in the background.

Sexualisierte Gewalt in der Pflege erkennen, benennen, verhindern

Aktuelle Daten, Schwerpunkte und Handlungsempfehlungen
für Pflegepraxis und -ausbildung

„Sexualisierte Gewalt in pflegerischen Versorgungssettings ist alltäglich – und bleibt dennoch tabuisiert. Pflegende, pflegebedürftige Menschen, Auszubildende und Pflegestudierende sind betroffen.“

Ein tabuisiertes Thema mit hoher Alltagsrelevanz

Gewalt in pflegerischen Settings hat viele Gesichter: körperliche, psychische, finanzielle, digitale sowie strukturelle Gewalt, Vernachlässigung und sexualisierte Gewalt. Letztere gehört zu den am stärksten tabuisierten Aspekten pflegerischer Arbeit. Eine Wahrnehmungsbarriere verhindert oft, dass Pflegeeinrichtungen als Räume verstanden werden, in denen sexualisierte Gewalt vorkommen kann; zudem verstellt ein verbreitetes asexuelles Bild älterer Menschen den Blick (u.a. Bäslack, 2015).

Pflegerische Tätigkeiten finden zwangsläufig in einem körperlich nahen, oft intimen Raum statt. Persönliche Grenzen werden – etwa bei Körperpflege, Mobilisation oder Wundversorgung – regelmäßig berührt oder überschritten, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen (u.a. Adler et al., 2021; Nielsen et al., 2017). Aus der strukturellen Nähe pflegerischer Tätigkeiten ergibt sich die Notwendigkeit, Sprachfähigkeit als zentrale Teamkompetenz zu entwickeln.

Grenzverletzung, sexuelle Belästigung, sexualisierte Gewalt

Grenzverletzungen geschehen häufig unbeabsichtigt und ohne sexuelle Motivation. Sie sind häufig Folge struktureller Bedingungen wie räumlicher und zeitlicher Enge: offene Badezimmertüren, unbeabsichtigte Berührungen im engen Klient:innenzimmer, fehlende Sichtbarrieren bei der Intimpflege (Büthe, 2019). Sie sind verbreitet und nicht zwangsläufig schuldhaft – verlangen aber Aufmerksamkeit, Reflexion und strukturelle Lösungen.

Sexualisierte Gewalt liegt vor, wenn sexualisierte Handlungen an oder vor einer Person gegen deren Willen vorgenommen werden – einschließlich der Verweigerung einvernehmlicher Sexualität oder der Lächerlichmachung sexueller Bedürfnisse (Eggert et al., 2023). Unterschieden werden:

- **verbale Formen** – u.a. entwürdigende sexualisierte Bemerkungen, Präsentation pornografischer oder sexistischer Inhalte;
- **nonverbale Formen** – u.a. sexuell herabwürdigende Gesten, Blicke und Verhaltensweisen;
- **körperliche Formen** – u.a. unangebrachte und unerwünschte Körperkontakte bis hin zur Vergewaltigung (u.a. FernUniversität in Hagen, 2025; StMAS, o. J.).

Die Trennlinie zwischen unbeabsichtigtem und absichtlichem Verhalten ist im Pflegealltag häufig schwer zu ziehen, insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Patient:innen, Klient:innen und Bewohner:innen. Pflegenden interpretieren solche Übergriffe nicht selten als „unumgänglichen Zu-

stand der Pflege psychisch und kognitiv beeinträchtigter Menschen“ (Eggert et al., 2023). Genau diese Normalisierung ist Teil des Problems. Für die Einordnung von Situationen ist jedoch nicht allein die Intention der handelnden Person maßgeblich, sondern auch das subjektive Erleben der betroffenen Person. Verhaltensweisen, die als „harmlos“ oder „nicht so gemeint“ eingeordnet werden, können dennoch als grenzverletzend oder übergriffig wahrgenommen werden und entsprechende Belastungen auslösen. Eine sensibilisierte pflegerische Praxis muss daher die Perspektive der Betroffenen konsequent einbeziehen und ernstnehmen – auch dann, wenn Situationen ambivalent erscheinen oder nicht eindeutig zu kategorisieren sind.

Neben diesen überwiegend interpersonalen und körpernahen Erscheinungsformen gewinnen im Zuge der Digitalisierung auch digitale Formen sexualisierter Gewalt an Bedeutung.

Dazu zählen übergriffige oder sexualisierte Nachrichten über Messenger-Dienste, soziale Medien oder interne Kommunikationsplattformen, das unerwünschte Zusenden pornografischer Inhalte („Cyberflashing“), das heimliche Anfertigen oder Weiterverbreiten von Bild- und Videomaterial aus intimen Pflegesituationen sowie sexualisierte Kommentare in digitalen Dokumentations- oder Übergabesystemen. Digitale Gewalt ist dabei nicht als eigenständiges Phänomen zu verstehen, sondern als Erweiterung bestehender Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse im digitalen Raum. Die zunehmende Entgrenzung zwischen beruflichen und privaten Kommunikationsräumen kann dabei zusätzliche Risiken erzeugen (bff

& Prasad, 2021; Henry & Powell, 2018). Prävention erfordert daher die explizite Berücksichtigung digitaler Kommunikationsregeln in Schutzkonzepten, klare institutionelle Richtlinien zur Nutzung dienstlicher und privater Endgeräte sowie die Sensibilisierung für Grenzverletzungen in digitalen Interaktionen.

Aktuelle Datenlage: Was wir wissen – und was wir nicht wissen

Die empirische Befundlage hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verdichtet. Eine BGW-Studie aus dem Jahr 2021 befragte 901 Beschäftigte aus 60 Einrichtungen – darunter Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflege sowie Behindertenhilfe (Vaupel et al., 2021). Zentrale Befunde:

- 67,1 % der Befragten erlebten verbale sexuelle Belästigung durch von ihnen gepflegte oder betreute Personen,
- 48,9 % körperliche sexuelle Belästigung und Gewalt,
- 62,5 % gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal nonverbale sexuelle Belästigung und Gewalt erlebt zu haben.

32,5 % der Befragten gaben zudem an, nichts über Präventions- und Hilfsmaßnahmen ihres Arbeitgebers zu wissen (Vaupel et al., 2021). Eine Schweizer Querschnittstudie an einer Fachhochschule bestätigt die hohe Verbreitung patientenseitiger sexueller Belästigung gegenüber Pflegenden und Pflegestudierenden (Bruschini et al., 2023).

Während die Datenlage zu Pflegenden als Betroffene zunehmend belastbar wird, bleibt die Erfassung sexualisierter Gewalt gegen pflegebedürftige Men-

schen schwierig. Uneinheitliche Erhebungsinstrumente, eingeschränkte Auskunftsfähigkeit oder -bereitschaft Betroffener und die schwierige Erreichbarkeit Vulnerabler führen zu großer Streuung der Prävalenzangaben (u.a. Eggert et al., 2023).

Eigene Befunde aus dem PSGP-Projekt

Im Rahmen des durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention geförderten Projekts „Entwicklung einer Handreichung für Auszubildende und Studierende der Pflege zur Prävention sexualisierter Gewalt in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen in Bayern“ (PSGP, 2024–2026) wurden in einem Scoping Review nach dem JBI-Manual 58 Publikationen ausgewertet (u.a. CINAHL, PubMed, BASE, SpringerLink, SpringerPfleger, Google Scholar, Referenzlisten). Zentrale Ergebnisse:

- 66 % der eingeschlossenen Publikationen formulieren lediglich oberflächliche Empfehlungen ohne konkrete Maßnahmen.
- Nur 40 % adressieren Auszubildende und Pflegestudierende explizit oder fokussieren ausschließlich auf diese vulnerable Gruppe.
- Es fehlen klar definierte Leitlinien und evidenzbasierte Interventionen.
- Aus- und Weiterbildungsprogramme zum Thema sind nur begrenzt verfügbar (Witzmann et al., 2026, i.E.).

Ergänzend wurden ein World-Café mit beruflich und hochschulisch Auszubildenden (N = 30) sowie zwei Fokusgruppen (N = 17) mit u.a. Pflege-Unterrichtenden, Mentor:innen und Praxisanleitenden durchgeführt. Hervorgehoben wur-

den insbesondere die Bedeutung kultursensibler Kommunikation, einfacher Sprache und praxisnaher Empfehlungen, die in Ausbildung und Versorgung integrierbar sind (Batzoni et al., 2025).

Schwerpunkte für die Pflege: Wer ist besonders vulnerabel?

Sexualisierte Gewalt trifft vulnerable Personengruppen in besonderem Maße. Hierzu zählen:

- junge Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen, insbesondere Auszubildende und Pflegestudierende;
- Menschen mit Sprach- oder kognitiven Beeinträchtigungen;
- Menschen mit hohem Hilfe- und Pflegebedarf;
- Menschen unter dem Einfluss dämpfender Medikamente;
- Bewohner:innen mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen (u.a. Bronner et al., 2003; Bruschini et al., 2023; Büthe, 2019; Eggert et al., 2023; Hirt et al., 2022);

Pflege ist gefordert, Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse als zentrale Risikofaktoren zu erkennen (Bohn, 2017). Sexualisierte Gewalt ist häufig nicht primär sexuell motiviert, sondern durch Dominanz- und Kontrollstreben (Eggert et al., 2023). Daraus folgt: Prävention muss strukturell – auf Verhältnisebene – ansetzen und nicht ausschließlich auf das Verhalten Einzelner zielen.

Ein bislang unzureichend adressierter Bereich ist die pflegerische Erstqualifizierung. Auszubildende und Pflegestudierende bringen häufig wenig Vorerfahrung im Umgang mit grenzverletzendem oder übergriffigem Verhalten mit. Trotz curricularer Verankerung der Themen Gewalt und Nähe-Di-

stanz-Verhältnis (StMUK, 2020) wird sexualisierte Gewalt in der Ausbildung berichteten Erfahrungen zufolge kaum systematisch unterrichtet. Genau hier setzt das PSGP-Projekt mit einer kostenfrei zugänglichen Handreichung an.

Praxisnahe Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der vorliegenden Publikationen und Projektergebnisse lassen sich folgende praxisnahe Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis ableiten. Sie kombinieren Verhaltens- und Verhältnisprävention und decken alle drei Präventionsebenen (primär, sekundär, tertiär) ab.

1. Sensibilisierung in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankern

Sexualisierte Gewalt sollte als verbindlicher Inhalt in Curricula der Pflegefachfrau-/Pflegefachmann-Ausbildung sowie in Pflegestudiengängen verankert sein. Pflegeunterrichtende Personen, wie bspw. Praxisanleitende und Mentor:innen, benötigen entsprechende Weiterbildungen. Empfehlenswert sind szenariobasierte Lehr-Lern-Formate mit anschließender strukturierter Reflexion.

2. Sprachfähigkeit im Team aufbauen

Eine offene, präventive Einrichtungskultur lebt davon, dass Vorfälle benannt werden können. Teams brauchen ein gemeinsames Vokabular: Was ist eine Grenzverletzung? Wann liegt sexualisierte Gewalt vor? Wie spreche ich Beobachtetes an, ohne pauschal zu beschuldigen? Regelmäßige Fallbesprechungen und kollegiale Beratung helfen, Tabuisierung zu durchbrechen (Brucker et al., 2017).

3. Schutzkonzepte einführen und kommunizieren

Schutz- bzw. Gewaltmanagementkonzepte sind kein bürokratischer Selbstzweck, sondern ein praktisches Sicherheitswerkzeug. Sie sollten Meldewege, Ansprechpersonen, Dokumentationspflichten, Maßnahmen für Betroffene und ein systematisches Nachsorgekonzept enthalten. Entscheidend: Das Konzept sollte allen Mitarbeiter:innen zugänglich und bekannt sein - nicht nur in einem Ordner der Pflegedienstleitung.

4. Vorfälle als Arbeitsunfall melden

Sexualisierte Übergriffe gegen Pflegende sollten konsequent als Arbeitsunfall gemeldet werden. „Gewalterfahrungen können gesellschaftliche, psychische, physische und psychosoziale Folgen haben“ (Limpert et al., 2024); u.a. Stress, Spannungen, depressive Verstimmungen, Frustration, psychosomatische Beschwerden oder emotionale Erschöpfung (u.a. AOK, 2025; Limpert et al., 2024; Nau et al., 2019). Eine Meldung sichert Ansprüche und ermöglicht professionelle Nachsorge.

5. Niedrigschwellige Ansprechstrukturen für Auszubildende

Pflegeschulen, Hochschulen und Praxiseinrichtungen sollten gemeinsam definierte, niedrigschwellige Ansprechstellen für Lernende einrichten. Beruflich und hochschulisch Auszubildende erleben Übergriffe häufig in einem doppelten Abhängigkeitsverhältnis – gegenüber Pflege-unterrichtenden Personen aus Theorie und Praxis sowie gegenüber Klient:innen. Vertrauliche, klar adressierbare Beratungswege erscheinen essenziell zu sein.

6. Verhältnisprävention: Räumliche und organisatorische Bedingungen prüfen

Viele Grenzverletzungen entstehen aus räumlicher und zeitlicher Enge. Einrichtungen sollten überprüfen: Sind Versorgungsabläufe so geplant, dass Intimsphäre gewahrt werden kann? Ist die Personalausstattung so bemessen, dass Pflegehandlungen ohne Eile durchgeführt werden können? Verhältnisprävention ist Leitungsverantwortung – sie kann nicht an einzelne Pflegende delegiert werden.

7. Bestehende Materialien nutzen und teilen

Mittlerweile existieren evidenzbasierte, kostenfrei zugängliche Materialien: die Arbeitsmaterialien des ZQP zur Gewaltprävention gegen Bewohner:innen aus dem SeGEL-Projekt (ZQP/DHPol), der Methodenkoffer des Projekts „Pflege in Bayern – gesund + gewaltfrei“ (AGP-Sozialforschung/Hans-Weinberger-Akademie/Hochschule München), die Beratungsangebote der BGW sowie die im Rahmen des Projektes PSGP-Projekt entwickelten Dokumente, die zeitnah ebenfalls kostenfrei publiziert werden.

Fazit und Ausblick

Sexualisierte Gewalt in der Pflege ist kein Randphänomen, sondern berufsalltägliche Realität. Sie betrifft hilfe- und pflegebedürftige Menschen, Pflegende sowie Auszubildende und Pflegestudierende gleichermaßen. Die Datenlage hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert; der Übersetzungsschritt von Forschung in Praxis bleibt jedoch die zentrale Herausforderung. Zwei Drittel der publizierten Empfehlungen bleiben oberflächlich, klar adressierte Maßnahmen für vulnerable Gruppen wie Auszubildende fehlen

„Verhältnisprävention ist Leitungsverantwortung – sie kann nicht an einzelne Pflegende delegiert werden.“

weitgehend.

Pflegerische Verantwortung bedeutet hier dreifach:

- Schutz vulnerabler hilfe- und pflegebedürftiger Personen,
- Schutz der eigenen Berufsgruppe und
- Schutz der nachfolgenden Generation in Ausbildung und Studium.

Wer Pflege gestaltet, muss sexualisierte Gewalt erkennen, benennen und verhindern können. Das gelingt nur, wenn das Thema aus der Tabuzone in die Regelstrukturen pflegerischer Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in das Qualitätsmanagement der Einrichtungen überführt wird.

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen, ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie settingspezifischen Präventionsansätzen leistet das im Jahr 2026 bei Mabuse-Verlag erscheinende Buch „Sexualisierte Gewalt in der Pflege. Hintergründe, Sensibilisierung, Prävention“ (Witzmann, Batzoni & Müller 2026, i.E.). Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis zeigen darin anhand zahlreicher Fallbeispiele u.a. aus Psychiatrie, Akut- und Langzeitpflege sowie aus dem Kontext der Ausbildung auf, wie sexualisierte Gewalt erkannt und ihr wirksam entgegengewirkt werden kann – als praxisnahes Handbuch für alle, die sichere Pflegeumgebungen gestalten und Betroffene wirksam unterstützen wollen.

Literatur (Auswahl)

Adler, M., Vincent-Höper, S., Vaupel, C., Gregersen, S., Schablon, A., & Nienhaus, A. (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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), Artikel 10. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105198>

AOK. (2025). Sexualisierte Gewalt in der Pflege. Presse und Politik. <https://www.aok.de/pp/qualitaet-in-der-pflege/pflegekraefte-taerker/gewaltfrei-pflegen/sexualisierte-gewalt/>

Bäslack, A. (2015). Sexuelle Gewalt in der Pflege. Ursachen, Auswirkungen und Folgen sowie Möglichkeiten der Prävention. Diploma Verlag GmbH.

bff, B. F. und, & Prasad, N. (Hrsg.). (2021). Geschlechtsspezifische Gewalt in Zeiten der Digitalisierung: Formen und Interventionsstrategien (1. Aufl.). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839452813>

Bohn, C. (2017). Dimensionen von Macht und Beschämung in der stationären Altenpflege. In M. Wazlawik & S. Freck (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen* (S. 91–104). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-13767-0_6

Bronner, G., Peretz, C., & Ehrenfeld, M. (2003). Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 637–644. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02667.x>

Brucker, U., Jungnitz, L., & Kimmel. (2017).



Prof. Dr. phil. Markus Witzmann

Krankenpfleger, Pflegewissenschaftler, Studiengangsleiter Master Mental Health und Mitglied der Ethikkommission der Hochschule München.



Kontakt:
markus.witzmann@hm.edu



Hanna Batzoni

M.Sc. ANP, B.Sc. Pflege, exam. Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegewissenschaftlerin, Deeskalations- und Safewards-Trainerin, Hochschule München.

Projekt „Gewaltfreie Pflege“ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). https://mds-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/090418_Abschlussbericht_Projekt_GfP_Final.pdf

„Sexualisierte Gewalt in der Pflege ist kein Randphänomen, sondern berufsalltägliche Realität.“



M. Witzmann, H. Batzoni, C. Müller (Hrsg.)

Sexualisierte Gewalt in der Pflege

Hintergründe, Sensibilisierung, Prävention

Sexualisierte Gewalt ist in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen weit verbreitet. Dennoch bleibt das Thema oft tabuisiert. Dieses Buch bietet allen dort Tätigen fundiertes Wissen und evidenzbasierte Handlungsstrategien für den professionellen Umgang mit Gewaltsituationen im Pflegealltag. Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis zeigen auf, wie sexualisierte Gewalt erkannt und wie ihr entgegengewirkt werden kann. Viele Fallbeispiele schaffen Raum für Reflexion und Sensibilisierung.

Mabuse-Verlag
ISBN 978-3-86321-761-7
32 Euro, 223 Seiten



Bruschini, M. M., Hediger, H., & Busch, A.-K. (2023). Patients' sexual harassment of nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100121. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100121>

Büthe, K. (2019). Prävention sexualisierter Gewalt durch und an Patienten. *Pflegezeitschrift*, 72(12), 38–41. <https://doi.org/10.1007/s41906-019-0204-2>

Eggert, S., Häger, M., Lux, K., Sulmann, D., Teubner, C., Vathkunker, D., & Wagner, P. (2023). Sexualisierte Gewalt. Stiftung ZQP. <https://www.zqp.de/thema/sexualisierte-gewalt-pflege/>

FernUniversität in Hagen. (2025). Diskriminierung und sexualisierte Gewalt. <https://www.fernuni-hagen.de/gleichstellung/schwerpunkte/diskriminierung-gewalt.shtml>

Henry, N., & Powell, A. (2018). Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of Empirical Research. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(2), 195–208. <https://doi.org/10.1177/1524838016650189>

Hirt, J., Adlbrecht, L., Heinrich, S., & Zeller, A. (2022). Staff-to-resident abuse in nursing homes: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 22(1), 563. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03243-9>

022-03243-9

Limpert, R., Batzoni, H., Hölscher, I., & Witzmann, M. (2024). Gewalt in der Pflege [Altenpflege Messe 2024].

Nau, J., Walter, G., & Oud, N. (Hrsg.). (2019). Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.

Nielsen, M. B. D., Kjær, S., Aldrich, P. T., Madsen, Ida. E. H., Friborg, M. K., Rugulies, R., & Folker, A. P. (2017). Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018>

StMAS, B. S. für F., Arbeit und Soziales. (o. J.). Sexualisierte Gewalt. Bayern gegen Gewalt. Abgerufen 19. Mai 2026, von <https://bayern-gegen-gewalt.de/gewalt-infos-und-einblicke/formen-von-gewalt/sexualisierte-gewalt/index.php>

Vaupel, C., Vincent-Höper, S., Helms, L., Adler, M., & Schablon, A. (2021). Sexuelle Belästigung und Gewalt in Pflege- und Betreuungsberufen—Ergebnisbericht für die Pflegebranche Bereiche stationäre

Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/22160/5d35353fe4c9037e6ae-64a010e796808/bericht-gewalt-pflege-data.pdf>

Witzmann, M.; Batzoni, H. & Müller, C. (Hrsg.) (2026, i.E.). Sexualisierte Gewalt in der Pflege. Hintergründe, Sensibilisierung, Prävention. https://www.mabuse-verlag.de/mabuse/mabuse-buchversand/sexualisierte-gewalt-in-der-pflege-pflegepraxis_pid_137_70952.html?_ref=spot3&url=%2FProdukte%2FMabuse-Buchversand%2FBuecher%2FPflege%2FPflegepraxis%2F

Witzmann, M.; Engelfried, C.; Batzoni, H. & Fiorito, A. (2026, i.E.). Projektabschlussbericht: Entwicklung einer Handreichung für Auszubildende und Studierende der Pflege zur Prävention sexualisierter Gewalt in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen.

Monika Reiter, Ruth M. Fenzl, Isabel Gottschling, Michael Aiglesberger, Martina Paminger

Pflegefachassistenz

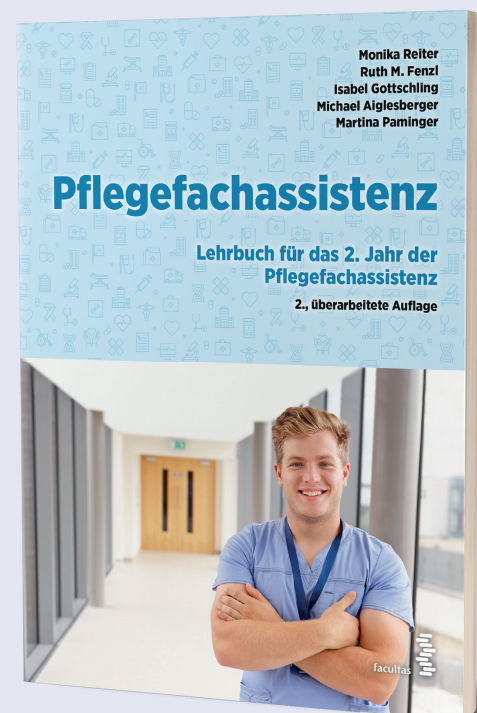
Lehrbuch für das 2. Jahr der Pflegefachassistenz



2., überarbeitete Auflage
facultas 2024, 312 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2444-1
E-ISBN 978-3-99111-847-3
EUR 42,90 (A) / EUR 41,70 (D)

Dieser Band baut auf der *Pflegeassistenz* auf. Er ist auf das aktuelle Curriculum ausgerichtet und zum Einsatz in den Ausbildungen zur Pflegefachassistenz im 2. Ausbildungsjahr gedacht. Die Inhalte sind, wie auch in Band 1, nach Lernfeldern gegliedert und fördern so die Vernetzungskompetenz der Auszubildenden. Das Buch vermittelt zukünftigen Pflegenden die Kompetenz, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen, um individuell auf deren Bedürfnisse abgestimmte Pflege und Betreuung zu ermöglichen.

Mit vielen Übungsaufgaben, Fallbeispielen, Abbildungen und Wissenscheck am Ende der Kapitel!



facultas

Biografiearbeit in der Langzeitpflege

Das Wissen um die Biografie bei Pflegebedürftigen ist unverzichtbar in der Versorgung. Wir alle sind geprägt durch Erlebnisse im Lebenslauf, unser Denken, Fühlen und Handeln hängen damit zusammen. Unsere Erfahrungen fließen in unsere tägliche Aktivitäten ein, bestimmen den individuellen Pflegebedarf. Das Beachten der Person wertet auch die Pflegearbeit auf, leider wird sie allzu oft reduziert auf Waschen, Essen, Ausscheiden.



Situation

Zwar wird viel von Würde, Ganzheitlichkeit und Individualität geredet, trotzdem ist die Biografiearbeit fast verschwunden. Nach der Einführung der „Strukturierten Information (SIS)“ in Deutschland, einer Kurzanamnese, wurde mitgeteilt, dass die Biografieerhebung überflüssig sei – ein schlimmer Fehler.

Ein grosses Problem ist, dass die Biografieorientierung in der Pflege nie fundiert oder beforscht wurde – Ideen wurden einfach aus anderen Feldern wie Frauenarbeit, Strafvollzug oder Sozialpädagogik übernommen. Das Befassen mit der eigenen Biografie/Herkunft interessiert viele ältere Menschen, aber aus anderen Gründen wie in der Pflege.

Manche Software-Firmen etwa bieten für die Pflegedokumentation den Fragebogen nach Erikson an, 62 Fragen zu den Identitäts-Lebensphasen aus der Psychotherapie. Beginnend mit der frühen Kindheit – Essensgewohnheiten, Benimmregeln im Elternhaus, sexuelle Erfahrungen usw. – ein völliger Unsinn für Ältere vor dem Heimeinzug. Oft erscheint die „Erhebung“ wie ein Verhör, mit sehr persönlichen Fragen. Für „Neu-BewohnerInnen“ ist eher die aktuelle Lebenssituation ausschlaggebend.

Wenn in Heimen überhaupt etwas zur Biografie erhoben wird, ist es meistens ein Sammelsurium aus äusseren Daten, Sinnesbiografie, Essensvorlieben, Religion, Familienfragen u.a.m.. Einiges wird

im Internet vorgeschlagen, etwa ein Zeitstrahl zum Nachvollzug. Schwierig ist auch, dass die Biografieerhebung häufig an (wenig ausgebildete) Betreuungskräfte delegiert wurde, lediglich anfangs wird ein Fragebogen kurz ausgefüllt und abgeheftet. Im Umgang spielen diese Erkenntnisse keine Rolle. Es ist eine Rückentwicklung der Altenpflege hin zu einem funktionalen Vorgehen. Früher ausgebildete Leitungspersonen legen oft weiter Wert auf eine Biografieorientierung – weil sie noch Anderes kennen.

Wert der Biografiearbeit

In der Langzeitpflege geht es darum, Verhalten und Gewohnheiten des Menschen zu verstehen. Durch ein individuelles Vorgehen ergeben sich Gesprächsthemen



und auch passende Angebote in den Einrichtungen, etwa Gesprächsgruppen zu Gartenfreunden oder Hundebesitzern, ein Austausch der Bergleute untereinander oder der Arzthelferinnen. Aktivierung und Lebensqualität im Heim hängen von einer biografischen Orientierung ab. Man sollte wissen, was die Menschen interessiert, was sie gerne gemacht haben. Zudem fühlen sich Pflegebedürftige aufgewertet, wenn sie spüren, dass Interesse an ihrem gelebten Leben da ist, sie vielleicht auch mal Rat geben können. Es ist ja auch die letzte Lebenszeit der Menschen. Denkbar sind hunderte von Themen, manche auch durch aktuelle Ereignisse angeregt, etwa Karneval, das Wetter oder ein Sportereignis. Daraus ergibt sich schon, dass das Kennenlernen ein Prozess über Monate ist, keinesfalls durch Listen anfangs abgefragt werden kann. Es muss erst Vertrauen entstehen. Einsichtig ist auch, dass Biografiearbeit Sensibilität erfordert, genaues Hinhören – so sind etwa Fragen zu Familienbeziehungen oft schwierig. Ich empfehle, dass in den ersten Monaten nach Heimeinzug Kurzbesprechungen zur Biografieorientierung der „Neuen“ durchgeführt und Eindrücke kurz im Freitext aufgeschrieben werden. Verantwortlich sollte dafür die „bezugspflegerische“ Fachperson sein, alle im Team sollten Bescheid wissen. Beitragen könnten Alle, auch der Hausmeister, das Reinigungspersonal und nicht zuletzt die Angehörigen. Hilfreich können auch kleine Poster/Collagen im Zimmer sein; etwa Opernliebhaberin, Wellensittichfreund, Radfahrer usw.. In der häuslichen Pflege ist die Biografiearbeit einfacher, die persönliche Umgebung bietet dazu viele Anregungen. Es ist ratsam, Fotos der letzten Wohnung bei einem Heimeinzug mit-

zunehmen. Ich rege auch Familien an, Biografiegespräche mit den Alten aufzunehmen. Kürzlich habe ich dies selbst mit einer 94jährigen Tante gemacht, sie war früher einige Jahre in Australien und in Kanada. Durch ihre Begründungen habe ich gelernt. Familien können viel beitragen, etwa ein „Lebensbuch“ gemeinsam anfertigen, oder eine kleine Kramkiste mit Erinnerungstücken mitgeben. In einem Berliner Altenheim war es sogar möglich, kleine Koffer damit im Keller zu lagern, monatlich dienten sie Bewohnern reihum zum Austausch.

Ablauf der Biografiearbeit

Zunächst geht es ja um Erhebung formaler Daten bei der Aufnahme. Dann wird die Pflegeanamnese erhoben (in Deutschland: SIS). Gut wäre auch ein anfängliches Kurzgespräch zur Bedeutung der Heimaufnahme für die Beteiligten, auch um etwas zur Zimmerausstattung zu erfahren, Möbel, Heizungseinstellung usw.. Ein weiteres „Eingewöhnungsgespräch“ sollte nach ein paar Wochen durch die Bezugspflegerische erfolgen, dabei geht es darum, Wünsche heraus zu hören.

Die eigentliche Biografieorientierung beginnt erst später und er-

streckt sich über viele Gespräche/Eindrücke. Ein wichtiger Bereich ist etwa der Beruf, er prägt unser Dasein. Ich habe erlebt, dass Altenpflegerische erstaunt waren, dass der demente Alte früher Zahnarzt war oder Frau Müller beim Ballett getanzt hat. Auch Reisen sind unerschöpfliche Austauschthemen, ebenso Automarken, Wohnorte oder Hobbies, Sammelleidenschaften. Garten/Pflanzen, Tiere und kulturelle Interessen. Gute Erfahrungen habe ich mit Fragen zu Vereinsmitgliedschaften gemacht, hier und da ist es mir gelungen, nochmal den Männergesangverein oder die Briefmarkenfreunde einzuladen. Auch Mode und Musik bieten ein breites Spektrum an Themen, Entspannung/Freizeit, Lesen und Fernsehen.

Immer wieder wird mir auch klar, dass es eine problematische Vergangenheit geben kann, gerade in dieser Generation. So habe ich neulich für eine Modell-Eisenbahn-Eröffnung Interviews zu Bahnerfahrungen machen lassen. Ich dachte an nette Begebenheiten im Abteil oder Speisewagen, es kam ganz anders. Die BewohnerInnen sprachen über Flucht und Vertreibung, die Gastarbeiter über schwierige Heimreisen. Dies zeigt auch, dass für solche Ge-



**Prof. Dr. in
Angelika Zegelin**

Krankenschwester,
Pflegerwissenschaftlerin



kontakt@angelika-zegelin.de



www.angelika-zegelin.de

sprache eine hohe Fachlichkeit nötig sein kann. Erforderlich ist auch „generatives Wissen“, Wissen um gesellschaftliche Epochen und natürlich Sprachkompetenz. Insgesamt sollte eher nach guten Erinnerungen gefragt werden, etwa besondere Feiern – durch Positives werden auch gute Gefühle re-aktiviert.

Zum Start sollten es in der Einrichtung Info-Veranstaltungen für alle Beschäftigten geben. Für die Direkt-Beteiligten sind Fortbildungen, Lesen und Ausprobieren nötig. Längerfristig braucht es Fachpflegende zur Biografieorientierung.

Jeder Mensch ist einzigartig und genau dies macht den „Schatz“ der Altenpflege aus. Machen wir uns auf den Weg um die verschiedenen Lebenserfahrungen ken-

nenzulernen. Ich wünsche sehr, dass die Biografieorientierung in der Langzeitpflege wieder mehr Stellenwert erhält, Interesse am Anderen signalisieren Wertschätzung und Respekt.

www.angelika-zegelin.de

podcast von mir zum thema:
www.korian-stiftung.de

Literatur:

Zegelin, A. (2018): Die Biografie im Blick. Schwester/Pfleger (2) 40-43

Zegelin, A., Langner, B. (2019): Ich hab noch einen Koffer in Berlin. Aktivieren 4 (32-34)

Zegelin, A. (2020): Bewegungsförderung durch Biografiearbeit. Schwester/Pfleger (12)44-49

Zegelin, A., Langner, B. (2020): Mehr Biografiearbeit bitte. Pflegezeitschrift 73 (1/2)49-51

Zegelin, A. (2025): Biografiearbeit ist essenziell. Schwester/Pfleger (12) 28-30

Angelika Feichtner

Palliative Wundversorgung in der Praxis



2., überarbeitete und erweiterte Auflage
facultas 2026, 278 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2644-5
E-ISBN 978-3-99180-036-1
EUR 34,90 (A) / EUR 33,90 (D)

Bei nichtheilenden, persistierenden Wunden von Patient:innen in palliativer Situation besteht trotz optimaler Versorgung oft kaum eine realistische Hoffnung auf eine Besserung der Wundsituation. Für Pflegepersonen stellt die Versorgung dieser Wunden eine besondere Herausforderung dar – nicht zuletzt, weil sich Standardtherapien häufig als unzureichend erweisen. Gefordert ist eine am individuellen Bedarf orientierte, oftmals kreative Wundversorgung, die darauf abzielt, Lebensqualität und Selbstachtung der Betroffenen bestmöglich zu erhalten.

Die erweiterte und aktualisierte Auflage dieses Buches vereint komprimiertes, praxisnahes Wissen mit zahlreichen konkreten Handlungsempfehlungen für den Pflegealltag. Dabei wurden aktuelle internationale Fachliteratur sowie neue Leitlinien umfassend berücksichtigt. Zu den erweiterten Inhalten zählen unter anderem innovative Ansätze wie das Wundassessment mithilfe künstlicher Intelligenz, die besondere Situation von Kindern als Angehörige von Patient:innen mit nichtheilenden Wunden sowie aktuelle Erkenntnisse zu Druckverletzungen.



facultas



University of
Applied Sciences
Krems

DIE ZUKUNFT IM GESUNDHEITSWESEN MITGESTALTEN

Master Studiengänge

Studiendauer: 2 Jahre (120 ECTS)

Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU)



ADVANCED
NURSING
PRACTICE

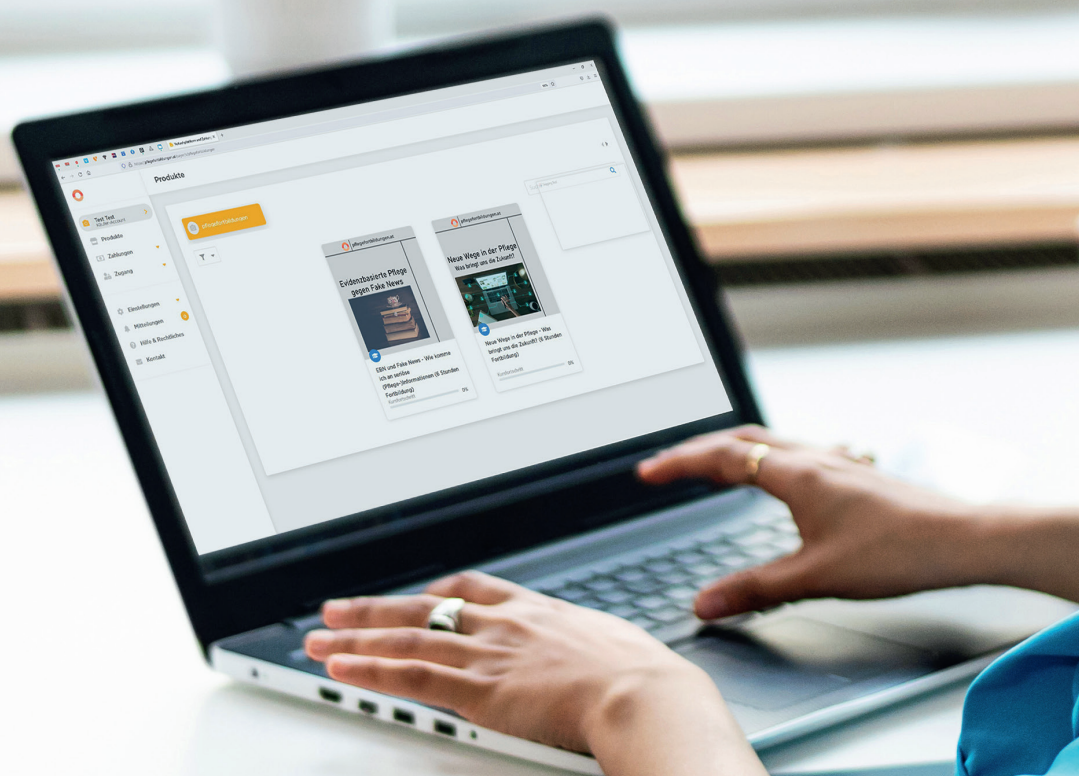
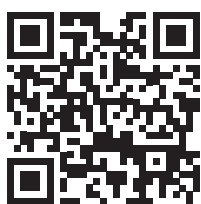


ANGEWANDTE
GESUNDHEITS-
WISSENSCHAFTEN

Fortbildungsplattform online

An jedem Ort, zu jeder Zeit weiterbilden

Für Mitglieder kostenfrei!



GÖD

GESUNDHEITSGEWERKSCHAFT
GEWERKSCHAFT ÖFFENTLICHER DIENST

MITEINANDER MEHR
GERECHTIGKEIT
FÜR GESUNDHEIT UND PFLEGE

FOTO: GETTY IMAGES/ISTOCKPHOTO



(C) Fotocredit: KI-generiert mit ChatGPT (Golla)

24-Stunden-Betreuung braucht Pflegefachlichkeit – nicht nur Checklisten

In der 24-Stunden-Betreuung wird viel kontrolliert – doch Pflegequalität entsteht nicht auf Checklisten, sondern durch kontinuierliche pflegefachliche Begleitung. (Donabedian 1988; DNQP 2021).

Als zentrale Säule der häuslichen Versorgung wird die 24-Stunden-Betreuung häufig über formale Kontrolle definiert – und nicht über tatsächliche Pflegequalität. Warum diese Form der Qualitätssicherung an ihre Grenzen stößt, zeigt der grundlegende Unterschied zwischen Kontrolle und Pflegequalität.

Kontrolle ≠ Qualität

Kontrolle ist ein notwendiger Bestandteil jeder Qualitätssicherung – sie allein stellt jedoch noch keine Pflegequalität sicher (Donabedian 1988). In der 24-Stunden-Betreuung beschränkt sich Qualitätssicherung in der Praxis häufig auf formale Aspekte wie Dokumentationsprüfungen oder standardisierte Checklisten. Diese Maßnahmen erfassen zwar strukturelle Rahmenbedingungen, sagen jedoch wenig über die tatsächliche pflegerische Situation der betreuten Person aus.

Pflegequalität entsteht nicht durch das Abhaken von Kriterien, sondern durch das fachliche Erfassen, Bewerten und Begleiten komplexer Versorgungssituationen. Pflegebedarfe verändern sich oft schleichend: Mobilität nimmt ab, kognitive Einschränkungen verstärken sich, Risiken wie Stürze, Mangelernährung oder Hautschädigungen entstehen (WHO 2021). Solche Entwicklungen lassen sich nicht zuverlässig über punktuelle Kontrollen erkennen, sondern erfordern eine kontinuierliche pflegefachliche Einschätzung.

Fehlt diese fachliche Begleitung, bleibt Qualitätssicherung reaktiv. Probleme werden erst dann sichtbar, wenn sie bereits zu Belastungen für pflegebedürftige Menschen, Angehörige oder Betreuungskräfte führen. Kontrolle greift somit zu spät und kann strukturelle Defizite nicht kompensieren. Eine wirksame Qualitätssicherung muss daher über formale Prüfmechanismen hinausgehen und Pflegefachlichkeit als zentrales Element integrieren (ICN 2021).

Der Unterschied zwischen Kontrolle und Qualität liegt somit nicht im Umfang der Überprüfung, sondern in der fachlichen Tiefe der Begleitung. Erst durch pflegefachlich begründete Einschätzung, Reflexion und Steuerung wird Pflegequalität in der 24-Stunden-Betreuung nachhaltig gesichert.

Die folgenden Beispiele basieren auf anonymisierten Praxiserfahrungen aus der Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung.

Praxisbeispiel 1: **Wenn Kontrolle nicht ausreicht**

Im Rahmen eines Qualitätssicherungsbesuchs bei einer 24-Stunden-Betreuung wurden die formalen Anforderungen vollständig erfüllt. Die Betreuungskraft war anwesend, die Dokumentation lückenlos geführt, Pflegeberichte und Checklisten korrekt ausgefüllt. Formal ergaben sich keine Auffälligkeiten.

Im Gespräch mit der betreuten Person zeigten sich jedoch deutliche Veränderungen: eine zunehmende Unsicherheit beim Gehen, nächtliche Unruhe sowie ein ungewollter Gewichtsverlust in den letzten Wochen. Diese Entwicklungen waren in der Dokumentation nicht

abgebildet und von den Angehörigen bislang nicht als pflegerisch relevant eingeschätzt worden.

Erst durch eine strukturierte pflegefachliche Einschätzung wurden konkrete Risiken sichtbar. In der Folge konnten Pflegeziele angepasst, präventive Maßnahmen eingeleitet und die Betreuungskraft gezielt angeleitet werden. Zudem erhielten die Angehörigen Beratung zur weiteren Beobachtung und zur rechtzeitigen Rückmeldung bei Veränderungen.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass formale Kontrolle zwar notwendige Rahmenbedingungen absichert, jedoch keine Aussage über die tatsächliche Pflegequalität zulässt. Erst durch kontinuierliche pflegefachliche Begleitung werden Veränderungen frühzeitig erkannt, Risiken reduziert und Versorgungssituationen stabilisiert.

Praxisbeispiel 2: **Wenn Pflegefachlichkeit Qualität sichert**

In einer vergleichbaren Betreuungssituation wurde die 24-Stunden-Betreuung von Beginn an pflegefachlich begleitet. Bereits zu Betreuungsstart erfolgte eine strukturierte pflegerische Einschätzung mit klar definierten Pflegezielen und vereinbarten Beobachtungskriterien. Betreuungskraft und Angehörige wurden fachlich angeleitet und in regelmäßigen Abständen in die Einschätzung eingebunden.

Im Verlauf der Betreuung fiel der Betreuungskraft eine veränderte Mobilität der betreuten Person auf. Aufgrund der zuvor vermittelten Beobachtungsschwerpunkte wurde diese Veränderung frühzeitig rückgemeldet. Die pflegefachliche Einschätzung bestätigte ein

erhöhtes Sturzrisiko, noch bevor es zu einem Ereignis kam. Pflegeziele und Maßnahmen konnten rechtzeitig angepasst, präventive Interventionen umgesetzt und die Betreuungssituation stabilisiert werden.

Durch die kontinuierliche pflegefachliche Begleitung blieb die Versorgung trotz zunehmender Pflegebedarfe handlungsfähig. Angehörige fühlten sich entlastet und sicherer im Umgang mit Veränderungen, die Betreuungskraft erhielt klare Orientierung und fachliche Unterstützung. Formale Kontrollen bestätigten weiterhin die Einhaltung der Rahmenbedingungen – entscheidend für die Pflegequalität war jedoch die frühzeitige fachliche Steuerung.

Dieses Beispiel zeigt, dass Pflegequalität dort entsteht, wo Pflegefachlichkeit nicht erst im Krisenfall eingreift, sondern kontinuierlich begleitend wirkt.

Was Pflegequalität in der 24-Stunden-Betreuung wirklich ausmacht

Pflegequalität in der 24-Stunden-Betreuung entsteht nicht durch einzelne Maßnahmen, sondern durch ein Zusammenspiel klar definierter, pflegefachlich begründeter Prozesse (DNQP 2021). Entscheidend ist dabei eine strukturierte pflegerische Einschätzung, die nicht nur zu Beginn der Betreuung erfolgt, sondern kontinuierlich an den tatsächlichen Versorgungsbedarf angepasst wird. Veränderungen im Gesundheitszustand, im Verhalten oder in der Belastbarkeit müssen frühzeitig erkannt und fachlich bewertet werden können (WHO 2021).

Ein zentrales Element ist die Festlegung realistischer Pflegeziele,

die regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Pflegequalität bedeutet in diesem Kontext nicht, Defizite zu verwalten, sondern Ressourcen zu erhalten und Risiken gezielt zu minimieren (Kitwood 2019). Dies erfordert klare Verantwortlichkeiten und eine kontinuierliche fachliche Begleitung aller Beteiligten.

Besondere Bedeutung kommt der Anleitung und Unterstützung der Betreuungskräfte zu. Sie sind täglich vor Ort und nehmen Veränderungen oft als Erste wahr. Ohne pflegefachliche Orientierung bleiben diese Beobachtungen jedoch häufig unsystematisch oder werden nicht als relevant eingeschätzt. Pflegefachliche Begleitung schafft hier Sicherheit, Handlungskompetenz und Verlässlichkeit.

Auch Angehörige benötigen fachliche Unterstützung, um Veränderungen einordnen und angemessen reagieren zu können. Pflegequalität zeigt sich daher nicht nur in der direkten Versorgung, sondern auch in der Entlastung und Orientierung aller Beteiligten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Pflegequalität in der 24-Stunden-Betreuung entsteht dort, wo Pflegefachlichkeit kontinuierlich präsent ist, Prozesse klar gesteuert werden und Begleitung Vorrang vor reiner Kontrolle hat.

Diese beiden Praxisbeispiele machen deutlich, dass Pflegequalität in der 24-Stunden-Betreuung nicht zufällig entsteht, sondern das Ergebnis klar strukturierter, pflegefachlich begründeter Prozesse ist.

Damit diese Prozesse wirksam umgesetzt und dauerhaft gesichert werden können, braucht es eine klare fachliche Verantwortung – und damit eine zentrale Rolle der Pflegefachperson/DGKP in der 24-Stunden-Betreuung.

Die Rolle der Pflegefachperson

Pflegequalität in der 24-Stunden-Betreuung lässt sich nur dann nachhaltig sichern, wenn pflegefachliche Verantwortung klar verortet ist. Die Pflegefachperson/DGKP übernimmt dabei eine zentrale Rolle als fachlich steuernde Instanz im komplexen Versorgungsgeschehen (ICN 2021). Sie verbindet die Perspektiven von pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen, Betreuungskräften und beteiligten Organisationen und sorgt für eine fachlich begründete Ausrichtung der Versorgung.

Monika Reiter, Ruth M. Fenzl, Isabel Gottschling,
Michael Aiglesberger, Martina Paminger

Pflegeassistentz

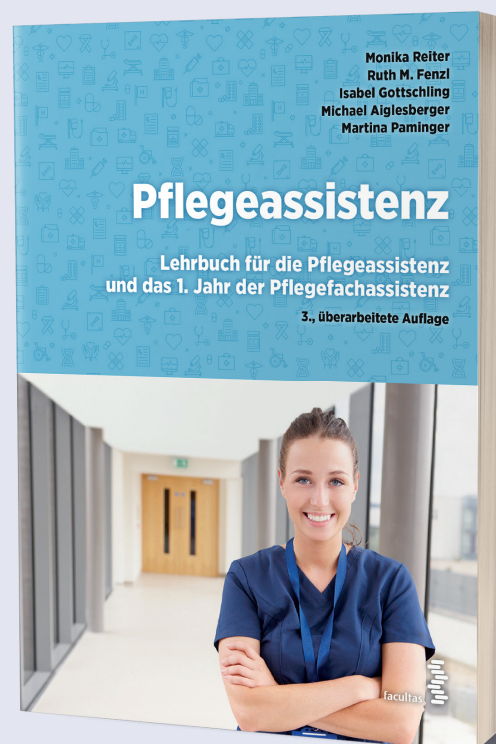
Lehrbuch für die Pflegeassistentz
und das 1. Jahr der Pflegefachassistentz



3., überarbeitete Auflage
facultas 2024, 592 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2443-4
E-ISBN 978-3-99111-846-6
EUR 54,90 (A) / 53,40 (D)

In acht Lernfeldern beschreibt dieses Buch die Themenbereiche der Pflegeassistentzausbildung bzw. des 1. Ausbildungsjahres der Pflegefachassistentz. Die themenorientierte Darstellung fördert das vernetzte Denken: Zukünftige Pflegenden lernen, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen und so individuell bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Mit vielen Übungsaufgaben, Fallbeispielen, Abbildungen und Wissenscheck am Ende der Kapitel!



facultas

Eine wesentliche Aufgabe der Pflegefachperson liegt in der strukturierten pflegerischen Einschätzung und der kontinuierlichen Bewertung von Veränderungen im Pflegebedarf. Auf dieser Basis werden Pflegeziele definiert, Maßnahmen angepasst und Risiken frühzeitig erkannt. Im Unterschied zu punktuellen Kontrollen ermöglicht diese fachliche Begleitung eine vorausschauende Steuerung der Betreuungssituation (DBfK 2023).

Darüber hinaus übernimmt die Pflegefachperson eine zentrale Beratungs- und Anleitungsfunktion. Betreuungskräfte erhalten fachliche Orientierung und Handlungssicherheit, Angehörige werden in Entscheidungsprozesse eingebunden und bei der Einschätzung von Veränderungen unterstützt. Diese kontinuierliche Begleitung trägt wesentlich zur Stabilität der Versorgung und zur Entlastung aller Beteiligten bei.

Die Rolle der Pflegefachperson ist dabei nicht kontrollierend, sondern koordinierend, beratend und fachlich verantwortungsvoll. Sie schafft Struktur, Transparenz und Verlässlichkeit in einem Versorgungsmodell, das ansonsten stark von individuellen Einschätzungen geprägt ist. Pflegefachlichkeit wird so zum verbindenden Element zwischen formalen Anforderungen und gelebter Versorgungsrealität. Aus dieser fachlichen Verantwortung heraus ergibt sich die Notwendigkeit eines grundlegenden Perspektivwechsels: weg von punktueller Kontrolle, hin zu kontinuierlicher, pflegefachlich begleiteter Versorgung.

Von der Kontrolle zur Begleitung

Ein wirksamer Qualitätsansatz in der 24-Stunden-Betreuung erfor-

dert ein Umdenken: Weg von reaktiven Kontrollmechanismen, hin zu einer kontinuierlichen, pflegefachlich begleiteten Versorgung (WHO 2021). Kontrolle bleibt dabei ein notwendiger Bestandteil, verliert jedoch ihre alleinige Steuerungsfunktion. Entscheidend ist, dass Qualität nicht erst überprüft wird, wenn Probleme sichtbar werden, sondern frühzeitig durch fachliche Begleitung entsteht.

Pflegefachliche Begleitung bedeutet, Versorgungssituationen regelmäßig zu reflektieren, Veränderungen frühzeitig zu erkennen und Pflegeprozesse aktiv zu steuern. Sie schafft Verlässlichkeit in einem Versorgungsmodell, das durch hohe Dynamik und wechselnde Anforderungen geprägt ist. Statt punktueller Überprüfungen treten kontinuierliche Einschätzung, fachliche Beratung und strukturierte Anpassung von Maßnahmen in den Vordergrund.

Für pflegebedürftige Menschen bedeutet dieser Ansatz mehr Sicherheit und Stabilität im Alltag. Angehörige profitieren von klarer fachlicher Orientierung und einer verlässlichen Ansprechperson. Betreuungskräfte erhalten Handlungssicherheit und Unterstützung in herausfordernden Situationen. Gleichzeitig werden Agenturen und Organisationen entlastet, da Risiken frühzeitig erkannt und Eskalationen vermieden werden können.

Der Perspektivwechsel von Kontrolle zu Begleitung stärkt damit nicht nur die Pflegequalität, sondern auch die Zusammenarbeit aller Beteiligten. Pflegefachlichkeit wird zum zentralen Steuerungselement eines qualitätsgesicherten Versorgungsmodells und bildet die Grundlage für eine nachhaltige Weiterentwicklung der 24-Stunden-Betreuung (Donabe-

dian 1988).

Fazit – Pflegefachlichkeit als Schlüssel zur Qualität

Die 24-Stunden-Betreuung ist ein zentraler Bestandteil der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen und wird angesichts des demografischen Wandels weiter an Bedeutung gewinnen. Umso entscheidender ist es, Pflegequalität in diesem Versorgungsmodell nicht auf formale Anforderungen und punktuelle Kontrollen zu reduzieren. Wie die Praxis zeigt, greifen solche Mechanismen zu kurz, wenn sie nicht durch kontinuierliche pflegefachliche Begleitung ergänzt werden.

Pflegequalität entsteht dort, wo Versorgungssituationen fachlich eingeschätzt, Pflegeziele klar definiert und Veränderungen frühzeitig erkannt werden. Pflegefachliche Begleitung ermöglicht es, Risiken zu minimieren, Überforderung zu vermeiden und Versorgungssituationen stabil zu halten – auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit. Sie schafft Orientierung für Betreuungskräfte, entlastet Angehörige und stärkt die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Umfeld.

Die Pflegefachperson/DGKP nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein. Als fachlich verantwortliche Instanz verbindet sie formale Anforderungen mit der gelebten Versorgungspraxis und sorgt für eine strukturierte, nachvollziehbare Steuerung der Pflegeprozesse. Qualität wird so nicht nachträglich überprüft, sondern aktiv gestaltet. Nur wenn Begleitung Vorrang vor reiner Kontrolle erhält, kann dieses Versorgungsmodell langfristig stabil, sicher und menschlich gestaltet werden (ICN 2021; WHO 2021).

Literaturverzeichnis

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023): Professionelle Pflege braucht Fachlichkeit. Positionspapier zur Rolle der Pflegefachperson in komplexen Versorgungssituationen. Berlin: DBfK.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2021): Expertenstandards und Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Donabedian, Avedis (1988): The Quality of Care. How Can It Be Assessed? In: Journal of the American Medical Association (JAMA), 260(12), S. 1743–1748.

ICN – International Council of Nurses (2021): The Role of Nurses in Integrated Care. Genf: ICN.

Kitwood, Tom (2019): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hogrefe.

WHO – World Health Organization (2021): Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025. Genf: WHO.



DGKP Simone Gidea, BScN, WDM, ZWM



Freiberufliche Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegeberaterin und Case & Care Managerin



Schwerpunkte:

Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung, Pflegeberatung, Wundmanagement sowie Case & Care Management



Kurzbeschreibung:

Simone Gidea ist freiberufliche Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und zertifizierte WundManagerin. Sie ist als Pflegeberaterin, Case & Care Managerin und im Bereich der Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung tätig. Ihr fachlicher Schwerpunkt liegt auf der pflegfachlichen Begleitung und Beratung pflegebedürftiger Menschen, Angehöriger und Betreuungskräfte sowie auf der Koordination komplexer Versorgungssituationen.

8. Nationaler Aktionstag für pflegende Angehörige am 13. 9. 2026

Wenn die Welt aus den Fugen gerät – pflegende Angehörige und Zugehörige als wichtige UnterstützerInnen im Katastrophen- und Krisenmanagement.

Wer steht wem in verunsichernden Zeiten zur Seite?

Was braucht es, um Menschen mit schweren Erkrankungen im Notfall zu versorgen?

Ein Leitfaden für Pflegefachkräfte

Petra Hömens

Ernährung im Schichtdienst

Mahlzeitenstruktur und Schlafhygiene im pflegerischen Alltag



2., aktual. und erw. Auflage
facultas 2026
128 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2637-7
E-ISBN 978-3-99180-029-3
EUR 19,90 (A) / 19,40 (D)



Beschreibung

Menschen, die im Schichtdienst arbeiten, entwickeln öfters hohen Blutdruck, nehmen an Gewicht zu und haben ein erhöhtes Risiko für Prädiabetes und Typ-II-Diabetes. Was können Pflegefachkräfte nun tun, um das gesundheitliche Risiko zu reduzieren? Und wie ist es möglich, einen regelmäßigen Essrhythmus zu finden, wenn sich die Dienste ständig ändern?

Dieses Buch bietet einen konkreten Leitfaden, um das eigene gesundheitliche Risiko zu senken und sich zugleich körperlich fitter zu fühlen. Mit Beispieler Ernährungstagen sowie bewährten und einfachen Rezepten.



Petra Hömens

ist selbstständig als Diätologin tätig und begleitet Menschen, die ihre Gesundheit durch Ernährung fördern und unterstützen möchten.

facultas

Wenn das Krankenhaus zur Belastung wird: Notfallpflege zuhause bei Menschen mit ME/CFS

Für die meisten Menschen bedeutet ein Krankenhaus Sicherheit. Diagnostik ist verfügbar, Ärzt:innen und Pflegepersonen sind vor Ort, im Notfall kann unmittelbar reagiert werden. Doch was geschieht, wenn bereits der Transport, das Licht im Untersuchungsraum, Gespräche, Wartezeiten oder wiederholte Untersuchungen eine erhebliche gesundheitliche Belastung darstellen?

Bei Menschen mit schwerem oder sehr schwerem ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) kann genau das der Fall sein.

Damit stellt sich eine Frage, die weit über ME/CFS hinausweist: Muss Akutversorgung zwangsläufig bedeuten, dass Patient:innen zur Medizin gebracht werden – oder können wir Medizin und professionelle Pflege zu den Menschen bringen?

Ein Ansatz, der diese Perspektive verfolgt, ist Smart Medics Notfallpflege Plus. Das Modell verbindet diplomierte Pflege vor Ort beim Erkrankten mit telemedizinisch verfügbarer ärztlicher Expertise und versucht damit, eine Versorgungslücke zwischen häuslicher Situation, niedergelassenem Bereich, Rettungsdienst und Krankenhaus zu schließen.

Gerade bei ME/CFS ist dieses aufsuchende, telemedizinische Betreuungsprinzip hoch wirksam.

ME/CFS verändert die Regeln der Pflege

ME/CFS wird noch immer häufig auf Fatigue reduziert. Das wird der Erkrankung nicht gerecht.

Von zentraler Bedeutung ist die Post-Exertional Malaise (PEM) beziehungsweise post-exertionelle Symptomverschlechterung. Körperliche Aktivität ist dabei nur ein möglicher Auslöser. Auch kognitive Anstrengung, aufrechte Körperposition, Gespräche, Licht, Geräusche, Berührungen oder andere sensorische Reize können bei schwer Erkrankten die individuelle Belastungsgrenze überschreiten.

Die Verschlechterung tritt meist zeitverzögert auf und kann erheblich sein.

Damit geraten klassische Vorstellungen professioneller Pflege teilweise ins Wanken. Was bei vielen anderen Patient:innen sinnvoll ist – Mobilisation, Aktivierung, möglichst umfassende Körperpflege oder ausführliche Gespräche – kann bei schwerem ME/CFS zur Überforderung werden.

Ein 2026 publiziertes transdisziplinäres Expert:innen-Statement zur häuslichen Pflege von Menschen mit schwerem ME/CFS formuliert diesen Paradigmenwechsel bemerkenswert klar: Im Mittelpunkt stehen nicht Aktivierung und Ressourcenförderung, sondern die Vermeidung von Überlastung, Reizreduktion und minimale Intervention.

Für die Pflege bedeutet das eine anspruchsvolle Umkehr gewohnter Routinen.

Nicht die Frage „Was können wir heute alles durchführen?“ steht im Vordergrund, sondern: „Was

ist unbedingt notwendig – und wie können wir es mit möglichst geringer Belastung durchführen?“

Eine Versorgungslücke im eigenen Zuhause

Ein erheblicher Teil der Versorgung schwer betroffener Menschen findet zuhause statt. Häufig übernehmen Angehörige einen Großteil dieser Arbeit.

Das ist nicht nur eine pflegerische Herausforderung. Es wird besonders problematisch, wenn sich der Zustand der erkrankten Person akut verändert.

Was passiert beispielsweise bei zunehmender Dehydratation? Bei einem Infekt? Bei Problemen mit der Nahrungsaufnahme? Wenn eine Blutabnahme oder medizinische Verlaufskontrolle notwendig wird? Oder wenn Angehörige nicht mehr einschätzen können, ob eine Situation zuhause beherrschbar ist?

Dann stehen Familien vor einem Dilemma.

Sie benötigen professionelle medizinische beziehungsweise pflegerische Unterstützung. Gleichzeitig kann der Weg in eine Ordination oder Ambulanz, für schwer an ME/CFS Erkrankte selbst, eine enorme Belastung darstellen bzw. unmöglich sein.

Wenn die Versorgung zum Patienten kommt

Smart Medics verfolgt mit Notfallpflege+ ein Hospital-at-Home-orientiertes Modell. Diplomierte Pflegefachkräfte kommen zu Patient:innen nach Hause und können dort eine strukturierte Einschätzung und pflegerische Versorgung durchführen. Ärztliche Expertise kann telemedizinisch zugeschaltet werden.

Das Konzept ist ausdrücklich nicht als Ersatz für Rettungsdienst oder Krankenhaus gedacht. Situationen wie schwere Atemnot, neu aufgetretene neurologische Ausfälle, Kreislaufinstabilität oder der Verdacht auf Herzinfarkt beziehungsweise Schlaganfall gehören weiterhin unmittelbar in die etablierte Notfallversorgung.

Interessant ist vielmehr der Bereich davor.

Also jene Situationen, in denen professionelle Einschätzung, Verlaufskontrolle oder eine medizinisch-pflegerische Intervention notwendig sind, eine Krankenhauseinweisung aber möglicherweise vermieden werden kann.

Im Rahmen entsprechend ärztlich angeordneter und rechtlich zulässiger Delegation können diplomierte Pflegefachkräfte beispielsweise Vitalparameter erheben, Blut abnehmen, Medikamente verabreichen, Infusionstherapien begleiten oder andere definierte Maßnahmen durchführen. Die ärztliche Beurteilung und weitere Therapieplanung kann in das Versorgungssystem eingebunden werden.

Für Menschen mit schwerem ME/CFS eröffnet das zumindest konzeptionell eine spannende Perspektive, die Dr. Alex Blaicher, Dr. Michael Felfernig und die Pflegeexpertin Barbara Einzinger, BSc nun schon mehrfach in Wien und Umgebung umgesetzt haben:

Wenn Körperpflege plötzlich zu einer komplexen Intervention wird - Intensivmediziner und Pflegefachkraft gemeinsam am Bett

Gerade bei schwerem ME/CFS war diese Kombination wesentlich. Der Intensivmediziner konnte

den klinischen Zustand unmittelbar vor Ort beurteilen, medizinische Risiken einschätzen und die Versorgung aus ärztlicher Sicht begleiten. Gleichzeitig konnte die Pflegefachkraft die notwendigen pflegerischen Maßnahmen planen und durchführen.

Das ermöglichte Maßnahmen anzugehen, die für die Betroffenen zuvor nur schwer oder gar nicht mehr möglich gewesen waren. Dazu gehörten unter anderem Körperpflege, Haarpflege und Haarschneiden, Maniküre und Pediküre, Ohrenpflege, notwendige Umlagerungen sowie Maßnahmen rund um die Versorgung und Positionierung im Pflegebett. Auf Grund der extremen Schwere der Erkrankung war dies bei einigen Patient:innen schon seit Monaten nicht mehr möglich.

Während der Versorgung war ein Intensivmediziner vor Ort, hat die Narkose geleitet und die Maßnahmen koordiniert.

Damit konnten Reaktionen auf die Belastung unmittelbar beobachtet und medizinisch eingeschätzt werden. Gleichzeitig konnte die Pflegefachkraft ihre Maßnahmen an den aktuellen Zustand der Patientin anpassen.

Ein Haarschnitt wird zur medizinisch-pflegerischen Herausforderung

Jetzt stellen Sie sich als Pflegeperson die Frage, wieso ein Intensivmediziner im Zusammenhang mit Körperpflege oder Haarschneiden notwendig ist.

Bei schwerem ME/CFS zeigt

sich, wie sehr sich die Dimensionen verschieben.

Ein Haarschnitt bedeutet möglicherweise längere Berührung, Geräusche, Lageveränderungen und zusätzliche sensorische Reize. Vor allem im Hals- und Kopfbereich kaum aushaltbar für erkrankte Menschen. Eine Körperpflege kann aus zahlreichen kleinen Belastungen bestehen. Bereits eine Umlagerung kann Kreislauf und Gesamtzustand extrem negativ beeinflussen.

Wir waren bei dieser Versorgung ein erfahrenes Team: Eine Pflegefachperson mit jahrzehntelanger Erfahrung und ein ebenso excellenter Anästhesist und Intensivmediziner. Und Angehörige, die die notwendigen Schritte begleiteten. Die Patient:innen wurden in ihrer gewohnten Umgebung, begleitet von einem lieben Menschen, über einen PVK narkotisiert, stabilisiert und anschließend den geplanten Maßnahmen unterzogen.

Das Pflegebett wird zum therapeutischen Instrument

Ein wesentlicher Punkt bei vielen dieser sehr schwer Erkrankten ist das Umlagern und die Versorgung im Pflegebett.

Bei Menschen, die durch ME/CFS bettgebunden werden, ist kaum ein geeignetes Pflegebett vorhanden. Wenn man einen Großteil oder praktisch den gesamten Tag liegend verbringen muss, ist das Bett nicht einfach ein Möbelstück. Es ist zentraler Lebens- und Versorgungsraum.

Positionierung, Druckentlas-

tung, Erreichbarkeit notwendiger Gegenstände und die Möglichkeit, Lageveränderungen möglichst schonend durchzuführen, werden damit zu zentralen pflegerischen Themen. Für den Betroffenen genauso wie für die pflegenden Angehörigen.

Gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen konnte überlegt werden, wie die unmittelbare Umgebung gestaltet werden muss, damit Pflege nicht jedes Mal einen größeren organisatorischen Eingriff bedeutet.

Angehörige sind ein entscheidender Teil der Versorgung

Bei allen bisherigen Familien, wo Patient:innen mit ME/CFS zu Hause professionell gepflegt wurden, war deutlich, wie wichtig die Rolle der Angehörigen bei dieser intensivmedizinischen Intervention ist. Angehörige besitzen oftmals ein enormes Erfahrungswissen. Sie kennen Reaktionen, die eine fremde Person zunächst nicht erkennen kann. Sie wissen, welche Berührungen toleriert werden, welche Position angenehm ist, wann Kommunikation zu viel wird und woran sich eine beginnende Überforderung erkennen lässt.

Dieses Wissen muss bewusst in die Versorgung integriert werden. Intensivmedizinische Expertise ersetzt dieses Wissen nicht. Und Angehörigenwissen ersetzt keine professionelle klinische Einschätzung. Erst die Kombination macht eine hochgradig individualisierte Versorgung möglich..

(C) kieferpix



Notfallpflege+ für ME/CFS sieht anders aus

Es wäre ein Fehler, ein bestehendes Akutpflegekonzept einfach unverändert auf Menschen mit schwerem ME/CFS zu übertragen. ME/CFS benötigt keine gewöhnliche Notfallpflege zuhause. Es benötigt eine ME/CFS-adaptierte Notfallpflege.

Der Hausbesuch selbst ist in allen Schritten genau geplant und Teil des therapeutischen Denkens.

Welche Uhrzeit erscheint am Geeignetesten um den Schlaf-Wach-Rhythmus der betroffenen Person am Wenigsten zu stören? Was wird wo vorbereitet? Wie viele Personen betreten den Raum? Muss gesprochen werden? Können Lichtquellen reduziert werden? Muss die Position verändert werden, um z.B. eine PVK legen zu können? Wo steht die Beatmungsmaschine, wo findet die Sauerstoffflasche ihren Platz? Welche pflegerischen Maßnahmen können zusammen-

gefasst werden? Welche können entfallen.

Tatsächlich beschreibt diese Art der Versorgung einen fundamentalen Unterschied in der Versorgungslogik.

Dafür braucht es klinischen Blick, Erfahrung, Beobachtungskompetenz und klare Eskalationswege.

Hospital at Home neu denken

ME/CFS macht damit etwas sichtbar, das für unser gesamtes Gesundheitssystem relevant ist.

Wir organisieren Versorgung noch immer stark um Institutionen herum.

Patient:innen kommen zur Ordination. Patient:innen kommen in die Ambulanz. Patient:innen kommen ins Krankenhaus.

Hospital-at-Home-Modelle drehen die Perspektive um.

Nicht der Mensch muss sich an die Struktur der Medizin anpassen. Ein Teil der medizinischen Struktur bewegt sich zum Menschen.

Smart Medics Notfallpflege+ versucht, genau diese Schnittstelle zwischen Pflege, Medizin und häuslicher Versorgung zu besetzen: Pflegefachpersonen vor Ort, ärztliche Expertise telemedizinisch verfügbar und definierte Eskalationsmöglichkeiten, wenn eine Versorgung zuhause nicht mehr sicher möglich ist.

Was jetzt notwendig wäre

Damit aus einer interessanten Idee tatsächlich ein belastbares Modell für Menschen mit schwerem ME/CFS wird, braucht es klare Qualitätskriterien.

Pflegepersonen benötigen ME/CFS-spezifische Schulungen. PEM und Pacing müssen verstanden werden. Reizreduktion muss Teil der Einsatzplanung werden. Pflege- und Notfallpläne sollten

vorab verfügbar sein. Kommunikation mit Angehörigen und behandelnden Ärzt:innen muss strukturiert erfolgen.

Vor allem aber müssen Ergebnisse wissenschaftlich begleitet werden.

Wie viele Krankenhaustransporte können tatsächlich sicher vermieden werden? Welche Interventionen sind zuhause möglich? Wie erleben Betroffene die Versorgung? Welche Belastungen entstehen durch Hausbesuche selbst? Wo liegen die Grenzen des Modells? Diese Fragen sollten nicht durch Marketing beantwortet werden, sondern durch Daten.

Vielleicht beginnt Innovation mit einer einfachen Frage

Warum muss ein schwer kranker Mensch eigentlich zur Versorgung kommen, wenn ein Teil der Versorgung auch zu ihm kommen kann? Bei ME/CFS bekommt diese Frage eine besondere Dringlichkeit.

Denn hier kann der Weg zur Hilfe selbst zur Belastung werden.

Notfallpflege zuhause, verbunden mit telemedizinischer ärztlicher Unterstützung, könnte deshalb ein Baustein zukünftiger Versorgung sein. Nicht als Ersatz für Krankenhäuser. Nicht als Lösung für jeden medizinischen Notfall. Und schon gar nicht ohne ME/CFS-spezifische Kompetenz.

Aber als zusätzliche Ebene zwischen Angehörigen, Hausärzt:innen, mobilen Diensten, Rettungsdienst und Krankenhaus.

Vielleicht liegt genau dort eine Versorgungslücke, über die wir in der professionellen Pflege wesentlich

intensiver sprechen sollten.

Denn bei schwerem ME/CFS bedeutet gute Pflege manchmal nicht, mehr zu tun.

Der neue österreichische ME/CFS-Pflegeleitfaden beschreibt ausdrücklich die häusliche Versorgung, Pacing und belastungsadaptierte Pflege; Smart Medics beschreibt sein Modell wiederum als Kombination aus diplomierter Pflege zuhause, telemedizinischer ärztlicher Einbindung und definierten Möglichkeiten für Diagnostik, Stabilisierung und Eskalation. ([Springer Nature Link](#))



Barbara Einzinger, BSc

Gesundheits- und Krankenpflegerin in freier Praxis |

Pflegerische Leitung Smartmedics |

Pflegeexpertin für Menschen mit ME/CFS/PAIS |

Gründerin von EinzingerCare



barbara@EinzingerCare.at



Univ.-Doz. Dr. Alex Blaicher, MBA

Facharzt für Anästhesiologie und

Allgemeine Intensivmedizin.

Gründer und Geschäftsführer von Smart Medics

mit den Schwerpunkten Hospital@Home, außerklinische Intensivmedizin und Telemedizin.



Kontakt:

termine@smartmedics.at



University of
Applied Sciences
Krems

Persönliche Einblicke. Ehrliche Antworten. Die richtige Entscheidung.

FINDE HERAUS, WELCHES GESUNDHEITSSTUDIUM ZU DIR PASST.



IMC INFO DAY
27.11.2026
14 – 18 UHR



IMC OPEN HOUSE
20.02.2027
9 – 15 UHR

www.imc.ac.at

IMC. It's all in me.



(C) Fotocredit: KI-generiert mit ChatGPT (Golla)

Zwischen Professionalität und Menschlichkeit

Wie außerklinische Intensivpflege gelingt, wenn beides zählt

Es ist kurz vor vier Uhr morgens. Ein Alarm des Beatmungsgeräts verändert von einer Sekunde auf die andere die Ruhe im Zimmer. Wenige Sekunden später stehe ich am Bett meines Klienten, der mir verzweifelt in die Augen schaut. Ich verstehe sofort den Ernst der Lage und wechsele die Trachealkanüle. Keine 2 Minuten später blicke ich in dieselben Augen – jetzt voller Dankbarkeit, Erleichterung und Vertrauen. Seine Hand sucht die Meine – kurz nur, aber ich verstehe. Weil dieses Zimmer, dieses Zuhause, sein Leben ist. Und weil ich in diesem Moment nicht nur Pflegefachkraft bin, sondern die Person, die zwischen seinem Alltag und dem Krankenhaus steht.



Ein Setting mit eigenen Gesetzen

Beatmungsmanagement, Tracheostomaversorgung, komplexes Medikamentenmanagement – die fachlichen Anforderungen stehen jenen im stationären Bereich in nichts nach. Was sich fundamental unterscheidet, ist der Rahmen: Keine Kolleg:innen, Arzt oder Ärztin, welche wir in der Sekunde hinzuholen können. Keine institutionelle Routine, die den Tag vorstrukturiert. Stattdessen ein Mensch in seinem eigenen Umfeld, mit seiner eigenen Geschichte – und dem berechtigten Wunsch, trotz schwerster Erkrankung selbstbestimmt zu leben.

Das verlangt von Pflegepersonen eine Qualität, die sich nicht in Fachbüchern abbilden lässt: die Fähigkeit, hochkomplexe medizinische Versorgung so zu vereinen, dass der Klient nicht auf seine Diagnose reduziert wird. In der Praxis bedeutet das, zu wissen, warum er heute ruhiger ist als gestern. Seine Lieblingsmusik zu kennen. Zu verstehen, welche Entscheidungen ihm wichtig sind – und welche nicht. Das ist kein softer Zusatz zur Pflege. Es ist ein relevanter Faktor, der Compliance, Wohlbefinden und die Komplikationsrate direkt beeinflusst.

Die Forschung zu Lebensqualität bei chronisch beatmungspflichtigen Menschen zeigt immer wieder dasselbe: Selbstbestimmung, soziale Einbindung und vertraute Umgebung sind keine weichen Faktoren – sie beeinflussen Verlauf, Stabilität und sogar die längere Überlebensdauer ist messbar. Außerklinische Intensivpflege ist damit nicht nur eine organisatorische Alternative zur stationären Versorgung. Sie ist für viele Menschen die medizinisch überlegene Wahl.

Ein Dreieck das trägt

Was gelingende außerklinische Intensivpflege auf Dauer möglich

macht, ist kein Einzelkämpfertum. Es ist ein stabiles Dreieck: Klient, Angehörige und Pflegepersonen – drei gleichwertige Akteure, die zusammenwachsen müssen, damit das System funktioniert.

Bei MID – Meine Intensivpflege Daheim – ist dieses Prinzip nicht nur Konzept, sondern Identität. Das dreiblättrige Logo des 2022 von Michaela und Roman Weber gegründeten Unternehmens steht sinnbildlich genau dafür: Klient, Angehörige und Pflegeperson treffen sich in der Mitte – mit dem Ziel eines harmonischen „MID-einander“.

MID begleitet Klienten dabei nicht nur in der laufenden Betreuung, sondern unterstützt Menschen mit Intensivpflegebedarf gezielt auch beim Übergang aus der Klinik in ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause.

Bevor die Pflege beginnt, wird das Umfeld verstanden. Wer sind die Angehörigen? Welche Rolle spielen sie – und welche wollen sie spielen? Was sind die Gewohnheiten, Vorlieben, roten Linien des Klienten? Diese Fragen stehen gleichberechtigt neben der medizinischen Anamnese. Nicht als nettes Beiwerk, sondern als Grundlage.

Was bleibt, wenn der Dienst endet?

Ich habe in diesem Beruf gelernt, dass die besten Momente oft die Leisesten sind. Ein Klient, der zum ersten Mal seit Monaten wieder draußen in der Sonne sitzt. Eine Angehörige, die sagt: „Ich schlafe wieder durch.“ Ein Mensch, der trotz Beatmungsgerät lacht.

Diese Momente passieren nicht zufällig. Sie sind das Ergebnis von Fachkompetenz, die keine Abkürzungen nimmt, kombiniert mit einer Haltung, die den Menschen nie aus dem Blick verliert. Beides braucht den richtigen Rahmen – ein Team, das trägt, eine Führung, die versteht, und eine Unternehmenskultur, die Wertschätzung nicht verwaltet, sondern lebt.

Außerklinische Intensivpflege kann das sein, was Medizin allein nie leisten wird: ein Leben, das sich wie eines anfühlt. Bei MID ist das kein Anspruch. Es ist die tägliche Aufgabe.

Außerklinische Intensivpflege ist für viele Menschen nicht die zweitbeste Lösung. Sie ist die Einzige, die sich nach echtem Leben anfühlt. Und wenn Fachkompetenz und Menschlichkeit konsequent zusammengedacht werden, dann gelingt sie.



Michaela Weber

DGKP (Intensivpflege)



E-mail: michaela.weber@mid-intensivpflege.at



Webseite: www.mid-intensivpflege.at

Die Autorin ist seit 2013 in der häuslichen Intensivpflege tätig und verfügt über langjährige Erfahrung in der Versorgung intensivpflegebedürftiger Menschen im eigenen Zuhause. 2022 gründete sie MID – Meine Intensivpflege Daheim und verantwortet seither gemeinsam mit Roman Weber die Geschäftsführung des Unternehmens.



(C) MOMO Tageshospiz

MOMO Tageshospiz - Familienzentrierte Kinderpalliativversorgung

Ausgangslage – Warum braucht es das MOMO Tageshospiz?

In Österreich leben Schätzungen zufolge rund 5.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebenslimitierenden und/oder lebensbedrohlichen Erkrankungen (Dachverband Hospiz Österreich [DVHÖ], 2023). Dazu zählen unter anderem neurologische, genetische, onkologische oder chronische Erkrankungen. International werden etwa 400 unterschiedliche Diagnosen beschrieben (Zernikow & Hasan, 2013). Die Versorgung dieser Kinder, Jugendlichen und

jungen Erwachsenen ist häufig über viele Jahre hinweg notwendig und mit hohem pflegerischem, medizinischem sowie psychosozialen Aufwand verbunden, geprägt von hoher Komplexität, krisenhaften Krankheitsverläufen und dem Bedarf an einer interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit (WHO, 2018). Familien übernehmen dabei oftmals rund um die Uhr komplexe Betreuungs- und Pflegeaufgaben im häuslichen Umfeld. Dies führt nicht selten zu sozialer Isolation, chronischer Erschöpfung und fehlenden Entlastungsmöglichkeiten.

Auch Geschwisterkinder sind häufig mitbelastet (Together for Short Lives, 2018; Benini et al., 2022).

Trotz des bekannten Bedarfs bestehen in Österreich weiterhin erhebliche Versorgungslücken. In Wien fehlen niederschwellige Tagesangebote, die Betreuung, Therapie, psychosoziale Begleitung, Entlastung und soziale Teilhabe verbinden. Bestehende Strukturen konzentrieren sich überwiegend auf mobile oder stationäre Angebote (Himmelsbach, 2023). Viele bestehende Betreuungs- und Bildungseinrichtungen können den komplexen medizinischen Bedürf-

nissen der Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend gerecht werden. So erhalten beispielsweise Kinder mit Tracheostoma oftmals keinen Kindergartenplatz, da eine kontinuierliche pflegerische Betreuung vor Ort erforderlich ist. Jugendliche mit dauerhafter NIV-Beatmung können häufig nur dann die Schule besuchen, wenn ein Elternteil anwesend ist, um die Beatmung fachgerecht zu überwachen. Ebenso finden junge Erwachsene ohne Schulpflicht oftmals keinen Zugang zu bestehenden Tagesstrukturen, da dort eine regelmäßige Teilnahme an fünf Tagen pro Woche vorausgesetzt wird, was für einige Betroffene schlichtweg zu anstrengend ist. Genau an dieser Versorgungslücke setzt das MOMO Tageshospiz an. Das Projekt schafft einen geschützten Ort für Betreuung, Entlastung, Begegnung und Lebensqualität, für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer schweren Erkrankung sowie für ihre Familien.

Ein Ort für Entlastung, Begegnung und Lebensqualität

Das MOMO Tageshospiz ist ein teilstationäres Entlastungs- und Betreuungsangebot für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebenslimitierenden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie deren Familien. Die Inanspruchnahme ist für die Familien kostenlos.

Im Mittelpunkt steht die Schaffung eines geschützten und familienorientierten Ortes, an dem Betreuung, Begegnung, Förderung und Lebensqualität gleichermaßen möglich sind. Das MOMO Tageshospiz verbindet medizinische, pflegerische, therapeutische, psychosoziale und pädagogische Angebote in einem multiprofessionellen

Setting. Die Betreuung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien. Neben medizinisch-pflegerischer Unterstützung stehen insbesondere Entlastung, Stabilisierung des Familiensystems sowie die Förderung von Gemeinschaft und Lebensqualität im Vordergrund. Gleichzeitig bietet das Tageshospiz Raum für Begegnung, Austausch, Kreativität und altersgerechte Aktivitäten. Das MOMO Tageshospiz versteht sich nicht nur als Ort der Betreuung, sondern als Lebensraum, in dem Kinder und ihre Familien Gemeinschaft, Unterstützung und Momente von Normalität erleben können.

Mehr als Pflege: Das Konzept des MOMO Tageshospizes

Das MOMO Tageshospiz, ZeitRaum genannt, wurde im November 2023 als ergänzendes Angebot zum mobilen Kinderhospiz- und Palliativteam eröffnet.

Ein zentraler Bestandteil des MOMO Tageshospizes ist die teilstationäre Entlastungspflege an mehreren Tagen pro Woche. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Pflegeassistent:innen übernehmen gemeinsam mit einem multiprofessionellen Team sowie ehrenamtlichen Hospizbegleiter:innen die individuelle Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Ergänzend zur pflegerischen Versorgung finden regelmäßige medizinische Visiten sowie therapeutische Angebote statt, um Symptome zu beobachten, Therapien anzupassen und die körperliche, emotionale und soziale Stabilität der betreuten Kinder und Jugendlichen zu fördern. Dazu zählen unter anderem Musiktherapie, Physiotherapie, Logopädie, Diätologie, psychosoziale Begleitung, kreative und

entwicklungsfördernde Aktivitäten. Gleichzeitig werden Geschwisterkinder und Angehörige gezielt unterstützt und begleitet.

Bereits im ersten Jahr zeigte sich die hohe Relevanz des Angebots: Im Jahr 2024 nutzten insgesamt 81 Familien mindestens ein Angebot des MOMO Tageshospizes. 42 Kinder wurden im Rahmen der Entlastungstage betreut. Im Jahr 2025 wurden 49 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene an 174 Betreuungstagen begleitet.

Wirkung und Bedeutung des MOMO Tageshospizes

Der MOMO ZeitRaum stellt eine bedeutende Erweiterung der pädiatrischen Palliativversorgung dar, da Familien nicht ausschließlich im häuslichen Umfeld begleitet, sondern zusätzlich ein geschützter Ort außerhalb des eigenen Zuhauses geboten wird. Eine bedeutsame Rolle nehmen dabei die ehrenamtlichen Hospizbegleiter:innen ein. Sie schenken vor allem Zeit und sind eine wertvolle ergänzende Ressource im Betreuungsalltag. Ein wesentlicher Nutzen liegt in der kontinuierlichen Entlastung der Angehörigen. Geschwistergruppen schaffen geschützte Räume für Austausch, emotionale Unterstützung und Begegnung mit anderen Kindern in ähnlichen Lebenssituationen. Gemeinsame Aktivitäten und positive Erlebnisse fördern soziale Teilhabe, Gemeinschaft und emotionale Stabilisierung. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem mobilen Kinderpalliativteam entsteht ein flexibles und bedarfsgerechtes Versorgungskonzept, da Familien sowohl zuhause als auch im MOMO ZeitRaum begleitet werden.

Nach dem ersten Jahr des MOMO

(C) MOMO Tageshospiz



ZeitRaums wurde eine Elternbefragung durchgeführt, um die Qualität des Angebots sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe zu evaluieren. Die Rückmeldungen waren überwiegend sehr positiv. Eltern beschrieben den MOMO ZeitRaum als einen Ort der Sicherheit, Entlastung und Verlässlichkeit. Besonders geschätzt wurden die Entlastungspflege, therapeutische Angebote, die psychosoziale Begleitung sowie die Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizbegleiter: innen. Gleichzeitig

wurden Wünsche nach erweiterten Betreuungszeiten und zusätzlichen Betreuungsplätzen geäußert.

Im Februar 2026 wurde zusätzlich eine anonymisierte Mitarbeiter:innenbefragung durchgeführt, mit dem Ziel, die Sichtweise der Mitarbeitenden auf die Balance des Angebots sowie den Beitrag des MOMO Tageshospizes zur Steigerung der Lebensqualität der betreuten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie ihren

Familien zu erheben. Hervorgehoben wurden insbesondere: soziale Teilhabe und Gemeinschaft, Förderung von Autonomie und Entwicklung, positive Erlebnisse trotz schwerer Erkrankung, Sicherheit und Vertrauen in die Betreuung sowie die hohe Qualität der multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Zukunftsvision – Wie geht es weiter?

Der MOMO ZeitRaum hat sich seit seiner Eröffnung im November 2023 zu einem wichtigen Bestandteil der pädiatrischen Palliativversorgung entwickelt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen den hohen Bedarf an diesem Angebot und die große Bedeutung für betroffene Familien. Ein wesentliches Ziel für die Zukunft ist es, die hohe Qualität des bestehenden Angebots langfristig zu sichern und gleichzeitig bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Geplant sind der Ausbau der Öffnungszeiten, zusätzliche Betreuungsangebote sowie die Weiterentwicklung pädagogischer Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters. Darüber hinaus soll der MOMO ZeitRaum zunehmend als Kompetenzzentrum und Wissensort für pädiatrische Palliativversorgung etabliert werden.

Die Vision des MOMO ZeitRaums ist es, ein sichtbarer Ort zu sein, an dem Kinderpalliativarbeit verständlich, erlebbar und gesellschaftlich wahrnehmbar wird, ein Ort der Entlastung, Sicherheit, Gemeinschaft und Lebensqualität ermöglicht.



Mag.a Cordula Aigner, BSc

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin



E-Mail: cordula.aigner@momo.or.at

AUTORIN



Lisa Krafka, BScN MA

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Intensivpflege, Palliative Care in der Pädiatrie



E-Mail: lisa.krafka@momo.or.at

AUTORIN

and symptom relief into paediatrics. A WHO guide for health planners, implementers and managers. Geneva. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics>

Zernikow, B. & Hasan, B. (2013, 01.06.2026). Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Palliativmedizin 2013; 14:157-172. DOI: 10.1055/s-0032-1333020

Literaturverzeichnis:

Benini, F., Pappadatou, D., Bernada, M., Craig, F., De Zen, L., Downing, J., Drake, R., Friedrichsdorf, S., Garros, D., Giacomelli, L., Lacerada, A., Lazzarin, P., Marcegaglia, S., Marston, J., Muckaden, M. A., Papa, S., Parravicini, E., Pellegatta, F. & Wolfe, J. (2022, 01.06.2026). International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. Journal of Pain and Symptom Management, 000:1-15. DOI:10.1016/j.jpain-symman.2021. Retrieved from: <https://www.fondazionemaruzza.org/wp-content/uploads/2022/02/GO-PPaCS.pdf>

Dachverband Hospiz Österreich. (2022, 01.06.2026). Hospiz und Palliative Care für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene – Entwicklung in Österreich. Retrieved from: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2022/02/HOSPIZ_datenerhebung_12-21_202112.pdf

Fraser, L. K., Gibson-Smith, D., Jarvis, S., Norman, P., & Parslow, R. C. (2021). Estimating the current and fu-

ture prevalence of life-limiting conditions in children in England. Palliative Medicine, 35(9), 1641–1651. <https://doi.org/10.1177/0269216320975308>

Himmelsbach, S. (2023). Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Aufbau eines teilstationären Versorgungsangebots in Wien (Masterarbeit). Fachhochschule Burgenland.

Nemeth, C. & Pochobradsky, E. - GÖG (2013, 01.06.2026). Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Experten-Konzept. Retrieved from: file:///C:/Users/AIGCo/Downloads/KiJu_HOSPAL_EB+++ANHANG_2013.pdf

Together for Short Lives. (2018, 4th ed.). A guide to children's palliative care. Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families. Bristol.

World Health Organization. (2018, 01.06.2026). Integrating palliative care

NORDLICHT⁺

CS Betreuung für Menschen mit ME/CFS

Wenn Pflege leiser werden muss CS NORDLICHT entwickelt neue Wege in der Versorgung von Menschen mit ME/CFS

Menschen mit Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom, kurz ME/CFS, gehören zu jener Personengruppe, deren Versorgungsbedarf im Gesundheits- und Sozialsystem lange unterschätzt wurde.

Besonders schwer und sehr schwer Betroffene leben häufig haus- oder bettgebunden, sind in elementaren Aktivitäten des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen und können durch

geringste körperliche, kognitive, emotionale oder sensorische Belastungen eine deutliche und anhaltende Zustandsverschlechterung erleiden. Was für andere Menschen ein Gespräch, ein Arzttermin, ein Transport oder eine gut gemeinte Aktivierung ist, kann für sie zum Auslöser eines sogenannten Crashes werden.



Das Kardinalsymptom der Erkrankung ist die Post-Exertional Malaise, kurz PEM. Darunter versteht man eine krankhafte Belastungs-Erholungs-Reaktion: Schon geringe Aktivitäten oder Reize können zu einer verzögerten, teilweise über Tage, Wochen oder länger anhaltenden Verschlechterung führen. Bei schweren Verläufen kann dies bedeuten, dass selbst Essen, Körperpflege, Kommunikation, Licht, Geräusche, Gerüche oder Berührung sorgfältig dosiert werden müssen. Damit wird ME/CFS zu einer besonderen Herausforderung für Pflege, Medizin, Sozialarbeit und Angehörige. Nicht das Zuviel an Unterstützung ist das Problem, sondern häufig ihre falsche Form.

Genau hier setzt CS NORDLICHT an, ein spezialisiertes Unterstützungsangebot der CS Caritas Socialis für Menschen mit ME/CFS und ihre An- und Zugehörigen. NORDLICHT versteht sich nicht als isolierte Zusatzleistung, sondern als lernendes Versorgungsmodell in einem Feld, in dem Standards, Regelfinanzierung und Zuständigkeiten erst entstehen müssen. Es macht sichtbar, was bisher häufig unsichtbar blieb: die Versorgungslücke für Menschen, die für die bestehenden Systeme zu krank sind, um sie überhaupt erreichen zu können.

Wenn klassische Versorgung an Grenzen stößt

Das österreichische Gesundheits- und Pflegesystem setzt vielfach voraus, dass Menschen Termine wahrnehmen, aktiv kommunizieren, Transporte tolerieren,

„Stille kann Pflege sein. Das Nicht-Betreten eines Zimmers kann eine Intervention sein.“

Untersuchungen absolvieren und in vorgegebene Abläufe eingebunden werden können. Bei schwerer Form von ME/CFS ist genau das oft nicht möglich. Ambulanzbesuche, Wartezimmer, Routinediagnostik oder standardisierte Pflegehandlungen können eine erhebliche Überlastung bedeuten. Auch mobile Versorgung ist nicht automatisch geeignet, wenn sie aktivierend, gesprächintensiv oder reizintensiv erfolgt.

Für die Pflege ergibt sich daraus ein professionelles Spannungsfeld. Pflege bedeutet üblicherweise Beobachtung, Beziehung, Gespräch, Anleitung, Mobilisation und Förderung von Selbstpflegekompetenz. Bei schwerer Form von ME/CFS kann jedoch gerade eine gut gemeinte aktivierende Logik kontraindiziert sein. Eine Pflegeperson, die mehr spricht, länger im Raum bleibt oder zusätzliche Ermutigung anbietet, kann unbeabsichtigt zur Belastungsquelle werden. Fachlich angemessen kann daher sein, Kontakte zu verkürzen, Handlungen exakt vorzubereiten, Kommunikation zu minimieren, indirekte Informationswege zu nutzen und Interventionen auf das absolut Notwendige zu reduzieren.

Das ist kein Rückzug aus professioneller Verantwortung, sondern eine andere Form von Verantwortung. Reizschutz, Pacing und PEM-Prävention werden zu pflegerischen Kernaufgaben. Stille kann Pflege sein. Das Nicht-Betreten eines Zimmers kann eine Intervention sein. Eine kurze, vorher abgesprochene Handlung kann fachlich wertvoller sein

NORDLICHT als spezialisiertes, multiprofessionelles Modell

CS NORDLICHT verbindet Beratung, pflegefachliche Ein-



AUF EINEN BLICK

- ME/CFS: schwerste Fälle sind haus- oder bettgebunden
- PEM: schon kleine Reize verschlechtern den Zustand tagelang
- Prinzip: weniger Kontakt, mehr Wirkung – Reizschutz statt Aktivierung
- Angehörige = eigene Zielgruppe, nicht nur Ressource
- Noch spendenfinanziert, nicht im Regelsystem verankert

schätzung, psychosoziale Unterstützung, Sozialarbeit, Angehörigenarbeit, Koordination, Wissensaufbau und Öffentlichkeitsarbeit. Das Angebot richtet sich an schwer und sehr schwer Betroffene, aber auch an deren Bezugspersonen, die im Alltag häufig eine zentrale Rolle übernehmen.

Der Zugang ist bewusst niederschwellig und zugleich fachlich strukturiert. Bereits im Erstkontakt wird berücksichtigt, dass direkte Kommunikation für manche Betroffene zu belastend sein kann. Informationen können schriftlich, telefonisch, online, über Angehörige oder andere Vertrauenspersonen erhoben werden. Reizschutz, Tageszeit, Kommunikationsform, PEM-Risiko, aktuelle Versorgungssituation, Pflegegeld, Wohnsituation, psychosoziale Belastungen und Erwartungen an NORDLICHT werden systematisch erfasst. Damit wird der Kontakt nicht an eine Standardform angepasst, sondern an die individuelle Belastbarkeit der betroffenen Person.

Multiprofessionalität bedeutet in diesem Kontext mehr als das Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen. Pflege, Sozialarbeit, Palliative Care, Medizin, psychosoziale Begleitung, ehrenamtliche Unterstützung und externe Expertise müssen aufeinander abgestimmt werden. Der Versorgungsprozess braucht klare Zuständigkeiten, nachvollziehbare Dokumentation, fachliche Plausi-

bilitätsprüfung und laufende Reevaluation. Gerade weil direkte Beobachtung krankheitsbedingt eingeschränkt sein kann, müssen indirekte Informationen strukturiert erhoben und professionell bewertet werden.

Die palliative Grundhaltung: Würde, Entlastung und Beziehung im richtigen Maß

CS NORDLICHT ist aus konkreten Erfahrungen der CS Caritas Socialis entstanden, unter anderem in palliativen und pflegerischen Settings. Die Begleitung schwerstbetroffener Menschen zeigte, dass klassische Routinen nicht ausreichen und teilweise verändert werden müssen. Palliative Kompetenz erwies sich dabei als besonders wertvoll: Symptomorientierung, multiprofessionelle Zusammenarbeit, Angehörigenarbeit, Aushalten von Unsicherheit, Würdeorientierung und die Fähigkeit, Begleitung an der Lebensrealität der betroffenen Person auszurichten.

Gleichzeitig erweitert ME/CFS den Blick auf Palliative Care. Die Erkrankung ist nicht zwingend unmittelbar lebensbegrenzend, kann aber mit massiver Symptomlast, Autonomieverlust, sozialer Isolation, existenzieller Unsicherheit und hoher Angehörigenbelastung verbunden sein. Damit berührt sie zentrale Themen palliativer Haltung. Im Mittelpunkt steht nicht Heilung um jeden Preis, sondern die Frage: Was hilft dieser konkreten Person, heute nicht weiter destabilisiert zu werden? Was schützt ihre Würde? Was entlastet, ohne zu überfordern? Was ermöglicht Beziehung, ohne Belastungsgrenzen zu überschreiten?

Für NORDLICHT ist daher nicht die Anpassung des Menschen an das System leitend, sondern die Anpassung der Versorgung an

den Menschen. Diese Haltung ist anspruchsvoll, weil sie professionellen Helfer mitunter abverlangt, weniger zu tun, genauer zu beobachten, besser vorzubereiten und eigene Handlungsimpulse zu reflektieren.

Angehörige als Schlüsselpersonen – und als eigene Zielgruppe

Bei schwerer und sehr schwerer Ausprägung von ME/CFS tragen An- und Zugehörige häufig eine außergewöhnliche Last. Sie sind Pflegepersonen, Koordinator, Übersetzer, Krisenmanager, emotionale Stütze, Behördenkontakt und Interessenvertretung zugleich. Nicht selten übernehmen sie Aufgaben, für die sie weder ausreichend geschult noch sozial abgesichert sind. Sie erleben Isolation, Überforderung, Hilflosigkeit, finanzielle Belastung und die ständige Sorge, durch falsches Handeln eine Verschlechterung auszulösen.

NORDLICHT nimmt Angehörige daher nicht bloß als Ressource in Anspruch, sondern versteht sie als eigene Zielgruppe. Beratung, Anleitung, psychosoziale Entlastung, Orientierung im Hilfesystem und Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen sind integrale Bestandteile des Modells. Gleichzeitig bleibt klar: Angehörige ersetzen nicht die fachliche Verantwortung der Pflege. Sie können jedoch, wenn direkte Kontakte eingeschränkt sind, wichtige Beobachtungen weitergeben. Dafür brauchen sie verständliche Instrumente, klare Kommunikationswege und die Sicherheit, mit ihren Fragen nicht allein zu sein.

Caring Community: Ehrenamt als krankheitsangemessene Unterstützung

Ein innovativer Baustein von CS

NORDLICHT ist die Einbindung geschulter Ehrenamtlicher im Sinne einer Caring Community. Gerade bei ME/CFS zeigt sich, dass Versorgung nicht allein medizinisch oder pflegerisch gedacht werden kann. Betroffene und Angehörige benötigen ein unterstützendes Umfeld, das alltagsnahe Entlastung ermöglicht, ohne zusätzliche Reizbelastung zu erzeugen.

Dafür wurden Ehrenamtliche ME/CFS-spezifisch vorbereitet. Ihr Einsatz bedeutet nicht einfach „Besuch“ im herkömmlichen Sinn. Für schwer Betroffene kann Besuch zu viel sein. Ehrenamtliche Unterstützung muss daher reizarm, verlässlich, gut angeleitet und an den individuellen Grenzen orientiert sein. Mögliche Aufgaben liegen etwa in Besorgungen, praktischer Alltagsunterstützung, Entlastung von Bezugspersonen oder niedrigschwelliger Begleitung im Hintergrund. Der entscheidende Punkt ist: Ehrenamt wird nicht als unverbindliche Hilfe verstanden, sondern als qualifizierter Teil eines sorgenden Netzwerks.

Damit greift NORDLICHT ein zentrales Prinzip der Caring Community auf. Verantwortung für vulnerable Menschen wird nicht vollständig an Institutionen delegiert, sondern im Zusammenspiel von professionellen Diensten, Angehörigen, freiwilligem Engagement und gesellschaftlicher Sensibilisierung getragen. Diese Form der Solidarität ist besonders dort notwendig, wo Regelsysteme noch keine ausreichenden Antworten geben.

Spendenfinanziert und dennoch wachsend

Derzeit ist NORDLICHT weiterhin nicht regelfinanziert. Das Angebot wird spendenfinanziert getragen. Für Klient:innen entstehen

dadurch derzeit keine Kosten, zugleich bleibt die nachhaltige Finanzierung eine zentrale Zukunftsfrage. NORDLICHT befindet sich damit in einer Situation, die aus der Hospizgeschichte vertraut ist: Neue Strukturen entstehen häufig zuerst dort, wo Menschen eine Not sehen und handeln, bevor öffentliche Finanzierungssysteme nachziehen.

Trotz dieser prekären Ausgangslage wächst das Team multiprofessionell. Beratung, Pflege, Sozialarbeit, Palliative Care, Koordination, Ehrenamt, Schulung und Öffentlichkeitsarbeit werden schrittweise zu einem spezialisierten Unterstützungsmodell verbunden. Dabei geht es nicht nur um einzelne Hilfen, sondern um den Aufbau von Kompetenz, Standards, Dokumentationslogik, Schnittstellen und übertragbaren Versorgungsstrukturen. NORDLICHT ist damit zugleich konkrete Unterstützung und Modellentwicklung.

Kooperation mit der MedUni Wien: Praxiswissen und Forschung verbinden

Ein weiterer wesentlicher Entwicklungsschritt ist die geplante Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien. Als Spezialversorgungsdienst kann NORDLICHT dazu beitragen, Versorgungspraxis, Betroffenenwissen und wissenschaftliche Fragestellungen enger miteinander zu verbinden. Gerade Menschen mit schweren und sehr schweren ME/CFS-Verläufen sind in Forschung und Versorgung besonders schwer erreichbar. Diejenigen, die am stärksten betroffen sind, sind zugleich jene, die am seltensten an Studien mitwirken, an Ambulanzen angebunden oder an öffentlichen Diskursen teilnehmen können.



Mag.a Lisa Haderer

- ✓ Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
- ✓ Mediatorin
- ✓ Studium Gesundheitsmanagement
- ✓ Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung
- ✓ Ehrenamtliche Krisenintervention
- ✓ Seit über 25 Jahren in Fach- und Führungspositionen im Gesundheits- und Sozialbereich

Die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Partner:innen ist daher nicht bloß ein Zusatz, sondern ein notwendiger Schritt zur Weiterentwicklung des Feldes. Es braucht Forschung zu Krankheitsmechanismen, Diagnostik, symptomorientierter Behandlung, Versorgungsmodellen, Pflegeinterventionen, Angehörigenbelastung und geeigneten Forschungsmethoden für schwer Betroffene. NORDLICHT kann hier eine Brücke bilden: zwischen häuslicher Realität, pflegerischer Erfahrung, sozialer Lage und akademischer Wissensproduktion.

Fachdialog im Oktober 2026: ME/CFS-Kongress in Schönbrunn

Ein wichtiger nächster Schritt der Sichtbarmachung und Vernetzung ist der geplante ME/CFS-Fachkongress im Oktober 2026 in Schönbrunn. Der Kongress soll Fachpersonen, Forschung, Betroffenenvertretungen, Pflege, Sozialarbeit, Palliative Care, Entscheidungsträger und weitere relevante Akteur:innen zusammenbringen. Damit wird deutlich: ME/CFS ist nicht nur eine medizinische Diagnose, sondern eine gesundheitspolitische, pflegfachliche, soziale

und ethische Herausforderung.

Der Fachkongress bietet die Chance, Erfahrungen aus der Praxis von NORDLICHT mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und internationalen Perspektiven zu verbinden. Zugleich kann er dazu beitragen, Standards, Zuständigkeiten, Finanzierungsfragen und Versorgungsmodelle in Österreich weiterzuentwickeln. Besonders wichtig wird sein, die Bedürfnisse Betroffener nicht nur mitzudenken, sondern konsequent ins Zentrum zu stellen.

Von der Versorgungslücke zur Strukturentwicklung

CS NORDLICHT zeigt, dass Innovation in der Pflege nicht immer technologische Neuerung bedeutet. Manchmal besteht Innovation darin, einen Menschen ernst zu nehmen, dessen Bedarf nicht in bestehende Abläufe passt. NORDLICHT verändert die Frage: Nicht „Wie bringen wir Betroffene in vorhandene Angebote?“, sondern „Wie muss Versorgung gestaltet sein, damit sie für diese Menschen sicher, zugänglich und würdevoll wird?“

Das Modell setzt Impulse auf

mehreren Ebenen. Für Betroffene bedeutet es Anerkennung, Orientierung und Schutz vor vermeidbarer Überlastung. Für Angehörige bedeutet es Entlastung, Wissen und psychosozialen Rückhalt. Für Mitarbeitende bedeutet es Kompetenzaufbau, Reflexion und Sicherheit im Umgang mit kontraintuitiven Pflegesituationen. Für das Versorgungssystem bedeutet es Sichtbarkeit, Fachdialog und die Entwicklung übertragbarer Standards.

Noch ist NORDLICHT kein fertiges Regelsystem. Die Finanzierung ist nicht gesichert, die Nachfrage kann die Ressourcen rasch übersteigen, und viele strukturelle Fragen bleiben offen. Gerade deshalb ist das Projekt bedeutsam. Es zeigt nicht nur, was fehlt, sondern auch, was möglich ist, wenn Pfl-

ge, Palliative Care, Sozialarbeit, Ehrenamt, Forschung und gesellschaftliche Verantwortung zusammengedacht werden.

Menschen mit schwerer ME/CFS dürfen nicht deshalb aus Versorgung herausfallen, weil ihre Erkrankung den Routinen des Systems widerspricht. CS NORDLICHT macht diese Lücke sichtbar und geht zugleich einen Schritt weiter: Es entwickelt aus der Not heraus eine neue, lernende und solidarische Versorgungsform. In einer Caring Community, die professionelle Fachlichkeit mit zivilgesellschaftlicher Verantwortung verbindet, kann daraus mehr entstehen als ein Projekt. Es kann ein Modell für eine Versorgung werden, die sich an jenen orientiert, die bisher am wenigsten erreicht wurden.

Literaturverzeichnis

Hackl V., Hermisson J. et al.; Konsensuspapier Transdisziplinäres Experten-Statement: Pflegeleitfaden für Menschen mit schwerem ME/CFS in der häuslichen Versorgung, Wiener Medizinische Wochenschrift 2026 <https://doi.org/10.1007/s10354-026-01155-6>

Derler F., Bartholomay M., Frank P. et al.; Myalgische Enzephalomyelitis/chronisches Fatiguesyndrom (ME/CFS): ME/CFS und spezialisierte Palliativversorgung – wie passt das zusammen? Zeitschrift Palliativmed. 2025; <https://doi.org/10.1055/a-2701-7947>

Heinlein S., Wulff S., Rogge A., Carstens M.; Ethische Herausforderungen in der Versorgung von schwer ME/CFS-Erkrankten [Konferenzvortrag]. 3. Pflegeethik-Kongress, Göttingen 2026; <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.31802.04800>

8. Nationaler Aktionstag für pflegende Angehörige am 13. 9. 2026

Wenn die Welt aus den Fugen gerät – pflegende Angehörige und Zugehörige als wichtige UnterstützerInnen im Katastrophen- und Krisenmanagement.

Wer steht wem in verunsichernden Zeiten zur Seite?

Was braucht es, um Menschen mit schweren Erkrankungen im Notfall zu versorgen?



Wenn eine
Hand

die andere nimmt,
Kann vieles
leichter werden.



Ihre Spende hilft Kindern mit
einer schweren Erkrankung und ihren Familien

Da sein – im Lachen und im Weinen.

www.kinderpalliativzentrum.at

Gesund essen, ohne zu verzichten



Theresa Vierlinger
Ernährung bei Endometriose
maudrich.gesund essen

maudrich 2026, 112 Seiten
durchgehend 4-farbig
Klappenbroschur
ISBN 978-3-99002-184-2
E-ISBN 978-3-99180-065-1
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D)



Bianca-Karla Itariu, Fiona Steinberger
Ernährung mit der Abnehmspritze
maudrich.gesund essen

maudrich 2026, 152 Seiten
durchgehend 4-farbig
Klappenbroschur
ISBN 978-3-99002-183-5
E-ISBN 978-3-99180-064-4
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D)



Martina Brunnmayr
Ernährung bei ADHS
maudrich.gesund essen

2., aktualisierte Auflage
maudrich 2025, 128 Seiten
4-farbig, Klappenbroschur
ISBN 978-3-99002-177-4
E-ISBN 978-3-99180-006-4
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D)



POSTKARTEN DER PFLEGE

KUNST | GESCHICHTE | PFLEGE



Pflegegeschichte, die man sehen kann.

Über 500 historische Postkarten
aus Pflege, Alltag und Erinnerung.
Digital erschlossen.

**RECHERCHIEREN | SAMMELN
ZITIEREN**

**DEMO KOSTENLOS
JETZT TESTEN**

**19 €
PRO JAHR**

postkarten.zeitschrift-geschichte.de

hpsmedia

Neue Kraft schöpfen

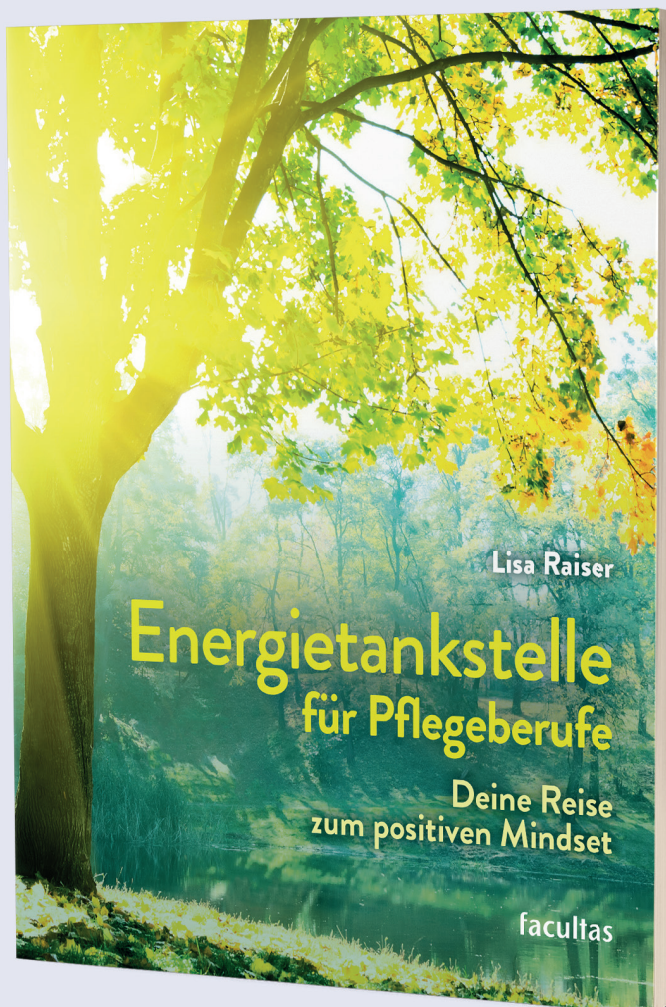
Lisa Raiser

Energietankstelle für Pflegeberufe

Deine Reise
zum positiven Mindset



facultas 2026
192 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2633-9
E-ISBN 978-3-99180-025-5
EUR 28,90 (A) / EUR 28,10 (D)



Beschreibung

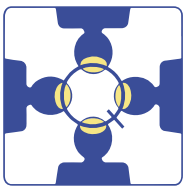
Dieses Buch ist eine Einladung, im fordernden Berufsalltag neue Kraft zu schöpfen. Pflege- und Gesundheitsberufe erfahren, wie sie Energie, Motivation und Freude bewahren können, ohne sich selbst zu verlieren. Aufbauend auf Konzepten der Positiven Psychologie wie Flow, Resilienz und Achtsamkeit werden wissenschaftliche Erkenntnisse verständlich vermittelt und mit Übungen, Reflexionsfragen und Beispielen aus der Pflegepraxis verbunden. Das Buch liefert nicht nur Impulse zum Nachdenken, sondern konkrete Werkzeuge, die sofort im Alltag anwendbar sind – für mehr Leichtigkeit, Wohlbefinden und eine zuverlässige Einstellung. Eine Kraftquelle für alle, die im Gesundheitswesen mit Herz und Professionalität arbeiten wollen.



Lisa Raiser, BSc MSc,

ist Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege beim WIGEV am Campus Donauespital und arbeitet als Lehrende an der Hochschule Campus Wien. Mit jahrelanger Pflegeexpertise und viel Leidenschaft zeigt sie, wie Pflegekräfte Kraftquellen entdecken und stärken können. Ihre Schwerpunkte sind die Vermittlung der Anwendung von Positiver Psychologie, Achtsamkeit, Resilienz und Selbstfürsorge im Berufsalltag.

facultas



DIGITALES E-LEARNING FÜR ALLE PFLEGENDE



**Alltagsnahe
Inhalte**



**Lernerfolg mit
Zertifikat**



**Selbstbestimmtes
Lernen**

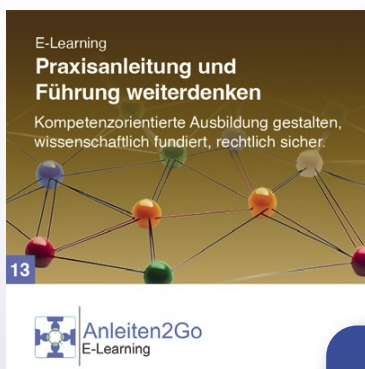


**Top Preis-Leis-
tungs-Verhältnis**

Neu: Paket E (Tage 13–15) – das E-Learning für Praxisanleitende & Führungskräfte.

Sie stärken Ihre kompetenzorientierte Ausbildung (wissenschaftlich fundiert & rechtlich sicher), vertiefen personenzentriertes Pflegen und Anleiten – und lernen den professionellen Umgang mit Demenz, Desorientierung und Delir.

Mit ausgewiesenen Expert:innen, sofort umsetzbaren Praxisbeispielen und kompaktem Lernformat. Jetzt informieren und Teamkompetenz gezielt ausbauen!



Jetzt informieren

Besuchen Sie German Quernheim auf Social Media





ein beruf - viele welten

pflegekongress26

05. & 06. november 2026



pflege kongress26



volkshilfe.



JUSTIZBETREUUNGSAGENTUR
FACHPERSONAL FÜR DIE ÖSTERREICHISCHE JUSTIZ



folgen sie uns auf:

f t y i /pflegenetz

www.pflegekongress.at





Samuel Koch



Reinhard Haller



Tristan Horx



Gabriele Jaksch



German Quernheim



Michael Halmich



Markus Tomaschitz



Ulrich Zerhusen

Donnerstag, 22. Oktober 2026
Stadthalle Ybbs an der Donau

www.futurecarekongress.at

**FUTURE
CARE
KONGRESS**

Donnerstag, 20. Mai 2027
HAUS DER MUSIK Innsbruck



Tristan Horx



Reinhard Haller



Daniela Gschaar-Anner



Christine Schaller-Maitz



Patrick Mocker



Helga Boss



Herwig Ofner



Robert Seeger