



## Ambulante Pflege

- Häusliche Krisen
- Angehörige
- Technik
- Primary Nursing

**Diagnose: ein Defizit auf Dauer** In Heimen fehlen Ärzte  
**Pflegekräfte, Patienten, Angehörige** Ressourcenorientierte  
Kommunikation **House of Sharing** ein besonderes Projekt

# Beruflich: *menschlich*

Studieren an der Akkon Hochschule  
für Humanwissenschaften

✓ berufsbegleitend ✓ praxisnah ✓ Voll-/ Teilzeit

Hybridlehre:  
vor Ort & digital



## **PFLEGE & MEDIZIN**

- \* **Erweiterte Klinische Pflege B.Sc.**  
(Intensiv- und Anästhesiepflege, Kardiovaskuläre Pflege, Kardiovaskuläre Intensivpflege, Neurologische Pflege, Notfallpflege, Onkologische Pflege, Pädiatrische Pflege, Psychosomatische und psychiatrische Pflege)
- \* **Erweiterte Klinische Pflege / Advanced Nursing Practice M.Sc.**
- \* **Nursing Management B.A.**

## **PÄDAGOGIK & SOZIALES**

- \* **Medizin- und Notfallpädagogik B.A.**
- \* **Pädagogik im Gesundheitswesen B.A.**
- \* **Pädagogik und Erwachsenenbildung  
in der Gesundheitswirtschaft M.A.**
- \* **Pflegepädagogik M.A.**
- \* **Soziale Arbeit B.A. +PLUS (auch als duales Studium)**

## **BEVÖLKERUNGSSCHUTZ & HUMANITÄRE HILFE**

- \* **Global Health M.A.**
- \* **Internationale Not- und Katastrophenhilfe B.A.**  
(Globale Gesundheit, Internationale Zusammenarbeit und Entwicklung, Management und Logistik)
- \* **Krisen-, Konflikt- und Katastrophen-  
kommunikation M.A.**
- \* **Management in der Gefahrenabwehr B.Sc.**  
(Rettungsdienstmanagement, Katastrophenmanagement, Rettungsdienst- und Katastrophenmanagement)
- \* **Management in der Gefahrenabwehr M.Sc.**

akkon  
HOCHSCHULE FÜR  
**HUMANWISSENSCHAFTEN**

**Jetzt bewerben!**  
[www.akkon-hochschule.de](http://www.akkon-hochschule.de)

## Liebe Leserinnen und Leser,

nach der Bundestagswahl rückt das Thema Pflege immer mehr in den Fokus der öffentlichen Berichterstattung. Rund einen Monat lang streikten Beschäftigte der Charité, der Vivantes Kliniken und deren Tochterunternehmen in Berlin. Pflegefachkräfte, Hebammen und Angestellte aus anderen Bereichen machten auf die unzureichende Versorgungslage aufmerksam und forderten unter anderem mehr Personal sowie einen Ausgleich für zusätzlich geleistete Arbeit bei Ausfall von KollegInnen oder generellem Personalmangel. Nach der Einigung auf ein Eckpunktepapier soll nun ein endgültiger Tarifvertrag ausgearbeitet werden.

Doch Personalnot ist bekanntlich ein bundesweites Problem, und so schaffte es der Deutsche Pfl egetag, der am 13. Oktober 2021 in Berlin eröffnet wurde, am Folgetag sogar bis in die 20 Uhr-Ausgabe der *tagesschau*. „Wir haben heute schon den Pflegenotstand, wir können heute schon im ambulanten Bereich zum Beispiel nicht mehr alle Patienten bedienen, manchmal werden Verträge sogar gekündigt“, betonte dort Christine Vogler, die Präsidentin des Deutschen Pfl egerats. In der Langzeitversorgung würden teilweise ganze Stationen oder Wohnbereiche geschlossen und in den Kliniken gebe es zwar Betten, aber nicht immer das Personal dafür.

Unser Schwerpunkt zum Thema „Ambulante Pflege“ kommt also scheinbar zur rechten Zeit und zeigt auf vielfältige Weise, welche Probleme im Berufsalltag immer wieder auftauchen. Stefan Block schildert aus Sicht eines ambulanten Pflegedienstes, welche Veränderungen es auf gesetzlicher Ebene geben müsste, damit Pflege im häuslichen Bereich auch in Zukunft gesichert ist. Dieser Systemkritik schließen sich Yvonne Falckner und Paul-David Deike an, die den Blick auch auf die außerklinische Intensivpflege richten. Mit dem „Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen“ stellt André Fringer Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis vor, während Andrea Schiff und Hans-Ulrich Dallmann die Chancen und Risiken neuer

Technologien im ambulanten Bereich ausloten. Wie Pflegefachkräfte mit Angehörigen umgehen, untersucht Oliver Lauxen. Und Aaliyah Monique Durlan berichtet von der Einführung des Primary Nursing-Konzepts im KinderPalliativTeam Südhessen.

Dem Einblick in das Schwerpunktthema dieser Ausgabe folgt eine wichtige Ankündigung: Nicht nur angesichts knapper Personalressourcen sowie gestiegener Papier-, Druck- und Portokosten haben wir uns entschieden, *Dr. med. Mabuse* ab 2022 auf vier Ausgaben pro Jahr umzustellen. Wir wollen auch weiterhin dazu beitragen, den Austausch zwischen den Gesundheitsberufen zu fördern – in den quartalsweise erscheinenden Heften soll dies in Zukunft durch eine noch breitere Themenvielfalt außerhalb der jeweiligen Schwerpunkte möglich werden. Und keine Angst: Damit Sie keinen Lesestoff verlieren, wird die Seitenzahl der Einzelhefte selbstverständlich erhöht.

*Dr. med. Mabuse* 1/2022 erhalten Sie durch die Umstellung dann nicht wie gewohnt vor Weihnachten, sondern erst Anfang Januar 2022. Daher wünsche ich schon jetzt einen guten Jahresendspurt und wie gehabt eine anregende Lektüre!

Herzliche Grüße aus der Redaktion



Franca Zimmermann  
Franca Zimmermann

PS: Dieser Ausgabe liegt der neue Verlagskatalog 2022 mit allen Neuerscheinungen aus dem Mabuse-Verlag bei. Sie finden im Wendekatalog unser allgemeines und das Kinderfachbuch-Programm. Viel Spaß beim Stöbern!

# Inhalt

<b>150 Jahre sind genug</b> .....	<b>S. 16</b>
Bericht vom Fachkongress „150 Jahre § 218 StGB“ <i>Lisa Wernicke</i>	
<b>Zu dumm für die Pflegekammer?</b> .....	<b>S. 18</b>
Fachvertreter sollten die Wahrnehmung der Pflegenden ernster nehmen <i>Rupert Dörflinger</i>	
<b>Neuer Anstrich</b> .....	<b>S. 20</b>
Was ändert sich in der Gesundheitspolitik? <i>Wolfgang Wagner</i>	
<b>Diagnose: ein Defizit auf Dauer</b> .....	<b>S. 44</b>
Warum Ärzte in Heimen die Versorgung verbessern könnten <i>Eckart Roloff</i>	
<b>An einem Strang ziehen</b> .....	<b>S. 47</b>
Ressourcenorientierte Patienten- und Angehörigenkommunikation im Krankenhaus <i>Gordon Heringshausen</i>	
<b>Aufbruch in der Gesundheitspolitik?</b> .....	<b>S. 50</b>
Von der Abschaffung des § 218 StGB über ein Fortpflanzungsmedizingesetz bis zur Legalisierung von Cannabis für Patient*innen <i>Oliver Tolmein</i>	
<b>Die „leisen Töne“ beachten</b> .....	<b>S. 52</b>
Umgang mit Depression in Altenpflege- einrichtungen <i>Ulrike Schulze, Lisa Luft und Katja Kraus</i>	
<b>Ein Hoffnungsschimmer?</b> .....	<b>S. 55</b>
Aktuelle Entwicklungen aus der COVID-19-Forschung <i>Gerd Glaeske</i>	
Gesundheit global: <b>House of Sharing –</b> .....	<b>S. 56</b>
ein besonderes Altenheimprojekt in Südkorea <i>Nevin Altintop</i>	
Gesundheitsexperten von morgen: <b>Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund im Alter</b> .....	<b>S. 60</b>
Angebote des Gesundheitssystems barrierefrei gestalten <i>Verena Leinemann</i>	
<b>Besser reich und gesund als arm und krank</b> .....	<b>S. 82</b>
<i>Jörg Stanko</i>	

## Rubriken

<b>Editorial</b> .....	<b>3</b>
<b>Leserbriefe</b> .....	<b>6</b>
<b>Nachrichten</b> .....	<b>9</b>
<b>Cartoon</b> .....	<b>12</b>
<b>Bitte zur Anamnese, ...</b> .....	<b>14</b>
<b>Buchbesprechungen</b> .....	<b>63</b>
<b>Neuerscheinungen</b> .....	<b>68</b>
<b>Broschüren/Materialien</b> .....	<b>73</b>
<b>Zeitschriften</b> .....	<b>74</b>
<b>Termine</b> .....	<b>75</b>
<b>Stellen/Fortbildung</b> .....	<b>78</b>
<b>Kleinanzeigen</b> .....	<b>80</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>81</b>



Schwerpunkt:

# Ambulante Pflege

**An der Realität vorbei ..... S. 24**

Besonderheiten der ambulanten  
beruflichen Pflege

*Stefan Block*

**Impulse zum Umgang mit Krisen ..... S. 27**

Das Buchser Pflegeinventar für  
häusliche Krisensituationen

*André Fringer*

**Technologische Hilfen ..... S. 30**

Autonomie sichern oder verhindern?

*Andrea Schiff und Hans-Ulrich Dallmann*

**Chance für ein professionelleres  
Rollenverständnis? ..... S. 34**

Primary Nursing in der spezialisierten  
ambulanten Kinderpalliativversorgung

*Aaliyah Monique Durlan*

**Pflegerische Expertise einbeziehen ..... S. 37**

Wie die Politik die ambulante Pflege  
gefährdet

*Yvonne Falckner und Paul-David Deike*

**Die Angehörigen im Blick? ..... S. 40**

Pflegekräfte in der ambulanten Pflege

*Oliver Lauxen*

**Ambulante Pflege ..... S. 43**

Bücher zum Weiterlesen



## Weiter erhebliche Zweifel an Nutzen und Sicherheit

**Betreff: Bisher unausgereift und nicht ausreichend datensicher. Warum die BPTK bei der E-Patientenakte zur Vorsicht mahnt (Dietrich Munz), Dr. med. Mabuse 253, S. 14/15.**

„Patientendaten in Gefahr“, so war mein Beitrag zur elektronischen Patientenakte (ePA) in *Dr. med. Mabuse* Nr. 252 betitelt, infolgedessen ein Leserbrief des Kollegen Prof. Dr. P. Martius sowie ein Kommentar von Dr. D. Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, veröffentlicht wurden. Es wird abschließend dazu Stellung genommen.

Zunächst sei der Redaktion des „Mabuse“ dafür gedankt, diese Diskussion überhaupt ermöglicht zu haben, die in der breiten Öffentlichkeit bisher fehlt. Kritik an bedenklichen Aspekten der Digitalisierung im Gesundheitswesen wird jedoch gerne als technikfeindliche Opposition gegen Digitalisierung generell mißverstanden, wie von Prof. Martius suggeriert. Nützliche Innovationen aber werden weder von mir noch von den rund zehn bis 20 Prozent der Praxisinhaber\*innen, die sich bisher nicht an das Datennetz der Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen haben, grundsätzlich bekämpft. Wir alle arbeiten mit Computern, bewegen uns täglich im Internet und führen eine ePA – diese jedoch dezentral in unse-

ren Praxiscomputern, wo wir Speicherung und Sicherung der Daten noch nachvollziehen können. Die zentral in Clouds gespeicherte e-Akte jedoch ist nicht ausreichend datensicher, worauf Dr. Munz zu Recht hinweist – dies im Übrigen in Übereinstimmung mit zahlreichen Datenschützer\*innen und Informatiker\*innen. Gerade Letztere bestätigen, dass die Nutzung der ePA per Smartphone zu niedrigen Sicherheitslevels führt, wie auch von Dr. Munz erwähnt.

Wenn jedoch 20 Prozent der deutschen Bürger\*innen kein Smartphone besitzen, und viele weitere ihres nicht zur Verwaltung sensibler Krankheitsdaten nutzen wollen oder können, so ist dies zwar kein Grundsatzargument gegen Digitalisierung, hier ist Prof. Martius zustimmen. Sehr wohl jedoch ist es ein Argument gegen Zwangstendenzen, etwa wenn die ePA von Patient\*innen ausschließlich über sogenannte „mobile frontends“, also Smartphones und Tablets, genutzt werden kann. Hier ergeben sich gesamtgesellschaftlich Parallelen zu anderen Verwaltungsvorgängen, die analog kaum mehr durchführbar sind. Ältere Menschen wie auch zahlreiche psychisch Kranke werden dadurch häufig ausgeschlossen. Die in meinem Beitrag genannten Beispiele sind Einzelfälle, stehen aber für das Gros meiner Patient\*innen, gerade für die an einer Psychose oder schweren Depression Erkrankten. Bisher hat kein einziger Patient in meiner Praxis die ePA nachgefragt, zahlreiche

Kolleg\*innen – auch somatisch Tätige – berichten dies ebenso. Seit Januar wird die ePA angeboten, bundesweit liegt die Nachfrage bisher bei unter einem Prozent der Versicherten.

Zwangstendenzen zeigen sich auch in der aktuellen Forderung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, allen Bürger\*innen ab Geburt oder bei Zuzug ins Land automatisch eine ePA zuzuordnen, wovon sie sich bei Ablehnung aktiv wieder abmelden müssten (sog. Opt-out-Lösung). Die allermeisten Praxen wiederum haben sich nur unter dem Druck des sonst erfolgenden Honorarabzugs an das Datennetz der Telematikinfrastruktur angeschlossen. Etliche Kolleg\*innen erwägen bereits, sich wieder davon „abzustöpseln“, weil sie befürchten, dass weitere Zwangsinstrumente folgen könnten – etwa eine Pflicht zur Dokumentation in der ePA, und dies dann nach vorgegebenen Rastern, damit die Daten vergleichbar (interoperabel) sind. Auch kommt es wiederholt zu Störungen bei der Telematikinfrastruktur: Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe wies im September 2021 auf allein 15 Störungen in den vorherigen acht Wochen hin. Der Workflow in den Praxen wird damit zusätzlich gebremst. Zudem, so der KV-Sprecher, würden sich die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen über alle Gesetzesänderungen freuen, die ihnen neue Aufträge und Gewinnmargen bescherten – auf Kosten der Vertragsärzt\*innen.

Womit wir beim Aspekt „Geld und Wirtschaft“ wären, den Prof. Martius ebenso angesprochen hat. Dabei geht es weniger um Missbrauch und Verstöße, wie von ihm angeführt, sondern um interessengeleitete Wirtschaftspolitik. So verwies etwa die Bertelsmann-Stiftung vor einigen Jahren darauf, dass Deutschland bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens nur Platz 16 von 17 untersuchten Ländern einnehme. Die Bertelsmann-Tochter Arvato jedoch ist von Beginn an mit Entwicklung und Betrieb der Telematikinfrastruktur betraut gewesen. Zudem besteht oft eine bedenkliche Nähe zwischen Wirtschaftsvertreter\*innen und Politiker\*innen. So leitete Frank Gotthardt, bis Ende 2020 Chef der CompuGroup Medical (CGM), gleichzeitig für den Wirtschaftsrat der CDU eine e-Health-Kommission, die u. a. die Entwicklung der Telematikinfrastruktur vorantreiben sollte. Die CGM wiederum hatte anfangs über neun Monate ein Marktmonopol hinsichtlich der für den TI-Anschluss nötigen Konnektoren. Es gäbe etliche weitere Beispiele.

Die ePA selbst wird unvollständig bleiben, worauf auch Dr. Munz hingewiesen hat – zumal wenn hier nur die nötigsten Daten gespeichert werden und die Einsicht nur befristet möglich wäre, wie von ihm gefordert. Wäre ihre Nutzung gar nur in Anwesenheit der Patient\*innen möglich, wie ebenso von ihm angedacht, könnten Befundberichte für Ämter und Behörden nicht mehr zu anderen Zeiten geschrieben werden. Der Schlussfolgerung von Dr. Munz, dass für Psychotherapeut\*innen auch in Zukunft die Dokumentation in ihrem Praxisverwaltungssystem die Grundlage ihrer Entscheidungen bleiben wird, ist daher zuzustimmen. Zu ergänzen wäre, dass dies auch für viele somatisch tätige Ärzt\*innen, etwa im haus- und kinderärztlichen Bereich, gilt, die die sensiblen Daten ihrer Patient\*innen nicht einer Plattformmedizin zur Verfügung stellen wollen.

Fazit: Digitalisierung ist nicht mehr wegzudenken. Kritisch begleitet und differenziert gestaltet werden sollte sie gleichwohl.

Andreas Meißner,  
München

## Das Transferkonzept wirkt

**Betreff: Palliative Care implementieren. Die lebensqualitätsorientierte Pflege von alten Menschen in der letzten Lebensphase stärken (Annette Riedel und Sonja Lehmeier), Dr. med. Mabuse 253, S. 53–56.**

Palliative Care zu implementieren, ist ein komplexer Prozess der Personal- und Organisationsentwicklung. In der Evangelischen Heimstiftung, einem großen Altenhilfeträger in Baden-Württemberg, arbeiten wir mit dem von Riedel/Lehmeier vorgestellten „Transferkonzept für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste“. Vonseiten der Beteiligten erfahren wir viel positiven Respon, weil das Transferkonzept ermutigt, — aktuelle Erkenntnisse, die Besonderheiten der Zielgruppe der BewohnerInnen und KundInnen sowie die einrichtungsindividuellen Entwicklungs-

bedarfe zum Ausgangspunkt der Qualitätsentwicklung zu machen, — das Vorgehen systematisch anzugehen sowie darin auch Zwischenerfolge bewusst wahrzunehmen.

Ausgehend von dem Transferkonzept haben wir für die Evangelische Heimstiftung ein vielschichtiges Vorgehen angelegt. Wesentlich ist die Stärkung von Palliative Care-bezogenen Kompetenzen. Palliative Care-Fachkräfte werden bei zertifizierten Weiterbildungsanbietern ausgebildet. Ein internes Schulungsprogramm richtet sich an Leitungs- und Pflegefachpersonen sowie an alle Mitarbeitenden entsprechend ihrer Verantwortungsbereiche. FachreferentInnen verstehen sich als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis. Sie bereiten aktuelle Erkenntnisse in handlungsleitender Form für die Anwendungspraxis auf. So wurde ein Implementierungsleitfaden für die Einrichtungsleitungen entwickelt. Er dient als

„roter Faden“ und leitet strukturiert durch alle (im KTA-Modell hinterlegten) Schritte der Implementierung. Zugleich ist damit eine an den konkreten Umsetzungserfordernissen ausgerichtete Vorgehensweise ausdrücklich gewünscht.

Themen in den Einrichtungen voranzubringen, benötigt stets Personen, die für dieses Thema stehen, es fachlich im Blick behalten, auf Bedarfe aufmerksam machen und diese kommunizieren. Aus diesem Grund haben sich in Einrichtungen der Evangelischen Heimstiftung sogenannte „AGs Palliative Care“ konstituiert. Die Mitglieder stehen für das Thema ein und bilden eine unverzichtbare Schnittstelle zwischen der Einrichtungsleitung und den Mitarbeitenden. Eine Umsetzungshilfe zum Implementierungsleitfaden leitet die AG an, diese Rolle einzunehmen und auszufüllen sowie an der Etablierung einer Palliative Care-Kultur mitzuwirken.

Durch dieses Vorgehen wurde unter anderem ein „Verfahren zur individuellen Leidenslinderung in der Sterbephase“ in den stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt. Pflegefachpersonen konnten ihr Wissen in der palliativen Symptomlinderung vertiefen und die AGs haben individuelle Rituale etabliert, um Abschieden gerade auch angesichts der Corona-Pandemie (wieder) bewusst Raum zu geben.

All dies hat das Transferkonzept inspiriert und bewirkt. Es bereichert den Transfer zwischen Anwendungspraxis und wissenschaftlichen Erkenntnissen in unseren 145 Einrichtungen. Zu wünschen ist, dass das Transferkonzept eine große Verbreitung erfährt, damit für die BewohnerInnen und KundInnen eine hochwertige Pflege und Begleitung bis zuletzt angeboten werden kann.

*Dr. Thomas Mäule,  
Leiter der Stabsstelle „Theologie und Ethik“, Evangelische Heimstiftung Stuttgart*

**srh**

**SRH Hochschule für Gesundheit**

**Leidenschaft fürs Leben.**

**Ein Studium für eine gesündere Zukunft.  
Psychologie - Pädagogik -  
Therapiewissenschaft -  
Gesundheit & Soziales**

**Lernen Sie uns kennen!**  
Sie haben Großes vor und suchen das passende Studienangebot? Dann schauen Sie bei uns vorbei und lassen Sie sich inspirieren.

**Leidenschaft fürs Leben! So beschreiben wir unsere Motivation und unseren Antrieb, die uns tagtäglich dazu bringen, unseren Studierenden die besten Studienbedingungen zu bieten. Ein Studium im Gesundheits- und Sozialwesen ist spannend, vielseitig und trägt maßgeblich zu einer gesunden Gesellschaft bei.**

# Wir stellen um: Dr. med. Mabuse jetzt vierteljährlich!



## Ab 2022:

- ▶ vier Hefte mit größerem Umfang
- ▶ quartalsweise Veröffentlichung
- ▶ Einblicke in ein Schwerpunktthema sowie Spannendes aus allen Bereichen des Gesundheitswesens
- ▶ Praxis- und Fachwissen für alle Interessierten

Jetzt bestellen und Gratis-Prämie auswählen unter: [www.mabuse-verlag.de/Dr-med-Mabuse/Abonnement](http://www.mabuse-verlag.de/Dr-med-Mabuse/Abonnement)

Bezugsbedingungen: Dr. med. Mabuse erscheint ab 2022 viermal im Jahr. Das Angebot gilt bis zum 31.03.2022. Das Abo wird nach einem Jahr in ein reguläres Abo umgewandelt (47 Euro pro Jahr), falls Sie es nicht mit Erhalt der vierten Ausgabe kündigen. Geschenkabos laufen automatisch aus. Das Schüler:innen-/Student:innen-Abo gilt für ein Jahr bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises und wird automatisch verlängert, falls Sie es nicht mit Erhalt der vierten Ausgabe kündigen.

\* Im Ausland fallen Portokosten in Höhe von einmalig 6 Euro an.

**SONDERPREIS –**  
nur 39 anstatt  
47 Euro  
pro Jahr!\*

## Streik Einigungen bei Charité und Vivantes

MitarbeiterInnen der Charité sowie der Vivantes Kliniken, dem größten kommunalen Klinikkonzern in Deutschland, haben sich in Berlin nach einem mehrere Wochen langen Streik auf erste Eckpunkte für einen Entlastungstarifvertrag geeinigt. Sie waren am 9. September 2021 in einen unbefristeten Streik getreten, um bessere Arbeitsbedingungen zu erreichen, etwa in Form einer höheren Personaldichte auf den Stationen. Zudem soll der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) auch für Beschäftigte der Konzern-töchter von Vivantes gelten. Neben Pflegepersonal streikten auch Hebammen sowie Personal aus den Bereichen Reinigung, Catering, Labor und Sicherheit.

Anfang Oktober 2021 konnten sich die Verhandlungsgruppen von Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) auf ein Eckpunktepapier als Grundlage zur Vereinbarung eines Tarifvertrages „Gesundheitsfachberufe Charité“ einigen. Ziel ist die Entlastung der Beschäftigten. Es wird angestrebt, innerhalb von fünf Wochen einen Tarifvertrag abzustimmen und den Gremien vorzulegen. Konkret sollen mehr als 700 zusätzliche MitarbeiterInnen in der Pflege in den nächsten drei Jahren eingestellt werden. Die Bemessungslogik ist für bettenführende Bereiche und Intensivstationen angepasst worden, ebenso die Besetzungsregelungen unter anderem für Operationssäle und Zentrale Notaufnahmen. Außerdem wird ein Belastungsausgleich mit einem Punktesystem (CHEPS) eingeführt, in dem zum einen ein Freizeitausgleich eingeplant ist, zum ande-

ren aber auch die Möglichkeit besteht, in Erholungsbeihilfen, Kinderbetreuungszuschüsse, Altersteilzeitkonten und Sabbaticals zu investieren. Belastungspunkte erhalten Pflegekräfte beim Unterschreiten der Besetzungsregelungen, hohem Leasingeinsatz oder nach Gewaltsituationen. Zudem soll es wesentliche Veränderungen für Auszubildende geben, u. a. durch die Einführung von drei neuen Ausbildungsstationen und einer multiprofessionellen Intensiv-Lernstation, einer Dienstplansicherheit zwei Monate im Voraus und einer Ausweitung der Betreuungszeit der Praxisanleitenden, die sich um eine strukturierte Einführung von Auszubildenden kümmern.

Bei den Tarifverhandlungen über die Entlastung der Beschäftigten bei Vivantes konnten sich ver.di und die Arbeitgeber ebenfalls auf erste Eckpunkte für einen Tarifvertrag verständigen, der bis Ende November 2021 erarbeitet werden soll, um ab Januar 2022 in Kraft zu treten. Im Einzelnen wird mit der Einigung u. a. für die Stationen und Bereiche definiert, wie viele PatientInnen von wie vielen Beschäftigten in jeder Schicht betreut werden (Patienten-Personal-Ratio). Bei Unterschreiten der festgelegten Besetzungsregelungen erhalten die hiervon betroffenen Beschäftigten einen Belastungsausgleich. Dafür werden sogenannte „Vivantes-Freizeitpunkte“ vergeben; einen Punkt bekommt beispielsweise eine Pflegefachkraft, wenn sie eine Schicht lang in Unterbesetzung arbeiten musste. Im Jahr 2022 erhalten Beschäftigte für je neun Vivantes-Freizeitpunkte eine Freischicht oder einen Entgeltausgleich von 150 Euro; im Jahr 2023 genügen dafür je sieben Punkte, und im Jahr 2024 je fünf. Die Anzahl der zu gewährenden freien Tage ist ge-

deckelt: im Jahr 2022 auf sechs, im Jahr 2023 auf zehn und im Jahr 2024 auf fünfzehn freie Tage; über die Deckelung hinausgehende Ansprüche werden in Entgelt ausgeglichen. Zur Förderung der Ausbildung werden Mindestzeiten definiert, in der die Auszubildenden Praxisanleitungen erhalten. Zudem erhalten alle Auszubildenden ein Notebook zur dienstlichen und privaten Nutzung, das nach Beendigung der Ausbildung ins private Eigentum übernommen werden kann. Bereits am Ende des 2. Ausbildungsjahres erhalten die Auszubildenden ein konkretes Übernahmeangebot.

Nun strebt ver.di eine schnelle Lösung bei den Verhandlungen über die Anwendung des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst (TVöD) auf alle Beschäftigten der Vivantes-Tochterunternehmen an. Die Gespräche sind zum Redaktionsschluss noch nicht beendet.

Quelle: ver.di

## Pflege Kritik an InEK- Veröffentlichung

Anfang Oktober 2021 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den ermittelten Pflegepersonalquotienten pro Krankenhaus veröffentlicht. Dieser beschreibt laut InEK „das Verhältnis der Anzahl des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses“. Nach der Veröffentlichung äußerten u. a. die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Kritik.

Der Präsident der DKG, Gerald Gaß, bezeichnete das Instrument zur Ermittlung des Pflegepersonalquotienten als „intransparent

und nicht geeignet“. Durch die Veröffentlichung werde keine Transparenz geschaffen, „vielmehr verzerrt sie und verursacht falsche Interpretationen“. Ein Grund für diese Einschätzung sei die Tatsache, dass das InEK selbst eingeräumt hatte, dass die Berechnungen durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie beeinflusst worden seien. Gaß betonte, dass durch Fallzahlreduzierungen sowie Corona-Behandlungen immense Verzerrungen aufgetreten seien – und zwar in dem Maße, dass eine Veröffentlichung hätte ausbleiben müssen.

Der DBfK machte deutlich, dass der Pflegepersonalquotient keine Vergleichbarkeit der jeweiligen Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern ermögliche. Mit der Ermittlung des Quotienten auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges werde suggeriert, „der Katalog bilde den Pflegeaufwand im Sinne von Pflegezeitaufwand oder im Sinne von erbrachten Pflegeleistungen ab. Das ist absolut falsch“, sagte Bernadette Klapper, Bundesgeschäftsführerin des DBfK. Der Pflegelast-Katalog leide lediglich den in die DRG-Kalkulation eingegangenen Kostenanteil für die Pflegepersonalkosten ab. „Damit geben die Pflegepersonalquotienten keinerlei Auskunft über das reale Verhältnis zwischen angefallenem Pflegeaufwand und tatsächlicher Personalbesetzung.“ Sie ergänzte: „Die Daten sind aufgrund von Corona überhaupt nicht brauchbar, nicht nur wegen der Corona-Patient:innen, sondern weil alle Krankenhäuser aufgefordert waren, Betten freizuhalten.“ Der DBfK hat seine Kritik am Pflegepersonalquotienten in einem Positionspapier formuliert, das unter dem folgenden Link abrufbar ist:

<https://kurzelinks.de/h2y8> .

Quellen: [aerzteblatt.de/](http://aerzteblatt.de/)  
DBfK



**DIE BARKE**  
Bestattung & Begleitung  
in Frauenhänden

**Wir sind Bestatterinnen & 'Seelen-Hebammen'.  
Liebvolle Begleitung ist unser Herzensanliegen  
– überall in Deutschland seit 1999!**

Ajana Holz mit BARKE-Team  
Tel 07903 - 943 99 19 · 0700 - 361 797 33  
[www.die-barke.de](http://www.die-barke.de) · [info@die-barke.de](mailto:info@die-barke.de)

ABO & SHOP  
**PSYCHOLOGIE  
 HEUTE**

Compact-Hefte – Das beste zu einem Thema



Nr. 63 • € 8,90



Nr. 62 • € 8,50



Nr. 61 • € 8,50



Nr. 60 • € 8,50



Nr. 59 • € 8,50



Nr. 58 • € 8,50



Nr. 57 • € 8,50



Nr. 56 • € 8,50



Nr. 55 • € 8,50



Nr. 54 • € 8,50



Nr. 53 • € 8,50



Nr. 52 • € 8,50

**2 Zimmer, Küche –  
 ich!**

Unser Themenheft über sichere Höhlen,  
 schlechte Architektur und Ideen für die  
 Zukunft



Nr. 66 • € 8,90



## Medizinstudium Studierende im Gesundheitsamt

Der Bundesrat hat Mitte September 2021 Änderungen in der Approbationsordnung für Ärzte beschlossen. Demnach ist es in Zukunft möglich, Famulatur oder einen Teil des Praktischen Jahres in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu bestreiten. Themen rund um das öffentliche Gesundheitswesen sowie Bevölkerungsmedizin sollen in das Medizinstudium integriert und prüfungsrelevant werden.

Die Änderung ist Teil des „Paktes für den ÖGD“, den das Bundesgesundheitsministerium als Reaktion auf die Belastungen durch die Corona-Pandemie umsetzen will. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) sagte, der ÖGD solle in der ärztlichen Ausbildung gestärkt werden. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), lobte die Neuerung: „Wer bereits früh die wichtigen und vielfältigen Aufgaben der Gesundheitsämter kennenlernt, entscheidet sich leichter für eine Karriere im ÖGD. Das ist wichtig, denn die Gesundheitsämter in Deutschland benötigen dringend mehr Fachpersonal auf Basis einer leistungsgerechten Bezahlung.“

Aus organisatorischen Gründen wird ein Einsatz in Einrichtungen des ÖGD für Studierende erst ab Mai 2022 möglich sein. Die Verteilung von Studierenden auf Kliniken und Lehrpraxen sei für das Wintersemester 2021/22 schon erfolgt, so der Bundesrat.

Quelle: *aerzteblatt.de*

## USA Streit um texanisches Abtreibungsgesetz

Nachdem der Bundesstaat Texas Anfang September 2021 mit dem sogenannten „Herzschlag-Gesetz“ ein weitgehendes Abtreibungsverbot in Kraft gesetzt hat, kündigte die US-Regierung Mitte Oktober 2021 an, das Gesetz vor dem Obersten Gerichtshof des Landes anzufechten. Das Justizministerium will vor dem Supreme Court eine Aussetzung des Gesetzes erreichen.

Das „Herzschlag-Gesetz“ ist das strengste Abtreibungsgesetz in den USA. Es verbietet, eine Schwangerschaft abzubrechen, sobald der Herzschlag des Fötus feststellbar ist. Dies ist ungefähr in der sechsten Woche der Fall – zu einem Zeitpunkt, an dem viele Frauen noch nichts von der Schwangerschaft wissen. Die texanische Regelung sieht keinerlei Ausnahmen vor, auch nicht bei einer Vergewaltigung.

Gerichtliche Auseinandersetzungen hat es bereits seit Inkrafttreten der Regelung gegeben, da das Gesetz sehr umstritten ist. Besonderen Unmut hatte die Tatsache ausgelöst, dass die BürgerInnen in Texas aufgefordert werden, als Privatpersonen gegen Menschen zu klagen, die sie verdächtigen, an einem Schwangerschaftsabbruch beteiligt gewesen zu sein. Wer einen Tipp abgibt, soll im Falle einer Verurteilung eine Prämie von 10.000 US-Dollar erhalten, etwa KlinikmitarbeiterInnen, Verwandte oder TaxifahrerInnen, die Frauen zu einer Abtreibungsklinik fahren.

Nachdem das Gesetz durch die Entscheidung eines Bundes-

richters vorübergehend ausgesetzt worden war, ist es durch ein Berufungsgericht wieder bestätigt worden. Das Abtreibungsrecht zählt in den USA seit einem Grundsatzurteil aus dem Jahr 1973 zu den grundsätzlichen Rechten von Frauen. Am 1. Dezember 2021 wird sich das Verfassungsgericht mit dem Abtreibungsgesetz von Mississippi befassen – AktivistInnen fürchten eine Rücknahme des Grundsatzurteils.

Quelle: *aerzteblatt.de*

## Malaria Impfstoff für Kinder empfohlen

Erstmals hat die WHO einen Impfstoff gegen Malaria zum breiten Einsatz bei Kindern empfohlen. Dies sei ein „historischer Moment“, sagte Anfang Oktober 2021 der Chef der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Laut WHO soll der Impfstoff RTS,S künftig Kindern verabreicht werden, die südlich der Sahara und in anderen Regionen aufwachsen, in denen Malaria weit verbreitet ist. Grundlage für die Entscheidung ist ein Pilotversuch mit etwa 800.000 Kindern aus Ghana, Kenia und Malawi, der zeigen konnte, dass sich tödliche Krankheitsverläufe mithilfe der Impfung des britischen Pharmaherstellers GlaxoSmithKline um 30 Prozent reduzieren ließen. RTS,S wirkt gegen den Erreger der Malaria tropica, der tödlichste weltweit und häufigste in Afrika. „Zusammen mit bisherigen Präventionsmaßnahmen könnten nun jährlich Zehntausende junge Leben gerettet wer-

den“, sagte der WHO-Chef. Bislang werden vor allem mit Insektiziden behandelte Moskitonetze zur Prävention verwendet.

Derzeit sterben noch rund 400.000 Menschen pro Jahr an den Folgen der Malaria – mehr als 90 Prozent in afrikanischen Ländern. Viele der Opfer sind unter fünf Jahre alt. Obwohl die Todesfälle seit dem Jahr 2000 um rund die Hälfte gesenkt werden konnten, stagnieren die Zahlen seit einigen Jahren.

Quelle: *tagesschau.de*

## Ärztliche Weiterbildung Homöopathie gestrichen

Der 80. Bayerische Ärztetag, der vom 15.–17. Oktober 2021 in Hof stattfand, hat sich u. a. mit den Beschlüssen zur Neufassung der Weiterbildungsordnung (WBO) befasst. Die Delegierten verabschiedeten die neue WBO nach intensiver Diskussion mit überwältigender Mehrheit (eine Gegenstimme, drei Enthaltungen).

Ein Diskussionspunkt war die Zusatzbezeichnung Homöopathie. Konkret ging es dabei um den Wegfall oder um den Verbleib der Zusatzbezeichnung Homöopathie in der ärztlichen Bildungsordnung. Die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) hat die vorgelegte WBO nun ohne die Zusatzbezeichnung Homöopathie beschlossen. Nach Ablauf einer Übergangsfrist kann die Zusatzbezeichnung Homöopathie bei der BLÄK nicht mehr erworben werden; bereits erworbene Zusatzbezeichnungen sind aber weiterführbar.

Quelle: *BLÄK*

KATALOG UNTER:  
MAAS-NATUR.DE  
0800 0701200

ÖKOLOGISCHE MODE – FAIR PRODUZIERT

Unseren Läden in Bad Homburg | Bielefeld | Bonn | Frankfurt | Freiburg | Gütersloh | Hamburg | Hannover | Konstanz | Münster | Oldenburg

Maas.  
natürlich leben...



## Offener Brief Pflegerstudierende in Not

In einem Offenen Brief wendeten sich Mitte Oktober 2021 Pflegerstudierende von Berliner Hochschulen an den regierenden Berliner Bürgermeister, Senator\*innen, Fraktionsvorsitzende, Parteimitglieder, Abgeordnete im Berliner Abgeordnetenhaus, an den Gesundheitsminister, Fraktionsvorsitzende und Mitglieder des Bundestags. Grund ihrer Mitteilung ist die prekäre finanzielle Situation von Pflegerstudierenden. Der Brief wird hier im Original abgedruckt:

### Dieser Brief ist ein Hilferuf!

Wir brauchen dringend eine angemessene Vergütung für uns Pflegerstudierende, sonst steht die so wichtige Akademisierung der Pflege bald vor dem „Aus“.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem bereits offenkundigen Pflege-notstand gewinnt die generalistische Ausbildung und vor allem die Akademisierung der Pflege deutlich an Bedeutung. Akademisierte Pfleger sind in anderen Ländern längst etabliert. Für Deutschland ist es zu begrüßen, dass bei zunehmenden komplexeren Versorgungsverhältnissen dieser Weg nun auch erstmals bestritten wird. Akademisierte

Pflegerkräfte sind notwendig, um evidenzbasierte und gleichzeitig innovative Versorgungskonzepte in die Praxis zu transferieren. Wir Pflegerstudierenden werden explizit dazu ausgebildet, wissenschaftliche Erkenntnisse zu generieren, aber auch vorhandene zu identifizieren und zu verstehen. Hochkomplexe Versorgungssituationen benötigen ein umfassendes und wissenschaftsbasiertes Vorgehen. Die Anforderungen an uns sind also hoch und die Ausbildung entsprechend anspruchsvoll. Selbst während der Pandemie haben wir uns dafür entschieden, diesen Weg zu gehen. Wir möchten die berufliche Pflege bereichern und die Versorgungssituation verbessern. Jedoch geraten viele von uns unter enormen finanziellen Druck.

Wir Pflegerstudierenden müssen in Deutschland, innerhalb von üblicherweise sieben Semestern, 4.600 Pflichtstunden absolvieren. Mindestens 2.100 Stunden davon in Theorie an der Hochschule und mindestens 2.300 Praxisstunden in verschiedenen ambulanten, akut- und langzeitstationären Einrichtungen. Das bedeutet, dass knapp 50 % unserer Studienzeit aus Theorie besteht, während wir die anderen 50 % unserer Studienzeit mit 40 Stunden pro Woche im pflegerischen Schichtdienst verbringen. Im Gegensatz

zur beruflichen Ausbildung wird jedoch keine der geleisteten Pflichtstunden vergütet.

Wer kein Bafög bekommt und nicht von den Eltern unterstützt wird, ist gezwungen zusätzlich abends, nachts und an den Wochenenden arbeiten zu gehen, um Geld zum Überleben zu verdienen. Viele von uns kommen deshalb auf eine 50 bis 70-Stunden-Woche und leben dennoch am Existenzminimum. Dies führt zu einer enormen emotionalen, körperlichen und finanziellen Belastung! Arbeitnehmer\*innen sind durch das Arbeitsrecht vor solchen hohen Belastungen geschützt. Für Studierende greift dieses Gesetz nicht.

Neben diesem immensen Pensum ist wohlgermerkt kaum Zeit, um interessante Themen für das Studium zu vertiefen, sich am Hochschulleben zu beteiligen oder ausgiebig für Prüfungen zu lernen. Die genannten Umstände führen dazu, dass bereits viele unserer Kommiliton\*innen das Studium abgebrochen und die Pflege verlassen haben. In einigen Jahrgängen schon nach einem Jahr an die 50 %.

Wir brauchen dringend ein tragfähiges Finanzierungsmodell für uns Pflegerstudierende, sonst kommt die so wichtige Akademisierung der Pflege nur schwer voran und der Pflegenotstand steigt weiter.

Wir lieben die Arbeit mit Menschen, uns liegt das Wohlergehen pflegebedürftiger Personen am Herzen. Für uns ist Pflege ein Traumberuf! Aber warum macht es uns die Politik so schwer, diesen Beruf zu erlernen? Wir wollen gegen den Pflegenotstand angehen und uns für die Gesellschaft engagieren. Doch unter diesen prekären Umständen wird es vielen von uns nicht länger möglich sein, dieses Ziel zu verfolgen. Braucht Deutschland neue Pflegefachkräfte, die schon mit einem Burn-out in den Arbeitsmarkt einsteigen?

Wir fordern die gleiche Vergütung wie sie die Auszubildenden zur Pflegefachkraft und die Studierenden eines Hebammenstudiums erhalten, denn wir haben denselben zeitlichen Aufwand und erbringen dieselben Leistungen. Wenn Ihnen etwas daran liegt den Pflegenotstand tatsächlich zu bekämpfen und etwas für eine gute Pflege zu tun, dann handeln Sie bitte jetzt! Helfen Sie uns eine faire Vergütung zu bekommen, helfen Sie uns ein Teil der Lösung für den Pflegenotstand sein zu können.

Wir sind die Zukunft der Pflege in Deutschland! Lassen Sie uns nicht im Stich!

Es unterzeichnen die Pflegerstudierenden der „Taskforce Pflege-Bachelor“;

**Kontakt:**  
[taskforce-pflege-bachelor@gmx.de](mailto:taskforce-pflege-bachelor@gmx.de)

## Mit einem Büchergutschein haben Sie immer das passende Geschenk!



### Unsere Gutscheine

- gelten für alle lieferbaren Bücher, CDs, DVDs, Hörbücher, Spiele etc.
- haben eine unbegrenzte Gültigkeit
- personalisieren wir gerne

Jetzt bestellen unter: [www.mabuse-buchversand.de/Geschenkartikel/Gutscheine](http://www.mabuse-buchversand.de/Geschenkartikel/Gutscheine)

Dr. med. Mabuses Anamnesebogen für Gesundheits-Wesen mit besonders ausgeprägtem Eigensinn +++ aufgezeichnet von Hanna Lucassen

## Bitte zur Anamnese, Herr Erhardt

### **Tobias Erhardt**

Jahrgang 1966, möchte die Physiotherapie aufwerten und an die Universitäten holen. Er selbst ist schon da. Der Pfälzer ist Professor für Therapiewissenschaften an der SRH Hochschule für Gesundheit und leitet den ausbildungsintegrierenden Studiengang Physiotherapie. Kein Elfenbeinturm, sagt er: „Ich weiß, wie es draußen riecht und schmeckt ...“

Erhardt arbeitete fünfzehn Jahre als Physiotherapeut, studierte Sportwissenschaften und Psychologie und war als Lehrer tätig. Er promovierte über chronische Schmerzen und nahm 2009 die Professur an. Im Radio war er auch schon: Beim SWR 1-Talk „Leute“ hat er über seine Ziele gesprochen.



### **Welche Charaktereigenschaften schreiben Ihnen Ihre Freund\*innen zu?**

Habe die Frage weitergegeben: Zuverlässig, hilfsbereit, engagiert, willensstark, reflektiert, guter Zuhörer.

### **Finden Sie sich darin wieder?**

Ja, bis auf reflektiert, da klemmt es manchmal.

### **Ihr schönster Moment als Physiotherapeut?**

Eine Frau kam kurz vor einer geplanten Rücken-Operation zu mir, aus freien Stücken. Ihr Arzt hatte ihr stets vermittelt, dass Physiotherapie wenig bewirkt. Und gesagt, dass die Operation an der Lendenwirbelsäule dringend notwendig sei. Er würde diese übrigens selbst durchführen. Die Frau war nach knapp zwei Wochen manueller Therapie und einem therapeutischen Hausaufgabenprogramm komplett schmerzfrei. Übrigens: Circa 90 Prozent aller Rückenoperationen sind nach aktuellem Stand heute unnötig.

### **Und der schlimmste?**

Ich hatte während meines Praktikums 1991 im Klinikum Kaiserslautern einen jungen Patienten, einen Deutsch-Amerikaner. Er litt an Leukämie. Wir hatten einen echt guten Draht zueinander, er ist mir während der Therapie sehr ans Herz gewachsen. An einem Morgen wollte ich ihn wieder in seinem Zimmer zur Therapie abholen. Das Bett war leer ...

### **Warum sind Sie heute an der Uni?**

Weil mich die Verbindung von Praxis und Wissenschaft total fasziniert. Ich gebe meine Erfahrungen sehr gerne weiter.

### **Was war der Auslöser, sich auch berufspolitisch zu engagieren?**

Es gab zunächst das Gefühl, dann auch die Erkenntnis, dass viele Mediziner\*innen wenig bis keine Ahnung von Physiotherapie haben und sie deshalb den Patient\*innen vorenthalten. Das kann,

konnte nicht sein! Physiotherapie wirkt auf Körper, Geist und Seele! Die Studienlage beziehungsweise die Evidenz sind zunehmend positiv. Was mich noch ärgert: Die schlechte Bezahlung.

#### **Was ist Ihre Botschaft?**

Die Ausbildung zur Physiotherapie (und zu anderen Therapiewissenschaften) muss ein Studium werden. Und: Es ist höchste Zeit, auch das Medizinstudium zu reformieren und zu aktualisieren, damit Ärzt\*innen ein anderes Verständnis für diese Therapiemöglichkeiten bekommen.

#### **Welche Wünsche haben Sie an die Physiotherapeut\*innen?**

Organisiert euch! Argumentiert! Verbindet eure exzellente Praxis an Patient\*innen, Klient\*innen, Kund\*innen weiter mit Evidenz!

#### **Was wollen Sie weiter tun, um Ihre Ziele zu verfolgen?**

Ich will weiter mit Menschen, Patient\*innen, Ärzt\*innen und der Politik in Kommunikation treten, mobilisieren, zuhören, argumentieren, die Öffentlichkeit suchen! Wie wichtig das ist,

zeigten mir die vielen Reaktionen auf meinen Auftritt in der SWR-Radiosendung „Leute“.

#### **Was fordern Sie von der Politik?**

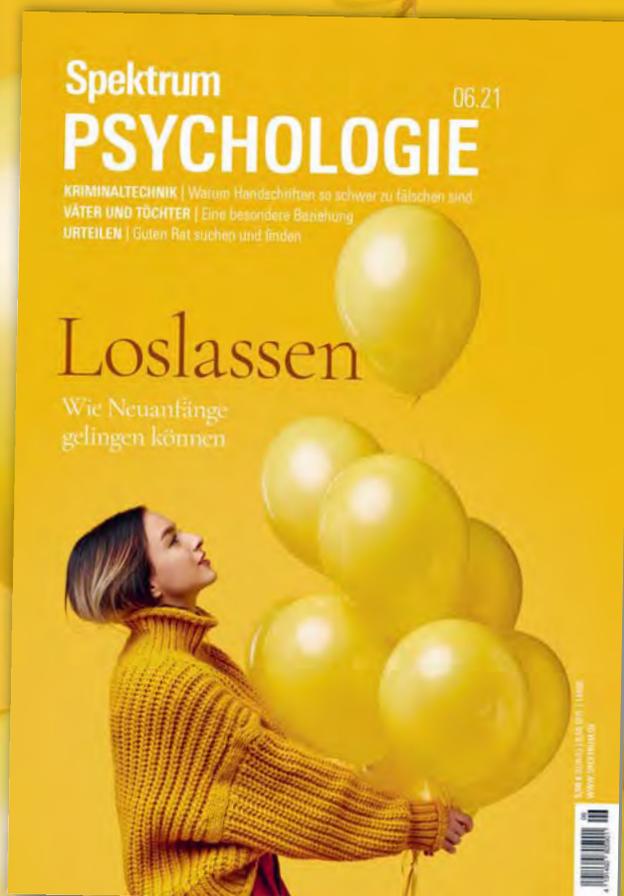
Direktzugang für Patient\*innen zur Physiotherapie-Praxis – jetzt!

#### **Worüber mussten Sie in Ihrem Berufsleben schallend lachen?**

Es gibt eine Art Ehrenkodex für Therapeuten. Daran wollte ich mich immer halten und wirklich nie über das professionelle Patient-Therapeuten-Verhältnis hinausgehen! Wir waren dann fast ein Jahr zusammen ...

#### **Wenn Sie sich damals nicht für die Physiotherapie entschieden hätten, wären Sie heute vielleicht ...?**

Fernfahrer. Oder Sozialpädagoge. Das hatte ich damals auch überlegt. Heute würde mich aber anderes reizen: Radiomoderator am frühen Morgen oder am späten Abend, zum Beispiel beim Deutschlandfunk. Begleiter einer Gesundheits-sendung. Oder Politiker. ■



## Das Magazin für Kopf, Herz und Bauch

**Spektrum PSYCHOLOGIE** bringt Ihnen alle zwei Monate tiefere Einsicht in das menschliche Miteinander, mehr Orientierung in aktuellen gesellschaftlichen Fragen sowie positive Impulse für Ihr eigenes Leben: Kompakt und informativ.

Lesen Sie 3 Ausgaben im Halbjahresabo!

service@spektrum.de | Tel. 06221 9126-743

**Spektrum.de/aktion/mabuse254**



# 150 Jahre sind genug

Bericht vom Fachkongress „150 Jahre § 218 StGB“

**Am 27. und 28. August 2021 fand in Berlin und online der Fachkongress „150 Jahre § 218 StGB“ statt. Virtuell trafen sich rund 700 Expert\*innen, Politiker\*innen, Journalist\*innen, Ärzt\*innen, Jurist\*innen, Aktivist\*innen und Interessierte. Neben Fachvorträgen und Diskussionen konnten sich die Teilnehmer\*innen in Workshops auch selbst einbringen.**

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland seit 150 Jahren eine Straftat und steht im Strafgesetzbuch (StGB) unter den „Straftaten gegen das Leben“, zu denen unter anderem auch Mord und Totschlag zählen. Der Schwangerschaftsabbruch ist also illegal, aber unter bestimmten Umständen straffrei.

Der Kongress sollte nun die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs aus verschiedenen Perspektiven beleuchten, erklären, woher § 218 ursprünglich kommt und Folgen für Betroffene und Ärzt\*innen ableiten. Ziel war es, neue Regelungen zu diskutieren und eine Antwort auf die Frage zu finden: „Wie weiter in Deutschland?“ Veranstaltet wurde der Fachkongress von Vertreter\*innen verschiedener Institutionen – unter anderem aus Vereinen und Verbänden wie dem Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung und Doctors for Choice Germany, dem pro Familia Bundesverband e. V. sowie von Gesundheitsorganisationen und Hochschulen, etwa der Humboldt-Universität Berlin. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend förderte den Kongress.

## Geschichte des § 218 StGB

Am ersten Kongresstag wurde deutlich, dass der Paragraph historisch gesehen häufig für bevölkerungspolitische Zwecke instrumentalisiert wurde. Im Nationalsozialismus wurde er beispielsweise eingesetzt, um die deutsche Bevölkerung durch das Verbot von Abtreibungen zu vermehren. Die individuelle Situation der Frauen wurde nicht beachtet. Thematisiert wurde auch der 1933 von den Nationalsozialisten beschlossene § 219a StGB, mit dem „Werbung“ für Schwangerschaftsabbrüche verboten wurde. Frauen wurde so eine Abtreibung erschwert und man enthielt ihnen Infor-

mationen dazu vor. § 219a blieb auch nach 1945 gültig und wurde erst im März 2019 im „Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch“ reformiert – allerdings immer noch nicht abgeschafft.

Daphne Hahn und Dagmar Herzog betrachteten § 218 in BRD und DDR bis zur gesamtdeutschen Regelung: Zeitweise mussten Frauen aus der DDR für eine Abtreibung nach Polen reisen, Frauen aus der BRD in die Niederlande. Vor allem in Westdeutschland gab es daher viele (halb-)illegale Abtreibungen. Nach der berühmten *Stern*-Kampagne kam es in der DDR 1972 zu einer Libe-

ralisierung der Regelung zum Schwangerschaftsabbruch.

Auch die BRD wollte eine Fristenlösung einführen, aber die katholische Kirche sprach von „Mord“ und stemmte sich dagegen. Im Zuge der deutschen Einheit konnte sich die in der DDR geltende Fristenlösung

nicht als gesamtdeutsches Modell durchsetzen.

## Aktuelle Rechtslage

Das „Legal Team“ des Vereins Doctors for Choice Germany, bestehend aus den Juristinnen Valentina Chiofalo und Paulien Schmid, stellte menschenrechtliche Perspektiven auf den Paragraphen vor. Durch die aktuelle deutsche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs werden Menschenrechte wie das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, das Recht auf Gleichheit und Nicht-Diskriminierung sowie das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung verletzt. Die CEDAW (= Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women), ein internationales Übereinkommen der UN zu Frauenrechten, weist darauf hin, dass das Recht auf freien Zugang zu sicherem Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nicht gewährleistet sei, unter anderem aufgrund der schlechten Versorgungslage in ländlichen Gebieten.

Ulrike Lembke, Hochschulprofessorin und Richterin am Verfassungsgericht Berlin, erläuterte in ihrem Vortrag, dass § 218 und mit ihm die „Austragungspflicht“ gegen Menschen- und Bürger\*innenrechte verstößt. Vor allem dürfe die Schutzpflicht des Staates gegenüber dem ungeborenen Leben die Bürger\*innen nicht massiv in ihren Rechten



einschränken. Sie gab sich kämpferisch, verlangte, §218 geregelt aus dem StGB zu entfernen, und stellte Ideen für alternative Regelungen vor. Vor allem wies sie darauf hin, dass die kritische Versorgungslage Frauen wieder in die Niederlande treibe.

### Erfahrungsberichte von Betroffenen

Die Erfahrungsberichte von Betroffenen waren ein sehr bewegender Teil des Kongresses. Sie gaben einen Einblick in sehr verschiedene Realitäten und Perspektiven, da Frauen unterschiedlichen Alters aus Ost- und Westdeutschland zu Wort kamen. Sie schilderten eindrücklich, wie es für sie persönlich war, von der Schwangerschaft zu erfahren, mit wem sie darüber sprachen und wie genau der Abbruch abließ.

### Workshops und internationale Perspektiven

Die Themen der Workshops, bei denen die Teilnehmer\*innen selbst aktiv werden konnten, reichten von reproduktiver Gerechtigkeit oder Beziehungsgewalt und Schwangerschaftsabbruch bis hin zu der Vorstellung des Modellprojektes „Schwangerschaftsabbruch zuhause“. Dieses telemedizinische Projekt ermöglicht es Frauen, den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch selbstständig zu Hause durchzuführen und dabei trotzdem ärztlich betreut zu werden. Dies könnte vor allem die schlechte Versorgungslage in ländlichen Gebieten etwas entspannen und einer breiten Bevölkerung den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen erleichtern.

Bei dem Panel zu internationalen Perspektiven und Erfahrungen mit Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des StGB wurde am Beispiel von Frankreich und Irland deutlich, was Deutschland sich von anderen Ländern anschauen kann und wie der Kampf um die Legalisierung vorangebracht werden könnte.

### Was sagen die Parteien?

Prominente Politikerinnen wie Cornelia Möhring (Die Linke), Ulle Schauws (Bündnis 90/Die Grünen), Josephine Ortleb (SPD) und Maren Jasper-Winter (FDP) diskutierten über Wahlprogramme, die anstehende Bundestagswahl und deren Bedeutung für reproduktive Rechte sowie den §218. Sie waren sich einig, dass eine Streichung von §219a nötig und richtig sei und dass der Kompromiss von März 2019 keineswegs ausreiche. Die Lage der ungewollt



Aktivist\*innen von Doctors for Choice Germany bei einer Kundgebung für sexuelle Selbstbestimmung Ende September 2021 in Berlin. Foto: www.doctorsforchoice.de

Schwangeren in Deutschland habe sich dadurch kein bisschen verändert. Die Vertreterinnen von SPD, Linke und Grünen meinten, der Schwangerschaftsabbruch müsse außerhalb des StGB geregelt werden, um Kriminalisierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken. Die FDP-Politikerin fand, dass eine Abschaffung von §218 äußerst schwierig umzusetzen sei. Aber ist das nicht eher eine faule Ausrede?

Immer wieder ging es in der Diskussion um die schlechte Versorgungslage und darum, dass immer weniger Ärzt\*innen bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. SPD, die Grünen und die Linke wollen die Versorgungslage laut ihrem Wahlprogramm verbessern; die FDP äußert sich in ihrem Programm nicht dazu. Jasper-Winter verwies eher auf Schwierigkeiten bei Beratungsstellen und praktikablere Lösungen wie Online-Konfliktberatungen.

Alle Politikerinnen sehen den Schwangerschaftsabbruch als festen Bestandteil der medizinischen Lehre und fachärztlichen Ausbildung. Alle Parteien außer der FDP möchten in Zukunft den Schwangerschaftsabbruch sowie Verhütungsmittel als Krankenkassenleistung anbieten.

Die CDU/CSU wurde zum Kongress ebenfalls eingeladen, lehnte die Einladung aber einen Monat vorher ab. Im Parteiprogramm gibt es keine Äußerungen zum Thema, genauso wenig wie zur Geburtshilfe allgemein. Damit ist klar, wo die Prioritäten der Partei (nicht) liegen. Außerdem verhinderte die CDU/CSU in der letzten Legislaturperiode die Abschaffung des §219a.

Nur die 84-jährige alte Schirmherrin des Kongresses und CDU-Politikerin Rita Süßmuth plädierte in ihrem Grußwort

für eine Neuregelung des Paragraphen und stand damit der Meinung ihrer Partei entgegen.

### Ausblick und Forderungen

Ergebnis des Kongresses ist eine gemeinsame Abschlusserklärung, die auf der Internetseite [www.150jahre218.de](http://www.150jahre218.de) nachzulesen ist. Fazit ist hier, dass es dringend nötig ist, die Gesetzgebung in Deutschland zum Schwangerschaftsabbruch zu ändern, diesen außerhalb des StGB zu regeln und an internationale Menschenrechte anzupassen. Die Kriminalisierung gefährdet eine angemessene Gesundheitsversorgung ungewollt Schwangerer und ist Ursache für massive Versorgungslücken. Die Regelung im StGB verhindert eine Kostenübernahme durch Krankenkassen, setzt Ärzt\*innen unter Druck und verhindert die nötige medizinische Aus- und Weiterbildung. Es wird Zeit, Maßnahmen zu ergreifen, die Versorgung langfristig zu sichern, die Wartezeit abzuschaffen, Pflichtberatungen zu beenden und sich als Gesellschaft richtig um die Betroffenen zu kümmern.

Die abschließende Frage „Wie weiter in Deutschland?“ konnte also von vermutlich allen Teilnehmer\*innen am Ende mit „Nicht so“ beantwortet werden. Es ist nicht länger hinnehmbar, dass die Versorgung ungewollt Schwangerer immer größere Lücken aufweist und ihr Erleben des Abbruchs von Kriminalisierung und Stigma dominiert wird. ■

### Lisa Wernicke

ist Ärztin und Mitglied bei Doctors for Choice Germany.  
lswrnck@gmail.com

# Zu dumm für die Pflegekammer?

Fachvertreter sollten die Wahrnehmung der Pflegenden ernster nehmen

Im Frühjahr 2021 kritisierten Dorothea Sauter und Michael Mayer, die Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege und ihr Stellvertreter, an dieser Stelle, dass die Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein selbige bereits kurz nach der Gründung abwählten (*Dr. med. Mabuse* Nr. 251, S.16/17). Als

Hauptgrund für diese nach ihrer Ansicht irrationale Entscheidung wurde immer wieder der geforderte Mitgliedsbeitrag genannt: Die Pflegenden hätten „vor allem die verpflichtende Mitgliedschaft und den Mitgliedsbeitrag wahrgenommen“; sie seien nun „den lästigen Mitgliedsbeitrag los“. Weitere Gründe werden im ganzen Artikel nicht angeführt!

## Fragwürdige Darstellung

Die Pflegenden werden als Opfer der Agitation verschiedener Interessengruppen dargestellt, die die Argumente der verpflichtenden Mitgliedschaft und des Mitgliedsbeitrags genutzt hätten, um gegen eine Institution Stimmung zu machen, die ihnen um den Preis dieser beiden Unannehmlichkeiten aber nur Vorteile bringe. Es

seien diese Vorteile – die Stärkung der Selbstbestimmung und des beruflichen Profils, die Verbesserung ihrer sozialen und letztlich auch finanziellen Position – die den besagten Interessengruppen – Arbeitgeberorganisationen, unternehmerfreundlichen Parteien und selbst der Gewerkschaft ver.di – offenbar ein Dorn im Auge seien. Die Pflegenden, kurzsichtig auf den Mitgliedsbeitrag fixiert und nicht imstande ein kleines Stück weiter zu denken, arbeiteten den Interessen dieser Akteure zu.

Welche Sicht der Pflegenden wird hier von führenden Vertretern\* der eigenen Berufsgruppe vermittelt? Sind die Pflegenden wirklich so beschränkt? Und wäre es nicht besser, ihre Wahrnehmung und ihre Anliegen ernst zu nehmen, auch wenn das bedeuten kann, dass die Fachvertreter ihre eigene Rolle und ihr eigenes Wirken kritischer sehen müssen?

## Knackpunkt Pflichtfortbildungen

Aus meiner Sicht, die mir von Kollegen immer wieder bestätigt wird, sind Pflichtmitgliedschaft und -beiträge das geringere Problem. Die vielen Pflegenden, die versuchen, den täglichen Anforderungen der Arbeit gerecht zu werden, haben es mit einer Belastung zu tun, die in der Kritik der Fachvertreter an der eigenen Berufsgruppe nicht angesprochen wird, die aber entscheidend sein könnte: Die meisten müssen durch die Schichtarbeit im Umgang mit sich selbst und ihrem sozialen Umfeld ein aufwendiges Zeitmanagement betreiben. Jeder freie Tag zählt – und hier kommen die vorgesehenen Pflichtfortbildungen ins Spiel.

Nun wird sofort gesagt werden: Aber sie bedeuten ja gerade eine Entlastung vom Alltagsbetrieb; eine Zeit, die in einem anregenden Austausch in entspannter Atmosphäre verbracht werden kann. Andererseits müssen dafür aber Freistellungen organisiert, Anfahrtswege zurückgelegt werden usw. Eine solche Belastung nehmen rational handelnde Menschen – als die ich die Pflegenden sehen möchte – in Kauf, wenn sie sich dafür einen Gewinn versprechen können. Aber mit der Sicherheit eines solchen Gewinns hapert es.

Die Pflegenden bewegen sich in komplexen bürokratischen und technisch-apparativen Systemen und leisten hier eine hoch qualifizierte Arbeit. Es ist im Interesse der Arbeitgeber, dass sie dafür ausreichend geschult sind, und so werden die Qualifikationen in der Regel auch zuverlässig vermittelt – durchaus oft von denselben pflegepädagogischen Einrichtungen, die auch die Pflichtfortbildungen für die Pflegekammermitglieder anbieten sollen. Wenn aber die nötigen Qualifikationen ohnehin vermittelt werden, warum werden dann Pflichtfortbildungen gefordert? Das Ziel ist offensichtlich politisch: Diese Fortbildungen sollen die allgemeine Qualifikation der Pflegenden anheben, um für sie eine stärkere soziale und finanzielle Position schaffen zu können.

## Keine Auswirkungen auf die Pflegepraxis

Viele dieser Fortbildungen vermitteln Wissen und Inhalte, die das Selbstbewusstsein der Pflegenden verbessern sollen. Dazu werden technische, organisatorische und reflexive Prozesse aus dem Arbeitsalltag theoretisch aufgefächert, mit einem



Rupert Dörflinger arbeitet als Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und Praxisanleiter in einer psychiatrischen Klinik in Stuttgart.  
Rupert.Doerflinger@gmx.de

wissenschaftlichen Hintergrund verstehen und mit einer komplexen „Methodik“ ausgestattet, die es erlaubt, diese Prozesse nun „wissenschaftlich abgesichert“ durchzuführen. Indem Pflegende auf diese Weise „wissenschaftlich“ arbeiten, können sie die hohe Qualität ihrer Arbeit demonstrieren und eine entsprechende Anerkennung auf der Betriebsebene sowie schließlich auch in der Gesamtgesellschaft einfordern. So lautet zumindest die Theorie.

Den Pflegepädagogen wird bewusst sein, dass sich damit die Organisation der Krankenhäuser, Pflegeheime und anderer Einrichtungen noch nicht automatisch ändert und für die Pflegenden verbessert. Aber an dem Versprechen, dass das die Folge sein wird, halten sie fest – vor allem, wenn die Fachvertreter aus der Pflegekammer auch die entsprechende Lobbyarbeit leisten und die nötigen politischen Prozesse anstoßen können.

Die Pflegenden „vor Ort“ sind hier viel skeptischer; aus zwei Gründen, wie mir scheint: Zum einen schrumpft das, was als wissenschaftlicher Anspruch formuliert und als wissenschaftliche Methodik gelehrt wird, in der Praxis meist schnell auf kaum noch erkennbare Reste zusammen. In der Pflegelehre wird notwendigerweise ein „Management“ von Pflegeprozessen gelehrt, das im Alltag den bestehenden Bedingungen angepasst werden muss und so seine wiedererkennbare Form verliert. Dazu gehört, dass Prozesse pragmatisch verkürzt werden. Pflege hat es zwar mit vielen wiederkehrenden Anforderungen, aber auch mit viel Unerwartetem zu tun; sie erfordert Aufmerksamkeit und Flexibilität. Und auch wenn Fachwissen eine wichtige Grundlage ist, bleibt vor Ort erworbenes Wissen noch wichtiger. Den Pflegenden in den Betrieben ist das unmittelbar bewusst, aber die Pflegepädagogen in den Bildungseinrichtungen verteidigen ihre Vermittlung allgemeinen fachlichen Wissens als das, was die eigentliche berufliche, fachliche Qualifikation ausmacht.

#### **Indirekte Förderung akademisierter Pflegekräfte?**

Politisch will man mit dem Hinweis auf die fachliche Qualifikation, die durch die Pflichtfortbildungen verbessert werden soll, die gesellschaftliche Besserstellung der Pflegenden erreichen. Aber können wir darauf tatsächlich in einer absehbaren, also für die heute Berufstätigen relevanten Zeit hoffen, wenn einerseits so viel von dieser Qualifikation in der konkreten Arbeit fast „verschwindet“ und andererseits die individuell erworbene, persönliche Expertise vor Ort (oder ihr Fehlen) letztlich viel mehr ins Gewicht fällt? Und zu alledem kommt nun die Unbeweglichkeit der Strukturen, der ökonomischen Zwänge usw. hinzu. Für die Mehrzahl der Berufstätigen kann

sich auf diese Weise keine befriedigende persönliche Perspektive ergeben.

Stattdessen entsteht ein ganz anderer Eindruck: Viele Pflegekräfte wollen entweder von vornherein oder aufgrund familiärer Gegebenheiten nicht mehr direkt in der Pflege arbeiten – jedenfalls nicht in einem regulären Schichtbetrieb. Eine akademische Weiterqualifizierung ist da eine attraktive Perspektive. Es sind diese akademisierten Pflegenden, von denen der Ruf nach weiterer Akademisierung der Pflege ausgeht – um an einen internationalen Standard anzuschließen, hinter dem Deutschland weit zurückbleibe, heißt es. Gleichzeitig ziehen sie sich hierzulande überwiegend aus der direkten Arbeit mit den zu Pflegenden zurück.

Der Eindruck, der bei den weiter im Schichtbetrieb arbeitenden Pflegenden entsteht: Mit den vorgesehenen Pflichtfortbildungen sollen vor allem die Lehrenden in Lohn und Brot gehalten werden. Und das angesichts der Tatsache, dass auf der anderen Seite die Pflegenden im Arbeitsalltag oft kaum noch zu bewältigenden Herausforderungen standhalten sollen – wobei es weder ihre Fachkenntnisse noch ihre Expertise sind, die fehlen. Gleichzeitig sind die Fortbildungsangebote für sich offenbar nicht so überzeugend, dass man sie allein den Marktmechanismen von Angebot und Nachfrage überlassen möchte. Hier muss schon ein bisschen Zwang her.

#### **Sinnvolles Engagement wird nicht abgelehnt**

Aus meiner Sicht und Erfahrung sind das die Gründe, weshalb die Pflegekammer so viele nervt und nur als zusätzliche Belastung empfunden wird. Mitgliedschaft ja, Beitrag ja – wenn damit etwas Sinnvolles angefangen wird. Aber die Pflegenden zu einem Engagement mit erheblichem Zeitbedarf zu zwingen, dessen mittelfristigen Nutzen sie zumindest als fragwürdig empfinden, kann nicht der Weisheit letzter Schluss sein. Andere Institutionen funktionieren auch gut mit freiwilligem Engagement.

Die Autoren der zu Beginn genannten Studie sprechen davon, dass sich „bei repräsentativen Vorab-Umfragen“ beispielsweise in Nordrhein-Westfalen doch 79 Prozent der Pflegenden für die Pflegekammer ausgesprochen hätten. Ich weiß nur, dass bei der „repräsentativen Vorab-Umfrage“ in Baden-Württemberg die Pflegedienstleitungen festgelegt haben, wer befragt wird. Eine Befragung überhaupt so durchzuführen und dann noch „repräsentativ“ zu nennen, mag zunächst als „kluges“ berufspolitisches Vorgehen erscheinen. Aber dann muss man sich nicht wundern, wenn am Ende ein Ergebnis wie in Schleswig-Holstein steht. ■

\* Aus Platzgründen wurde im Text die männliche Form gewählt, dennoch beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.



Die Gesundheitspolitik spielte im Werben um die Wählerstimmen kaum eine Rolle – dennoch wird sich die neue Regierungskoalition auch gesundheitspolitischen Herausforderungen stellen müssen.

Foto: picture alliance/  
Andreas Franke

# Neuer Anstrich

Was ändert sich in der Gesundheitspolitik?

## Wolfgang Wagner

Nach der Bundestagswahl ist offen, in welche Richtung es in der Gesundheitspolitik geht. Angesichts der voraussichtlichen Zusammensetzung des Bündnisses sind größere Systemwechsel unwahrscheinlich. Die künftigen Partner werden Kompromisse schließen müssen. LobbyistInnen versuchen gleichwohl erste Pflöcke einzuschlagen, etwa die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

In der Gesundheitspolitik werden sich die künftigen Koalitionäre zusammenraufen müssen. Denn auch wenn (bis Redaktionsschluss dieser Ausgabe) noch nicht sicher war, wer mit wem die künftige Regierung bildet: Die Positionen liegen weit auseinander. Da die FDP höchstwahrscheinlich an einem neuen Bündnis beteiligt sein wird,

wird der Systemwechsel in der Finanzierung des Gesundheitswesens ausbleiben. Eine Bürgerversicherung, bei der alle in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahlen und die zulasten der privaten Versicherungen ginge, werden die Freidemokraten nicht mitmachen – auch wenn SPD wie Grüne mit diesem Modell in den Wahlkampf gezogen sind. Nur mit der Linken wäre der Einstieg in eine solche Reform wahrscheinlich gewesen. Die FDP will hingegen in die andere Richtung: eine Wahlfreiheit zwischen privater und gesetzlicher Versicherung – und damit eine Aufwertung der Privaten. Bislang ist die Mitgliedschaft vor allem an die Einkommenshöhe geknüpft.

Trotz der größten gesundheitlichen Krise der vergangenen Jahrzehnte: Die Gesundheitspoli-

tik spielte im zweiten Jahr der Corona-Pandemie im Werben um die Wählerstimmen kaum eine Rolle.

**Pläne für die Pflegeversicherung**

Auch in der Pflege liegen die Parteien, die ein Bündnis anstreben, weit auseinander: Die SPD will die Pflegeversicherung von einer Teil- in eine Vollkaskoversicherung umwandeln, um die immer stärker steigende Belastung der HeimbewohnerInnen zu begrenzen. Auch die Grünen wollen diese Eigenanteile erheblich senken und verbindlich deckeln. Und: SPD und Grüne streben in der Pflege ebenfalls eine Bürgerversicherung an.

Die FDP – Erfinderin der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung, die vor allem den Versicherungen ein glänzendes Geschäft bescherte – will eine weitere Ergänzung der gesetzlichen Versicherung durch private oder betriebliche Vorsorge.

**Wer übernimmt das Gesundheitsministerium?**

Spannend dürfte am Ende auch die Besetzung des Gesundheitsressorts werden: Wird der große Koalitionspartner den Ministerposten für sich beanspruchen oder einem der kleinen Partner überlassen? Mit letzterer Lösung haben SPD wie Union keine guten Erfahrungen gemacht: In der rot-grünen Regierung unter Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) musste Andrea Fischer (Grüne) in der BSE-Krise vorzeitig zurücktreten. Der Job im Haifischbecken der um jeden Cent kämpfenden LobbyistInnen hatte sie stark aufgegeben. Es über-

nahm wieder jemand von der großen Regierungspartei SPD: Ulla Schmidt blieb dann fast neun Jahre lang Bundesgesundheitsministerin und prägte in dieser Zeit die Politik – zum Leidwesen mancher ÄrztfunktionärInnen mit Härte und Konsequenz.

Auch die als Ärzte- und Apothekerpartei verspottete FDP bekam den Posten in der schwarz-gelben Bundesregierung unter Kanzlerin Angela Merkel. Zunächst Philipp Rösler und dann Daniel Bahr lieferten sich heftige Gefechte mit dem größeren Koalitionspartner, aber vor allem mit den VertreterInnen der CSU. Die umstrittenen Privatisierungsbestrebungen der Liberalen stießen auf heftigen Widerstand der Christsozialen. „Gurkentruppe“ versus „Wildsau“ – die Beschimpfungen untereinander wurden legendär.

Im folgenden Kabinett, einer Großen Koalition, übernahm ein Christdemokrat dann des Ministerium: Hermann Gröhe. Und es blieb bei vielen die Erkenntnis, dass man ein Ministerium, in dessen Verantwortungsbereich Reformen Auswirkungen auf nahezu alle BewohnerInnen des Landes haben, nicht einem kleinen Koalitionspartner überlassen sollte.

Einen Bewerber für den Posten gibt es zumindest bei den Sozialdemokraten schon: Karl Lauterbach, dauer-mahnende Stimme in der Corona-Pandemie und klarer Sieger im Kampf um das Direktmandat in seinem Wahlkreis Köln/Leverkusen, hat vorsorglich schon einmal Interesse angemeldet. Allerdings ist der SPD-Politiker für manchen Funktionär im Gesundheitswe-

sen ein rotes Tuch. Unbelastet ginge ein Minister Lauterbach, der schon zu Ulla Schmidts Zeiten zu den einflussreichen Strippenziehern im Gesundheitswesen gehörte, sicher nicht ins Rennen.

**Erste Forderungen an die künftige Regierung**

Mitten in den frühen Sondierungen meldeten schon erste InteressenvertreterInnen aus dem Gesundheitswesen ihre Forderungen an: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lud eine Woche nach der Bundestagswahl – die Zeichen auf die Ampel waren noch nicht gestellt – zur Pressekonzferenz und verlangte von der noch längst nicht gebildeten Bundesregierung „umgehende Reformen“. Kurzfristig fordern die Klinikbetreiber Geld, langfristig wollen sie stärker in die ambulante medizinische Versorgung eingebunden werden. Wenn die Politik nicht handle, drohten im nächsten Jahr zahlreiche Klinikinsolvenzen, warnte der neue Präsident der DKG, Ingo Morell. „Die Menschen hätten kein Verständnis, wenn jetzt das Krankenhaus in ihrer Nähe gefährdet ist, weil die Politik trotz dieser bekannt schwierigen Lage nicht handelt.“ Die Sonderregelungen, die die Kliniken in der Pandemie stützten, liefen aus, „die Pandemie wird aber selbst mit geringeren Zahlen weiterhin extremen Einfluss auf das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und damit direkt auf deren Liquidität haben“, sagte Morell voraus – ohne die Forderungen seiner Gesellschaft in einer Milliardensumme zu beziffern. Langfristig verlangt die DKG einen



**Kompaktes Wissen in vier Seminaren für einen leichteren Alltag mit Demenz: Grundlagen, Kommunikation, Hören & Selbstfürsorge.**

Jetzt buchen für nur € 69,-!

**Mit Demenz umgehen**  
**Zertifizierte Online-Schulung für Pflegende**



Unsere ExpertInnen:

Prof. Dr. Andreas Fellgiebel, Dr. Katharina Geschke & Dr. Alexandra Wuttke-Linnemann

Plan für die Krankenhauslandschaft – und zwar einen bundesweiten.

Derzeit sind die Bundesländer für die Krankenhauspläne zuständig, die sie zusammen mit Leistungserbringern und Versicherern, also Landeskrankengesellschaft und Krankenkassen, erstellen. „Wir brauchen nun unverzüglich ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln

**„Die DKG machte klar, dass die Krankenhäuser ein größeres Stück vom Kuchen der ambulanten Versorgung abhaben wollen. Die ‚Potenziale der Krankenhäuser‘ müssten flächendeckend genutzt werden.“**

zwischen der Bundesregierung und den Ländern. Das Klein-Klein nicht enden wollender Reformen ohne wirkliche Zielperspektive muss gestoppt werden“, forderte die DKG. Eine „Bund-Länder Zukunftskommission Krankenhaus“ müsse eingerichtet werden. Derzeit gebe es durch ungesteuerte Insolvenzen einen „kalten Strukturwandel“, der zu Versorgungslücken führe. Zudem machte die DKG klar, dass die Krankenhäuser ein größeres Stück vom Kuchen der ambulanten Versorgung abhaben wollen. Die „Potenziale der Krankenhäuser“ müssten flächendeckend genutzt werden – im Sinne der PatientInnen. „Die Menschen müssen oft Monate auf Facharzttermine warten, und die Erreichbarkeit der ambulanten Notfallpraxen ist vielfach aus Sicht der Patienten unbefriedigend.“ Da sollen die Kliniken einspringen und auch mitverdienen dürfen.

#### **Krankenhausgipfel für Strukturwandel**

Mit dem letzten Punkt dürfte nicht nur die FDP als selbst ernannte Hüterin der freien (Arzt- und Apotheker-)Berufe so ihre Probleme haben, auch Bundesärztekammer-Präsident Klaus Reinhardt – Allgemeinarzt und Vorsitzender des Hartmannbundes, der in erster Linie niedergelassene

Ärztinnen und Ärzte vertritt – dürfte sein Veto einlegen. Aber auch ihm fiel auf die Frage nach dringendem politischen Handlungsbedarf zunächst die Krankenhauslandschaft ein. „Gleich nach der Regierungsbildung benötigen wir einen nationalen Krankenhausgipfel mit Vertretern von Bund, Ländern, Kommunen, Kliniken und der Ärzteschaft“, verlangte er im Interview mit dem Redaktionsnetzwerk Deutschland. Der ökonomische Druck habe ein „inakzeptables Ausmaß“ angenommen. Der „ungezügelter Wettbewerb“ gehe nicht nur zulasten der Angestellten, sondern auch der PatientInnen. Die Versorgung der Kranken in der Pandemie habe funktioniert, „weil Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte bis zum Umfallen gearbeitet haben und der Staat das notwendige Geld in die Kliniken gepumpt hat“.

Doch dem Funktionär geht es nicht nur um Geld, sondern um Strukturen – und da dürfte er durchaus auf Zustimmung in der Politik und auch in einer neuen Bundesregierung treffen. Standorte müssten zusammengelegt und neu strukturiert, Bürokratie abgebaut und Effizienzreserven gehoben werden. „Notwendig ist ein Netz aus Krankenhäusern für die Grundversorgung der Bevölkerung und Kliniken, die sich auf bestimmte Behandlungen spezialisiert haben. Die Planung dafür muss sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf ausrichten und nicht am Prestigewillen von Kommunalpolitikern“, mahnte er. Wahrlich keine neuen Ideen – aber die Vergangenheit zeigt, dass es in der Praxis oft schwierig wird. Sobald ein Krankenhausplan vorliegt, geht das Verhandeln erst richtig los. Und ist ein Krankenhausstandort von Schließung bedroht, werden oftmals örtliche PolitikerInnen aktiv, Petitionen von BürgerInnen und Demonstrationen können dann die zuständigen PolitikerInnen wieder zaudern und Kompromisse schließen lassen.

#### **Vorreiter NRW**

Nordrhein-Westfalen (NRW) hat einen solchen Prozess der landesweiten Neustrukturierung gerade nach langer Vorbereitungszeit gestartet. Wie er ausgeht, ist noch ungewiss. Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) versuchte von vornherein, die Klinikreform im größtmöglichen Konsens anzugehen. Zwei Jahre lang arbeitete der „Landesausschuss für Krankenhausplanung“, in dem alle Interessengruppen vertreten sind, an einem Grund-

gerüst für die Reform. Laumann stellte seinen Plan dann auch zusammen mit Krankenhausgesellschaft, Ärzterverbänden und Krankenkassen der Öffentlichkeit vor. Das Ziel: mehr Planung, weniger Zufall.

In NRW soll es ausreichend Häuser für die Grundversorgung geben sowie auf bestimmte Behandlungen spezialisierte Kliniken – orientiert am Bedarf und daran, dass sie die erforderliche Qualität der Leistungen auch zu erbringen in der Lage sind. Die können dann auch räumlich etwas auseinanderliegen. Schon vor Jahren hatte das Land durch ein Gutachten feststellen lassen, dass es in Ballungsgebieten etwa um Köln/Leverkusen eine erhebliche Überversorgung von Krankenhäusern und Klinikbetten gibt, die Menschen auf dem Land hingegen Schwierigkeiten haben, ein passendes Angebot zu finden. Der grundsätzliche Plan steht nun, im nächsten Jahr geht es dann ans Eingemachte: Wer muss sein Haus umbauen? Welches Krankenhaus ist überflüssig oder nicht gut genug und muss schließen?

Die Krankenhausgesellschaft NRW trat bereits etwas auf die Bremse und forderte vorsorglich 200 Millionen Euro pro Jahr für den „Einstieg in die Umsetzung des Krankenhausplans“. Es werde nun „um jedes einzelne Krankenhaus“ gehen, hieß es. „Es ist nicht auszuschließen, dass einzelne Krankenhäuser durch die Reform ihre wirtschaftliche Balance verlieren und ins Wanken geraten, obwohl wir sie dringend brauchen“, mahnte der Präsident der Gesellschaft, Jochen Brink. Minister Laumann, äußerst erfahren in der Gesundheitspolitik, dürfte ahnen, welch hartes Ringen um jeden Reformschritt ihm noch bevorsteht.

Ob sich eine neue Bundesregierung wirklich eine solche Last ans Bein bindet, wie es die Krankenhauslobby fordert? Oder es nicht lieber den Ländern alleine überlässt, in deren Zuständigkeit sich die Krankenhauslandschaft befindet? Vielleicht kann die Reform in NRW ein Vorbild für die Umstrukturierung in anderen Ländern sein. Doch bis dahin ist der Weg noch weit. Die Bundesregierung dürfte dann längst gebildet sein. ■

**Wolfgang Wagner**

ist Journalist in Köln.  
wolfgang.wagner@dumont.de



Schwerpunkt:

# Ambulante Pflege

Ambulante Pflege hat viele Facetten. Pflegefachkräfte erbringen ihre Arbeit in der Privatsphäre von Pflegebedürftigen beziehungsweise den unterstützten Familien und müssen ihr fachliches Handeln auf die Gegebenheiten vor Ort ausrichten. Wie viel Flexibilität und Toleranz hier Tag für Tag von beiden Seiten aufgebracht werden müssen, schildern die AutorInnen unseres Schwerpunktes.

Sie berichten von den gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen ambulanter Pflege und machen deutlich, an

welchen Stellen nach wie vor dringender Reformbedarf besteht. Daneben steht die Pflegepraxis im Fokus: Wie können Pflegefachkräfte adäquat auf häusliche Krisen reagieren? Welche Möglichkeiten bieten neue Technologien für den ambulanten Bereich? Wie können Konzepte wie das Primary Nursing ein professionelles Rollenverständnis stärken? Und wie gehen Pflegefachkräfte mit Angehörigen um?





## An der Realität vorbei

Dokumentation und Abrechnung nehmen immer mehr Zeit in Anspruch – das geht zulasten der Pflegebedürftigen. Foto: Murat Tueremis/laif

## Besonderheiten der ambulanten beruflichen Pflege

### *Stefan Block*

Reformbedarf wird in der Pflege schon seit Jahren angemeldet – auch für den ambulanten Bereich. Trotz verschiedener Bemühungen sind nachhaltige Verbesserungen bislang ausgeblieben. Unser Autor beschreibt zentrale Probleme aus der Sicht eines ambulanten Pflegedienstes.

Die ambulante Pflege wird seit Jahrzehnten vom familiären Unterstützungssystem organisiert und geleistet. Die Belastung war hier schon immer hoch und stellte besondere Anforderungen an die zentralen Pflegepersonen. Das hat sich auch durch die Einführung der Pflegeversicherung (PV) nicht geändert, die seit 1995 im SGB XI verankert ist. Mit Inkrafttreten der PV wurde diese Situation nun wertschätzend wahrgenommen und durch individuelle Leistungs- und Unterstützungsmöglichkeiten entlastet, zum Beispiel durch das Pflegegeld für selbstorganisierte Pflege, die Verhinderungspflege oder die ergänzende Tagespflege. Kernpunkte der PV sind dabei Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und der Vorrang der

häuslichen Pflege. Letzteres gilt für die privaten Pflegearrangements, nicht für die berufliche Pflege.

### Pflegekräfte in der Beraterrolle

Die berufliche Pflege sollte ambulant immer „nur“ die privaten Systeme beraten, anleiten und unterstützen. Das ist an vielen Stellen in der PV verankert, insbesondere in der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der seit Januar 2017 gilt. So wird im Gesetz die Anleitung der Pflegepersonen als Auftrag direkt genannt (§ 36). Leider ohne entsprechende Umsetzung in den landesrechtlichen Rahmenverträgen und ohne Erhöhung der Leistungspreise und Anpassungen bei den Leistungskomplexen.

Hier liegt ein zentrales Konfliktfeld der ambulanten Pflege: Wir sollen nur unterstützen, anleiten und das private System fördern. Die pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung kann und soll ambulant nicht rund um die Uhr von professionellen Pflegekräften geleistet werden. Die Abrechnungsmöglichkeiten sind in

der PV finanziell gedeckelt und sehr eingrenzend definiert. Auch die am 11. Juni 2021 im Bundestag verabschiedete Reform hat daran nichts geändert: Der Wert der Leistungen im ambulanten Bereich liegt auch nach einer Anhebung um 5 % noch immer weit unterhalb des Bedarfes. Zudem werden die Leistungssätze erst zeitverzögert zum 1. Januar 2022 angepasst.

### Pflegebedürftige tragen Mehrkosten

Gerade die notwendige Forderung nach einer besseren Entlohnung der Pflege(fach)kräfte bis hin zur Umsetzung tariflicher Vergütungen hat dazu geführt, dass die Gehälter in den vergangenen Jahren konsequent gestiegen sind. Real gab es bei uns seit Anfang 2017 Personalkostensteigerungen von 15 bis 20 %. Bei gedeckelten Sachleistungen wurden damit also zu 100 % die Pflegebedürftigen/Versicherten belastet. Dazu kamen ab April 2020 noch die Aufwendungen für die neue Pflegeausbildung über die Pflegeausbildungsumlage, die in Bremen zuzüglich der Altenpflegeumlage gute 8 % Aufschlag bewirkte. Die Finanzierung der neuen Pflegeausbildung ist unbedingt richtig, leider wurden jedoch gute 30 % aller Ausbildungskosten auf die Pflegebedürftigen „abgeschoben“. Hier haben sich Staat und PV systemschädigend aus einer fairen Finanzierung herausgeschummelt.

Zu guter Letzt müssen noch die „investiven Aufwendungen“ (§ 82 SGB XI) privat von den Versicherten aufgebracht werden, da sich die meisten Bundesländer, und das „Pleiteland“ Bremen insbesondere, ihrem gesetzlichen Auftrag, diese Aufwendungen zu erstatten, seit 1995 landesrechtlich entzogen haben. So ist die ambulante berufliche Pflege seit 2017 um über 30 % teurer geworden.

Viele Familien versuchen daher konsequent ohne berufliche Pflege auszukommen, wenn ein/e Angehörige/r auf Unterstützung angewiesen ist beziehungsweise kaufen sich Leistungen im Rahmen der Sachleistungsbeträge ein; in Pflegegrad 2 werden dafür 689 Euro veranschlagt. Damit geht oft eine pflegefachliche Unterversorgung einher, denn mit dem beispielhaft genannten Betrag lassen sich nur knapp 14 Stunden Pflegeleistungen pro Monat finanzieren.

Die Pflege-, Betreuungs- und Hauswirtschaftshilfskräfte werden nun täglich mit dieser Unterversorgung konfrontiert und von den bedürftigen Menschen „unter

Druck“ gesetzt, doch dies und jenes mal eben zu erledigen. Wenn sie schon da sind, kann doch auch noch schnell der Müll weggebracht, das Frühstück gemacht oder der Rücken gewaschen werden – alles ohne vertragliche und bezahlte Grundlagentätigkeiten! Diese Arbeitszeit wollen die Kolleg\*innen jedoch berechtigterweise und zu einem guten Gehalt vergütet bekommen.

### Ausufernde Verwaltungsaufgaben und Fantasiepreise

Noch immer gehen Menschen davon aus, dass ambulante Pflege ein „Liebesdienst“ ist und „irgendwie über den Staat oder die Versicherung“ bezahlt wird. Bei realen Preisen von guten 50 Euro je Leistungsstunde Pflege ist das laienhaft verständlich. In der Realität wurden in der Pflegeorganisation die Verwaltungsaufwendungen permanent ausgebaut, mit wachsender Tendenz. Jedes neue Gesetz schafft neuen Datenhunger und steigert den Verwaltungswahnsinn. Immer mehr Daten müssen erfasst, bearbeitet, ausgewertet und an Krankenkassen weitergeleitet werden – am Besten in Papierform und digital. So hat sich der Verwaltungsaufwand in der ambulanten Pflege in den vergangenen 30 Jahren nach meiner Erfahrung etwa verfünffacht!

Kompensiert wird die daraus entstehende Mehrarbeit nicht über reale Preiserhöhungen, sondern durch Zeitreduzierung bei der Leistungsausführung. 1992 hatten meine Mitarbeiter\*innen je Einsatz rund 70 Minuten Zeit, heute im Schnitt vielleicht noch 20 Minuten. Eine Medikamentengabe kann bei einem Preis von 4,72 Euro (Bremen) nur mit 3–5 Minuten Leistungszeit angesetzt werden. Auch für das „Lagern/Betten“ mit 5,98 Euro können nur 7–9 Minuten Zeit eingeplant werden. Alle ambulanten Einzelleistungen sind in einem hochkomplexen, kaum noch nachvollziehbaren Preiskatalog verschachtelt abzurechnen. Die Leistungsverträge werden landesrechtlich strukturiert und verlieren sich in der Vielfalt des Wahnsinns.

Die Leistungen wurden 1991 (Behandlungspflege § 37.2 SGB V; Verträge nach § 132 a SGB V) und 1995 (PV-Sachleistungen nach § 36 SGB XI) wahllos, ohne wissenschaftliche Basis und kalkulatorisch „mit dem Würfelbecher“ definiert und mit Preisen (Punkten) versehen. Dieses komplett unreflektierte Leistungsgeschehen wird bis heute schlicht fortgeschrieben. Änderungen sind kassenseitig nicht erwünscht. Dabei weiß niemand wirklich,

## Lehrbuch CE 09: Lebensweltorientierte Pflege

Sie möchten pflegebedürftige Menschen begleiten und unterstützen? Wollen beraten und Wege für eine individuelle Lebensgestaltung aufzeigen? Doch welche tiefergehenden Kenntnisse brauchen Sie als professionell Pflegende:r, um diese anspruchsvolle Aufgabe zu erfüllen?

Das Lehrbuch „Lebensweltorientierte Pflege“ orientiert sich an neuen bundeseinheitlichen Rahmenlehrplänen für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Es macht mit der curricularen Einheit 09 vertraut und hilft sie umzusetzen. Mit zahlreichen Beispielen aus der Praxis und Antworten auf viele Alltagsfragen.



H. Joachim Büker,  
Margret Schumacher  
**Lebensweltorientierte Pflege**  
2021, 33,90 €,  
Best.-Nr. 21433

Vincenz Network  
T +49 6123-9238-253  
F +49 6123-9238-244  
service@vincenz.net



[www.altenpflege-online.net/shop](http://www.altenpflege-online.net/shop)

was eine „kleine Morgentoilette“ oder „das Anziehen von Kompressionsstrümpfen“ kostet. Zu bedenken ist auch, dass in den Preisen die Kontaktaufnahme komplett enthalten sein muss: das Aufschließen der Wohnung, die Begrüßung, Jacke ausziehen, Handschuhe überstreifen, Pflegematerial zurechtstellen, die Leistungsausführung, die Nachsorge und das Aufräumen der Materialien, die Dokumentation, die Verabschiedung, die Jacke wieder anziehen und die Wohnung verlassen. All das muss nun in den 4,72 Euro für die Medikamentengabe enthalten sein! Das Ergebnis ist „Rennpflege pur“. Die Kolleg\*innen hetzen durch die Einsätze. Dazu kommen noch die Fahrtzeiten zwischen den Kund\*innen und die Parkplatzsuche ...

### Fehlende Plan- und Abrechenbarkeit

Gleichzeitig kommt es nicht selten vor, dass ambulante Kund\*innen Aufträge absagen, verschieben oder inhaltlich verändern. Letzteres eben auch, weil der Bedarf täglich ein anderer sein kann, da wir uns in der Privatsphäre der Menschen bewegen. Da konnte die Tochter eine wichtige Leistung „heute Morgen“ nicht erbringen und die Pflegerin muss mit den Folgen umgehen. Kund\*innen sind auch mal „spontan zum Arzt“ und vergessen den Pflegeeinsatz. Viele tägliche Veränderungen im Touren-/Einsatzplan machen unsere Arbeit kaum mittelfristig plan- und steuerbar. Ausgefallene Einsätze dürfen nicht mit den Kassen abgerechnet werden. Ausfallgeld – wie im stationären Bereich für bis zu 42 Tage – gibt es ambulant nicht. Keine Leistung, keine Abrechnung, keine Einnahmen. Die Gehälter fallen aber trotzdem an.

Die Kassen tragen wesentlich zu diesem Stress bei, da sie bei etwa 30 % aller ärztlichen Verordnungen die Leistung anzweifeln, verkürzen, streichen, nicht zeitnah bestätigen. An unzähligen Stellen werden unsinnige Anträge oder einzureichende Protokolle eingefordert und Leistungszusagen verzögert oder gar verhindert. Jede nicht eindeutig vertragliche, im Vorangebot definierte Leistung wird bei der jährlichen Abrechnungsprüfung durch den MDK schnell zu einer „Betrugsmaßnahme“ oder zumindest Fehlabbrechung. Die Komplexität hat selbst intern unsere Leistungsgrenzen längst erreicht.

### Irrsinnige Abrechnungsmodalitäten

Damit setzt dann auch der Irrsinn der Abrechnung an. Unser Unternehmen erstellt



Protestaktion des Netzwerks „Pflege steht auf“. Foto: Doris Friedrichs

etwa 15.000 Rechnungen im Jahr, für täglich etwa 350 Kund\*innen. Die Vielfalt der einzelnen Leistungen, die Aufteilung in Rechnungen an die Kranken- bzw. Pflegeversicherung, den Sozialhilfeträger sowie private Kostenträger, getoppt durch Teilbeträge und über den „Höchstbeitrag“ laufende Rechnungen (Beihilfe/Leistungsbudget § 45b durch Nutzung der Beträge für Tagespflege und ambulante Pflege) stellen eine weitere Herausforderung dar. In den Abrechnungszentren der Kassen fehlt das Verständnis für die ambulante Pflege; und so werden alle Unterlagen bei (vermuteten) Fehlern einfach zurückgeschickt. Alleine die Nacharbeiten dafür kosten viele Arbeitsstunden in der Verwaltung.

Ärgerlich ist zudem, dass bei Abweichungen im Rahmen der Kassenprüfungen immer sofort die Betrugsannahme im Raum steht. Würden wir die fehlgeleiteten Dokumente, die fehlerhaft zurückgesandten und nicht bezahlten Rechnungen, die falschen Reduzierungen von ärztlichen Verordnungen durch die Allmacht von Kassensachbearbeiter\*innen (i. d. R. ohne gesetzlich verpflichtende Einbeziehung des MDK) als Betrugsdelikte werten, würden sich innerhalb kürzester Zeit Tausende Fälle ansammeln. Nur sind Betrugsfälle auf Kassenseite nicht kommunizierbar und die Machtverteilung eindeutig gegen die Pflegedienste ausgerichtet. Bedenkt man, dass die Kassen ihre Versicherten vertreten sollten, so die Vision unserer Gesetzlichen Krankenversicherung, wundert es einen schon sehr, wenn die an Parkinson erkrankte Ehefrau ihrem Mann die tägliche Heparin-Spritze geben soll, weil die vom Arzt verordnete Gabe durch den Pflegedienst von der Kasse einfach abgelehnt wird. Das ist kein Einzelfall in unserem Tagesgeschäft.

### Grundlegende Neuausrichtung

Wie sollen unter diesen irren Bedingungen eine gute Bezahlung der Mitarbeiter\*innen, eine gerechte Zeit- und Einsatzplanung, eben insgesamt eine gute ambulante Pflege gewährleistet werden? Wie sollen

langfristig Menschen für unsere wunderbare, systemwichtige Arbeit gehalten und gewonnen werden? Wann tritt die ambulante Pflege endlich aus dem Schatten der stationären Pflege heraus, die noch immer als Basis für alle Gesetze und Richtlinien dient? Es wird einfach Zeit,

dass wir ambulant eigenständig denken, die Möglichkeiten erfassen, bundeseinheitliche Vertragsregelungen und Leistungen definieren. Diese müssen erheblich flexibilisiert und auf unsere Kund\*innen ausgerichtet werden, statt sie in bürokratischen, kassengesteuerten Strukturen einzuschweißen.

Die ambulante Pflege muss sich in den nächsten Jahren klarer am Wohnumfeld, am Quartier, ausrichten. Beratung, Anleitung und Begleitung, Pflegehilferufsysteme sowie eine nächtliche Unterstützung müssen per Vorhaltekostenerstattung auch ambulant abgesichert werden. Wir Pflegedienste sind dafür im Grunde gut aufgestellt, leiden nur eindeutig an der systematischen Unterfinanzierung. Daher fixieren wir uns immer mehr auf die wirtschaftlich sicheren Leistungen, um überhaupt überleben zu können, etwa die „große Morgentoilette“ als Leistungskomplex zuzüglich der Unterstützung beim Anziehen von Kompressionsstrümpfen nach ärztlicher Verordnung.

Das geht zu 100 % zulasten der bedürftigen Menschen! Bitte lasst uns die Expertise aus der Praxis mit in die Gesetzesplanung und Vertragsgestaltung einbinden. Lasst uns multiprofessionell und basisstrukturiert Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung zeitnah neu ausrichten. Wenn uns das nicht bald gelingt, sterben wesentliche Strukturen der ambulanten Versorgung ab.

Wir beim ASB in Bremen mussten erst Ende 2020 einen unserer Pflegedienste in Bremen Nord ersatzlos schließen – die Bedingungen haben uns gekillt. ■

### Was brauchen Sie, um sich im Alltag gut versorgt zu fühlen?



„Verlässlichkeit, Vertrauen und feste Ansprechpersonen.“

#### Stefan Block

ist Geschäftsführer der ASB Ambulante Pflege GmbH. stefan.block@asb-bremen.de



Im häuslichen Bereich sind Pflegende häufig auf sich allein gestellt – auch wenn Krisen auftreten. Foto: Keystone Schweiz/laif

# Impulse zum Umgang mit Krisen

Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen

## *André Fringer*

Unser Zuhause ist der primäre Ort des Kümmerns und Sorgens. Hier fühlt man sich geborgen und zugehörig oder einsam, verlassen, Gewalt und Notfällen ausgeliefert. Pflegende im ambulanten Bereich bewegen sich in diesem privaten Raum und werden nicht selten mit häuslichen Krisen konfrontiert. Um hier souverän handeln und Pflegebedürftige wie Angehörige angemessen unterstützen zu können, hat das Projekt BLiCK ein Inventar entwickelt. Es soll Pflegenden dabei helfen, Krisen zu erkennen, und gleichzeitig adäquate Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

In der intensiven internationalen Auseinandersetzung mit den Themen „häusliche Pflege“ sowie „betreuende und pflegende Angehörige“ werden überwiegend zwei Perspektiven eingenommen: die der Betroffenen und Angehörigen sowie die von Expert\*innen und Wissenschaftle-

r\*innen. Die Pflegenden ambulanter Pflegedienste stellen das Bindeglied zwischen den privaten und öffentlichen Versorgungsstrukturen dar – dennoch wurde ihrer Sichtweise bisher nur wenig Raum gegeben. Ziel des Projekts BLiCK – Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen – war es daher, häusliche Krisen aus Sicht derer zu betrachten, die im Alltag mit diesen Problemen auf ganz praktischer Ebene zu kämpfen haben, um dadurch Möglichkeiten der Bewältigung zu erkunden. Mit diesem Anspruch sind wir an Pflegende herangetreten und haben sie als Wissensquelle genutzt.

Wenn ein Familienmitglied aufgrund einer chronischen und/oder unheilbaren Erkrankung pflegebedürftig wird, ist die ganze Familie davon betroffen (Fringer/Macleod 2013a; Mehta/Cohen/Chan 2009). Krankheitsschübe und kritische Phasen können in akute Ereignisse münden und zu

seelischen Notlagen führen. Krisen sind vielfältiger Natur und können zum Beispiel Einsamkeit, ein gesundheitlicher Notfall, häusliche Gewalt und Verwahrlosung sowie Veränderungen im Familiensystem sein (Fringer/Macleod 2013a, b, c). Häufig sind Pflegende aus dem ambulanten Setting die erste Anlaufstelle für Menschen, die häusliche Krisen erleben. Sie leisten damit im Gesundheitswesen einen zentralen Beitrag in der Bewältigung häuslicher Notlagen (Perrig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010).

**„Gerade bei sich entwickelnden Krisen sind Pflegende unsicher, wann und wie sie handeln sollen. Es fehlen Kriterien, anhand derer entschieden wird, ob eine Handlung notwendig wird oder nicht.“**

Das Hauptziel des Projekts war es, einen „Werkzeugkasten“ in Form eines Inventars für ambulante Pflegedienste zu entwickeln, der mögliche Krisen aufzeigt und einen professionellen Umgang damit ermöglicht. Es wurden konkrete Interventionen und Handlungsempfehlungen erarbeitet und beschrieben. Zudem soll das Inventar die Pflegenden bei der Entwicklung von Beratungskompetenzen unterstützen, die auf den Prinzipien der Patienten- und Familienedukation (Fringer/Baldegger et al. 2014) beruhen.

### Wahrnehmung von Krisen

Die Interviews im Rahmen des Projekts haben gezeigt, dass die Wahrnehmung und das Erleben von Krisensituationen sehr individuell geprägt sind – also Pflegende, Ärzt\*innen und Angehörige eine Situation durchaus unterschiedlich einschätzen. Im Hinblick auf die Bewältigung einer Krise beschreiben die Pflegenden, dass es helfen kann, die Situation und damit auch die Krise treffender einzuschätzen, wenn sie eine unterstützte Person besser oder bereits seit Längerem kennen. Ebenfalls empfinden sie ihre Berufserfah-

rung als hilfreich für die Einschätzung und ihre Handlungsfähigkeit in einer solchen Situation.

Zwei „Krisenarten“ konnten identifiziert werden: Zum einen sind es Notfallsituationen, in denen eine unmittelbare Reaktion notwendig ist, etwa gesundheitliche Krisen physischer wie psychischer Natur, aber auch Stürze. Zum anderen handelt es sich um Krisen, die Pflegende als maximale Zuspitzung einer Situation bezeichnen, die sie über einen längeren Zeitraum beobachtet haben. Diese Situation ist für Pflegende mit einer gewissen Hilflosigkeit verbunden, da sie sich zwar bemühen, die Krise zu verhindern, aber an ihre Grenzen geraten und sich letztlich in einer Zuschauerrolle befinden. Ein Beispiel ist der regelmäßige Konsum von Alkohol, bei dem die Pflegenden am Tag der ausgebrochenen Krise bemerken, dass die unterstützte Person betrunkenener ist als sonst. Solche Situationen sind durch extreme Verhaltensweisen wie Aggression, verbale Auffälligkeiten, große Emotionen und Überlastung, aber auch Angst, Unsicherheit, Machtlosigkeit und Unruhe charakterisiert. Die Pflegenden beschreiben diese Krisen als solche, in der sie keinen Zugang mehr zu den unterstützten Personen oder den pflegenden Angehörigen finden.

Gerade bei sich entwickelnden Krisen sind Pflegende unsicher, wann und wie sie handeln sollen. Es fehlen Kriterien, anhand derer entschieden wird, ob eine Handlung notwendig wird oder nicht. So liegt es im individuellen Entscheidungsbereich der Pflegenden. Gleichzeitig berichten die Pflegenden auch, dass eine Krise nicht unbedingt zu einer Krise werden muss, sondern dass man sie abwenden könne. Ob die Krise dann entstehe oder nicht, liege maßgeblich bei den unterstützten Personen oder pflegenden Angehörigen. Beispielsweise könnte man die Wohnung eines Menschen mit Demenz durch kleine Umbaumaßnahmen sicherer machen, sodass Gefährdungssituationen gar nicht erst entstehen.

### Mögliche Auslöser

In den Interviews beschreiben die Pflegenden unterschiedliche auslösende Faktoren für Krisen. In Notfallsituationen liegen die Auslöser in einer vorbestehenden oder akuten Verschlechterung einer psychischen oder physischen Erkrankung. Weitere Auslöser sehen sie in Situationen, in denen Zuständigkeiten nicht geklärt

sind, zum Beispiel zwischen sozialer Arbeit und Pflege. Andere Krisen werden durch Fehlinformationen oder Informationslücken ausgelöst. Diese beschreiben Pflegende vor allem in der Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen. Ein weiterer Auslöser liegt in der nicht angepassten Wohnumgebung, zum Beispiel bei Menschen mit Demenz. Auch Situationen, in denen ein stabiles Element wegbricht oder Veränderungen im sozialen Umfeld stattfinden, können Ursache einer Krise sein. Ein Beispiel sind pflegende Angehörige, die aufgrund des Wegfalls einer Haushaltshilfe „ausfliegen“. Es geht dabei um mehr als eine gestörte Routine: Die Haushaltshilfe kann eine wichtige Stütze für die Bewältigung der eigenen Situation gewesen sein und erst durch den Wegfall wird die eigentliche Belastung offenbar. Eine Krise zeichnet sich nach Ansicht der Pflegenden auch dadurch aus, dass die beteiligten Personen plötzlich ihre Situation anders wahrnehmen und begreifen, dass es so wie bisher nicht mehr weitergeht. Dann können sich durch die krisenhafte Situation neue Möglichkeiten eröffnen, die Krise kann als „Chance“ oder „Neuanfang“ gesehen werden.

Die Pflegenden identifizieren, verglichen mit pflegenden Angehörigen, unterschiedliche Situationen als herausfordernd und belastend. Als krisenhafte Situationen werden akute gesundheitsbezogene Notfallsituationen, psychiatrische Krisen, aber auch jede notfallmäßige Einweisung in ein Krankenhaus gesehen. Weitere Krisen sind Situationen mit Bedrohung, Aggression, Gewalt und sexuellen Übergriffen, aber auch verwahrloste Wohnsituationen und Messie-Haushalte. Weitere Krisen treten vermehrt in Palliative Care-Situationen auf und sind durch ihre hohe Komplexität und den großen organisatorischen Aufwand außerordentlich belastend, genauso wie die Einsamkeit der unterstützten Personen und sprachliche Schwierigkeiten, zum Beispiel bei Migrant\*innen. Besonders schwierig für die Pflegenden ist das Alleinsein in der jeweiligen krisenhaften Situation, wenn sie sich ratlos fühlen und den Eindruck haben, es gebe außerhalb des Teams keine Anlaufstelle für die Krisensituation der unterstützten Personen und deren Angehörigen.

### Umgang mit Krisen

Im Vorfeld und in der jeweiligen Krisensituation wenden die Pflegenden unter-

schiedliche Handlungsweisen an. In sich abzeichnenden Krisensituationen sowie in der Krise selbst stehen die Pflegenden den betroffenen Personen mit Beratung zur Seite. Dennoch können sie die Krise dadurch nicht immer verhindern. Für die Pflegenden steht außer Frage, dass sie Gespräche mit Angehörigen führen. Dennoch empfinden sie es als ärgerlich, dass solche Gespräche zur Krisenprävention nicht als pflegerische Maßnahme anerkannt und daher nicht abrechenbar sind. Die Pflegenden beschreiben, dass mehr Zeit, Beratung und Beziehungsarbeit hilfreiche Instrumente zur Prävention von Krisen sind. Durch die Beziehungsarbeit können sie die unterstützten Personen und Angehörigen beruhigen. Um Krisen abzuwenden, nehmen Pflegende ihr professionelles Netzwerk in Anspruch und verweisen mitunter auf andere Dienste, wie zum Beispiel die Nachbarschaftshilfe.

In akuten Krisensituationen ist es für die Pflegenden wichtig, ruhig zu bleiben. Sie versuchen, die unterstützte Person nicht zu verunsichern, indem sie die eigenen Gefühle kontrollieren. Sicherheit zu vermitteln steht im Vordergrund, wofür die befragten Pflegenden das Bild einer „Maske“ verwenden, die sie sich aufsetzen, um Haltung zu wahren und gegebenenfalls die eigene Unsicherheit damit zu verbergen. Die Pflegenden geben an, es sei auch für sie selbst wichtig, Hilfe anzunehmen. Durch den Charakter ambulanter Pflege arbeiten sie sehr eigenständig, daher ist es in Krisensituationen umso bedeutsamer, dass sie bereit sind, Unterstützung zu holen. In der Krise hilft das Team, das Büro und je nach Situation der Notdienst oder die Polizei.

Die Pflegenden sind sich einig, dass die Bewältigung einer Krise am besten gelingt, wenn das gesamte Team eingebunden wird, es eine Ansprechperson gibt, bei der sämtliche Informationen zusammenkommen, die Krise in Fallbesprechungen analysiert und diskutiert wird sowie wenn generell ein gutes und schützendes Klima innerhalb des Teams herrscht.

### Zentrale Krisendimensionen

Im Projektverlauf konnten fünf häusliche Krisendimensionen identifiziert werden: Terminal- und Finalphase der unterstützten Person; Auffinden einer Person in einer Notfallsituation im häuslichen Bereich; Einsamkeit und soziale Isolation; Erleben von Grenzen pflegender Angehöriger so-

wie Beziehungsgestaltung im häuslichen Pflegearrangement.

Die genannten Krisenbereiche sind für den beruflichen Alltag in der ambulanten Pflege besonders relevant und umfassen sowohl die Versorgung der unterstützten Person als auch der Unterstützung ihrer pflegenden Angehörigen. Für jeden der fünf Bereiche wurden im Projekt folgende Aspekte bearbeitet: Die Krisenanalyse stellt die Sichtweise der Expert\*innen dar. Nach einer kurzen Einleitung zum Hintergrund der jeweiligen Krise werden Probleme geschildert, die zur Krise führen können oder darin bedeutsam sind. Im zweiten Schritt, dem Kriseninventar, werden die Interventionen der Expert\*innen beziehungsweise Maßnahmen vorgestellt, die Pflegende während der Krise anwenden können, um Eskalationen zu verhindern. Anschließend werden die in der Literatur gefundenen Interventionen in Form von Vignetten dargestellt. Diese sind übersichtlich gestaltet, sodass Pflegende einen schnellen Überblick über die Problematik in der Praxis, das Ziel der Intervention, den Zeitpunkt des Einsatzes und die Intervention selbst erhalten. Danach folgt die Einschätzung Pflegender, wie weit die vorgestellten Interventionen bereits in der Praxis implementiert sind und akzeptiert werden.

Die praxisorientierten Fallvignetten sowie Interventionen ließen sich sicher auch für weitere Themen erarbeiten – das haben die geführten Interviews bereits gezeigt. Daher wird empfohlen, das Kriseninventar in ambulanten Pflegediensten als Impulsgeber für die Auseinandersetzung mit Krisen zu betrachten.

### Implementierung in der Praxis

Am Ende des Projekts konnte festgestellt werden, dass Pflegende im ersten Schritt ein Bewusstsein für die Krise benötigen, um sie im zweiten Schritt in ihrer täglichen Arbeit thematisieren zu können. Dies sind wichtige Voraussetzungen für den dritten Schritt: das Krisenmanagement. Nach einer Krise ist es wichtig, sie zu evaluieren. Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisen bietet das Handwerkszeug für den Umgang mit Krisen in allen vier Schritten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die fünf benannten Krisendimensionen mit individueller Schwerpunktsetzung oder thematischer Priorisierung auf alle ambulanten Pflegesettings im deutschsprachigen Raum übertragbar sind. Dies

gilt auch für das Erleben und die Einschätzungen der Krisen durch die befragten Pflegenden.

Die ambulante Pflege im häuslichen Setting leistet Enormes für die Gesellschaft. Nach wie vor ist es notwendig, dass sich dieser Bereich professionalisiert und die Disziplin Pflege sich dieses Settings ganz bewusst annimmt. Vieles gilt es noch zu entwickeln und zu fördern. Palliative Care, Beziehungsgestaltung und Einsamkeit sind dabei besonders wichtige Schwerpunktthemen. Mit den Ansätzen der familienzentrierten und gemeindenahen Pflege sowie der Entwicklung in den Bereichen Caring Communities eröffnen sich derzeit neue Möglichkeiten für die ambulante Pflege, um diesen Versorgungssektor zu stärken und die ambulante Pflege aufzuwerten. ■

*Der Artikel basiert auf dem Buch „Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen (BLiCK). Analysen, Werkzeuge und Empfehlungen zur Krisenintervention“ aus dem Hogrefe Verlag, siehe auch S. 43.*

### Literatur

- Fringer, A./Macleod, S. (2013a): Pflege sterbender Angehöriger. In: Macleod, S./Schulz, C./Dein, S. (Hg.): Psychiatrie in der Palliativmedizin: Behandlung psychischer und psychosomatischer Probleme am Lebensende. Bern: Huber, S. 88–93.
- Fringer, A./Macleod, S. (2013b): Ehe- und Lebenspartner in der Palliative Care. In: Macleod, S. et al. (Hg.): Psychiatrie in der Palliativmedizin. Bern: Huber, S. 75–81.
- Fringer, A./Macleod, S. (2013c): Kinder eines sterbenden Elternteils. In: Macleod, S. et al. (Hg.): Psychiatrie in der Palliativmedizin. Bern: Huber, S. 85–88.
- Fringer, A./Baldegger, C. et al. (2014): Expertise für pflegebezogene Edukation erweitern. *PADUA*, 9(5), S. 303–306.
- Mehta, A./Cohen, S. R./Chan, L. S. (2009): Palliative care: a need for a family systems approach. *Palliative and Supportive Care*, 7(2), S. 235–243.
- Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F./Schnegg, B. (2010): Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz: SwissAgeCare-2010 – Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz. Als Download unter: <https://kurzelinks.de/spitex>



**Prof. Dr. André Fringer** ist Professor für familienzentrierte Pflege, Co-Leiter MSc Pflege und Co-Leiter Forschungsstelle Pflegewissenschaft an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). [andre.fringer@zhaw.ch](mailto:andre.fringer@zhaw.ch)



## Technologische Hilfen

### Autonomie sichern oder verhindern?

*Andrea Schiff und  
Hans-Ulrich Dallmann*

Ethik spielt in der Pflege an ganz unterschiedlichen Punkten eine entscheidende Rolle. Neben Fragen von Autonomie, Haltung und Verantwortung lassen sich ethische Fragestellungen auch im Hinblick auf konkrete Praxisfelder formulieren. Unsere AutorInnen betrachten neue Technologien in der Pflege sowie die Entlassungsmöglichkeiten und Risiken, die sie in der Praxis bieten.

**N**euere Technologien im Umfeld von Robotik und Digitalisierung wirken sich schon jetzt auf die Pflege aus. In der Entwicklung – und teilweise in der Anwendung – sind robotische Systeme für das Pflegepersonal und zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen.

Typische Anwendungsfälle sind Unterstützungssysteme wie Logistikroboter und fahrerlose Transportsysteme, Telepräsenzroboter, emotionale Roboter sowie Systeme für Infotainment und Therapieunterstützung. Zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen werden Kommunikations- und Interaktionsroboter, Mobilitäts- und

Handhabungshilfen sowie komplexe Assistenzroboter eingesetzt (Graf/Klein 2018). Als technische Überwachungssysteme, die im häuslichen und stationären Kontext Anwendung finden, fungieren beispielsweise GPS-Tracker, Alarmsysteme und Wearables.

#### Handeln oder unterstützen?

Ethisch von Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen Systemen, die zweckrationale Handlungen (z. B. Körperpflege und Mobilität) und solchen, die Interaktionen unterstützen beziehungsweise ersetzen (z. B. emotionale Roboter wie Paro). Wie wirkt sich eine Substitution nun aus?

Die Philosophin Catrin Misselhorn verdeutlicht das am Herausheben aus dem Bett. Zweckorientiert ist die Positionsveränderung der betroffenen Person. Gleichzeitig ist das Herausheben Berührung und Interaktion. „Je nachdem, unter welcher Perspektive man eine Handlung betrachtet, erscheint der Einsatz eines Pflegeroboters oder Assistenzsystems in diesem Fall moralisch problematisch oder nicht: Geht es darum, das Ziel zu

Paro ist ein Roboter in Form einer Robbe. Sein Einsatz bei Pflegebedürftigen ist teilweise umstritten.  
Foto: Ilvy Njokiktjien/VII/Redux/laif

erreichen, so ist es in Ordnung, auf die Unterstützung einer Maschine zurückzugreifen. Steht die Berührung und empathische Interaktion im Vordergrund, dann ist dies fragwürdig“ (Misselhorn 2018, 154).

### Perspektive der Betroffenen

Entscheidend ist die Perspektive der Betroffenen: die Frage, was der Einsatz dieser Mittel für sie bedeutet. Infrage steht, ob sich eine Schwelle definieren lässt, an der der Einsatz von technischen Hilfsmitteln umschlägt und betroffene Personen Objekten gleichgestellt werden; sie zum Beispiel mechanisch „wie ein Auto“ gewaschen werden. Die Gefahr, Menschen als Etwas zu behandeln und nicht als Jemand, besteht jedoch auch bei der Pflege durch Personen. Zudem hängt die Frage, wann dieser Umschlag stattfindet, auch davon ab, ob der Einsatz technischer Mittel Autonomie einschränkt oder ermöglicht.

„Führt eine auf Pflege angewiesene Person dank dem steuerbaren Roboter die eigene Körperpflege zum gewünschten Zeitpunkt selbständig durch, erweitert der Einsatz des Systems deren Autonomie erheblich. Dadurch dürfte auch die Gefahr, dass Pflegebedürftige sich als Objekt fühlen, verringert werden. Zudem kann die der Würde inhärente Achtung der Intimsphäre zumindest bei agileren Patienten gewährleistet und ein gegebenenfalls auftretendes Schamgefühl umgangen werden“ (Kreis 2018, 225).

Auch bei dieser Einschätzung steht die Perspektive der Betroffenen im Zentrum. Dabei spielen neben der größeren Unabhängigkeit auch andere Kriterien eine Rolle. Vor allem die Frage, ob der Einsatz von Technik mit dem Verlust von Zuwendung einhergeht. Das dürfte der Fall sein, wenn er als Mittel zur Rationalisierung eingesetzt wird und in der Folge zur Reduzierung menschlicher Kontakte führt (Remmers 2018).

### Sonderfall: Robotische Systeme

Auch robotische Systeme werden vermehrt erprobt und eingesetzt. Ein prominentes Beispiel ist Paro, ein therapeutischer, sozial-assistiver Haustierroboter mit dem Aussehen eines Sattelrobbenbabys. Über Sensoren reagiert Paro auf Ansprache und Berührung, zum Beispiel durch Fieplaute oder Bewegungen. Paro ermöglicht einerseits positive Erlebnisse, etwa die Chance, Glück zu erfahren, indem die Person das vermeintliche Tier streicheln

und damit Fürsorge empfinden und auch positive Reaktionen erleben kann. Andererseits kommt es zu einer Vortäuschung von echtem Kontakt. Dies ist auch ein Grund, weshalb ein Teil der Pflegefachkräfte skeptisch ist, wenn eine Einrichtung überlegt, emotionale Robotik einzusetzen. Denn wie erklärt man Menschen mit Demenz, um was es sich handelt? Wie viel Wahrheit ist geeignet oder wie viel Lüge ist erlaubt? Viele Pflegefachkräfte entscheiden grundsätzlich, BewohnerInnen nicht anzulügen. Manche nutzen die Möglichkeit, um zu motivieren, aber auch um Druck und Kontrolle auszuüben (Brinkmann 2019).

Zum Einsatz kommt nicht nur Tieren nachempfundene (zoomorphe), sondern auch dem Aussehen von Menschen nachempfundene (humanoide) Robotik. Bekannt sind Roboter wie Pepper, die vor allem zur Unterhaltung Verwendung finden. In größeren Studien versucht man, die Wirkung von emotionaler Robotik auf Menschen mit Demenz zu untersuchen. Bisher konnte nicht gezeigt werden, dass sie sich ängstigen, meistens ist die Reaktion eher positiv. Einige Aussagen aus einer Studie sind durchaus philosophisch interessant, so zum Beispiel die Reaktionen auf Zeno, den einem kleinen Menschen nachempfundenem humanoiden Roboter: „Man macht dem Menschen den Menschen nach.“ Andere Reaktionen zeigen das Erkennen der Technik: „Alles Attrappe“ (Bleses et al. 2017, 9). Es gibt Hinweise darauf, dass die Einbeziehung von Kuschtieren aus Stoff zur Unterstützung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz ähnlich gut geeignet ist wie der Einsatz der Robbe Paro (Moyle et al. 2017).

### Design und Datensicherheit

Nicht nur die Funktion, auch das Design entsprechender Systeme ist von Bedeutung. Humanoide Roboter werden so gestaltet, dass sie als adressierbar erlebt werden, als ein Jemand – nicht umsonst erhalten sie einen Namen. Damit stellt sich die Frage, ob insbesondere kognitiv eingeschränkte Personen damit getäuscht werden. Menschen sind in der Lage, zwischen Fiktion und Realität zu unterscheiden. Aber bei den genannten Personen ist das unter Umständen nur zum Teil oder nicht mehr gegeben. Dann kann Autonomie beschränkt und Vertrauen zerstört werden (Gräb-Schmidt/Stritzelberger 2018).



Die Ruhe, die beweglich hält.® **RHOMBO MEDICAL**

### Pflegeprofis vertrauen.

RHOMBO-MEDICAL® Produkte basieren auf Erkenntnissen der professionellen Pflege und wurden entwickelt für prophylaktische und/oder therapeutische Anwendungen in Kliniken, Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen und in der häuslichen Krankenpflege.

Vertrauen auch Sie den professionellen RHOMBO-MEDICAL®-Produkten und erleben Sie „Die Ruhe, die beweglich hält.“



Lück GmbH & Co. KG  
Vennweg 22  
46395 Bocholt  
www.rhomb-medical.de



Ein grundsätzliches Problem beim Einsatz autonomer Systeme und Künstlicher Intelligenz (KI) ist die Frage des Umgangs mit Daten. Die Systeme sind mit einer Vielzahl von Sensoren ausgestattet, die Daten liefern, die in nahezu jeder Hinsicht ausgewertet werden und Kontrolle ausüben können. Beispielsweise lässt sich aus Stimmenaufzeichnungen auf Stimmungen und damit auf Suizidgefährdung schließen, Bewegungsprofile geben Aufschluss über den Gesundheitsstatus, Kameras in der Wohnung können einen Notfallalarm auslösen. Dabei geht es um die Abwägung zwischen Autonomie und Sicherheit. Diese lässt sich wiederum nur durch die Betroffenen selbst vornehmen.

### Länger eigenständig leben

Aktuell befindet sich die häusliche Pflege in einer Umbruchsituation: Die bisherige Bemessung der Pflegebedürftigkeit wird umgestellt, innovative Pflegekonzepte, die die Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Pflegefachkräften verbessern sollen, entwickeln sich und Digitalisierung sowie Technologisierung sorgen für einen einschneidenden Wandel in der häuslichen Pflege. Damit können nicht nur alte Menschen dazu befähigt werden, länger eigenständig zu leben, auch für Angehörige können Entlastungsmöglichkeiten entstehen.

Eine Vielzahl neuer Technologien wurde entwickelt, um ein unabhängiges Leben in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich zu unterstützen. Bekannt wurden diese „Altersgerechten Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben“ unter dem Begriff Ambient Assisted Living (AAL). Ein großer Teil dieser technischen Neuerungen wurde zur Unterstützung in

der Kommunikation, Mobilität und der Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege entwickelt und soll über einen längeren Zeitraum die Autonomie von pflegebedürftigen Menschen ermöglichen. Viele technische Entwicklungen, gerade auch bezogen auf die Kommunikation, werden inzwischen in der häuslichen Pflege auch von hochaltrigen Menschen genutzt, beispielsweise Tablets und Kommunikationsplattformen für Videochats mit Familienangehörigen, die eine Kommunikation mit Sichtkontakt auch über Distanzen hinweg ermöglichen. So wird die räumliche Distanz überwunden und zumindest teilweise emotionale Nähe hergestellt.

### Entlastung für Angehörige

Es werden aber auch Technologien entwickelt, die darauf abzielen, Angehörige zu entlasten, indem nicht nur Kommunikations-, sondern auch Kontrollmöglichkeiten über die pflegerische häusliche Situation geschaffen werden. Es entsteht derzeit eine Vielzahl an Tools, die zu einer erheblichen Überwachung der körperlichen Situation von pflegebedürftigen Menschen führen können. Moderne Sensorsysteme erlauben etwa die Kontrolle über Vitalfunktionen, Bewegung, Stürze oder Feuchtigkeit der Einlage beziehungsweise Unterlage. Neben dem schwerwiegenden Verlust der Privatheit ist hier zu fürchten, dass es zu Einsamkeit und Isolation kommt, da nicht einmal zur Beobachtung der Situation jemand vor Ort sein muss.

Ähnlich verhält es sich mit Instrumenten, die weniger unter Verdacht stehen, problematische Folgen nach sich zu ziehen. Ein Beispiel sind Trink-Tracker, die die Trinkmengen über den Tag messen und

immer wieder an das Trinken erinnern. Auf den ersten Blick würde man vermuten, dass die NutzerInnen davon nur profitieren können, da das Trinken für die Gesunderhaltung notwendig ist. Mithilfe des Instruments MEESTAR konnte allerdings gezeigt werden, dass auch solche Assistenzsysteme auf ihre ethischen Implikationen anhand der Kriterien Fürsorge, Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit, Privatheit, Teilhabe und Selbstverständnis geprüft werden sollten (Menzeschke 2015). In der Analyse wurde deutlich, dass ein Trink-Tracker eine bedrängende Wirkung haben kann, da er Lichtsignale sendet. Zudem wird das Verhalten der NutzerInnen kontrolliert und sensible Daten (womöglich unsicher) gespeichert. NutzerInnen könnten sich zudem bedürftig und krank fühlen, da sie permanent an ein Defizit erinnert werden. Und schließlich verringert die Nutzung des Trackers möglicherweise den Kontakt zu anderen Menschen – denn selbst ein kurzer Hinweis durch eine/n Angehörige/n oder eine Pflegefachkraft ist ein Moment des menschlichen Kontaktes, den wir trotz aller Fortschritte der Technik niemals ersetzen werden können. ■

*Der Artikel basiert auf dem Buch „Ethik in der Pflege“ aus dem Ernst Reinhardt Verlag, siehe auch S. 43.*

### Was brauchen Sie, um sich im Alltag gut versorgt zu fühlen?

„Dafür brauchen wir die Kleinmarkthalle in Frankfurt am Main.“



**Prof. Dr. Andrea Schiff**  
ist Professorin für Pflegewissenschaft an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.  
a.schiff@katho-nrw.de



**Prof. Dr. Hans-Ulrich Dallmann**  
ist Professor für Ethik am Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Ludwigs-hafen am Rhein.  
hans-ulrich.dallmann@hwg-lu.de

### Literatur

- Bleses, H.M./Prassler, E. et al. (2017): Emotionen stimulierende Assistenzroboter in der Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Menschen in der stationären Altenhilfe (EmoRobot). Gemeinsamer Abschlussbericht des Verbundvorhabens der Hochschulen Fulda und Bonn-Rhein-Sieg; Berichtszeitraum: 1.1.2016–30.11.2016. Selbstverlag Fulda.
- Brinkmann, A. (2019): Welche Erfahrungen haben Fachkräfte im Gesundheitswesen im stationären Kontext mit dem Einsatz von tierähnlichen Robotern gemacht? Eine qualitative Studie. MA-Thesis an der Kath. Hochschule NRW, Abteilung Köln.
- Gräß-Schmidt, E./Stritzelberger, P. (2018): Ethische Herausforderungen durch autonome Systeme und Robotik im Bereich der Pflege. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64(4), S. 357–372.
- Graf, B./Klein, B. (2018): Robotik in Pflege und

Krankenhaus – Einsatzfelder, Produkte und aktuelle Forschungsarbeiten. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64(4), S. 327–343.

Kreis, J. (2018): Umsorgen, überwachen, unterhalten – sind Pflegeroboter ethisch vertretbar? In: Bendel, O. (Hg.): Pflegeroboter. Berlin: Springer, S. 213–228.

Misselhorn, C. (2018): Grundfragen der Maschinenethik. 3. Aufl., Stuttgart: Reclam.

Moyle, W./Jones, C.J. et al. (2017): Use of a Robotic Seal As a Therapeutic Tool to Improve Dementia Symptoms. A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 18(9), S. 766–773.

Remmers, H. (2018): Pflegeroboter: Analyse und Bewertung aus Sicht pflegerischen Handelns und ethischer Anforderungen. In: Bendel, O. (Hg.): Pflegeroboter. Berlin: Springer, S. 161–179.

# Neues aus der Pflege



Dagmar Domenig (Hrsg.)

## Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz

Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe

3., vollst. überarb. u. erw.  
 Aufl. 2021. 752 S., 77 Abb.,  
 36 Tab., Gb  
 Etwa € 89,95 (DE) /  
 € 92,50 (AT) / CHF 122.00  
 ISBN 978-3-456-85753-4  
 Auch als eBook erhältlich

Das Lehrbuch entwickelt die transkulturelle zur transkategorialen Kompetenz weiter. Es bietet ein grundlegendes und praxisorientiertes Handbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit sowie Diversity und Komplexität für Gesundheitsberufe



Claudia Winkelmann / Andrea Helmer-Denzel

## Teambuilding leicht gemacht

Von der Projektidee zum Teamerfolg

2021. 200 S., 85 Abb., 1 Tab., Kt  
 € 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 41.50  
 ISBN 978-3-456-86177-7  
 Auch als eBook erhältlich

Nur im Team meistert man in der Gesundheitsversorgung erfolgreich die komplexen Anforderungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie in der Organisation selbst. Das Buch zeigt den Weg entlang der sechs Teamentwicklungsphasen und mit den entsprechenden Tools.



Andreas Friedrich Lutz

## Menschsein im Krisengebiet

Erfahrungsbericht eines Gesundheits- und Krankenpflegers über die humanitäre Hilfe mit Ärzten ohne Grenzen (MSF) im Südsudan

2022. 208 S.,  
 20 Abb., 6 Tab., Kt  
 € 24,95 (DE) /  
 € 25,70 (AT) / CHF 35.90  
 ISBN 978-3-456-86146-3  
 Auch als eBook erhältlich

Der Gesundheits- und Krankenpfleger Andreas Lutz nimmt Sie mit auf die Reise in ein Projekt der humanitären Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen (MSF) im nordöstlichen Südsudan und schreibt von seinen Erfahrungen als Pfleger.



Sabine Meisel /  
 Edita Truninger (Hrsg.)

## Auf weiblichem Terrain

Pflegefachmänner im Porträt

2022. Etwa 144 S.,  
 6 Abb., 1 Tab., Kt  
 € 19,95 (DE) /  
 € 20,60 (AT) / CHF 28.90  
 ISBN 978-3-456-86183-8  
 Auch als eBook erhältlich

Im Zentrum des Buches stehen Portraits von Pflegefachmännern. Das Buch zielt darauf den Pflegeberuf auch für Männer attraktiver zu machen und liefert Rollenmodelle von Männern, die erfolgreich in die Pflege eingestiegen und als Pflegefachmänner tätig sind.

# Chance für ein professionelleres Rollenverständnis?

Primary Nursing in der spezialisierten ambulanten Kinderpalliativversorgung



Aaliyah Monique Durlan mit ihrem Bezugskind Lennox. Foto: privat

## *Aaliyah Monique Durlan*

Nicht nur im Krankenhaus arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen zusammen. Multiprofessionalität ist ebenso notwendig, um im ambulanten Bereich die Versorgung von erkrankten Personen sicherzustellen. Dass die Teamarbeit auch ohne Hierarchien funktioniert und Pflegende in ihrem fachlichen Handeln sogar gestärkt werden können, zeigt unsere Autorin am Beispiel des KinderPalliativTeams Südhessen.

**E**s ist ein normaler Montagmorgen. In den Büroräumen des KinderPalliativTeams Südhessen wird bei der wöchentlichen Teambesprechung angeregt diskutiert. Ich betrachte die Situation von außen und stelle fest: Auf den ersten Blick ist es schwer zu sagen, wer hier welcher Berufsgruppe angehört. Arztkittel oder Kasack trägt niemand am großen Konferenztisch, die altbekannten hierarchischen Strukturen zwischen ÄrztInnen und

Pflegenden erkennt man in den Diskussionen nicht. Die verschiedenen Berufsgruppen kommunizieren hier auf Augenhöhe.

### **Multiprofessionelle Zusammenarbeit**

Fünf Berufsgruppen arbeiten im KinderPalliativ-Team Südhessen: ÄrztInnen, Pflegende, eine Hebamme, eine Teamassistentin und eine Psychologin. Dass die Berufsgruppen so gut multiprofessionell und interdisziplinär zusammenarbeiten, alle mit dem gemeinsamen Ziel, schwerstkranken Kindern und Jugendlichen den Verbleib zu Hause zu ermöglichen, ist eine Selbstverständlichkeit, die man sich für das gesamte Gesundheitswesen genau so wünscht.

Der regelmäßige Austausch und die gemeinsame Versorgungsplanung sind für ein gutes Gelingen unerlässlich. Auch bei den wöchentlich stattfindenden Routinehausbesuchen bei den PatientInnen

und ihren Familien wird Wert auf multiprofessionelle Expertise gelegt. Im zweiwöchentlichen Wechsel finden die Hausbesuche durch eine Pflegekraft allein oder durch eine Pflegekraft und ein/e ÄrztIn statt. So soll sichergestellt werden, dass in der Behandlung der komplexen Symptomatik der lebensverkürzend erkrankten Kinder der Fokus nicht nur auf palliativmedizinischen, sondern auch auf pflegerischen und psychosozialen Behandlungsansätzen liegt.

### Auf dem Weg zu mehr pflegerischer Professionalität

Mit dem Ende der Teambesprechung kommt Unruhe auf. Es werden Telefonate mit Familien, Apotheken und Krankenkassen geführt. Rezepte werden gedruckt, Pflege- und Arzttaschen gepackt. Die Hausbesuchstouren für den heutigen Tag werden eingeteilt. „Ich glaube, es ist besser, wenn ich allein zu Lennox fahre. Ich will noch was mit den Eltern besprechen. Bin da ja auch Primary Nurse“, sage ich vor mich hin.

Die Pflegenden des KinderPalliativ-Teams Südhessen arbeiten seit etwas mehr als einem Jahr nach dem Primary Nursing Konzept von Marie Manthey. Zuvor gab es kein festgelegtes Pflegesystem. Pflegerische Aufgaben rückten oftmals aufgrund der komplexen medizinischen Therapie in den Hintergrund der Versorgung. Eine Arbeitsstrukturierung nach dem Pflegeprozess – der Pflegeanamnese, Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Pflegeimplementierung und Pflegeevaluation umfasst (Doenges et al. 2018) – wurde nicht

aktiv umgesetzt. Man kann jedoch nicht behaupten, es sei überhaupt nicht nach dem Pflegeprozess gearbeitet worden. Die Strukturen der einzelnen Elemente des Pflegeprozesses waren in der Arbeit der Pflegenden durchaus erkennbar, nur wurden diese selten schriftlich festgehalten oder geplant. Der Aufgabenbereich der Pflegenden im Sinne von Vorbehaltsaufgaben war zudem nicht klar definiert. Es wurde auch den Familien nicht immer deutlich, worin sich die Aufgaben der Pflegenden von denen der ÄrztInnen unterschieden.

### Pflege stark machen – aber wie?

Wie können wir den Pflegeprozess in unserem Team besser abbilden und die Rolle der Pflegenden gleichzeitig stärken? Diese Frage stellten sich drei Pflegenden des KinderPalliativTeams im Frühjahr 2020. Sie gründeten eine Arbeitsgruppe, etablierten eine Pflegeanamnese sowie einen Pflegediagnostik- und -planungsbogen und schulten ihre KollegInnen in der Umsetzung des Pflegeprozesses.

Das große, übergeordnete Ziel war es jedoch, ein Versorgungskonzept zu finden, das die professionelle Haltung der Pflegenden fördert und fordert sowie gleichzeitig das erkrankte Kind und seine Familie in den Mittelpunkt stellt. Nach ausführlicher Recherche wurde deutlich: Das personenzentrierte Primary Nursing-Konzept passt zu unserer Arbeitsweise. Nun sollte die Etablierung dieses Konzepts eine spannende, aber herausfordernde Aufgabe für die Arbeitsgruppe werden.

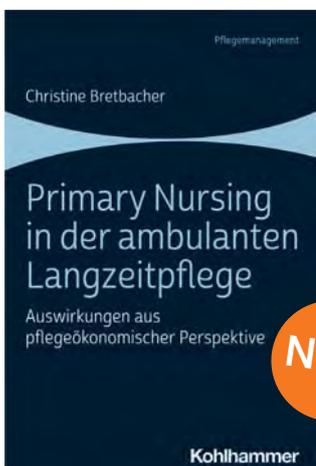
### Was ist Primary Nursing?

Das Primary Nursing-Konzept ist ein US-amerikanisches, personenzentriertes Pflegesystem. Es wurde in den späten 1960er-Jahren von Marie Manthey – einer Registered Nurse, Autorin und Dozentin der Pflegewissenschaften – am University of Minnesota Hospital entwickelt.

Das neue Pflegeorganisationssystem war Mantheys Antwort auf die aus ihrer Sicht zunehmende Dehumanisierung der Pflege in der Mitte des 20. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten von Amerika. Sie verglich die damals vorherrschende Funktionspflege mit der industriellen Massenproduktion. Diese führte aus ihrer Sicht zu einem Rollenverlust und der subjektiven „Entprofessionalisierung“ der Pflegenden (Mischo-Kelling 2011). Mantheys Ziel war es, ein Pflegeorganisationssystem zu etablieren, das den Menschen allumfassend, nicht nur seine Erkrankung, in den Fokus der Versorgung stellt und die Professionalität der Pflegenden stärkt. Das Konzept besteht aus vier Kernelementen (Manthey 2011):

#### ► Übertragung der Verantwortung

Als das zentrale Kernelement des Primary Nursing-Systems benennt Manthey die pflegerische Verantwortung – gleichzeitig ist dies der größte Unterschied zu anderen Pflegesystemen. Die Primary Nurse übernimmt die Entscheidungs-, Planungs- und Durchführungsverantwortung in der Versorgung ihrer PatientInnen. Durch seine einfache aber klare Struktur stellt das



Christine Bretbacher

### Primary Nursing in der ambulanten Langzeitpflege

Auswirkungen aus pflegeökonomischer Perspektive

2021. 232 Seiten, 25 Abb., 25 Tab. Kart. € 49,-  
ISBN 978-3-17-039596-1

Monika Pigorsch/Sabine Söhnchen-Korn

### Pflege und Betreuung Bettlägeriger

Aktivierung mit dem Strukturmodell

2021. 106 Seiten, 2 Abb., 1 Tab. Kart. € 19,-  
ISBN 978-3-17-039367-7

personenzentrierte Primary Nursing-Konzept die Vermeidung von Verantwortungswechseln sicher.

Die Primary Nurse legt nicht nur die durchzuführenden Pflegemaßnahmen und -interventionen fest, sondern plant auch die pflegerische Zielfestlegung gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen, Eltern und pflegenden Bezugspersonen. Die Pflegemaßnahmen führt sie nach Möglichkeit selbstständig durch und evaluiert diese anhand der verschriftlichen Zielfestlegung. In ihrer Abwesenheit lässt sich die Primary Nurse durch eine andere Pflegekraft vertreten, welche die Versorgung nach den Festlegungen der Primary Nurse ausführt. Diese Pflegekraft wird von Manthey als „Associated Nurse“ bezeichnet (Manthey 2011).

► **Arbeitszuweisung nach der Fallmethode**  
Die Betreuung des Kindes erfolgt niemals tätigkeits-, sondern immer personenorientiert. Anders als in einem Funktions- oder Bereichspflegesystem erfolgt die Zuteilung der BezugspatientInnen also bedarfsorientiert durch die zuständige Team- oder Pflegedienstleitung. Die Möglichkeiten und Qualifikationen der Primary Nurse sollten dem individuellen Bedarf des Kindes entsprechen (Manthey 2011).

Dies gestaltet sich in der Arbeit des KinderPalliativTeams beispielsweise so, dass ein heimbeatmetes Kind eher von einer Pflegekraft betreut wird, die bereits Erfahrung auf diesem Gebiet hat. Kinder mit sehr komplexen Symptomen und hohem Versorgungsaufwand werden vornehmlich von einer Primary Nurse mit hohem Stellenanteil versorgt, um allen Bedürfnissen gerecht zu werden. Im August 2020 wurden die ersten PatientInnen den entsprechenden Primary Nurses zugeteilt. Seitdem wird fortlaufend jedes neu aufgenommene Kind einer Pflegekraft zugeordnet.

#### ► Direkte Kommunikation

Die Primary Nurse sorgt für eine direkte und gesteuerte Kommunikation zwischen den Familien, der vertretenden Associated Nurse, dem gesamten KinderPalliativTeam, den KinderärztInnen und allen weiteren an der Versorgung beteiligten Strukturen. Sie nimmt an allen ihre PatientInnen betreffenden Besprechungen teil und leitet diese, wenn notwendig, als ModeratorIn. Die Beratung und Anleitung der Eltern und Zugehörigen erfolgt vor-

Die Pflegefachkräfte des KinderPalliativ-Teams Südhessen.  
Foto: privat



zugsweise ebenfalls durch sie (Deutsches Netzwerk Primary Nursing 2016).

#### ► Verantwortungsübernahme – 24 Stunden, an 7 Tagen

Die Primary Nurse trägt die Verantwortung für ihre PatientInnen kontinuierlich, auch wenn sie nicht im Dienst ist (Manthey 2011). Es muss allerdings betont werden, dass sie zur Entscheidungsfindung in ihrer Freizeit nicht durch ihre KollegInnen kontaktiert wird, sondern sich durch eine andere Pflegekraft vertreten lässt.

#### Ziel erreicht?

Im Auto auf dem Weg zu Lennox frage ich mich: „Haben wir mit der Etablierung des Primary Nursing-Konzepts das erreicht, was wir erreichen wollten? Machen wir Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sichtbarer?“ Die ehrliche Antwort lautet wahrscheinlich: „Fast“ oder „Noch nicht ganz“. Abschließend lässt sich der Erfolg der Neu-etablierung des personenzentrierten Primary Nursing-Konzepts nämlich noch nicht beurteilen.

Zur Qualitätssicherung wird es beizeiten notwendig sein, das entwickelte Konzept grundsätzlich auf die tatsächliche Umsetzung der Kernelemente des Primary Nursing-Systems zu überprüfen und die Arbeitsstruktur gegebenenfalls anzupassen. Hierfür könnte sich das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP®) eignen. Es untersucht die Wirksamkeit und tatsächliche Umsetzung patientenzentrierter Pflegesysteme, indem es die Rahmenbedingungen und Ressourcen des Teams sowie die entsprechenden Outcomes erfasst und auswertet (Schippers et al. 2010).

Dieser Prozess braucht jedoch noch etwas Zeit. Unseren neuen Arbeitsabläufen fehlt es noch an Routine. Stolz können wir trotzdem – oder gerade deshalb – sein.

Wir haben angefangen und uns getraut, etwas in unserer Arbeit zu verändern. Die Pflegenden des KinderPalliativ-Teams nehmen ihre Rollen als Primary Nurses ernst. Einige Familien verlangen bei wichtigen Fragestellungen und Gesprächen explizit nach „ihrer“ Primary Nurse. Es scheint sich also zu lohnen, die Rolle der professionell Pflegenden weiter zu stärken. Und das nicht nur in der ambulanten Kinderpalliativversorgung. ■

#### Literatur

- Dt. Netzwerk Primary Nursing (2016): Merkmale von Primary Nursing. Eine Orientierung und Handlungshilfe zur Umsetzung der pflegerischen Organisationsform Primary Nursing. <https://kurzelinks.de/zsf6>.
- Doenges, M. E./Moorhouse, M. F./Murr, A. C. (2018): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 6., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Manthey, M. (2011): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3., überarb. und akt. Aufl. Bern: Huber.
- Mischo-Kelling, M. (2011): Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Manthey, M.: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber.
- Schippers, A./Abderhalden, C. et al. (2010): Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen „IzEP“. Pflegerische Organisation für Praxis, Management und Wissenschaft sichtbar machen. *Pflegezeitschrift* 63 (1), S. 40–44.

#### Was brauchen Sie, um sich im Alltag gut versorgt zu fühlen?

„Mein Mann, meine beste Freundin Friederike und meine Familie sind meine Widerstandsressourcen im Alltag. Und ab und zu mal eine Auszeit bei Oma :-).“

#### Aaliyah Monique Durlan



ist Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Palliative Care-Fachkraft für Kinder und Jugendliche sowie Studentin der Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe (B. A.), [aaliyah.durlan@palliativteam-frankfurt.de](mailto:aaliyah.durlan@palliativteam-frankfurt.de)

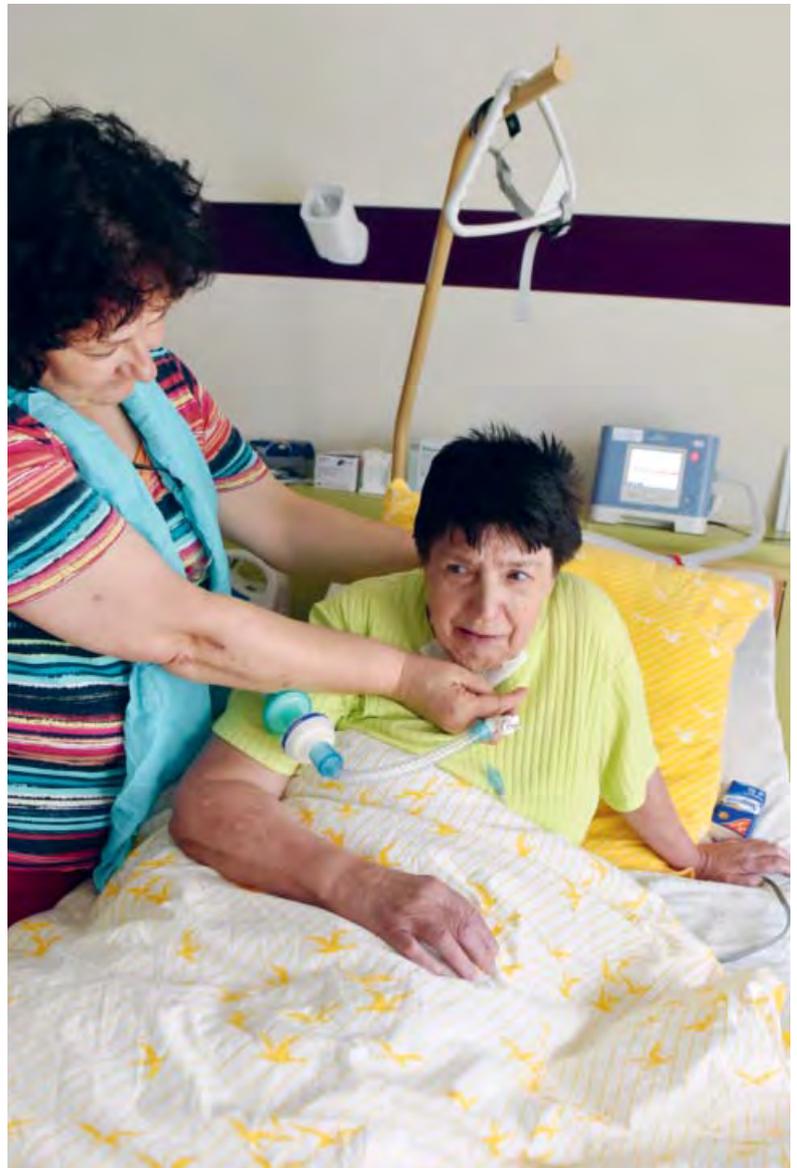
# Pflegerische Expertise einbeziehen

Wie die Politik die ambulante Pflege gefährdet

*Yvonne Falckner und Paul-David Deike*

Mit der Psychiatrie-Enquete Mitte der 1970er-Jahre kam die Forderung nach einer Enthospitalisierung auf. Und nicht nur in der Psychiatrie wurde verlangt, Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf außerhalb stationärer Einrichtungen zu betreuen. Seitdem ist „ambulant vor stationär“ ein geltender Leitsatz unseres Gesundheitssystems. Aktuell wird die ambulante Versorgung aber nicht nur durch den zunehmenden Fachkräftemangel bedroht, sondern auch durch gesetzliche Regelungen, die Kostenersparnisse vor die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und deren Familien stellen.

Der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ wurde im Rahmen der sogenannten Psychiatrie-Enquete 1975 fertiggestellt und umfasst alle Bereiche der Langzeitpflege. Beachtung fanden auch Menschen mit Hirnverletzungen (Wachkoma, apallisches Syndrom etc.) und sogenannte „Nichtsesshafte“. In der Enquete sind einige gewichtige Forderungen formuliert. In Teilen wurde eine Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken angestrebt; große psychiatrische Krankenhäuser sollten umstrukturiert werden, um Patient\*innen gemeindenah versorgen zu können, auch Menschen mit Behinderungen. Für das häufig unausgebildete Personal wurden ganze Kataloge an Aus-, Fort- und Weiterbildungen konzipiert.



Manche Menschen, die auf eine Beatmung angewiesen sind, leben in „Beatmungs-WGs“. Das IPReG könnte künftig dafür sorgen, dass sie nicht mehr eigenständig über ihren Wohnort entscheiden dürfen. Foto: picture alliance/dpa | Uli Deck

## Facetten der (De-)Professionalisierung

Mit Einführung der Pflegeversicherung Anfang der 1990er-Jahre wurde der Leitsatz „ambulant vor stationär“ etabliert. Menschen sollten fortan möglichst lange zu Hause durch ihre Angehörigen betreut und gepflegt werden. Dies führte zur Trennung von sogenannter Grundpflege und Behandlungspflege und zum gesellschaftlichen Leitsatz „Pflegen kann jeder“. Parallel dazu setzte eine Professionalisierungswelle ein und es wurden im-

mer mehr Studienmöglichkeiten im Bereich Pflege geschaffen, die zu einer akademischen Profilschärfung der Pflegeprofession führen sollte. Die Studiengänge sind inzwischen so breit gefächert, dass es heute eine Vielzahl akademisierter Pflegefachkräfte mit höchst unterschiedlichen Zusatzqualifikationen gibt, deren (angedachte) Tätigkeitsprofile sich kaum in den geltenden Vergütungsstrukturen widerspiegeln. Und da die akademisch gebildeten Fachkräfte in der Regel nicht mehr in der direkten Patientenversorgung arbeiten, konnte der Pflegenotstand durch die bundesweiten Professionalisierungsambitionen nicht behoben werden.

Vielmehr zeigt sich eine anhaltende Dequalifizierungsspirale. Hier wirkt das äußerst verhängliche Argument, in der ambulanten Pflege würden angeblich weniger Fachkräfte gebraucht. Bis heute klagt ein Großteil ambulant tätiger Pflegefachkräfte darüber, dass sie als weniger professionell wahrgenommen werden. Dabei sind die fachlichen Ansprüche teilweise sogar höher als in klinischen Versorgungsstrukturen: In ambulanten Settings kann selten direkt auf Ärzt\*innen zurückgegriffen werden und Pflegefachkräfte müssen in kritischen Situationen eigenständig hochkomplexe Entscheidungen treffen. Die fehlende gesellschaftspolitische Wertschätzung ambulant tätiger Pflegefachkräfte schlägt sich zudem in der Bezahlung nieder. Sie verdienen brutto häufig bis zu 800 Euro weniger im Monat als im stationären Rahmen.

### Außerklinische Intensivpflege

In der außerklinischen Intensivpflege werden überwiegend (teil-)beatmete Menschen versorgt. In der Regel handelt es sich um Betroffene mit pulmonologischen oder neurologischen Erkrankungen wie COPD oder ALS, aber auch um Menschen im dauerhaften Wachkoma, beispielsweise nach Reanimation oder einem Unfall. In Deutschland wird die Zahl der Betroffenen auf rund 25.000 bis 30.000 geschätzt; genaue Zahlen liegen nicht vor.

Früher wurden viele beatmete Menschen auf sogenannten Chroniker-Stationen psychiatrischer Einrichtungen oder auf (Kinder-)Intensivstationen versorgt. Erst mit den sprunghaften Fortschritten der Medizintechnik ging aus den klinischen Institutionen allmählich die außerklinische Intensivpflege hervor. Diese lief lange Zeit „unter dem Radar“. Oft waren

es engagierte Pflegefachkräfte, die begleitende Ansätze für die betroffenen Familien erarbeiteten. Im Hinblick auf die pflegefachlichen Ansprüche hatte sich gewissermaßen eine „ambulante Königsdisziplin“ entwickelt.

Die ersten ambulanten Versorgungsstrukturen, in denen die Patientenzentrierung im Vordergrund stand, wurden gemeinsam und gleichberechtigt von Pflegefachkräften und Ärzt\*innen aufgebaut. Folgerichtig wurde den Pflegefachkräften die Deutungshoheit über die Gestaltung dieser komplexen Langzeitsettings zuerkannt, unter Beachtung spezifisch medizinischer Ansprüche.

### Bessere Versorgung und Kostenersparnis?

Mit zunehmender Ökonomisierung der Kliniken und nach Einführung des DRG-Systems sowie mit fortschreitender Entwicklung der Medizintechnik und Intensivmedizin gab es schon bald immer mehr intensivpflichtige Langzeit-Patient\*innen. Der hohe Versorgungsbedarf führte dazu, dass es zu einer überbordenden Anzahl nicht gesicherter Versorgungssituationen kam. Durch fehlende Regulierungen konnten sich immer häufiger betrügerische Pflegedienste mit ausschließlich kommerziellen Interessen und unzureichend qualifizierten Pflege- bzw. Laienkräften etablieren.

Nachdem einige Betrugsskandale öffentlich bekannt geworden waren, wurde 2019 auf Betreiben von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) das Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG), inzwischen umbenannt in Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG), verabschiedet. Im Gesetz wird davon ausgegangen, dass Betroffene, die außerklinische Intensivpflege erhalten, im stationären Setting besser betreut werden können. Der Gesetzgebungsprozess wurde von vielen Protesten begleitet, da erstmalig wieder eine staatliche Rehospitalisierung angestrebt wird, die einer partiellen Abkehr von geltenden gesetzlichen Leitlinien gleichkommt. „Ambulant vor stationär“ gilt hier nicht mehr für alle.

Die Notwendigkeit für die gesetzliche Neuregelung wird gleichermaßen mit dem chronischen Mangel an geeignetem Fachpersonal als auch mit exzessivem Leistungsbetrug begründet. Der erhoffte Synergieeffekt besteht scheinbar in einer angemessenen Regulierung der Versor-

gungsstrukturen, einer angeblich höheren Versorgungsqualität sowie einer signifikanten Kosteneinsparung durch eine effektivere Refinanzierung. In Zeiten des Fachkräftemangels mag man sich zudem eine Personalfreisetzung erhoffen, da häusliche Eins-zu-eins-Versorgungen sowie Wohngemeinschaften mit intensivpflegerischem Versorgungsangebot aufgelöst werden. Ausgeblendet wird im Hinblick auf die Versorgungsqualität allerdings, dass die Quote von Hilfspersonal gerade in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen nahezu konstant bei 50 Prozent liegt. Diese Hilfskräfte verfügen nicht über die erforderliche Ausbildung, um die Menschen mit ihren komplexen Pflegebedarfen adäquat und fachgerecht versorgen zu können.

Das IPReG in seiner jetzigen Form ist also nicht mehr als ein neuerlicher Versuch zur Eindämmung kostenintensiver Versorgungsformen, der so umfassend ist, dass damit eine ganz Reihe an Grundrechten und Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention verletzt werden. Es ist zu befürchten, dass Krankenkassen künftig darüber entscheiden, wie Patient\*innen untergebracht werden. Im Gesetz heißt es, man müsse „berechtigter Wünsche“ der Versicherten berücksichtigen, wenn sie zu Hause versorgt werden möchten. Des Weiteren müsse die Versorgung den geltenden Vorgaben entsprechen, was einmal pro Jahr durch den Medizinischen Dienst (MDK) geprüft werden soll. Doch wer entscheidet, was ein „berechtigter“ Wunsch ist?

Richtig ist, dass wirksame Strategien zur Kostensenkung künftig eine immer wichtigere Rolle spielen werden, vor allem auch im Hinblick auf die Generationengerechtigkeit. Abrupte Regulierungsexzesse sollten jedoch tunlichst vermieden werden. Effektiver wäre es, Pflegefachkräfte in die Erstellung von Leitlinien und die Verordnung intensivpflegerischer Leistungen einzubeziehen. Zudem lohnt sich der Blick darauf, was Fachkräfte zur Entlastung von Betroffenen und ihren Familien neben pflegerischen Tätigkeiten tagtäglich leisten.

### Pflegerisches Handeln außerhalb des Leistungskatalogs

Ein Paradebeispiel für Leistungen, die in den geltenden Vergütungsstrukturen nicht abgebildet werden, sozusagen kostenloses Beiwerk sind, ist die Gestaltung und

Regulierung äußerst schwieriger Familienkonstellationen durch kontinuierliche und reflektierte Beziehungsarbeit. Hier besteht immer die Gefahr, zu dicht in ein bestehendes Familiengeflecht integriert zu werden. Das Risiko, Phänomene nicht mehr fachlich korrekt deuten zu können, wächst mit zunehmender Nähe. Oft wird die professionelle Leistungserbringung auch durch Familienangehörige erschwert, die aufgrund körperlicher und mentaler Dauerüberlastung nicht selten unumstößliche Ansichten darüber entwickelt haben, wie „gute Pflege“ auszusehen hat.

Unzureichend sind auch die gegenwärtigen Regelungen zur Pflegeberatung. Zwar führen Krankenkassen, Pflegestützpunkte und -dienste Beratungen durch, allerdings ist in vielen Fällen zu hinterfragen, wie unabhängig diese angesichts des wirtschaftlichen Interessenkonflikts sein können. Dabei könnten Menschen mit Intensivpflegebedarf mit unabhängiger Pflegeberatung und unter Einbezug familien-systemischer Gegebenheiten viel besser erreicht werden. Zudem könnten Ängste und Schuldgefühle genommen werden, wenn sich Betroffene doch für eine stationäre Aufnahme entscheiden. Gerade Fragen nach dem Sinn, Trauer und Traumatisierungen spielen bei den Angehörigen regelmäßig eine große Rolle.

### Pflege ist Therapie

Pflege sollte als Therapie anerkannt werden. Damit käme es endlich zu einer ausreichenden Honorierung der tatsächlich erbrachten Leistungen, vor allem im Hin-

blick auf die pflegefachlichen Leistungen unter besonderen familiensystemischen Umständen. Hierin liegt der Kern der erforderlichen Professionalisierung der Pflege in Deutschland.

Andernfalls wird „Pflegequalität“ gesellschaftlich wie politisch weiterhin durch Zuschreibungen bezüglich der einzelnen Pflegefachkraft definiert und mit Freundlichkeit und strahlendem Gemüt gleichgesetzt. Freundlichkeit und Devotismus gelten als Eintrittskarte in die deutsche Pflegewelt. Fachlichkeit hingegen ist teilweise sogar verpönt und wird als Bedrohung und Arroganz gewertet, was eine Emanzipation der Pflegeprofession verhindert. Die Verhinderung weiterer Emanzipationsschritte der professionellen Pflege werden den erwartbaren Versorgungskollaps noch dramatischer ausfallen lassen. Der Pflegereport der Bertelsmann Stiftung prognostiziert bis zum Jahr 2030 ein Defizit von rund 500.000 Vollzeitstellen in der Pflege. Und bereits jetzt zerstört der Pflegenotstand Familien, produziert einen enormen Arbeitskräfteverschleiß und sorgt für einen immensen volkswirtschaftlichen Schaden.

Neben einer weiteren strukturellen Professionalisierung ist eine grundlegende Lohnreform unabdingbar (Einstiegsgehalt von 4.000 Euro brutto/Monat Minimum!). Des Weiteren ist eine geschützte Etablierung von Pflegekammern längst überfällig. Ihnen muss ein vollumfängliches Mitbestimmungsrecht im G-BA eingeräumt werden, um zu verhindern, dass ein Versorgungsstandard über Leitlinien definiert

wird, ohne die pflegebezogene Lebensrealität der Betroffenen zu betrachten – wie es beim IPReG der Fall war. Intensivpflichtigkeit bedeutet ganz ausdrücklich nicht Maschinenwartung mit menschlichem Anhang. Außerklinische Intensivpflege bedeutet, Schwerstkranke mit maschineller Unterstützung durch reflektierte Beziehungsgestaltung und unter Einbezug pflegerischer Fachexpertise angemessen zu versorgen. ■

### Was brauchen Sie, um sich im Alltag gut versorgt zu fühlen?

„Ich brauche Zusammenhalt, Humor und viel Zeit mit meinem Partner. Buttermilch mag ich aber auch.“



#### Yvonne Falckner

ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dozentin für Pflege und Soziales sowie Initiatorin von Care Slam. [www.careslam.org](http://www.careslam.org)



#### Paul-David Deike

ist Pflegedienstleiter und freiberuflicher Gesundheits- und Krankenpfleger. Zusammen mit Yvonne Falckner hat er die Yemaya' Care GmbH in Brandenburg gegründet.

## verlag selbstbestimmtes leben

### Teil – sein & Teil – haben® Wünschen – Gestalten – Leben

Wissenswertes zur Teilhabeorientierten Lebensbegleitung Erwachsener mit Komplexer Behinderung

Herausgegeben von Barbara Fornefeld

Das neue Buch von Barbara Fornefeld stellt die Teilhabeorientierte Lebensbegleitung Erwachsener mit Komplexer Behinderung in den Mittelpunkt. Es wendet sich an Mitarbeitende in Einrichtungen, Studierende und alle, die eine Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Komplexer Behinderung und der Arbeitszufriedenheit der sie begleitenden Fachkräfte erreichen wollen.

Erwachsene mit Komplexer Behinderung können Teilhabe verwirklichen, wenn ihre Bedürfnisse und Wünsche wahr- und ernstgenommen werden. Das will die Teilhabeorientierte Lebensbegleitung erreichen. Das Buch zeigt an einer Fülle von Beispielen und Anregungen, wie Teilhabe in den Lebensfeldern Wohnen, Arbeiten und Freizeit gelingen kann. Es stellt aber auch dar, dass Teilhabe nur im Miteinander funktionieren kann, wenn sowohl auf die Bedürfnisse der Menschen mit Komplexer Behinderung als auch auf die Bedürfnisse der sie begleitenden Fachkräfte aus pflegerischen und pädagogischen Berufen geschaut wird.

verlag selbstbestimmtes leben, Düsseldorf  
2021, 272 Seiten, 18,90 EUR  
ISBN: 978-3-945771-26-6

Der verlag selbstbestimmtes leben ist Eigenverlag des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm).  
Hier finden Sie das komplette Verlagsprogramm: [www.verlag.bvkm.de](http://www.verlag.bvkm.de)





## Die Angehörigen im Blick?

### Pflegekräfte in der ambulanten Pflege

Angehörige stabilisieren in der Regel häusliche Pflegearrangements. Doch werden ihre Bedarfe von Pflegefachkräften erkannt?  
Foto: mauritius images/Westend61/Daniel Ingold

#### *Oliver Lauxen*

In der ambulanten Pflege treffen Pflegekräfte nicht nur auf hilfebedürftige Menschen, sondern auch auf deren Angehörige. Unser Autor hat untersucht, wie und ob Angehörige von Pflegekräften wahrgenommen beziehungsweise in die Arbeit einbezogen werden. Dabei stellte er sich auch die Frage, ob die ambulanten Pflegedienste Angehörige im Alltag stärker unterstützen sollten.

**D**ie Arbeit in der ambulanten Pflege unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Arbeit in stationären Settings. Da die Arbeit in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen stattfindet, kann sie nicht nur an pflegerischen oder institutionsbezogenen Maßstäben ausgerichtet werden. Es gibt keine klaren Regeln, und die Gestaltung der Pflege muss nicht nur mit den Pflegebedürftigen ausgehandelt werden, sondern häufig auch mit deren Angehörigen, die ja nicht selten im sel-

ben Haushalt leben und teilweise selbst unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden. Als Pflegekraft kann man mitunter fachliche Standards nicht umsetzen, da diese in Konflikt mit den lebensweltlichen Orientierungen der Pflegebedürftigen oder Angehörigen stehen.

Von Pflegekräften in der ambulanten Pflege wird jedoch nicht nur erwartet, dass sie den Blick auf die Pflegebedürftigen und die vereinbarten Pflegeleistungen richten. Sie sollten darüber hinaus auch sensibel für die Unterstützungsbedarfe pflegender Angehöriger sein; denn es sind in der Regel Angehörige, die ein häusliches Pflegearrangement stabilisieren, während ein ambulanter Pflegedienst nur punktuell Unterstützung bietet (Zeman 2005).

Um herauszufinden, wie Pflegekräfte in der ambulanten Pflege auf pflegende Angehörige blicken und wie sie sich ihnen gegenüber verhalten, wurden in einem Promotionsvorhaben 19 Pflege-

kräfte in zwei ambulanten Pflegediensten ein oder zwei Mal befragt (Lauxen 2021). Den Befragten wurden alltagsnahe Fallgeschichten vorgelegt, von denen ausgehend sie über die eigene Haltung zu pflegenden Angehörigen, deren Unterstützungsbedarf sowie geeignete Handlungsstrategien nachdenken sollten. Aus den Interviews ließen sich drei „Typen“ von Pflegekräften herausarbeiten, die sich in ihrer Haltung und im Verhalten gegenüber pflegenden Angehörigen deutlich unterscheiden. Diese Typen sind als Abstraktionen der Wirklichkeit zu verstehen. Dennoch ließen sich die allermeisten Befragten recht eindeutig einem Typus zuordnen.

### 1. Typus:

#### Patientenzentriertes Handeln

Ein großer Teil der Befragten richtet die eigene Arbeit ausschließlich am Pflegebedürftigen aus. Pflegenden Angehörigen erscheinen eher als „Statisten“, die einen reibungslosen Ablauf der Pflegearbeit mitunter sogar stören oder behindern. Dass die Angehörigen durch ihr Verhalten einen eigenen Unterstützungsbedarf oder gar Überforderung mit der Lebenssituation signalisieren, erkennen diese Pflegekräfte kaum. Sie interpretieren Aussagen und Verhalten der Angehörigen eher als Ausdruck aktueller Befindlichkeiten (z. B. „Die Angehörige hat halt zu wenig geschlafen“ oder „Sie ist halt gereizt“). Entsprechend unterstützen diese Pflegekräfte pflegende Angehörige kaum. Sie scheinen große Schwierigkeiten zu haben, sich vom geplanten Arbeitsablauf zu lösen und auf situative Besonderheiten einzugehen. Dies führt sie recht schnell an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit, und sie delegieren an die Verwaltung: „Und dass man wirklich sagt: ‚Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie am besten das Büro an, und dann bekommen Sie Auskunft.‘“, erläutert eine Interviewte.

Von den 19 befragten Pflegekräften ließen sich zwölf dem ersten Typus zuordnen. Zur Hälfte handelte es sich dabei um an- und ungelernete Pflegehilfskräfte, zur Hälfte hatten sie einen pflegerischen Ausbildungsabschluss in der Altenpflegehilfe, der Altenpflege oder der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Pflegekräfte waren zum Zeitpunkt der Interviews im Durchschnitt seit 3,8 Jahren im ambulanten Pflegedienst tätig und hatten im Vergleich der drei Typen die geringste Berufserfahrung.

### 2. Typus:

#### Patientenzentriertes Handeln mit bedingter Perspektive auf pflegende Angehörige

Auch Denken und Handeln der Pflegekräfte vom zweiten Typus sind in erster Linie an den Pflegebedürftigen ausgerichtet. Pflegenden Angehörigen werden allerdings nicht als „Statisten“ oder „Störer“ angesehen, stattdessen sehen die Befragten deren Potenzial als „Mitgestalter“ der Pflege. Angehörige bereiten Pflegeaktivitäten vor oder nach, unterstützen die Pflegekräfte dabei, sind wichtige Ansprechpersonen für Biografiearbeit u. v. m.

Dennoch bleibt die Perspektive auf pflegende Angehörige bei den Pflegekräften dieses Typus nur eine bedingte: Die vier Befragten, die sich diesem Typus zuordnen ließen, waren Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerinnen, die trotz einer Berufserfahrung im Pflegedienst von durchschnittlich 6,5 Jahren ihre Arbeit in den Interviews immer wieder mit der Arbeit im Krankenhaus verglichen. Die Sozialisation im stationären Setting hatte für sie offenbar eine starke Prägekraft. Bezugspunkt sind für Pflegekräfte dieses Typus letztlich pflegefachliche Standards der Leistungserbringung sowie eigene Vorstellungen einer guten Pflege, die nicht wirklich mit den Angehörigen ausgehandelt werden. Die Pflegekräfte wollen „die Pflege machen, die man gerne umsetzen möchte, eine gute Pflege“. Sie benötigen die Unterstützung der Angehörigen, um die Bedingungen zu schaffen, die ihnen die Durchführung einer guten Pflege ermöglichen.

Aufgrund ihrer Berufserfahrung in der ambulanten Pflege erkennen die Befragten immerhin vielfältige Unterstützungsbedarfe aufseiten der Angehörigen. Sie verfügen zudem über ein recht breites Handlungsrepertoire. Allerdings ist dieses – wie bei den Pflegekräften vom Typ 1 – durch vielfältige Strategien zur „Delegation“ von Hilfehandeln geprägt: Der Verweis an die hausärztliche Praxis, an die Pflegedienstleitung, den Pflegestützpunkt, eine Selbsthilfegruppe oder das Mitbringen von Broschüren und Informationsmaterialien erscheint in Situationen, in denen Angehörige akute Überforderung oder Überlastung signalisieren, wenig bedarfsgerecht. Hier dürfte der Versuch einer direkten Unterstützung, ob nun psychosozial oder ganz praktisch, eher der adäquate Weg sein. Letztlich geht es den Pflegekräften dann

# AUF SICH SELBST ACHTEN

Ein Leitfaden für Menschen, die anderen Menschen helfen und dabei viel zu oft ihre eigene Gesundheit aus den Augen zu verlieren. Zeit für eine ganz eigene Form der Selbstfürsorge für Heilpraktiker\*innen und Therapeut\*innen aller Art.



ISBN: 978-3-9588-3-539-9  
12€ [D] | 12,40€ [A]

Den eigenen Bedürfnissen gerecht werden

Grenzen zwischen Beruf und Privatem ziehen

Energetische Säuberungen für die Praxisräume



Kamphausen  
Media

doch um die Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungen der Grund- und Behandlungspflege. Die Unterstützung der Angehörigen erscheint den Befragten zwar wichtig, sie sehen diese aber nicht als integralen Bestandteil ihrer Arbeit an.

### 3. Typus:

#### Patientenzentriertes Handeln mit systemischer Perspektive

Eine Perspektive, die das häusliche Pflegearrangement als Ganzes in den Blick nimmt, fand sich bei lediglich drei Altenpflegerinnen, die alle über vergleichsweise viel Berufserfahrung in der ambulanten Pflege verfügten (Durchschnitt: 10,7 Jahre). Deren Rollenverständnis geht über die reine Patientenorientierung deutlich hinaus: Sie berücksichtigen auch die Bedarfe der Angehörigen sowie die Balance des ge-

## „Viele Pflegende blenden die Bedarfe pflegender Angehöriger aus und delegieren Hilfehandeln an andere Stellen.“

samten Pflegesystems. Die Pflegerkräfte dieses Typus sehen die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements (Zeman 2005) als ihre Aufgabe an. Sie nehmen ein breites Spektrum an Unterstützungsbedarfen wahr und scheinen über ein ausdifferenziertes Handlungsrepertoire zu verfügen, mit dem sie auf die unterschiedlichen Bedarfe pflegender Angehöriger adäquat reagieren können. Sie gehen implizit davon aus, die Rückendeckung ihres Arbeitgebers zur Flexibilisierung von Einsatzzeiten zu haben, wenn dies der Bedarf vor Ort erfordert. Die Pflegerkräfte der Typen 1 und 2 agieren hier – trotz gleicher Rahmenbedingungen – wesentlich vorsichtiger und sehen die vorgegebenen Einsatzzeiten viel eher als verbindlich an.

#### Erfahrungswissen als Grundlage

Die Interviewauswertung zeigt, dass nur ein Teil der Pflegerkräfte in der ambulanten Pflege Unterstützungsbedarfe pflegender Angehöriger im Blick hat und adäquat darauf reagiert. Stattdessen blenden viele Pflegende Bedarfe pflegender Angehöriger aus und delegieren Hilfehandeln an andere Stellen, meist an Vorgesetzte. Viele

Befragte sehen ihre Rolle nicht darin, zur Stabilisierung eines häuslichen Pflegearrangements beizutragen, sondern vor allem darin, vertraglich vereinbarte und refinanzierbare Pflegeleistungen zu erbringen. Dies verwundert natürlich nicht, gibt es doch weder einen leistungsrechtlichen Rahmen zur Erbringung von Pflegeleistungen für pflegende Angehörige noch einen fachlich-professionellen Rahmen dafür.

Theoretische Konzepte, die Orientierung geben oder bei der Systematisierung von Bedarfen helfen könnten, sind wenig bekannt (siehe z. B. das Trajectory Work Modell von Corbin & Strauss 2004). Und so stützen sich die Befragten in Interaktionen mit pflegenden Angehörigen dann eben nicht auf pflegerisches oder pflegewissenschaftliches Fachwissen, sondern nutzen ihre Intuition, orientieren sich an Vorgesetzten und sammeln Erfahrungswissen. Dies erklärt womöglich, warum sich eine systemische Perspektive auf die häusliche Pflege gerade bei den Pflegerkräften mit der längsten Berufserfahrung in der ambulanten Pflege findet. Eine Pflegerkraft beschreibt exemplarisch, wie sie über die Jahre „gewachsen“ ist und sich Erfahrungswissen angeeignet hat: „Und wenn ich vor der Tür stehe, selbst wenn ich die nicht kenne, ‚Guten Tag‘ sage, habe ich einen ganz anderen Blick, wenn ich reinkomme. Für mich ist es so, ich komme rein, dann gucke ich: Aha, okay. Die Wohnungssituation sagt mir viel. Ein Gesicht, wenn jemand auf mich zukommt. Ich bin, sage ich mal so, gewachsen. Also ich bin wirklich gewachsen, also erfahrungsreicher geworden.“

#### Kompetenzen und Leistungsansprüche ausweiten

Ohne die Bedeutsamkeit von Intuition und Erfahrungswissen in Abrede zu stellen, bleibt die Frage, wie der Denkhorizont der Pflegerkräfte geweitet und Interaktionen mit pflegenden Angehörigen verbessert werden können. Hier denkt man natürlich an den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung, und gemäß dem neuen Pflegeberufegesetz absolvieren Auszubildende nun mindestens ein Pflichtpraktikum von 400 Stunden in einem ambulanten Pflegedienst. Dies ist eine erste Möglichkeit, den Sektor mit seinen Spezifika kennenzulernen.

Aber auch die Pflegedienste selbst sollten als ein Ort fungieren, an dem gelernt wird beziehungsweise an dem Kompe-

tenzen weiterentwickelt werden. Arbeitsintegrierte Lernformate wie Fallbesprechungen oder Rollenspiele (Hagmann et al. 2018) können dazu eingesetzt werden, das Rollenverständnis der Pflegerkräfte bezüglich pflegender Angehöriger zu erweitern, Unterstützungsbedarfe und Interventionsmöglichkeiten zu erkennen und den Blick auf häusliche Pflegearrangements als Ganzes zu schärfen (Lauxen & Höhmann 2021). Darüber hinaus bedarf es eines leistungsrechtlichen Rahmens, der es den Pflegerkräften ermöglicht, eine systemische Perspektive im Arbeitsalltag zu leben. Dazu müssten Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige im Leistungsrecht verankert werden. ■

#### Literatur

- Corbin, J. M./Strauss, A. L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern u. a.: Hans Huber.
- Hagmann, K./Adami-Burke, J. et al. (2018): Empfehlungen aus der Praxis: Lernformate zur arbeitsprozessintegrierten Förderung einer reflective practice. In: Höhmann, U./Lauxen, O./Schwarz, L. (Hg.): Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken. Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 147–196.
- Lauxen, O./Höhmann, U. (2021): Unsicherheitsbewältigung in Interaktionen mit pflegenden Angehörigen in der ambulanten Pflege. Eine qualitative Studie. In: *Pflege & Gesellschaft*, Jg. 26, Heft 1, S. 5–18.
- Lauxen, O. (2021): Unterstützung pflegender Angehöriger durch ambulante Pflegerkräfte: Professionelles und bedarfsgerechtes Handeln. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Zeman, P. (2005): Pflege in familialer Lebenswelt. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim/München: Juventa, S. 247–262.

#### Was brauchen Sie, um sich im Alltag gut versorgt zu fühlen?

„Ich brauche Menschen um mich herum, die ich umsorge und die sich um mich sorgen. Die wechselseitige Sorge in der Familie gibt mir das Gefühl, gut versorgt zu sein.“



**Dr. Oliver Lauxen** ist Bereichsleiter der Abteilung „Regionale Arbeitsmärkte“ im Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main. lauxen@em.uni-frankfurt.de

# Ambulante Pflege



Ruth Ketzer,  
Renate Adam-Paffrath u. a.  
**Ambulante Pflege in der modernen Gesellschaft**  
Aktuelle Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven  
Der Band nimmt eine Bestandsaufnahme dessen vor, was gegenwärtig bei der häuslichen Unterstützung längerfristig pflegebedürftiger Personen geschieht beziehungsweise geschehen kann und wie sich dies zu den Erwartungen und Versprechungen verhält, die den öffentlichen und fachwissenschaftlichen Diskurs prägen. Das Verhältnis von Anspruch und Wirklichkeit wird kritisch analysiert, um daraus insbesondere für jene Akteure, die ambulante Hilfe organisieren und managen, Perspektiven für die Zukunft abzuleiten.  
Kohlhammer, Stuttgart 2020, 159 S., 37 Euro



Christine Moeller-Bruker  
**Sorge für Kinder, die sterben müssen**  
Über lebensverkürzend erkrankte Kinder und ihre Familien. Annäherung an ihre Versorgungswirklichkeit und die Bedeutung von Kinderhospizen  
In den vergangenen 20 Jahren hat sich die Situation von Familien mit lebensverkürzt erkrankten Kindern deutlich verbessert. Kinderhospize, SAPV-Teams und weitere Angebote und Kooperationen sind das erfreuliche Ergebnis starker Initiativen betroffener Familien und moderner Wohlfahrtsstaatlichkeit. Sie alle sind erforderlich, um die Sorge für die betroffenen Familien zu bewältigen. Dieser Band thematisiert Chancen, aber auch Grenzen aufseiten der Beteiligten und benennt Handlungsbedarfe.  
der hospiz verlag, Esslingen 2019, 207 S., 29,99 Euro



Andrea Schiff,  
Hans-Ulrich Dallmann  
**Ethik in der Pflege**  
Verantwortungsvolle Pflege ist ohne ethische Reflexion nicht möglich. Sich in herausfordernden Situationen orientieren, Handeln begründen und verantworten zu können, erfordert ethische Kompetenz. Das Lehrbuch vermittelt das nötige Wissen und übt in die Praxisanwendung ethischer Grundlagen ein. Es beschreibt ethische Prinzipien, Methoden und typische Problem-bereiche in der Pflege und regt zur gemeinsamen Diskussion an.  
Ernst Reinhardt, München 2021, 238 S., 24,90 Euro



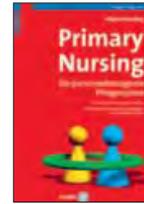
Oliver Lauxen  
**Unterstützung pflegender Angehöriger durch ambulante Pflegekräfte**  
Professionelles und bedarfsgerechtes Handeln  
Pflegekräfte in ambulanten Diensten tragen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements bei. Dabei interagieren sie mit pflegenden Angehörigen, die oftmals selbst gesundheitlich beeinträchtigt sind. Oliver Lauxen untersucht, inwieweit es Pflegekräften gelingt, Unterstützungsbedarfe der pflegenden Angehörigen im Einzelfall zu erkennen und geeignete Hilfe zu leisten. Diese Studie zeigt, wie ambulante Pflegedienste bessere Rahmenbedingungen für professionelles Handeln schaffen können.  
Mabuse, Frankfurt am Main 2021, 172 S., 29,95 Euro



Otto N. Bretzinger  
**Handbuch Pflege**  
Hilfe organisieren: Anträge, Checklisten, Verträge  
Angehörige sind der größte Pflegedienst – sie kümmern sich nicht nur häufig um die Pflege selbst, sondern müssen auch viele Formalitäten erledigen. Die Aufgaben, die sich in dieser Situation stellen, sind vielfältig: Anträge müssen rechtzeitig gestellt, ein ambulanter Pflegedienst muss ausgewählt, Pflege- oder Heimverträge geprüft werden. Mit dem „Handbuch Pflege“ erhalten Angehörige einen Werkzeugkasten, aus dem sie schnell und unkompliziert die Unterstützung wählen können, die sie benötigen.  
Verbraucherzentrale, Düsseldorf 2021, 160 S., 16,90 Euro



André Fringer (Hg.)  
**Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen (BLICK)**  
Analysen, Werkzeuge und Empfehlungen zur Krisenintervention  
Die Frage, welches die Hauptkrisen in der ambulanten Pflege sind, hat das Forschungsteam um André Fringer mit der vorliegenden Studie griffig und anschaulich beantwortet und ein Inventar für die Sensibilisierung gegenüber und den Umgang mit häuslichen Krisen entwickelt. Fringer präsentiert die fünf häufigsten häuslichen Krisensituationen: Terminal- und Finalphase, Auffinden einer Person in einer Notfallsituation, Einsamkeit und soziale Isolation, Grenzen pflegender Angehöriger und Beziehungsgestaltung im häuslichen Pflegearrangement.  
Hogrefe, Bern 2019, 236 S., 34,95 Euro



Marie Manthey  
**Primary Nursing**  
Ein personenbezogenes Pflegesystem  
Primary Nursing, wie Marie Manthey das von ihr entwickelte Pflegesystem nennt, besteht im Kern aus der persönlichen Zuordnung einer Pflegekraft zu einem oder mehreren Patienten. Die Zuständigkeit und die Verantwortung für die Pflege ihres Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung wird an die einzelne Pflegekraft delegiert. Die Patienten erhalten so einen verlässlichen Ansprechpartner, und die Pflegekräfte gewinnen die Kontrolle über ihr eigenes Tun zurück. Manthey, die dieses pflegerische Konzept selbst auf einer Station entwickelt und mit in die Praxis umgesetzt hat, zeigt in diesem Buch, wie eine Vielzahl von Problemen der beruflichen Pflege mithilfe von Primary Nursing gelöst werden können.  
Huber, 3., überarb. u. aktual. Aufl., Bern 2011, 194 S., 22,95 Euro



Anja Palesch  
**Ambulante Pflegeberatung**  
Grundlagen und Konzepte für die Praxis  
Durch gesetzliche Anpassungen hat die Ambulante Pflegeberatung einen hohen Stellenwert erlangt, der auch notwendig ist, um Pflegebedürftige und Angehörige besser zu informieren. Das Buch gibt einen Einblick in die aktuellen gesetzlichen Grundlagen, zeigt anhand von Fallbeispielen, wie Pflegeberatung abläuft und welches Handwerkszeug benötigt wird. Zusätzlich bietet das Buch wichtige Tipps, hilfreiche Checklisten und zahlreiche Formulare.  
Kohlhammer, 2., erw. u. überarb. Aufl., Stuttgart 2019, 276 S., 39 Euro



## Diagnose: ein Defizit auf Dauer

Warum Ärzte in Heimen die Versorgung verbessern könnten

Menschen, die in Heimen leben, haben oft verschiedene gesundheitliche Probleme. Für ihre Versorgung wären angestellte Ärzte sinnvoll.  
Foto: www.martinglauser.ch

### *Eckart Roloff*

In Pflegeheimen leben sehr viele kranke Menschen. Ärzte\* wären für sie dringend nötig. Doch es gibt sie dort nicht. Unser Autor nimmt die aktuelle Situation in den Blick und sucht nach den Ursachen, die verhindern, dass eine bessere Versorgung für Pflegebedürftige in Deutschland Realität wird.

**E**s ist reich, das Pflegevokabular. Da gibt es, um nur Beispiele aus der überquellenden Literatur zu zitieren, neben der Pflegebedürftigkeit viele Pflegeziele und Pflegestandards, ferner Pflegekonzepte, Pflegereformen, Pflegeleitbilder, Pflegedienstleister, Pflegeklassen und Pflegeleistungen, dazu die Pflegeprozessdokumentation, die Pflegedidaktik, das Pflegerecht, den Pflegecoach und Pflegelotsen, das Intensivpflegegesetz, den Pflege-notstand und, ja, auch das, den Pflegealltag.

Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU) hat Ende August 2021 die Pflegerevolution hinzugefügt, die endlich kommen müsse. Sie fordert ein Politiker, der dafür etwas tun könnte.

Was in der Nähe solcher Ausdrücke nur in Spuren zu finden ist, das sind sonst so geläufige Begriffe wie Medizin, Arzt und Ärztin. Doch diese Revolution wird noch lange auf sich warten lassen: dass in Verbindung mit Alten- und Pflegeheimen auch über Medizinisches gesprochen wird und über dort tätige Ärzte. Auch wenn in diesen Heimen sehr viele Kranke leben, oft mit mehreren ernststen Leiden.

Besonders drastisch zeigte das vor rund 15 Jahren eine Studie der damaligen Stiftung „Daheim im Heim“. An ihr wirkten auch die frühere Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr (CDU) und die Pflegewissenschaftlerin Christel Bienstein mit, die die Universität Witten/Herdecke im August 2021 wegen ihrer Verdienste um die Pflegewissenschaft mit der Ehrendoktorwürde auszeichnete. Die Stiftung richtete Fragen zur ärztlichen Versorgung in Heimen schriftlich und bundesweit an 8.775 Heime. Von lediglich 8,9 Prozent kamen Antworten. In nur acht jener 782 Heime gab es damals eine Behandlung ausschließlich durch angestell-

te Heimärzte, in zwölf weiteren zum Teil durch solche.<sup>1</sup>

Nun müssen Heimärzte nicht per se das einzige und beste Rezept sein. Zudem kommt es stets auf deren Erfahrung, Kompetenz und Einfühlung an. Und keinesfalls dürfte dieser Status die freie Arztwahl einschränken, auch wenn sie das in Kliniken und bei Notfalleinsätzen durchaus ist.

Dann sollen Ärzte eben in die Heime kommen, mag man denken. Wenn das nur so einfach wäre! Manchmal geht das, aber längst nicht alle niedergelassenen Ärzte fahren dorthin; außerdem fehlt dort besonders die für die Augenheilkunde, Orthopädie, Zahnmedizin und Pneumologie erforderliche Ausstattung.

### Arztbesuche für viele nicht möglich

Die erwähnte Umfrage ergab, dass für 80 Prozent der Bewohner ein Arztkontakt außerhalb des Heimes unmöglich war. Und der muss ja organisiert werden, mit Hin- und Rückfahrt, möglichen Wartezeiten und hoffentlich barrierefreiem Zugang. Am Wochenende wird das besonders schwierig. Über den Notdienst 112 geht es mit dem Rettungswagen fast immer in ein Krankenhaus. Das verursacht hohe Mehrkosten. Gibt es keine bessere Therapie?

Dazu sagen die Internetauftritte und Prospekte der Heime nichts. Sie sind ein Sammelplatz für Adjektive wie hilfsbereit, höflich, respektvoll, mitfühlend und verständnisvoll. Das nimmt ein, das soll es auch, mögliche Defizite sind weit entfernt. Zu lesen ist mitunter, dass es hier um „1. Klasse für Senioren“ und „Residenzwohnen“ gehe, in der Gastronomie um eine Weinstube, die „Küche des Jahres 2020“ und liebevoll gedeckte Tische samt „front cooking“.

Die andere Seite des Lebens älter Geordener – mit Einsamkeit und Schmerzen, mit wenig Besuch, verlorenen Partnerschaften und fehlenden Perspektiven, mit finanzieller Not und bürokratischen Hürden – wird verdeckt. Ganz selten (und ohne näheren Aufschluss) liest man, dass es „Sprechstunden im Haus durch mehrere Ärzte“ gibt oder „eine gemeinsam genutzte Praxis im Haus“. Ob Fachärzte in der Nähe erreichbar wären, bleibt ungeklärt.

Das betont positive Vokabular, in dem Heime sich vorstellen, erinnert an die Werbung für Treppenlifte, Massagesessel und Rollatoren. Die Fotos dazu zeigen

vorzugsweise 50- bis 60-Jährige, stets fit und freundlich lächelnd. Und sehr an der realen Zielgruppe vorbei.

Hinzu kommt dies: Auch in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, die Inhalte und Verfahren der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst (MDK) vorgeben, wimmelt es von dem Wort Pflege. Selbst dort aber ist Medizinisch-Ärztliches rar.<sup>2</sup>

Zwar füllen beim MDK die Abschnitte zu personenbezogenen Qualitätsaspekten in Heimen sehr viele Seiten, aber sie schweigen dazu, ob die Heime mit Ärzten zusammenarbeiten und wie sie die Versorgung organisieren. Dabei wird „die Kooperation, Einbindung und Kommunikation mit Ärzten“ samt der „medikamentösen Therapie, dem Schmerzmanagement, der Wundversorgung sowie der Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen“ durchaus erfasst.<sup>3</sup>

### Die Folgen fehlender Kontrolle

„Hier wird jedoch auf den Verantwortungsbereich der Pflege geschaut“, teilt Jürgen Brüggemann auf meine Anfrage hin mit. Er leitet den Bereich Beratung Pflegeversicherung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Dieser Dienst koordiniert die Arbeit des MDK. „Die Qualität der ärztlichen Versorgung selbst wird nicht bewertet“, so Brüggemann. Keine Bewertung oder gar Kontrolle also. Das kann auf einen folgenschweren Mangel deuten.

Kontrolle – ein schillernder Begriff. Doch ohne Kontrolle geht es wie so oft im Leben nicht, vom Brückenbau über den Impfstatus und Hygienevorschriften bis zum TÜV beim Auto. Was würde denn geschehen, wenn etwa in der Pflege und der Medizin niemand genau hinschaut, niemand Probleme erkennt (und auch meldet), stärkere Aufmerksamkeit fordert und auf Korrekturen drängt?

Es mag überzogen erscheinen, aber es ist möglich, dass (auch) Ärzte, die mit dem Personal und den Bewohnern eines Heims vertraut sind, Missstände bemerken, sogar Gewalttaten bis hin zu versuchter und vollendeter Tötung. Dazu kam es schon öfter; man sollte das nicht als Einzelfälle abtun. Hier nur knapp einige der gravierendsten Vorgänge mit dem Tatort Heim, bei denen Landgerichte dieser Städte Urteile fällten: 2001 in Bremen, 2003 in Karlsruhe, 2006 in Bonn, 2017 in Münster und 2018 in Frankenthal. 2019 verhandelte

das Landgericht München I gegen einen polnischen Hilfspfleger; es warf ihm sechs Tötungen von Bewohnern und weitere schwere Straftaten vor. 2021 deckten Journalisten gravierende Mängel in einem Heim im oberbayerischen Schliersee mit 17 ungeklärten Todesfällen und möglichen Körperverletzungen bei 88 Bewohnern auf. Ärzte von außerhalb hatten offenbar in keinem Fall rechtzeitig gewarnt. Zum 30. September 2021 haben die Kassen dem Heim den Versorgungsvertrag außerordentlich gekündigt. Außerdem entzog das zuständige Landratsamt Miesbach dem Träger, einem italienischen Konzern, für Ende November 2021 die Betriebserlaubnis.

Am 3. September 2021 berichtete die Regionalzeitung *Fränkischer Tag* von der Lage im Landkreis Haßberge. Dort war das Pflegeheim Schloss Gleusdorf infolge desolater Zustände mit mehreren dubiosen Todesfällen im August 2021 aufgelöst worden. Doch für Demenzerkrankte gibt es in diesem Kreis nicht das, was ein Richter für eine Patientin verfügt hatte: „eine beschützende Einrichtung“. Ulrike Hahn, bei der Arbeiterwohlfahrt Unterfranken Bereichsleiterin Senioren und Reha, wird im *Fränkischen Tag* so zitiert: „Die fachärztliche gerontopsychiatrische Versorgung, die reicht nicht aus, und das ist skanda-

## „Ob Pflegeeinrichtungen eine ärztliche Betreuung anbieten, verraten Internetauftritte und Prospekte nur selten.“

lös!“ Für die 80 Prozent neurologisch erkrankten Bewohner gebe es keine fachärztlich angemessene Betreuung. Ihrer Ansicht nach müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) diesen Missstand beseitigen. Doch der Mangel an Psychiatern sei grundsätzlich groß.

### Corona verschärft die Situation

Nun fehlt es nicht an Schriften, die das weite und schwierige Feld Pflege kritisch sehen. Eines der Bücher dazu trägt gar den Titel „Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen“ (Econ 2005). Darin teilt Markus Breitscheidel – er ar-

beitete als Pflegehilfskraft gut ein Jahr lang in mehreren Heimen – seine Beobachtungen mit, ergänzt durch Gespräche mit Christel Bienstein und Klaus Dörner. Trotz des deftigen Titels und mancher Abschnitte wie „Gefährliche Pflege“, „Zwangsbewerung“, „Abgezockt und liegen gelassen“ geht Breitscheidel nicht auf schwere Gewalttaten und Tötungsdelikte ein.

In den langen Corona-Monaten gab es Schlagzeilen wie diese: „Hotspot Heim? Corona-Fälle in Pflegeheimen häufen sich“, „Chefarzt: Bis zu zwei Drittel aller Covid-19-Toten in Heimen“, „Pflegeheime: Wir brechen zusammen“ und „Gegen Todesfälle sollen Schnelltests helfen“. In Berlin, so meldete die *Tagesschau* am 19. Dezember 2020, hatten mehr als 50 Prozent der Corona-Toten in einem Heim gelebt, in Schleswig-Holstein waren es sogar 88 Prozent. Wie gut, dass es neben den Impfungen für die über 80-Jährigen und das Personal vielleicht bald auch Schnelltests gibt, so die Hoffnung. Doch wer soll das machen? Das könnten die Ärzte tun, mögen viele denken, die in den Heimen tätig sind. Irrtum! Es gibt sie dort nicht. Doch könnten sie nicht – mit Blick auf Corona und andere Bereiche – für Bewohner und ebenso für Pflegekräfte etwa in puncto Aufklärung, Hygiene und Früherkennung nützlich Rat geben?

Die Chancen dafür stehen gut, und so gab es immer wieder Modellversuche, um die Lage zu bessern, etwa in München, in Regionen Baden-Württembergs und Mecklenburg-Vorpommerns, in Eisenhüttenstadt und Offenbach. In Berlin dauerte es 13 Jahre, bis das Sanatorium West in Lankwitz eine eigene Hausarztpraxis einrichten konnte, die sich mit den kooperierenden Ärzten austauscht. Freie Arztwahl besteht gleichwohl. Die frühere Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) engagierte sich sehr für die Heimarztidee, konnte sich aber nicht durchsetzen.

### Kurzer Blick in die Niederlande

In den Niederlanden gibt es Ärzte in Heimen. Man unterscheidet seit 1990 zwischen Hausarzt („Huisarts“) und Heimhausarzt („Verpleeghuisarts“), die in Heimen mit meist über 200 Betten tätig sind. Was damit erreicht wird, ist bemerkenswert: Dank fachgerechter Rehabilitation kann etwa ein Drittel aller Bewohner nach Hause zurückkehren.

Wäre ihnen und ebenso dem Personal nicht auch (wie in den Niederlanden) bei

uns geholfen, gäbe es Heimärzte? „Ganz klar ja“, sagt dazu Helmut Wallrafen. Er ist Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, die sieben Altenheime betreibt. Er befasst sich seit Jahrzehnten mit diesem Thema und meint mir gegenüber: „Zunächst lief das mit etlichen Modellversuchen immer sehr erfolgreich – und dann verschwand es in den Schubladen. Am Ende scheiterte die gute Idee am Widerstand der KVen.“

Ein weiteres Manko liegt für Wallrafen darin, dass es bei den mehr als 200 Haus- und Fachärzten, mit denen er zu tun hat, „mindestens 100 unterschiedliche Ansichten und Verhaltensweisen gibt“. Er erinnert sich, dass es früher manchmal Heimärzte gab, und weiß, dass deren Fehlen viele teure und oft vermeidbare Klinikeinweisungen auslöst. Doch betreffe das unterschiedliche Zuständigkeiten und Budgets. „Das ist nicht allein ein Finanz-, sondern auch ein Lobbythema.“ Der Kampf dagegen sei trotz sehr guter Argumente aussichtslos.

Was die Versorgung mit Medikamenten – oft für lange Zeit – angeht, so kam Wallrafen schon 2011 bei einer Studie in den sieben Heimen in Mönchengladbach, bei der alle Bewohner mitmachten, zu diesem Ergebnis: „Dass denen zu über 50 Prozent kontraindizierte Arzneien verordnet worden waren. Außerdem hatten skandalöse 33 Prozent mehr als zwölf Medikamente.“ In dänischen Heimen komme man mit einem Viertel dieser Menge aus. Dabei gebe es in unseren Apotheken gute Software zu unerwünschten Wechselwirkungen von Arzneien. Schon mehr als fünf Verordnungen, so Wallrafen, machten sehr oft keinen Sinn.

### Die Geriatrie ist wenig profitabel

Er sieht die Geriatrie als „ein sehr spannendes Thema, aber leider eines am Rand. Das liegt auch an der schlechten Honorierung der Hausärzte für diese Leistungen. Das würde sauber nur über Heimärzte gelöst.“ In der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) hat Rainer Neubart, tätig an der Charité, 2019 die Arbeitsgruppe „Geriatrie im Pflegeheim“ gegründet. Er diagnostiziert bei der medizinischen Versorgung in Heimen, „die im Idealfall eine Domäne der Geriatrie sind, erhebliche Schwächen, die verbessert werden müssen“.

Kritik kommt auch von Eugen Brysch, dem Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz: „98 Prozent der 900.000

Heimbewohner haben zwar einen Hausarzt. Aber deren fachärztliche Versorgung ist mangelhaft; fast die Hälfte hat gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen. Daran hat auch die 2008 eingeführte gesetzliche Pflicht zu Kooperationsverträgen zwischen stationären Einrichtungen und Vertragsärzten wenig geändert.“ Er ergänzt: „Besonders betroffen sind demenziell Erkrankte. Geschätzt 50 Prozent leiden unter Schmerzen. Die hausärztliche Versorgung scheint die Schmerztherapie aber kaum im Blick zu haben. Die Hausärzte werden hier ihrer Brückenfunktion nicht gerecht. Somit müssen die Pflegeheime diese Funktion übernehmen. Den KVen ist dieser Teil des Budgets zu streichen.“

Würde sich etwas ändern, so sieht Brysch diesen Vorteil: „Ein direkt im Heim angestellter Hausarzt erleichtert entscheidend die Koordination zwischen Fachärzten, dem Pflegepersonal sowie Angehörigen und Betreuern. Zudem werden so unnötige Krankenhauseinweisungen verhindert. Doch für die Betreiber ist das Modell wenig profitabel, da es hier kaum eine Refinanzierung gibt.“ Die KVen müssten nach Bryschs Meinung „gesetzlich verpflichtet werden, Vertragspartner in Heimen mit einem gesonderten Budget auszustatten. Andererseits streichen die KVen weiter jährlich Millionen Euro für die Koordination der Facharztversorgung von Heimbewohnern ein“.

Es ist noch sehr viel zu tun. Doch es gibt einen Ort, an dem das längst erreicht ist, obgleich es dort sehr wenige Kranke gibt: Auf Passagierschiffen ist in Deutschland schon von 85 Reisenden an ein Arzt gesetzlich vorgeschrieben. ■

\* Aus Platzgründen wurde im Text die männliche Form gewählt, dennoch beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

- 1 Mehr dazu unter <https://kurzlinks.de/eez3>
- 2 So ist es auch in dem an sich gut gemachten und kostenfreien Ratgeber „Stationäre Pflege“, den 2021 das Zentrum für Qualität in der Pflege herausgegeben hat.
- 3 <https://kurzlinks.de/i15a>

### Eckart Roloff

ist Wissenschaftsjournalist. Während des Zivildienstes arbeitete er 1966–1968 als Hilfspfleger in einem Frankfurter Krankenhaus. Seine Dissertation von 1972 analysierte das Presseecho auf die ersten Herztransplantationen. Er ist Autor und Herausgeber mehrerer Bücher. [ekroloff@web.de](mailto:ekroloff@web.de)



## An einem Strang ziehen

Eine gelungene Kommunikation ist die Basis für einen guten Kontakt zu den PatientInnen. Foto: mauritius images/Image Source/Arno Masse

### Ressourcenorientierte Patienten- und Angehörigenkommunikation im Krankenhaus

#### *Gordon Heringshausen*

**Kommunikation und Kooperation mit Patienten\* und deren Angehörigen im Setting Krankenhaus bedürfen einer vertrauensvollen und wertschätzenden Gestaltung. Unser Autor zeigt, warum auch eine passgenaue und adressatenorientierte Organisation der pflegerischen Beratungsangebote sowie eine professionelle Kommunikations- und Interaktionskompetenz bei Pflegefachkräften nötig sind.**

**F**ür eine gelingende Pflege-Patienten-Angehörigen-Kommunikation gilt es in klinischen Beratungs- und Anleitungskontexten sowohl den Patienten als auch deren Angehörige aktiv mit einzubeziehen. Für alle Beteiligten muss eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Interesse sein; nur dann lassen sich medizinische und pflegerische Herausforderungen während der Genesung und etwaige Unsicherheiten hinsichtlich der zukünftigen Versorgung gemeinsam lösen.

Pflegefachkräfte sind für Patienten und deren Angehörige gemeinsam mit Ärzten die wichtig-

sten Ansprechpartner bei allen Fragen zu Krankheit und Gesundheit. Eine offene, wertschätzende und akzeptierende Haltung – als handlungsleitende Orientierung – von Pflegefachkräften beeinflusst den Erfolg der Zusammenarbeit positiv. Dabei kann ein verändertes und gestärktes professionelles Pflege- und Selbstverständnis den Pflegefachkräften helfen, den Blick systemisch sowohl zum individuellen Patienten als auch zu dessen Angehörigen zu weiten.<sup>1</sup> Insbesondere im Beratungs- und Anleitungskontext sollten Pflegefachkräfte auf Patienten und Angehörige zugehen und sich an deren konkreten Bedarfen und Wünschen sowie dem Grundsatz wechselseitiger Information und dialogischer Reflexion orientieren. Allerdings benötigen Pflegefachkräfte im Krankenhaus dafür bestimmte Techniken und Strategien der Gesprächsführung.<sup>2</sup>

#### **Lösungs- und ressourcenorientiert beraten**

Beratung im Kontext der Pflege ist eine Form des methodischen Handelns. Ihr Ziel ist es, Handlungs-

kompetenz bei Patienten und/oder Angehörigen zu entwickeln und zu fördern. Neben der Fachkompetenz (Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten) stehen auch die Methodenkompetenz, die soziale Kompetenz und insbesondere die personale Kompetenz in den jeweiligen Beratungssituationen im Mittelpunkt.<sup>3</sup>

Für die praktische Umsetzung des Beratungsprozesses im Krankenhaus eignet sich die lösungsorientierte Kurzzeitberatung (nach Steve de Shazer) sehr gut, um in begrenzter Zeit praktikable Lösungsansätze mit den Patienten/Angehörigen zu besprechen. Der Ansatz der Lösungs- und Ressourcenorientierung verfolgt dabei die Annahme, dass Systeme generell über die Ressourcen zur Lösung ihrer Probleme verfügen, sie aber unter Umständen (noch) nicht nutzen. Demnach sind Problem und Lösung im Ansatz unabhängig voneinander zu betrachten. Anstatt auf vermeintliche Probleme, Konflikte oder Störungen zu schauen, die so weiter vertieft und damit gefestigt werden, sollten eher sichtbare Kompetenzen und Ressourcen betrachtet werden.<sup>4</sup> Der Fokus liegt hier auf der Lösungs-, Ziel und Ressourcenorientierung.

Folgende Grundannahmen im lösungs- und ressourcenorientierten Denken sind zu beachten:<sup>5</sup>

1. Probleme sind Herausforderungen, die jeder Mensch auf seine ganz persönliche Art zu bewältigen sucht.
2. Alle Menschen haben Ressourcen, um ihr Leben zu gestalten. In eigener Sache ist der Einzelne kundig und kompetent. Der Gesprächspartner ist der Experte für das eigene Leben.
3. Menschen können nicht nicht kooperieren. Jede Reaktion ist eine Form von Kooperation (auch Widerstand!).
4. Nichts ist immer gleich. Ausnahmen deuten auf Lösungen hin.
5. Menschen beeinflussen sich gegenseitig. Sie kooperieren und ändern sich eher und leichter in einem Umfeld, das ihre Stärken und Fähigkeiten unterstützt.
6. Es ist nützlich, dem Gesprächspartner genau zuzuhören, und ernst zu nehmen, was er/sie sagt. Zwischen den Zeilen lesen zu wollen, ist nicht konstruktiv.
7. Es ist hilfreich, sich am Gelingen in der Gegenwart zu orientieren und davon kleine Schritte für die Zukunft abzuleiten.
8. Mit etwas aufzuhören, ist die schwierigste Form der Veränderung. Etwas Neues zu beginnen, ist viel leichter und macht mehr Spaß.

9. Man muss das Problem nicht kennen und analysieren, um eine Lösung zu finden.

10. Was „wir“ bekämpfen, verstärken „wir“. Deshalb gilt es, den Blick auf Ressourcen und Lösungen zu lenken.

11. Hinter jedem Vorwurf und jeder Klage steckt ein Wunsch. Es lohnt sich, diesen aufzuspüren.

### Gesprächsführung im Praxisfeld Pflege

1. Wahr ist nicht, was eine Person (der Sender, A) sagt, sondern was der Angesprochene (der Empfänger, B) versteht.

2. Wenn B eine Nachricht von A falsch interpretiert, ist immer A schuld. Beim Sender liegt die Verantwortung für exakte Kommunikation.

Für die Gesprächsführung in der Pflege gilt es, diese Grundannahmen zu verinnerlichen und in den Gesprächen zu berücksichtigen. Dies ist primär die Aufgabe der Pflegefachkräfte. Sie müssen sich diese Grundsätze immer wieder aufrufen, um die eigene Kommunikation zu reflektieren.

Der österreichische Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick hat diese Kommunikationsgesetze unter der Bezeichnung „Pragmatische Axiome“ wie folgt zusammengefasst:

- Man kann nicht nicht kommunizieren.
- Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt.
- Die Natur einer Kommunikation ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.
- Den beiden Ebenen jeder Kommunikation, der Inhalts- und der Beziehungsebene, entspricht ein ganz spezieller Wortschatz; nämlich ein mathematisch-korrekt und ein bildhaft-gefühlbeladener.
- Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.<sup>6</sup>

Diese Axiome müssen in der Zusammenarbeit und insbesondere in der Gesprächsführung mit anderen bedacht und wiederkehrend reflektiert werden.

Für das Training im Krankenhaus bieten sich hierzu moderierte Teamsitzungen beziehungsweise Feedback- und Coachinggespräche hervorragend an. Aber auch eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist von großer Bedeutung, bezieht doch der systemische Ansatz den

familiären Kontext des Patienten immer mit ein. Eine systemisch denkende Pflegefachkraft geht im Beratungskontext immer von der Kompetenz der Patienten aus und betrachtet diese als Experten für sich selbst. Dies zeigt sich unter anderem in ihrer Haltung, die in den Gesprächen von Akzeptanz, Einfühlungsvermögen, Unvoreingenommenheit und Wertschätzung geprägt ist.<sup>7</sup> Als Konsequenz aus diesem Wissen und vor diesem theoretischen Hintergrund gilt es sich einerseits klarzumachen, was sowohl Patienten als auch Angehörige wünschen und wie diese Erwartungen in einem Gespräch erfüllt werden können.

Ein Ziel von Beratung im Krankenhaus kann es daher sein, die Selbstmanagementfähigkeiten und die Autonomie von Patienten und deren Angehörigen zu stärken. Daraus ergeben sich folgende konkrete Ziele von Gesundheitsberatung:<sup>8</sup>

- Wissensaufbau über die Erkrankung, z.B. Symptome, geeignete Maßnahmen,
- Akzeptanz der damit einhergehenden veränderten Lebenssituation,
- Compliance, z.B. bei der Medikamenteneinnahme sowie einer Veränderung der Lebensweise,
- Empowerment und Selbstmanagement,
- Reduktion der Symptomatik,
- Erhöhung der Lebensqualität und Kostenreduktion für das Gesundheitssystem.

### Regeln für ein lösungs- und ressourcenorientiertes Gespräch

Für ein lösungs- und ressourcenorientiertes Gespräch in der Pflege lassen sich folgende Regeln fixieren:

- Authentisch bleiben statt schmeicheln
- Zuhören statt Lösungen „liefern“
- Gesagtes reframen statt es als gegebene Wirklichkeit hinnehmen
- Zirkuläre und offene Fragen nutzen statt geschlossen und direkt fragen
- Ich-Botschaften verwenden statt Du- oder Ihr-müsst-Nachrichten
- Gemeinsamkeiten herausstellen statt moralisieren
- Optimismus ausstrahlen und sich selbst einbringen statt Verantwortung zuschieben
- Beim Thema bleiben statt abschweifen
- Konkret sein statt Ratschläge erteilen
- Geduld üben statt überfordern
- Nachfragen statt Vorwürfe machen
- Offen sein und sich einfühlen statt beschwichtigen und bemitleiden
- Gesagtes neutral zusammenfassen statt interpretieren

Diese Regeln lassen sich insbesondere hinsichtlich der Frage- und Zuhörtechnik weiter konkretisieren:<sup>9</sup>

– Fragen stellen, welche zum Nachdenken führen und nicht einfach mit Ja oder Nein beantwortet werden können

– Pausen aushalten und Zeit zum Nachdenken geben

– Auffordern und ermuntern, mehr zu einem Thema zu sagen, d.h. mehrmals nachfragen: „Und was noch?“

– Schlüsselworte, Metaphern und Bilder, welche die Klienten gebrauchen, aufgreifen und selbst verwenden

– Sich Sprechstil und dem dominierenden Sinneskanal der Befragten anpassen

– Rückmelden, wie das Gesagte verstanden wurde, d.h. regelmäßig in eigenen Worten zusammenfassen und paraphrasieren

– Fragen nach der Außenperspektive stellen: „Was würde Ihre Mutter (oder eine andere Bezugsperson) dazu sagen?“

– Sich beim Zuhören konzentrieren auf: Wer/Was ist wichtig?; Ziele, Ressourcen, Stärken; Was schätzen die Klienten an sich?; Ausnahmen, Erfolge, Zuversicht; nächste mögliche Schritte

– Selektiv taub sein für Gesprächssequenzen, in denen vor allem über das Problem gesprochen wird, d.h. immer wieder zum konstruktiven Fragen zurückkehren: „Angenommen es würde ein klein bisschen besser gehen, woran würden Sie dies merken? Was wäre dann anders?“

Die wichtigste Grundregel für die gelingende Kooperation mit Patienten und Angehörigen ist es, ihnen mit Respekt, Ach-

tung und Wertschätzung zu begegnen und ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass die Bereitschaft besteht, sich in ihre Position zu versetzen.

### Zusammenfassung

Lösungs- und ressourcenorientierte Gespräche als eine Grundform des methodischen Handelns in der Patienten- und Angehörigenkommunikation im Krankenhaus können in der Begleitung, Betreuung und Beratung zwischen Pflegefachkräften, Patienten und deren Angehörigen eine zielgerichtete Kommunikation und Kooperation im Setting Krankenhaus ermöglichen. Das gemeinsame „Ziehen an einem Strang“ kann eine respektvolle Zusammenarbeit und Interaktion zwischen den Beteiligten ermöglichen – allerdings nur dann, wenn sie von gegenseitiger Anerkennung und wechselseitiger Wertschätzung geprägt ist.

Sowohl eine systemische Sichtweise und Haltung der Pflegefachkräfte als auch ein temporärer Perspektiv- und Rollenwechsel in der Kommunikation und Kooperation können dazu den notwendigen Raum schaffen. Für die Pflegefachkräfte bedeutet dies unter Umständen, sich mit der eigenen Haltung hinsichtlich der Wahrnehmung der Rollen im Krankenhaus kritisch auseinanderzusetzen und sowohl die persönliche, die methodische als auch die pädagogische Kompetenz beim Führen von lösungs- und ressourcenorientierten Beratungsgesprächen zu reflektieren. Dies stellt regelmäßig eine hohe Anforderung an alle Akteure im Krankenhaus dar. Zielgerichtete Fort- und Weiterbildungsangebote und interne Supervision, insbesondere in systemischer Gesprächsführung, können hier die Rahmenbedingungen für eine gute und passgenaue Kooperation mit Patienten und Angehörigen schaffen. ■

\* Aus Platzgründen wurde im Text die männliche Form gewählt, dennoch beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

### Prof. Dr. Gordon Heringshausen, M. A.

ist Studiengangsleiter und Lehrstuhlinhaber an der Akkon Hochschule für Humanwissenschaften in Berlin. Er forscht im Bereich Kommunikations-/Verhaltenswissenschaften mit dem Fokus auf Gesundheitsfachberufe. Als Systemischer Therapeut, Coach und Supervisor arbeitet er seit vielen Jahren in diversen Beratungskontexten zum Thema Kommunikations- und Führungskompetenz im Gesundheitswesen.  
gordon.heringshausen@akkon.de

## Die Kraft der Berührung!



Graphic Novel, 33 Seiten, Kt, 2021  
€ 14,95 · ISBN 978-3-8497-0401-8

Körpertherapeut Steve Haines und Illustratorin Sophie Standing geben Einblick in die wundersame Welt der Berührungen. Die Graphic Novel enthüllt die Komplexität des Phänomens Berührung, erforscht ihre Macht und Grenzen und zeigt, wie sie richtig eingesetzt, aber auch missbraucht werden kann.



Steve Haines / Sophie Standing

### Angst / Trauma / Schmerz ist ziemlich strange

Graphic Novel, 3 x 32 Seiten, Kt, 2019  
Format 17 x 24 cm  
€ 39,95 · ISBN 978-3-8497-0295-3  
Auch einzeln erhältlich  
je € 14,95

 Carl-Auer Verlag

Auf [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de) bestellt – deutschlandweit portofrei geliefert!

1 Matolycz, E. (2009): Kommunikation in der Pflege. Wien: Springer.

2 Ebd.

3 Felden von, H. (2014): Didaktisches Handeln und Kommunikation in Lerngruppen. EB0410 Erwachsenenbildung. Technische Universität Kaiserslautern.

4 Eger, F. (Hg.) (2015): Lösungsorientierte Soziale Arbeit. Heidelberg: Carl-Auer.

5 Steiner, T. (2007): Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. Modul 3 des Ausbildungskurses zum LOA Trainer/in. [www.loa-training.ch](http://www.loa-training.ch)

6 Birkenbihl, M. (1997): Train the Trainer. Arbeitshandbuch für Ausbilder und Dozenten. Landsberg: moderne industrie.

7 Matolycz 2009.

8 Domsch, H./Lohaus, A. (2009): Gesundheitsberatung. In: Warschburger, P.: Beratungspsychologie. Heidelberg: Springer, S. 155–172.

9 Steiner 2007.

# Aufbruch in der Gesundheitspolitik?

Von der Abschaffung des § 218 StGB über ein Fortpflanzungsmedizin-gesetz bis zur Legalisierung von Cannabis für Patient\*innen

**K**urz vor der Bundestagswahl veranstaltete ein breites Spektrum von Organisationen, Institutionen und Gruppen, darunter pro familia, aber auch die Humboldt-Universität zu Berlin, einen Fachkongress, der die historische Dimension des staatlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs akzentuierte: „150 Jahre § 218 Strafgesetzbuch“

(siehe auch S. 16/17 in dieser Ausgabe). Im Mittelpunkt der Konferenz stand das Vorhaben, durch einen Perspektivwechsel neue Wege zur Abschaffung des § 218 StGB aufzuzeigen, die nicht in die traditionsreiche starre Kontroverse zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmungsrecht führen.

Das Ziel, das die Abschluss-erklärung der Veranstalter\*innen beschreibt, ist daher in erster Linie eine Abkehr vom Strafrecht als Regelungsort, um so für „Deutschland eine moderne, umfassende gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs“ finden zu können. Angesichts der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts Anfang der 1970er- und Anfang der 1990er-Jahre ist der Versuch eine straf-

rechtsferne Lösung für die mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen Fragen und Probleme zu finden, eine erhebliche Herausforderung. Daher war es angemessen, dass der zentrale Vortrag der Konferenz ein rechtlicher war.

## Alternativen zum Abtreibungsrecht

Ulrike Lembke, Professorin für Öffentliches Recht und Geschlechterstudien an der Humboldt-Universität, bezeichnete es als „Mythos“, dass es keine verfassungskonformen Regelungsmodelle als Alternative zu dem im Strafrecht verorteten Abtreibungsverbot mit eng umrissenen Ausnahmen geben könne. Lembke analysierte den Schwangerschaftsabbruch als wichtigen Teil der Gesundheitsversorgung, für die der Staat seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen und einen effektiven Zugang zu eröffnen habe. Den Zugang zu einem sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch

sieht sie zugleich in Zusammenhang mit „reproduktiver Gerechtigkeit“, einem von schwarzen Feministinnen Mitte der 1990er-Jahre begründeten Konzept, das umfassende reproduktive und sexuelle Menschenrechte einfordert, statt sich in den Konflikt zwischen Pro Choice und Pro Life einpassen zu lassen.

Lembke ist daher der Ansicht, dass eine Alternative zum gegenwärtigen Abtreibungsrecht „untrennbar verbunden [ist] mit Zugang zu Verhütungsmitteln, Hebammenversorgung, sicherer und gewaltfreier Geburt, dem effektiven Verbot der Sterilisation von Frauen mit Lernschwierigkeiten, Vorkehrungen für eine kinderfreundliche und für eine inklusive Gesellschaft“. Es müsse eine reale Möglichkeit der Entscheidung geben, „verbunden mit der Garantie reproduktiver Rechte unabhängig von Staatsangehörigkeit oder Aufenthaltsstatus, ökonomischem Status oder Behinderung“.

## Einfacher Zugang zu nichtinvasiven Pränataltests

Angesichts der kurz vor der Umsetzung stehenden endgültigen Entscheidung darüber, dass das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen künftig die Kosten für frühzeitig und schnell durchzuführende nichtinvasive pränataldiagnostische Tests auf genetische Besonderheiten, insbesondere die Trisomien 13, 18 und 21, umfassen soll, erscheint diese Erweiterung des Blickes auf Schwangerschaften von einiger Bedeutung. Denn die Ausweitung dieser Tests wird unweigerlich zu einem zunehmend genaueren Blick auch auf die Qualität der Föten führen – damit droht sich auch die Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen wegen einer absehbaren Beeinträchtigung des Fötus nach der Geburt zu erhöhen.

Angesichts des Ergebnisses der Bundestagswahl ist die Debatte auf der Konferenz nun plötzlich von hoher praktischer Brisanz, denn die Politikerinnen von SPD und Grünen, die an der Abschlussrunde teilnahmen, hatten sich ohne wenn und aber für eine Abschaffung des § 218 StGB ausgesprochen. Die Vertreterin der FDP war zwar skeptisch, weil sie die verfassungsrechtlichen Hürden höher einschätzte, als ihre beiden Kontrahentinnen – dass der rechtliche Rahmen verändert werden müsse, unterstrich aber auch sie.



Foto: Cordula Kropke

Dr. Oliver Tolmein ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht. Er ist Honorarprofessor an der Georg-August-Universität Göttingen und Partner der Anwaltskanzlei „Menschen und Rechte“ in Hamburg.  
[www.menschenundrechte.de](http://www.menschenundrechte.de)

### Neuregelung des Embryonenschutzgesetzes

Eng verknüpft mit der Frage einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs sind auch die längst auf den Prüfstand gehobenen Regelungen des Ende der 1980er-Jahre konzipierten und 1990 beschlossenen Embryonenschutzgesetzes, das so unterschiedliche Fragen regelt wie das Verbot der Nutzung kryokonservierter Spermien, das Verbot der Leihmutterchaft, aber auch das Verbot von Klonen, Hybriden- und Chimärenbildung, das Verbot der künstlichen Veränderung menschlicher Keimbahnzellen und der verbrauchenden Embryonenforschung.

Hier werden mit Blick auf die Möglichkeiten gleichgeschlechtlicher Eheschließungen und die Weiterentwicklung des Konzepts reproduktiver Rechte einige Regelungen in ein umfassendes Fortpflanzungsmedizinengesetz überführt und dort neu konzipiert werden müssen. Andere werden, möglicherweise in einer eigenen gesetzlichen Regelung, weiterhin zu verbieten sein. Dass es dabei zu Konflikten zwischen der bioethisch deregulierenden FDP und den Grünen kommen wird, die weitreichende, hinsichtlich ihrer Folgen kaum abzuschätzende experimentelle Methoden Lebewesen zu konstruieren und zu verbrauchen ablehnen, ist absehbar.

In diesem Kontext von reproduktiver Gerechtigkeit, reproduktiver Selbstbestimmungsrechte und Anti-Diskriminierungsregelungen könnte auch die Weiterentwicklung oder stärkere Regulierung vorgeburtlicher Diagnostik ein brisantes Thema werden, welche im Bereich des Bundesgesundheitsministeriums angesiedelt ist.

### Freigabe von Cannabis?

Öffentliche Aufmerksamkeit findet auch jetzt schon – bevor sich auch nur einer der potenziellen Ampelkoalitionäre dazu geäußert hat – die absehbare Diskussion über die weitgehende Freigabe von Cannabis. Gesundheitspolitisch vorrangig dürfte hier sein, vor allem eine Regelung für die zahlreichen Patient\*innen zu finden, die von ihren Ärzt\*innen Cannabis verschrieben bekommen, deren Krankenkasse sich aber, fast immer auf Anraten des Medizinischen Dienstes, weigert, die Verordnung zu genehmigen. Aufgrund der hohen Cannabispreise in der Apotheke, drängt das die Patient\*innen unweigerlich in die Illegalität – und zwar in bedrohlicher Weise, da die für den medizinischen Cannabisgebrauch eingesetzten Mengen regelmäßig so hoch sind, dass hier ein betäubungsmittelrechtlicher Verbrechenstatbestand verwirklicht wird.

Eine Alternative zur Freigabe wäre eine Neuformulierung des § 31 Abs. 6 SGB V, der den Spielraum der Krankenkassen einschränkt, die Verordnung von Cannabispräparaten zu verhindern. In erster Linie müsste hierzu die Genehmigungs-

pflicht für entsprechende Verordnungen aus dem Gesetz gestrichen werden, wie das schon bei dessen Verabschiedung von Expert\*innen empfohlen worden war.

### Hilfsmittel und pandemiebezogene Gesetze

Der Medizinische Dienst spielt auch in anderen Bereichen eine zentrale Rolle, beispielsweise bei der ausgesprochen sparsamen und komplizierten Bewilligung von Hilfsmitteln insbesondere für Menschen mit Behinderungen. Auch dieses Thema ist den grünen Gesundheitspolitiker\*innen ein Dorn im Auge und sie könnten ihm mit einer Reform der Teilhaberegelungen von SGB 5 und SGB 9 entgegentreten.

Angesichts der aktuellen Pandemie und ihrer potenziellen Nachfolgerinnen stehen aber auch Fragen des Infektionsschutzes, der Notfallversorgung und der Kriterien, nach denen gegebenenfalls triagiert werden kann, auf der gesundheitspolitischen Agenda weit oben. Auch bei diesen Themen dürfte es in der Koalition nicht einfach werden, hat sich doch die FDP hier in den vergangenen zwei Jahren eher als Partei mit Herz für Querdenker\*innen und Coronaverharmloser\*innen profiliert, während die Grünen wie auch die SPD einen eher restriktiven Corona-Eindämmungskurs unterstützt haben.

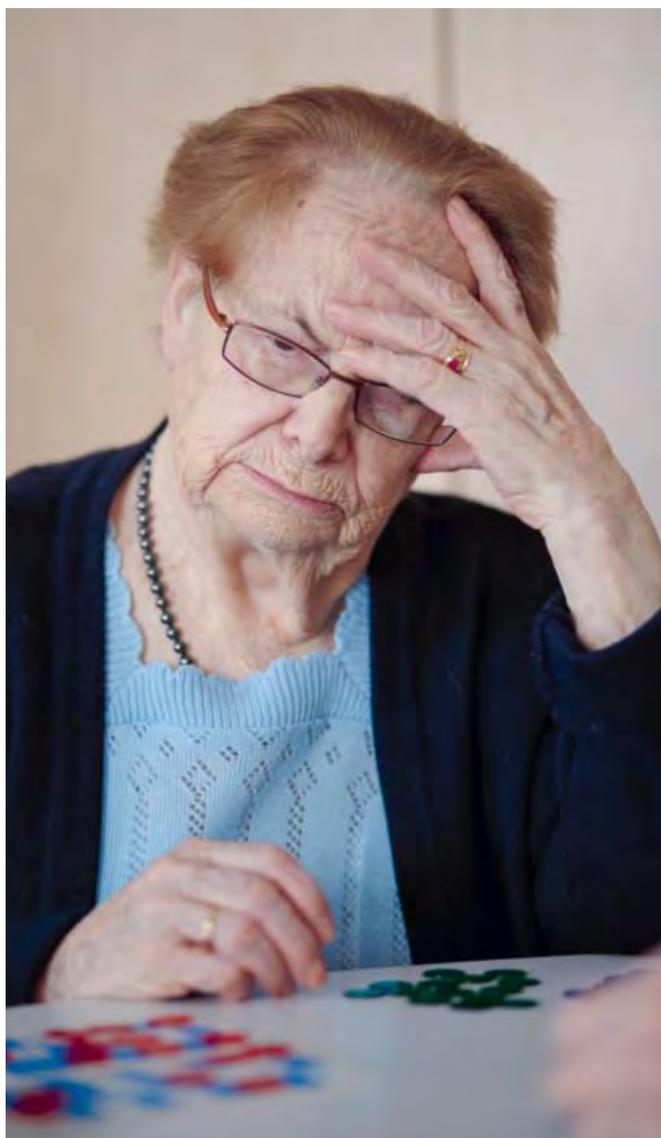
### Gesellschaftspolitische Weichenstellung

Die Gesundheitspolitik steht zwar nicht als Top-Thema auf der Agenda, angesichts der hochbrisanten Probleme und Herausforderungen, die es hier anzugehen gilt, erscheint das Gesundheitsministerium gleichwohl als eines der zentralen Ministerien, dessen Besetzung gesellschaftspolitische Weichen stellen wird. Traditionell ist es eines der Ministerien, das öfter von SPD-Politiker\*innen besetzt worden ist. Die einzige Grüne, die Bundesgesundheitsministerin war, Andrea Fischer, hatte ambitionierte Vorhaben an den Start gebracht, stieß aber auf harte Opposition der einflussreichen Akteur\*innen in diesem Feld, ohne dass sie von ihrer Partei ausreichend entschlossen Rückendeckung erhalten hätte.

Nach einer knapp dreijährigen Amtszeit trat sie schließlich (nicht ganz freiwillig) zurück. Vielleicht sollten die Grünen hier einen Neuanfang wagen – auch mit Blick darauf, dass die SPD in den hier zur Diskussion gestellten, aber keineswegs neuen Fragen in den vergangenen Jahren wenig Engagement gezeigt hat, aus der Regierungsverantwortung heraus etwas auf den Weg zu bringen. Zudem hat sie in den maßgeblichen Fragen auch wenig Antworten zu geben, während die Positionen der FDP hier – sieht man von der Legalisierung von Cannabis ab – durchweg problematisch erscheinen. ■

# Die „leisen Töne“ beachten

Umgang mit Depression in Altenpflegeeinrichtungen



Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen können ihre Trauer und Sorgen oft nur im Gespräch ausdrücken. Auch wenn Pflegefachpersonen meist unter Zeitnot arbeiten, müssen sie aufmerksam sein, um mögliche Depressionen zu erkennen. Foto: [www.martinglauser.ch](http://www.martinglauser.ch)

*Ulrike Schulze, Lisa Luft  
und Katja Kraus*

Sind Bewohner\*innen in Altenpflegeeinrichtungen niedergeschlagen oder antriebslos, wird von Mitarbeitenden häufig vermutet, dass dies mit dem Alter in Verbindung stehe. Ob ihr Verhalten möglicherweise auf eine Depression zurückzuführen ist, wird nur in den seltensten Fällen überprüft. Unsere Autorinnen stellen das Projekt DAVOS vor, das Pflegefachpersonen dazu anregen soll, ihre pflegerischen Routinen kritisch zu hinterfragen und so Menschen mit Depression in Altenpflegeeinrichtungen angemessen zu begegnen.

Eine Bewohnerin unterhält sich mit einer Pflegefachperson und erzählt, dass ihre Töchter große Häuser gekauft haben. Beide haben einen guten Beruf, darauf hat sie immer geachtet, und mit einem Wehklagen sagt sie: „Aber mich müssen sie hierlassen.“ Sie spricht immer wieder darüber, wie allein sie sich fühlt. Sie vermisst all ihre schönen Sachen. Dabei erinnert sie sich an ihren Mann, wie sie beide gespart haben, um gute Möbel zu kaufen. Nun ist alles weg und sie weiß nicht, wohin die Möbel gebracht wurden. Alles wurde ausgeräumt und sie musste es geschehen lassen, es sei für sie schwer zu ertragen. Nun habe sie „keinen Teller“ mehr, ihr ganzer Haushalt sei „verschwunden“.

Vor der Zimmertür räumt währenddessen eine weitere Pflegefachperson die Materialbestellung ein. Mehrmals klingelt das Telefon und sie nimmt parallel zum Einräumen die Gespräche entgegen. Die Bewohnerin lässt sich durch die Geräuschkulisse in ihrer Erzählung nicht ablenken. Die Pflegefachperson im Vorraum hält kurz inne, stellt sich in den Türrahmen und begrüßt die Bewohnerin mit dem Satz „Tut mir leid, dass ich störe“ und

erklärt, dass sie hier alles sortieren muss. Die Bewohnerin fragt, warum sie hier sei, ob sie krank sei. Die Pflegefachperson antwortet lächelnd „Nein, Sie sind einfach nur alt“ und ergänzt, dass der Arzt heute Abend zur Visite kommt.

### Schwierige Situationen im Pflegealltag

Anhand dieser Fallrekonstruktion, die im Rahmen des Forschungsprojektes DAVOS – „Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“ auf Grundlage der Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung erarbeitet wurde, lassen sich typische Spannungsfelder ableiten, mit denen Menschen in Altenpflegeeinrichtungen konfrontiert sind. Zum einen wird deutlich, dass die Übergänge von Privatheit und Öffentlichkeit für Bewohner\*innen fließend sind, etwa durch Geräuschkulissen und die Gegebenheit, dass private Gespräche jederzeit durch Mitarbeitende unterbrochen oder verfolgt werden können.

Zum anderen wird ein Dilemma aufseiten der Pflegefachperson deutlich, die merklich unter Zeitdruck steht, da sie mehrere Aufgaben gleichzeitig bewältigen muss. Dennoch schenkt sie der Bewohnerin „im Vorbeigehen“ Aufmerksamkeit und entschuldigt sich für die ihr scheinbar unangenehme Störung des Gespräches – auch wenn die Unterhaltung trotz eines offenbar grundlegenden Gesprächsbedarfes der Bewohnerin nach einem kurzen Wortwechsel durch den plötzlichen Einschub organisatorischer Informationen abrupt beendet wird. Denkbar ist, dass die Pflegefachperson versucht, sich so im Sinne eines Selbstschutzes von den bedrückenden Gesprächsinhalten abzugrenzen. In diesem Zusammenhang spricht Büker (2013) von einer Vermeidungstaktik, um das Gespräch nicht vertiefen zu müssen. Für die Bewohnerin ist der Ausdruck ihrer Trauer jedoch sehr bedeutsam; für den unwiederbringlichen Verlust der häuslichen Umgebung bleibt ihr nur das Gespräch darüber.

Für Bewohner\*innen mit Depressionen besteht in Altenpflegeeinrichtungen ein erhöhter Betreuungs- und Versorgungsbedarf; rund 50 Prozent der Betroffenen erhalten keine adäquate Therapie (vgl. Büchtemann et al. 2012; Hirsch & Kastner 2004; Kramer et al. 2009; Luppä et al. 2012). Auch im Projekt DAVOS zeigte sich im

Rahmen der Datenerhebung, dass Symptome einer Depression (z. B. Antriebs- oder Appetitlosigkeit) eher dem Lebensalter der Bewohner\*innen zugeschrieben und nicht mit einer depressiven Symptomatik verbunden werden.

### Zentrale Spannungsfelder

Ergänzend zu den Fallrekonstruktionen (vgl. Reich 2008) wurden im Projekt auf Basis der Beobachtungen die folgenden vier zentralen Spannungsfelder herausgearbeitet, die für den Alltag in Altenpflegeeinrichtungen als typisch identifiziert wurden: Fremd- vs. Selbstbestimmung; Öffentlichkeit vs. Privatheit; Emotionalität vs. Funktionalität sowie soziale Partizipation vs. soziale Isolation.

Für die Praxis wurden die Spannungsfelder anschließend in Form eines didaktischen Instruments – als sogenannter Spannungsbogen – aufbereitet und im Rahmen von Schulungen von Mitarbeitenden aus kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen erprobt und evaluiert. Die Mitarbeitenden wurden durch anleitende Fragestellungen an die Handhabung des Spannungsbogens herangeführt und dazu befähigt, denkbare Perspektiven von Bewohner\*innen und Mitarbeitenden einzunehmen. Im Zuge der Umsetzung war es entscheidend, zunächst auf Bewertungen zu verzichten und die Teilnehmenden dazu anzuregen, sich in dem jeweiligen Spannungsfeld auf den jeweils gegenübergestellten Polen zu verorten. So konnten sie sich das Spannungsfeld bewusst machen, hierbei einen Perspektivwechsel vornehmen und unterstützt durch ergänzende Fragestellungen einen Bezug zu ihrem beruflichen Alltag herstellen.

Die unterschiedliche Positionierung auf dem Spannungsbogen fördert zudem die Selbstreflexion und das Hinterfragen von Routinen, um auf nachfolgende Handlungen positiv einzuwirken und die Versorgung sowie Betreuung entsprechend auszugestalten. Darüber hinaus wurden die Mitarbeitenden für bestehende Handlungsspielräume im Rahmen der beruflichen Alltagspraxis sensibilisiert, die ihnen häufig nicht bewusst waren. So eröffneten sich im Erfahrungsaustausch gleichzeitig neue Chancen, die entdeckten Handlungsspielräume nutzbar zu machen und weitere Interventionen zur bedürfnisgerechten Ausgestaltung des Alltags in Altenpflegeeinrichtungen – idealerweise ohne zusätzlichen Zeitaufwand – zu integrieren.

### Anwendung in der Praxis

Mithilfe des Spannungsbogens „Privatheit vs. Öffentlichkeit“ konnte beispielsweise herausgearbeitet werden, wie damit in Altenpflegeeinrichtungen umgegangen wird. Es wurde ein Denkprozess angestoßen, was es für Bewohner\*innen bedeuten könnte, in eine Altenpflegeeinrichtung einzuziehen, persönliche Gegenstände zurückzulassen sowie auch individuelle Gewohnheiten aufzugeben. Durch die Einnahme dieser Perspektive wurde unter anderem das Bewusstsein dafür geschärft, wie wichtig es für die Bewohner\*innen ist, ein Stück Heimat zu erhalten und eine vertraute Umgebung zu schaffen. Dies kann bedeuten, die Privatsphäre zu wahren und mit den Bewohner\*innen gemeinsam über die Vergangenheit zu sprechen, ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, ihren Gefühlen Ausdruck zu geben, bewusst zuzuhören, mit der Biografie zu arbeiten oder individuelle Wünsche bei der Gestaltung ihrer Zimmer zu berücksichtigen. Es wurde außerdem deutlich, wie wichtig es ist, Gesprächsräume auch berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend anzubieten, um eine Vernetzung, gegenseitige Wissensvermittlung sowie Anerkennung zu verstärken.

Zur Förderung der nachhaltigen Umsetzung der Schulungsinhalte wurden den Teilnehmenden Arbeitsmaterialien bereitgestellt, die im Rahmen des Erfahrungsaustausches von ihnen als Arbeitshilfe für den beruflichen Alltag ausgestaltet wurden. Ergänzend werden bis zum Ende des Projektes ein Manual bzw. eine Implementierungsempfehlung, ein Wissenstransferkonzept sowie onlinegestützte Schulungsbauusteine bereitgestellt, um Altenpflegeeinrichtungen auch ohne einen hohen finanziellen Aufwand die Möglichkeit zu eröffnen, von den Ergebnissen des Projektes zu profitieren. Ein zusätzliches Arbeitstool, welches im Aufbau dem Spannungsbogen gleicht, kann durch eigens gewählte Spannungsfelder beispielsweise in Fallbesprechungen integriert werden.

### Das Projekt DAVOS

Das beschriebene Schulungskonzept ist ein Baustein des Case Management-basierten Versorgungsmodells, welches im Projekt DAVOS entwickelt wurde (vgl. Tesky et al. 2019). Das Projekt wurde von 2018 bis 2021 in Kooperation mit dem Frankfurter Verband sowie der Agaplesion Mar-

kus Diakonie durchgeführt. Im Zuge dessen konnten Mitarbeitende in Altenpflegeeinrichtungen als Case-Manager\*innen geschult und befähigt werden, mithilfe eines Screening-Instrumentes (DeMoL-Pflege; modifiziert nach Gensichen et al. 2006) depressive Symptome zu erkennen und die weitere Behandlung von Bewohner\*innen mit Depression zu koordinieren. Die Implementierung wurde außerdem durch Supervisionsangebote unterstützt.

Für Bewohner\*innen mit Depression wurde erstmals ein Begleitungs- und Therapieangebot durch Psychotherapeut\*innen bereitgestellt, welches aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten außerhalb des Projektrahmens in Altenpflegeeinrichtungen derzeit nicht weitergeführt werden kann. Eine Besonderheit des Projektes stellt der interdisziplinäre Zusammenschluss des Hessischen Instituts für Pflegeforschung (HessIP; Geschäftsstelle an der Frankfurt University of Applied Sciences) mit Instituten der Goethe-Universität Frankfurt und der Johannes Gutenberg-Universität Mainz dar.

### Praxiserfahrungen mit dem Versorgungsmodell

Durch die Implementierung des Case Management-basierten Versorgungskonzepts eröffneten sich in Altenpflegeeinrichtungen der kooperierenden Träger neue Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich einer be-

dürfnisorientierten Pflege von Bewohner\*innen mit Depression. Rückblickend auf zwei Jahre Projektlaufzeit berichten die als Case-Manager\*innen geschulten Mitarbeitenden Jessica Bräuning und Sebastian Müller, die beide im Bereich der sozialen Betreuung tätig sind, über ihre bisherigen Erfahrungen: Frau Bräuning ist bewusst, dass sie durch ihre Tätigkeit eine „heile Welt“ gestaltet, um Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit zu überwinden. Das Projekt hat ihr einen anderen Blickwinkel auf das Thema Depression in Altenpflegeeinrichtungen ermöglicht. Dies nimmt sie vor allem in der Gesprächsführung mit den Bewohner\*innen wahr, indem sie ihnen mehr Raum gibt und sie „von der Traurigkeit oder den schlechten Momenten“ erzählen lässt. Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema hat sie ihre Scheu verloren und versucht, die Stimmungen der Bewohner\*innen mehr anzunehmen als davon abzulenken.

Herr Müller, der die Koordination der sozialen Betreuung innehat, erlebt dies in der Zusammenarbeit mit den Bewohner\*innen ebenso. Sehr hilfreich erwies sich hier das in den Schulungen für Case-Manager\*innen eingeführte Screening-Instrument (DeMoL-Pflege), denn „im Laufe der Zeit hat man immer mal wieder diese Fragen im Hinterkopf und geht die einzelnen Gespräche mit den Bewohner\*innen durch“. Dadurch fühlte er sich

„noch mal stärker sensibilisiert, um auf das Befinden der Bewohner\*innen zu achten und mögliche Depressionssymptome schneller deuten zu können“. Für ihn ist es ein wichtiger Aspekt, mit der „Stigmatisierung von ‚Depressionen‘, die in den Köpfen dieser Generation vorherrscht, umzugehen“. Aus seiner Erfahrung braucht es dazu vor allem Vertrauen. Als „Kummerkasten“ erfährt Herr Müller viel über die emotionale Lage jedes/jeder Einzelnen.

Das entwickelte Qualifizierungskonzept für Pflege- und Betreuungsfachpersonen begrüßt Frau Bräuning: „Ich denke, dass solche Schulungen und Inhalte sehr sinnvoll und wichtig sind und alle Mitarbeiter\*innen der Pflegeeinrichtung einen Input bekommen, damit sie sensibilisiert werden auf das Thema, um die Augen besser darauf richten zu können.“ Herr Müller würde sich für die Zukunft eine Änderung der Gesetzgebung wünschen, damit professionelle Gesprächstherapien in stationären Einrichtungen angeboten werden können. Seiner Meinung nach wären diese eine gute Ergänzung zu den bestehenden Behandlungen: „Insbesondere Menschen, die zum Beispiel aufgrund von Immobilität an dem jetzigen Angebot nicht teilnehmen können, würde dies langfristig helfen.“ ■

Die pflegewissenschaftliche Expertise im Projekt DAVOS wurde durch die Teilprojektleitung Prof. Dr. Ulrike Schulze sowie die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Katja Kraus und Lisa Luft eingebracht (HessIP). Die Konsortialführung oblag Herrn Prof. Dr. med. Johannes Pantel vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Wir danken dem G-BA für die Förderung des Projektes aus den Mitteln des Innovationsfonds.

### Literatur

- Büchtemann, D./Luppa, M./Bramesfeld, A. et al. (2012): Incidence of Late-Life Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 142, 1-3, S. 172–179.
- Büker, C. (2013): Kommunikation im Pflegealltag professionell gestalten. Keine Macht den Killerphrasen. *Pflegezeitschrift*, 66, 2, S. 72–75.
- Gensichen, J./Muth, C./Butzlaff, M. et al. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 100; S. 365–374.
- Hirsch, R.D./Kastner, U. (2004): Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise. KDA-Schriftenreihe: Forum 38. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kramer, D./Allgaier, A.K./Fejtikova, S. et al. (2009): Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39, 4, S. 345–358.
- Luppa, M./Sikorski, C./Luck, T. et al. (2012): Age- and Gender-Specific Prevalence of Depression in Latest-Life. Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136, 3, S. 212–221.
- Reich, K. (2008): Konstruktivistische Didaktik. Lehr- und Studienbuch mit Methodenpool, 4. Auflage. Beltz: Weinheim.
- Schulze, U./Khamo Vazirabad, S./Terjung, A. (2018): Interkulturelle Öffnung. Ein Projekt zur Weiterentwicklung der Pflegeberatung. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*, 234, S. 48–51.
- Schulze, U. (2014): Caring. Zur Subjektorientierung im palliativen Setting. In: George, W. (Hg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psycho-sozial-Verlag, S. 35–40.
- Tesky V.A./Schall, A./Schulze, U. et al. (2019): Depression in the nursing home: a cluster-randomized stepped-wedge study to probe the effectiveness of a novel case management approach to improve treatment (the DAVOS project). *BMC* 20:424, S. 1–8.

### Prof. Dr. Ulrike Schulze

Lehrbereich Pflegewissenschaft, Klinische Pflege, ist Geschäftsführerin des Hessischen Instituts für Pflegeforschung der Frankfurt University of Applied Sciences. [ulrike.schulze@hessip.de](mailto:ulrike.schulze@hessip.de)

### Lisa Luft

Dipl.-Pflegerin, M.Sc. Public Health, arbeitet als wissenschaftl. Mitarbeiterin am Hessischen Institut für Pflegeforschung der Frankfurt University of Applied Sciences.

### Katja Kraus

M.A. Gesundheitsmanagement, arbeitet als wissenschaftl. Mitarbeiterin am Hessischen Institut für Pflegeforschung der Frankfurt University of Applied Sciences.

# Ein Hoffnungsschimmer?

Aktuelle Entwicklungen aus der COVID-19-Forschung

Die Anfang Oktober 2021 verkündete Entscheidung zur Vergabe des Medizin-Nobelpreises hat bei einigen für Verwunderung gesorgt: So wurden zwei Forscher für ihre bahnbrechenden Arbeiten zu Tastsinn und Temperaturempfinden des Menschen ausgezeichnet – und nicht diejenigen, die in den vergangenen Monaten erfolgreich einen Corona-Impfstoff entwickelt haben.

Dabei hätte nichts näher gelegen, als die Entwicklung von m-RNA-Impfstoffen als wichtigste

Innovation dieser Zeit zu prämiieren, also Özlem Türeci und Uğur Şahin (BioNTech) oder die US-WissenschaftlerInnen Katalin Karikó und Drew Weissman sowie den Tübinger Biologen und CureVac-Gründer Ingmar Hoerr mit dem Nobelpreis zu ehren. Dies wäre auch im Sinne des Stifters Alfred Nobel gewesen, der wollte, dass die Preise an Wissenschaftler\*innen gehen, die im Vorjahr der Menschheit den größten Nutzen gebracht haben. Und das sind ohne Zweifel die Corona-Impfstoffe.

## Falschmeldungen beeinträchtigen Fortschritte beim Impfen

Es ist schwer verständlich, dass Falschmeldungen weiterhin Men-

schen daran hindern, ihrer sozialen Verpflichtung nachzukommen und sich zum eigenen sowie zum Schutz anderer impfen zu lassen. Kürzlich wies die Virologin Melanie Brinkmann in einem *SPIEGEL*-Interview darauf hin, dass sich junge Frauen nach wie vor sorgen, die Impfung könne dem Fötus schaden, wenn sie schwanger werden, oder sie selbst sogar unfruchtbar machen. „Wenn ich damit konfrontiert werde, erkläre ich, dass das gar nicht möglich ist und diese Erklärung wird oft mit großer Erleichterung aufgenommen“, erläutert Brinkmann.

Kommunikation ist noch immer eine ganz wichtige Basis für die Impfentscheidung und es muss noch einiges getan werden. In den vergangenen Wochen wurde aber offensichtlich mehr erreicht als zunächst angenommen. In der Zwischenzeit sind wohl 5 Prozent mehr Menschen einmal bzw. vollständig geimpft als die bisherigen Daten zeigen. Damit werden Durchimpfungsquoten wie in Spanien, Portugal oder Dänemark erreicht, die zwischen 78 und 85 Prozent liegen.

## Medikamentöse Behandlung

Nun ist die Impfung das eine Kapitel. Die andere Frage ist, welche Arzneimittel in der chronischen Phase, nachdem die Pandemie beendet sein wird, zur Verfügung stehen werden. Wir erinnern uns noch alle an den Hype um das Malariamedikament Hydroxychloroquin, das von Ex-US-Präsident Trump seinerzeit als „Gamechanger“ bezeichnet wurde – eine grobe Fehleinschätzung.

Aber die Forschung hat sich weiterentwickelt und die Suche nach einem wirksamen Medikament hat schon zu einigen vielversprechenden Erfolgen geführt. Das vom Pharmahersteller Merck vorgestellte antivirale Medikament mit dem Wirkstoff Molnupiravir könnte in der Tat zu einem „Gamechanger“ werden. Erste therapeutische Erfolge sind zu verzeichnen. Zudem könnte das Medikament relativ preiswert produziert werden, wenn sich Berichte bewahrheiten, dass Merck Lizenzabkommen mit Generika-Herstellern in Indien geschlossen hat. Dort könnte das Präparat für Länder mit niedrigeren Einkommen hergestellt werden. Merck ist bereits mit der Produktion des Medikaments beschäftigt, obwohl in den USA noch keine Zulassung erteilt worden ist. Man rechnet aber offensichtlich zeitnah damit. Mit der US-Regierung wurden Produktion und Lieferung von 1,7 Millionen Therapie-Zyklen (Dosis von 800 mg alle zwölf Stunden über fünf Tage hinweg) vereinbart.

## Tierarzneimittel anstatt Impfung?

Viele andere Arzneimittel-Therapien sind im Hinblick auf COVID-19 weniger erfolgreich: etwa Behandlungsversuche mit dem Parasitenmedikament Ivermectin. Denn dieses Präparat ist in hoher Dosierung eher für Tiere bestimmt und gilt in der Anwendung beim Menschen keineswegs als verträglich und wirksam. Dennoch scheint das Mittel insbesondere bei Personen in den USA, die eine Impfung ablehnen, derzeit populär zu sein. Und das, obwohl in der Zwischenzeit immer wieder über unerwünschte Wirkungen berichtet wird und einige Personen, die dieses Mittel eingenommen haben, im Krankenhaus behandelt werden mussten.

Die US-Arzneimittelbehörde warnte auf twitter kürzlich mit drastischen Worten vor der Anwendung dieses Wirkstoffes: „Du bist kein Pferd. Du bist keine Kuh. Ganz im Ernst, ihr alle: Hört damit auf.“ Dem ist aus meiner Sicht nichts mehr hinzuzufügen. ■



Foto: privat

Gerd Glaeske ist Arzneimittelexperte und Professor am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. [gglaeske@uni-bremen.de](mailto:gglaeske@uni-bremen.de)

# House of Sharing –

ein besonderes Altenheimprojekt  
in Südkorea



„That day“ – Skulptur von Yang Jin-Ok. Foto: Nevin Altintop

## Nevin Altintop

Bewohner\*innen von Altenpflegeeinrichtungen bringen immer auch ihre individuellen Lebensgeschichten mit – Beschäftigte werden zunehmend für biografisches Arbeiten und einen angemessenen Umgang mit möglichen Traumatisierungen sensibilisiert. Was die sogenannten „Trostrfrauen“ während des Zweiten Weltkrieges erleben mussten, hat die heute alten Frauen ihr Leben lang begleitet. Unsere Autorin berichtet von einer besonderen Einrichtung, die sich der Versorgung dieser Frauen sowie dem Andenken an die Betroffenen widmet.

Im Zuge der Planung für meine Altenpflegeforschungsreise im Herbst 2019 nach Südkorea wurde ich zufällig auf das House of Sharing aufmerksam. Es handelt sich um ein besonderes Altenheimprojekt, das 1992 nahe der Stadt Gwangju südlich von Seoul von Mönchen des buddhistischen Jogye-Ordens mit finanzieller Unterstützung mehrerer sozial engagierter Gruppen und

Spenden errichtet wurde und bis heute als Wohlfahrtsgesellschaft durch den Jogye-Orden betrieben wird. Es möchte gleichzeitig betreutes Wohnen und ein Erinnerungsort für jene Frauen sein, die während des Zweiten Weltkrieges als kleine Mädchen oder junge Frauen verschleppt und jahrelang auf sogenannten „Trostationen“ (comfort stations) der Kaiserlich Japanischen Armee zur Prostitution gezwungen wurden. In Europa ist diese grausame Episode des Asien-Pazifik-Krieges (1937–1945) wenig bekannt.

### Jahrzehntelanges Schweigen

Schätzungsweise 200.000 Mädchen und junge Frauen waren betroffen; sie wurden verharmlosend als „Trostrfrauen“ (comfort ladies) bezeichnet. Die Zwangsprostituierten, die den japanischen Soldaten während des Krieges „Trostr“ spenden sollten, stammten aus allen von Japan besetzten Gebieten, etwa aus China, Indonesien, Malaysia, Taiwan und den Philippinen. Der Großteil (80–

90 %) kam jedoch aus Korea.<sup>1</sup> Man geht davon aus, dass nur maximal ein Drittel der Mädchen und jungen Frauen, die überwiegend im Alter von 11 bis 29 Jahren entführt wurden, die grausamen Torturen der japanischen Armee überlebt haben.<sup>2</sup>

Aus Scham vor ihren Familien und der Gesellschaft schwiegen die meisten Überlebenden ihr Leben lang. Erst 1990 thematisierte eine südkoreanische Frauenvereinigung die Kriegsverbrechen gegen Frauen. 1991 ging die Zeitzeugin Kim Hak-Soon als Erste mit ihrer Lebensgeschichte an die Öffentlichkeit und setzte sich bis zu ihrem Tod 1997 unermüdlich gegen ein Vergessen der Kriegsverbrechen ein. Ihr Beispiel motivierte weitere Frauen, ihr Schweigen zu brechen und um eine öffentliche Entschuldigung und Entschädigung durch Japan zu kämpfen. Offiziell meldeten sich in Südkorea nur 240 Frauen, die von Verschleppung und Versklavung durch die Kaiserlich Japanische Armee betroffen waren. Nur 14 von ihnen leben heute noch.

Spontan und sehr kurzfristig konnte ich einen Besuchstermin mit dem Altenheim arrangieren. Nach einer längeren Busfahrt kam ich an einem sonnig warmen Oktobermorgen im House of Sharing an. Die Anlage, die neben dem Altenheim auch ein Museum, einen Erinnerungsgarten mit Skulpturen und einen Urnenfriedhof für die verstorbenen Bewohnerinnen einschließt, liegt an einem wunderschönen ländlichen Ort mit bewaldeten Hügeln. In der Nachbarschaft gibt es viele kleine Einfamilienhäuser mit großen Gärten voller Obstbäume und Gemüse, wobei die für Korea typischen braunen Kimchi-Töpfe malerisch die Straßenseiten säumen. Das Museum wurde bewusst dunkel gehalten: Es zeigt Bilder, Kurzfilme und Objekte bis hin zu einem nachgebauten kleinen Raum mit Holzbett, dem „Zwangsarbeitszimmer“ der Trostfrauen aus einem Militärbordell. Damit wird versucht, die Lebensgeschichten der verschleppten Mädchen und jungen Frauen, die schwer in Worte zu fassen sind, zu vermitteln.

### Das Leben im House of Sharing

Das House of Sharing bietet Platz für bis zu 20 Frauen. Allerdings waren es 2019 nur noch sechs Überlebende. Sie alle sind heute weit über 90 Jahre alt. Im Juli 2021 erfuhr ich, dass es weitere Todesfälle gab und dass aktuell nur noch vier Überlebende dort wohnen. Zum Zeitpunkt mei-

nes Besuches werden die Bewohnerinnen von einer Krankenschwester, fünf Pflegehelfern und auch von wechselnden Ehrenamtlichen und Praktikanten versorgt. Manche der betagten Bewohnerinnen sind bettlägerig und alle sind bereits (in unterschiedlichen Stadien) an Demenz erkrankt. Das betreute Wohnen sieht für die Bewohnerinnen regelmäßige Arztbesuche und seit Kurzem Physiotherapie im Haus vor. Die Betreuer unterstützen die Bewohnerinnen auch bei ihren familiären Kontakten, soweit diese noch vorhanden sind. Die Mehrzahl ist jedoch alleinstehend und ohne enge familiäre Beziehungen.

Eine psychologische Betreuung gibt es derzeit nicht. Die Thematisierung der Vergangenheit bedrückt das Alltagsleben im Allgemeinen nicht, berichtet ein Mitarbeiter. Allerdings habe es auch Bewohnerinnen gegeben, die wieder ausgezogen seien, da sie mit dem Zusammenleben mit ihren Leidensgenossinnen und der Organisation im Heim nicht zurechtkamen. Für negative Schlagzeilen hat im vergangenen Jahr eine Pressemitteilung der Mitarbeiterin gesorgt, die der Geschäftsführung des Altenheims die Unterschlagung von Spendengeldern in Millionenhöhe vorwarfen.<sup>3</sup> Es sei unklar, was mit den Spenden, die unter anderem die medizinischen Auslagen und diverse Aktivitäten der Zeitzeuginnen decken sollten, passiert sei. Die Wohlfahrtsgesellschaft, die das Altenheim betreibt, kommt lediglich für die Unterkunft und die Basisverpflegung der Bewohnerinnen auf; weitere medizinische Kosten sind nicht abgedeckt. Wie die Angelegenheit ausgeht und wie das Erinnerungsprojekt um die letzten lebenden Bewohnerinnen in Zukunft weitergeführt wird, scheint ungewiss zu sein.

Die Bewohnerinnen des House of Sharing sind einige der letzten bekannten, noch lebenden Zeitzeuginnen der im Zweiten Weltkrieg durch die Kaiserlich Japanische Armee in Frontbordellen organisierten Sexsklaverei. Ihr Weg an die Öffentlichkeit erforderte viel Mut und Selbstbewusstsein und gab ihnen im Alter als Aktivistinnen eine neue soziale Rolle. Der Kontakt zu den Besuchern, die aus der ganzen Welt anreisen, wird daher als wichtig erachtet. Soweit sie gesundheitlich noch imstande sind, erzählen sie ihre Lebensgeschichten und geben Interviews. Sie fordern bis heute noch eine offizielle Anerkennung und geschichtliche Verarbeitung der schrecklichen Verbrechen, die an ih-

nen begangen wurden, eine offizielle Entschuldigung sowie eine finanzielle Entschädigung Japans. Die bisherigen Entschuldigungsversuche sowie die Einrichtung einer Stiftung durch die japanische Regierung wurden von den südkoreanischen Opfern nicht anerkannt. Japan hat zuletzt 2015 ein endgültiges und damit unwiderrufbares Abkommen mit Südkorea geschlossen und eine Milliarde Yen (damals rund 7,6 Millionen Euro) für einen Opferhilfefonds eingezahlt. Damit wur-

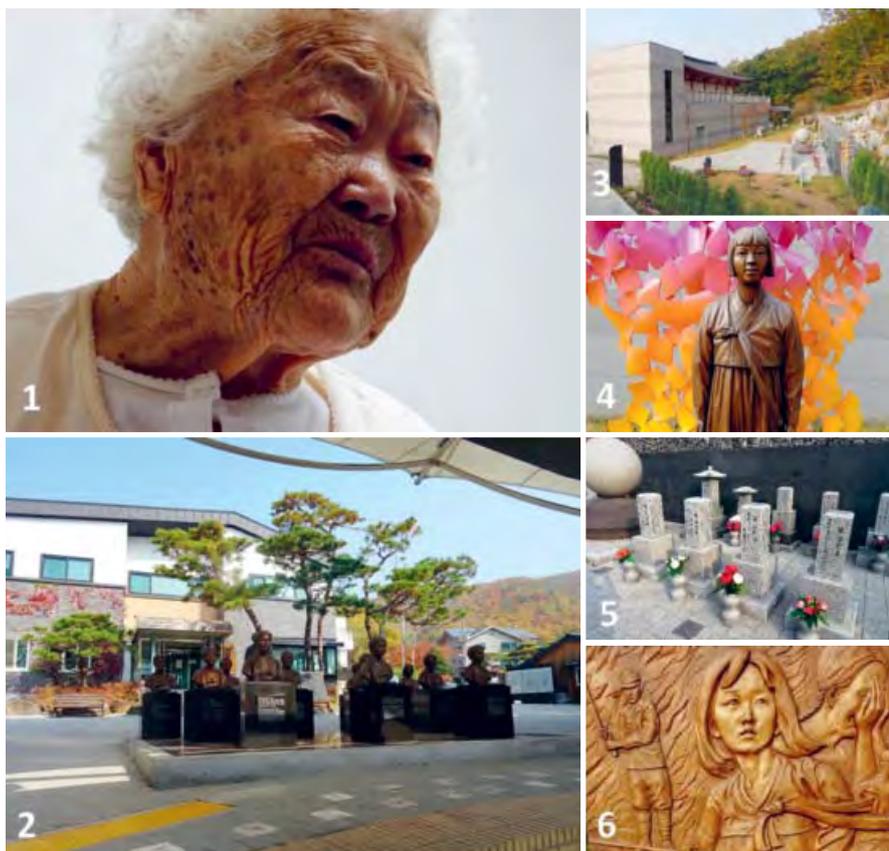
## „Die noch lebenden Frauen fordern bis heute eine offizielle Anerkennung der schrecklichen Verbrechen, die an ihnen begangen wurden.“

den die Überlebenden aber weder direkt entschädigt noch in die Verhandlungen zwischen Japan und Südkorea zur Aufarbeitung der Trostfrauenfrage miteinbezogen, weswegen sie auch ihr eigenes Land heftig kritisieren. Bislang konnte keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden.

### Mein Treffen mit der Zeitzeugin Lee Ok-Seon

Die heute 94-jährige Lee Ok-Seon wird, wie in Korea bei älteren Frauen üblich, von den Mitarbeitern „Halmoni“ (Großmütterchen) genannt. Nach dem gemeinsamen Mittagessen bittet sie mich in ihr kleines Zimmer. Die weißhaarige, zierliche Frau sitzt aufrecht auf ihrem Bettrand und begrüßt mich herzlich mit „Hwanyeong haeyo!“ („Willkommen!“). Auf dem Tisch neben dem Bett türmen sich Medikamentenschachteln, an der Wand vor ihr hängen unzählige Bilder und Fotos von Demonstrationen und ihren Vortragsreisen aus der ganzen Welt. Sie bedankt sich gleich dafür, dass ich die lange Reise aus Europa gemacht habe, um mir ihre Geschichte anzuhören und fügt hinzu: „Ich freue mich, dass Sie meine leidige Geschichte in die Welt hinaustragen wollen!“

Auf meine Bitte hin, mir etwas über ihre Lebensgeschichte zu berichten, macht sie sofort die Augen zu, als ob sie in dem Moment wieder in die Vergangenheit rei-



1 Die 94-jährige Zeitzeugin Lee Ok-Seon  
 2 Bronzestatuen der bereits verstorbenen Bewohnerinnen, im Hintergrund das House of Sharing  
 3 Museum der sexuellen Sklaverei des japanischen Militärs  
 4 „Like the wind“, Skulptur von Lee Sang-Hee  
 5 Urnenfriedhof für die bereits verstorbenen Bewohnerinnen  
 6 „The truth that cannot be hidden“, Skulptur von Kang Min-Soo (alle Fotos: Nevin Altintop)

ben! Also blieb ich mit nur 18 Jahren allein in China!“ Lee Ok-Seon versuchte in China Halt zu finden und heiratete. Ihr erster Mann verließ sie nach kurzer Zeit, da sie während ihrer Zeit als Zwangsprostituierte mit Quecksilber gegen Syphilis behandelt wurde und infolgedessen keine eigenen Kinder mehr bekommen konnte. Ihr zweiter Mann war Alkoholiker und brachte seine Kinder mit in die Ehe ein, die sie sehr liebte.

Nach seinem Tod erfuhr sie im Jahr 2000 zufällig durch ein Reportageteam, das einen Dokumentarfilm über ehemalige koreanische Trostfrauen in China drehte, vom House of Sharing. Sie beschloss, dort zu leben und kehrte nach über 58 Jahren nach Südkorea zurück. Im House of Sharing bekam sie Unterstützung bei der Suche nach ihrer Familie. Inzwischen waren ihre Eltern, die sie schon längst für tot erklärt hatten, verstorben, umso mehr freute sie sich darüber, dass wenigstens ihr jüngerer Bruder noch am Leben war und suchte Kontakt zu ihm. Doch der Kontakt hielt nicht lange an. Als er erfuhr, dass seine Schwester eine ehemalige Trostfrau war, zog er sich aus Scham schnell wieder zurück.

Zum Abschied sagt Lee Ok-Seon noch: „Der Krieg ist für alle schon lange vorbei, aber nicht für uns! Wir werden die Folgen dieses Krieges noch bis ins Grab tragen müssen, aber ich gebe trotzdem nicht auf! Wir fordern von Japan vor allem eine aufrichtige offizielle Entschuldigung und eine Entschädigung für das, was man uns angetan hat! Bitte tragen Sie das in die Welt hinaus!“ ■

1 Siehe u. a. Petra Schmidt (1999): Japans Wiedergutmachung: Trostfrauen. *Zeitschrift für Japanisches Recht*, Band 4, Nr. 8, S. 5–33.

2 [www.koreaverband.de/trostfrauen](http://www.koreaverband.de/trostfrauen)

3 [www.koreaverband.de/blog/2020/07/01/petition-house-of-sharing](http://www.koreaverband.de/blog/2020/07/01/petition-house-of-sharing)

### Nevin Altintop

ist Pflegewissenschaftlerin und forscht über Altenpflegeangebote in verschiedenen Ländern. 2019 besuchte sie für ihre Forschungen Südkorea.

sen würde, und fängt an zu erzählen: „Den Tag werde ich nie vergessen! Ich war 15 Jahre alt und es war der 26. Juli 1942 als mich in Ulsan auf offener Straße an einem Nachmittag zwei Männer plötzlich an beiden Armen packten. Einer von ihnen war ein Japaner und der andere ein Koreaner. Sie zerrten mich zu einem Lastwagen, in dem noch andere kleine Mädchen, zumeist 11, 12, 13 oder 14 Jahre alt, waren. Wir weinten alle so bitterlich und wollten zurück nach Hause. Aber niemand hörte uns zu!“

Lee Ok-Seon wurde nach Yanji, eine Stadt im japanisch besetzten Teil Chinas, verschleppt und dort in ein japanisches Frontbordell gebracht. Dort verbrachte sie drei Jahre bis Kriegsende und wurde täglich mit vielen anderen Mädchen unter Gewalt- und Morddrohungen zur Prostitution gezwungen: „Als wir im Bordell ankamen warf man uns in winzige dunkle Zimmer und gab uns japanische Namen, die sie auf Holztafeln einritzten und vor unsere Türen hängten. Ich verstand nicht, was da geschah. Mit nur 15 Jahren musste ich bis zu 50 Männer am Tag bedienen! Nach dem Krieg hat Japan tatsächlich behauptet, wir hätten das alles freiwillig gemacht, das behaupten viele heute noch! Wie kann ein kleines Mädchen so etwas

freiwillig machen? Es war Zwangsarbeit! Auf brutalste Art und Weise!“

Sie erzählt weiter: „Es gab viele Mädchen, die diese Scham nicht ertragen konnten und sich entweder erhängten oder über die Klippen in den Tod sprangen. Schwanger werden bedeutete meistens den Tod! Die Mädchen, die schwanger wurden, brachte man oft um oder man ließ sie wegen Mangel an Mädchen weiterarbeiten und nahm ihnen die Babys entweder gleich nach der Geburt weg oder man tötete sie. Sie waren so erbarmungslos! Sie nannten diese grausamen Häuser Troststationen, wie kann man an so einem Ort von Trost reden, wo man die Mädchen zu Tode schlug, aus Lust und Laune ihre Körper mit den Schwertern erstach oder lebendig vor den Augen der anderen in Stücke zerteilte? Es waren keine Troststationen, es waren grausame Schlachthäuser!“

### Das Leben nach dem Krieg – zurück in Südkorea

Als 1945 der Krieg vorbei war, flohen die Bordellbesitzer und die Mädchen standen mittellos auf der Straße: „Ich hatte so viel Sehnsucht nach meinem Zuhause, aber mit dieser Scham konnte ich meinen Eltern nicht in die Augen schauen! Ich dachte, es steht mir alles auf die Stirn geschrie-

# EIN ABO drei Prämien

Analysen, Alternativen und Geschichten, die Sie anderswo nicht finden: Einmal im Monat lesen Sie in LMd, was auf der Welt passiert – und was dabei auf dem Spiel steht.

**Abonnieren oder verschenken Sie ein Abo von LMd. Zeitung, App, ePaper und Audio erhalten Sie zum Preis von 60/42 Euro im Jahr. Suchen Sie sich eine von drei Prämien aus.**



**Prämie 1:** Filmbox mit 6 DVDs plus Atlas der Globalisierung „Das 20. Jahrhundert“ (als eBook)



**Prämie 2:** Der LMD-Comic-Sammelband plus Tasche mit Comic-Story



**Prämie 3:** Atlas der Globalisierung „Welt in Bewegung“ plus die aktuelle Edition

[monde-diplomatique.de/Superprämien](http://monde-diplomatique.de/Superprämien)

Solange der Vorrat reicht. Dieses Angebot gilt bis zum 7. Februar 2022.  
taz Verlags- und Vertriebs GmbH • Friedrichstr. 21 • 10969 Berlin

Verena Leinemann

# Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund im Alter

Angebote des Gesundheitssystems barrierefrei gestalten

Obwohl Menschen mit Migrationshintergrund nun schon seit Jahrzehnten Teil der deutschen Bevölkerung sind, ist es noch immer nicht gelungen, ihnen einen gleichberechtigten Zugang zu allen Leistungen des Gesundheitswesens zu ermöglichen. Unsere Autorin hat sich vor diesem Hintergrund mit der pflegerischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe auseinandergesetzt. In einer Studienarbeit hat sie untersucht, welche Hürden aktuell noch bestehen, was sich alte Menschen mit Migrationshintergrund selbst wünschen und wie dies in der Versorgungspraxis berücksichtigt werden kann.

Mit der steigenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland wachsen die Herausforderungen für das Gesundheitssystem, die gesundheitliche Versorgung dieser Personengruppe zu gewährleisten. Grundsätzlich können die Angebote des deutschen Gesundheitssystems von allen krankenversicherten Personen genutzt werden. Diese Angebote werden jedoch von Menschen mit Migrationshintergrund weniger in Anspruch genommen (Brzoska & Razum 2012; Merbach et al. 2007). Dabei könnte eine vermehrte Nutzung der Angebote des Gesundheitssystems wahrscheinlich zu einem besseren Gesundheitszustand der Menschen mit Migrationshintergrund beitragen. Welche Faktoren beeinflussen die Nutzung von Angeboten des Gesundheitssystems und welche Rolle spielt der Migrationshintergrund dabei?

## Was beeinflusst die Gesundheit?

Äußere Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von Menschen sind finanzielle Mittel, Bildungsstatus und soziale Kontakte (Bourdieu 2015). Ein Mangel an finanziellen Ressourcen hat Einfluss auf die Wohn- und Arbeitsbedingungen, die Ernährungsgewohnheiten sowie die psychischen Belastungen und damit auch auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand von Menschen (Abel et al. 2009).

Neben den äußeren Einflussfaktoren, denen Menschen ausgesetzt sind, haben sie aber auch die Möglichkeit, individuelle Lösungen zu finden, um ihre Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Wie Menschen ihren Körper wahrnehmen, auf körper-

liche Veränderungen reagieren und mit Krankheiten umgehen, lernen sie in ihrer Kindheit. Dabei werden sie durch das Vorbild ihrer Eltern geprägt (Faltermaier 2017). In Sozialmilieus schließen sich Menschen zu einer Gruppe zusammen, die unter vergleichbaren Bedingungen leben und gemeinsame Wertvorstellungen teilen (Hradil 2006). Die Zugehörigkeit zu einem Sozialmilieu zeigen Menschen mit einem bestimmten Erscheinungsbild und Verhalten, ihrem Habitus, den sie mit den anderen Menschen teilen, die ebenfalls diesem Sozialmilieu angehören (Bourdieu 2018). Der Habitus prägt den Lebensstil der Menschen und damit auch ihr Gesundheitsverhalten.

## Definition von Migration und Alter

Unter dem Begriff „Migration“ werden verschiedene Vorgänge zusammengefasst, sodass der Begriff nicht auf ein einzelnes definierendes Ereignis reduziert werden kann (Marx 2006). Der „Psychembel Pflege“ (2012) beschreibt Migration allgemein als die „Veränderung des Lebensmittelpunkts von Individuen oder Gruppen innerhalb eines Landes (Binnenmigration) oder über die Landesgrenzen hinweg (internationale Migration)“ (S. 557). So wie Migration nicht eindeutig definiert ist, sind auch die Menschen mit Migrationshintergrund keine einheitliche Gruppe, da sie aus unterschiedlichen Ländern und unterschiedlichen Gründen nach Deutschland kommen. Dies erschwert laut dem Robert Koch-Institut (RKI 2008) eindeutige Aussagen zum Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund.

Die These des Healthy-Migrant-Effektes besagt, dass Menschen mit Migrationshintergrund gesünder sind, da nur gesunde Menschen das Wagnis einer Migration eingehen (Merbach et al. 2007; Spallek & Razum 2008). Dem gegenüber steht, dass Menschen mit Migrationshintergrund durch ihre Wohn- und Arbeitsbedingungen und das Einleben in einen anderen Kulturkreis oft höheren Belastungen ausgesetzt sind und bei gesundheitlichen Problemen aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht sichergestellt werden kann, dass sie eine angemessene Behandlung erhalten (RKI 2008). Migration an sich stellt kein höheres Risiko für die Gesundheit dar, beeinflusst aber den Umgang mit gesundheitlichen

Problemen und den Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems.

Laut der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb 2018) gilt für Menschen mit Migrationshintergrund, dass entweder sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde. Personen, die im Ausland geboren wurden, verfügen über eigene Migrationserfahrung, während ihre in Deutschland geborenen Kinder keine eigene Migrationserfahrung gemacht haben. Für das Jahr 2018 gibt die bpb (2019) an, dass der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der deutschen Gesamtbevölkerung 25,5 % beträgt.

Als „Alter“ (Pschyrembel Pflege 2012) wird allgemein der Abschnitt am Ende des menschlichen Lebenslaufs bezeichnet. Dieser Abschnitt ist dadurch gekennzeichnet, dass Menschen nicht mehr erwerbstätig sind. In den Pflegestatistiken werden Menschen mit Migrationshintergrund nicht gesondert erfasst, sodass keine genauen Angaben gemacht werden können, wie hoch der Anteil der pflegebedürftigen Personen in dieser Gruppe ist (bpb 2015). Als „pflegebedürftig“ werden Menschen bezeichnet, die wegen Krankheit und/oder Behinderung Unterstützung in ihrer alltäglichen Lebensführung benötigen (bpb 2015).

### Vorstellungen vom Leben im Alter

Menschen mit Migrationshintergrund möchten im Alter so lange wie möglich in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung leben und im Fall der Pflegebedürftigkeit bevorzugt von ihren Angehörigen gepflegt werden. Darin unterscheiden sich ihre Wünsche nicht von denen der Menschen ohne Migrationshintergrund; bei Menschen mit Migrationshintergrund erfüllen Angehörige häufiger diesen Wunsch (Kronenthaler et al. 2016; Tezcan-Güntekin & Razum 2017).

Doch auch das traditionelle Familienkonzept von Menschen mit Migrationshintergrund verändert sich. Mit einer Zunahme der Berufstätigkeit von Frauen kann die familiäre Pflege nicht mehr vollständig übernommen werden und Menschen mit Migrationshintergrund stehen dem Gedanken, professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen, abgeschlossen gegenüber. Bei einer Befragung tür-



**Junge Menschen beschäftigen sich an Universitäten und Fachhochschulen ebenso wie in Alten-, Krankenpflege- und Hebammenschulen mit spannenden Themen, die oft keinen Raum in der öffentlichen Diskussion finden. Diese Rubrik bietet die Möglichkeit, interessante Projekte, Seminar- oder Abschlussarbeiten zu veröffentlichen. – Die Redaktion freut sich über Vorschläge und Einsendungen!**

**Kontakt: zeitschrift@mabuse-verlag.de**

kischstämmiger MigrantInnen in Berlin stimmten 89,3 % der Befragten der Aussage zu, „die Versorgung älterer Menschen sollten professionelle Pflegekräfte übernehmen“ (Krobisch et al. 2014, S. 51). Dabei wünschen sich Menschen mit Migrationshintergrund keine Sonderbehandlung, sondern dass sie in ihrer Individualität wahrgenommen, ihre Wünsche und Bedürfnisse respektiert werden (Kronenthaler et al. 2016; Tezcan-Güntekin & Razum 2017). Gerade wenn Menschen Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit erleben, sollte versucht werden, ihre Lebenswelt so weit wie möglich zu erhalten und ihre Familien bei der Bewältigung eines veränderten Alltags zu unterstützen (Kunstmann 2010).

### Beratung in der Muttersprache

Um älteren Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems zu erleichtern, sollten diese Schäfer et al. (2015) zufolge am Wohnort erreichbar sein. Sie stellten auch fest, dass eine starke Bindung von Menschen mit Migrationshintergrund an Menschen derselben Herkunft und der Wunsch nach Beratungen in ihrer Muttersprache besteht.

Solche muttersprachlichen Beratungen sind sicher nicht flächendeckend umsetzbar, sondern nur in größeren Städten mit einem hohen Anteil von Menschen aus einem bestimmten Herkunftsland möglich. Hier werden nach Meinung der Autorin Menschen aus anderen Herkunftsländern benachteiligt, für die ein solcher Service nicht angeboten werden kann. Alternativ könnten Angehörige oder Vertrauenspersonen als DolmetscherInnen eingesetzt werden.

### Case und Diversity Management

Brzoska und Razum (2012) geben an, dass fehlende Kenntnisse der deutschen Sprache und Angst vor Diskriminierung verhindern können, dass Men-



Verena Leinemann ist Krankenschwester und hat einen Bachelor-Abschluss im Fach Pflegewissenschaft. Die vorgestellte Arbeit hat sie im Rahmen des Master-Studiengangs „Pflegewissenschaft“ an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg verfasst, den sie aktuell studiert.

Kontakt: verena.leinemann@stud.pmu.ac.at

schen mit Migrationshintergrund Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen. Als eine Lösungsmöglichkeit schlagen sie das Case Management vor, das eine auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der PatientInnen zugeschnittene Versorgung ermöglicht. „Case Management“ (Pschyrembel Pflege 2012) organisiert die Versorgung aufwendiger und/oder chronisch erkrankter PatientInnen mit dem Ziel, die sektorenübergreifende Behandlung lückenlos zu gewährleisten und zu optimieren.

Als weitere Lösungsmöglichkeit schlagen Brzoska und Razum Diversity Management vor, das die Möglichkeit bietet, auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche aller Menschen einzugehen. Dies kann durch Schulungen der MitarbeiterInnen erfolgen, in denen sie sensibilisiert werden, auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche einzugehen, und Wege aufgezeigt werden, wie diese im Versorgungsalltag berücksichtigt werden können. Auch kann die Wertschätzung der Vielfalt als Handlungsrichtlinie für alle MitarbeiterInnen einer Institution eingesetzt werden. Da auch MitarbeiterInnen des deutschen Gesundheitssystems häufig aus anderen Ländern kommen, können sowohl MitarbeiterInnen als auch PatientInnen von einem Diversity Management profitieren.

Laut Kronenthaler et al. (2016) wünschen sich ältere Menschen mit Migrationshintergrund eine/n

festen AnsprechpartnerIn im Gesundheitssystem. Die AutorInnen schlagen dafür HausärztInnen vor, die den PatientInnen den Weg durch das Gesundheitssystem weisen können. Nach Ansicht der Autorin könnte diese Aufgabe auch von Pflegekräften übernommen werden, da sie zum Beispiel dem Aufgabenspektrum einer Family Health Nurse entspricht. Ziel dieser Familiengesundheitspflege ist es, die Gesundheit von Menschen und Familien im Verlauf ihres Lebens zu fördern, sie zu beraten und zu begleiten und ihren Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems zu erleichtern (Eberl & Schnepf 2008).

### Keine einfachen Lösungen

Neben den äußeren sozioökonomischen Einflussfaktoren und den inneren Einflussfaktoren wie Lebensstil und Gesundheitsverhalten kommen für Menschen mit Migrationshintergrund und/oder Migrationserfahrung noch weitere unterschiedliche Einflussfaktoren wie gesundheitliche Belastungen in ihren Herkunftsländern, im Rahmen der Migration oder an ihren Arbeitsplätzen hinzu. So liegt es nahe, dass es keine einfachen Lösungsmöglichkeiten für deren gesundheitliche Probleme und ihre zögerliche Nutzung von Angeboten des Gesundheitssystems geben kann. Nur Konzepte, die es ermöglichen, die individuellen Bedürfnisse und Wünsche zu berücksichtigen, werden langfristig Aussicht auf Erfolg haben. ■

### Literatur

- Abel, T./Abraham, A./Sommerhalder, K. (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, M./Hurrellmann, K. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktual. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 195–208.
- Alter (2012). In: Wied, S./Warmbrunn, A. (Hg.): *Pschyrembel Pflege* (3., überarb. Aufl.). Berlin: de Gruyter Verlag, S. 21.
- Bourdieu, P. (2015): *Die verborgenen Mechanismen der Macht* (2. Aufl.). Hamburg: VSA-Verlag.
- Bourdieu, P. (2018): *Die feinen Unterschiede* (26. Aufl.). Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Brzoska, P./Razum, O. (2012): Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige. In: Günster, C./Klose, J./Schmacke, N. (Hg.): *Versorgungs-Report 2012. „Gesundheit im Alter“*. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/r96g>
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2015): *Migration und Pflege – eine Einführung*. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/ix4w>
- bpb (2018): *Zahlen und Fakten. Die soziale Situation in Deutschland. Bevölkerung mit Migrationshintergrund III*. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/e2m6>
- bpb (2019): *Zahlen und Fakten. Die soziale Situation in Deutschland. Bevölkerung mit Migrationshintergrund I*. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/zlx6>
- Case Management (2012). In: Wied, S./Warmbrunn, A. (Hg.): *Pschyrembel Pflege* (3., überarb. Aufl.). Berlin: de Gruyter Verlag, S. 166 f.
- Eberl, I./Schnepf, W. (2008): Abschlussbericht. Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/muqs>
- Faltermaier, T. (2017): *Gesundheitspsychologie*. (2., überarb. u. erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Hradil, S. (2006): *Soziale Milieus – eine praxisorientierte Forschungsperspektive*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 44–45, S. 3–9.
- Krobisch, V./Izlik, D./Schenk, L. (2014): *Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin*. Abschlussbericht für das ZQP. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/mw95>
- Kronenthaler, A./Hiltner, H. et al. (2016): *Vorstellungen von Migrantinnen über eigene Pflege im Alter. Kontext von Rückkehr und Bleiben älterer türkischer/türkisch-stämmiger Migrantinnen in Deutschland*. In: *Heilberufe SCIENCE* 7, S. 90–100.
- Kunstmann, A.-C. (2010): *Familiale Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Marx, M. (2006): *Migration und Mobilität als Phänomen der Globalisierung*. In: Razum, O./Zeeb, H./Laaser, U. (Hg.): *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Bern: Hans Huber, S. 95–104.
- Merbach, M./Wittig, U. et al. (2007): *Migration und Gesundheit. Dimensionen eines Public Health-Handlungsfeldes*. In: von Lengerke, T. (Hg.): *Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten*. Weinheim: Juventa Verlag, S. 195–206.
- Migration (2012). In: Wied, S./Warmbrunn, A. (Hg.): *Pschyrembel Pflege* (3., überarb. Aufl.). Berlin: de Gruyter Verlag, S. 557 ff.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2008): *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/3wdv>
- Schäfer, G./Brinkmann, D. et al. (2015): *Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48, S. 426–433.
- Spallek, J./Razum, O. (2008): *Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten*. In: Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesellschaftlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 271–288.
- Tezcan-Güntekin, H./Razum, O. (2017): *Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A. et al. (Hg.): *Pflege-Report 2017*. Verfügbar unter <https://kurzelinks.de/nrgt>

Roy Kühne,  
Jürgen Graalman u. a. (Hg.)

## Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe

Mehr Kompetenzen – mehr Verantwortung

**K**önnen wir uns das arztzentrierte Gesundheitssystem noch leisten? Die Herausgeber des Buches – Roy Kühne, (2013–2021 MdB, Berichterstatter der CDU/CSU Bundestagsfraktion für Heilmittel, Hilfsmittel und Pflege), Jürgen Graalman (Geschäftsführer „Die Brückenköpfe“ und des Deutschen Pflegetages) und Franz Knieps (Vorstand des BKK Dachverband e. V.) – beschreiben, welche Möglichkeiten und Kapazitäten in den Gesundheitsfachberufen stecken. Sie lassen die jeweiligen Berufsgruppen selbstbewusst und kompetent zu Wort kommen.

Das Buch gliedert sich in drei Abschnitte: Im ersten Teil werden die Strukturen des Gesundheitswesens unter anderem aus der Sicht von Kassen, Krankenhäusern, Ärzt\*innen und der Industrie erläutert; ergänzt durch rechtliche Rahmungen, eine gesundheitswirtschaftliche Dimension sowie die politische Neuverortung der Gesundheitsfachberufe in Reformdebatten. Für die reflektierten Darstellungen der Berufe im zweiten Teil des Buches kommen 36 Autor\*innen zu Wort; die Diskussion wird für die einzelnen Berufe geführt, jedoch ohne die Interprofessionalität außer Acht zu lassen. In 14 Kapiteln stellen sich folgende Berufsgruppen vor: Pflege, Hebammen, Physio- und Ergotherapie, Logopädie, medizinisch-/operations-/anästhesie- und pharmazeutisch-technische Assistenz, Notfallsanitäter\*innen, Augenoptiker\*innen, Hörgeräteversorger\*innen, Orthopädietechniker\*innen, Apotheker\*innen und medizinische Fachangestellte.

Das Buch schließt mit dem dritten Teil „Aufbruch 2030“ und der Aufforderung, Chancen wahrzunehmen sowie Perspektiven für mehr Kompetenzen und Verantwortung der Gesundheitsfachberufe zu sehen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Zunahme multimorbider sowie chronisch kranker Menschen steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen. Aktuell beklagen Krankenkassen strukturelle Defizite in Milliardenhöhe, in Einrichtungen werden prekäre Personal-

situationen mit wachsendem Fachkräftemangel angezeigt und es besteht die Sorge, dass die Gesundheitsfachberufe die flächendeckende Gesundheitsversorgung nicht mehr sicherstellen können. Einfach weiterzumachen wie bisher, wird angesichts dessen ungenügend sein. Es braucht neue tragfähige Formen der Gestaltung. Hier kommen den Gesundheitsfachberufen entscheidende Rollen und Aufgaben zu. Mit Thesen wie „Pflege kann mehr, und deshalb braucht Pflege Bildung“ oder „Interprofessionalität steigert Versorgungsqualität und erhöht die Patientensicherheit“ werden Schlüsselfaktoren wie Rollenbewusstsein und Verantwortung, Digitalisierung oder interprofessionelle Kooperation für einen erfolgreichen Aufbruch und ein Ankommen in einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung 2030 zusammengefasst.

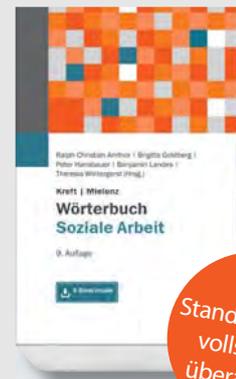
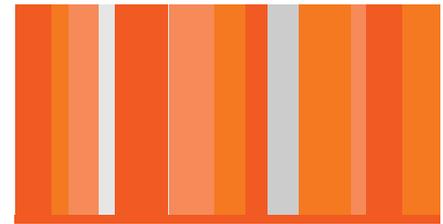
Dieses Werk schließt eine Lücke, denn gute Literatur zu nicht-ärztlichen Berufen ist selten. Es gehört unbedingt in Ausbildung und Lehre, und darf auf dem Weg der Interprofessionalität und Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe als Verstärker nicht fehlen. Der multiprofessionelle Blickwinkel von Repräsentant\*innen, anerkannten Expert\*innen sowie Wissenschaftler\*innen in diesem Buch könnte der Debatte der Gesundheitsfachberufe eine neue Wendung geben.

Verschiedene Akteur\*innen, denen sonst kein Raum gegeben wird, kommen hier deutlich zu Wort. Die Kernkompetenzen der Gesundheitsfachberufe werden sichtbar; ebenso, was sie lernen, was sie tun, welche Potenziale sie haben. Für jede Person mit dem nötigen Verantwortungsbewusstsein und der Courage, Veränderung mitzugestalten, ist das Buch eine sehr zu empfehlende Lektüre.

*Nadine Dressler,  
Physiotherapeutin,  
Berlin*



mww, Berlin 2021, 299 S.,  
49,95 Euro



Das Standardwerk –  
vollständig  
überarbeitet

Dieses ausbildungs- und praxisbezogene Standardwerk gibt zuverlässig Auskunft über Ziele, Aufgaben, Arbeitsfelder und Methoden der Sozialen Arbeit – von A bis Z.

9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 2021, 1167 Seiten, Hardcover, € 78,- ISBN 978-3-7799-3869-9



Widerstandsfähigkeit  
nachhaltig  
stärken

Resilienz wird als Widerstandsfähigkeit definiert, Belastungsfaktoren bewältigen sowie Schutzfaktoren so einzusetzen zu können, dass Krisensituationen gemeistert werden. Dieser Band stellt diese diversen Perspektiven zum Thema »Resilienz im Alter« vor.

2021, 312 Seiten, broschiert, € 34,95  
ISBN 978-3-7799-6317-2

www.juventa.de **BELTZ JUVENTA**

Katholische Akademie der Erzdiözese Freiburg, Caritasverband Freiburg-Stadt e. V. (Hg.)

## Inklusion am Lebensende Menschen mit geistiger Behinderung begleiten

Die Unterstützung von Menschen mit Lernbehinderung in palliativer Situation ist erst seit wenigen Jahren in den Fokus geraten und wird als neue Aufgabe beschrieben, der sich die Dienste intensiv zuwenden müssen. Dieser Band versammelt 16 Beiträge, die zum Teil im Rahmen eines Fachtags der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg und des Caritasverbands der Stadt Freiburg im Frühjahr 2019 präsentiert worden waren und durch Praxisbeispiele Ergänzung fanden. Als erstes besticht dieses Werk durch das Konzept, auch Menschen mit Behinderung als Leser\*innen anzusprechen. Daher wird jedem Artikel, ob der Einleitung, Praxisbeispielen, der Präsentation wissenschaftlicher Projekte oder dem Fazit, konsequent eine grafisch hervorgehoben Zusammenfassung vorangestellt.

Der Band präsentiert in der Einleitung zwei inhaltliche Heranführungen und Begründungen, warum es notwendig und wichtig ist, sich mit der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung inhaltlich und wissenschaftlich auseinanderzusetzen. Ein Gedicht und ein abstraktes farbiges Gemälde schließen diesen Teil ab. Es folgen unter der Überschrift „Beiträge“ vier unterschiedlich umfangreiche Texte. Zunächst gibt Frank Schöberl einen knappen Einblick in die Geschichte der Hospizbewegung. Dem folgt Barbara Schroer, die das in Münster, Berlin und Leipzig angesiedelte Forschungsprojekt PiCarDi vorstellt. Hierbei geht es um die aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtete Befassung mit hospizlicher und palliativer Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und deren Bedürfnissen. Im Anschluss stellt Christiane Ohl exemplarisch eine Patientenverfügung in leichter Sprache vor und Martina Zabel berichtet von der palliativen Begleitung von Bewohner\*innen in Häusern der Lebenshilfe in Bochum.

Im nächsten Kapitel geht es unter dem Titel „Arbeitsgruppen“ um schon bestehende Kooperationen von Hospizgruppen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, um Fragen der Implementierung von

Patientenverfügungen in leichter Sprache, um das Instrument der ethischen Fallbesprechungen bei Therapiezieländerungen und Therapieabbruch, um Angebote der Trauerbegleitung sowie um einen Bericht aus der Praxis des Caritasverbandes der Stadt Freiburg e. V. Das nächste Kapitel vereint nun nochmals „Erfahrungen aus der Praxis“. Nicole Günter und Susanne Weiß berichten anhand eines Fallbeispiels vom konkreten Umgang mit Trauer in einer Tagesgruppe. Dem schließt sich der Bericht der Trauerbegleiterinnen Anita Pfanner und Elisabeth Weisenberger an, in dem sie ganz konkrete Materialien und Kommunikationsideen vorstellen. Älteren Menschen mit geistiger Behinderung und der Arbeit mit ihnen widmet sich Anja Pokorny; Silvia Wolfgarten berichtet von den Vorsorgegesprächen in einer Wohngruppe. Reichlich ist die Materialsammlung mit Hinweisen zu wissenschaftlicher Literatur, Bilderbüchern, Broschüren und Arbeitsheften.

Die Texte in ihrer Vielfalt geben einen Einblick in das Feld von Wissenschaft und Praxis, zeigen die Dynamik in der Befassung mit dem Thema, aber auch noch die Notwendigkeit einer tatsächlich inklusiven Arbeit auf. Dieses Buch ist als Einstieg in das Thema durch die vielen Praxisbeispiele hervorragend geeignet. Unklar ist jedoch die Gliederung, da sich Projekterfahrungen in allen Kapiteln finden und nicht nur in dem Kapitel, das so benannt ist. Ebenso zu hinterfragen ist der Titel des Buches: Denn hier wird zum einen Inklusion auf die Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung reduziert und zum anderen ein tatsächlich inklusives Herangehen, in dem Menschen mit Behinderung demokratisch an den Prozessen beteiligt sind, nicht entwickelt. Dies schmälert den Gehalt des Sammelbandes nicht, vielmehr wird deutlich, was noch alles anzupacken ist.

*Gudrun Silberzahn-Jandt,  
Esslingen*



Lambertus, Freiburg 2021, 168 S., 22 Euro

Walter Schaupp,  
Wolfgang Kröll (Hg.)

## Spannungsfeld Pflege

Herausforderungen in klinischen und außerklinischen Settings

Der Sammelband enthält Aufsätze von Teilnehmer\*innen der gleichnamigen Tagung. Dieser 9. Band der Reihe „Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft“ möchte auf die Herausforderungen und Belastungen im Pflegeberuf hinweisen, wobei bewusst auf ökonomische sowie strukturelle Perspektiven verzichtet wurde. Man findet insgesamt sieben Beiträge aus Pflege- und Rechtswissenschaft, Philosophie, Soziologie, Pflegepraxis und -management, die einen breiten Einblick in interessante und wichtige die Pflege betreffende Themen geben. Selbst die Entwicklung eines pflegewissenschaftlichen Curriculums sowie die selten erwähnte psychiatrische Pflege von Jugendlichen haben einen Platz bekommen.

In einer ausführlichen Einleitung der Herausgeber wird die Entwicklung der Pflegewissenschaften im Sinne einer Emanzipation der Pflege gegenüber der ärztlichen Profession und medizinischer Wissenschaft als gleichberechtigte Säule in der Führung von Krankenhäusern beschrieben. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass sich der pflegerische Alltag nicht selten von dem beruflichen Ideal (und dem Gelernten) unterscheidet. Sabine Ruppert geht im Anschluss auf das Thema Ethik in Form von Grund- und Menschenrechten in der Pflegepraxis ein und bestimmt die notwendigen theoretischen Grundlagen. Für die Pflegepraxis wird gefordert, dass Pflegepersonen zum Beispiel durch Bildungsangebote ethisch-moralische (Handlungs-)Kompetenz erwerben. Der Beitrag von Werner Hauser befasst sich mit der Akkreditierung von Gesundheitsstudiengängen, der Curriculumsgestaltung sowie deren gesetzlichen Grundlagen am Beispiel der FH Johanneum.

Monique Weissenberger-Leduc widmet sich dem Thema Gewalt in der Pflege. Sie beschreibt die Dimensionen direkter, struktureller sowie kultureller Gewalt nach Johan Galtung und erläutert die Wichtigkeit von geriatrischer (primärer) Gewaltprävention im Sinne von Gesundheitsförderung. Im Folgenden bieten Hartmann Jörg Hohensinner und Christina Peyker einen Blick auf den Pflegealltag am Department

Franz-Gerstenbrand der Albert Schweitzer Klinik Graz, indem sie unter anderem die Versorgungsstruktur von Wachkomapatient\*innen in Österreich skizzieren. Angelika Feichtner liefert einen Beitrag zum Thema häusliche Pflege und Rolle(n) der Angehörigen. Darin umreißt sie das Spannungsfeld der möglichen Rollenkonflikte und -veränderungen in der Pflege chronisch- und/oder schwerstkranker Menschen sowie das Risiko als Angehöriger Patient\*in zweiter Ordnung (hidden patient) zu werden.

Von ihren praktischen Erfahrungen auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station berichtet Andrea Schober. Ein Interview von Wolfgang Kröll mit Renate Skledar thematisiert abschließend die Kommunikation und Hierarchie im Krankenhaus. Darin wird auf das Verhältnis und die veränderte Hierarchie zwischen Medizin und Pflege hingewiesen und es werden konkrete Fälle der Ombudschaft beleuchtet, in denen es um Patientenrechte, aber auch um Gewalt und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz geht.

Gut lesbar und wichtige Themen beleuchtend kann dieses Buch als interessante Lektüre im Bereich der Pflegewissenschaften eingeordnet werden. Themen wie die Rolle der (meist osteuropäischen) in Vollzeit arbeitenden Haushalts- beziehungsweise Pflegekräfte sowie von Palliativpflege und deren Organisation wären darüber hinaus sicherlich auch spannend gewesen, aber dieser Band ist nichtsdestotrotz lesenswert – sowohl für akademische als auch für nicht-akademische Le-

ser\*innen. Nach der Lektüre bleiben viele prägnante Zitate im Kopf und so auch thematische Anreize, denen man weiter nachgehen möchte.

Mia Feldmann,  
Bielefeld



Nomos, Baden-Baden 2020,  
146 S., 29 Euro

Gerd Glaeske

## Auf Kosten der Patienten?

Kritische Kommentare zur Pharmaindustrie

Wer sie noch nicht kennt, kann sich jetzt einen Überblick verschaffen: Zehn Jahre kritische Kommentare des Pharmamarktes von Gerd Glaeske zusammengefasst in einem Buch und zeitgleich veröffentlicht mit der 250. Ausgabe der Zeitschrift *Dr. med. Mabuse*. In nahezu jeder Ausgabe dieser Zeitschrift hat Glaeske zu aktuellen Fragen des Arzneimittelmarktes Stellung bezogen: Welche Arzneimittel werden verschrieben, die eigentlich gar nicht angezeigt wären? An welcher Stelle werden zu hohe Preise für Medikamente verlangt? Wo bestehen unververtretbare Risiken bei der Anwendung von Arzneimitteln? Wie sind die gesetzlichen Initiativen

der jeweiligen Bundesregierung zu werten? An welcher Stelle erfolgt eine Medikalisation von Problemen, die eigentlich anders gelöst werden müssten und, und, und ...

Für „alte Häsinnen und Hasen“ erinnert das Buch zum Beispiel an den langen und beschwerlichen Weg der „Gegenöffentlichkeit“ gegenüber der stetigen Werbetour der Pharmaindustrie, an die verlorenen Kämpfe um die Positivliste, an das zähe Ringen um die Nutzenbewertung, an die Kämpfe rund um die Rabattverträge. Für alle diejenigen, die sich erst seit Kurzem mit den Themen Arzneimittelmarkt und -politik kritisch auseinandersetzen, ist dieses Buch sicherlich unverzichtbar für einen Einstieg: Es liefert eine Übersicht über Arzneimittelthemen, die auch heute noch in der Diskussion sind. Und es ist eine Sammlung, die zeigt, wie Glaeske „Gegenöffentlichkeit“ lebt. Kein\*e Apotheker\*in hat sich wie er zu fast allen Fragen des Arzneimittelmarktes öffentlich geäußert, nicht nur schriftlich und durch die Organisation von Kongressen, sondern ganz besonders und bewusst auch in Presse, Funk und Fernsehen. Er war und ist gern gesehener Gast in Verbrauchermagazinen und Sendungen zu Arzneimittelfragen.

Glaeske hat im Laufe seines Lebens viele berufliche Stationen durchlaufen und noch viel mehr angestoßen. So war er beispielsweise bei der Gründung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) dabei und ist auch heute noch Mitglied. Und auch bei der

## Neues aus Reinhardts Gerontologischer Reihe!

(978-3-497-03062-0) kt

(978-3-497-03063-7) kt

www.reinhardt-verlag.de

Gründung der Gesellschaft für Arzneimittel- und Arzneimitteltelepidemiologie war seine Expertise gefragt. Nicht zuletzt mischte er beim Aufbau des Deutschen Netzwerks zur Versorgungsforschung mit, und er war viele Jahre Mitglied des Sachverständigenrates für Fragen des Gesundheitswesens (SVR). Noch heute sind seine Ausführungen im Sondergutachten des SVR aus dem Jahr 2009 zur Zukunft des Apothekenwesens sehr lesenswert, auch wenn er mit seiner Haltung gegenüber dem Versandhandel nicht die Linie des VdPP vertritt.

Er engagiert sich seit den 1980er-Jahren – damals noch als Pionier bei der Datenerfassung und -auswertung von Arzneimitteln-Rezepten. Seine Kämpfe gegen die verordnete Arzneimittelabhängigkeit (Benzodiazepine) oder gegen eine unverantwortliche Selbstmedikation (z. B. Thomapyrin, MediNait) sind legendär, ebenfalls sein Einsatz gegen Gefahren bei der Einnahme von bestimmten Kontrazeptiva. Vieles davon findet sich regelmäßig in seinen Kolumnen in der Zeitschrift *Dr. med. Mabuse* und ist jetzt für die vergangenen zehn Jahre nochmals in Buchform dokumentiert.

*Dr. Udo Puteanus,  
Apotheker und  
VdPP-Vorstandsmitglied*



Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2021, 213 S., 19,95 Euro

Angelika Maase

## Internationale Pflegefachkräfte in der akutmedizinischen Versorgung

Kulturelle Herausforderungen und Spannungsfelder

Die Studie von Angelika Maase zeigt, dass es Alltagsrassismus in der Pflege gibt und dass die Themen Migration und Wandel im Gesundheitswesen hochaktuell sind, da sich die Situation durch den Fachkräftemangel zuspitzt. Die Heraus-

forderungen, die nach der Rekrutierung internationaler Pflegekräfte in Deutschland zu lösen sind, untersucht Maase in ihrer Masterarbeit exemplarisch am Beispiel brasilianischer und italienischer Pflegefachkräfte. Ihr zentrales Interesse sind die kulturellen Herausforderungen und Spannungsfelder, mit denen zugewanderte Pflegefachkräfte in der akutmedizinischen Versorgung in Deutschland konfrontiert sind. Zudem befasst sie sich mit den Faktoren, die ihren Integrationsprozess positiv stärken oder negativ beeinflussen, sowie mit der Zusammenarbeit im Team.

Zum besseren Verständnis der nationalen Hintergründe wird zunächst der bilaterale Bezugsrahmen der exemplarisch gewählten Nationalitäten dargestellt. Maase skizziert dann die theoretischen Ansätze ihrer Arbeit. Beim Thema Integration bezieht sie sich auf den Wissenschaftler Aladin El-Mafaalani, der Integration als einen Prozess beschreibt, der nicht ohne Widerstände und Konflikte ablaufen kann. Der Fokus liegt ihm zufolge auf der Teilhabe an Positionen und Ressourcen. Soziale Privilegien und kulturelle Dominanzverhältnisse werden infrage gestellt und neu ausgehandelt. Maase gibt im Folgenden einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand und leitet daraus vier Phänomene ab: 1. Das Erleben kultureller Differenziertheit; 2. Das Krankenhaus als Feld von Machtbeziehungen; 3. Das Erleben von Diskrepanzen im fachlichen Wissen und in den Kompetenzen sowie 4. Bewältigungsstrategien im Umgang mit Herausforderungen und Spannungsfeldern.

Maase stellt das Erleben der Pflegefachkräfte aus Brasilien und Italien in den Vordergrund. Welche Erfahrungen machen sie? Wie erleben sie Zusammenarbeit? Welche Faktoren wirken sich hemmend oder unterstützend auf die Integration aus? Interessant ist, dass die Befragten die eigenen, persönlichen Ressourcen und Berufserfahrungen als stabilisierend erlebten. Und es wird deutlich, dass die „etablierten“ Mitarbeitenden kaum auf die Herausforderung vorbereitet wurden, neue zugewanderte Kolleg\*innen in ihre Arbeit und ihr Team einzubeziehen. Die Studie beschreibt die erlebten Probleme und Herausforderungen der zugewanderten Pflegefachkräfte detailliert und ausführlich. Insofern kann sie wesentlich dazu beitragen, umfassende Entwicklungen

zur erfolgreichen Integration internationaler Pflegefachkräfte auf den Weg zu bringen. Nach El-Mafaalani können Integrationskonflikte „ein Treibstoff für Fortschritt und Innovationen sein“. Insofern wünscht man den Integrationsprozessen in den Kliniken viel Energie und Neugierde, um die Chance des sozialen Wandels durch Integrationsprozesse wahrzunehmen und Menschen in ihrer Verschiedenheit und Pluralität als Gewinn und nicht als Problem zu begreifen.

Das Buch ist allen sehr zu empfehlen, die sich mit der Thematik Integration, Kultur und Pflege beschäftigen und/oder dazu wissenschaftlich arbeiten. Es bildet den aktuellen Forschungsstand zu der Thematik ab und ist übersichtlich und nachvollziehbar geschrieben. Die Inhalte können einige Impulse für weitere Arbeiten oder Projekte liefern, die mit der Integration internationaler Pflegefachkräfte verbunden sind.

Maase schloss ihren Master „Pflegerwissenschaft“ an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar ab. Trotz dringend benötigter akademischer Nachwuchskräfte und guter wissenschaftlicher Arbeit wird die Fakultät Pflegerwissenschaft aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen. Ein Schlag ins Gesicht für die Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland. Warum diese wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht staatlich gefördert wird und es privaten Instituten überlassen wird, sich durch Gebühren einer nicht gerade hochverdienenden Berufsgruppe zu finanzieren, erschließt sich nicht.

*Sabine Kalkhoff,  
Hamburg*



Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2021, 203 S., 29,95 Euro

Martin Staats, Jan Steinhaußen (Hg.)

## Resilienz im Alter

Gleich zu Beginn markieren die Autor\*innen ihre kritische Distanz zum Modewort Resilienz: „Resilienz, verstanden als psychische Widerstandskraft, könnte

in dieser Debatte um die aktuelle Krisenbewältigung ein Schlüsselbegriff sein, wenn er es nicht seit mindestens zwei Jahrzehnten wäre.“ Sie wenden den Begriff auf belastende Situationen im Leben alter Menschen an – Armut, Krankheit, Einsamkeit; aktuell dazu der Hinweis auf die Coronapandemie mit ihren Folgen sozialer Isolation. Sie sehen in der „Fähigkeit, angesichts widriger Lebensumstände unverdrossen und psychisch stabil zu bleiben, [...] eine zeitlose Forderung an Menschen“ und nennen sie „ein durchaus sinnvolles Konstrukt“. Zudem wird in den Beiträgen dieses Sammelbandes Resilienz als „eine variable Größe“, die „situationsspezifisch und multidimensional“ ist, bezeichnet. Wichtig ist allen Autor\*innen: „Resilienz ist kein ‚Allheilmittel‘ für alle Lebenssituationen.“ Zum einen bestehe das Risiko, soziale Problemlagen zu individualisieren; denn wer nicht mit einer Situation klarkommt, sei eben nicht resilient genug. Dem halten sie entgegen, Resilienz sei doch „nicht lediglich eine individuelle Anpassungsleistung, sondern zu einem guten Teil auch Ergebnis gesellschaftlicher Gelegenheitsstrukturen und Teilhabechancen“ und entstehe „in einer frühen Phase der Kindheit“.

„Im Kontext individueller Bewältigungsressourcen“ arbeiten die Autor\*innen sich an unterschiedlichen Aspekten ab, von der ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheit über soziale Beziehungen, Bildung, Achtsamkeit, die Philosophie der Lebenskunst bis hin zum Umgang mit Traumafolgestörungen und dem Nutzen, über den Tod zu sprechen (Teil III). Spannend wird es im vierten Teil, „Resilienz und Gesellschaft“, sehen sie doch „die Maschen sozialstaatlicher Sicherungsnetze ausgedünnt und verstärkt marktwirtschaftlichen Logiken (Stichwort: private Vorsorge) unterworfen“. Resilienz ist für sie der „Komplementärbegriff zur Vulnerabilität“, was den Schluss nahelege: „Alte Menschen sollten resilienter werden, um sämtliche psychosozialen Brüche und körperliche Einschränkungen bewältigen zu können.“ Sie legen entsprechende individuelle Anpassungsprozesse dar und streichen die Bedeutung unterstützender Rahmenbedingungen heraus: Gefordert ist der Sozialstaat mit seinen Institutionen. Der Frage nach dem „Wie“ der Resilienzsteigerung bei alten Menschen stellen sie noch einmal die grundsätzliche Frage gegenüber: „Warum sollten sie resilienter werden?“ – und verstehen die Frage als „Kritik einer

hegemonial neoliberalen Deutung des Resilienzbegriffs“. Dieser Kritik unterziehen sie auch verschiedene Konzepte der Sozialplanung.

„Das späte Glück ist mit den Tapferen?“, fragt die Autorin des letzten Kapitels, und sieht „Resilienz als problematische neue Altersnorm“, als ein Angebot, „die Wirklichkeit zu deuten“ und „die folgerichtige Antwort auf die entfesselten flexibel-kapitalistischen Wachstums- und Optimierungsimperative des späten 20. und frühen 21. Jahrhunderts samt der von ihnen produzierten sozialen, psychischen und ökologischen Folgeschäden“. Dabei werde das Alter „als grundsätzlich krisenförmige [...] hochgradig riskante Angelegenheit aufgefasst“, an die es sich emotional und kognitiv anzupassen gelte: „Alter als Katastrophe, Resilienz als Ausweg.“ Es gehe in derartigen Konzepten nicht darum, die Verhältnisse zu ändern, sondern mit ihnen klarzukommen, sich an sie zu gewöhnen und an ihnen zu wachsen. Logisch sei dann der – verblüffende – Schluss: „Wer mit dem Alter nicht klarkommt, der oder die hat es sich in jüngeren Jahren womöglich schlicht zu gut gehen lassen.“ Das Ideal sind damit nicht die Alten, die versuchen, ihre bedrückenden Lebensumstände zu verändern, sondern die vorleben „Ich halte aus‘, ‚Ich bin tapfer‘, ‚Ich lasse mich nicht unterkriegen““. Das Fazit ist die mit schlagkräftigen Argumenten unterlegte Befürchtung, dass „der Diskurs um Resilienz [...] die weitere psychopolitische Privatisierung gesellschaftlicher Problemlagen“ begünstigen könne, was in vielen Bereichen schon zu beobachten sei.

Die kritische Distanz der Autor\*innen zu ihrem Untersuchungsgegenstand ist wohlthuend. Mit ihrem gut, teilweise hervorragend geschriebenen Buch reihen sie sich nicht in die lange Liste wohlmeinender Ratgeberliteratur ein. Lesenswert!

Burkhard Plemper,  
Hamburg



Beltz Juventa, Weinheim/  
Basel 2021, 312 S., 34,95 Euro

## HERAUSFORDERUNG PFLEGE MEISTERN



erscheint  
im November

Weitere interessante  
Titel zum Thema auf  
[vdrn.hk/pflege](http://vdrn.hk/pflege)



## Gesundheit und Politik



Gertraude Ralle  
**Damit Krankheit nicht heillos verwaltet wird**

Plädoyer für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen

Warum schleppen wir ein veraltetes und krankes Gesundheitssystem mit uns herum? Wieso schaffen wir es nicht, trotz ungeheuren Wissenszuwachs im Bereich Medizin und Informationstechnologie, neue Erkenntnisse zum Wohle aller umzusetzen? Weshalb werden krisenhaft zugespitzte Entwicklungen wie Kostensteigerung, Pflegekostenanstieg, Ärztemangel, Antibiotikaresistenz etc. nicht gestoppt? Gertraude Ralle sagt: Es fehlt der politische Wille, den kommerzialisierten Kampf der InteressenvertreterInnen zu beenden. Denn mittlerweile ist die Wirtschaft zu einem kaum mehr hinterfragten Juror zwischen richtig und falsch geworden. Ein Wettbewerb tobt auf einem gnadenlosen Markt: PatientInnen sind dort KundInnen und Ware zugleich. Ralle gibt als Gesundheitspolitik-Insiderin tief Einblicke in die verzweigten Strukturen des maroden Systems und liefert so ein eindringliches Plädoyer für eine zukünftige lebenswerte Existenz.

Büchner, Marburg 2021, 222 S., 24 Euro

Manfred Spitzer  
**Globale Gesundheit**  
Mensch – Tier – Erde

Wir dürfen die menschliche Gesundheit nicht isoliert betrachten, der One-Health-Gedanke zeigt, dass Tier, Mensch und Planet Erde zusammen gedacht werden müssen. Je mehr der Lebensraum vieler Pflanzen- und Tierarten eingeschränkt und zerstört wird und je mehr die Artenvielfalt abnimmt, desto empfindlicher wird das Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt gestört. Was können wir also aus dem Blick auf Mensch, Tier und Umwelt lernen? Ist das, was für uns gesund ist, auch automatisch gesund für unseren Planeten? Hat die andauernde Klimakrise Auswirkungen auf unsere psychische Gesundheit?

Schattauer, Stuttgart 2021, 304 S., 20 Euro

Hendrik Schneider  
**Korruption im Krankenhaus**  
effektiv vermeiden, gegensteuern und aufklären

Seit Einführung der Paragraphen 299 a und b im Strafgesetzbuch hat das Thema Korruption im Gesundheitswesen zunehmend Beachtung gefunden. Die Verhinderung entsprechender Straftaten stellt eine zentrale Herausforderung für die Compliance im Krankenhaus dar. Im Buch werden neben rechtlichen Risiken auch Präventionsmöglichkeiten dargestellt und auf das Krankenhaus als Organisation abgestimmt. Dies gilt sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen wie Richtlinien, Prozesse, Zuständigkeiten, Audits als auch auf repressive Maßnahmen, beispielsweise Aufklärung von Vorwürfen durch interne Untersuchungen, Kooperation mit den Ermittlungsbehörden oder Vertretung der Interessen des Krankenhauses im Strafverfahren.

Kohlhammer, Stuttgart 2021, 192 S., 49 Euro

## Geschichte der Medizin



Malte Thießen  
**Auf Abstand**  
Eine Gesellschaftsgeschichte der Coronapandemie

Corona ist die sozialste aller Krankheiten. Sie betrifft alle Menschen weltweit und sämtliche Bereiche unseres Zusammenlebens – allerdings in ganz unterschiedlichem Ausmaß. Malte Thießen macht sich auf eine historische Spurensuche nach den sozialen Voraussetzungen und Folgen der Corona-Pandemie. Von den Pocken über die Spanische Grippe bis hin zu Aids, Ebola und Schweinegrippe entwirft er ein Panorama der Seuchen, die die Welt im 20. Jahrhundert heimsuchten, und gibt Antworten auf die Frage, was die Corona-Pandemie so besonders macht. Das Buch präsentiert damit eine Bestandsaufnahme unserer Gegenwart im Zeitalter der „Neuen Seuchen“: Ist Corona eine Zeitenwende?

Campus, Frankfurt am Main 2021, 222 S., 24,95 Euro

Karl-Heinz Bomberg  
**Seelische Narben**  
Freiheit und Verantwortung in den Biografien politisch Traumatisierter der DDR  
Karl-Heinz Bomberg spürt der Bedeutung von Freiheit und Verantwortung nach, in seiner eigenen

wie auch in den Biografien anderer politisch Verfolgter der DDR. In den Fokus rücken persönliche Erfahrungen – bis in die Gegenwart, mehr als 30 Jahre nach dem Mauerfall. Eingebettet in theoretische Grundlagen der psychoanalytischen Traumatherapie kommen viele Betroffene zu Wort.  
Psychosozial, Gießen 2021, 156 S., 24,90 Euro

Robin Lane Fox  
**Die Entdeckung der Medizin**  
Eine Kulturgeschichte von Homer bis Hippokrates

Robin Lane Fox schildert in seinem Buch die bahnbrechenden Leistungen der antiken Griechen in der Medizin und zeigt, wie sie unsere moderne Heilkunst begründeten – mit packenden Schilderungen der Lebenswirklichkeit der Ärzte und der Erfahrungen der Patienten entfaltet er ein großes und noch wenig bekanntes kultur- und geistesgeschichtliches Panorama der Antike. Das Buch eröffnet viele unbekannt und neue Aspekte der Welt des Altertums – die Themen reichen von Frauen-Medizin, Herrschaft, Kunst, Sport bis hin zu Sex und Botanik.

Klett-Cotta, Stuttgart 2021, 448 S., 35 Euro

## Medizin und Gesundheitswesen

Peter Langkafel,  
David Matusiewicz (Hg.)  
**Digitale Gesundheitskompetenz**  
Brauchen wir den digitalen Führerschein für die Medizin?

Der Begriff Gesundheitskompetenz geht aus dem englischen „Health Literacy“ hervor und wurde vor allem im angloamerikanischen Raum geprägt. In einem zunehmend digitalen Gesundheitswesen wird in diesem Buch von

### Von Isis und Osiris zur Schneekönigin

Das Motiv der Partnersuche und Partnererlösung in Mythen, Märchen und in der Geschlechtspsychologie

Seit Menschengedenken werden durch Mythen und Märchen Sehnsüchte und Träume angesprochen. Ein wiederkehrendes Motiv ist das der Partnersuche und -erlösung. Weithin bekannt sind partnersuchende und/oder erlösende Gottheiten, wie im Mythos von „Isis und Osiris“ oder Märchenhelden und -heldinnen, wie in „Die Schneekönigin“. Sie alle sind getrieben von der Kraft der Liebe, einer Liebe, die alle Widerstände jenseits jeglicher Vernunft überflügelt. Das Motiv hat eine lange Tradition, wie die im vorliegenden Buch zum Lesen angebotenen bekannten und weniger bekannten Mythen und Märchen sowie die kompetenten Ausführungen und geschlechtspsychologischen Interpretationen zeigen.



320 Seiten • Taschenbuch (Paperback) • EUR 17,90 • ISBN 978-3-8280-2698-8  
Auch als E-Book erhältlich: 320 Seiten • E-Book • EUR 9,99 • ISBN 978-3-8280-3351-1

### MABUSE-BUCHVERSAND

Buchhandlung für alle Gesundheitsthemen

Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre, Demenz, Psychotherapie und Psychiatrie, Pflege, Sterben, Tod und Trauer, Alternativmedizin, Ernährung und Kochen, Sexualität, Romane und vieles mehr ...

Bestellen Sie bequem über unseren Online-Shop oder nutzen Sie unsere kompetente Beratung am Telefon.

**Wir senden Ihnen jedes lieferbare Buch portofrei zu!**

Sie erreichen uns unter:

Tel.: 069-70 79 96-16 | Fax: 069-70 41 52  
bestellen@mabuse-buchversand.de  
www.mabuse-buchversand.de

# Ganzheitlicher Ansatz im Pflegeprozess

Menschen sind eine Einheit von Körper, Gefühlswelt und Geist – diese Ebenen stehen in enger Wechselwirkung miteinander. Auch die Umgebung beeinflusst, wie wir denken, fühlen und unseren Körper wahrnehmen. Oft fällt es schwer, die Wirkungen der verschiedenen Ebenen auf die Befindlichkeit zu erkennen und für die Gesundheitsförderung zu nutzen.

Das Buch zeigt Möglichkeiten auf, den ganzheitlichen Genesungsprozess psychisch erkrankter Menschen professionell, situativ und kreativ zu begleiten. Es stellt nützliche Pflegediagnosen und Interventionsmöglichkeiten auf allen Ebenen der Lebensregulation vor und bietet umfangreiche Praxisanleitungen und Anwendungshinweise.



Maja Lo Faso, Nicole Amrein, Manuela Grieser  
**Genesungsprozesse ganzheitlich begleiten**  
160 Seiten, 25,00 € + Downloadmaterial  
ISBN 978-3-96605-096-8  
eBook 19,99 €

Psychiatrie Verlag

www.psychiatrie-verlag.de

## Pflege



Martin Schieron, Christa Büker,  
Angelika Zegelin (Hg.)  
**Patientenedukation und  
Familienedukation in der Pflege**

Praxishandbuch zur Information,  
Schulung und Beratung

Das Handbuch für Pflegefachpersonen zur Patientenedukation von Klienten und Familien beschreibt Aufgaben, Entwicklungen, Rollen und Zielgruppen. Es klärt Konzepte der Patientenedukation und erläutert, wie man Informationen verständlich vermittelt, leichte Sprache nutzt, Falschinformationen entlarvt und Informationsmaterialien entwickelt. Die AutorInnen skizzieren die Handlungsfelder der pflegebezogenen Edukation in den unterschiedlichen Bereichen und zeigen, wie man gezielt nach evidenzbasierten Patienteninformationen sucht. Schließlich wird die Patientenedukation im Pflegeprozess mit Pflegegediagnosen, -zielen und -interventionen beschrieben.  
Hogrefe, Bern 2021, 336 S., 44,95 Euro

Sabine Weißflog,  
Julia Lademann (Hg.)  
**Verstehen in der  
Psychiatrischen Pflege**

Beiträge für erweiterte  
pflegewissenschaftliche Perspektiven

Das Wesen der psychiatrischen Pflege ist das Verstehen der subjektiven Wirklichkeit eines Menschen, das Erkennen der Motivation für Veränderung und die Unterstützung bei der Neudefinition des Sinns von Identität. Doch was bedeutet „Verstehen“? Welche Denk- und Handlungsansätze gibt es für die klinisch-psychiatrische Pflege? Unter dieser Fragestellung werden pflege-, sozial- und geisteswissenschaftlich ausgerichtete Betrachtungsweisen herangezogen. Das Buch möchte psychiatrischen Pflegefachpersonen fundierte und innovative Perspektiven für mögliche Wege zum Verstehen psychisch erkrankter Menschen aufzeigen.  
Kohlhammer, Stuttgart 2021, 156 S., 39 Euro

Kohlhammer, Stuttgart 2021, 156 S., 39 Euro

digitaler Gesundheitskompetenz gesprochen. Damit ist nicht nur gemeint, die richtigen Informationen im Internet finden und bewerten zu können. Vielmehr geht es darum, den Weg zum digitalen mündigen Bürger im Kontext Medizin zu beschreiben. Auch wenn es hierzu noch keine einheitlichen Definitionen gibt, versucht das Buch, eine Einordnung vorzunehmen. Ausgewiesene Experten geben einen umfassenden und multidisziplinären Überblick über die digitale Gesundheitskompetenz und liefern Ansätze, wie sie gelingen kann.  
medhochzwei, Heidelberg 2021, 253 S., 79,99 Euro

Claas Buschmann (Hg.)  
**Das ABCDE-Schema der  
Patientensicherheit in der  
Notfallmedizin**

Pearls and Pitfalls  
aus interdisziplinärer Sicht

Dieses Buch gibt einen Überblick über häufige und gravierende Notfallmedizinische Krankheitsbilder unter dem Aspekt der Sicherheit des Notfallpatienten und benennt Lösungsvorschläge und typische Fehlerquellen in Notfallsituationen. Die Gliederung orientiert sich dabei an dem aus der Traumaversorgung bekannten ABCDE-Schema, welches Handlungsanweisungen gibt. Gemäß dem Schema A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability und E – Environment/Exposure. Das Ziel besteht darin, eine größere Patientensicherheit zu erreichen. Alle Autoren sind erfahrene Experten im jeweiligen Fach der Notfallmedizin.  
Kohlhammer, Stuttgart 2021, 282 S., 49 Euro

Caro Ass e. V. (Hg.)  
**Assistenz in der  
Gesundheitsversorgung**  
Sozialassistenten, Servicehelfer,  
Alltagsbegleiter

Das Buch beinhaltet alles, was man in einem Assistenzberuf in der Gesundheitsversorgung wie z. B. als Sozialassistent und Alltagsbegleiter wissen muss: ohne komplizierte Fachbegriffe, dafür mit fachlichem Know-how und praktischen Tipps von Experten, verständlich und übersichtlich aufbereitet. Es zeigt, wie verantwortungsvoll und kompetent mit der Zielgruppe gearbeitet wird. Anhand von Fallbeispielen, Bildern und Grafiken hilft es dabei, auf alle möglichen Fragen Antworten zu finden. In der Ausbildung ist dieses Buch ein treuer Begleiter und liefert Hilfestellungen plus Antworten, die auf Anheiß verständlich sind.  
Thieme, Stuttgart 2021, 592 S., 39,99 Euro

Roland Böhmer-Breuer,  
Erik Herrmann  
**PFLEGEN**

Fokus alter Mensch

Das Buch richtet sich an alle Auszubildenden, die ihren Vertiefungseinsatz oder späteren Arbeitsplatz in der Altenpflege sehen. Die Pflege alter Menschen braucht spezielles Wissen über pflegerische Interventionen. Der Band vertieft dieses Wissen und stellt dabei die (Handlungs-)Kompetenzentwicklung im Sinne der Pflegeberufesetze in den Mittelpunkt.  
Urban & Fischer, München 2021, 496 S., 40 Euro

Wolfgang Matthias Heffels,  
Anna Storms  
**Ethisch urteilen und handeln**  
Unterrichtsmaterialien für die  
Pflegeausbildung

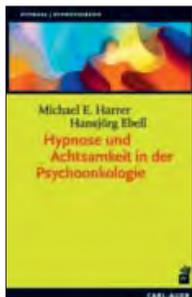
Menschen in Pflegeberufen sind immer wieder mit moralischen Herausforderungen konfrontiert. Daher müssen berufsbezogene ethische Grundlagen wie Respekt und Fürsorge als fundamentale Pfeiler in den Betreuungsalldag integriert werden. Die Autor\*innen liefern dafür neben theoretischem Grundwissen anwendungsorientierte Sachdarstellungen und Materialien als didaktische Anregung, um diese und weitere Handlungsmaximen innerhalb der Pflegeausbildung zu fördern (inkl. Arbeitsblätter und Präsentationen zum Download).  
V & R, Göttingen 2021, 216 S., 30 Euro

## Psych ...

Georg Theunissen  
**Basiswissen Autismus und  
komplexe Beeinträchtigungen**

Lehrbuch für die Heilerziehungspflege,  
Heilpädagogik und (Geistig-)Behindertenhilfe

Das Buch befasst sich mit autistischen Personen mit (schweren) mehrfachen, sensorischen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen und nicht nur sogenannten hochfunktionalen oder Asperger-Autist\*innen. So sollen alle Personen aus dem Autismus-Spektrum davon profitieren können. Das Lehrbuch für die Heilerziehungspflege und Heilpädagogik ist mit kleinen Textblöcken zu pädagogischen Hinweisen oder Tipps sowie Beispielen aus der Praxis gestaltet. Dies lockert das Buch auf und macht es leicht zugänglich. Zugleich ist es in verständlicher Sprache verfasst, die oft bei Fachbüchern vermisst wird.  
Lambertus, Freiburg 2021, 378 S., 26 Euro



Michael E. Harrer, Hansjörg Ebell  
**Hypnose und Achtsamkeit in der Psychoonkologie**  
 Die Psychoonkologen Michael Harrer und Hansjörg Ebell loten das therapeutische Potenzial der Kommunikation zwischen PatientInnen und ihren BehandlerInnen aus. Für beide haben sich Hypnose und Achtsamkeit für den Umgang mit Ängsten, Schmerzen und vielen weiteren Herausforderungen als sehr hilfreich erwiesen. Eine hypnosystemische Herangehensweise eröffnet hier viele Möglichkeiten. Das Buch stellt das persönliche Erleben der PatientInnen und die Beziehung zu den Behandelnden in den Mittelpunkt, hilft, Zugang zu Ressourcen und Handlungsoptionen zu finden und gibt anschauliche Fallbeispiele.  
 Carl-Auer, Heidelberg 2021, 395 S., 49 Euro

www.klett-cotta.de/fachbuch

**NEU**

Luise Reddemann  
**Die Welt als unsicherer Ort**  
 Psychotherapeutisches Handeln in Krisenzeiten

Auch als eBook

Leben Lernen 328  
 160 Seiten, broschüriert  
 € 24,- (D) ISBN 978-3-608-89277-2

Luise Reddemann  
**Die Welt als unsicherer Ort**  
 Psychotherapeutisches Handeln in Krisenzeiten

Die Corona-Krise als Herausforderung für die Psychotherapie

Das psychotherapeutische Praxisbuch zur Covid-19-Pandemie und darüber hinaus

**Leben LERNEN**  
 Klett-Cotta

Blättern Sie online in unseren Büchern und bestellen Sie bequem und versandkostenfrei unter: [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

Friederike Schmidt-Hoffmann  
**Integrative Psychosenpsychotherapie**  
 Ein emotions- und biografieorientierter Ansatz

Menschen mit Psychose-Erfahrungen werden im therapeutischen Alltag oft anders behandelt als Menschen mit anderen Störungsbildern – dabei können „allgemeine“ Ansätze der Psychotherapie auch bei Psychosen angewandt werden. Schulenübergreifend führt das Buch in das psychosespezifische Arbeiten ein, weist auf die Besonderheiten von Psychosebehandlungen hin und fördert anhand von Fallbeispielen den Mut für die Therapie mit Psychose-Erfahrenen. Das Buch wirbt für einen biografisch verstehenden Zugang und zeigt, wie schematherapeutisch orientiertes Arbeiten im Rahmen eines integrativen, emotions- und bedürfnisorientierten Ansatzes Genesungsprozesse fördern kann. Es macht theoretische Kenntnisse für die praktische Arbeit nutzbar und vermittelt eine sensible therapeutische Haltung, die auf Recovery, Selbstwirksamkeit und Empowerment ausgerichtet ist.  
 Psychiatrie, Köln 2021, 240 S., 35 Euro

Thomas Bergner  
**Mentale Gesundheit für Ärzte und Psychotherapeuten**  
 Ein Praxisbuch zur Verbesserung der Lebensqualität

Der Berufsalltag von ÄrztInnen und TherapeutInnen kann sehr stressig sein. Verantwortung zu übernehmen und einen Beruf auszuüben, der eine Berufung ist, verlangt einiges ab. Es gibt viele Gründe, warum ÄrztInnen und TherapeutInnen ein erhöhtes Risiko haben, an einer Depression, einer Sucht oder an Burn-out zu leiden. Ebenso bestehen gute Chancen, diese zu verhindern oder zu überwinden. Das Buch beleuchtet neben den Krankheitsbildern sowie deren Ursachen vor allem Präventions- und Interventionsmöglichkeiten im Berufsfeld zu verbessern.  
 Schattauer, Stuttgart 2021, 288 S., 35 Euro

Karl Heinz Brisch (Hg.)  
**Bindung und psychische Störungen**

Ursachen, Behandlung und Prävention  
 Die Bindungstheorie ist inzwischen eine der am besten untersuchten entwicklungspsychologischen Theorien. Sie kann wesentliche Ursachen der Entstehung psychischer Störungen erklären. Dieser Band zeigt, welche neuen Möglichkeiten der Behandlung

sich aus diesen Erkenntnissen ergeben und welche Erfolge eine bindungsbasierte Prävention von psychischen Störungen vorweisen kann. Bindungsbasierte Programme setzen idealerweise bereits in der Schwangerschaft ein und wirken erfolgreich der Weitergabe psychischer Belastungen von den Eltern an die Kinder entgegen.  
 Klett-Cotta, Stuttgart 2021, 336 S., 40 Euro

## Schwangerschaft und Geburt

Johanna Vlk, Nina Jährling  
**Selbstbestimmte Geburt ohne Angst**

**Gut vorbereitet mit gezielten Übungen.**  
 Aus der Hebammen-Praxis  
 „Ich bin schwanger!“ So freudig diese Erkenntnis auch ist, viele werdende Mütter erleben auch Ängste und Unsicherheiten: Ist mein Baby gesund? Sind meine Beschwerden normal? Wie soll ich die schmerzhafteste Geburt überstehen? Johanna Vlk, seit 40 Jahren Hebamme, und Nina Jährling, promovierte Biologin, haben die FEARLESS-Methode entwickelt, ein Schritt-für-Schritt-Programm für Schwangere, um Ängste zu besiegen und sich optimal auf die Geburt vorzubereiten. Sie stellen wirksame Atem- und Körperübungen vor, um Geburtsschmerzen zu lindern, die auch den Partner einbeziehen. Wissenschaftliche Hintergründe werden einfach und verständlich erklärt. Zudem gibt es Erfahrungsberichte von anderen Schwangeren und Müttern.  
 Trias, Stuttgart 2021, 164 S., 19,99 Euro



Karen Dannhauer, Anja Constance Gaca  
**Baby.leicht**  
 Was Eltern und Babys wirklich brauchen  
 Baby.leicht zeigt einen gelassenen und feinfühligem Weg für die ersten zwölf Monate. Liebevoll und sachkundig begleiten die beiden erfahrenen Hebammen Karen Dannhauer und Anja Constance Gaca frisch gebackene Eltern und

sorgen durch Konzentration auf das Wesentliche für mehr Zeit und Gelassenheit. Ob stillen oder fläschchenfüttern, Babys gesunde körperliche und emotionale Entwicklung oder die notwendige Erstausrüstung: Die beiden Autorinnen beschreiben alles Wichtigere rund um das Wohl von Kind, Eltern und Umwelt und tragen zur Entlastung in diesem turbulenten ersten Jahr bei.  
 Beltz, Weinheim/Basel 2021, 366 S., 26 Euro

Familie Larsson-Rosenquist  
 Stiftung (Hg.)

**Stillen und Muttermilch**  
 Von den biochemischen Grundlagen bis zur gesellschaftlichen Wirkung

Stillen wirkt sich positiv auf die Gesundheit von Kindern aus, und zwar lange über die Stillzeit hinaus. Und dennoch: Die Stillraten in vielen Ländern lassen zu wünschen übrig. Was macht ein stillfreundliches Umfeld so notwendig und welche Rahmenbedingungen lassen sich dafür schaffen? Entscheidungsträger und Fachkräfte aus der Praxis finden in diesem Kompendium Argumente und konkrete Handlungsfelder. Die AutorInnen veranschaulichen wissenschaftlich fundierte die überraschenden Zusammenhänge zwischen Stillen, Public Health und volkswirtschaftlichem Nutzen und benennen Strategien für länder- und interessenübergreifende Partnerschaften.  
 Thieme, Stuttgart 2021, 472 S., 49,99 Euro

Artur R. Boelderl, Peter Widmer (Hg.)  
**Von den Schwierigkeiten, zur Welt zu kommen**  
 Transdisziplinäre Perspektiven auf die Geburt

Die Geburt bildet den wesentlichen Bezugspunkt menschlicher Existenz. Die hier versammelten Beiträge sondieren die Tragweite dieses grundlegenden Begriffs abendländischer Ideengeschichte, etwa anhand des Prä- und Postpartalen oder dem Spracherwerb des Kindes. Dabei wird insbesondere auf die Frage des Verhältnisses zwischen der faktischen „ersten“ Geburt und allen weiteren – „zweiten“, „dritten“ – Geburten im übertragenen Sinne Bezug genommen: Die Geburt als solche wird thematisiert und ebenso ihre Bedeutung für das menschliche Sein und für das Selbstverständnis der Psychoanalyse im Kontext einschlägiger philosophischer, medizinischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse.  
 Psychosozial, Gießen 2021, 208 S., 22,90 Euro

## Kinder und Jugendliche



Julia Schneider, Marlene Monzel  
**Ela, Elmo und die Zaubermomente**  
 Ein Kinderfachbuch über Bindung  
 Elmo ist Elmas Bindungsbedürfnis. Er sorgt dafür, dass Ela nicht zu lange allein ist. Doch manchmal haben die Menschen, die Ela lieb hat, keine Zeit für sie – oder gehen sogar weg. Elmo wird dann sauer oder traurig. Für Ela ist es dann ganz schön schwer, mit Elmos großen Emotionen zurechtzukommen. Ela und Elmo zeigen, dass das Zusammenleben mit anderen Menschen schön sein kann. Doch auch, dass große Gefühle wehtun können. An die Geschichte schließt ein Mitmach-Teil für Kinder an. Ein Fachteil vermittelt Erwachsenen Hintergrundwissen und gibt ihnen Anregungen, wie sie Unterstützung geben können, wenn Kinder verletzt oder verlassen wurden.  
 Mabuse, Frankfurt am Main 2021, 52 S., 17,95 Euro

Romy Winter  
**Krisenfest – Das Resilienzbuch für Familien**  
 Was Eltern und Kinder fürs Leben stark macht

Als Familie in eine Krise zu schlittern, ist keine Kunst – etwa durch unvorhersehbare Schicksalsschläge. Doch wer sich als selbstwirksam erlebt und nicht so schnell den Optimismus und Humor verliert, ist widerstandsfähiger und kann Probleme besser bewältigen. Die gute Nachricht ist: Diese Eigenschaften lassen sich trainieren, nicht nur als einzelne Person, sondern auch als gesamte Familie! Romy Winter gibt Familien viele praktische Werkzeuge an die Hand, um die Beziehungen untereinander zu stärken und den Alltag zu entschleunigen sowie bewusst zu gestalten. So entsteht eine liebevolle Atmosphäre, die vor Krisen schützt und gleichzeitig die Voraussetzungen dafür schafft, gut durch anspruchsvolle Phasen zu kommen.  
 Kösel, München 2021, 320 S., 18 Euro

Michael Elpers  
**Wenn die Kinderseele streikt**  
 Warum immer mehr Kinder psychisch erkranken und wie wir sie schützen können  
 Der Kinder- und Jugendpsychiater Michael Elpers schlägt Alarm: Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an Depressionen, Essstörungen, Angsterkrankungen oder Lern- und Leistungsstörungen. Doch die sozialen Ursachen dafür werden sowohl von den Medien als auch vom Gesundheits- und Bildungssystem weitgehend ignoriert – die Verantwortung wird oftmals allein den Eltern zugewiesen. Dieses Buch eröffnet eine Debatte, die – nicht erst seit der Pandemie – längst überfällig ist. Es zeigt auf, was sich in Gesellschaft, Bildung und Medizin ändern muss, damit wir unsere Kinder besser schützen und die Eltern entlasten können.  
 Beltz, Weinheim/Basel 2021, 278 S., 20 Euro

Bernd Gomeringer, Jessica Sänger, Ulrike Sünkel (Hg.)  
**Vögel im Kopf**  
 Geschichten aus dem Leben seelisch erkrankter Jugendlicher  
 Wie lebt es sich mit Depressionen, Angst- und Panikattacken, Ess-, Brech- oder Magersucht? Mit Suizidgedanken oder Zwangshandlungen? Und wie erleben das Eltern, Geschwister, Freunde, Lehrer und Betreuer? Ein bewegendes Buch über das Leben mit einer seelischen Erkrankung, über den Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – und über die Kraft der Hoffnung und Zuversicht. Ein Aufklärungsbuch, das Mut macht.  
 Hirzel, Stuttgart 2021, 320 S., 24 Euro

## Demenz

Stefanie Helsper  
**Ich hau dir gleich eine!**  
 11 Tipps zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz  
 Überforderung, Enthemmung oder psychische Auffälligkeiten – herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz stellt Sie als Pflege- oder Betreuungskraft tagtäglich vor neue Hürden. Doch was sind die Auslöser und wie lässt sich situationsgerecht darauf reagieren? Ob Veränderungen in der Wahrnehmung und Kommunikation, Beschäftigung und Betätigung gegen die Langeweile oder fremd- und selbstverletzendes Verhalten – dieser Ratgeber zeigt Wege auf, wie Sie die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erkennen, herausforderndes Verhalten da-

durch mildern und dabei selbst Ihre eigenen Grenzen beachten. Der schnelle Helfer beschränkt sich aufs Wesentliche – kurz, knapp, klar verständlich und mit maximalem Praxisnutzen.  
 Verlag an der Ruhr, Mülheim 2021, 112 S., 12,99 Euro



Hans Förstl  
**Alzheimer und Demenz**  
 Grundlagen, Diagnose, Therapie  
 Ist „Alzheimer“ eigentlich eine Krankheit? Oder doch nur eine Alterserscheinung, von der jeder irgendwann betroffen wäre, würde er nur alt genug? Demenz, der Verlust vorher vorhandener geistiger Fähigkeiten mit der Folge, dass die Bewältigung des Alltags nicht mehr wie gewohnt gelingt, ist jedenfalls keineswegs gleichbedeutend mit einer irreversiblen Alzheimer-Erkrankung. Hans Förstl, der sich seit Jahrzehnten als Arzt und Forscher mit dem Thema beschäftigt, stellt in diesem Band die medizinischen Grundlagen, das diagnostische Vorgehen und die therapeutischen Möglichkeiten dar. Er geht auch auf die neuen Versuche ein, nicht allein Symptome zu kurieren, sondern die Probleme von der Wurzel her ursächlich zu behandeln.  
 C. H. Beck, München 2021, 128 S., 9,95 Euro

Günther Schwarz  
**Menschen mit Demenz begleiten**  
 Die professionelle Begegnung mit demenziell erkrankten Menschen folgt ganz eigenen Erfordernissen: In jeder Krankheitsphase müssen die verbliebenen Fähigkeiten erkannt und gefördert werden, die Beziehung muss stets wohlgesonnen und konstruktiv gestaltet sein und die Autonomie gilt es zu unterstützen. Anhand von Beispielen und praxisnahen Anregungen stellt Günther Schwarz den Hilfeprozess im Verlauf der Erkrankung dar und beschreibt, wie in Berufsalltag und Begleitung geeignete Lebensräume und Betreuungsformen geschaffen werden können. Therapeutische Zugänge und Hilfen je nach Krankheitsphase werden auf verständliche Weise ver-

mittelt. Das Buch zeigt professionellen Helfer\*innen, wie ihre Arbeit hilfreich und förderlich bleibt, und zwar auch dann noch, wenn die Beziehungsgestaltung zur Herausforderung wird.  
 Psychiatrie, Köln 2021, 160 S., 20 Euro

Ruth Wetzel  
**Was mit Demenz noch alles geht**  
 Personenzentrierte Aktivierung Schritt für Schritt  
 Menschen mit Demenz erleben im Verlauf der Krankheit unterschiedlichste Phasen, die für sie selbst und für ihr Umfeld nicht immer einfach sind. Dabei brauchen sie zunehmend Unterstützung bei vielen Alltagstätigkeiten. Dieses Buch vermittelt die theoretischen Grundlagen einer personenzentrierten Pflege bei Demenz und zeigt Schritt für Schritt, wie sie im Alltag umgesetzt werden kann. Vielfältige Methoden, von der biografischen Schatzkiste bis zur tiergestützten Intervention, werden mit Fallbeispielen in jeweils sechs Phasen von der Bedarfsermittlung bis hin zur Dokumentation vorgestellt.  
 Ernst Reinhardt, München 2021, 167 S., 24,90 Euro

www.klett-cotta.de/fachbuch

**NEU**

Roland Kachler  
**Kinder im Verlustschmerz begleiten**  
 Hypnosystemische, traumafundierte Trauerarbeit mit Kindern und Jugendlichen

Auch als eBook

Leben Lernen 326  
 182 Seiten, broschiert  
 € 25,- (D). ISBN 978-3-608-89271-0

Roland Kachler  
**Kinder im Verlustschmerz begleiten**  
 Hypnosystemische, traumafundierte Trauerarbeit mit Kindern und Jugendlichen

Ein beziehungsorientierter und traumafundierter Traueransatz

Leben LERNEN  
 Klett-Cotta

Blättern Sie online in unseren Büchern und bestellen Sie bequem und versandkostenfrei unter: [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

## Sterben, Tod und Trauer



Suzann-Viola Renninger  
**Wenn Sie kein Feigling sind, Herr Pfarrer**  
 Werner Kriesi hilft sterben  
 Werner Kriesi, geboren 1932, lernt zuerst Schreiner, wird zum evangelikalen Prediger ausgebildet und arbeitet nach einem Theologiestudium dreißig Jahre als reformierter Pfarrer. Kurz vor seiner Pensionierung bittet ein Gemeindeglied: „Nächste Woche will ich sterben. Wenn Sie kein Feigling sind, Herr Pfarrer ...“ Werner Kriesi sagt zu, und bald wird er Freitodbegleiter bei der Sterbehilfeorganisation Exit. Seither hat Werner Kriesi Hunderte Menschen beim Sterben begleitet. In zahlreichen Gesprächen hat er der Philosophin Suzann-Viola Renninger aus seinem Leben und von seinen Freitodbegleitungen erzählt. Limmat, Zürich 2021, 256 S., 29 Euro

Michael de Ridder  
**Wer sterben will, muss sterben dürfen**  
 Warum ich schwer kranken Menschen helfe, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden  
 Michael de Ridder, Internist, Mitgründer eines Hospizes und Vorsitzender einer Stiftung für Palliativmedizin, bekennt sich öffentlich dazu, unter bestimmten Bedingungen Sterbehilfe zu leisten. Er hat deshalb auch vor dem Bundesverfassungsgericht erfolgreich gegen § 217 StGB geklagt, der die geschäftsmäßige Suizidhilfe seit 2015 unter Strafe stellt. In seinem Buch legt er die Positionen der Unterstützer wie Gegner der Suizidhilfe dar und zeigt die Schwachstellen in unserem Gesundheitssystem, die es Schwerstkranken oft unmöglich machen, angemessene Hilfe zu erhalten, wenn andere Optionen erschöpft sind. Er berichtet eindrücklich von seinen Erfahrungen in der Begleitung sterbewilliger Patienten und erklärt, wann er bereit ist, schwer kranken Menschen zu helfen, ihr Leben selbst zu beenden. DVA, München 2021, 224 S., 20 Euro

Michaela Fink, Oliver Schultz  
**Das Ehrenamt in der Sterbebegleitung**  
 Gegenwärtige Herausforderungen und künftige Chancen  
 Seit dem Beginn der Hospizbewegung hat das Ehrenamt in der Sterbebegleitung eine zentrale Bedeutung. Michaela Fink und Oliver Schultz beleuchten die vielfältigen Ansätze der Sterbebegleitung ebenso wie die Herausforderungen der Gewinnung und Bindung Ehrenamtlicher vor dem Hintergrund krisenhafter gesellschaftlicher Entwicklungen. Einen besonderen Fokus legen sie dabei auf Bereiche informeller ehrenamtlicher Sterbebegleitung, die z. B. in Wohlfahrtsverbänden sichtbar werden. Angesichts des Generationenproblems in der Hospizbegleitung eröffnen diese bisher wenig beachteten Bereiche neue Perspektiven. transcript, Bielefeld 2021, 158 S., 25 Euro

## Ratgeber und Erfahrungsberichte



Abdi Assadi  
**Handbuch der Selbstfürsorge**  
 Für Menschen in Heilberufen  
 Viele Menschen verspüren den tiefen Wunsch, anderen zu helfen, und leben ihre Berufung, indem sie auf dem Feld der Heilarbeit tätig sind. Diese verantwortungsvolle Aufgabe kann aber schnell zu Überforderung führen. Abdi Assadi beschreibt aus eigener Erfahrung in 35 Jahren Berufspraxis, worauf wir achten sollten und was er für sich selbst als hilfreich erfahren hat. So geht es nicht so sehr um bestimmte Methoden, sondern vielmehr darum, was Menschen in Heilberufen in Bezug auf Selbstfürsorge, -erkenntnis und -einschätzung für sich selbst tun können (und tun sollten). Der Autor macht deutlich, wie wichtig es ist zu lernen, klare Grenzen zu setzen, sich selbst und die eigenen Fähigkeiten realistisch zu sehen und die eigene Arbeit auch wertzuschätzen. Theseus, Bielefeld 2021, 120 S., 12 Euro

Barbara und Cordula Ziebell  
**Schwesternbände**  
 Wie lebendige Schwestern-Beziehungen gelingen  
 Beziehungen zu Schwestern prägen uns ein Leben lang. Sie können durch emotionale Nähe, Solidarität und Freude gekennzeichnet sein, aber auch durch Neid, Rivalität und Kontaktabbrüche. Die Schwestern Cordula und Barbara Ziebell sind in Beratung, Coaching und Therapie erfahren. Sie zeigen mit diesem Ratgeber, wie Schwestern-Beziehungen gelingen können. Durch Fallbeispiele und praktische Übungen decken sie typische Beziehungsmuster auf und helfen, Schwestern-Dynamiken besser zu verstehen, Konflikte zu lösen und neue Perspektiven zu finden. Droemer Knauer, München 2021, 240 S., 14,99 Euro

Anna Maria Kamenik, Alexander Rose  
**Auf ein Bier mit Pädagog:innen**  
 13 Fallbeispiele für eine verantwortungsvolle Kommunikation  
 Die Autor:innen präsentieren 13 charakteristische Konstellationen aus ihrem Arbeitsalltag rund um das Thema Kommunikation und reflektieren sie anhand der wichtigsten pädagogischen Theorien. Zu allen Kapiteln gibt es Reflexionsfragen und Alltagsexperimente, um das eigene Verhalten auf Kommunikationsphänomene hin zu untersuchen und neue Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Auszubildende und Studierende in allen Berufsfeldern Sozialer Arbeit und Pädagogik sowie Ehrenamtliche in Vereinen profitieren von der anschaulichen Darstellung. Lambertus, Freiburg 2021, 120 S., 19 Euro

Frank Elstner, Jens Volkmann  
**»Dann zitter ich halt« – Leben trotz Parkinson**  
 Symptome – Behandlung – Perspektiven  
 Parkinson ist nach Alzheimer die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung. Mehr als 350.000 Menschen im deutschsprachigen Raum sind an Parkinson erkrankt. Doch die Medizin hat gewaltige Fortschritte gemacht. Frank Elstner, selbst betroffen, und der Neurologe Jens Volkmann geben Antworten auf die wichtigsten Fragen: Was sind die ersten Anzeichen? Wie ist der Krankheitsverlauf? Welche Therapien und Medikamente gibt es? Das Buch gibt Einblicke in den neuesten Stand der Forschung, behält aber auch den Menschen mit Parkinson im Blick. Es wendet sich an Betroffene und Angehörige. Piper, München 2021, 240 S., 20 Euro

## Besondere Bücher



Nico Stenz, Marina Milev  
**Psychoanalytische Traumdeutung**  
 Eine illustrierte Einführung  
 Sigmund Freuds „Traumdeutung“ legte den Grundstein für diese zentrale Technik der Psychoanalyse, doch schon er selbst beklagte den sperrigen Zugang zur Thematik. Hier setzen Nico Stenz' Erläuterungen und Marina Milevs künstlerische Zeichnungen an. Sie führen anschaulich durch das Labyrinth der Traumdeutung. Nach einer historischen Einführung werden die analytischen Kernkonzepte übersichtlich dargestellt und die Mechanik der Traumbildung nachvollzogen. Das Beispiel einer Traumanalyse verdeutlicht, wie der verborgene Sinn eines Traumes zugänglich gemacht werden kann. Psychosozial, Gießen 2021, 144 S., 19,90 Euro

Anne Boyer  
**Die Unsterblichen**  
 Krankheit, Körper, Kapitalismus  
 Eine Woche vor ihrem 41. Geburtstag wird der preisgekrönten Dichterin Anne Boyer ein hoch aggressiver Brustkrebs diagnostiziert. Für sie ist diese katastrophale Erkrankung ein Anstoß, Sterblichkeit und die Geschlechterpolitiken von Krankheit neu zu denken. Boyer beginnt, sich schreibend mit dem Krebs und dem gesellschaftlichen Umgang damit auseinanderzusetzen. „Die Unsterblichen“ ist zugleich erschütternder Bericht einer Überlebenden sowie eine groß angelegte Untersuchung von Krankheit im 21. Jahrhundert. Boyer zieht antike Traumtagebücher zurate, analysiert die Kapitalisierung heutiger Gesundheitsversorgung, beschäftigt sich mit Verschwörungstheorien rund um Krebs und den Lügen großer Unternehmen. Sie erfährt, dass ihr Chemotherapie-Medikament vor über hundert Jahren als Senfgas in Produktion ging, und findet schließlich Antworten in der Literatur anderer Autorinnen, die über ihre Erkrankungen und den nahenden Tod geschrieben haben. Matthes & Seitz, Berlin 2021, 280 S., 25 Euro

Der Paradigmenwechsel im Bereich der Teilhabe und Rehabilitation soll Menschen mit Behinderung zu eigenverantwortlicher und selbstbestimmter Lebensführung befähigen. Qualifizierte Assistenz erfordert von Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe neben persönlichen und erfahrungsbezogenen auch neue fachliche, handlungsbezogene Kompetenzen.

In diesem Buch werden die Grundlagen und Methoden vorgestellt, die das fachliche Profil der qualifizierten Assistenz schärfen und aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Grafiken, Handlungsempfehlungen und Downloadmaterialien unterstreichen die Praxisnähe dieses Handbuchs.



Karsten Giertz, Lisa Große, Dieter Röh (Hg.)  
**Soziale Teilhabe professionell fördern**  
240 Seiten, 30,00 € + Downloadmaterial  
ISBN 978-3-96605-100-2  
eBook 23,99 €



TrauBe Köln e.V. (Hg.)

## Hi, ich bin Grace Eine TrauBe-Geschichte

Das Buch erzählt die Geschichte von Grace, deren Vater starb, als sie fünf Jahre alt war. Ihre Mutter nahm sie mit zu einem Angebot des Vereins TrauBe, Trauerbegleitung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, in Köln. Heute, mit 13 Jahren, blickt sie selbstbewusst auf diese Zeit zurück. Graces Erfahrungen sind exemplarisch für viele TrauBe-Kinder.

Bestellbar für 10 Euro unter <https://traube-koeln.de/hi-ich-bin-grace>

## EU-Atlas: Demenz & Migration

Für Menschen mit Migrationshintergrund, die von Demenz betroffen sind, kann sich der Zugang zu medizinischen Informationen, ärztlicher Betreuung und Versorgungsangeboten aufgrund von Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden als schwierig erweisen. Das Deutsche Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) hat im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Forschungsprojektes die Situation in 35 europäischen Ländern untersucht. Als Ergebnis ist der „EU-Atlas: Demenz & Migration“ entstanden, der die Sachlage mit umfangreichem Daten- und Kartenmaterial aufschlüsselt – und dabei länderspezifische Erfahrungen, Herausforderungen und Good-Practice-Beispiele präsentiert.

Als kostenloser Download unter: [www.bosch-stiftung.de/de/publikation/eu-atlas-demenz-migration](http://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/eu-atlas-demenz-migration)

## Reform der Krankenhausfinanzierung

Positionspapier mit 12 Eckpunkten des DBfK

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat kurz vor der Bundestagswahl im September 2021 ein Positionspapier veröffentlicht, in dem notwendige Reformen der Krankenhausfinanzierung gefordert werden. Diese seien dringend notwendig, um in Zukunft

die pflegerische Versorgung sicherzustellen. „Die pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern ist prekär und das nicht erst seit der Pandemie. Ein Grund dafür liegt in den Fehlsteuerungen der Krankenhausfinanzierung“, so DBfK-Präsidentin Christel Bienstein.

„Aber eine dringend erforderliche Reform der Versorgungsstrukturen wird seit Langem nur halbherzig angegangen oder verschoben. Dass wirtschaftlicher Druck und Wettbewerb die Probleme nicht lösen, ist doch mittlerweile allen klar. Wir brauchen jetzt umgehend kluge und mutige politische Reformen, um eine qualitätvolle und zukunftsfähige Versorgung sicherzustellen.“ Die Expertengruppe Krankenhausfinanzierung des DBfK fordert in dem Positionspapier u. a. eine fördernde Pflege und gute Arbeitsbedingungen als Maßstab für eine Finanzierung der Pflege im Krankenhaus. Die Basis dafür sei eine pflegewissenschaftlich fundierte Personalbedarfsermittlung. Als Interimsmaßnahme müsse sofort die Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 eingeführt werden.

Das Positionspapier steht als kostenloser Download bereit unter: <https://kurzelinks.de/btj>

## „Durch den Nebel“

Kurzfilm

Menschen mit Demenz empfinden ihre Krankheit oft wie eine Nebelwand, die Verständigung und Orientierung schwer macht. Ihnen selbst gelingt es dann nicht mehr, diesen Nebel aus eigener Kraft zu durchdringen. Deshalb liegt es an den Menschen um sie herum, mit Einfühlbarkeit, Geduld und Fantasie neue Wege der Kommunikation zu finden. Das zeigt der Zwei-Minuten-Film „Durch den Nebel“ der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. in eindrucksvollen und emotionalen Bildern. Die türkische und russische Synchronisation wurde dank einer Förderung durch das Projekt DeMigranz und die Robert Bosch Stiftung möglich. Der Film selbst wurde von der Techniker Krankenkasse Baden-Württemberg unterstützt. Alle drei Versionen finden Sie auf der Website der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg und auf Youtube.

[www.alzheimer-bw.de](http://www.alzheimer-bw.de)  
<https://kurzelinks.de/Nebel>

akzept e.V. (Hg.)

## 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021

Seit 2014 veröffentlicht der akzept e.V. jährlich den Alternativen Drogen- und Suchtbericht mit dem Ziel, den bei einer Vielzahl von drogenpolitikbedingten Fragen feststellbaren Reformstau zu thematisieren. Die Herausgeber wollen ihre Unzufriedenheit mit der nationalen Drogenpolitik bündeln, Wege der Veränderungen beschreiben und eine dringend erforderliche Ergänzung zum Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung liefern. Der 8. Alternative Drogen- und Suchtbericht macht die Alkohol- und Tabakkontrollpolitik zum Schwerpunkt. Deutlich wird dabei, dass Deutschland sowohl in Bezug auf die Alkohol- als auch auf die Tabakkontrollpolitik eine sehr industriefreundliche und wenig gesundheitspolitische Ausrichtung hat. In mehreren Beiträgen wird der hohe Preis deutlich, den die Menschen dafür zahlen müssen.

Den gesamten Bericht findet man als kostenlosen Download unter: <https://kurzelinks.de/woax>

## Bewegungsspaß für zwischendurch

BZgA-Kartenspiel

Um sowohl Kinder als auch ältere Menschen zu mehr körperlicher Aktivität anzuregen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein intergeneratives Kartenspiel aufgelegt. Es kann überall hin mitgenommen und gespielt werden – beim Spaziergang im Park, auf dem Spielplatz oder dem heimischen Balkon. Das Kartenspiel enthält 32 Bewegungskarten mit je vier Übungen aus den Kategorien Bewegungsspiele – Entspannung und Achtsamkeit – Rücken und Bauch – Kopf und Nacken – Beine und Füße – Arme und Schultern – Koordination und Balance – Dehnung. Eine ausführliche Anleitung ermöglicht es allen Altersgruppen mitzuspielen. Es bieten sich verschiedene Spielmöglichkeiten an. Als Quartett oder Memory können zwei bis vier Personen teilnehmen. Durch das Ziehen von Karten ist es zu zweit, in kleinen oder größeren Gruppen einsetzbar. Sämtliche Übungen lassen sich ohne Sportbekleidung, mit flachen Schuhen oder barfuß und ohne Sportgeräte durchführen. Das Kartenspiel kann hier kostenlos bestellt werden:

[www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrungsbewegung-stressregulation](http://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrungsbewegung-stressregulation)



### Deutsche Hebammen Zeitschrift 9/2021

#### Das Team stärken

Im Mittelpunkt der September-Ausgabe der *Deutschen Hebammenzeitschrift* (DHZ) steht die Teamarbeit. Die AutorInnen fragen, was psychologisch starke Teams ausmacht und wie es Führungskräften in der Geburtshilfe gelingt, ihr Team an neue und umfassende Herausforderungen anzupassen. Auch der Wandel in den unterschiedlichen Führungsstilen, der sich nach und nach durch den Generationenwechsel auf den Stationen vollzieht, wird in den Blick genommen. Schließlich geht es um die „Common-Ground-Methoden“, mit der gemeinsame Ziele und Visionen für die Teamarbeit entwickelt werden können, um simulationsbasiertes Team-Training, Kommunikation in der Geburtshilfe sowie um ein Best-Practice-Beispiel aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, das die Auslastung des Kreißaals durch einen Betreuungsschlüssel mit Punktesystem berechnet.

Einzelpreis: 10 Euro

Jahresabo (12 Ausgaben): 86 Euro

Bezug: Elwin Staude Verlag, Tiergartenstr. 125b, 30559 Hannover, Tel.: 0511-51 53 50-0, info@staudeverlag.de, www.dhz.de

### an.schläge 6/2021

#### Patriarchale Medizin

Quälende Unterleibsschmerzen, eine starke, unregelmäßige Menstruationsblutung und Müdigkeit. Es sind Symptome, die viele Endometriose-Betroffene erleben – bis zur Diagnose vergehen oft viele Jahre. Obwohl die Krankheit weit verbreitet ist, gibt es noch wenig Forschung. Endometriose ist nur eines von vielen Beispielen für Diskriminierung in Medizin und Gesundheitsversorgung. Im Schwerpunkt zur patriarchalen Medizin wird analysiert, warum Schmerzen von Frauen immer noch weniger ernst genommen werden, wie Rassismus zu Fehldiagnosen führt und weshalb die Gynäkologie nach wie vor nur cis Frauen im Blick hat.

Einzelpreis: 5,20 Euro (zzgl. Porto)

Jahres-Abo (8 Ausgaben): 32 Euro

Bezug: an.schläge – das feministische Magazin, Gusshausstr. 20/1A, A-1040 Wien, <https://anschlaege.at>

### G+G – Gesundheit und Gesellschaft 7–8/2021

Harte Nüsse für die Gesundheitspolitik Unabhängig vom Ausgang der Bundestagswahl kommen auf das neue Parlament zahlreiche Aufgaben in der Gesundheits- und Pflegepolitik zu. Kai Senf umreißt im Titelthema dieser Ausgabe das „Pflichtenheft für die Renovierung“. Daneben befassen sich die Beiträge mit der Organisationsreform der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, der Stimmungslage bei Pflegefachpersonen, Chancen der Digitalisierung für die Überwindung von Sektorengrenzen und mit Lehren aus der Corona-Pandemie.

Einzelpreis: 6,95 Euro

Jahresabo (11 Ausgaben): 71,80 Euro

Bezug: KomPart Verlagsgesellschaft, Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin, Tel.: 030-22 01 10, info@kompart.de, [www.gg-digital.de/2021/07/index.html](http://www.gg-digital.de/2021/07/index.html)

### Geschichte der Gesundheitsberufe 1/2021

#### Schwerpunktausgabe: Sr. Liliane Juchli

Die Schweizerin Sr. Dr. h.c. Liliane Juchli, 1933 in Nussbaumen bei Baden (Aargau) geboren, ist wohl eine der bekanntesten Krankenschwestern der Gegenwart. Durch ihre berufliche Praxis und zahlreichen Publikationen hat sie das Denken und Handeln in der Gesundheits- und Krankenpflege wesentlich beeinflusst. Sie starb im vergangenen Jahr an COVID-19. Auf 54 Seiten widmet sich diese Schwerpunktausgabe ihrem Leben und Wirken. Zusätzlich wurde ein Poster „Der Weg von Schwester Liliane Juchli“ (DIN A2) entworfen, das der Ausgabe beiliegt. Das Booklet „Mein Markenzeichen ist der Mensch. Schwester Liliane Juchlis Einsatz für die Professionalisierung in der Pflege“ von Stephan Lücke (ca. 20 S.) stellt Juchli anhand eines biografischen Interviews vor. Das Paket ist das ideale Arbeitsmaterial für Ausbildungseinrichtungen, um am Beispiel von Liliane Juchli zu geschichtlichen Themen und zur Professionalisierung in der Pflege zu arbeiten. Bezug: für 24,95 Euro im Shop von hps media unter <https://kurzelinks.de/Juchli>

### Gesundheit braucht Politik (2/2021) Zeitschrift für eine soziale Medizin

Die aktuelle Ausgabe der Zeitschrift des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) ist dem Thema „COVID-19: Gesundheit und Gesellschaft unter dem Brennglas“ gewidmet. Den Anfang bildet ein etwas umfangreicher Text, der als Diskussionsangebot zu verstehen ist, um die COVID-19-Pandemie und viele aktuelle Diskussionsthemen aus der Sicht der Redaktion vorsichtig einzuordnen. Im folgenden Artikel berichtet Anne Jung von medico international über die globale Situation der

Pfimpfstoff(ungleich-)verteilung. Sie erläutert, warum die Initiative Covax bei Weitem nicht ausreicht, um das Recht auf Gesundheit im globalen Süden durchzusetzen. Michael Baumgarten und Janna Wichern von der Initiative „Faire Landarbeit“ berichten zudem über Corona-Schutzmaßnahmen für die vorrangig osteuropäischen SaisonarbeiterInnen in der Landwirtschaft. Daran anschließend zeigt Sarah Schilliger die Situation meist migrantischer Care-ArbeiterInnen in Privathaushalten auf und verdeutlicht, dass diese Arbeitsverhältnisse – wie die der LandarbeiterInnen – nicht erst seit der Pandemie problematisch sind. Weitere Artikel zu den sozialen Determinanten der COVID-19-Pandemie findet man in Ausgabe 3/2021.

Einzelpreis: 5 Euro (Solibeitrag)

Jahresabo (4 Ausgaben): 26 Euro

Bezug: vdää, Kantstr. 10, 63477 Maintal, Tel.: 06181-43 23 48, [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)

### pflegen: palliativ 50/2021 Erinnern

In den Schwerpunktbeiträgen der 50. Ausgabe von *pflegen:palliativ* findet man Anregendes, Wissenswertes und Praktisches über und für das Erinnern mit Menschen, die gepflegt und begleitet werden müssen. Mit der Zeitschrift ist auch ein Stück Geschichte der Palliativ- und Hospizarbeit verbunden, die die AutorInnen Revue passieren lassen. Neben dem Schwerpunktthema wird in dieser Ausgabe die Serie „Trauer in der Palliativversorgung“ fortgesetzt, u.a. mit einem Bericht über eine digitale Gedenkplattform für ein COVID-19 verstorbene Health Professionals.

Einzelpreis: 29,60 Euro (inkl. Materialpaket)

Jahresabo (4 Ausgaben): 80 Euro + Porto

Bezug: Friedrich Verlag GmbH, Luisenstr. 9, 30159 Hannover, Tel.: 0511-400 04-150, [leserservice@friedrich-verlag.de](mailto:leserservice@friedrich-verlag.de), [www.friedrich-verlag.de](http://www.friedrich-verlag.de)



## Baumwolle – Die fragwürdige Erfolgsgeschichte der Gentechnik

Baumwolle ist im Leben allgegenwärtig. Über 80 Prozent der weltweit angebauten Baumwolle ist gentechnisch verändert (gv). Das Narrativ der angeblichen Erfolgsgeschichte basiert jedoch zum Teil auf Studien, die der Realität nicht standhalten konnten. Denn der Anbau von gv-Baumwolle führt u.a. zu steigendem Pestizideinsatz, erhöhtem Schädlingsbefall und unkontrollierter Ausbreitung in der Umwelt.

Gen-ethischer Informationsdienst || Zeitschrift für Informationen und Kritik zu Fortpflanzungs- und Gentechnologie || Jetzt bestellen! || Nr. 259 || November 2021 || Einzelausgabe 8,50 Euro || Jahresabo (4 Ausgaben) 35,- Euro

# Gen

Gen-ethisches Netzwerk e.V.

Stephanstr. 13  
10559 Berlin

Tel: 030 - 685 70 73

Fax: 030 - 684 11 83

[gen@gen-ethisches-netzwerk.de](mailto:gen@gen-ethisches-netzwerk.de)  
[www.gen-ethisches-netzwerk.de](http://www.gen-ethisches-netzwerk.de)

Spendenkonto (IBAN):

DE15 4306 0967 1111 9023 33

8./9. November 2021 in Marburg  
**Selbst- und fremdverletzendes Verhalten bei Menschen mit komplexer Behinderung begleiten**  
 Ein lösungsorientierter praxisbezogener Ansatz

Menschen mit Beeinträchtigungen fällt es manchmal schwer, mit den für sie als negativ erlebten Situationen und den dadurch ausgelösten starken Ärger-, Wut- oder Angstgefühlen umzugehen. Dies kann wiederum zu fremd- oder selbstverletzendem Verhalten führen. Kennen Mitarbeitende gewaltfreie, effektive, körperliche Interventionen für eskalierende Situationen und wissen um tiefer liegende Zusammenhänge und Hintergründe, so können sie auch in Krisen respektvoll mit den Menschen umgehen sowie Unterstützung und Halt bieten. Mithilfe unterschiedlicher Formen der emotionalen Begleitung und entsprechenden Angeboten auf körperlicher Ebene können neue Erfahrungen gemacht werden, die das Miteinander und die Beziehung vertrauensvoller und lebendiger werden lassen.  
 Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/o79qu>

9. November 2021 | online  
**7. Netzwerktreffen Männerberatung**

Beim 7. Netzwerktreffen Männerberatung soll auf gut anderthalb Jahre Corona-Pandemie zurückgeschaut werden. Dabei stehen zwei Blickwinkel im Fokus: Zum einen die Frage, wie es den Einrichtungen und Akteur\*innen der Männerberatung unter den Bedingungen der Kontaktbeschränkungen ergangen ist. Konnten die Angebote aufrechterhalten werden? Ist man auf digitale Formate umgestiegen? Wie stand es um Finanzen und Personal? Zum anderen soll ein Austausch darüber stattfinden, inwiefern sich der Beratungsbedarf und die Probleme und Fragen der Männer verändert haben, die Rat, Hilfe und Unterstützung suchen. Schließlich bleibt zu klären, was aus der Pandemie für die Weiterentwicklung der Beratung von Männern gelernt werden kann.  
 Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/yk4y>

10. November 2021 | online  
**Gesundheit, Kommune, Apotheke. Wie passt das zusammen?**  
 VdPP-Herbstseminar 2021

Wesentliche Entscheidungen im Gesundheitswesen fallen zwar auf Bundesebene, sie betreffen aber die Menschen vor Ort. Bislang wurde diese Zuordnung wenig infrage ge-

stellt. In den vergangenen Jahren wird aber verstärkt diskutiert, ob die Kommunen nicht eine stärkere Rolle im Gesundheitswesen spielen sollen und wollen, da hier die gesellschaftlichen Veränderungen konkret werden und neue Probleme auftreten, die gelöst werden müssen. Welche Herausforderungen gibt es zu meistern, welche Chancen stecken in den sich abzeichnenden Veränderungen? Wie passen Gesundheit, Kommune und Apotheken mit neuen pharmazeutischen Dienstleistungen zusammen? Darüber möchte der VdPP mit den geladenen Referentinnen und den Teilnehmenden ins Gespräch kommen.  
 Information und Anmeldung unter [www.vdpp.de/termine/herbstseminar-2021](http://www.vdpp.de/termine/herbstseminar-2021)

11. November 2021 | online  
**Eindruck und Ausdruck in den Künstlerischen Therapien aus ästhetischer Sicht**  
 13. Fachtagung für Künstlerische Therapien (FaKT)

Für die Fachtagung konnte Prof. Dr. Jan Sonntag (Diplom-Musiktherapeut FH) von der Medical School Hamburg gewonnen werden. Er verfügt über eine methodenübergreifende Expertise in verschiedenen Einsatzfeldern Künstlerischer Therapien und entwickelte mit dem Atmosphärenkonzept einen medienübergreifenden Ansatz. Vorgesehen sind ein ca. 30-minütiger Vortrag, eine anschließende Diskussion sowie die Vorstellung der neuen Patient\*innen-Broschüren des LVR für die Künstlerischen Therapien, die in neun Sprachen erschienen sind.  
 Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/obpc>

11.–13. November 2021 in Bremen und online  
**Was macht uns stark? Mutige Wege aus der Krise**  
 Jahrestagung der DGSP

In der Landschaft der Psychiatrie finden die beteiligten Personen, vor allem auch in der schwierigen Zeit der Pandemie, viele kreative Lösungswege. Und sie haben trotz aller Probleme gemeinsam mit anderen Akteur\*innen auch an Stärke gewonnen. Man darf optimistisch nach vorne blicken und fragen: Was fangen wir mit der gewonnenen Stärke an? Die Tagung soll zeigen, dass gemeinsames Handeln wirksam ist und die Teilnehmenden bestärken, für bessere Lebens- und Begleitungsmöglichkeiten von psychisch leidenden Menschen zu kämpfen. Es sollen Orte der Stärkung von Macht und

Einfluss bzw. Handlungsfähigkeit betrachtet und unterschiedliche Erlebens- und Handlungsebenen reflektiert werden: Denn was für die einen wertvoll erscheint, kann für andere ohne Wert sein. Die Erarbeitung gemeinsamer Ziele lässt es möglich erscheinen, Kräfte der Veränderung zu bündeln. Aus der eingangs gestellten Fragestellung wird die Botschaft: „Macht euch stark zur Umsetzung gemeinsamer Ziele!“  
 Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/yrfi>

12. November 2021 in Frankfurt am Main  
**Psychische Gesundheit in der dritten Lebensphase**  
 BVPG-Statuskonferenz 2021

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) richtet in Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund e. V. (DOSB) ihre nunmehr 20. Statuskonferenz aus. Damit soll die psychische Gesundheit in der dritten Lebensphase – den letzten Jahren des Berufslebens, beim Übergang ins Rentenalter und in der Zeit nach dem regulären Ende des Berufslebens – in den Blick genommen werden.  
 Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/soec>

12.–14. November 2021 in Brandenburg an der Havel  
**Herbsttagung des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation**

Für Wissenschaftler\*innen und Interessierte, die sich mit den Medizinverbrechen des NS sowie medizinischen Fragen beschäftigen, handelt es sich bei den zweimal jährlich stattfindenden Tagungen des Arbeitskreises um ein wichtiges Forum zur Präsentation und Diskussion neuer Forschungsergebnisse, zum Kennenlernen lokalhistorischer Konstellationen sowie zum Austausch. Das diesjährige Programm legt den Schwerpunkt auf neue Forschungen zu den Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Morde und der Zwangssterilisation. Zudem wird der Samstagvormittag mit parallelen thematischen Workshops gestaltet. Am Abend des 12. Novembers findet eine öffentliche Lesung zu einer Neuerscheinung aus dem Mabuse-Verlag statt. Vorgestellt wird das Buch „Die Hempelsche. Das Schicksal eines deutschen Kindes, das 1940 vor der Gaskammer umkehren durfte“.  
 Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/h6rs>

Der neue Kongress des  
 consilium Hebamme

5. Februar 2022  
 Alter Bundestag, Bonn

pinard

consilium  
 Hebamme

Bitte anmelden auf [www.consilium-pinard.de](http://www.consilium-pinard.de)

Als hybrider Kongress auch im Livestream!

## Kaufen Sie ein Stück Mabuse

Jetzt unseren **Beteiligungsprospekt anfordern!**



Seit über 40 Jahren sorgt der Mabuse-Verlag mit der Zeitschrift *Dr. med. Mabuse* und seinem Buchprogramm für Gegenöffentlichkeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik.

Um unsere politische und finanzielle Unabhängigkeit zu bewahren, suchen wir engagierte Menschen, die sich an unserem Verlag beteiligen möchten.

Wir bieten Steuervergünstigungen durch Verlustzuweisungen bzw. Beteiligung an den Gewinnen.

Mehr Informationen unter [www.mabuse-verlag.de/Beteiligung](http://www.mabuse-verlag.de/Beteiligung)

**Mabuse-Verlag**

Postfach 90 06 47

60446 Frankfurt am Main

069-70 79 96-11

[info@mabuse-verlag.de](mailto:info@mabuse-verlag.de)

12.–14. November 2021 in Berlin  
**Ein anderes Gesundheitssystem ist nötig**

Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung

Eröffnet wird die Jahrestagung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) am Freitagabend mit einer Podiumsdiskussion zu den Arbeitskämpfen im Krankenhaus 2021. Am Folgetag geht es in einem gesundheitspolitischen Forum um die Notwendigkeit eines Gesundheitssystems, das durch Entprivatisierung, Demokratisierung und Vergesellschaftung bestimmt sein soll. In parallel stattfindenden Workshops können sich Teilnehmende u.a. mit der Arbeit von Gesundheitseinrichtungen in Kanada und Brasilien, dem „Klassenlosen Krankenhaus“ in Neustadt am Rückenberge, der Selbstverwaltung in Krankenkassen und Möglichkeiten zur demokratischen Gestaltung von Lehre und Fort-/Weiterbildung für Medizinstudierende befassen. Am Sonntag finden die Mitgliederversammlung des vdää sowie eine abschließende Veranstaltung zu den Lehren statt, die aus der Corona-Pandemie gezogen werden können.

Information und Anmeldung unter [info@vdaae.de](mailto:info@vdaae.de)

13. November 2021 in Berlin  
**Verhungern und Verdursten am Lebensende?**

Essen und Trinken als Herausforderung im Krankenhaus

Hilfe- und Pflegebedürftige bei einem Sterbefasten zu begleiten, wirft viele ethische und rechtliche Fragen auf und ist für Professionelle und Angehörige in der Regel eine große Herausforderung. Die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit hat nicht nur eine zentrale biologische Bedeutung, sie steht für Kommunikation, Gemeinschaft, Lebensfreude und Zuwendung. Es wird thematisiert: Wie kann die Freiwilligkeit des Sterbefestens beurteilt werden? Was ist zu beachten, wenn sich Patient\*innen, darunter auch Menschen, die keine terminale Erkrankung haben, freiwillig für den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entscheiden? Information und Anmeldung: Susanne Wunsch, [wuensch@eaberlin.de](mailto:wuenssch@eaberlin.de)

13. November 2021 in Köln  
**Basiswissen Psychopharmaka**  
Dieses Seminar vermittelt grundlegendes Wissen über Psychopharmaka sowie den Umgang mit Verträglichkeit. Themen sind u.a.: individuelle Wirkung von Psychopharmaka; Reduzieren und Absetzen

von Psychopharmaka; Psychopharmaka und Niedergeschlagenheit (Depression). Im Themenschwerpunkt „Ver-rücktheit steuern“ geht es um: Erkennen, „wann es wieder losgeht“; Psychopharmaka selbstständig dosieren; alternative Methoden; Begleitung durch Freunde, Bekannte oder Selbsthilfe und alltagspraktische Tipps (Ernährung, Arbeit usw.). Information und Anmeldung unter [www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de](http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de)

15. November 2021 | online  
**Wir sprechen für uns selbst**  
Fachtag DeMigranz

Der 4. Fachtag der bundesweiten Initiative Demenz und Migration – DeMigranz findet unter dem Motto „Wir sprechen für uns selbst“ statt. Der Fachtag bietet Einblicke in die Lebenssituation, die Begleitung und Beratung von Menschen mit Migrationsgeschichte, die an einer Demenz erkrankt sind, und deren Familien. Was ist hilfreich und was fehlt in der Begleitung eines Familienangehörigen mit Demenz? Welche Möglichkeiten eröffnen kultursensible Angebote? Wie kann sich eine Kommune auf den Weg machen, um BürgerInnen mit Migrationsgeschichte zu erreichen? Diese und andere Fragen sollen thematisiert werden.

Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/vigb>

17. November 2021 in Köln  
**Altenpflegekongress 2021**

Der Altenpflegekongress startet wieder in Präsenz. Die Teilnehmenden erwarten zwei Kongresstage mit ausgewiesenen ExpertInnen, persönlicher Vernetzung und intensivem Erfahrungsaustausch. Wer im Arbeitsalltag alle Hände voll zu tun hat und sich trotzdem für grundlegend wichtige Themen wie die Digitalisierung in der Pflege, das Wissensmanagement in Pflegeteams, die palliative Pflege oder die Vermeidung von Grenzverletzungen stark machen will, kann sich im Rahmen des Kongresses zu diesen und anderen relevanten Themen informieren. Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/55zv>

18. November 2021 in Dresden  
**10. Pflegefachtag**  
an der ehs Dresden

Die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, dass professionell Pflegende für die Gesundheit unserer Gesellschaft von großer Relevanz sind. Gleichzeitig ist deren Berufsalltag von hohen psychischen und physischen Anforderungen geprägt.

Daher muss die Pflegepraxis verändert werden. Ansätze dafür werden auf dem diesjährigen Pflegefachtag vorgestellt. Neben Organisations- und Kompetenzentwicklung wird die Etablierung neuer beruflicher Aufgabenbereiche und Rollen professionell Pflegenden diskutiert. In Workshops werden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, die neue Perspektiven auf die eigene Arbeit ermöglichen und dazu beitragen können, pflegebedürftigen Menschen besser gerecht zu werden. Zudem bietet der Fachtag die Möglichkeit zum Austausch, um neue Erkenntnisse und Ideen zu gewinnen.

Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/nhqz>

19. November 2021 | online  
**Digitalisierung – erlauben, was nutzt?**

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gang, die Potenziale für eine verbesserte Patientenversorgung sind enorm. Dennoch ist der digitale Wandel hierzulande mühsam und voller Herausforderungen. Von einem echten Durchbruch ist man noch weit entfernt. Woran liegt das? ExpertInnen benennen bei der Veranstaltung Hindernisse und Chancen. Es geht um digitale Kompetenz, einheitliche Standards u. v. m. Information und Anmeldung unter <https://gerechte-gesundheit-virtuell.de/registrierung>

26. November 2021 in Bochum und online

**4. Community Health Konferenz**  
Die Community Health-Forschung beschäftigt sich mit Prävention und Gesundheitsförderung bei sozialen Gruppen, die über spezifische Merkmale wie z.B. Geschlecht, Herkunft oder eine Behinderung definiert werden können. Das Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum veranstaltet einmal im Jahr eine Tagung, um sich mit Wissenschaftler\*innen, Praktiker\*innen und Studierenden auszutauschen. Das diesjährige Programm beinhaltet u.a. Vorträge zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen, aber auch Vorträge zur partizipativen Gesundheitsforschung oder stadtteilorientierter Gesundheitsversorgung. Zudem gibt es Workshops und Posterpräsentationen von Wissenschaftler\*innen und Studierenden.

Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/cgcf>

2./3. Dezember 2021 in Nürnberg und online

**4. Nürnberger Wundkongress**  
Die Behandlung von Wunden, und speziell von Problemwunden, erfordert eine präzise Diagnostik und aufbauend auf dieser einen Therapieplan mit einem definierten Therapieziel. Diagnostik und Therapie sind heute überwiegend interdisziplinär und interprofessionell organisiert. Es sind häufig mehrere medizinische Disziplinen, aber insbesondere auch die Pflege, die psychosoziale Betreuung, Rehabilitation und viele andere beteiligt. Der Nürnberger Wundkongress, der sowohl interdisziplinär als auch interprofessionell durchgeführt wird, zeigt exemplarisch, wie moderne Wundbehandlung heute organisiert und diskutiert werden sollte.  
Information und Anmeldung unter [www.wuko2021.de](http://www.wuko2021.de)

3. Dezember 2021 | online  
**Peerberatung – Na klar!**  
Fachtag

2018 haben die Offenen Hilfen der Lebenshilfe Schweinfurt damit begonnen, acht Menschen mit Behinderung zu Peerberatern auszubilden. Bei dem Fachtag erzählen die Peerberater, was sie gelernt haben. Es wird erklärt: Wie macht die Lebenshilfe Schweinfurt Peerberatung? Wie wurden die Peerberater ausgebildet? Auch die Tandem-Partner, die die Peerberater unterstützen, erzählen von ihren Erfahrungen.  
Information und Anmeldung unter <https://lebenshilfe-schweinfurt.de/online-fachtag>

6.–8. Dezember 2021 in Irsee  
**Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzen**

Die Mechanismen, die chronische Schmerzen bei ca. 27 % der Bevölkerung aufrechterhalten, sind sehr komplex und monomodale Ansätze erzielen häufig keine nachhaltigen Verbesserungen. Die Therapie chronischer Schmerzen ist somit von einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung geprägt. Um Betroffenen zu helfen, das analgetische Potenzial ihres Gehirns zu entfalten, müssen die an der Diagnostik und Therapie beteiligten Berufsgruppen künftig effektiver zusammenarbeiten. Mit dem interdisziplinären Seminar soll ein Beitrag zur Verbesserung der ganzheitlichen Behandlung von Schmerzpatienten geleistet werden. Zuerst wird auf wichtige Chronifizierungsmechanismen eingegangen und veranschaulicht,

wie aufrechterhaltende Faktoren in einem interdisziplinären, multimodalen Assessment herausgearbeitet werden können. Dieses mündet in die Erstellung eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells, welches der Indikationsstellung dient.  
Information und Anmeldung unter <https://bildungswerk-irsee.de/seminare/532>

8. Dezember 2021 | online

**Infoabend zur Mitarbeit bei Ärzten ohne Grenzen**  
Sie interessieren sich für die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen und möchten mehr erfahren? Ärzte ohne Grenzen lädt alle Interessierten zu einem Online-Informationsabend ein. Ein\*e Projektmitarbeiter\*in aus dem nicht-medizinischen Bereich stellt die Organisation vor, zeigt die Möglichkeiten der Mitarbeit auf und berichtet von persönlichen Erfahrungen. Anschließend werden die Fragen der Teilnehmenden beantwortet.  
Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/llqp>

8. Dezember 2021 in Warstein

**Messie-Syndrom**  
Viele Menschen aus dem medizinischen, sozialen, therapeutischen oder pflegerischen Bereich haben in ihrem Beruf – wissentlich oder unwissentlich – mit Messies zu tun. Häufig stoßen Fachkräfte bei Messies an ihre fachlichen Grenzen. Darüber hinaus leiden Betroffene unter einer falschen Herangehensweise ihrer Helfer\*innen. Nur wenn Fachkräfte über das Messie-Syndrom informiert sind, können sie durch einen hilfreichen Umgang mit der persönlichen Problematik der Betroffenen Räume für Veränderungen schaffen.  
Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/kiq>

9./10. Dezember 2021 in Stuttgart und online

**Ängste und Zwänge**  
Die Seminare der Reihe „Irre verständlich“ vermitteln grundlegendes störungsspezifisches Wissen über psychische Erkrankungen. Das Anliegen ist es, die innere Logik von psychischen Erkrankungen mitfühlender verstehen zu lernen und mit einem wertschätzenden Blick den Umgang im Alltag zu gestalten. Dabei vermittelt werden vor allem Hilfen für die Alltagsbegleitung und nicht für den psychotherapeutischen Umgang. Der zweite Teil des Seminars findet am 16./17. Dezember 2021 statt.  
Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/og6y>

9. Dezember 2021 | online

**Klimastrategien in Pflegeeinrichtungen**

Die ältere Bevölkerung ist besonders von der Klimaerwärmung und anhaltenden Hitzewellen betroffen. Anpassungsstrategien zum Schutz der BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen werden immer wichtiger. Die Veranstaltung legt den Fokus auf Strategien und Maßnahmen zum Umgang mit den Auswirkungen des Klimawandels in Pflegeeinrichtungen. Es werden Beispiele aus der klimafreundlichen Pflege und konkrete Hitzeaktionspläne vorgestellt.  
Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/z7cb>

13. Dezember 2021 in Stuttgart  
**Burnout – eine biopsychologische Perspektive**

**Grundlagen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse**  
Stress ist in unserer Gesellschaft weitverbreitet und der Begriff Burnout in aller Munde. Nach Schätzungen der Betriebskrankenkassen liegt bei ca. neun Millionen Deutschen ein Burnout-Syndrom vor. Im Rahmen des Regensburger Burnout-Projekts untersuchen Forscher\*innen am Lehrstuhl für Medizinische Psychologie die psychischen und biologischen Veränderungen, die typischerweise mit Burnout einhergehen. Christoph Bärtl, wissenschaftl. Mitarbeiter und Doktorand im Projekt, präsentiert in seinem Vortrag sowohl Grundlagen als auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Burnout-Forschung.  
Information und Anmeldung unter <https://kurzelinks.de/88jf>

15. Dezember 2021 in Berlin

**Deutsches Pflege Forum**

Viermal im Jahr lädt das Deutsche Pflege Forum in Berlin ReferentInnen zu unterschiedlichen Pflege-themen nach Berlin ein. In der letzten Veranstaltung in diesem Jahr spricht Christine Volger (Dipl.-Pflegepädagogin FH), Präsidentin des Deutschen Pflegerat e.V. (DPR), zum Thema „Pflege 2025: Forderungen an die neue Bundesregierung – Selbstverwaltung – Kompetenzerweiterung“.  
Information und Anmeldung unter [www.deutschespflegeforum.de/termine](http://www.deutschespflegeforum.de/termine)

*Anmerkung der Redaktion:*

*Die Informationen zu den angekündigten Veranstaltungen geben den Stand zum Redaktionsschluss am 15. Oktober 2021 wieder. Corona-bedingte Änderungen/Absagen können nicht ausgeschlossen werden.*

**KULTUR IST FÜR ALLE DA**  
**www.strandgut.de**



**Weggemeinschaft Vulkaneifel e.V.**  
Wohn- und Werkstätten für  
seelenpflegebedürftige Menschen

Die Weggemeinschaft Vulkaneifel ist eine kleine anthroposophisch orientierte Einrichtung im nördlichen Teil von Rheinland-Pfalz, ländlich und dezentral in drei verschiedenen Gemeinden des Vulkaneifelkreises gelegen.

In fünf Wohngruppen und handwerklich-kreativ orientierten Werkstätten betreuen wir insgesamt 39 Menschen mit sogenannter „geistiger Behinderung“.

Wir befinden uns am Beginn eines Generationenwechsels in der Leitung und der Neugestaltung der Organisationsstruktur.

Wir suchen für Sommer/Herbst 2021

### eine Wohnbereichsleitung

Sie sollten über eine heilpädagogische und/oder sozialtherapeutische Ausbildung verfügen und idealerweise in Leitungsfunktionen Erfahrung gesammelt haben oder eine entsprechende Qualifikation erwerben wollen.

Weggemeinschaft Vulkaneifel, Bahnhofstr.14, 54552 Darscheid  
Tel.: 06592/95400 Fax: 954050  
verwaltung@weggemeinschaft-ev.de  
www.weggemeinschaft-ev.de



GESELLSCHAFT FÜR PERSONZENTRIERTE  
PSYCHOTHERAPIE UND BERATUNG e.V.

## Weiterbildung Supervision & Coaching auf personzentrierter und systemischer Grundlage

zertifiziert von der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching (DGSv e.V.)

### In der Weiterbildung

- erlernen Sie den wissenschaftlich fundierten Personzentrierten Ansatz und seine Weiterentwicklungen im Kontext Ihrer Arbeitswelt anzuwenden
- erarbeiten Sie sich einen systemischen Blick auf Organisationen, Teams und Personen
- erleben Sie den Personzentrierten und Systemischen Ansatz beispielhaft durch Ihre Ausbilder\*innen
- erproben Sie – theoriegeleitet – Coaching und Supervision anhand persönlicher Anforderungen, Fragestellungen und Erfahrungen

**Wiederholungsanstalt:** 20.–22. Januar 2022 in Mainz

**Koordinatorin:** Petra Wörsdörfer, Diplom-Pädagogin, Supervisorin (DGSv), Beraterin für Personal- und Organisationsentwicklung  
**Ulrich Siegrist, Prof. Dr. Diplom-Sozialpädagoge (FH), Master of Organizational Psychology, Supervisor (DGSv)**

### Informations:

Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.  
Melatengürtel 127 schaefer@gwg-ev.org Tel. 0221-92590826  
50825 Köln www.gwg-ev.org

## Wir qualifizieren Pflegende



### Lehrgänge - staatlich anerkannt

- Praxisanleiterin/Praxisanleiter
- Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen
- Palliative Versorgung (Palliative Care)

### Lehrgänge - IBMG-Zertifikat

- Fachkraft Gerontopsychiatrie
- Betreuungskraft nach §§ 53c, 43b, 45a+bSGB XI

### Stationsleitung nach DKG

### Pflichtfortbildungen

- für Praxisanleiterin/ Praxisanleiter
- Betreuungskräfte



**IBMG** GmbH  
staatlich anerkannt  
Institut für Bildung + Management  
im Gesundheitswesen

Ein Unternehmen der  
F+U Rhein-Main-Neckar gGmbH  
Poststraße 4-6, 64293 Darmstadt  
Tel.: 06151 8719-40  
Fax: 06151 8719-49

ibmg@fuu.de

www.ibmg-darmstadt.de

## Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder

# KURZFORT- BILDUNGEN 2022

© z-s-unsplash

Bestellen Sie das Programm bei der DGSP oder informieren Sie sich auf der Website.

**DGSP**  
Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.



### Bestelladresse

Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.  
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln  
Tel.: (0221) 51 10 02 | info@dgsp-ev.de



Hochschule  
Kempten

University of Applied Sciences



Fakultät Soziales  
und Gesundheit

Unser Studienangebot  
für Gesundheitsfachberufe

# Gerontologische Pflege und Therapie

BERUFSBEGLEITEND / BACHELOR OF SCIENCE

- für Personen mit abgeschlossener Ausbildung in Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapie oder Ergotherapie (auch ohne Abitur möglich)
- bereits während des Studiums zahlreiche Zusatzqualifikationen erwerbbar
- Dauer 7 Semester
- keine Studiengebühren
- Bewerbung bis 15. Juli möglich



Mehr unter:

[www.hs-kempten.de/gpt](http://www.hs-kempten.de/gpt)

Ebenfalls an der Hochschule Kempten:

- Gesundheitswirtschaft
- Sozialwirtschaft
- Pflege
- Soziale Arbeit
- Gesundheits- und Pflegeinformatik



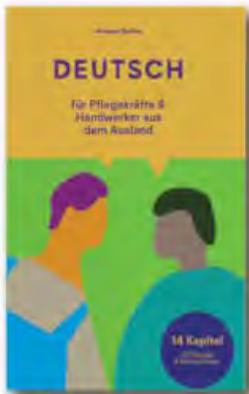
Mehr Informationen unter:  
[www.hs-kempten.de](http://www.hs-kempten.de)

**Kontakt:**

Dr. Benjamin Gilde

Fakultät Soziales und Gesundheit

[benjamin.gilde@hs-kempten.de](mailto:benjamin.gilde@hs-kempten.de)



Neues Sprachbuch:

## Deutsch für Pflegekräfte und Handwerker aus dem Ausland

Jetzt erhältlich auf

[www.amazon.de](http://www.amazon.de)

[www.humativ.de](http://www.humativ.de)

Auch telefonisch bestellbar:  
+49 176 180 00 180

**ALTEC**  
Rudolf-Diesel-Str. 7 | 78224 Singen  
Tel.: +49 77 31 / 87 11-0  
info@altec.de | www.altec.de

**Fahrzeugrampen**

Eine andere Gesundheitsversorgung ist möglich!

Spenden Sie für Berlins erstes Stadtteil-Gesundheitszentrum

sozial  
interprofessionell  
partizipativ  
niedrigschwellig



[betterplace.org/p93990](http://betterplace.org/p93990)

**Gesundheitskollektiv Berlin**  
[www.geko-berlin.de](http://www.geko-berlin.de)

## Seminare/ Ausbildungen

Ich sehe was, was Du nicht siehst  
Ohrakupunktur als nicht manipulative Therapie  
Unterstützend | Einfach | Effektiv  
2 Tagen lernen – Sofort anwenden  
[www.Yase-Institut.de](http://www.Yase-Institut.de)

Ausbildung Schlaflehrer/in mit Schwerpunkt Sounder Sleep System, berufsbegleitend praxisnah angenehm.  
[www.schlafschule-unna.de](http://www.schlafschule-unna.de)

✍ Schreibberatung & Lektorat (online) bei Sachbüchern, Biografien und anderen Texten ✍  
[www.memo-reporting.com](http://www.memo-reporting.com);  
Renate Schauer, Journalistin ✍

Olivenölkampagne – für Klein- und Gewerbe [www.morgiane.de](http://www.morgiane.de)  
Öle, Oliven, Essig, Honig  
Klarastr. 57, 79106 Freiburg  
Tel. 0800-17 33 450

Hochwirksamer Schutz vor Elektrosmog und Stress. Von Bau- biologen und Heilpraktikern bestätigt.  
[www.elektrosmoghilfe.com](http://www.elektrosmoghilfe.com)  
Tel. +43-680- 237 19 08

Waschbare Slipeinlagen/ Binden aus reiner Bio-Baumwolle  
49088 Osnabrück, ☎ 0541-18 59 117, [www.kulmine.de](http://www.kulmine.de)

## Verschiedenes

Yogabedarf: Matten aus Latex, TPE, PVC, Schurwolle. Eigene Kissen-Fertigung, Bolster ...  
Sonnen-Gruss.de,  
Klarastr. 57, 79106 Freiburg  
Regionale Fertigung

Trauerbegleitung, auch Abschied & Vorsorge. Individuelle Ausbildungen ggf. online bei Jutta Bender. [www.trauer-kultur.info](http://www.trauer-kultur.info)

Medizintechnik An- u. Verkauf Inzahlungnahme  
Wilbert-Medizintechnik,  
☎ 02628-98 682-0, Fax: -1,  
[www.wilbertmedical.de](http://www.wilbertmedical.de)



100 KILOMETER FUßWEG  
FÜR EIN MEDIKAMENT.  
DAS GEHT ZU WEIT.

Jede Spende hilft: [www.medeor.de](http://www.medeor.de)  
Die Notapotheke der Welt.



## Gefangene nicht vergessen!

In schwierigen Zeiten sind verlässliche Informationen lebenswichtig.

Bitte spenden Sie »Dr. med. Mabuse« für Gefangene zum Preis von jährlich 39,00 € oder überweisen Sie einen Betrag Ihrer Wahl an:  
Freiabonnements für Gefangene e.V.  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE02 1002 0500 0003 0854 00  
Kennwort: »Mabuse«  
[www.freiabos.de](http://www.freiabos.de)

Bild © Mike Fouque - stock.adobe.com



Freiabonnements für Gefangene e.V.

## Kontakte

www.Gleichklang.de:  
Die andere Partnerbörse für  
spirituelle Menschen!

## Reisen

### ■ Deutschland

Bayrisches Wald Hotel „Ferien-  
vom-Ich“, Neukirchen, Pügl  
20. Angebote: www.HFVI.de

\*Wandern Natur Erholung  
Hallenbad Sauna frei  
E-Mail: INFO@HFVI.DE  
☎ 09961-9500

### ■ Europa

Urlaub in Südfrankreich am Fuße  
der Cevennen in malerischem  
Dorf. 5 Ferienwohnungen im res-  
taurierten Natursteinhof Mas  
Chataigner inmitten eines weit-  
läufigen mediterranen Gartens.  
www.mas-chataigner.com,  
☎ +33-466258061

400 Fasten-Wanderungen! Euro-  
paweit. Gesundheitsfördernd. Wo.  
ab 300 EUR. Leiterausbildung!  
(Versand des Fastenwander-  
Buches 15 EUR)  
☎/Fax 0631-47 472,  
www.fasten-wander-zentrale.de

Im einmaligen „Garten der  
Musen“ am Golf v. Korinth am  
Strand: 1 – 2-Zi.-Bung./Appts. inkl.  
Konzertflügel, Cello, Violine,  
Bühnen u. v. m.!

Oder 7-Zi.-Ferienhaus mit Klavier,  
Meerblick, Obst- und Blumen-  
garten. Auch Unterkunft zu  
Nebenkosten bei Mitwirken nach  
Vereinbarung (insbesondere beim  
Überwintern). Gemeinsam das  
Schöne und Gute fördern inmit-  
ten einer fantastischen unge-  
künstelten Gartenatmosphäre!  
Kulturmanagement-Praktikum  
auch bei Gratis-Unterkunft.  
www.idyllion.eu  
Tel. 0030-6972263356

## Erfolgreich werben mit Kleinanzeigen

Kleinanzeigen kosten 20 Euro  
für die ersten 5 Zeilen (ca. 150  
Zeichen), jede weitere Zeile  
(ca. 30 Zeichen) 4,50 Euro  
(zuzüglich der gesetzlichen  
Mehrwertsteuer).

Jahresauftrag: 30 % Rabatt  
Chiffre: 5 Euro zusätzlich

Bezahlung per Rechnung oder  
SEPA-Mandat (jederzeit  
widerrufbar).

Belegexemplar: wird automa-  
tisch kostenlos zugeschickt,  
bei Daueraufträgen einmalig.

Ihre Kleinanzeige senden Sie  
per E-Mail an: mediaberatung  
@mabuse-verlag.de

Kleinanzeigen online  
aufgeben:  
www.mabuse-verlag.de/  
Dr-med-Mabuse/Anzeigen



**Sausewind**  
Winterreisen  
2021/2022

Zeit,  
Sonne,  
Sauna,  
Schnee,  
Abenteuer  
und Weite  
genießen

**SORGENFREI U. SICHER  
MIT 2G VERREISEN**

Skilanglauf, Schneeschuhwandern  
und Ski Alpin in Norwegen,  
Deutschland und Österreich.

- auch für Familien und Urlaubshun-  
grige mit wenigen Urlaubstagen
- auch über Weihnachten u. Silvester

Gleich den Katalog anfordern, unsere  
Homepage besuchen oder anrufen

**Sausewind**

Meeschweg 9 • 26127 Oldenburg  
Fon: 04 41 / 9 35 65-0  
info@sausewind.de  
www.sausewind.de

## Nächste Ausgabe

Anzeigenschluss für Ausgabe  
1/2022 ist der 29. November 2021.

## IMPRESSUM

**Dr. med. Mabuse**

Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe  
46. Jahrgang

Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe

Verlag: Mabuse-Verlag GmbH,  
Kasseler Str. 1 a, 60486 Frankfurt am Main  
☎ 069-70 79 96-15, Fax: 069-70 41 52  
www.mabuse-verlag.de  
info@mabuse-verlag.de  
www.facebook.com/mabuseverlag  
Geschäftsführer: Hermann Löffler

Eingetragen beim Registergericht:  
Frankfurt am Main (HRB 33207)

Redaktion: Franca Zimmermann,  
Hermann Löffler,  
☎ 069-70 79 96-15  
zeitschrift@mabuse-verlag.de

Vi.S.d.P.: Hermann Löffler (Für Beiträge,  
die mit vollem Namen gekennzeichnet  
sind, übernehmen die AutorInnen die  
Verantwortung.)

Layout: Karin Dienst, Frankfurt am Main

Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock  
GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main

Erscheinungsweise: sechsmal pro Jahr

Konten: Postbank Frankfurt am Main,  
IBAN DE43 5001 0060 0208 4006 09  
BIC PBNKDEFFXXX  
Frankfurter Sparkasse,  
IBAN DE51 5005 0201 0200 0981 95  
BIC HELADEF1822

Jahresabonnement: 47 Euro. Das Abo verlän-  
gert sich um ein Jahr, wenn es nicht spätes-  
tens zwei Monate vor Ablauf des Bestellzeit-  
raums gekündigt worden ist. Geschenkabos  
laufen automatisch aus.  
Für den Buchhandel gelten die o.g. Preise  
abzögl. 30 Prozent Rabatt.

Abovertrieb: Mabuse-Aboservice,  
☎ 069-70 79 96-15, abo@mabuse-verlag.de

Mabuse-Buchversand: ☎ 069-70 79 96-16  
bestellen@mabuse-buchversand.de  
www.mabuse-buchversand.de

Vertrieb für den Buchhandel:

Prolit-Verlagsauslieferung GmbH,  
Julia Diehl, Siemensstr. 16, 35461 Fernwald,  
☎ 0641-94 393-201, Fax: 0641-94 393-93,  
j.diehl@prolit.de

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe  
ist der 15. November 2021.

Anzeigenschluss ist der 29. November 2021.  
Die Ausgabe 1/2022, Nr. 255, erscheint  
Anfang Januar 2022.

Anzeigen: ☎ 069-70 79 96-26  
mediaberatung@mabuse-verlag.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 33 vom  
1. Januar 2021.

Titelbild: www.martinglauser.ch

ISSN: 0173-430X

Nachdruck: Die Wiedergabe und der  
Nachdruck von Artikeln aus *Dr. med. Mabuse*  
sind nur nach Rücksprache und mit Geneh-  
migung der Redaktion möglich.

Beilagen: In dieser Ausgabe finden Sie Werbe-  
beilagen vom Gen-ethischen Netzwerk e.V.  
(GID), der taz und dem Mabuse-Verlag.  
Wir bitten freundlich  
um Beachtung.



# Die Welt, wie sie mir gefällt

von Jörg Stanko

„Ich denke, also bin ich“ ist eins der Bonmots, die man gerne auf Gartenpartys, Kongressen oder in Kolumnen fallen lässt, um eine gewisse Bildungsnahe zu suggerieren. Dieser klare Gedanke des Philosophen Descartes ist allgemein akzeptiert und ein wichtiger Grundsatz der aufgeklärten Welt – sollte man denken.

Gewisse Zeitgenossen denken jetzt aber „quer“. Nicht tief, nicht längs, nicht im Quadrat, nicht komplex, nein: quer. Die Gedanken der selbsternannten „Querdenker“ stehen in Köpfen oder auf Plakaten herum und verweigern sich ganz und gar einer Debatte. So ein Quergedanke ist sich selbst genug. „Hier bin ich, es ist mir egal, wie wenig durchdacht ich bin, ich bin ich und ich will, dass du mich akzeptierst, so wie man mich gedacht hat. Ich bin auch wahr“, behauptet er – und zieht dabei eine Schnute, um dem Zweifel im Zweifel als beleidigte Leberwurst entgegenzutreten.

Man ist ganz verwirrt von den vielen alternativen Wirklichkeiten. Wurde man doch selbst von wohlmeinenden Pädagogen im Geiste Pippi Langstrumpfs erzogen – mit der unumstößlichen Sichtweise des Freigeistes: „Ich mache mir die Welt, wie sie mir gefällt.“ Mensch Pippi, was machen wir denn jetzt? Rote Zöpfe, Ringelstrümpfe und Selbstbewusstsein helfen nicht weiter, wenn sich heute jeder die Welt macht, wie sie ihm gefällt.



Mit Aluhut geht's manchmal leichter ...

Man stelle sich vor, in Krankenhäusern würde beschlossen, man glaube ab sofort nicht mehr an Viren und andere Kleinstlebewesen. Eigentlich ein schöner Gedanke: keine Lungenentzündungen mehr, keine Gonorrhö, keine Frühsommer-Meningoenzephalitis. Chirurgen könnten

schnurstracks zum Eingriff schreiten, ohne lästige Handschuhe und OP-Masken operieren, Pasteur, Sauerbruch und Koch aus den Geschichtsbüchern streichen. Alles wäre ganz easy – außer für die Patienten ...

Um es einigen Besserwissern leichter zu machen, könnte man auch darüber nachdenken, Globen abzuschaffen und Google Earth. Dann wäre es vielleicht plausibler zu behaupten, die Erde sei eine Scheibe. Diese streng geheime Information habe ich von einem Herrn auf unserem Bahnhofsvorplatz. Es gilt als gesichert (YouTube!), dass kurz hinter den Vereinigten Staaten von Amerika alles aufhört, Chemtrails künden dort von großen Wasserfällen und niemand ist je von dort zurückgekehrt.

Die Wahrnehmung der Welt als Fiebertraum ist scheinbar doch spannender als ein klarer, schöner Gedanke.

## TUCHE

by @Tom



# Die Kunst des Lebens



**FreiRaum**  
Ein Zimmer für mich allein  
162 Seiten, gebunden  
12,80 Euro  
ISBN 978-3-89189-090-5



**BindungsAngst**  
Die Strategie des Selbstboykotts  
193 Seiten, gebunden  
12,80 Euro  
ISBN 9783-89189-110-0



**ÜberGewicht**  
Der Kampf mit dem eigenen Körper  
210 Seiten, gebunden  
12,80 Euro  
ISBN 978-3-89189-114-8



**KrankSein und GesundWerden**  
Das Rätsel psychosomatischer Krankheiten  
229 Seiten, gebunden  
12,80 Euro  
ISBN 978-3-89189-133-9



Dr. phil. Mathias Jung

Systemischer Paartherapeut,  
Gestalttherapeut und Philosoph

Gesundheitszentrum Dr.-Max-Otto-Bruker-Haus  
56112 Lahnstein



02621 / 91 70 10  
[www.emu-verlag.de](http://www.emu-verlag.de)

# gleichklang.de

KENNENLERNEN: ökologisch / divers / solidarisch

*Damit Ihr Traum von Liebe und Gemeinschaft wahr wird!*

## Wer wir sind:

Gleichklang ist eine alternative Kennenlern-Plattform für weltoffene, tolerante, naturnahe, umweltbewegte, vegane und progressive Menschen.

## Fairness:

Gleichklang ist komplett werbefrei. Wir finanzieren uns über einen fairen Mitgliederbeitrag von 98 € im Jahr. Der Ermäßigungstarif beträgt 73 €. Bei finanzieller Not gilt auf Antrag der Sozialtarif von 6 € im Jahr.

## Sechs in Eins:

Partnersuche, Freundschaftssuche, Reisepartnersuche, Natur-Aktivitäten jenseits der Konsumgesellschaft, Projekte & Gemeinschaften und Corona-Kontaktliste zur wechselseitigen Unterstützung in einer besonderen Zeit.

[www.gleichklang.de](http://www.gleichklang.de)



**Kommen Sie hinein in die Gleichklang-Community und finden Sie hier Gemeinschaft, Liebe und Freundschaft!**