

Walter Schaupp | Wolfgang Kröll | [Hrsg.]

Spannungsfeld Pflege

Herausforderungen in klinischen
und außerklinischen Settings



Nomos

<https://doi.org/10.5771/9783748909507>, am 14.08.2024, 08:18:54
Open Access –  <https://www.nomos-elibrary.de/agb>

Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft

herausgegeben von

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Ass.-Prof. Dr. Hans-Walter Ruckenbauer

Band 9

Walter Schaupp | Wolfgang Kröll [Hrsg.]

Spannungsfeld Pflege

Herausforderungen in klinischen
und außerklinischen Settings



Nomos



Die Open Access-Veröffentlichung der elektronischen Ausgabe dieses Werkes wurde ermöglicht mit Unterstützung durch die Karl-Franzens-Universität Graz.

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2020

© Walter Schaupp | Wolfgang Kröll [Hrsg.]

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3-5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3-5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-8487-6851-6

ISBN (ePDF): 978-3-7489-0950-7

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748909507>



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell –
Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.



Onlineversion
Nomos eLibrary

Vorwort

Im Pflegealltag stehen ethische Fragestellungen an der Tagesordnung und Situationen, in denen pflegerische Maßnahmen notwendig werden, können sehr unterschiedlich und speziell sein. Dabei können Pflegepersonen im Umgang mit sogenannten „schwierigen“ Patienten, geistig beeinträchtigten Personen oder komatösen Patienten vor unterschiedliche Herausforderungen gestellt werden. Nicht jeder Mensch benötigt in derselben Krankheits- oder Lebenssituation das Gleiche und die Schwierigkeit besteht oftmals darin, dem Patienten in seiner individuellen Situation gerecht zu werden. Patienten beschreiben ihre Hilfsbedürftigkeit oft als Mangel an Freiheit und Selbstständigkeit, was zu Resignation und Unzufriedenheit führen kann. Dem entgegenzuwirken und dem Patienten ein Gefühl an Selbstbestimmung zurückzugeben, gelingt nur dann, wenn die organisatorischen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Rahmenbedingungen wie genügend Zeit, angenehmes Arbeitsklima und Raum für Kommunikation spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Manchmal führen aber gerade die entgegengesetzten Faktoren wie Personalmangel, Überstunden und Zeitmangel zum Aufkommen ethischer Konflikte und zehren zusätzlich an den körperlichen und emotionalen Ressourcen der Pflegenden. Missstände können auftreten. Der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen, Gewalthandlungen und Vernachlässigung der pflegerischen Versorgung führen zu einem medienwirksamen Aufschrei, wobei die Frage nach dem Einfluss ungünstiger Rahmenbedingungen zugunsten der Frage, wer nun als Einzelner die Schuld trägt, vernachlässigt wird. Die Betroffenen selbst spüren in der Bewusstheit über ethisch bedenkliche Maßnahmen meist schon lange davor Unzufriedenheit und Machtlosigkeit über die Gegebenheiten, die bis hin zum Burn-out führen können. Wenn man sich ausgebrannt fühlt, kann man seinen Mitmenschen gegenüber weniger Empathie zeigen, und die Spirale dreht sich in eine bedenkliche Richtung weiter.

Auch Angehörige sind oftmals mit ethischen Fragestellungen konfrontiert, wenn sie ihre Liebsten zu Hause betreuen. Je nach pflegerischem Aufwand und Background und je nachdem, ob sie Unterstützung von außen erhalten, können sich körperliche, psychische und emotionale Belastungen ergeben. Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist oftmals nur schwer zu bewältigen und durch die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

kann es auch im privaten Umfeld zur Vernachlässigung der pflegerischen Versorgung und im schlimmsten Fall zum Burn-out kommen.

Fürsorgliche Pflege ist nur dann möglich, wenn der Faktor Zeit nicht der Gegner ist und sich Pflegende in der Betreuung nicht alleingelassen fühlen. Ein offenes Arbeitsklima, in dem kritische Auseinandersetzungen mit ethischen Fragestellungen ernst genommen werden, müssen zusätzlich Platz haben, damit der ganzheitliche Aspekt zum Tragen kommen und der gesamte Mensch im Mittelpunkt stehen kann. Wichtig ist hierbei, den gemeinsamen Blick aus der Metaebene unter Einbeziehung der Umgebungsfaktoren und aller Beteiligten dem Suchen eines Schuldigen vorzuziehen. Wünschenswert wäre es, Lösungen mit Patienten und Angehörigen gemeinsam zu finden und Konflikten mit Achtsamkeit und gegenseitiger Wertschätzung entgegenzutreten.

Im direkten Patientenkontakt spielt der interdisziplinäre Austausch zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen eine entscheidende Rolle. Nur gemeinsam können Medizin, Pflege und alle anderen medizinisch-technischen Dienste eine Patientenbetreuung auf hohem Niveau ermöglichen und kritische ethische Fragestellungen bewältigen.

Christa Tax

Inhalt

Einleitung	9
<i>Walter Schaupp, Wolfgang Kröll</i>	
Pflegebilder und Ethik – theoretische Grundlagen und Umsetzung in die Praxis	15
<i>Sabine Ruppert</i>	
Ethik im fachhochschulischen Curriculum am Beispiel der FH JOANNEUM	31
<i>Werner Hauser</i>	
Gewalt in der Pflege	43
<i>Monique Weissenberger-Leduc</i>	
Ein Blick in den Pflegealltag am Department Franz-Gerstenbrand der Albert Schweitzer Klinik Graz	71
<i>Hartmann Jörg Hohensinner, Christina Peyker</i>	
Häusliche Pflege und die Rolle(n) der Angehörigen	91
<i>Angelika Feichtner</i>	
Gelebte Traumapädagogik im stationären Setting. Primärprävention von Gewalt und Deeskalation	109
<i>Andrea Schober</i>	
Kommunikation und Hierarchie im Krankenhaus. Problem diagnose aus der Sicht der Pflege- und Patientenombudschaft (PPO)	129
<i>Renate Skledar, Wolfgang Kröll (Interview)</i>	
Autorinnen und Autoren	145

Einleitung

Der Pflegeberuf hat einen Weg der Professionalisierung und der Emanzipation gegenüber der ärztlichen Profession und der medizinischen Wissenschaft hinter sich. Diese Entwicklung findet ihren Niederschlag in der Etablierung der Pflegewissenschaften als anerkanntes akademisches Forschungs- und Ausbildungsgebiet wie auch in der Bedeutung von Pflege als eigenständige und gleichberechtigte „Säule“ in der kollegialen Führung von Krankenhäusern und Kliniken neben medizinischer und betriebswirtschaftlicher Leitung.

Die Leistungen der Pflege im Gesamtkontext der Gesundheitsversorgung mögen gesellschaftlich weniger spektakulär und öffentlichkeitswirksam sein als die der Medizin, die immer wieder mit aufsehenerregenden therapeutischen Durchbrüchen zu beindrucken vermag. Historisch standen sie zudem ganz im Schatten der ärztlichen Profession, der sie untergeordnet waren. Für Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung tragen sie aber mindestens ebenso viel bei.

So muss die Professionalisierung der Pflege rückblickend als Bereicherung für das gesellschaftliche Wissen um eine gute Gesundheitsversorgung und ihre Realisierung in der Praxis angesehen werden. Angehörige der Pflege sind zwar keine medizinischen Expertinnen und Experten, sie haben aber vielfach einen unmittelbareren Zugang zu den Wünschen, Ängsten und Sorgen der von ihnen Betreuten als Ärztinnen und Ärzte. Es ist daher ein Gewinn, wenn sie dieses Wissen in die Planung und Gestaltung der medizinisch-pflegerischen Betreuung einbringen. Die bisherige Entwicklung der pflegewissenschaftlichen Forschung zeigt, dass hier einerseits neue Themenfelder erschlossen wurden und andererseits bekannte Fragen der Patientensorge unter einem neuen Blickwinkel erforscht werden. Auch geeignete Pflegemodelle und Pflegeleitbilder haben schon immer einen breiteren und umfassenderen Blick auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten geworfen, als dies bei einer noch immer stark somatisch orientierten Medizin der Fall ist. Zu erinnern ist hier an Madeleine Leininger, die als Erste die kulturelle Dimension von Pflege im Rahmen ihres *Sunrise-Modells* ins Bewusstsein holte, oder an die Methode der Validation, die durch Naomi Feil entwickelt wurde, wo es um die Bedeutung der Gesamtbiographie für ein gutes Altern und Sterben geht.

Pflege als Institution der Gesundheitsversorgung wie auch als persönliche Berufung und als individueller Beruf ist aber zugleich mit vielfältigen He-

rausforderungen und Irritationen verbunden. Das veränderte Zueinander von ärztlicher Profession und Pflege hat im Alltag zu Problemen der Kooperation und Kommunikation zwischen Pflege und ärztlichem Berufsstand geführt, die nicht nur für die Betroffenen belastend sind, sondern sich auch negativ auf die objektive Qualität der Betreuung auswirken. Die Arbeit an einer offenen und wertschätzenden Kommunikationskultur ist, wie auch im vorliegenden Band deutlich wird, eine bleibende Notwendigkeit. Auch wurde Pflege, wie Renate Skledar in ihren Ausführungen erwähnt, in dem Maß, wie sie autonom wurde, auch zu einem Zielpunkt von Beschwerden und Klagen.

Bekannt ist auch, dass der Pflegeberuf unter einer mit der Dauer der Berufsjahre zunehmenden, emotional äußerst belastenden Diskrepanz zwischen beruflichem Ideal und pflegerischem Alltag leidet, wie dies im Beitrag von Sabine Ruppert angesprochen wird. Unter den Vorzeichen ökonomischer Knappheit wurde in den letzten Jahren vielfach bei der Pflege eingespart, was die berufliche Belastung erhöhte und sich letztendlich auch auf die Qualität der Pflege auswirkte.

Meist aus Überforderung und nicht bewältigtem Stress kommt es immer wieder zu Ausübung von Gewalt im Rahmen von Pflege. Pflegenden können sich oft den ihnen anvertrauten Personen mit ihren Schwierigkeiten und in ihrer oft hoffnungslosen Situation weniger entziehen als Ärztinnen und Ärzte. Doch dies sollte wiederum nicht vergessen lassen, dass Pflegenden selbst immer wieder zu Opfern von Gewalt werden.

Mit diesem Schlagwort verbindet sich jedoch noch eine andere beachtenswerte Entwicklung der letzten Jahre, der ein Beitrag in diesem Band gewidmet ist. Sowohl in der pflegewissenschaftlichen Forschung wie auch in der Gesundheitspolitik wurde man sich der Bedeutung häuslicher Pflege bewusst, die von Menschen aller Altersklassen, eben auch oft von Kindern und Jugendlichen, geleistet wird. Dieser Sektor an gesellschaftlicher Arbeit wird heute durch eine breite pflegewissenschaftliche Forschung begleitet und gestützt.

Der vorliegende Band der Reihe *Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft* mit dem Titel *Spannungsfeld Pflege* geht auf eine gleichnamige Tagung im September 2018 in Graz zurück. Aus verschiedenen Gründen werden die Beiträge erst jetzt, mehr als ein Jahr danach, veröffentlicht, wofür sich die Herausgeber an dieser Stelle sowohl bei den Autorinnen und Autoren wie auch bei den Leserinnen und Lesern ausdrücklich entschuldigen. Die damalige Entscheidung, nach mehreren Jahren der Auseinandersetzung mit medizinethischen Themen Fragen der Pflege und Pflegeethik in den Mittelpunkt zu rücken, war eine sehr bewusste. Es sollten, jenseits der in der Öffentlichkeit genugsam präsenten Diskussion um den Pflegenotstand, auf

die Herausforderungen und Belastungen hingewiesen werden, denen der Pflegeberuf heute ausgesetzt ist.

Es ist verständlich, dass hier keineswegs alle Problemstellungen im Umfeld gegenwärtiger Pflege bearbeitet werden konnten – entsprechend selektiv sind die Beiträge des vorliegenden Bandes. Sie nähern sich dem *Spannungsfeld Pflege* nicht von einer ökonomischen und strukturellen Perspektive her an, so wichtig diese derzeit sein mag, sondern aus der Sicht der Pflegepraxis. Es sollte einerseits allgemein nach dem Stellenwert von Ethik in Pflege und Pflegeausbildung gefragt werden, andererseits sollten Fragen der Kommunikation, der Organisation vor Ort sowie der Gewalt behandelt und besonders krisenanfällige Orte der Gesundheitsversorgung studiert werden.

Sabine Ruppert, langjährige Lektorin im Bereich der Pflegewissenschaften und Ethikberaterin, gibt in ihrem Beitrag „Pflegebilder und Ethik – theoretische Grundlagen und Umsetzung in die Praxis“ zunächst einen ausführlichen Überblick über die verschiedenen normativen Quellen, aus denen sich eine ethisch reflektierte und verantwortete Pflegepraxis speist. Sie beschreibt die verschiedenen Menschenbilder, ethischen Theorien, Prinzipien und beruflichen Regelwerke, die hier infrage kommen. Interessant ist ihre Kritik an der Abstraktheit der vier biomedizinischen Prinzipien nach Tom Beauchamp und James Childress und das damit verbundene Plädoyer für eine personalistisch orientierte Care-Ethik, die auf die Vulnerabilität von Menschen Bezug nimmt. Des Weiteren versucht sie für eine menschenrechtlich orientierte Ethik der Pflege zu sensibilisieren. Angesichts des abschließenden Befundes, dass es an normativen Theorien und Prinzipien nicht mangelt und diese zudem offensichtlich sehr heterogen bleiben, betont sie zusammenfassend, dass in der Pflege Tätige eine individuelle „moralische Sensitivität“ und „moralische Handlungskompetenz“ ausbilden müssten. Ein entscheidendes Problem liege in der schwer zu überbrückenden Spannung zwischen theoretischem Anspruch und Praxis.

In seinem Beitrag „Ethik im fachhochschulischen Curriculum am Beispiel der Fachhochschule JOANNEUM“ gibt *Werner Hauser* aus der Sicht eines beteiligten Juristen Einblick in den Stellenwert von Ethik in den Curricula von gesundheitsbezogenen Bachelor- und Masterstudienstudiengängen an der Fachhochschule JOANNEUM in Graz. Ethik ist in allen Curricula im Ausmaß von mindestens 1 ETCS in Vorlesungs- oder Seminarform vertreten. Primäres Ziel ist es, Grundlagen der ethischen Reflexion zu vermitteln. Gleichzeitig soll eine Rückbindung an rechtliche und berufsständige Richtlinien vermittelt werden und durch Fallbesprechungen ein entsprechender Praxisbezug sichergestellt werden. Der Verfasser plädiert abschließend für eine möglichst frühe Einbindung von Ethik in

die Curricula, für die durchgängige Möglichkeit von Kleingruppengesprächen und eine verpflichtende Einbindung von Praktiker/-innen von außen in Ethik-Lehrveranstaltungen.

Die Philosophin, Soziologin und Pflegewissenschaftlerin *Monique Weissenberger-Leduc* nimmt mit ihrem Beitrag „Gewalt in der Pflege“ das Thema Gewalt in einer sehr radikalen und grundsätzlichen Weise als Herausforderung für die heutige Pflegepraxis in den Blick. Es geht ihr konkret um Gewalt und Gewaltprävention im geriatrischen Kontext, also in Bezug auf alte und hochbetagte Patientinnen und Patienten. Ausgehend von dieser Gruppe wird das Phänomen Gewalt in der Pflege anhand des Gewalt-Dreiecks von Johann Galtung und Rolf Hirsch sehr grundsätzlich und in sehr verschiedenen Dimensionen analysiert. In den Blick kommt dadurch nicht nur „aktuelle“ Gewalt durch einzelne Personen, sondern auch die strukturimmanente Gewalt und jene, die verborgen in kulturellen Vorstellungen und Denkmustern steckt. Insofern Gewalt im Anschluss an Johannes Galtung sehr weit als „vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse“ definiert wird, kann der Beitrag auch als ein in sich stehender pflegeethischer Ansatz gelesen werden. Weissenberger-Leduc präsentiert aber auch verfügbare Daten zur Prävalenz von Gewalt an alten Menschen im Pflegekontext und gibt abschließend einen ausführlichen Einblick in die Möglichkeiten von Gewaltprävention.

Eine ganz andere Stoßrichtung verfolgen *Hartmann Jörg Hobensinner* und *Christina Peyker* in ihrem Beitrag „Ein Blick in den Pflegealltag am Department Franz-Gerstenbrand der Albert Schweitzer Klinik Graz“. Im Vordergrund steht hier, wie das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Professionen im Dienst der zu Betreuenden auf einer modernen Wachkomastation erfolgreich organisiert und gestaltet werden kann. Nach einem Einblick in die verschiedenen Formen, medizinischen Prognosen und Verlaufsformen des Wachkomas erläutern die beiden Verfasser, welche Theorie bzw. welches Grundanliegen hinter ihrer täglichen pflegerischen und therapeutischen Arbeit mit Wachkomapatientinnen und -patienten steht. Das entwickelte Organisationskonzept mit dem Namen *Apallic Care Unit 2020* ist ein Kreismodell, das die verschiedenen professionellen Kompetenzen um den Patienten in einer agilen und flexiblen Weise anordnet. Es versucht zudem, ökonomische, ökologische und soziale Aspekte in der Patientensorge harmonisch zu integrieren.

Andrea Schober ist akademische Pflegemanagerin und Stationsleiterin an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Graz. Ihr Beitrag „Gelebte Traumapädagogik im stationären Setting. Primärprävention von Gewalt und Deeskalation“ gibt einen spannenden Einblick in die professionelle Arbeit mit traumatisierten und verhaltensauffäl-

ligen Kindern und Jugendlichen. Diese bringen alle Beteiligten immer wieder durch unkontrollierte Ausbrüche von Emotionen und Gewalt an die Grenzen der Belastbarkeit. Mehr als an anderen Orten der Gesundheits- sorge ist hier der therapeutische Erfolg an die Entwicklung eines umfassenden therapeutischen Konzeptes und an ein optimales Zusammenwirken aller Beteiligten gebunden. Der therapeutische Ansatz ist traumapädagogisch, eines der Ziele ist, zu lernen, wie mit eigenen Gefühlen und Regelverletzungen umgegangen werden kann. Institutionen und Führungskräfte müssen demnach über bestimmte Werthaltungen wie Transparenz, Partizipation, Wertschätzung, Annahme des guten Grundes, Zulassen von Freude und Spaß verfügen. Was für viele andere Bereiche des Gesundheitswesens oft nur gefordert wird, erscheint hier als *conditio sine qua non* für das tägliche Funktionieren einer Station: Sachkompetenz in Verbindung mit Selbstreflexion und Selbstfürsorge, aber auch aktives Bemühen um Schutz aller hier in der Sorge um andere Tätigen durch die Leitung.

Angelika Feichtner, diplomierte Krankenpflegerin und Autorin im Bereich von Palliative Care, beleuchtet anschließend die Situation von pflegenden und betreuenden Angehörigen. Ihre Zahl und ihre Bedeutung für das Gesamtsystem der Gesundheits- sorge wurden in der Vergangenheit zu wenig wahrgenommen – immerhin werden in Österreich derzeit 83 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen zu Hause betreut. Unter den Pflegenden finden sich 42.000 Kinder und Jugendliche zwischen fünf und fünfzehn Jahren. Zu wenig bewusst sind aber auch die Probleme, die mit der Pflege von Angehörigen verbunden sind: das Überwinden von Ekel und Scham im Rahmen der Körperpflege, gefühlte Unsicherheit bezüglich der eigenen fachlichen Kompetenz, oft hoher Erwartungsdruck des familiären Umfeldes, der die Frage aufwirft, wie „freiwillig“ Angehörige gepflegt werden, und schließlich die Einschränkung anderer sozialer Kontakte aufgrund der Notwendigkeit, ständig verfügbar zu sein. In vielen Fällen führt dies zu einer Überforderung mit psychischer Dekompensation (Burn-out), Pflegenden werden dadurch zu „SekundärpatientInnen“. Vor diesem Hintergrund werden die formulierten Desiderate verständlich: mehr Wissen um Frühsignale für eine drohende Überlastung von pflegenden Angehörigen, mehr professionelle Unterstützung von außen und Hilfen in der Suche nach Entlastungsstrategien innerhalb des familiären Umfeldes.

In einem Interview wird schließlich *Renate Skledar*, die langjährige Leiterin der steirischen Pflege- und Patientenombudschaft, zu ihren praktischen Erfahrungen als Pflege- und Patientenombudschaftsfrau zu den Themen Hierarchie und Kommunikation im Krankenhaus, Gewaltbereitschaft und Übergriffe sowie zum Umgang mit Schadensfällen befragt. Ihre wichtigste

Botschaft lautet: „Wir müssen wieder lernen miteinander zu sprechen“, sowie der Hinweis, es solle mehr Energie darauf verwendet werden, dass vorhandene Leitbilder auch umgesetzt werden.

Abschließend möchten sich die Herausgeber dieses Bandes bei allen Referentinnen und Referenten für ihre Beiträge bedanken; es erfordert zusätzliche Arbeit, einen Vortrag vorzubereiten und diesen dann auch noch zu Papier zu bringen – und dies alles neben den üblichen beruflichen Herausforderungen und Aufgaben. Bedanken möchten wir uns auch bei Frau Mag. Bianca Ranz für ihre Unterstützung bei der Umsetzung der Verlagsvorgaben. Schließlich gilt unser Dank dem Nomos-Verlag, insbesondere für die kompetente Betreuung durch Frau Beate Bernstein. Ohne ihren Einsatz und ihre fachliche Unterstützung wäre es nicht möglich, ein solches Werk zu veröffentlichen.

Walter Schaupp, Wolfgang Kröll

Pflegebilder und Ethik – theoretische Grundlagen und Umsetzung in die Praxis

Sabine Ruppert

Dieser Beitrag bzw. der Vortrag zum Thema „Pflegebilder und Ethik“ basiert auf meinen Erfahrungen in verschiedenen Kontexten. Als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und Pflegewissenschaftlerin bin ich in der Pflegepraxis, der Lehre, der Wissenschaft und der menschenrechtlichen Prävention tätig. In die Betrachtung der Pflegeethik und die Umsetzung in die tägliche Pflegepraxis fließen Beobachtungen, Erfahrungen und Berichte aus diesen Tätigkeitsfeldern sowie Ergebnisse aus internationalen Studien mit ein. Der Fokus dieses Beitrags liegt auf der Darstellung der wichtigsten Prinzipien, Werte und Normen der Pflegeethik und der Frage nach der Umsetzung dieser für die Pflegepersonen oft sehr theoretischen Konstrukte in die Praxis. Woran sollen sich Pflegepersonen orientieren? Wie können sie philosophisch-theoretische Überlegungen in den Alltag von Kliniken, Pflegeheimen und Hauskrankenpflege übertragen?

1. Theoretische Grundlagen

In diesem Abschnitt werden ausgewählte theoretische Grundlagen, die aus meiner Sicht bedeutend für die angewandte Ethik in der Pflege und damit auch für die Pflegepraxis sind, dargelegt. Einzelne ethische Aspekte werden durch persönliche Erfahrungen und Einschätzungen ergänzt.

1.1 Menschenbild

Es gibt verschiedene Arten von Menschenbildern, die auch Grundlage des Pflegeverständnisses sein können.

Im *naturwissenschaftlichen Ansatz* wird der Mensch als Maschine betrachtet, als funktionales Wesen. In der Medizin lässt sich beobachten, dass Ärztinnen und Ärzte immer mehr bzw. wieder dieses Menschenbild ihrer Tätigkeit zugrunde legen. Die heutige moderne Medizin beschäftigt sich im Klinikalltag vorwiegend mit Laborparametern, Zellen und Genen und es

findet sich auch kaum mehr Zeit für umfassende Gespräche mit den betroffenen Menschen, um möglicherweise auch andere Gründe als rein physiologische bzw. pathologische Veränderungen für Erkrankungen zu erkennen.

In der Medizin wird auch das *biopsychosoziale Menschenbild*, bei dem Körper und Seele bzw. körperliche und psychische Vorgänge beachtet werden, propagiert. Im heutigen Gesundheitssystem müssen mittlerweile (Zeit-)Ressourcen geschaffen werden, um das ärztliche Handeln auch wirklich auf Basis dieses Menschenbildes umsetzen zu können.

Sowohl in der pflegerischen Ausbildung als auch in vielen Pflegeleitbildern wird das *ganzheitliche Menschenbild*, bei dem auf Ressourcen und Bedürfnisse der betroffenen Menschen eingegangen wird und das Zusammenspiel von Geist, Seele, Körper und sozialen Kontexten von Bedeutung ist, als Basis pflegerischen Handelns betrachtet. Es gelingt jedoch auch vielen Pflegepersonen nicht mehr, die betroffenen Menschen ganzheitlich zu betrachten. Spirituelle Aspekte werden häufig aus Angst vor Gesprächen über Tod und Sterben nicht angesprochen, soziale Aspekte werden als nicht wesentlich für die Betreuung im Kliniksetting betrachtet. Aufgrund von Personalbedarfsberechnungsmodellen besteht die Gefahr, dass der Fokus im Pflegeprozess auf die vier Bedürfnisbereiche (Körperpflege, Ausscheidung, Ernährung, Mobilisation) reduziert wird. Pflegepersonen sollten immer wieder ihr Handeln im Hinblick darauf, ob das ganzheitliche Menschenbild darin berücksichtigt wird, kritisch hinterfragen.

Weitere Menschenbilder, die auch für Pflegende Basis ihres Handelns sein können, sind beispielsweise:

- das *humanistische* Menschenbild mit der Orientierung an Interessen, Werten, Würde, Toleranz, Gewissens- und Gewaltfreiheit,
- das *geisteswissenschaftliche* Menschenbild mit der Erweiterung auf seelisch-geistige Lebensbezüge und
- das *sozialwissenschaftliche* Menschenbild, das davon ausgeht, dass wir nur in Gemeinschaft mit anderen Menschen leben und überleben.

Hinsichtlich der Abbildung des Menschenbildes im pflegerischen Handeln und der Reflexion des pflegerischen Handelns erscheint mir sinnvoll, dass sich Pflegepersonen sowohl am Beginn als auch immer wieder während ihrer jahrelangen Berufstätigkeit folgende Fragen stellen:

- Warum habe ich diesen Beruf gewählt?
- Wie will ich als Pflegeperson gesehen werden?

- Was sind meine professionellen Werte?
- Wie sehe ich die Menschen, die ich pflege?

Erfolgt eine Reflexion anhand der oben genannten Fragen, so kann eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Menschenbild und der eigenen Rolle als Pflegeperson stattfinden.

1.2 Werte, Normen, Prinzipien

Es werden nun einige ausgewählte Werte, Normen und Prinzipien näher erläutert. „Moralische Werte bilden einen Orientierungsrahmen für moralisches Handeln einer Person, innerhalb einer Gruppe oder Gesellschaft“ (Hiemetzberger 2016, 22). Werte sind bewusste oder unbewusste Orientierungsmaßstäbe und beschreiben Lebensinhalte, Handlungsziele oder Sinndeutungen. Eine festgelegte Form der Werterealisation wird als Norm bezeichnet, d. h., Normen setzen die ihnen zugrunde liegenden Werte um. Prinzipien befinden sich wiederum eine Stufe darüber und stellen normative Orientierungspunkte dar – also Kriterien für richtiges und gutes Handeln. (Hiemetzberger 2016)

1.2.1 Würde

Die Würde des Menschen zu wahren, ist oberstes Prinzip allen pflegerischen Handelns. Würde kann als eine Wesenseigenschaft (absolute Würde) gesehen werden oder als Würde eines Menschen oder je bestimmter Menschen im Unterschied zu anderen (komparative Würde). (Marschütz, 2014) Aus theologischer Sicht gründet sich Würde in der Gottebenbildlichkeit und der Berufung zur Gemeinschaft mit Gott. Kant wiederum sieht Würde als inneren, absoluten Wert, begründet in Moralfähigkeit. Würde kann auch aufgrund sozialer Zuerkenntnis begründet oder als Gestaltungsauftrag gesehen werden. (Marschütz, 2014) Für die Wahrung der Würde im Pflegealltag ist es letztendlich nicht von großer Bedeutung, worin sich dies begründet. Pflegepersonen müssen bei verschiedenen Handlungen, wie z. B. der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, der Körperpflege oder der Ausscheidung sowie bei der Kommunikation oder der Anwendung von medizinischen Maßnahmen, auf die Würde des betroffenen Menschen achten.

Der Schweizer Berufsverband der Pflegenden (SBK) stellt fest, dass die Würde des Menschen und die Einzigartigkeit des Lebens im Zentrum allen pflegerischen Handelns stehen. (SBK 2008)

1.2.2 Autonomie

Ein weiteres wichtiges Prinzip, das es zu wahren gilt, stellt die Autonomie dar. Autonomie bedeutet selbstbestimmtes Entscheiden und bezieht sich auf die Fähigkeit des Menschen, für sich und sein Wohl entscheiden zu können. (Fölsch 2008)

Diese muss in allen pflegerischen Handlungen berücksichtigt werden. Auch zur Umsetzung der geplanten Pflegemaßnahmen sollen die Betroffenen vorab informiert und ihre Zustimmung eingeholt werden. Der *Informed Consent*, d. h. die informierte Zustimmung, gilt nicht nur für ärztliche bzw. medizinische Maßnahmen, sondern auch für pflegerische Handlungen. Dabei sind die Kompetenz (verstehen und entscheiden) und die Freiwilligkeit (der Entscheidung) von Seiten der Betroffenen eine Voraussetzung, auf Seiten der Pflegepersonen eine respektvolle Einstellung und respektvolles Handeln. Pflegepersonen müssen daher auch aufklären und Empfehlungen aussprechen bzw. eine selbstständige Entscheidung fördern. Die Betroffenen können selbst eine Entscheidung treffen oder eine andere Person dazu autorisieren. Selbstbestimmte Entscheidungen dürfen nicht durch lenkende Einflüsse oder Zwänge von außen verhindert werden. (Hiemetzberger 2013) Eine große Herausforderung stellt die Wahrung der Selbstbestimmung von kognitiv beeinträchtigten Menschen wie z. B. Menschen mit Demenz dar. Diese können möglicherweise nicht mehr autonom handeln, aber selbstbestimmt.

1.2.3 Fürsorge

Das ethische Prinzip der Fürsorge ist ein wichtiges Element der Pflege. Fürsorge orientiert sich an der Achtung der Würde des Menschen. Sie bedeutet zwischenmenschliche Beziehung und Verantwortung füreinander. Pflegepersonen bewegen sich oft in ethischen Konflikten zwischen der Wahrung der Autonomie der Betroffenen und der Umsetzung der pflegerischen Fürsorge. Dabei muss unbedingt beachtet werden, dass Fürsorge nicht zur Bevormundung werden darf. „Gut gemeint ist noch lange nicht gut“, d. h. beispielsweise, was für mich als (Pflege-)Person gut ist bzw.

scheint, muss nicht mit den Bedürfnissen des anderen Menschen übereinstimmen und darf niemandem aufgezwungen werden. Fürsorge wird oft gleichgesetzt mit dem Begriff Care, den Conradi folgendermaßen definiert:

„Care ist [...] eine Praxis der Zuwendung, Achtsamkeit und Bezogenheit, die durch die daran Beteiligten gemeinsam gestaltet wird. Gemeint ist ein weiter Bereich, der von Selbstsorge über kleine Gesten der Aufmerksamkeit, pflegende und versorgende menschliche Interaktionen bis hin zu kollektiven Aktivitäten reicht.“ (Conradi 2003, 32)

1.2.4 Verantwortung

In der Beschreibung von Fürsorge bzw. Care wird auf die Verantwortung füreinander verwiesen. Verantwortung im Kontext des Pflegealltags bedeutet die Zuständigkeit eines Subjekts der Verantwortung (Pflegeperson) für ein Objekt der Verantwortung (Betroffene) vor einem System von Bewertungsmaßstäben (Gesetz, Gewissen, Wissenschaft). Es wird zwischen moralischer Verantwortung, Rechtsverantwortung (GuKG) und der oben genannten Verantwortung für den anderen (Fürsorge) unterschieden. In der Praxis bedeutet dies für Pflegepersonen, Entscheidungen aufgrund ihrer fachlichen und ethischen Kompetenz zu treffen und entsprechend zu handeln. Für die Handlung und deren Auswirkungen müssen sie dann die Verantwortung übernehmen.

1.3 Ethiktheorien

Es gibt verschiedene Ethiktheorien, die auch in der Pflege zum Tragen kommen können.

Die *Goldene Regel* ist keine Theorie an sich, sondern stellt einen weit verbreiteten Grundsatz der praktischen Ethik dar, der in religiösen und philosophischen Texten etwa des Judentums, des Christentums und des Hinduismus aufscheint. Positiv formuliert wird die Goldene Regel beispielsweise im Neuen Testament: „Behandle andere so, wie du selbst behandelt werden willst.“ (Matthäus 7,12; Lukas 6,31) (Hiemetzberger 2013)

Aristoteles begründete die *Tugendethik* oder auch *Strebensethik*. Sie ist im vergangenen Jahrzehnt wieder ein zentrales Thema der Ethik geworden und beschreibt Grundhaltungen bzw. Charaktereigenschaften, durch die

gutes Handeln möglich wird, wie z. B. die Kardinaltugenden Klugheit, Gerechtigkeit, Besonnenheit und Tapferkeit.

Immanuel Kant ist Begründer der *Pflichtethik* oder *Normenethik* bzw. *Sollensethik*. Dabei wird die Handlung an sich beurteilt. Oberstes Prinzip ist der Kategorische Imperativ: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde!“ (Kant 1974, 52)

Beim *Utilitarismus*, dessen Vertreter John Stuart Mill und Jeremy Bentham sind, steht das größtmögliche Glück für die größtmögliche Zahl an Menschen im Zentrum. Dies bedeutet, dass die Folgen einer Handlung beurteilt werden und nicht die Handlung an sich. Zentral ist das Prinzip der Nützlichkeit für alle Betroffenen, d. h. das allgemeine Wohlergehen (Sozialprinzip). (Hiemetzberger 2010, 2013; Arndt 2007)

Max Weber schuf den Begriff der *Verantwortungsethik*, zu deren Vertreter u. a. Hans Jonas zählt. Dabei geht es darum, Rechenschaft darüber abzugeben, warum eine bestimmte Entscheidung getroffen worden ist. Arndt spricht auch vom Prinzip der Verantwortung, das allen Menschen aufgetragen ist im Hinblick auf die Gefährdung unserer Welt und unsere eigene menschliche Verletzbarkeit. (Arndt 2007)

Eine besondere Stellung unter den Ethiktheorien nimmt die Care-Ethik bzw. Fürsorgeethik in der Pflege ein. Diese wird oft als synonym mit Pflegeethik betrachtet, jedoch kann Care-Ethik in verschiedenen Bereichen wie z. B. der Wirtschaft angewendet werden. Benner und Wrubel (1997) sehen Care als sorgende Haltung und Basis der Pflegepraxis (1989) an. Conradi (2001) bezeichnet Care als Ethik der Achtsamkeit.

2. Pflegeethik

Ethik in der Pflege gehört zur angewandten Ethik und ist die Reflexion moralischer Aspekte in den Handlungsfeldern der Disziplin Pflege: Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft. (Lay 2004)

Pflegeethik ist wie die Medizinethik einem gesellschaftlichen Wertewandel unterlegen. So hat sich beispielsweise die Ansicht über die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen wie das Anbringen von Seitenteilen innerhalb einer Generation von Pflegenden grundlegend geändert. War es früher ein „Pflegefehler“, die Seitenteile nicht hochzuziehen, wenn Pflegepersonen das Zimmer eines pflegebedürftigen, bettlägerigen Menschen verlassen haben, so ist diese Handlung nun nur mehr in äußerst seltenen Fällen fachlich angebracht und es gibt mittlerweile ausreichend alternative Maßnahmen.

Joan Tronto (1993) beschreibt die *Dimensionen der Pflege*, die analog in den Schritten des Pflegeprozesses wiederzufinden sind:

- caring about: erkennen, dass jemand Pflegebedarf bzw. ein pflegerisches Problem hat,
- taking care of: sich des Problems annehmen,
- care giving: Fürsorge/Unterstützung/Pflege geben und
- care receiving: schauen, wie es bei Betroffenen ankommt.

Pflegeethikerinnen und -ethiker orientieren sich an den *vier Medizinethischen Prinzipien* von Tom Beauchamp und James Childress (2009):

- Respekt vor der Autonomie von Personen (respect for autonomy),
- Prinzip der Wohltätigkeit (beneficence),
- Prinzip des Nicht-Schadens (nonmaleficence) und
- Gerechtigkeit (justice).

Sie fügen diesen Prinzipien andere hinzu, die sie für wichtig in der Pflegepraxis erachten oder formulieren Prinzipien um. Marianne Arndt (2007) nennt fünf Prinzipien einer Ethik der Verantwortung, nämlich:

- das Prinzip vom Wert des Lebens,
- das Prinzip des Guten und Richtigen,
- das Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness,
- das Prinzip der Wahrheit und Ehrlichkeit und
- das Prinzip der individuellen Freiheit und Selbstbestimmung.

Marianne Rabe (2009) fügt den Prinzipien Autonomie, Gerechtigkeit und Fürsorge (Prinzip der Wohltätigkeit und des Nicht-Schadens) die Prinzipien des Dialogs, der Verantwortung und als übergeordnetes Prinzip die Würde hinzu. Reinhard Lay (2004) beschreibt fünf Prinzipien, nämlich:

- die Förderung von Wohlergehen/Wohlbefinden,
- die Förderung von Autonomie/Selbstständigkeit,
- die Gerechtigkeit,
- die Aufrichtigkeit und
- die dialogische Verständigung.

Letzteres löst den Widerspruch zwischen dem Prinzip der Autonomie und dem Prinzip der Fürsorge.

Diese Prinzipienorientierung der Pflegeethik stößt jedoch auch auf Kritik. Chris Gastmans, Theologe aus Leuven, ist der Ansicht, dass die Prinzipien von Beauchamp und Childress sich auf eine Handlung, nämlich die Entscheidung zwischen „Leben und Tod“, beziehen sowie vor allem auf den klinischen Kontext und die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte. Pflege stellt jedoch einen Prozess dar und es geht um die ethischen Herausforderungen in der „alltäglichen Pflege“. Außerdem betreffen diese Handlungen nicht nur eine Berufsgruppe, sondern beziehen sich auf das ganze Gesundheitsteam – im institutionellen und gesellschaftlichen Kontext. Er konzipierte daher eine Health Care Ethics auf Basis des Personalismus und der Care-Ethik. Darin ist der Ausgangspunkt die Vulnerabilität der Betroffenen (erlebte Realität). Ziel der Pflege ist die Wahrung der Würde des Betroffenen (normativer Standard) mittels Care (interpretativer Dialog). Dieses Konstrukt gilt jedoch nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Pflegepersonen. (Gastmans 2013)

3. *Transfer in die Praxis*

Nach all diesen theoretischen Erläuterungen stellt sich für die Pflegeperson in der Praxis die Frage, wie sie diese ethischen Normen, Werte und Prinzipien konkret in die Praxis umsetzen kann. Etwas konkretere Handlungsanweisungen geben die Menschenrechte und der ICN-Ethikkodex. Im ICN-Ethikkodex wird bereits in der Präambel ein Bezug zu den Menschenrechten hergestellt:

„Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegenden ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.“ (ICN-Ethikkodex für Pflegenden 2014, 2)

Beide müssen letztendlich jedoch nochmals in die konkrete Praxis im Pflegealltag übersetzt werden.

3.1 Menschenrechte

Die Menschenrechte werden in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Generalversammlung der Vereinten Nationen festgehalten (Resolution 217A (III) der Generalversammlung 1948). Ebenso gibt es eine europäische Menschenrechtskonvention (Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte 2003). Im Folgenden werden ausgewählte Artikel der Menschenrechtskonvention angeführt und in den pflegerischen Alltag transferiert.

Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte stellt fest, dass *alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten geboren sind*. Dies gilt für alle Menschen, da jeder Anspruch hat

auf die in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand. (Artikel 2)

Die Wahrung der Würde ist – wie schon oben erwähnt – zentral bei allen Pflegetätigkeiten. Bereits in der Kommunikation mit den und über die betroffenen Menschen kann es zu Würdeverletzungen kommen. Nicht nur die direkte Kommunikation mit den Betroffenen sollte wertschätzend sein, sondern auch die Kommunikation über sie, z. B. bei der Dienstübergabe, der Pflegevisite oder in der Dokumentation. (Ruppert 2013)

Weitere Menschenrechte, die auch für die Pflegepraxis relevant sind:

Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person. (Artikel 3)

Dieser Artikel kann durch die unsachgemäße und überschießende sowie nicht nötige Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wie körpernahe Fixierung, Verwendung von Seitenteilen oder räumliche Einschränkung, verletzt werden. (Ruppert 2013)

Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. (Artikel 4)

In Bezug auf Artikel 4 gibt es leider auch Berichte von Pflegepersonen, die den Menschen, die sie betreuen und pflegen, Schaden zufügen, z. B. durch absichtliches langes Stehenlassen beim Bettenmachen oder durch Duschen mit kaltem Wasser. (Ruppert 2013)

Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich und haben ohne Unterschied Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz. Alle haben Anspruch auf glei-

chen Schutz gegen jede Diskriminierung, die gegen diese Erklärung verstößt, und gegen jede Aufhetzung zu einer derartigen Diskriminierung. (Artikel 7)

Dieser Artikel trifft allgemein auf die Menschen zu, die Pflege erhalten. Sie sollten alle unabhängig von persönlichen Merkmalen wie z. B. Geschlecht, Alter, Herkunft, sexueller Orientierung usw. gleichbehandelt werden.

Jeder hat das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit; dieses Recht schließt die Freiheit ein, seine Religion oder seine Weltanschauung zu wechseln, sowie die Freiheit, seine Religion oder seine Weltanschauung allein oder in Gemeinschaft mit anderen, öffentlich oder privat durch Lehre, Ausübung, Gottesdienst und Kulthandlungen zu bekennen. (Artikel 18)

Dieser Artikel beinhaltet u. a. das Ermöglichen der Religionsausübung und den Respekt vor den entsprechenden Bräuchen und Sitten, die auch Auswirkungen auf Ernährung, Umgang mit Angehörigen und Sterbebegleitung haben können. (Ruppert 2013)

Jeder hat das Recht auf Meinungsfreiheit und freie Meinungsäußerung. (Artikel 19)

Eine Grundvoraussetzung bei der Beachtung dieses Artikels ist die umfassende und verständliche Information der betroffenen Menschen. Sie sollen in die medizinischen und pflegerischen Entscheidungen miteinbezogen werden, z. B. in die Erstellung von Pflegediagnosen und die Umsetzung des Pflegeprozesses. (Ruppert 2013)

Jeder hat als Mitglied der Gesellschaft das Recht auf soziale Sicherheit und Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit sowie unter Berücksichtigung der Organisation und der Mittel jedes Staates in den Genuss der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen, die für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlich sind. (Artikel 22)

Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände. Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. (Artikel 25)

Artikel 22 und 25 erhalten vor allem in der Langzeitbetreuung Relevanz. Ausreichend Kontakt zu Angehörigen muss ermöglicht werden. Soziale

Aktivitäten werden auf die Wünsche und Ansprüche der Betroffenen abgestimmt und in einem entsprechenden Ausmaß angeboten. (Ruppert 2013)

3.2 ICN-Ethikkodex

Berufskodizes bilden ein zusammenhängendes Ganzes von ethischen Prinzipien und Regeln bezüglich der Ziele und Werte eines Berufes sowie der Haltung und des Verhaltens, die für das Fördern und Evaluieren des beruflichen Handelns notwendig sind. (Van der Arend/Gastmanns 1996) Ein Berufskodex gibt der Gesellschaft gegenüber Auskunft über Werte und Normen, an denen eine Berufsgruppe ihr Handeln ausrichtet. (Hiemetzberger 2010) Der ICN-Ethikkodex beschreibt vier Aufgaben der Pflegenden:

- Gesundheit fördern,
- Krankheit verhüten,
- Gesundheit wiederherstellen und
- Leiden lindern.

Weiters werden ethische Verhaltensweisen zu vier Elementen genannt, nämlich den Elementen:

- Pflegende und ihre Mitmenschen,
- Pflegende und die Berufsausübung,
- Pflegende und die Profession sowie
- Pflegende und ihre Kolleginnen bzw. Kollegen.

Diese stellen einen Rahmen für die ethische Qualität pflegerischen Handelns und Verhaltens dar.

Ein wichtiger Abschnitt des ICN-Ethikkodex ist schon die Präambel, in der ethische Grundsätze angeführt werden:

„Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des

Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.“ (ICN-Ethikkodex 2014, 1)

4. Herausforderungen

Auch wenn es den Anschein hat, dass es genug ethische Theorien, Werte, Normen und Prinzipien sowie Regelwerke wie die Menschenrechte und den ICN-Ethikkodex zur Orientierung im Pflegealltag gibt, kann es für die einzelne Pflegeperson noch immer schwierig sein, diese hohen ethischen Ansprüche in die Praxis umzusetzen.

Pflegepersonen sollen eine *ethische Kompetenz* aufweisen, die aus Zuwendung (caring about), Verantwortung, moralischer Sensitivität, Anwesenheit bzw. Achtsamkeit, Selbstreflexion und Dialog besteht. Das reflektierte Wissen, die praktische Weisheit und das begründete Wissen bilden die *ethische Sensibilität*. Jedoch muss festgestellt werden, dass beides keine Garantie darstellt, um moralische Handlungskompetenz entwickeln zu können

Moralische Handlungskompetenz bedeutet, dass Pflegepersonen eine eigenständige Einstellung zu „richtigem“ und „falschem“ pflegerischen Handeln besitzen und Verantwortung für ihr Handeln übernehmen.

Wenn jedoch die ethische Kompetenz sowie die ethische Sensibilität vorhanden sind, aber externe Faktoren wie z. B. das Fehlen von Ressourcen die Pflegepersonen daran hindern, ihr Bestes zu tun, kann moralischer Distress oder, wie Karin Kersting (2011) es nennt, *Coolout* entstehen.

In einem aktuellen Artikel zu moralischem Distress unter Intensivpflegepersonal werden folgende Gründe für dessen Auftreten genannt: Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Ärztinnen/Ärzten; Umgebungsfaktoren, ethisches Klima; Konfliktlösung; Beziehungen im Pflgeteam; Autonomie der Pflegepersonen; psychologisches Empowerment der Pflegepersonen; End-of-life-decisions-Prozess; Kommunikation; Unterstützung durch Vorgesetzte; Personalressourcen; hierarchische Beziehungen; schlechte Teamarbeit; inkompetente Angehörige von Gesundheitsberufen; Gewalt (beidseitig), fehlende Unterstützung; schlechte technische Ausstattung; Arbeitsbelastung usw.

Dies alles kann negative Folgen sowohl für die Pflegepersonen als auch für Betroffene und deren Bezugspersonen haben. Auf Seiten der Pflegepersonen können ein Arbeitswechsel, Berufsausstieg und Burn-out die Folgen sein. Auf Seiten der Betroffenen können mangelnde Kommunikation, verlängerte Behandlungs- und Sterbeprozesse, inadäquate pflegerische Unter-

stützung, Depersonalisierung des Betroffenen, Kontaktabnahme zu Betroffenen und Bezugspersonen, schlechte Lebensqualität usw. auftreten. (McAndrew et al. 2018)

Um die moralische Handlungskompetenz der Pflegepersonen heranzubilden und sie bei der Umsetzung im Pflegealltag zu unterstützen, sind *fachliche und ethische Bildung* nötig. Genauso wichtig ist aber die *Organisationsethik*, die verhindert, dass es zu *Moral Distress* unter den Pflegepersonen kommt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die gesellschaftliche Verantwortung, d. h. die Moral in einer Gesellschaft. Diese kann über die Gesetzgebung Einfluss auf die Pflegeethik haben. Ebenso kann die gesellschaftliche Moral den Umgang mit bestimmten Gruppen von Menschen wie z. B. alten Menschen bestimmen.

Hinsichtlich der *ethischen Bildung* stellt sich immer wieder die Frage, welche Art von Ethikunterweisung die sinnvollste ist. Im RIPE-Projekt wurde diese Frage erforscht und Gallagher et al. (2016) kamen zum Schluss, dass konventionelle Bildung (face to face), reflektorische ethische Bildung (reflective groups) und die Eigenerfahrung (z. B. immersive simulation im sTimulmodel2) zur Heranbildung von moralischer Handlungskompetenz sinnvoll erscheinen. (Gallagher et al. 2016; Gallagher 2016) Abschließend möchte ich auf ein Zitat von Liliane Juchli verweisen:

„Pflege beruht auf Achtung und Ehrfurcht gegenüber dem anderen Menschen. Sie orientiert sich an der Würde der Person. Diese Achtung wie auch der Respekt vor dem Anderen sind im konkreten Handeln ebenso zu erkennen wie in der Sprache, derer wir uns bedienen.“ (Von Fellenberg-Bitzi 2013, 130)

Literatur

- Arndt, Marianne: Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege, Stuttgart: Thieme ²2007.
- Beauchamp, Tom/Childress, James: Principles of Biomedical Ethic, Oxford: Oxford University Press ⁶2009.
- Benner, Patricia/Wrubel, Judith: Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht. Bern: Hans Huber 1997.
- Conradi, Elisabeth: Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, Frankfurt/Main: Campus 2001.
- Conradi, Elisabeth: Vom Besonderen zum Allgemeinen – Zuwendung in der Pflege als Ausgangspunkt einer Ethik, in: Wiesemann, Claudia/Erichsen, Norbert/Behrendt, Heidrun/Biller-Adorno, Nikola/Frewer, Andreas (Hg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis, Stuttgart: Kohlhammer 2003, 30–46.
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte: Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (2003), in: http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/3/9/CH2255/CMS1219127809211/europaeische_menschenrechtskonvention.pdf [27.9.2013].
- Fölsch, Doris: Ethik in der Pflegepraxis, Wien: Facultas 2008.
- Gallagher, Ann: What counts as ‘ethics education’? in: Nursing Ethics 23/2 (2016) Editorial.
- Gallagher, Ann/Peacock, Matthew/Zasada, Magdalena/Coucke, Trees/Janssens, Nele: Care-givers’ reflections on an ethics education immersive simulation care experience. A series of epiphanous events, in: Nursing Inquiry 24/3 (2016) e12174.
- Gastmans, Chris: Dignity-enhancing nursing care. A foundational ethical framework, in: Nursing Ethics 20/2 (2013) 142–149.
- Hiemtzberger, Martina/Messner, Irene/Dorfmeister, Michaela: Berufsethik und Berufskunde, Wien: Facultas ²2010.
- Hiemtzberger, Martina: Ethik in der Pflege, Wien: Facultas 2013.
- ICN-Ethikkodex für Pflegende 2014, in: https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/Arbeitshilfe/Modul_5/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK_.pdf [16.2.2017].
- Kant, Immanuel: Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Werkausgabe Band VII, Hg. von Wilhelm Weischedel, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1974.
- Kersting, Karin: „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt: Mabuse 2011.
- Lay, Reinhard: Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2004.
- Marschütz, Gerhard: Theologisch ethisch nachdenken. Band 1: Grundlagen, Würzburg: Echter 2014.

- McAndrew, Natalie Susan/Leske, Jane/Schroeter, Kathryn: Moral distress in critical care nursing. The state of the science, in: *Nursing Ethics* 23/5 (2018) 552–570.
- Rabe, Marianne: *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*, Bern: Huber 2009.
- Resolution 217 A (III) der Generalversammlung: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948) in: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger> [27.9.2013].
- Ruppert, Sabine: Menschenrechte in der Pflege. Die Achtung von Würde und Autonomie der PatientInnen, in: *Pflegenetz* 5 (2013) 12–14.
- SBK (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner): *Ethik in der Pflegepraxis*, Bern: SBK 1990, 2003, Nachdruck 2008.
- Tronto, Joan: *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*, New York: Routledge 1993.
- Valizadeh, Leila/Zamanzadeh, Vahid/ Dewar, Belinda/Rahmani, Azad/Ghafourifard, Mansour: Nurse's perceptions of organisational barriers to delivering compassionate care. A qualitative study, in: *Nursing Ethics* 23/5 (2018) 580–590.
- Van der Arend, Arie/Gastmans, Chris: *Ethik für Pflegende*, Bern: Huber 1996.
- Von Fellenberg-Bitzi, Trudi: *Liliane Juchli – ein Leben für die Pflege*, Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag 2013.

Ethik im fachhochschulischen Curriculum am Beispiel der FH JOANNEUM*

Werner Hauser

*Ich widme diesen Beitrag meinem lieben Bruder,
Herrn Primarius ao. Univ.-Prof. Dr. Hubert Hauser,
zu seinem 60. Geburtstag und möchte damit gleichzeitig
ein herzliches Danke für das vorbildliche Wirken des Jubilars sagen.*

1. Einleitung

Ohne einlässliche Darstellungen zu Begriff und Wesen der Ethik bieten zu können, sei doch – gewissermaßen zur Explikation des gegenständlichen Begriffsverständnisses – festgehalten, dass im Folgenden (auf Basis der gängigen philosophischen Zugänge) mit Ethik jener Teil der Philosophie angesprochen ist, in welchem moralische Fragestellungen im Hinblick auf die Berechtigung moralischer Werte und Normen (Rechte und Pflichten) untersucht werden.¹ Nicht übersehen werden soll dabei freilich, dass die Ethik in enger Verwandtschaft etwa auch zu meiner Disziplin, der Rechts-

* Der gegenständliche Beitrag stellt die schriftliche Fassung eines Vortrages dar, welcher im Rahmen eines von der Karl-Franzens-Universität Graz in Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz veranstalteten Symposiums zum Thema „Spannungsfeld Ethik“ am 13.9.2018 in Graz gehalten wurde; der Beitrag wurde am 3.11.2018 inhaltlich abgeschlossen; später eingetretene Änderungen konnten keine Berücksichtigung finden.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau *Gabriele Schwarze*, MSc, MAS, die mir in ihrer Eigenschaft als Vorsitzende des Departments *Gesundheitsstudien* und Leiterin des Instituts *Ergotherapie* an der FH JOANNEUM wichtige Hinweise zur Erstellung der gegenständlichen Arbeit geboten hat, aufrichtig bedanken. Frau *Ing. Margot Wieser*, die für den Aufbau und die Implementierung des Managementsystems an der FH JOANNEUM zuständig ist, hat mir mit zahlreichen wertvollen Informationen ebenso wie mit der Zurverfügungstellung aller Curricula der FH JOANNEUM sehr geholfen, wofür ich mich ganz besonders bedanke. Desgleichen bedanke ich mich sehr herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen, welche so freundlich waren, mir ihre Lehrveranstaltungssyllabi zur Verfügung zu stellen.

1 Vgl. Hoynigen-Huene, Zur Rationalität der Wissenschaftsethik, 11.

wissenschaft, steht, die sich ja letztendlich vor allem mit dem menschlichen Handeln und den daraus resultierenden Konsequenzen zu beschäftigen hat.^{2,3}

Vor diesem Hintergrund freue ich mich besonders, den folgenden Beitrag verfassen zu dürfen, der mich auch ein wenig an den Beginn meiner wissenschaftlichen Laufbahn erinnert und dabei ganz besonders an ein von Hans Lenk im Jahr 1991 im Verlag Reclam erschienenes Sammelwerk, das die Überschrift *Wissenschaft und Ethik* trägt und welches ich seinerzeit mit großem persönlichem Gewinn gelesen habe. Von den zahlreichen darin enthaltenen Ein- und Zugängen erlaube ich mir einige Sätze aus dem Beitrag von Kurt Bayertz, welche unter der Teilkapitelüberschrift *Die ethische Besonderheit der Biologie* zu finden sind, wiederzugeben:

„Lady Wilberforce, die Gattin des Bischofs von Worcester, soll im Jahre 1860, als ihr Charles Darwins unerhörte These hinterbracht wurde, nach der der Mensch von affenähnlichen Vorfahren abstammt, ausgerufen haben: ‚Vom Affen! Wie entsetzlich! Wir wollen hoffen, dass es nicht stimmt; aber wenn es so ist, dann wollen wir beten, dass es nicht allgemein bekannt wird.‘“⁴

Diese kleine Passage macht aus meiner Sicht sehr einprägsam deutlich, wie vielschichtig und überdies zeit- und gesellschaftsverwoben (mangelnde) ethische Zugänge sein können.

Dies gilt wohl auch für den vom österreichischen Verfassungsgerichtshof geprägten Stehsatz, dass es mit der Menschenwürde nicht vereinbar sein kann, wenn der einzelne Mensch zu einem „bloßen Objekt wissenschaftlicher Neugierde oder wissenschaftlicher Interessen herabgewürdigt“ werden würde;⁵ demgemäß muss letztendlich ein Eingriff in die verfassungsgesetzlich grundlegende Freiheit der Wissenschaft und ihrer Lehre in jenen Fällen als zulässig zu erachten sein, wenn dies zum Schutz von anderen Rechtsgütern erforderlich ist und sich als verhältnismäßig darstellt.

2 Auf eine andere „Funktionalisierung von Ethik“ verweist Neuhold, *Ethik und Ethikkommissionen*, 53, indem er festhält, dass Ethik „oftmals zur Vorstufe des Rechts und der Institutionalisierung von konkreter Rechtsmaterie oder auch zum Erfüllungsgehilfen“ des Rechts werden kann, und als Beispiel dafür die so genannten Ethikkommissionen anführt.

3 Neue Herausforderungen für die mit dem Thema Ethik verbundenen vielfältigen Bereiche stellen sich u. a. vor dem Hintergrund der Ausweitung des Einsatzes von IT-Anwendungen im gesamten Gesundheitsbereich; zur zunehmenden Relevanz dieses Themas siehe dazu etwa bei: Schulte/Hübner/Remmers, *GMS* 14/2 (2018) 1f.

4 *Wissenschaft als moralisches Problem*, 287.

5 Vgl. bei Hauser, *Wissenschaftsfreiheit*, 304.

In der folgenden Darstellung werden zunächst Hinweise zur Bedeutung von generellen Normen sowie von Richtlinien bzw. sonstigen Handlungsvorschlägen von einschlägigen Berufsverbänden thematisiert (Punkt 2), um daran anschließend allgemein relevante Hinweise zur Curriculumgestaltung im Fachhochschul-Bereich sowie an der FH JOANNEUM zu vermitteln (Punkt 3); schließlich werden konkrete Hinweise zu den an der FH JOANNEUM relevanten Curricula, die in aktueller Form auf der Homepage (www.fh-joanneum.at) der FH JOANNEUM zugänglich sind, und Lehrveranstaltungs-Syllabi geboten. Abgerundet wird die Darstellung durch einen resümierenden Ausblick (Punkt 5).

2. Hinweise zur Relevanz von einschlägigen gesetzlichen Grundlagen sowie berufsständischen Richtlinien

Es liegt auf der Hand, dass das konkret im Berufsalltag an den Tag gelegte (ethisch-moralische) Verhalten durch einschlägige (berufsständische) Gesetze bzw. Richtlinien umfassend (mit-)geprägt ist.

Erste diesbezügliche (verschriftlichte) Zugänge finden sich bereits in dem etwa 2.000 vor Christus datierten Codex Hammurabi („Prinzip der Spiegelstrafe“).⁶ In der Gegenwart existieren freilich zahlreiche einschlägige gesetzlich verankerte Berufspflichten für die im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen.⁷

Desgleichen kommt den einschlägigen Richtlinien oder damit vergleichbaren (informellen) „Spielregeln“ für die Gestaltung des beruflichen Alltages insbesondere im Bereich von Gesundheit und Pflege erhebliche Bedeutung zu. Auch diesbezüglich lassen sich weit zurückreichende historische Wurzeln, wie etwa jene des „Eides des Hippokrates“ (ca. 460 bis 370 vor Christus) als frühe grundgelegte Zugänge von medizinischer Ethik festmachen. Für die Gegenwart relevant, gilt es etwa auf die Genfer Deklaration der Generalversammlung des Weltärztebundes von 1948 zu verweisen.⁸

Für das gegenständliche Thema sei insbesondere auf den so genannten ICN-Ethikkodex für Pflegende verwiesen, welcher erstmals 1953 vom International Council of Nurses (ICN) verabschiedet wurde. Darin ist bereits

6 Vgl. Hauser/Kröll/Stock, Grundzüge des Gesundheitsrechts, 15.

7 Zu den einschlägigen Berufspflichten gemäß Ärztegesetz sowie etwa für den Bereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege siehe im Überblick bei Hauser/Kröll/Stock, Gesundheitsrecht, 83f. bzw. 112f.

8 Siehe dazu etwa Siefert, Genfer Gelöbnis, 475f.

in der Präambel u. a. festgehalten, dass die Achtung der Menschenwürde (inklusive kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und der Entscheidungsfreiheit sowie auf Würde und respektvolle Behandlung ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status) untrennbar mit der Pflege verbunden sein soll. Weiters sind im genannten ICN-Ethikkodex u. a. vier Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweise bestimmen sollen, dargestellt; dabei fällt auf, dass diese Grundelemente über weite Strecken mit den gesetzlich grundgelegten Berufspflichten korrelieren (z. B. Betonung der persönlichen Verantwortlichkeit, Dialogfähigkeit, Kooperationsbereitschaft).

In vielen Fällen haben einzelne (nationale) Berufsverbände eine weitere Konkretisierungsebene für ihr ethisches Handeln im jeweiligen Berufsumfeld erstellt.⁹ Als exemplarisch sei diesbezüglich etwa auf das ethische Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs¹⁰ hingewiesen. In diesem Dokument finden sich Hinweise zum Projekt „Berufsethik“, welches dieser Verband durchgeführt hat; in weiterer Folge werden Definitionen zu den Begriffen Ethik sowie Ergotherapie geboten. Als besonders hervorzuheben gilt es, dass – unter Anknüpfung von internationalen Standards und nationalen gesetzlichen Grundlagen – einschlägige Standards ergotherapeutischer Praxis definiert und gewissermaßen darauf aufbauend konkrete (Muster-)Beispiele für ethische Problemlösungen dargestellt werden.¹¹

9 Auch in der Broschüre des Bundesministeriums für Frauen und Gesundheit zum Thema „Gesundheitsberufe in Österreich“ aus dem Jahr 2017 wird etwa beim Kompetenzprofil für diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen darauf verwiesen, dass „grundlegende Kenntnisse der normativen Ethik und der Ethik in den Gesundheitsberufen“ für die Berufspraxis erforderlich sind und dass „ethische Konflikte im beruflichen Handlungsfeld“ zu erkennen sind (86).

10 Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs (Hg.), Ethisches Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs, passim.

11 Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs (Hg.), Ethisches Leitbild, 24f.

3. Curriculumgestaltung im Fachhochschul-Bereich

3.1 Allgemeine Hinweise

Das Fachhochschul-Studiengesetz (FHStG) sieht vor, dass neue Fachhochschul-Studiengänge durch die dafür zuständige Behörde AQ Austria zu akkreditieren sind; im Vorfeld der einschlägigen Akkreditierung, welche (gemäß den Bestimmungen des Hochschul-Qualitätssicherungsgesetzes) als Expertenverfahren durchzuführen ist, hat ein von der jeweiligen Fachhochschule eingerichtetes so genanntes Entwicklungsteam das jeweilige Curriculum des intendierten Fachhochschul-Studienganges zu gestalten. Dieses Entwicklungsteam muss von Gesetzes wegen mindestens vier Personen umfassen, von denen zwei wissenschaftlich durch Habilitation oder durch eine dieser gleichwertigen Qualifikation ausgewiesen zu sein haben und zwei weitere Mitglieder über den Nachweis einer Tätigkeit in einem für den beantragten Fachhochschul-Studiengang relevanten Berufsfeld verfügen müssen. Das grundsätzliche („Beantragungs-“)Recht zur Einrichtung bzw. Auflassung von Fachhochschul-Studiengängen bzw. zur Änderung von bereits akkreditierten Fachhochschul-Studiengängen kommt dem beim jeweiligen Erhalter einer Fachhochschule verpflichtend einzurichtenden so genannten Fachhochschul-Kollegium zu; diesbezüglich muss jedoch im Vorfeld das Einvernehmen mit dem Erhalter der jeweiligen Fachhochschule hergestellt werden.

Die Akkreditierung von Fachhochschul-Studiengängen durch die AQ Austria selbst hat in Bescheidform zu erfolgen; der jeweilige Genehmigungsbescheid kann jedoch erst dann Gültigkeit entfalten, wenn dieser von der bzw. dem dafür zuständigen Bundesminister/in genehmigt wird, wobei die Genehmigung zu versagen ist, falls ein Widerspruch zu nationalen bildungspolitischen Interessen gegeben sein sollte.¹²

Bei der inhaltlichen Gestaltung des Curriculums haben insbesondere in Gesundheits-Studiengängen einschlägige Berufsgesetze eine inhaltlich determinierende Bedeutung¹³, welche bei der konkreten Ausgestaltung des jeweiligen fachhochschulischen Curriculums zu beachten sind.

12 Siehe dazu ausführlich bei: Hauser, Kommentar zum Fachhochschul-Studiengesetz, Anm. 1f zu § 8 FHStG.

13 So sind etwa im Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) oder etwa auch im Hebammengesetz sowie u. a. im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) einschlägige Vorgaben grundgelegt.

3.2 *Einschlägige Studiengänge an der FH JOANNEUM*

In konkreter Umsetzung der unter Punkt 3.1. skizzierten gesetzlichen Grundlagen bedeuten diese für die FH JOANNEUM, dass zunächst im Rahmen eines beim Fachhochschul-Kollegium eingerichteten so genannten Innovationsausschusses die Vorentscheidung über die allfällige Einrichtung eines neuen Fachhochschul-Studienganges fällt und gegebenenfalls in der Folge ein entsprechendes Entwicklungsteam eingesetzt wird, welches das konkrete Curriculum auszuarbeiten hat. Sobald dies geschehen ist, hat das Fachhochschul-Kollegium den entsprechenden Antrag auf Akkreditierung des neuen Fachhochschul-Studienganges zu beschließen, wobei zur Außenwirksamkeit dieses Beschlusses die Zustimmung des Erhalters der Fachhochschule vorliegen muss. Nach Erfüllung dieser Voraussetzungen ist der Akkreditierungsantrag an die AQ Austria zu richten, welche – wie bereits eingangs dargestellt – über die Akkreditierung zu befinden hat.

Die FH JOANNEUM ist in insgesamt sechs so genannte Departments gegliedert; im Department *Gesundheitsstudien*¹⁴ werden aktuell folgende Bachelor-Studiengänge angeboten (Stand: Sommersemester 2018):

- Biomedizinische Analytik;
- Diätologie;
- Ergotherapie;
- Gesundheits- und Krankenpflege;
- Hebammen;
- Logopädie;
- Psychotherapie;
- Radiologietechnologie.

Im genannten Department werden auch der Master-Studiengang *Massenspektrometrie und Molekulare Analytik* sowie der so genannte Lehrgang zur Weiterbildung *Angewandte Ernährungsmedizin* betrieben.

Überdies werden im Department *Management* der Bachelor-Studiengang *Gesundheitsmanagement im Tourismus*, die Master-Studiengänge *Gesundheits-, Tourismus- und Freizeitmanagement* sowie *Gesundheitsmanagement*

14 Die anderen Departments lauten (in alphabetischer Reihenfolge) wie folgt: Angewandte Informatik; Bauen, Energie und Gesellschaft; Engineering; Management; Medien und Design.

und *Public Health* und der Lehrgang zur Weiterbildung¹⁵ *Health Care and Hospital Management* angeboten; die genannten Studiengänge haben entsprechende Berührungspunkte zu gesundheitsrelevanten Themenstellungen. Dies gilt auch für den Fachhochschul-Bachelorstudiengang *Gesundheitsinformatik/eHealth* sowie den Master-Studiengang *eHealth*, welche dem Department *Angewandte Informatik* zugeordnet sind.

4. Zu den einschlägigen Inhalten der Curricula sowie der Syllabi der „Gesundheitsstudien“ an der FH JOANNEUM

4.1 Vorbemerkung

Im Folgenden wird – insbesondere aus Gründen der gebotenen Kürze und Stringenz – das Augenmerk auf die Darstellung der im Department *Gesundheitsstudien* an der FH JOANNEUM angebotenen Bachelor- und Masterstudiengänge gelegt;¹⁶ auf den in diesem Department angesiedelten Lehrgang zur Weiterbildung wird hingegen nicht näher eingegangen, da dieser (im Unterschied zu den anderen in die Darstellung einzubeziehenden Studiengängen) nicht als Regelstudium anzusehen ist.

4.2 Zur Verankerung des Themas Ethik in den Curricula der „Gesundheitsstudien“

Zunächst kann betreffend die Verankerung des Themenkomplexes Ethik in die Curricula der einzelnen im Department *Gesundheitsstudien* an der FH JOANNEUM betriebenen Fachhochschul-Bachelor- und Masterstudien festgehalten werden, dass jedes der in Kraft stehenden Curricula das Thema Ethik entweder als eigenständige Lehrveranstaltung oder als Lehrveranstaltung mit verwandten Themenstellungen vorsieht. Im Einzelnen sind folgende einschlägige Lehrveranstaltungen in den einzelnen Curricula verankert (Stand: Wintersemester 2018/19):

15 Dabei handelt es sich gemäß § 4 Abs 3 FHStG um ein außerordentliches Studium.

16 Angemerkt sei diesbezüglich noch, dass auch bei der überwiegenden Anzahl der anderen an der FH JOANNEUM eingerichteten Fachhochschul-Studiengänge, welche umfassendere Berührungspunkte zu gesundheitsrelevanten Themenstellungen aufweisen, der Bereich Ethik in die Curricula eingeflossen ist (dies gilt etwa für die Studien *Gesundheitsinformatik/eHealth* und *Gesundheits-, Tourismus- und Freizeitmanagement*).

- FH-Bachelor-Studium *Biomedizinische Analytik*: „Medizin- und Wissenschaftsethik“ (Seminar im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1 ECTS);
Verankerung im 5. Semester.
- FH-Bachelor-Studium *Diätologie*: „Ethik“
(Seminar im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1 ECTS);
Verankerung im 2. Semester.
- FH-Bachelor-Studium *Ergotherapie*: „Berufskunde und Ethik“
(Vorlesung im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1 ECTS);
Verankerung im 1. Semester.
- FH-Bachelor-Studium *Gesundheits- und Krankenpflege*: „Ethik in der Gesundheitsversorgung“
(Vorlesung im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1 ECTS);
Verankerung im 2. Semester.
- FH-Bachelor-Studium *Hebammen*: „Ethik und Berufskunde“
(integrierte Lehrveranstaltung im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1 ECTS); Verankerung im 3. Semester.
- FH-Bachelor-Studium *Logopädie*: „Ethik“
(Seminar im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1 ECTS);
Verankerung im 6. Semester.
- FH-Bachelor-Studium *Physiotherapie*: „Berufskunde und Ethik“
(integrierte Lehrveranstaltung im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1 ECTS); Verankerung im 6. Semester.
- FH-Bachelor-Studium *Radiotechnologie*: „Ethische Grundlagen in den Gesundheitswissenschaften“
(integrierte Lehrveranstaltung im Umfang einer Semesterwochenstunde = 1,5 ECTS); Verankerung im 5. Semester.
- FH-Master-Studium *Massenspektrometrie und molekulare Analytik*: „Ethik in der Biomedizin“
(Vorlesung im Ausmaß einer halben Semesterwochenstunde = 1 ECTS); Verankerung im 3. Semester.

In den einzelnen Curricula (siehe dazu die Homepage der FH JOANNEUM unter www.fh-joanneum.at) finden sich – in Entsprechung zu der gesetzlich verankerten Lehr- und Methodenfreiheit im Fachhochschul-Bereich – lediglich (knappe) allgemein-abstrakte Hinweise bzw. Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung der jeweiligen Lehrveranstaltungen; so ist etwa für den Bereich des FH-Bachelorstudiums *Biomedizinische Analytik* im einschlägigen Curriculum verankert, dass in der Lehrveranstaltung „Medizin- und Wissenschaftsethik“ insbesondere das „Thema der Ethik in der Biomedizin in den Bereichen der Gentechnologie, der molekularen Dia-

agnostik, der Gentherapie, der Planung experimenteller und klinischer Studien, sowie im Bereich Stammzellen und personalisierte Medizin“ zu vermitteln sind.

Die nähere Konkretisierung bzw. die darauf basierende Durchführung der konkreten Lehraktivität in den einzelnen Lehrveranstaltungen obliegt naturgemäß den jeweiligen Lehrveranstaltungs-Leiter/-innen; die einzelnen Lehrveranstaltungsinhalte werden in überblicksmäßiger Art und Weise in den jeweiligen Lehrveranstaltungs-Syllabi grundgelegt und den Studierenden jeweils (spätestens) zu Beginn der Lehrveranstaltungen kommuniziert.

4.3 Maßgebliche Inhalte der einschlägigen Syllabi der Ethik-Lehrveranstaltungen im Bereich der „Gesundheitsstudien“

Sowohl aus Gründen der gebotenen Kürze als auch aus jenen der besseren Übersichtlichkeit sollen im Folgenden lediglich die zentralen Inhalte der Syllabi zu den Ethik-Lehrveranstaltungen im Department *Gesundheitsstudien* an der FH JOANNEUM geboten werden; dabei folgen zunächst Hinweise zu den (über weite Strecken deckungsgleichen) Inhalten in den einzelnen Syllabi, um daran anschließende ergänzende bzw. lediglich in Einzelfällen vorfindbare Syllabi-Inhalte darzustellen.

Regelmäßig finden sich in den einschlägigen Syllabi zu den Ethik-Lehrveranstaltungen folgende Inhalte:

- Einführung,
- Begriffsdefinitionen,
- maßgebliche gesetzliche Grundlagen,
- berufsgruppenspezifische Zugänge,
- konkrete berufsethische Themenstellungen,
- Praxisbeispiele.
- In Abhängigkeit zur jeweiligen Lehrveranstaltungsform sind entweder Fallbesprechungen in Vortragsform (bei Vorlesungen) bzw. Fallbearbeitungen in Form von studentischer Mitarbeit (bei Seminaren bzw. integrierten Lehrveranstaltungen) vorgesehen.

Darüberhinausgehend finden sich u.a. *fallweise* in einzelnen Syllabi folgende Themen:

- Patientenverfügungsgesetz,
- palliativmedizinische Aspekte,
- sozio-ökonomische Aspekte.

5. Resümierender Ausblick

Zunächst kann als durchaus erfreulich festgehalten werden, dass im Zuge der Gestaltung der einzelnen Curricula der Gesundheitsstudien an der FH JOANNEUM die Bedeutung des Themas Ethik erkannt worden ist und in allen einschlägigen Curricula entsprechende Berücksichtigung gefunden hat.

Weiters ist auffällig, dass für das Themengebiet Ethik jeweils generell eine Semesterwochenstunde (regelmäßig 1 ECTS) in den Curricula zur Verfügung gestellt wird. Überdies gilt hervorzuheben, dass sowohl in den Bachelor-Studiengängen als auch im (einzigen) Master-Studiengang des Departments *Gesundheitsstudien* der Themenkomplex Ethik in Lehrveranstaltungsform verankert ist.

Überdies ist feststellbar, dass die einzelnen Lehrveranstaltungsinhalte in aller Regel entsprechende Rückbindungen zu einschlägigen gesetzlichen bzw. berufsständischen (Rechts-)Grundlagen bieten und gleichzeitig für einen hinreichenden Praxisbezug (insbesondere im Rahmen der Präsentation bzw. Diskussion von einschlägigen Fallstudien) gesorgt wird. Dies ist umso bedeutsamer, als damit den sich ständig wandelnden Anforderungen im Schnittstellenbereich zwischen Theorie und Praxis in der fachhochschulischen Lehre umfassend Rechnung getragen werden kann.

Aus der vergleichenden Analyse ist auch evident geworden, dass die Form der Lehrveranstaltungen (Seminar, Vorlesung etc.) sowie die semesterweise Zuordnung der jeweiligen Ethik-Lehrveranstaltungen in den Curricula als denkbar heteronom einzustufen ist.¹⁷ Diesbezüglich würde ich meinen, dass sich eine möglichst frühe Einbindung des Themenbereiches Ethik in das Curriculum als vorteilhaft erweisen würde. Wenn etwa eine Ethik-Lehrveranstaltung bereits im zweiten Semester – nach Vermittlung der allerwichtigsten grundlegenden Aspekte des jeweiligen Studiums – an-

17 Was etwa die Lage der einzelnen Lehrveranstaltungen betrifft, so sind diese in den einschlägigen (sechssemestrigen) Bachelor-Studien – mit Ausnahme des 4. Semesters – in allen anderen Semestern vertreten.

geboten werden würde, könnten in der Folge Querverbindungen mit ethischer Relevanz zu anderen Fächern und insbesondere zu dem im Fachhochschul-Studium zu integrierenden Berufspraktikum bereits sehr frühzeitig hergestellt werden.

Auch wird es sinnvoll sein – insbesondere in Kleingruppenarbeit –, in Form von Seminaren unter reger Einbindung der Studierenden ein komplexes Thema wie jenes der Ethik vermittelnd zu erarbeiten, um dadurch gleichzeitig einen nachhaltigen Beitrag zur Schaffung einer (nach Beendigung des Studiums aufrechtzuerhaltenden) Reflexionskultur zu bieten.

Schließlich darf noch angeregt werden, in die einzelnen Ethik-Lehrveranstaltungen auch Praktiker/-innen „von außen“ (z.B. für Kurzvorträge) einzubinden, mit denen die Studierenden in einen (kritischen) Diskurs treten können.¹⁸

18 Ich selbst habe diesbezüglich im Rahmen von Lehrveranstaltungen zum Gesundheitsrecht sehr positive Erfahrungen gemacht, indem ich *Volksanwalt Dr. Günther Kräuter* zu Kurz-Vorträgen zum Thema „Menschenrechtsschutz in Gesundheit und Pflege“ eingeladen habe; sowohl die Vorträge als auch die daran anschließenden Diskussionen waren immer sehr anregend und haben wesentlich dazu beigetragen, den Horizont der Studierenden zu erweitern.

Literatur

- Bayertz, Kurt: Wissenschaft als moralisches Problem, in: Lenk, Hans (Hg.): Wissenschaft und Ethik, Stuttgart: Reclam 1991.
- Bundesministeriums für Frauen und Gesundheit (Hg.): Gesundheitsberufe in Österreich, Wien: Eigendruck 2017.
- Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs (Hg.): Ethisches Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs. Alltag Leben – selbstbestimmt und eigenständig, Wien: Facultas ²2013.
- Hauser, Werner: Kommentar zum Fachhochschul-Studiengesetz, Wien: Verlag Österreich ⁷2014.
- Hauser, Werner: Wissenschaftsfreiheit, in: Heißl, Gregor (Hg.): Handbuch Grundrechte, Wien: Facultas 2009.
- Hauser, Werner/Kröll, Wolfgang/Stock, Wolfgang: Grundzüge des Gesundheitsrechts, Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag ³2017.
- Hoyningen-Huene, Paul: Zur Rationalität der Wissenschaftsethik, in: Österreichische Forschungsgemeinschaft (Hg.): Ethos und Integrität der Wissenschaft, Wien usw.: Böhlau 2009 (= Wissenschaft – Bildung – Politik 12).
- Lenk, Hans (Hg.): Wissenschaft und Ethik, Stuttgart: Reclam 1991.
- Neuhold, Leopold: Ethik und Ethikkommissionen/Ethikkomitees mit Blick auf Wissenschaft und Forschung – Ein einfaches und doch komplexes Thema, in: Neuhold, Leopold/Pelzl, Bernhard (Hg.): Ethik in Forschung und Technik. Annäherungen, Wien usw.: Böhlau 2011.
- Schulte, Georg/Hübner, Ursula/Remmers, Hartmut: Ethische Anforderungen an elektronische transsektorale Kommunikation im Gesundheitswesen. Formulierung zentraler Fragestellungen auf Basis eines Literaturreviews, in: GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 14/2 (2018).
- Siefert, Helmut: Genfer Gelöbnis, in: Gerabek, Werner E./Haage Bernhard D. u. a. (Hg.): Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin/New York: De Gruyter 2005.

Gewalt in der Pflege

Monique Weissenberger-Leduc

*Die Gewalt fängt nicht an,
wenn Kranke getötet werden.
Sie fängt an, wenn einer sagt:
„Du bist krank: Du musst tun, was ich sage!“*
Aus: *Die Gewalt* von Erich Fried (in: Um Klarheit, 1985)

Grundbedürfnisse wie Wohlergehen, Freiheit, Selbstbestimmung und Identität sind absolut notwendige Bedingungen für das Leben. Decken wir diese nicht ab bzw. verhindern wir deren Befriedigung, üben wir Gewalt aus und sprechen den Anderen menschliche Würde ab. *„Die Verhinderung der Befriedigung der Grundbedürfnisse ist Gewalt.“* (Galtung 2007, 15)

„Alle Konflikte sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren [...] ‚Konfliktprävention‘ hat keine Bedeutung, aber ‚Gewaltprävention‘ hat eine wichtige Bedeutung und bringt allen Seiten Vorteile.“ (Galtung 2007, 9)

Auf der Grundlage von diesen Aussagen soll dieses Kapitel einen Beitrag zur Gewaltprävention in der Gestaltung des Alltags mit geriatrischen Patienten leisten. Jede im Sozialwesen beschäftigte Person ist aufgerufen, durch Fachwissen, Kompetenz, Fantasie und Kreativität Widersprüche zu überbrücken, die zu Sowohl-als-auch-Lösungen führen. Im Rahmen unserer Gedanken zur Gewaltverhinderung – sowohl an alten und hochaltrigen Menschen als auch an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Institution – versuchen wir einen Weg aufzuzeigen, der allen Beteiligten zugutekommt.

1. Was ist Gewalt?

1992 hat Heinrich Popitz in seinem Werk *Phänomene der Macht* das immerwährende Phänomen der Gewalt sehr prägnant beschrieben:

„Der Mensch muss nie, kann aber immer gewaltsam handeln, er muss nie, kann aber immer töten – einzeln oder kollektiv – gemeinsam oder arbeitsteilig – in allen Situationen, kämpfend oder Feste feierend – in verschiedenen Gemütszuständen, im Zorn, ohne Zorn, mit Lust, ohne Lust, schreiend oder schweigend (in Todesstille) – für alle denkbaren Zwecke – jedermann.“ (Popitz 1992, 50)

Johan Galtung, einer der Gründungsväter der Friedensforschung, weist schon 1975 darauf hin, dass es angesichts des Facettenreichtums von Gewalt nicht notwendig ist, die *eine* Definition des Begriffs zu finden. Vielmehr kommt es darauf an, theoretisch signifikante Dimensionen von Gewalt aufzuzeigen. In diesen Kontext muss der Gewaltbegriff einerseits weit genug definiert sein, um die breite Palette an Gewalt an alten und hochaltrigen Menschen zu erfassen. Andererseits muss die Definition spezifisch genug sein, um gewalttätige Handlungen und Unterlassungen klar zu verorten und gewaltverhindernde Maßnahmen beschreiben zu können.

2. Formen der Gewalt an alten und hochaltrigen Menschen

Der Begriff Gewalt (Elder Abuse; Elder Maltreatment, Neglect) ist *kein* klarer, eindeutig definierter Begriff. Er wird je nach Fachdisziplin unterschiedlich ausgelegt.

In der Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse der Weltgesundheitsorganisation ist

„Gewalt an alten Menschen [...] eine *einzelne* oder *wiederholte* Handlung, oder *das Fehlen* einer angemessenen Handlung, die im Rahmen einer Beziehung geschieht, in der Vertrauen erwartet wird und die einer älteren Person Schaden oder Leid zufügt“, und „Gewalt an alten Menschen ist eine *Menschenrechtsverletzung* und eine signifikante Ursache von Verletzungen, Krankheit und Verzweiflung.“ (WHO 2002, Übersetzung Thomas Frühwald)

Mit dieser Definition wird der Aspekt der Enttäuschung einer Erwartungshaltung betont. Vertrauen in das Gegenüber – sie/er wird sich um mich

kümmern, mich versorgen – macht das Gewalterlebnis nochmals schwerwiegender. Gleichzeitig bedeutet diese Einengung, dass Gewalt im öffentlichen Raum, zum Beispiel Raubüberfälle auf der Straße, ausgeschlossen wird. Hier wird also implizit schon auf die Pflegebedürftigkeit und die Betreuungspersonen Bezug genommen.

Das Phänomen der Gewalt an alten und hochaltrigen Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung (Demenz) ist nicht ortsgebunden und kann von professionellen Pflegepersonen wie von Angehörigen, aber auch von anderen alten Menschen ausgeübt werden. Gewalt erfährt man direkt durch eine bestimmte Person oder indirekt durch organisatorische Rahmenbedingungen einer Institution bzw. durch eine Gesellschaft, ihr Altersbild und ihre Regelungen für den Umgang mit alten Menschen; und schließlich umfasst Gewalt das äußerst weite Spektrum von Schlägen und Beschimpfungen über finanzielle Ausbeutung bis hin zur Überdosierung von Medikamenten, um nur einige wenige Beispiele zu nennen (Weissenberger-Leduc/Weiberg 2011). Gewaltanwendungen sind meist multidimensional.

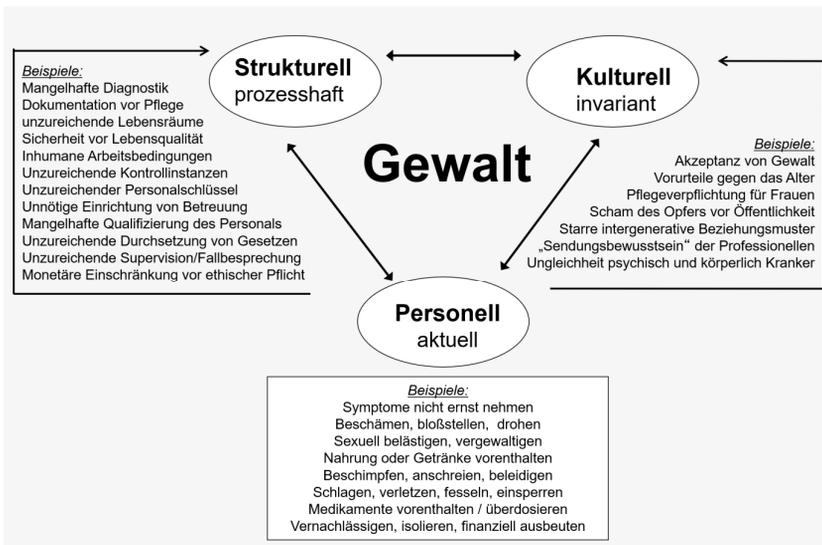


Abb. 1: Gewaltdreieck (Galtung 1993/Hirsch 2007)

2.1 Personelle, direkte Gewalt

In Bezug auf die personelle, direkte Form der Gewalt gibt es verschiedene Versuche der weiteren Untergliederung. Eine sehr umfassende, aber auch praktikable Untergliederung wurde schon 1987 von Margret Dieck vorgenommen. Sie unterscheidet zunächst zwischen „Misshandlung“ (Abuse) und „Vernachlässigung“ (Neglect) (Dieck 1987, 311). Misshandlungen wiederum werden untergliedert in körperliche und psychische Misshandlung, finanzielle Ausbeutung sowie Einschränkung des freien Willens.

Vernachlässigungen zeigen sich als passive wie auch als aktive Vernachlässigungen (Dieck 1987, 311). Hier findet die Gewalt im sozialen Nahbereich von Familienkonstellationen statt. Sehr oft gibt es über Jahre Täter-Opfer-Beziehungen im Rahmen eines einzigartigen Familiensystems. Besonders im Rahmen der personellen, direkten Gewalt sollte man sehr vorsichtig mit den Begriffen „Opfer“ und „Täter“ umgehen. Viele Opfer waren vorher Täter und vice versa.

Personelle, direkte Gewaltpotenziale finden sich auch in Organisationen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Langzeitpflegeeinrichtungen, Tagesstätten und mobile Dienste). Laut Hirsch (2015) sind direkte personelle Gewalthandlungen oft Ausdruck von Hilflosigkeit, Scham, Ohnmacht, Überforderung, mangelhafter Unterstützung und Unkenntnis von Alternativen.

2.2 Strukturelle, prozesshafte Gewalt

Mit der strukturellen Gewalt kommen wir nun aber zu einer Form von Gewalt, die eine „Gewalt ohne einen Akteur“ (Galtung 1975, 12) ist. Hier wird keine direkte Gewalt ausgeübt, sondern es handelt sich um eine strukturimmanente Gewalt. Unter struktureller Gewalt kann man sowohl jene durch politische Strukturen hervorgerufene Gewalt verstehen als auch jene, die durch Strukturen einer Institution entsteht. Beispiele für strukturelle Gewalt an alten und hochaltrigen Menschen:

- unzureichende, den Bedürfnissen der geriatrischen Menschen nicht entsprechende Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- erzwungenes Leben in institutionellen Rahmenbedingungen wegen nicht ausreichend vorhandener alternativer Betreuungsformen; Mangel an Privatsphäre und starre Tagesstruktur in Institutionen,
- zu kurze Aufenthaltsdauer in „nicht-geriatrisierten“ Krankenhaus-Strukturen, die zu einem Drehtüreffekt führen; nicht vorhandenes ger-

- iatrisches Assessment bei der Aufnahme oder nicht vorhandenes Entlassungs- bzw. Case-Management,
- Qualifikationsmangel – mangelnde Aus- und Weiterbildung – des Personals. In Österreich gibt es keine Facharztausbildung für Geriatrie. Es gibt nur eine Spezialisierung (ÖAK-Diplom), und die generalistische Ausbildung für den gehobenen Dienst in der Pflege (Diplom + Master in 4 Jahren) lässt keinen Platz für profundes geriatrisches Wissen.
 - (versteckte) Rationierung, schlechte Personalressourcen; die Ökonomie überlagert und bestimmt Medizin und Pflege,
 - mangelhafte Qualitätsstandards, unzureichende Kontrolle von Institutionen und 24-Stunden-Pflege,
 - unangepasste Therapie, Pflege und Rehabilitation bzw. nicht ausreichende Rehabilitationskapazitäten für geriatrische Patienten,
 - be- und verhinderndes Milieu: z. B. Delir, Frailty (Gebrechlichkeit), Inkontinenz, Sturz, Mangelernährung, Depression fördernd ...

In diesem Zusammenhang spricht Hörl von struktureller Gewalt, *„wenn Menschen in eine Lage geraten, in der ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potenzielle Verwirklichungschance“* (Hörl 2014, 14). Hier gibt es keine gewaltvollen und gewaltfreien Phasen. Es handelt sich um eine permanente, statische Gewalt innerhalb einer sozialen Beziehung, die ausgesprochen nachhaltige negative Folgen auf die Lebensqualität, das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden des alten Menschen bewirken.

Neben dem (Nicht-)Vorhandensein eines konkreten Akteurs besteht ein weiterer Unterschied zwischen personeller und struktureller Gewalt in der Dynamik:

„Personale Gewalt steht für Veränderung und Dynamik – sie ist nicht nur eine sanfte Bewegung der Wellen, sondern bewegt selbst die sonst stillen Wasser. Strukturelle Gewalt ist geräuschlos, sie zeigt sich nicht – sie ist im Grunde statisch, sie ist das stille Wasser.“ (Galtung 1975, 16)

Nimmt man diese beiden Aspekte zusammen – das Fehlen konkreter Akteure und die statische Kontinuität –, dann wird deutlich, dass im Fall der strukturellen Gewalt eine große Gefahr darin besteht, dass man sein eigenes Handeln durch sie rechtfertigt: *„Die Bedingungen sind halt so“*, *„Ich habe nicht die Zeit, mich mehr um die Bewohner zu kümmern“* oder *„Die Leitung will es so, was soll ich machen?“* sind Beispiele für geläufige Erklärungsmuster – Erklärungsmuster für Handlungen oder Unterlassungen, die gewalttätig wahrgenommen werden oder aber eben über die Rahmenbedingungen zu rechtfertigen ver-

sucht werden. Man bekommt den Eindruck, dass Menschen, die im Rahmen solcher „repressiver Strukturen“ (Galtung 1975, 23) arbeiten, oftmals Abwehrstrategien entwickeln, wie etwa folgendes Beispiel zeigt:

„Weil der Ausdruck ‚freiheitsbeschränkend‘ oft durch den Ausdruck ‚schützende Maßnahme‘ ersetzt wird, besteht die Gefahr, dass die wirkliche Anwendung von solchen Maßnahmen in der Pflegepraxis unterschätzt wird.“ (Hantikainen 2008, 3)

Einen besonderen Aspekt der strukturellen Gewalt im Gewalt-Dreieck von Galtung und Hirsch (siehe Abb. 1) möchte ich hier nur andeuten: „monetäre Einschränkung vor ethischer Pflicht“. Medizin/Pflege und Ökonomie oder Menschlichkeit und Effizienz sind keine Gegensätze. Es sind zwei unterschiedliche Logiken, die gemeinsam auf der Grundlage eines Dialogs in die Entscheidungen einfließen müssen. Der Begriff „Gesundheitswesen“ kann nicht durch den Begriff „Gesundheitsindustrie“ ersetzt werden. Es ist ein Widerspruch in sich, da das Gesundheitswesen ein Teil des Sozialsystems und die Gesundheitsindustrie ein Aspekt des Wirtschaftssystems ist.

Die Prioritäten des Sozialsystems wurden 2016 vom damaligen Sozialministerium ganz klar definiert:

„Das zentrale Interesse eines Sozial- oder Wohlfahrtsstaates ist es, gesicherte Lebensbedingungen für alle Bürgerinnen/Bürger zu schaffen. Je nach Lebensphase oder Lebenssituation unterstützt der Sozialstaat Anspruchsberechtigte durch gezielte Leistungen, *um ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.*“ (Sozialministerium; Sozialstaat Österreich 2016, 14)

Die Prioritäten einer Gesundheitsindustrie basieren dagegen auf einem Produktionskonzept, das so viel Rendite wie möglich für die Investoren verspricht. Die Logik der Ökonomie *muss* im Dienst der Medizin und Pflege bleiben, nur so

- bleibt der Mensch als Patient/Subjekt im Zentrum einer individuellen Fürsorge.
- kann die Pflege ihre genuinen Aufgaben, die immer eingebettet in einer Patient-Umwelt-Beziehung sind und auf Kommunikation basieren, überhaupt wahrnehmen.

Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, im Rahmen des Krankseins nicht nur einen Informed Consent zu erzielen (gemeinsame Erarbeitung der notwendigen Pflegemaßnahmen und -ziele), sondern vielmehr darauf zu achten, wo der Patient seine *Selbstbestimmungsrechte im Alltag leben* kann.

Die größte Gefahr ist, dass die Ökonomie die Medizin und die Pflege überlagert und bestimmt. Dadurch wird die Pflege/Medizin sukzessiv in ihrer sozialen Praxis ausgehöhlt. In Anlehnung an Pierre Bourdieu wird Ökonomisierung als das Eindringen einer kapitalistischen Wirtschaftslogik in Teilsysteme – hier die Pflege – verstanden, die bis dahin eine eigene Logik hatten. Diese Ökonomisierung führt dazu, dass der Bedarf des Patienten nicht mehr allein reflektiert wird. Der Blick auf den Patienten als Mensch geht verloren und der Patient läuft Gefahr, funktionalisiert, ja in gewisser Weise verwertet zu werden. Dadurch verliert er seine Würde. Alles wird kontrolliert, muss evidenzbasiert sein, gemessen und belegt werden. *Aber das ethisch qualifizierte Handeln* der Pflegeperson besteht nicht allein in der Anwendung von Regeln, nicht nur im Messbaren, sondern vor allem in „der *Qualität* des Zuhörens, des In-Beziehung-Tretens, des Sich-Einlassen-Könnens, der Qualität der Begegnung mit dem kranken Menschen als Menschen“ (Maio 2016, 80). Folgende Aussage von Maio gilt genauso für das Pflegepersonal, das Gewaltprävention im Alltag leben möchte:

„Ärzte brauchen ganz offensichtlich immer mehr *Mut*, um genuin ärztlich zu entscheiden. Ein System aber, das den Ärzten ein schlechtes Gewissen bereitet, wenn sie sich *für das Wohl des Patienten* und nicht für die optimalen Erlöse der Klinik entscheiden, ist für die Medizin, deren Sinn und Zweck die Sorge um den Patienten ist, eindeutig das falsche.“ (Maio 2016, 35)

Welche Folgen können Fragmentierung und Ziffern im Kopf des Pflegepersonals haben?

Viele Pflegende verweisen in den verschiedenen Befragungen darauf, dass u. a. die mobilisierende Pflege, d. h. das Bemühen, den Patienten wieder auf die Beine zu bringen, oft nicht mehr geleistet werden kann, bzw. verliert ein Patient zum Beispiel aufgrund einer gelungenen Pflege im Tageszentrum die Pflegestufe eins, darf er nicht mehr ins Tageszentrum gehen. Die Kosten werden nicht mehr übernommen.

Viele Kommentare belegen, dass Pflegepersonen sich immer weniger Zeit nehmen, um Patienten durch zwischenmenschliche Gespräche, durch Hilfestellungen, durch Beratungen und Schulungen auf die Entlassung vorzubereiten.

Die *fürsorgende und empathische Beziehung* wird durch den Standard der Unpersönlichkeit ersetzt. Die Betreuung und Behandlung wird auf eine technische Reparatur reduziert. Alles ist bestens dokumentiert und kodiert. *Aber* der Mensch als Patient wird mit seiner Befindlichkeit und der psychosozialen Dimension des Krankseins allein gelassen.

Eine Vertiefung dieser Problematik hat die Ethikkommission beim Bundeskanzleramt 2018 in der Stellungnahme *Medizin und Ökonomie* vorgenommen.

2.3 Kulturelle, invariante Gewalt

Mit der Betrachtung kultureller Gewalt wird die Gruppe der Gewalt ausübenden und Gewalt erleidenden Personen nochmals vergrößert. Ist die personelle Gewalt auf einzelne Personen oder Personengruppen als Akteure beschränkt, sind im Rahmen von struktureller Gewalt doch schon weit mehr Menschen als ausübende (Mit-)Täter beteiligt, in unserem Fall also all jene Menschen, die in irgendeiner Form mit der Betreuung von alten und hochaltrigen Menschen zu tun haben – seien sie nun Politiker oder andere Personen, die entsprechende Gesetze oder Verordnungen erlassen, seien sie Leitungspersonen eines Pflegeheims, die sich weder für die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter noch für die Lebensbedingungen der Bewohner sonderlich engagieren, seien sie Ärzte, die eine genaue Diagnose und Behandlung im Fall von geriatrischen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung als zu zeitaufwendig oder gar als Zeitverschwendung ansehen, seien sie Angehörige, die gewalttätige Handlungen bzw. Unterlassungen ihrem alten und hochaltrigen Familienmitglied gegenüber tolerieren (oder selbst Gewalt ausüben).

Kulturelle Gewalt ist etwas, das jedes Mitglied der Gesellschaft betrifft, denn hier geht es vor allem um Stereotype und Vorurteile, um unreflektierte Wertungen von (zum Teil großen) Teilen einer Gemeinschaft – mit gravierenden Konsequenzen für die „Verurteilten“. Kulturelle Gewalt ist weder auf bestimmte Personengruppen beschränkt noch gibt es bestimmte klar zu identifizierende Orte, an denen sie vermehrt zu beobachten ist.

Mit Johan Galtung halten wir fest, dass kulturelle Gewalt gewissermaßen den grundsätzlichen Kontext bietet, vor dessen Hintergrund gewalttätige Handlungen und Unterlassungen (personeller wie struktureller Natur) legitimiert werden und nicht mehr als solche erscheinen – man nimmt sie nicht als Unrecht wahr.

„Kulturelle Gewalt funktioniert zum einen dadurch, daß sie die ‚moralische Färbung‘ einer Handlung von rot/falsch auf grün/richtig oder zumindest auf gelb/akzeptabel schaltet; ein Beispiel hierfür wäre: ‚Töten im Namen eines Landes ist gerechtfertigt, im eigenen Namen jedoch ungerechtfertigt‘. Andererseits macht sie die Realität so undurchsichtig, daß wir eine gewalttätige Handlung oder Tatsache überhaupt

nicht wahrnehmen oder sie zumindest nicht als solche erkennen.“
(Galtung 1993, 106)

Galtung weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass wir in verschiedensten Bereichen einer Kultur Elemente kultureller Gewalt vorfinden (seien es bestimmte Aspekte einer Religion, seien es Aspekte unserer Sprache, aber auch unserer Wissenschaft). In all diesen Bereichen treffen wir auf Vorurteile, auf Wertungen, die in Zusammenhang stehen mit Dichotomien wie *Selbst* und *Anderer*, *Eigenes* und *Fremdes*, *Erhöhung* und *Erniedrigung* (Galtung 1993, 109). Man denke hier etwa an Dichotomien wie Gläubiger – Ungläubiger, Inländer – Ausländer, Jung – Alt, Leistungswillige – „Schmarotzer“, Rationalität – Irrationalität ... Rolf Hirsch nennt folgende Beispiele für kulturelle Gewalt in Bezug auf alte Menschen:

- Pflegeverpflichtung für Frauen
- Scham der Opfer vor Öffentlichkeit
- starre intergenerative Beziehungsmuster
- „Sendungsbewusstsein“ der Professionellen
- Ungleichheit psychisch und körperlich Kranker (Hirsch 2001, 4)
- Akzeptanz von Gewalt, wie zum Beispiel:
 - *Die Patientin MUSS essen.*
 - *Die Patientin MUSS fixiert werden.*
 - *Die Patientin IST dement.*
 - *Durch ein „autoritäres Auftreten“ bringt man die Patientin schon zum Essen.*
 - *Reden bringt da nichts, da hilft nur Haldol¹.*
 - *Wenn ich freundlich bin, erwarte ich mir das auch vom Patienten.*
 - *Go-Goes, Slow-Goes, No-Goes²*

Gewalthandlungen entstehen oft auf dem Boden von Vorurteilen, Stereotypen, Irrglaube und Mythen. Gemeinsam ist Vorurteilen und Stereotypen, dass sie sich auf soziale Gruppen beziehen. Menschen werden hierbei aufgrund eines bestimmten Kriteriums wie Geschlecht, Alter oder Nationalität einer sozialen Gruppe zugeordnet. Bei Vorurteilen geht es um die Verknüpfung einer sozialen Gruppe mit mehrheitlich negativen Attribu-

-
- 1 Haloperidol – ein Neuroleptikum, das zur Behandlung schizophrener Symptome eingesetzt wird
 - 2 eine in Amerika gängige Unterteilung von älteren Menschen in Go-Goes, die noch mobil sind und die Welt erkunden, sogenannte Slow-Goes, die nicht mehr so aktiv sind und die meiste Zeit zu Hause verbringen, und No-Goes, die sich nicht mehr allein bewegen können und auf Hilfe angewiesen sind

ten (die ebenfalls für diese Gruppe als typisch angesehen werden) *und* mit affektiven Reaktionen, also mit Emotionen wie Hass, Furcht, Neid etc.

Beispiele für Vorurteile gegen alte Menschen, besonders wenn sie kognitive Beeinträchtigungen haben:

- ... *hört nicht zu, ... versteht nichts*
- ... *IST unbelehrbar, ... IST stur*
- ... *schreit dauernd*
- ... *IST mühsam*
- ... *IST aggressiv, ... IST böseartig*

Wenn wir „ist“ sagen, dann geben wir einen unlöschbaren Stempel auf die Stirn des „Verurteilten“.

Besonders problematisch ist eine spezifische Art von kultureller Gewalt: Wenn beispielsweise eine Pflegeperson die gängigen Vorurteile gegenüber dem Alter teilt und davon ausgeht, dass alte Menschen sowieso senil und gleichzeitig halsstarrig seien, wird der alte Mensch, der von ihr betreut wird, oftmals in seiner Selbstbestimmung eingeschränkt werden – und eventuell wird die Pflegeperson diese Handlungen nicht einmal als gewalttätig einstufen.

Bei Stereotypen hingegen handelt es sich um Vorstellungen über eine Gruppe, die nicht automatisch mit Wertungen verbunden sein müssen. So ist das Stereotyp „alte Menschen sind gebrechlich“ eine Überzeugung, die nicht unbedingt mit irgendeiner Emotion verknüpft sein muss (aber natürlich leicht verknüpft werden kann). Es geht also zunächst schlicht um die Verknüpfung einer sozialen Gruppe mit bestimmten, für sie als typisch angesehenen, verallgemeinerten Eigenschaften.

Es gibt eine Vielfalt an biologischen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und milieubedingten Faktoren, die das Risiko erhöhen. Besonders betroffen sind vor allem ältere, pflegebedürftige, multimorbide und in Armut lebende Personen sowie Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen (Demenz), die auf Hilfe Dritter angewiesen sind.

Zusammenfassend schließen wir uns der Meinung von Galtung an. Wir verstehen Gewalt als eine „vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse“ (Galtung 1993, 106), die entweder direkt von einem oder mehreren Akteuren oder aber strukturell bzw. kulturell ausgeübt wird und die beim Opfer Schaden und/oder Leid hervorruft.

3. Gewalt an alten Menschen – Prävalenz

Die Inzidenz- und/oder Prävalenzzahlen für die Diagnose „Gewalt an alten Menschen“ sind nicht eindeutig, da vieles nicht ans Tageslicht kommt. In Österreich gibt es bis jetzt keine Opferstudien und dadurch kein „brauchbares Datenmaterial“ (Ogris 2017, 15). Ogris schreibt weiter: Es „gibt eine besonders hohe Diskrepanz zwischen Prävalenz, Anzeigen und Verurteilungen“ (Ogris 2017, 17). Wir wissen nur, dass Gewaltanwendung gegen alte Menschen weltweit stattfindet, und „[m]indestens vier Mio. Menschen werden jedes Jahr in Europa misshandelt und ca. 2500 von ihnen sterben daran“ (WHO 2011, Abstract).

Die Dunkelziffer („das Verhältnis zwischen der Zahl der statistisch ausgewiesenen und der wirklich begangenen Straftaten“; Pfliegerl/Cizek 2002, 63) der Gewaltanwendungen ist wahrscheinlich sehr hoch und es ist anzunehmen, dass sich in den letzten zehn Jahren nichts geändert hat, vergleichen wir die Daten von Cooper et al. von 2008 mit den aktuellen Daten von *Nursing Home Abuse Center Protecting Our Seniors: Elder Abuse Statistics* von 2018.

Cooper et al. führten 2008 eine systematische Literaturrecherche durch. Sie konnten im Rahmen der Untersuchung von 49 Studien nur sieben finden, die den wissenschaftlichen Kriterien von Erkennungs- und Messmethoden entsprachen. Die Ergebnisse können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- 6,3 Prozent der Personen im Alter von über 65 Jahren erlebten eine signifikante Gewalterfahrung im vergangenen Monat und 5,6 Prozent der in Partnerschaften lebenden Menschen (über 65 Jahren) gaben die Anwendung von körperlicher Gewalt im letzten Jahr an;
- 5 Prozent der pflegenden Angehörigen berichteten über körperliche Gewaltanwendung im letzten Jahr im Zusammenhang mit der Betreuung der pflegebedürftigen und an Demenz erkrankten alten Menschen. Ein Drittel berichtete über irgendeine andere Form von Gewaltanwendung;
- 16 Prozent des Pflegeheimpersonals gaben zu, signifikante psychische Gewalt angewendet zu haben;
- nur ein bis zwei Prozent der Fälle von Gewaltanwendung wurden an die Heimleitung weitergeleitet. (Cooper et al. 2008)

Hirsch meinte am 09.06.2016 bei der 6. Fachtagung Trauma-Netzwerk Niedersachsen, in der Bundesrepublik Deutschland haben „25 Prozent der 60- bis 84-Jährigen [hier ist die gesamte Bevölkerung zwischen 60 und 84

gemeint; Anm. M. W.-L.] [...] innerhalb eines Jahres Gewalterfahrungen machen müssen“.

Die aktuellen Daten von *Nursing Home Abuse Center Protecting Our Seniors: Elder Abuse Statistics* von 2018 zeigen ein ähnliches Bild:

“According to the National Committee For The Prevention Of Elder Abuse, about 5 percent of the older population has suffered from some kind of abuse.

A study of 2,000 nursing facility residents indicated an abuse rate of 44 percent and a neglect rate of 95 percent.

Complaints of abuse, exploitation or neglect accounted for 7 percent of complaints given to Ombudsmen at long-term care facilities.”

(Traxler 2018, Quick Answer)

Damals wie jetzt kommt nur die Spitze des Eisbergs ans Tageslicht; die aktuellen Daten diesbezüglich für die USA sprechen eine klare Sprache:

„According to the best estimates, about 1-2 million U.S. citizens 65 years of age or older have been mistreated, exploited or injured by a caregiver. Only about one out of every 14 incidents of elder abuse (including self-neglect) in domestic settings actually come to the attention of local or state authorities.

Only one out of every 25 cases of financial exploitation are reported. These unreported incidents would increase the amount to 5 million victims of financial exploitation per year.

Another study out of the National Elder Abuse Incidence Study indicated that about 20 percent of cases of neglect, exploitation, abuse or self-neglect are reported.” (Traxler 2018, Quick Answer)

Es scheint einen Zusammenhang zu geben zwischen Vernachlässigung und kognitiver Beeinträchtigung bzw. Ausmaß des funktionellen Defizites (Jackson 2012). Genaue Zahlen für Gewalt an Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung gibt nur die *Nursing Home Abuse Center Protecting Our Seniors: Elder Abuse Statistics* von 2018: „According to research, dementia is a risk factor for abuse. A study showed that 47 percent of patients with dementia suffered from some kind of abuse” (Traxler 2018, Quick Answer).

47 Prozent! Das bedeutet, fast jeder zweite Mensch mit kognitiver Beeinträchtigung erfährt irgendeine Art von Gewalt! Es sind viel mehr als die 25 Prozent, die der Geriater Thomas Frühwald in der Gruppe der älteren multimorbiden Menschen, die in ihrer Bewegungsmöglichkeit einge-

schränkt und oft an Demenz erkrankt sind, 2008 feststellte. Die Zahl entspricht aber den Erkenntnissen von Gørgen:

„Psychische Misshandlung Pflegebedürftiger durch ihre pflegenden Angehörigen ist in der untersuchten Stichprobe mit einer 12-Monate-Prävalenz von 47.6% am weitesten verbreitet. [...] Formen physischer Misshandlung berichten für einen Zeitraum von 12 Monaten 19.4% der Befragten.“ (Gørgen et al. 2012, 33)

Gleichzeitig wissen wir, dass Gewalt an alten Menschen im Rahmen von Pflegebeziehungen meist schattenhaft bleibt. Nur die gravierenden Gewaltanwendungen, deren Folgen für Dritte sichtbar sind, werden weitergeleitet bzw. zur Anzeige gebracht. Wenn der alte Mensch Gewalt erfährt, weiß er nicht, an wen und in welcher Weise er sich an jemanden wenden soll, nicht zuletzt, da er von den Pflegenden abhängig ist. Wer entscheidet über eine eventuelle Anzeige? (Weissenberger-Leduc/Weiberg 2011).

4. Folgen von Gewalt an alten Menschen

Die Folgen von Gewalt sind verheerend: Alte Menschen, die Gewalt erfahren haben, haben ein um 300 Prozent erhöhtes Risiko für Mortalität, chronische Erkrankungen, inklusive Depression, Angst, chronische Schmerzen, Hypertonie und Herz-Kreislauf-Probleme als Menschen über 65, die keine Gewalt erfahren haben (Cannell 2016). Schon Lachs machte 1998 auf die Gewaltfolgen bei geriatrischen Patienten aufmerksam:

- unmittelbare Verletzungsfolgen bei physischer Gewalt;
- Vernachlässigungsfolgen sind u. a. Exsikkose, Malnutrition, Dekubitus, Kontrakturen, Inkontinenz ...
- Depression, Angst, Regression, soziale Isolation und dadurch beschleunigter kognitiver Abbau;
- Mechanische Fixierungen führen zu Immobilisierung, Dekonditionierung und höherer Sturz- und Verletzungsgefahr.
- „Chemische“ Fixierung führt zu Polypharmazie mit multiplen Nebenwirkungen, kognitivem Abbau, Stürze, Malnutrition ...
- mehr Pflege- und Betreuungsbedarf, höhere Mortalität; Dreijahresmortalität: 91 Prozent bei Gewaltopfern vs. 58 Prozent ohne Gewaltanwendung (Lachs 1998);
- Der vermehrte Pflege- und Betreuungsbedarf schließt den Kreislauf ab, da es zu erhöhtem Betreuerstress, Abstumpfung und Potenzierung des Burnouts kommt.

5. Gesundheitsfördernde und präventive Interventionen, Maßnahmen und Ansätze im thematischen Kontext

Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK, in Kraft getreten am 3. September 1953) ist eindeutig: „Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.“ Diese internationale Verpflichtung zum Gewaltschutz hat Österreich ratifiziert, genauso wie die Istanbul-Konvention, die am 1. August 2014 in Kraft getreten ist.

Schon 2002 klassifizierte die WHO in der Toronto-Deklaration die Maßnahmen zur Gewaltprävention auf zwei Ebenen. Die zeitliche Ebene beinhaltet die primäre, sekundäre und tertiäre Gewaltprävention. Die Zielgruppenebene beschäftigt sich mit Strategien, die sich allgemein an jedermann wenden, aber auch mit Interventionen, die sich speziell an Täter und Opfer oder an „Hochrisikogruppen“ richten.

5.1 Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

Strategien der Gewaltprävention lassen sich – wie die Strategien der Krankheitsprävention – je nach Zeitpunkt der Intervention in primäre, sekundäre und tertiäre Schritte unterscheiden. Diese Interventionen verfolgen das Ziel, in den Prozess der Gewalt einzugreifen. So kann dieser Prozess schon im Vorfeld oder im Frühstadium vorbeugend abgebrochen, in seiner Dynamik gemindert oder rückgängig gemacht werden.

5.1.1 Primäre Prävention

Die primäre Prävention richtet sich darauf, im Vorfeld einer Gewaltentwicklung die Widerstandskräfte zu stärken, das Auftreten einer Gewalt möglichst ganz zu vermeiden oder doch zumindest die Verbreitung einer Gewalt so niedrig wie möglich zu halten. Primärprävention kann unspezifisch (generell) orientiert sein und die gesamte Bevölkerung ansprechen. Sie kann aber auch spezifisch sein und sich gezielt an Menschen richten, die ein erhöhtes Risiko für Gewaltanwendungen tragen. Beispiele für Initiativen der Primärprävention sind Vorlesungen (wie „Eine von fünf“ an der medizinischen Universität Wien), Sensibilisierungskampagnen, Bewusstseinsbildungsprozesse, Broschüren (wie „Gewalt erkennen“, „Breaking the Taboo“, „Mind the Gap“ oder die Bonner Initiative gegen Gewalt

im Alter „Handeln statt Misshandeln“ ...), Seminare, Workshops für Führungspersonen des Managements und Mitarbeiter in Sozialbetreuung und/oder in Betreuungs- und Pflegeorganisationen, Vermittlung gewaltbezogenen Wissens in Form von „One-off“-Broschüren, Videos, Internet, Stationsbibliothek, Ausstellungen, Gewaltsprechtage, Informationsveranstaltungen zur Gewaltprävention etc.

5.1.2 Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung von Gewalt und ihre erfolgreiche Früherkennung. Die wichtigste Aufgabe ist das frühe und schnelle Handeln, um die weitere Entfaltung von Gewalt und/oder Gewaltkomplikationen zu vermeiden. Eine wichtige Rolle spielt in Österreich § 8 (5) des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten: „Den Opferschutzgruppen obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.“

5.1.3 Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention zielt darauf ab, die Schwere einer Gewalttat und ihre Wiederholung zu verhindern. Sie ist auf Menschen gerichtet, die bereits Gewalt verursacht und/oder erfahren haben. Hier geht es hauptsächlich um Verhaltensprävention und Verhältnisprävention.

Tertiäre Präventionsmaßnahmen beziehen sich im Bereich der Verhaltensprävention auf das Verhalten von Individuen und Gruppen bei und im Zusammenhang mit der Gewalt. Zu den Maßnahmen zur Verhaltensprävention gehören insbesondere personenbezogene Ansätze wie Anti-Aggressionstraining, Informations- und Aufklärungsmaßnahmen, Maßnahmen zur Vermittlung von Bewältigungstechniken zur Verhaltensänderung, soziale Kompetenzen, Selbstkontrolle sowie soziale Informationsverarbeitung. Da Gewalt an geriatrischen Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung sehr oft in der Familie stattfindet, müssen auch familienbezogene Ansätze stattfinden: Förderung von gewaltmindernden familiären Strukturen, Unterstützung bei der Suche von Gewaltpotenzialen, familienzentrierte Lösung, konsistente, akzeptierende, person- und ressourcenorientierte und fördernde Betreuung und Pflege, positive Konfliktbearbeitung in der Familie.

Im Bereich der Verhältnisprävention steht die Veränderung der biologischen, sozialen Umwelt im Mittelpunkt. Hier gibt es zwei verschiedene Ansätze:

Bei Gewalt im erweiterten Familienkreis müssen einerseits Maßnahmen gesetzt werden, die Gewalt verhindern: Entlastung des pflegenden Angehörigen durch Sozial- und Besuchsdienste, Aufnahme im Tageszentrum oder im Pflegeheim. Spätestens jetzt soll eine Sozialarbeiterin in die weitere Betreuung integriert werden und die Frage gestellt werden: Welche Ressourcen stehen grundsätzlich zur Verfügung?

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und ihre Nahestehenden sind im Laufe der Krankheit mit großen Veränderungen, *Belastungen und Herausforderungen* konfrontiert. Anstatt *pauschale Voraussagen* über z.B. phasenspezifische Bedürfnisse als Richtschnur für Interventionen zu machen, ist ein *individuelles geriatrisches Assessment* der konkreten Situation, auch mit Hilfe von wissenschaftlich getesteten Instrumenten (z. B. zur Erfassung der Belastung der pflegenden Angehörigen oder der Ressourcen im Umfeld), zu empfehlen (Schiffczyk et al. 2013).

Bei Gewalt in Organisationen andererseits ist es wichtig, das Problem des *Elder Abuse* achtsam wahrzunehmen und eine Grundhaltung der Unterstützung einzunehmen.

Die drei Ebenen der Prävention werden durch die zentralen fünf „P“ der Istanbul-Konvention klar definiert:

- Primäre Prävention:
 - *Policy* – eine entsprechende Politik
 - *Prevention* – Maßnahmen der Prävention
- Sekundäre Prävention:
 - *Provision* – angemessene Hilfsangebote
 - *Protection* – Schutz für gefährdete Personen
- Tertiäre Prävention:
 - „Strafverfolgung von Tätern, um gefährdete Personen aktiv vor Gewalt zu schützen.“ (Nachbaur 2017, 41)

Damit haben alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen als Privatperson und aufgrund ihres Berufes seit 1953 einen klaren, verpflichtenden Auftrag: Gewalt jeder Art zu vermeiden.

Aber würden wir die Gewalt wahrnehmen, müssten wir etwas tun: Verantwortung übernehmen. Es könnte sehr unbequem werden, so verschließen wir die Augen vor der Wahrheit. Deswegen ist – wie Anselm Grün meinte – Gleichgültigkeit Gewalt. Wir müssen hinschauen, das Schweigen brechen. Professionelle und Selbstverantwortung sind gefragt. Die Miss-

handlung alter Menschen darf nicht mehr ein Tabu sein. Salutogenetisch gesehen bedeutet dies für mich als Mitarbeiterin im Gesundheitswesen, besonders in der geriatrischen Pflege, und für mich persönlich als Privatperson:

- Ich sehe, erkenne und verstehe die Problematik der Gewalt.
- Ich kann etwas tun, proaktiv kompetent gestalten.
- Der Kampf gegen Gewalt ist Teil meiner Pflege- und Lebensphilosophie.

Andreas Kruse macht uns auf eine Grundvoraussetzung für einen „gewaltfreien“ Umgang mit Menschen mit Demenz aufmerksam:

„Die Begegnung mit einem demenzkranken Menschen stellt die Kontaktperson vor eine bedeutende psychologische Aufgabe – nämlich vor die Aufgabe der Auseinandersetzung mit sich selbst, mit den möglichen Begrenzungen des eigenen Lebens. In dem Maße, in dem es gelingt, diese Auseinandersetzung in einer persönlich konstruktiven Weise zu leisten, wird auch die Grundlage für wirkliche Begegnung geschaffen, die eine Voraussetzung für eine fachliche wie ethisch anspruchsvolle Therapie und Pflege bildet.“ (Kruse 2008, 50)

Der WHO-Bericht *Dementia: a Public Health Priority* von 2012 beleuchtet die biologischen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und milieubedingten Faktoren, die das Risiko erhöhen, Opfer oder Täter in der Misshandlung eines älteren Menschen zu werden, sowie Schutzfaktoren, die ebendies verhindern helfen. Es liegen einige Erkenntnisse über wirksame Interventionen vor, hierunter Programme für eine psychologische Beeinflussung potenzieller Täter und für eine Haltungsänderung gegenüber älteren Menschen, für ein besseres psychisches Wohlbefinden der Betreuer und für das Erlernen von Beziehungsfähigkeit und sozialen Kompetenzen schon in jüngeren Jahren. Die Erkenntnisgrundlage muss noch erweitert werden, doch zeigen Befragungen, dass Öffentlichkeit und Politik die Problematik an sich erkannt haben. Der Bericht regt eine Reihe von Maßnahmen an, welche Mitgliedstaaten, internationale Organisationen, nichtstaatliche Organisationen, Forscher, Praktiker und andere Akteure ergreifen könnten, um eine bessere konzeptionelle Antwort zu ermöglichen und angemessene Mittel für das Thema zu mobilisieren.

2016 erschien eine *Cochrane Database of Systematic Reviews* mit dem Titel *Interventions for preventing abuse in the elderly (review)* (Baker et al.). Diese systematische Literaturrecherche dient als wissenschaftliche Grundlage, obwohl Baker et al. eindeutig zeigen, dass die meisten Studien leider nur

von schwacher bzw. sehr schwacher Qualität sind. Hier muss nicht nur weiter geforscht werden, sondern die Qualität der Studien muss zunehmen. Dies ist notwendig, um eine bessere Evidenz der Wirkung zu erreichen und damit die knapp verfügbaren Ressourcen optimal einzusetzen. Baker et al. nennen vier Hauptinput-Gruppen – *Government planners, Community based groups, Institutions and Legislators* –, die drei klar definierte Ziele verfolgen: “to avoid potential elder abuse, to lower rates of elder abuse in communities and in institutions and to reduce recurrent elder abuse” (Baker et al.).

5.2 Warnzeichen für Gewalt an älteren Menschen

Wann man bei der Anamnese hellhörig werden sollte:

- bei inkohärenten, widersprüchlichen Erklärungen für festgestellte Verletzungen,
- wenn die Betreuungsperson Überforderungs- bzw. Erschöpfungszeichen zeigt,
- bei lautem, verbal aggressivem Ton zwischen Betreuer und betreuter Person in
- Anwesenheit anderer,
- wenn die betroffene ältere Person depressiv, verängstigt oder verschreckt erscheint,
- wenn der alte Mensch ungepflegt ist, die Wohnung ebenfalls,
- beim Fehlen von Habseligkeiten und Geld der betroffenen Person,
- wenn die ältere Person daran gehindert wird, mit Ärzten oder Pflegepersonen allein zu sprechen,
- beim Meiden von Arztvisiten oder Besuchen der Sozialdienste,
- bei vielen unbezahlten Rechnungen und
- bei einem leeren Kühlschrank und einer kalten Wohnung. (Frühwald 2008)

Ein Gewalt-Screening verlangt:

- hohes Problembewusstsein und gutes Urteilsvermögen,
- ungestörtes Gespräch mit der alten Person,
- einfühlsame Fragen und Beurteilung im Hinblick auf:
 - physische Gewaltanwendung,
 - aktive/passive Vernachlässigung,
 - psychische Gewalt und

- Betreuerstress, Burnout,
- Selbstvernachlässigung, „self-neglect“ (DD.: Messie-Syndrom),
- Berücksichtigung ethnischer, kultureller Unterschiede,
- Beurteilung der kognitiven Fähigkeit/Möglichkeit der Betroffenen, selbst über die Situation zu urteilen und zu entscheiden, sowie
- Respektierung der Autonomie der älteren Person. (Frühwald 2008; Lachs 2015)

Beispiele für Fragen bei der Anamneseerhebung bei Verdacht auf Gewalt:

- Möchten Sie mir etwas über schwierige, Sie belastende Situationen oder unangenehme Zwischenfälle erzählen?
- Hat jemand versucht, Sie zu verletzen?
- Wurden Sie angebrüllt, beschimpft?
- Wurden Sie gezwungen, Dinge zu machen, die Sie nicht wollten?
- Kommen Sie mit Ihrem Geld aus?
- Haben Sie etwas unterschreiben müssen, ohne zu wissen, was es ist?
- Fürchten Sie sich vor jemandem?
- Werden Sie oft alleine/ohne Hilfe gelassen?
- Sind Ihnen Sachen abhandengekommen? (Frühwald 2008)

5.3 Gesundheitsfördernde und präventive Interventionen, Maßnahmen und Ansätze im thematischen Kontext

Wenn Führungskräfte Mitarbeitern mehr Freiheit und Wahlmöglichkeiten geben wollen, müssen sie mit ihnen Kompetenzfähigkeiten entwickeln und trainieren – nur so erreichen Mitarbeiter einen höheren Grad an Selbstverantwortung im Hinblick darauf, die humanistischen, gewaltarmen Entwicklungen besser zu verstehen und mitzutragen (Bauer 2014). Eine humanistische, gewaltarme Haltung kann nicht aus Büchern oder Ratgebern gelernt werden, sondern sie wächst als Ausdruck einer inneren Einstellung. Anstatt nur Menschen durch die Brille der Defizite, der Ablehnung, der Abwehr, des Ekels zu sehen, versuchen dann Mitarbeiter immer wieder, in der Begegnung mit multimorbiden Menschen „irgendetwas zu entdecken, das sie mögen und das ihnen gefällt“ (Hüther 2017, 84). Solche Mitarbeiter können dann multimorbiden Menschen mit Respekt von Subjekt zu Subjekt begegnen und gemeinsam in Beziehung werden sie ein Stück des Weges gehen. Nur so erfährt sich der multimorbide Mensch als wertvolle, einzigartige Person, die ernst genommen wird. Nur so wird er

nicht zum Objekt von Fürsorge- und Dienstleistungen, Erwartungen, Bewertungen, Belehrungen, Beurteilungen und Anordnungen gemacht.

5.3.1 *Aber was könnte konkret die Umsetzung einer effizienten geriatrischen primären Gewaltprävention im Sinne von Gesundheitsförderung für den geriatrischen Patienten bedeuten?*

Gesundheit kann bei alten und hochaltrigen Menschen nur im Sinne von Wohlbefinden verstanden werden. Der Begriff Wohlbefinden ist für ein biomedizinisches Paradigma ein großes Problem, da es nicht messbar, nicht objektivierbar, nicht nachweisbar ist. Wohlbefinden bedeutet konkret, dass das Erleben, die Empfindungen des sehr alten Menschen mit seiner jeweiligen Biografie, seiner Persönlichkeit, seinen Bewältigungsstrategien, seinen Gewohnheiten, Merkmalen und seinem Alltag berücksichtigt werden. Klaus Hurrelmann hat 2003 sehr treffend formuliert: „*Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt*“ (Hurrelmann 2003, 94). In Pflegekonzepten und -modellen mit kleiner Reichweite sind Bereiche verankert wie Ethik, Menschenwürde und die Haltung gegenüber Menschen. Diese Modelle ermöglichen eine bessere Situationsanalyse, auf deren Grundlage erst eine situations- und individuumsangemessene Hilfeplanung erstellt und deren Zielsetzungen durchgeführt werden können. Warum ist diese situations- und individuumsangemessene Pflegeplanung so wichtig? Das Empowerment-Konzept als Stärkung von Kompetenz, Autonomie und Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit im Rahmen der situations- und individuumsangemessenen Pflegeplanung verabschiedet sich von der Defizitorientierung und richtet den Blick auf die Selbstgestaltungskräfte. Es blickt auf die Fähigkeiten des Menschen. Eine der Fähigkeiten einer Person mit kognitiver Beeinträchtigung ist z. B. die nonverbale Kommunikationsebene. Die Aufgabe der Pflegepersonen sehe ich in der Erschließung von Möglichkeitsräumen in der Mikrowelt des Pflegealltags. Sie soll die Person mit Demenz bei dem Versuch, ihre Gefühle, ihr Erleben, ihre Sorgen und ihre Freude auszudrücken, unterstützen. Die nonverbale Kommunikation soll als Ressource der Person mit kognitiver Beeinträchtigung betrachtet werden, um Veränderungen in belastenden Ist-Situationen zu erzielen. Eine Unterstützung entsteht beispielsweise durch das aktive Zuhören, durch die Wahrnehmung der nonverbalen Signale, die die Person mit kognitiver Beeinträchtigung permanent sendet, durch Ermutigung, eigene, vielfach verschüttete nonverbale Ressourcen einzusetzen, durch Urvertrauen in die Stärken jedes Menschen, durch Unterstützung von Autonomieversuchen, wie dem Ver-

such, allein zu essen, sich anzuziehen oder auf die Toilette zu gehen, durch Vorzeigen, wie einfache Handlungen ablaufen oder wie verschiedene Utensilien benützt werden, durch Erlauben der von den Gesellschaftsnormen abweichenden Verhaltensweisen, wie z. B. mit den Fingern essen oder das Tragen bunter Kleiderkombinationen, und durch Rhythmusanpassungen. Nur so kann sich die Person mit kognitiver Beeinträchtigung noch kompetent fühlen. Diese Aufgaben müssen die Mitarbeiter tagtäglich sehr ernst nehmen. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass auch Humor als Interaktionskompetenz erlebbar zu gestalten ist.

5.3.2 Was bedeutet die Umsetzung einer effizienten geriatrischen Gewaltprävention im Sinne von Gesundheitsförderung für das Personal?

Drei Grundlagen scheinen unverzichtbar zu sein:

- Entscheidungen müssen miteinander getroffen und die Mitarbeiter müssen ernst genommen werden.
- Selbstverantwortung soll großgeschrieben werden, damit Pflegepersonen das Gefühl haben, dass das, was sie tun, sinn- und wertvoll ist.
- Gute Beziehungen und die Kooperation zwischen Pflegedienstleiter und Mitarbeiter dienen als Basis für die Motivation der Mitarbeiter.

Die Aufgabe der professionellen Pflege in der Pflege von alten und hochaltrigen Menschen muss auf einer vertrauensvollen Beziehung zwischen betreuten Personen und Pflegepersonen beruhen. Dies basiert auf Empathie, Zuwendung, Einfühlungsvermögen und Anteilnahme. Diese offene Beziehung ermöglicht es, die Ressourcen beider Interaktionspartner wahrzunehmen und das Wohl beider zu entfalten. Gemeinsam suchen sie und fixieren sie konkrete kurz-, mittel- und langfristige Ziele, um die Lebensqualität beider zu unterstützen: die Lebensqualität für den Bewohner, aber auch die Lebensqualität in der Arbeit der Pflegepersonen. Gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, bedeutet, dass die Lebenswelten stationär betreuter Menschen und die Arbeitswelt der Pflegepersonen in einem Rahmen stattfinden können, der das Wohlbefinden aller Beteiligten berücksichtigt. Die Pflegedienstleitung muss es schaffen, Rahmenbedingungen herzustellen, die physische, psychische, spirituelle, lebensweltliche sowie soziokulturelle Erfahrungen der Bewohner und der Mitarbeiter respektieren und ethische Richtlinien berücksichtigen. Gute Beziehungen am Arbeitsplatz, Gerechtigkeit und erlebtes Vertrauen wirken nicht nur motivierend, sondern wirken gewaltpräventiv und sind auch gesundheitsfördernd. Mitarbeiter, die in den Prozess der Qualitätsentwicklung eingebunden

sind, die Selbstverantwortung tragen, fürchten sich nicht mehr vor Qualitätsevaluationen. Fachwissen und Eigenverantwortung führen dazu, dass Pflegepersonen lernen, sich zu artikulieren und zu argumentieren. Durch gemeinsame Indoor-Schulungen und eine gemeinsame Haltung sprechen die Pflegepersonen die gleiche Sprache. Das Pflegehandeln, das in den Selbstverantwortungsbereich des Pflegenden gehört, ist „State of the Art“, stets nachvollziehbar, argumentierbar und begründet. Das Ergebnis ist die Einstufung des Qualitätsniveaus der Pflege auf Stufe 4 und damit optimale Pflege: „Der Bewohner erhält die Möglichkeit, die Pflege aktiv mitzugestalten und selbst zu entscheiden, die Anforderungen entsprechen seinen Fähigkeiten“ (Kämmer 1994, 134).

Der alte Mensch wird in der Suche nach Kräften, nach eigener Wertigkeit, die ein „besseres Leben“ ermöglichen, unterstützt. Was ein „Mehr an Lebenswert“ ausmacht, kann nur der alte Mensch definieren im Rahmen seiner Lebenseinstellungen, Prioritätenskalen und Grundüberzeugungen. Ein „Mehr an Lebenswert“ ist dadurch eine offene, individuelle, normative Form. Der alte Mensch wird (wieder) Regisseur der eigenen Biografie. Er wird zum Experten in eigener Sache. Partizipation und Selbständigkeit werden gefördert. Die Kontinuität kann unter anderem durch Pflegevisiten gewährleistet werden: Die ständige Kommunikation in Pflegevisiten und deren Verschriftlichung stellen sicher, dass Maßnahmen mit dem oder ohne den Pflegebedürftigen vereinbart wurden und dass alle Pflegepersonen an diesen Zielen beteiligt sind, daran arbeiten, Konzepte umsetzen und danach leben. Gemeinsame Lösungen werden gesucht, Informationen fließen in alle Richtungen. Es gibt viele kleine, temporäre Arbeitsgruppen, sei es für Trauerbegleitung, für Schmerztherapie, für Urlaub vom Heim oder für Pflegeleitbilder. Die Ergebnisse aus diesen Arbeitsgruppen fließen in die Alltagspraxis ein.

Eine wichtige Aufgabe der Pflege ist auch die Unterstützung der Angehörigen – falls sie noch vorhanden und bereit sind, Kontakt zu pflegen – unter anderem durch Information über das Pflegeverständnis, den Krankheitsverlauf und den Sterbeprozess sowie durch Gesprächsrunden. Vertieftes Wissen hilft, Situationen klarer zu sehen und Varianten zur Gewalt zu analysieren. Dies soll ihnen ermöglichen, Entscheidungen im Sinne des Bewohners zu treffen (besonders, wenn sie die Sachwalter bzw. Erwachsenenvertreter sind) oder zumindest mitzutragen.

5.3.3 Was bedeutet die Umsetzung einer effizienten geriatrischen Gewaltprävention im Sinne von Gesundheitsförderung für die Organisation?

Die Stärke von Führungskräften liegt in der Wirksamkeit und Ausdauer: Sie arbeiten im Hintergrund und sind ganz gewöhnliche Menschen, die konstant, wie ein Motor, das Schiff vorantreiben. Die Stärke eines Stationsleiters wird besonders sichtbar in seiner Fähigkeit, einen Mitarbeiter so einzusetzen, dass dieser sich weiterentwickeln und verwirklichen kann. Das ist eine Kunst, die von der Pflegedienstleitung vorgelebt werden muss: präsent zu sein, ohne dabei aufdringlich zu wirken; die Geschichte jedes Bewohners und jedes Mitarbeiters so gut zu kennen, dass er oder sie sich wahrgenommen und ernst genommen fühlt; zu führen, ohne zu manipulieren; Raum für Kreativität und Freiheit zu bieten, ohne Chaos entstehen zu lassen. Der Pflegedienstleiter kann mit einem Orchesterdirigenten verglichen werden. Jeder Musiker ist ein Experte. Das Bild des Orchesters wurde in anderer Form von Erich Loewy bereits in den 90er Jahren verwendet (Loewy 1995, 104). Eine Symphonie zu dirigieren oder eine Partitur zu schreiben, heißt, die richtigen Instrumente in der richtigen Tonart und zum richtigen Zeitpunkt zu verwenden. Es ist eine Aufgabe, die nicht nur technisches, sondern in erster Linie auch Wissen um menschliche Gefühle voraussetzt. Die Rolle des Orchesterdirigenten ist es, diese Solisten so zu führen, dass sie ein Musikstück auf höchstem Niveau gemeinsam spielen, ohne dabei ihre Eigenheiten zu verleugnen. Jeder Einzelne ist wichtig. Die Aufgabe des Dirigenten ist es, den Einsatz genau zu koordinieren, die Betonungen und Rhythmen aufzuzeigen, um den eigenen Klang des Orchesters entstehen zu lassen. All das geschieht zu dem Zweck, das „größere Ganze“, ein einzigartiges Musikstück eines besonderen Komponisten, hörbar und spürbar zu machen. Der Pflegedienstleiter hat nur diese eine Aufgabe – seine Musiker sind die Mitarbeiter und das größere Ganze ist das Angebot einer Betreuung und Pflege auf hohem Niveau bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit. Der Pflegedienstleiter wie der Dirigent behält das ganze Orchester und seinen Rahmen im Auge. Die Gesamtverantwortung trägt die Führungskraft, aber durch Weitergabe von Verantwortung an die Mitarbeiter wird wiederum die Führungskraft von den Mitarbeitern getragen. Dieses Geben und Empfangen von Kraft ist ein entscheidendes Mittel gegen Überforderung und Burnout. Es wirkt stabilisierend auf den Ressourcenhaushalt aller Personen, die in der Organisation arbeiten, und schafft die Grundlage einer Vertrauensbasis.

Ein weiterer Aspekt dieses Gebens und Empfangens ist das Zugestehen der Möglichkeit, zu sagen: „Ich habe einen Fehler begangen“, oder: „Hier

sind wir auf dem falschen Weg.“ Achtet der Pflegedienstleiter und mit ihm die Stationsleitungen auf ihre Mitarbeiter, dann dürfen sie sich entfalten. In einer Organisation, die Heiterkeit, Inspiration, Respekt und Achtsamkeit vorlebt, wird jeder Einzelne ernst genommen und braucht keine Gewalt, keine Macht auszuüben.

„Eine gute Stimmung ermöglicht erst, Mitgefühl und Wertschätzung für sich selbst und andere Menschen haben zu können. Erfährt man den Wert, den man sich wünscht, kann man auch den Mitmenschen Wertschätzung entgegenbringen.“ (Fraberger 2014, 235)

Jeder Mitarbeiter hat das Recht, er selbst zu sein. Der Pflegedienstleiter einer Organisation stellt nicht wahllos jemanden an, weil gerade irgendwo jemand gebraucht wird, sondern er besetzt jeden einzelnen Posten ganz gezielt: z.B. Frau Konrad, weil sie Frau Konrad ist und über bestimmte Kompetenzen, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügt. Empowerment meint hier einen Prozess, innerhalb dessen Pflegepersonen lernen, ihre eigene Arbeitswelt, ihre soziale Umwelt in die Hand zu nehmen. Sie begeben sich auf die Suche nach eigenen Kompetenzen, Ressourcen und Kräften. Sie trauen sich, ihre selbst erarbeiteten Lösungsansätze zu präsentieren, zu argumentieren und zu leben. Dafür benötigen sie aber Vorbilder.

6. Fazit

Projekte zur Gewaltprävention und damit zur Verbesserung der Betreuungsqualität von alten und hochaltrigen Menschen im intramuralen Bereich können sich sicher nicht nur auf die Weiterbildung des Betreuungsteams beschränken. Es wäre zu einseitig und zum Scheitern verurteilt. Die Umsetzung des Empowerment-Konzeptes erfordert einen Paradigmenwechsel im institutionellen Selbstverständnis, im Organisationsleitbild, im Bild des alten Menschen, im Methodenkatalog, im Problemlösungsverfahren, in der Kultur des Helfens. Eine Umsetzung der Patientorientierung ist mit einer Wahrnehmung der Bedürfnisse des Pflegepersonals verbunden. Nur wenn beide Interaktionspartner sich wohlfühlen, kann es Lebensqualität geben.

Zusammenfassend können wir mit Secretan einen Grundsatz der Gewaltprävention aussprechen: „Wir dürfen keine Verhaltensweisen tolerieren, die das Selbstwertgefühl der Menschen, ihre Hoffnungen, ihre Individualität oder ihre Würde untergraben.“ (Secretan 1997, 292)

Literatur

- Baker, Philipp Robert/Francis, Daniel Peter/Hairi, Noran Naqiah Mohd/Othman, Sajaratulnisah/Choo, Wan Yuen: Interventions for preventing abuse in the elderly, in: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010321.pub2/full> [09.11.2018].
- Bauer Thomas: Kommunikation wissenschaftlich denken. Perspektiven einer kontextuellen Theorie gesellschaftlicher Verständigung, Wien usw.: Böhlau 2014.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 69. Bundesgesetz: Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, in: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2011_I_69/BGBLA_2011_I_69.pdf#sig [09.11.2018].
- Cannell, Brad M./Jetelina, Katelyn K./Zavadsky, Matt/Reingle Gonzales, Jennifer M.: Towards the development of a screening tool to enhance the detection of elder abuse and neglect by emergency medical technicians (EMTs): a qualitative study, in: *BioMed Central (BMC) Emergency Medicine* 16/19 (2016).
- Cooper, Claudia/Selwood, Amber/Livingston, Gill: The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, in: *Age and Ageing* 37 (2008) 151–160.
- Council of Europe: Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Istanbul-Konvention vom 11.05.2011, in: <https://www.interventionsstelle-wien.at/istanbul-konvention> [09.11.2018].
- Dieck, Margret: Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext – Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information, in: *Zeitschrift für Gerontologie (ZfG)* 20 (1987) 305–313.
- Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), in: <https://www.menschenrechtskonvention.eu/> [09.11.2018].
- Fraberger, Georg: Ein ziemlich gutes Leben, Salzburg: Ecowin 2014.
- Fried, Erich: Die Gewalt, in: Ders.: *Um Klarheit*, Berlin: K. Wagenbach 1985.
- Frühwald, Thomas: Diagnose Gewalt. Gewalt aus der Sicht der Geriatrie. Drittes FSW-ExpertInnen-Forum „Gewalt gegen Alte“ am 18. November 2008 in Wien. Vortragsmanuskript.
- Galtung, Johan: Konflikte und Konfliktlösungen. Die Transcent-Methode und ihre Anwendung, Berlin: Kai Homilius 2007 (= Globale Analysen 3).
- Galtung, Johan: Kulturelle Gewalt, in: *Der Bürger im Staat* 43/2 (1993) 106–112.
- Galtung, Johan: Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedensforschung, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1975.
- Görgen, Thomas/Herbst, Sandra/Kotlenga, Sandra/Nägele, Barbara/Rabold, Susann: Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen, Berlin: Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012.

- Hantikainen, Virpi: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Pflege betagter Menschen. Drittes FSW-ExpertInnen-Forum „Gewalt gegen Alte“ am 18. November 2008 in Wien. Vortragsmanuskript.
- Hirsch, Rolf Dieter: Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen – Sensibilisieren – Handeln!, in: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-015-2268-5#ethics> [09.03.2020].
- Hirsch, Rolf Dieter: Gewalt und Misshandlungen in Pflegeeinrichtungen und deren Prävention, in: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland, Baden-Baden: Nomos 2007.
- Hirsch, Rolf Dieter: Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen, in: http://www.humanrights.ch/home/upload/pdf/050825_hirsch_praevention.pdf [08.11.2018].
- Hörl, Josef: Gewalt hat viele Gesichter und Namen, in: Humer, Brigitte (Hg.): Gewalt an alten Menschen. Erkennen – Informieren – Verhindern, Linz: Pro Mentee Edition 2014 (= Schriften zur Sozialen Arbeit 27).
- Hüther, Gerald: Raus aus der Demenz-Falle! Wie es gelingen kann, die Selbstheilungskräfte des Gehirns rechtzeitig zu aktivieren, München: Arkana 2014.
- Hurrelmann, Klaus: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim: Juventa 2003.
- Jackson, Selly L./Hafemeister, Thomas L.: APS investigation across four types of elder maltreatment, in: *Journal of Adult Protection* 14/2 (2012) 82–92.
- Kämmer, Karla (Hg.): Pflegemanagement in Altenheimen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation, Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt 1994.
- Kruse, Andreas: Demenz – medizinisch-pflegerische, psychologische, ethische Überlegungen, in: Kirchenamt der EKD (Hg.): Leben mit Demenz. Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht, Hannover: EKD 2008 (= EKD-Texte 98), 45–79.
- Lachs, Mark/Pillemer, Karl: Elder Abuse, in: *The New England Journal of Medicine* 373/20 (2015) 1947–1956.
- Lachs, Mark/Williams, Christianna/O’Brien, Shelley/Pillemer, Karl/Charlson, Mary: The mortality of elder mistreatment, in: *Journal of the American Medical Association* 280 (1998) 428–432.
- Loewy, Erich H.: Ethische Fragen in der Medizin, Wien und New York: Springer 1995.
- Maiò, Giovanni: Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Berlin: Surkamp 2016 (= *medizinHuman* 15).
- Nachbaur, Dina: GEWALTige Herausforderungen in allen Lebenslagen, in: Berzlanovich, Andrea/Brinek, Gertrude/Rösslhumer, Maria (Hg.): Eine von Fünf. Gewaltschutz für Frauen in allen Lebenslagen, Wien und Saarbrücken: Edition Ausblick 2017, 38–44.

- Ogris, Günther: Gewalt an Frauen – die soziologische Perspektive, in: Berzlanovich, Andrea/Brinek, Gertrude/Rösslhuber, Maria (Hg.): Eine von Fünf. Gewaltschutz für Frauen in allen Lebenslagen, Wien und Saarbrücken: Edition Ausblick 2017, 14–19.
- Pflegerl, Johannes/Cizek, Brigitte: Problemstellungen der Forschung, in: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.): Gewalt in der Familie – Rückblick und neue Herausforderungen. Gewaltbericht 2001, Wien: 2002, 56–68.
- Popitz, Heinrich: Phänomene der Macht, Tübingen: Mohr 1992.
- Schiffczyk, Claudia/Romero, Barbara/Jonas, Christina/Lahmeyer, Constanze/Müller, Friedemann/Riepe, Matthias W.: Appraising the need for care in Alzheimer's disease, in: BioMedCentral (BMC) Psychiatry (2013) 13–73.
- Secretan, Lance: Soul-Management. Der neue Geist des Erfolgs – die Unternehmenskultur der Zukunft, München: Lichtenberg 1997.
- Sozialministerium: Sozialstaat Österreich. Leistungen, Ausgaben und Finanzierung 2016, in: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=336> [09.11.2018].
- Traxler, Christine: Nursing Home Abuse Center Protecting Our Seniors: Elder Abuse Statistics, in: <https://www.nursinghomeabusecenter.com/elder-abuse/statistics/> [09.11.2018].
- Weissenberger-Leduc, Monique/Weiberg, Anja: Gewalt und Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege, Wien: Springer 2011.
- WHO/Alzheimer's Disease International: Dementia. A Public Health Priority, in: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_executivesummary.pdf [09.11.2018].
- WHO: European report on preventing elder maltreatment, in: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107293> [08.11.2018].
- WHO: Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse, in: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf [09.11.2018].

Ein Blick in den Pflegealltag am Department Franz-Gerstenbrand der Albert Schweitzer Klinik Graz

Hartmann Jörg Hohensinner, Christina Peyker

1. Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Der fortschrittlichen Notfall- und Intensivmedizin ist es zu verdanken, dass immer mehr Menschen mit schwersten Schädel-Hirn-Schädigungen wie Blutungen oder Traumen überleben. Bei einigen Betroffenen bleiben aber, aufgrund einer Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff, hochgradige gesundheitliche Einschränkungen zurück. Das Gesundheitswesen wird daher immer häufiger mit dem Krankheitsbild eines Wachkomas, auch Apallisches Syndrom (AS) genannt, konfrontiert (Gerstenbrand 1967). Bei diesem neurologischen Krankheitsbild kommt es zu einem funktionellen Ausfall der Großhirnrinde. Die Patientinnen und Patienten wirken wach, eine bewusste Wahrnehmung sowie Kommunikation mit der Umwelt sind aber nicht möglich (Steinbach/Donis 2011). Ernst Kretschmer, ein deutscher Neurologe, der erstmals den Begriff Apallisches Syndrom aufstellte, definierte dieses folgendermaßen:

„Der Patient liegt wach da mit offenen Augen. Der Blick starr geradeaus und gleitet ohne Fixationspunkt verständnislos hin und her. Auch der Versuch, die Aufmerksamkeit hinzulenken, gelingt nicht oder höchstens spurweise [...] die reflektorischen Flucht- und Abwehrbewegungen können fehlen.“ (Gerstenbrand 1967, 3)

Nicht alle Patientinnen und Patienten mit einer schweren Beeinträchtigung des Bewusstseins entsprechen aber dem Vollbild eines Wachkomas. So sind nach dem Neurologen Franz Gerstenbrand acht Remissionsstadien und damit Rückbildungsphasen aus dem Wachkoma möglich (Gerstenbrand 1967). Für das Vollbild dieser Erkrankung werden die Synonyme Wachkoma, Apallisches Syndrom und Vegetative State (VS) verwendet. Neben dem Apallischen Syndrom sind aber auch noch Differenzialdiagnosen wie das Minimally Conscious State (MCS) oder das Locked-in-Syndrom (LiS) möglich. MCS kann als minimaler Bewusstseinszustand defi-

nirt werden. Patientinnen und Patienten im MCS haben ein minimales Bewusstsein in Bezug auf die eigene Person oder die Umgebung. So ist eine beschränkte Interaktion mit der Umgebung möglich (Giacinto et al. 2002). Im Vergleich dazu ist das Bewusstsein bei Patientinnen und Patienten im LiS oft vollständig erhalten. Es besteht Bewusstsein für die eigene Person und die Umgebung. Die Fähigkeit, sich verbal oder auch über Bewegungen mitzuteilen, ist aber nicht gegeben (Plum/Posner 1972).

WACHKOMA (Wachheit mit fehlendem Bewusstsein/Wahrnehmung)	<ul style="list-style-type: none">• Kein Bewusstsein für die eigene Person/ Umgebung• Spontane oder reizinduzierte Erregung• Teilweise Augenschluss und Augenöffnung (Hinweis auf Schlaf-Wach-Zyklen)• Enthemmte vegetative Funktionen (Bsp.: Speichelfluss, Schweißbildung)• Reflexive und spontane Verhaltensweisen (Bsp.: Lächeln, Grimassieren, Lautäußerungen, faziale Reflexe, ungezielte Greifreflexe)
MINIMALLY CONSCIOUS STATE (MCS) (Wachheit mit minimalem Bewusstsein/Wahrnehmung)	<ul style="list-style-type: none">• Minimales Bewusstsein für die eigene Person oder Umgebung• Reflexive und spontane Verhaltensweisen• gewisses Maß an Interaktion mit Umgebung (Bsp.: Gestische oder verbale „Ja/Nein“-Antwort möglich, Vokalisierung oder Gesten in Reaktion auf linguistische Reize, visuelles Fixieren, zielgerichtetes Greifen)• Einfache Befehle können befolgt werden• Zielgerichtete Verhaltensmuster möglich, die nicht auf Reflexen beruhen
LOCKED-IN-SYNDROM (LiS) (Beträchtliche/vollständige Lähmung mit Bewusstsein/Wahrnehmung)	<ul style="list-style-type: none">• Kommunikation über die Bewegung der Augen/Augenlider möglich• Vertikale Augenbewegungen/Blinzeln möglich• Fehlende Fähigkeit, sich verbal oder über Bewegungen mitzuteilen• Hör- und Sehvermögen

Tabelle 1: Differentialdiagnosen von Bewusstseinsstörungen

(Quelle: Faymonville et al. 2004; Royal College of Physicians 2013, 3)

Die Ursachen für ein Apallisches Syndrom sind in schweren traumatischen und atraumatischen Schädigungen des Gehirns zu finden. Einem traumatisch bedingten Wachkomazustand liegen vor allem Unfälle mit schwerer mechanischer Einwirkung auf die Großhirnrinde zugrunde. Atraumatische Ursachen sind meist durch eine Hypoxie, eine Unterversorgung mit Sauerstoff, bedingt. Aber auch entzündliche Prozesse in Form von neurodegenerativen Erkrankungen wie Parkinson können ein Apallisches Syndrom auslösen (Nacimiento 1997; Steinbach/Donis 2011; Erbguth/Dietrich 2013).

In Österreich sind, nach Angaben der Österreichischen Wachkomagesellschaft, etwa 400 bis 600 Personen von einem Apallischen Syndrom betroffen (Österreichische Wachkomagesellschaft 2017). Laut Van Erp et al. liegt die Prävalenz beziehungsweise Krankheitshäufigkeit bei 0,25 bis 6 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr (Van Erp et al. 2014). Die Steiermark betreffend, geht die Studie von Pichler und Fazekas von etwa 1,88 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr und einer Prävalenz von etwa 60 bis 100 Erkrankten aus (Pichler/Fazekas 2016).

Die Versorgungsstruktur von Wachkomapatientinnen und -patienten in Österreich kann im Vergleich zu anderen Ländern als positiv angesehen werden. Vor allem die Akutversorgung scheint gut zu funktionieren. Eine besonders wichtige Rolle nimmt dabei die Frührehabilitation ein (Steinbach/Donis 2011). Eine Umfrage der Österreichischen Wachkomagesellschaft zwischen 2007 und 2009 ergab aber, dass nur etwa ein Viertel der apallischen Patientinnen und Patienten eine Chance auf eine Frührehabilitation erhält (Österreichische Wachkomagesellschaft 2017). Darüber hinaus mangelt es diesbezüglich an Spezialeinrichtungen (Donis 2004). Eine optimale Versorgungsstruktur sollte mit der Akutversorgung beginnen und danach über eine Frührehabilitation bis hin zur Langzeitbetreuung oder auch Pflege im häuslichen Bereich gehen (Steinbach/Donis 2011).

Im März 2001 wurde in der Albert Schweitzer Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren (GGZ) in Graz eine Wachkomastation mit dem Schwerpunkt der Rehabilitation sowie Reintegration von Patientinnen und Patienten im Apallischen Syndrom eingerichtet. 2009 erfolgte die Gründung einer weiteren Station zur Langzeitförderung. 2013 wurden beide Stationen zu einem Department mit insgesamt 50 Betten zusammengestellt. Die Apallic Care Unit I (ACU I) hat die Akutversorgung, Triagefunktion sowie Reintegration von Menschen im Wachkoma zum Ziel. Die Apallic Care Unit II (ACU 2) dient der Langzeitförderung, um erworbene Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten und Patientinnen und Pati-

enten in Pflegeheime oder in die häusliche Pflege entlassen zu können (Geriatrische Gesundheitszentren 2014).

Der Leitsatz der GGZ „Bei uns sind Menschen in den besten Händen“ (Geriatrische Gesundheitszentren 2013, 12) richtet sich nicht nur an Bewohnerinnen und Bewohner, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige, sondern bezieht sich auch auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mitarbeiterorientierung spielt eine zentrale Rolle. So weist ein im Leitbild des Unternehmens verankerter Grundsatz darauf hin, sich mit menschlicher Achtung und Respekt zu begegnen, hebt die Einmaligkeit des Menschen hervor und betont, dessen Würde zu achten. Ein gutes multiprofessionelles Miteinander und infolgedessen ein direkter Austausch zwischen Führung und Mitarbeitenden wird angestrebt (Geriatrische Gesundheitszentren 2013).

Am Wachkoma-Department nimmt das multiprofessionelle Miteinander einen enorm wichtigen Stellenwert ein, da nur so adäquat auf die speziellen Bedürfnisse von Wachkomapatientinnen und -patienten und deren Angehörigen eingegangen werden kann. „Die multiprofessionelle Zusammenarbeit stellt die Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation der PatientInnen dar“ (Donis 2004, 65). Multiprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet am Department, dass interne und externe Teams aus dem medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Bereich inklusive ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammenarbeiten. Jede Berufsgruppe hat ihren Zuständigkeits- und Aufgabenbereich, in den die jeweiligen Kernkompetenzen eingebracht werden. Zusätzlich wird aber auch versucht, gemeinsam Probleme zu lösen, sich einander verständlich mitzuteilen, andere Sichtweisen zu berücksichtigen sowie stetig voneinander zu lernen und gemeinsam erforderliche Lösungen zu erarbeiten (Jakobsen 2011, 25).

Für die Departmentleitung war es ein großes Anliegen, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Voraussetzungen für ein erfolgreiches multiprofessionelles Miteinander zu schaffen. Umfangreiche Recherchen ergaben, dass dafür ein Umdenken in Richtung einer multiprofessionellen Kreiskultur sowie agiler Führungs- und Vorgehensmodelle notwendig war. Das Ziel bestand darin, sich von hierarchischen Denkmodellen zu lösen, Führung und Mitarbeitende auf Augenhöhe zu bringen sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hohes Maß an Selbstverantwortung und Selbstorganisation einzuräumen. So können Maßnahmen optimiert werden, die der Verbesserung der Arbeitsplatzqualität und Mitarbeiterzufriedenheit dienen und infolgedessen eine nachhaltige Wirksamkeit für das Department erzielen.

2. Einführung einer multiprofessionellen Kreiskultur mit dem Schwerpunkt Nachhaltigkeit

Im Zuge der Implementierung einer multiprofessionellen Kreiskultur war es notwendig, sich mit den Themen Corporate Social Responsibility (CSR) und Nachhaltigkeit zu beschäftigen und CSR am Department umzusetzen.

2.1 Corporate Social Responsibility

„Aufgrund der großen Bandbreite an Maßnahmen gibt es keine allgemein gültige Definition für Corporate Social Responsibility (CSR)“ (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ) 2012, 7).

So definiert die Europäische Kommission CRS folgendermaßen: „Ein Konzept, das den Unternehmen als Grundlage dient, auf freiwilliger Basis soziale Belange und Umweltbelange in ihre Unternehmenstätigkeit und in die Wechselbeziehungen mit den Stakeholdern zu integrieren“ (Europäische Kommission 2001, 7).

„CSR kann somit als gesellschaftliche Verantwortung eines Unternehmens betrachtet werden [...] und zeigt dessen Beiträge zu einer nachhaltigen Entwicklung auf“ (BMWFJ 2012, 7). Dazu zählen Fairness und verantwortungsvolles Verhalten gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Kundinnen und Kunden, aber auch gegenüber lokalen Gemeinschaften sowie der Umwelt (BMWFJ 2012).

Im Bereich des Gesundheitswesens bedeutet dies, dass zum Beispiel Nachhaltigkeitsberichte oder Umweltschutzbeiträge geleistet werden, die über die alltägliche medizinische und pflegerische Versorgung hinausgehen, aber auch ein fairer Umgang untereinander und die Partizipation und Förderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Form von freiwilligen Beiträgen wird eine nachhaltige Entwicklung und Wirksamkeit für ein Unternehmen ermöglicht (Forum Umweltbildung 2018). CSR kann die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens verbessern und unterstützt dabei unternehmerische Ziele und Strategien. Durch eine Analyse der betrieblichen Abläufe und eine Offenlegung der Stärken und Schwächen kann ein Unternehmen seine Dienstleistungen verbessern. Sämtliche Aktivitäten und Strategien werden für die MitarbeiterInnen transparenter und diese können sich durch eine hohe Motivation besser mit dem Unternehmen identifizieren. Zudem können die Kommunikation sowie Entscheidungsprozesse verbessert und die Innovationsfähigkeit gestärkt werden (BMWFJ 2012).

Um eine nachhaltige Entwicklung zu ermöglichen, müssen ökonomische, ökologische und soziale Aspekte gleichermaßen Berücksichtigung finden (Miesen/Kierdorf o. J., 6).

„Im Gegensatz zu Corporate Social Responsibility bedeutet dies, dass Nachhaltigkeit nicht nur die Verantwortung eines Unternehmens gegenüber seinen Stakeholdern umfasst, sondern die Verantwortung gegenüber der gesamten Menschheit und zukünftigen Generationen. CSR ist somit als erster Schritt zu einem nachhaltigen unternehmerischen Handeln zu verstehen.“ (Miesen/Kierdorf o. J., 6)

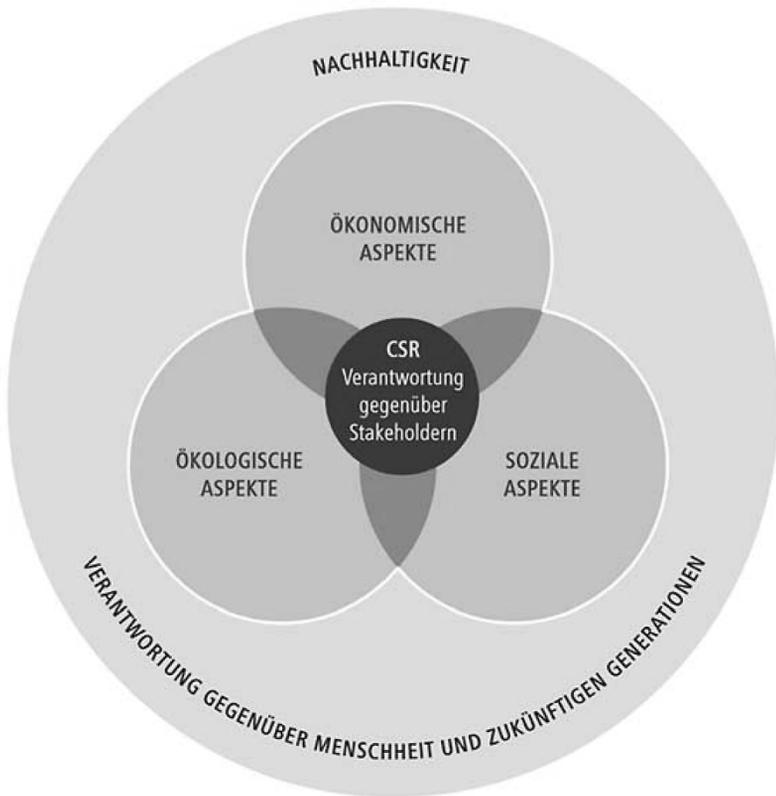


Abb. 1: Nachhaltigkeit und CSR (Miesen/Kierdorf, o. J., 6)

2.1.1 Umsetzung von Corporate Social Responsibility

Es gibt unterschiedlichste Wege, um CSR in einem Unternehmen umzusetzen. Wichtig ist, dass sich ein Unternehmen mit den jeweiligen Maßnahmen identifizieren kann. Der erste Schritt des CSR-Prozesses besteht in der Analyse des Ist-Zustandes. Es geht darum, wo das Unternehmen steht, worin dessen Stärken, aber auch Schwächen liegen. Danach müssen Ziele formuliert werden. Das Unternehmen muss definieren, wo es hinwill und was es erreichen möchte. Im dritten und letzten Schritt des Prozesses muss eruiert werden, welche Möglichkeiten es zur Erreichung dieser Ziele gibt und wie eine Beseitigung möglicher Hindernisse erfolgen kann (BMWfJ 2012).

2.1.2 Corporate Social Responsibility am Wachkoma-Department

Die Umsetzung von CSR am Wachkoma-Department erfolgte durch die Erstellung des Konzeptes *Apallic Care Unit 2020 – Ein Department auf dem Weg zum Kompetenzzentrum* zur Optimierung der Department-Strukturen. Im Zuge des Aufbaues dieses Konzeptes wurden primäre Ziele für die GGZ und speziell für das Department definiert. Nach der Erstellung des Konzeptes durch die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Departments wurde dieses der Pflegedienstleitung sowie der Geschäftsführung vorgelegt und vor dem erweiterten Managementteam präsentiert. Um auf mögliche Ängste, Unsicherheiten und Vorurteile der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzugehen, erfolgte eine Informationsveranstaltung. Die Umsetzung der Ziele ist auf struktureller, fachlich-inhaltlicher sowie wissenschaftlicher Ebene geplant. So geht es zum Beispiel darum, „die Qualitätsorientierung mit Nachhaltigkeitsstrategien flächendeckend umzusetzen“ (Pichler et al. 2013, 4). Der Entwicklungsprozess beinhaltet fünf Phasen und geht von der Ausrichtung über eine IST-Analyse, einen SOLL-IST-Vergleich, die Umsetzung bis hin zur Integration der CSR-Forderungen sowie CSR-Zertifizierungsvorbereitungen (Pichler et al. 2013). „Die Umsetzung des Konzeptes soll somit nachhaltig zu einer wesentlichen Verbesserung und Optimierung der Strukturen und Prozesse des Wachkoma-Departments führen“ (Pichler et al. 2013, 8).

Für das gesamte Unternehmen nimmt zusätzlich der Umweltschutz einen wichtigen Stellenwert ein. So sind die GGZ seit 1999 Mitglied des Umweltschutzprogrammes *Ökoprofit* (Geriatrische Gesundheitszentren 2013). „Das Ziel besteht darin, dass Unternehmen ökonomisch zu stärken und die lokale Umweltsituation zu verbessern“ (Geriatrische Gesundheits-

zentren 2013, 22). Dafür steht ein eigenes Umweltteam zur Verfügung, welches jährlich ein Konzept zur Abfallwirtschaft erstellt. Die diesbezüglich erhobenen Kennzahlen dienen dazu, Maßnahmen einzuleiten, um eine kontinuierliche Verbesserung zu erzielen (Geriatrische Gesundheitszentren 2013).

2.2 *Kreiskultur*

Da am Wachkoma-Department eine enge und gute multiprofessionelle Zusammenarbeit ausschlaggebend für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten ist, wurde nach einer neuen Form des Miteinanders gesucht und in der Kreiskultur gefunden.

Alle natürlichen Prozesse beruhen auf der Grundstruktur des Kreises. Modelle, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten, können nur dann funktionieren, wenn sie sich von linearen Modellen zu Kreismodellen hinbewegen (Dittmar 2011). Ein hierarchisches Modell wird durch Druck von außen zusammengehalten (Dittmar 2011, 2). „Ein Kreis wird von einer inneren Anziehung geformt und zusammengehalten“ (Dittmar 2011, 2). Im Gegensatz zum hierarchischen Denken, wo Verantwortung delegiert wird, versucht die Kreiskultur gemeinsame Verantwortung zu tragen (Dittmar 2011). „Diese gemeinsam getragene Verantwortung ist die Grundlage der Solidarität, Kooperation und Nachhaltigkeit, die eine Kreiskultur ausmacht“ (Dittmar 2011, 2). „Kreiskultur beruht auf Gleichwertigkeit, gegenseitigem Verständnis und gemeinsamer Lösungssuche“ (Rüther 2010, 78).

2.2.1 *Führung in der Kreiskultur*

Im Sinne einer Kreiskultur wird Führung gefördert. Dies bezieht sich aber nicht auf hierarchische Denkweisen, sondern jedes Mitglied des Kreises kann eine Führungsrolle übernehmen. Je größer Kompetenzen und Verantwortungsgefühl einer Person sind, desto stärker wird sich auch eine Führungsrolle ergeben. Wer diese Rolle im Kreis übernimmt, ergibt sich dabei auf natürliche Weise durch die Fähigkeiten des Einzelnen und die Situation. Da die Verantwortung gemeinsam getragen wird, ist das Konfliktpotential zwischen mehreren Führungspersönlichkeiten gering (Dittmar 2011).

2.2.2 Die Kreiskommunikation

In der Kreiskultur geht es um gegenseitige Wertschätzung, Respekt, Annahme und Kooperation. Zuhören stellt das wichtigste Element der Kreiskommunikation dar und ist Ausdruck für Wertschätzung und Respekt. Des Weiteren ist eine Kreiskommunikation nur durch bewusstes Sprechen möglich. Dies bedeutet, dass die Person, die spricht, in sich hineinhört und eigene neue Erkenntnisse und Gedanken zulässt. Es sollte nur über Dinge gesprochen werden, die relevant sind. Sind keine wichtigen Gedanken zu besprechen, so wird in der Kreiskultur auch die Stille als Teil der Kommunikation angesehen. So kann eine kurzfristige Stille bei Spannungen die Situation lockern und zu neuer Kreativität beitragen. Die letzte Grundlage der Kreiskommunikation stellt Counseling dar (Dittmar 2011). „Counseling bedeutet, dass aufmerksames, unterstützendes Zuhören mit bewusstem Sprechen verbunden wird“ (Dittmar 2011, 5). Diese Methode eignet sich vor allem, um Spannungen in der Kommunikation zu lösen (Dittmar 2011).

2.2.3 Kreiskultur am Wachkoma-Department

Am Wachkoma-Department wird diese Kreiskultur gelebt, indem sich Teams selbst organisieren und Themenbereiche des Departments aufgreifen. Im Mittelpunkt des Kreises stehen die Patientinnen und Patienten bzw. Kundinnen und Kunden. Um diese herum gruppieren sich die verschiedenen Berufsgruppen, die zum Wohle der Personen in der Mitte dienen. Die Kreise um die Berufsgruppen herum stellen einen Verantwortungsbereich dar, für welchen jeweils mehrere Personen verantwortlich sind. Diese Verantwortungsbereiche wiederum sind in Unterbereiche untergliedert.

So wurde innerhalb dieser Verantwortungsbereiche zum Beispiel ein Kreis für das Qualitätsmanagement gebildet. Innerhalb dieses Qualitätsmanagement-Kreises gibt es kleinere Kreise mit Themenbereichen, die im Zuge des Qualitätsmanagements bearbeitet werden. Die Verantwortung für jeden dieser Kreise obliegt mehreren Personen. Ziele, Strategien, die Koordination oder auch die Moderation der Treffen werden zusammen entschieden. Zusätzlich wird der Kreis auch für Mitarbeitergespräche, Team- und Führungcoachings, Supervisionen sowie Teambegleitungen durch Mentorinnen und Mentoren genutzt.



Abb. 3: Qualitätsmanagement-Kreis (Hohensinner)

Durch die Implementierung der Kreiskultur am Wachkoma-Department hat sich das Klima unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern enorm verbessert. Mit dieser Form des Miteinanders fühlen sich diese wertgeschätzt. Verantwortung wird gemeinsam übernommen und Entscheidungen

gen werden im Team getroffen. Dies trägt wesentlich zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit bei.

3. Implementierung des agilen Vorgehensmodells Scrum

3.1 Agilität

Immer mehr Unternehmen hinterfragen ihre derzeitigen Geschäftsmodelle, Produkte und Dienstleistungen und stehen vor der Herausforderung eines Wandels. Vor allem innerhalb von Organisationen haben sich die Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verändert. Die Möglichkeit der Weiterentwicklung wird immer wichtiger. Kommunikation sollte auf Augenhöhe erfolgen und die Sinnhaftigkeit der Arbeit wird immer mehr hinterfragt. Auch die Möglichkeit der Selbstverwirklichung sollte gegeben sein. Das Thema Agilität spielt dabei eine große Rolle (Weber et al. 2018). „Agilität ist die Fähigkeit von Unternehmen sich kontinuierlich an ihre komplexe, turbulente und unsichere Umwelt anzupassen“ (Weber et al. 2018, 28).

Eine andere Definition besagt, dass es die Fähigkeit von Teams oder Organisationen ist, „in einem unsicheren, sich verändernden und dynamischen Umfeld flexibel, anpassungsfähig und schnell zu agieren“ (Hofert 2016, 5).

„Agil bedeutet auch, dass dem Einzelnen als Teil des Ganzen mehr Verantwortung und Entscheidungskompetenz eingeräumt wird und eine Kultur der Gemeinsamkeit entsteht“ (Rüesch 2017, 12).

Agile Veränderungsprozesse erfolgen auf Prozess-, Struktur- und Kulturbene. Prozesse weisen mehr Transparenz auf, erfolgen schrittweise und erfordern regelmäßiges Feedback. Agile Strukturen erfordern ein Umdenken in der klassischen, hierarchischen Führung. Teams arbeiten interdisziplinär und selbstorganisiert und werden durch eine laterale Führung gestützt. Auch auf die Unternehmenskultur haben agile Methoden Einfluss. Werte wie Offenheit, Mut, Verbindlichkeit oder Respekt stehen im Vordergrund. So ändert sich auch der Blickwinkel auf die Rolle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Leistungen und die Zuständigkeiten (Häusling 2014).

3.2 Agile Werte, Prinzipien und Methoden

Im Zuge des agilen Veränderungsprozesses, wird man mit agilen Werten und Prinzipien konfrontiert. Diese dienen als Grundlage für agile Methoden in einem Unternehmen und geben Orientierung für das Handeln. Agile Werte sind gemeinsame Überzeugungen, die die Basis für Prinzipien bilden und infolgedessen die Ableitung von konkreten Handlungen ermöglichen. Die wichtigsten agilen Werte sind in folgender Tabelle dargestellt:

Bereitschaft (Commitment)	Bereitschaft, sich einem Ziel zu verpflichten
Rückmeldung (Feedback)	Aktive Einholung von Rückmeldungen und Anpassung von Vorgehensweisen
Fokus (Focus)	Fokus auf die eigenen Bemühungen und Kompetenzen
Kommunikation (Communication)	Tägliche Kommunikation im Team, um bestmögliche Lösungen zu finden
Mut (Courage)	Mut zu fokussiertem Handeln und ehrlicher Kommunikation
Respekt (Respect)	Respekt und Wertschätzung innerhalb des Teams
Einfachheit (Simplicity)	Einfachste Lösungen mit größtmöglichem Nutzen; Rahmenbedingungen, die die Arbeit erleichtern (Bsp.: Scrum),
Offenheit (Openess)	Offenheit, Transparenz und Ehrlichkeit in Bezug auf Projekte

Tabelle 2: Agile Werte (Hofert 2016, 11; Nowotny 2016, 75)

Agile Prinzipien sind „konkrete Ableitungen von Werten“ (Hofert 2016, 12). Sie dienen als Grundlage für Entscheidungen und daraus folgend auch für Handlungen. Dazu zählen z.B. die Adaption, die aktive Einbindung aller Beteiligten, das Sichtbarmachen der Arbeit, Empowerment, eine enge Zusammenarbeit und kontinuierliche Reflexion sowie Selbstorganisation und Verantwortung (Hofert 2016). Unter agilen Methoden sind konkrete Handlungen und auf einem Konzept beruhende Aktionen zu verstehen. Ein Beispiel dafür ist die Selbstorganisation eines Teams. Das Prinzip dazu stellt die Selbstorganisation dar und den Wert die Selbstver-

pflichtung. Unterstützung dazu kann ein Team durch ein agiles Framework, einen Rahmen, erhalten. Ein Beispiel dafür stellt das agile Vorgehensmodell „Scrum“ dar (Hofert 2016).

Damit das Team des Wachkoma-Departments diese Werte leben kann, hat die Departmentleitung versucht, Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. So wird versucht, immer mehr Verantwortung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzugeben, partnerschaftlich auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten und ein großes Maß an Vertrauen in das Team zu setzen. Wertschätzung, ein respektvoller Umgang und Vertrauen stellen zentrale Themen dar.

3.3 Agiles Projektmanagement mit Scrum

Scrum hat seinen Ursprung im Bereich des Rugby-Sportes und bedeutet so viel wie *Gedränge* oder *zusammendrängen* (Kaltenecker 2016). „Es stellt eine Arbeitsweise mit klar definierten Rollen dar, um Produkte zu entwickeln“ (Glöger 2016, 7). „Teamorientierung, konstruktive Zusammenarbeit, Selbstorganisation und eine flache Hierarchie stehen im Zentrum“ (Kaltenecker 2016, 72; InLoox o. J.). Durch Scrum ist eine offene Interaktion und Kommunikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich, erfordert von diesen aber die Bereitschaft zur Veränderung (Häusling 2014). Mit Scrum werden Projekte durch sogenannte Sprints schrittweise und nicht vollkommen durchgeplant durchgeführt (InLoox o. J.). Obwohl sich die Methode aus dem Softwarebereich heraus entwickelt hat, wird sie mittlerweile auch häufig in anderen Bereichen mit Erfolg eingesetzt (Brandes et al. 2014).

3.3.1 Das Scrum Team

„Das Scrum Team besteht aus dem Product Owner, dem Entwicklungsteam und einem Scrum Master“ (Schwaber/Sutherland 2013, 4). Ein *Scrum Team* ist interdisziplinär und bringt ein hohes Maß an Selbstorganisation mit. Der *Product Owner*, eine einzelne Person, trägt die Verantwortung für die Arbeit des Entwicklungsteams. Er sorgt dafür, dass *Backlogs*, das sind projektbezogene Aufgaben, für das Entwicklungsteam verständlich und klar sind und Ziele und Missionen erreicht werden können. Das interdisziplinäre Entwicklungsteam organisiert sich selber. Innerhalb des Entwicklungsteams können unterschiedliche Fähigkeiten und Kompetenzen vor-

handen sein, Entscheidungen trifft aber immer das gesamte Team. Der *Scrum Master* dient als Moderator und sorgt für eine optimale Zusammenarbeit des Teams und dafür, dass die Regeln von Scrum eingehalten werden (Schwaber/Sutherland 2013). Zusätzlich ist er auch für das Konfliktmanagement zuständig und führt Coachings mit dem Team oder mit Einzelpersonen durch (InLoox o. J.).

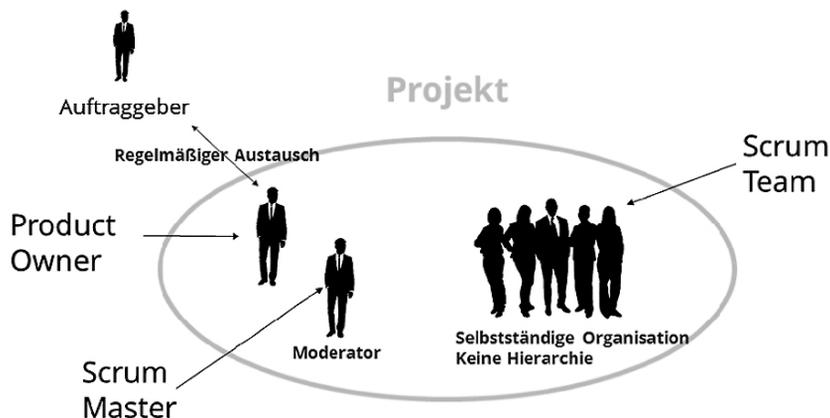


Abb. 4: Das Scrum Team (Inoox o. J., 6)

3.3.2 Scrum-Ereignisse

Damit eine Regelmäßigkeit entsteht, werden in Scrum vorgeschriebene Ereignisse verwendet, die immer eine zeitliche Beschränkung haben (Schwaber/Sutherland 2013, 7). Der Sprint, der als ein Projekt oder Entwicklungszyklus anzusehen ist und dazu dient, ein Zwischenprodukt oder auch *Increment* zu entwickeln, hat eine Dauer von maximal einem Monat, infolge dessen ein fertiges Produkt entsteht. In darauffolgenden Sprints wird dieses Produkt kontinuierlich weiterentwickelt. Das Sprint Planning dient dazu, gemeinsam im Scrum Team, Arbeiten für den folgenden Sprint zu planen. (Schwaber/Sutherland 2013). Das *Daily Scrum* besteht aus einer täglichen, maximal 15 Minuten dauernden Besprechung aller Teammitglieder. Das *Sprint Review* stellt den Abschluss eines Sprints dar. Es dient der Überprüfung des Zwischenproduktes oder Produktes und erfordert ein Feedback von Product Owner und Stakeholdern. Die *Sprint Retrospective* zeigt

die Arbeitsweise des Entwicklungsteams auf und dient dazu, diesbezüglich Verbesserungen durchzuführen (Schwaber/Sutherland 2013).

3.3.3 Scrum am Wachkoma-Department

Das Wachkoma-Department hat sich für Scrum Teams entschieden, da ein großes Bedürfnis bestand, Neues zu lernen, die Wissensverteilung flexibler zu gestalten und eine flache Hierarchie zu leben. Da die Scrum-Regeln nicht vollständig in diesem Bereich des Gesundheitswesens anwendbar waren, wurde Scrum auf die Bedürfnisse des Departments angepasst. So wird das Scrum-Framework genutzt, um, statt ein Produkt herzustellen, Verantwortungsbereiche wie Mentorenteam, Recht, Trachealkanülenmanagement, Qualitätsmanagement etc. in multiprofessionellen Teams zu erarbeiten und weiterzuentwickeln. Es findet kein Daily Scrum statt, sondern regelmäßige Treffen, die nicht länger als eine Viertelstunde dauern, aber alle auf einen gemeinsamen Wissensstand bringen und auch verschiedenste Perspektiven zusammenführen. Ein Sprint stellt den Entwicklungsstand eines Verantwortungsbereiches dar. Das Entwicklungsteam besteht aus mindestens drei Personen, die interdisziplinär zusammengesetzt sind, um die notwendigen Kompetenzen einzubringen. Als Scrum Master fungieren die Departmentleitung sowie die ärztliche Leitung. Diese stehen in regelmäßigem Austausch mit den Stakeholdern (Geschäftsführung, Management). Die Rolle des Product Owners nimmt jeweils eine Person im entsprechenden Zuständigkeitsbereich ein.

4. Fazit

Für Unternehmen wie die GGZ und das Wachkoma-Department bedarf es viel Mut, um neue Dinge auszuprobieren und neue Wege zu gehen. Die Einführung eines neuen Miteinanders am Wachkoma-Department hat dem gesamten Team neue Erfahrungen und neues Wissen eingebracht und führte zu einer wesentlichen Weiterentwicklung des Departments. Durch die veränderten Rahmenbedingungen können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neue Ideen einbringen und die eigenen Kompetenzen stärken und erweitern. Zudem wirken sich die wertschätzenden Begegnungen untereinander und der bewusste Umgang mit Verantwortung auch auf die Arbeitsqualität und somit auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten aus.

Literatur

- Brandes, Ulf/Gemmer, Pascal/Koschek, Holger/Schültken, Lydia: Management Y. Agile, Scrum, Design Thinking & Co: So gelingt der Wandel zur attraktiven und zukunftsfähigen Organisation, Frankfurt: Campus 2014.
- Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ): Erfolgreich mit Corporate Social Responsibility. Ein Leitfaden für den Tourismus, in: https://www.respect.at/dl/uMKoJLJlOLJqx4OooJK/CSR_Leitfaden_Tourismus_2012.pdf [27.09.2018].
- Dittmar, Vivian: Kreiskultur und Kommunikation. Grundform nachhaltiger Sozialstrukturen und Organisationsformen, in: <https://viviandittmar.net/wp-content/uploads/kreiskultur-kommunikation.pdf> [01.10.2018].
- Donis, Johann: Laut gedacht. Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte, in: http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Patient/0409upatzen_t_Prim_Donis.pdf [26.09.2018].
- Erbguth, Frank/Dietrich, Wenke: Gibt es bewusste Wahrnehmung beim apallischen Syndrom?, in: Aktuelle Neurologie 40 (2013) 424–432.
- Europäische Kommission: Grünbuch. Europäische Rahmenbedingungen für die soziale Verantwortung der Unternehmen, in: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0366&from=DE> [30.09.2018].
- Faymonville, Marie-Elisabeth/Pantke, Karl-Heinz./Berré, Jacques/Sadzot, Bernard/Ferring, Martine/De Tiège, Xavier/Mavroudakis, Nicolas/Van Bogaert, Patrick/Lambermont, Bernard/Damas, Pierre/Franck, Georges/Lamy, Maurice/Luxen, André/Moonen, Gustave/Goldman, Serge/Maquet, Pierre/Laureys, Steven: Zerebrale Funktionen bei hirngeschädigten Patienten. Was bedeuten Koma, „vegetative state“, „minimally conscious state“, Locked-in-Syndrom“ und Hirntod?, in: Anaesthesist 53 (2004) 1195–1202.
- Forum Umweltbildung: Hintergrund CSR, in: https://www.umweltbildung.at/fileadmin/umweltbildung/dokumente/nachhaltig_kreativ/Corporate_Social_Responsibility_Hintergrund.pdf [27.09.2018].
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz: Informationen für PatientInnen. Wachkoma – Apallic Care Unit, in: <https://ggz.graz.at/de/Service/Informationsmaterial> [23.09.2018].
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz: Qualitätshandbuch, in: <https://ggz.graz.at/de/Media/Dateien/PDF/QM/Qualitaetshandbuch-der-GGZ> [24.09.2018].
- Gerstenbrand, Franz: Das traumatische Apallische Syndrom, Wien: Springer 1967.
- Giacinto, Joseph T./Ashwal, Stephen/Childs, Nancy/Cranford, Ronald/Jennett, Brian/Katz, Douglas I./Kelly, James P./Rosenberg, Jay H./Whyte, John/ Zafonte, Ross D./ Zasler, Nathan D.: The minimally conscious state. Definition and diagnostic criteria, in: Neurology 58/3 (2002) 349–353.
- Glöger, Boris: Scrum. Produkte zuverlässig und schnell entwickeln, München: Carl Hansen ⁵2016.

- Häusling, André: Die Relevanz agiler Personal- und Führungsinstrumente. Agile Führung als entscheidende Erfolgskomponente, in: https://www.sigs-datacom.de/uploads/tx_dmjournals/Haeusling_OS_Agility_14.pdf [18.10.2018].
- Hofert, Svenja (Hg.): Agiler Führen. Einfache Maßnahmen für bessere Teamarbeit, mehr Leistung und höhere Kreativität, Wiesbaden: Springer Gabler 2016.
- InLoox: Scrum Grundlagen einfach erklärt, in https://www.google.at/url?sa=t&rcrt=j&q=&esrc=s&source=web&ccd=1&ved=2ahUKEwi1mb397PzdAhWNqAQKHU LGACwQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.inloox.de%2Fcontent%2Fdownload%2F63477%2F1033520%2Ffile%2FScrum%2520Grundlagen%2520einfach%2520erk1%25C3%25A4rt_CH.pdf&usq=AOvVaw1fse7QUcdpPvGwzfiHvkVs [10.10.2018].
- Jakobsen, Flemming: Learning with, from and about each other. Outcomes from an interprofessional training unit, Aarhus: 2011 [PhD Dissertation, Faculty of Health Science].
- Kaltenecker, Siegfried: Selbstorganisierte Teams führen. Arbeitsbuch für Lean & Agile Professionals, Heidelberg: dpunkt 2016.
- Miesen, Ellen/Kierdorf, Dietmar: Service Corporate Social Responsibility Kompakt. Das Praxisheft für eine nachhaltige unternehmerische Gesellschaftsverantwortung, in: https://www.bpm.de/sites/default/files/bpm_service_csr_druck.pdf [30.09.2018].
- Nacimiento, Wilhelm: Das appalische Syndrom. Diagnose, Prognose und ethische Probleme, in: Deutsches Ärzteblatt 11/41 (1997) 661–666.
- Nowotny, Valentin: Agile Unternehmen. Nur was sich bewegt, kann sich verbessern, Göttingen: BusinessVillage 2016.
- Österreichische Wachkomagesellschaft, in: <http://www.wchkoma.at/#info> [25.10.2018].
- Pichler, Gerald/Fazekas, Franz: Apallisches Syndrom. Häufigkeit und Versorgungskonzept in Österreich, Riga: Akademikerverlag 2016.
- Pichler, Gerald/Hohensinner, Hartmann Jörg/Burgstaller, Doris/Hesinger Eva: Konzept zur Optimierung der ACU-Department Strukturen, Geriatriische Gesundheitszentren 2013.
- Plum, Fred/Posner, Jerome B.: The diagnosis of stupor and coma, in: Contemporary Neurology Series 10/1 (1972) 286.
- Royal College of Physicians: Prolonged disorders of consciousness. National clinical guidelines: Report of a working party 2013, in: <http://www.rcplondon.ac.uk/resources/prolonged-disorders-consciousness-national-clinical-guidelines> [03.10.2018].
- Rüesch, Andri: Agile Organisationen. Eigenverantwortung statt Hierarchie, in: <https://www.lukb.ch/documents/10620/2383653/LUKB-Praesentation-Andri-Ruesch.pdf/704109bf-3a16-d957-c5d2-40f67e9d310c> [06.10.2018].
- Rüther, Christian: Soziokratie: Ein Organisationsmodell. Grundlagen, Methoden und Praxis, o. O.: 2010, [Masterthesis].

- Schwaber, Ken/Sutherland, Jeff: Der Scrum Guide. Der gültige Leitfaden für Scrum: Die Spielregeln, in: <https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v1/Scrum-Guide-DE.pdf> [08.10.2018].
- Steinbach, Anita/Donis, Johann: Langzeitbetreuung im Wachkoma. Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige, Wien: Springer 2011.
- Van Erp, Willemijn S./Layrijzen, Jan C. M./Van Laar, Floris A./Vos, Pieter E./Laureys, Steven/Koopmans, Raymont: The vegetative state/unresponsive wakefulness syndrome. A systematic review of prevalence studies, in: *European Journal of Neurology* 21/11 (2014) 1361–1368.
- Weber, Isabel/Fischer, Stephan/Eireiner, Cathrin: Wissenschaftliche Grundlagen für ein agiles Reifegradmodell, in: Häusling, André (Hg.): *Agile Organisationen. Transformation erfolgreich gestalten – Beispiele agiler Pioniere*, Stuttgart: Haufe 2018, 27–43.

Häusliche Pflege und die Rolle(n) der Angehörigen

Angelika Feichtner

Pflegende und betreuende Angehörige von chronisch oder schwer kranken Patientinnen und Patienten sind mit vielen Herausforderungen konfrontiert und ihre Rolle beinhaltet ein ganzes Bündel von Rollenbildern und Erwartungen. Damit ist diese Rolle nicht so eindeutig, wie es auf den ersten Blick scheint. Durch eine fortschreitende Erkrankung verändern sich die Beziehungen und auch die Rollen innerhalb der Familie (Stenberg et al. 2012). Die unterschiedlichen Erwartungen können zu Rollenkonflikten führen. Besonders deutlich wird das zum Beispiel in der Betreuung betagter Eltern, wenn die Eltern-Kind-Rollen unklar werden.

Eine mögliche Definition von ‚Angehörige‘ lautet: „Angehörige oder Zugehörige sind all jene Personen, die sich in einer vertrauten, häufig auch verpflichtenden Nähe zum Patienten, zur Patientin befinden. Neben Familienangehörigen können das auch Freunde, Lebensgefährten, Nachbarn oder Kollegen sein“ (George et al. 2003, 16). Den Begriff Familie definieren Wright und Leahey (1994, 40) so: „The family is who they say they are.“

Pflegende Angehörige sind all jene – Angehörige, Freunde und Bezugspersonen –, die eine ihnen nahestehende Person in deren häuslicher Umgebung unentgeltlich pflegen und betreuen. Sie sind also diejenigen, die einen signifikanten, nicht-professionellen oder unbezahlten Beitrag zur Begleitung eines Patienten während fortgeschrittener Erkrankung und der Sterbephase leisten (Payne et al. 2010). Die häusliche Pflege und Betreuung eines schwer kranken Familienmitgliedes kann eine zutiefst bereichernde, wertvolle und sinnstiftende Erfahrung für die gesamte Familie bedeuten. Aber zugleich ist sie auch mit beträchtlichen Herausforderungen und Belastungen für die pflegenden Angehörigen verbunden. Die gemeinsam getragene Fürsorge für den Patienten oder die Patientin kann den Familienzusammenhalt stärken und dadurch, dass die betreuenden Angehörigen in vielfältiger Weise zum Wohlbefinden des Kranken beitragen können, erfahren sie das Gefühl gebraucht zu werden. Damit reduziert sich die Wahrnehmung von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Schuld. Die Angehörigen und Bezugspersonen können eine besondere Nähe zum Erkrankten erfahren und trotz hoher Belastung besteht auch für sie die Mög-

lichkeit des persönlichen Wachstums in der Zeit der Pflege. Die Verbundenheit mit dem erkrankten Familienmitglied nimmt zu und „das gegenseitige Erfahren von großer Liebe ist oft zu beobachten“, wie Bausewein (2005, 68) beschreibt. Laut Statistik Austria sterben in Österreich pro Jahr über 80.000 Menschen (2017 waren es 83.270)¹ – die meisten von ihnen nach einer längeren chronischen oder terminalen Erkrankung, verbunden mit Einschränkungen der Lebensqualität, mit Pflegebedürftigkeit und mit tiefgehenden Leiderfahrungen. Laut der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger werden in Österreich derzeit 83 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen zuhause betreut.² Nach einer aktuellen Studie zur Angehörigenpflege in Österreich kann von mehr als 801.000 pflegenden Angehörigen ausgegangen werden (Nagl-Cupal et al. 2018). Hinzu kommen mehr als 42.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 15 Jahren, die ihre kranken Angehörigen pflegen (Nagl-Cupal et al. 2015, 442). Bemerkenswert ist, dass 45 Prozent aller Hauptpflegepersonen älter als 60 Jahre sind und 22 Prozent von ihnen sind älter als 70 Jahre, wie eine Studie von Pochobradsky et al. (2005) zeigt. Viele pflegende Angehörige sind also selbst schon betagt. Die statistischen Erhebungen belegen auch, dass derzeit 78 Prozent der pflegenden Angehörigen keine professionellen Dienste in Anspruch nehmen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2016). Das macht deutlich, dass Angehörige die Hauptlast der häuslichen Pflege weitgehend alleine tragen. Dabei sind die Angehörigen gefordert, verschiedene, teilweise einander widersprechende Rollen zu erfüllen.

1. Angehörige als Haupt-Pflegepersonen

Pflegebedürftig und auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen zu sein, bedeutet immer eine Zäsur und eine gravierende Veränderung des bisherigen Lebens. Dies gilt nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern ebenso für ihre Angehörigen. Auch ihr Leben verändert sich grundlegend und ganz ähnlich wie die zu Pflegenden müssen auch die betreuenden Angehörigen das, was Normalität für sie bedeutet, neu definie-

-
- 1 Vgl. Statistik Austria: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, in: http://www.statistik.at/webde/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html [18.05.2018].
 - 2 Vgl. Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger: FACTSHEET – Pflegesituation in Österreich, in: https://www.ig-pflege.at/downloads/news/2017/FACTSHEET_2017_LOGO.pdf?m=1495009759 [18.02.2020].

ren (Carlander et al. 2006). Sie sind gefordert, ihren Alltag immer mehr an die Bedürfnisse des Kranken anzupassen, und zunehmend müssen sie nicht nur die basale Versorgung, sondern auch komplexe Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen. Häufig müssen sie dabei eigene Scham- und Ekelgrenzen überschreiten. Sie erfüllen die Pflege-Aufgaben, ohne dafür entsprechend ausgebildet und vorbereitet zu sein, und die emotionale Nähe zum Kranken erweist sich dabei oft als zusätzlicher Belastungsfaktor. Die Praxis zeigt, dass Angehörige grundsätzlich eine hohe Bereitschaft haben, die Verantwortung für die häusliche Pflege zu übernehmen, zugleich ist aber deutlich, dass sie die Tragweite der Entscheidung zur Übernahme der Betreuung oft nicht realistisch einschätzen können. Viele Angehörige übernehmen die Fürsorge aufgrund von Bindung, Loyalität und Solidarität. Manche Angehörige betrachten ihre Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Fürsorge als moralische Pflicht oder auch schlicht als Selbstverständlichkeit. Möglicherweise sind aber auch früher gegebene Versprechen oder erlebte negative Erfahrungen mit institutioneller Versorgung ausschlaggebend dafür, dass Angehörige die häusliche Betreuung übernehmen (Stajduhar und Davies 2005). Mitunter sind auch Schuldgefühle dem Patienten oder der Patientin gegenüber, finanzielle Aspekte oder der Erwartungsdruck des familiären Umfeldes entscheidende Faktoren für die Übernahme der Pflege und Betreuung. Damit scheint die Übernahme dieser Verantwortung oft weniger die Konsequenz eines aktiven Entscheidungsprozesses zu sein, sondern ein eher unreflektiertes Erfüllen von Erwartungen (Kunstmann 2010, 486). Häufig sind es zunächst kleine, als selbstverständlich wahrgenommene, unterstützende Maßnahmen, die Angehörige leisten, aber mit dem Fortschreiten der Erkrankung steigt der Pflegebedarf kontinuierlich. Der Übergang von der üblichen, alltäglichen Fürsorge zur Pflege verläuft oft allmählich und viele Angehörige nehmen sich selbst zunächst gar nicht bewusst in der Rolle als Pflegenden wahr. So geraten sie mitunter, unabhängig von ihrer Eignung oder ihrem Wunsch, allmählich oder auch plötzlich in die Rolle der Haupt-Pflegeperson. Die Dauer der häuslichen Pflegesituation ist ebenso wie ihr Verlauf hinsichtlich der Intensität der Pflege meist nicht abschätzbar. Pflegenden Angehörigen befinden sich daher permanent in einer von Unsicherheit geprägten Situation. Das mögliche Auftreten von krisenhaften Situationen verstärkt die Wahrnehmung von genereller Unsicherheit. In Anlehnung an die Bedürfnispyramide nach Maslow (Zalenski und Raspa 2006) gilt das Erleben von Sicherheit aber als ganz wesentlicher Faktor für Lebensqualität.

Fast immer sind es die Frauen in der Familie, die, oft zunächst vorübergehend, Pflege- und Betreuungsverantwortung übernehmen. Gröning begründet das damit, „dass sich Frauen aufgrund der jetzigen gesellschaftli-

chen Bedingungen und vor dem Hintergrund der geschlechtsspezifischen Sozialisation dem normativen Anspruch zur Pflegeübernahme einfach schlechter entziehen können als Männer“ (Gröning et al. 2004, 51). Auch bei den pflegenden Kindern und Jugendlichen sind fast 70 Prozent (69,8) weiblich (Nagl-Cupal et al. 2015). Vor allem für berufstätige Frauen bedeutet die Übernahme der häuslichen Betreuung eines chronisch oder schwer kranken Angehörigen eine enorme zusätzliche Belastung. Nimmt der Pflegebedarf zu, sehen sich die Frauen aufgrund fehlender Vereinbarkeit von Betreuungsarbeit und Beruf meist dazu gezwungen, ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben – mit entsprechend nachteiligen Folgen für ihre berufliche Biografie. Pflegende Angehörige fühlen sich offenbar auch einem gewissen Leistungsdruck ausgesetzt und interpretieren es als persönliches Versagen, wenn ihnen die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegearbeit nicht gelingt (Arksey 2002).

2. Angehörige als Mitbetroffene

Studien zeigen, dass Frauen, die häusliche Pflegearbeit leisten, einem wesentlich höheren Burnout-Risiko ausgesetzt sind als Männer in ähnlicher Situation und sie erhalten auch deutlich weniger Unterstützung aus ihrem Umfeld als männliche Betreuer (Payne 2013). Während einem pflegenden Mann nicht nur gesellschaftliche Bewunderung und Wertschätzung, sondern auch praktische Unterstützung sicher ist, gilt es bei Frauen nahezu als selbstverständlich, dass sie die häusliche Pflege eines schwerkranken Familienmitgliedes leisten.

Ob eine häusliche Betreuung generell möglich ist und ob dem Wunsch vieler Patienten und Patientinnen, bis zum Versterben zu Hause bleiben zu können, entsprochen werden kann, hängt vor allem davon ab, was die Angehörigen leisten können (Gomez und Higginson 2006). Damit sind Angehörige von chronisch und schwer Kranken einem mehrfachen Druck ausgesetzt. In der Praxis ist zu beobachten, dass das Zuhause-Bleiben-bis-zuletzt oft idealisiert wird und pflegende Angehörige daher trotz komplexer Belastungen weit über die Grenze des Leistbaren gehen. Selbst massiv belasteten Angehörigen fällt es oft enorm schwer, sich aus einmal übernommenen Pflegeaufgaben wieder zurückzuziehen. Häufig fällt es ihnen aber auch schon schwer, Unterstützung durch einen professionellen Pflegedienst anzunehmen. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Sie reichen von der Haltung „Das müssen wir alleine schaffen“ oder „Ich habe es versprochen“ bis hin zu finanziellen Gründen, die verhindern, dass pflegende Angehörige rechtzeitig professionelle Unterstützung suchen. Also wird un-

ter zunehmend schwierigen Bedingungen die häusliche Betreuung aufrechterhalten – oft um einen hohen Preis. Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten, die mit ihren pflegenden Angehörigen ein aufeinander bezogenes und wechselseitig interagierendes System bilden. Es ist nachvollziehbar, dass überlastete und überforderte Angehörige kaum dazu in der Lage sein werden, eine adäquate, Sicherheit und Geborgenheit vermittelnde Betreuung zu bieten. Pflegende Angehörige tragen die gesamte Verantwortung (Brobäck und Berterö 2003), viele sind 24 Stunden für den Patienten oder die Patientin zuständig, und das 7 Tage in der Woche, über Monate und manchmal auch über Jahre. Oft haben sie kaum Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten, sie fühlen sich tatsächlich alleine verantwortlich und als „immer im Dienst“ (George et al. 2003). Die ständige Sorge um einen kranken Menschen kann bei pflegenden Angehörigen zu permanenter Anspannung sowie zu Unsicherheit und Ängsten führen. Viele pflegenden Angehörige erleben ein für sie schier unerträgliches Ausmaß des Gebraucht-Werdens und leiden unter dem permanenten Gefühl des Angebunden-Seins.

Was ich dringend brauche, ist Ruhe. Ich müsste mich körperlich und auch emotional ausruhen können. Aber ich finde keine Ruhe, nicht wenn ich bei ihm bin, und erst recht nicht, wenn ich nicht bei ihm bin. Deshalb kann ich auch nicht aus dem Haus gehen. (Aussage einer pflegenden Angehörigen)

Durch das Gefühl, immer präsent sein zu müssen, werden die sozialen Kontakte stark eingeschränkt und die Gefahr der Isolation droht (Stenberg et al. 2012). Diese Einsamkeit, verbunden mit der Wahrnehmung anhaltender Überforderung und hoher emotionaler Belastung, kann zu einem Verlust der Empathie-Fähigkeit führen und nicht selten ist dies auch der Wegbereiter für Gewalt. Auch Stajduhar (2013) beschreibt die soziale Isolation unter pflegenden Angehörigen als ein weit verbreitetes Phänomen. Sie verweist auch darauf, dass Angehörige sich selbst gar nicht als legitime Empfänger von Hilfe betrachten und eine mögliche Unterstützung oft auch daran scheitert. In einer Situation, in der die pflegenden Angehörigen der Unterstützung und Hilfe bedürfen, erfahren sie Isolation und Einsamkeit. (Feichtner/Pußwald 2017, 176). Und selbst dann, wenn Unterstützung, etwa in Form eines ehrenamtlichen Präsenzdienstes oder eines Hauskrankenpflege-Dienstes, konkret angeboten wird, fällt es manchen Angehörigen aus den genannten Gründen überaus schwer, diese entlastenden Angebote anzunehmen. Im hohen Anspruch der Angehörigen, die häusliche Pflege alleine zu bewältigen und rund um die Uhr verfügbar und präsent zu sein, sehen Kreyer und Pleschberger (2014) aber auch eine Strate-

gie, die Angehörigen hilft, die Situation unter Kontrolle zu behalten. Häusliche Pflege ist von wechselnden Anforderungen und Unsicherheiten geprägt und das Bedürfnis Angehöriger nach Kontrolle kann daher auch als ein Versuch der Entlastung betrachtet werden. Wird die Unterstützung durch ein professionelles Hauskrankenpflege-Team angenommen, erfahren die Angehörigen dies oft wie eine sichere Basis, die das Gefühl von Kontrolle über die oft als bedrohlich empfundene Situation vermitteln kann.

3. *Angehörige als Sekundärpatientinnen und -patienten*

Wenn die Tage und zunehmend auch die Nächte von den Bedürfnissen des Kranken bestimmt sind und Angehörige kaum oder gar keine Möglichkeiten einer Auszeit haben, können die körperlichen, emotionalen und psychischen Belastungen durch die Betreuungsaufgabe dazu führen, dass sie selbst zu Patientinnen und Patienten werden (Stajduhar et al. 2010). Kristjanson und Aoun (2004) bezeichnen Angehörige daher auch als „hidden patients“, als Patientinnen und Patienten zweiter Ordnung, denn sie benötigen oft ähnlich wie die Patientinnen und Patienten Unterstützung und Hilfe. Erschöpfung, Ängste, Schlafstörungen, Depressionen und anhaltende Niedergeschlagenheit sind häufige Reaktionen Angehöriger auf die Belastungen in der häuslichen Pflege.

„Caregiver Burden bezeichnet das Ausmaß, in dem die Angehörigen durch die (häusliche) Pflege negative Auswirkungen in sozialer, finanzieller, körperlicher und spiritueller Hinsicht erfahren.“ (Zarit et al. 1986, 260)

Diese Belastungen, in der Literatur auch als „Caregiver Burden“ (Zarit et al. 1986) bezeichnet, nehmen mit Fortschreiten der Erkrankung und mit der Intensität der Pflegebedürftigkeit zu. Durch die erhöhte körperliche und emotionale Belastung, die permanente Unsicherheit und die regelmäßige Unterbrechung der Nachtruhe kann es zu beträchtlichen körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen bis hin zu schwerwiegenden Erkrankungen kommen. Zu den besonderen Risikofaktoren und Verstärkern für die Entwicklung eines solchen Erschöpfungssyndroms bei pflegenden Angehörigen zählen:

- unfreiwillige Übernahme der Pflege- und Betreuungsverantwortung,
- haupt- oder allein verantwortlich zu sein; fehlende professionelle Unterstützung,
- keine oder zu geringe Pausen, zu wenige Zeiten der Ruhe und Distanz,
- mangelnde Selbstfürsorge-Fähigkeit, geringe Aufmerksamkeit für eigene Gesundheit,
- kaum oder keine Sozialkontakte, Isolation und Einsamkeit,
- bestehende Depression, depressive Symptome oder anhaltend gedrückte Stimmung,
- geringe Coping-Strategien; reduzierte Fähigkeit, Hilfe zu suchen und anzunehmen (Stajduhar/Davies 2005),
- Konfrontation mit Leid, Angst vor dem drohenden Verlust,
- ausgeprägte Schuldgefühle; das Gefühl, nicht genug für den Kranken tun zu können
- Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafmangel und Schlafstörungen (Adelmann et al. 2014),
- finanzielle Belastungen; Götze et al. (2014) beschreiben einen deutlichen Zusammenhang zwischen Erschöpfungs- und Überlastungssymptomen und finanziellen Belastungen.

Mehrere dieser Risikofaktoren stellen zugleich auch einige der bekannten Folgen eines Erschöpfungssyndroms dar. So können etwa Schlafstörungen oder eine bestehende Depression sowohl Auslöser als auch Resultat eines Caregiver-Burdens sein. Es ist daher bedeutsam, dass professionell begleitende Teams, wie etwa die Hauskrankenpflege, Signale einer drohenden Erschöpfung bei Angehörigen möglichst frühzeitig erfassen. Dafür stehen verschiedene bewährte Assessment-Instrumente wie etwa der Zarit-Burden-Fragebogen (Seng et al. 2010), das Carers' Alert Thermometer (CAT) (Knighting et al. 2015) oder der modifizierte Caregiver Strain Index (Kruit-hof et al. 2015) zur Verfügung.

3.1 Warnsignale, die auf eine zunehmende körperliche und seelische Erschöpfung hinweisen

- Energiemangel, Schwächegefühl und chronische Müdigkeit
- das Gefühl der Überforderung, dass einem alles zu viel ist
- Nervosität und innere Unruhe, Schlafstörungen
- Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit
- Gefühl innerer Leere, Gefühlslosigkeit, Gedanken der Sinnlosigkeit

- Angstgefühle, Schuldzuweisungen, Gereiztheit, Gefühle von Wut und Ärger
- Vermeiden von Kontakten mit anderen Menschen, sozialer Rückzug
- Magen-Darm-Beschwerden, Herz-Kreislauf-Störungen, anhaltende Kopf- oder Rückenschmerzen

Wenn diese alarmierenden Anzeichen einer drohenden Erschöpfung nicht erkannt werden und nicht entsprechend rasch Entlastung geboten wird, kann sich daraus ein ausgeprägtes Fatigue-Syndrom entwickeln. Eine schon ältere Studie von Jensen und Given (1993) zeigte, dass 53 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen unter anhaltender Fatigue leiden. Der Grad dieser Erschöpfung korreliert mit dem Ausmaß, in welchem die Tage und Nächte der Angehörigen durch die Bedürfnisse des Kranken bestimmt sind. Um an den Anforderungen in einer häuslichen Pflege nicht zu zerbrechen und physisch wie psychisch gesund zu bleiben, ist es daher unerlässlich, dass pflegende Angehörige regelmäßige Auszeiten haben und dass sich die Verantwortung für die Versorgung des Kranken auf mehrere Personen aufteilt. Das bedeutet für die einzelnen Betreuungspersonen Entlastung und ein deutlich geringeres Risiko der Überforderung. Ebenso stellen eine frühzeitige psychosoziale und praktische Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch professionelle Hauskrankenpflege oder Palliativteams eine wesentliche Form der Entlastung dar.

Wie von Payne (2013) beschrieben, belegen auch Gallicchio et al. (2002), dass Frauen gegenüber Männern ein zweifach erhöhtes Risiko tragen, in derartige Erschöpfungszustände zu geraten. Auch hier liegt der Grund vor allem in den herrschenden traditionellen Rollenbildern. Männer sind, anders als Frauen, keinem sozialen Erwartungsdruck ausgesetzt, die Pflege zu übernehmen. Auch kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass „Männer die Übernahme einer Pflegeverantwortung eher reflektieren können, während bei Frauen ein verinnerlichtes Gefühl der Verpflichtung dazu besteht, welches weniger Raum für Reflexion zulässt“, wie Langehennig (2012, 22) schreibt. Als Konsequenz andauernder Überlastung kann das Erfüllen der Fürsorgepflichten dazu führen, dass die pflegenden Angehörigen selbst erkranken. Sie werden zu Sekundärpatientinnen und -patienten, und nicht selten werden sie in der Folge selbst pflege- und betreuungsbedürftig (Bold/Deußen 2013, 109).

In der Pflege meines Mannes ist nicht nur mein Körper, sondern auch meine Seele kaputt gegangen. (Aussage einer pflegenden Angehörigen)

4. Angehörige als Expertinnen und Experten

In der häuslichen Pflege eignen sich die Angehörigen zunehmend Wissen über die Erkrankung und pflegerisches Können an. Sie werden zu Expertinnen und Experten für die Versorgung ihres Kranken und kennen den Patienten oder die Patientin meist sehr gut, wissen also um seine oder ihre Vorlieben und Abneigungen. Und selbst bei sehr eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit des Patienten oder der Patientin können sie deren Wünsche gleichsam erraten. Oft sind es die kleinen, vertrauten und liebevollen Gesten, das Erfüllen spontaner Wünsche und das fürsorgliche Bemühen der Angehörigen, die ganz wesentlich zum Wohlbefinden der Kranken beitragen. Durch das Erlernen pflegerischer Fertigkeiten, die zunehmende Fähigkeit der Angehörigen, Symptome zu erkennen und sie richtig zu interpretieren, und auch durch immer mehr Wissen um Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente steigt die Kompetenz der pflegenden Angehörigen. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass sie sich einerseits kompetent, andererseits oft zugleich auch sehr hilflos fühlen. Häufig werden Gefühle von Verunsicherung und Unzulänglichkeit beschrieben. Abhängig vom Ausmaß und der Qualität professioneller Unterstützung lernen die Angehörigen in der häuslichen Pflege oft nur mittels Versuch und Irrtum. Auch wenn sie damit oft erfolgreich sind, so ist dies immer auch mit einem hohen Maß an Unsicherheit verbunden. Pflegende Angehörige äußern häufig Ängste, etwas falsch zu machen (Stajduhar 2013, 659). Es ist daher besonders wichtig, dass pflegende Angehörige auf fachliche Anleitung und Schulung in pflegerischen Belangen und auf die Unterstützung eines Hauskrankenpflege- oder Palliativteams zählen können. Dabei hat sich gezeigt, dass ein rund um die Uhr telefonisch erreichbarer Bereitschaftsdienst eines professionellen Pflegedienstes die subjektive Sicherheit der Angehörigen deutlich erhöht. Es wird als große Entlastung wahrgenommen, wenn sich die Angehörigen in unsicheren Situationen telefonisch rückversichern können. Allein schon das Wissen um diese Möglichkeit wirkt sich positiv auf ihr Sicherheitsgefühl aus.

5. Angehörige als Bewahrerinnen und Bewahrer der Normalität

Laut einer Untersuchung von Stajduhar et al. (2010) verbringen Menschen mit terminalem Krankheitsverlauf die meiste Zeit des letzten Lebensjahres zu Hause. Sie werden dort betreut und gepflegt und die Mehrheit wünscht sich auch, dort zu sterben (Kristjanson/Aoun 2004). Dieser Wunsch entspringt meist nicht nur dem Bedürfnis nach Geborgenheit in der vertrau-

ten Umgebung, er ist auch mit der Sehnsucht nach Normalität verbunden. Zu Hause können, anders als bei institutioneller Betreuung, individuelle Tagesabläufe und persönliche Rituale, auch in fortgeschrittener Krankheitssituation, weitgehend aufrechterhalten werden. Für die Angehörigen kann die Aufrechterhaltung des familiären Alltags neben den Pflege- und Betreuungserfordernissen aber eine große Herausforderung darstellen. Sie geraten mitunter in ein Spannungsfeld zwischen ihren eigenen Bedürfnissen, den familiären Anforderungen, den Bedürfnissen des Kranken und dem Bemühen um Normalität. Pflegende Angehörige beschreiben es gleichsam als Balanceakt, als „living on the edge“ (Northfield/Nebauer 2010, 571), den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Gelingt es Familien, Normalität (zumindest einigermaßen) wiederherzustellen, so kann trotz dynamischer Veränderungen des Krankheits- oder Betreuungsgeschehens für eine gewisse Zeit Stabilität und Kontrolle über die Lebenssituation und deren Anforderungen erlebt werden (Penrod et al. 2012). Diese relative Sicherheit und Stabilität der Angehörigen wirkt sich ganz unmittelbar positiv und beruhigend auf die Patientinnen und Patienten aus und oft ist zu beobachten, wie sich auch ihre Situation stabilisiert.

6. *Angehörige als Bündnispartnerinnen und -partner für professionell Betreuende*

Für die Kranken stellen ihre Angehörigen die bedeutsamste Unterstützung dar, daher sind sie auch von den professionell Betreuenden als wichtige Bezugspersonen und Partnerinnen oder Partner anzuerkennen (Stenberg et al. 2012). In der häuslichen Betreuung gewährleisten Angehörige die Kontinuität der Pflege, sie leisten nicht nur Basispflege, sondern meist auch komplexe pflegerische Versorgung. Sie verabreichen Medikamente, überwachen die Symptomlinderung und stellen auch eine überaus wichtige Informationsquelle für das professionelle Betreuungsteam dar. Angehörige beschaffen Pflegehilfsmittel und Medikamente, stellen Anträge und organisieren Arztvisiten und Kontrolltermine, was, wie Penrod et al. (2012, 7) beschreiben, mitunter zu „hektischen Stundenplänen“ der Angehörigen führt. Pflegende Angehörige berichten oft, dass diese organisatorischen Aufgaben eine große Belastung darstellen.

Angehörige stellen eine wertvolle und entlastende Ressource nicht nur für die Kranken, sondern auch für das professionell betreuende Team dar. Es ist daher von besonderer Bedeutung, dass den Angehörigen mit Wertschätzung und Respekt begegnet wird. Mit Fortschreiten der Erkrankung sind pflegende Angehörige bisweilen mit rasch wechselnden Anforderun-

gen konfrontiert. Krisenhafte Situationen sind nicht selten. Eine mit den Angehörigen gemeinsam erstellte vorausschauende Planung für Krisen- und Notfallsituationen trägt dazu bei, dass die Angehörigen auch in Akutsituationen handlungsfähig bleiben und diese Krisen durch entsprechende, vorab angeordnete Maßnahmen bewältigen können (Lederer et al. 2015). Von professionell Betreuenden brauchen pflegende Angehörige nicht nur umfassende Information und Schulung, sondern auch Wertschätzung und Anerkennung als Partnerinnen und Partner im gemeinsamen Bemühen um das Wohlergehen der Patientin oder des Patienten. Das Bündnis zwischen Angehörigen und professionell Pflegenden gewährleistet eine fachlich entsprechende Versorgung der Patientinnen und Patienten und auch die bestmögliche Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Eine mögliche Überforderung der Angehörigen kann frühzeitig erfasst werden und durch konkrete Entlastungsangebote kann drohender Erschöpfung entgegengewirkt werden.

7. Angehörige als Trauernde

Neben den vielfältigen Anforderungen, mit denen pflegende Angehörige konfrontiert sind, darf nicht übersehen werden, dass sie nicht nur Mitbetroffene, sondern zugleich auch Trauernde sind. Sie haben nicht nur die Trauer um den Verlust des bisherigen Lebens zu bewältigen, sie erfahren auch antizipierte Trauer um den drohenden endgültigen Verlust des Patienten oder der Patientin. Eine aktuelle dänische Studie von Nielsen et al. (2016) zeigt, dass bei 15 Prozent der 432 untersuchten pflegenden Angehörigen starke antizipierte Trauersymptome in Form eines Pre-Loss-Syndroms festgestellt wurden. Dabei ist den Betroffenen häufig nicht bewusst, dass die intensiv erlebten Gefühle bereits Ausdruck ihrer Trauer sind. Während bisher davon ausgegangen wurde, dass sich eine antizipierte Trauer positiv auf die Trauer nach dem Tod des Patienten oder der Patientin auswirkt, belegt eine weitere Untersuchung von Nielsen et al. (2017) einen erschwerenden, negativen Einfluss. Ähnlich wie schon Nanni et al. (2014) gehen auch Nielsen et al. davon aus, dass eine starke antizipatorische Trauerreaktion einen Indikator für eine nachfolgende erschwerte Trauer darstellt.

Für die professionelle Unterstützung der betreuenden Angehörigen ist es wichtig, diese Trauerreaktionen zu erkennen und die Angehörigen in beiden Rollen – als mitbetroffene Pflegeperson und als Trauernde – wahrzunehmen (Brobäck/Berterö 2003). Wenn dies gelingt und Angehörige entsprechende Unterstützung durch ein professionelles Team erhalten,

können die Erfahrungen in der häuslichen Betreuung des Kranken zur Bewältigung der momentanen und auch der nachfolgenden Trauer beitragen.

8. *Angehörige als Leistungserbringerinnen und -erbringer für das Sozial- und Gesundheitssystem*

Es kann davon ausgegangen werden, dass unser Gesundheitssystem ohne die Leistungen pflegender Angehöriger nicht aufrechtzuerhalten wäre. Sie leisten mit der häuslichen Betreuung einen unschätzbaren wichtigen Beitrag, oft zulasten ihrer eigenen Gesundheit. Würde auch nur die Hälfte der aktuell 947.000 pflegenden Angehörigen die Betreuung niederlegen, so würde das österreichische Gesundheits- und Pflegesystem vor nicht zu bewältigenden organisatorischen und finanziellen Herausforderungen stehen (Sell 2018). Damit ist auch der ökonomische Wert häuslicher Pflege nicht zu unterschätzen. Den pflegenden Angehörigen gebührt Dank, Respekt, gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung. Das erklärt im Übrigen auch die frühere Sozialministerin Beate Hartinger-Klein und ergänzt: „Wir werden die Ergebnisse der Studie nun genau analysieren und prüfen bereits erste, kurzfristig umsetzbare Maßnahmen zur Beratung und Sensibilisierung.“ Weiters versichert sie: „Auf Basis der Studienergebnisse werden abschließend Empfehlungen ausgearbeitet, die sowohl für die Lebensqualität und das Wohlbefinden pflegender Angehöriger als auch für die Weiterentwicklung des österreichischen Systems für pflegende Angehörige notwendig sind.“³

Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von häuslicher Pflege sind hinlänglich bekannt. Um Pflege und Betreuung zu Hause längerfristig leisten zu können und dabei auch gesund zu bleiben, brauchen Angehörige nicht weitere Empfehlungen, sondern ganz konkrete, praktische und psychosoziale Unterstützung sowie jede mögliche Form der Entlastung. Im Fokus professionell betreuender Teams kann daher nicht nur der Patient bzw. die Patientin sein, das Bemühen des Teams muss sich auch auf die pflegenden Angehörigen ausweiten – es bedarf einer familienorientierten Betreuung. Die vielfältigen Belastungen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind, wurden bereits umfassend erforscht, aber darüber,

3 Hartinger-Klein: „Pflege braucht Service und Qualität, in: https://www.ots.at/press-eaussendung/OTS_20180511_OTS0024/hartinger-klein-pflege-braucht-service-und-qualitaet [18.02.2020].

welche entlastenden Maßnahmen von den Angehörigen tatsächlich als wirksam erlebt werden, bedarf es noch weiterer Forschung.

8.1 Interventionen zur Entlastung pflegender Angehöriger

Im Rahmen eines Familiengesprächs kann geklärt werden, wer aus der Familie und dem näheren sozialen Umfeld neben der Haupt-Pflegeperson mitbetreuen und Unterstützung bieten kann. In diesen Familiengesprächen können auch die individuellen Belastungen und Bedürfnisse, sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Angehörigen erfasst werden. In der Praxis erweisen sich diese Gespräche vielfach als klärend und entlastend.

Pflegende Angehörige bedürfen einer ressourcenorientierten fachlichen Beratung und Begleitung durch ein professionelles Hauskrankenpflege- oder Palliativteam. Wie die bereits eingangs erwähnte Statistik des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016) zeigt, verzichten derzeit 78 Prozent der pflegenden Angehörigen auf professionelle Unterstützung. Es wäre daher zu überlegen, ob eine verpflichtende Einbeziehung eines professionellen Dienstes, vor allem bei höheren Pflegestufen, zur Entlastung beitragen könnte. Dabei wäre eine Personalkontinuität in der professionellen Unterstützung vorteilhaft. Flexible, kurzfristig abrufbare Angebote für stundenweise Präsenzdienste würden einen weiteren Beitrag zur Entlastung der Angehörigen bieten.

Die Gewährleistung regelmäßiger und ausreichender Auszeiten für die Haupt-Pflegeperson durch das soziale Umfeld oder durch ehrenamtliche Präsenzdienste würde entlasten. Diese Unterstützungsangebote würden auch der zunehmenden sozialen Isolation der Angehörigen entgegenwirken. Die Praxis zeigt: Je früher diese Entlastungsstrategien eingesetzt werden, desto eher können sie von den Betroffenen akzeptiert werden. Da sich die Belastungen durch permanent gestörte Nachtruhe besonders negativ auf die Gesundheit pflegender Angehöriger auswirken, wäre die Möglichkeit eines anlassbezogenen, fallweisen Nachtdienstes wünschenswert.

Durch ein systematisches Assessment mit adäquaten Assessment-Instrumenten können die Belastung und eine mögliche Überforderung pflegender Angehöriger erfasst werden. (Honea et al. 2008). Die wiederholte Einschätzung der Belastung pflegender Angehöriger ist wesentlich, um Erschöpfungszuständen im Sinne eines Caregiver-Burdens frühzeitig und wirksam begegnen zu können.

Wiederholte Information, Beratung, praktische Anleitung und Hilfestellung durch professionelle Pflegeteams führen zu Entlastung und einer hö-

heren Sicherheit pflegender Angehöriger. Bei Fragen oder Unsicherheit bietet die Erreichbarkeit einer telefonischen Pflege-Beratung Entlastung, auch ein pflegerischer 24-Stunden-Bereitschaftsdienst würde dazu beitragen, dass Angehörige die häusliche Pflege längerfristig leisten können.

Vorausschauende Krisen- und Notfallplanung mit klaren schriftlichen Handlungsanleitungen und eine rund um die Uhr erreichbare telefonische Beratung stellen sicher, dass krisenhafte Situationen im häuslichen Umfeld bewältigt werden können und nicht zu einer vermeidbaren Krankenhaus-einweisung führen.

Um die finanziellen Belastungen in der häuslichen Pflege zu reduzieren, bedarf es einer Valorisierung des Pflegegeldes und höhere Zuschüsse für vorhandene Dienste und Hilfsmittel.

Da die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und häuslicher Pflege für viele Angehörige ein großes Problem darstellt und die häusliche Betreuung oft an dieser Unvereinbarkeit scheitert, braucht es neue Arbeitszeitmodelle und entsprechende Unterstützung für berufstätige pflegende Angehörige.

9. Fazit

Durch die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes ergeben sich für die Angehörigen zusätzlich zur bisherigen Grundbelastung durch Beruf und Alltagsroutine vielfältige Aufgaben, die übernommen werden müssen. Häufig verändern sich die bisherigen Rollenverteilungen innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes. Lang erprobte und eingespielte Rollen und Beziehungen verändern sich und die Angehörigen sind dadurch mit dem Erfordernis einer Neukonstruktion ihrer Rolle und Identität konfrontiert.

Viele Angehörige erleben die häusliche Pflege eines schwer kranken Familienmitgliedes durchaus als zutiefst positive und wertvolle Erfahrung. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass die häusliche Pflege und Betreuung eines schwerkranken Menschen eine enorme Herausforderung für das gesamte familiäre System darstellt. Nur wenn alle Mitglieder der Familie eine Betreuungsverpflichtung übernehmen, Unterstützungsangebote professioneller Dienste und auch aus dem Freundeskreis angenommen werden und nur wenn der Hauptpflegeperson auch regelmäßig freie Zeit zur Erholung zugestanden wird, kann die häusliche Pflege zu einer wertvollen und bereichernden Erfahrung werden.

Angehörige leisten oft Pflege und Betreuung rund um die Uhr; sie tun dies, ohne über die entsprechende Ausbildung dafür zu verfügen, und sie leisten diese Arbeit oft bis an die Grenze ihrer Kräfte. In einer Situation, in

der sie selbst enormen emotionalen und körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, stellen sie eigene Bedürfnisse in den Hintergrund. Damit pflegende Angehörige diese Leistung erbringen können und durch die Belastungen nicht selbst erkranken und zu Patientinnen oder Patienten werden, müssen dafür bestmögliche Rahmenbedingungen geschaffen und umfassende Unterstützung geboten werden. Noch mehr als bisher wird es darauf ankommen, dass pflegende Angehörige gesellschaftliche Solidarität und Wertschätzung erfahren – eine Wertschätzung, die sich auch in entsprechenden Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege ausdrückt.

Literatur

- Adelman, Ronald D./Tmanova, Lyubov L./Delgado, Diana/Dion, Sarah/Lachs, Mark S.: Caregiver Burden. A Clinical Review, in: *Journal of the American Medical Association* 311/10 (2014) 1052–1060.
- Arksey, Hilary: Combining informal care and work. Supporting carers in the workplace, in: *Health and Social Care in the Community* 10/3 (2002) 151–161.
- Bausewein, Claudia: Sterbende begleiten. Ignatianische Impulse, Würzburg: Echter 2009.
- BMASGK veröffentlicht Studie zur Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger, in: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180816_OTS0108/bmaskk-veroeffentlicht-studie-zur-einsicht-in-die-situation-pflegender-angehoeriger [18.02.2020].
- Bold, Stefanie/Deußen, Marina: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, München: Hampp 2013 (= Praxisorientierte Personal- und Organisationsforschung 16).
- Brobäck, Gunilla/Berterö, Carina: How next of kin experience palliative care of relatives at home, in: *European Journal of Cancer Care* 12/4 (2003) 339–346.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016, Wien: 2017, in: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=449> [21.02.2020].
- Carlander, Ida/Sahlberg-Blom, Eva/Hellström, Ingrid/Ternstedt, Britt-Marie: The modified self. Family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home, in: *Journal of Clinical Nursing* 20/7–8 (2011) 1097–105.
- Feichtner, Angelika/Pußwald, Bettina: Palliative Care. Unterstützung der Angehörigen, Wien: Facultas 2017.
- Gallicchio, Lisa/Siddiqi, Naumann/Langenberg, Patricia/Baumgarten, Mona: Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community, in: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17/2 (2002) 154–163.
- George, Wolfgang/George, Ute/Bilgin, Yasar: Angehörigenintegration in der Pflege, München: Reinhardt 2003.

- Götze, Heide/Brähler, Elmar/Gansera, Lutz/Schnabel, Astrid/Köhler, Norbert: Erschöpfung und Überlastung pflegender Angehöriger von Krebspatienten in der palliativen Situation, in: PPMp – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 65/2 (2014) 66–72.
- Gomes, Barbara/Higginson, Irene J.: Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer. Systematic review, in: British Medical Journal 332/7540 (2006) 515–521.
- Gröning, Katharina/Kunstmann, Anne-Christin/Rensing, Elisabeth: In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege, Frankfurt am Main: Mabuse 2004.
- Hartinger-Klein: „Pflege braucht Service und Qualität, in: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180511_OTS0024/hartinger-klein-pflege-braucht-service-und-qualitaet [18.02.2020].
- Honea, Norissa/Brintnall, Ruth Ann/Given, Barbara/Sherwood, Paula R./Colao, Deirdre B./Somers, Susan C./Northhouse, Laurel: Putting Evidence Into Practice. Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden, in: Clinical Journal of Oncology Nursing 12/3 (2008) 507–516.
- Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger: FACTSHEET – Pflegesituation in Österreich, in: https://www.ig-pflege.at/downloads/news/2017/FACTSHEET_2017_LOGO.pdf?m=1495009759 [18.02.2020].
- Jensen, Susan/Given, Barbara: Fatigue affecting family caregivers of cancer patients, in: Support Care Cancer 1/6 (1993) 321–325.
- Knighting, Katherine/O’Brien, Mary R./Roe, Brenda/Gandy, Rob/Lloyd-Williams, Mari/Nolan, Mike/Jack, Barbara: Development of the Carers’ Alert Thermometer (CAT) to identify family carers struggling with caring for someone dying at home. A mixed method consensus study, in: Biomedcentral Palliative Care 14 (2015).
- Kreyer, Christiane/Pleschberger, Sabine: Selbstmanagementstrategien von Familien in der Palliative Care zu Hause. Eine Metasynthese, in: Pflege 27/5 (2014) 307–324.
- Kristjanson, Linda J./Aoun, Samar: Palliative Care for Families. Remembering the Hidden Patients, in: The Canadian Journal of Psychiatry 49/6 (2004) 359–365.
- Kruithof, Willeke J./Post, Marcel W./Visser-Meily, Johanna M.: Measuring negative and positive caregiving experiences. A psychometric analysis of the Caregiver Strain Index Expanded, in: Clinical Rehabilitation 29/12 (2015) 1224–1233.
- Kunstmann, Anne-Christin: Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010 (= Theorie und Praxis der Diskursforschung).
- Lederer, Wolfgang/Graube, Stefanie/Feichtner, Angelika/Medicus, Elisabeth: The Palliative Treatment Plan as a Bone of Contention between Attending Physicians and Nurses, in: Healthcare 3/4 (2015) 987–994.

- Nagl-Cupal, Martin/Kolland, Franz/Zartler, Ulrike/Mayer, Hanna/Bittner, Marc/Koller, Martina/Pariset, Viktoria/Stöhr, Doreen: Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke, Wien: 2018.
- Nagl-Cupal, Martin/Daniel, Maria/Kainbacher, Manuela/Koller, Martina/Mayer, Hanna/Hauprich, Julia: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Einblick in die Situation Betroffener und Möglichkeiten der Unterstützung, Wien: ÖGB 2015 (= Sozialpolitische Studienreihe 19), in: http://www.studienreihe.at/cms/Z02/Z02_2.a/1342558553555/bisherige-studien/studien-einzelband-uebersicht/band-19-kinder-und-jugendliche-als-pflegende-angehoerige [21.02.2020].
- Nanni, Maria Giulia/Biancosino, Bruno/Grassi, Luigi: Pre-loss symptoms related to risk of complicated grief in caregivers of terminally ill cancer patients, in: *Journal of Affective Disorders* 160 (2014) 87–91.
- Nielsen, Mette Kjaergaard/Neergaard, Mette Asbjørn/Jensen, Anders Bonde/Bro, Fleming/Guldin, Mai-Britt: Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients. A nationwide population-based cohort study, in: *Supportive Care in Cancer* 24/7 (2016) 3057–3067.
- Nielsen, Mette Kjaergaard /Neergaard, Mette Asbjørn/Jensen, Anders Bonde/Bro, Fleming/Guldin, Mai-Britt: Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement, in: *Clinical Psychology Review* 44 (2016) 75–93.
- Nielsen, Mette Kjaergaard/Neergaard, Mette Asbjørn/Jensen, Anders Bonde/Bro, Fleming/Guldin, Mai-Britt/Vedsted, Peter: Preloss grief in family caregivers during end-of-life cancer care. A nationwide population-based cohort study, in: *Psycho-Oncology* 26/12 (2017) 2048–2056.
- Northfield, Sarah/Nebauer, Monica: The Caregiving Journey for Family Members of Relatives With Cancer. How Do They Cope?, in: *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14/5 (2010) 567–577.
- Payne, Sheila/Grande, Gunn: Towards better support for family carers. A richer understanding, in: *Palliative Medicine* 27/7 (2013) 579–580.
- Penrod, Janice/Hupcey, Judith E./Shipley, Peggy Z./Loeb, Susan J./Baney, Brenda: A Model of Caregiving Through the End of Life. Seeking Normal, in: *Western Journal of Nursing Research* 34/2 (2012) 174–193.
- Pochobradsky, Elisabeth/Bergmann, Franz/Brix-Samoylenko, Harald/Erfkamp, Henning/Laub, Renate: Situation pflegender Angehöriger. Endbericht (2005), in: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=176> [24.02.2020].
- Sell, Stefan: Pflegende Angehörige als größter Pflegedienst der Nation – auch in Österreich. Eine Studie hat genauer hingeschaut, in: <http://aktuelle-sozialpolitik.de/2018/08/19/pflegende-angehoerige-als-groesster-pflegedienst-der-nation-auch-in-oesterreich/> [18.02.2020].

- Seng, Boon K./Luo, Nan/Ng, Wai Yee/Lim, June/Chionh, Hui Ling/Goh, Jenny/ Yap, Phillip: Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden, in: *Annals of the Academy of Medicine* 39/10 (2010) 758–763.
- Stajduhar, Kelli/Davies, Betty: Variations in and factors influencing family members' decisions for palliative home care, in: *Palliative Medicine* 19/1 (2005) 21–32.
- Stajduhar, Kelli/Funk, Laura/Toye, Christine/Grande, Ge/Aoun, Samar/Todd, Chris J.: Part 1: Home-based family caregiving at the end of life. A comprehensive review of published quantitative research (1998-2008), in: *Palliative Medicine* 24/6 (2010) 573–593.
- Stajduhar, Kelli: Burdens of family caregiving at the end of life, in: *Clinical and Investigative Medicine* 36/3 (2013) E121–E126.
- Statistik Austria: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, in: http://www.statistik.at/webde/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html [18.05.2018].
- Stenberg, Una/Ruland, Cornelia M./Olsson, Mariann/Ekstedt, Mirjam: To Live Close to a Person With Cancer. Experiences of Family Caregivers, in: *Social Work in Health Care* 51 (2012) 909–926.
- Wright, Lorraine M./Leahey, Maureen: Calgary Family Intervention Model. One way to think about change, in: *Journal of Marital and Family Therapy* 20 (1994) 381–395.
- Zalenski, Robert J./Raspa, Richard: Maslow's Hierarchy of Needs. A Framework for Achieving Human Potential, in: *Hospice.Journal of Palliative Medicine* 9/5 (2006) 1120–1127.
- Zarit, Steven H./Todd, Pamela A./Zarit, Judy M.: Subjective burden of husbands and wives as caregivers. A longitudinal study, in: *Gerontologist* 26/3 (1986) 260–266.

Gelebte Traumapädagogik im stationären Setting. Primärprävention von Gewalt und Deeskalation

Andrea Schober

Zum Alltag an einer Akutstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört die besondere Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen, welche traumatisierende Erfahrungen machen mussten. Es handelt sich um Kinder und Jugendliche, die in ihrer frühen Kindheit in den Familien anhaltende Erfahrungen von Gewalt, Verwahrlosung und Vernachlässigung machen mussten. Entwickeln diese Kinder und Jugendlichen dadurch chronische Traumafolgestörungen, kommen sie meist als Patientinnen und Patienten zu einem therapeutischen Aufenthalt, aber auch zu einem Krisenaufenthalt in die Abteilung. Ziel des Aufenthaltes ist zuerst die emotionale und soziale Stabilisierung.

Der alltägliche Umgang und das Miteinander mit den Patientinnen und Patienten in der Gruppe stellt oft das gesamte Team vor große Herausforderungen. Die Grundsätze der traumapädagogischen Arbeit wurden häufig diskutiert.

Ausgestattet mit dem entsprechenden Fachwissen ist es möglich, dass die Kinder und Jugendlichen die adäquate Stabilisierung und Behandlung bekommen, die sie benötigen. Grundlage hierfür ist die Schaffung eines möglichst sicheren Ortes mit verlässlichen und vertrauensvollen Beziehungen. Dabei spielen der Aufbau von Vertrauen und von professionellen Beziehungen sowie die Unterstützung bei der Bewältigung von traumatischen Ereignissen eine wichtige Rolle. Zu Beginn wurden ein kleines multiprofessionelles Team ausgebildet und die Grundsätze der Traumapädagogik als Konzept im Alltag implementiert. Damit die Implementierung an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Akutstation gelingen kann, bedarf es unterschiedlicher Voraussetzungen, welche sowohl strukturell als auch organisatorisch und personell auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu denken sind. Allem voran steht jedoch die Etablierung der traumapädagogischen Grundhaltung im gesamten Team.

Die wesentliche Basis der Traumapädagogik stellt die traumapädagogische Grundhaltung dar. Eine wertschätzende und verstehende Haltung bildet das Fundament. Die Patientinnen und Patienten haben in ihrem bisherigen Leben vieles überstanden und sind somit die Expertinnen und Exper-

ten für sich selbst. Sie schützen sich vor unangenehmen Gefühlen und handeln unbewusst danach. Ihre Verhaltensweisen sind erlernte und dadurch für sie normale Reaktionen, um mit der hohen „Stressbelastung“ überleben zu können. Sie verdienen höchste Wertschätzung, auch wenn dies oftmals schwer anzuerkennen ist: „Du bist, wie du bist, und es ist gut, wie du bist.“

Die Verhaltensweisen der Mädchen und Jungen sind normale Reaktionen auf eine extreme Stressbelastung. Sie haben für ihre Vorannahmen, Reaktionen und Verhaltensweisen einen „guten Grund“. Sie haben in ihrem Leben bislang viel überstanden und geleistet. Wir unterstützen sie bei der Akzeptanz ihrer seelischen Wunden, Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten. Wir stellen unser Fachwissen zur Verfügung, doch sie sind selbst die Expertinnen und Experten für ihr Leben, für das Bestehen in schwierigen Lebenslagen (Weiß 2013).

1. Definition Psychotraumatologie

Analog und in Abgrenzung zur somatischen Traumatologie (von griech. Trauma = Verletzung) steht der Begriff der Psychotraumatologie. Dieser befasst sich mit der Entstehung, der Erfassung, dem Verlauf und der Behandlung von seelischen Verletzungen, die als Folge extrem belastender und/oder lebensbedrohlicher Ereignisse auftreten (Landolt 2004). Leonore Terr (1991) unterscheidet Typ-1- und Typ-2-Traumata. Unter Typ 1 versteht man akute, unvorhergesehene und einmalige Ereignisse, wie zum Beispiel einen Unfall oder eine Geiselnahme. Typ-2-Traumata treten wiederholt oder anhaltend auf und sind teilweise vorhersehbar (Terr 1991).

Die Kenntnisse der verschiedenen Traumata und der unterschiedlichen Wirkfaktoren bilden die Grundlage für eine angemessene Hilfe (Weiß 2008). Anette Engfer definiert folgende gesicherte Risikofaktoren:

- emotionale, körperliche oder sexuelle Misshandlung,
- elterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- ärmliche Verhältnisse, elterlicher Verlust der Arbeit,
- Trennung/Scheidung/Wiederverheiratung/väterliche Abwesenheit,
- mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr,
- körperliche und/oder psychische Erkrankungen der Eltern,
- chronische familiäre Disharmonie,
- Kriminalität und Dissozialität eines Elternteiles,
- Umzüge, Schulwechsel,

- ernste Erkrankungen in der Kindheit und
- körperliche Gewalt in der Familie. (Engfer 2000, 14)

Als weitere Risikofaktoren gelten emotionale und körperliche Vernachlässigung, anhaltende Abweisung, häusliche Gewalt, ungebührliche elterliche Machtausübung, wie zum Beispiel das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom, Unfälle, Krankenhausaufenthalte, (gewaltsamer) Tod eines Familienangehörigen, Obdachlosigkeit, Flucht, Krieg, Naturkatastrophen sowie körperliche und geistige Behinderungen (Weiß 2008, 21).

Stationäre Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen bedeutet, zwischenmenschliche, räumliche und institutionelle Perspektiven zu erkennen und diese umzusetzen, damit eine fachliche Kontinuität und Stabilität in personeller und in struktureller Hinsicht gewährleistet werden kann. Es entstehen institutionelle Anforderungen an die Leitungsebene. Das Organisationsmanagement innerhalb der Abteilung muss ständig evaluiert werden. Komplexe Anforderungen an jeden einzelnen Mitarbeiter und jede einzelne Mitarbeiterin sowie an das gesamte multiprofessionelle Team müssen berücksichtigt werden.

2. Anforderungen an die Institution und die Führungskräfte

Die innere Grundhaltung im Sinne von Überzeugungen und Wertvorstellungen von Menschen bildet sich über einen langen Zeitraum heraus und wird über frühe Erfahrungen im sozialen Umfeld erworben und im Erwachsenenalter stabil gehalten. Diese kann nur sehr langfristig verändert werden. Gerade unter Belastung und Stress halten Menschen an ihren ureigenen Wertvorstellungen fest.

Deshalb braucht es nicht nur Qualifikationen, sondern auch eine wertorientierte Organisationseinheit, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Alltag Orientierung und Führung erfahren (Schirmer 2013, 246).

- Leitbild: Die gemeinsame Erstellung eines Leitbildes mit dazugehörigen Leitsätzen ist unumgänglich. Definiert werden müssen darin Atmosphäre, pädagogische Haltung, Pädagogik und Individualität, Würde, Wertschätzung, Vorbild, Lebensfreude, Spiritualität, Überzeugungen sowie Art und Weise des Umgangs miteinander – nach innen und außen.
- Qualitäts- und Risikomanagement: Definition von Risiken, Prozessabläufe, Krisenmanagement. Richtlinien und Serviceunterlagen müssen für jeden Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin klar sein. Konzepte für al-

- le Teilbereiche müssen aufliegen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen danach ihre Handlungsabläufe richten.
- **Personalmanagement:** Das Team ist multiprofessionell und besteht aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie Lehrerinnen und Lehrern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen über eine hohe Reflexionsfähigkeit, Belastbarkeit, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, Humor sowie emotionale Stabilität verfügen. Besonderes Augenmerk muss man auf ausreichende Personalressourcen richten.
 - **Bauliche und räumliche Gegebenheiten** sollten so gestaltet sein, dass folgende Rahmenbedingungen erfüllt werden können:
 - Sicherung der Grundbedürfnisse und Wahrung der Intimsphäre
 - Zimmer (Einzelzimmer) als Rückzugsort – können durch die Patientinnen und Patienten selbst gestaltet werden
 - Wohlfühlatmosphäre in den Gruppenräumen
 - Schutz vor dem Wiedererleben traumatischer Erfahrungen – siehe „sicherer Ort“
 - Klarheit, Übersichtlichkeit, Orientierung
 - **Organisations- und Zeitmanagement** in der Tages- und Wochenstruktur des jahreszeitlichen Kreislaufes müssen durch die Führungskräfte gesichert werden:
 - Sicherung der 24-Stunden-Betreuung im stationären therapeutischen Bereich und im Akutsetting (auch im Unterbringungsbereich)
 - Bezugs-/Beziehungspflege/Pädagogik
 - professioneller Beziehungsaufbau/Einzelbetreuungen
 - Alltagsgestaltung
 - gruppenspezifische Herausforderungen – alltägliches Zusammenleben der Gesamtgruppe
 - **Koordination des multiprofessionellen Behandlungsteams:** Die Kompetenzen sind berufsgruppenspezifisch, die „gemeinsame Sprache“ bildet die Basis. Menschliche Faktoren spielen dabei eine tragende Rolle, aber auch grundsätzliche Einstellungen und das zwischenmenschliche Klima.

3. Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In erster Linie geht es um Vertrauen und einen guten Austausch im Behandlungsprozess! Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen so gestärkt und/oder befähigt werden, dass sie ihre Aufgaben selbstverantwortlich lösen können. Dazu zählt der Erwerb von drei Grundkompetenzen für professionelles Handeln:

- Sachkompetenz: Diese erzielen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Aneignung von spezifischem Fachwissen.
- Selbstreflexion: Diese wird allgemein als eine der wichtigsten Kompetenzen in der sozialen Arbeit bezeichnet. Ihr Ziel ist es, die eigenen Verarbeitungsmuster zu erkennen und Belastungen zu reduzieren. Kindheitsgeschichten, Bindungsmuster, Geschlechterrolle, Sexualität und Motive des eigenen Handelns sollten Themen sein.
- Selbstfürsorge: Sie ist ein notwendiger Bestandteil der beruflichen Identität zum Erhalt der psychischen Gesundheit oder zur Verhinderung von Burnout. (Weiß 2008, 196 ff.)

3.1 Traumapädagogische Haltung – Haltungselement auf Mitarbeiterebene

Wir müssen unsere Patientinnen und Patienten mit ihrer Geschichte annehmen. Die Anpassungsbemühungen müssen als Überlebensstrategie verstanden werden (Aggression als Ressource). Interventionen, welche die Grundgefühle und Grundannahmen verstärken, müssen vermieden werden. Respekt vor der Lebensleistung unserer Patientinnen und Patienten ist oberstes Gebot (Weiß 2008).

4. Schutzfaktoren/Skills der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen und Patienten ist es notwendig, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor den spezifischen Belastungen durch kompensatorische Schutzfaktoren zu schützen (Weiß 2008, 206).

4.1 Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – Fortbildungen

Ein umfassendes Wissen über allgemeine Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter, insbesondere im Bereich der Psychotraumatologie, muss vorhanden sein. Dazu sind regelmäßige fachspezifische Fortbildungen im Bereich Traumapädagogik, Gesprächsführung/ Kommunikation, Deeskalations- und Sicherheitsmanagement erforderlich. Die Sicherung des Fortbildungstransfers muss gewährleistet sein, etwa in Form von abteilungsinternen Fortbildungen, gemeinsamen Fallbesprechungen, Interventionen oder Supervisionen. Durch die regelmäßigen Fortbildungen sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Fähigkeit bekommen, die emotionalen Grundbedürfnisse der Patientinnen und Patienten rechtzeitig zu erkennen, darauf einzugehen und danach zu handeln.

4.2 Supervision

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen die Möglichkeit bekommen, regelmäßige Supervisionen zu besuchen. Die Supervidierung der Arbeit ist wichtig, um zum Beispiel stellvertretende Traumatisierungen zu thematisieren. Des Weiteren können „Tabu-Themen“ wie Gegenübertragungsgefühle, Belastungen oder Verwicklungen in das eigene Schicksal angesprochen werden, und das im geschützten Rahmen (Weiß 2008, 208).

5. Ausgewählte Aspekte der Traumapädagogik

5.1 Der sichere Ort

Die Traumapädagogik beschreibt als Antwort auf das Erleben in den traumatisierenden Situationen und die daraus resultierenden Folgen wie Körperreaktionen, Emotionsregulation und Verhaltensstrategien die Notwendigkeit zur Bereitstellung eines „sicheren Ortes“, an dem die betroffenen Patientinnen und Patienten neue korrigierende Erfahrungen mit sich und ihrer Umwelt machen können, um sich neue Verhaltensstrategien erarbeiten zu können (Lang 2013, 136). Dieser sichere Ort wird in der Triade *Struktur – Mitarbeiter/-innen – Patientinnen/Patienten* beschrieben, wobei alle drei Aspekte in ihrer Bedeutung gleich zu gewichten sind (Lang et al. 2009).

	Balance der Sinneswahrnehmung	Emotionsregulation	Ressourcenstärkung	Selbstwirksamkeit
STRUKTUR	Farben / Materialien / heile Umgebung	Gefühlsraum	Einzelbetreuung	Hoheit über den eigenen Bereich
MIT=ARBEITER	Imaginations-, Achtsamkeitsübungen Freundlichkeit	Emotionales Versorgungsteam	Resilienzorientierte Weiterbildung	Selbstreflexion „hilflose Helfer“
KINDER/JUGENDLICHE	Massagen / Öle Aufmerksam machen	Gefühle kennenlernen, unterscheiden	Aktivitäten, die stark machen	Notfallkoffer

Abb. 1: Der sichere Ort (vgl. Lang et al. 2009)

An diesem sicheren Ort können die Patientinnen und Patienten positive Beziehungserfahrungen machen und emotional nachreifen. Entwicklungsschritte können nachgeholt und Selbstwirksamkeitserfahrungen gemacht werden. Wenn das gelingt, können sich die Kinder und Jugendlichen den eigenen Entwicklungsaufgaben und den Anforderungen der Gesellschaft stellen und diese auch bewältigen.

5.2 Selbstbemächtigung

Darunter versteht man, dass sich das Kind bzw. der oder die Jugendliche nicht länger als Objekt, sondern als handlungswirksames Subjekt erlebt (Weiß 2013).

5.2.1 Das Selbstverstehen – das „dreigliedrige Gehirn“

Zum Selbstverstehen zählt, dass die Kinder und Jugendlichen erkennen und wissen, dass Gewalt gegen Kinder häufig vorkommt und dass sie nicht schuld daran sind, sondern die Verantwortung bei den Erwachsenen liegt. Sie müssen verstehen lernen, dass die früheren Erfahrungen noch immer wirken und das Heute beeinflussen. Sie müssen wissen, wie der Körper

und der Kopf reagieren. Sie müssen gesellschaftliche Strukturen und deren Wirksamkeit erkennen (zum Beispiel Arm und Reich). Die Förderung dieses Wissens und des Selbstverstehens kann über das „dreigliedrige Gehirn“ veranschaulicht werden:

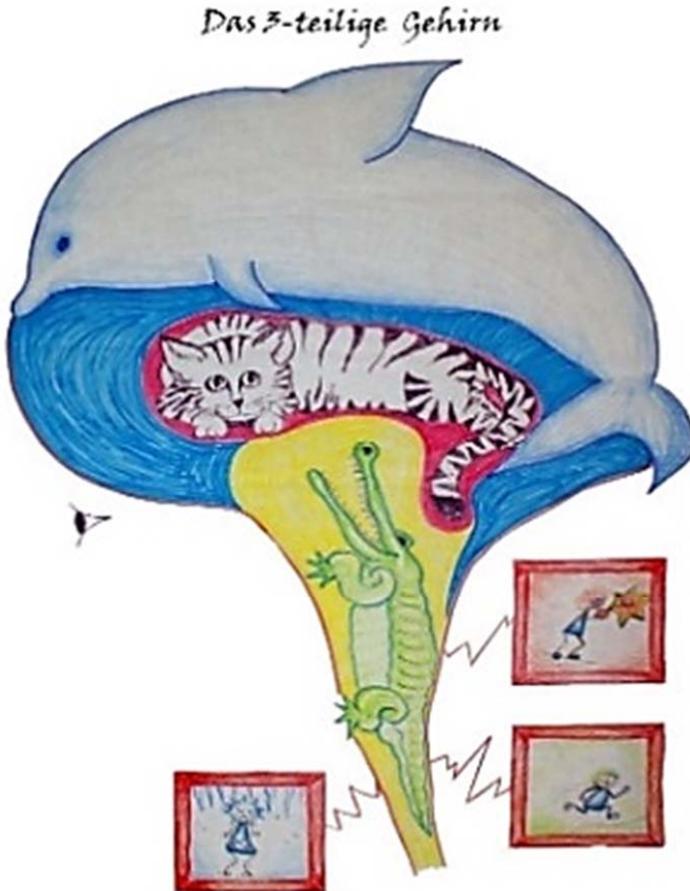


Abb. 2: Das dreigliedrige Gehirn (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2016)

Die Katze beschäftigt sich mit deinen alltäglichen Gefühlen.

Der Delfin denkt nach.

Das Krokodil ist der Autopilot für deinen Körper.

In sehr belastenden Situationen ist die Katze mit großen Gefühlen überfordert. Das Krokodil ist aktiv und löst Notfallprogramme aus (Kämpfen, Flüchten, Erstarren). Der Delfin kann nicht mehr denken. Es ist möglich, das Krokodil zu verstehen, die Katze zu beruhigen und einen Zugang zum Delfin zu finden. Somit kriegt man wieder Kontrolle über das Verhalten (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2016).

5.2.2 Die Selbstakzeptanz – das hilfreiche Wort „weil“ und der „gute Grund“

Die Akzeptanz von eigenen Schwierigkeiten, Wunden und Beeinträchtigungen ist Bestandteil der Traumaheilung. Die Unterstützung dieser Akzeptanz ist Bestandteil der traumapädagogischen Grundhaltung. Die Kinder und Jugendlichen haben einen guten Grund, so zu handeln, wie sie handeln. Und nun muss man den ganz eigenen Grund herausfinden. Dazu eignet sich das Wörtchen „weil“ ganz gut. Das Wort „weil“ lädt zum Antworten ein und transportiert eine wertschätzende Haltung: „Du tust das, weil ...?“ Die Annahme des guten Grundes lädt ein, über sich nachzudenken. Das Erkennen des guten Grundes ist Voraussetzung, um neue, weniger selbst- und fremdschädigende Verhaltensweisen entwickeln zu können (Weiß 2013, 149 ff.).

5.2.3 Die Selbstwahrnehmung – „Ich bin Kurt“

Selbstwahrnehmung ist die Wahrnehmung des Selbst und der eigenen Person. Die Sensibilisierung für die Körperempfindungen und Gefühle muss wieder erlernt werden. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben gelernt, ihre Gefühle abzuspalten. Abgespaltene Gefühle wie Wut oder Angst müssen wieder bewusst gemacht und integriert werden. Dazu eignen sich verschiedene Methoden (Weiß 2008, 110). An der KJP Graz gibt es dazu „Kurt“. Bei Kurt kann das Kind bzw. der oder die Jugendliche seine Ängste und Gefühle zum Ausdruck bringen und sie auch zeichnen. Wo im Körper nehme ich Stress wahr? Wo kribbelt es gerade? Wo wird mir heiß? Es entsteht eine persönliche Landkarte von Körperempfindungen bei Angst, Traurigkeit, Wut etc. – wie fühlt sich das in meinem Körper an?

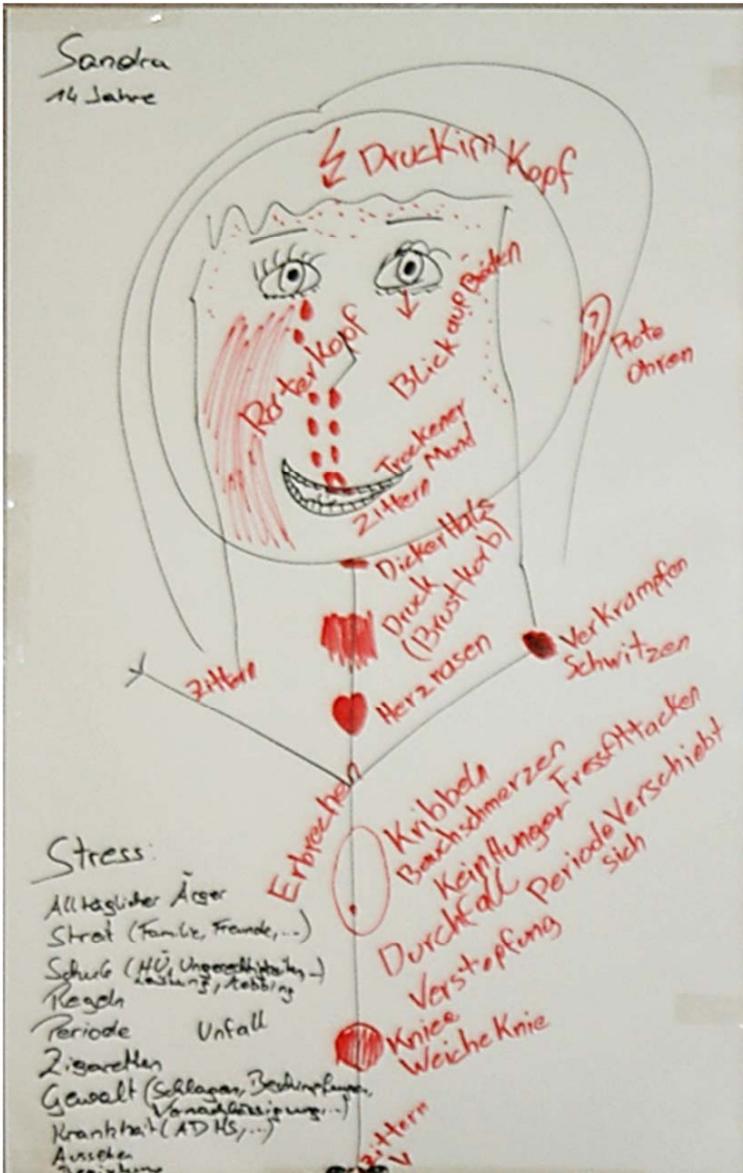


Abb. 3: Persönliche Landkarte von Körperempfindungen (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2016)

5.2.4 Die Selbstregulation – der innere sichere Ort

Traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen einen „inneren sicheren Ort“, um zu lernen, wie sie sich selbst zur Ruhe bringen, an sich glauben und sich selbst regulieren können. Selbstregulation umfasst den mentalen Umgang mit Gefühlen, Stimmungen und körperlichen Manifestationen (Weiß 2008, 113). Der innere sichere Ort definiert sämtliche notwendige Fähigkeiten zur Emotionsregulation, zum Spannungsabbau und zur Selbstberuhigung.

Bei der Förderung der Selbstregulation geht es um die Stabilisierung von Stressoren und um das Wahrnehmen, Erkennen und Versorgen von sekundären Traumasymptomen (Levine/Kline 2011):

- gezielte Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung,
- sprachliche Benennung von Empfindungen,
- Unterscheidung von angenehmer und unangenehmer Nähe,
- Erlernen, Trigger zu benennen.

In der Praxis kommen folgende Techniken zur Anwendung: Atemübungen, Selbstmassagen, Körperübungen, Gedankenstopp-Techniken, starke Sinnesreize, Entspannendes – alles, was „guttut“.

Der „persönliche“ Notfallkoffer oder Skills kommen dabei zum Einsatz. Diese sind sehr individuell und werden in stressfreien Zeiten geübt und trainiert.



Abb. 4 und 5: Notfallkoffer (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2016)

5.3 Transparenz

Transparenz verfolgt das Anliegen, Orte der Unberechenbarkeit zu Orten der Berechenbarkeit werden zu lassen. Für die Patientinnen und Patienten wird der Alltag durch regelmäßige Abläufe und die zeitliche Verfügbarkeit der Bezugspflege klar und berechenbar. „Ich habe jederzeit das Recht auf Klarheit!“

Die Berechenbarkeit, die Klarheit, die Vorhersehbarkeit sowie die Versteh- und Begründbarkeit schaffen Sicherheit (Lang et al. 2013, 118 ff.):

- transparente Abläufe im Alltag
- Erarbeitung von Wochenzielen
- Tagesstrukturplan – Was passiert heute?
- öffentlicher Dienstplan – Wer ist heute für mich da?
- Bezugspflege/Pädagogik – Wer ist er/sie? Was passiert, wenn er/sie frei hat? Wer hat heute Nachtdienst?
- transparente Kommunikation
- Welche Regeln gelten hier? – Stationsregeln – Warum sind die so?
- Was passiert bei Grenzüberschreitungen?

„Ich bin für dich da!“
• Besondere Abschiedsplan

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SONJA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MARCOLENE	X								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ANDREA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
WOLFGANG																															
LORIAN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Abb. 6, 7 und 8: Transparenz im Alltag (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2016)

Ein Einblick in die transparenten „goldenen Stationsregeln“ an der KJP Graz:

- Ich halte meinen Tagesablauf ein!
- Ich entferne mich nicht, ohne zu fragen, von der Station oder Schule!
- Ich höre auf die Anweisungen des Personals bezüglich Aktivitäten, Ausflüge, Schule und Station!
- Mädchenzimmer sind für Buben tabu! Bubenzimmer sind für Mädchen tabu!
- Schlagen, Treten und Spucken sind verboten!
- Rauchen ist laut Jugendschutzgesetz nicht erlaubt!
- Alkohol, Drogen und aufputschende Getränke sind verboten!

Bei Nichteinhaltung gelten transparente Regeln:

- Benennen der Regelverletzung
- Ankündigen der Konsequenz
- Chance geben
- bei Änderung des Verhaltens loben
- keine Änderung: Durchführung der Konsequenz
- aus der Situation nehmen oder „Time-out“ – Diese Entscheidung ist besonders in Gruppen wichtig abzuwägen.
- Wenn ein Kind bzw. ein Jugendlicher oder eine Jugendliche aus der Gruppe gehen muss, darf diese Zeit nicht zur „Freizeit“ werden. → eventuell Verstärkung (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2016)

Allgemeine pädagogische Haltung und Vorgehen:

- Konsequenzen müssen
 - durchführbar,
 - unmittelbar (bei Gefahr immer) und
 - mit dem Problemverhalten verbunden sein.
- Nach Möglichkeit sollen sie von jener Person durchgeführt werden, welche sie ausspricht (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2018).

5.4 Milieutherapeutische Konzepte

Das „therapeutische Milieu“ findet im Alltag statt. Bindungs- und Beziehungsarbeit stellt die Kernkompetenz dar, Strukturgebung bildet das fundamentale Gegenüber. Die Milieugestaltung spannt einen Bogen von zwi-

schenmenschlichen zu räumlichen und institutionellen Perspektiven. In einem klar strukturierten Alltag können die Patientinnen und Patienten modellhaft erlernen, dass mit Unterstützung durch das Team und die Gruppe ein weiterer Schritt im Leben zu bewältigen ist. Im Zentrum des Alltags der Patientinnen und Patienten stehen Wahrnehmungs-, Interaktions- und Kommunikationsprozesse (Gahleitner 2012, 9 ff.).

Bei einer Betroffenenbefragung stellten sich folgende Aspekte des therapeutischen Milieus als wirksam heraus:

- das unmittelbar und im Alltag stattfindende Betreuungsangebot als Basis des therapeutischen Milieus („*Sie waren halt für einen da.*“),
- die professionelle Bindungs- und Beziehungsarbeit als Kernkompetenz,
- die angemessene Strukturgebung („*Da schaut einer auf mich haargenau, da kriegt man dann Vertrauen.*“),
- die Therapie – eingebettet in den Gesamtkontext (Gahleitner 2014).

Zusammenfassend treffen folgende Kernaussagen auf das therapeutische Milieu zu:

- viel Verständnis für die Nöte und Ängste der Patientinnen und Patienten und/oder der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- kleine, gut strukturierte, homogene, mit hohem Personalschlüssel ausgestattete Gruppen,
- ein eng geknüpfted Netz aus Bindungsbezügen, geprägt durch Fachwissen und Sozialisationsstrukturen,
- hohe Kompetenz im medizinisch-pflegerisch-pädagogischen Handeln und therapeutischen Verstehen.

Das Behandlungswerkzeug ist das Team, nicht ein OP-Saal.

5.5 Traumatische Übertragung und Gegenreaktion

Kinder und Jugendliche, die in ihrer Lebensgeschichte durch ihre Bindungspersonen traumatisiert wurden, übertragen ihre traumatischen Erfahrungen und Erlebnisse auf ihre neuen Interaktionspartner. In der Regel sind es desorganisierte und hochunsichere Bindungserfahrungen. Ihre Lebensgeschichte ist geprägt durch eine drohende existentielle Vernichtung. Ihre früheren Erfahrungen, durch Bezugspersonen verletzt worden zu sein, steigert die Angst vor neuen Verletzungen (Lang 2013, 194). Judith Hermann schreibt:

„Im Augenblick des Traumas ist das Opfer ganz und gar hilflos. Unfähig sich zu verteidigen, schreit es nach Hilfe, aber niemand kommt. Es fühlt sich völlig verlassen. Die Erinnerung an diese Erfahrung prägt alle späteren Beziehungen.“ (Hermann 2010, 188).

Die emotionalen Reaktionen der Kinder und Jugendlichen verlagern sich in der Übertragungsbeziehung vom Täter auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Abteilung, durch die sie nun begleitet werden (Lang 2013, 193). In der traumatischen Übertragung fühlt sich das Kind bzw. der oder die Jugendliche bedroht, hilflos, ohnmächtig und wütend. Sie erzählen von diesen Erfahrungen und zeigen Flucht-, Kampf- und Erstarrungsstrategien. So fühlen sich dann die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hilflos, beschämt, wütend ...

Durch die Übertragungsbeziehung werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft von ihren eigenen Gefühlen überwältigt. Die aufkommenden Anpassungsstrategien als Reaktion auf die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen sind Gegenreaktionen. In der traumatischen Gegenreaktion fühlen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedroht und hilflos. Sie zeigen unbeabsichtigt Verhaltensmuster der Täter-Opfer-Dynamik. Das Kind bzw. der oder die Jugendliche fühlt sich bedroht, hilflos usw. (Lang 2013, 196). Nun gilt es, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „versorgen“. Sie sollten bei sich bleiben, sich versorgen und stabilisieren. So kann die Versorgung der Patientinnen und Patienten gelingen. Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten werden erkannt, der Kontakt mit dem Kind bzw. dem oder der Jugendlichen bleibt aufrecht und es erfolgt die versorgende, stabilisierende Intervention für die Patientinnen und Patienten (Lang 2013, 208).

6. Deeskalationsprävention durch Traumapädagogik

Wie wir in der Abteilung erkennen durften, wirkt eine gelebte Traumapädagogik als Deeskalationsmethode im Alltag sehr gut. Werden die traumapädagogischen Standards eingehalten, kann man dadurch Affektdurchbrüche der Kinder und Jugendlichen in Grenzen halten. Die Grundhaltung im Team muss jedoch von einem einheitlichen Verständnis von Regeln und Grenzen geprägt sein. Trotzdem muss die Individualität der Patientinnen und Patienten sowie der unterschiedlichen Probleme und Krankheitsbilder berücksichtigt werden – jeder bekommt das, was er braucht. Die ausgewählten Aspekte der Traumapädagogik müssen gelebt werden. In einer Akutabteilung gilt es jedoch zu bedenken, dass nicht alle Kinder

und Jugendlichen auf freiwilliger Basis in die Abteilung kommen. Es sollte alles versucht werden, den Kindern und Jugendlichen den freiwilligen Weg in die Abteilung zu ermöglichen. Ist dies aber nicht möglich, bleibt oftmals die Zwangseinweisung als einzige Alternative, um eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung auszuschließen. Gegen den Willen und womöglich von der Polizei in ein stationäres Setting gebracht zu werden, stellt ein einschneidendes Erlebnis dar. Vor allem in diesen Situationen sind Deeskalations- und Sicherheitsmaßnahmen sowie eine deeskalierende Kommunikation eine absolute Notwendigkeit.

Was ist bei der nonverbalen Kommunikation zu berücksichtigen? Der Einsatz der Augen als Kommunikationsmittel – die Auswirkung von Augenkontakt sollte nicht unterschätzt werden. Vor allem in Phasen hoher Erregung kann direkter Blickkontakt bedrohlich wirken. Körperliche Nähe und Distanz müssen flexibel eingesetzt werden. Bei Berührungen und Körperkontakt muss die Geschichte des Kindes im Auge behalten werden, um Retraumatisierungen zu vermeiden. Ein wichtiges Element ist die Körpersprache. Die Betreuungsperson nimmt die Sitzhaltung des Gegenübers ein und geht immer mehr in eine entspannte Körperhaltung über. Gestik und Mimik können unterstützend eingesetzt werden. Es gilt jedoch immer, sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation aufrechtzuerhalten. Dies kann durch folgende Punkte gelingen: Wertschätzung signalisieren, dosiert reden, das Schweigen konstruktiv nutzen, Blockaden erkennen und nutzen, einfühlsame Feedbacks geben, „Ich-Botschaften“ ohne Vorwürfe zu machen, auf Gefühle und Erlebnisinhalte eingehen. Erst bei Entspannung kann ein reflektierendes 4-Augen-Gespräch geführt werden, in dem auch alternative Handlungsweisen aufgezeigt werden können (Traumapädagogisches Team KJP Graz, 2016).

6.1 Grundhaltung bei Affektdurchbruch an der KJP Graz

Keine Diskussion soll im Affekt stattfinden! Den Patientinnen und Patienten muss eine Rückzugsmöglichkeit in Form eines Time-out angeboten werden. Das Problemverhalten und die daraus resultierenden Konsequenzen werden danach in Ruhe besprochen. Ein Affektdurchbruch schützt nicht vor Konsequenzen!

6.1.1 Was ist danach wichtig?

Ein strukturiertes Krisenmanagement – *CISM* (Stressbewältigung nach belastenden Ereignissen) – muss zum Einsatz kommen. Eine multiprofessionelle Fallbesprechung im interdisziplinären Austausch sollte einem Affektdurchbruch folgen. Sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwer belastet und das interne Krisenmanagement nicht ausreichend, muss das Angebot eines externen Coachings und/oder einer Supervision folgen.

6.1.2 Exkurs: Stressbewältigung nach belastenden Ereignissen

Es handelt sich dabei um Standardisierungen von Interventionsabläufen nach belastenden Ereignissen. Zum Einsatz kommt eine selbstständige Durchführung der Interventionen von ausgebildeten Peers innerhalb der Abteilungen. Die Kenntnis des verbindlichen Ablaufplanes für Stressbewältigung nach belastenden Ereignissen, psychologische Nachbearbeitungen und Nachsorgemaßnahmen ist für jeden Mitarbeiter verpflichtend.

Des Weiteren müssen Kinder- und Jugendrechte in der Kinderschutzgruppe offensiv behandelt werden. Bei Grenzverletzungen durch das betreuende Personal muss ein klares Verfahren zum Einsatz kommen. Das Beschwerdemanagement, das Leben einer Fehlerkultur und der Leitfaden zum Umgang mit Gewalt sind ebenso Maßstab wie der traumapädagogische Standard (Multiprofessionelles Team KJP Graz, 2018).

7. Schlussfolgerung

Wir in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie müssen dafür Sorge tragen, dass der professionelle Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sowohl diesen nützt als auch uns selbst nicht schadet. Mit Grundkompetenzen wie Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge kann die Professionalität erhöht werden. Spezifische Weiterbildungen für das gesamte multiprofessionelle Team sind absolut erforderlich. Eine individualisierte und an den einzelnen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasste gemeinsame Haltung schafft Entwicklungspotential.

Grundwerte wie Transparenz, Partizipation, Wertschätzung, die Annahme des guten Grundes sowie Freude und Spaß müssen vor Ort authentisch gelebt werden. So kann Traumapädagogik gelingen!

Literatur

- Baier, Martin: Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht²2010.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG TP): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik, Gnarrenburg: BAG 2011.
- Engfer, Anette: Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze, in: Egle, Ulrich Tiber/Hoffmann, Sven Olaf/Joraschky, Peter (Hg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 2., vollst. aktual. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York: Schattauer 2000, 3–19.
- Gahleitner, Silke Brigitta/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2015.
- Gahleitner, Silke Brigitta: Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2012.
- Gahleitner, Silke Brigitta: Traumatisierten Kindern begegnen. Grundlagen der Traumapädagogik, Berlin: ASH 2014.
- Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik, in: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jakob/Weiß, Wilma/Schmid, Marc: Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2013, 106–126.
- Hermann, Judith: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Paderborn: Junfermann³2010.
- Krüger, Andreas: Powerbook – Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen, Hamburg: Elbe & Krüger⁴2015.
- Landolt, Markus A.: Psychotraumatologie des Kindesalters, Göttingen: Hogrefe 2004.
- Lang, Birgit: Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik, in: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jakob/Weiß, Wilma/Schmid, Marc: Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2013, 127–144.
- Lang, Birgit/Wiesinger, Detlev/Schmid, Marc: Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe „Greccio“ in der Umsetzung. Die milieutherapeutische Praxis, in: Trauma und Gewalt (Themenheft Traumapädagogik II) 3/2 (2009) 106–116.

- Lang, Thomas: Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche, in: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jakob/Weiß, Wilma/Schmid, Marc: Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2013, 187–217.
- Levine, Peter A./Kline, Maggie: Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können, München: Kösel 2011.
- Schirmer, Claudia: Institutionelle Standards – Worauf es bei traumapädagogischen Konzepten in den Institutionen ankommt, in: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jakob/Weiß, Wilma/Schmid, Marc: Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2013, 241–267.
- Terr, Lenore C.: Childhood traumas. An outline and overview, in: American Journal of Psychiatrie 148 (1991) 10–20.
- Weiß, Wilma: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen, Weinheim/München: Juventa 2008.
- Weiß, Wilma: Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung, in: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jakob/Weiß, Wilma/Schmid, Marc: Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2013, 145–156.

Kommunikation und Hierarchie im Krankenhaus. Problemdiagnose aus der Sicht der Pflege- und Patientenombudschaft (PPO)

Renate Skledar, Wolfgang Kröll (Interview)

Kröll: *Das Krankenhaus ist von alters her ein hierarchisch aufgebautes System. Was vor Jahrzehnten noch normaler Alltag war, nämlich dass das nicht-ärztliche Personal Weisungen der Ärzte entgegengenommen und befolgt hat, ist heute wesentlich anders. Die Pflege ist ein eigenständiges Berufsbild und nimmt nicht mehr bedingungslos Weisungen entgegen. Welche Erfahrungen, welche Erkenntnisse, welche Ergebnisse lassen sich dabei aus der Sicht der PPO zu diesem Aspekt erkennen?*

Skledar: Es ist grundsätzlich richtig: Es hat sich hinsichtlich der Entwicklung hierarchischer Strukturen im Krankenhaus in den letzten Jahrzehnten sehr viel und vor allem sehr Entscheidendes getan. Ich habe diese Entwicklung auch, ausgehend von meinem primär erlernten Beruf als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, selbst miterlebt. In einer Zeit, als die Krankenpflege in überwiegendem Maße von Ordensschwestern übernommen und durchgeführt wurde, war es im Wesentlichen ein dienender Beruf. Der Arzt als „Gott in Weiß“ war die dominierende Persönlichkeit im Krankenhaus, und zwar sowohl für das untergeordnete Personal als auch für die Patienten. Im Rahmen einer paternalistischen Patientenversorgung wurden seine Entscheidungen und Anordnungen ungefragt übernommen. Das hat sich dann mit der Zeit geändert; einerseits dadurch, dass sich die Pflege zu einem eigenständigen Berufsbild herausgebildet hatte – das ging im Wesentlichen Hand in Hand mit dem Übergang von der Pflege durch Ordenskrankenschwestern hin zu einer Pflege durch säkulares Personal. Andererseits hat es sich aber auch geändert durch den Übergang von einem paternalistischen zu einem selbstbestimmten System.

Damit wurde eine Inzisierung gezogen von einer dienenden Pflege hin zu einer Pflege, die – auch im Sinne des Patientenwohls – die Anordnungen und Anweisungen der Ärzte immer mehr zu hinterfragen hatte. Der Arzt war dann nicht mehr der „Gott in Weiß“, der Arzt und die Pflege wurden gleichberechtigte Partner, die nur ein Ziel verfolgen wollten, nämlich die Sorge um den Patienten, die Sorge um das Wohlergehen des Patienten. Natürlich hat sich das nicht an einem Tag ereignet, es war und ist noch immer ein voranschreitender Prozess.

Damit wurde aber auch die Behandlung des Patienten eine gemeinsame Aufgabe, trotz unterschiedlicher Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen im Rahmen dieses Geschehens. Diese Entwicklung hat selbstverständlich zu einer Abflachung hierarchischer Strukturen geführt bzw. dazu beigetragen. Arzt und Pflege begegnen sich auf Augenhöhe. Das bedeutet jedoch nicht, dass Arzt und Pflege im Kontext des Behandlungsprozesses nicht unterschiedliche Verantwortlichkeiten wahrzunehmen hätten. Jedes Fachgebiet, ob nun Arzt oder Pflege, verantwortet den ihm eigenen Kompetenzbereich.

Selbstbestimmung hat aber nicht nur positive Folgen; sie führt auch dazu, dass der eigenverantwortliche Patient in zunehmendem Maße Behandlungsmaßnahmen hinterfragt und – auch in steigendem Ausmaß – Beschwerden und Klagen gegen das behandelnde Personal – außergerichtlich, aber auch gerichtlich – einbringt.

Waren es ursprünglich im Wesentlichen Klagen und Beschwerden, die gegen Ärzte geführt wurden, so treten nun auch Beschwerden gegen das behandelnde Pflegepersonal auf den Plan. Beschwerden und Klagen wegen unzureichend erfolgter bzw. nicht dem Stand der Pflegewissenschaften entsprechender Pflegemaßnahmen sowie unzureichender Überwachung der zu pflegenden Patienten in Krankenanstalten beschäftigen nicht nur die PPO, sondern auch bereits die Gerichte. Der Patient klagt über Lagerungsschäden mit daraus folgendem Dekubitus; Angehörige

klagen, weil der Patient aufgrund unzureichender Überwachung auf einer Abteilung verstorben ist.

Das ist auch aus der Sicht der PPO eine unerfreuliche Entwicklung, der aber auch nur gemeinsam entgegengetreten werden kann. Aufklärung, Dokumentation, aber auch der Hinweis auf die Selbstverantwortung des einzelnen Patienten können und müssen gangbare Wege sein, um aus diesen für alle beteiligten Berufsgruppen wenig erfreulichen Verhältnissen wieder herauszukommen. Die PPO hat und wird auch in weiterer Zukunft alles dazu beitragen, dass das Verhältnis zwischen Patienten und Pflege, zwischen Patienten und Arzt und auch zwischen Pflege und Arzt wieder eine Dimension erlangt, in der ein vertrauensvoller Umgang miteinander gewährleistet ist und werden kann.

Kröll: *Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen: Wie sieht es deiner Erfahrung bzw. der Erfahrung der PPO nach damit aus? Wo gibt es Spannungs- und Konfliktfelder? Was kann verbessert werden?*

Skledar: Grundsätzlich ist an der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen nichts auszusetzen. Es funktioniert in den meisten Bereichen sehr gut. Dennoch muss aber festgehalten werden, dass es manchmal bzw. an einigen Stationen schon sehr schwerwiegende Probleme gibt. Diese Problemfelder treffen im Wesentlichen die Dokumentation von medizinischen Leistungen.

Die Pflege ist es gewohnt, den Zustand des Patienten, die durchgeführten Maßnahmen und die Reaktion des einzelnen Patienten darauf sehr penibel zu dokumentieren. Das resultiert wohl auch daraus, dass die Pflege dies sehr eindeutig in ihrem Berufsrecht festgeschrieben hat und andererseits auch in der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege immer wieder darauf hingewiesen wird; so auch im Rahmen der Zusatzausbildungen, bei denen beinahe noch mehr Wert darauf gelegt wird, da es sich um sehr risikobehaftete Tätigkeiten handelt.

Ärzte hingegen sehen, obwohl auch bei ihnen im Berufsrecht eine entsprechende Verpflichtung besteht, die Dokumentation eher als lästige Nebenbeschäftigung, die sie am liebsten an andere Berufsgruppen übertragen würden.

Vergleicht man die Dokumentation pflegender Leistungen mit jenen von Ärzten über ihre Behandlungstätigkeiten an Patienten, dann zeigt sich, dass die Dokumentation der Ärzte mehr Fragen offenlässt, in der Folge unzureichend ist und Gutachter bestätigen, dass aus der ärztlichen Dokumentation oft kein sicheres Bild von Patienten abgeleitet werden kann.

Immer wieder muss man beobachten, dass gerade in Fällen, in denen ein Behandlungsfehlervorwurf vom Patienten vorgebracht wird, eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Pflegedokumentation und dem Inhalt der ärztlichen Dokumentation besteht. Dass sich dies im Falle eines streitigen Verfahrens negativ für den Rechtsträger einer Krankenanstalt auswirken kann, wird von Ärzten vielfach negiert.

Das geht auch noch weiter: Es ist nicht selten zu beobachten, dass die Pflege Gegebenheiten bei einem Patienten dokumentiert, Situationen beschreibt, die ärztliches Eingreifen dringend notwendig erscheinen lassen würden, und der Arzt reagiert nicht einmal unmittelbar darauf. Ein Patient spürt nach einer Periduralanästhesie seine beiden unteren Extremitäten nicht mehr und trotz Information der Ärzte durch das Pflegepersonal mit entsprechender Dokumentation reagieren die behandelnden Ärzte erst 12 Stunden danach. Eine bleibende Lähmung ist damit unumgänglich. Was bleibt, ist ein unzufriedener Patient; was bleibt, sind unzufriedene Angehörige; was bleibt, sind hohe Schadenersatzzahlungen durch die Rechtsträger. Das Fazit also: überall Unzufriedenheit. Was wünschenswert wäre, ist eine gemeinsame Dokumentation, um gerade beim Auftreten von Schadenersatzforderungen ein einheitliches Vorgehen, eine einheitliche Dokumentation und damit auch ein einheitliches Risikomanagement für das Unternehmen zu gewährleisten.

Kröll: *Unzureichende und/oder fehlende Kommunikation birgt das Risiko von Fehlern in sich. Welche Erfahrungen hat die PPO damit gemacht? Was kann und soll verbessert werden? Welche Optimierungsansätze liegen bereits vor?*

Skledar: Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist grundsätzlich ein wichtiges Thema, das aber nicht selten vernachlässigt wird. Dabei gewinnt es angesichts der zunehmenden arbeitsteiligen Berufswelt einerseits, in Anbetracht der steigenden Zahl an Mitarbeitern innerhalb eines Krankenhauses und wesentlich veränderter Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen andererseits an Bedeutung.

Ich möchte noch einmal auf die Verhältnisse zurückkommen, wie sie früher in Krankenanstalten herrschten: Für die in der Krankenpflege tätigen Ordensschwwestern gab es keine Arbeitszeit, und Wochenarbeitszeiten von 100 und mehr Stunden für Ärzte waren keine Seltenheit. Ich möchte nicht alte Verhältnisse schönreden, aber zu den damaligen Zeiten war der Arzt, war die Pflege permanent mit den ihnen anvertrauten Patienten beschäftigt. Da entging ihnen meist nichts betreffend den Krankheitsverlauf des Patienten.

Vieles spricht für das System, wie es heute gehandhabt wird. Die Pflege muss nach 12 Stunden ihre Tätigkeit beenden und auch der Arzt darf längstens 25 Stunden kontinuierlich tätig sein. Aber dadurch vervielfachen sich die Nahtstellen, an denen es zu einem Informationsmangel kommen kann, der sich dann für den Patienten negativ auswirken kann, weil wesentliche Informationen verlorengehen. Umso wichtiger ist es, miteinander zu reden, d. h. zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu kommunizieren.

Und daran mangelt es des Öfteren. Die Begründung lautet: weil wir dafür zu wenig Zeit haben, aber auch zu wenig Zeit aufbringen wollen. Ich aber bezweifle dies aus eigener Erfahrung. Wir haben nicht zu wenig Zeit, vielmehr haben wir es verlernt, miteinander zu reden.

Und da, wie bereits angedeutet, auch die Dokumentation vielfach unzureichend ist, treten Fehler auf, die, und ich wiederhole

mich, bei adäquater Kommunikation vermieden hätten werden können.

Was kann verbessert werden? Wir müssen wieder lernen, miteinander zu reden, uns als gleichberechtigte Partner zu sehen, die für das Wohl des Patienten gemeinsam tätig sind. Wir müssen lernen, Informationen kompakt und gezielt weiterzugeben, dann wird auch nicht der Vorwurf erhoben, Kommunikation sei zeitraubend und intensiv. Und wir müssen dies den Auszubildenden auch entsprechend vermitteln, seien es die Studierenden, seien es ganz junge Menschen, die sich für den Beruf der Krankenpflege entschieden haben.

Und wir, die Etablierten in diesen Berufen, müssen für die Auszubildenden ein Vorbild sein. Fehlende Kommunikation bei uns führt zwangsläufig zu fehlender Kommunikation in unserer nachfolgenden Generation.

Kröll: *Auf Kommunikation kann im Gesundheitswesen nicht verzichtet werden. Kann man hingegen auf hierarchische Strukturen verzichten? Und wie würde dies aussehen?*

Skledar: Grundsätzlich wird ein Unternehmen, wie die KAGes insgesamt oder auch einzelne Krankenanstalten, nicht ohne hierarchische Strukturen auskommen. Es muss – und ich bin davon überzeugt, dass dies auch jedem Mitarbeiter einsichtig ist – eine Führungsebene geben, die entsprechende Vorgaben auch im Sinne von Weisungen an das nachgeordnete Personal erteilt. Solche Führungsstrukturen gibt es bis in die kleinsten Untereinheiten – im System Krankenhaus heißt das: bis hin zur Stationsleitung. Führung aber bedeutet nicht Hierarchie. Führung bedeutet vielmehr, eine Umgebung zu schaffen, in der sich der einzelne Mitarbeiter wohlfühlt und dadurch auch seinen Aufgaben motiviert nachgeht. Leider wird in vielen Fällen Führung verwechselt mit Sklavenhaltung der Mitarbeiter. Eine Führungskraft, die glaubt, auf jede einzelne Handlung, auf jede einzelne Tätigkeit ihres Mitarbeiters Einfluss nehmen zu müssen, verwechselt ihre Aufgabe mit einem Gutsherrn. Führung nach Gutsherrenart jedoch ist

längst überholt. Eine solche Führungskraft – und ich sage bewusst nicht Führungspersönlichkeit, denn dazu fehlen einige Eigenschaften – darf sich dann nicht wundern, wenn Mitarbeiter unmotiviert sind und ihren Beruf mit der Einstellung einer inneren Kündigung ausüben.

Eine Führung, in der die Hierarchie flach gehalten wird, akzeptiert ihre Mitarbeiter so, wie sie sind. Sie fördert ihre Mitarbeiter und setzt sie dort ein, wo sie ihre Fähigkeiten entfalten können und wo sie bereit sind, sich noch zusätzlich einzubringen. Einer Führungspersönlichkeit, die wenig Wert auf hierarchische Strukturen legt, ist die Zufriedenheit ihrer Mitarbeiter wichtig. Und zufriedene Mitarbeiter sind gute Mitarbeiter. Darüber hinaus bedeutet Mitarbeiterzufriedenheit auch Patientenzufriedenheit. Denn dem zufriedenen, motivierten Mitarbeiter wird es ein Anliegen sein, seine Tätigkeiten zum Wohl des Patienten sorgfältig auszuüben.

Eine Minimierung hierarchischer Strukturen könnte, wie in den USA vorgelebt, auch bedeuten, auf Titel und Nachnamen innerhalb des Krankenhauses zu verzichten. Auch dies bedeutet noch lange nicht, auf eine Hierarchie zu verzichten, sondern es bedeutet eine gewisse Abflachung, ein Arbeiten auf Augenhöhe, ein gegenseitiges Akzeptieren des Einzelnen, sowohl der Führungspersönlichkeit als auch des einzelnen Mitarbeiters.

Kröll: *Die kollegiale Führung eines Krankenhauses scheint nach außen hin ein System zu sein, in dem auf Hierarchie zugunsten einer optimierten Zusammenarbeit verzichtet wird. Ist dies aus der Sicht der PPO tatsächlich so oder ist es ein Trugbild einer anderen hierarchischen Struktur?*

Skledar: „Kollegial“ klingt beim ersten Hinhören sehr hierarchieminiert, so ist es aber faktisch nicht. Kollegial im Zusammenhang mit Führungsstruktur im Krankenhaus meint vielmehr „gleichberechtigt“, was das Verhältnis von ärztlicher Leitung, Betriebsdirektion und Pflegedirektion betrifft. Aber auch dies ist weit von der Realität entfernt.

Es mag vielleicht in einem peripheren Krankenhaus so sein, dass zwischen den drei leitenden Persönlichkeiten eine gleichberechtigte Kollegialität in der Zusammenarbeit besteht. Dies ist jedoch in einem Zentralkrankenhaus keineswegs der Fall. In einem derart großen Gefüge ist die kollegiale Führung gelebte Hierarchie. Das bildet sich am besten dann ab, wenn zu einem bestehenden Führungskonzept eine neue Führungspersonlichkeit hinzukommt. Und wenn eine solche Führungskraft dann in den Medien als „Kompromisskandidat“ bezeichnet wird, dann dürfte selbst jedem Außenstehenden und Unbeteiligten bewusst sein, was das bedeutet, welchen Stellenwert eine derartige Führungspersonlichkeit in diesem Gefüge einer kollegialen Führung einnehmen wird. So geschieht es dann auch, und das lässt sich dann ja auch in den Medien realitätsnahe nachvollziehen.

Es müsste aber nicht so sein, es könnte auch faktisch eine kollegiale Zusammenarbeit sein, die auf Augenhöhe erfolgt und in der Hierarchie keine bzw. keine wesentliche Rolle spielt. Aber ein solches Verhalten ist im Wesentlichen abhängig von den handelnden Persönlichkeiten. Und woher nimmt man dann drei beruflich erfahrene und qualifizierte Menschen mit entsprechender sozialer Kompetenz, die dann auch noch in ein politisches System als geeignet einzustufen sind?

Kröll: *Gewalt stellt ein weiteres Thema im Kontext Krankenhaus dar. Gewalt ausgehend von den Patienten, meist Patienten eines anderen Kulturkreises. Gewalt im Wesentlichen dem Pflegepersonal, aber auch den Ärzten gegenüber. Gibt es in diesem Kontext bereits Erfahrungen der PPO? Wie soll damit umgegangen werden? Wie soll gewaltbereiten Patienten/Angehörigen begegnet werden? Welche Empfehlungen können Mitarbeitern gegeben werden?*

Skledar: Es ist richtig, dass die Gewaltbereitschaft in der Bevölkerung grundsätzlich zunimmt. Die Printmedien berichten täglich über irgendwelche Übergriffe, die nicht nur zu schweren körperlichen Verletzungen, sondern auch zum Tod der Angegriffenen führen.

Aber es trifft auch für den Krankenhausbereich zu, dass Patienten, vor allem aber aufgebrachte Angehörige verbal, aber auch tätlich gegen das Personal vorgehen. Die Hemmschwelle, das muss man feststellen, sinkt. Und in diesem Zusammenhang ist der Rechtsträger der Krankenanstalt gefragt. Es ist seine Aufgabe, den Mitarbeiter vor tätlichen Angriffen zu schützen. Es muss aber auch denjenigen, die mit Angriffen gegen einzelne Mitarbeiter vorgehen, bewusst gemacht werden, dass ein derartiges Verhalten strafbar ist.

Die Behandlung kranker Menschen, insbesondere in den Ambulanzen unserer Krankenanstalten, darf nicht davon geprägt sein, dass das Personal, und zwar gleichgültig, ob Ärzte oder Pflegepersonal, Angst haben muss, angegriffen und eventuell auch verletzt zu werden. Medizinische Behandlungen müssen in einem ruhigen Umfeld durchgeführt werden können.

Auf die Gefahr gewalttätiger Angriffe auf Mitarbeiter wurde aber auch seitens des Rechtsträgers adäquat reagiert. Es gibt in den Krankenanstalten Sicherheitsleute, die nicht nur in der Nacht den Bereich überwachen und kontrollieren, sondern die auch tagsüber verfügbar sind, um die Mitarbeiter rund um die Uhr zu schützen.

Aber neben tätlicher Gewalt gibt es auch – ich nenne es so – versteckte Gewalt und strukturelle Gewalt. Das trifft dann zu, wenn vor allem ältere Menschen stundenlang in den Warteräumen der Ambulanzen ausharren müssen, bis sie endlich behandelt werden. Es mag schon sein, dass das Personal dies im Alltag gar nicht so sieht. Die Mitarbeiter sind mit entsprechender Durchführung von Behandlungen beschäftigt. Dennoch ist es für ältere Menschen eine Qual, so lange warten zu müssen, bis man endlich einer Behandlung unterzogen wird. Mir ist durchaus bewusst, dass nicht jeder Patient sofort nach Eintreffen im Krankenhaus behandelt werden kann, das wäre auch nicht erforderlich, insbesondere dann, wenn Ambulanzen überfüllt sind und Notfälle behandelt werden müssen. Aber man könnte dem insofern Abhilfe verschaffen, indem man die Patienten einfach über diese Situati-

on informiert. Information bringt Verständnis und Verständnis vermindert Beschwerden.

Die PPO ist mit zahlreichen Beschwerden, die alle in diese Richtung laufen, konfrontiert. Unsere Aufgabe ist es dann ja nicht, Abläufe in Ambulanzen und/oder Krankenanstalten zu hinterfragen oder strukturell besser aufzustellen. Unsere Aufgabe sehen wir darin, dass wir den betroffenen Menschen einfach die Situation erklären, ihnen schildern, warum es manchmal in einem Krankenhaus, in einer Ambulanz nicht schneller gehen kann. Das wäre eigentlich eine Aufgabe des Krankenhauses, eines Kommunikationsverantwortlichen, und Beschwerden und Unzufriedenheiten würden sich dann in Wohlgefallen auflösen.

Kröll: *Gibt es deiner Erfahrung nach Gewalt zwischen den einzelnen Berufsgruppen? Falls ja, welche Erfahrungen liegen diesbezüglich vor, welche Empfehlungen können gegeben werden, wie soll damit umgegangen werden?*

Skledar: Der PPO, aber auch mir persönlich sind keine Vorkommnisse bekannt, wo es zwischen einzelnen Personen verschiedener Berufsgruppen in Krankenanstalten zu gewalttätigen Übergriffen gekommen wäre. Man kann in vielen Berufsgruppen und Konfliktsituationen von Dunkelziffern ausgehen, aber soweit ich das System Krankenhaus kenne – und ich kann von mir selbst sagen, dass ich es sehr gut kenne –, bin ich überzeugt, dass zumindest in den steirischen Krankenanstalten Derartiges noch nicht passiert ist. Wenn man aber „Gewalt“ etwas weiter fasst und nicht nur auf Handgreiflichkeiten reduziert, dann kommen Übergriffe, das heißt verbale Übergriffe, schon vor. Das ergibt sich aus der sehr steilen Hierarchie, die noch immer in unseren Krankenanstalten vorherrscht. Da kommt es dann schon einmal vor, und Gott sei Dank ist es nicht an der Tagesordnung, dass sich ein Vorgesetzter berufen fühlt, verbal nach unten zu treten, und dies völlig unabhängig davon, auf welcher Hierarchiestufe.

Nun, wie soll man dagegen vorgehen, welche Empfehlungen kann man einem betroffenen Mitarbeiter geben? Die wichtigste Empfehlung kann wohl nur sein: Der Mitarbeiter darf sich das nicht gefallen lassen, sondern er muss sich im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Wehr setzen. Und diese Möglichkeiten sind gar nicht gering. Der erste Schritt muss sein, dass man seinen Vorgesetzten davon in Kenntnis setzt und dieser dann alle weiteren Schritte einleiten muss. Und falls der Vorgesetzte der „Täter“ ist, dann bleibt im Rahmen des Dienstweges noch immer die Möglichkeit, die nächsthöhere Vorgesetztenstufe, sprich Oberschwester/Oberpfleger bzw. die Pflegedirektion und im Falle, dass ein Arzt der Geschädigte ist, den ärztlichen Direktor oder aber auch an einer Universitätsklinik den Rektor der Universität zu informieren. Die Möglichkeiten der Bestrafung derartiger Mitarbeiter reichen dann von Abmahnungen über Disziplinarmaßnahmen bis hin zur fristlosen Kündigung.

Wichtig für den betroffenen Mitarbeiter, wenn eine solche Handlung gesetzt wurde, ist, nicht abzuwarten, ob das noch einmal passiert, sondern gleich zu handeln. Und Handeln meint nicht, selbst den Weg der Auflösung des Arbeitsverhältnisses zu wählen, sondern, wie bereits ausgeführt, den Vorgesetzten zu informieren. Das Arbeitsverhältnis zu lösen mag zwar für sich selbst erstrebenswert sein, der im Sinne von „Gewalttätigkeit“ agierende Vorgesetzte jedoch kann seine Maßnahmen weiter fortsetzen, da ihm kein Einhalt geboten wurde.

Kröll: *Es gibt wohl keine Diskussion in irgendeiner Berufsgruppe im Gesundheitswesen, bei der sexuelle Gewalt bzw. sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz nicht thematisiert wird. Welche Erfahrung und Erkenntnisse hat die PPO damit gemacht? Wie kann solchen Übergriffen Einhalt geboten werden? Welche Empfehlungen kann man Mitarbeitern mit auf den Weg geben?*

Skledar: Mir sind aus meiner Tätigkeit als steirische Patientenanwältin keine sexuellen Belästigungen beim Personal der steiermärkischen Krankenanstalten bekannt. Das heißt nicht, dass es das

nicht gibt, sondern nur, dass keine sexuellen Belästigungen bzw. Übergriffe das Personal betreffend gemeldet worden sind. Ich schließe aber nicht aus, dass es nicht da und dort verbale „Ausrut-scher“ gegeben hat, die sehr wohl den Tatbestand einer sexuellen Belästigung erfüllen würden, hätte man sie gemeldet bzw. angezeigt. Das ist das eine, die andere Seite ist, dass es im Gesundheitsbereich schon Vorwürfe von sexueller Belästigung gibt, und zwar vorgebracht von den Patientinnen. Es wird gelegentlich berichtet, dass im Rahmen von Untersuchungen Patientinnen belästigt werden – und natürlich wird solchen Behauptungen auch nachgegangen, und zwar von der Anstaltsleitung des jeweiligen Krankenhauses bzw. von der Rechtsabteilung der Zentralkommission der KAGes, aber auch von der PPO, wenn wir damit konfrontiert sind. Solche Vorwürfe können wahr sein, sie müssen aber nicht wahr sein. Ich erinnere mich an den Fall eines Vorwurfs einer sexuellen Belästigung; die Ursache für den Vorwurf war eine Zurückweisung der Patientin durch den Arzt und der Vorwurf hatte Rache als auslösenden Grund. Es gibt aber andererseits genauso tatsächliche sexuelle Belästigungen von Patientinnen, denen konsequent nachgegangen werden muss und die auch entsprechend geahndet werden müssen.

Die Empfehlung, die die PPO den Mitarbeitern in Krankenanstalten, aber auch Ordinationen oder sonstigen Einrichtungen geben kann, ist, bei einer Untersuchung nicht mit dem Patienten bzw. der Patientin allein zu sein, sondern immer darauf zu achten, dass noch eine zweite Person anwesend ist.

Kröll: *Die PPO vertritt grundsätzlich die Rechte der Patienten gegenüber ärztlichem und nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens, in Privatkrankenanstalten und im niedergelassenen Bereich. Welche Erfahrungen bezüglich der oben genannten Problemfelder – Kommunikation, Hierarchie, körperliche Gewalt und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz – gab es da in den einzelnen Einrichtungen? Woher kommen die soeben erörterten Unterschiede in den einzelnen Bereichen?*

Skledar: Meiner Erfahrung nach hängen verbale Angriffe innerhalb des Personals, insbesondere bei hierarchischen Strukturen, sehr von der Größe einer Abteilung, aber auch von der Größe einer Krankenanstalt ab. Je größer eine Abteilung ist, je mehr Mitarbeiter sie hat, desto unpersönlicher findet meist die tägliche Routine statt; die Mitarbeiter kennen sich untereinander zu wenig, der persönliche Kontakt ist zu gering, und dann ist es nicht schwer, auch einmal gegen einen anderen Mitarbeiter verbal attackierend vorzugehen. Je kleiner hingegen die jeweilige Organisationseinheit ist, desto familiärer läuft auch der Routinebetrieb ab, man kennt und schätzt sich und würde wohl kaum in den Gedanken verfallen, einen anderen Mitarbeiter verbal anzugreifen, auch nicht Hierarchieebenen übergreifend und schon gar nicht in Privatkrankenanstalten (PKA). Ich würde jetzt nicht sagen, dass den PKA ein anderes Ethos als den allgemeinen, öffentlichen Krankenanstalten zugrunde liegt. Auch die KAGes hat ein Leitbild, aber in den PKA wird meiner Erfahrung nach mehr Wert darauf gelegt, dass dieses Leitbild innerhalb, aber auch außerhalb der Krankenanstalt gelebt und umgesetzt wird. Hinsichtlich der Empfehlungen, die man bzw. die die PPO betroffenen Mitarbeitern geben kann, kann ich nur auf das bereits vorhin Gesagte verweisen und möchte mich diesbezüglich nicht wiederholen.

Kröll: *Wie sieht im Zusammenhang mit der Vertretung von Patienten gegenüber dem Rechtsträger der steirischen Krankenanstalten die Kooperation mit der KAGes aus? Wie sieht die Kommunikation mit den PKA aus? Wie sieht die Erfolgsrate der PPO bei Beschwerden aus?*

Skledar: Grundsätzlich muss man einmal festhalten: Es besteht zwischen der PPO und der KAGes keine Interessenskollision. Die PPO ist eine Einrichtung des Landes Steiermark; die KAGes hingegen ist keine Einrichtung des Landes, sondern eine ausgelagerte Gesellschaft, die sämtliche steirische Krankenanstalten verwaltet, sich zumindest größtenteils selbst finanziert, die Abgangsdeckung übernimmt dennoch das Land Steiermark. Das heißt, die PPO kann vollkommen selbstständig für die Patienten tätig sein und sie tut das auch.

Grundsätzlich besteht auch zwischen der PPO und den einzelnen Krankenanstalten in der Steiermark ein sehr gutes Verhältnis. Das ist meiner Meinung nach auch extrem wichtig, um von den Patienten zur Sprache gebrachte Behandlungsfehlervorwürfe adäquat abzuarbeiten. Nicht jeder Vorfall kommt tatsächlich vor eine Schlichtungsstelle bzw. vor ein Gericht. Die PPO leistet hier eine extreme Vorselektion, sodass eigentlich nur Fälle weiter behandelt werden, in denen man zumindest den Eindruck gewinnen müsste, dass hier möglicherweise etwas schiefgelaufen ist.

Die Erfolgsquote der PPO liegt im jährlichen Schnitt bei 25 bis 30 Prozent; das ist sehr viel, bedenkt man, dass bei allen Schlichtungsstellen der Schnitt bei 12 bis 14 Prozent liegt.

Man muss aber schon auch anmerken, dass die Schadensabwicklung bei der KAGes eher schleppend verläuft. Es wird hier seitens der KAGes eher eine abwehrende Haltung eingenommen denn eine kooperative zugunsten des Patienten. Verfahren werden sehr lange hinausgezögert, es werden zahlreiche Gutachten eingeholt und es dauert oft Jahre, bis Patienten dann zu einem angemessenen Schadensersatz kommen, falls überhaupt. Das ist aus der Sicht der PPO nicht im Sinne des Patienten. Es ist, davon bin ich überzeugt, allen bewusst, dass Fehler passieren können, auch dann, wenn alle Sicherheitsvorkehrungen eingehalten worden

sind. Aber man soll sich dann, wenn bereits ersichtlich ist, dass ein Fehlverhalten eines Mitarbeiters vorliegt, mit einem Schmerzensgeldzuspruch nicht so lange zieren, bis vielleicht die Rechtsschutzversicherung des betroffenen Patienten keine weiteren Zahlungen mehr leistet, weil das Portfolio erschöpft ist, oder der Patient irgendwann das Ganze aufgibt, weil er keinen Sinn mehr im Verfahren erkennen kann.

Das war meine Kritik an der KAGes bzw. den Verantwortlichen in der Rechtsabteilung; das hatte nie mit persönlichen Animositäten zu tun, sondern war ausschließlich faktisch begründet.

Kröll: *Abschließend: Wo liegt Potential für die Zukunft? Was kann in den einzelnen Bereichen verbessert werden und wodurch kann es verbessert werden? Wer sind die wichtigsten Ansprechpartner? Welche Maßnahmen sollten gesetzt werden? Woran sollte man das Ergebnis erkennen können?*

Skledar: Aus der Sicht der PPO wäre es wichtig, dass potenzielle Schadensfälle zuerst einmal völlig wertfrei betrachtet werden. Man muss an solche Fälle unvoreingenommen herangehen, man kann und darf nicht a priori eine Abwehrhaltung einnehmen. Grundsätzlich lässt sich eine Abwehrhaltung zwar nachvollziehen, insbesondere dann, wenn wiederholt Schadensfälle auftreten und diese dann auch noch mit erheblichen Schmerzensgeldforderungen verknüpft sind. Nur muss man sich bei einem solchen Vorgehen fragen: Wem nützt diese Haltung? Der betroffenen Partei, dem betroffenen Patienten nützt sie sicher nicht und dem Rechtsträger einer Krankenanstalt eigentlich auch nicht, denn aus der Sicht der Patienten wirft es ein schlechtes Bild auf ihn und bei Vorliegen eines Verschuldens muss dennoch bezahlt werden. Und falls kein Verschulden eines Mitarbeiters vorliegt, bleibt die schlechte Nachrede.

Was aber durch diese Abwehrhaltung der KAGes die potenziellen Ansprüche der Patienten eines Schadensfalles betrifft, ist eine Verhärtung der Fronten zwischen der PPO und der KAGes. Obwohl sich beide dem Patienten verpflichtet fühlen, geht der Weg

doch nicht immer in die gleiche Richtung. Zwischen dem Bekenntnis zu einer offenen Schadensabwicklung und der Realität klafft eine riesige Kluft. Hier muss man meiner Meinung nach in Zukunft ansetzen. In der KAGes ist zwar, soweit mir bekannt, in allen Krankenanstalten Risikomanagement implementiert. Das bedeutet aber auch, dass zwischen den Berufsgruppen, aber auch zwischen den einzelnen Mitarbeitern und der Unternehmenszentrale eine stress- und angstfreie Kommunikation möglich sein müsste. Dies scheint derzeit nicht so zu sein. Vielmehr herrscht sogar Angst in der Kommunikation vor, weil jeder glaubt, dass er dann mit Nachteilen zu rechnen habe. Dieses Verhalten bedarf möglichst bald einer Änderung, damit wieder ein Klima im Unternehmen hergestellt wird, in dem sich der Patient, aber auch der Mitarbeiter wohlfühlen kann und in dem wieder eine konstruktive Kommunikation auch zwischen der PPO und der Unternehmenszentrale möglich ist.

Kröll: *Vielen Dank für das Interview!*

Autorinnen und Autoren

Werner Hauser, Hon.-Prof. (FH), Mag. Dr., Fachhochschul-Professor für öffentliches und privates Wirtschaftsrecht und Fachbereichsleiter für Recht an der FH JOANNEUM GmbH Graz und Honorarprofessor an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt; Leiter des Rechtsreferats der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH und Leiter der Ludwig Boltzmann-Forschungsstelle für Bildungs- und Wissenschaftsrecht; Publikationen zum Unternehmens-, Wirtschafts-, Gesundheits- und Bildungsrecht.

Hartmann Jörg Hobensinner, MBA, MSc, studierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, derzeit Pflegedienstleitung in der Albert Schweitzer Klinik (Medizinische Geriatrie 2–4, Albert Schweitzer Hospiz/Tageshospiz, Memory Klinik & Apallic Care Unit); 2010 bis 2017 Vorstandsmitglied der steirischen „Initiative für Menschen im Wachkoma“ und seit 2017 Vorstandsvorsitzender der „Österreichischen Wachkoma Gesellschaft“.

Angelika Feichtner, MSc (Palliative Care), diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, langjährige Pflege- und Lehrtätigkeit im Bereich von Palliative Care und Hospizarbeit, Fachbuch-Autorin, Mitglied der Ethik-Gruppe der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG).

Wolfgang Kröll, Univ.-Prof. Dr. med. univ., LL.M, MA, PM.ME; Universitätsprofessor für Anästhesiologie und Intensivmedizin, allgemein beedeter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, eingetragener Mediator, Leiter des Universitätslehrganges „Klinischer Prüfarzt“ an der Medizinischen Universität Graz sowie des Masterlehrganges „Medizin- und Bioethik“ an der Johannes-Kepler-Universität Linz; Publikationen und Vortragstätigkeit zu Medizinrecht und -ethik.

Christina Peyker, MSc, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium der Pflegewissenschaften; seit 2015 am Wachkoma-Department der Albert Schweitzer Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren Graz.

Autorinnen und Autoren

Sabine Ruppert, Mag., diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium der Pflegewissenschaften; freiberufliche Lektorin und Autorin, Mitglied in der Menschenrechtskommission der Volksanwaltschaft; seit 2020 Leiterin der Stabstelle für Missbrauchs- und Gewaltprävention, Kinder- und Jugendschutz der Erzdiözese Wien.

Walter Schaupp, Univ.-Prof. Dr. med. Dr. theol., em. Professor für Moralthologie, Kath.-Theologische Fakultät Graz, Arbeitsschwerpunkt Medizin- und Bioethik, Mitglied der österr. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt.

Andrea Schober, MSc, diplomierte Gesundheits- und Kinderkrankenschwester, Studium der Pflegewissenschaften (Pflegermanagement), Traumapädagogin und Traumazentrierte Fachberaterin (DeGPT/BAG-TP); derzeit Stationsleitung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am LKH Graz II, Standort Süd.

Renate Skledar, ehemalige Leiterin der PatientInnen- und Pflegeombudschaft des Landes Steiermark.

Christa Tax, DGKP, MSc; Pflegedirektorin des LKH-Universitätsklinikums Graz.

Monique Weissenberger-Leduc, MMMag. DDr., diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium der Pflegewissenschaften sowie der Psychologie, Philosophie und Soziologie; seit 2018 in Pension, freiberufliche Lektorin und Autorin.