

Grenzen der Menschenwürde

Prolog

Wir dürfen es uns nicht zu einfach machen

Autor: Stefan Knobel

Menschenwürde. Wenn wir in der LQ die Grenzen der menschenwürdigen Pflege thematisieren, dann stimmen wir nicht in den Chor der Skandalrufer ein, die vorverurteilend den Pflegeberuf anprangern oder die Langzeitpflege als Hort der Menschenverachtung definieren.

Wir nähern uns diesem Thema mit dem Bewusstsein, dass die Auseinandersetzung über Aggression, Gewalt und die Grenzen der Menschenwürde zu einer der wichtigsten individuellen und gesellschaftlichen Aufgaben überhaupt gehört. Die Menschenwürde ist in Gefahr, wenn wir so tun, als ob sie in unserer Gesellschaft gegeben sei.

Skandale. Geradezu tabuisiert sind die Themen Gewalt und Aggression in der Pflege. Diese Themen werden in der Öffentlichkeit nur diskutiert, wenn wieder einmal ein Skandal für Schlagzeilen sorgt. Meistens folgt der Aufdeckung des Skandals eine gerichtliche Untersuchung und die TäterInnen werden der gerechten Strafe zugeführt. Und die Welt ist wieder in Ordnung.

Alles in Ordnung? Sicherlich ist es wichtig, wenn Skandale und Missstände aufgedeckt werden. Sicherlich ist es richtig, wenn Personen, die die Würde und Integrität ihnen anvertrauter Menschen ver-

letzen, bestraft werden. Wenn man aber meint, damit – und mit einigen «flankierenden Maßnahmen» – sei alles wieder in Ordnung, dann täuscht man sich. Denn Gewalt, Demütigung und Aggression treten nicht nur in Form von Skandalen auf. Die Auswüchse an den Grenzen der Menschenwürde und Menschlichkeit zeigen sich oft subtil und verschleiert. Oder sie verstecken sie sich hinter scheinbar professionellen Argumenten, wie: «Diese freiheitsbeschränkende Maßnahme muss sein, um die BewohnerIn vor sich selbst zu schützen.»

Das Verdeckte offenlegen. Es scheint uns wichtig, diese Themen im Grenzbereich der menschenwürdigen Pflege offenzulegen und zu diskutieren. Denn es wäre allzu leicht, einzelne Pflegenden, eine ganze Berufsgruppe, einzelne Angehörige, pflegeabhängige Menschen oder Menschen mit einem bestimmten Krankheitsbild zu Schuldigen zu stempeln. Denn die verdeckte Gewalt und Aggression geht uns alle an! Die Frage muss gestellt werden, ob wir es als Gesellschaft hinnehmen wollen, dass im deutschsprachigen Raum zwischen 50 % und 75 % der Menschen in Pflegeheimen mit Psychopharmaka ruhiggestellt werden. Oder ob wir es tolerieren können, wenn Menschen festgebunden werden, weil kurzum der Personalschlüssel zu eng ist. Selbst wenn eine Mehrheit der Gesellschaft aus welchen Gründen auch immer solche Zustände gut finden würde: Wir wären trotzdem gefordert, uns zu wehren, wenn die Würde des Menschen verletzt wird. Denn diese ist unantastbar.

Die Situation kann verändert werden! Das ist die gute Nachricht. Aber man muss genau hinschauen und auch unangenehme Fragen stellen. Einige Fragen werden in dieser LQ beleuchtet.

Richard Hennessey fordert in seinem Artikel (ab S. 11) auf, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege und Betreuung zu hinterfragen. Wenn sich Pflegeinstitutionen am Profitdenken anstatt an menschlichen Werten orientieren, dann ist der Nährboden für Gewalt bereitet. Die entsprechende Ökonomisierung der Pflege und Betreuung muss gestoppt werden.

Kompetenz und die Verabschiedung vom Defizitdenken sind Faktoren, die das Gewaltpotenzial verringern. Das legen Christine Grasberger und Stefan Knobel ab Seite 6 dar. Wenn dieser Paradigmenwechsel aber erreicht werden soll, reichen Lippenbekenntnisse nicht. Was es braucht, ist Bildung hin zu mehr beruflicher Kompetenz und zu mehr Selbstverantwortung. ●

Zahlen rund um das Thema «Grenzen der menschenwürdigen Pflege»

Deutschland

Langzeitpflege

Anzahl HeimbewohnerInnen 2015 insgesamt ¹		783'000
Anzahl Pflegeheime ¹		ca. 13'600
Anzahl medikamentöse Fixierung	(Untersuchung AOK 56%) ²	438'480
Anzahl physische Fixierung	Schätzung MDK 20% (eher unterer Wert) ³	156'600
	Punktuelle Stichtagserhebungen 26 – 40 %	203'580 – 313'200

Zum Vergleich: Psychiatrie ⁴

Anzahl PatientInnen stationär (2013)	Insgesamt	1'219'754
	Davon zwangsweise Unterbringungen: ca. 11 %	139'608
Anzahl Zwangsmaßnahmen	Isolierung/Fixierung: 2 – 8 %	24'395 – 97'580

Zum Vergleich:

Anzahl GefängnisinsassInnen in der BRD ⁵	Stichtag 30.11.2016	62'865
Anzahl EinwohnerInnen der Stadt Zürich ⁶	Zahlen vom 31.12.2015	396'027

Bemerkungen:

- Obwohl es weniger PflegeheimbewohnerInnen als stationär versorgte psychiatrische PatientInnen gibt, übersteigen in den Alten- und Pflegeheimen die physischen Fixierungen die zwangsweise Unterbringung bei den psychiatrischen PatientInnen.
- Die Zahl der Gefängnisinsassen wird mit dem Faktor 2,5 übertroffen.
- Die Zahl der medikamentös fixierten Personen Deutschlands übersteigt die Einwohnerzahl Zürichs um gute 10%. Man stelle sich vor: alle Zürcher zugehörnt!

Österreich

Langzeitpflege

Anzahl HeimbewohnerInnen		75'000
Anzahl Pflegeheime ⁷	(Stand 2011)	850
Anzahl medikamentöse Fixierung ⁸	74,6%	55'950
Anzahl physische Fixierung ⁹	Schätzung 23 %	17'250
	Punktuelle Stichtagserhebungen 34,6%	25'950

Zum Vergleich

Anzahl GefängnisinsassInnen ¹⁰		8'800
Einwohnerzahl St. Pölten ¹¹	2016	53'445

Bemerkungen:

- Hier fällt der außerordentlich hohe Wert der medikamentösen Fixierungen auf: Drei von vier BewohnerInnen der Altenheime werden medikamentös ruhiggestellt.
- Das entspricht ungefähr der Größe von St. Pölten, der Landeshauptstadt Niederösterreichs.

Schweiz

Für die Schweiz konnten wir keine Gesamtzahlen finden. Vermutlich macht der Föderalismus das unmöglich. Man kann vermuten, dass die Zahlen ähnlich sind wie in Deutschland oder Österreich.

1. Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
2. Dowideit, A. (2017): Demenzkranke müssen ruhiggestellt werden – finden Pfleger. In: WeltN24, abrufbar unter: <https://www.welt.de/163162007>.
3. Pantel, J. (2016): Fixierungen im Pflegeheim. Notwendiges Übel oder strafbarer Freiheitsentzug. Abrufbar unter: <http://bit.ly/2oP8jil>.
4. Bruns, H.; Henking, T. (2015): Unterbringung und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In: Henking, T; Vollmann, J. (Hg.): Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 19 – 28.
5. Statista. Das Statistikportal: Anzahl der Gefangenen nach Verwahrten in den Justizvollzugsanstalten in Deutschland nach Bundesländern am 30. November 2016, abrufbar unter: <http://bit.ly/2qdEkme>.
6. Abrufbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Zürich>.
7. Abrufbar unter: <http://bit.ly/2oDJBXn>.
8. Mann, E.; Köpke, S.; Haastert, B.; Pitkälä, K.; Meyer, G. (2009): Psychotropic Medication Use Among Nursing Home Residents in Austria. A Cross-Sectional Study. In: BMC Geriatrics 9 (18), S. 1 – 8.
9. Hilbe, J.; Jaquemar, S. (2013): Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen. In: Österreichische Pflegezeitschrift (5), S. 25 – 29. abrufbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Justizanstalt>.
10. abrufbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Justizanstalt>.
11. abrufbar unter: https://de.wikipedia.org/wiki/St._Pölten.

Ökonomisierung: Die Nährlösung für Gewalt

Autor: Richard Hennessey

Starre Hierarchien, Kontrolle und Standardisierung des Lebens sind die Schattenseite der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Das bleibt nicht ohne Folgen und führt zum Verlust des Kompetenz-, Autonomie-, Beziehungs- und Sinnerlebens der Pflegenden und PatientInnen. Und dahinter lauert ein hohes Gewaltpotenzial.

«Der Markt hat im Gesundheitswesen so viel zu suchen, wie der Wolf am Hühnerhof.» (Gerhard Kocher, Schweizer Politologe und Gesundheitsökonom) Die Ökonomisierung im Gesundheits- und Sozialbereich schafft ein ungesundes Umfeld, in dem die Gewaltbereitschaft erhöht wird.

Unmenschliche Arbeitsbedingungen. Als im Jahr 2015 die große Flüchtlingswelle auf uns zurollte, freute sich die Wirtschaft und sah realistische Arbeitschancen für Flüchtlinge mit guter Ausbildung. Mit einer Ausnahme: «Nur in den Pflegeberufen sind die Arbeitsbedingungen nach Ansicht des zuständigen Verbandes so schlecht, dass sie auch für Flüchtlinge unattraktiv seien.» (Demling 2015, S. 1)

Wenn die Arbeitsbedingungen schlecht sind, wirkt sich das auch auf die Lebensbedingungen der gepflegten Menschen aus. Eine Untersuchung der Universität Witten-Herdecke kommt zum Ergebnis,

dass rund 50% der befragten Pflegekräfte in den letzten zwölf Monaten beobachtet haben, dass PatientInnen barsch angefahren wurden; 25% der Befragten registrierten, dass man PatientInnen grob behandelte (vgl. Beine; Turczynski 2017, S. 112). 5% der AltenpflegerInnen gaben an, dass sie selber schon lebensbeendende Maßnahmen gesetzt hätten. Das bedeutet, dass in Deutschland ca. 21'000 PatientInnen jährlich durch die Hände von Pflegekräften oder ÄrztInnen sterben. Relativiert wird dieses erschreckende Ergebnis dadurch, dass die Befragten damit auch das erlaubte Abstellen von Maschinen aufgrund von Patientenverfügungen gemeint haben könnten (vgl. Dowideit 2017b, S. 3 f.).

Chemische Gewalt. Laut einer soeben erschienen Studie der AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse) erhalten 56% der BewohnerInnen von Pflegeheimen in Deutschland Psychopharmaka. In absoluten Zahlen sind das ca. 438'000 Menschen. Das wäre medizinisch nicht notwendig, denn häufig verschlimmern solche Psychopharmaka den Zustand der PatientInnen, z. B. den Verlauf einer Demenz. Man kann in solchen Fällen durchaus von «chemischer Gewalt» sprechen. Eigentlich geht es darum, den PflegerInnen die Arbeit zu erleichtern, weil die Einrichtungen Pflegekräfte einsparen und den Investoren eine höhere Gewinnausschüttung garantieren wollen. Der Arbeitsdruck muss hoch und das Kompetenzerleben gering sein, denn neun von zehn Pflegekräften halten die Sedierungen für richtig oder sogar zu niedrig (vgl. Dowideit 2017a, S. 1 f.). Dabei ist die Sedierungsrate im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Vielleicht orientieren sich die Deutschen auch an Österreich, denn dort werden 74,6%, das sind drei von vier HeimbewohnerInnen, mit Psychopharmaka «ruhiggestellt» (vgl. Mann u. a. 2009, S. 5). In absoluten Zahlen betrifft das ca. 56'000 Menschen in Österreich.

Diese Zahlen belegen: Gewalttaten gegen PatientInnen sind keine Einzelfälle, sondern sind systemischer Natur. Sie entspringen einer entmenschlichten Haltung, die die MitarbeiterIn nur noch als einen Produktionsfaktor und die PatientIn als einen ökonomischen «Fall» wahrnimmt. Diese Haltung wiederum wurzelt im herrschenden Mythos unserer Gesellschaft.

Der Management-Mythos. Jede gesellschaftliche Epoche ist durch einen Mythos gekennzeichnet. Als Mythos werden «überdauernde Glaubenssätze und Wertstrukturen verstanden, die Sinn und Bedeutung für menschliches Handeln liefern» (Bowles

1997, S. 779). Das Ideal der «tätigen Nächstenliebe» verbreitete sich mit dem Christentum über ganz Europa und war der bestimmende Mythos für die Entstehung der Pflege.

Im Verlaufe des 20. Jahrhunderts wurde der «Management-Mythos» zum dominanten Glaubenssystem der Moderne und kolonisiert seit den 1990er-Jahren auch das Pflegesystem. Seine Glaubenssätze und -systeme lauten «Effizienz», «Rationalität», «Egoismus», «Konkurrenz», «Nutzenmaximierung» und dergleichen mehr. Ein Mythos ist es auch deshalb, weil viele seiner Glaubenssätze nicht das halten, was sie versprechen, nämlich steigende Qualität bei sinkenden Kosten. Das Gegenteil ist der Fall (vgl. Manzei; Schmiede 2014, S. 237).

Schizophren. Beide angesprochenen Mythen finden sich in der Pflege. Überbleibsel des christlichen Mythos trifft man oft in den Leitbildern an, in denen sich die Einrichtungen als humane Lebens- und Arbeitsorte sehen möchten (vgl. Höhmann 2010, S. 165). Andererseits ist im täglichen Arbeitsleben der damit wenig kompatible Management-Mythos tonangebend, vor allem dann, wenn es um die heilige Kuh der Effizienz geht. Das Arbeiten mit zwei widersprüchlichen Mythen erzeugt schizophrene Arbeitsbedingungen. Schizophrenie ist verbunden mit einer erhöhten Gewaltanfälligkeit, insbesondere in einem fundamentalistischen und totalitären Umfeld.

Fundamentalistisch. Nicht nur die Islamisten sind fundamentalistisch. Wir sind es auch, nur subtiler und raffinierter. Der Management-Mythos ist insofern fundamentalistisch, indem er das reichhaltige Geflecht menschlicher Beziehungen und Verhaltensweisen auf die ökonomische Dimension reduziert. Im Alltag hört man das an Gemeinplätzen wie: «Geht's der Wirtschaft gut, dann geht's uns allen gut.» Management-BeraterInnen und Qualitäts-Gurus sind die PriesterInnen des Management-Mythos. Sie beschränken ihr Wirken nicht nur auf den profitorientierten Teil der Wirtschaft, sondern versuchen auch in anderen sozialen Bereichen zu missionieren und auf diese Weise einen neuen Menschen, den «homo oeconomicus», der sein Denken und Tun der Ökonomie unterordnet, zu formen.

Total(itär). Laut Goffman zeichnen sich Menschen, die in einer totalen Institution leben und arbeiten, dadurch aus, dass sie immer unselbstständiger werden (Goffman 1973, S. 305 f.). Belegt wird das durch die europaweit durchgeführte OASIS-Studie, die besagt, dass die Hilfen der Einrichtungen in ei-

nem negativen Zusammenhang zur Selbstständigkeit und Lebensqualität der PatientInnen stehen (OASIS 2003, S. 3). Das spiegelt nicht nur das Kompetenzdefizit der PatientInnen, sondern auch jenes der Pflegekräfte. Ebenso offenbart das die oben erwähnte Einstellung der Pflegekräfte zu den Siedlungen.

Kafkaesk. Die unsichtbare Gewalt der ökonomischen Denkweise, die im Gesundheitswesen Einzug gehalten hat, ist diffus, manipulativ und schwer greifbar. Auch wenn die einzelne pflegende Person sich an anderen Werten zu orientieren versucht, entstehen Anreize zur Ausübung von Gewalt systemisch durch die rechtlichen, bürokratischen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege. Die Situation wird noch zusätzlich undurchschaubarer, indem den Beteiligten mit trivialen Qualitätsmanagement-Systemen und absurden Qualitätskontrollen und -noten eine schöne neue Pflegewelt vorgegaukelt wird.

Es ist für die Akteure in diesem System fast schon eine Erleichterung, wenn die unsichtbare Gewalt in tatsächliche Gewalt umschlägt. Dann gibt es nämlich einen konkreten Sündenbock. Man kündigt der gewalttätigen Pflegekraft fristlos oder lässt sie bei schwereren Vergehen gleich wegsperren, und die schöne neue Pflegewelt ist wieder heil. Und natürlich verspricht man noch strengere Kontrollen verbunden mit dem moralischen Appell, dass so etwas nicht wieder passieren darf.

Kontrollsucht. «*Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.*» (Wladimir Iljitsch Lenin zugeschrieben) Gerade der gut gemeinte Ruf nach mehr Kontrollen offenbart die Krise und das systemische Gewaltpotenzial. Halten wir uns vor Augen, dass Kontrolle ein dominantes Konstruktionsprinzip totalitärer Systeme ist. Wenn Menschen überwacht und gegängelt werden, dann rebellieren sie auf vielfältige Art, manchmal auch mit Gewalt. Die Beziehung zwischen Kontrolle und Gewalt wird tendenziell positiv verstärkt: Gewalt erzeugt Kontrolle und Kontrolle erzeugt Gewalt. Wie bei einem Suchtverhalten verbraucht das System schließlich eine Unmenge an Ressourcen bei dem Versuch, die Kontrolle aufrechtzuerhalten. Folglich haben Kontrollen eine ökonomische Grenze und können eine Krise nur hinauszögern, aber nicht lösen. Die sich in Gewalt manifestierende Krise wurzelt in dem ökonomisch-bürokratischen Kontrollregime und dessen Unvereinbarkeit mit dem mensch-





lichen Bedürfnis nach Autonomieerleben (vgl. Moller; Deci 2010, S.51), dessen Nicht-Erfüllen auch einen Verlust des Kompetenz-, Beziehungs- und Sinnerlebens nach sich zieht.

Hierarchie. Hierarchische Kontrolle orientiert sich an der Trennung zwischen Kopf- und Handarbeit. In der Pflege manifestiert sich das in einer kleinen Gruppe zunehmend akademisierter PflegeexpertInnen und GesundheitsmanagerInnen. Ihr Auftrag besteht zu einem guten Teil darin, die Ökonomisierung der Pflege durch Regeln und Standards voranzutreiben. Die PflegeexpertInnen haben nur wenige Kontakte mit den PatientInnen. Anstatt Menschen pflegen sie Dokumentationen. Sie verfügen aber über die Macht der Anordnungen und Kontrollen.

Die Pflegenden am Pflegebett müssen sich einerseits an diesen Anordnungen orientieren. Andererseits erleben sie im Pflegealltag individuelle Be-

dürfnisse und Anforderungen, die nichts mit den Vorgaben zu tun haben. Die Diskrepanz zwischen formalen Qualitätskriterien und den Herausforderungen im Alltag führt zu einer schizophrenen Situation. Die Pflegenden am Pflegebett können keinem der beiden Ansprüche genügen und verlieren die Kontrolle über das eigene Handeln. Sie tragen die Verantwortung – die Macht der Entscheidung liegt aber nicht bei ihnen. Diese Schizophrenie erzeugt Stress, der in Gewalt münden kann.

Sinnverlust. «Der Sinn ist der Wächter der Qualität unseres Handelns.» (Viktor Frankl) Sinn führt zu einer bestimmten Haltung. Keine Pflegekraft ergreift diesen Beruf, um reich zu werden, sondern um Menschen, die pflegebedürftig sind, zu helfen. Die Ökonomisierung fördert ein Verhalten, das dieser Haltung widerspricht. Wenn Menschen nicht mehr in einem Netz guter Beziehungen mit KollegInnen und



PatientInnen und selbstbestimmt ihre Kompetenzen entwickeln können, dann geht der Sinn verloren.

Beziehungsverlust. Die ökonomische Denkweise ist der Güterproduktion entlehnt und von linearem Denken geprägt. In einer automatisierten Produktion weiß man genau Bescheid, wie viel Zeit für die Produktion eines Gutes benötigt wird. Aber die Zeitökonomie zwischen Menschen ist zirkulär und komplex. Wenn nun zwischenmenschliche Beziehungen in enge, lineare Zeitkorsetts (Minutenpflege) gequetscht und vergegenständlicht werden, dann zeitigt das zwangsläufig negative Folgen. Ein beobachtbarer Indikator für die Objektivität der Beziehungen ist neben dem abfertigen Verhalten die «Präsentation ordentlicher Leiber» (satt und sauber). Diese kann man als Ersatzhandlung oder gar als schlechtes Gewissen für mangelnde Beziehung deuten (vgl. Hergl 2012, S.4). In einer standardisierten Kommunikation und Interaktion können sich die PatientInnen nicht einbringen, was dazu führen kann, dass sie aus einem Gefühl der Ohnmacht heraus mit Gewalt reagieren, was seinerseits mit Gegengewalt beantwortet werden kann.

Fremdbestimmung. Macht impliziert Unterwerfung und Unterordnung. Wo Macht herrscht, da verschwindet das Gefühl der Verbundenheit und Zusammengehörigkeit und weicht dem Gefühl der Ohnmacht. Es entwickelt sich ein psychopathisches System, das sich durch den Verlust an Beziehung und Empathie kennzeichnet. Und das ist für die Pflege fatal. Hierarchische Kontrollen schränken den Menschen in seiner Autonomie ein. Studien zu Stress, Burn-out und Gewalt in der Pflege kommen zum Ergebnis, dass unter anderem ein Mangel an Autonomieerleben (Rollenkonflikte, Arbeitsüberlastung, geringe Einfluss-/Kontrollmöglichkeiten) zu Burn-out und erhöhter Gewaltneigung führt (vgl. Hergl 2012, S.6). Das Gefühl, gegängelt zu werden (z. B. durch Minutenpflege) sowie funktionieren zu müssen, führt zu Aggression. Pflegende übertragen das mangelnde Autonomieerleben auch auf ihre KlientInnen, die dann auch in ihrem eigenen Autonomieerleben eingeschränkt werden. Im schlimmsten Fall werden sie auch körperlich ihrer Freiheit beraubt oder mit chemischen Keulen ruhiggestellt.

Systemische Psychopathie. Man muss keine PsychopathIn sein, um in einem solchen System ManagerIn zu sein, aber es ist sozusagen hilfreich. Der kanadische Psychiater Robert Hare zeigt mit seinen Forschungen, dass längst nicht alle Psychopa-

thInnen in den Gefängnissen sitzen, sondern überdurchschnittlich viele auch in leitenden Funktionen tätig sind. Er schätzt, dass ca. 6% der ManagerInnen PsychopathInnen sind (Bevölkerungsdurchschnitt: 1%) (vgl. Gurol 2014, S.1). Aber vorsichtig: Hier soll kein alternativer Sündenbock zur gewalttätigen Pflegekraft geschaffen werden, denn PsychopathInnen im Management sind erstens nicht die Regel, sondern die Ausnahme, und zweitens nicht die Ursache, sondern das Ergebnis der gegenwärtigen Zustände. Da das gegenwärtige System mit seinen – wissenschaftlich nicht haltbaren – Glaubenssätzen der Rationalität, des Egoismus, der Konkurrenz, des Nutzenmaximierens in sich schon pathologisch ist, ist es kein Zufall, dass Menschen, die diesen Management-Mythos in besonderer Weise verinnerlicht haben, zur Spitze aufsteigen.

Gehorsam und Anpassung. Um diesen Management-Mythos vollkommen verinnerlichen zu können, muss ein Mensch in besonderer Weise seine Gefühle von seiner Person abspalten können. Das geschieht, indem man die Gefühle der sogenannten Vernunft gehorsam unterordnet. Gehorsam ist in diesem Fall «eine Variante der Anpassung, die sehr gewalttätig sein kann» (Gruen; Weber 2001, S.23). In der Tat ist ein an der Vernunft orientiertes Denken und Handeln prägend für unsere Kultur, und deshalb fallen solche Menschen, die im Namen der ökonomischen Vernunft gehorsam über Leichen gehen, auch gar nicht negativ auf. Im Gegenteil: Sie erhalten ein hohes Maß an Wertschätzung und werden in hohe und höchste Posten gehievt.

Ein Beispiel. A. D. war seit 1997 in der Geschäftsführung eines deutschen Universitätsklinikums tätig, 2005 wurde er Chef desselben. Ihm gelang es als «eisenharter Sparer», mit seiner Klinik Überschüsse zu erzielen. Er bekleidete eine Reihe von Ämtern, sogar jenes des Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und galt als einer der mächtigsten Lobbyisten im Gesundheitssystem. Im Jahr 2014 musste er sich aufgrund des «Hygieneskandals» von seinen Ämtern verabschieden. Die Staatsanwaltschaft hatte herausgefunden, dass in der Klinik jahrelang mit verschmutzten Operationsbestecken operiert wurde. Es wurde geschätzt, dass 140'000 bis 250'000 Menschen davon betroffen waren. Die ausschließliche Priorität im Bereich Finanzen war die Ursache, warum die Bestecke nicht sachgemäß sterilisiert wurden. Aber anstatt A. D. endgültig





«Ade» zu sagen, darf er ungehindert als Aufsichtsratsvorsitzender der DRK Kliniken Berlin weiterwirken (vgl. Beine; Turczynski 2017, S. 84 f.). An diesem Beispiel sehen wir, dass unser Gesellschaftssystem auf einem krankmachenden Mythos fußt.

Ein anderes Beispiel. Unsere Gesellschaft ist wohlwollend gegenüber Psychopathen in hohen Positionen, aber unbarmherzig mit jenen Menschen, die dieses unmoralische System infrage stellen. Die Altenpflegerin Brigitte Heinisch arbeitete beim Klinikkonzern Vivantes und erlebte dort eklatante Missstände. Sie beschwerte sich bei den Vorgesetzten, was aber nicht half. Dann beschwerte sie sich beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dieser stellte gravierende Mängel fest und drohte mit einer Kündigung des Versorgungs-

vertrags. Das Knurren des zahnlosen Tigers verhallte ungehört, die Zustände blieben gleich. Daraufhin zeigte die Altenpflegerin ihren Arbeitgeber an. In dem Verfahren erwies sich die Behörde als Ritter ohne Schwert und es wurde bald einmal eingestellt. Brigitte Heinisch wurde fristlos gekündigt. Sie klagte gegen diese Kündigung und verlor in allen heimischen Instanzen. Erst beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte bekam sie Recht (vgl. Döwedeit 2012, S. 189).

Wer trägt die Verantwortung? *«Der Mensch ist nicht frei von seinen schicksalhaften Bedingungen, aber frei zu diesen Bedingungen Stellung zu nehmen.» (Victor Frankl)* Obwohl die gegenwärtigen ökonomischen Rahmenbedingungen die Gewaltneigung fördern, so hat doch jede Pflegekraft die Möglich-



keit zu entscheiden, ob sie diesen Anreizen nachgibt, ob sie stillschweigend bei den anderen darüber hinwegsieht, ob sie das System verlässt oder ob sie sich dagegen stellt. Die oben zitierte Brigitte Heinisch prangerte das System an, ist immer noch als Pflegerin tätig und gilt als Heldin in ihrer Branche. Der Gang durch die Instanzen war zwar zeit- und kräfteraubend aber doch möglich.

Die systemische Sichtweise ist nicht dazu da, die Gewalt Einzelner zu rechtfertigen, sondern will politische Verantwortung aufzeigen, die in einer Änderung dieser unenschlichen Rahmenbedingungen besteht. Diese politische Verantwortung liegt nicht nur bei den Politikern, sondern auch bei jeder einzelnen Pflegenden. In diesem Zusammenhang birgt die systemische Sichtweise einen Aspekt, der bislang wenig beachtet wurde. Viele Pflegekräfte erkennen das Dilemma der schlechten Rahmenbedingungen, resignieren aber, weil sie meinen, dass die große Mehrheit gar nicht bereit und in der Lage sei, etwas zu verändern. Es ist aber gar nicht notwendig, dass die Mehrheit auf einmal aufbegehrt. Wenn nur zehn Prozent der Pflegekräfte sich diesem System entschlossen verweigern würden, dann bräuchten sie dieses zum Kippen. Zehn Prozent bilden in einem sozialen System die kritische Masse (vgl. Xie u. a. 2011, S. 1).

Rahmenbedingungen. Der Gegenpol von Vertrauen ist nicht Kontrolle, sondern Verantwortung. Dementsprechend sollten auch die finanziellen, organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie die Übernahme von Verantwortung fördern. Verantwortung kommt von «antworten», und die Menschen sollten dem Leben antworten können (Kompetenz), antworten dürfen (Autonomie) und antworten wollen (Sinn).

Kompetenz. Menschen erfahren ein gutes Gefühl, wenn ihnen etwas gelingt. Das Kompetenzerleben führt zu einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung, die ein wichtiger Schutz gegen Stress und Gewalt ist. Wenn Menschen keine konstruktive Gelegenheit erhalten, die eigene Wirksamkeit zu erleben, suchen sie Ersatzhandlungen, auch in Gewalt. So hat z. B. der deutsche Krankenpfleger Niels H. bewusst Notfälle herbeigeführt, um zu beweisen, wie gut er PatientInnen wiederbeleben kann (vgl. Osterbrink; Andratsch 2015, S. 20). In der Pflege spielt Kompetenz und die Erfahrung der Wirksamkeit auf zwei Ebenen eine Rolle:



- **Kompetenz der PatientIn.** Pflegeabhängige Menschen erleben eine große Einbuße der eigenen Wirksamkeitserfahrung. Das wichtigste Ziel der Pflege wäre es, diese Menschen in ihren alltäglichen Aktivitäten so zu unterstützen, dass sie die eigene Wirksamkeit erfahren können. Das ist jederzeit möglich, denn Menschen können ihre Kompetenz und Selbstständigkeit entwickeln, solange sie leben.
- **Kompetenz der Pflegekraft.** Die zentrale Herausforderung ist, dass der betroffene Mensch Unterstützung in den alltäglichen Aktivitäten so erhält, dass er diese möglichst selbstgesteuert gestalten kann. Das ist nur zu erreichen, wenn das pflegerische Angebot individuell und variabel gestaltet ist. Viabel heißt, dass die unterstützende Person im aktuellen Moment genau das Richtige tut, um die Selbstwirksamkeitserfahrung optimal zu ermöglichen. Die Pflegenden müssen dabei die Wirkungszusammenhänge zwischen Einschränkung, Entwicklungspotenzial und dem Wie des eigenen pflegerischen Handelns beurteilen können. Das ist kompetenzorientierte Pflege, wie sie z. B. durch Kinaesthetics in den letzten Jahren entwickelt wurde. Die standardisierten, engen zeitlichen Vorgaben der ökonomisierten Pflege behindern die kompetenzorientierte Pflege. Standardisierte Pflege





Der Autor: Dr. Richard Hennessey ist Geschäftsführer von *pro lebensqualität Österreich* und lebt mit seiner Frau und seinen drei Töchtern im Bregenzerwald in Vorarlberg.
Zuschriften an: richard.hennessey@pro-lq.at



gehandlungen führen dazu, dass die Selbstständigkeit und die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit der KlientInnen noch zusätzlich eingeschränkt werden. Wie gesagt reagieren KlientInnen darauf mit Resignation und Rückzug oder mit Aggression und Gewalt.

Verantwortung und Vertrauen. Effektive Pflege ist nur durch individuelle Pflege erreichbar. Und individuelle Pflege kann nicht standardisiert werden. Jeder direkte Steuerungsversuch von außen scheitert. Die Verantwortung für die individuelle Interaktion kann nur durch die pflegende Person selbst übernommen werden. Und dafür braucht sie Entscheidungs- und Handlungsautonomie.

Kompetenz und Autonomie führen dazu, dass Menschen wieder den Sinn in ihrer Arbeit erkennen können. Wenn Menschen autonom, kompetent und sinorientiert arbeiten können, dann ermöglicht man ihnen damit die Übernahme von Verantwortung, die empathische Gestaltung von Beziehungen und den Aufbau von Vertrauen. Das ist die optimale Nährlösung gegen Gewalt. ●



Literatur:

- > **Beine, K. H.; Turczynski, J. (2017):** Tatort Krankenhaus. Wie ein kaputtes System Misshandlungen und Morde an Kranken fördert. Droemer HC, München.
- > **Bowles, M. (1997):** Der Management-Mythos. Seine Ausprägung und Unzulänglichkeit in gegenwärtigen Organisationen. In: *Human Relations* 50, S. 779 – 803.
- > **Demling, A. (2015):** Wirtschaft sucht Arbeitskräfte. Diese Branchen hoffen auf Flüchtlinge. In: *Spiegel Online*, 07.08.2015
- > **Dowideit, A. (2012):** Endstation. Altenheim. Alltag und Missstände in der deutschen Pflege. Redline Verlag, München.
- > **Dowideit, A. (2017a):** Demenzkranke müssen ruhiggestellt werden – finden Pfleger. In: *WeltN24*, 05.04.2017, abrufbar unter <https://www.welt.de/163425051>
- > **Dowideit, A. (2017b):** Töten Ärzte und Pfleger regelmäßig Patienten? In: *WeltN24*, 27.03.2017, abrufbar unter <https://www.welt.de/163162007>
- > **Goffman, E. (1973):** Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag, Berlin.
- > **Gruen, A.; Weber, D. (2001):** «Hass in der Seele». Verstehen, was uns böse macht. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau.
- > **Guroi, J. (2014):** Psychopathen im Büro. Wahnsinnstypen in der Chefetage. In: *Wirtschaftswoche*, 29.07.2014, abrufbar unter: http://www.wiwo.de/erfolg/management/psychopathen-im-buero-wahnsinnstypen-aufder-chefetage/v_detail_tab_print/10229310.html 2/3
- > **Hergl, C. M. (2012):** Beitrag zum Thema «Demenz und Burnout». Dialog und Transferzentrum Demenz an der Universität Witten-Herdecke.
- > **Höhm, U. (2010):** Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten. Ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenhilfe. In: Köhler-Offierski, A.; Editbauer, R. (Hg.): *Gestaltung und Rationalisierung. Evangelische Hochschulperspektiven*, Band 6. Verlag Forschung-Entwicklung-Lehre, Freiburg, S. 161 – 178.
- > **OASIS Research Project (2003):** Findings. The findings are based on: Lowenstein, A.; Ogg, J. (Hg.): *OASIS – Old Age and Autonomy. The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity*. Center for Research and Study of Ageing. The University of Haifa, Israel.
- > **Mann, E.; Köpke, S.; Haastert, B.; Pitkälä, K.; Meyer, G. (2009):** Psychotropic Medication Use Among Nursing Home Residents in Austria, A Cross-Sectional Study. In: *BMC Geriatrics* 9 (18), S. 1 – 8.
- > **Manzei, A.; Schmiede, R. (Hg.) (2014):** 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- > **Moller, A. C.; Deci, E. (2010):** Interpersonal Control, Dehumanization, and Violence. A Self-Determination-Theorie Perspective. *Group Process & Intergroup Relations* 13 (1), S. 41 – 53.
- > **Osterbrink, J.; Andratsch F. (2015):** Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können. Verlag C. H. Beck, München.
- > **Xie, J.; Sreenivasan, S.; Korniss, G.; Zhang, W.; Lim, C.; Szymanski, B. K. (2011):** Social Consensus Through the Influence of Committed Minorities. In: *Physical Review E* 84 (1), S. 1 – 8.

Kompetente Pflege vermindert Aggression

Die AutorInnen: Christine Grasberger und Stefan Knobel

Man kann Gewalt und Aggression in der Pflege dem Individuum oder einer ganzen Berufsgruppe zuschieben. Oder der Institution. Das sind Vereinfachungen, die nicht weiterhelfen. Es braucht ein vertieftes Verständnis, neue Denk- und Verhaltensweisen. Mit einem neuen Verständnis der Zusammenhänge können wir die notwendige Kompetenz entwickeln, um der Gewalt und der Aggression den Boden zu entziehen.

Wohin schauen?

Im Sandkasten. Kinder spielen im Sandkasten. Eines der Kinder gängelt die anderen. Subtil kontrolliert es zunehmend die Gestaltung und den Ablauf des Spiels. Es entzieht den SpielkameradInnen Spielsachen und zerstört ganz «zufällig» ihre Sandfiguren. Anfangs lassen die anderen Kinder dieses Verhalten stillschweigend über sich ergehen. Doch plötzlich rebelliert eines. Es nimmt seine Sandschaufel und schlägt zu. Die Erwachsenen greifen ein und stoppen die Attacke. Ihnen ist klar, wer der «Täter» ist – es ist das schlagende Kind. Denn die anderen haben ja nichts gemacht.

Spiel und Ernst. Was passiert da im Sandkasten? Kinder lernen spielerisch soziales Verhalten. Sie können die Wirkung ihres Tuns und das der anderen

beobachten. Sie erleben mit, wenn ein lustiges Spiel plötzlich ganz ernst wird, wenn eine Situation eskaliert. Sie lernen Interaktionen auszuloten und an Grenzen zu gehen. Sie lernen Rollen zu spielen.

Wenn man hinschaut, bevor ein Kind die Schaufel schwingt, wird sichtbar: Das Schaufelschwingen ist nur die Oberfläche des Geschehens. Der offensichtlich physischen Eskalation gehen wechselseitige verbale und nonverbale «Attacken» und Interaktionen voraus. Der offensichtliche Angreifer ist ein Teil eines gruppenspezifischen Prozesses mit verschiedensten Einflussfaktoren.

Wie ein Pilz. Wer die Biologie der Pilze studiert, weiß: Der wunderschöne Pilz unter einem Baum ist nur die «Spitze des Eisbergs». Im Boden existiert das riesengroße Geflecht des Myzels, das den Pilz als Ganzes ausmacht. Unterirdisch werden in diesem Geflecht und durch dieses sehr viele Prozesse gestaltet. Der Pilz als Ganzes geht Symbiosen mit Pflanzen ein, profitiert von anderen Lebewesen wie Amöben oder Bäumen und zersetzt organisches Material. Man kann also gar nicht sagen, dass das, was man sieht, der Pilz ist. Das, was man sieht, ist nur sein «Auswuchs». Ähnlich kann man sich aggressive oder gewalttätige Situationen vorstellen. Das, was augenscheinlich wird und sich manifestiert, ist nur der «Auswuchs» von untergründigen, oft schlecht beobachtbaren sozialen Interaktionen.

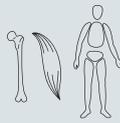
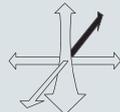
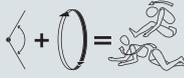
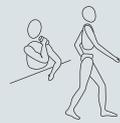
Die aggressive BewohnerIn. Wenn von einer verhaltensauffälligen oder aggressiven BewohnerIn gesprochen wird, ist klar, wo das Problem liegt: eben bei dieser BewohnerIn. Sie ist es sozusagen, die mit der Schaufel zuschlägt. Beim näheren Hinsehen spielt sich aber Ähnliches ab wie im Sandkasten. Der offensichtlich aggressive Mensch ist ein Teil eines gruppenspezifischen Prozesses. Möchten wir Gewalt und Übergriffen begegnen, sind wir gefordert, das Beziehungsgeschehen sowie unser eigenes Verhalten genau wahrzunehmen und die Zusammenhänge zu verstehen. Es geht gleichsam darum, das soziale Myzel zu studieren.

Vom Paradigma beherrscht

Die Lehrmeinung leitet das Handeln. Der Begriff Paradigma bedeutet «Leit-, Musterbild, Modell[fall]». Die mustergültigen Denkweisen prägen unser Handeln. Ein berühmtes Beispiel ist der Tod des ameri-



Fragestellungen zur BewohnerIn/PatientIn
Wie differenziert kann die BewohnerIn ...

Interaktion		... in der eigenen Bewegung Druck- und Spannungsveränderungen bemerken und gestalten? ... die eigene Muskelspannung anpassen?
		... den Raum (Bewegungsspielraum) oder die Zeit (Tempo) und die Anstrengung an die jeweilige Herausforderung anpassen?
		... Aktivitäten alleine – einseitig durchführen? ... Aktivitäten mit anderen Menschen (gleichzeitig-gemeinsam oder schrittweise) durchführen?
Funktionale Anatomie		... stabile und instabile/bewegliche Anatomie im Zusammenspiel nutzen, um spannungsarme Bewegungsmöglichkeiten zu finden?
		... Richtungsveränderungen in und zwischen den Massen bemerken und damit die Spannung verfeinern?
Menschliche Bewegung		... situativ ihr Bewegungsmuster verändern, um sich stress- und spannungsarm zu bewegen?
Anstrengung		... Arme und Beine für einen feinen dynamischen Spannungsaufbau und Spannungsabbau zwischen Massen einsetzen?
Menschliche Funktion		... eine Position einnehmen und aktiv Veränderungen gestalten? ... Bewegungsfähigkeiten in tieferen Positionen gestalten und lernen?
		... Gehen in allen Positionen gestalten? ... Gewichtsverlagerungen zwischen den Positionen beim Fortbewegen gestalten?



kanischen Präsidenten George Washington. Er erkrankte im Jahr 1799 an einer Kehlkopfentzündung. Die damaligen Ärzte hatten die Annahme, dass diese Krankheit im Blut und in den Gedärmen verortet ist. Sie machten das, was damals die tragende Lehrmeinung war. Sie behandelten die Erkrankung mit Abführmittel und Aderlass. Als der Zustand des Patienten sich verschlechterte und er kaltschweißig und kurzatmig wurde, war die Schlussfolgerung für den nächsten Behandlungsschritt klar: mehr Aderlass – mehr Abführmittel. George Washington verstarb unter den Händen der weltbesten Ärzte, die die bestmögliche Therapie anwandten, die ihnen zur Verfügung stand.

Mit dem heutigen Wissen ist man verleitet, den Kopf zu schütteln. Die Ärzte folgten aber nach bestem Wissen und Gewissen der damaligen Lehrmeinung. Zwar wusste man schon seit dem 17. Jahrhundert, dass es Bakterien gibt. Den Zusammenhang zwischen Entzündungen und Mikroorganismen entdeckte man aber erst Ende des 19. Jahrhunderts.

Krankheitsdenken. Das Denken im Sozial- und Gesundheitswesen ist sehr stark von der Pathogenese geprägt. Pathogenese befasst sich mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten, insbesondere mit der Ursachenforschung. Diese Art zu denken, hat enorm viel Wissen und Können ermöglicht, auf das man auf keinen Fall verzichten möchte. Dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen in den westlichen Ländern von 68 Jahren (1960) auf über 82 Jahre (2015) gestiegen ist, hat neben anderen Faktoren auch mit dem Verständnis der Krankheitsentwicklung zu tun.

Aus welcher Sicht das Leben denken? Wenn wir das Paradigma der Krankheitsentstehung und -entwicklung zu Hilfe nehmen, um über alle Lebensprozesse nachzudenken, dann wird es schwierig. Ein Beispiel dafür zeigt sich im Umgang mit Mikroorganismen. Die Wissenschaft hat intensiv geforscht, welche Rolle sie bei Infektionen spielen, hat aber kaum eine Ahnung, wie die Bakterien unser Leben positiv beeinflussen; hier steckt die Forschung noch in den Anfängen. Als Resultat zeigt sich dennoch immer wieder ein antibakterieller Reinlichkeitswahn, dessen Auswirkungen Allergien und die Entstehung anderer Krankheiten vermutlich begünstigen.

Neue Horizonte in Bezug auf das menschliche Sein zeigen sich, wenn man aus interdisziplinärer und ganzheitlicher Sicht die Möglichkeit der lebenslangen Entwicklung in Betracht zieht. Diese Sichtweise ist eine Grundprämisse von Kinaesthetics

und der Wissenschaft der Humanontogenetik, die von Karl-Friedrich Wessel u. a. in den 1980er-Jahren begründet wurde. Dabei geht es um die Individualentwicklung des Menschen, der sich wie alle Lebewesen ständig entwickelt. Entwicklung gilt als die einzige Konstante des Lebensprozesses und verläuft in irreversiblen Phasen. Der Entwicklungsprozess führt zu mehr oder weniger Differenzierung der menschlichen Kompetenz. Durch das Verständnis der Grundmuster dieses Entwicklungsprozesses kann man lernen, die eigene und die menschliche Entwicklung überhaupt gezielter zu beeinflussen.

Perspektivenwechsel

Aggressivität aus der Krankheitsperspektive.

Wenn wir aus pathogenetischer Sicht über aggressives oder gewalttätiges Verhalten nachdenken, stellt sich uns die Frage: Was ist da krank? Betrachtungen ausgehend von Krankheitsursachen und -verlauf verleiten zu kausalen Schlussfolgerungen wie: Demenzerkrankte Menschen neigen zu Aggression; es gibt einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Krankheit und dem aggressiven Verhalten. In der Folge wird man z. B. nach einem Medikament suchen, das die krankheitsbedingte Aggression beseitigt oder dämpft. Diese Denkweise dürfte mit ein Grund sein, warum im deutschsprachigen Raum zwischen 50 und 75 % der Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege mit Psychopharmaka behandelt werden. Wir sind davon überzeugt, dass man in ein paar Jahrzehnten wie bei George Washington über diese medikamentöse Freiheitsbeschränkung den Kopf schütteln wird.

Aggressivität aus der Entwicklungsperspektive.

Wenn man Gesundheit aus der Perspektive andauernder Entwicklung versteht, ergeben sich bei der Betrachtung von aggressivem Verhalten ganz andere Resultate. Ein demenzerkrankter Mensch oder besser ein Mensch, der sich so entwickelt hat, dass er Mühe hat, sich in Raum und Zeit zu orientieren und sich in seinen Interaktionen mit anderen Menschen adäquat zu verhalten, zeigt aggressives Verhalten. In der Begegnung mit anderen Menschen verliert er schneller die Kontrolle in relativ einfachen Lebenssituationen. Er reagiert auf diesen Kontrollverlust oft sehr emotional, auch mit aggressivem Verhalten. Dies passiert also insbesondere dann, wenn die «richtig» orientierten Menschen, z. B. Pflegende,



Fragestellungen für Pflegende

Wie differenziert kann die Pflegende ...

Interaktion



... Interaktion über Druck- und Spannungsveränderungen bewusst und fein gestalten?
... ihre Muskelspannung während der Unterstützung an den betreuten Menschen anpassen?

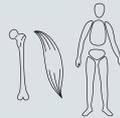


... ihren (Bewegungsspiel-)Raum und die Zeit (ihr Tempo) in ihrer Bewegung gestalten?
... ihren (Bewegungsspiel-)Raum und die Zeit (ihr Tempo) an die der BewohnerIn anpassen?

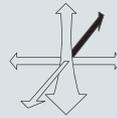


... gleichzeitig-gemeinsame, schrittweise und einseitige Interaktionsformen situativ so einsetzen, dass die pflegerische Berührung und Bewegung leicht und entspannt gestaltet werden kann?

Funktionale Anatomie

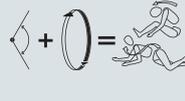


... das Zusammenspiel stabiler und instabiler/beweglicher Anatomie in ihrer Bewegung gestalten?
... Menschen darin unterstützen, ihr Zusammenspiel stabiler und instabiler/beweglicher Anatomie in der Bewegung zu finden?



... Gewichts- oder Richtungsveränderungen in und zwischen den Massen in der eigenen Bewegung bemerken und damit die Spannung verfeinern?
... Menschen darin unterstützen, Richtungsveränderungen zu gestalten?

Menschliche Bewegung



... während der Unterstützung ihre Bewegungsmuster verändern oder verfeinern?
... spiralförmige oder parallele Bewegungsmuster unterstützen oder helfen, Muster zu verändern?

Anstrengung



... dynamischen Spannungsaufbau und Spannungsabbau mit den Armen und Beinen gestalten und unterstützen?

Menschliche Funktion



... eine Position als einen dynamischen, aktiven Bewegungsprozess erkennen und unterstützen?
... Bewegungsfähigkeiten im Liegen und tiefen Positionen unterstützen, die in höheren Positionen wie im Sitzen / Stehen notwendig sind?



... Gehen in allen Positionen gestalten und Menschen darin unterstützen, gehende Fortbewegung zu gestalten?
... Gewichtsverlagerungen in der Fortbewegung zwischen den Positionen in der eigenen Bewegung gestalten und Menschen darin unterstützen?



nicht in der Lage sind, ihr Verhalten in der Interaktion mit diesem Menschen anzupassen.

Wirksamkeitsverlust

Individuen brauchen individuelle Unterstützung. Lange hat man versucht, Pflegeinteraktionen zu objektivieren und zu standardisieren. Man lehrte Hebetechiken, den Einsatz eines Lifters für Transfers oder Handgriffe, wie man einen Menschen z. B. auf die Seite dreht. Im Hintergrund dieser Bemühungen steht hauptsächlich die Prävention: Man versucht dadurch die Überlastungsgefahr für Pflegenden zu verhindern.

Aus der Sicht von Kinaesthetics und des Entwicklungsparadigmas ist völlig klar, dass solche standardisierten Transfertechniken oder eingeübte Handgriffe für den betreffenden Menschen schädlich sind. Jemanden zu heben, ist ein Pflegefehler, gerade weil man dadurch einen gänzlichen Kontrollverlust über seinen Ortswechsel von A nach B erfährt. Will man einen Menschen in seiner Entwicklung und Orientierung fördern und nicht in die Pflegeabhängigkeit führen, muss er darin unter-

stützt werden, in höchstmöglichem Maß die Kontrolle über die Ausführung seiner alltäglichen Aktivitäten selbst zu haben. Je differenzierter ein Mensch dabei seine individuelle innere Steuerung gestalten kann, umso besser kann er sich in sich und in der Umwelt orientieren.

Wer passt sich wem an? Wenn eine Pflegeperson mit standardisierten Handgriffen eine PatientIn bewegt, richtet sie ihr Handeln an objektiven Vorgaben aus. Die individuelle Anpassung der Unterstützten wird ausgeblendet; sie muss sich anpassen, wird wie ein Objekt behandelt und fühlt sich auch so. Dadurch leistet die Pflegeperson, die eigentlich den Auftrag hat, für das Wohl der PatientIn zu sorgen, einen aktiven Beitrag zu ihrer Abhängigkeit und Behinderung.

Wenn eine PatientIn Unterstützung in ihrer Entwicklung braucht, ist sie darauf angewiesen, dass diese dazu führt, dass ihre innere Kontrolle möglichst differenziert geschehen kann. Die Pflegeperson hat also den Auftrag, sich an ihre Möglichkeiten anzupassen und sie in ihrer differenzierten Selbstkontrolle zu unterstützen.



Verlust der Wirksamkeit und Aggression. Gerade ältere Menschen messen ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden maßgeblich an der Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Sie resultiert aus der Erfahrung, ob sie bestimmte Dinge noch tun können oder nicht. Wenn jemand feststellt, dass die erwartete oder gewohnte Kompetenz während einer Aktivität plötzlich wegbricht oder eine Aktivität nicht mehr ausgeführt werden kann, führt das zu Ohnmachtsgefühlen. Daraus können Unsicherheit, Angst, Wut, Verzweiflung, Gewalt und Aggression resultieren.

Wenn andererseits eine Pflegeperson einem anderen Menschen in einer pflegerischen Interaktion so hilft, dass dieser zunehmend die Kontrolle über das Geschehen verliert, zeugt das von Inkompetenz: Die unterstützte Person wird in der eigenen Wirksamkeit und Entwicklung gestört. Daraus können Widerstand, höhere Körperspannung, spastische Muster, Abwehr usw. entstehen. Dies passiert, weil die Person keine produktive, in Richtung Selbstständigkeit führende Anpassung leisten kann und die Kontrolle über das eigene Gewicht in der Schwerkraft verliert. Sie ist nicht in der Lage, ihre Bewegungsanpassung an die «Hilfe» mit der aktuellen Aktivität in Einklang zu bringen. Dies hat nichts mit der Krankheit oder mangelnder Kooperationsbereitschaft zu tun. Die Person ist überfordert.

Ein Mensch braucht Pflege, wenn seine Kompetenzen und Fähigkeiten zur Bewältigung der alltäglichen Aktivitäten nicht mehr ausreichen. Wenn er auf Helfende trifft, die durch die vermeintliche Hilfe seine Situation noch schwieriger machen, dann wird der Boden für Gewalt und Aggressivität aktiv vorbereitet.

Verhalten erforschen

Pflegen ist ein Handwerk ... Wenn ein Mensch gepflegt wird, spielt die Haltung der helfenden Person zwar eine Rolle – direkt betroffen ist er aber vom Verhalten der Pflegeperson, von dem, was sie wirklich tut. Dies hängt wiederum von der Kompetenz der Pflegenden ab. Je mehr ein Mensch auf Pflege und Betreuung angewiesen ist, umso wichtiger ist diese. Wenn professionelle Pflegenden also ihren Auftrag erfüllen und den ihnen anvertrauten Menschen zu mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität verhelfen wollen, müssen sie in der Lage sein, ihre Unterstützung situativ und individuell zu gestalten. Grundlage hierfür ist, dass die einzelne Pflegekraft das Handwerk der Interaktion über Berührung und Bewegung versteht.

... und ein Forschungsprozess. Wenn die Pflegeperson den Menschen in seiner Selbststeuerung und inneren Orientierung produktiv unterstützen will, muss sie in der Lage sein, viabel zu handeln. Das heißt, sie im aktuellen Moment etwas Passendes tun. Demzufolge wird jede Interaktion zu einem Forschungsprozess. Die Anpassung des gepflegten Menschen an das eigene Verhalten muss in jedem Moment beurteilt und das eigene Handeln möglichst zeitnah angepasst werden. Das braucht eine hohe Bewegungskompetenz und also die Fähigkeit, das eigene Bewegungsverhalten bewusst und zeitnah an die Bewegung des Gegenübers anpassen zu zu können.

Die Zirkularität von Verhalten und Annahmen erforschen. Wie schon erwähnt, wird pflegerisches Handeln durch das Wissen über eine Krankheit und ihre Entwicklung beeinflusst. Wenn man aber die Hintergründe von Aggression und Gewalt in der Pflege besser verstehen will, muss man sich ganzheitlich mit der menschlichen Entwicklung und dem Einfluss der Qualität der menschlichen Interaktionen auf sie auseinandersetzen.

Einen Teil dieser Auseinandersetzung kann man mit der Lektüre wissenschaftlicher Literatur zur menschlichen Entwicklung bewältigen. Es braucht aber vor allem auch die Erforschung des eigenen Verhaltens in der individuellen Situation. Und das kann man nicht aus Büchern lernen. Es gilt also, auf die Wirkung des eigenen Verhaltens im Pflegealltag zu achten, dabei die eigenen Annahmen zu hinterfragen und die zugrunde liegenden Muster herauszukristallisieren. Dabei geht es um die Frage, welche Kompetenz es braucht, um dem Gegenüber zu einer möglichst differenzierten Erfahrung der eigenen Wirksamkeit zu verhelfen. Hier ermöglicht das Kinaesthetics-Konzeptsystem, diese Frage ganz gezielt und systematisch zu stellen (vgl. S. 8 – 9).

Die AutorInnen:



Christine Grasberger ist von Beruf diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Sie arbeitet als Geschäftsführerin von Kinaesthetics Österreich und als Kinaesthetics-Ausbilderin.



Stefan Knobel ist von Beruf Krankenpfleger und arbeitet als Kinaesthetics-Ausbilder und als Präsident der *stiftung lebensqualität*.

Entmündigung macht aggressiv

Im Gespräch: Rosalinde Breininger und Stefan Knobel

Wenn Kompetenz und Vertrauen zusammenkommen, kann in der Langzeitpflege weitgehend auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen verzichtet werden. Dass das tatsächlich möglich ist und welche Rahmenbedingungen dafür notwendig sind, ist Inhalt dieses Gesprächs.

Rosalinde Breininger ist Kinaesthetics Trainerin. Sie arbeitete zehn Jahre als Heim- und Pflegedienstleitung im Pflegeheim Kamillus in Passail, Steiermark. Seit einem Jahr nun ist sie im Ruhestand.



Knobel: Rosalinde, ich möchte mit dir über Gewalt in der Pflege sprechen. Ein Teil davon sind die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. In Österreich können laut offiziellen Statistiken 74,6 % der Menschen, also drei von vier Personen, in der Langzeitpflege nur gepflegt werden, wenn man ihre Freiheit mit psychopharmazeutischen Maßnahmen beschränkt. Was sagst du dazu?

Breininger: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind kaum nötig, wenn die MitarbeiterInnen kompe-

tent sind und die Führungskräfte die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen.

Knobel: Was meinst du mit «kaum»?

Breininger: Es wäre falsch zu sagen, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen nie nötig wären. Es gibt immer wieder Situationen, in denen wir die Zusammenhänge nicht verstehen und unser Wissen und Können nicht ausreicht, um einem Menschen wirklich zu helfen. In solchen Situationen kann es sein, dass man z. B. mit einem Medikament die Situation entschärfen kann. Aber sehr oft ist das nur für kurze Zeit nötig.

Knobel: Was bedeutet «kurze Zeit»?

Breininger: Es gibt Situationen, in denen ein Mensch aggressiv reagiert und wir nicht verstehen, was los ist und wie wir in der Pflege unser Verhalten verändern können. In solchen Situationen kann eine angepasste Medikation helfen, die Lage zu entschärfen. Wir müssen aber die Zeit der Medikation nutzen, um die Situation zu verstehen. Denn Aggression hat immer mit Unverständnis zu tun.

Knobel: Wie meinst du das?

Breininger: Demenz oder eine andere Krankheit führt nicht zu Aggression. Es ist die Situation, die Aggression erzeugt. Oft verstehen wir Pflegenden oder die Angehörigen nicht, was der andere Mensch will, oft versteht der betroffene Mensch selbst nicht, was er will. Diese Situation führt zu Hilflosigkeit und kann in Aggression beider Seiten enden.

Knobel: Das widerspricht der weitverbreiteten Meinung, die Aggression direkt mit der Erkrankung oder der Biographie in Verbindung bringt.

Breininger: Meine Erfahrungen haben gezeigt, dass die Art der Interaktion ein aggressives Klima schafft. Oft versucht man dann, diesen Menschen mit Worten näherzukommen und ihnen zu erklären, was los ist. Das hilft aber meistens nicht. Eine achtsame Interaktion über Bewegung und Berührung ist viel klarer. Wenn ich in der Bewegung nicht klar bin, dann macht das aggressiv.

Knobel: Das musst du näher erklären ...

Breininger: Wenn ich jemandem z. B. helfen will aufzustehen und meine Unterstützung und Anleitung zu schnell ist, dann versteht der andere Mensch nicht, was ich von ihm will. Wenn jemand mir so hilft, dass ich meine Bewegung nicht organisieren kann, dann erlebe ich einen Akt der Aggression. Der aggressiven Reaktion der BewohnerIn

«Ich versuchte, ihr anfänglich mit viel Spannung zu begegnen – und das war die Ausgangslage, aus der wir beide dann unsere Spannung synchronisieren konnten.»

geht in den meisten Fällen eine aggressive Pflegehandlung voraus. Diese wird aber von der Pflegekraft nicht als aggressiv verstanden, weil sie es vielleicht mit einer wohlwollenden Haltung tut. Das nützt aber nichts. Wenn ich jemandem von der Haltung her helfen will, mein Verhalten aber nicht hilft, dann bin ich der Grund der aggressiven Anpassung. Das Gegenüber hat keine andere Möglichkeit, sich zu wehren.

Knobel: *Geht es um Aggression aufgrund inkompetenter Interaktion?*

Breining: Die Frage ist, wer sich wem anpasst. Die Pflegenden müssen verstehen, dass es nur eine SpezialistIn gibt, die die innere Situation eines Menschen versteht: Das ist der einzelne betroffene Mensch selbst. Die Steuerung des Lebens kann nur vom Subjekt ausgehen. Wenn man das verstanden hat, dann muss die Pflegekraft die Anpassungsleistung machen.

Knobel: *Es stellt sich also die Frage, wer die Anpassungsleistung macht.*

Breining: Wenn wir als Pflegende in der alltäglichen pflegerischen Unterstützung keine Rücksicht auf die Bewegung und Selbststeuerung der BewohnerIn nehmen, dann muss sie sich anpassen. Das ist erstens unfair: Denn es kann nicht sein, dass jene Person, die Hilfe braucht, die Anpassung leisten muss – wenn sie das könnte, bräuchte sie ja keine Pflege. Zweitens ist es so, dass sich in solchen Situationen der gepflegte Mensch als Objekt fühlt und die eigene Wirksamkeit verliert. Und dagegen wehrt sich ein Mensch von Natur aus. Er kann sich wehren, indem er resigniert und sich zurückzieht oder indem er sich körperlich gegen die erfahrene Gewalt artikuliert.

Knobel: *Es stellt sich folglich die zweite Frage, wie man die nötige Anpassung leistet.*

Breining: Genau. Aber das ist nicht einfach. Ich kann dir das anhand einer Anekdote aufzeigen. Wir hatten in der Institution eine Bewohnerin, die immer wieder sogenannten böseartig reagiert hat. Es hat lange gedauert, bis wir herausgefunden haben, wie wir uns anpassen können. Ich bin eines Tages zu dieser Frau gegangen und habe mich vorher vorbereitet, indem ich versuchte, mit möglichst wenig Körperspannung ins Zimmer zu gehen. Ich betrete das Zimmer – und sie reagiert mit hoher Anspannung und greift mich an. Erst mit der Zeit habe ich verstanden, was da passiert ist. Meine Körperspannung war so weit von der ihrigen

entfernt, dass sie nicht damit umgehen konnte. Diese Frau brauchte keinen Körperkontakt, um das sofort zu verstehen. Als ich dann versuchte, bewusst auch eine hohe Körperspannung aufzubauen, konnte sie der Interaktion besser folgen.

Knobel: *Wie hast du das gemacht?*

Breining: Ich versuchte, ihr anfänglich mit viel Spannung zu begegnen – und das war die Ausgangslage, aus der wir beide dann unsere Spannung synchronisieren konnten.

Knobel: *Das bedeutet, dass der Rat «Du musst dich nur entspannen» in solchen Situationen gar nicht hilft?*

Breining: Das war das, was ich von und mit dieser Frau gelernt habe. Es geht darum, die Spannung zusammen mit der anderen Person so zu gestalten, dass eine passende Interaktion möglich ist. Aber das braucht ein tiefes Bewusstsein im und für den aktuellen Moment. Man muss sich bildlich gesagt «auf gleicher Augenhöhe» begegnen.

Knobel: *Wie lange dauerte es, bis das Personal die notwendige Kompetenz hatte, um in deiner Institution weitgehend auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu verzichten?*

Breining: Das kann ich so nicht beantworten. Denn es handelt sich um einen andauernden Prozess. Kompetenz hat man nicht, man muss sie in der jeweiligen Situation immer wieder angepasst entwickeln. Aber es braucht eine bestimmte Basis an Kompetenz.

Knobel: *Wie habt ihr diese Kompetenz entwickelt?*

Breining: Der Vorteil war, dass das Haus neu gebaut wurde und sich das Personal für dieses Vorhaben neu zusammengesetzt hat. Wir mussten also kein altes Teamparadigma der Pflege übernehmen. Gemeinsam konnten wir eine Pflegehaltung und Pflegeverhalten entwickeln. Dann begannen wir, alle MitarbeiterInnen mit Kinaesthetics zu schulen. Ich brachte viel Erfahrung aus der Langzeitpflege mit und wusste genau, was ich nicht wollte.





Knobel: Was war das?

Breining: Ich wollte keine Entmündigung der Menschen. Für mich war ganz klar, dass Menschen lernen können, solange sie leben. Lernen ist etwas, das im Alltag passiert. In der Langzeitpflege geht es darum, den Menschen da zu unterstützen, wo er in seinem Lernprozess gerade ist. Um das zu erreichen, braucht es keine Standards. Stattdessen braucht es Wachheit und Interesse für den Einzelnen. Und das gilt für alle Beteiligten. Aber das Umfeld der Langzeitpflege ist für diese Erkenntnis nicht besonders günstig.

Knobel: Wie meinst du das?

Breining: In der Langzeitpflege gibt es ständig neue Vorschriften, Standards und Vorgaben, mit denen man die Qualität verbessern möchte. Das ist aber nicht hilfreich, sondern eher eine Behinderung. Als Führungskraft einer solchen Institution ist man auf einem ständigen Hürdenlauf. Diese Vorschriften und die darauffolgenden Kontrollen schrammen am Ziel, das sie versprechen, voll vorbei.

Knobel: Wie zeigt sich das?

Breining: Man suggeriert, dass es bei all dem um die Lebensqualität der BewohnerInnen gehe. Kontrolliert werden aber nicht die Lebensqualität, sondern alle Nebensächlichkeiten der Welt. Man kontrolliert die Dokumentation der Kühlschranktemperatur oder ob genügend Desinfektionsspender angebracht sind. All das ist zwar wichtig, hat aber gar nichts mit der erlebten Lebensqualität der Menschen zu tun. Dasselbe gilt für die Qualitätssysteme.

Knobel: Was sind deine Erfahrungen mit diesen Systemen?

Breining: Ich bin nicht gegen diese Systeme. Nur muss man wissen, dass sie nur einen Aspekt des Qualitätsgeschehens abbilden können. Wir haben in unserer Institution auch mit einem solchen System gearbeitet. Es half uns, die Nebensächlichkeiten nicht aus den Augen zu verlieren. Den Kern der Pflege, die Entwicklung der Menschen und die individuelle Lebensqualität, können diese Systeme aber nicht beleuchten. Selbstverantwortung und Kompetenz der MitarbeiterInnen finden im Kontrollparadigma keinen Platz.

Knobel: Muss man also die Selbstverantwortung und Kompetenz außerhalb der gängigen Management- und Qualitätssysteme entwickeln?

Breining: Das ist so. In diesen Systemen haben Selbstverantwortung und Kompetenz keine Bedeutung. Gerade die Selbstverantwortung für das eigene Handeln wird den Menschen eher ab- wie antrainiert. Es braucht Zeit und Geduld, bis die Pflegenden erkennen, dass die Art, wie sie pflegen, einen Einfluss auf die Lebensqualität der BewohnerInnen hat, und bis sie das Vertrauen entwickeln können, Individualität zuzulassen.

Knobel: Braucht das auch ein anderes Führungsverhalten?

Breining: Ja. Die Führungspersonen müssen diese neue Perspektive vorleben. Ich hatte den Vorteil, dass die Institution mit 38 BewohnerInnen relativ klein war. Dadurch kann man noch als Vorbild führen. Ich war nicht nur im Büro, sondern arbeitete als Coach mit und gestaltete z. B. die Dienstübergaben so, dass eher die Fragen und weniger die Antworten im Mittelpunkt standen. Mit der Zeit entdeckten die MitarbeiterInnen, dass ihre Erfahrung und ihre Entscheidungen wichtig sind. Wir konnten anstelle der Kontrollkultur eine Kultur der Fehlerfreundlichkeit entwickeln. Es dauerte aber eine Zeit, bis die Dienstübergaben keine Rechtfertigungsveranstaltungen mehr waren, sondern zum Ort des gemeinsamen Lernens wurden.

Knobel: Funktioniert diese Fehlerfreundlichkeit in kleineren Institutionen einfacher?

Breining: Ich denke, auch große Institutionen können diese Kultur entwickeln, wenn sie in kleine, überschaubare Einheiten unterteilt werden. Die Überschaubarkeit ist wichtig, weil eine Vertrauensbasis zwischen BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörigen und Führungskräften entstehen muss. Und das kann man nur in der persönlichen Auseinandersetzung entwickeln. Es braucht sozusagen eine überblickbare Gemeinschaft. Auch die Lieferanten oder NachbarInnen müssen da eingebunden sein.

Knobel: Wie habt ihr das Umfeld eingebunden?

Breining: Ein Beispiel war die Situation mit den weglaufgefährdeten Menschen. Wir hatten immer eine offene Türe. Es war für uns nur wichtig, zu bemerken, wenn jemand hinausgeht. Die Administration war direkt neben dem Eingang und konnte durch die Fenster beobachten, wer rein- und rausgeht. Neben dem Haus war eine Spar-Filiale. Das Personal dort pflegte mit uns eine gutnachbarschaftliche Beziehung. Sie wussten, dass wir ein

offenes Haus sind, und wenn eine vielleicht etwas desorientierte BewohnerIn dort aufgetaucht ist, informierten sie uns. Und jemand von uns ging dorthin, traf die BewohnerIn, vollendete mit ihr zusammen den Einkauf und führte sie dann zurück. Und wenn die Menschen nicht zurückwollten, gab es eben einen längeren Spaziergang.

Knobel: *Das Pflegeheim endete nicht beim Eingang!*

Breiningger: Ja – aber es ist eine lange Arbeit, bis sich diese Philosophie in einer Gemeinde verankern kann. Es brauchte viel Kommunikation darüber, dass wir durchaus verantwortlich handeln, wenn wir die Menschen nicht einsperren. Es braucht die Auseinandersetzung mit Ängsten, Annahmen und Werten. Das ist ein ständiger, nicht immer angenehmer Prozess. Und das kann ich nicht als Leitung des Betriebes alleine vertreten.

Knobel: *Müssen auch die MitarbeiterInnen die Idee nach außen vertreten?*

Breiningger: Ja, das ist unbedingt wichtig. In einem Klima der Selbstverantwortung entsteht mit der Zeit ein breites Fundament, das diese Haltung trägt. Auch die MitarbeiterInnen müssen ihre eigenen Ängste, Werte und Annahmen hinterfragen. Dann können sie das, was sie tun, auch nach außen vertreten, und können lernen, die Spannung, die durch unterschiedliche Wertvorstellungen entsteht, auch auszuhalten.

Knobel: *Und wie haben die Kontrollinstanzen auf die offene Kultur in eurem Haus reagiert?*

Breiningger: Manche waren sehr angetan. Anfänglich schien es verdächtig, weil wir kaum freiheitsbeschränkende Maßnahmen dokumentiert haben. Mit der Zeit erkannte man aber, dass wir nicht etwa schummeln, und die KontrolleurlInnen waren interessiert an diesem Phänomen.

Knobel: *Was braucht es, damit sich diese kompetenz- und selbstverantwortungsorientierte Pflege weiterverbreiten kann?*

Breiningger: Es braucht einerseits Menschen, die sich getrauen. Andererseits braucht es andere Rahmenbedingungen. Jene, die das Geld verwalten, müssen erkennen, dass die Kontrolle nicht erreicht, was sie verspricht. Immer wenn etwas passiert und sich eigentlich zeigt, dass die Kontrolle nicht funktioniert, reagiert man mit noch mehr Kontrolle. Als Führungskraft bewegte ich mich ständig auf dem Hochseil. Ich musste fortlaufend überprüfen, wie ich diese Regeln interpretieren konnte, ohne

dass ich mich verleugnen musste und die Vorgaben dazu führten, dass die Lebensqualität der BewohnerInnen eingeschränkt wurde.

Knobel: *Das ist die Kompetenz und Selbstverantwortung, die man als Führungskraft braucht.*

Breiningger: Das ist so. Aber ich denke, dass man das System unbedingt verändern muss. Hinter dem Kontrollparadigma steht eine Misstrauenskultur. Dieses Misstrauen gegenüber der ganzen Berufsgruppe der Pflegenden muss durch Vertrauen ersetzt werden. ●

LQ



kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

In der Zeitschrift LQ können die LeserInnen am Knowhow teilhaben, das Kinaesthetics-AnwenderInnen und Kinaesthetics-TrainerInnen in zahllosen Projekten und im Praxisalltag gesammelt haben. Ergebnisse aus der Forschung und Entwicklung werden hier in verständlicher Art und Weise zugänglich gemacht. Es wird zusammengeführt. Es wird auseinander dividiert. Unterschiede werden deutlich gemacht. Neu entdeckte Sachverhalte werden dargestellt und beleuchtet. Fragen werden gestellt. Geschichten werden erzählt.

Die LQ leistet einen Beitrag zum gemeinsamen analogen und digitalen Lernen.

Bestellen Sie die Zeitschrift LQ unter www.verlag-lq.net oder per Post

verlag lebensqualität
nordring 20
ch-8854 siebnen

verlag@pro-lq.net
www.verlag-lq.net
+41 55 450 25 10



Print-Ausgaben plus Zugang zur Online-Plattform



Bestellung Abonnement LQ – kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

Ich schenke lebensqualität

- mir selbst
- einer anderen Person

Meine Adresse:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____

Geschenkabonnement für:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____