

Dr. med. Mabuse

Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe



Schwerpunkt
**Kinder und
Familie**

Außerdem in dieser Ausgabe:

- Neues Bundesinstitut BIPAM** Ignorierte Expertise und verpasste Chancen
- Die dunkle Seite der Verantwortung** Christoph Müller im Gespräch mit Nils Spitzer
- Mehr Berufsstolz oder mehr Pride?** Eine destruktive Debatte in den Pflegeberufen
- Akut unterversorgt** Späte Hilfe bei psychischer Erkrankung

Beruflich: *menschlich*

Studieren an der Akkon Hochschule
für Humanwissenschaften

✓ berufsbegleitend ✓ praxisnah ✓ Voll-/ Teilzeit

Blockseminare mit
hybrider Lehre
(vor Ort & online)



PFLEGE & MEDIZIN

- ✱ **Nursing Management B.A.**
- ✱ **Erweiterte Klinische Pflege B.Sc.**
(Chirurgische Pflege, Chronische Erkrankungen, Geriatrische und Gerontologische Pflege, Intensiv- und Anästhesiepflege, Notfallpflege, Onkologische Pflege, Pädiatrische Pflege, Psychosomatische und Psychiatrische Pflege)
- ✱ **Advanced Nursing Practice (ANP) M.Sc.**

PÄDAGOGIK & SOZIALES

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

HUMANITÄRE HILFE & BEVÖLKERUNGSSCHUTZ

- ✱ **Internationale Not- und Katastrophenhilfe B.A.**
(Globale Gesundheit, Internationale Zusammenarbeit und Entwicklung, Management und Logistik)
- ✱ **Management in der Gefahrenabwehr B.Sc.**
- ✱ **Führung in der Gefahrenabwehr und im Krisenmanagement M.Sc.**
- ✱ **Global Health M.Sc.**
- ✱ **Krisen-, Konflikt- und Katastrophenkommunikation M.A.**

Online-Infoabend
25. April ab 18 Uhr
Online-Infotag
8. Juni ab 10 Uhr



akkon
HOCHSCHULE FÜR
HUMANWISSENSCHAFTEN

Jetzt bewerben!
www.akkon-hochschule.de

Liebe Leserinnen und Leser,

zugegeben, das Leben in der Familie und mit Kindern kann anstrengend sein. Doch viele Menschen nehmen all diese Anstrengungen in Kauf, da sie es gleichzeitig als erfüllend, sinnhaft, beglückend, vielfältig und kreativ empfinden. Wir beschäftigen uns daher in unserem Schwerpunktteil mit einer ganzen Reihe von relevanten Themen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt, Hebammenbegleitung, psychiatrische Versorgung, Hilfen bei niederschmetternden Diagnosen in der Familie, Ängsten und Furcht u.v.a.m.

Über den Schwerpunkt hinaus schauen wir uns in unserem Nachbarland Schweiz um. Seit Jahren wird dort um eine Gesundheitsreform gerungen; unser Autor ordnet die Entwicklungen der vergangenen Zeit in einen größeren Zusammenhang ein. Matthias Albers beleuchtet die Ideen zum neuen Nationalen Suizidpräventionsplan. Christoph Müller hat mit dem Psychotherapeuten Nils Spitzer über sein neues Buch und die „dunkle Seite der Verantwortung“ gesprochen und Michael Jehs befasst sich mit der psychiatrischen Versorgungslage in Deutschland. Ludwig Thiry hat sich mit Berufsstolz in der Pflege beschäftigt. Gerhard Bollig, Begründer der Initiative Letzte Hilfe, hat unseren Anamnesebogen ausgefüllt.

Darüber hinaus schauen wir auf den Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin, auf den CO₂-Fußabdruck von Verhütungsmitteln und auf die Chancen digitaler Fortbildungsangebote. Wir nehmen Sie mit auf einen Theaterbesuch, bei dem Menschen mit demen-

zieller Erkrankung auf der Bühne stehen. Ein Kommentar befasst sich mit den verstörenden und niederschmetternden Erlebnissen einer bekannten Pflegewissenschaftlerin in einem Dortmunder Krankenhaus, ein weiterer Kommentar stimmt uns auf das neue Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) ein – leider kein Grund zur Vorfreude.

Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre und wunderbare Frühlingserlebnisse!



Charlotte Fischer
Charlotte Fischer



Florian Grundei
Florian Grundei

PS:

Ein Hinweis in eigener Sache: Nach zwei Jahren Arbeit als Redakteur ist dies meine letzte Ausgabe von *Dr. med. Mabuse*. Ich danke dem ganzen Mabuse-Team und dem Geschäftsführer Hermann Löffler sowie den Autor:innen und externen Dienstleister:innen, mit denen ich zusammenarbeiten durfte, für die schöne gemeinsame Zeit. Nicht zuletzt möchte ich Ihnen, liebe Leser:innen, für Ihre Treue und für die Resonanz auf unsere Arbeit danken.

Florian Grundei

Inhalt

- 14 **Das neue Bundesinstitut am BMG**
Ignorierte Expertise und verpasste Chancen | *Susanne Moebus*
- 18 **Was tun?**
Desaströse Zustände in der Pflege
Karin Kersting
- 20 **Wohlergehen statt Wohlstand**
Bericht vom Kongress Armut und Gesundheit am 5. März 2024 in Berlin | *Marion Amler*
- 24 **Eine Frage des Stils**
Auf den Reformbaustellen herrschen raue Töne | *Wolfgang Wagner*
- 69 **„Die dunkle Seite der Verantwortung“**
Christoph Müller im Gespräch mit Nils Spitzer
- 72 **Mehr Berufsstolz oder mehr Pride?**
Gedanken über eine destruktive Debatte in den Pflegeberufen
Ludwig Thiry
- 76 **Akut unterversorgt**
Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen so lange auf Hilfe warten müssen | *Michael Jehs*
- Kunst und Kultur:**
- 80 **Ein gelebter Augenblick**
Theaterspielen mit Menschen mit Demenz | *Christina Kuhn*
- Gesundheit global:**
- 83 **Was tut sich in der Schweiz?**
Die eidgenössische Gesundheitsversorgung ist ein Politikum
Ruedi Spöndlin
- 88 **Wie nachhaltig kann Verhütung sein?**
Über den ökologischen Fußabdruck von Verhütungsmitteln
Esther Luhmann
- 90 **Mentale Gesundheit stärken, Krisen verhindern**
Die Nationale Suizidpräventionsstrategie NaSuPS | *Matthias Albers*
- 93 **Schöne neue Fortbildungswelt**
Wie Qualifizierungsmaßnahmen jederzeit für alle möglich sind
Larissa Henschel
- 114 **Besser reich und gesund als arm und krank**
Joseph Randersacker



Foto: istockphoto.com/Tom Merton

Rubriken

- 03 Editorial
06 Leserbrief
07 Nachrichten
08 Cartoon
12 Neues aus dem Mabuse-Verlag
13 Bitte zur Anamnese
96 Buchbesprechungen
102 Neuerscheinungen
108 Zeitschriften
109 Broschüren/Materialien
110 Termine
112 Fortbildungen/Kleinanzeigen
113 Impressum



Schwerpunkt

Kinder und Familie

- 28 **Wenn sich Kinder fürchten**
Warum es für Eltern wichtig ist, den Unterschied zwischen Furcht und Angst zu verstehen
Stefan Hetterich
- 31 **Schattenkinder**
Wie Geschwister von Kindern mit Behinderung ihre Bedürfnisse artikulieren können
Christiane Jendrich
- 34 **„Es geht immer um Bindungsförderung!“**
Ein Gespräch mit Kathrin Schumacher
- 39 **Die unruhigen und unbeherrschten Jungen**
Woher sie kommen und was sie brauchen | *Hans Hopf*
- 42 **Analoge Eltern – digitale Kinder**
Nelia Schmid König
- 44 **Offene Kommunikation fördern**
Kinder von krebserkrankten Eltern stärken | *Bianca Senf*
- 48 **Wenn es zieht, sticht und pocht**
Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter | *Charly Gaul*
- 51 **Vorplanung ist die „halbe Miete“**
Mütter werden mit psychischer Erkrankung | *Anke Rohde*
- 56 **Erste Essversuche sicher meistern**
Wie die Beikosteneinführung gelingt und das familiäre Wohlbefinden stärkt | *Andrea Knörle-Schiegg*
- 60 **Elterliche Liebe kennt kein Geschlecht**
Erfahrungsbericht nach drei Jahren Beratung und Begleitung von Eltern intergeschlechtlich geborener Kinder | *Lilli Fromm*
- 63 **Die Kinder, die Russen werden müssen**
Wie Russland ukrainische Kinder unter dem Deckmantel der Wohltätigkeit ins eigene Land verschleppt
Fleur de Weerd, Pieter Sabel und Laura Hoogenraad
- 67 **Kinder und Familie**
Bücher zum Weiterlesen



Der feine Unterschied zwischen Selbstbestimmung und Selbständigkeit

Betreff: „Teil sein, teilhaben“ von Charlotte Fischer, *Dr. med. Mabuse* 263, S. 32–36.

Liebe Charlotte Fischer, Florian Grundeis, Hermann Löffler, als Redaktionsmitglied für die Übersetzung der ICF („participation“) im vorigen Jahrtausend, Antragsteller und Vorstand der beiden auf Teilhabe bezogenen DFG-Sonderforschungsbereiche (Nr. 186 in Bremen 1988–2000, Nr. 580 in Halle und Jena 2000–2012), des vom SFB 580 initiierten, gegenwärtig laufenden Graduiertenkollegs/Promotionsstudiengangs „Selbstbestimmte Teilhabe als Ziel von Pflege und Therapie“ mit inzwischen mehr als 60 Promovierten und als jahrzehntelanger Teilnehmer an

zahlreichen Erörterungen zur Zieldefinition des § 1 SGB IX habe ich mich sehr gefreut, dass Ihr Teilhabe als Schwerpunktthema von *Dr. med. Mabuse* 1/2024 gewählt habt. Selbstbestimmte Teilhabe zu unterstützen ist in der Tat die Aufgabe, die die berufliche Identität der Pflege, der Therapie, der Sozialarbeit und anderer Gesundheitsberufe ausmacht – wenn auch viele das selbst nach 30 Jahren Diskussion noch ganz anders sehen. Ich habe die Zeitschrift *Dr. med. Mabuse* seinerzeit mit mehr Geld als ich eigentlich übrig hatte unterstützt – als ich Euer Heft 1/2024 sah, wusste ich, warum das gut war.

Auch mit den einleitenden konzeptuellen Überlegungen, liebe Charlotte Fischer, war ich ganz einverstanden, was die Ermöglichung von Wahlmöglichkeiten und Zugängen angeht. Genauso haben wir in Anschluss an Sen und Nussbaum seit 30 Jahren argumentiert – zuletzt in der empirischen und theoretischen Erforschung von faktischen, keineswegs programmatisch geplanten Ausschlüssen im Buch „Sozial un-

gleich behandelt?“, Hogrefe 2017. Nur mit einer Position bin ich gar nicht einverstanden: „Teilhabe und Passivität gehen folglich nicht zusammen“ (S. 33). Vielleicht ist der Satz nur so unterlaufen. Es hat uns viel Lebenszeit und Mühe in Zeiten „aktivierender Sozialpolitik“ gekostet, die Zielvorstellung der Teilhabe, die ursprünglich weitverbreitet vor allem die Teilhabe am Erwerbsleben und an der Selbständigkeit in der Führung des eigenen Haushalts meinte, im § 1 SGB IX durch die Selbstbestimmte Teilhabe zu ersetzen. Fremdbestimmte Teilhabe verletzt dieses Ziel eindeutig. Das sind keineswegs nur begriffshuberische Haarspaltereien. Noch heute ist z. B. in der Pflege mehr von Förderung der „Selbständigkeit“ als der „Selbstbestimmung“ die Rede. Dabei ist „Selbstständigkeit“ in den alltäglichen Arbeiten nur einer unter mehreren Wegen zur „Selbstbestimmung“ – und zwar ein Weg, der vielen sehr jungen, sehr alten, erkrankten und öffentlich behinderten Menschen gar nicht oder nur eingeschränkt möglich ist. Trotzdem haben sie selbstverständlich ein unverkürztes Recht auf „Selbstbestimmung“ – z. B. auf Selbstbestimmung bei den Unterstützungen, die sie in Anspruch nehmen. Ich weiß mich darin mit großen Teilen der Menschheit einig, die das offenbar genauso sehen. In den Minuten, während ich Euch das schreibe, wählen mehr als vier Milliarden Menschen, die ihre

gerade anstehenden Arbeiten sogar ganz selbständig erledigen könnten, die Erledigung durch Dienstleistende. Ihnen ist ihre Selbstbestimmung enorm viel wichtiger als ihre Selbständigkeit. Sie verzichten bei diesen Tätigkeiten ausgesprochen gerne auf Selbständigkeit, solange sie ihre Selbstbestimmung über das, was Dienstleistende für sie tun, behalten – solange die Produzierenden ihrer Dienste und Vorprodukte ihnen nicht allzu sehr auf dem Kopf herumtanzen. Ich nehme fast an, auch Ihr Redakteur:innen gehört zu diesen mindestens vier Milliarden Menschen, denen Selbstbestimmung viel wichtiger ist als Selbständigkeit.

Wie das Ideal der „Leistungsgesellschaft“ viele Menschen ausschließt, so schließt auch ein Ideal der „Teilhabegesellschaft“ viele Menschen von der Teilhabe aus, wenn „Teilhabe und Passivität nicht zusammen gehen“. Das Ideal der Teilhabe muss auf „selbstbestimmte Teilhabe“ begrenzt werden, die auch die selbstbestimmte Wahl von Passivität ermöglicht. Sonst werden durch die „Teilhabegesellschaft“ faktisch zu viele Menschen von der Teilhabe ausgeschlossen. „Selbstbestimmtheit“ ist zugegeben kein triviales Konzept (siehe auch das Buch von Johann Behrens: *Theorie der Pflege und der Therapie*, Hogrefe 2019, Anm. d. Red.).
Herzliche Grüße

Johann (Behrens)





Foto: privat

Nachruf auf Ruth Schröck Zum Wohle der Menschen

Frau Prof. Dr. Dr. h.c. Ruth Schröck ist am Abend des 30. Dezember 2023 in ihrer Wahlheimat Edinburgh/Schottland 92-jährig verstorben.

Sie verließ Berlin und ihr Lehredasein in den 1950er-Jahren und ging nach Großbritannien, um psychiatrische Krankenpflege zu lernen, Pflegewissenschaft, Philosophie und Sozialwissenschaften zu studieren und als Pflegenden, Lehrende und später Professorin tätig zu sein. Ihre fundierten Erfahrungen auf der britischen Insel brachte sie in ihr Wirken nach Deutschland mit.

Wir professionell Pflegende sind ihr zu großem Dank verpflichtet, denn sie hat die Pflegewissenschaft und die psychiatrische Pflege in Deutschland wesentlich gefördert, beeinflusst und weiterentwickelt. Ruth Schröcks Verdienste rund um die

deutsche Pflegewissenschaft sind unübersehbar, gerade in der Anfangsphase der Akademisierung seit den 1980er-Jahren. Sie wurde 1987 als erste Pflegeprofessorin in Deutschland an die Fachhochschule Osnabrück berufen.

Ruth Schröck hat unermüdlich die Wichtigkeit von empirischem Wissen und damit die Notwendigkeit von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung deutlich gemacht und mit Nachdruck vertreten. Gleichzeitig hat sie jedoch auch betont, dass dies nur gepaart mit Erfahrungs- und traditionellem Wissen sowie Intuition, personalen Fertigkeiten und Fähigkeiten zum Wohle von Menschen, die der Hilfe sowie Pflege bedürfen, zum sinnvollen Handeln führt.

Ruth Schröcks besonderes Interesse und ihre Leidenschaft galt der psychiatrischen Pflege

und davon haben wir in Deutschland bereits ab den 1970er-Jahren bei Pflegeetagen in unterschiedlichen verbandlichen Konstellationen profitiert. Ganz selbstverständlich ist Ruth Schröck aus Edinburgh bzw. Dundee angereist, um uns in unseren Diskussionen und Reformbemühungen zu unterstützen. Ihre psychiatrisch-pflegerische Identität hatte Vorbildcharakter, die unvergessen bleiben wird.

Ruth Schröck hat in diesen Kontexten immer vermittelt, dass professionelle Pflege sich ihres politischen Auftrags bewusst sein, sich an menschlichen Werten ausrichten und an humanen Lösungen beteiligen muss. Sie hat in der inhaltlichen Diskussion immer von der Praxis her gedacht und gefragt: wie, was, wo und warum Pflege dies oder jenes tut und welche Vorteile eine auf Hilfe angewiesene Person davon hat.

Ruth Schröcks Spuren und Anregungen werden uns weiterhin in der psychiatrisch-pflegerischen Arbeit begleiten und anregen. Dafür sind wir dankbar.

Verbändedialog psychiatrische Pflege, Hilde Schädle-Deiningner/David Wegmüller/Christoph Müller (DGSP), Dorothea Sauter/Uwe Genge/Michael Mayer (DFPP), Stefanie Lutz-Scheidt/Peter Roddau (BAP), Silke Ludowisy-Dehl/Ulrike Dogue (BFLK), Dr. André Nienaber/Dr. Susanne Schoppmann/Dr. Stefan Scheydt (DGPPN), Prof. Dr. Sabine Weißflog/Prof. Dr. Markus Witzmann (DGP), Thomas Linne-mann/Irene Märker/ Gerhard Förster (BAG-PED)

Digitalisierung Holpriger Start bei den E-Rezepten

Nach einer aktuellen Befragung des IFH Köln hat über die Hälfte der Apotheken in Deutschland Probleme mit den elektronischen Rezepten. Dies liegt überwiegend an fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen. Das Bundesgesundheitsministerium hat sich mit einem Schreiben an Krankenkassen, Arztpraxen und Apotheken gewandt und appelliert, von einer Retaxierung von Apotheken wegen falschen oder unvollständigen Angaben von ärztlichen Berufsbezeichnungen abzusehen. Im Schreiben ist von einem „großen zusätzlichen Aufwand bei den Arztpraxen“ für eine neue Verschreibung die Rede, während Apotheken bei Abgabe der Arzneimittel „unter Umständen unverschuldet die Retaxation der betreffenden E-Rezepte“ drohe.

Ein viel größeres Problem stellt jedoch die Abrufbarkeit der E-Rezepte dar: Die Befragung des IFH ergab, dass 89 % der Apotheken das E-Rezept noch nicht abrufen können, wenn Kund:innen es einlösen wollen.

Das führt dazu, dass Menschen ihre Rezepte häufig nicht mehr direkt nach dem Besuch einer Arztpraxis, sondern zu einem späteren Zeitpunkt einlösen (78 % der Befragten). Damit einher geht die Befürchtung einer Mehrheit der Apotheker:innen, dass durch die elektronische Übertragung mehr Verordnungen von Versandapotheken abgefertigt werden. Nur eine Minderheit (36 %) steht der Einführung des E-Rezeptes positiv gegenüber. 59 % halten eine Digitalisierung gar für unnötig.

Quelle: ärzteblatt.de

Dr. med. Mabuse 2024/2025



Die kommenden vier Schwerpunkt-Themen im Überblick

- 265 Sicherheit (3/2024)
- 266 Gesundheit von morgen (4/2024)
- 267 Nacht (1/2025)
- 268 Bewegung (2/2025)

Dr. med. Mabuse ist die unabhängige und kritische Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe.



Einzelheft 13 Euro
Vier Ausgaben im
Jahresabo für 47 Euro
plus Abo-Prämie!

Kostenloses Probeheft und
weitere Informationen unter
www.mabuse-verlag.de





Naomi Feil (1932–2023). Foto: picture alliance / GEORG HOCHMUTH / APA / picturedesk.com

Nachruf auf Naomi Feil

Nicht abschreiben, sondern validieren

Naomi Feil, eine Pionierin der personenzentrierten Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz ist am 24. Dezember 2023 in ihrem Zuhause im Bundesstaat Oregon/USA im Alter von 91 Jahren im Kreise ihrer Familie verstorben. In einem ihrer letzten Interviews hat sie sich gewünscht, dass die von ihr entwickelte Methode mit dem Namen Validation (engl.: für gültig erklären) über ihren Tod hinaus weiter gelehrt und verbreitet wird, sodass möglichst allen Menschen mit Demenz die Anerkennung zuteilwird, die ihnen gebührt.

In den 40er-Jahren des letzten Jahrhunderts ist Naomi Feil als Kind mit ihrer Familie aus dem nationalsozialistischen Deutschland in die USA emigriert. Ihr Vater übernahm in Cleveland/Ohio die Leitung eines Altenheimes. Dort wuchs sie umgeben von den alten Menschen auf; sie waren ihre Freunde. Nach ihrem Studium an der Columbia-Universität in New York kehrte sie als Sozialarbeiterin in dieses Altenheim zurück. Dort waren hochbetagte Menschen mit Altersdemenzdiagnosen fixiert und mit Medikamenten ruhiggestellt: wegen der Diagnose Demenz abgeschrieben.

Mit Kreativität und Intelligenz begann sie in den 1960er- und -70er-Jahren, systematisch und konsequent zu beobachten und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz zu sammeln: Wann entsteht Blickkontakt? Wann wenden sich die betroffenen Personen ab? Wie reagieren sie, wenn sie an der Realität orientiert werden, man

versucht, sie von Vorhaben abzulenken, wenn man beschwichtigt und nur zum Schein bestätigt? Wie reagieren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, wenn beobachtbare Gefühle und Bedürfnisse einfühlsam angesprochen werden? Naomi Feil erkannte, dass jedes menschliche Verhalten einen Grund hat. Menschen mit Demenz sind in ihrem Denken zuallererst Menschen und nicht ihre Diagnose und bedürfen einfühlsamer Zuhörer, und Resonanz auf die Wahrheit und Richtigkeit ihrer Gefühle. Erst dann können, so Naomi Feils Ansatz, Menschen sich wertgeschätzt und akzeptiert fühlen, da ihre subjektive Wirklichkeit Gültigkeit erhält. Validation heißt: ‚Für gültig erklären.‘

Mittlerweile hat die Validationsanwendung eine weltweite Verbreitung gefunden. Für manch weitere Person war Validation nach Naomi Feil die Quelle zur Entwicklung eigener, personenzentrierter Konzepte zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Deshalb bemühen sich Pflegendes heute immer mehr um einen anderen Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Personen. Mit vielen anderen, die Validation kennen, anwenden und lehren verneige ich mich tief vor der Begründerin der Validationsmethode. Ihre offenen Augen und Ohren für die Gefühle und Bedürfnisse hochbetagter Menschen mit Demenz haben einen Paradigmenwechsel bewirkt. Deshalb können wir heute mit unseren Klient:innen und ihren An- und Zugehörigen

in Beziehung bleiben. Bis diese sterben.

*Hedwig Neu
Lehrerin für Pflegeberufe
Validationsmaster
nach Naomi Feil
Diakonissen Speyer
Wachenheim
an der Weinstraße*

Haiti

Bandengewalt und Chaos

Die Sicherheitslage in Haiti hat sich in den vergangenen Monaten dramatisch verschlechtert. Die öffentliche Ordnung in dem Karibikstaat ist mittlerweile weitgehend zusammengebrochen. Die Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen weitete aus diesem Grund die medizinische Hilfe in Port-au-Prince aus.

Nach der Ankündigung, die Parlamentswahlen weiter zu verschieben, hat die Gewalt Anfang März 2024 eine neue Dimension erreicht. Die Regierung des Landes hat daraufhin den Notstand ausgerufen. Nach zwei Gefängnisausbrüchen sind etwa 4 500 gewaltbereite Mitglieder einer Gang, die in Zusammenhang mit der Ermordung des haitianischen Präsidenten Jovenel Moïse im Jahr 2021 inhaftiert wurden, auf freiem Fuß und haben 80 % der Hauptstadt Port-au-Prince unter ihrer Kontrolle. Der wichtigste Hafen des Landes ist derzeit aufgrund der Spannungen und Unsicherheit nur schwer zugänglich.



Foto: picture alliance/REUTERS/Ralph Tech Erol

Volker Türk, österreichischer UN-Hochkommissar für Menschenrechte, äußerte sich besorgt: „Das Gesundheitssystem steht am Rande des Zusammenbruchs. Die Krankenhäuser sind oft nicht in der Lage, die mit Schusswunden ankommenden Menschen zu behandeln. Schulen und Geschäfte sind geschlossen, und Kinder werden zunehmend von Banden benutzt. (...) Haitis größter Trinkwasserversorger hat seine Lieferungen eingestellt. Min-

destens 313 000 Menschen sind derzeit Binnenvertriebene.“

Ärzte ohne Grenzen behandelt derzeit viele Verwundete, unter ihnen zahlreiche Frauen, Kinder und ältere Menschen. Die unsichere Lage in Port-au-Prince hat in den vergangenen Jahren auch zu einem Anstieg der sexualisierten Gewalt beigetragen. Die Teams von Ärzten ohne Grenzen befürchten, dass diese Zahlen weiter steigen werden, da die Zahl der Vertriebenen weiter zunimmt. Im vergangenen Jahr hat die Organisation mehr als 4 000 Überlebende sexueller Übergriffe betreut.

*Quellen: Ärzte ohne Grenzen/
OHCHR*

Afrika

Mehr Anti-LGBTI+-Gesetzgebungen

In mehreren afrikanischen Ländern wurden 2023 diskriminierende Gesetze ins Parlament eingebracht oder verabschiedet, die trans, lesbische, schwule, bisexuelle und intergeschlechtliche Menschen (LGBTI+) bedrohen.

31 afrikanische Länder kriminalisieren einvernehmliche gleichgeschlechtliche sexuelle Handlungen, obwohl dies in klarem Widerspruch zu regionalen von der Afrikanischen Union etablierten und internationalen Menschenrechtsstandards steht. In Uganda hat sich die Situation mit der Verabschiedung des drakonischen Anti-Homosexualitätsgesetzes weiter verschlimmert. Dieses sieht u. a. die Todesstrafe für „schwerwiegende Homosexualität“ und eine Gefängnisstrafe für die Unterstützung von Homosexualität vor. Mehrere andere afrikanische Länder haben dies zum Anlass für eigene Gesetzesinitiativen mit ähnlichen Inhalten genommen.

Im kenianischen Parlament hat ein Abgeordneter einen Gesetzentwurf zum „Schutz der Familie“ vorgelegt. Der Entwurf beinhaltet Maßnahmen, die Grundrechte wie das Versammlungsrecht und das Recht auf Privatsphäre sowie den Zugang zu Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einschränken und den Asylgrund der Verfolgung aufgrund von sexueller Orientierung und Identität abschaffen könnten.

Quelle: Amnesty International

Fentanyl-Krise Synthetische Opioide im Heroin

Heroin, das nach Deutschland gelangt, wird mit lebensbedrohlichen synthetischen Opioiden gestreckt. Das Projekt RaFT („Rapid Fentanyl Tests in Drogenkonsumräumen“) der Deutschen Aidshilfe (DAH) wies 2023 in 3,6 % von 1 401 Heroin-Proben eine Beimengung nach.

Das Problem: Fentanyl, Nitazene und andere Substanzen wirken stärker als Heroin. Während hier 200 mg eine tödliche Wirkung haben, sind es bei Fentanyl schon 2 mg. Konsumierende schweben daher potenziell in Lebensgefahr. Im Jahr 2023 kam es in Dublin laut Angaben der DAH zu 54 Drogennotfällen aufgrund von Nitazenen; in Birmingham verstarben 30 Personen am Konsum von Heroin, das synthetische Opioide enthielt. In Nordamerika haben Fentanyl und Co. Heroin fast vollständig verdrängt. Kürzlich warnte sogar Interpol vor den neuen Substanzen.

83 Menschen sind im Jahr 2022 in Deutschland unter Einwirkung synthetischer Opioide gestorben. Die Dunkelziffer dürfte jedoch höher liegen, da bei drogenbedingten Todesfällen meist keine toxikologischen Gutachten erstellt werden.

Die Daten aus dem RaFT-Projekt der DAH geben erste Anhaltspunkte zur Verbreitung von Fentanyl als Beimengung in Deutschland. Auch Carfentanyl, ein noch stärkerer Wirkstoff, wurde gefunden. Die DAH fordert als Reaktion die Abgabe des Notfallmedikaments Naloxon an Rettungsdienste, Polizei und Konsumierende, stärkere Aufklärung, Fentanyl Schnelltests in Drogenkonsumräumen und bessere Drug-Checking-Angebote.

Quelle: www.aidshilfe.de

Schwangerschaftsabbruch Aktuelle Entwicklungen

Während die von der Bundesregierung eingesetzten Kommissionen noch an ihren Berichten feilen – sie werden erst nach *Mabuse*-Redaktionsschluss veröffentlicht – kann der Blick schweifen.

Die Bundesärztekammer hat sich geäußert, und zwar zu den Gehsteigbelastigungen. Da hält auch Herr Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender der Bundesärztekammer, Nachbesserungen zum Schutz des medizinischen Personals für notwendig.¹ Das scheint angebracht, ruft doch die christlich-evangelikale Organisation „40 days for life“ in der Fastenzeit zu gezielten Gebeten vor Einrichtungen für die Schwangerschaftskonfliktberatung und den Schwangerschaftsabbruch auf. In Frankfurt am Main kam es am ersten März zu erwartbaren Auseinandersetzungen.² Wie stark die Abtreibungsgegner:innen bzw. Lebensschützer:innen durch evangelikale US-amerikanische Organisationen und Geldgeber beeinflusst sind, zeigt eine Dokumentation in der ZDF-Mediathek.³

Im April werden die Ergebnisse der vom Bundesgesundheitsministerium einberufenen Studie „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“, kurz Elsa, der Öffentlichkeit präsentiert. Wir dürfen gespannt sein, wie die mediale und öffentliche Reaktion auf diese Daten sein wird.⁴

Und wie gehen die Nachbarländer Deutschlands damit um? In Frankreich ist der Schwangerschaftsabbruch seit 1975 rechtmäßig, für Minderjährige besteht eine Beratungspflicht. Durchführen und begleiten

können den Eingriff auch Hebammen, seit 2016 medikamentös und seit 2021 auch operativ. Das Recht auf Schwangerschaftsabbruch, sprich das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung hat jetzt in Frankreich Verfassungsrang im Sinne der verfassungsmäßig verbrieften Freiheit, sich für einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden und diesen zu erhalten.⁵ Dieser Schritt kann als Resultat der breiten öffentlichen Reaktion in Frankreich auf die Entscheidung des Supreme Court in den USA, das bundesweite Recht auf Schwangerschaftsabbruch zu kippen, betrachtet werden. Auch der extrem rechte Rassemblement National stellt das geltende Recht in Frankreich nicht infrage. Dieser Fall zeigt anschaulich, wie in laizistischen Staaten, die auch rechtsradikale Parteien hervorbringen, reproduktive Rechte, also private Rechte, anders gewichtet werden als in demokratischen Staaten, die eine enge Verknüpfung mit Glaubensgemeinschaften wie Kirchen pflegen.

In Polen versucht die Regierung unter Donald Tusk die massiven Einschränkungen, die die PiS-Regierung vorgenommen hatte, rückgängig zu machen. So soll der Schwangerschaftsabbruch bis zur zwölften Woche legalisiert werden und auch die Pille danach wird zukünftig rezeptfrei erhältlich sein.⁶

In Ungarn gibt es politisch rechts von Viktor Orbán und seiner Fidesz noch eine Partei, die Mi Hazánk Mozgalom (dt. Unsere Heimat Bewegung). Diese hat eine Verschärfung des Prozedere um den Schwangerschaftsabbruch durchgesetzt, der in Ungarn bis zur zwölften SSW möglich ist. Ungewollt Schwangere müssen sich nicht nur zwei Beratungsgesprächen

unterziehen, sie müssen auch eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, dass sie die vermeintlichen Herztonne des Embryos bzw. Fötus gehört haben. Aktuell wird auf großen Plakatwänden, von der Mi Hazánk Mozgalom in Auftrag gegeben, für das Glück der Vaterschaft und Mutterschaft geworben. Vorgeschlagen wird von dieser extrem rechten Partei auch, ein Mutterheim einzurichten, das jungen Müttern und Schwangeren in Krisenlagen zur Seite stehen soll, mit dem Ziel, Abtreibungen zu verhindern.⁷

In Deutschland fordern zahlreiche Verbände wie pro familia, AWO, Bundesärztekammer, Amnesty International und Caritas die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln durch die Krankenkassen. In Luxemburg ist der Verkehr seit einem Jahr kostenlos, wir berichteten (*Dr. med. Mabuse* Nr. 261, S. 20 f.), der ÖPNV noch viel länger. Und im Umland des Vatikans, in Italien, wird die Pille in die Liste der kostenlos verfügbaren Arzneimittel aufgenommen.⁸ So hat es ein Ausschluss der italienischen Arzneimittelagentur AIFA beschlossen.

Dr. Marion Hulverscheidt,
Kassel

- <https://kurzelinks.de/2f6h>,
<https://kurzelinks.de/6cbv>
- <https://kurzelinks.de/z36l>
- <https://kurzelinks.de/d36b>
- <https://elsa-studie.de>
- <https://kurzelinks.de/8f8g>
- <https://kurzelinks.de/e3uu>
- <https://kurzelinks.de/drju>
- <https://kurzelinks.de/blw2>



seit 1999

DIE BARKE

Bestattung & Begleitung
in Frauenhänden

Wir sind Bestatterinnen & 'Seelen-Hebammen'
Liebvolle Begleitung ist unser Herzensanliegen

Bundesweit mobiles Bestattungsunternehmen
Ajana Holz & BARKE-Team
Büro 07903 - 943 99 19 · mobil 0179 - 204 10 24
www.die-barke.de · info@die-barke.de

**BARKE-Buch
jetzt bei
mabuse-verlag.de**



**Vom Leben
getragen**
Für eine lebendige
Bestattungskultur

PPBV

Kritik an der Haltung der Bayerischen Landesregierung

Der Deutsche Pflegerat hat den Antrag des Freistaats Bayern, im Gesundheitsausschuss die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) abzulehnen, als „inakzeptabel“ kritisiert.

Es bestehe im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ eine gemeinsame Verpflichtung, ein Instrument zur Personalbemessung im Krankenhaus zu entwickeln, um die Arbeitsbedingungen der pflegerischen Berufe zu verbessern. Eine Ablehnung Bayerns im Bundesrat käme daher für den Pflegerat einem „Wortbruch“ gleich. Bayern gefährde dadurch die Versorgungssicherheit in Deutschland auf Kosten der Pflegeprofession.

Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats (DPR), erklärte hierzu: „Der Freistaat Bayern bringt zwei Einwände vor: Personalmangel und Bürokratie. Die Inhalte der Pflegepersonalbemessungsverordnung

basieren auf der PPR 2.0, die in Zusammenarbeit zwischen dem Deutschen Pflegerat, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Gewerkschaft ver.di über Jahre hinweg entwickelt wurde. Sie wurde erprobt und zeichnet sich durch einen minimalen Bürokratieaufwand aus. Die Pflegepersonalbemessungsverordnung ist bundesweit das wichtigste Signal für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege im Krankenhaus. Die Verordnung führt dazu, dass mehr Menschen einen Pflegeberuf in Betracht ziehen und mehr Mitarbeiter:innen gewonnen werden können. Die Verordnung sendet mit der Umsetzung der PPR 2.0 ein klares Signal für positive Veränderungen in der Berufsgruppe. Dies steht im Gegensatz zu dem, was im Antrag behauptet wird und widerspricht dem kürzlich veröffentlichten Statement Bayerns zur Notwendigkeit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, um Leasingpersonal abzubauen. (...) Anstatt die vermutete Bürokratie zu kritisieren, sollten wir uns gemeinsam auf den tatsäch-

lichen Mehraufwand konzentrieren, der durch Prüf- und Melderegungen sowie Dokumentationen entsteht.“

Auch vonseiten des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe – Bundesverband e.V. (DBfK) gab es Kritik. Christel Bienstein, Präsidentin des DBfK, betonte: „Die PPR 2.0 ist aktuell das einzige Instrument, mit dem wir Pflegequalität in den Krankenhäusern sicherstellen können. Es ist ein lernendes Instrument, das weiterentwickelt wird. Dafür muss die PPBV jetzt kommen. Wir haben schon Jahrzehnte verloren, in denen sich die Rahmenbedingungen für die Kolleg:innen und damit für die Arbeitsqualität stetig verschlechtert haben. Schlechte Personalbesetzung und dauernde Überlastung zählen zu den Hauptgründen, den Beruf zu verlassen. Dass wir ohne eine verbindliche Personalbemessung keinen Personalaufbau in den Kliniken schaffen, haben wir nun lange genug beobachtet.“

Bayerns ablehnende Haltung könnte auch durch die kritische Stellungnahme des Nationalen

Normenkontrollrates hervorgerufen worden sein, der dem Vorhaben insgesamt kein gutes Zeugnis erteilt und beanstandet, „dass nicht erkennbar ist, dass sich das Ressort (gemeint ist das Bundesgesundheitsministerium, A.d.R.) mit bürokratieärmeren Regelungsalternativen auseinandergesetzt hat. Dass das Ressort die umfassenden neu geschaffenen Dokumentationspflichten erst künftig im Rahmen einer Weiterentwicklung bürokratiearm, digital und standardisiert ausgestalten möchte, steht im Widerspruch zu dem Anspruch der Bundesregierung, praxis- und digitaltaugliche Regelungen zu schaffen. Gleichzeitig steht das Regelungsvorhaben dem Ziel der Bundesregierung, bürokratische Hürden abzubauen, entgegen. Pflegekräfte werden mit erheblichen Bürokratieaufwänden belastet. Die Darstellung der Regelungsfolgen ist nicht nachvollziehbar noch methodengerecht.“

Quellen:

Deutscher Pflegerat e.V./
Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe/Bundestag.de

Studieren. Wissen. **Machen.**

Jetzt berufsbegleitend weiterbilden
und Praxis mit Theorie verbinden.

- Medizinpädagogik (B. A. & M. Ed.)
- Sportphysiotherapie für Team- und Individualsportarten (M. Sc.)
- Krankenhausmanagement (M. Sc.)
- Notfall- und Krisenmanagement (M. Sc.)
- Digital Health Management (M. Sc.)



 msh_medical_school_hamburg

 medicalschool-hamburg.de

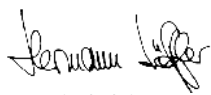


Neues aus dem Mabuse-Verlag

Tschüss, Florian!

Lieber Florian, nach fünf Jahren sehr guter Zusammenarbeit (anfangs im Bereich Korrektorat und Buchherstellung, dann lange Zeit als Redakteur dieser Zeitschrift) möchte ich mich sehr herzlich bei Dir bedanken: Natürlich für Deine Ideen, das inhaltliche Engagement und die Fähigkeit mit Deiner Kollegin für eine regelmäßiges Erscheinen von *Dr. med. Mabuse* zu sorgen. Mit Deiner äußerst strukturierten Arbeitsweise, sehr gutem Sprachgefühl und Deiner Kreativität hast Du unsere Zeitschrift mitgeprägt.

Dein literarisches Wissen beeindruckte mich und Deine offene und empathische Grundhaltung taten mir gut. Ich mochte politische Diskussionen mit Dir und dies nicht nur nach den Sitzungen beim Äpfelwoi. Ich wünsche Dir nur das Allerbeste!



(Geschäftsführer)



Florian Grundei an der Druckerpresse im Gutenberg-Museum im Schell-Bau in Mainz.

P.S.: Mit großer Freude und Aufmerksamkeit nahm Florian an unserer Pflege-Redaktion teil. Die Ohren schienen von Minute zu Minute größer zu werden, wenn er die Geschichten aus unserer Alltags-Praxis hörte. Als wir dann danach zusammen im ICE in Richtung Bonn fuhren, fand die Sitzung eine inspirierende und intellektuelle Fortsetzung, die ich sicher künftig vermissen werde. (Christoph Müller)



Der Mabuse-Buchversand in Bonn

Unsere Versandbuchhandlung war beim Pinarad-Hebammenkongress am 17. Februar 2024 in Bonn mit einem Büchertisch vor Ort. Veranstalter Pädia hatte sich mit dem Alten Bundestag eine wunderschöne Location ausgesucht, und diese bot nicht nur am Vorabend beim „Get-Together“ samt geschichtlicher Bundestagsführung eine außergewöhnliche Kulisse. Das Vortragsprogramm am Samstag war abwechslungsreich und durchweg spannend, die Organisation einfach perfekt und auch unser Büchertisch ein voller Erfolg. Wir freuen uns schon auf den Pinarad 2026! Impressionen zum Sehen und Hören gibt es hier: <https://www.paedia.de/consilium-pinarad/>

Demenz von Grund auf begreifen

Liebe Frau Lamm, einerseits sind Sie Krankenschwester mit reichhaltiger Berufserfahrung, andererseits verfassen Sie fiktionale Texte. Schlagen sozusagen zwei Herzen in Ihrer Brust?

Die Krankenpflege war und ist mein Brotberuf. Er ist trotz schwieriger Bedingungen wie Pflegenotstand etc. für mich eine sinnhafte und erfüllende Arbeit. Das literarische Schreiben, das Erzählen von Geschichten, ist ein künstlerischer Prozess, um sich mit Dingen und Themen auseinanderzusetzen. Schön ist es, wenn man damit andere berührt.



Foto: © Marc Donadillo

Ihr neues Buch ist anders als die vorherigen.

Was gab den Anstoß hierfür?

Bei der pflegerischen Arbeit mit Menschen mit Demenz beobachtete ich öfters, wie unsicher Angehörige, aber auch Pflege- und Betreuungspersonen im Umgang mit demenziell veränderten Menschen sind. Ich sah immer wieder, dass viele Beteiligte im Alltag unschöne und belastende Begegnungen miteinander hatten. So wurde es mir ein Anliegen zu erzählen, wie durch eine geschulte Haltung und Kommunikation ein liebevoller und wertschätzender Umgang und somit ein leichteres Zusammenleben möglich ist.

Inwiefern hebt es sich vom Mainstream ab?

Es ist kein klassisches Sachbuch! Das Besondere ist, dass ich aus unterschiedlichen Blickwinkeln erzähle: Erstens versuche ich mich in literarischen Kurztexten den Gefühlswelten von Menschen mit Demenz zu nähern. Zweitens spreche ich mit der professionellen Erfahrung als Pflegende in beratender Form und drittens als Tochter eines demenzerkrankten Vaters.

Was dürfen die Leser:innen von Ihrem Buch erwarten?

Dass sie an die Hand genommen und in die Welt der Demenz begleitet werden, dass es Wege gibt, um Stress und Unsicherheiten wie auch Sorgen zu verringern, dass sie als Angehörige Trost finden und sich gestärkt fühlen.

Welchen speziellen Tipp haben Sie für Menschen, für die Demenz „Neuland“ ist?

Gehen Sie mit offenem Herzen auf Menschen mit Demenz zu. Seien Sie empathisch. Seien Sie bereit, sich von eigenen vorgefertigten Bildern und Vorstellungen, wie eine Situation oder Begegnung ablaufen soll, völlig zu lösen. Versuchen Sie, sich in liebevoller, wertschätzender und wohlwollender Haltung auf die Menschen mit Demenz und ihre Welt, ja auf den Moment einzulassen!



Rita Lamm: Demenz – Land des Vergessens 2023, 119 S., 16 Euro

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

Bitte zur Anamnese, Herr Bollig



Dr. med. Gerhard Bollig ist der Erfinder der Letzte-Hilfe-Kurse, die 2014 an den Start gingen und mittlerweile in 21 Ländern angeboten werden. Laien lernen darin, wie sie Menschen im Sterben begleiten können. Palliativ- und Notfallmediziner Bollig, 1967 in Hürth bei Köln geboren, arbeitete viele Jahre in Norwegen und Dänemark und ist heute leitender Oberarzt am Helios Klinikum in Schleswig. Er forscht am Zentrum für Palliativmedizin der Universität Köln und leitet die Internationale Letzte Hilfe Arbeitsgruppe und die Last Aid Research Group International (LARGI). www.letztehilfe.info

Ihr Beruf?

Arzt und Forscher.

Ihre Berufung?

Menschen zur Selbsthilfe zu befähigen.

Der schönste Moment in Ihrem Berufsleben?

Ich war junger Medizinstudent in einer Überwachungsstation. Eine schwerkranke Patientin sprach mich an: „Du studierst doch Medizin und weißt manches. Kannst du mir sagen: Muss ich sterben?“ Das war zu einer Zeit, in der man mit Patienten kaum über ihren Tod sprach, als Student war mir das auch verboten. „Sie sind eine kluge Frau“, sagte ich. „Ich glaube, das wissen Sie selber.“ Sie antwortete: „Danke. Sie sind der Erste, der ehrlich zu mir ist.“ Später, nach ihrem Tod, tauchte der Ehemann mit einem Geschenk für mich auf und bedankte sich bei mir.

Und der schlimmste?

In der Notfalleaufnahme in Oslo musste ich einem Mann das Leben retten, der zuvor versucht hatte, seine Frau und sein Kind zu erstechen.

Worauf reagieren Sie allergisch?

Auf Kollegen, bei denen nicht Mitmenschlichkeit und Respekt an oberster Stelle stehen.

Leiden Sie an Visionen?

Ja, schon seit früher Kindheit. Meine Vision ist, dass alle Menschen anderen helfen. Deshalb bin ich Pfadfinder geworden, habe Erste Hilfe gelernt und Letzte Hilfe erfunden.

Welche Forderungen haben Sie an die Politik?

Dass sie eine gerechte Gesellschaft schafft, in der Platz für alle ist. Ohne Diskriminierung und ohne Pläne, Minoritäten außer Landes zu schaffen.

Welche Grunderkrankungen sehen Sie im Gesundheitswesen in Deutschland?

Ökonomisierung und Bürokratisierung.

Die skurrilste Situation in Ihrem Berufsleben?

Visite auf der Palliativstation in Bergen, Norwegen. Wir kamen zu einem abgemagerten Patienten, der apathisch im Bett lag. Mein Kollege fragte ihn: „Schmeckt Ihnen das Essen nicht?“ Der Patient emotionslos: „Nein, tut es nicht.“ Der Kollege daraufhin: „Sollen wir den Koch erschießen lassen?“ Der gebrechliche Mann fing herzlich an zu lachen. Er hörte drei Minuten nicht auf, sich vor Lachen zu schütteln, sodass wir schon Angst um ihn bekamen. Er verabschiedete uns mit einem Grinsen auf dem Gesicht. Das vergesse ich nie.

Welche Charaktereigenschaften schreiben Ihnen Ihre Freund:innen zu?

Verlässlichkeit, Kreativität, Ausdauer.

Wenn Sie nicht Arzt geworden wären, wären Sie heute vielleicht...?

Historiker.

Das neue Bundesinstitut am BMG

Ignorierte Expertise und verpasste Chancen

Die bei einer Pressekonferenz von Karl Lauterbach verkündete Einrichtung eines Bundesinstituts für „Prävention und Aufklärung in der Medizin“ (BIPAM) hat Public Health in Deutschland in Aufruhr versetzt. Während das generelle Ziel, die Prävention zu stärken, um weniger Ressourcen in die medizinische Versorgung investieren zu müssen, begrüßt wird, stößt der konkrete Entwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf massive Kritik.

Die Vorstellung des Ministers von einer „Vorbeugemedizin“ weicht deutlich von international anerkannten Public Health-Konzepten ab. Statt eine Stärkung und Neuausrichtung von Public Health in Deutschland zu ermöglichen, stellt sich das Vorhaben als rückwärtsgewandt dar und verzichtet sogar auf die Prinzipien der Evidenzbasierung. Das geplante Institut steht nicht nur im Widerspruch zu den aktuellen Herausforderungen der öffentlichen Gesund-

heit – einschließlich der Gesundheitssicherheit (Health Security) –, sondern auch zu international anerkannten Chartas wie etwa der Ottawa-Charta. Es ist ein bedenklicher Rückschritt.

RKI und BZgA in ihren jetzigen Formen stehen vor dem Aus

Die Pläne für das neue Bundesinstitut stehen in deutlichem Widerspruch zu den im Koalitionsvertrag vereinbarten Zielen. Die stark kritisierte Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll in ein „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit“ umgewandelt werden, während das Robert Koch-Institut (RKI) künftig in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsunabhängig sein soll.¹ Dabei hat es im Vorfeld der Pressekonferenz zahlreiche Vorschläge und Empfehlungen aus der Fachwelt gegeben.² Zusammengefasst konzentrieren sich die Empfehlungen auf folgende Bereiche:

- Mission: Biopsychosoziale Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, mit Fokus auf Health in all Policies (HiAP); dabei Koordinationsfunktion für Public Health-relevante Themen über verschiedene Ressorts hinweg übernehmen, unter Einbeziehung von Bund, Ländern und Kommunen sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).

- Datenerhebung und -bereitstellung: Diese Aufgaben für belastbare bevölkerungsgruppenspezifische Daten verbessern und Evidenz für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen generieren.

- Stärkung der epidemiologischen und Public Health-Forschung.

- Kommunikation: Bündelung der gesundheitsbezogenen Kommunikation der Bundesregierung und der Bundesbehörden mit dem Ziel einer kohärenten Gesundheitskommunikation. Unterschiedliche Lebenswelten und Zugehörigkeiten berücksichtigen, um ungleiche Gesundheitschancen zu verringern.

- Gesundheitsförderung/Prävention: Etablierung eines Kompetenzzentrums zur ressortübergreifenden Strategieentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung einschließlich der Weiterentwicklung der Gesundheitsziele. Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz.

- Koordination/Vernetzung: Eine koordinierende Funktion auf horizontaler und vertikaler Ebene schaffen, um Maßnahmen zwischen den Sektoren der Gesundheitsversorgung sowie zwischen Bund, Ländern, Kreisen und Kommunen abzustimmen. Dazu gehört die Integration verschiedener Public Health-Aktivitäten und Vernetzung relevanter Institutionen.

- Politikberatung: Regelmäßige Information der Politik auf Bundes- und Landesebene über aktuelle Entwicklungen zur Unterstützung evidenzbasierter politischer Entscheidungen. Das schließt regelmäßige Anhörungen bei gesundheitsrelevanten Gesetzesvorhaben ein.

- Struktur: Verbindung von behördlichen Aufgaben mit nach außen vernetztem Denklabor und kreativem Umgang mit Forschung und Datenanalyse; agile Strukturen ohne Behördencharakter:



Foto: © Jochen Tack

Susanne Moebus ist Biologin, Gesundheitswissenschaftlerin und Epidemiologin. Sie ist Professorin für Urbane Epidemiologie und Direktorin des 2020 neu gegründeten Instituts für Urban Public Health am Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen.

hybrider und durchlässiger Think Tank; variable Einbindung hochkarätiger Expertise ergänzend zu hauptamtlichen Fachkräften. Bereitstellung ausreichender Ressourcen.

Letztlich wurde keiner der fachlichen Vorschläge aufgegriffen. Stattdessen wird das RKI sogar zerschlagen, indem die gut funktionierenden Bereiche der Erhebung und Analyse von Gesundheitsdaten zu nicht-übertragbaren Erkrankungen in das neue Institut überführt werden sollen. Im Ergebnis weisen die vom Bundesgesundheitsminister vorgelegten Eckpunkte zahlreiche gravierende und geradezu absurde Konstruktionsfehler auf. Das rückwärtsgewandte Konzept einer Vorbeugemedizin, die Verengung der Prävention auf nur drei Krankheitsbilder und die institutionelle Trennung von Infektionen und Nicht-Infektionen entsprechen schon lange nicht mehr einem modernen Verständnis von Public Health.

Zu Recht hagelte es Kritik von allen Seiten und sehr vielen Institutionen und Einzelpersonen aus der Fachwelt. So etwa in einem offenen Brief an den Minister von über 150 Organisationen und Einzelpersonen.³ In Anlehnung an das Positionspapier des Zukunftsforums Public Health werden folgende Kritikpunkte skizziert:⁴

1. Fehlender Health in all Policies-Ansatz

Die Gesundheit der Bevölkerung wird vor allem von Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst. Der WHO-Ansatz „Health in all Policies“ (HiAP) betont die Notwendigkeit, Gesundheit als Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche zu begreifen. Doch schon der Name des neuen Instituts konterkariert den HiAP-Ansatz, indem er den Handlungsrahmen explizit „in der Medizin“ verortet. Diese Einschränkungen werden es zwangsläufig erschweren, gesundheitsförderliche Perspektiven zu integrieren, gezielt Prioritäten für die Gesundheitsförderung zu identifizieren oder gar Politikmaßnahmen anderer Ressorts hinsichtlich ihres gesundheitlichen Nutzens und ihrer Kosten zu bewerten.

Im stark fragmentierten deutschen Gesundheitswesen sind Vernetzung und Koordination dringend erforderlich, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Der Entwurf des BMG zementiert dagegen die zersplitterten Strukturen und verhindert ein kohärentes Handeln zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen.⁵

2. Falscher Name und zu enger Fokus

Die Fokussierung auf Gesundheitserziehung gleicht einem Rückfall in vergangene Zeiten. Schon der Name des Instituts „... Prävention in der Medizin“ zeigt die Verengung auf Früherkennung, Impfung und ärztliche Beratung.⁶ Dafür braucht es in Deutschland kein neues Bundesinstitut. Mit dieser Engführung wird der gesamte Bereich der

Gesundheitsförderung, der Verhältnisprävention und der Prävention in Lebenswelten ausgeklammert und mit einer modernen Public Health-Strategie nichts zu tun hat.

Auch die Fokussierung auf Prävention durch Aufklärung entspricht nicht dem internationalen Kenntnisstand. Damit ist absehbar, dass strukturelle Ursachen weiterhin zu wenig adressiert werden und damit die soziale, politische und ökonomische Dimension von Gesundheit völlig ausgeklammert bleibt. Nicht zuletzt ist die Beschränkung auf nur drei Krankheitsgruppen völlig überholt. Aus Public Health-Sicht sollte das Ziel des BMG vielmehr sein, die Gesundheit aller Menschen zu erhalten und die Ungleichheit von Gesundheitschancen zu minimieren. Beispielsweise sind Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter von hohem Nutzen, da frühe Erfahrungen struktureller und sozio-ökonomischer Benachteiligung im gesamten Lebensverlauf bedeutsam bleiben.

3. Dysfunktionale Versäulung durch die institutionelle Trennung von infektiösen und nicht-infektiösen Krankheiten

Die institutionelle Trennung der Zuständigkeiten für Infektionskrankheiten und Nicht-Infektionskrankheiten ist fachlich nicht haltbar. Die Coronakrise hat deutlich aufgezeigt, dass diese Krankheitsgruppen eng miteinander verbunden sind und gemeinsame Ursachen teilen. International besteht ein breiter Konsens darüber, dass eine effektive Prävention beider Krankheitsgruppen weitgehend dieselben Instrumente der Verhaltensprävention, Kommunikation und Gesundheitsförderung erfordern. Die geplante sektorale Segmentierung führt zu ineffizienten Doppelstrukturen und erschwert eine schnelle und flexible Anpassung an bestehende und neue Herausforderungen.

4. Rückbau funktionierender Public Health-Strukturen

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist eine etablierte Bundesbehörde des BMG und international anerkannte Public Health-Institution. Es soll nun von zentralen Aufgaben entbunden werden, darunter die Erhebung und Analyse gesundheitlicher Trends und Risiken in der Bevölkerung sowie die darauf basierende Berichterstattung und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die Politik. Selbst wenn diese Aufgaben im geplanten Institut verankert werden, bleibt fraglich, wie Deutschland in der Übergangs- und Aufbauphase mit diesen wichtigen Informationen und Analysen versorgt werden soll. Der Aufbau neuer Verwaltungsstrukturen dauert bekanntlich viele Jahre. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die Expertise des RKI verloren geht. Warum nicht

das etablierte RKI weiter verbessern und die kritisierte BZgA in das RKI integrieren, um gebündelt und zielgerichtet Kommunikationsaufgaben effizient und schnell zu stärken?

Ein fatales Signal

Das Ignorieren von Expertise und Vorschlägen aus der Fachwelt sendet ein fatales Signal und wirft Fragen nach Transparenz und ernsthafter Einbindung relevanter Akteur:innen aus der Fachwelt auf. Ein Beispiel für eine bessere Umsetzung zeigt die ebenfalls im Koalitionsvertrag vereinbarte Gründung des „Dateninstituts“, das gemeinsam vom Bundesministerium des Innern und für Heimat und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz getragen wird.⁷

Deutschland, Europa und die Welt stehen vor großen gesundheitlichen Herausforderungen. Umwelt-, sozial- und geschlechtsbedingte Ungleichheiten in der Gesundheit sowie ungenutzte Präventionspotenziale zur Verhinderung von Krankheit und vorzeitigem Tod bleiben weiterhin unbewältigte zentrale Aufgaben. Die Folgen der Pandemie, die großen Sorgen und weitreichenden wirtschaftlichen und sozialen Folgen

von Kriegen sowie die großen Anstrengungen zur Bewältigung der Klimakrise erfordern einen beispiellosen Transformationsprozess in sämtlichen Lebensbereichen. Die Auswirkungen auf die Gesundheit und die erforderlichen Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit spielen in diesem Prozess eine Schlüsselrolle.

Es bleibt zu hoffen, dass es noch viele laute Stimmen zu der geplanten Neuordnung geben wird – denn für diese Neuordnung braucht es einen gesetzlichen Rahmen, der noch in die öffentliche Anhörung gehen muss – vom BMG für das Frühjahr 2024 angekündigt. ■

Quellen

- 1 <https://kurzelinks.de/61lj>
- 2 <https://kurzelinks.de/6qqw>
- 3 Rosenbrock/Götz (2023): <https://kurzelinks.de/manh> <https://kurzelinks.de/j92a>. Eine Übersicht vieler Stellungnahmen s. bei Kuhn: <https://kurzelinks.de/6qqw>
- 4 <https://zukunftsforum-public-health.de/>
- 5 SVR (2023): <https://kurzelinks.de/m3h6>; WBGU Hauptgutachten (2023): <https://kurzelinks.de/lz9r>
- 6 Vgl. Rosenbrock/Götz (2023), wie FN 3.
- 7 BMI Bund (2023): Zwischenbericht: <https://kurzelinks.de/tb9g>



**Hebammenforum
abonnieren & jährlich
2 Fortbildungsstunden
sammeln!**

Lesen, was Hebammen interessiert!



Das Fachmagazin für Hebammen.
Aktuell, fachlich, (berufs-)politisch
und regional.

Jetzt Ausgabe 04/2024 probelesen
mit dem Code: *MABUSE*

Einfach die App downloaden
und den Code eingeben.



Google Play



APP Store

www.hebammenforum.de

➔

Das Fachmagazin des Deutschen Hebammenverbandes

Bedürfnisse im Fokus



Lea Sikor & Bärbel Klein **Auf(ge)wachsen mit Gewaltfreier Kommunikation**

Ein Mutmachbuch für Eltern

Gewaltfreie Kommunikation in der Erziehung, einfühlsam mit Kindern kommunizieren: Etliche Bücher behandeln diese Themen – zunächst einmal in der Theorie.

Wie aber ist es, mit Eltern aufzuwachsen, die GFK-Trainer:innen sind? Lea Sikor berichtet darüber, wie es war, etwas anders aufzuwachsen als die meisten ihrer Altersgenoss:innen. Was an der GFK-Erziehung ihrer Eltern war hilfreich für ihr späteres Leben? Und was war es eher nicht?

Aus der Perspektive einer GFK-Trainerin reflektiert Bärbel Klein Lea Sikors Geschichten und unterfüttert sie mit GFK-Hintergrundwissen. Das Anliegen beider Autorinnen: Aufzeigen, wofür es sich lohnt, die Gewaltfreie Kommunikation zu lernen und den Grundstein zu legen, unsere Welt und die Welt unserer Kinder noch ein wenig schöner zu machen.

„Ich habe Wertschätzung und Anerkennung für das, was meine Eltern damit geleistet haben. Für das, was sie mir ermöglicht und mitgegeben haben. Und so oft bedaure ich, wie wenig andere Kinder auf dieser Welt diese Möglichkeit hatten und haben.“ – Lea Sikor

184 Seiten, kartoniert, E-Book inside • € (D) 18,00 • ISBN 978-3-7495-0411-4



Marshall B. Rosenberg **Voneinander lernen**

Erziehung mit der GFK

„Bestrafung und Belohnung mag ein adäquates Konzept für die Hundeschule sein, für die Erziehung von Menschen taugt es eher nicht.“

– Marshall B. Rosenberg

Marshall Rosenberg zeigt in diesem Buch, wie man die Gewaltfreie Kommunikation in Erziehung und Bildung sowie im menschlichen Miteinander einsetzen kann. Wenn man bei jemandem eine Verhaltensänderung anregen möchte, sind die menschlichen Bedürfnisse der Dreh- und Angelpunkt: Wie kann ich im Einklang mit meinen eigenen Bedürfnissen sein und gleichzeitig mit den Bedürfnissen anderer?

Nach einer kurzen Einleitung zu den Themen Erziehung, Verhaltensänderung und Einflussnahme auf andere arbeitet Marshall Rosenberg mit Seminarteilnehmer:innen an persönlichen Erlebnissen und Beispielen zu diesem Themenspektrum. Folgende Fragestellungen sind hierfür maßgeblich:

- Welche Art der Kommunikation macht es möglich, von Herzen zu geben?
- Wie erreichen wir eine Verhaltensänderung, ohne mit Angst, Schuldgefühlen oder Scham zu agieren?
- Was ist wirkungsvoller? Eine Belohnung oder der Wunsch, etwas beitragen zu können und das Leben schöner zu machen?

48 Seiten, kartoniert, E-Book inside • € (D) 14,00 • ISBN 978-3-7495-0103-8

Was tun?

Desaströse Zustände in der Pflege

Rainer Stadler hat in der *Süddeutschen Zeitung* vom 8. Februar 2024 einen Beitrag mit dem Titel „Experiment am eigenen Leib“ veröffentlicht. Beschrieben werden darin Erfahrungen der Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin während eines Krankenhausaufenthaltes. Ein kurzer Auszug aus dem Beitrag zeigt, wie haarsträubend sie die Pflege- und Versorgungsrealität in der Klinik erlebt hat:

Eine Schulpraktikantin habe ihr Heparinspritzen verabreicht und den Verband gewechselt, „eigentlich verantwortungsvolle Tätigkeiten für Fachkräfte“. Gespräche mit den Pflegekräften seien kaum möglich gewesen, sie hätten sich nicht einmal persönlich vorgestellt. Eine besonders unfreundliche Schwester, erzählt Zegelin, habe sie dann doch nach ihrem Namen gefragt. Antwort: „Das geht Sie nichts an!“

Betten seien nicht frisch bezogen worden. Körperpflege, Waschen, Haare waschen – Fehl-

anzeige. Patient:innen hätten Feuchttücher erhalten, um sich selbst zu pflegen. Die Essensverteilung habe die Cateringfirma übernommen, „die Pflege hatte damit nichts zu tun“. Ebenso wenig mit der nötigen Mobilisierung nach der OP, darum hätten sich allein die Physiotherapeut:innen gekümmert, aber auch nur zehn Minuten pro Tag. Niemand sei ins Zimmer gekommen, um zu schauen, ob sie oder ihre beiden Mitpatientinnen etwas brauchten: Getränke, frische Luft, ein tröstendes Wort. Das Pflegepersonal sei eigentlich immer in Eile gewesen und habe „nur das Aller-nötigste gemacht“, etwa morgens den Blutdruck und die Körpertemperatur gemessen.

Besonders in Erinnerung geblieben ist Zegelin die Reaktion auf das Betätigen der Klingel über dem Bett. „Komme gleich“, habe dann stets irgendjemand gerufen. „Aber es kam niemand.“ Einmal hatte sie nachts starke Schmerzen im Fuß. Der Strumpf war deutlich zu eng, sie selbst sah sich nach der OP nicht in der Lage, ihn auszuziehen. Sie habe mehrfach geklingelt und nach anderthalb Stunden vergeblichen Wartens mit dem Handy die 112 gewählt. Kurze Zeit später sei eine Schwester ins Zimmer gestürmt und „hat mich

zur Schnecke gemacht“. Die Ärzt:innen dagegen hätten sie am nächsten Morgen bei der Visite beglückwünscht: „Die sagten: Gute Idee, so spricht sich herum, dass hier Notstand ist.“

Die Resonanz: von differenziert bis abfällig

Der gesamte Beitrag ist sehr lesenswert, einschließlich der Forderungen, die Zegelin am Ende formuliert. Ebenfalls lesenswert sind darüber hinaus aber auch die Kommentare zu dem Beitrag. Sie beziehen sich auf

- differenzierte Beschreibungen unterschiedlicher Pflegenden (motivierte, professionelle und zugewandte ebenso wie überforderte, unfähige, empathielose, faule Pflegenden; Kolleg:innen, die den Beruf verlassen, die es nicht mehr mittragen können, wie Patient:innen behandelt werden, die dem Arbeitsdruck nicht mehr gewachsen sind),
- Benennung verschiedener Ursachen für die skandalösen Zustände,
- Mitleidsbekundungen für das Pflegepersonal, aber auch die Bitte um weniger „Gejammer“ und mehr Freundlichkeit,
- Seitenhiebe auf Pflegewissenschaftler:innen und die Praxisferne der Pflegewissenschaft, auch in abfälligen Formulierungen („Es wirkt so, als sei die gute Frau (Zegelin, Anm. d. A.) irgendwo im letzten Jahrhundert hängen geblieben. Von moderner Krankenpflege hat sie sicher noch nichts gehört. Warum soll ich denn mit den Patienten irgendwelche Schwätzchen halten. Krankenpflege bedeutet doch nicht Seelsorge. Die Gesundheitsindustrie ist auf fitte gut ausgebildete Fachkräfte angewiesen und nicht auf Entertainer.“),
- die Diagnose, dass der Berufsstand vor dem Kollaps stehe, Kollegen erschöpft, desillusioniert, enttäuscht und resigniert seien,
- Kritik an Pflegekonzepten aus dem „Elfenbeinturm“, die häufig weit weg von Praktikabilität und dem realistischen Arbeits(er)leben seien,
- Aussagen wie: „Ich bin kein Rechter oder wie auch immer gearteter AfD-Wähler, aber ...“

Spricht man mit Frau Zegelin selbst, so berichtet sie von zwei Strömungen innerhalb der E-Mail-Flut, die sie als Reaktion auf den Beitrag in der *Süddeutschen Zeitung* erhalten hat: Zum einen schildert sie Aussagen wie etwa „das geschieht Ihnen recht mit all der Theorie“, „die Pflegewissenschaft ist überflüssig, kümmert sich nicht um un-



Karin Kersting ist Krankenschwester, Lehrerin für Pflege, Erziehungswissenschaftlerin und Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen.

sere Probleme und die der Patienten“ oder „arrogante Karrieretypen“. Zum anderen wird Dankbarkeit für die öffentliche Darstellung, auch verbunden mit eigenen Schilderungen entwürdigender Zustände in der Pflege, bekundet.

Der Widerspruch in den Anforderungen

Beides – der Beitrag von Stadler wie auch die Kommentare – eignen sich für eine bildende Auseinandersetzung mit dem unauflösbaren Widerspruch in den Anforderungen an Pflegende. Dieser den Alltag Pflegenden konstituierende Widerspruch wird damit kommunizierbar, in seinen Auswirkungen bewusst gemacht und bewusst gehalten. Es können differenzierte Sichtweisen sowohl auf den je situativen pflegefachlichen Anspruch als auch auf das Scheitern im Alltag entwickelt werden. Die eigene Verstrickung in diesen Alltag und die Theorie-/Wissenschaftsskepsis (oder -feindseligkeit) können in den Blick genommen werden. Warum können Konzepte, deren positive Wirkungen erwiesen oder zumindest plausibel sind, mit schuld an dem Desaster sein?

Die Texte bieten einen Ausgangspunkt für eine Diskussion der Sinnhaftigkeit und Ausrichtung von Wissenschaft/Pflegewissenschaft und ermöglichen die Klarstellung, dass eine Aufgabe von Wissenschaft darin besteht, die Praxis zu kritisieren, dass Pflegewissenschaft sich auch mit der Pflege- und Versorgungsrealität und den Belastungen der Pflegenden befasst und nach Lösungen sucht. So kann die Disziplin wissenschaftliche Erkenntnisse für die politische Ebene zur Verfügung stellen und einen Beitrag zu grundlegenden Veränderungen leisten. Das Wissen darüber kann zu einer besseren Akzeptanz der Pflegewissenschaft beitragen und auch für ein (berufs-)politisches Bewusstsein förderlich sein.

Eine identitätsstiftende Auseinandersetzung

Zudem wäre eine solche Auseinandersetzung eine gute Möglichkeit für Auszubildende, Studierende und Pflegende, sich die Fragen zu stellen:

- Was für ein:e Pflegende:r möchte ich sein oder möchte ich eben nicht sein?
- Was für ein:e Pflegende:r könnte ich sein oder könnte ich eben nicht sein?
- Was kann und will ich dafür tun, damit sich etwas verändert?
- Welche Rolle spielt dabei ein hierarchiegruppen-/berufsbereichsübergreifender Austausch? Derartige Fragen gemeinsam zu klären, trägt zur Entwicklung einer Berufsidentität, im besten Sinne einer professionellen Identität, bei (vgl. Gerlach 2017, Seltrecht 2017, Eylmann 2016, Kühme 2015).

Der Beitrag von Stadler inklusive Kommentare kann so als ein allgemeiner Erfahrungsbericht

auch Eingang in das Reflexionsmodell aus der Coolout-Theorie (Kersting 2024) finden. Das Modell wurde mit dem Ziel entwickelt, Auszubildende und Studierende (aber auch Pflegende) in ihrem Alltag auf der Handlungsebene zu unterstützen und zugleich ein Bewusstsein für die eigenen politischen Möglichkeiten zu fördern. Mit dem Modell kann schrittweise gelernt werden,

- in Widersprüchen zu denken (BiBB 2020),
- die Normalitätstendenz der Verletzung des Anspruchs bewusst zu halten,
- den pflegefachlichen Anspruch situativ erläutern und begründen zu können,
- zugleich die Begrenzungen und das Scheitern des Anspruchs im Alltag, aber auch gelingende Situationen und mögliche Handlungsoptionen analysieren zu können,
- die Möglichkeiten einer offenen Kommunikation im Team im Sinne einer kollegialen Beratung zu diskutieren und Auszubildende (und Pflegende) dadurch zu stärken.

Bildung im Medium des Widerspruchs

In einem weiteren Schritt des Modells ist eine Auseinandersetzung mit der Coolout-Theorie vorgesehen (vgl. BiBB 2020, Curriculare Einheit 4). Damit ist eine Grundlage geschaffen für differenzierte, sachkritische, gemeinsame Analysen von Theorien, Pflegekonzepten und Instrumenten professionellen Handelns, verbunden mit den Fragen: Was ist das Wahre an den Konzepten? Was ist das Falsche an den Konzepten im Zusammenhang mit der oben beschriebenen desaströsen Versorgungsrealität und was bedeutet das für die angestrebte Professionalisierung der Pflege? (Vgl. Kersting 2008, 2020, 2022a, 2022b.) Die Professionalisierungsbestrebungen, die in Anlehnung an Ulrich Oevermann (1997) recht vollmundig im Pflegeberufegesetz und der Pflegeausbildungs- und -prüfungsverordnung fixiert sind (vgl. BMG 2017 und 2018, Kersting 2019), müssten angesichts der Situation in der Versorgungsrealität und der Glaubwürdigkeit der Pflegewissenschaft auch mit Auszubildenden und Studierenden offen diskutiert werden.

Die Crux ist und bleibt der unauflösbare Widerspruch. Dieser Widerspruch jedoch kann zugleich ein fruchtbarer Moment im Bildungsprozess – im Sinne einer kritischen Reflexionsfähigkeit – und damit der Einstieg in eine Veränderung sein. „Die fast unlösbare Aufgabe besteht darin, weder von der Macht der anderen noch von der eigenen Ohnmacht sich dumm machen zu lassen.“ (Adorno 1994, S.67.) Und wer möchte schon als dumm gelten? ■

Das Reflexionsmodell nach Kersting und die Literatur zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Wohlergehen statt Wohlstand



Alle Fotos: Gesundheit Berlin-Brandenburg/Fotograf: André Wagenzik

Bericht vom Kongress Armut und Gesundheit
am 5. März 2024 in Berlin

Marion Amler

Der Kongress Armut und Gesundheit versammelt seit 1995 Akteur:innen aus Wissenschaft, Gesundheitswesen, Politik, Praxis und Selbsthilfe. Schwerpunktthema in diesem Jahr war das Verhältnis von Gesundheit, Umwelt und Klima.

Meinen ersten Kongress begleitete ich als Praktikantin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg: Ich stellte im Nachgang die Kongress-Dokumentation 2010 zusammen, ohne am Kongress selbst teilgenommen zu haben. Und war beeindruckt von der ganz neuen Perspektive und dem geballten Wissen der Referierenden, deren Dokubeiträge und Folien ich redigierte. Als ausgebildeter Krankenschwester eröffnete sich mir hier eine ganz neue, wunderbare Welt. Seitdem bin ich Teil der Public Health-Community, Teil von Gesundheit Berlin-Brandenburg und Teil des Kongress-Teams. Ich berichte hier also aus einer Binnenperspektive.

Warum eigentlich?

Was mich zur ersten Frage bringt: Warum gibt es den Kongress eigentlich? Und mich im Kongress-

Team? Das lässt sich leicht beantworten. Es gibt den Kongress, weil es ihn braucht. Punkt. In Deutschland haben Männer aus den höchsten Einkommensklassen acht Jahre mehr Lebenszeit als Männer aus den niedrigen. Bei Frauen beträgt der Unterschied vier Jahre. Sieht man sich die Lebensjahre an, die in guter Gesundheit verbracht werden, sind die Unterschiede noch haarsträubender. Die Kurzformel dafür lautet: Armut macht krank. Und auch umgekehrt: Krankheit macht arm. (Und mit der diesjährigen Eröffnungsdinerin Alena Buyx ließe sich fragen: „Warum pfeifen das die Spatzen nicht von den Dächern?“)

Nun pflegen wir gesellschaftliche Narrative, die Erfolge wie Misserfolge, Gesundheit wie Krankheit – fälschlicherweise – für gewöhnlich dem eigenen Verdienst zuschreiben. Dabei wird man nicht durch seiner eigenen Hände Arbeit reich, sondern in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle aufgrund einer Erbschaft. (Wie schön, dass in diesem Jahr mit Yannick Haan ein Vertreter der großartigen Initiative Taxmenow auf dem Kongress vertreten war, die sich für die Erbschafts- und Vermögenssteuer in Deutschland einsetzt!

Wer über Armut spricht, darf über Reichtum nicht schweigen.)

Man wird auch nicht vornehmlich krank, weil man zu wenig auf seine Gesundheit achtet, sondern deshalb, weil man in prekären Arbeitsverhältnissen schuftet, die krank machen. Weil das Geld trotzdem hinten und vorn nicht reicht für gesundes Essen oder den Sportverein für's Kind. (Apropos Kinder: Die stellen im reichen Deutschland ebenfalls ein Armutsrisiko dar.) Weil man – denn Armut vererbt sich und der soziale Status ist eng gekoppelt an die Bildungschancen – eine schlechtere Schulbildung genossen hat und Dinge wie Gesundheitskompetenz und Empowerment einfach schwieriger oder schlicht unmöglich sind. Weil man in beengten, unsicheren Wohnverhältnissen lebt und die nächste Grünanlage, nicht der eigene Garten, weit entfernt ist. Weil einem das Recht auf soziale Teilhabe und Selbstbestimmtheit immer wieder verwehrt wird. Und weil Politik vornehmlich die Interessen der Reichen und Mächtigen vertritt. In derart beschnittenen Verhältnissen zu leben, macht Stress und macht krank. „Freude auf die Zukunft ist die beste Prävention“, sagte der vielgeschätzte Professor Rolf Rosenbrock einmal. Wie aber soll das gehen für Menschen, die fortwährend Zukunftsängste quälen und die das Auftürmen von immer weiteren Krisen nur immer sorgenvoller macht?

Der Traum von Health in All Policies

Gegen diese Ungleichheiten kann der Verein Gesundheit Berlin-Brandenburg, der den Kongress Armut und Gesundheit jährlich ausrichtet, wenig tun. Wir arbeiten sozialkompensatorisch nicht so sehr an der Bekämpfung der Ursachen dieser Ungleichheit, sondern versuchen, die negativen Folgen von Armut zu kompensieren.

Wir sprechen dann von der „Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten“. Wir setzen unsere Public Health (neudeutsch für öffentliche Gesundheit)-Brille auf und verstehen Gesundheit in einem sehr umfassenden Sinne: Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit – natürlich muss das gegeben sein (und schon das ist – siehe oben – nicht selbstverständlich). Aber es braucht viel mehr: Um gesund zu sein, muss mir soziale Teilhabe gewährt werden. Ich muss das Gefühl haben, mein Leben selbstbestimmt gestalten zu können. Und dafür, kurz und gut, braucht es eine Umgebung, eine Lebens-

welt, die mich gesund erhält und nicht krank macht.

Deshalb träumen wir Public Health-r:innen von Health in All Policies, dem Mitdenken von Gesundheitsaspekten in allen Politikfeldern – bislang eine Vision, wie Rolf Rosenbrock bei der Eröffnung klarstellte, keineswegs Realität. Von einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für jedes einschlägige Gesetz. Tempolimit? Unbedingt! Erhöhung des Mindestlohns? Wunderbar. Kindergrundsicherung? Ja, bitte! Und wie das alles finanzieren? Zum Beispiel durch eine höhere Erbschafts- und Vermögenssteuer. Durch die Streichung von gesundheitsschädlichen Subventionen.

Und während wir davon träumen, richten wir in der Zwischenzeit Kongresse aus, starten Projekte und versuchen, andere Menschen mit diesen Ideen anzustecken, Politik dahingehend zu beraten oder Verbündete zu finden, die Ähnliches und Anknüpfungswertes umsetzen. Was dabei auf dem Kongress herauskommt, ist eine einmalige Teilnehmendenmischung: Hier kommt die Mitarbeiterin einer Notunterkunft für Menschen mit Fluchterfahrungen mit dem Stadtplaner, einem Mitarbeiter der regionalen Wohnungsbaugesellschaft und der Bezirkspolitikerin zusammen. Nicht der Dialog, sondern der wertschätzende Multilog ist dabei unser Ziel: Studierende, Armutsbetroffene, Projektpartner:innen, Vertreter:innen von Bundes-, Landes- und Kommunalbehörden, Wissenschaft, Politik, Krankenkassen und Wirtschaft werden in den Austausch miteinander gebracht. Das Ganze fühlt sich ein bisschen nach Familientreffen (viele kommen – wie ich – schon seit Jahrzehnten auf den Kongress) und ein bisschen nach Denkfabrik an.

Klimagerechtigkeit und Gesundheit zusammen denken

Neu in diesem Jahr ist die Kooperation mit dem Umweltbundesamt, welches neben der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH), der Berlin School of Public Health und der Freien Universität Berlin Mitveranstalter des Kongresses war. Passend zum diesjährigen Motto „Sozial gerecht: Gesundheit – Umwelt – Klima“. Und wie gut dieser Dreiklang zusammenpasst, wurde bereits in der Vorbereitung und dann auch beim Kongress selbst deutlich. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach bezeichnete den Klimawandel als eine Facette der sozialen Frage. Auch

Mabuse-Buchversand

Buchhandlung für alle Gesundheitsthemen

Bei uns finden Sie Fachbücher, Ratgeber, Romane, Bilderbücher und vieles mehr!



Wir senden Ihnen jedes lieferbare Buch portofrei zu!

Bestellen Sie bequem über unseren Online-Shop:
www.mabuse-buchversand.de

oder über
069-70 79 96-16
bestellen@mabuse-buchversand.de



V.l.n.r.: Johannes Nießen (BZgA), Claudia Röhl (Umweltbundesamt), Alena Buyx (Deutscher Ethikrat), Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und Rolf Rosenbrock (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und Paritätischer Gesamtverband).

mahnte er an, dass wir nicht zufrieden damit sein dürften, dass sich die Lebenserwartung in Deutschland verschlechtert habe. Als mögliche Lösung nannte er u. a. die – umstrittene – Einrichtung von Gesundheitskiosken als niedrigschwellige Anlaufpunkte. Oder die Krankenversicherung für alle – denn die derzeitige Ungleichbehandlung bleibe ein „Makel unseres Gesundheitssystems“.

Eröffnungsrednerin Alena Buyx, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, stellte das Konzept der Vulnerabilität in den Fokus ihrer Keynote (da sie zur Stellungnahme „Klimagerechtigkeit“ des Deutschen Ethikrates, die erst am Tag nach dem Kongress erscheinen sollte, nicht sprechen konnte). Sie zeichnete dabei gedanklich das Bild eines Dreiecks aus sozialer Lage, Gesundheit und Klima, in dessen Zentrum eine steigende Vulnerabilität stehe: „Wer arm ist, ist auch klimakränker.“ Eine enorme Herausforderung. Als Gesamtstrategie dagegen brauche es positive Zukunftsbilder: „Wir brauchen die guten Geschichten!“ Dafür böte es sich an, die Themen Gesundheit und Klima miteinander zu vereinen. Denn, so Buyx im anschließenden Gespräch mit Maja Göpel: „Dinge, die fürs Klima gut sind, sind oft auch für die Gesundheit gut.“

Gesundheitsförderung und Umweltgerechtigkeit als Demokratieförderung

Auch an vielen anderen Stellen des Kongresses wurde deutlich, wie gut sich Gesundheit und Umwelt miteinander verbinden lassen (das Konzept der Co-Benefits wurde häufig benannt). Der Politikwissenschaftler Dirk Messner forderte beim Abschluss das Aufbrechen des Silodenkens: „Wenn sich die Welt verändert, muss sich auch die Organisation der Politik verändern!“ Dabei warb er für ökosale Referate in allen Politikressorts. Es müsse darum gehen, gesundheitliche, ökologische und

Wellbeing-Dimensionen integrativ zu denken, was eine stärkere Koordination der Ministerien verlange. Neuseeland sei auch solch ein gutes Beispiel, so Raimund Geene von der Berlin School of Public Health. In Neuseeland sei der Staatshaushalt als Wellbeing-Budget abgebildet, was zu einer wirklich systematischen gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik führe.

Messner stellte aber auch selbstkritisch fest: „Im Augenblick gewinnen wir keine demokratischen Wahlen – in ganz Europa nicht – mit dem Projekt der sozialökologischen Transformation. Das müssen wir uns auf den Tisch legen. Wir sind in unserer Kommunikation nicht gut genug!“ Als Gründe dafür wurden die zunehmende Verunsicherung, die Überkomplexität transformativer Prozesse und die gesellschaftlichen Ungerechtigkeiten genannt. Geene kritisierte zurecht, dass wir viel zu selten radikal Eigentumsverhältnisse und die ungerechte Verteilung von Ressourcen infrage stellen. Dass Transformationsallianzen häufig zu Eliteallianzen ausarten und auch dies demokratiegefährdend sei.

Kongress Armut und Gesundheit forever?

Den Sprung zum „größten Public Health-Kongress“ Deutschlands hatte der Kongress schon damals, als ich Praktikantin war, fast geschafft. Jetzt, in 2024, waren es wieder ca. 2000 Teilnehmende, die sich an den Diskussionen beteiligten, davon allein mehr als 500 Referierende. 120 Veranstaltungen haben wir insgesamt umgesetzt, zu unterschiedlichsten Themen. Wieder gelang dabei der Spagat, einen analogen und einen digitalen Kongress umzusetzen, auch wenn dies eine enorme logistische Herausforderung für das Kongress-Team um Maren Janella war.

Soll das so weitergehen? Natürlich nicht. Immer wieder klingt bei allen Organisator:innen des Kongresses an, dass wir uns

gern selbst abschaffen wollen. Wir wollen nicht das nächste Superlativ-Prädikat erhalten. Lieb wäre uns, wenn es den Kongress irgendwann nicht mehr braucht, weil allen klar ist, dass eine gerechtere Welt eine bessere für alle auf ihr Lebenden ist.¹ Schön wäre es, wenn Wohlstand künftig wieder mehr mit Wohlergehen – kein Hunger, frische Luft und Wasser für alle, Gesundheit, Vertrauen, Gemeinschaft – konnotiert wäre als mit quantitativ messbaren Gütern: Wie viel Hubraum hat mein Auto? Wie viel Quadratmeter meine Wohnung? Und wie viel Kilogramm Fleisch mein Mittagessen? Dieser von Maja Göpel formulierte Gedanke ist bestechend und regt dazu an, den eigenen Lebensentwurf zu hinterfragen: Ich selbst habe kein Auto. Meine Wohnung, die ich mit meinen beiden Kindern teile, ist 64 Quadratmeter groß. Auf das Fleischessen kann ich noch nicht verzichten. Ich führe ein glückliches Leben.

Ich bin aber auch Kirsten Kappert-Gonthier dankbar, die im Rahmen der Abschlussveranstaltung formulierte: „Wenn wir über Gerechtigkeit sprechen, neigen wir dazu, die individuelle Verantwortung für gesundheitsfreundliches Verhalten stark zu machen. Wir laden das häufig beim Individuum ab, wo es zuvörderst nicht hingehört. Es gehört in die Verhältnisse. Und das sind politische Aufgaben: Lebenswelten so zu gestalten, dass möglichst viele Menschen sich gut und sicher und gesund entwickeln können.“ Dass sie das so formuliert und – selbst Politikerin – den Handlungsauftrag dezidiert hin zur Politik lenkt, finde ich großartig. Und wichtig.

Gute Geschichten gab und gibt es beim Kongress zuhauf und engagierte Menschen, die sich mit aller Kraft einbringen in Debatten und Handlungen für eine lebenswerte Zukunft. Ich wünsche uns, dass wir in Zukunft gemeinsam lauter werden und dass es uns gelingt, der Politik unsere Handlungsimpulse mit auf den Weg zu geben. ■

¹ Leseempfehlung, wenn auch ein alter Hut: Pickett, K./Wilkinson, R. (2010): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin: Haffmanns & Tolkemitt. Die Verknüpfung zum Klimathema haben beide Autor:innen gerade in der Zeitschrift *Nature* hergestellt: <https://kurzlinks.de/cnn5>

Marion Amler

ist Leiterin der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. amler@gesundheitsbb.de

Pflege-Bücher aus dem Hogrefe Verlag



Dorothea Sauter et al. (Hrsg.)

Lehrbuch Psychiatrische Pflege

Das erfolgreiche und begeistert aufgenommene Lehrbuch des deutsch-schweizerischen Herausgeberteams stellt pflege- und klientenorientiert die Grundlagen, Rahmenbedingungen, Werkzeuge, Pflegekonzepte und Behandlungssettings psychiatrischer Pflege dar.

4., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2023.

1.440 S., 98 Abb., 181 Tab., Gb

€ 120,00 (DE)/€ 123,40 (AT)/CHF 149.00

ISBN 978-3-456-85673-5

Auch als eBook erhältlich



Daniela Händler-Schuster /
Helmut Budroni (Hrsg.)

Gemeinde- und Familien- gesundheitspflege

Lehrbuch für die ambulante Pflege

Die gemeindenahe Versorgung von Individuen und Familien wird immer bedeutsamer. Pflegefachpersonen kommt in der kommunalen Versorgung eine Schlüsselfunktion zu. Die Aufgaben, Funktionen, Prozesse und Rollen einer gemeindenahe und familienorientierten ambulanten Pflege beschrieben in wissenschaftlich fundierter und praxisorientierter Form.

2023. 416 S., 28 Abb., 36 Tab., Kt

€ 52,95 (DE)/€ 54,50 (AT)/CHF 68.00

ISBN: 978-3-456-86098-5

Auch als eBook erhältlich



Shibley Rahman

Delir kompakt

Delirmanagement bei
akut neurokognitiv
beeinträchtigten Personen

Das Praxishandbuch hilft Pflegenden bedürfnisgerecht mit Menschen mit einem Delir umzugehen. Der Autor zeigt, wie ein Delir erkannt, verhindert und behandelt werden kann. Er definiert, klassifiziert und differenziert, was er unter einem Delir versteht und was es von einer Demenz unterscheidet. Er benennt Risikofaktoren sowie die Pathogenese und Prävalenz von Deliren.

2024. 328 S., 10 Abb., 4 Tab., Kt

€ 45,00 (DE)/€ 46,00 (AT)/CHF 58.50

ISBN: 978-3-456-86160-9

Auch als eBook erhältlich



Samuel Vögeli / Nina Wolf

Angehörige von Menschen mit Demenz beraten

Familienzentrierte Beratung,
Information und Begleitung

Die Autor*innen beschreiben die Aufgaben, Belastungen, Bedürfnisse, Konflikte und Ressourcen von Angehörigen. Sie klären grundlegende Konzepte und skizzieren den Beratungsprozess. Sie benennen häufige Beratungsthemen, wie Alltagsgestaltung, Beziehungsprobleme, Entlastungs- und Unterstützungsangebote, Risikomanagement und schwierige Entscheidungssituationen.

2023. 272 S., 31 Abb., 21 Tab. Kt

€ 40,00 (DE)/€ 41,20 (AT)/CHF 52.50

ISBN: 978-3-456-86008-4

Auch als eBook erhältlich



www.hogrefe.com⁷

1949-2024

 hogrefe

Eine Frage des Stils



Ein Wagen im Düsseldorfer Karneval hat sich die Krankenhausreform des Gesundheitsministers zum Thema genommen. Foto: picture alliance/NurPhoto | Ying Tang

Auf den Reformbaustellen herrschen raue Töne

Wolfgang Wagner

Die Bundesregierung steckt mitten in der Krankenhausreform. Doch nicht nur die Kliniklandschaft will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) umbauen, auch für die niedergelassenen Ärzte hat er Pläne. Auf Begeisterung stoßen beide Vorhaben nicht. Und zwar weder bei den Leistungsanbietern noch bei den Krankenkassen.

Die Budgets für die ambulante Versorgung in den Praxen sind als eine Art Selbstverteidigung entstanden. Die Obergrenzen für die Honorare sollen verhindern, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ohne Beschränkungen Leistungen abrechnen und das System der gesetzlichen Krankenversicherung ausblutet. Seit Jahren schon verteuern die Lobbyisten der Medizi-

ner die Budgets und behaupten, Leistungen kostenlos erbringen zu müssen. Regelmäßig kritisieren sie das Instrument in ihren Kampagnen. Lauterbach kündigte nun an, zumindest für die Hausarzt-Praxen die Budgets abschaffen zu wollen. Überraschend war der Schritt nicht, höchstens der Zeitpunkt. Denn das Vorhaben steht schon im Koalitionsvertrag – auf Seite 66: „Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf.“ Immer wieder erinnerten Ärztevertreter den Minister an das mehr als zwei Jahre alte Versprechen. Nun will er es einlösen.

Gleiches Recht für alle?

Und das kündigte Lauterbach mit entsprechendem Pathos an: „Wir sind am Vorabend einer

sehr großen Reform“, erklärte der Minister, nachdem er sich mit Vertretern der Praxen und der Krankenkassen getroffen hatte. Die kassenärztlichen Hausarztpraxen sollten „entökonomisiert“ werden. Folgende Versprechen soll das „Versorgungstärkungsgesetz I“ einlösen: Alle in der Hausarztpraxis erbrachten Leistungen sollen vergütet werden, der Wegfall der Budgetbereinigung führe zur Entbürokratisierung. Für chronisch Kranke soll es eine jahresbezogene hausärztliche Versorgungspauschale geben. Statt bislang jedes Quartal müssten die Patienten (theoretisch) nur noch einmal im Jahr zum Hausarzt, um etwa ein Rezept oder eine Krankschreibung zu bekommen, das gehe dann alles telefonisch. So werde die Zahl der unnötigen Praxisbesuche reduziert. Der SPD-Politiker nennt schon dies eine „große Reform: Viel weniger Menschen im Wartezimmer und dafür eine viel intensivere Versorgung in den Praxen.“ Und: Ähnlich wie bei den Krankenhäusern geplant soll es auch eine Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen geben, die „maßgeblich“ die Versorgung aufrechterhalten. Dazu müssen sie bestimmte Kriterien erfüllen.

Kostenlos ist dies alles allerdings nicht zu haben. Einen dreistelligen Millionenbetrag jährlich würden die Kassen aufbringen müssen, erwartet Lauterbach. Und natürlich weckt eine solche Reform Begehrlichkeiten bei anderen Ärztegruppen. So sah der Vorsitzende des Hartmannbundes, Klaus Reinhardt, – selbst Hausarzt und Präsident der Bundesärztekammer – „gute Ansätze“ und „zielführende und perspektivisch ausbaubare Maßnahmen“. Aber: „Im fachärztlichen Bereich greift das Paket deutlich zu kurz! Vergleichbare Maßnahmen wie im hausärztlichen Bereich müssen zwingend auch hier implementiert werden. Sie sind kurzfristig mit den Verbänden abzustimmen“, forderte er via Presseerklärung für seine Kolleginnen und Kollegen.

Dirk Heinrich, Chef des Virchowbundes, in dem viele Fachärzte engagiert sind, warf Lauterbach gar eine Spaltung der Ärzteschaft vor. Er fördere „einseitig die hausärztliche Versorgung“ und ignoriere die Fachärzte. Der Virchowbund sei mit dem Ergebnis des Gesprächs zwischen Lauterbach, Ärzteverbänden und Krankenkassen „völlig unzufrieden“, und Heinrich kündigte weitere Protestaktionen an. „Wir beobachten, dass die Wut an der Basis weiter steigt. Daher ist für uns klar, dass

die Proteste weitergehen müssen, wenn nicht die gesamte ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte in den Blick genommen wird.“ Der Ärztelobbyist forderte den Einstieg in die vollständige Entbudgetierung: „Alle Leistungen, die auf eine Überweisung hin erfolgen, sollen vollständig von Budgets befreit werden.“ Hinter den Ankündigungen des Ministers vermutet er einen Masterplan: „Es liegt seit heute auf der Hand, dass der Minister die Fachärzte auf mittlere Sicht in den Krankenhäusern statt in deren Praxen sieht. Eine fachärztliche Grundversorgung wird es dann im bisherigen Umfang nicht mehr geben. Damit wird Lauterbach zum Vater der Wartelistenmedizin und des Endes der freien Arztwahl in Deutschland“, prognostizierte der Virchowbund-Vorsitzende.

Überhörte Einwände

FDP-Politiker stellten sich – wohl in alter Verbundenheit – hinter die Forderungen der Fachärzte. Der gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion im Bundestag, Andrew Ullmann, selbst Arzt und Medizinprofessor, erklärte wie der Virchowbund, die FDP werde „vor allem darauf achten, dass keine Systemspaltung zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten stattfindet“. Und er fügte hinzu: „Unser Ziel muss nach wie vor sein, dass jede ärztliche Leistung fair honoriert wird. Das muss ausdrücklich auch im fachärztlichen Bereich gelten.“ In den Koalitionsvertrag der Ampel fand diese Forderung allerdings keinen Eingang.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) rief die Ärzteschaft nach dem Treffen hingegen auf, „wieder zum konstruktiven Dialog“ zurückzukehren und nicht ihren Protest auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten auszutragen. Vorständin Stefanie Stoff-Ahnis verwies darauf, dass die finanzielle Situation der niedergelassenen Ärzteschaft gut sei und die Honorare in diesem Jahr insgesamt um rund zwei Milliarden Euro stiegen. „In Zeiten, in denen alle Menschen unter höheren Energiepreisen und der Inflation leiden, ist es nicht angemessen, dass die Honorare zulasten der Beitragszahlenden noch weiter steigen.“ Ein Appell zur Einsicht, der die Gemüter kaum beruhigen konnte.

Umstrittene Krankenhausreform

Hitzig geht es auch bei der Krankenhausreform zu. Die Debatte hob erneut heftig

an, als der Referentenentwurf für das Gesetz bekannt wurde. Die Reform soll die Krankenhauslandschaft in Deutschland (neu) ordnen und auch wirtschaftlichen Druck von den Kliniken nehmen. Und sie leitet auch den Abschied von den ungeliebten Fallpauschalen ein. Die Häuser sollen künftig zu 60 Prozent allein dafür vergütet werden, dass sie medizinische Leistungen vorhalten. Um die Behandlungsqualität zu verbessern, werden 65 Leistungsgruppen definiert, die an bestimmte Kriterien gebunden sind, was Ausstattung und Personal angeht. Nur wenn diese Kriterien erfüllt werden, darf das Krankenhaus diese Leistung erbringen und ab-

„Stefanie Stoff-Ahnis (GKV) verwies darauf, dass die finanzielle Situation der niedergelassenen Ärzteschaft gut sei und Honorare in diesem Jahr insgesamt um rund zwei Milliarden Euro stiegen.

„In Zeiten, in denen alle Menschen unter höheren Energiepreisen und der Inflation leiden, ist es nicht angemessen, dass die Honorare zulasten der Beitragszahlenden noch weiter steigen.“

rechnen. Zudem sollen bestimmte Bereiche gestärkt werden: Der Referentenentwurf sieht für Kindermedizin-Stationen 288 Millionen Euro zusätzlich, für Geburtshilfestationen 120 Millionen Euro, für Schlaganfallstationen 35 Millionen Euro und für Intensivstationen 30 Millionen Euro zusätzlich vor.

Ein Transformationsfonds mit 50 Milliarden Euro – die jeweils zur Hälfte von

Krankenkassen und Ländern getragen werden sollen – soll den Umbau bis 2035 finanzieren. Lauterbach erwartet aber im Gegenzug Einsparungen, die sich bis 2035 auf 55 Milliarden Euro summieren sollen.

Scharfe Kritik

Egal ob Kliniklobbyisten, Kassenchefs oder Patientenschützer – die Kritik kam prompt von allen Seiten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist im Daueralarm-Modus. Ihr Präsident Gerald Gaß nannte den Referentenentwurf „eine einzige Enttäuschung“, wenn man ihn an Lauterbachs Zusagen für eine Entökonomisierung, Entbürokratisierung und einer Existenzsicherung für kleine Kliniken messe. Dem Minister gehe es in erster Linie um die „Zentralisierung der Krankenhausversorgung“. Das sei nicht nur ein Affront gegenüber den für die Klinikplanung zuständigen Bundesländern, sondern auch eine „Absage an das Ziel gleichwertiger Lebensbedingungen in Stadt und Land“. Die Versorgung werde sich in größeren Krankenhäusern und verdichteten Regionen konzentrieren. Auch werde der „kalte Strukturwandel“ – die von dem Verband beklagte Veränderung der Kliniklandschaft durch Insolvenzen – nicht gestoppt.

Schon seit längerer Zeit fordern die Klinikbetreiber mehr Geld. Ihren Häusern fehlten insgesamt inflationsbedingt monatlich 500 Millionen Euro, sagen sie. „Die Krankenhäuser zehren ihre Reserven auf und verschulden sich, um die Patientenversorgung sicherzustellen“, erklärt Gaß. Mit ihrer Aktion „Alarmstufe Rot: Krankenhäuser in Not“ sammelt der Lobbyverband Unterschriften für ihre Forderung nach einem Inflationsausgleich mit durchaus populistischem Einschlag: „Jetzt brauchen wir Ihre Stimme, damit die Politik aufwacht und uns unterstützt“, heißt es dort.

Die drastische Kampagne sorgte auch für Verstimmung zwischen dem Verband und dem Minister. Der postete auf X (vormals Twitter) noch unveröffentlichte Kampagnen-Plakate der DKG, auf denen neben drastischen Fotos zu lesen war: „Wenn Lauterbach so weitermacht, gibt’s hier bald keinen Nachwuchs mehr.“ oder „Wenn Lauterbach so weitermacht, wird es knapp für die Patienten in der Notaufnahme.“ Der SPD-Politiker schrieb dazu, mit dieser „persönlichen unseriösen Hetzkampagne“ wolle die DKG die Patienten verunsichern und argumentiere „nicht diffe-

renzierter als die AfD“. Ein Aufschrei der Empörung unter den Kliniklobbyisten war die Folge. „Diese Entgleisung ist der Tiefpunkt in Ihrer andauernden Diffamierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ihrer hochrangigen Vertreter“, hieß es in einem offenen Brief aller Landeskrankenhausesellschaften. Mit der „Gleichsetzung der Argumentation der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit der einer in Teilen vom Verfassungsschutz als gesichert rechtsextrem eingestuften Partei“ versuche er, „Kritiker bei der Krankenhausreform mundtot zu machen und zu diskreditieren“.

Keine Begeisterung bei den Kassen

Kritik an dem Referentenentwurf kam aber auch von denen, die das Maßnahmenbündel über die Beitragsmittel bezahlen sollen: den Krankenkassen. Stefanie Stoff-Ahnis vom Vorstand des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht in den Plänen eine „verpasste Chance“. Die Leistungsgruppen seien zu grob gefasst und die versprochenen hohen Einsparpotentiale blieben „wolkig“. Zudem sollten – Stichwort Bürokratieabbau – die Möglichkeit der Kassen, Krankenhausabrechnungen zu prüfen, „erneut geschwächt werden“. Das sei bei jährlichen Ausgaben von mehr als 90 Milliarden Euro für stationäre Behandlungen „geradezu absurd“. Die GKV befürchtet einen „Geldregen für veraltete Strukturen“. Der Transformationsfonds werde zu Beitragserhöhungen für die Versicherten führen.

Auch die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände erwartet dies und protestiert. Der Bund solle den Fonds stattdessen mit Steuermitteln ausstatten. Und schließlich äußerten auch Patientenvertreter Vorbehalte. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz beklagte, die Reform sei offenbar „am Reißbrett und mit dem Rechenschieber“ entstanden. „Es fehlt der Blick in die Praxis und auf den Patienten“, erklärte der Vorsitzende Eugen Brysch.

Nichts als fromme Wünsche

Ein wenig Lob für den Entwurf gab es dann doch noch. Die Universitätskliniken – die die DKG durch die Reform bevorzugt sieht – äußerten Zustimmung zu den Plänen. „Angesichts der alternden Bevölkerung und des Fachkräftemangels muss mehr Effizienz ins System bei besserer Qualität der Versorgung für Patientinnen

und Patienten. Mit dem Entwurf sind Strukturveränderungen und der Weg hin zu einer auch in Zukunft funktionierenden Gesundheitsversorgung beschrieben“, erklärte Jens Scholz, der Vorsitzende des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands. Nun brauche es „den Mut aller Beteiligten, sich zu verändern“. Und: „Keineswegs darf der wichtige Reformprozess infrage gestellt werden.“ Das allerdings dürfte nicht mehr als ein frommer Wunsch bleiben.

So kommt aus den Ländern Widerspruch. Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach (CSU) sieht die Bundesländer übergangen. Lauterbach habe zugesagt, zunächst ihnen die Pläne vorzulegen. Nun kommuniziere er sie über die Medien. Ein „Affront“ sei dies und „stilllos“. Das eigentliche sogenannte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll nach Vorstellung des Bundesgesundheitsministeriums im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig sein. Die Länder sollen aber bei einer späteren Rechtsverordnung, die die Leistungsgruppen und die Qualitätskriterien festlegt, mitbestimmen.

Eines hat Lauterbach schon geschafft: Das sogenannte Krankenhaus-Transparenzgesetz – ein erster Teil der großen Reform – ist trotz anfänglich lauten Protests durch den Bundesrat gegangen. Allerdings mithilfe finanzieller Zugeständnisse. Demnach sollen sich ab Mai Patientinnen und Patienten im Internet über die Qualität der Krankenhäuser informieren können. Auf einem Online-Portal sollen dann die medizinischen Stärken und Schwächen der etwa 1700 deutschen Klinik abrufbar sein, die Ausstattung mit Ärzten und Pflegekräften sowie die Komplikationsraten bei Operationen. Mit dem Gesetz verbunden sind finanzielle Hilfen des Bundes in Höhe von sechs Milliarden Euro in diesem Jahr für die Krankenhäuser. Die Kliniklobby DKG hatte zuvor an die Länder appelliert, ihre Zustimmung zu verweigern und sich „die Hoheit über die Krankenhausplanung nicht von Minister Lauterbach aus der Hand nehmen zu lassen“. Der Aufruf blieb wirkungslos. ■

Wolfgang Wagner

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

Foto: istockphoto.com/filadendron



Schwerpunkt

Kinder und Familie

In unserem Schwerpunkt versammeln wir Texte, die sich mit dem familiären Leben mit Kindern befassen und stellen uns diesbezüglich vielfältige Fragen:

Welche Auswirkungen hat die Diagnose einer kindlichen Behinderung für ein Geschwisterkind? Weshalb wachsen Jungen anders heran als Mädchen? Wie können Familienhebammen im Alltag einer jungen Familie helfen? Welche Hilfsangebote gibt es für Eltern von transgeschlechtlichen Kindern? Wie erklärt man Kindern eine Krebserkrankung?

Wie kann man Kindern, die Angst und Furcht verspüren, Geborgenheit vermitteln? Wie lässt sich ein Kinderwunsch trotz der Diagnose einer psychischen Erkrankung verwirklichen? Und wie lernt man als junge Eltern die Essgewohnheiten seines Kindes kennen?

Ein besonderer Text befasst sich zudem mit dem mehr als zwei Jahre währenden Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine, vor dem wir nicht die Augen verschließen wollen: In den russisch besetzten Gebieten werden systematisch Kinder aus Familien und Heimen entführt, nach Russland verschleppt und dort zur Adoption angeboten.





„Ganz schön schwierig – das mit der Angst.“ Foto: istockphoto.com/fotografixx

Wenn sich Kinder fürchten

Warum es für Eltern wichtig ist, den Unterschied zwischen Furcht und Angst zu verstehen

Stefan Hetterich

Bisweilen geraten Kinder in Situationen, die sie verunsichern, in ihnen beklemmende Gefühle auslösen und ihnen Sorgen bereiten. Eltern setzen in der Regel alles daran, ihre Kinder vor und bei solchen Gelegenheiten zu schützen. Unser Autor erläutert, was der Unterschied zwischen kindlicher Angst und kindlicher Furcht ist und welche Möglichkeiten Eltern jeweils haben, ihre Kinder im Umgang mit diesen Emotionen zu unterstützen.

Dieses Gefühl kannte die achtjährige Sophie* allzu gut: Das Herz klopfte ihr bis zum Hals, die Hände waren klatschnass. Die Knie fühlten sich an wie Wackelpudding. Aber dieses Mal war es anders. Ernster irgendwie. Stärker als sonst. An der früheren Schule war es auch schon dagewesen. Ihre Eltern hatten ihr immer gesagt: „Du brauchst

nicht so viel Angst zu haben.“ Eine Therapeutin hatte mit ihr geübt, sich ihrer Angst zu stellen und sie hatte gelernt, mit ihr umzugehen.

Das war vor dem Umzug gewesen. Die Therapeutin meinte, Sophie hätte eine Trennungsangst. Jeden Morgen, bevor sie in die Schule ging, hatte sie diese Angst gehabt. Warum, wusste sie auch nicht so recht. Zuhause bei Mama fühlte sich einfach sicherer an.

Jetzt war sie an einer neuen Schule und dieses Gefühl war zurückgekehrt. Sophie sagte zu sich selbst: „Ich muss keine Angst haben.“ Aber sie hatte Angst. Und wie. Diesmal aber nicht, weil sie weg von zuhause war. Sondern weil es da diese großen Kinder gab. Vor denen hatte sie Angst. Jeden Tag warteten sie schon. Auf Sophie. „Na Kleine, hast du auch brav dein Taschengeld mitgebracht? Du weißt ja, was sonst passiert.“

Da stand sie nun vor dem Tor zum Pausenhof. „Sei stark, Sophie. Stell dich deiner Angst. Das haben dir alle immer gesagt. Das schaffst du schon“, sagte Sophie zu sich selbst und ging los.

Sich der Angst stellen

Ganz schön schwierig – das mit der Angst. Angenommen, Sie wären die Eltern von Sophie: Was hätten Sie gedacht? „Oh nein, nicht schon wieder, jetzt fängt das Kind auch an der neuen Schule mit dieser Angst an.“ Das dachten jedenfalls Sophies Eltern – und das ist völlig nachvollziehbar, denn sie wussten nichts von der Mobbing-Situation, in der sich Sophie befand. Sie traute sich nicht, ihren Eltern davon zu erzählen, um diesen nicht schon wieder Sorgen zu machen.

Der Weg aus der Angst führt durch die Angst. Das ist das Motto, das bei Angstproblemen weiterhilft. In vielen Therapien wird die Angst in kleine Portionen und Teilziele aufgeteilt, sodass die Kinder und Jugendlichen schrittweise lernen, wie sie mit der Angst umgehen können und wie diese auch wieder kleiner wird.

Aber das wäre an dieser Stelle für unsere Sophie fatal. Früher, an ihrer vorherigen Schule, hatte Sophie Angst. Da hat dieses Vorgehen geholfen. Aber jetzt hatte sie etwas anderes: Sie hatte Furcht.

Ein wichtiger Unterschied

Furcht ist die Folge einer realen Gefahr, während Angst die übersteigerte Reaktion auf etwas potenziell Bedrohliches ist. Beide warnen uns also vor Gefahren. Bei der Furcht ist diese Gefahr jedoch sehr konkret und real vorhanden – wie bei Sophie, die an der neuen Schule Mobbing erlebte. Die körperlichen Symptome wie Herzklopfen, Zittern oder Schwitzen sind in beiden Situationen identisch – weshalb beide Empfindungen für betroffene Kinder schwer zu differenzieren sind.

Dafür brauchen sie Erwachsene, die ihnen helfen, mit den Angstsymptomen umzugehen.

Vielen Eltern geht es am Anfang einer Angstentwicklung so, dass sie nicht genau wissen, ob es sich um eine übersteigerte Reaktion oder um die Warnung vor einer Gefahrensituation handelt. Im Zweifel schwanken sie dann leicht zwischen einem gut gemeinten Behüten und Beschützen vor vermeintlichen Gefahren auf der einen Seite und einem strengen Einfordern, sich der Angstsituation zu stellen, auf der an-

deren Seite – ganz nach dem Motto: „Hab dich nicht so, du musst doch da keine Angst haben.“

Beide wohlmeinenden Reaktionen helfen oft nicht weiter, da Eltern ihrem Kind nur schwer die nötige Klarheit vermitteln können, solange sie selbst unsicher sind, ob es sich um Angst oder Furcht handelt. „Na gut, dann bleibst du heute von der Schule mal zuhause!“, ist dann eine logische Reaktion auf den inneren Gedanken, dass an der Angst vielleicht was dran sein könnte. So lange Sie als Eltern eventuell denken, dass die Angst schon einen Grund haben wird, werden Sie bei Ihrem Kind nie konsequent und klar einfordern, dass es sich der Angst stellen soll. Aber genau diese Haltung wäre im Umgang mit Angst als Kopfkino wichtig. Denn dann braucht das Kind die Unterstützung, nach dem Motto: „Wir wissen, dass du dich vor nichts fürchten musst, und wir trauen dir zu, dass du es schaffst, mit der Situation umzugehen.“

Diese Haltung kann nur entstehen, wenn sich Eltern selbst darüber im Klaren sind, dass es keine reale Ursache dieser Angst gibt.

Wenn es jedoch eine reale Gefahr als Auslöser der Angst gibt, dann sprechen wir von Furcht. Diese wiederum erfordert ein völlig anderes Vorgehen. Denn Furcht warnt vor realen Gefahren. Die Symptome von Sophie weisen darauf hin, dass es etwas gibt, wovor sie Schutz braucht. Mehrere, womöglich ältere Kinder, die sich gegen sie zusammenschließen und sie bedrohen – das ist eine reale Gefahr. Hier geht es also keineswegs darum, sich der Angst zu stellen, sondern diese ernst zu nehmen und nach Wegen zu suchen, wie das Mobbing beendet werden kann.

Sophies Furcht könnte nachlassen, wenn sie sich sicher fühlte und wüsste, dass die Schule ein geschützter Ort ist. Hierbei ist die Unterstützung von Erwachsenen entscheidend. Die Überwindung von Furcht erfordert eine Auseinandersetzung mit der konkreten, mit der realen Situation, die diese Furcht hervorruft.

Angst dagegen erfordert, dass wir uns mit der übermäßigen Reaktion auf eine an sich harmlose Situation auseinandersetzen. Eine Diskussion mit dem Kind darüber, wie unwahrscheinlich die angst-einflößende Situation ist, ist nicht zielführend, da eine gewisse Restwahrscheinlichkeit bestehen bleibt. In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, sich darauf

Die Sprachlosigkeit bei Konflikten und Ängsten überwinden




Streit im familiären Umfeld führt oft zu sozialem Rückzug. Das Zuhause ist nicht mehr der sichere Ort, der es sein sollte. Oft fehlt es gerade den Kindern an Strategien, wie sie Probleme ansprechen sollen und ebenso mangelt es den Eltern in schwierigen Situationen an der nötigen Ansprechbarkeit.

Ella hat die Taschen voller Steine und an jedem neuen Tag kommen mehr Kieselsteine dazu. Ein Stein für jedes böse Wort, das ihre Eltern zueinander sagen. Ein Stein für die Tränen, die zuhause fließen. Ein Stein für ihre Angst vor der Trennung der Eltern. Am Ende hat sie so viele Steine auf dem Herzen und in den Taschen, dass sie sich kaum noch bewegen kann. Wie kann sie eine Lösung für all ihre Sorgen und Nöte finden?

Heikle Themen wie Streit, häusliche Gewalt (zwischen den Eltern) und Trennung werden aus Sicht des Kindes dargestellt. Dabei bleibt die Geschichte sensibel und zart mit einer fröhlichen und hoffnungsvollen Wendung zum Schluss. Mit dem zusätzlichen Downloadmaterial werden den Kindern Strategien an die Hand gegeben, mit diesen Sorgen und Nöten umzugehen und die Sprachlosigkeit aufzubrechen.

ab 5 Jahre, 36 Seiten + Downloadmaterial, 22,00 €
ISBN 978-3-86739-332-4

BALANCE
buch + medien verlag 

www.balance-verlag.de

zu konzentrieren, was dem Kind helfen kann, die Angst zu bewältigen und sie zu regulieren.

Was können Sie tun, wenn Ihr Kind unter Angstsymptomen leidet?

Machen Sie sich in einem ersten Schritt klar, ob es sich um Angst oder um Furcht handelt. Wenn Sie feststellen, dass das, wovon das Kind Angst hat, etwas sehr Unwahrscheinliches ist, ist es wichtig, dass Sie die Angst zum Thema machen und Ihr Kind dabei unterstützen, sich schrittweise der Angst zu stellen.

Sind die Angstsymptome jedoch Folge einer real bedrohlichen Situation, dann gilt es, sich mit dieser Situation auseinanderzusetzen und zu prüfen, ob sich an der Situation etwas ändern lässt, wie beispielsweise an der Mobbingsituation von Sophie.

„Jeder Mensch bewältigt herausfordernde Situationen unterschiedlich. Dies kann für Sie und Ihr Kind von unschätzbarem Wert sein.“

Was aber, wenn sich die Situation, vor der sich das Kind fürchtet, nicht verändern lässt? Ein Beispiel wäre die Angst vor einer notwendigen Operation, die aus medizinischen Gründen unumgänglich ist. Oder denken wir an den Beginn der Corona-Zeit, als die Bedrohung real und unausweichlich war. In solchen Fällen, in denen sich das Kind vor einer tatsächlichen Bedrohung fürchtet, die nicht abgewendet werden kann, was können Eltern dann tun?

Das Wichtigste ist, dass Sie als Eltern für Ihr Kind da sind und sich gemeinsam mit der furchtauslösenden Situation beschäftigen. Wenn Ihr Kind sich nicht allein fühlt und in seinen Befürchtungen verstanden erlebt, kann es bereits wesentlich leichter mit ihnen umgehen. Zeigen Sie Verständnis für die Sorgen Ihres Kindes und ermöglichen Sie ihm, offen über

sie zu sprechen. Eine empathische Kommunikation kann dem Kind das Gefühl geben, gehört und unterstützt zu werden. Erklären Sie ihrem Kind altersgerecht und verständlich Fakten über die furchteinflößende Situation. Es gilt grundsätzlich: Je mehr wir wissen, desto besser können Unsicherheiten minimiert werden, und es kann ein subjektives Gefühl von Kontrolle entstehen.

Das ist der Grund, warum sich viele Menschen zu Beginn von Ereignissen wie der Verbreitung des Coronavirus intensiv mit zugehörigen Nachrichten oder auch wissenschaftlichen Berichten über sie beschäftigten. Deshalb gilt dies auch bei Ihrem Kind: Solange es Fragen hat, hat es das Recht auf altersgerechte Informationen. Ihr Kind wird signalisieren, wann es genug weiß und gerade nicht mehr wissen will. Respektieren Sie dann auch diese Grenze.

Überlegen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind, was ihm helfen könnte, mit seiner Furcht umzugehen, wenn sich der Furchtauslöser nicht verändern lässt. Nehmen wir als Beispiel die anstehende Operation: Welches Kuscheltier ist das Wichtigste in dieser Situation? Wie wird das Ganze ablaufen? Wer ist da, wenn das Kind in den Operationssaal gefahren wird? Wer wird da sein, wenn es aus der Narkose aufwacht? Will es danach Besuch von Freunden bekommen oder will es seine Ruhe haben? Je mehr sich das Kind bereits im Vorfeld mit dem ganzen Vorgehen beschäftigt und einigermaßen weiß, wie es ablaufen wird, umso mehr wird es ein Gefühl von Kontrolle entwickeln. Ein subjektives Kontrollgefühl wiederum reduziert die Angst.

Genaueres Hinschauen und flexible Lösungsansätze

Für einen kompetenten Umgang mit Furcht spielen drei entscheidende Faktoren eine wichtige Rolle. Neben den bereits genannten Elementen Information und Kommunikation ist auch ein unterstützendes Netzwerk von Bedeutung. Jeder Mensch bewältigt herausfordernde Situationen unterschiedlich, und dies kann für Sie und Ihr Kind von unschätzbarem Wert sein. Wenn Sie selbst bemerken, dass es Ihnen gerade schwerfällt, Ihrem Kind die nötige Sicherheit zu vermitteln, ist das völlig in Ordnung. Wichtig ist nun, sich dies selbst zugestehen zu können. In solchen Momenten kann es hilfreich sein, dass Ihr Part-

ner oder Ihre Partnerin Hauptansprechperson für das furchtauslösende Thema wird. Möglicherweise ist er oder sie in der aktuellen Situation stabiler und kann mehr Sicherheit vermitteln – und das ist es, was Ihr Kind gerade braucht.

Manchmal gehören auch Personen außerhalb der Familie zu diesem unterstützenden Netzwerk.

Bei Sophie war es ihre Lehrerin, die ein Schritt, nachdem Sophie es endlich geschafft hatte, mit ihren Eltern über die Bedrohungssituation auf dem Schulhof zu sprechen. Die Lehrerin setzte dem Mobbing ein Ende. Zusätzlich wurde die Schulpsychologin hinzugezogen, damit Sophie Schutz und Sicherheit an ihrer neuen Schule erleben konnte.

Die Veränderung bei Sophie wurde erst möglich, als ihre Eltern erkannten, dass auch bei der neuen Angstsituation ihrer Tochter ein genaues Hinschauen erforderlich war. Der erste Schritt für einen unterstützenden Umgang mit Kinderängsten besteht darin, zwischen Angst und Furcht zu unterscheiden. Diese Unterscheidung erleichtert es erheblich, von Anfang an für das eigene Kind da zu sein und eine hilfreiche und unterstützende Haltung zu haben.

Eine bewusste Herangehensweise und ein tieferes Verständnis für die Herausforderungen der kindlichen Psyche sind der Schlüssel zur Veränderung. ■

* Name geändert

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Zuhause ist für mich kein Ort, sondern Zuhause ist da, wo ich mich mit Menschen umgebe, die ich mag und die mich mögen. Mein Zuhause ist meine Familie und meine Freunde.“

Stefan Hetterich

ist tiefenpsychologischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis. Sein Schwerpunkt liegt auf der Behandlung von Ängsten und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Auf www.therapie2-go.com unterstützt er Eltern dabei, einen hilfreichen Umgang mit den psychischen Krisen ihrer Kinder zu finden. | info@stefanhetterich.de



Foto: Paul Mazurek

Schattenkinder



Geschwister von behinderten Kindern entwickeln oft ein starkes Verantwortungsbewusstsein. Foto: istockphoto.com/SolStock

Wie Geschwister von Kindern mit Behinderung ihre Bedürfnisse artikulieren können

Christiane Jendrich

Geschwister von Kindern mit Behinderung stehen oft im Schatten ihrer Brüder und Schwestern. Auf ihnen lastet viel Druck. Sehr früh müssen sie sich an herausfordernde Umstände anpassen, weshalb es ihnen oft auch später schwerer fällt, ihr eigenes Befinden zu erkunden und ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Von außen betrachtet hatte Charlotte* ein gutes Leben. Wohlsituierte Eltern mit einem großzügigen Eigenheim in der Nähe von München, liebevolle Großeltern, frühe Förderungen im Bereich der Musik und Bewegung. Charlotte wünschte sich ein Geschwisterchen, die Eltern wollten auf jeden Fall ein zweites Kind und fünf Jahre nach Charlottes Geburt kam Philipp zur Welt.

Im Rückblick sagte Charlotte, dass mit dieser Geburt ihre glückliche und unbeschwernte Kindheit endete. Diese Aussage war ihr erst im jungen Erwachsenenalter möglich. Ihre kindliche Welt änderte sich zwar schlagartig und nachhaltig, aber

da der Alltag eben immer da war und auch nicht in diesem Alter reflektiert wurde, passte sie sich – wie auch ihre Eltern – den Umständen an. „Wir lebten dann halt so.“

Eine familiäre Hiobsbotschaft

Philipp kam mit einem Fragilen-X-Syndrom (verzögerte Entwicklung, verminderte Intelligenz, Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten) zur Welt. Sehr früh war klar, dass er geistig zurückbleiben würde, körperlich eingeschränkt bliebe und niemals ein selbstbestimmtes eigenständiges Leben führen könnte.

Für die Eltern eine Hiobsbotschaft; keiner der üblichen Entwicklungszyklen würde greifen: Philipp würde älter werden, pubertär, vom Alter her adolescent, dann erwachsen und immer abhängig von ihnen bleiben. Das verantwortliche Elternsein würde nie aufhören.

* Name geändert.

Philipp bekam frühzeitig jedwede mögliche Förderung, von der sich die Eltern Erleichterung versprochen (Sprech- und Sprachtraining, Ergotherapie, Krankengymnastik). Der Alltag der Familie veränderte sich. Die hochbelasteten Eltern konzentrierten sich auf die Therapie für Philipp und hatten nur noch wenig Ressourcen für „Philipps große Schwester“. Für Charlotte begann eine neue Zeit.

Was ist anders als in anderen Familien?

Eine so frühe Erfahrung von familiärem Leid, für das es nur so wenig „Heilungsmöglichkeiten“ gibt, hinterlässt Spuren. Die Eltern sind in Sorge, fühlen sich überfordert und reagieren mit Stress auf die neue Situation. Die Beziehung der Eltern zu den Geschwisterkindern verändert sich, es gibt neue organisatorische Abläufe, die sich erst etablieren müssen, es herrschen Unsicherheit und mangelnde Routine vor.

Und für alle gibt es unterschiedliche Entwicklungs Herausforderungen. Für die Eltern bedeutet es eine Neuorientierung ihres Lebens (die lebenslange Verantwortung für das Kind), für die Geschwister werden Anpassungsleistungen notwendig, die abhängig von der Geschwisterfolge sind.

Überforderte, hilflose und gestresste Eltern zu erleben, verunsichert Kinder in bestimmten Altersstufen in hohem Maße, und in der Regel suchen sie sich dann Strategien aus, von denen sie sich Linderung versprechen. Diese „kindlichen Eigenaufträge“ („Ich muss etwas tun/unterlassen, damit meine Eltern wieder werden wie früher!“) werden in der Regel nicht kommuniziert, können von daher auch kein elterliches Korrektiv bekommen.

Charlotte entwickelte schnell ein hohes Verantwortungsbewusstsein für ihre Familie: die Eltern zu trösten, Philipp immer wieder zu beruhigen, im Haushalt zu helfen und je nach Situation immer munter oder unsichtbar zu sein. Wenn es nicht so gut lief, suchte sie die Gründe bei sich selbst und versuchte herauszufinden, woran es gelegen haben könnte.

Die Familie war nicht an eine sozialpädagogische Familienhilfe angebunden, sondern wollte selbst mit ihren Problemen fertig werden. Dazu mussten dann eben alle auch „zusammenhalten“. Damit trifft Bedürftigkeit auf Bedürftigkeit.

Frühe Lehren

Jedes Familiensystem ist auf „Überleben“ ausgerichtet. Es entwickelt sich eine fra-

gile Balance, wo Verzicht, Überforderung, Stress, Bedürftigkeit einander die Hand reichen. Welchen Platz können dann noch Befriedigung eigener Bedürfnisse, Unbeschwertheit, Spiel- und Lebensfreude, Vertrauen in die Zukunft, eigene Entwicklung (sich auszuprobieren) bekommen, wenn das mit der „Familienverantwortung“ kollidiert?

„Gesunde“ Geschwisterkinder entwickeln meist frühe Lehren:

– Ich darf meinen Eltern keine Sorgen machen.

– Ich muss meine Eltern unterstützen, sonst bricht unsere Familie auseinander und ich weiß nicht, wohin.

– Ich muss sehr gut aufpassen, was ich wann bei wem tue oder sage.

– Ich muss so tun, als wäre alles ok.

– Ich muss meine Bedürfnisse zurückdrängen und sie für mich behalten.

– Ich bin gesund, also muss ich zurückstecken. Und das muss ich gerne tun.

Dabei sind es oft gar keine ausgesprochenen Sätze, sondern Glaubenssätze, die mangels einer Meta-Kommunikation („Wir reden jetzt darüber, was Philipps Krankheit mit uns als Familie und mit den einzelnen Familienmitgliedern macht und wie wir am besten alle damit umgehen können.“) nicht korrigiert werden und damit immer mehr Gültigkeit bekommen.

Hier beginnt oft eine Entfremdung von der eigenen Persönlichkeit. Wer bin ich als Geschwisterkind denn noch, wenn ich so vieles beachten und immer auf der Hut sein muss, keine vermeintlichen „Störungen“ einbringen darf, nicht viel ausprobieren darf, von dem der Ausgang nicht absehbar ist? Wer bin ich denn als Person und unabhängig von meiner „Funktion“? Wo kann ich meine Sicherheit im eigenen Selbstverständnis entwickeln?

Was bedeutet das für die Geschwisterbeziehung?

Wir entwickeln uns ja immer in einer Sozialisation, in einem Kontext. Und so spielt es immer auch eine Rolle, an wievielter Stelle ich in dieses Familiensystem hineingeboren wurde. Bin ich „Thronfolger“ oder Zweite? Welche Rollen sind schon besetzt und wo kann ich meine Nische finden, wenn ich drittes oder viertes Kind bin? Bin ich als Älteste „Vorbild“ für meine Geschwister? Dann kann es sein, dass sie mir nacheifern und mich je nach Altersunterschied einzuholen versuchen. Sind wir als Geschwister gleichen Geschlechts und

nicht weit auseinander, kommen wir vielleicht in Rivalitäten. Fast immer tarieren Geschwister Rivalität und Loyalität aus: der Kampf um die elterliche Aufmerksamkeit, der Zusammenhalt gegen die Eltern, das „Adlerauge“ bei der Verteilung (bekommt einer mehr?).

Das alles trifft bei einem Geschwisterkind mit lebens einschränkender Behinderung nur sehr bedingt zu.

Die älteren Kinder stehen früh in der Rücksichtnahme, dürfen ihr „Weitersein“ nicht ausspielen; die natürliche Überlegenheit zu zeigen ist nicht angebracht. Eher soll liebe- und verständnisvolle Zuwendung erfolgen. Damit werden konstruktive Streitkulturen behindert: wer schon am Boden liegt, darf nicht bedrängt werden.

Die jüngeren „gesunden“ Geschwister holen auf bzw. überholen. Das ist dann aber kein „Triumph“, der gefeiert werden könnte, sondern eine „Naturgegebenheit“. Und in dieser Überholung liegt dann auch schon die Verkehrung der Rollen: die Jüngere mutiert zur Älteren.

In beiden Fällen ist dann schon der Grundstein für eine mit den Eltern geteilte Verantwortung gelegt: Wer ist eigentlich verantwortlich und wie lange? Gibt es für das Kind ohne sichtbare Behinderungen eine Verantwortungsübergabe der Eltern im Falle ihres Todes? Also ein „Erbe“ im Hinblick auf die möglicherweise lebenslange Fürsorge für das Geschwister? Wieviel Verantwortung ist denn angemessen? Und, unabhängig von der Frage der angemessenen Verantwortung, wieviel Verantwortung ist für die nächste Generation tragbar? Wie werden mögliche Forderungen kommuniziert und gerechtfertigt? Das wirft viele ethische Fragen auf und lenkt den Blick auf die Wertevermittlung in den jeweiligen Familien. Um es vorwegzunehmen: eine zumindest empfundene subtile Verantwortungsübergabe ist bei den meisten Fällen zu sehen. Manchmal wird diese aber auch sehr klar formuliert: „Es ist deine Aufgabe, dich um dein Geschwister zu kümmern, wenn wir einmal nicht mehr sind.“ (Verbunden mit dem Hilflosigkeit auslösenden Gedanken: „Sonst ist doch keiner mehr da!“)

Das ist dann oft verbunden mit dem Hinweis auf schon getroffene finanzielle Vorsorgen. Es ist ja meist die Hilflosigkeit der Eltern, deren Lebenszeit begrenzt, deren Verantwortungsgefühl aber über ihre Lebenszeit hinaus empfunden wird. Es geht um ihre seelische Entlastung in der

Fürsorge für ihr Kind und der finanziellen Entlastung für das andere Kind.

Aspekte einer familialen Funktionsfähigkeit

Gehen wir aber noch einmal zurück und betrachten Familiensysteme und ihre Dynamiken.

Was sollte denn in einem Familiensystem gewährleistet sein, damit sich jede:r einigermaßen „gesund“ entwickeln kann? Und was ist bei den „Schattenkindern“ auf der Strecke geblieben?

In der Theorie zu Familiendynamiken¹ gibt es mehrere Aspekte, die beachtet werden können. Dazu gehören u. a.

1. eine Werteordnung mit zuträglichen Werten, Normen und Regeln, die untereinander kompatibel sind und als gerecht angesehen werden,
2. eine ausgewogene Balance von Geben und Nehmen,
3. Wissen der Mitglieder übereinander: Bedürfnisse, Befinden und Erleben der Angehörigen sowie wichtige Vorkommnisse in der Familie,
4. eine sinnvolle und klare Rollen- und Aufgabenverteilung, die auf die internen Anforderungen zugeschnitten ist,
5. klare Grenzen nach außen und zwischen den Subsystemen (Generationsgrenzen!),
6. konstruktive Kommunikations-, Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, die einen lebendigen, sensiblen und kreativen Umgang ermöglichen,
7. konstruktive Beziehungen und verlässliche Bindungen,
8. funktionsfähige Subsysteme mit kompetenten Angehörigen und
9. zuträgliche Modellvorstellungen über familiale Kulturen (Lebensstile, Modelle, Rollenerwartungen, Leitmotive, Lebenskonzepte).

Geschwisterkinder von Kindern mit Behinderungen können meist sehr genau formulieren, wo etwas auf der Strecke geblieben ist, weil das Familiensystem es nicht hergab. Die Aufmerksamkeit und die Alltagsgestaltung in solch belasteten Familien richten sich ja meist nach dem schwächsten Glied im System und da werden Grenzen oft aufgeweicht, das Wissen untereinander ist geringer (da das System ja nicht zusätzlich belastet werden darf).

Diese frühen Lehren sind verinnerlicht und je selbstverständlicher der eigene Verzicht ist, desto später kommt er erst zur Reflexion: „Muss das wirklich alles so sein?“

Hypotheken und verborgene Geschenke

Es ist oft Abstand zum eigenen Werdegang nötig, um über Maximen, Leit- und Glaubenssätze aus dem Herkunftssystem nachzudenken und ihre vermeintliche Gewissheit in Frage stellen zu können. Bevor das passiert, wird meist ein hoher Leidensdruck erlebt: das Gefühl, irgendwie nicht richtig zu leben bzw. kein eigenes Leben zu führen. Im Rückblick sollen erlernte Verhaltensweisen nicht diffamiert werden, eher geht es um das Verstehen. „Ich bin so geworden, weil ...“ Dann können diese belastenden Verhaltensweisen Schritt für Schritt auf ihren jetzigen Sinn hin untersucht werden, Glaubenssätze modifiziert und neue Leitsätze formuliert werden. Dazu bedarf es großer Geduld: was wir in 20 Jahren verinnerlicht haben, können wir nicht in 20 Tagen verändern.

Und es gilt die in der Hypothek verborgenen Geschenke zu bewahren: Verantwortungsübernahme, Hilfsbereitschaft, Rücksichtnahme, Bescheidenheit und das Ganze im Blick haben zu können sind schöne und bewahrenswerte Tugenden. Es ist wie eigentlich immer – das Maß ist das Entscheidende. Und das kann man lernen. Charlotte hat sich vor zwei Jahren auf den Weg gemacht. ■

1 Kaiser, P. (2022): Systemische Mehrebenenanalyse der familialen Lebensqualität – Hinweise und Kriterien zur praktischen Arbeit mit Familien. In: Sulz, S.K.D./Heekerens, H.P.: Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendung kognitiv-behavioraler Familientherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 51–75.

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Wenn ich verbunden bin mit mir lieben Menschen, in einer Umgebung, wo ich sein kann wie ich bin und wenn ich im Einverständnis mit mir und anderen bin.“

Christiane Jendrich



ist Systemische Familientherapeutin, Systemische Kinder- und Jugendlichen-therapeutin und Lehrende Therapeutin am Kölner Institut für Beratung und Therapie (KIS).
Christiane.Jendrich@t-online.de

Caya[®]
Contoured diaphragm

Anatomisch geformte Einheitsgröße



Caya[®]
Table Display



Registrieren Sie sich als
Hebamme online im
Diaphragma-Finder unter
www.diaphragma.de



Medintim

„Es geht immer um Bindungsförderung!“



Familienhebammen sind immer an der Seite der Familie, wenn diese Hilfe nötig hat. Foto: istockphoto.com/Andrey Popov

Ein Gespräch mit Kathrin Schumacher

Kathrin Schumacher unterstützt als Familienhebamme werdende Eltern mit besonderem Unterstützungsbedarf. Als Vermittlerin Früher Hilfen kommt sie dabei mit ganz unterschiedlichen Familien in Kontakt. Wir haben mit ihr über das anspruchsvolle und vielseitige Tätigkeitsfeld gesprochen.

Liebe Frau Schumacher, worin genau besteht der Unterschied zwischen einer Familienhebamme und einer (Beleg-)Hebamme im Kreißsaal?

Kathrin Schumacher: Hebamme an sich ist ein Ausbildungsberuf gewesen und jetzt seit dem 1. Januar 2023 als Studium vorgeschrieben. Dort lernt man, Frauen vor, unter und nach einer Geburt medizinisch zu begleiten. Es ist SGB V § 24, der die Grundlage für unser Handeln bildet: „die Königin“ in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett zu versorgen und ganz an ihrer Seite zu sein. Wir haben zum Beispiel auch eine Remonstrationspflicht. Wenn also Ärzt:innen den entsprechenden Leitlinien nicht nachgehen und sie nicht erfüllen, sorgen wir selber dafür, die entsprechenden Oberärzt:innen zu rufen, um die medizinische Behandlung unter der Ge-

burt in Schwangerschaft und Wochenbett bestmöglich sicherzustellen und durchzuführen. Es ist ein eigenständiger Heilberuf.

Die Familienhebamme sattelt darauf eine meist einjährige Weiterqualifizierung auf. Vorgeschriebenerweise sind das mindestens 220 Unterrichtseinheiten. Dazu kommt ein Selbststudium, weil auch eine Prüfung abgelegt werden muss. Es wird eine schriftliche Facharbeit geschrieben, die bis zu 50 Stunden in Anspruch nimmt, sodass insgesamt mindestens 270 Stunden für die Weiterqualifizierung aufgewendet werden.

Was psychologisch ganz wichtig ist, was also in der Weiterqualifizierung passieren sollte, ist der Wandel von der reinen Versorgung von Mutter, Kind und dem Vater hin zum Gedanken, dass das Kind das schwächste Glied in dieser Kette ist. Dass ich mich also auf die Seite des Kindes stelle, wenn es nicht gut läuft, und dann im Kontakt mit den Eltern Hilfe anfordere – zum Teil auch gegen den Willen der Eltern. Das ist der größte Entwicklungsschritt, den die Teilnehmenden vollziehen müssen. Dass es also um Kinderschutz geht und es hilfreich ist, in ein Helfernetzwerk überzuleiten.

Und das macht die Familienhebammen und ihre Präsenz in der Wochenbettzeit auch so wichtig?

Das fängt ja in der Schwangerschaft schon an, wenn wir etwa schauen: Wie ist das, wenn die Frauen Alkohol trinken, wenn sie rauchen, wenn sie sich Kindeswohlgefährdend verhalten? Damit sie dann bereits darüber aufgeklärt werden, welche Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten sie bekommen können – auch Schuldner:innenberatung oder Beratung beim Jugendamt beispielsweise.

Es geht manchmal auch um Gewalt innerhalb der Beziehung oder auch von außerhalb des Familiensystems. Man muss sehen, ob die Frau in der Lage ist, das Kind zu schützen, sonst hat das Kind dort keinen guten Platz.

Versetzen wir uns mal in die Lage von jungen Eltern, die bspw. kurz vor dem Schulabschluss stehen und sich trotz der Situation für ihr Kind entschieden haben. Welche Unterstützungsmöglichkeiten bieten Familienhebammen in einer solchen Situation? Kann das ggf. auch Unterstützungen bei Amtsgängen umfassen? Die Situation ist ja gerade für jüngere Menschen oft überfordernd. Wie können Familienhebammen da helfen?

Die Familienhebamme hat einfach viel mehr Zeitressourcen als die über die Krankenkasse finanzierte originäre Hebammenkollegin, sodass sie eine detaillierte Auftragsklärung mit der Familie machen kann – mit den Eltern, manchmal auch mit den Großeltern, also dem Ressourcenumfeld der Familie. Dort, wo Familienangehörige mit einbezogen werden können, wo ein Netzwerk um die junge Familie und um das Baby herum gesponnen wird: Wer kann noch unterstützen? Wen gibt es da?

Wir nutzen dazu verschiedene Instrumente wie zum Beispiel Ressourcenkarten, um den Eltern bewusst zu machen, wen es in ihrer Umgebung gibt, den/die sie um Hilfe bitten können. Wen können sie für einzelne Aufträge einspannen und wo haben sie Unterstützungsansprüche bei Beratungsstellen oder in Eltern-Kind-Gruppen?

Dazu ist es auch möglich, Videografiearbeit zu nutzen: Wir filmen die Familie, meist erst, wenn das Baby da ist, um der Mutter/den Eltern gelingende Situationen aufzuzeigen, um ihnen zu zeigen: Hier gelingt etwas gut, und davon wollen wir mehr. Besonders hilfreich ist das bei Eltern, die verunsichert sind, die vielleicht

denken: „Mein Kind lehnt mich ab, es tritt mich, es schreit.“ Manchmal kommen in solchen Momenten auch frühere Gewalterfahrungen der Mutter zum Vorschein. Auf dem Wickeltisch ist es oft schmerzhaft, wenn Kinder gegen die Brust oder vielleicht sogar den mit Kaiserschnitt operierten Bauch treten. Eltern interpretieren das bisweilen als Ablehnung oder Gewaltbereitschaft auf Seiten des Kindes und können deshalb keine gute Bindung aufbauen.

Über allem, was die Familienhebamme tut, steht immer Bindungsförderung. Die wenigen Ausnahmen sind so etwas wie sexueller Missbrauch oder Gewalt gegen das Baby, wo man einfach sagen muss: Das Kind ist außerhalb dieser Herkunftsfamilie besser aufgehoben.

Wir sind auch nicht zuständig, wenn Kinder versterben. Wir können dann Kolleg:innen aus der Trauerbegleitung vermitteln, aber hier endet die Tätigkeit der Frühen Hilfen bzw. der Familienhebamme offiziell. Für einen Einsatz der Frühen Hilfen muss es mindestens ein Kind unter drei Jahren in der Familie geben.

Sie sprechen die Frühen Hilfen an: Wie interagieren die Familienhebammen in diesem Gefüge?

In der Regel sind Familienhebammen in ein interdisziplinäres Team eingebunden. Dieses ist meistens in die Frühen Hilfen integriert, aber nicht überall: Es gibt auch Anstellungsverhältnisse beim Gesundheitsamt oder Aufträge direkt vom Jugendamt. In diesem Fall ist das interdisziplinäre Team meistens nur pädagogisch besetzt, beim Gesundheitsamt meist ärztlich.

Es gibt auch Familienhebammen in Krankenhäusern. Das wird ganz unterschiedlich finanziert, ist letztendlich sogar krankenkassenfinanziert möglich. Meistens sind es aber Mischfinanzierungen: kommunal, vom Land und von den Fördervereinen – da gibt es ganz verschiedene Modelle.

Man kann also beispielsweise auch im Kreißsaal arbeiten und gleichzeitig als Familienhebamme. Wie etwa hier in Lübeck: hier arbeitet auch eine Familienhebamme im Geburtshaus. Das lässt sich allerdings nur schwer vereinbaren. Mit der freiberuflichen, aufsuchenden Tätigkeit im Wochenbett geht es noch am ehesten. Deshalb gibt es dieses Modell auch am häufigsten. Die Familienhebamme ist dann nicht nur in der Familienhebammentätigkeit

angestellt oder als Honorarkraft in den Familien unterwegs, sondern bietet auch krankenkassenfinanzierte Wochenbett- oder Schwangerenbegleitung im Rahmen des SGB V an.

Wenn Sie das beschreiben, klingt es sehr komplex, die Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche formal so abzugrenzen, dass sie entsprechend auch von den unterschiedlichen Stellen vergütet werden.

Ja, das ist wirklich komplex. Aber die freiberuflichen Hebammen sind es gewohnt, gut zu dokumentieren. Als Familienhebammen müssen sie zusätzlich eine gezielte Dokumentation anfertigen: Sie unterliegt anderen Fristen der Datenspeicherung, eigenen Vorgaben des Datenschutzes und erfordert andere Angaben und Details. Hintergrund dafür ist unter anderem die Vernetzung, beispielsweise mit dem Jugendamt.

Nehmen wir einmal an, eine Familie merkt, dass sie jugendamtsfinanzierte Unterstützung braucht. In diesem Fall kann ich dem Jugendamt nicht meine medizinische Dokumentation zur Verfügung stellen, denn diese gibt zu viel preis. Die Schweigepflichtsentbindung der Eltern bezieht sich nur auf das Handling oder auf den Kontakt zum Baby, aber nicht darauf, wie die Mutter zum Beispiel mit ihrem Schwangerschaftsdiabetes umgeht.

Wenn man als Familienhebamme in einer Familie tätig ist, ist das mit einer großen Verantwortung verbunden, man ist im Grunde wie eine „Allrounderin“ aktiv?

Ja, aber immer im Team. Und das ist der Unterschied zur originären Hebammen-tätigkeit: Familienhebammen haben immer ein Team, an das sie sich wenden können. Vor oder nach dem Besuch mit den Kolleg:innen zu sprechen, kollegiale oder Fachberatung auf kurzem Wege zu bekommen, ist wirklich sehr hilfreich. Ich war 18 Jahre lang am Kinderschutzzentrum in Lübeck tätig und kann nur immer wieder loben, wie gut ich da begleitet worden bin.

Eine der Familien, die ich dort begleitet habe, war beispielsweise im Umfeld der Reichsbürger verortet. Die Rücksprachen im Team vor und nach meinen Besuchen haben mir dabei geholfen, auch in diesem bedrohlichen Umfeld zu schauen, wie ich dort zum Wohle des Babys tätig sein kann. Es geht immer um Bindungsförderung, um zu schauen: Ist das Kind dort am richtigen Platz?

Das heißt, Sie treffen auf Menschen aus völlig verschiedenen Milieus?

Ja, aus ganz unterschiedlichen Milieus. Es gibt sehr gebildete, sehr reiche Familien, wo die Mutter oder der Vater oder schlimmstenfalls beide eine psychische Erkrankung haben. Oder gegeneinander Gewalt ausüben. Es gibt aber auch sehr verwaarloste Familien, die überfordert sind und das Kind akut durch Vernachlässigung gefährden. Es gibt sehr junge Eltern, sehr kinderreiche Eltern, kranke Eltern, behinderte Eltern.

„Im besten Fall kennen wir die Familie schon seit der Schwangerschaft. Dann können wir die krisenhafte Zeit rund um die Geburt sehr kontinuierlich, sehr sicher für die Mutter oder die Eltern begleiten und das Kind bindungssicher in die Familie einführen.“

Es gibt auch behinderte Kinder, die wenig Bindung aufbauen können. Behinderte Kinder sind in der Regel auch stärker misshandlungsgefährdet, weil sie tendenziell weniger Bezug auf ihre Eltern nehmen können. Unter Umständen können sie aufgrund ihrer Erkrankungen keinen Blickkontakt aufnehmen, sich nicht orientieren, auf Beruhigungsversuche der Eltern schlechter ansprechen. Dann ist die Gefahr groß, dass Eltern die Geduld verlieren und das Kind vielleicht schütteln oder einfach nicht mehr aufnehmen oder misshandeln. Das gibt es alles immer wieder.

Wir haben auch immer wieder mit Kindesmisshandlungen in sehr jungem Alter zu tun, wobei wir das als Familienhebammen dann nicht mehr alleine und frei verantwortlich begleiten können. Wir müssen uns und die betroffene Familie dann vernetzen. Vermittlung ist ein großes The-

ma: Ich habe einen guten Kontakt zu den Eltern, aufgrund meiner Hebammenausbildung. Sie gewähren mir intime Einblicke in ihren Familienalltag, erzählen mir viel. Wenn es dann zu einer Krise kommt, versuche ich, den Kontakt gut zu halten, mich immer wieder als Ressource anzubieten und auf die Familie zuzugehen. Die Familien sind häufig ressourcenarm und haben wenig Kompetenzen, Krisen zu bewältigen.

Eine Geburt ist in so einer Familie aber fast immer eine Krise, weil ein neuer Akteur/eine neue Akteurin die Bühne betritt. Die Familie muss sich darauf einstellen und alles neu organisieren. In dieser Zeit rund um die Geburt wollen die Eltern meistens alles besonders gut machen. Sie kennen die ganzen schönen Filme mit kleinen Babys, in denen alles rosarot und himmelblau ist.

In dieser Zeit treten wir auf den Plan. Im besten Fall kennen wir die Familie schon seit der Schwangerschaft. Dann können wir diese krisenhafte Zeit rund um die Geburt sehr kontinuierlich, sehr sicher für die Mutter oder die Eltern begleiten und das Kind bindungssicher in die Familie einführen. Das ist ein sehr großes Pfund, das wir da haben, da wir sowohl für die medizinische Seite als auch für die Verlässlichkeit rund um die Geburt zuständig sind.

In der Zeit des Wochenbetts, die geprägt ist von Schmerzen hier und da und allem Neuen, von Hormonveränderungen und Schlafmangel, können auch Krisen entstehen, in denen viel Unterstützung nötig ist. Gerade dann sind die Familienhebammen einfach da. Wenn es nötig ist, können sie auch freiberufliche Hebammen hinzuziehen. Wir können dann parallel ca. drei Monate lang in der gleichen Familie mit unterschiedlichen Aufgaben tätig sein. Familienhebammen betreuen die Familie bis zum ersten Geburtstag des Kindes in unterschiedlicher Intensität.

In der Regel besuchen wir die Familien höchstens einmal in der Woche. Wenn es eine Krise gibt, findet die Begleitung auch zweimal pro Woche oder über zusätzliche Telefontermine statt. Sollte die Familie größeren Unterstützungsbedarf haben, sind andere Hilfen nötig. In diesem Fall ist die Familienhebamme aufgefordert, die Familie an andere Stellen zu vermitteln: an eine Beratungsstelle der Frühen Hilfen mit entsprechenden Gruppenangeboten, an ein Familienzentrum, an das Jugendamt, an eine sozialpädagogische Familienhil-

fe, eine Alltagshilfe oder an eine Mutter-Vater-Kind-Einrichtung, also eine stationäre Einrichtung. Als Familienhebammen sind wir starke Vermittlerinnen.

„Wir unterstützen die Familie so lange, wie es zum Wohle des Kindes möglich ist. Ist das Kindeswohl nicht mehr gegeben, sind wir dazu ausgebildet, zu sagen: Jetzt wechsele ich die Perspektive und stelle mich auf die Seite des Babys.“

Kann diese Hilfe sowohl aktiv gesucht als auch reaktiv in Anspruch genommen werden? Werden Sie von Amtswegen beauftragt, Kontakt zu einer Familie aufzunehmen und sie zu besuchen?

Gut, dass Sie nachfragen. Unsere Begleitung ist immer ein Angebot. Die Freiwilligkeit ist ganz wichtig für die Inanspruchnahme einer Familienhebamme. Bisweilen wird diese Freiwilligkeit jedoch unterschiedlich ausgelegt. Es gibt auch Familiengerichte, die sagen: „Wir stellen die Freiwilligkeit jetzt einfach her!“ Aber das entspricht natürlich nicht unserer Auffassung von Freiwilligkeit.

Wir nennen es Hilfsannahmefähigkeit, wenn eine Familie unsere Hilfe in Anspruch nehmen möchte. Sie ist dazu bereit, sie öffnet ihre Tür, auch wenn es Krisen gibt. Wenn keine Hilfsannahmefähigkeit besteht, beenden wir die Begleitung. Dann ist das Jugendamt mit seinen kontrollierenden Hilfen doch viel effektiver tätig.

Ich frage nach, weil Sie gerade das Thema Reichsbürger angesprochen haben: Dieses Milieu schließt sich ja gegenüber der Außenwelt sehr stark ab. Sich dann überhaupt bereitzuerklären, jemanden ins Haus zu lassen, ist ja schon ein Öffnungsschritt, den man nicht erwarten würde.

Deswegen ist es auch so wertvoll, dass es rund um die Geburt diese Öffnung gibt: Wir haben jetzt ein Baby und da brauchen wir eine Fachkraft, die auch mal zu uns nach Hause kommt. Aber es ist schon ein sehr schwieriges Unterfangen, in solchen Situationen nicht alles zu machen, was die Eltern verlangen, sich selbst abzugrenzen und trotzdem aufs Baby zu schauen.

Manchmal wenden sich die Eltern auch enttäuscht ab, wenn die Begleitung nicht ihren eigenen Vorstellungen entspricht: Sie haben vielleicht das Gefühl, die Unterstützung bringt nichts oder fürchten, dass das Jugendamt ins Spiel kommt. Wenn zum Beispiel den ganzen Tag laute, aggressive Musik läuft, oder wenn das Baby nicht krabbeln kann, weil die Wohnung zu vernachlässigt ist, dann ist das kein gutes Umfeld für das Baby. Dadurch entstehen Reibungspunkte, die durchaus dazu führen können, gemeinsam mit den Eltern zur Beratung im Jugendamt zu gehen.

Wir wollen natürlich die Bindung zum Baby fördern, aber sind gleichzeitig auch Expertinnen darin, unsere eigene verlässliche Zusammenarbeit mit den Eltern zu fördern. Das heißt, wir unterstützen die Familie so lange, wie es zum Wohle des Kindes eben möglich ist. Ist das Kindeswohl nicht mehr gegeben, sind wir dazu ausgebildet, zu sagen: Jetzt wechsele ich die Perspektive und stelle mich auf die Seite des Babys. Wir fragen uns dann: Wie ist die Situation für das Baby in der Familie? Was nimmt es wahr? Wie wird es gefördert? Wird es vor seelischen Belastungen geschützt? Wie wird es gefüttert? Wie wird es gewickelt? Ist die Zuwendung förderlich für ein gesundes Aufwachsen?

Uns stehen dafür viele Materialien zur Verfügung. Es gibt das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, das gemeinsam mit dem Deutschen Jugendinstitut an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angegliedert ist. Diese Institutionen haben Instrumente zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung herausgegeben. Sie bieten Ressourcenunterstützung für die Familien, zum Teil auch Übersetzungsdienste an.

Gerade die Vernetzung mit Dolmetscher:innen in der Region sind für Familienhebammen sehr wertvoll, da sie ihnen ermöglichen, auch Menschen zu unterstützen, die eine andere Sprache sprechen.

Die zur Verfügung gestellten Materialien sind Teil der Finanzierung. Dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen stehen über



Eltern stehen nach der Geburt eines Kindes oft vor enormen Belastungen – auch finanzieller Natur.

Bundesstiftungsgelder jährlich 52 Millionen Euro für das ganze Bundesgebiet zur Verfügung. Der Verteilungsschlüssel bedenkt je nach Geburtenzahlen alle Landkreise und kreisfreien Städte.

Die Finanzierung ist so geregelt, dass erst einmal die Netzwerkkordinierung gesichert sein muss und dann die aufsuchende Hilfe, durch die Familienhebammen bzw. Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegenden bezahlt werden. Wenn das Geld knapp wird, müssen Angebote eingestellt werden.

Darüber hinaus liegt ein Teil der Finanzierung bei den Kommunen selbst. Daher fallen die Angebote der Familienhebammen von Landkreis zu Landkreis sehr unterschiedlich aus. Städte sind in der Regel etwas besser ausgestattet, weil es dort auch viel mehr Beratungsstellen gibt, auf die wir verweisen können. Die Hansestadt Lübeck beispielsweise investiert zehnfach so viel wie die Bundesstiftung Frühe Hilfen in die Frühe-Hilfen-Arbeit und das gesamte Frühe-Hilfen-Netzwerk vor Ort.

Das heißt, die Versorgungsstruktur ist stark davon abhängig, wie gut die jeweilige Kommune finanziell aufgestellt ist?

Auf jeden Fall. Ausschlaggebend ist außerdem, ob es Stiftungen gibt, die unsere Arbeit zusätzlich unterstützen.

Ich bin auch in Mecklenburg tätig – wir sind ja hier direkt an der Landesgrenze –, und dort werden Angebote schon zurückgefahren, weil einfach weniger finanzielle Unterstützung kommt. Die 52 Millionen

Euro bleiben 52 Millionen, aber durch Lohnsteigerungen oder Inflationsausgleich verringert sich die Stundenbasis in der Angebotsstruktur. Es ist leider ein großes Problem, dass es sogar schon Tendenzen dazu gibt, Angebote abzubauen.

Deckt die Anzahl der Familienhebammen den vorhandenen Bedarf, oder gibt es einen Mangel?

Es gibt eine jährliche Kommunalbefragung, an der sich alle beteiligen müssen, die Gelder aus dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen bekommen. Sie zeigt: Der Familienhebammenbedarf ist sehr viel größer. Leider gelingt es nicht immer, Familienhebammen über viele Jahre mit einem großen Stundenanteil in der aufsuchenden Tätigkeit zu halten. Das hat vor allem damit zu tun, dass Familienhebammen kaum Karriereaussichten in ihrer Tätigkeit haben. Es gibt nur wenige Netzwerkkordinierende, die auch Familienhebammen sind. Pädagogische Berufe sind beispielsweise viel häufiger vertreten.

Die Familienhebammen sind die Türöffner. Sie bringen die Familien in die Einrichtungen. Diese laufen in der Regel sehr gut, sind gut besucht und werden gut angenommen. Die Schwelle für Familien, Familienhebammentätigkeiten anzunehmen, ist sehr niedrig. Die Leitungspositionen in den Frühen Hilfen sind dann aber pädagogisch besetzt. Das macht den Tätigkeitsbereich für viele Kolleginnen unattraktiv, weil die Bezahlung sich im hinzugewonnenen Verantwortungsbereich

nicht abbildet: Sie ist ungefähr genauso hoch wie die einer originären Hebamme. Es gibt also nicht mehr Geld für diese erschwerten Bedingungen, für die anspruchsvollen Beratungstätigkeiten.

Nötig wären bessere Arbeitsbedingungen sowohl für die freiberufliche Hebammen- als auch für die Familienhebammen-tätigkeit. Eine krankenkassenfinanzierte Hebamme muss viel mehr tun, hat viel weniger Zeit pro Familie, bekommt keine Supervision bezahlt und nur wenig von der Fahrtstrecke erstattet. Als Familienhebamme ist die Fahrtstrecke in der Regel Arbeitszeit, und sie bekommt Supportingprozesse, Supervision und Fachberatung bezahlt.

Die Kollegin, die nur aus dem Gesundheitswesen finanziert wird, opfert dafür ihre Freizeit. Wenn sie an Netzwerktreffen teilnimmt, bekommt diese Kollegin etwa kein Sitzungsgeld. Wenn sie eine schwierige Familie betreut und dann zur Fachberatung geht, die ihr ja kostenfrei zur Verfügung gestellt werden muss, ist das ihre Freizeit. Sie kann die Sitzung nicht abrechnen.

Im Arbeitsauftrag der Frühen Hilfen sind all diese Dinge dagegen enthalten – regelmäßige Teamsitzungen in unterschiedlicher Frequenz beispielsweise. Das macht jedes Team anders, aber es gibt da viel mehr Möglichkeiten, sich auf die einzelnen Familien einzustellen, sich fortzubilden. Die Fortbildungen werden ganz anders bezahlt und gefördert. Das ist sehr angenehmes Arbeiten. Ich mache das schon sehr lange und bin immer noch sehr gerne in diesem Beruf.

Sie sehen also noch Anreize, die Situation für die in diesem Feld Tätigen insgesamt zu verbessern?

Ja, die Familienhebammentätigkeit sollte attraktiver werden. Dann würden auch Familienhebammen, die diese Tätigkeit aufgegeben haben, wieder zurückkehren wollen.

Dazu haben wir auch eine Befragung gemacht: Sie hat ergeben, dass Kolleginnen zurückkehren würden, wenn sie Aufstiegsmöglichkeiten hätten, wenn die Teamleitung auch von einer Familienhebamme besetzt werden könnte, wenn die Einsatz- und Netzwerkkoordination oder Leitungspositionen von Familienhebammen besetzt werden, die fachlich in der Regel gut aufgestellt sind, aber eben kein pädagogisches Studium haben.

Welche Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen gibt es?

Es gibt in jedem Bundesland eine Koordinierungsstelle im jeweiligen Ministerium für Gesundheit, Jugend, Familie usw. Diese organisieren die Weiterqualifizierung in Zusammenarbeit mit einem Bildungsträger. Sie geben auch Zuschüsse, wenn die Teilnehmenden in den Frühen Hilfen arbeiten wollen oder dies schon tun.

Die meisten Stellen für Familienhebammen werden so besetzt, dass erst einmal eine Hebamme eingestellt und diese dann in die Weiterqualifizierungsmaßnahme geschickt wird. Dann kann sie den Zuschuss vom Landesministerium bekommen. Sie muss auch eine Fallarbeit als Abschlussprüfung erstellen oder ein eigenes Projekt entwickeln. Das fällt den Hebammenkolleginnen, die gar nicht in den Frühen Hilfen tätig sind, schwerer. Die ganze Weiterqualifizierung ist als Modulkurs aufgebaut, sodass Familienhebammen auch trotz Fehlzeiten oder Umzügen in andere Bundesländer durchaus gut qualifiziert werden.

Welche Institutionen führen solche Qualifizierungsmaßnahmen durch?

In Schleswig-Holstein übernehmen das der Hebammenlandesverband des DHV und die Heinrich-Schwesternschaft gemeinsam.

Das heißt, die Qualifizierung ist regional unterschiedlich organisiert?

Ja, sie ist unterschiedlich organisiert. Es gibt auch Studiengänge für Hebammenwissenschaften, in denen die Familienhebammentätigkeit bereits integriert ist. Studierende können sich ab dem fünften Semester spezialisieren und dementsprechend einen Prüfungsabschluss als Familienhebamme machen. Sie müssen dann allerdings noch zwei Jahre in der aufsuchenden Tätigkeit praktizieren, denn das ist normalerweise Qualifizierungsvoraussetzung: Hier liegt der Unterschied zur klinischen Ausbildung, weil die Beratung im häuslichen Umfeld doch eine andere ist als in der Klinik.

Insgesamt gesehen ist es eine sehr schöne und erfüllende Arbeit. Ich finde, ich habe den besten Job! Mehr Nachhaltigkeit findet sich kaum in anderen Berufsfeldern. ■

Vielen Dank für das Gespräch!



Zum Weiterschauen: Auf der Homepage des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen kann man den Lehrfilm „Guter Start in die Familie“ beziehen: <https://kurzelinks.de/2m8e>

Interessierte Hebammen können sich an den jeweiligen Hebammenlandesverband wenden, um weitere Informationen zur Weiterqualifizierung zur Familienhebamme zu erhalten.

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Ich fühle mich zuhause, wenn ich angstfrei für eine vielfältige Gesellschaft eintreten kann und in meiner Selbständigkeit anerkannt werde. Ein tiefes Gefühl von Zuhause-Sein entfaltet sich auch in mir bei schönen Erlebnissen in der Natur.“



Kathrin Schumacher

ist Familienhebammenbeauftragte im Hebammenverband Schleswig-Holstein. Sie arbeitet in Lübeck am UKSH und baut dort die Frühen Hilfen auf. k.schumacher@hebammen-sh.de



Die unruhigen und unbeherrschten Jungen

Foto: istockphoto.com/PeopleImages

Woher sie kommen und was sie brauchen

ПРИС ПОРЈ

Das Heranwachsen von Jungen wird häufig als problematisch, risikoreich und herausfordernd beschrieben. Unser Autor erläutert aus psychotherapeutischer Sicht, was es mit dem Phänomen auf sich hat.

Mit einer ernsthaften Überlegung zur Erziehung von Jungen will ich beginnen: „Der Knabe ist aber unter allen Geschöpfen das am schwierigsten zu behandelnde; denn je mehr er eine Quelle des Nachdenkens besitzt, die noch nicht die rechte Richtung erhielt, wird er hinterhältig und verschlagen und das übermütigste der Geschöpfe. Darum gilt es, durch mannigfache Zügel ihn zu bändigen.“

Eine zweite Klage: „So eine furchtbare erste Klasse habe ich noch nie gesehen. Die Jungen sind lauter kleine Machos, ‚Mutterns Liebling‘ und glauben, die Größten zu sein. Andererseits haben sie kein Sozialverhalten und fangen bei jeder Kleinigkeit an zu heulen. So gut wie alle Mädchen sind unauffällig und lernwillig. Unsere neue Lehramtsanwärterin war sprachlos und meinte, so etwas

hätte sie noch nie erlebt. Einer der Jungen haute ihr auf den Hintern, ein anderer grapschte ihr an den Busen und ein weiterer meinte, mit Brille sehe sie beschissen aus, und sie sollte sie sofort absetzen.“

Klagen über Jungen sind bekannt – seit Jahrhunderten

Die erste Mahnung stammt von dem Philosophen Platon, entstanden kurz vor seinem Tod im Jahr 348/347 v. Chr. (Nomoi, 808 de). Er beschreibt entgrenzte Jungen, grandios agierend und sozial gestört. Und wir können uns die „mannigfachen Zügel“ vorstellen, die damals zur Verhinderung solcher Verhaltensweisen eingesetzt wurden. Nach dem Gesetzeslehrer Drakon heißen sie auch heute noch drakonisch, was mit nachdrücklich und unerbittlich gleichgesetzt werden kann. Gewalt- und Prügelpädagogik fand bis in die 1960er-Jahre statt. Geschlagene Kinder werden unterwürfig und „verschlagen“. Vor allem geben sie die erfahrene Gewalt weiter, wenn sie selbst die Macht besitzen. Dann können Opfer zu Täter werden.

Mit der zweiten Klage hat sich vor Kurzem eine befreundete Lehrerin an mich gewandt und Hilfe gesucht. Die von ihr beschriebenen Jungen schwanken zwischen gestörtem Selbstwert und großsprecherischer Grandiosität. Sie scheinen keine Scham zu verspüren, sind distanzlos und grenzüberschreitend, sie sind sexualisiert und verspüren keine Realangst. Dazu sind sie unruhig, unkonzentriert und unbefähigt. Seit Platon scheint sich offenbar wenig verändert zu haben!

„Jungen können schwierig werden, wenn sie nicht angemessen erzogen und begrenzt werden. Jungen brauchen Männer.“

Natürlich nicht bei allen Jungen: die meisten von ihnen sind heutzutage besser als ihr Ruf. Verändert hat sich allerdings die Beschaffenheit der Störungsbilder mit Externalisierungen. Unter Externalisierungen verstehen wir, dass Gefühle in Form von Handlungen nach außen verlagert werden, etwa bei Wutanfällen, bei Streitereien und Kämpfen. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen profitiert erkennbar von den positiven Wandlungen im Erziehungsverhalten ihrer Eltern. Bei einer kleineren Gruppe mit überforderten, desorientierten, desolaten Elternhäusern verdichten sich jedoch die Risikofaktoren in besonderer Weise. Diese Jungen sind kränkbar, geraten rasch in Wut und können ihre Affekte nicht regulieren. Das sind auch typische Merkmale von Bindungsstörungen.

Jungen können schwierig werden, wenn sie nicht angemessen erzogen und begrenzt werden. Jungen brauchen Männer. Ob eine Eingrenzung mit drakonischen Maßnahmen geschehen darf, wie bis in die 1960er-Jahre geschehen, oder mit Beziehung und Erziehung – oder gar mit Medikation – darüber sollten wir gründlich nachdenken. Meine Erkenntnisse beziehe ich aus praktischer Anschauung: Seit 50 Jahren befasse ich mich als Pädagoge

und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit der Entwicklung von Kindern.

Die Ambivalenz der Mütter

Mir war es bereits früher bei meinen Söhnen aufgefallen, in neuerer Zeit noch einmal ganz deutlich bei einem Enkel: Früh interessierte er sich für Polizei- und Feuerwehrautos, für Baustellen und Kräne. Später nahm er nachts keinerlei Kuschtiere mit in sein Bett, sondern Raketen, Flugzeuge oder gar Registrierkassen ... Kinderpsychotherapeut:innen ist es sehr vertraut, dass Jungen lieber mit mechanischen Dingen spielen, mit harten Bauklötzen und viel Technik.

Jungen sind natürlich auch darum anders, weil sie fünfzehnmal so viel Testosteron haben wie Mädchen. Das formt bereits im Mutterleib ihr Gehirn und ihr Denken, welches sich früh augenscheinlich mit den leblosen Dingen befasst. Mit ihrem für Mütter befremdlichen Verhalten, so ist zu vermuten, lösen Jungen von Anfang an auch andere Fantasien bei ihren Müttern aus als es die Mädchen tun. An dieser Stelle setzt die mütterliche Ambivalenz ein: Jungen können ihren Müttern wegen ihrer Andersartigkeit zwar faszinierend, jedoch auch fremd und bedrohlich erscheinen. Das Mädchen hingegen ist der Mutter vertraut. Wie stark sich das manifestiert, hängt von den lebensgeschichtlichen Erfahrungen einer Mutter ab, vor allem mit ihrem eigenen Vater und dem Erleben seiner Männlichkeit, aber auch mit ihrem Selbstwert und anderen Persönlichkeitsmerkmalen.

Ich nehme an, dass dieser Verlauf bereits beginnt, wenn die Mutter um das Geschlecht weiß und sich erste Fantasien um das (ungeborene) Kind ranken. Und ich gehe davon aus, dass der Säugling auch von Geburt an – je nach Geschlecht – unbewusst Akzeptanz oder Ablehnung spürt, dies im Gesicht der Mutter und an ihrem Verhalten spüren kann. In einer empirischen Untersuchung des Kriminologischen Institut Niedersachsen zu Geschlechtsunterschieden in der Beziehung von Müttern zu ihren Kindern aus dem Jahr 2014 wurden meine Hypothesen untermauert. Es wurde u. a. Folgendes festgestellt: — Schon im Alter von sechs Monaten waren erhebliche Unterschiede festzustellen. Die Mütter der Jungen fühlten sich signifikant häufiger am Ende ihrer Kräfte als die Mütter der Mädchen, bei Müttern in

prekären Verhältnissen war das noch drastischer.

— Töchter wurden als fröhlicher empfunden als Jungen und bereiteten der Mutter mehr Freude. Mit Heranwachsen des Kindes verstärkten sich diese Unterschiede noch.

— Mädchen wird mehr emotionale Zuwendung entgegengebracht als Jungen.

— Mädchen werden in ihrem Verhalten stärker beaufsichtigt und kontrolliert als die Jungen. Sie üben später weniger Gewalt aus und erzielen bessere Schulleistungen (Möble et al. 2014).

Jungen wird das Abhängigkeitsverhalten früher abgewöhnt als Mädchen. Damit sind sie gezwungen, sich Erfolgserlebnisse in der Welt draußen zu suchen. Somit geraten sie auch sehr früh in eine Selbständigkeit, der sie nicht gewachsen sind.

Wir wollen einen Blick ins Unbewusste werfen und betrachten dafür die Träume von Jungen und Mädchen.

Jungen vermeiden Nähe – Mädchen suchen Beziehungen

Mädchen träumen häufig von Berührung und Nähe, sie idealisieren andere Menschen und Beziehungen. Entsprechend fürchten sie Trennungen und haben Angst vor Liebesverlust.

Jungen vermeiden in ihren Träumen häufig Nähe und enge Bindungen. Sie träumen auch von mehr Bewegung, Abenteuern und von grandiosen Fantasien. Es bildet sich in ihren Träumen insgesamt eine Lust an freundlichen Weiten, Angst vor gefährlichen Wesen sowie eine regelrecht akrobatische Komponente, nämlich eine herausragende Ausstattung mit „grandiosen Fähigkeiten“, ab. Sie neigen darum auch dazu, mit wenig oder gar keiner Hilfe von anderen Lebewesen auszukommen und idealisieren ihr eigenes Können. Sie glauben, alles aus sich selbst heraus – aufgrund ihrer überragenden Fähigkeiten – bewältigen zu können. In ihren Träumen lassen sich auch signifikant höhere Werte an Aggression als bei den Mädchen nachweisen (Hopf 1992).

Träume bilden unsere Persönlichkeitsanteile direkt ab. Wir können also davon ausgehen, dass sich bei Jungen stärker eine narzisstische Tendenz manifestiert, bei Mädchen eher eine anklammernd-depressive. Jungen neigen dazu, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen, sie agieren nach außen. Sie erfreuen sich an den Außenwel-

ten, haben Lust am Abenteuer, gelegentlich auch am Rivalisieren. Sie neigen zum Risikoverhalten; auch die Bewegungsunruhe hat hier ihre Wurzeln.

Diese Neigungen können sich auch zu schädlichen Charaktereigenschaften entwickeln, wenn sie nicht moduliert und begrenzt werden. Dennoch muss festgehalten werden: Zu Mädchen können Jungen nicht umerzogen werden, auch wenn manche Erzieherinnen das versuchen. Die objektmeidenden Tendenzen der Jungen haben, wie bereits erwähnt, massive Folgen: Konflikte werden anders verarbeitet als bei den Mädchen. Jungen sind zudem risikobereiter und suchen das Abenteuer. Vor allem hat die Bewegungsfunktion bei ihnen eine andere Bedeutung als bei den Mädchen.

Überlegungen zur Bewegungsunruhe und zu gestörter Aufmerksamkeit

Ich arbeite seit 1965 pädagogisch und psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen. Von 1973 bis 1995 hatte ich kein Kind wegen Bewegungsunruhe oder Unaufmerksamkeit in psychotherapeutischer Behandlung, auch nicht mit ähnlichen Begleitsymptomen.

Innerhalb der offiziellen Psychiatrie wird davon ausgegangen, dass Bewegungsunruhe und Konzentrationsdefizite der Jungen neurobiologisch verursacht und angeboren seien. Ihre Zunahme sei damit zu erklären, dass diese Störungen heute besser als früher diagnostiziert werden könnten. Mit der Gesellschaft habe ADHS nichts zu tun. Ich halte solche Aussagen für höchst unwissenschaftlich und sage mit Matthias Wenke deutlich: Expert:innen für Medizin, Gehirne und Körper können zwar einen fehlenden Ausschnitt des

Gesamtbildes ergänzen, doch können sie nicht über Fragen der Pädagogik oder Psychotherapie entscheiden (Wenke 2006). Außerdem musste ich feststellen, dass die Diagnose ADHS inzwischen auf alle sozialen Störungen ausgedehnt wurde und so gut wie in allen Fällen Methylphenidat verordnet wird.

Will man bei der Aussage der offiziellen Kinderpsychiatrie bleiben, ADHS sei immer eine ausschließlich hirnorganische Störung, deren Entstehung nichts mit Beziehung und nichts mit einer veränderten Gesellschaft zu tun habe, so möchte ich nur einige wenige Fragen beantwortet haben. Ich benutze hierzu Daten aus dem BARMER GEK Arztreport 2013.

– ADHS wird umso häufiger bei Kindern diagnostiziert, je jünger deren Eltern sind.
– Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität sind diagnostische Hauptmerkmale von ADHS und gleichzeitig häufige klinische Anzeichen von Kindern, die ihre frühen Lebensjahre in Heimen (öffentlichen Einrichtungen) verbracht haben.

– Bei Personen, die in prekären Verhältnissen leben, wird häufiger ADHS diagnostiziert.

– Bei den Söhnen alleinerziehender Mütter (also fehlenden psychisch präsenten Vätern) wird häufiger ADHS diagnostiziert.

– Etwa 75 Prozent aller Diagnosen betreffen Jungen.

– ADHS wird signifikant häufiger bei Kindern diagnostiziert, die mit einem Alter von weniger als sechs Jahren eingeschult wurden (Berndt 2015, S. 8).

ADHS ist eine Sammeldiagnose für eine Gruppe von Symptomen mit den unterschiedlichsten zugrundeliegenden biopsychosozialen Ursachen. Es lassen sich

frühe Bindungs- und Beziehungsstörungen erkennen, aber auch die Folgen von Traumatisierungen und Vaterlosigkeit, somit vor allem Einflüsse von Beziehung und der Gesellschaft. Also sind in erster Linie Erziehung und Psychotherapie gefragt. Meine Diagnose kann nach diesen Ergebnissen nur lauten: Hier wird versucht, Kinder, die nicht der jeweils gewünschten Norm entsprechen, mit Medikation anzupassen. Diese wird jedoch niemals die zugrundeliegende Konflikt-dynamik verändern (Hopf 2021). ■

Die Literatur zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Wenn ich in der Nähe meiner Frau, meiner drei Kinder und sieben Enkel sein kann. Dann ist mir der Ort gleichgültig. Ich bin sehr okkophil strukturiert (oben nachzulesen), darum bin ich auch Psychotherapeut geworden.“

Hans Hopf

Dr. rer. biol. hum., ist analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Dozent, Supervisor und Ehrenmitglied an den Psychoanalytischen Instituten Stuttgart, Freiburg und Würzburg sowie Ehrenmitglied der VAKJP. Von 1996 bis 2003 war er Therapeutischer Leiter des Therapiezentrums Osterhof, Baiersbrunn. 2013 erhielt er den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeuten-schaft,



2019 die Staufer-Medaille des Landes Baden-Württemberg. Umfangreiche Zeitschriften- und Buchpublikationen (u. a. im Mabuse-Verlag) sowie Beiträge für den Rundfunk.

Dr.Hans.Hopf@t-online.de



Analoge Eltern – digitale Kinder

Die Wirkungskraft der digitalen Medien auf das familiäre Gefüge ist enorm. Kommunikation verändert sich; nicht selten können Eltern mit der Geschwindigkeit der Veränderungen nicht mehr Schritt halten. Dabei machen sie es

doch gut, so gut, wie in dieser ziemlich verrückten und zunehmend verrohten Zeit eben möglich. Sie sind ja wie wir alle von der Digitalisierung überrannt worden. Auch die Eltern wissen nicht, wo uns die weltweit so gehypte Künstliche Intelligenz hintragen wird.

Der Hype um die KI und die Ohnmacht der User:innen

KI wird gerade mit Milliarden an Geldmitteln gefördert. Kein Wirtschaftszweig wird weltweit so forciert wie die Künstliche Intelligenz. China, USA, England, Kanada, Schweden, Norwegen, Schweiz und Deutschland sind die wichtigsten Forschungs- und Entwicklungsstandorte für KI. Dass die Schweiz dazugehört, überrascht mich, die Schweize-

rin, ehrlich gesagt. Doch tatsächlich hat Zürich aktuell den weltweit größten Google-Campus außerhalb von Kalifornien mit etwa 250 KI-Spezialist:innen, die mit 2 500 Ingenieur:innen zusammenarbeiten (Global AI Index 2023). Im Jahr 2024 werden vermutlich weltweit 554 Milliarden US-Dollar für die Förderung der KI ausgegeben. Die Künstliche Intelligenz ist Goldstandard geworden.

Wer im Netz herrscht, beherrscht die Welt. Unsere digitalen Kinder herrschen nicht im Netz. Sie werden von den Algorithmen beherrscht und wissen es nicht. Sie sind dort einfach zu Hause. Sie haben nicht ein Handy, sie sind ihr Handy.

Die Jugend ist technikaffin wie keine davor. Wie oft kommt es in meiner Praxis vor, dass Eltern sagen, sie hätten jetzt die Netzsucht ihres Jugendlichen gelöst. Dann erfahre ich vom Jugendlichen, dass er bereits einen Weg gefunden hat, die Internetsperre aufzuheben. „Meine El-

tern wissen nichts davon, aber sagen Sie das bitte nicht.“ Natürlich sage ich nichts. Ich stehe ja unter Schweigepflicht den jugendlichen Patient:innen gegenüber. Und ehrlich gesagt: Manchmal muss ich fast schmunzeln, wie schnell die Kinder und Jugendlichen einen Weg gefunden haben, doch wieder ihre Pornos zu sehen, doch wieder TikTok, Instagram etc. zu nutzen. Ein neuer Account hilft, und wenn es beim besten Freund ist. Eine schnelle, kluge Jugend sitzt da in meinem Behandlungszimmer.

ChatGPT im Klassenraum

Lesen tun viele nicht mehr. Vor einigen Jahren hörte ich noch einen gewissen Stolz aus ihrer Stimme: „Ich lese schon lange nicht mehr.“ – „Und wie geht das? Du machst doch dieses Jahr Abitur. Wie geht das, Abitur ohne Lesen?“

Wir kennen inzwischen alle die Antwort: ChatGPT. Im November 2022 hat eine meiner Patient:innen berichtet, ihre Seminararbeit dank ChatGPT im allerletzten Moment abgegeben zu haben. „Ich habe am Sonntagabend das Thema eingegeben, am Montagmorgen die Arbeit abgegeben. Cool, oder?“ Nein, das ist nicht cool, das ist Betrug. (Und hat übrigens dazu geführt, dass sie die Therapie abgebrochen hat). Und keine Lehrkraft hat es gemerkt. Inzwischen scheint es bereits nicht mehr so einfach zu sein mit dem Betrüger. Auch Lehrer:innen lernen dazu.

Meine Abiturient:innen wissen manchmal schon eine Woche später nicht mehr, wie „der heißt, über den ich im Deutsch-Abitur geschrieben habe ... hab´ den Namen gleich wieder vergessen.“ Es hat sich dann herausgestellt, dass „der“ eine Sie war, Else Lasker-Schüler. Eine Klasse musste einen Deutschaufsatz zu „Nathan der Weise“ von G. E. Lessing schreiben. „Das liest doch keiner, außer die Streberinnen!“, so der Kommentar einer jungen Patientin.

Ich bin ja neugierig. Also habe ich bei ChatGPT um eine Inhaltswiedergabe gebeten. Zuerst kam ein dünner Vierzeiler: „Bitte ausführlicher, damit kann ich nichts anfangen.“ Dann waren sie da, etwa 14 Zeilen. Dieses Drama ist eines meiner Lieblingsdramen. Ich kenne es gut und muss sagen: Nichts hat gefehlt. Jedes wichtige Stichwort war da.



Foto: privat

Nelia Schmid König ist Literaturwissenschaftlerin und Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Paare. Sie arbeitet auch als Supervisorin für Lehrer:innen und Erzieher:innen. n.schmidkoenig@gmail.com



Foto: Adobe Stock / Prostock

Bei sich selbst anfangen

Verbieten war gestern. Weder für Eltern noch für Lehrer:innen ist das ein gangbarer, erfolgversprechender Weg! Doch Aufklärung und Begegnung sind zielführend.

Ich nehme mich ja gar nicht aus. Neben mir lag bis vor Kurzem immer das Handy griffbereit. Bis eines meiner erwachsenen Kinder bei einer Familienfeier gesagt hat: „Mama, leg mal das verdammte Handy weg! Merkst du eigentlich, dass du die Einzige bist, die das Handy gerade nutzt? Ja, ja, du sagst jetzt gleich wieder ‚nur zu Informationszwecken beim Diskutieren...‘ – wir schaffen das auch ohne Handy, ein paar Stunden lang.“ Schande aufs Elternhaupt. Dabei bin ich so dankbar, dass meine Kinder mich am Puls der Zeit halten. Meine jugendlichen Patient:innen übrigens genauso.

Die Schule holt die Kinder nicht mehr ab

Das (bayerische) Schulsystem: Ein tägliches Trauerspiel für meine Patient:innen. Die jungen Menschen werden nicht mehr abgeholt. Keine junge Generation hat sich so schnell verändert wie die jetzige. Man kann diesen jungen Menschen nicht vorwerfen, dass sie nicht mehr wie die gestrigen Schüler:innen sind. Sie haben sich diese digitalisierte Welt nicht ausgesucht. Sie sind einfach in sie hineingeworfen worden und schwimmen jetzt mit.

Ich habe viel Kontakt mit Lehrer:innen. Seit einigen Jahren biete ich Supervision für Pädagog:innen an. „Die Schüler können nicht mehr lesen, die Schüler können sich nicht mehr konzentrieren, die Schüler sind mündlich fit, doch in der Rechtschreibung eine Katastrophe etc.“ Das stimmt alles, doch Schuld haben nicht die Schüler:innen.

Eine digitalisierte Jugend braucht andere Lehrpläne. Sie ist zurecht gelangweilt. „Ich gehe jeden Tag in die Scheißschule und warte eigentlich nur, bis ich wieder nach Hause gehen kann, es ist so, so langweilig“, so ein 17-Jähriger. Dies sagt kein schwacher Schüler, ein Einserschüler.

Drei Schüler (zwei Jungs, ein Mädchen) kamen kurz vor dem Abitur zu mir in Behandlung. Sie konnten einfach nicht mehr, haben das Abitur sausen lassen. Zwei wegen Angststörungen, einer wegen seiner wie aus dem Nichts aufgetauchten Depression. Zwei von ihnen hätten aufgrund ihrer Vornoten kein Problem gehabt, das Abitur zu schaffen. Es ging nicht mehr. Auch nicht mit Medikamenten. Auch sie wurden von der Schule nicht mehr abgeholt.

Beziehungen stärken

Es geht in dieser rasant sich verändernden Welt – die uns allen, behaupte ich, etwas Angst macht, bewusst oder unbewusst – um das Zauberwort Beziehung. Wo es zwischen Eltern und Kindern, zwischen Lehrer:innen und Schüler:innen Beziehung gibt, kommen auch unsere Kids klar mit sich. Wo davon zu wenig ist und nur Leistung gefordert wird, also Funktionieren auf Gedeih und Verderb, kippt die hochsensible, verletzbare Ich-Organisation des jungen Menschen.

Wie oft höre ich von den Eltern wie auch Lehrkräften, dass diese Jugend gerade verroht. Klar, wer sich vor allem an den TikTok-Videos orientiert und nährt, stundenlang Pornos guckt und das „Trumpfen“ (also lügen, manipulieren, Wahrheiten beiseiteschieben und eigene Wahrheiten platzieren) zum normalen Umgang ausruft, weil er es so vorgelebt bekommt, der wird gleichgültig.

Einige Jugendliche verlieren gerade etwas ihre Wertorientierung. Ein 15-Jähriger, der einen anderen Mitschüler krankenhausreif geschlagen hat, sagt zu mir, nicht sonderlich bewegt, mehr besorgt über den aufziehenden juristischen Ärger: „Ich hab’ ja gar nicht erwartet, dass der richtig blutet.“ Ich mag diesen Jungen, trotz seiner Unkenntnis der analogen Welt.

Helfen wir den jungen Menschen beim Wiederfinden ihrer seelischen Balance. Die ist unverändert vorhanden mit all ihrem emotionalen Reichtum, nur halt etwas in den Schatten gefallen durch zu viel Digitalisierung und immer weniger realen sozialen Kontakt. Ein Übermaß an Digitalisierung bei gleichzeitiger Abnahme der realen Kontakte verschattet diesen emotionalen Reichtum. *Die Jugendlichen verlieren den Zugang zu Fantasie, Beziehungsfähigkeit und Beweglichkeit in der analogen Welt.* ■

Zum Weiterlesen: Von Nelia Schmid König erscheint im Mabuse-Verlag demnächst das Buch „Analoge Eltern – digitale Kinder. Eine Herausforderung für die Familie“, ISBN: 978-3-86321-663-4.

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Zuhause fühle ich mich bei Menschen, die selbstständig denken und noch staunen können.“



Das Sprechen über die eigene Krebserkrankung ist schwer, aber für die Familiensituation heilsam. Foto: istockphoto.com/NoSystemImages

Offene Kommunikation fördern

Kinder von krebskranken Eltern stärken

Bianca Senf

Erkranken Mutter oder Vater, die Großeltern oder andere für Kinder bedeutsame Bezugspersonen an Krebs, stellt dies eine kaum vorstellbare Herausforderung für das gesamte Familiensystem dar, wenn auch in unterschiedlicher Weise.

Kinder können, insbesondere wenn sie nicht altersgerecht informiert und einbezogen werden, mit unterschiedlichen emotionalen und verhaltensbezogenen Problemen auf diese Situation reagieren. Ob Kinder in ihrer Entwicklung durch die Krebsdiagnose von Vater oder Mutter gestört werden, hängt jedoch von vielen Faktoren ab. Auf manche haben wir Einfluss, auf andere nicht. Generell ist heute bekannt, dass die frühzeitige Information der Kinder über die Erkrankung und das altersgerechte Miteinbeziehen zentrale Rollen spielen.

Folgen der Belastungssituation

Kinder von Eltern, die an Krebs erkrankt sind, können eine Vielzahl von emotionalen Belastungen erleben, darunter Unsicherheit und damit einhergehend hohe Stresslevel, Verwirrung, Angst, Trauer und depressive Stimmungslagen. Sie kön-

nen sich an vielen Stellen überfordert fühlen, da sie nicht nur mit der Erkrankung von Mutter oder Vater umgehen, sondern auch viele Veränderungen in ihrem konkreten Alltag managen müssen.

Wir wissen heute sicher, dass Kinder von körperlich schwer erkrankten Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, eine psychopathologische Erkrankung – wie etwa Verhaltensstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen – zu entwickeln. Die Probleme und Belastungen der Kinder zeigen sich oft früh. Insgesamt suggerieren die Ergebnisse einer Reihe von nationalen und internationalen Studien zwar, dass sich Kinder an die elterliche Krebserkrankung adaptieren können (Krattmacher et al. 2012). „Da die Daten sich jedoch äußerst heterogen darstellen und die klinische Erfahrung erkennen lässt, dass Kinder ihre Belastung entweder gar nicht (Überkompensation) oder erst spät äußern, sind Zweifel berechtigt“ (Senf et al. 2024, S. 643).

Kinder neigen dazu, die Eltern, von denen sie in jeder Beziehung abhängig sind, zu schonen. Sie äußern eher nicht, was sie bedrückt und wollen ihre Eltern nicht zusätzlich belasten. Oft treten

größere Probleme bzw. Störungen der Kinder und Jugendlichen auch erst zutage, wenn die Krebsbehandlung abgeschlossen ist. Manchmal treten Symptome aber auch erst Jahre später auf (Haagen/Möller 2011, S. 156). Dies gilt insbesondere für Kinder, die Mutter oder Vater durch die Krebserkrankung verloren haben.

Geschlechterspezifische Reaktionen

Einige Studien deuten darauf hin, dass Mädchen, wenn sie verhaltensauffällig werden, eher internalisierende Symptome wie Ängstlichkeit und Depressivität sowie psychosomatische Probleme wie Kopfschmerzen und Schlafstörungen entwickeln. Jungen dagegen reagieren eher mit externalisierenden Symptomen. Sie reagieren oft aggressiv, sind unkonzentriert in der Schule und/oder vergraben sich hinter dem PC (Möller 2011, Krattenmacher et al. 2012). Bei über 30 Prozent findet man Angstsymptome, depressive Gefühlslagen und psychosomatische Störungen.

Die klinische Erfahrung mit Kindern von erkrankten Eltern zeigt darüber hinaus, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen einen enorm hohen Stresslevel erleben können, der sich auf der körperlichen, der emotionalen sowie der psychosozialen und Verhaltensebene ausdrücken kann, ohne dass der Schweregrad einer ICD-Diagnose (zunächst) erfüllt wird (vgl. Senf et al. 2024).

Kinder können die Krebserkrankung von Bezugspersonen tendenziell besser bewältigen, wenn die Kommunikation innerhalb der Familie offen gestaltet wird (Thastum et al. 2009).

Eltern in Not

Die Gründe, warum Eltern nicht offen mit ihren Kindern über die Erkrankung, die Behandlung oder gar den nahenden Tod sprechen, sind vielfältig:

- Betroffene Eltern sind oft selbst psychisch stark belastet.
- Häufig haben Betroffene Angst vor den eigenen Gefühlen und haben Sorge, dass ihre Emotionen sich unkontrolliert entladen, wenn sie mit ihrem Kind sprechen. Auch genießen sich viele Eltern, Gefühle wie Angst und Trauer zu zeigen.
- Viele Eltern sind sehr unsicher, wie sie ihren Kindern die Diagnose vermitteln sollen und wie viel sie sagen sollen.
- Viele Eltern denken, dass die Kinder zu klein sind, um zu verstehen, was Krebs genau ist.

– Die meisten Eltern wollen prinzipiell ihre Kinder beschützen und sie „schonen“. Sie haben Angst, dass sie ihre Kinder zu sehr belasten, wenn sie die Wahrheit sagen.

– Es gibt einige Eltern, die sich genießen, an Krebs erkrankt zu sein und nicht möchten, dass andere Personen durch die Kinder erfahren, dass sie erkrankt sind.

Oft wird die „Geheimhaltung“ der Eltern auch von Behandlungsteams untermauert. So berichtet Frau Schmitt*, dass ihr die Onkologin abgeraten habe, ihrem sechsjährigen Sohn zu sagen, dass sie an Krebs erkrankt sei. Diese habe selbst ein Kind im gleichen Alter und wisse, was Sechsjährige verstehen könnten und was nicht. So nachvollziehbar die verschiedenen Motivlagen von Eltern oder begleitenden Behandlungsteams sind, so schädlich sind sie fast immer für die betroffenen Kinder.

Früh und offen zur Sprache bringen

In aller Regel spüren Kinder, wenn ihre Eltern, von denen sie immens abhängig sind, beunruhigt sind oder Angst haben, wenn etwas nicht stimmt. Sie machen sich schnell eigene Sorgen und versuchen zu ergründen, was los ist. Die Fantasien, die Kinder hinsichtlich dem, was mit den Eltern los sein, was passiert sein könnte, entwickeln, liegen selten im Vorstellungsbereich von Erwachsenen. Dabei sind die Fantasien für betroffene Kinder oft schlimmer als die Realität.

Trifft die Fantasie, beispielsweise „Mama wird sterben“, jedoch zu, ist das Nicht-Ansprechen und das nicht entwicklungsangepasste Einbeziehen für das Kind eine Katastrophe, da es mit seinen ganzen Ängsten und seinem Kummer alleine bleibt und

sich aus der Familie ausgeschlossen fühlt. Das für Kinder notwendige Vertrauen in die Eltern geht häufig verloren, was sich wiederum negativ auf die Beziehung auswirkt. Auch Schuldgefühle sind nicht selten, im Sinne von: „Papa ist krank geworden, weil ich böse war.“

Zudem braucht Geheimhaltung und Tabuisierung viel Energie, die dringend für die Krankheitsverarbeitung benötigt wird. Eine passiv-vermeidende Verarbeitung der Erkrankung mit Wunschenken und Bagatellisierung kann mit einer dysfunktionalen familiären kindlichen Anpassung verbunden sein (Krattenmacher et al. 2012). Durch eine offene Kommunikation innerhalb der Familie ist die Belastung der Kinder und Jugendlichen deutlich geringer als bei Tabuisierung der Situation (Hui-zinga et al. 2005, Watson et al. 2006).

Die American Cancer Society rät, gegenüber Kindern

- die Erkrankung konkret zu benennen,
- das Wort „Krebs“ auszusprechen,
- das betroffene Körperteil zu benennen, die Erklärung aber nicht anhand des Körpers des Kindes vorzunehmen,
- Informationen, wie eine Behandlung ablaufen wird, zu teilen und
- den Einfluss der Erkrankung auf das Leben der Familie zu erläutern.

Fragen und Reaktionen von Kindern

Fragen von Kindern beziehen sich häufig auf den Verlauf, das Entstehen und die Folgen der Erkrankung, eigene Gefühle von Schuld und Scham sowie eigene Alltags-sorgen. Dennoch lassen sich altersspezifische Unterschiede feststellen.

Abb. 1: Krebs kindgerecht erklären



Vgl. „Krebs erklärt für Klein und Groß“, S. 1 (Darstellung: Kirsten Grabowski).

In den ersten zwei Lebensjahren

Babys reagieren in erster Linie auf die Atmosphäre, in der sie leben, auf die Stimmung der engsten Bezugspersonen. Die Angst von Mutter oder Vater spüren sie unmittelbar und auf die Trennung von ihren Bezugspersonen reagieren sie oft mit heftigem Weinen und Störungen im Essverhalten. Säuglinge und Kleinkinder haben noch kein Zeitempfinden und können nicht abschätzen, wann Mama oder Papa wieder zurückkommen.

Hilfreiches Verhalten

- Je nach kognitivem Verständnis in verstehbaren Worten erklären, dass man krank ist und wie die Krankheit heißt.
- Bei allem Trubel immer wieder eine ruhige, sichere Atmosphäre schaffen.
- Sich immer wieder Schmuszeiten mit seinem Kind gönnen.
- Mahlzeiten und Ausgehzeiten möglichst ruhig gestalten.
- Rituale, etwa zu den Schlafenszeiten, beibehalten, da sie Sicherheit vermitteln.
- Die Betreuungspersonen so selten wie möglich wechseln.
- Die Betreuung, wann immer möglich, im gewohnten Umfeld realisieren.
- Klinikaufenthalte und Arztbesuche je nach kognitiven Verständnismöglichkeiten erklären.
- Den Kontakt zum Kind immer halten (Besuche, Videocalls, Telefonate).

Kinder von drei bis sechs Jahren

Je nach Temperament und Situation reagiert diese Altersgruppe sehr unterschiedlich. Sie haben meist schon aus eigener Erfahrung ein ganz gutes Verständnis von Kranksein und drohendem Verlust.

Wie wir seit Piaget (2015) wissen, sind Kinder in diesem Alter im magischen Denken verhaftet. Dies bedeutet, dass sie beispielsweise die Vorstellung entwickeln können, dass ihre eigenen aggressiven Gefühle oder ihr Verhalten insgesamt die Krankheit von Mutter oder Vater verursacht hat.

Häufig entwickeln sich Kinder in dieser Altersgruppe vorübergehend einen Schritt zurück, sie regredieren auf eine frühere Entwicklungsstufe. Kleinkinder brauchen plötzlich wieder einen Windel oder lutschen wieder am Daumen. Manchmal fangen die Kinder an, selbst über Beschwerden zu klagen. Größere Kindergartenkinder werden manchmal aggressiv und machen Spiel-sachen mutwillig kaputt. Schwierigkeiten

Abb. 2: Warum kann man an Krebs sterben?

Abbildungen Doppelseite: vgl. „Krebs erklärt für Klein und Groß“, S. 50 (Darstellung: Kirsten Grabowski).

beim Einschlafen kommen häufig vor. Dahinter steckt meist eine diffuse Angst.

Hilfreiches Verhalten

- Dem Kind, sobald die Diagnose gestellt wurde und man selbst dazu in der Lage ist, erklären, welche konkrete Erkrankung die Mutter/der Vater hat.
- Das Wort „Krebs“ benennen.
- Nicht alle Einzelheiten besprechen: Kinder in diesem Alter können etwa fünf bis 15 Minuten aufmerksam sein.
- Veränderungen im Alltag thematisieren.
- Konkrete Anhaltspunkte vermitteln. („Am Wochenende machen wir gemeinsam wie geplant den Ausflug oder gehen zum Geburtstag von Oma. Am Samstag ist Papa wieder zu Hause.“)

Kinder von sieben bis zwölf Jahren

Mit dem ersten Schultag beginnen Kinder, sich einen großen Schritt vom Elternhaus zu lösen. In diesem Alter verstehen sie den Ernst der Lage schon relativ gut. Schulauffälligkeiten sind in dieser Altersgruppe am häufigsten: Die Leistungen lassen nach. Aber auch das Gegenteil kann eintreten: Die Kinder möchten dem/der Erkrankten mit den guten Noten eine Freude machen.

Manchmal gestatten sich die Kinder keine Freude mehr im Alltag. Sie glauben, nicht mehr lachen zu dürfen, was im Übrigen auch bei erwachsenen Partnern und Angehörigen oft vorkommt. Kinder in diesem Alter beobachten sehr genau, wie sich der gesunde Elternteil verhält und orientieren sich an seinem Verhalten. Sagt der

Vater etwa: „Mama soll sich mal zusammennehmen und nicht immer so viel weinen“, wird dieses Signal von den Kindern sehr wohl verstanden und sie verhalten sich entsprechend: Sie nehmen sich zusammen und versuchen, nicht zu weinen.

Manche Kinder nehmen eine extrem fürsorgliche Rolle ein, mit der sie dann selbst überfordert sind. Sie bringen der Mutter Tee ans Bett, bemuttern sie, so gut sie können, und weichen nicht mehr von ihrer Seite. Das Empfinden: „Ich kann etwas tun“ vermittelt dem Kind ein Gefühl von Wichtigkeit. Es gibt ihm Halt in der Ungewissheit. Dies sollte allerdings nicht dazu

führen, dass das Kind zu viel Verantwortung übernimmt und Schuldgefühle entwickelt, wenn es mal keine Lust hat, zu helfen oder ärgerlich ist, weil es so viel Rücksicht nehmen muss.

Schuldfantasien treten in diesem Alter häufig auf: „Ich bin schuld an Mutters Erkrankung, weil ich nicht brav war.“ Oder: „Wenn ich nicht brav bin, wird Mama wieder krank.“ Gerade Mädchen sind hierfür besonders anfällig. Schulkinder haben auch häufig große Probleme, mit dem Thema in der Schule umzugehen. Sie wissen nicht, ob, was und zu wem sie etwas sagen sollen. Manchmal führt diese Unsicherheit zur Schulverweigerung. Die Frage, ob man sich an Krebs anstecken kann oder ob man ihn geerbt haben könnte, beschäftigt ebenfalls viele Kinder.

Hilfreiches Verhalten

- Konkret benennen, was sich im Alltag ändert: Das hilft auch größeren Kindern, Sicherheit zurückzugewinnen. („Zum Ballettunterricht bringt dich die Oma, solange ich so müde bin.“)
- Erkrankung, Therapie und deren Wirkung beschreiben: Kinder sind in diesem Alter sehr wissbegierig und mithilfe von Biologiebüchern etc. lässt sich vieles gut erklären.
- Glaubhaft klarmachen, dass Krebs nicht ansteckend ist.
- Betonen, dass sie keine Schuld an der Erkrankung haben.
- Körperliche Veränderungen konkret erklären. („Durch die Chemotherapie ver-



liere ich jetzt meine Haare, ich werde deshalb in der nächsten Zeit eine Perücke oder Glatze tragen. Die Haare kommen aber wieder.“)

- Kontrolluntersuchungen begründen: Wenn Kinder hier keine schlüssige Erklärung erhalten, bekommen sie sehr schnell Angst, dass man ihnen etwas verschweigt.
- Alle für das Kind bedeutsamen Personen informieren: Kinder sollen wissen, wer von der Erkrankung weiß.
- Kein Verbot erteilen, über die Erkrankung mit anderen Menschen zu sprechen.

Jugendliche von 13 bis 18 Jahren

Die Pubertät ist eine Zeit mit sehr widersprüchlichen Gefühlen, die in der Regel durch die Diagnose Krebs von Vater/Mutter verstärkt werden können. Diese Altersgruppe hat es besonders schwer: Die Ablösung vom Elternhaus steht an, durch die Erkrankung fühlen sich jedoch viele Jugendliche wieder „ins Haus zurück gezwungen“, vor allem dann, wenn noch kleinere Geschwister da sind.

Jugendliche ahnen häufig früh, dass etwas nicht stimmt, sind aber oft mit sich selbst so beschäftigt, dass sie von sich aus nicht unbedingt nachfragen. Für Eltern kann es sehr schwer sein, das Gespräch zu beginnen, vor allem auch dann, wenn zuvor schon Konflikte bestanden. Die Angst, selbst zu erkranken, ist sehr typisch für diese Altersgruppe. Der Körper, vor allem sexuell besetzte Körperteile wie die Brust, sind für Jugendliche ein äußerst wichtiges Thema in der Pubertät. Diese Auseinandersetzung wird noch komplizierter, wenn etwa die Mutter eines Mädchens an Brustkrebs erkrankt. Mögliche Reaktionen von Jugendlichen sind:

- Aggressionen gegen den erkrankten Elternteil oder die gesamte Familie,
- depressive Verstimmung/Depressionen
- Schulschwierigkeiten,
- Essstörungen,
- Somatisierungsstörungen, etwa Kopf-, Bein-, oder Bauchschmerzen,
- Drogenkonsum,
- Rückzug von Freunden,
- kein Interesse mehr an Hobbys,
- extrem abweisendes Verhalten.

Hilfreiches Verhalten

- Nicht warten, bis sich eine günstige Gelegenheit zum Gespräch ergibt: Sie kommt sehr selten. Man tut gut daran, die Initiative zu ergreifen. („Ich muss mit dir über ein ernstes Thema sprechen, das uns alle betrifft.“)
- Je geringer das Tabu, je offener der Umgang mit der Erkrankung in der Familie ist, desto geringer ist die Angst.
- Das spezifische Krankheitsbild und die folgenden Behandlungsschritte erklären.
- Jugendliche haben heute fast alle Zugang zum Internet. Sie recherchieren und sind mit den Informationen, die sie finden, häufig völlig überfordert. Hier kann das Gespräch mit den Eltern oder mit professionellen Fachkräften helfen.
- Ein Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin kann Jugendlichen helfen, die Informationen zu sortieren. Das gibt ihnen Sicherheit, und sie sorgen sich weniger.
- Bei Jugendlichen mit nur einem Elternteil: Die Angst, plötzlich ganz alleine da zu stehen, besprechen und konkrete Lösungs-ideen entwickeln.

Kinder aller Altersgruppen brauchen Ermunterung, alle Gefühle, Sorgen und Ängste ausdrücken zu dürfen. Ihnen hilft es, wenn Erwachsene das benennen, wofür ihnen selbst die Worte fehlen: „Ich kann mir vorstellen, dass dich das traurig macht/du das ganz blöd findest/du dich ganz alleine fühlst ... Ist das so?“

Emotionale Entlastung

Kinder von an Krebs erkrankten Eltern stehen vor einer Vielzahl von emotionalen und den Alltag betreffenden Herausforderungen, die ihr Leben auf vielfältige Weise beeinflussen können. Sie müssen mit Ängsten, Trauer, Wut und Verwirrung umgehen und die veränderte Situation verarbeiten.

Es ist deshalb essenziell, dass die betroffenen Kinder von Beginn an Unter-

stützung erhalten: Emotionale Entlastung durch Gespräche, altersgerechte Informationen über Krankheit und Behandlung. Durch die externe Unterstützung von Familie, Freunden, Lehrer:innen, Therapeut:innen, Hospiz- und Palliativteams und anderen professionell Helfenden können Kinder krebskranker Eltern lernen, mit der Situation umzugehen und vielleicht sogar gestärkt aus ihr hervorgehen.

Dabei ist es wichtig zu sehen, dass die beste Unterstützung für Kinder die Stabilität der Eltern ist. Diese benötigen deshalb ebenso die Möglichkeit, ihre Fragen in Ruhe klären zu können – vor allem vor dem Hintergrund, dass die Form der Krankheitsbewältigung sich direkt auf die Lebensqualität der Kinder auswirkt. Ziel muss sein, durch präventive Ansätze Kinder und Jugendliche so zu (unter)stützen, dass sie nicht durch die Erkrankungssituation der Eltern Schaden erleiden, sondern durch entsprechende Hilfen die Belastung gut verarbeiten können. Die frühzeitige Sensibilisierung des medizinischen Versorgungssystems von betroffenen Eltern für die Vulnerabilität der betroffenen Kinder und Jugendlichen bildet dabei die Voraussetzung für die Bereitstellung entsprechender familienorientierter Betreuungskonzepte. ■

* Name geändert

Die Literatur zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

In einer der kommenden Ausgaben von *Dr. med. Mabuse* erfahren Sie, wie Fachkräfte Familien mit Krebserkrankung besser unterstützen können.

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Ich fühle mich zuhause, wenn ich harmonisch mit meiner Familie und engen Freunden zusammen bin.“

Bianca Senf

ist Psychologische Psychotherapeutin und Psychoonkologin. Seit über 30 Jahren arbeitet sie als Psychoonkologin mit Krebspatient:innen und ihren Familien sowohl in eigener Praxis als auch in der Klinik. Bevor sie auf die Stiftungsprofessur „Psychoonkologie“ der Carls Stiftung



Foto: Wolfgang Merkle

an der Evangelischen Hochschule in Darmstadt berufen wurde, baute sie eine psychoonkologische Abteilung an der Goethe-Universität Frankfurt auf, die sie zehn Jahre lang leitete. www.bianca-senf.de



Migräne und Kopfschmerzen sind anstrengend und belastend – aber es gibt Hilfsmittel gegen sie.
Foto: istockphoto.com/Imgorthand

Wenn es zieht, sticht und pocht

Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter

Charly Gaul

Migräne und Spannungskopfschmerzen betreffen viele Menschen bereits im Kindes- und Jugendalter. Daher ist es wichtig, Kindern schon früh Strategien und Techniken nahezubringen, wie sie auf Kopfschmerz- und Migräneerkrankungen reagieren und perspektivisch mit ihnen leben können. Dazu sollten die beteiligten Ärzt:innen Auffälligkeiten ernst nehmen und die Kinder und Jugendlichen gut und offenherzig vorbereiten, wie unser Autor betont.

Kopfschmerzen sind ein häufiger Anlass, ärztliche Behandlung aufzusuchen. Bereits im Vorschulalter berichten ein Drittel der Kinder über wiederkehrende Kopfschmerzen, von jugendlichen Gymnasiast:innen berichtet 80 Prozent über Kopfschmerzen, die mindestens einmal im Monat auftreten. Dahinter können sich primäre Kopfschmerzkrankungen (etwa Migräne oder Kopfschmerz vom Spannungstyp) verbergen oder sekundäre Kopfschmerzen, die Ausdruck anderer Erkrankungen sind. Es ist also im Kindes- und Jugendalter notwendig, Kopfschmerz-

erkrankungen von sekundären Kopfschmerzen zu unterscheiden.

Die häufigste Kopfschmerzursache bei Kindern und Jugendlichen sind Infekte der oberen Atemwege, da diese im Kindesalter besonders häufig auftreten. Von den Kopfschmerzkrankungen sind Spannungskopfschmerz und Migräne die häufigsten Diagnosen.

Symptome erkennen

Behandlungsbedürftig ist vor allem eine Migräneerkrankung. Migräne tritt meist in Familien gehäuft auf, sodass weitere Angehörige von der Erkrankung betroffen sind. Bei Erwachsenen kommt es typischerweise zu einseitigen und pochenden Kopfschmerzen im Rahmen der Migräne. Bei Kindern sind die Kopfschmerzen häufig beidseitig und an der Stirn ausgeprägt. Ganz typisch für die Migräne sind die Begleitsymptome wie Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Übelkeit, gelegentlich auch Erbrechen. Kinder haben zusätzlich häufig noch eine Geruchsempfindlichkeit während der Migräneattacke.

Ältere Kinder können ihre Kopfschmerzsymptome meist gut selbst schildern, bei jüngeren Kindern ist die Verhaltensbeobachtung und Schilderung durch die Eltern sehr wichtig, um eine Diagnose stellen zu können. Eltern fällt gerade bei jüngeren Kindern auf, dass diese, wenn die Kopfschmerzen einsetzen, sehr blass werden und unleidlich sind, über Schmerzen klagen und das Spielen unterbrechen. Neben der Blässe fallen dann häufig auch dunkle Augenringe auf.

Intuitiv ziehen sich die Kinder aufgrund der Begleitsymptome zurück, suchen Ruhe und schlafen. Manchmal ist die Symptomatik nach zwei bis drei Stunden Schlaf völlig verschwunden. Kindliche Migräneattacken können also viel kürzer andauern als Migräneattacken bei Erwachsenen, die durch eine Attackenlänge von vier bis 72 Stunden nach der Internationalen Kopfschmerzklassifikation charakterisiert sind.

Sehr hilfreich kann es außerdem sein, das Kind seine Kopfschmerzsymptomatik malen zu lassen.

Spannungskopfschmerz tritt hingegen ohne Begleitsymptome auf, der Kopfschmerztyp wird typischerweise als drückend und als weniger intensiv als der Kopfschmerz einer Migräne geschildert, sodass die Aktivitäten nicht immer unterbrochen werden und der Kopfschmerz bei körperlicher Aktivität auch nicht zunimmt.

Eine besondere Situation besteht bei der Migräne durch Vorläufererkrankungen. So ist etwa die abdominelle Migräne durch einen wiederkehrenden Bauchschmerz, für den keine anderen Ursachen aufgedeckt werden können, gekennzeichnet. Sehr selten ist das Alice-im-Wunderland-Syndrom, bei dem es zur Veränderung der Seh Wahrnehmung (etwa der Größenproportionen der Umgebung) im Rahmen der Migräneanfälle kommen kann. Bei solchen Syndromen ist sorgfältige organische Diagnostik immer notwendig, um andere Erkrankungen nicht zu übersehen.

Auslöser identifizieren

Für die einzelne Kopfschmerzattacke lohnt es sich gerade bei Kindern, die Auslösesituationen zu analysieren. Die Auslöser von Kopfschmerzattacken bei primären Kopfschmerzkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen sehr vielfältig. Besonders im Kindesalter sind Unregelmä-

ßigkeiten im Schlaf oder das Auslassen von Mahlzeiten starke Trigger. Auch emotionale Anspannung (positiver Stress wie eine Geburtstagsparty, aber auch negativer Stress wie eine Klassenarbeit) können Kopfschmerzattacken begünstigen. Häufig treten diese dann nach den Ereignissen im Stressabfall auf.

Um die Belastung durch eine Kopfschmerzkrankung gut einschätzen zu können, kann das Führen eines Kopfschmerzkalenders empfohlen werden. Es gibt Kopfschmerzkalender, die auch im Kindes- und Jugendalter schon verwendet werden können. Bei jüngeren Kindern können die Eltern die Dokumentation führen. Eine detaillierte Dokumentation der Begleitsymptome ist dann wichtig, wenn die Diagnose einer Kopfschmerzkrankung noch gestellt werden muss. Wenn die Diagnose klar ist, reicht es meist aus, die Häufigkeit der Kopfschmerzattacken und die Wirksamkeit der Akutmedikation zu dokumentieren, damit über zusätzliche vorbeugende Maßnahmen entschieden werden kann.

Sorgfältige Diagnostik

In der Anamnese sind aufgrund der Auslösesituation und Stressoren besonders im Kindes- und Jugendalter die Lebensumstände detailliert zu erfassen. Eine Rolle können lange Schultage, Lernstress, Streit mit Mitschüler:innen und Geschwistern oder belastende Situationen in der Familie (etwa Trennung der Eltern) spielen. Werden solche psychosozialen Belastungen als Ursache einer Kopfschmerzzunahme ausgemacht, ist es natürlich in erster Linie sinnvoll, hier auch für Entlastung zu sorgen.

Häufig reicht das ärztliche Gespräch nicht aus, um alle Belastungsmomente zu erfassen. Frühzeitig sollte bei ansteigender Kopfschmerzfrequenz kinderpsychologische Diagnostik und auch Therapie mit zum Einsatz kommen. Vereinzelt Kopfschmerzattacken sind meist unproblematisch und lassen sich häufig auch gezielt gut behandeln. Problematischer wird es, wenn die Kopfschmerzhäufigkeit deutlich zunimmt, Kopfschmerzattacken wöchentlich oder gar noch öfter auftreten und es zudem zu Ausfallzeiten in der Schule kommt. Bei älteren Jugendlichen spielen als Risikofaktoren einer Zunahme der Kopfschmerzhäufigkeit mangelnde körperliche Aktivität und Alkoholkonsum eine Rolle.

Kleine Gefühle – große Bedeutung

Systemische Therapie und Beratung bei Carl-Auer



auch als eBook

109 Seiten, Kt, 2024 · 17,95 €
ISBN: 978-3-8497-0527-5

„Dieses Buch ist eine Hommage an all die winzigen seelischen Regungen, die sich oft ganz zart und scheu auf der Leinwand unseres Innenlebens abbilden.“

Hans-Christian Biller



auch als eBook

240 Seiten, Kt, 2024 · 27,95 €
ISBN: 978-3-8497-0526-8

„Die Fähigkeit zur Selbstregulation ist der Schlüssel zu Gesundheit, Erfolg und erfüllenden Beziehungen.“

Monika Röder



Carl-Auer Verlag

Auf carl-auer.de bestellt – deutschlandweit portofrei geliefert!

Auffälligkeiten ernst nehmen

Die Kopfschmerzdiagnostik umfasst nicht nur die Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese) bei dem betroffenen Kind – vielfach gemeinsam mit den Eltern – sondern auch eine körperliche Untersuchung. Bei Kopfschmerzkrankungen sollte die körperliche Untersuchung unauffällig sein. Bestehen Auffälligkeiten in der Vorgeschichte, nehmen Kopfschmerzen aus ungeklärten Gründen plötzlich zu und wer-

„Keinesfalls sollte jegliche Freizeitaktivität entfallen und alle verbleibende Energie ausschließlich auf den Schulbesuch konzentriert werden. Ein ausgewogener Wechsel zwischen Aktivität, Entspannung und Ruhe ist wichtig.“

den immer stärker oder findet sich ein auffälliger körperlicher Untersuchungsbefund, ist weitere Diagnostik notwendig.

Vorrangig werden bildgebende Verfahren eingesetzt. Die Kernspintomografie des Schädels ist an erster Stelle zu nennen, da hier keine Strahlenbelastung besteht. In der Notfallsituation kann auch eine kraniale Computertomografie (CT) durchgeführt werden. Im Kindesalter gibt es noch eine ganze Reihe weiterer Ursachen im Rahmen anderer Hirnerkrankungen (etwa Störung des Liquorabflusses, Hydrozephalus), die zu Kopfschmerzen führen und dann der gezielten Diagnostik und Therapie bedürfen.

Schnelle Hilfe

Kinder können Entspannungsverfahren gut erlernen. Im Erwachsenenalter ist die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson gut etabliert; für jüngere Kinder kommen auch Fantasiereisen infrage.

Zur Akuttherapie von Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter stehen Ibuprofen und Paracetamol zur Verfügung. Beim Kopfschmerz vom Spannungstyp kann auch das Auftragen von Pfefferminzöl auf die Schläfen sehr hilfreich sein. Unterstützend kann bei einem Migräneanfall auch das Kühlen mit einem Eisbeutel angewendet werden. Sind Migräneattacken so ausgeprägt, dass sie mit gewichtsadaptiert ausreichend dosiertem Ibuprofen nicht effektiv zu behandeln sind, kann auch ein Triptan zum Einsatz kommen.

Sumatriptan-Nasenspray ist ab dem zwölften Lebensjahr zugelassen. Es gibt jedoch auch Studien zur Therapie mit Triptanen bei jüngeren Kindern, welche die Wirksamkeit und Sicherheit belegen. Hierbei handelt es sich dann immer um Einzelfallentscheidungen. Bei ausgeprägter Übelkeit kann zusätzlich mit Dimenhydrinat oder Domperidon akut behandelt werden. Medikamente zur Anfallsbehandlung der Migräne wirken umso besser, je eher sie im Anfall eingenommen werden. Insofern ist es wichtig, dass der Migräneanfall erkannt wird, damit er rechtzeitig angemessen behandelt werden kann.

Zur Unterscheidung zwischen Spannungskopfschmerz und Migräne kann ein Hüpfetest nützlich sein. Körperliche Aktivität verstärkt den Kopfschmerz häufig, Erschütterung wird als unangenehm empfunden, sodass das Hüpfen auf der Stelle mit der Zunahme der Kopfschmerzbelastung verbunden ist und helfen kann, den Migräneanfall zu identifizieren.

Entlastung schaffen

Kindgerechte Entspannungsverfahren werden an einigen Orten auch als Gruppentherapie angeboten, können ansonsten auch im Rahmen einer psychologischen Behandlung vermittelt werden.

Die Edukation zur Kopfschmerzkrankung selbst stellt immer den ersten Behandlungsschritt dar. Hier sollten kindgerecht Informationen gegeben werden – und die Eltern müssen mit einbezogen werden. Wird ein Zusammenhang mit Stress und Überlastung gesehen, kann es diagnostisch und im zweiten Schritt auch therapeutisch sehr hilfreich sein, einen Wochenplan zu erstellen, und dann gemeinsam mit dem betroffenen Kind und den Eltern zu schauen, wo für Entlastung gesorgt werden kann.

Keinesfalls sollte dabei jegliche Freizeitaktivität entfallen und alle verbleiben-

de Energie ausschließlich auf den Schulbesuch konzentriert werden. Ein ausgewogener Wechsel zwischen Aktivität, Entspannung und Ruhe ist wichtig. Entspannungsverfahren und Ausdauersport können natürlich nur dann wirken, wenn sie sehr regelmäßig (möglichst täglich) eingesetzt werden, insofern wird es nur dann gelingen, eine ausreichende Mitarbeit und Motivation herzustellen, wenn das betroffene Kind auch Freude an der Therapie empfindet.

Die medikamentöse Behandlung kindlicher Kopfschmerzen zur Prophylaxe (Vorbeugung) wird nur im Einzelfall eingesetzt, denn die Datenlage hierzu ist unbefriedigend und widersprüchlich. Möglich ist die Einnahme von Amitriptylin (häufig beginnend mit Tropfen am Abend, damit können sehr niedrige Dosierungen gewählt werden) oder bei der Migräne auch der Einsatz eines Betablockers (Propranolol). Mit einer vorübergehenden medikamentösen Prophylaxe besteht eine gute Möglichkeit, bei sehr häufigen Anfällen eine Entlastung zu schaffen. Für die langfristige Prognose ist jedoch die Umsetzung nicht-medikamentöser Therapieverfahren entscheidend.

Erlernen Kinder bereits früh gute Strategien im Umgang mit ihrer Erkrankung, wirkt sich dies möglicherweise auch positiv auf den weiteren Erkrankungsverlauf aus. Besonders relevant im Falle von Migräne, denn sie ist nicht heilbar. Sie ist häufig über viele Jahre in unterschiedlicher Intensität immer wieder ein Thema in der Lebensgestaltung und auch in der Therapie. ■

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Wenn ich eine Tasse Milchkaffee habe und *DIE ZEIT* zu lesen, dann kann ich den Ort, an dem ich bin, fast völlig vergessen.“



Charly Gaul

ist Privatdozent, Facharzt für Neurologie und Spezielle Schmerztherapie sowie Mitgründer des Kopfschmerzzentrums Frankfurt am Main.
www.kopfschmerz-frankfurt.de

Vorplanung ist die „halbe Miete“



Viele Schwangere sorgen sich um ihr ungeborenes Kind, wenn sie Psychopharmaka einnehmen. Das muss nicht sein. Foto: istockphoto.com/SDI Productions

Mutter werden mit psychischer Erkrankung

Anke Rohde

Was Frauen mit psychischen Erkrankungen und Kinderwunsch vor allem brauchen, ist das Gefühl von Sicherheit, meint unsere Autorin: Die Sicherheit, dass sie sich trotz ihrer psychischen Situation ihren Kinderwunsch erfüllen dürfen, und die Sicherheit, dass sie dabei umfassend unterstützt, begleitet und beraten werden.

Durch die gesellschaftlichen Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten, etwa Veränderungen der beruflichen Aktivitäten von Frauen und ihre Stellung in der Partnerschaft, ist die Entscheidung für oder gegen ein Kind heutzutage oftmals ein sehr bewusster Prozess. Auch die Vielzahl der verschiedenen Familienmodelle beeinflusst die Familienplanung. Zudem hat sich in den letzten Jahrzehnten das durchschnittliche Alter von Erstgebärenden stetig erhöht; in Deutschland lag es 2022 bei 30,2 Jahren.¹

Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Frage der Familiengründung oftmals zeitlich bewusst aufgeschoben wird – zunächst sollen Ausbildung bzw.

Studium abgeschlossen und eine sichere berufliche und finanzielle Basis geschaffen sein. Hinzu kommen möglicherweise Gedanken über die Umwelt- und Lebenssituation, in die ein Kind hineingeboren wird. Und man möchte auch sicher sein, den richtigen Partner zu haben. Eine Vielzahl von Fragen und Bedenken also. Noch komplizierter wird es, wenn eine Frau an einer psychischen Erkrankung leidet und möglicherweise Psychopharmaka einnehmen muss.

Psychische Erkrankungen beginnen oftmals im frühen Erwachsenenleben

Bei etwa einem Drittel aller Frauen wird im Laufe ihres Lebens die Diagnose einer psychischen Störung gestellt.² Frauen sind etwa doppelt so häufig von Depressionen (12-Monats-Prävalenz 13,1 Prozent vs. 6,4 Prozent) und Angststörungen (21,4 Prozent vs. 9,3 Prozent) betroffen wie Männer. Einige psychische Erkrankungen beginnen in der Mehrzahl der Fälle bereits im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter (wie etwa bipolare Stö-

rungen oder Psychosen), andere etwas später (wie etwa Depressionen oder Angststörungen).

Vor allem depressive Erkrankungen können sowohl die Schwangerschaft verkomplizieren (etwa bei Depressionen in der Vorgeschichte) als auch in der Schwangerschaft oder Postpartalzeit beginnen. In der Regel handelt es sich um wiederkehrende (= rezidivierende) Erkrankungen, weshalb nicht selten eine prophylaktische medikamentöse Behandlung erforderlich ist, um weiteren Krankheitsepisoden vorzubeugen, auch als Phasenprophylaxe bezeichnet.

„Dass auch Frauen mit einer psychischen Erkrankung sich im Rahmen ihrer Lebensplanung ganz selbstverständlich mit dem Thema Kinderwunsch befassen und eine Schwangerschaft planen, war nicht immer so.“

Neben diesen „klassischen“ psychischen Störungen können auch Zwangserkrankungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Suchtprobleme etc. – diese treten in der Regel früh auf – eine Schwangerschaft verkomplizieren.

Informationsgewinn im Kontext Kinderwunsch und Elternschaft

Dass auch Frauen mit einer psychischen Erkrankung sich im Rahmen ihrer Lebensplanung ganz selbstverständlich mit dem Thema Kinderwunsch befassen und eine Schwangerschaft planen, war nicht immer so. Eine Vielzahl von Frauen mit Kinderwunsch wurde in der Vergangenheit in eine tiefe Krise gestürzt, weil ihnen apodiktisch gesagt wurde „Nein, mit dieser Erkrankung dürfen Sie nicht schwanger werden!“, oder „Unter keinen Umständen können Sie in der Schwangerschaft diese Medikamente nehmen!“ Das bedeutete, dass sie ihren Kinderwunsch nicht erfül-

len konnten oder ihre psychische Stabilität aufs Spiel setzen mussten.

Daran hat sich vieles geändert, seit die Auswirkungen von Psychopharmaka auf das ungeborene Kind systematisch erfasst und untersucht wurden, seit die Entscheidungsautonomie von Patient:innen in der Medizin zur Selbstverständlichkeit geworden ist und seit die Informationsvermittlung nicht alleine im Rahmen der ärztlichen Behandlung erfolgt.

Gerade aber der Hinzugewinn an Informationsmöglichkeiten kann durchaus zu neuen Problemen führen: Im Internet findet sich eine unüberschaubare Zahl von Informationen zu allen Lebensaspekten, so auch zu einer Schwangerschaft unter Medikation. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen sind offen zugänglich, obwohl die qualitative Bewertung von Studien und ihren Methoden selbst Fachleuten oftmals kaum möglich ist. Ebenso schwierig kann es sein, die Meinungen selbsternannter Ratgeber:innen in Foren oder von Laien, die sich mit einzelnen Themen beschäftigen, einzuordnen. Anders gesagt: Seriöse von nicht-seriösen Informationsquellen zu trennen, kann enorm schwierig sein. Und genau mit diesem Problem kämpfen Frauen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen, wenn sie versuchen, sich zu der Frage, ob und ggf. unter welchen Bedingungen sie eine Schwangerschaft planen können, Rat zu holen.

Dabei ist gerade Sicherheit das, was betroffene Frauen unbedingt brauchen und was nicht zuletzt für die psychische Stabilität von entscheidender Bedeutung ist. Nach eigener Erfahrung trägt nicht nur eine frühzeitige umfassende Beratung zu dieser Sicherheit bei, sondern vor allem das, was wir in der Psychiatrie als „peripartales Management“ bezeichnen, umgangssprachlich auch „Geburtsplanung“ genannt. Schon früh wurde in der Gynäkologischen Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik Bonn ein entsprechendes Programm entwickelt.³

Die Medikamentenwirkung ist nicht alles – andere Aspekte sind zu berücksichtigen

Besondere Ängste bestehen bei Betroffenen und ihren Familien, wenn die Notwendigkeit zur Einnahme von Medikamenten besteht. Wenn eine Schwangerschaft ungeplant eintritt, ist nicht selten der erste Impuls, „sofort alles abzusetzen“, um das

ungeborene Kind zu schützen; damit ist der Rückfall quasi „vorprogrammiert“. Dabei gibt es heute für alle psychischen Erkrankungen Psychopharmaka, für die ausreichend Informationen über den Einsatz in der Schwangerschaft vorliegen.⁴ Pauschal kann man sagen, dass bis auf sehr wenige Ausnahmen bei den Medikamenten, die gegen psychische Symptome eingesetzt werden, die Weitergabe in der Schwangerschaft nach Nutzen-Risiko-Abwägung vertretbar ist (Ausnahme: bestimmte Antiepileptika, die auch bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden und die ein hohes Fehlbildungsrisiko haben, nämlich Valproat und Carbamazepin)⁵.

Dabei sind die befürchteten Auswirkungen der Psychopharmaka nicht alles, was es zu berücksichtigen gilt. Die möglichen Belastungen einer Schwangerschaft und der Geburt sowie die Anforderungen durch die Mutterrolle müssen ebenso bedacht werden wie die möglichen negativen Auswirkungen auf den Verlauf der Erkrankung, d.h. die Möglichkeit einer Verschlechterung der Prognose.

„Die möglichen Belastungen einer Schwangerschaft und der Geburt sowie die Anforderungen durch die Mutterrolle müssen ebenso bedacht werden wie die möglichen negativen Auswirkungen auf den Verlauf der Erkrankung.“

Der Druck, ohne Medikamente in eine Schwangerschaft zu gehen, ist oftmals immens. Dabei übersehen alle Beteiligten die Gefahr für das Kind, die durch die Nicht-Behandlung bzw. eine unzureichende Behandlung entsteht – weil die werdende Mutter vielleicht in der Schwangerschaft wieder krank wird, dann noch mehr Medikamente braucht, weil sie sich ungesund ernährt, nicht mehr schläft, möglicherweise sogar Alkohol oder Drogen konsu-

Abb.: Checkliste Familienplanung bei psychischer Erkrankung

| Themenbereich | Dazugehörige Aspekte |
|--|--|
| Auswirkungen der psychischen Problematik auf Mutter und Kind | <ul style="list-style-type: none"> • Befürchtungen, wegen der Erkrankung keine gute Mutter sein zu können oder mit der Kindererziehung überfordert zu sein (vor allem abhängig von der Art der Erkrankung und ggf. bestehenden dauerhaften Einschränkungen). • Sorge, die Erkrankung an das Kind weiterzugeben (genetische Anteile bei bestimmten Erkrankungen). |
| Schwangerschaft und psychische Stabilität | <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Auswirkungen der Belastungen, die mit einer Schwangerschaft und Geburt bzw. Kindererziehung einhergehen (Stress, weniger Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten, Belastungen, hormonelle Auswirkungen). • Mögliche Auswirkungen auf die erreichte psychische Stabilität (Gefahr einer erneuten Erkrankung, vor allem nach der Entbindung). |
| Psychotherapie | <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Begleitung ausloten; ggf. auf frühere Kontakte zurückgreifen. |
| Im Falle einer medikamentösen Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Auswirkungen der einzunehmenden Psychopharmaka auf das Kind. • Die Frage nach Absetzen oder Umstellen der Medikation. • Suche nach verlässlichen Informationen und kompetenter Beratung zu diesem Thema (www.embryotox.de). |
| Schwangerschaftsvorsorge und Hebamme | <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige frauenärztliche Betreuung sicherstellen. • Zusätzlich zur üblichen Vorsorge erforderliche Untersuchungen; Pränataldiagnostik. • Wahl der Hebamme und frühzeitige Anmeldung. |
| Die Entbindung planen | <ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Geburtsklinik und frühzeitige Anmeldung. • Maßnahmen zur Stressreduktion, vor allem nach der Entbindung (z.B. Stressreduktion, Reizabschirmung, Mitaufnahme des Partners). • Darüber nachdenken, ob Stillen möglich oder eher Abstillen sinnvoll ist. • Klärung einer (zusätzlichen) Bedarfsmedikation in der Zeit rund um die Entbindung. • Psychiatrische Mitbetreuung rund um die Geburt bereits vorher organisieren. • Unterstützung nach der Geburt des Kindes (Familie, professionelle Hilfesysteme) vorplanen. |
| Informationen frühzeitig sammeln | <ul style="list-style-type: none"> • Sich als Betroffene selbst über die eigene Erkrankung und deren Verlauf informieren. • Behandlungsberichte über stationäre Aufenthalte anfordern lassen (beispielsweise über Psychiater:in), sofern diese nicht schon vorliegen. Wichtig für die Einschätzung des Rückfallrisikos nach der Entbindung und eine mögliche vorbeugende Medikation (= peripartale Prophylaxe). |

Eigene Darstellung. Vgl. „Mutter werden mit psychischer Erkrankung. Von Kinderwunsch bis Elternschaft“, S. 49f.

miert und im schlechtesten Fall stationär behandelt werden muss. Oder weil sie nach der Entbindung einen Rückfall hat, wofür das Risiko bei den verschiedenen Erkrankungen unterschiedlich hoch ist – übrigens selbst bei Fortführung der Medikation bis dahin. Deshalb ist nicht nur die sorgfältige Wahl der Medikation von Bedeutung, sondern auch die Planung der Geburt und der Zeit danach.

Zum einen geht es darum, eine im Vorfeld erreichte Stabilität nicht aufzugeben, zum anderen auch darum, mit den zusätzlichen Belastungen umzugehen. Nicht zu unterschätzen sind die hormonellen, körperlichen und psychischen Belastun-

gen, die mit Schwangerschaft und Wochenbett sowie der Betreuung eines Neugeborenen einhergehen.

Die seriöse und fachlich basierte Informationsquelle Embryotox nutzen

Eines der Hauptprobleme bei der Beurteilung von Medikamenten ist die Vielzahl von Informationen, die im Netz verfügbar ist. Dabei greifen viele dieser Informationen nur Einzelaspekte heraus oder geben unreflektiert Sekundärwissen weiter. Die einzige seriöse Informationsquelle, die man Patientinnen und ihren Angehörigen ebenso wie Fachpersonal empfehlen kann, ist „Embryotox“.

Embryotox steht als Kurzform für das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Dort werden seit vielen Jahren in internationaler Zusammenarbeit die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zusammengetragen und bewertet, und darüber hinaus auch Falldokumentationen von Frauen gesammelt, die unter Medikation schwanger waren bzw. gestillt haben.

Auf dieser Basis werden dort Bewertungen zu den einzelnen Substanzen vorgenommen, im Internet publiziert und vor allem laufend aktualisiert. Embryotox bietet auch eine individuelle Beratung an;

nähere Informationen dazu finden sich auf der Webseite www.embryotox.de. Zur ersten Orientierung, man könnte auch sagen „Entängstigung“, reicht oftmals bereits ein Blick auf die Homepage und die Informationen zu der in Frage stehenden Substanz.

Die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung berücksichtigen

Auf der Webseite von Embryotox finden sich darüber hinaus orientierende Informationen zu den verschiedenen psychischen Erkrankungen und Besonderheiten in der Schwangerschaft (ausführlich

„Wir ermutigen unsere Patientinnen dazu, zur ‚Expertin für die eigene Erkrankung‘ zu werden, sich also umfassend über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten zu informieren.“

sind diese dargestellt im Ratgeber „Mutter werden mit psychischer Erkrankung“⁶). Beschäftigt man sich mit dem Thema etwas näher, dann wird sehr schnell deutlich, dass es nicht „die psychische Erkrankung“ ist, die man im Kontext Kinderwunsch und Schwangerschaft betrachten muss, sondern dass jede einzelne diagnostische Einheit ihre Besonderheiten hat. Frauen mit bipolarer Erkrankung müssen ganz andere Dinge berücksichtigen als

von einer Angststörung Betroffene. Eine posttraumatische Belastungsstörung in der Vorgeschichte erfordert wiederum ganz andere Strategien rund um die Geburt als eine wiederkehrende Depression. Deshalb ermutigen wir unsere Patientinnen dazu, zur „Expertin für die eigene Erkrankung“ zu werden, sich also umfassend über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Das wird auch als Psychoedukation bezeichnet.

Unsere langjährige Erfahrung hat gezeigt, dass Frauen sich viel sicherer fühlen, wenn sie selbst – auch in der Partnerschaft – die Entscheidungsprozesse verstehen und mittragen. Unser Ziel ist es, die Autonomie der Frauen zu stärken, sie zu ermutigen, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und sich Unterstützung zu holen – sowohl im familiären und sozialen Umfeld, aber auch im professionellen Beratungsbereich –, was wir übrigens immer als Zeichen von Stärke interpretieren.

Psychotherapie und Beratungsstellen

Psychotherapie hat bei den verschiedenen Erkrankungen einen unterschiedlich hohen Stellenwert. Während beispielsweise Angststörungen und manche Arten von Depressionen ausschließlich mit Psychotherapie behandelt werden können, ist das bei bipolaren Störungen oder Psychosen praktisch unmöglich. Da haben psychotherapeutische Maßnahmen als begleitende Maßnahmen ihren Stellenwert, vor allem bei der späteren Verarbeitung einer solchen Erkrankung. Unabhängig davon kann aber psychotherapeutische Unterstützung im Vorfeld sowie bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderwunsch und Schwangerschaft sinnvoll sein und ebenso als Begleitung in der Schwangerschaft und vor allem nach der Entbindung.

Gab es schon vorher eine psychotherapeutische Behandlung, kann man im op-

timalen Fall auf diesen Kontakt zurückgreifen. Schwieriger wird es, kurzfristig einen neuen Therapieplatz zu finden. Eine Alternative können auch psychosoziale Schwangerenberatungsstellen sein (so etwa Caritas, Diakonie, donum vitae, pro familia oder auch städtische Beratungsstellen), zu denen der Zugang wesentlich niedrigschwelliger ist.

Vorbeugung durch Vorplanung

Im besten Falle setzt sich eine betroffene Frau bereits im Vorfeld ihrer Schwangerschaft mit den Besonderheiten ihrer psychischen Erkrankung auseinander, so etwa mit der Rückfallgefahr, die vor allem nach der Entbindung von Bedeutung ist. Aber selbst wenn eine Schwangerschaft unerwartet und ungeplant eintritt, kann man durch sorgfältige und wohlüberlegte Entscheidungen und Unterstützungsmaßnahmen viel Sicherheit geben und eine erneute psychische Erkrankung verhindern.

In der Darstellung auf S. 53 sind die wichtigsten Aspekte kursorisch zusammengestellt, die bei der Planung bzw. Betreuung einer Schwangerschaft im Kontext einer psychischen Erkrankung zu berücksichtigen sind. Leider besteht an dieser Stelle nicht die Möglichkeit, auf die Aspekte im Einzelnen einzugehen. Diesbezüglich müssen wir auf die entsprechende Literatur verweisen, etwa auf den Ratgeber (nicht nur für Betroffene) „Mutter werden mit psychischer Erkrankung. Von Kinderwunsch bis Elternschaft“⁷. ■

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Wenn ich mich in einer liberalen und weltoffenen Umgebung befinde mit Menschen, die vergleichbare Werte haben und sich Gedanken über die langfristigen Auswirkungen persönlicher und politischer Entscheidungen machen.“

Anke Rohde

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit ihrer Berufung als Universitätsprofessorin für Gynäkologische Psychosomatik an die



Universität Bonn 1997 beschäftigt sie sich schwerpunktmäßig mit allen psychischen Problemen, die speziell Frauen betreffen. Zu einigen dieser Themen hat sie auch Ratgeber für Betroffene geschrieben. www.rohde-bonn.de

Quellen

- 1 Statistisches Bundesamt (2022): Zahl der Woche. Bei der Geburt ihres ersten Kindes sind Frauen in Deutschland durchschnittlich 30,2 Jahre alt. <https://kurzelinks.de/frpe>
- 2 Jacobi, F./Höfler, M./Strehle, J. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85, S. 77–87. <https://kurzelinks.de/vodx>
Erratum dazu: *Der Nervenarzt* 87 (2016), S. 88–90. <https://kurzelinks.de/7p98>
- 3 Rohde, A./Hocke, A./Meurers, A./Dorsch, V. (2016): Peripartales Management bei psy-

chischer Vorerkrankung. Strategien zur Rezidivprophylaxe nach der Entbindung. *Der Nervenarzt* 87, S. 980–988.

- 4 Dathe, K./Schaefer, C. (2019): The Use of Medication in Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* Nov 15/116(46), S. 783–790. <https://kurzelinks.de/pbm3>
- 5 Ebd.
- 6 Rohde, A./Schaefer, C./Dorn, A./Kittel-Schneider, S. (2024): Mutter werden mit psychischer Erkrankung. Von Kinderwunsch bis Elternschaft. Stuttgart: Kohlhammer.
- 7 Ebd.

Superpower bei Übergewicht und Mobbing

Die Kinder aus der Straße der fantastischen Fähigkeiten haben Superkräfte, wie Luca, der graue Dinge in bunte Leckereien verwandelt. Und genau wie die anderen kann er fliegen. Auf das heutige Flugfest freut er sich nicht, denn sie alle fliegen besser als er. Weil sie dünner sind? Nach einem Spruch von Emil verliert Luca seine Superkräfte – bis Liam und Zoe ihm helfen, sie wiederzufinden.

Die Geschichte von Luca regt dazu an, sich mit der Stigmatisierung von übergewichtigen Kindern auseinanderzusetzen. Der Mitmachteil enthält stärkende Übungen bei Mobbing sowie Ideen für eine würdevolle, spielerische Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung. Im Fachteil erfahren Bezugspersonen und Fachkräfte Hintergründe zu psychosozialen Aspekten von Übergewicht bzw. Adipositas und wie betroffene Kinder angemessen begleitet werden können.



- ▶ Die liebevolle Geschichte thematisiert Übergewicht und Mobbing äußerst behutsam
- ▶ Mit stärkenden Übungen für einen gesunden Superheld:innen-Alltag
- ▶ Fachteil für Bezugspersonen und Fachkräfte



Julia Schneider ist Psychologin und systemische Therapeutin. Sie arbeitete viele Jahre in der Darmstädter Kinderklinik u. a. zum Thema Gewichtsstigmatisierung. Ihre Ausbildung zur Schreibberaterin hat sie mit kreativem „Handwerkszeug“ für die Entwicklung psychologischer Kinderbücher ausgestattet. In ihrer (Online-)Praxis für Paare mit Kindern arbeitet sie bindungsorientiert mit Elternpaaren. Sie ist selbst Mutter von zwei Kindern. www.halthafen.de

Lena Stine Walter ist Mediengestalterin und Illustratorin aus Bremen. Es macht ihr besonders Spaß, sich in die Köpfe der Figuren hineinzusetzen und ihre Gefühle zu visualisieren. www.lenawalter-illustration.de

Julia Schneider, Lena Walter
Luca und das Flugabzeichen
Ein Kinderfachbuch zu Übergewicht
und Mobbing
63 Seiten, gebunden
22 Euro, ISBN 978-3-86321-643-6
Lesealter: ab 6 Jahren



Foto: istockphoto.com/
Yummy pic

Erste Essversuche sicher meistern

Wie die Beikosteinführung gelingt und das familiäre Wohlbefinden stärkt

Andrea Knörle-Schiegg

Der Übergang vom Stillen bzw. der Säuglingsnahrung zur Beikost ist ein wichtiges Thema für Eltern. Mütter und Väter werden in dieser spannenden Phase vor eine Vielzahl von Herausforderungen gestellt.

Die Welt der Ernährung hat sich in den letzten Jahren rasant verändert, und mit einer schier endlosen Vielfalt an Möglichkeiten – zum Beispiel bei der Lebensmittelauswahl oder der Beikostmethode – wird die Einführung von festem Essen zu einem komplexen Unterfangen.

Hebammen können Eltern dabei unterstützen, da sie durch den engen Kontakt zu Eltern, auch noch um die Zeit des Beikoststarts, eine sowohl vertraute als auch kompetente Ansprechpartnerin sind. Die Vielfalt an Informationen und Ansätzen erfordert eine differenzierte Herangehens-

weise, und gut ausgebildete Hebammen spielen eine Schlüsselrolle dabei, Eltern nicht nur durch die praktischen Aspekte der Beikosteinführung zu lotsen, sondern auch durch den Dschungel der sich wandelnden Ernährungstrends.

In der Ernährungsberatung spielt eine offene Haltung gegenüber den Einstellungen der Eltern zum Essen und Trinken ihres Nachwuchses eine besondere Rolle. Eine gewinnbringende Unterstützung in dieser Lebensphase kann einen nachhaltigen Einfluss auf die Ernährungsentwicklung der Kleinsten bewirken und prägt somit den Ernährungsstil fürs ganze Leben.

Doch welche Stolpersteine können bei den ersten Essversuchen auftreten? Wo liegen die Schwierigkeiten und wo die Stellschrauben? Erkennt und benennt man die Herausforderungen recht-

zeitig, haben Eltern die Chance, dass sich ungünstige Ernährungs- und Verhaltensweisen bei ihrem Baby schnell klären lassen und einem gesunden und unkomplizierten Essenlernen nichts im Wege steht.

Wenn Konflikte in der Familie die Beikostphase beeinträchtigen

Eine häufige Situation, die Eltern verständlicherweise verunsichert, ist das „Stocken“ der Beikostphase. Damit ist gemeint, dass das Baby zögerlich isst oder gar ganze Mahlzeiten verweigert und kein Fortschritt beim Essen fester Nahrung wahrzunehmen ist. Dafür kann es viele Ursachen geben.

Unbewusst entsteht am Esstisch manchmal eine problematische Dynamik durch unterschwellige Unbehaglichkeit oder Unsicherheit seitens der Eltern, was einfach zum natürlichen Verlauf des Familienernährungsprozesses dazugehören kann. Dies können beispielsweise Meinungsverschiedenheiten über den Beikoststart, die Auswahl der Zutaten oder der Ernährungsrichtung sein.

Konflikte zwischen den Eltern können sich auf die Ernährung des Babys auswirken und einen harmonischen Übergang zur Beikost behindern. Für Erwachsene sind das Konfliktsituationen, mit denen sie umgehen können. Babys jedoch rea-

gieren darauf sensibel und spüren Unsicherheit. Beim Essenlernen ist das Wahrnehmen von Sicherheit das A und O. Grund dafür sind evolutionsbiologische Programme: Kinder lernen besser essen in einer vertrauten Essatmosphäre. Und gerade in der Lernphase spielt dies eine überaus wichtige Rolle.

Hegt ein Elternteil zum Beispiel den Wunsch, das Baby vegetarisch zu ernähren, während der andere Elternteil davon überzeugt ist, dass eine omnivore Ernährung (Mischkost) die beste Option ist, sind Sätze wie „Gib ihm eben etwas Richtiges wie Fleisch!“ oder genauso andersherum „Ein Baby braucht doch gar kein Fleisch.“ keine Seltenheit. Der fehlende Konsens in dieser grundlegenden Entscheidung kann dazu führen, dass das Baby das Unbehagen der Fürsorgenden spürt und die Beikost zögerlich isst oder zeitweise verweigert. Dauert ein solcher Konflikt der Eltern über längere Zeit an, hinterlässt er nicht nur Spuren am Esstisch, sondern kann auch das Verhältnis zwischen dem Baby und der Nahrung beeinträchtigen.

Chance Beikostkurs

Daran wird deutlich, dass eine offene Kommunikation und Einigung zwischen den Eltern nicht nur für das familiäre Miteinan-

Abb.: Überlegungen und Weichenstellung vor der Beikost

| Themenfeld | Überlegungen |
|---------------------|---|
| Milchernährung | Wie lange möchte die Mutter stillen? Wie soll die Milchversorgung des Babys gesichert werden, wenn die Mutter nicht mehr stillen möchte? |
| Betreuung des Babys | Wann möchte/muss die Mutter wieder arbeiten? Wer übernimmt die Versorgung/Betreuung des Babys? Soll das Kind in einer Krippe oder bei einer Tagesmutter betreut werden? Welche Beikostform wird dort jeweils unterstützt? Wie kann die Beikost umgesetzt werden? |
| Eltern | Welche Aspekte der Ernährung sind den Eltern wichtig? Welche Aspekte möchten sie in der Familienssituation leben? Unterstützen beide Elternteile dieselbe Ess-Philosophie? Gibt es hier Diskussionen oder Unstimmigkeiten über die Ernährung des Babys? Sind die Eltern geduldige Menschen? Soll das Kind lernen, seine Mahlzeiten zügig zu essen? Halten die Eltern Unordnung/Chaos in jeder täglichen Esssituation aus? Bereiten die Eltern gerne Nahrung zu/kochen sie gerne? Bereitet die Nahrungszubereitung Stress? Wie gehen Eltern mit eventuellem Verschlucken um? Welches Sicherheitsbedürfnis haben Eltern bei der Ernährung ihres Babys? Welcher Esstyp ist das Kind? |



Eigene Darstellung. Vgl. Tabelle 11 in „Babyernährung kompakt. Ein Grundlagenbuch mit praktischem Kurskonzept“, S. 85.

der und eine angenehme Essatmosphäre, sondern auch für das Wohlbefinden und die Akzeptanz der Beikost durch das Baby von entscheidender Bedeutung sind. Damit ist nicht gemeint, dass am Esstisch immer Friede, Freude, Eierkuchen vorherrschen muss. Doch ist es für die Essentwicklung eines Kindes förderlich, Konflikte nicht am Esstisch auszutragen. Der beste Zeitpunkt, um grundlegende Ernährungsfragen zu klären, ist vor dem Start der Beikost.



Foto: Toa Hefitaba | unsplash.com

Tipp

Geeignete Lebensmittel für die ersten Löffelversuche:

- Kürbis, grüne Bohnen, Karotten, Pastinaken, Lauchweiß, Zucchini, Kartoffel

Lebensmittel für die ersten Breie:

- weitere Gemüsesorten: Brokkoli, Blumenkohl, Petersilienwurzel, Fenchel
- Obst und Früchte: Apfel, Birne, Banane, Avocado, Beeren (je nach Saison)
- Fleisch, Fisch, Ei
- Hülsenfrüchte (z.B. Linsen)
- Getreideflocken (z.B. Hafer, Hirse, Reis, Dinkel)
- Nudeln
- Nussmus
- pflanzliche Öle (z.B. Rapsöl, Leinöl)

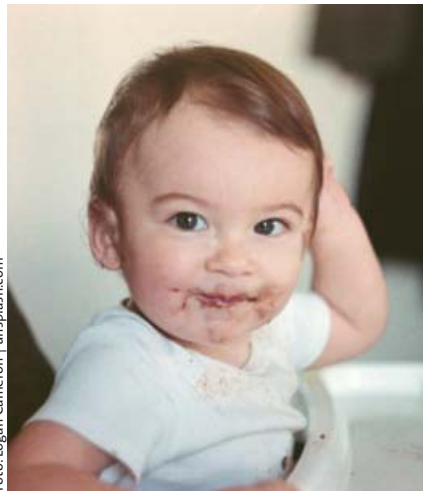


Foto: Logan Cameron | unsplash.com

Tipp

Während eines Beikost-Kurses vor dem Start der Beikost können bereits viele klärende Antworten zum Beikoststart, der Lebensmittelauswahl, der Ernährungsweise etc. gegeben werden. So haben Eltern noch Zeit, sich in Ruhe Gedanken über grundlegende Richtungsweisen in der Familienernährung zu machen.

Sind die Basis-Fragen zum Thema Essen und Trinken geklärt, fällt das Hineinwachsen in die Familienernährung deutlich leichter. Kleineren Schwierigkeiten im Alltag kann dann entspannter entgegengesehen und diese können besser gemeistert werden.

Familienhebammen können eine wichtige Rolle dabei spielen, Konflikte im Zusammenhang mit der Beikosteinführung zu bewältigen, indem sie Missverständnisse aufklären und damit Eltern vor oder in der Beikostphase unterstützen. Sie können Eltern fachkundig über die Bedeutung der Beikosteinführung informieren, mögliche Herausforderungen ansprechen und individuelle Ernährungsansätze besprechen. Dabei ist es entscheidend, eine offene Kommunikation zu fördern, damit Eltern ihre unterschiedlichen Ansichten sowie Bedenken in Bezug auf die Beikost und das Essen und Trinken in der Familie miteinander teilen können und einen gemeinsamen Nenner in der Ernährungsweise finden.

Selbstverständlich bietet ein Beikostkurs nicht nur theoretische Einblicke, sondern auch praktische Anleitungen zur Zubereitung von Beikost. Dies beinhaltet so-

wohl die Auswahl passender Lebensmittel und Produkte als auch die Vorstellung verschiedener Zubereitungsmethoden, um die Vielfalt in der Ernährung des Babys zu fördern. Durch diese praxisnahe Herangehensweise erhalten Eltern oft eine klare Vorstellung davon, wie sie die erworbenen theoretischen Kenntnisse erfolgreich in die tägliche Anwendung umsetzen können.

In dieser Phase geht es nicht nur darum, Herausforderungen zu besprechen, sondern die Familienesskultur aktiv zu gestalten. Die Familienesskultur beeinflusst, wie gemeinsame Mahlzeiten gestaltet, welche Werte in Bezug auf Ernährung vermittelt werden und wie die Beziehung der Familienmitglieder zum Essen geprägt wird.

Was kleinen Gaumen mundet

Doch was gehört nun auf den Teller eines abenteuerlustigen Ess-Anfängers? Die ersten Schritte in die Beikost sind manchmal gar nicht so einfach. Ein sanfter Start ist dabei entscheidend, um sowohl die Umstellung der Verdauung der Kleinen als auch die Anpassung der Eltern an die neue Ernährungssituation zu erleichtern.

Ein guter Zeitpunkt, um mit den ersten Lebensmitteln zu beginnen, ist die Mittagszeit. Durch diesen zeitlichen Ablauf hat der kleine Magen genügend Zeit, die neuen Nahrungsmittel zu verdauen, bis er sich zur Nachtruhe begibt. Die Wahl der Lebensmittel spielt dabei eine wichtige Rolle. Als Beikostgemüse eignen sich für die ersten Löffelversuche Kürbis, Karotten oder Pastinaken und Kartoffeln. Für die folgenden ersten Mahlzeiten sind Gemüse wie Brokkoli, Blumenkohl, Fenchel und Obst wie Äpfel, Bananen, Birnen und saisonale Beeren eine gute Wahl.

Zusätzlich sollten auch Fleisch, Hülsenfrüchte, Getreideflocken, Nudeln, Nussmus und pflanzliche Öle integriert werden.

Es ist ratsam, die Beikost schrittweise einzuführen, beginnend mit kleinen Portionen, die im Laufe der Zeit gesteigert werden. Eine aufrechte Sitzposition des Babys erleichtert die Nahrungsaufnahme. Der Essplatz sollte kindgerecht gestaltet werden, um eine positive Umgebung zu schaffen.

Durch eine vielfältige Ernährung erhält das Baby eine Fülle wichtiger Nährstoffe. Proteine fördern das Gewebewachstum, Fette unterstützen die Entwicklung von Gehirn und Nervensystem. Kohlenhydrate dienen als Hauptenergiequelle und Vitamine (insbesondere D, A, C) un-

terstützen unterschiedliche Körperfunktionen. Mineralstoffe wie Calcium, Eisen und Zink sind entscheidend für Knochengesundheit, Blutbildung und Zellfunktion. Folsäure spielt eine Schlüsselrolle bei Zellteilung und DNA-Bildung.

Flüssigkeiten, durch Muttermilch, Säuglingsnahrung und Wasser, sind essenziell für Hydratation und Stoffwechsel. Ab der dritten vollständigen Mahlzeit – egal ob Brei oder Fingerfood – sollte das Baby zusätzlich 200 ml Wasser trinken. Eine sorgfältige Zusammenstellung der Mahlzeiten nach den „Brei-Bezeichnungen“ ermöglicht eine ausgewogene Ernährung und bietet eine nützliche Orientierung, Mahlzeitekomponenten sinnvoll zu kombinieren. Die drei Brei-Typen sind:

Gemüse-Kartoffel-Fleisch/-Fisch/-Getreide-Brei

Durch diese Mahlzeit mit reichlich Gemüse erhält ein Baby essenzielle Nährstoffe wie Eisen, Zink, Vitamin C, Folsäure, Eiweiß, lebenswichtige Fettsäuren und Ballaststoffe. Verschiedene Gemüsesorten wie Karotten, Brokkoli und Kartoffeln können ausgewählt werden und werden dann um eine Proteinquelle wie Fleisch, Fisch oder Getreide ergänzt.

Getreide-Obst-Brei

Diese Mahlzeit enthält eine ausgewogene Kombination aus Getreide und Früchten, die wichtiges Magnesium, Eisen, Vitamin C, Vitamin B6 und Ballaststoffe liefern. Verschiedene Getreidesorten wie Hafer, Reis oder Dinkel können verarbeitet werden.

Milch-Getreide-Brei

Dieser Brei stellt eine ausgezeichnete Quelle für Calcium, Magnesium, Zink und Eiweiß dar und eignet sich gut als Frühstück oder Abendmahlzeit. Sie unterstützt die Knochenentwicklung und das Wachstum. Die Hauptbestandteile dieses Breis sind normalerweise Milch (Muttermilch oder Säuglingsmilch) und Getreide wie Hafer, Dinkel, Reis, Hirse oder Weizen.



Beikost leicht gemacht

Die Zubereitung der Mahlzeiten an sich muss nicht kompliziert sein. Die Methode „Alle essen aus einem Topf“ erfreut sich bei Eltern äußerster Beliebtheit und stellt im Alltag eine pragmatische Lösung dar. Während die Eltern ihre eigene Mahlzeit zubereiten, kann gleichzeitig eine kleine Menge für das Baby abgezweigt werden. Dies erspart den Aufwand zusätzlichen Kochens und erleichtert die Arbeit.

Wenn beispielsweise Gemüseauflauf auf dem Speiseplan steht, können Kartoffeln und Gemüse für das Baby püriert bzw. klein geschnitten werden, während der Rest für die Eltern in einer Auflaufform zubereitet wird: Die übrig gebliebenen Kartoffeln und das Gemüse werden geschichtet, mit Eiermilch übergossen und mit Käse überbacken. Diese Methode ermöglicht eine gemeinsame Mahlzeit für die Familie, während das Baby die geeigneten Komponenten erhält. So wird die Zubereitung der Beikost praktisch und zeitsparend gestaltet.

Gemeinsam Essen lieben lernen

Die Zeit der Beikost ist nicht nur ernährungsphysiologisch eine Herausforderung, sondern kann auch emotional aufregend sein. Durch ihre einfühlsame Begleitung tragen Familienhebammen dazu bei, Unsicherheiten und Ängste der Eltern zu mildern. Einen positiven Rahmen für die Beikost Einführung zu schaffen und Eltern dabei zu unterstützen, gemeinsam die besten Entscheidungen für die Ernährung ihres Babys zu treffen, ist ein großartige Aufgabe im ersten Lebensjahr. Der Grundstein für eine entspannte Familien-Essatmosphäre wird dabei gelegt.

Das gemeinsame Essen kann als eine der schönsten Erfahrungen des Lebens betrachtet werden und es ist wunderbar, wenn auch Kinder dies genießen und davon lernen können. Daher ist es wichtig, die Einführung der Beikost gelassen anzugehen. Flexibilität, Anpassungsfähigkeit an die Bedürfnisse aller Beteiligten und die Aufrechterhaltung von Genuss, Neugierde und Freude sind dabei Schlüsselemente. Denn die gemeinsame Mahlzeit ist mehr als nur Nahrungsaufnahme – sie ist ein Moment des Zusammenseins und des Genießens, der für die gesunde Entwicklung und das Wohlbefinden von Kindern von unschätzbarem Wert ist. ■

Tolle Rezeptinspirationen der Autorin finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Ich fühle mich in der herzlichen Gesellschaft von Freunden bei leckerem Essen oder Getränken zuhause. Die Kombination aus inspirierenden Gesprächen, Gedankenaustausch oder dem Teilen von Erinnerungen schafft eine Atmosphäre, die mir ein Gefühl der Geborgenheit verleiht.“

Andrea Knörle-Schiegg

ist Dipl. Ökotrophologin (FH) und Gesundheits-



wissenschaftlerin. Sie arbeitet als Lehrerin für Ernährungslehre und ist Dozentin an der DHBW Heidenheim im Studiengang Hebammenwissenschaften. Ihr Buch „Babyernährung kompakt“ erschien 2022 im Mabuse-Verlag.

Elterliche Liebe kennt kein Geschlecht



Foto: Picsea Uzu | unsplash.com

Erfahrungsbericht
nach drei Jahren Beratung
und Begleitung von Eltern
intergeschlechtlich geborener
Kinder

Lilli Fromm

Die Nachricht, dass ihr neugeborenes Kind intergeschlechtlich ist, kann Eltern verunsichern. Der Beratungsbedarf ist entsprechend hoch. Ein Projekt aus Kassel zeigt, wie Eltern in dieser besonderen Situation unterstützt werden können.

Intergeschlechtliche Menschen werden mit Geschlechtsmerkmalen geboren, die weiblich und männlich zugleich, nicht ganz weiblich oder männlich, oder weder weiblich noch männlich sind. Die Geschlechtsmerkmale und Körper intergeschlechtlicher Menschen sind gesunde Variationen menschlicher Geschlechter. Variationen der Geschlechtsentwicklung sind nicht immer bei der Geburt sichtbar. Intersexuelle Menschen können in der Kindheit, in der Pubertät oder im Erwachsenenalter erkennen, dass sie intergeschlechtlich sind.

Hessenweit einzigartiges Beratungsangebot

In Kassel existiert seit 2020 ein hessenweit einzigartiges Beratungsangebot für Eltern intergeschlechtlich geborener Kinder. Im Rahmen einer sozialpädagogischen Fortbildungsreihe zum Thema LSBTIQ* (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queers) im Modul Intersexuellität, wurden die Missstände außerhalb der Großstädte in Deutschland deutlich. In Berlin oder Hamburg sind Beratungsangebote für Eltern intergeschlechtlich geborener Kinder vorhanden, in den Flächenbundesländern gab es solche Angebote nicht. Hessen kommt mit dem Beratungsangebot in Kassel eine Vorreiterrolle zu. Mit der Unterstützung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration im Rahmen des Aktionsplans „Akzeptanz und Vielfalt“ erhielt das VIVA Beratungszentrum – Schwangerenberatung die Möglichkeit, ein Beratungsangebot für Eltern intergeschlechtlich geborener Kinder ins Leben zu rufen und zu etablieren. Ein wichtiger Schritt in Richtung Unterstützung und Aufklärung für Familien in Hessen. Die Schließung dieser Lücke in der Beratung und Unterstützung außerhalb der Großstädte, insbesondere in Bezug auf intergeschlechtlich geborene Kinder, ist entscheidend für das Wohlergehen dieser Familien.

Wenn ein Kind zur Welt kommt, ist nicht alles rosa oder blau

Ziel des Beratungsangebotes ist es, Eltern Raum und Zeit zu geben, damit sie in Ruhe und mit Kraft ihr intergeschlechtliches Kind begleiten können. Der Mehrwert liegt darin, dass Eltern eine ganzheitliche Unterstützung erhalten, die über rein medizinische Aspekte hinausgeht. Sie können lernen, wie sie mit den emotionalen Herausforderungen umgehen, sich mit anderen Eltern in ähnlichen Situationen austauschen und von deren Erfahrungen profitieren. Dies kann helfen, Gefühle wie Trauer, Wut, Unverständnis und Angst zu bewältigen und gleichzeitig eine unterstützende Umgebung für das Kind schaffen.

Ein Beratungsangebot für Eltern von intergeschlechtlichen Kindern ist aus verschiedenen Gründen wichtig. Es bietet eine unterstützende und einfühlsame Umgebung an, in der Eltern ihre Sorgen, Ängste und Fragen in Bezug auf die Intergeschlechtlichkeit ihres Kindes besprechen können. Viele Eltern berichten, sich in einer Situation wiederzufinden, die sie nicht erwartet haben und für die sie nicht ausreichend vorbereitet sind. Wenn ein Kind geboren wird, das nicht dem gängigen Bild von weiblich oder männlich entspricht, können Eltern stark verunsichert sein.

Herzlichen Glückwunsch

Bei der Geburt eines Kindes erwarten die Eltern ein „Herzlichen Glückwunsch, Sie haben einen gesunden Jungen oder ein gesundes Mädchen!“. Geburtssituationen, in denen gesagt wird: „Herzlichen Glück-

wunsch, Sie haben ein gesundes intergeschlechtliches Kind geboren!“, sind wünschenswert, jedoch noch weit von der Realität entfernt. Reaktionen der Geburtsbegleiter:innen und Ärzt:innen in einer solchen Situation sind ausschlaggebend dafür, wie die Information bei den Eltern ankommt und wie der Start in das neue Leben mit einem intergeschlechtlichen Kind beginnt.

Die Erfahrungen der letzten drei Jahre zeigen, dass Eltern oft mehr als nur medizinische Informationen benötigen. Der Austausch mit anderen Eltern, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, kann sehr wertvoll und ermutigend sein. Im Kontakt mit Berater:innen, die mit diesen Themen vertraut sind, können Eltern Strategien erhalten, um besser mit ihren eigenen Emotionen und den Herausforderungen umzugehen, denen sie möglicherweise begegnen.

Die Themen, die in der Beratung besprochen werden können, sind vielfältig und reichen von medizinischen Aspekten und Behandlungsoptionen über rechtliche und soziale Fragen bis hin zu psychologischer Unterstützung. Eltern können sich beispielsweise über die verschiedenen medizinischen Interventionen informieren. Dies geschieht in Begleitung einer Ärztin, die über eine Honorartätigkeit in das Beratungsangebot eingebunden ist. Auch rechtliche Fragen bezüglich Geschlechtseintrag und Namensgebung können behandelt werden.

Kleine Schritte Richtung Akzeptanz

Eine Familie mit einer Tochter mit AGS (Adrenogenitales Syndrom) wurde hier

über drei Jahre lang begleitet. Die Eltern haben einen Migrationshintergrund, wirkten zunächst verängstigt und geschockt durch die Diagnose und die vielen Termine in der Klinik. Neben den medizinischen Fragen hinsichtlich der Medikation und dem möglichen Zeitpunkt für eine Operation empfindet insbesondere die Mutter die Beratungsgespräche als wohltuend, versichernd und bestätigend für ihre abwartende Haltung. Der Vater des Kindes befand sich eher im Hintergrund und stützte die Mutter bei ihrem Vorhaben.

Über das Beratungsangebot in Kassel konnte die Mutter zwei weitere Familien kennenlernen, deren Kinder die gleiche Diagnose hatten. Der Unterschied lag in der Entscheidung der jeweiligen Eltern, für bzw. gegen eine Operation am äußeren Geschlechtsorgan ihres Kindes. Dies waren wertvolle Begegnungen, die die Mutter stärken und weiterbringen konnten. Zum einen weiß sie nun, dass es auch andere Kinder und Menschen gibt, die intergeschlechtliche Merkmale haben, und zum anderen lernt die Mutter, ihr Kind so anzunehmen, wie es auf die Welt gekommen ist.

Sie befindet sich auf dem Weg dahin, ihrem Kind die Entscheidung zu überlassen, ob es sich später operieren lassen möchte oder nicht. Es sind immer kleine Schritte, die die Mutter stärker machen, sodass sie ihr Kind gut durchs Leben begleiten kann. Das Kind besucht mittlerweile eine Kindertagesstätte in Kassel und die Mutter geht einer beruflichen Tätigkeit nach. Die Normalität kehrte auch ohne eine Operation in das Familienleben ein.



NATUR
MODE
LEBEN

Maas.

MAAS-NATUR.DE
ÖKOLOGISCH MODE – FAIR PRODUZIERT
SEIT 1985

UNSERE FILIALEN
Bad Homburg, 2x Bielefeld, Bonn, Freiburg, Gütersloh, Hamburg,
Hannover, Konstanz, Münster, Oldenburg

MAAS-NATUR.DE TEL: 0800 0701200

Neu bei Mabuse



Anna Möllers

Vicky möchte Hebamme werden

Ein Bilderbuch über einen der schönsten Berufe der Welt

38 Seiten, 19 Euro

ISBN 978-3-86321-649-8

„Papa, was machen Hebammen eigentlich ganz genau?“ Vicky träumt davon, später einmal Hebamme zu werden. Deshalb löchert sie ihren Papa mit Fragen. Zum Glück hat er viele Antworten parat und erklärt ihr, welche wichtige Rolle die Hebamme damals bei ihrer Geburt hatte, wofür Hörrohr und Mutterpass da sind und was für spannende Aufgaben sonst noch anfallen. Für Kinder ab 3 Jahren.



www.mabuse-verlag.de

Neben der Kernfamilie gibt es auch noch die Großeltern, weitere Familienmitglieder und Menschen aus dem Umfeld, die Anteil nehmen oder die Situation der Familie kommentieren, was insbesondere die Mutter als sehr belastend empfindet. Für die Großmutter galt das Kind lange Zeit als beeinträchtigt, weil es anders ist, in der Klinik behandelt wurde, Medikamente einnehmen muss und es regelmäßige ärztliche Kontrolltermine gibt. Der Mutter wird dies als Versagen angelastet. Um auch auf solche Aspekte innerhalb der Erfahrung einzugehen, bietet das Beratungsangebot Zeit und Raum. Denn in einem getakteten klinischen Setting können solche psychosozialen und systemischen Auswirkungen einer körperlichen Variante nicht besprochen werden – es fehlt dafür die Zeit.

Wir sind nicht allein

Als sehr wertvoll und unterstützend kann die Zusammenarbeit mit dem Verein „Intergeschlechtliche Menschen e.V.“ bezeichnet werden. Bislang ist in jeder Beratung der Wunsch aufgekommen, andere Eltern eines intergeschlechtlichen Kindes kennenzulernen.

Neben Informationen und Unterstützung der Kliniken, Ärzt:innen oder über das Beratungsangebot, kann eine Beratung mit anderen Eltern von intergeschlechtlichen Kindern oder mit spezialisierten Beratern:innen (Peerberatung) dabei helfen, ein tieferes Verständnis zu entwickeln und einen Raum zu schaffen, in dem sich Eltern verstanden und unterstützt fühlen. Das Wissen, nicht allein zu sein, dass es weitere Eltern mit intergeschlechtlichen Kindern gibt, ist sehr wichtig.

Wir lieben unser Kind so, wie es geboren ist

Ein weiteres Paar sah sich mit einer unerwarteten Herausforderung konfrontiert, als nach der Geburt ihres Kindes zunächst die Annahme eines weiblichen Geschlechts vorlag. In diesem Fall wurde den Eltern zunächst zu einem Mädchen gratuliert, jedoch ergaben weiterführende Untersuchungen, dass das Kind tatsächlich ein Junge mit einer Hypospadie Grad 4 ist. Die plötzliche Veränderung der Geschlechtsidentität des Kindes erwies sich für die Eltern als überfordernd, insbesondere da der Name des Kindes bereits in der Geburtsurkunde als weiblich festgelegt worden war.

Die Eltern wurden in der Beratung über die rechtlichen Aspekte und die weiteren Wege für die Namensänderung beim Standesamt aufgeklärt. Darüber hinaus wurde ihnen Raum geboten, um ihre emotionalen Unsicherheiten zu bewältigen und sich an die neue Situation zu gewöhnen. Eine Kontaktaufnahme zum Verein „Intergeschlechtliche Menschen e.V.“ ermöglichte den Eltern den Zugang zu einer Gemeinschaft und zu Verständnis.

Es ist erfreulich zu berichten, dass die Familie nun in der Lage ist, ihr Familienleben gut zu führen und die Freuden der Elternschaft zu genießen. Dies unterstreicht die Bedeutung einer umfassenden Beratung und den Zugang zu einer unterstützenden Gemeinschaft. Obwohl möglicherweise nicht alle Sorgen im Zusammenhang mit der Hypospadie vollständig abgeklungen sind, erfahren die Eltern fortlaufende medizinische Betreuung und Beratung. Die gegenwärtige Situation des Kindes erlaubt es, eine abwartende Haltung einzunehmen, da es ihm soweit gut geht.

Die gesammelten Erfahrungen aus der Beratungspraxis haben deutlich gezeigt, wie wichtig es ist, pädagogisches Personal in Kindertagesstätten, Horten und Schulen über das Thema der Intergeschlechtlichkeit zu informieren. Da Kinder heranwachsen und diese pädagogischen Einrichtungen besuchen, ist es entscheidend, dass das Personal über ein grundlegendes Verständnis von Intergeschlechtlichkeit verfügt. Dies ist ein weiterer Baustein der Arbeit, um intergeschlechtliche Kinder gesund aufwachsen zu sehen. ■

Wann fühlen Sie sich zuhause?

„Ich fühle mich zuhause, sobald ich unsere Wohnung betrete, die Arbeitskleidung ablege und ich unser wuseliges Familienleben um mich rum habe. Ein gesundes Wohlbefinden, Sicherheit, Geborgenheit, Familie und Liebe geben mir ein Gefühl von zuhause. Unser Wohnmobil ist ebenfalls ein Zuhause. Räumlich sehr eng und luxusfrei mit der Familie zu reisen, gibt mir ebenso ein sehr gutes und heimisches Gefühl.“



Lilli Fromm

ist Diplom-Sozialpädagogin und Leiterin der Schwangerenberatung im VIVA Beratungszentrum.
lilli.fromm@viva-stiftung.de

Die Kinder, die Russen werden müssen

Wie Russland ukrainische Kinder unter dem Deckmantel der Wohltätigkeit ins eigene Land verschleppt

Fleur de Weerd, Pieter Sabel und Laura Hoogenraad

Seit Beginn des Krieges im Donbas 2014 investiert die russische Regierung verstärkt in Strukturen und Einrichtungen der russischen Inobhutnahme ukrainischer Kinder. Mit Beginn der Großinvasion 2022 hat Russland diese Praktiken intensiviert. Unsere Autor:innen beleuchten die Systematik und die Folgen dieses Kriegsverbrechens.

Max* ist ruhig und geht Konflikten aus dem Wege. Er führt Anweisungen umgehend aus und nimmt aktiv an Schulaktivitäten teil. Er arbeitet hart, ist sorgfältig und ehrgeizig. Er träumt davon, zum Militär zu gehen.“

„Anna ist ein nettes und lebhaftes Mädchen, das schnell Kontakt zu ihren Altersgenossinnen findet. Bei Spielen übernimmt sie häufig die Führungsrolle. Sie hilft jederzeit anderen Kindern beim Ankleiden und Schuheanziehen.“

Max und Anna sind ukrainische Kinder aus Waisenhäusern und medizinischen Einrichtungen in Luhansk, im Osten der Ukraine. Sie werden zur Adoption auf einer russischsprachigen Webseite angeboten, auf der sich russische Familien ein neues Familienmitglied aussuchen können. In der „Volksrepublik“ Luhansk – ukrainisches Gebiet, das von Russland seit 2014 besetzt ist – hat die selbsternannte „Regierung“ mehrere solcher Webseiten eingerichtet mit Fotos und Beschreibungen ukrainischer Kinder. Auf der größten hiervon sind 290 Anzeigen zu finden. Wegen des hinter dieser Webseite stehenden Systems wurden in Den Haag Haftbefehle gegen den russischen



„Alina hat einen ruhigen Charakter. Sie hält sich korrekt an die Anweisungen von Erwachsenen. Sie singt gern und hält ihre Sachen stets in Ordnung. Alina möchte gerne eine neue Familie finden, in der sie sich geliebt fühlt.“

Foto: Verpixelter Screenshot der russischen Adoptionswebseite

Präsidenten Wladimir Putin und die russische Kinderrechtsbeauftragte Marija Lwowa-Belowa erlassen. Für den öffentlichen Ankläger des Internationalen Strafgerichtshofes ist das Verbringen von Kindern nach Russland ein Kriegsverbrechen. Gemäß der UN-Völkermordkonvention von 1948 kann die zwangsweise Überführung von Kindern in eine andere Volksgruppe in bestimmten Formen als Genozid angesehen werden. Dahinter steht der Gedanke, einem Volk Gewalt anzutun, denn das Ziel besteht darin, – auf dem Weg über die Kinder – die Zukunft eines Volkes zu kapfen, indem eine Generation deportiert wird.

Auffällig ist dabei, dass dieses mutmaßliche Kriegsverbrechen in aller Öffentlichkeit stattfindet. Niemand in Russland macht ein Geheimnis daraus, dass Kinder aus dem besetzten ukrainischen Gebiet in die Russische Föderation kom-

men, um dort bei Adoptivfamilien untergebracht zu werden. Unter dem Argument „humanitärer Gesichtspunkte“ ermutigt der russische Staat seine Bürger sogar, ukrainische Kinder in die eigene Familie aufzunehmen. „Diese Kinder haben unsere Hilfe nötig“, sagt die Kinderrechtsbeauftragte Lwowa-Belowa dazu. Selbst hat sie einen 15-jährigen Jungen aus Mariupol adoptiert.

Um wie viele Kinder es dabei geht, ist schwer zu sagen. Die Yale University hat öffentliche Quellen in Russland und der Ukraine analysiert und kam auf sicher sechstausend Kinder, die illegal nach Russland gebracht wurden. Die Analysten glauben aber, dass es Tausende mehr sind. Die an dieser Stelle angebotenen Kinder sind zwischen mehreren Monaten und 18 Jahren alt. Mehr als die Hälfte dieser Kinder sind gemäß der Webseite in mehr oder weniger starkem Ausmaß körperlich oder geistig behindert. Nach Analyse ihrer Fo-

„Das Umverteilen der Kinder – häufig in kleinen Gruppen – hat zum Ziel, die ukrainischen Kinder aus ihrer Umgebung zu lösen. Und für eine Zukunft in Russland vorzubereiten.“

tos mit einer Gesichtserkennungssoftware scheinen Dutzende Teenager in den sozialen Medien zu verkehren und dort Details aus ihrem Leben zu teilen. Daneben treten sie in der Propaganda russischer Nachrichtenwebseiten in Erscheinung. Ein Teil konnte selbst bis nach Russland zurückverfolgt werden. Bemerkenswertes Detail: Eine Anzahl von ihnen lebt in dem Waisenhaus, dem die Hauptverdächtige Lwowa-Belowa persönlich einen Besuch abgestattet hat. Das Bild, das sich aus diesen Quellen abzeichnet, ist grau mit vielen Schattierungen. Wir fanden Kinder, die tatsächlich Waisen sind, aus zerrütteten Familienverhältnissen stammen oder aus anderen Gründen niemanden haben, der sich um

sie kümmert. Einige der Kinder machen den Eindruck, dass sie vielleicht tatsächlich in russischen Adoptivfamilien besser aufgehoben sind. So wird das in Russland auch verkauft.

Tatsache ist aber, dass vieles von dem Elend, in dem die Kinder sich befinden, durch Russland selbst verursacht ist. Einige der Waisen hätten wahrscheinlich ihre Eltern nicht verloren, wenn Russland nicht 2014 diesen Krieg begonnen hätte. Andere hätten vielleicht medizinische Hilfe in der Ukraine bekommen können, wenn ihre Heimatorte nicht besetzt worden wären oder das nächstgelegene Krankenhaus nicht durch Russland bombardiert worden wäre.

Manche Kinder sind wirklich Waisen

„Alina hat einen ruhigen Charakter. Sie hält sich korrekt an die Anweisungen von Erwachsenen. Sie singt gern und hält ihre Sachen stets in Ordnung. Alina möchte gerne eine neue Familie finden, in der sie sich geliebt fühlt.“

Auf dem Foto neben dieser Adoptionsanzeige ist ein 16-jähriges Mädchen mit einem Pferdeschwanz zu sehen. Das Mädchen steht vor einem Weihnachtsbaum, trägt eine weiße, weihnachtliche Bluse und hat ein vorsichtiges Lächeln aufgesetzt. Neun Jahre zuvor wurde Alina auch schon fotografiert, wie aus einer Untersuchung mit Gesichtserkennungssoftware hervorgeht. Im Dezember 2014 veröffentlichte eine russische Nachrichtenwebseite einen Artikel über eine prorussische Miliz, die einem „völlig heruntergekommenen“ Waisenhaus in Prewalsk in der Region Luhansk Hilfe anbot. Zwischen den Fotos von Kindern, die mit den Soldaten und ihren automatischen Gewehren posieren, taucht auch ein Foto der kleinen Alina auf. Auf dem Foto sitzt das Mädchen auf dem Knie eines Soldaten der Separatisten.

Obwohl der Krieg in der Ostukraine zu der Zeit noch nicht ein Jahr wütete, hatte die Alina auf diesem Foto ihre beiden Eltern schon durch Gewalt verloren. „Ihre Eltern wurden ermordet“, schreiben die russischen Journalisten. Ihre Mutter sei „zu Hause“ verstorben und der Vater „war beim Militär“. Alina ist ein Beispiel für eine größere Gruppe von Waisenkinder, die tatsächlich keine Eltern mehr haben, mit ukrainischer Staatsbürgerschaft geboren wurden und jetzt in dem von Russland be-

setzten Gebiet leben. Wenn man den russischen Medien Glauben schenken kann, sind die meisten Kinder, die sie „retten“, Kinder wie Alina. Die Artikel über die Waisenhäuser sind voll von mitleiderregenden Formulierungen, um die Kinder aus dem Donbas zu beschreiben: „Wie schön ist es zu wissen, dass wir diesen Kindern helfen konnten“, damit sie „die Sorgen und Entbehrungen in ihren kleinen Leben vergessen“ können.

Für eine russische Familie ist dies eine logische Geschichte: Waisen fallen unter die Obhut des Staates und durch die Verschiebung der Grenze ist dieser Staat nicht länger die Ukraine. Nach russischem Gesetz hat also der (russische, Anm. d. Ü.) Staat für diese Kinder zu sorgen und eine Familie für sie zu finden. Es ist schwer, mit Sicherheit zu sagen, wie viele dieser 290 Kinder auf der untersuchten Adoptionswebseite wirklich keine Eltern mehr haben, aber man kann davon ausgehen, dass tatsächlich Waisenkinder unter ihnen sind, so wie Russland es behauptet. Diese Vermutung wird durch unsere Recherchen gestützt, nach der verschiedene Kinder schon jahrelang in Kinderheimen der Volksrepubliken leben. Außerdem tauchen in ihren Profilen kaum je Erwachsene auf – abgesehen von einigen Mitarbeiterinnen aus den Waisenhäusern.

Sie kommen und holen die Waisen ab

Es scheint vielleicht gut gemeint, aber das Verbringen und „Verteilen“ von Waisenkinder wie Alina ist Teil der russischen Strategie, um so viele ukrainische Kinder wie möglich zu russifizieren. Dieser Prozess ist durch viele internationale Untersuchungen analysiert worden, am besten noch durch „Eastern Human Rights“, eine ukrainische Menschenrechtsorganisation, die Schritt für Schritt beschrieben hat, wie Russland vorgeht, wenn es einen Teil der Ukraine besetzt. Wenn die Kinder aus einer Einrichtung geholt werden (Schritt 1), werden sie in „ein vorübergehendes Gewahrsamszentrum“ im besetzten Gebiet verbracht (Schritt 2), kommen dann in die russische Grenzregion (Schritt 3) und schließlich in bestimmte Verteilungspunkte (Schritt 4), wonach das Adoptionsverfahren beginnt (Schritt 5). Um den letzten Schritt möglichst reibungslos zu gestalten, können sich Adoptiveltern an regionale Datenbanken wenden, wie die in Luhansk.



Foto: Alvaro Lavín / Stocksky

Russland hat ein ganzes Gerüst von Gesetzen, Dekreten und Organisationen errichtet, um Kinder zu russifizieren. So unterzeichnete Präsident Putin im Mai 2022 auf Bitten der Kinderrechtsbeauftragten Lwowa-Belowa ein Dekret, das es Russland leichter macht, ukrainischen Kindern die (russische, Anm. d. Ü.) Staatsbürgerschaft zu verleihen.

Dutzende der 290 Kinder aus Luhansk sind etliche Male verschoben worden. Manchmal vorübergehend nach Russland, manchmal in eine andere Einrichtung, und zwischendurch wurden sie noch kurz in Sommerlager geschickt. Dieses Umverteilen der Kinder – häufig in kleinen Gruppen – hat zum Ziel, die ukrainischen Kinder aus ihrer Umgebung zu lösen. Und für eine Zukunft in Russland vorzubereiten.

Eine Spende für Viktoria

„Dieses Mädchen hat gesundheitliche Probleme. Sie braucht daher enge Betreuung.“

Die neunjährige Viktoria liegt auf dem Foto der Adoptionswebseite in einem Bällebad, mit zwei roten Mohnblumenschleifchen in den Zöpfen, und schaut mit ihren graublauen Augen in die Kamera. Die Organisation sucht einen Betreuer für das Mädchen. Sie leidet an einer Zerebralparese.

Viktoria lebt inzwischen in Moskau, wie aus unseren Recherchen hervorgeht. Sie wohnt in einem Zentrum der Wohlfahrtseinrichtung „Der Weg des Lebens“, die auf ihrer Webseite einen Spendenauf-

ruf eingestellt hat für eine Tagesmutter und eine Wirbelsäulenoperation. Viktorias Arme und Beine sind deformiert. Die Einrichtung, in der Viktoria lebt, schreibt, dass Viktorias Mutter nicht einen Tag mit ihrer Tochter verbracht habe. Sie sei in ein Wohnheim gesteckt worden, wo „niemand sie besuchte, niemand nach ihr schaute“.

Viktoria ist bei weitem nicht das einzige der Luhansk-Kinder mit medizinischen Problemen. Von den 290 Kindern auf der Adoptionswebseite haben russischen Angaben zufolge 173 „gesundheitliche Besonderheiten“ wie Herzprobleme und geistige Behinderungen. Einige Kinder sind „speziell und haben Betreuung und Aufmerksamkeit nötig“, wieder andere können sich „schwer anpassen an eine fremde Umgebung“ oder „verhalten sich oft aggressiv“, schreibt die Adoptionsorganisation.

In den russischen Medien wird häufig angeführt, dass die Kinder aus Luhansk medizinische Hilfe brauchen und es daher von Bedeutung ist, dass Russland Hilfe anbietet, mit Geld, Evakuierung oder durch Adoption der Kinder. Der russische Propagandasender RT (Russia Today) hat selbst einen Dokumentarfilm gedreht über russische Ärzte, die behinderten Kindern in Luhansk geholfen haben. In diesem Film ist auch Viktoria zu sehen sowie ein anderes Mädchen, das auf der Adoptionswebseite gelistet ist.

Aber die Wohlfahrtseinrichtung „Der Weg des Lebens“ stellt ihre Familiengeschichte dramatischer dar als sie ist. Denn

das Foto auf der Webseite, auf dem Viktoria in dem Bällebad liegt, scheint von einer Seite der populären russischen Social-Media-Plattform „VKontakte“ zu stammen, von einer Frau, die über die Jahre viele Fotos von Viktoria gepostet hat. Sie ist vermutlich ihre Mutter (oder ihre Betreuerin). „Mein Engel“, schreibt sie zu einem Foto von einer ganz in Babyrosa gekleideten Viktoria.

Auf einem anderen Foto von 2018 sitzt Viktoria in einem weißen Spitzenkleid auf dem Schoß dieser Frau und feiert ihren Geburtstag vermutlich bei ihrer Großmutter, die auch häufig auf den Fotos mit dem Mädchen zu sehen ist. Es stimmt also kurz gesagt nicht, dass sich niemand um Viktoria kümmert.

„Medizinische Evakuierung“

Eine Evakuierung aus medizinischen Gründen dient – ebenso wie die Deportation und die „Distribution“ von Waisenkinder – oft nur als Deckmantel. Laut den Analysten aus Yale werden aus „medizinischer Notwendigkeit“ systematisch große Gruppen ukrainischer Kinder nach Russland verbracht, die Frage ist aber, ob die Kinder wirklich alle medizinische Hilfe nötig haben.

Auch dieses Vorgehen wurde in Moskau konzipiert. Im September (2023, Anm. d. Ü.) beschloss Präsident Putin, dass alle Kinder im besetzten ukrainischen Gebiet sich einer medizinischen Pflichtuntersuchung unterziehen müssen. Er stellte 1,4 Milliarden Rubel (gut 15 Mio. Euro) für die Untersuchung von Zehntausenden Kindern bereit.

In dem Yale-Bericht führen die US-amerikanischen Analysten das Beispiel eines Mädchens an, das von seiner Mutter in ein Sommerlager geschickt wurde, dort eine Panikattacke erlitt und daraufhin in ein Krankenhaus gebracht wurde. Worauf die Mutter nichts mehr von ihr hörte.

Zurück in die Ukraine?

Bis auf wenige Ausnahmen sind die 290 Kinder auf der Adoptionswebseite noch nicht in Russland. Sie können aber jeden Augenblick adoptiert werden. Und es stellt sich die große Frage, ob die Kinder, die einmal in russischen Familien untergebracht sind, jemals wieder in die Ukraine zurück können. Dadurch dass ein Großteil der diplomatischen Verbindungen zwischen Russland und der Ukraine seit Beginn der Invasion unterbrochen wurden,

sind Verhandlungen über ihr Schicksal nahezu unmöglich geworden. Sicher ist, dass der Weg zurück voller Hindernisse und für minderjährige Kinder allein nicht zu bewältigen ist. Einige der Kinder bekommen dann auch Hilfe. So sprachen wir mit einem Aktivist in Georgien, dem es gelang, mithilfe eines georgischen Regierungsbeamten eine Gruppe ukrainischer Kinder über die Grenze zu bringen. Mehr wollte der Aktivist dazu nicht sagen, um die komplizierte Fluchtroute nicht preiszugeben.

„Selbst wenn es individuelle Fälle gibt, in denen sich die Deportation positiv auswirkt, ist und bleibt das unfreiwillige Verbringen von Kindern aus einem anderen Land eine Verletzung des Kriegsrechts.“

Offiziell sagt Russland, dass Eltern ihren Nachwuchs abholen können. Einige Eltern tun das auch. Aber eine Reise ist teuer und nicht ungefährlich. Männer dürfen die Ukraine nicht verlassen wegen der allgemeinen Mobilmachung und viele Frauen wagen es nicht, weil sie feindliches Gebiet betreten müssen und wissen, dass sie stundenlang vom russischen Geheimdienst FSB verhört werden, bevor sie ihre Kinder bekommen.

Es gibt auch Kinder, die nicht zurückgeholt werden, z. B. weil ihre Eltern Probleme haben oder (teils) prorussisch eingestellt sind, oder weil die Kinder zu viel und zu teure Pflege brauchen. Dass einige Eltern selbst an der Deportation mitgewirkt haben, führt oft zu Angst, Scham und Depressivität. Für einige Menschen ist ihre Situation so schwierig, dass sie nicht in der Lage sind, ihre Kinder zurückzuholen. Hierbei handele es sich um vulnerable Menschen, die u. U. an einem schweren Kriegstrauma litten, sagt die Menschen-

rechtsanwältin Tamila Bezpala. „Sie fürchten das Stigma, als Kollaborateure angesehen zu werden.“

Das gelte auch für die Kinder, sagt die Journalistin Julia Himera, die einen Dokumentarfilm über zwei Mädchen gedreht hat, denen sie half zu entkommen, weil niemand sonst es tat. „Kinder, die zurückkommen, schämen sich schrecklich.“ Aber die Zeit dränge, sagt die Menschenrechtsanwältin Wira Jastrebuwa von „Eastern Human Rights“. Es würden schon Pässe ausgestellt. „Bei diesem Prozess werden persönliche Daten abgeändert, was es erschwert, ukrainische Kinder aufzufinden und zu identifizieren.“ Außerdem komme man mit einem russischen Pass derzeit schwer in die Ukraine. „Also, im Falle dass ein Kind zurückkehren will, ist es für die Betroffenen schwierig zu beweisen, dass sie eigentlich aus der Ukraine stammen.“

Nach Jastrebuwas Ansicht müssten die ukrainischen Behörden viel mehr dafür tun, den Kindern zu helfen. „Ihre Rückkehr sollte nicht davon abhängen, wie viel Mühe ein Familienmitglied, eine Menschenrechtsorganisation oder eine Journalistin auf sich nimmt. Eine zentrale Organisation sollte alle Informationen sammeln, sie identifizieren und ihre Rückkehr erleichtern.“

Ein Kriegsverbrechen

Unter den 290 lächelnden Kindern der Adoptionswebseite befinden sich Kinder, die vielleicht in Russland besser aufgehoben sind als in der grauen Bergbauregion von Luhansk. Kinder ohne Eltern, Kinder, die es selbst gern wollen oder Kinder, die in Russland eine bessere medizinische Versorgung bekommen können. Aber selbst wenn es individuelle Fälle gibt, in denen sich die Deportation positiv auswirkt, ist und bleibt das unfreiwillige Verbringen von Kindern aus einem anderen Land eine Verletzung des Kriegsrechts.

Man dürfe Menschen, schon gar nicht Kinder, nicht aus besetztem Gebiet entfernen, sagt die niederländische Menschenrechtsanwältin Liesbeth Zegveld. „Die Zusammensetzung der Bevölkerung eines Gebietes durch Deportation zu verändern, ist ein Kriegsverbrechen. Und das ist das, was hier passiert.“

Außerdem hätten Kinder einen speziell geschützten Status, sagt Zegveld, sowohl nach internationalem Kriegsrecht als auch nach UN-Verträgen. Die einzige Ausnahme gelte für Waisenkinder, die vo-

rübergehend zu ihrem Schutz evakuiert würden. „Aber dann müssen sie in einen kriegsneutralen Staat gebracht werden. Nicht in das Gebiet der Besatzer.“

„Selbst wenn man die strengsten Schätzungen zugrunde legt für die Zahl der Kinder, die Russland ins eigene Staatsgebiet deportiert, geht es um ein Verbrechen, das viele Menschen betrifft“, sagt Iva Vukusic, die an der Universität Utrecht Kriegsverbrechen untersucht. „Alle diese Kinder haben Familienmitglieder. Es geht um Zehntausende Menschen, die hier zu Opfern werden.“

„Es ist unglaublich, wie viel Mühe Moskau in dieses Unternehmen investiert“, sagt die ukrainische Menschenrechtsanwältin Tamila Bezpala. „Ich konnte es zunächst gar nicht glauben, dass das so groß ist, wie die Kollegen sagten. Inzwischen aber habe ich mit eigenen Augen gesehen, in welchem Ausmaß das geschieht, wie gut es organisiert ist, wie viel Geld Russland dafür ausgibt und wie viele Menschen darin involviert sind. Es ist eine Industrie.“

Die Anwältin aus Charkiw schüttelt den Kopf. „Ich finde es immer noch unfassbar. Und das Tragische dabei ist, dass es um eine Gruppe Kinder geht, für die vor dem Krieg eigentlich niemand nur einen Finger krumm machen wollte.“ ■

* Um die Identität der betroffenen Kinder zu schützen, wurden ihre Namen geändert.

Mitarbeit: Yulia Yatsenko, Erik Verwiel und Xander van Uffelen

Übersetzung aus dem Niederländischen: Christian Golusda (Januar 2024)

Der Artikel ist zuerst bei *de Volkskrant* am 24. Juni 2023 erschienen. Der redaktionell bearbeitete, übersetzte und gekürzte Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung durch *de Volkskrant*. Den ganzen Artikel finden Sie unter <https://kurzelinks.de/c3al>

Fleur de Weerd, Pieter Sabel und Laura Hoogenraad

sind Journalist:innen und Redakteur:innen der überregionalen niederländischen Tageszeitung *de Volkskrant*. Für diesen Bericht haben sie Informationen aus öffentlichen Quellen und Social Media-Plattformen über jedes der 290 Kinder gesammelt, das im April 2023 auf der Adoptionswebseite von Luhansk zu finden war. Um einen besseren Einblick in die Leben der Kinder und die Methoden der russischen Inobhutnahme zu gewinnen, verwendeten sie unter anderem Gesichtserkennung. Dieses Vorgehen ist umstritten, versetzte sie aber in die Lage, Familien der Betroffenen und teilweise sogar die Kinder selbst zu kontaktieren.

Kinder und Familie



Stefan Hetterrich
Kinderängste überwinden
 Das 6-Schritte-Arbeitsbuch für Eltern
 Das Arbeitsbuch richtet sich an alle Eltern, deren Kinder unter Ängsten leiden – von der Angst vor Gespenstern im Kindergartenalter bis hin zu Angststörungen oder Panikattacken bei Jugendlichen. Der erfahrene analytische Psychotherapeut Stefan Hetterrich beschreibt die innerpsychischen Ursachen von Kinderängsten auf kompakte und leicht verständliche Weise. Er stellt Bezugspersonen zahlreiche Übungen und Impulse vor und präsentiert sechs konkrete Schritte auf dem Weg zur Überwindung der Ängste.
 Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2023, 104 S., 16 Euro



Leonie Baltruweit
Schwere Zeiten im Wunderwald
 Ein Kinderfachbuch für Geschwister von Kindern mit schwerer Erkrankung oder Behinderung
 Die bezaubernd illustrierte Tiergeschichte von Leonie Baltruweit unterstützt Geschwister von behinderten Kindern und schwer Erkrankten dabei, mit ihren Emotionen umgehen zu lernen. Ob wütend, traurig oder in Sorge: Alle Reaktionen sind ganz normal und dürfen zugelassen werden – dann fällt es leichter, über die eigenen Bedürfnisse als Bruder oder Schwester eines kranken Kindes zu sprechen.
 Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2023, 67 S., 24 Euro



Karl Heinz Brisch, Wolfgang Sperl, Katharina Kruppa (Hg.)
Early Life Care
 Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr.
 Das Grundlagenbuch
 Neben konkreten Hinweisen und Hilfestellungen für Wissenschaft und berufliche Praxis werden Möglichkeiten für eine verbesserte Zusammenarbeit der jeweiligen beruflichen Professionen und ein besseres Verständnis im Umgang mit jungen Eltern aufgezeigt, die sich in schwierigen Lebenslagen befinden und mit Schwangerschaft, Geburt oder Kindererziehung ge- und überfordert sind.
 Klett-Cotta, Stuttgart 2020, 217 S., 30 Euro



Hans Hopf
Die Psychoanalyse des Jungen
 Das Grundlagenwerk für die Therapie von Jungen thematisiert unter anderem die Früherziehung in Krippen und Kitas mit den besonderen Folgen für Jungen, neue Störungsbereiche wie etwa wachsende Probleme bei der Affektbewältigung, die Auswirkungen der Digitalisierung auf das Lernen, Denken, die Symbolisierungsfähigkeit und die Persönlichkeitsentwicklung sowie ein neues Kapitel über die seelischen Folgen von Krankheiten und Krankenhausaufenthalten.
 Klett-Cotta, Neuauflage, Stuttgart 2021, 464 S., 50 Euro



Bianca Senf, Kirsten Grabowski
Krebs erklärt für Klein und Groß
 Ein Fachbuch nicht nur für Kinder
 Darf ich mit Mama kuscheln, auch wenn sie Krebs hat, oder kann ich mich anstecken? Darf ich wütend sein? Was geschieht in meinem Körper bei einer Chemotherapie? Die Diagnose Krebs ist für Betroffene und ihr Umfeld ein Schock. Besonders Kinder erleben die Krankheit als große Unbekannte, die viele Fragen aufwirft. In diesem Kindersachbuch erfahren sie, unterstützt durch Zeichnungen, was Krebs ist, wie Behandlungen funktionieren und wie sie mit all den Gefühlen, die sie dabei haben, umgehen können. Ein Kinderbuch ab 3 Jahren.
 Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2024, 79 S., 25 Euro



Anke Rohde, Christof Schaefer, Almut Dorn, Sarah Kittel-Schneider
Mutter werden mit psychischer Erkrankung
 Von Kinderwunsch bis Elternschaft
 Wenn Frauen mit psychischen Erkrankungen einen Kinderwunsch entwickeln oder Mutter werden, haben sie viele Fragen und besonderen Beratungsbedarf. Das Buch beleuchtet die Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und erste Zeit mit Kind bei Bestehen einer psychischen Erkrankung. Die Behandlungsmöglichkeiten in der Schwangerschaft und Stillzeit werden aufgezeigt.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 310 S., 30 Euro



Andrea Knörle-Schiegg
Babyernährung kompakt
 Ein Grundlagenbuch mit praktischem Kurskonzept
 In diesem Buch stellt die Autorin aktuelle Erkenntnisse und Hintergründe dar, wobei wesentliche Informationen bewusst allgemeinverständlich aufbereitet sind. Zusätzlich bietet das von ihr entwickelte Kurskonzept „Beikost Einführung“ eine praxisorientierte Unterstützung. Vom Stillen über vegetarische, vegane, breifreie bis hin zur traditionellen Beikost kann für jedes Baby das Richtige gefunden werden. So wird ein entwicklungsphysiologisch förderliches und freudiges Essenlernen möglich.
 Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2022, 165 S., 26 Euro



Corinna Leibig, Charly Gaul
Der kleine Kopfweh
 Ein Kinderfachbuch über Kopfschmerzen und Migräne
 Den kleinen Kopfweh schließt man sofort in sein Herz: Wie kann man ihm nur helfen? Schon wieder hat er starke Kopfschmerzen! Er grübelt, was wohl der Auslöser war und was er falsch gemacht haben könnte. Im Anschluss an den Bilderbuchteil erhalten Eltern und alle, die mit kleinen Kopfschmerzpatient:innen zu tun haben, hilfreiche Informationen und Ratschläge von Dr. med. Charly Gaul, dem Gründer des Kopfschmerzzentrums Frankfurt. Mit einem medizinischen Fachteil zu Ursachen und ihren Therapiemöglichkeiten.
 Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2023, 48 S., 20 Euro

Dr. med. Mabuse abonnieren und eine Prämie erhalten!



- vertiefende Einblicke in ein Schwerpunktthema
 - Spannendes aus allen Bereichen des Gesundheitswesens
 - Praxis- und Fachwissen für alle Interessierten
 - 4 Hefte (116 Seiten) im Jahr für 47 Euro
- www.mabuse-verlag.de/Dr-med-Mabuse/Abonnement

Eine Ausgabe verpasst? Jetzt nachbestellen!



Nr. 262 (4/2023)
Sinn und Empathie



Nr. 261 (3/2023)
Trauma



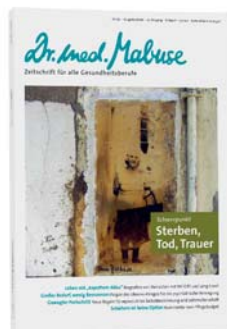
Nr. 260 (2/2023)
Schwangerschaft
und Geburt



Nr. 259 (1/2023)
Nähe und Distanz



Nr. 258 (4/2022)
Sucht | Cannabis



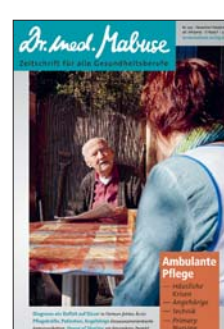
Nr. 257 (3/2022)
Sterben, Tod, Trauer



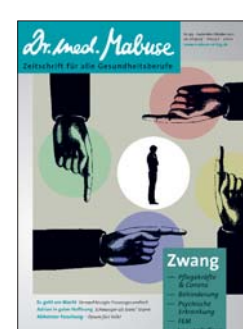
Nr. 256 (2/2022)
Ausbildung & Studium



Nr. 255 (1/2022)
Psychiatrie



Nr. 254 (6/2021)
Ambulante Pflege



Nr. 253 (5/2021)
Zwang

Bezugsbedingungen für unsere Abos: *Dr. med. Mabuse* erscheint viermal im Jahr (47 Euro/Jahr). Die Jahres- und Schüler:innen-/Student:innen-Abos (29 Euro) verlängern sich um ein Jahr, falls sie nicht spätestens sechs Wochen nach Erhalt der vierten Ausgabe im Rechnungszeitraum gekündigt werden. Geschenkabos (39 Euro) laufen automatisch aus. Für das Schüler:innen-/Student:innen-Abo ist bei Abschluss des Abos ein entsprechender Nachweis vorzulegen. Für den Versand ins Ausland fallen Portokosten in Höhe von 6 Euro pro Jahr an.

Mabuse-Aboservice • Postfach 90 06 47 • 60446 Frankfurt am Main • Tel. 069-70 79 96 17 • abo@mabuse-verlag.de
www.mabuse-verlag.de • www.mabuse-buchversand.de



„Die dunkle Seite der Verantwortung“

Foto: Free Walking Tour Salzburg | unsplash.com

Christoph Müller im Gespräch mit Nils Spitzer

In seinem neuen Buch befasst sich Nils Spitzer mit dem weiten Begriff der Verantwortung. Er geht dabei der Frage nach, wie sich komplexe Verantwortungskonstellationen und damit einhergehende Überforderungen auf die Psyche auswirken. Christoph Müller hat mit Nils Spitzer gesprochen.

Christoph Müller: Ihr Buch „Übertriebene Verantwortlichkeit und psychische Störungen“ hat eine ungeahnte Aktualität. Was verstehen Sie denn eigentlich unter den Begriffen der Eigenverantwortung und der Verantwortung für Andere?

Nils Spitzer: Beide Varianten der Verantwortung lassen sich in etwa so unterscheiden: Menschen, die soziale Verantwortung, also Verantwortung für andere, übernehmen, orientieren ihre Handlungen am Wohlergehen anderer – am Wohl der Freunde, der eigenen Firma, der Umwelt, der Familie, des Vereins. Das müssen gar keine weltbewegenden Dinge sein. Verantwortung übernehmen wir schon, wenn wir pünktlich zur Arbeit gehen, den Müll korrekt trennen, versuchen, nicht zu viel Energie zu verbrauchen oder die Kinder aufmerksam zu erziehen. Soziale Verantwortung übernimmt eine Person also, wenn sie versucht, an-

dere vor einem Schaden zu bewahren, oder sich an moralische oder Fairnessregeln zu halten. Soziale Verantwortung ist das Gegenteil von Egoismus.

Gerade in den letzten Jahrzehnten hat aber eine etwas andere Bedeutung von Verantwortung besonders von sich reden gemacht: die *Eigenverantwortung*. Bei ihr geht es um die Sorge bezüglich des eigenen Wohls. Eigenverantwortlich handelt, wer sich um die eigene Karriere, die eigene Alterssicherung oder die eigene Gesundheit kümmert, also auf jeden Fall alle Vorsorgeuntersuchungen absolviert, Sport treibt und einen Blick auf das eigene Körpergewicht oder die private Rentenabsicherung hat. Inzwischen hat sich ja die Annahme fast komplett durchgesetzt, Erfolg und Scheitern, Gesundheit und Krankheit lägen allein in der Verantwortung des Einzelnen. Und darum muss sich heute jede und jeder kümmern.

Wie kommt es denn eigentlich dazu, dass sich zeitgenössische Menschen übertrieben verantwortlich fühlen?

Neben persönlichen Erfahrungen mit Verantwortung und Schuld sowie individuellen Erziehungsbedingungen lassen sich hier meiner Meinung

nach vor allem zwei gesellschaftliche Entwicklungen nennen. Bei zunehmender *sozialer Verantwortung* ist es der Eindruck, in besonders krisenhaften Zeiten zu leben. Überall scheinen Katastrophen zu drohen – und eine drohende Katastrophe drängt alle zu verantwortungsvollerem Handeln. Bei all den aktuell drängenden Problemen scheint sich verantwortungsvolles Verhalten also wie von selbst zu verstehen: konsequenter Masken tragen, um Infektionen zu vermeiden; den Müll gründlicher trennen; sich durchgängig klimaschonender verhalten. Jede Reise, jede Konsumententscheidung und jede Mahlzeit scheinen heute moralisch relevant zu sein.

Bei dem Druck in Richtung *Eigenverantwortung* spielt eher die neoliberale Orientierung am Wettbewerb in den letzten dreißig Jahren eine zentrale Rolle. Es kommt dabei zu einer Beschwörung von Eigeninitiative, Durchsetzungsvermögen und eben auch Selbstverantwortung für die Ergebnisse des eigenen Handelns. Die Handlungsfähigkeit des Einzelnen wird hier oft deutlich überschätzt. Mit einer solch großen Handlungsfähigkeit wird auch die Verantwortung für ein Scheitern allein dem Einzelnen zugeschrieben: Wenn die einzelne Person die Zügel des eigenen Lebens in der Hand hält, dann ist sie eben auch verantwortlich, wenn sie krank wird, den Job verliert oder die Beziehung in die Brüche geht. Wenn ein Mensch krank wird, dann hat er eben nicht genug für die eigene Gesundheit getan – ist also selbst schuld. So in etwa die Argumentation.

Sie sind ein aktiver psychologischer Psychotherapeut, dessen publizistisches Engagement aus der Konfrontation mit Phänomenen in der Begegnung mit seelisch leidenden Menschen erwächst. Welche Entwicklungen haben Sie wahrgenommen, dass Sie sich ermutigt fühlten, das Buch zu schreiben?

Mein persönlicher Eindruck aus den letzten Jahren ist, dass immer mehr Menschen in meine Praxis mit einem seelischen Leiden kommen, das in Zusammenhang mit einer *übertriebenen Verantwortlichkeit* steht. Angeregt von den beschriebenen Rahmenbedingungen, laden diese Personen viel zu viel Verantwortung auf die eigenen Schultern. Und eine solch ausgeprägte Verantwortungsübernahme ist sicherlich keine entspannte Lebenseinstellung: Übertrieben Verantwortliche unternehmen große Anstrengungen, den vielen Verantwortungssituationen gerecht zu werden. Wirk-

„Vielleicht kann man sagen, dass verantwortungsvoll zu handeln eine gute Sache bleibt, solange die Spannung zwischen einem moralischen und einem guten Leben nicht zu groß wird.“



lich alles Schiefgegangene sei ihr Fehler, so denken sie im Nachhinein, entsprechend quält sie oft ein intensives Schuldgefühl.

Was sind denn die konkreten Konsequenzen übertriebener Verantwortlichkeit? Welche seelischen Erkrankungen sind die Folgen? Bei einem übertriebenen Verantwortungsgefühl überwiegt z.B. schnell der Eindruck, der eigenen angenommenen Verantwortung möglicherweise nicht gerecht zu werden, schon bei sehr konkreten Alltagshandlungen: Habe ich wirklich den Herd ausgeschaltet? Ich bin dafür verantwortlich, dass kein Feuer ausbricht und die Nachbarn dadurch zu Schaden kommen! Das wird schnell anstrengend. Alles muss mehrfach überprüft werden, um abzusichern, dass ich der Verantwortung auch wirklich gerecht werde. Der Herd wird nicht nur akribisch und mehrfach daraufhin untersucht (und vielleicht noch einmal fotografiert), ob er auch wirklich ausgeschaltet ist, sondern diese Kontrolle folgt sogar noch einem immer gleichen rituellen Ablauf. Nur so wird eine Person sich sicher, der Verantwortung, die Nachbarn nicht durch ein Feuer zu gefährden, gerecht zu werden.

Und auch bei der schon erwähnten *Eigenverantwortung* kann es zu solchen Anstrengungen und Schuldgefühlen kom-

men. Fühlen sich Menschen nicht auch schuldig, wenn sie ein Nickerchen gemacht haben statt ins Fitnessstudio zu gehen? Bei einer übertriebenen Verantwortlichkeit kommt es zu vielen solcher Kontrollhandlungen und Schuldgefühlen – und von dort ist es nicht mehr weit zu Anspannung, Erschöpfung und Burnout.

Übertriebene Verantwortungsübernahme wird in der klinischen Psychologie inzwischen wegen solcher Auswirkungen als eine wichtige *transdiagnostische Variable* angesehen – also ein Persönlichkeitszug, der in Zusammenhang mit vielen unterschiedlichen psychischen Krankheiten steht. Vor allem bei den Zwangsstörungen ist das gut untersucht. Aber auch bei der generalisierten Angststörung und der sozialen Phobie, der Depression oder der traumatischen Belastungsstörung spielt eine übertriebene Verantwortlichkeit eine Rolle.

Im Zusammenhang mit Ihren Überlegungen tauchen natürlich Termini wie Ethik und Moral auf. Welches Szenario haben Sie im Kopf, wenn es um Verantwortlichkeit geht, die nicht übertrieben ist?

Verantwortung zu übernehmen ist sicherlich erst einmal eine gute Sache, keine Frage. Verantwortung gehört zum Kitt, der Gesellschaften zusammenhält, und ist ein Zeichen engagierter Teilhabe an den Dingen, die um einen herum passieren. Und es ist sicherlich auch eine gute Sache, das eigene Leben nicht einfach anderen zu überlassen, also *Eigenverantwortung* zu übernehmen. Die Grenze zwischen der guten und der dunklen Seite der Verantwortungsübernahme ist leider nicht klar zu ziehen.

Vielleicht kann man sagen, dass verantwortungsvoll zu handeln eine gute Sache bleibt, solange die Spannung zwischen einem moralischen und einem guten Leben nicht zu groß wird. Man sollte eben auch kein *moralischer Perfektionist* werden, weil dann die Gefahr einer Verödung moralisch neutraler Lebensbereiche zu groß wird. Die Orientierung an Verantwortungsübernahme sollte nicht so weit gehen, dass sie keinen Raum mehr lässt für Freundschaften, Spontaneität oder Genuss.

Wie kann den Menschen geholfen werden, bei denen aus übertriebener Verantwortlichkeit seelische Störungen erwachsen sind? Übertriebene Verantwortlichkeit wird in der Psychotherapie verstanden als eine spe-

zifische innere Haltung, ein gedanklicher Filter. Durch diese ‚mentale Brille‘ gesehen, erscheinen Alltagssituationen schnell als Verantwortungssituationen, in denen betroffene Personen sich aufgerufen fühlen, selbst einzugreifen und einen Schaden zu verhindern. Es sind Überzeugungen wie eine ausgeprägte Moralitätsforderung („Ich muss andere unbedingt vor Schaden bewahren!“) oder die Überschätzung des eigenen Einflusses auf den Ausgang einer Situation („Ich selbst habe die Sache doch in der Hand!“; „Wenn ich auf eine Sache Einfluss habe, dann bin ich auch für sie verantwortlich!“), die hier eine Rolle spielen. Dieser gedankliche Filter treibt zu der anstrengenden und quälenden Verantwortungsübernahme an.

Ziel einer kognitiven Verhaltenstherapie ist es, diese Überzeugungen gemeinsam zu verändern, hin zu solchen, die eine ausgewogenere Verantwortungsübernahme ermöglichen (etwa „Ich würde gern andere vor Schaden bewahren und bemühe mich auch darum, aber wenn es einmal nicht gelingt, dann kann ich auch damit leben.“; „Gewöhnlich gibt es viele Einflüsse, nicht nur mich.“). Durch diese ausgewogeneren Überzeugungen wird auch das schlechte Gewissen nicht mehr so überwältigend, wenn eine Person einmal ihrer Verantwortung nicht gerecht wird.

Was Psychotherapie leisten kann, ist das Eine. Was können die zeitgenössischen Menschen im Sinne der Eigenverantwortung und der Selbstreflexion leisten?

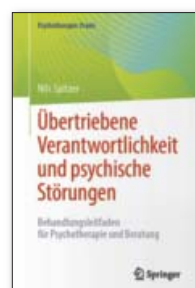
Grundüberzeugungen, auch diejenigen einer *übertriebenen Verantwortlichkeit*, dienen dazu, unter dem alltäglichen Handlungsdruck Situationen einzuschätzen, sich im Umgang mit ihnen schnell zu orientieren. So bleibt oft wenig Zeit, sich diesen gedanklichen Mustern selbst zuzuwenden. Die meiste Zeit des Alltags geht es so. Im Alltag ist es aber immer sinnvoll, sich nicht unhinterfragt auf lang etablierte Überzeugungen zu verlassen. Manchmal brauchen sie einfach ein Update, und das gilt natürlich auch bezüglich der eigenen Position zur Verantwortung. Denn durch die Fixierung auf bestehende Überzeugungen erhält das Leben zwar etwas Schlafwandlerisches und Mechanisches, geht aber leichter von der Hand.

Aber eine solche Lebensführung hat ihre Nachteile: Man stützt sich auf Überzeugungen oder Kategorien, die für die Gegenwart möglicherweise unpassend ge-

worden sind. Gerade sehr engagierte Menschen sollten gelegentlich prüfen, ob ihr Verantwortungsgefühl noch genug Raum lässt für ein ‚gutes Leben‘. Denn Verantwortung tendiert letztlich zum Unersättlichen – das Verpflichtende, Vereinnahmende an ihr ist greifbar, der Sog, immer und überall verantwortlich zu handeln. Mit dem eigenen Netflix- oder Fitnessstudio-Abo kann eine vom Hunger bedrohte Familie in der Dritten Welt vielleicht ein Jahr lang ernährt werden. Wie kann man dagegen noch irgendetwas Außermoralisches rechtfertigen? Hier ist es im eigenen Nachdenken immer wieder wichtig, sich an das Recht auf ein gutes Leben gegen die Erfordernisse eines moralischen Lebens zu erinnern. Wo bleibt sonst noch Platz für Spontaneität und Lebensfreude, für das unbeschwertere Streben nach Glück im Alltag.

Ähnlich argumentiert der Philosoph André Gorz in seiner Vorstellung eines *multipolaren Lebens* – Menschen sollen nicht in einer Sache völlig aufgehen. Das ist kein komplettes Leben, weder in der Arbeit noch der Verantwortlichkeit für andere. Personen, die sich nur einer Sache widmen, führen nicht nur ein eingeschränktes Leben, sondern manche Autoren rücken sie in die Nähe des Fanatismus. Und wer will schon gern ein Fanatiker sein? Bei der Eigenverantwortung ist diese gelegentliche Wachsamkeit gegenüber den eigenen Überzeugungen übrigens fast paradox – Eigenverantwortung übernehmen, um sich nicht von außen zu viel Eigenverantwortung aufschwätzen zu lassen. ■

Vielen Dank für das Gespräch!



Zum Weiterlesen:
Nils Spitzer: *Übertriebene Verantwortlichkeit und psychische Störungen. Behandlungslitfadens für Psychotherapie und Beratung.* Springer 2023, 212 S., 34,99 Euro

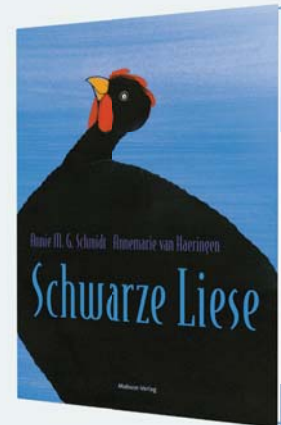
Nils Spitzer

ist Diplom-Psychologe mit Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit staatlicher Approbation. Zudem hat er einen Abschluss in Soziologie und Literaturwissenschaft. Er lebt und arbeitet in Berlin.

Christoph Müller

lebt und arbeitet als psychiatrisch Pfleger und Fachautor im Raum Köln/Bonn.

Neu bei Mabuse



Annie M. G. Schmidt,
Annemarie van Haeringen

Schwarze Liese

26 Seiten, 16 Euro

ISBN 978-3-86321-657-3

Schwarze Liese wäre gern getüpfelt und etwas ganz Besonderes. Aber die anderen Hühner lachen sie aus und das macht Schwarze Liese ganz traurig. Wie kann sie es nur beweisen, dass sie wirklich etwas ganz Besonderes ist?

Aus dem Klassiker über ein depressives Huhn der niederländischen Autorin Annie M. G. Schmidt („Die Königin der Kinderlyrik“, FAZ) machte die Illustratorin Annemarie van Haeringen ein fröhliches Bilderbuch. Und am Ende gibt es keinen Zweifel: Schwarze Liese ist das schönste schwarze Huhn mit schwarzen Tüpfeln!

www.mabuse-verlag.de

Mehr Berufsstolz oder mehr Pride?

Gedanken über eine destruktive Debatte in den Pflegeberufen



Foto: picture alliance/dpa | Rolf Vennenbernd

„Ist die ‚Horrorschwester‘ vielleicht die aktivistische Überspitzung des in der Gesellschaft verankerten negativen Bildes der rabiaten Krankenschwester?“

Ludwig Thiry

Das Thema Berufsstolz ist insbesondere in der deutschen Pflegelandschaft nicht unumstritten. Dient er einigen als Mittel zur politischen Mobilisierung, warnen andere vor der Verausgabung, die er mit sich bringen kann. Unser Autor wirft einen Blick auf die unterschiedlichen Positionen der Auseinandersetzung.

Ich erinnere mich nicht, wann ich zum ersten Mal von Berufsstolz in der Pflege gehört habe. Aber ich kann bis heute den Widerwillen aufrufen, der damit verbunden war. Ich entschied mich deshalb, diesen Widerwillen zu ergründen, und lade Sie ein, mir auf einer kleinen Expedition zu folgen, die keine wissenschaftliche Vollständigkeit beansprucht, ein paar Aspekte auslässt und vielleicht mehr Fragen aufwirft als Antworten gibt. Am Ende der gedanklichen Reise wurde mir klar, warum Berufsstolz für viele Engagierte in der beruflichen Pflege eine wichtige Antriebsfeder ist – aber nicht für alle. Und ich verstehe jetzt besser,

warum die Appelle an den Berufsstolz bei vielen Kolleg:innen verhallen.

Meine wichtigsten und tiefsten Erfahrungen in der Pflege passen nicht zu diesem Begriff. Ich verbinde damit einerseits Wärme, Begegnung, tiefe Zufriedenheit, etwas seltener auch Glück und andererseits Erschrecken, Erschütterung, Zweifel und Ratlosigkeit. Widerwillen hat in mir auch der Appell ausgelöst, Berufsstolz zu entwickeln, weil er die Voraussetzung für politische Durchsetzungskraft sei. Oder andersherum: Wer keinen Berufsstolz habe, trage Mitverantwortung für die Misere des Pflegeberufs. Berufsstolz hat verschiedene emotionale und kognitive Facetten, er lässt sich psychologisch wie soziologisch ergründen. Ich begann meine Reise in den Gefilden der Soziologie.

Die soziologische Perspektive

In soziologischen Texten kommt Berufsstolz immer wieder vor, ohne dass der Begriff definiert würde. Zwei Texte halfen mir weiter. Der erste stammt

von Theodor Geiger. In einem Aufsatz aus dem Jahr 1929 definiert er Berufe als „(a)lle einzelnen Arten wirtschaftlicher Tätigkeit, soweit diese Tätigkeiten vom wirtschaftenden Menschenkreis als Ganzem für werteschaffend anerkannt werden“ (Geiger 1929, S. 679). „Werteschafter“ ist das Erfüllen einer wichtigen Funktion für die Gesellschaft und somit nicht unbedingt an Erwerbsarbeit gekoppelt. Berufsstolz ist für Geiger die „Überzeugung vom Wert meines beruflichen Tuns und von der gesellschaftlichen Würde meiner Stellung“ (ebd.). Berufsstolz sei mit dem Geborgensein an einem bestimmten Platz in der Gesellschaft verbunden. Er ginge deshalb mit der grundsätzlichen Bejahung der jeweiligen Gesellschaftsform einher.

Von einer grundsätzlichen Bejahung der aktuellen gesellschaftlichen Gegebenheiten durch die Mitglieder der Mittelschichten gehen auch Kumkar et al. in ihrem Buch „Die beharrliche Mitte – Wenn investive Statusarbeit funktioniert“ aus. Sie untersuchen in der qualitativen Studie die Strategien von Angehörigen der Mittelschichten, einen einmal erreichten Status abzusichern oder zu verbessern, und haben dabei drei verschiedene Typen der Lebensführung identifiziert, nämlich die Lebensführung der investiven Statusarbeit im engeren Sinne, die Lebensführung des Berufsstolzes und die gemeinschaftszentrierte Lebensführung (Kumkar et al. 2022).

Investive Statusarbeit im engeren Sinne betreiben Mitglieder der Mittelschichten durch großes berufliches Engagement unter Einsatz von ökonomischem (Geld) und kulturellem (Aus- und Weiterbildung, Studium) Kapital. Sie wollen vor allem ihren sozioökonomischen Status verbessern. Die Treue zum Beruf ist wenig ausgeprägt, Berufswechsel sind üblich. In der Pflege findet sich dieser Typus klassischerweise bei Personen, die in die Medizin oder in Managementpositionen außerhalb der Pflege gehen. Auch die nicht seltenen Wechsel in die IT-Branche können wahrscheinlich diesem Typus zugeordnet werden. Der Appell an Berufsstolz dürfte bei diesen Personen wenig oder nur insoweit verfangen, als er eigenen Karriereambitionen nutzen kann.

Berufsstolze hingegen zielen auf Statussicherung oder -verbesserung durch die Meisterschaft in einem einmal gewählten Beruf. Sie stecken alle Kräfte in eine immer bessere Berufspraxis. Ihr Engagement ist mit der Bestrebung verknüpft,

von einem Publikum Anerkennung und Beifall zu erhalten, das sie für besonders kompetent befinden. Der Wunsch nach Anerkennung und Beifall wird aber nie oder nur kurzzeitig gesättigt. Es handelt sich um einen selbstverstärkenden Prozess, bei dem nach jeder erreichten Zielmarke ein neues Ziel angestrebt wird. Für die Pflege lässt sich vermuten, dass es vor allem die Berufsstolzen sind, die den Prozess der Professionalisierung maßgeblich vorantreiben. Die immer neuen Zielmarken lassen sich in den letzten Jahrzehnten für die Berufsgruppe insgesamt gut ablesen: Mehrfache Umbenennungen der Berufsbezeichnung, Ausbildungsreformen, Akademisierung und Verkammerung sind eng mit dem Ringen um mehr Anerkennung in Gesellschaft und Politik verknüpft.

Die Gemeinschaftszentrierten betreiben ihre Statusarbeit vor allem im sozialen Nahfeld, wozu Familie, Freunde oder Vereine gehören. Die Sicherung der Stellung in der Gesellschaft geschieht über die Pflege persönlicher Beziehungen. Sozioökonomisch handelt es sich um eine Statusbescheidung. Die Gemeinschaftszentrierung ragt bis in die Gestaltung der beruflichen Tätigkeit hinein. Gemeinschaftszentrierte legen daher größeren Wert auf die Gestaltung individueller Beziehungen zu ihren Klient:innen als auf die Einhaltung berufsspezifischer Normen. Für die berufliche Pflege stellt sich daher die Frage, ob die Gemeinschaftszentrierten an einer Statusverbesserung der Berufsgruppe überhaupt Interesse haben und ob Appelle an den Berufsstolz bei ihnen nicht einfach verhallen.

Kumkar et al. machen aufgrund des qualitativen Designs ihrer Studie keine Angaben über die Größe der drei identifizierten Typen innerhalb der Mittelschichten. Auch eine geschlechtsspezifische Unterscheidung nehmen sie nicht vor oder konnten sie nicht finden. Allerdings gehen sie davon aus, dass Frauen ihre beruflichen Ambitionen eher für den männlichen Partner zurückstellen als umgekehrt. Zu denken wäre hier etwa an die Konstellation, in der der Mann nach der Pflegeausbildung ein Medizinstudium absolviert, das die Frau, die er in der Ausbildung kennengelernt hat, mitfinanziert. Ein Modell, das dem Autor im persönlichen Umfeld mehrfach begegnet ist.

Zur Überprüfung der These, dass die Entwicklung von Berufsstolz die Mobilisierungsbereitschaft und den Organisati-

onsgrad beruflich Pflegenden verbessert, wäre die Untersuchung oder zumindest die Reflexion folgender Fragen wichtig: Wie verbreitet sind die gemeinschaftszentrierte und die berufsstolzorientierte Lebensführung unter Pflegefachpersonen jeweils? Gibt es einen geschlechtsspezifischen Zu-

„Für die Pflege lässt sich vermuten, dass es vor allem die Berufsstolzen sind, die den Prozess der Professionalisierung maßgeblich vorantreiben.“

sammenhang zwischen Gemeinschaftszentrierung und dem hohen Anteil von Frauen in der Pflege? Wie wirkt sich dies ggf. auf die Repräsentation der Berufsgruppe nach außen aus? Welches Geschlecht und welchen Typus der Lebensführung haben Führungskräfte, Lehrende an Hochschulen, Führungspersonen in Verbänden und Kammern und nicht zuletzt Einzelpersonen in sozialen Netzwerken mit hohen Followerzahlen? Kann ein Shift zwischen Berufsstolz und Gemeinschaftszentrierung überhaupt durch Appelle oder Bildung nachhaltig herbeigeführt werden?

Die psychologische Perspektive

Berufsstolz ist kein psychologisches Konstrukt. Ich bog auf meiner Reise deshalb zum allgemeineren Begriff Stolz ab. Die American Psychological Association definiert Stolz als Emotion, die auftritt, wenn jemand ein Ziel erreicht hat und die Leistung von anderen anerkannt und bestätigt wird. Freude oder Glück unterscheiden sich vom Stolz dadurch, dass sie auch ohne Anerkennung von außen entstehen (APA o. J.). Bei einer Berufsgruppe mit einem ohnehin hohen Leistungsniveau kann diese Kopplung von positiven Gefühlen an Leistung und Anerkennung von außen leicht zu Verausgabung und Selbstausschöpfung führen. Ohne Einbettung in Strukturen, die die Gesundheit der Beschäftigten schützt, kann Berufsstolz auch negative Folgen haben oder schnell zusammenbrechen (vgl. Snelvedt/Bondas 2016).

Jessica L. Tracy und Richard W. Robins beschreiben außerdem eine weitere Spielart von Stolz, die mit der Abgrenzung und Abwertung anderer Personen oder anderer Gruppen einhergeht, und die sie „hubristic pride“ (Tracy/Robins 2007) nennen. Abgrenzung und Abwertung werden in der deutschen Diskussion am ehesten innerhalb der eigenen Berufsgruppe sichtbar. Andere Berufsgruppen sind, so scheint es, eher als das kompetente Publikum erwünscht, das applaudieren soll. Es wer-

„Bei einer Berufsgruppe mit einem ohnehin hohen Leistungsniveau kann diese Kopplung von positiven Gefühlen an Leistung und Anerkennung von außen leicht zu Verausgabung und Selbstausbeutung führen.“

den Normen formuliert, die über die Zugehörigkeit oder den Ausschluss zur Gruppe der Berufsstolzen entscheiden, so auch in dem bekanntesten deutschsprachigen Buch über Berufsstolz in der Pflege (Quernheim/Zegelin 2021), auch wenn der Autor und die Autorin explizit betonen, dass es ihnen nicht um überheblichen Stolz ginge.

Berufsstolz als normativer Anspruch

Quernheim und Zegelin bezeichnen ihr Buch als „Mutmachbuch“ mit dem Ziel, Pflegefachpersonen anzuspornen und „proaktiv eine Akteurin oder ein Akteur unseres wundervollen und gewichtigen Berufes zu werden.“ Sie sollen für sich selbst und die Berufsgruppe Lobbyarbeit praktizieren und damit echte politische Kraft entfalten (Quernheim/Zegelin 2021, S. 20). In verschiedenen Varianten deklinieren sie, wie die berufsstolze Pflegefachperson sein soll: von der inneren Haltung über Körperhaltung und Sprache bis hin zu berufspolitischem Engagement. Den norma-

tiven Charakter unterstreichen zahlreiche Formulierungen im Imperativ. Pflegefachleute, die der Norm nicht entsprechen, werden diskreditiert. Sie haben „nicht nachgedacht“ (ebd., S.20), sie benutzen „unglücklichen Jargon“ (ebd., S.189), sie sind zu „unpolitisch oder zu geizig“, sich zu organisieren (ebd., S.238). Nicht zuletzt werden sie für den Personalmangel mitverantwortlich gemacht, weil sie den Beruf schlechtreden (ebd., S.20). Auf diese Weise wird eine moralische Grenze zwischen berufsstolzen Pflegefachpersonen und den anderen gezogen.

Unter Bezug auf ein angebliches mitteleuropäisches, philosophisch-kulturelles Verständnis von Pflege grenzen Quernheim und Zegelin berufsstolze, deutsche Pflegefachpersonen implizit auch von ausländischen ab. Bachelors of Science in Nursing aus dem Ausland heißen dann „importierte Kolleg:innen“, von deren akademischer Qualifikation sich die, die schon da waren, nicht beeinflussen lassen sollen (ebd., S.66). Betreuungskräfte aus osteuropäischen Ländern werden, ohne dass Daten zu ihrer Qualifikation oder der Qualität ihrer Arbeit bekannt wären, als „ungelehrte Polin“ (ebd., S.85) in den Kollektivsingular versetzt. Ein einziger Artikel im *Spiegel* genügt, um ihnen ein kollektives Alkoholproblem zu unterstellen (ebd., S.91). An wen richten sich diese Appelle an den Berufsstolz? Sind Kolleg:innen aus Kroatien, Brasilien oder von den Philippinen mitgemeint?

Pride als emanzipatorische Bewegung

Ohne Zweifel sind die Berufsstolzen die Antreiber:innen der Professionalisierung der Pflege, von Akademisierung, Verkammerung und Organisation in Berufsverbänden. Weniger wissen wir über die de-

zidierten Gegner:innen dieser Entwicklungen. Zumindest ein Teil von ihnen ist formal nicht organisiert, von Fall zu Fall aber äußerst engagiert. Beispiele sind die Anti-Kammerbewegungen in Niedersachsen, Schleswig-Holstein oder Nordrhein-Westfalen, die unabhängig von der Gewerkschaft ver.di die Verkammerung radikal bekämpften. Von diesen ist eher nicht anzunehmen, dass sie zu den Gemeinschaftszentrierten gehören, bei denen die Appelle der Berufsstolzen einfach nur verhallen. Vielleicht zeigen sie eine andere Art von Stolz in anderen Formen und in einer anderen Sprache.

Pride-Bewegungen kennen wir als Black Pride, Gay Pride, Mad Pride und andere. Es handelt sich um emanzipatorische Bewegungen marginalisierter Gruppen, die in Sprache und Auftreten unterdrückende Strukturen sichtbar machen und eigene Sichtbarkeit und Wirksamkeit in der Gesellschaft einfordern (vgl. Merriam-Webster o. J.). Ein wesentliches Element ist die Umkehrung von abwertenden Markierungen und Klischees ins Positive, wie etwa die selbstbewusste Umwertung des Schimpfwortes „schwul“ und seine Nutzung als Eigenbezeichnung in der Schwulenbewegung.

Sind beruflich Pflegende eine marginalisierte Gruppe? Susan Jo Roberts analysierte schon 1983 auf Grundlage der Ideen von Paulo Freire, wie beruflich Pflegende von kulturell und wirtschaftlich dominanten Gruppen marginalisiert werden (Roberts 1983). In der Folge kommt es bei einem Teil der Gruppe zur Selbstabwertung, während andere Teile mit den wirtschaftlich und kulturell dominanten Gruppen kollaborieren oder ihre Sprache und ihre Formen und Institutionen nachahmen. Paulo Freire bezeichnet es als Fehler, wenn Aktivist:innen Slogans vorgeben,

Literatur

- APA (o. J.): APA Dictionary of Psychology. Pride. URL: <https://dictionary.apa.org/pride>
- Freire, P. (2005): *Pedagogy of the oppressed*. New York: The Continuum International Publishing Group. <https://kurzelinks.de/7r34>
- Geiger, T. (1929): Zur Soziologie der Industriearbeit und des Betriebs. In: *Die Arbeit. Zeitschrift für Gewerkschaftspolitik und Wirtschaftskunde*, Heft 11, S. 673–689.
- Kumkar, N.C. et al. (2022): *Die beharrliche Mitte – Wenn sich investive Statusarbeit lohnt*. Wiesbaden: Springer VS.
- Merriam-Webster Dictionary (o. J.): Pride: The World That Went From Vice To Strength. <https://kurzelinks.de/b12e>

- Quernheim, G./Zegelin, A. (2021): *Berufsstolz in der Pflege – Das Mutmachbuch*. 1. Auflage, Bern: Hogrefe.
- Roberts, S.J. (1983): Oppressed group behavior: Implications for nursing. In: *Advances in Nursing Science* 5 (4), S. 21–30.
- Sneltvedt, T./Bondas, T. (2016): Proud to be a nurse? Recently graduated nurses' experiences in municipal health care settings. In: *Scandinavian Journal Caring Science*, S. 557–564.
- Tracy J./Robins, R. (2007): Emerging Insights Into the Nature and Function of Pride. In: *Current Directions in Psychological Science*, 16 (3), S. 147–150.

hinter denen sich die „Unterdrückten“ versammeln sollen. Sie reproduzierten damit nur die Mechanismen der Marginalisierung (Freire 2005). Könnte „Berufsstolz“ so ein Slogan sein? Bewerten die Gegner:innen Pflegekammern als Institution, die unterdrückende Kontrollmechanismen reproduziert? Aus dieser Perspektive ergeben sich weitere Fragen. Sind in dem lautstarken Protest gegen die sich vollziehende Professionalisierung vielleicht Ansätze eines „Schwestern-Pride“ zu entdecken? Ist die schrille Kunstfigur „Horrorchwester“ der Aktivistin Jasmina Dinter vielleicht die aktivistische Überspitzung des in der Gesellschaft verankerten negativen Bildes der rabiatischen Krankenschwester? Wie ließen sich andere Klischees wie die Pflegerin als Sexobjekt, als Engel, Heilige oder Heldin überspitzen und aktivistisch nutzen? Derzeit sieht es eher danach aus, dass diese Ausdrucksformen nicht anerkannt und aus dem innerberuflichen Diskurs herausgedrängt werden.

Schlüsse

Am Ende dieser kleinen Expedition durch die Höhen und Tiefen des Berufsstolzes

skizziere ich nur, wie sie meine Arbeit als Dozent mit beruflich Pflegenden beeinflusst. Ich werde den Berufsstolzen mit Respekt für ihre Leistungen begegnen und in meinen Veranstaltungen gegebenenfalls erklären, warum andere ihren Appellen nicht folgen und wie sie selbst auf sich aufpassen können. Ich werde den Gemeinschaftszentrierten mit Respekt für ihre unermüdliche Interaktionsarbeit begegnen und mit ihnen an der professionellen Gestaltung pflegerischer Interaktionen arbeiten, ohne sich selbst dabei aus den Augen zu verlieren. Und ich werde denjenigen mit Respekt begegnen, die manchmal mit Wut und Zynismus in meinen Seminaren sitzen, weil sie die Mechanismen von Marginalisierung erlebt haben. Manchen davon werde ich etwas Raum geben, damit sie ihre Frustration ausdrücken können, Andere werde ich ermutigen, ihre Stimme auch auf unkonventionelle, fantasievolle Weise zu erheben. ■

Ludwig Thiry

ist Krankenpfleger, M.A. Erwachsenenbildung und empCARE-Trainer.
info@empcare.de

14th World Conference of the International Society for Gerontechnology

Sustainability and Crises – Challenges and Innovation for Gerontechnology

2 – 4 September 2024

Projekte und Forschung vorstellen?
Abstracts einreichen: Der Call ist geöffnet

Produkte und Konzepte präsentieren?
Aussteller werden und an der Gerontechnology Experience live teilnehmen

Infos unter: www.ISG2024.com

FRANKFURT UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Foto: istockphoto.com/pixeljar

Akut unterversorgt

Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen so lange auf Hilfe warten müssen

Michael Jehs

Die psychiatrische Versorgungssituation ist – allen wohlwollenden Versprechungen der Politik zum Trotz – seit Jahrzehnten nicht adäquat verbessert worden, wie unser Autor berichtet. Neben einer angemessenen Versorgungsinfrastruktur mangelt es vor allem an Perspektiven für den Fachkräftenachwuchs.

Stellen Sie sich vor, Ihnen geht es seelisch nicht gut, womöglich gar nicht gut. Wenn Sie es selbst nicht erfahren haben, kennen Sie es vielleicht von nahestehenden Menschen. Allemal sagen Sie sich, dass Sie es allein nicht schaffen können, oder sehen dies für Ihren Nächsten, verbunden mit der Idee, dass fachmännische oder fachfrauliche Hilfe angesagt sei.

Die Offene Sprechstunde

Also bemühen Sie sich um einen Termin bei einem/einer Psychiater:in. Sie rufen in einer psychiatrischen Fachpraxis an und bekommen mit hoher

Wahrscheinlichkeit die Auskunft, dass absehbar kein Termin zur Verfügung stehe, Sie gleichwohl die sogenannte Offene Sprechstunde (OS) nutzen könnten. Dies bedeutet, dass Sie frühmorgens, so gegen 7:00 Uhr, vor der Tür der avisierten Praxis stehen, die selbstverständlich noch verschlossen ist. Sie reihen sich möglicherweise in eine mehr oder weniger lange Schlange anderer Menschen ein, die auch gerne eine psychiatrische Konsultation in Anspruch nehmen würden.

Meine eigene Erfahrung mit eben solchen Situationen als niedergelasser Psychiater in einer norddeutschen Großstadt, die nackte Realität unseres medizinischen Alltags, bedeutet: eine begrenzte Zahl an Patient:innen, die sich früh angestellt haben, bekommt die Gelegenheit, ihr Anliegen zu schildern, und wird bereits bei der Aufnahme der Daten an der Anmeldung – ohne Krankenkassenskarte geht selbstredend gar nichts – darauf hingewiesen, dass es nur ein einmaliger Kontakt sein wird. Zu erwähnen ist dabei noch, dass niedergelas-

sene Psychiater:innen die euphemistisch genannten Offenen Sprechstunden mit einem bestimmten zeitlichen Kontingent verpflichtend vorzuhalten haben, sodass in aller Regel die Zahl derer, die morgens anstehen, nur zum Teil gehört werden kann – denn es gibt ja auch noch Stammpatient:innen, um die es sich zu kümmern gilt. Neuer Tag, neues Glück für die leer Ausgehenden.

Politisches Versagen

Stellen Sie sich also vor, dass Sie mit dieser Gelegenheit beschieden werden: Möglicherweise wurden Sie nach (im Rahmen des Möglichen) erhobener Anamnese kompetent beraten. Gegebenenfalls haben Sie sogar noch eine mit Aufklärung verbundene Medikation verordnet bekommen. Dann allerdings haben Sie keinen gesicherten weiteren Termin in Aussicht, sondern müssen sich erneut auf die Suche begeben, womöglich auch noch nach einem Psychotherapieplatz.

Jede somatische Akuterkrankung wird wie selbstverständlich auch akut behandelt, wenngleich die teilweise langen Wartezeiten in Ambulanzen wahrlich kein Zuckerschlecken sind. Ist die Seele krank – und sei es noch so akut –, hat es offenbar Zeit. Zumindest in der Wahrnehmung derer, die eine ehemals leidlich taugliche Versorgungsstruktur psychiatrischer und psychotherapeutischer Art bis hin zu der realen Situation im Praxisalltag haben ausbluten lassen.

Dass es an Nachwuchs fehlt, sowohl in Kliniken als auch in Niederlassungen, seien es betriebswirtschaftlich eigenständige Praxen oder Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren, ist für die an der Basis tätigen Kolleg:innen nichts Neues. Vielmehr handelt es sich dabei um eine Entwicklung über Jahrzehnte, die zumindest bei denjenigen, die über Lenkungs- und Entscheidungshoheit verfügen, nicht realisiert worden ist, möglicherweise gar nicht erst ernstgenommen oder aus denkbaren anderen Gründen schlicht ignoriert wurde.

Das skizzierte Szenario, eins zu eins aus dem Alltag eines niedergelassenen Psychiaters genommen, ist enttäuschend, wenn nicht sogar gefährlich für alle psychiatrisch behandlungsbedürftigen Menschen. Seitens eines engagierten Arztes in diesem Fachbereich ist dies schwer zu ertragen, da die Notwendigkeit, mehr und vor allem kontinuierlich zu tun, erkannt

wird, ohne dazu in der Lage zu sein. Ebenfalls schwer zu ertragen ist die bekannte Schwierigkeit, trotz angeblich ausreichender Angebote an Psychotherapieplätzen, tatsächlich einen solchen zu ergattern. – Ganz abgesehen davon, dass es dann auch noch zwischenmenschlich passen muss, um überhaupt eine konstruktive prozesshafte Arbeit gestalten zu können.

Keine Resonanz

Vor dem Hintergrund eines doch recht langen Berufslebens mit mehr als 50 Jahren Tätigkeit im deutschen Medizinbetrieb, überwiegend psychiatrisch und auch forensisch-psychiatrisch, hat es im Laufe der Jahrzehnte zahlreiche Möglichkeiten gegeben, den Mangel in vielen Bereichen der Psychiatrie auszusprechen, auch gegenüber Menschen, die in gehobenen Positionen die Möglichkeit gehabt hätten, etwas zu bewegen – stets ohne Resonanz und Veränderung. Nicht einmal auf konkrete Missstände bezogene Publikationen aus juristischer und psychiatrischer Sicht, etwa mit Bezug zum Jugendstrafvollzug, sind zustande gekommen. Ja, die Notwendigkeit bestehe, aber es gebe so viel anderes zu tun. So blieb es bis zur Ebene des Strafsenats eines Oberlandesgerichtes bei Betroffenheitsbekundungen, statt Positionen zu nutzen, um zumindest zum Zwecke der Bestandsaufnahme Menschen an einen (gerne auch runden) Tisch zu bringen.

Seit Jahrzehnten wird zunehmend beklagt, dass nicht nur niedergelassene Psychiater:innen fehlen, dass das psychiatrische Krankenhauspotenzial sowohl ärztlich als auch pflegerisch ausdünn, dass psychiatrisch Sachverständige Mangelware sind und als Folge davon die wenigen Tätigen vollkommen überlastet arbeiten und den juristisch gebotenen Fristen nicht mehr nachkommen können.

Rechtsstaatlichkeit und Demokratie

Die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland ruht erkenntnistheoretisch-philosophisch auf der humanistischen Grundlage des Deutschen Idealismus. Entsprechend ist unsere Rechtsstaatlichkeit aufgestellt, die auch in der juristischen Praxis eine Grundfeste unserer Republik ist.

Die völlige Überlastung von Staatsanwaltschaften, Gerichten und notwendig zu beteiligenden Sachverständigen, vor allem im Bereich der Psychiatrie, führt zu Engpässen. Aus Gesprächen in meinem be-

ruflichen Umfeld ist seit Jahren bekannt, dass viele Kolleg:innen unterschiedlicher beruflicher Fachrichtungen die Problematik erfassen und beklagen, aber ganz überwiegend nicht in Positionen sitzen, aus denen heraus wenigstens eine Diskussion auf Entscheidungsebene zustande käme. Die Sachverständigenarbeit liegt am Boden, mit der Folge von unbotmäßiger Verfahrensverlängerung – auch durch zögerlich oder häufig verspätet eingehende Gutachten.

„Die völlige Überlastung von Staatsanwaltschaften, Gerichten und notwendig zu beteiligenden Sachverständigen, vor allem im Bereich der Psychiatrie, führt zu Engpässen.“

Ein runder Tisch zur Bestandsaufnahme des Tatsächlichen wird trotz aller Mahnungen nicht eingesetzt; nicht einmal das Motto „Wenn ich nicht mehr weiterweiß, so gründ´ ich einen Arbeitskreis.“, in jeder Kommunalverwaltung zur Aufschiebung von Entscheidungen ein probates Instrument, wird verwirklicht.

Die goldenen Zeiten in den Siebzigern des letzten Jahrhunderts mit Psychiatrie-Enquête und sogenannter PsychPV, den maßgeblichen Reformideen der italienischen Psychiatrie, sind nur noch nostalgisch zu betrachten. Die Privatisierung der allermeisten Landeskrankenhäuser und auch der Forensischen Psychiatrien mit Beilehung von Hoheitsrechten, die nach meiner Erfahrung vollkommen unzureichend kritisch geprüft werden, ist die Folge.

Das soll auf gar keinen Fall heißen, dass in privatwirtschaftlich geführten psychiatrischen oder forensisch-psychiatrischen Kliniken schlechte Arbeit geleistet wird. Ganz im Gegenteil sind meine Erfahrungen hinsichtlich des engagierten Personals in den Kliniken sehr gut. Allerdings ist ein Personalmangel, wie in vielen medizinischen Bereichen, eben Alltag und behindert oder verzögert notwendige Behand-

lungen. Es geht um Rendite, nicht um Menschen.

Vernachlässigte Patient:innen

Gerade der Jugendstrafvollzug ist ein so prägnanter Spiegel unserer tatsächlichen sozialen gesellschaftlichen Realität, noch ausgeprägter als der Strafvollzug der Erwachsenen. Symptomträger unzureichender psychosozialer Aufwuchsbedingungen sind in den Haftanstalten eingesperrt, emotional verwaahlte junge Menschen, die in Ermangelung tauglicher Primärbeziehungen keine tragfähigen Bindungsqualitäten zwischenmenschlicher Art haben entwickeln können, ihre Ängste und Unsicherheiten mit aggressivem Verhalten kompensierend, gerne auch unter Zuhilfenahme vorübergehend ihren Selbstwert aufbessernder Substanzen, seien es Alkohol oder Mittel aus dem Fundus des illegalen Drogenhandels.

Sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene in Strafhaft ist davon auszugehen, dass ihre dissozialen und auch zur Strafrechtlichkeit gereichenden Verhaltensweisen auf ein seelisches Ungleichgewicht, einen Selbstwertmangel, ein ungestilltes Bedürfnis zurückzuführen sind. Der seelisch grundlegend intakte und reflektiert-rationale Straftäter ist eine absolute Rarität.

Neben den in unserem gesellschaftlichen Kontext durch alle emotional und sozial tauglichen Maschen gefallenen Menschen gibt es – nicht zu vergessen – auch noch diejenigen, die häufig aus Not ihr Heil in unserer Republik suchen – kulturell entwurzelt, sozial entwurzelt, überwiegend untauglich eingebettet und mit der gleichen Rate an seelischen Erkrankungsrisiken behaftet, wie diese weltweit für klassische psychiatrische Erkrankungen existiert. Zu ihrer angemessenen allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Versorgung fehlt es an Kultursensibilität und brauchbarer Sprachmittlung, auch unter forensisch-psychiatrischem Gesichtspunkt eine gewichtige fachliche Herausforderung.

Über die seelenheilkundige Begleitung gehandicapter Menschen, seien es Erwachsene oder Kinder, die es in unserer Gesellschaft in erklecklicher Zahl mit Mehrfachbehinderungen körperlicher, geistiger und seelischer Art gibt, wäre eine Schwerpunkt-schrift angebracht. Auch diese Menschen und ihre sozialen, psychologischen und pädagogischen Begleiter:innen in wenigen

hochspezialisierten Zentren erleben, dass sie keinen zuverlässigen sozialen Rückhalt haben, geschweige denn für ihre Alltagsarbeit supervisorische Unterstützung.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Ebenfalls zu wenig gesellschaftliche Aufmerksamkeit erhält der Sozialpsychiatrische Dienst. Die meisten Republikbürger wissen nicht, dass es solche Institutionen – in aller Regel angegliedert an das Gesundheitsamt einer Kommune – überhaupt gibt, bis sie sie benötigen. Einer solchen Institution habe ich mehr als elf Jahre lang meine Arbeitskraft gewidmet, in Sachgebietsleitung, sowohl akut sozialpsychiatrisch, das heißt vor allem aufsuchend, tätig als auch sozialmedizinisch und amtsärztlich.

Die Aufgabe eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, in allen Bundesländern auf der Grundlage eines Landesgesetzes eingerichtet, ist Hilfe für psychisch vorübergehend alterierte und auch manifest kranke Menschen zu leisten, im Detail im Gesetztext geregelt – bis hin zu der Befugnis, im Falle akuter Gefährdung, ob nun in Form von Suizidalität oder krankheitsbedingter Aggressivität gegen andere, die vorläufige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zu verfügen. Diese wird in festgesetzter Frist richterlich überprüft und mit einem Beschluss versehen.

Die Arbeit in einem Sozialpsychiatrischen Dienst ist „Front“-Arbeit, überwiegend von Psychiater:innen, psychiatriekundigen Ärzt:innen und ebenfalls psychiatriekundigen Sozialpädagog:innen ausgeübt. Die Dienste sind seit Jahren chronisch unterbesetzt.

Unverzichtbar ist dabei die Zusammenarbeit mit der Schutzpolizei, die in aller Regel als erste vor Ort ist, wenn ein Mensch in krisenhafte Verfassung gerät. Aufsuchen heißt, an den Ort eines Geschehens fahren, dort Bekannte, Freunde, Verwandte oder Nachbarn des in Not geratenen Menschen antreffen, Krisenhaftes melden und Amtsärzt:innen hinzuziehen.

Zu meinen Zeiten in einem solchen Dienst wurde neben dem Akuteinsatz zu Befunderhebung, Diagnostik und angemessener Entscheidung für die gebotene Hilfe auch ein sogenannter kleiner gerichtsarztlicher Dienst vorgehalten. Dieser umfasste ebenfalls diagnostische Aufgaben in Bezug auf Verhandlungsfähigkeit (vor Gericht), Haftfähigkeit und die

Notwendigkeit einer Unterbringung nach Strafprozessordnung für Menschen, die aktuell Straftaten begangen hatten und augenscheinlich damit im Zusammenhang stehend seelisch schwer erkrankt waren. Die Aufgabe bestand in diesem Fall darin, statt Untersuchungshaft womöglich die Notwendigkeit einer vorläufigen Unterbringung in einer Forensischen Psychiatrie festzustellen.

Der aktuelle Status aus den mir bekannten Kreisen, die Sozialpsychiatrische Dienste vorhalten, ist derjenige, dass schon in der akustischen Wahrnehmung, ein seelisch auffälliger Mensch stehe im Zusammenhang mit einer Straftat, zur Weigerung führt, überhaupt auszurücken. Es sei betont, dass es womöglich in allen anderen Kreisen, die mir nicht bekannt sind, wie in guten alten Zeiten fachlich kompetent und engagiert läuft. Aber wenn forensische Psychiater:innen maximal ausgelastet sind, vielfach überlastet, dann auch noch die Aufgaben des ehemals sogenannten kleinen gerichtsarztlichen Dienstes übernehmen müssen, jeweils als aktuelle Einsätze, spitzt sich die Überlastung weiter zu.

„Die Arbeit in einem Sozialpsychiatrischen Dienst ist ‚Front‘-Arbeit. Diese Dienste sind seit Jahren chronisch unterbesetzt.“

Forensische Psychiatrie

Bleiben wir bei der Forensischen Psychiatrie. Nur wenige Akteur:innen stehen zur Verfügung, in Vollausslastung, in der Regel überlastet. Gefängnisse sind Orte mit überwiegend seelisch mehr oder weniger schwer gestörten Menschen, in der Mehrzahl Männer. Das Vollzugspersonal ist gefordert, mit dieser Klientel umzugehen. Wobei in dieser, von der Realität außerhalb der Vergitterung abgekoppelten, eigenen Welt Bezüge, Leidenschaften, Abhängigkeiten und Hierarchien aufgebaut werden, die psychodynamisch-psychopathologisch höchst interessant sind, jedoch im Arbeits-

alltag der Vollzugsbeamten:innen ein riesiges Problem darstellen.

Es existiert in meinem Arbeitsumfeld eine Justizvollzugsanstalt, die geradezu luxuriös ausgestattet ist. Eine psychiatrische Versorgungsklinik, die auch einen forensisch-psychiatrischen Schwerpunkt mit eigenständiger Ambulanz vorhält, betreibt eine tagesklinische Station innerhalb dieser Haftanstalt, personell kompetent ausgestattet, verbunden mit regelmäßigen wöchentlichen Sprechstunden, die zwei forensisch-psychiatrisch hocherfahrene Kollegen abhalten. Dies sorgt dafür, dass in diesem Hause ein gewisses, wenngleich nicht ausreichendes Maß an psychiatrischer Diagnostik und auch Versorgung stattfindet. Wobei die tagesklinische Einrichtung, welche die Haftfähigkeit seelisch beeinträchtigter Gefangener wiederherstellen soll, keinen primär kurativen Auftrag hat. Dass dieser sich gleichwohl nicht selten einstellt, ist durchaus gewünscht.

Noch ein letzter Gedanke zum bundesrepublikanischen Strafvollzug: Wie bereits erwähnt, leben hinter Gittern überwiegend seelisch nicht intakte Menschen, die auch während des Strafvollzugs akut seelisch erkranken können, ohne Perspektive auf eine adäquate Behandlung in der Haftanstalt – von der geschilderten luxuriösen Situation einer Schleswig-Holsteinischen Justizvollzugsanstalt abgesehen. Forensische Psychiatrien haben den Auftrag, Maßregelvollzug zu gewährleisten. Allgemeinpsychiatrische Versorgungshäuser sind nicht in der Lage, den Rahmen für seelisch kranke Strafgefangene zu bieten. Haftkrankenhäuser verfügen nicht über geschlossene psychiatrische Behandlungsstationen, die in aller Regel für Akutfälle unverzichtbar sind.

Was bleibt? Die Aussetzung des Strafvollzugs und die Unterbringung nach Landesgesetz in einer allgemeinen Psychiatrie. Der Aufwand für ein solches Verfahren, für Laien kaum nachvollziehbar, ist erheblich, manches Mal erfolglos. Und wenn man dazu auf die Region meines Arbeitsumfeldes bezogen in Tageszeitungen liest, dass die medizinische Versorgung in Haftanstalten völlig unzureichend sei, trifft dies vor allem auf seelisch kranke Menschen zu – auch dies keine wirklich überraschend neue Meldung.

Bedarf nimmt zu

Dabei rasch noch der Blick auf eine Meldung aus dem Dezember 2023, wonach die

Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage von Beschäftigten wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in Deutschland ein bisher nicht gekanntes Ausmaß angenommen hat. Pflichtschuldigen werden vielfältige Ursachen genannt, bei der Lektüre so unspezifisch wie willkürlich wirkend.

Um Ihnen mal eine Vorstellung zu geben, in welchem Maße psychische Erkrankungen in der Bundesrepublik, aber auch in allen anderen Ländern zumindest der sogenannten westlichen Welt, eine Rolle spielen, nachfolgend ein paar Zahlen: Mindestens einer von hundert Menschen erkrankt einmal im Leben an einer Schizophrenie, davon wird ein Drittel der Betroffenen chronisch krank und lebenslang behandlungsbedürftig. In noch höherer Zahl ist die psychiatrische Versorgung mit Menschen konfrontiert, die sogenannte frühe Störungen im Sinne von Persönlichkeitsstörungen aufweisen – Folgen unzureichender psychosozialer Aufwuchsbedingungen mangels tauglicher Primärbeziehungen. Diese Zahl steigt angesichts der dekadenten Entwicklung unserer Gesellschaft stetig an, in der zwischenmenschliche, emotional stabile Beziehungen schwinden.

Kausal verknüpft ist damit sehr oft ein Substanzkonsum von Alkohol bis Heroin, um Gedanken und Emotionen zu regulieren, Entlastung und Entspannung zumindest situativ zu schaffen. Der Kreis zu den Menschen, die in Haftanstalten sitzen, schließt sich bei dieser Form der seelischen Erkrankung an eben dieser Stelle.

Supervision ist unerlässlich

Wo hapert's denn noch? Bleibe ich bei meinem eigenen Erfahrungsspektrum, erlebe ich Mangel allerorten, Supervision für verschiedene Berufsgruppen, die soziale Arbeit im weitesten Sinne betreiben, anzubieten und auch durchzuführen.

Nicht nur tätige Psychotherapeut:innen benötigen supervisorische Begleitung; jedes Stationsteam in einer Psychiatrie, alle Ermittler strafrechtlicher Geschehnisse, sei es Polizei, sei es Staatsanwaltschaft, sind in dieser Weise unterstützungsbedürftig. Strafgerichte und Strafkammern, die sich ebenso mit den Abgründen des menschlichen Seins befassen müssen, haben keinerlei Möglichkeit, institutionalisiert supervidiert zu werden, platt gesprochen, das Erfahrene ohne eigene Beschädigung zu verdauen. In meinem Erfahrungs-

spektrum sind im Laufe der Jahrzehnte einige Jurist:innen in Ermittlungs- und Richterfunktionen zumindest vorübergehend krankheitsbedingt ausgeschieden, weil sie den Belastungen nicht mehr standhalten konnten.

Dass es bei der Berufswahl einer Auslotung der Persönlichkeitsstruktur dringend bedarf, um eben dies zu verhindern, sei nur nebenbei erwähnt, aber findet in diesem Land ebenfalls nicht statt.

Psychiater:innen allerorts gefragt

Konsiliarische Tätigkeiten von Psychiater:innen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten, etwa in Hospizen, sind nicht institutionalisiert. Engagierte Allgemeinärzt:innen oder Internist:innen, die ihre Patient:innen wahr- und ernstnehmen, sehen die Notwendigkeit einer psychiatrischen Befundung. Manchen dieser in primär somatisch ausgerichteten Praxen präsenten Menschen geht es relativ schlecht, sodass wochen- und monatelange Wartezeiten auf einen Termin bei Psychiater:innen nicht angebracht sind. Genau, Sie als aufmerksame Leser:innen haben sofort den Gedanken: Man könne doch eine offene Sprechstunde nutzen!

Es gibt Kolleg:innen, die ohne Anspruch auf Honorar in einer guten sozialen Vernetzung mit Medizintätigen kurzfristig zumindest Klärung, Diagnostik und Wegweisung anbieten – mehr aber auch nicht, weil die maximale Auslastung aller keine längerfristige Behandlung zulässt.

Und wenn ich an Celina denke, 21 Jahre alt, über den guten Kontakt zu einem Justizwachtmeister an mich geraten, höchst interessiert, talentiert und auf dem soliden Weg über Pflegeausbildung zum Medizinstudium und anschließende Spezialisierung in die Psychiatrie, ist es wohlthuend zu erleben, dass ein so junger Mensch überhaupt eine überzeugende Begeisterung aufbringt. Unvermeidbar ist jedoch, anschließend direkt resigniert daran zu denken, wie viele Jahre es dauern wird, bis sie am Ziel kompetenter psychiatrischer Behandlung und Sachverständigenarbeit angekommen sein wird. Und in der Zwischenzeit?

Stellen Sie sich vor, Ihnen geht es seelisch nicht gut ... ■

Michael Jehs

geboren 1953, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.



Ein gelebter Augenblick

Theaterspielen mit Menschen mit Demenz

Christina kunn

Theater ist eine Kunstform, die uns mit unseren Gefühlen in Kontakt bringt und uns einen neuen Blick auf die Welt eröffnet. Unsere Autorin schildert die verändernde Kraft, die Theaterspielen auf Menschen mit Demenz und ihr Umfeld haben.

Viele denken bei Theater an eine professionell ausgeleuchtete Bühne mit Schauspieler:innen, die uns ihre Rollen mit gut einstudierten Texten zur Unterhaltung und Anregung darbieten. Aber Theater kann weit mehr. Theater ist Vielfalt, ob improvisiert oder lange geübt, professionell ausgebildet oder als Laiendarsteller:in, mit und ohne Publikum. Theater ist Schauspiel, Tanz, Gesang, Musik; es sind Menschen, Puppen und sogar Materialien, die uns die Zeit vergessen lassen und uns in eine andere Welt entführen.

Seit etwa 30 Jahren hat das Theaterspiel mit Menschen mit Demenz immer wieder verschiedene Ausdrucksformen gefunden. Theaterspielen gibt Raum für Kreativität, ist Interaktion mit anderen und aktiviert verborgene Ressourcen. Ganz in den Moment eintauchen ist für Menschen

mit Demenz mitunter leichter, weil die Vergangenheit und die Zukunft sich in der Gegenwart treffen können. Es geht dabei stets um die schönen Momente und um die Freude am Spiel. Nicht selten bewirkt das bei den Zuschauenden, insbesondere bei Angehörigen und Pflegenden, eine Erweiterung oder gar Veränderung der bisherigen Sichtweisen. Sie entdecken neue Facetten bei den Darsteller:innen mit Demenz, erleben deren Spiel- und Lebensfreude und erfahren, wie sich mit anderen Zugängen andere Kompetenzen entfalten, die im Alltag bisher unentdeckt blieben.

Die Anfänge des interaktiven Theaters

Mit einem frischen Doktorabschluss in Theaterwissenschaften startete Anne Davis Basting 1995 in einem Pflegeheim in Milwaukee. Sie versuchte, über eine erzählerische Herangehensweise mit demenzbetroffenen Bewohner:innen kreative Geschichten zu entwickeln. Dies gelang ihr, als sie ein Foto zum freien Assoziieren einsetzte und die Gedanken der Bewohner:innen den Verlauf der Geschichte bestimmen ließ. Aus diesem Projekt

und den damit gemachten Erfahrungen, die „kreative Stimme zu befreien“ (Basting 2004), entstand letztendlich das „Time-Slips“-Programm. Die Geschichten flossen in verschiedene Theaterstücke ein und im Laufe der Jahre wurden auch Menschen mit Demenz aktiv am Bühnenprogramm beteiligt (Basting 2009).

Interaktive Theatervarianten

Der Spielort des interaktiven Theaters „Ladder to the Moon“ (Benson 2009) ist ein Pflegeheim. Für das professionelle Schauspiel-Ensemble ist der Gemeinschaftsraum einer Wohngruppe die Bühne und die Bewohner:innen sind aktiv in den Spielverlauf eingebunden – entweder indem sie selbst mitspielen oder sich durch direkte Interaktionen mit den Figuren über deren Gedanken, Ideen und Geschichten austauschen. Die einstündigen täglichen „Aufführungen“ finden über einen Zeitraum von zwei Wochen statt; nach jeder Aufführung gehen die Schauspieler:innen nochmal ins Gespräch mit den Bewohner:innen. Das Drehbuch wird täglich neu geschrieben, weil die Interaktionen dem Stück eine neue Wendung geben können. Das erfordert Aufmerksamkeit und ein hohes Improvisationsvermögen seitens der Schauspieler:innen. Ziel dieses Theateransatzes ist es, die Beteiligten miteinander in Beziehung zu bringen, zu kommunizieren, sich miteinander zu verbinden, gemeinsam etwas zu gestalten und Freude zu teilen.

Theateraufführungen in Pflegeeinrichtungen, die sich an Lebensthemen (Liebe, Reisen, Familie etc.) oder an positiven kollektiven Erinnerungen – etwa Märchen – orientieren, sind auf Interaktion ausgerichtet. Das Theaterstück wird durch persönliche Geschichten ergänzt. Die eingesetzten Materialien machen neugierig und fordern zum Dialog heraus und bekannte Lieder zum Mitsingen machen das Publikum zu Mitwirkenden (vgl. etwa KuKuK-TV 2023).

Auf großer Bühne:

„Ich muss gucken, ob ich da bin!“

Das ist der Titel des Theaterstücks, das 2005 mit Menschen mit Demenz und professionellen Schauspieler:innen im Schlosstheater Moers aufgeführt wurde. Die Regisseurin Barbara Wachendorff hatte zu Beginn des Vorhabens Bedenken, zieht jedoch nach zwei Jahren gemeinsamer Theaterarbeit das Resümee, dass „Theaterspielen mit an Demenz erkrankten Menschen

nicht nur möglich ist, sondern dass es eine große Bereicherung darstellt – für die Menschen, die es machen, und für die Menschen, die daran teilhaben“ (Wachendorff 2007, S.33). Sie beobachtet, wie die Spieler:innen ihren „instinktiven Spielimpuls“ und ihre „Lust am Agieren“ wieder entdecken. Das Theaterspielen fordert und fördert und gibt ein sinnvolles Ziel.

Gleichzeitig stellt es eine hohe Anforderung an die professionellen Spieler:innen, sich auf die jeweiligen Kommunikationsmöglichkeiten einzustellen und entsprechend zu improvisieren. Das Theaterstück entsteht entlang der Lebensgeschichten und -erfahrungen der Spieler:innen mit Demenz. Dabei wird das Paradoxon deutlich, „dass diese Menschen ihre Erinnerungsfähigkeiten verlieren, aber ihre Welt zum Großteil aus Erinnerung besteht!“ (ebd., S.35) Die Authentizität und Spontaneität, mit der Menschen mit Demenz Theater spielen, bereitet ihnen und dem Publikum viel Freude, wie die positive Resonanz auf die Premiere und dreißig anschließenden Aufführungen zeigt. Das Projekt setzte den Startschuss für die Zusammenarbeit mit Menschen mit Demenz in der deutschen Kulturszene.

Theater im Pflegeheim

Das *Süddeutsche Zeitung Magazin* widmet sich in seiner Juliausgabe 2023 dem Thema „Spielfreude“ und veröffentlicht „Das Porträt eines wundersamen Ensembles“. Es sind Menschen mit Demenz aus einem Berliner Pflegewohnheim, die gemeinsam mit Kindern ein Theaterstück aufführen. Die Regisseurin Christine Vogt baut das Stück „Passagiere“ auf den Lebensgeschichten der Teilnehmenden auf. Neun Senior:innen warten auf die Überfahrt ins Jenseits. Ihre Schutzengel leisten ihnen Gesellschaft und die Gespräche drehen sich um die besonderen Momente des Lebens. Es sind Geschichten, die gut im Gedächtnis verankert sind und mit den Kindern nachgespielt werden können.

Allerdings bevorzugt Christine Vogt für ihre Aufführung den Begriff Performance im Gegensatz zu Schauspiel. Beim Schauspiel geht es um Verwandlung, um ein Schlüpfen in andere Rollen. Genau dieses ist für Menschen mit Demenz fast unmöglich, weil sie „sich schon in ihrem eigenen Leben nur noch schwer zurechtfinden“ (Ku 2023, S.3). Es sind die eigenen Lebensgeschichten und Erfahrungswelten und die Lieder aus der Jugend, die Er-



Die Fotos sind bei der Premiere des Theaterprojekts „Meine schönste Reise“ im Stuttgarter Filderhof entstanden. Das Konzept und die Umsetzung begleiteten Ulrike-Kirsten Hanne, Werkstattbühne Stuttgart e.V. und Gudrun Remane, „NAH UND DA – Lebensfreude kennt kein Alter“. Fotos: © Katja Ritter

innerungen und Emotionen auslösen und die Darsteller:innen durch die Theaterperformance tragen. Diese wird durch die experimentelle, musikalisch-schauspielerische Arbeit mit den Bewohner:innen mit und ohne Demenz ermöglicht. Innerhalb von zwei Monaten, vom „Casting“ bis zur Premiere, hat das Ensemble „Papillons“ geprobt und die Freude am Theaterspielen mit Angehörigen, Freunden, Unterstützenden und vor allem auch mit den Pflegenden geteilt.

Lehrfilmreihe Handwerk der Psychotherapie



DVD 17

hrg. von Steffen Fliegel & Frank Nestmann

Lebensweltorientierte Interventionen – Psychosoziale Diagnostik und Therapie krankmachender Bedingungen

124 Min, EUR 39,80 (bei Direktbestellung im Verlag: EUR 19,80)
ISBN 978-3-87159-567-7

weitere Informationen mit Filmausschnitten unter www.dgvt-verlag.de/vt-lehrfilme

Mit diesem Film wendet sich die Lehrfilmreihe *Handwerk der Psychotherapie* den aufrechterhaltenden sozialen Bedingungen psychischer Störungen zu – der krank machenden Lebenswelt.

Mit Methoden, die sich aus Gemeindepsychologie, Sozialpsychiatrie und sozialpädagogischer Beratung ableiten, wird ein oft vernachlässigtes Thema in der psychotherapeutischen Arbeit in den Blick genommen: das Umfeld der Patient*innen und dessen Auswirkungen auf sie.



E-Mail: mail@dgvt-Verlag.de

Internet: www.dgvt-Verlag.de

So wirkt Theaterspielen auf Menschen mit Demenz

Das dreijährige interdisziplinäre Forschungsprojekt „TiP.De – Theater in der Pflege von Menschen mit Demenz“ untersucht das Theaterspielen mit Bewohner:innen mit Demenz (Höhn 2021). Die Forschungsfrage lautet: Wie wirken sich theaterpädagogische Methoden auf die Lebensqualität, das agitierte Verhalten und den Krankheitsverlauf von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der Altenpflege aus? Über einen Zeitraum von 10 Wochen sind ca. 30 Teilnehmende mit einer mittelschweren Demenzerkrankung am Interventionsprojekt beteiligt. Das Theaterprojekt ist prozessorientiert und an den biografischen Lebenswelten der Teilnehmenden ausgerichtet.

Die Projektergebnisse zeigen, dass sich der negative Affekt und die soziale Isolation verringern und das Gefühl eines Sich-Zuhause-Fühlens gesteigert hat. Während der Theaterstunde ist eine deutliche Zunahme an positiven Emotionen zu erkennen und eine positive Entwicklung der Beziehungen zwischen einzelnen Teilnehmenden zu beobachten. Mitarbeitende, die an den Interventionseinheiten beteiligt sind, erleben Bewohner:innen von einer anderen Seite und begegnen ihnen auf Augenhöhe.

Theater als Präventionsmaßnahme

Wenn Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen zufrieden sind, dann wirkt sich diese Zufriedenheit auch auf den Arbeitsalltag von Pflegenden und Betreuenden aus. Darauf fußt nun ein Präventionsprojekt, das in Kooperation der Ersatzkassen und der Landeshauptstadt Hannover entsteht, um die Freude an Aktivitäten und am sozialen Miteinander von Menschen in der späten Lebensphase zu stärken. Durch die Unterstützung von Theaterpädagogen werden Pflegenden und Betreuende in die Lage versetzt, Aktivitäten und Lebensfreude vor allem von Bewohner:innen mit Demenz spielerisch zu fördern. Das Projekt wird wissenschaftlich evaluiert (Demenz bewegt 2023).

Vielfältige Theaterwelten

Die Beteiligung unterschiedlicher Akteur:innen in der Begegnung mit Menschen mit Demenz erschafft vielfältige Theaterwelten. Kinder und Jugendliche, sogar Schulklassen haben an Theaterauf-

führungen mit Menschen mit Demenz teilgenommen. An- und Zugehörige erfahren im gemeinsamen Theaterspiel mit demenzbetroffenen Menschen neue Wege der Begegnung. Bezugspersonen spüren die positive Wirkung, wenn Menschen mit Demenz spielerisch tätig sind und sich körperlich, geistig und emotional selbstwirksam erleben. Ebenso wirken diese positiven Veränderungen auf Pflegenden und Betreuende in Pflegeeinrichtungen. Theaterwelten erschaffen neue Begegnungsräume und bieten in den Interaktionen neue Perspektiven.

Mut zum Theaterspiel

Für Kulturschaffende zur Anregung und für Pflegenden und Betreuende in der Altenhilfe zur Anleitung ist ein Methodenkoffer entstanden, der zur Umsetzung und zum Experimentieren anregt. Jessica Höhns Vision ist, dass „Theater zukünftig zum Alltag dazugehört, dass, genauso wie wöchentlich gesungen wird, auch wöchentlich Theater gespielt wird. (Höhn et al. 2023, S.13f.)“ Spielräume können überall entstehen und mit der Aufforderung zum Ausprobieren, Nachmachen und Bessermachen braucht es nur ein Quäntchen Mut zur Umsetzung. ■

Quellen

- Basting, A. (2004): The TimeSlips Project: Freeing the Creative Voice from Voices of Doubt. *Signpost* 8(3), S. 15–17.
- Dies. (2009): *Forget Memory: Creating Better Lives for People with Dementia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Benson, S. (2009): Ladder to the Moon: interactive theatre in care settings. *Journal of Dementia Care* 17(4), S. 20–23.
- Höhn, J. (2021): TiP.De – Theater in der Pflege von Demenz. <https://kurzelinks.de/rp50>
- Höhn, J./Bell, E./Ganß, M. (2023): *Theater Techniken für Menschen mit Demenz*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Ku, M. (2023): Spiel des Lebens. *Süddeutsche Zeitung Magazin*, Nr. 30, S. 10–19.
- KuKuK-TV (2023): Interaktives Märchenspiel für Menschen mit Demenz. <https://kurzelinks.de/u7qi>
- Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Niedersachsen (2023): *Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz*. Präventionsprojekt von Ersatzkassen und Landeshauptstadt Hannover startet. Theaterpädagogik soll psychosoziale Gesundheit in Pflegeheimen fördern. <https://kurzelinks.de/894f>
- Wachendorff, B. (2007): „Ich muss gucken, ob ich da bin“. Theaterprojekt zum Thema Demenz. In: Bremen, K./Greb, U. (Hg.): *Kunststücke Demenz. Ideen – Konzepte – Erfahrungen*. Essen: Klartext, S. 33–40.

Christina Kuhn

ist Geschäftsführerin der Demenz Support Stuttgart gGmbH.
c.kuhn@demenz-support.de



Haupteingang des ‚Triemli‘
(Zürcher Stadthospital).
Foto: Ank Kumar/wikicommons

Was tut sich in der Schweiz?

Die eidgenössische Gesundheitsversorgung ist ein Politikum

Ruedi Spöndlin

Zurzeit wird in der Schweiz leidenschaftlich über das Gesundheitswesen diskutiert, vor allem über dessen Finanzierung. Diese stellt für große Teile der Bevölkerung eine starke Belastung dar. Demnächst stehen mehrere Volksentscheide dazu an.

Die Schweiz ist ein reiches Land. Entsprechend gut ist die Gesundheitsversorgung. Es gibt auch keine krasse Zweiklassenmedizin. Auf hohem Niveau versorgt werden grundsätzlich alle, ob reich oder arm. Und im Alter steht jeder und jedem bei Bedarf ein recht komfortabler Pflegeplatz zur Verfügung. Gewisse Ausnahmen gibt es allerdings. Etwa die schwarzen Listen, die gewisse Kantone führen. Auf diesen wird verzeichnet, wer seine Krankenkassenbeiträge schuldig geblieben ist. Die Folge ist, dass die Betroffenen nur noch Anspruch auf Notfallbehandlungen haben. Dies führt immer wieder einmal zu skandalösen Fäl-

len von Unterversorgung und zu Konflikten mit der medizinischen Berufsethik.

Obwohl die schwarzen Listen in Fachkreisen viel kritisiert werden, hat das eidgenössische Parlament deren Aufhebung kürzlich wieder abgelehnt. Betroffen davon ist letztlich jedoch nur eine kleine Minderheit. Das macht die Sache nicht besser, führt aber dazu, dass das Thema wenig öffentliche Aufmerksamkeit genießt.

Zahnmedizin ist Privatsache

Eine Lücke weist die soziale Absicherung auch bei der Zahnmedizin auf. Diese muss aus eigener Tasche bezahlt werden. Auch darüber wird kaum öffentlich diskutiert. Bei einer kürzlich durchgeführten Umfrage haben sich aber immerhin 54 Prozent der Befragten für einen Einschluss der Zahnmedizin in die Krankenversicherung ausgesprochen, sofern der Beitrag dafür nicht um

mehr als 25 Franken pro Monat ansteigen würde.

Verfügt jemand nicht über die Mittel für eine notwendige zahnmedizinische Behandlung, kommt grundsätzlich jedoch die Sozialhilfe dafür auf. Das scheint im Großen und Ganzen zu klappen. Weil die Sozialhilfe Sache der einzelnen Kommunen ist, wird man bei genauerem Hinschauen allerdings schon auf Fälle von zahnmedizinischer Unterversorgung stoßen.

„Arm und Reich bezahlen grundsätzlich gleich viel für die Krankenkasse. (...) Vor allem Familien sind durch die Krankenkassenbeiträge stark belastet. Denn es gilt das Prinzip: Eine Person, ein Versicherungsbeitrag. Kinder und Ehepartner sind nicht mitversichert.“

Auf Zuwanderung angewiesen

Auf dünnem Eis bewegt sich die Schweiz, weil es ihr an einheimischem Gesundheitspersonal mangelt. Eine ausreichende Versorgung lässt sich nur noch mit ausländischen Fachkräften aufrecht erhalten. Fast 40 Prozent der Mediziner:innen stammen aus anderen Ländern, die meisten aus Deutschland. Beim Pflegepersonal ist die Auslandsabhängigkeit ebenfalls hoch. Ein Mangel besteht vor allem an Hausärzt:innen. Viele von ihnen gehen zurzeit in Rente. Jüngere Mediziner:innen – vor allem Frauen – wollen aus familiären Gründen in Teilzeit arbeiten. Zudem stand die Schweiz bei der medizinischen Ausbildung jahrelang auf der Bremse, um eine „Ärztenschwemme“ zu verhindern.

Das Problem wurde nun erkannt und der Bund hat eine Ausbildungsinitiative gestartet. Außerdem sollen die Arbeitsbe-



Foto: picture alliance/Keystone | GAETAN BALLY

dingungen in der Pflege verbessert werden. So schnell wird sich das aber nicht auswirken. Sollte der Zustrom von ausländischen Fachkräften einmal nachlassen, ließe sich die Versorgungsqualität jedenfalls nicht mehr auf heutigem Niveau aufrechterhalten.

Beitragslast kaum mehr tragbar

Die Versorgungsqualität ist in der Öffentlichkeit allerdings kein bedeutsames Thema. Ein Politikum ersten Ranges ist hingegen die Finanzierung des Gesundheitswesens, die für breite Bevölkerungsschichten zu einer fast unerträglichen Belastung geworden ist. Gerade jetzt hat sich die Lage zugespitzt, weil die Krankenkassenbeiträge Anfang des Jahres im Durchschnitt um 8,7 Prozent angestiegen sind. Schon in den Jahren seit 1997 haben sich diese mehr als verdoppelt, wobei der jährliche Anstieg in den letzten Jahren eher moderat war.

Für eine Familie mit zwei Kindern und einem mittleren Einkommen von 8.000 Franken pro Monat können die Krankenkassenbeiträge inzwischen durchaus 15 Prozent des Haushaltseinkommens ausmachen. Da die Mieten, die Energiepreise und die übrigen Lebenskosten zurzeit ebenfalls markant ansteigen, bringt das manches Haushaltsbudget aus dem Gleichgewicht.

Krankenkassen im gelenkten Wettbewerb

An dieser Stelle drängen sich ein paar grundlegende Erklärungen zur Finanzie-

rung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz auf: Seit 1996 verpflichtet das Krankenversicherungsgesetz (KVG) alle Einwohner:innen des Landes, sich der gesetzlichen Krankenversicherung anzuschließen. Sie können sich dazu eine der rund 50 zugelassenen Krankenkassen aussuchen. Arm und Reich bezahlen grundsätzlich gleich viel für die Krankenkasse. Die Beiträge sind nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abgestuft; es gilt das Prinzip der Kopfprämie. Die Beiträge unterscheiden sich jedoch von Kasse zu Kasse. Durch einen Kassenwechsel kann man unter Umständen 1.500 bis 2.000 Franken pro Jahr sparen.

Diese Beitragsunterschiede sind politisch gewollt. Sie entsprechen dem Konzept des gelenkten Wettbewerbs, wonach die einzelnen Versicherten bei gleichem Leistungsumfang miteinander um die günstigste Kostenstruktur konkurrieren sollen. Bis vor einigen Jahren war das zwar eher eine Farce: Die Krankenkassen erzielten Wettbewerbsvorteile vor allem, indem sie anderen mit allen möglichen Tricks junge und gesunde Versicherte abwarben. Dank einer Verfeinerung des gesetzlichen Risikoausgleichs zwischen den Kassen zahlt sich diese Abwerbung jetzt aber weniger aus und die Beitragshöhe hängt tatsächlich vermehrt von der Kosteneffizienz der Kassen ab. Es lohnt sich für diese, vor allem für ihre chronisch kranken Versicherten kostengünstige integrierte Versorgungsmodelle zu entwickeln. In den Kantonen des Jurabogens wird zurzeit ein solches Projekt realisiert.

Die Krankenkassenbeiträge variieren auch von Kanton zu Kanton ganz erheblich, zum Teil sogar innerhalb der Kantone von Region zu Region. Einsparmöglichkeiten gibt es, indem man beispielsweise eine Versicherungsvariante mit höherer Selbstbeteiligung oder eingeschränkter Arztwahl wählt.

Mehr als jeder vierte bezieht Zuschüsse

Vor allem Familien sind durch die Krankenkassenbeiträge stark belastet. Denn es gilt das Prinzip: Eine Person, ein Versicherungsbeitrag. Kinder und Ehepartner sind nicht mitversichert. Für diese ist je ein eigener Beitrag zu entrichten, wobei Kinder und Jugendliche von einem reduzierten Tarif profitieren. Die Arbeitgebenden sind in der Schweiz in keiner Weise am Verhältnis zur Krankenkasse beteiligt. Sie bezahlen keinen Versicherungsbeitrag und übernehmen auch keine administrativen Pflichten in Zusammenhang mit der Krankenversicherung.

Als Korrektiv zur Kopfprämie besteht ein System von individuellen Zuschüssen (sog. Prämienverbilligungen) für Versicherte mit geringem Einkommen. Die Ausgestaltung dieser Unterstützung ist kantonale unterschiedlich. Im Jahr 2020 erhielten jedenfalls rund 2,4 Millionen Menschen Zuschüsse, das sind 28 Prozent aller Versicherten. Somit kann man davon ausgehen, dass die wirklich Bedürftigen höchstens einen Teil des Krankenkassenbeitrags selbst zu tragen haben. Von der Beitragsbemessung ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe betroffen sind vor allem die Mittelschichten, die gerade zu viel verdienen, um Zuschüsse beziehen zu können.

Weichenstellung durch die Stimmberechtigten

Politisch ist in Bezug auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung nun einiges in Bewegung geraten. Dieses Jahr werden die Stimmberechtigten in zwei Volksbegehren am 9. Juni dazu abstimmen. Volksbegehren werden in der Schweiz selten angenommen. Meistens werden sie vor allem deshalb lanciert, um ein Thema öffentlich zur Diskussion zu stellen. Da der Unmut über die hohen Krankenkassenbeiträge groß ist, liegt ein Erfolg diesmal aber im Bereich des Möglichen.

Eines der beiden Volksbegehren stammt von der sozialdemokratischen Partei und trägt den Titel „Prämien-Entlastungs-Initiative“.

Es verlangt, dass niemand mehr als 10 Prozent seines Einkommens für die gesetzliche Krankenversicherung bezahlen muss. Erreicht werden soll dies durch eine entsprechende Erhöhung der Beitragszuschüsse vorwiegend durch den Bund. Der Bundesrat (die Regierung) und die bürgerlichen Parteien lehnen das ab, einerseits aus finanziellen Gründen, andererseits weil vor allem die Kantone für die Beitragsverbilligung aufkommen sollen. Denn schließlich seien sie es, die die Kostenentwicklung maßgeblich beeinflussen, etwa durch die Planung des Krankenhausangebots.

Wie das in der Schweiz üblich ist, haben Bundesrat und Parlament aber einen Gegenvorschlag zum Volksbegehren der Sozialdemokratie erarbeitet, um diesem den Wind aus den Segeln zu nehmen. Er ist bereits beschlossen und sieht vor, dass die Kantone 3,5 bis 7,5 Prozent der Gesundheitskosten für die Zuschüsse an die Krankenkassenbeiträge aufwenden müssen. Zuständig für die Einzelheiten sollen aber weiterhin die Kantone sein. Der Gegenvorschlag zwingt die Kantone jedenfalls, mehr Geld in die Hand zu nehmen, während der Bund nicht mehr bezahlen muss. Bisher wurden die Beitragszuschüsse sowohl durch den Bund als auch durch die Kantone finanziert, wobei die meisten Kantone ihre Beiträge in den letzten Jahren reduziert haben. Trotz Gegenvorschlag zieht die sozialdemokratische Partei ihr Volksbegehren aber nicht zurück, sodass die Stimmberechtigten vermutlich im Juni darüber befinden werden.

Ebenfalls ausstehend ist die sogenannte „Kostenbremse-Initiative“, ein Volksbegehren der Partei „Die Mitte“, die aus einem Zusammenschluss der Christdemokraten mit der kleineren Bürgerlich-Demokratischen Partei hervorgegangen ist. Es verlangt vom Bund, in Zusammenarbeit mit den Kantonen dafür zu sorgen, dass die Gesundheitskosten im Durchschnitt nicht stärker als die Löhne ansteigen. Sehr detailliert ist das nicht. Wenn das Volksbegehren angenommen würde, stände die Kostenbremse aber in der Verfassung. Bundesrat und Parlament müssten sie auf Gesetzesebene konkretisieren. „Die Mitte“ äußert bereits Vorschläge, wie das geschehen könnte. Etwa durch eine Senkung der Medikamentenpreise, eine entschlossene Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie durch Anreize, Behandlungen vermehrt ambulant statt im Krankenhaus

GEMEINSAM SIND WIR STARK!

Der bvvp – Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten – setzt sich verfahrensübergreifend und integrativ für die Interessen Ärztlicher, Psychologischer und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen ein, gleichgültig ob oder niedergelassen oder angestellt.

Er kämpft für eine gute psychotherapeutische Versorgung, führt Klageverfahren und engagiert sich für eine angemessene Vergütung. Mitglieder profitieren zudem von Vergünstigungen und unserem Hintergrundwissen. Weitere Informationen und Kontakt: bvvp.de

bvvp

*Vielfalt macht
den Unterschied*

Jetzt Mitglied
werden:



www.bvvp.de



In der Notfallambulanz. Foto: Martin Glauser

durchzuführen. Diese Maßnahmen sind alle schon längst bekannt, werden aber seit Jahren verschleppt. Im Falle einer Zustimmung zur „Kostenbremse-Initiative“ würde der Druck auf die Umsetzung erhöht.

Widerstand aus Gewerkschaftskreisen

Dass medizinische Behandlungen vermehrt ambulant statt stationär durchgeführt werden sollen, ist an sich unbestritten. Im Dezember hat das Parlament nun eine Vorlage zur Einheitlichen Finanzierung (EFAS) beschlossen, die diese Verlagerung fördern soll. Das war eine Zangen Geburt: Das Projekt wurde 14 Jahre lang zwischen den beiden Parlamentskammern und deren Kommissionen hin- und hergeschoben. Mit EFAS sollen sämtliche medizinische Behandlungen einheitlich finanziert werden, zu mindestens 26,9 Prozent durch die Kantone und zu 73,1 Prozent durch die Krankenkassen. Zurzeit werden stationäre Behandlungen im Krankenhaus zu mindestens 55 Prozent durch den Wohnkanton der Patient:innen vergütet, der Rest durch die Krankenkasse. Ambulante Behandlungen gehen hingegen voll zu Lasten der Krankenkassen – abgesehen von der Selbstbeteiligung der Versicherten. Somit haben die Kassen wenig Interesse daran, dass eine Behandlung ambulant durchgeführt wird, obwohl das insgesamt meistens günstiger wäre.

EFAS soll jedenfalls die Kosten dämpfen. Es gibt aber Widerstand dagegen. Gewerkschaftliche Kreise haben das Referendum ergriffen, sodass es vermutlich auch darüber zu einer Volksabstimmung kommen wird. Grund für die ablehnende Haltung ist, dass das Parlament die einheitliche Finanzierung in der Schlussphase auch auf die Langzeitpflege ausgedehnt hat. Dort trägt die öffentliche Hand bisher einen hohen Kostenanteil, der nun auf die Krankenkassen abgewälzt werden soll. Da die Krankenkassenbeiträge für Arm und Reich grundsätzlich gleich hoch sind, während die Mittel der öffentlichen Hand aus einkommens- und vermögensabhängigen Steuern stammen, ist das tendenziell unsozialer. Die Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes befürchtet zudem, dass EFAS in der Langzeitpflege zu Einsparungen beim Personal führen könnte. Dass die 50 000 benötigten Unterschriften für das Referendum zusammenkommen werden, ist nicht zu bezweifeln. Im Abstimmungskampf werden die Gegner von EFAS dann aber möglicherweise recht einsam dastehen. Auch innerhalb der Linksparteien scheinen die Meinungen auseinanderzugehen. Und der größte Berufsverband des Pflegepersonals, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), unterstützt das Referendum nicht. Für die von EFAS erhoffte Kostendämpfung ist man offenbar in den

unterschiedlichsten politischen Lagern zu Kompromissen bereit.

Markt oder Staat, das ist die Frage

Immer wieder ein Thema ist die Schaffung einer Einheitskrankenkasse an Stelle der rund 50 verschiedenen Kassen. Von linker Seite wurden in den letzten zwanzig Jahren schon zwei Volksbegehren mit diesem Ziel lanciert, von den Stimmberechtigten aber beide deutlich abgelehnt. Zurzeit liegen diesbezüglich keine konkreten politischen Vorstöße vor.

In einer Umfrage der Universität Basel sprachen sich kürzlich jedoch zwei Drittel der Befragten für eine Einheitskasse aus. Die Befürworter:innen einer solchen Lösung erhoffen sich unter anderem Einsparungen bei den Verwaltungs- und Werbekosten. Diese beanspruchen insgesamt allerdings nur rund 5 Prozent der Gesamtausgaben. Verbunden wird die Forderung nach einer Einheitskasse oft mit derjenigen nach einkommensabhängigen Beiträgen. Das wäre ein fundamentaler Systemwechsel.

Letztlich geht es bei diesen Diskussionen jedoch immer um dieselbe Frage: Bekommt man die Gesundheitskosten besser durch „mehr Markt“ oder durch mehr staatliche Planung in den Griff? ■

Ruedi Spöndlin

ist Jurist und Journalist. Er war 27 Jahre lang Redakteur der schweizerischen Zeitschrift *Soziale Medizin*.

Der Mensch unter dem Haarreif

Unser Themenheft für alle, die wissen wollen, wer der andere wirklich ist



Jetzt bestellen
www.psychologie-heute.de

FACHWISSEN SEIT 1974

**PSYCHOLOGIE
HEUTE**

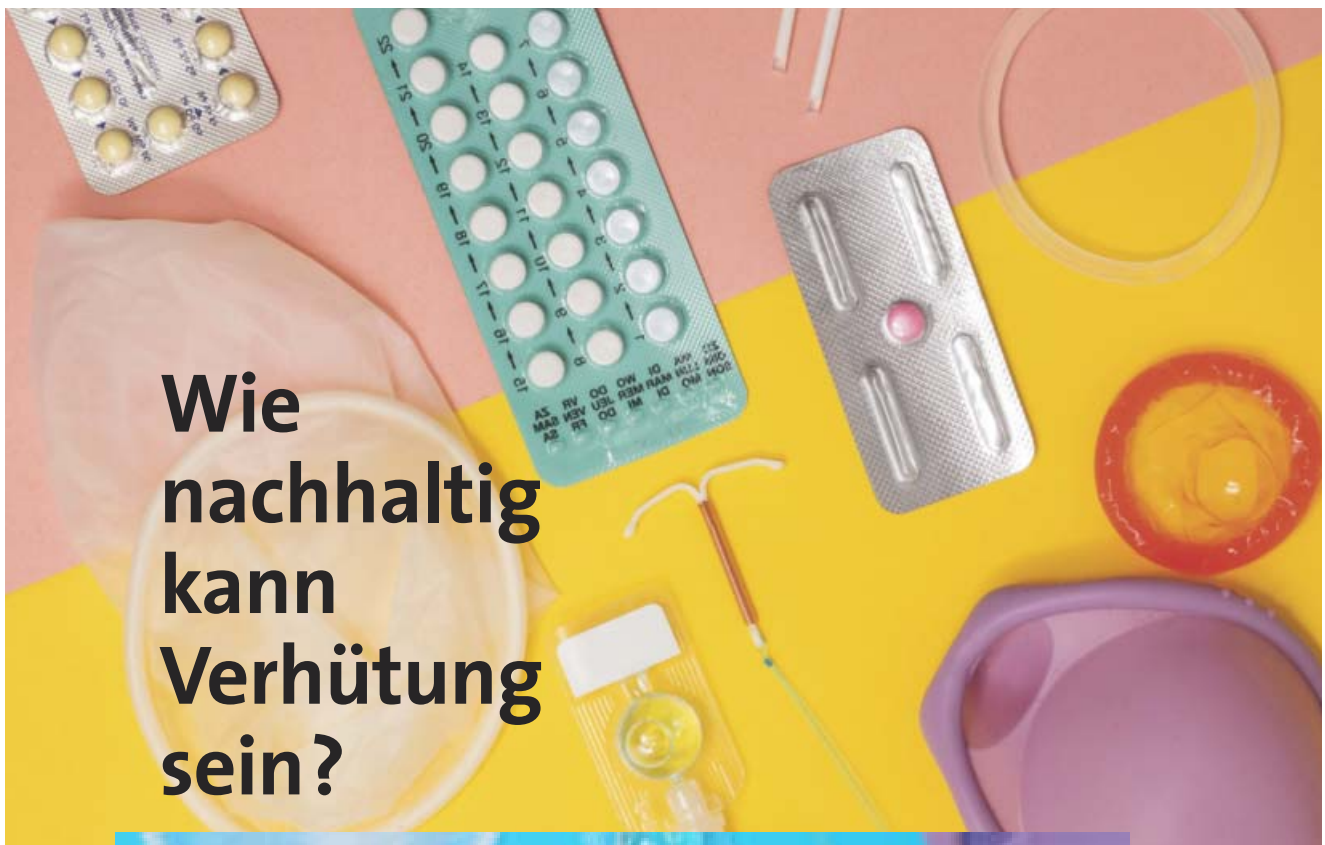


Foto: Reproductive Health Supplies Coalition | unsplash.com

Wie nachhaltig kann Verhütung sein?

Über den ökologischen Fußabdruck von Verhütungsmitteln

Esther Luhmann

Immer mehr Menschen machen sich Gedanken um die Zukunft des Planeten, stellen ihre Lebensweise infrage. Dazu gehört auch eine nachhaltige Verhütung. Doch was wissen wir darüber?

Verhütung ist zweifelsohne ein wichtiges Thema. Der Markt ist groß, Daten zur Sicherheit, zu medizinischen und pharmazeutischen Aspekten oder zur Anwendungsfreundlichkeit sind zu Genüge vorhanden. Informationen finden sich im Internet, in der gynäkologischen Praxis und in der Apotheke. Dass die Auswahl des richtigen Verhütungsmittels beide Partner:innen betrifft, ist klar. Dass auch Alter, Vorerkrankungen, sexuelles Verhalten und Vorlieben sowie Lebensplanung die Auswahl des Verhütungsmittels bestimmen, versteht sich von selbst. Zu wenig Aufmerksamkeit erhalten jedoch ihre Auswirkungen auf den Planeten.

Um den ökologischen Fußabdruck, die Umweltauswirkungen und die Nachhaltigkeit der verschiedenen Verhütungsmittel zu bewerten, ist der Lebenszyklus jedes einzelnen unter die Lupe zu nehmen. Dabei geht es um die Ausgangsstoffe, die

Produktion, die Verpackung, die Distribution, die Anwendung und die Entsorgung. Und hier sieht es ganz besonders schlecht aus: Daten zur Emission von Klimagasen bei der Herstellung beziehungsweise beim Transport gibt es kaum. Ebenso sind Daten zum Wasserverbrauch nicht zu finden bzw. werden gar nicht erst erhoben. Da die Herstellung von Arzneimitteln ein komplexer, recht intransparenter Prozess ist und es viele Co-Hersteller und Zulieferer gibt, sind viele Daten nicht verfügbar. Es ist jedoch möglich, sich diesem Thema über eine Ideensammlung anzunähern.

Verhütung mit Hormonen

Einer Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von November 2023 zufolge hat das Kondom die Pille als Verhütungsmittel Nummer eins abgelöst. Aus einem Papier der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA) geht hervor, dass der Absatz von Kontrazeptiva in der öffentlichen Apotheke rückläufig ist.

„DIE Pille“ gibt es nicht, denn es gibt Kombinationspillen, Minipillen, Pillen der ersten, zweiten,

dritten und vierten Generation. Aus der Pressemitteilung der BZgA geht hervor, dass die zunehmend kritische Einschätzung der hormonellen Verhütung Grund für den Rückgang ist. Um Nebenwirkungen und den gesundheitlichen Sicherheitsaspekt soll es in diesem Artikel nicht gehen, beziehungsweise nur indirekt. Denn die Nebenwirkungen kommen nicht nur bei den Frauen, die die Präparate einnehmen, zum Tragen, sondern spiegeln sich auch in der Umwelt wider.

Die „Pille“ gibt es seit über 50 Jahren auf dem deutschen Markt, Millionen Frauen haben sie verwendet, nehmen sie Tag für Tag ein und scheiden die Hormone sowie die Transformationsprodukte (Metabolite) mit dem Urin wieder aus. Das hinterlässt Spuren. Viele Kläranlagen sind nicht in der Lage, die Rückstände im Abwasser zu filtern. Und so gelangen die Arzneistoffe in die Umwelt. Sie treffen dort auf Flora und Fauna und verändern vor allem die Lebensweisen von Tieren.

Forschungen haben gezeigt, dass Ethinylestradiol bei verschiedenen Fischarten (vor allem bei Karpfen) durch Hemmung der Reproduktion oder Veränderung der Geschlechtsorgane zu einem Populationszusammenbruch führen kann. Zudem wurden weibliche Merkmale bei männlichen Karpfen festgestellt. Die Auswirkungen auf die Ökosysteme können verheerend sein, wenn diese aus dem Gleichgewicht geraten.

Untersuchungen haben auch gezeigt, dass Estradiol und seine Derivate in Oberflächengewässern und auch im Trinkwasser zu finden sind. Die Konzentrationen im Trinkwasser sind zwar noch gering, so dass nicht von einem gesundheitlichen Risiko für Menschen ausgegangen wird, ein abschließendes Urteil ist allerdings noch nicht möglich.

Hinzu kommt, dass es sich bei den „Pillen“ um Einmal-Produkte handelt, deren Herstellung, Verpackung und Transport Emissionen von Klimagasen und Müll verursachen. Wissenschaftliche Berechnungen gibt es dazu derzeit nicht. Sie werden aber dringend gebraucht, damit Verbraucher:innen bezogen auf Nachhaltigkeitsaspekte fundierte Entscheidungen treffen können.

Neben der „Pille“ gibt es noch andere hormonelle Verhütungsmittel, die nicht so gängig sind, dazu zählen Spiralen, Pflaster, Stäbchen, Vaginalringe und Depotspritzen, die hier nicht weiter erläutert werden.

Aber leider auch hier: Fehlanzeige, wenn es um Daten zur Nachhaltigkeit geht.

Das Kondom auf Nummer eins

„Mit 53 Prozent wird das Kondom erstmals seit 2007 (...) deutlich häufiger als die Pille zur Verhütung eingesetzt.“ (BZgA 2023) Grund genug, das Kondom aus der ökologischen Sichtweise zu betrachten.

Kondome werden üblicherweise aus Naturkautschuk hergestellt. Große Kautschukplantagen findet man beispielsweise in Malaysia und Thailand. Um das Ausmaß des ökologischen Fußabdrucks abzuschätzen und um festzustellen, wie nachhaltig ein Kondom ist, müssen verschiedene Punkte berücksichtigt werden:

- Anbaubedingungen des Kautschuks (Monokulturen, Einsatz von Pestiziden, Waldrodung für den Anbau, ...);
- Arbeitsbedingungen vor Ort (Kinderarbeit, moderne Sklaverei, ...);
- Transport der Rohstoffe nach Deutschland;
- Wasserverbrauch und CO₂-Emissionen bei der Produktion;
- Auswahl der Verpackungsmaterialien (Folie, Karton, ...);
- Phthalate, die als Weichmacher gesundheitlich und ggf. aus ökologischer Perspektive nicht unproblematisch sind.

Laut CPR, Europas größtem Kondomhersteller mit Sitz in Deutschland, fallen dort 145g CO₂ bei der Produktion von zehn Kondomen an, denn es sind viele Herstellungsschritte und hohe Temperaturen bei der Herstellung notwendig. Hinzu kommen 40g CO₂ (für zehn Kondome) beim Transport des Latex aus Asien nach Deutschland.

Ökologisch unbedenklicher erscheinen dagegen Kondome, die aus Latex aus einer nachhaltigen Landwirtschaft hergestellt werden. Dazu zählt Fair-Trade-Latex, an dem Siegel „Fair Rubber“ zu erkennen. Die Fair Rubber Association merkt einen deutlichen Anstieg des Interesses an Kondomen, die aufgrund der Verwendung von fairem Kautschuk zertifiziert wurden. Auch FSC®-Siegel sind teilweise vorhanden. FSC® steht für „Forest Stewardship Council®“. Es ist ein internationales Zertifizierungssystem für nachhaltigere Landwirtschaft. Im Fokus stehen dabei die Anbaubedingungen des Kautschuks.

Das Kondom ist auch deshalb so beliebt, weil es vor sexuell übertragbaren Infektionen (STI) schützt. Das ist wichtig, denn Safer Sex steht bei vielen an erster

Stelle. Durch den Gebrauch von Kondomen wird das Risiko, sich mit STIs anzustecken, deutlich gemindert. Kann man eine Infektion vermeiden, bedeutet das gleichzeitig auch, dass der Einsatz von ggf. umweltschädlichen Arzneimitteln (etwa Antibiotika) vermieden wird.

Sowohl bei Pille und Kondom handelt es sich um Einmalprodukte. Nachhaltiger scheinen hingegen Maßnahmen, die langfristig anhalten und dauerhaft wirken, wie etwa die Sterilisation, bei Mann (Vasektomie) und Frau durchführbar. In Deutschland sind ca. 1,45 Millionen Frauen sterilisiert, im Vergleich dazu gibt es nur 450 000 sterilisierte Männer, obwohl beim Mann eine Sterilisation einfacher durchzuführen ist als bei einer Frau. (UKSH o.D.) Auch hier sucht man vergeblich nach genauen Zahlen zu CO₂-Emissionen und Ressourcenverbrauch.

Keine Verhütung ist auch keine Lösung

Laut Statista Research Department geht aus einer Umfrage von 2008 hervor, dass 13 Prozent der Deutschen gar nicht verhüten. Das hat sicherlich die beste Umweltbilanz, denn wenn der Sex ohne Verhütungsmittel auskommt, müssen diese erst gar nicht produziert und entsorgt werden. Es besteht aber die Gefahr von ungewollten Schwangerschaften und Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten, die wiederum eine Therapie mit (umweltschädlichen) Arzneimitteln erfordern.

Mehr Aufklärung dringend notwendig

Als Ergebnis der Recherche über Nachhaltigkeitsaspekte bei Verhütungsmitteln bleibt die bittere Erkenntnis, dass die Hersteller bislang entweder gar keine oder nur äußerst wenige Daten liefern. Dies muss sich unbedingt ändern – und dies ist eine dringliche Forderung an die Industrie –, damit in die persönliche Entscheidung der Verbraucher:innen bei der Auswahl des für sie richtigen Verhütungsmittels neben Verträglichkeit, Zuverlässigkeit und Kosten auch ökologische Aspekte einfließen können. ■

Die Literatur zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Esther Luhmann

ist Apothekerin in Valencia/Spainien und Referentin des Vorstandes des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP). Sie setzt sich aktiv für die Initiative „Pharmacists for Future“ ein. referentin@vdpp.de



Depression ist eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit – und eine potenziell tödliche Erkrankung.

Foto: istock.com/
ArtistGNDphotography

Mentale Gesundheit stärken, Krisen verhindern

Die Nationale Suizidpräventionsstrategie NaSuPS

Matthias Albers

Durchschnittlich 12,1 von 100 000 Einwohner:innen nahmen sich 2022 in Deutschland das Leben. Erstmals seit Jahren des Rückgangs stieg die Rate wieder an. Grund genug, sich mit der neuen Nationalen Suizidpräventionsstrategie auseinanderzusetzen. Unser Autor berichtet, was es damit auf sich hat.

Nachdem sich im Sommer des Jahres 2023 für keinen der Gesetzentwürfe zur Neuregelung der Suizidhilfe im Bundestag eine Mehrheit fand, einigten sich die Abgeordneten auf den fraktionsübergreifenden Antrag „Suizidprävention stärken“, der am 6. Juli 2023 mit 692 Ja-Stimmen bei nur einer Gegenstimme und vier Enthaltungen angenommen wurde.¹ Daraufhin wurde im Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit der Vorbereitung eines Gesetzentwurfs zur Suizidprävention begonnen. Dieser soll bis zum 30. Juni 2024 vorliegen. Außerdem wurde begonnen, ein Konzept zu erstellen, um bis zum Inkrafttreten des Suizidpräventionsgesetzes die bestehenden Maßnahmen besser zu bündeln. In diesem Zusam-

menhang wurde die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit einer neuen Aufgabe, nämlich der Entwicklung einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie (NaSuPS), beauftragt, welche bis zum Frühjahr 2024 vorliegen und sich in den Nationalen Präventionsplan einfügen sollte.

Ein neues Bundesinstitut für Prävention

Dieses Vorgehen ist im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der BZgA und dem Plan für ein Bundesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu sehen. Im Koalitionsvertrag war noch von einem neu zu gründenden „Bundesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ die Rede, jetzt soll es ein „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ (BIPAM) werden. Es ist gedacht als ein Bundesinstitut für nicht-übertragbare Erkrankungen, während das Robert Koch-Institut (RKI) sich auf die Infektionskrankheiten fokussieren soll. In jedem Fall soll die BZgA im BIPAM aufgehen, in das auch die „Nationale Mental Health Surveillance“, die im Rahmen der Co-

rona-Pandemie im RKI eingerichtet worden war, überführt werden soll.²

Die Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bezieht sich auf die Gesundheit der Bevölkerung, was übertragbare wie nicht-übertragbare Erkrankungen betrifft. Wie aus dem Institut für nicht-übertragbare Erkrankungen heraus die „übergreifende Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ erfolgen kann, die ebenfalls Auftrag des BIPAM sein soll, bleibt abzuwarten.

In der Vergangenheit hatte das RKI Gesundheitsberichte zu psychischen Erkrankungen veröffentlicht, zu Depression und Schizophrenie jeweils 2010, zu Alkoholabhängigkeit 2012 und zum Thema Suizid 2015. Außerdem wurden, jeweils mit einigen Jahren Abstand, Datenerhebungen zur Inzidenz depressiver Störungen durchgeführt, überwiegend auf Basis von Telefoninterviews.

Daneben besteht beim RKI das Fachgebiet „Soziale Determinanten von Gesundheit“, in dem ein Index sozialer Deprivation (Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnisse etc.) entwickelt wurde, der auf Ebene von Bund und Ländern eine vergleichende Darstellung von Regionen mit benachteiligenden Faktoren erlaubt. Die Datenquellen erlauben jedoch keine kleinräumige Analyse, wie sie für eine kommunale Gesundheitsplanung, die Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, erforderlich wäre.

Im August 2023 fand zum Auftakt für den Prozess der Erstellung der NaSuPS der zweitägige Expertenworkshop „Die Zukunft der Suizidprävention – Der Weg von der Beratung zur Hilfe – Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie“ statt, an dem der Verfasser als Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes eines Gesundheitsamtes teilgenommen hat.

Es wurden dabei die Themen „Gesundheitskompetenz und Empowerment“, „Psychosoziale Beratung: Bundesweite Angebote, Ausbau und Vernetzung“ sowie „Weiterentwicklung der Suizidprävention durch Vernetzung und Koordination“ besprochen, anschließend wurden die Überlegungen des BMG dazu vorgestellt. Es waren sowohl aus dem Bereich der Suizidprävention als auch aus dem Bereich der Psychiatrie alle relevanten Akteur:innen einschließlich Betroffenenvertreter:innen beteiligt. Es ging im Kern um die strukturelle Verankerung der Suizidprävention auf Bundesebene.

Am ersten Tag gab es unter anderem einen Workshop zum Thema „Krisendienst“: Dabei wurden die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Rufnummer, die Einbindung der regionalen Angebote der Gemeindepsychiatrie vor Ort sowie die Schnittstellen zum Rettungsdienst und anderen Notfallnummern erörtert. Besonders betont wurde, wie wichtig es sei, dass Betroffene es wieder mit denselben Professionellen zu tun haben können, mit denen sie bereits früher positive Erfahrungen gemacht haben. Dabei wurde die Spannung zwischen einer anonymen Hotline, bei der man sicher sein kann, dass es bei einer unverbindlichen Beratung bleibt, und einem Krisentelefon, über das man auch in akuten Notfällen Hilfe vor Ort bekommen kann, deutlich.

Eines der weiteren Themen war das hohe Suizidrisiko in der ersten Zeit nach der Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung. Außerdem wurde die Einbeziehung psychosozialer Fachkräfte in die ambulante Palliativversorgung SAPV gefordert. Darüber hinaus wurde betont, dass die Planung von Präventionsmaßnahmen und die Erhebung von dafür relevanten Daten zusammen gehören.

Am zweiten Tag gab es nach Berichten aus den Workshops des Vortags noch einen Input aus dem Österreichischen Suizidpräventionsprogramm. Den Abschluss bildete eine Podiumsdiskussion mit Vertretern von Telefonseelsorge, NaS-Pro, Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und Aktion Psychisch Kranke (APK).

Die aktuelle Situation

Die Suizidhäufigkeit in Deutschland ist über Jahrzehnte kontinuierlich gesunken, sie hatte 2019 mit 10,9 Suiziden pro 100 000 Einwohner den bisher niedrigsten Stand erreicht. 2020 und 2021 lag sie jeweils bei 11,1 Fällen pro 100 000 Einwohner. Im Jahre 2022 erreichte sie einen Wert von 12,1 pro 100 000 Einwohner. Das ist der stärkste Anstieg in einem Jahr seit 1980.

Die absolute Zahl der Todesfälle durch Suizid betrug 2022 10 119. Im gleichen Zeitraum starben 2 782 Menschen durch Verkehrsunfälle, 1 990 durch illegale Drogen, 1 834 durch Totschlag und 264 durch Mord.³

Was hat Suizidalität mit psychischen Störungen zu tun?

Suizidalität, verstanden als Kontinuum von Gedanken des Lebensüberdresses bis hin

zu konkreten Handlungen, um das eigene Leben zu beenden, ist – insbesondere in leichter Ausprägung – ein Phänomen, das oft auftritt. Wenn ein erwünschter Zustand verloren geht oder in weite Ferne rückt, ist Lebensüberdressed kein Hinweis auf eine krankheitswertige Entwicklung, sondern ein Zeichen dafür, dass eine Situation als lebensverändernde Krise er-

„Suizid ist nicht notwendigerweise Folge einer psychischen Erkrankung. Er geschieht aber meist aus einer als aufs Äußerste eingeeengt erlebten Situation heraus und ist damit nicht als eigentlicher Akt der Freiheit zu sehen.“

lebt wird, und der Gedanke an den Tod wäre dann die plastische Illustration dafür, dass die bevorstehende Veränderung als die größtdenkbare empfunden wird. Suizid, also eine erfolgreiche Handlung mit dem Ziel, sich zu töten, ist ein im Verhältnis zur Häufigkeit von Suizidversuchen oder gar von lebensmüden Gedanken oder Todeswünschen seltenes Ereignis.

Suizid ist nicht notwendigerweise Folge einer psychischen Erkrankung, sondern kann auch ein Akt der freien Willensbestimmung sein. Empirisch spielen allerdings intensive negative Gefühle wie Angst oder Trauer, die einen starken Handlungsdruck bedingen, und eine als ausweglos eingeschätzte Situation eine große Rolle dabei, dass ein Suizidplan in eine Handlung mündet. Suizide geschehen also meist aus einer als aufs Äußerste eingeeengt erlebten Situation heraus und sind damit nicht als eigentlicher Akt der Freiheit zu sehen. Ein Suizidplan und der Besitz der dafür nötigen Mittel können aber auch so etwas wie ein Notausgang sein, um den zu wissen es erlaubt, in einer sonst unerträg-

lichen Situation zu bleiben. Ein solcher Plan ist dann nicht in erster Linie ein Zeichen für eine bevorstehende Suizidhandlung, sondern eher ein protektiver Faktor.

Nichtsdestoweniger ist festzuhalten, dass Suizide zu einem hohen Anteil im Kontext einer psychischen Störung erfolgen. Die Suizidhäufigkeit wird daher als einer der Indikatoren der seelischen Gesundheit der Bevölkerung angesehen.

Suizidprävention oder Förderung der seelischen Gesundheit?

Die meisten Maßnahmen, die zur Suizidprävention vorgeschlagen werden, sind solche, die auch der Förderung der seelischen Gesundheit und der Gesundheit im Allgemeinen dienen. Eine Suizidpräventionsstrategie, die nicht zugleich eine Gesundheitsstrategie mit Fokus auf Mental Health ist, ist somit nicht denkbar.

Eine der häufigsten psychischen Störungen in Deutschland sind die alkoholbedingten Gesundheitsstörungen. Sie gehen oft mit Depressionen und Suizidversuchen einher. Alkohol spielt durch seine die Affektregulierung beeinträchtigende und verhaltensinhibierende Wirkung bei der Auslösung von Suizidhandlungen auch bei Menschen ohne Abhängigkeitssyndrom eine wesentliche Rolle. Trotzdem gibt es keine wirksamen Maßnahmen zur Reduktion der Alkoholverfügbarkeit. An diesem Beispiel wird auch deutlich, dass Prävention nicht nur im Gesundheitswesen stattfinden kann, sondern, im Sinne von „Health in All Policies“, in allen Politikfeldern mit Auswirkung auf die Gesundheit stattfinden muss.

Schlussfolgerungen

Offensichtlich kann eine Suizidpräventionsstrategie nicht für sich stehen, sondern muss sinnvoll in eine Mental Health Strategie eingeordnet sein.

Da nun die Institution, bei der die Suizidprävention angesiedelt werden soll, das BIPAM, auch für die Prävention sämtlicher nicht-übertragbaren Erkrankungen zuständig sein wird, und damit auch für Mental Health und die Gesundheitsberichterstattung darüber, könnte sich das Ausmaß dieses Problems relativieren.

Dennoch bleibt die Frage, ob man zum Beispiel ein bundesweites Krisentelefon für alle Krisen oder eine bundesweite Suizidhotline nur zum Thema Suizid einrichten sollte, beziehungsweise wie man beide Angebote miteinander (und den anderen Strukturen wie Telefonseelsorge, Rettungsdienst und kassenärztlicher Notdienst) verknüpfen kann.

So laufen bisher die beiden vom BMG (!) geförderten Projekte OBEON (Orientierungshilfe und Beratung Online für Menschen in seelischen Belastungssituationen) und MANO (Anonyme Online-Beratung für suizidgefährdete Erwachsene) völlig unabhängig voneinander und versuchen, bundesweite online Beratungsangebote rund um die Uhr zu entwickeln – OBEON⁴ aus der Gemeindepsychiatrie heraus und MANO⁵ mit Akteur:innen aus der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro).

Möglicherweise kann die NaSuPS das Vehikel sein, um den jahrzehntealten For-

derungen nach Verbesserung der Prävention und nach einem flächendeckenden Krisendienst zur Umsetzung zu verhelfen. Die Dringlichkeit des Auftrags, zu einem verbindlichen Vorgehen zu kommen und Doppelstrukturen zu vermeiden, wird in jedem Fall deutlich.

Seit dem Workshop im letzten Jahr gibt es keine Neuigkeiten mehr zur NaSuPS, das fertige Konzept sollte bis April diesen Jahres vorliegen. Es wird mit Spannung erwartet. ■

Quellen

- 1 Dt. Bundestag (5.7.2023): Drucksache 20/7630. Antrag: Suizidprävention stärken. <https://kurzelinks.de/4zit>
- 2 Bundesministerium für Gesundheit (4.10.2023): Präventions-Institut im Aufbau. Dr. Johannes Nießen wird Errichtungsbeauftragter; Prof. Lars Schaade als neuer RKI-Präsident berufen. <https://kurzelinks.de/af1r>
- 3 Statistisches Bundesamt (2024): Todesursachen. Im Jahr 2022 starben in Deutschland insgesamt 10 119 Menschen durch Suizid. <https://kurzelinks.de/qdkt>
- 4 Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (2024): OBEON. Orientierungshilfe und Beratung Online in seelischen Belastungssituationen. <https://kurzelinks.de/gw1n>
- 5 Niedrigschwellige Suizidprävention e.V. (2024): MANO – Suizidprävention. Eine niedrigschwellige und anonyme Onlineberatung für Menschen ab 26 Jahren mit Suizidgedanken. <https://kurzelinks.de/if49>

Matthias Albers

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Sprecher des Bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste. matthias.albers@gmx.de



Auf den ersten Blick sind Depressionen schwer zu erkennen. Mehr Infos über die Erkrankung: deutsche-depressionshilfe.de

STIFTUNG DEUTSCHE
DEPRESSIONSHILFE
UND SUIZIDPRÄVENTION

Schöne neue Fortbildungswelt



Foto: Chris Montgomery | unsplash.com

Wie Qualifizierungsmaßnahmen jederzeit für alle möglich sind

Larissa Henschel

Am Beispiel einer Online-Akademie für psychosoziale Berufe zeigt unsere Autorin, welche Vorteile die neuen Online-Formate gegenüber Präsenzfortbildungen haben können und welche Chancen sich dadurch nicht nur für einzelne Fachpersonen, sondern auch für ganze Teams und Institutionen ergeben.

Die Coronapandemie hat die Art, wie wir uns fortbilden, fundamental verändert. Neue Fortbildungsformate wurden geboren, wie etwa vorproduzierte Onlinekurse und Webinare, aber auch Hybrid-Fortbildungen, welche das Präsenzformat mit dem Onlineformat kombinieren.

Als ich vor ein paar Jahren mein Psychologiestudium begann, fanden alle Vorlesungen und Seminare noch in Präsenz an der Universität statt. Tagein, tagaus pendelte ich gemeinsam mit anderen Studierenden den Berg zur Uni hoch und wieder runter. Ich betrat die Eingangshalle außer

Atem, wenn ich den Bus verpasst hatte und stattdessen das Fahrrad nehmen musste, quetschte mich in überfüllte Hörsäle und verabredete mich mit Kommiliton:innen zum Mittagessen in der Mensa.

Die Pandemie stellt alles auf den Kopf

Doch dann kam Corona und plötzlich war alles anders! Von einem Tag auf den anderen war ich so wie viele andere zum Lernen an meine eigenen vier Wände gefesselt, Präsenzvorlesungen und Seminare konnte keiner von uns mehr besuchen. Meine Dozent:innen und Kommiliton:innen sah ich fortan bei den gemeinsamen Videokonferenzen, nur die Interaktion im echten Leben blieb aus. Natürlich konnte ich mich mit meinen Kommiliton:innen auch online über den Lernstoff austauschen, jedoch geschah dies nun immer seltener und auch die gemeinsamen Aha-Erlebnisse im Hörsaal fehlten mir. Auf der anderen Seite war

ich dank asynchroner Lernformate, also Seminare, die komplett in Selbstlerneinheiten für Zuhause umgewandelt wurden, an viel weniger Termine gebunden als vorher. Ich konnte mir meine Zeit nun größtenteils selbst einteilen, auch die Fahrtzeit zur Uni konnte ich mir sparen, trotzdem am Seminar teilnehmen und danach hatte ich sogar noch richtig viel Freizeit. Ich sah also, dass Online-Bildung sowohl Vor- als auch Nachteile hat, und da ging es mir sicher so wie vielen anderen.

„Solange wir eine Internetverbindung haben, können wir von überall aus an Fortbildungen teilnehmen, unabhängig davon, ob wir uns in der gleichen Stadt oder auf der anderen Seite der Welt befinden.“

Neue Chancen für die Fortbildungsszene

Soweit meine Erfahrungen als Psychologiestudentin, die die Veränderungen in der Corona-Zeit hautnah erlebt hat. Doch ich habe noch eine andere Perspektive: Als Werkstudentin arbeite ich seit Studienbeginn für die SeeSeminare, ein sozialpsychiatrisches Fortbildungsinstitut in Konstanz. Wir begannen in der Corona-Zeit praktisch von einem auf den anderen Tag damit, mit Onlinefortbildungen zu experimentieren. Was anfänglich eine Notlösung war, hat sich schnell als effektive, praktische und kostengünstige moderne Lernform herausgestellt, die Chancen beinhaltet, die wir zu Beginn der Corona-Zeit noch gar nicht erkannten. Deshalb haben wir dann sogar ein ganz neues Fortbildungsinstitut gegründet, nämlich MINDEMY, eine Online-Akademie für psychosoziale Berufe, welche ausschließlich Online-Fortbildungen anbietet. Der Weg da-

hin war nicht immer einfach: Wir haben vieles ausprobiert und uns an so manches herangetastet. Unseren Weg erspare ich Ihnen, stattdessen möchte ich gerne beschreiben, was wir gelernt und herausgefunden haben. Was sind also die Chancen von Online-Lernformen? Beginnen wir damit, welche Online-Lernformen es überhaupt gibt.

Kurz und gut

Webinare sind Online-Fortbildungen, welche live über Videokonferenzprogramme wie zum Beispiel Zoom stattfinden. Die referierende Person und die Teilnehmenden sind also zur gleichen Zeit online anwesend. Sehr oft wurden in der Corona-Zeit klassische Präsenzseminare in solche Webinare umgewandelt. Bei einem zweitägigen Webinar sitzt man dann also ganze zwei Tage vor dem PC. Wir haben herausgefunden, dass es klügere Formen von Webinaren gibt, vor allem kürzere. So kann zum Beispiel ein Zeitrahmen von 90 Minuten bereits ausreichen, um ein kompaktes Thema anschaulich zu vermitteln. Außerdem fällt es uns bei Kurzwebinaren leichter, unsere Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Dazu kommt, dass sich diese Art von Fortbildungen auch gut in den Arbeitsalltag integrieren lässt. Solange wir eine Internetverbindung haben, können wir von überall aus an der Fortbildung teilnehmen, unabhängig davon, ob wir uns in der gleichen Stadt oder auf der anderen Seite der Welt befinden. Ein weiterer Vorteil von Live-Webinaren liegt darin, dass wir einer erfahrenen Fachperson unsere individuellen Fragen stellen können, auf die wir auch sofort eine Antwort erhalten. Zuletzt ist auch der Austausch mit anderen teilnehmenden Fachpersonen möglich, beispielsweise in den sogenannten Breakout-Rooms, in denen sich Teilnehmende zu Kleingruppen zusammenfinden und über eine bestimmte Fragestellung diskutieren können.

Digitale Praxishäppchen

Bei asynchronen Fortbildungen handelt es sich im Gegensatz zu Live-Webinaren um Formate, für die die referierende Person die Inhalte vorproduziert, also nicht mehr physisch oder online anwesend sein muss. Stattdessen werden Materialien zum Selbststudium zur Verfügung gestellt, welche die Teilnehmenden dann jederzeit abrufen und nutzen können, eben genau dann, wann es ihnen passt. Bei asynchro-

nen Fortbildungseinheiten kann es sich um schriftliche Inhalte wie Texte oder Arbeitsblätter, aber auch um vorproduzierte Videos handeln.

Ein gutes Beispiel für Letzteres sind die Praxishäppchen von MINDEMY: das sind fünf- bis zehnmündige Videos, in denen es um konkrete und praxisnahe Fragestellungen aus der sozialpsychiatrischen Arbeit geht. Wir kriegen gerade zu unseren Praxishäppchen ausgesprochen viel positives Feedback: Mitarbeitende möchten offensichtlich sehr kurze und unkomplizierte Lerneinheiten für Zwischendurch, in denen sie sich schnell neue Denkanstöße für die Praxis holen und die sie auch anderen Mitarbeitenden näherbringen können. Denn um die neuen Impulse mit Klient:innen zu teilen oder die Inhalte den Kolleg:innen zu vermitteln, müssen sie lediglich einen Link verschicken oder das Video mit ihnen gemeinsam anschauen, beispielsweise in der nächsten Teamsitzung.

Zeit- und ortsunabhängige Fortbildungsmöglichkeiten

Die oben beschriebenen asynchronen Fortbildungsformate lassen sich natürlich auch viel umfangreicher ausgestalten. So können beispielsweise ganze Online-Kurse mit Videos von mehreren Stunden Länge vorproduziert werden. Hier wird der Vorteil des zeit- und ortsunabhängigen Fortbildens noch deutlicher: Statt uns für eine Fortbildung mehrere Tage freizunehmen, uns viele Stunden am Stück fortzubilden und dabei immer unkonzentrierter zu werden, können wir etwa abends eine kleine Lerneinheit absolvieren. Oder wir können dies genau in dem Moment tun, in dem auf der Arbeit nur wenig zu tun ist, etwa während einer Nachtschicht. Und wenn ein Klient oder eine Klientin Zuwendung braucht, können wir das Video stoppen und mit der Fortbildung einfach zu einem anderen Zeitpunkt weitermachen. Sollten wir einmal einen wichtigen Punkt vergessen haben, können wir diesen Teil des Videos einfach noch mal abspielen, denn asynchrone Fortbildungen lassen sich so oft wiederholen, wie wir wollen. Und wenn wir einen Auszug aus einer Fortbildung einmal besonders spannend finden, können wir diesen sogar unseren Kolleg:innen oder Klient:innen zeigen.

Es sollte sich dabei nicht um lange Vorträge handeln, von denen wir uns passiv „berieseln“ lassen. Stattdessen können Kur-

MINDEMY

MINDEMY bietet praxisnahe und fachlich gute asynchrone Onlinekurse für alle Berufsgruppen, die mit Menschen in psychischen Krisen arbeiten.

Die meisten unserer Onlinekurse dauern ca. 1,5 Stunden. Alle Onlinekurse finden Sie auf www.mindemy.de, so auch unsere meistgebuchten:



▶ Achtsamkeit – Welche Übungen kann ich mit (fast) allen Klient:innen machen?

▶ Umgang mit Ängsten

▶ Hilfreicher Umgang mit intensiven und belastenden Emotionen

se wie die von MINDEMY durchaus interaktiv sein, zum Beispiel über eingesprochene Übungen oder Arbeitsblätter: So geht es in einer der Fortbildungen etwa darum, dass Fachpersonen eine gute Balance aus professioneller Distanz und Nähe finden. In den Übungen sollen unter anderem folgende Fragen von den Teilnehmenden beantwortet werden: Fühle ich mich in meiner beruflichen Identität auf dem Pol der Nähe oder der professionellen Distanz wohler? In welchen Momenten des Arbeitsalltags könnte es für mich sogar entlastend sein, authentischer aufzutreten? Und mit welchen konkreten Klient:innen könnte ich versuchen, das neu Erlernte umzusetzen?

Hybride Formate

Schließlich möchte ich noch auf die Hybrid-Fortbildungen eingehen. Hybridität meint in unserem Zusammenhang, dass verschiedene Fortbildungsformate miteinander kombiniert werden, also zum Beispiel Live-Webinare mit Präsenzseminaren oder auch Live-Webinare mit asynchronen Selbstlerneinheiten. Schauen wir uns Letzteres beispielhaft einmal genauer an. Der Vorteil einer solchen Hybrid-Fortbildung ist, dass die reine Wissensvermittlung über eine asynchrone Selbstlerneinheit, also zum Beispiel einen Onlinekurs, erfolgen kann, bei dem jede teilnehmende Person zeitlich flexibel und ortsunabhängig ist. Anschließend können die Teilnehmenden dann zu einem gemeinsamen Webinartermin online zusammenkommen, sich mit ihren individuellen Fragen an die referierende Person wenden und

das Gelernte durch die gemeinsame Gruppenreflexion noch weiter vertiefen. Spannend wird es außerdem, wenn mehrere asynchrone Fortbildungseinheiten mit mehreren Webinarterminen kombiniert werden. Denn die meisten von uns kennen wahrscheinlich das Problem, dass für einen Transfer von neu Gelerntem in die Praxis eine wiederholte Beschäftigung mit einem Thema nötig ist. Viele kleinere Fortbildungseinheiten in verschiedenen Formen und Kombinationen ermutigen uns dazu, uns immer wieder mit dem Lernstoff zu beschäftigen und ihn zu reflektieren. Das wiederum könnte uns dabei helfen, dass wir neu erlernte Kenntnisse und Methoden auch wirklich in unserem Arbeitsalltag anwenden.

Nur einzelne Mitarbeitende zu schulen ist in Zeiten sehr vernetzter Behandlungskonzepte nicht sinnvoll. Oft ist es jedoch sehr schwer oder sogar unmöglich, ganze Teams zu schulen. Ein Wohnheim kann nicht einfach für einen Fortbildungstag geschlossen werden. Asynchrone Onlinekurse lösen dieses Problem, da alle Mitarbeitenden die Kurse zu verschiedenen Zeiten absolvieren können. Außerdem machen sie es in Zeiten von immer kürzeren Beschäftigungsverhältnissen möglich, auch neue Mitarbeitende schnell in zentrale Behandlungskonzepte einzuführen. Nicht zuletzt wird es aufgrund des sich zuspitzenden Fachkräftemangels immer schwieriger, fachlich hinreichend qualifizierte Mitarbeitende zu finden. Die Folge ist ein Zuwachs an Quereinsteiger:innen im Bereich der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Arbeit. Gerade, wenn es um

psychische Erkrankungen geht, sollten Fachpersonen jedoch gut geschult sein. Wenn man aber das erste Mal mit einer Borderline-Klientin arbeitet, die sich selbst verletzt, kommt eine Fortbildung, die erst in acht Monaten stattfindet, einfach zu spät. Auch hier können Onlinekurse, die dank der Einbettung in eine Kursbibliothek jederzeit verfügbar sind, die Lücke füllen.

Die Zukunft der Fortbildung: Das Beste aus beiden Welten

Ich als junge Berufseinsteigerin habe noch lange nicht ausgelernt und möchte mich auch in Zukunft flexibel fortbilden können, um auf dem Laufenden zu bleiben. Dafür möchte ich aber nicht unbedingt nach Hamburg oder Berlin fahren müssen, sondern die Wahl haben: Passt dieses Fortbildungsformat in meine Lebenssituation? Muss ich mir dafür zwingend freinehmen, oder kann ich auch jeden Abend noch eine halbe Stunde Zeit investieren? Gerade für die sogenannten „Digital Natives“, also die Generation, die mit Computern und Smartphones aufgewachsen ist, ist der Umgang mit Technologien wie Videoplattformen selbstverständlich. Doch auch viele „etwas ältere Semester“ merken schnell, welche Vorteile mit Online-Fortbildungen verbunden sein können. Dabei sind diese nicht als das „neue Normal“ zu verstehen. Die Coronapandemie hat uns vor allem gezeigt: Wir sind soziale Wesen, die das Zusammensein mit anderen Menschen brauchen. Das Mittagessen mit meinen Kommiliton:innen in der Mensa und den Austausch über die letzte Vorlesung möchte ich also auch künftig nicht missen. Die Zukunft sind meiner Meinung nach also nicht nur orts- und zeitunabhängige Online-Fortbildungen, sondern flexible Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Präsenz-, Online- oder sogar Hybridformaten, welche beides miteinander kombinieren. Das Beste aus beiden Welten sozusagen. ■

Larissa Henschel

hat Psychologie (B.Sc.) studiert und die Online-Akademie MINDEMY mit aufgebaut. Heute leitet sie MINDEMY und schließt parallel ihr Master-Studium in Psychologie ab. Sie gehört selbst zur Generation Y und bemüht sich um moderne Fortbildungskonzepte für Berufseinsteiger:innen, die auch langjährig tätigen Mitarbeitenden Spaß machen. info@mindemy.de

Jean-Pierre Wils

Warum wir Trost brauchen

Auf den Spuren eines menschlichen Bedürfnisses

Menschen sehnen sich nach Trost – insbesondere dann, wenn sie existenzielle Bedrohungen verspüren. Insofern gehört das Spenden von Trost in vielen helfenden Berufen zum alltäglichen Tun. Die Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin beschreibt es als eine zentrale, kommunikative Aufgabe der Pflege. Der Sozialpsychologe Tom Kitwood benennt Trost als eines der fünf psychischen Grundbedürfnisse der Menschen. Beide meinen damit jedoch nicht nur ein oberflächliches *Mut-Zusprechen*. Um überhaupt Trost spenden zu können, ist das empathische Wahrnehmen einer Person notwendig. Nur so ist es möglich, die für eine Person belastende Situation und ihre daraus erwachsende emotionale Bedürftigkeit nach Beistand zu verstehen. Erst wenn dies gegeben ist, kann Trost so gespendet werden, dass er als Unterstützung empfunden wird.

Dies sieht auch der Kulturphilosoph, Medizinethiker und Theologe Jean-Pierre Wils so. Allerdings nimmt er wahr, dass Trost in Gesellschaften, die dem Erfolg nachjagen, in erster Linie „Verlierern“ zugestanden wird. Und dies, obwohl gerade in hoch technologisierten Welten trostreiche Momente benötigt werden. Auch scheint Trost vielfach eher negativ konnotiert zu sein („Trostpreis“, „falscher Trost“, „nicht bei Trost sein“). Obwohl nahezu jeder Mensch irgendwann einmal Trost benötigt, scheint es dafür keine Heimat mehr zu geben.

Wils begibt sich mit Bezug auf viele philosophische Kolleg:innen auf die Suche nach einer Heimat für den Trost und der Gabe des Tröstens. Dabei betrachtet er zunächst den Schmerz und das Leiden. Beide erwachsen aus zumeist existenziellen Bedrohungen. Gleichzeitig stellen sie selbst oft eine Bedrohung dar und führen zu einem Ort tiefer Not. Dort sieht er einen hohen Bedarf an Trost, denn: Niemand kann sich selbst Trost spenden. Damit eine Person wirksamen Trost erfahren kann, müssen Tiefe und Bedrohlichkeit ihres Leidens von anderen Personen erkannt werden.

Nach der Betrachtung des Schmerzes und des Leidens wendet Wils sich der

Trauer zu. Diese beginnt, wenn sich das Leiden auf etwas Unwiederbringliches bezieht. Eine Person muss fortan mit einem für sie bedeutsamen Mangel zurechtkommen. Dabei kann Trost unterstützen. Er beendet allerdings weder das ursprüngliche Leiden noch die Trauer. Wils arbeitet heraus, dass dies auch gar nicht die Aufgabe des Trostes ist. Stattdessen vermag Trost jedoch, das Leiden am Leiden, an der Trauer zu erleichtern.

Trotz der notwendigen empathischen Grundhaltung der trostspendenden Person, hat diese in der Regel keinen Zugang zum primären Leiden der trostbedürftigen Person. Sie kann jedoch dessen Bedeutung für die leidende Person erahnen und daran Anteil nehmen. Allerdings muss dabei eine gut abgewogene Distanz gewahrt werden. Trost zu spenden oder jemanden zu trösten gleicht daher oft einem Drahtseilakt. Daher betrachtet Wils diese Fähigkeit als Gabe und beschreibt deren Merkmale.

Den zweiten Teil seiner Ausarbeitung widmet Wils der Betrachtung von Quellen des Trostes wie der Natur, der Musik und Mitmenschen.

Unter Bezug auf vielerlei und verschiedene Literatur findet Wils Antworten darauf, welche Bedeutung Trost und Trösten in hochtechnologisierten Industriegesellschaften, auch in der heutigen Zeit, noch haben. Entsprechend seiner beruflichen Expertise tut er dies auf einer theoretischen Ebene. Wer sich seiner Analyse konzentriert und an kulturphilosophischen Grundlagen interessiert zuwendet, erhält viele spannende Einblicke und Impulse. Deutlich wird auf jeden Fall, dass Trost zu wertvoll ist, um ihn aus unserem Leben auszuschließen.

Martin Schieron,
Pflegewissenschaftler (FH),
Düsseldorf



Hirzel, Stuttgart 2023,
176 S., 22 Euro

Thomas Hübl

Die heilsame Kraft unserer Beziehungen

Trauma transformieren durch die Praxis wahrer Verbundenheit

Ein Trauma, so schreibt Thomas Hübl, sei nicht ein Ereignis, sondern die Reaktion auf ein Ereignis. Und diese ließe sich verändern. Auch im Nachhinein.

Als Coach und Berater arbeitete Hübl mit Tausenden von Menschen und entwickelte das Konzept der transparenten Kommunikation. Seine Methode besteht darin, sich ganz auf das Gegenüber, den anderen Menschen einzulassen, ihn zu spüren und mit ihm zu fühlen. Wenn die andere Person sich gesehen und gehört fühlt, kann Heilung beginnen. Dies geschieht durch Einstimmung, eine Präsenz erweiterten Gewahrseins. Es braucht eine innere Offenheit, um zu schauen, was an Neuem entstehen möchte: „Sobald ich in Reaktion gehe, habe ich keine Zukunft – ich bin dann verstrickt in körperliche, geistige und emotionale Gewohnheiten, die der Vergangenheit angehören. (...) Wenn aber meine antrainierten Muster meine Probleme schon bisher nicht lösen konnten, werden sie es auch jetzt nicht tun. Zur Auflösung muss eine neue Lösung gefunden werden.“ (S. 105)

Ein reifer Mensch könne Spannungen, Polaritäten und Paradoxe aushalten, postuliert Hübl. Das gelinge, wenn nicht reagiert, sondern ein Feld der Liebe visualisiert werde. Werden verletzte Seelenteile integriert, kann der Mensch die Fülle seines Wesens leben. „Nicht integrierte Geschichte ist Vergangenheit, integrierte Geschichte ist Gegenwart.“ (S. 170)

Hübl zitiert Forschungen, die zur Epigenetik gemacht wurden, wonach Verhaltensfaktoren sich vererben, auch wenn der ursprüngliche Auslöser nicht mehr vorhanden ist. Hier schlägt er den Bogen zu den 14 Generationen, die für einige indigene Völker relevant sind. Nach ihrer Weltsicht sind wir für sieben Generationen vor und sieben Generationen nach uns verantwortlich. Wenn wir westlich sozialisierten Menschen dies beachteten, würden wir anders mit unserer Umwelt umgehen.

Hübels Anregungen verfügen in diesem Sinne über das Potenzial, eine neue Welt zu wagen, in der wir „kollektive Intelligenz

und Beziehungsweisheit praktizieren und faire, partizipative und harmonische Gemeinschaften bilden“ (S.269).

*Adelheid Ohlig,
München*

<https://luna-yoga.com>



Irisiana, München 2023,
304 S., 22 Euro

Fritz B. Simon

Stalin und der Apparat

Die Organisation der Diktatur und
die Psyche des Diktators

Der Psychiater und Psychoanalytiker Fritz B. Simon hat sich in seinem Buch „Stalin und der Apparat“ mit dem Psychogramm Josef Stalins und dem Machtapparat beschäftigt, der hinter der Person Stalins stand.

Simon nimmt die Leser:innen mit zu den biographischen Stationen des Diktators, angefangen bei seiner Kindheit in verarmten Verhältnissen in Georgien, seiner Zeit im autoritär organisierten Priesterseminar über die ersten Kontaktaufnahmen zu sozialdemokratischen Kreisen und schließlich zu den revolutionären Jahren mit kommunistischen Waffengefährten bis zu seinem Aufstieg an die Spitze des Staats- und Parteiapparates.

Dieser Apparat arbeitete dem Diktator zu und sicherte seinen Machtanspruch. Hunderttausende Menschen fielen Stalins Säuberungsaktionen zum Opfer, darunter auch engste Weggefährten:innen, die nicht selten selbst zum früheren Täterkreis gehört hatten und die Säuberungsaktionen der Partei organisiert oder selbst an ihnen teilgenommen hatten – wie etwa der einstige Chef des NKWD Genrik Jagoda, der mit dazu beitrug, „Stalins absolute Herrschaft herbeizuführen“ (S.161) und der 1938 in einem Schauprozess zum Tode verurteilt und hingerichtet wurde.

Simon stellt heraus, dass Stalin es gerade durch sein Kokettieren mit seiner

eigenen Inkompetenz schaffte, sich selbst als keinen würdigen Konkurrenten zu präsentieren. Anstatt eigene Kompetenzen zu verbessern und sich den Wettbewerbern offen zu stellen, verstand Stalin, laut Simon, „die Relevanz von Organisationsprozessen“ (S.138) und damit auch – anders als viele seiner internen Kontrahenten – die Spielregeln dieses Systems, die er mit gewaltsamen Mitteln auszunutzen wusste. Seine Kontrahenten waren naiv, er war es nicht. Er saß in seinem Büro und hörte ihre Telefonate ab. Stalins Wahn, so Simon, mündete in einer nie endenden „Eskalation der Kontrollbemühungen“ (S.163), einem Muster, das im heutigen Russland weiter zu existieren scheint. Der Fortführung dieses Musters unter Wladimir Putin widmet der Autor daher auch ein ganzes Kapitel am Ende seines Buches.

Es ist faszinierend zu lesen, wie Simon die Biographie Stalins erzählt, seine psychische (und psychopathologische) Entwicklung beleuchtet und wie der Autor in einem gleichzeitig vollzogenen Schritt den Aufbau des diktatorischen Apparates nachzeichnet. Dieses pyramidale System aus Zuständigkeiten und Abhängigkeiten funktionierte mit psychologischen Manipulationen auf der Grundlage von bedingungsloser Loyalität, Angst und Ambition; an seiner Spitze stand Stalin als totaler Kontrolleur. Im Kapitel „Koevolution“ am Schluss des Buches rundet der Autor seine Studie durch eine luzide interpretatorische Einordnung der Psyche des Diktators in sein sozialbiographisches Umfeld ab.

Das Buch ist für einen breiten Leserkreis interessant: für all jene Leser:innen, die sich zeitgeschichtlich für die Biographie und das Psychogramm eines Diktators interessieren und für jene, die mehr wissen wollen über Funktionen und Mechanismen (politischer) Massenbewegungen und ihre Manipulationsdynamik.

*Florian Grundei,
Sankt Augustin*



Carl-Auer, Heidelberg 2023,
262 S., 34,95 Euro

Neu bei Mabuse



Corinna Leibig, Charly Gaul

Der kleine Kopfweh

Ein Kinderfachbuch
über Kopfschmerzen
und Migräne

48 Seiten, 20 Euro

ISBN 978-3-86321-640-5



Der kleine Kopfweh hockt in seinem Baumhaus und hat schon wieder diese schlimmen Kopfschmerzen. Aber woher kommen die nur? Hat er zu lange ferngesehen? Oder hat er schon wieder das Essen und Trinken vergessen? Vielleicht hat es ja auch mit dem ganzen Stress um ihn herum zu tun ... Im Anschluss an die Bilder-geschichte gibt Kopfschmerzexperte Dr. med. Charly Gaul Informationen und Ratschläge für Eltern und alle, die mit kleinen Kopfschmerzpatient:innen zu tun haben. Für Kinder ab 3 Jahren.

www.mabuse-verlag.de

Reinhard Friedl &
Shirley Michaela Seul

Blut – Der Fluss des Lebens

Wie Körper und Geist, Wirtschaft
und Kultur mit unserem roten Organ
verwoben sind

Mit jeder Einatmung entfalten sich die großen Flügel der Lunge, legen sich liebevoll um das Herz und halten es ganz bewusst und sanft einen Augenblick lang. Mit jeder Ausatmung lassen sie das Herz ganz langsam und bewusst wieder los. (...) Mit jedem bewussten Atemzug können wir unser Innerstes, unser Herz ganz bewusst umarmen, trösten und einen Augenblick halten, um es dann wieder freizugeben.“ (S.268)

Diese Sätze des Herzchirurgen Reinhard Friedl trösten in der Tat und regen zugleich an, sich des Atems bewusster zu werden, das Zusammenspiel von Atem und Herzschlag besser zu begreifen.

Die Flüssigkeit, die uns am Leben hält, wird in allen Kulturen wertgeschätzt, auch wenn Blut immer wieder in Kriegen vergossen wird.

Wie im ersten Buch des Autors über das Herz, „Der Takt des Lebens“, faszinieren die Querverbindungen, die Friedl zwischen seinem Fachgebiet und anderen Denkweisen zieht. Er lässt seinen Gedanken freien Lauf, erinnert sich an eine Hospitation in einer Klinik, wo der leitende Chirurg während der OP seine Pinzette wie einen Pinsel ins Blut des Herzens tupfte und Skizzen auf die grünen OP-Tücher malte. „Das Blut schien ihm das irgendwie übel zu nehmen, denn ich kann mich erinnern, dass es bei ihm immer besonders ausgeprägt blutete“ (S.101), schreibt Friedl.

Für ihn gehört die Seele unbedingt zum Menschsein und zur Medizin. Die Seele durchwirke uns wie das Blut, ist er überzeugt und freut sich an der Bedeutung des Wortes „Psyche“ (altgriech.): Schmetterling – ein schönes Bild für Kraft und Zartheit der Seele.

Ebenso muss die Umwelt einbezogen werden, wenn wir uns mit Gesundheit beschäftigen, denn wir existieren nicht getrennt von der Erde, sondern mit ihr. Wenn wir die Kreisläufe von Luft und Wasser verschmutzen, vergiften wir uns selbst.

Heilung geschieht auch durch Liebe. Das Bindungshormon Oxytocin wird im Gehirn und im Herzen produziert, wo es eine schützende Wirkung entfalten kann. Es stärkt das Immunsystem, unterstützt Selbstheilungskräfte.

Friedl gibt uns mit naturwissenschaftlichen Erklärungen in seinen Formulierungen zugleich Hilfen für ein achtsames Leben: „Und ich glaube: Niemand ist für immer fort. Bewusstsein ist ein Kontinuum, das seine Gestalt wandelt und durch die Welten des Seins wandert.“ (S.294)

Adelheid Ohlig,
München
<https://luna-yoga.com>



Goldmann, München 2023,
320 S., 22 Euro

Birgit Heimbach (Hg.)

Aufblühende Leibes- inseln in der Mittelzone

Metaphysik von Schwangerschaft und
Geburt (Partus 2)

Birgit Heimbach (Hg.)

Aus dem Mutterleib in die Weltoffenheit

Schwangerschaft und Geburt philoso-
phisch betrachtet (Partus 1)

Mit ihrer Textsammlung „Aufblühende Leibesinseln in der Mittelzone – Metaphysik von Schwangerschaft und Geburt (Partus 2)“ gelingt es Birgit Heimbach, die Themen Geburt und Schwangerschaft in den Mittelpunkt metaphysischer Untersuchungen zu rücken und so den Fokus auf Fragen, die sich mit dem Wesen von Geburt und Schwangerschaft beschäftigen, zu lenken. Mit diesem Unterfangen geht ein perspektivischer Wechsel von einem überwiegend medizinischen und biologischen Blickwinkel zu einem metaphysischen und ontologischen einher.

Fragen nach der Einheit oder Vielheit der Schwangeren und des Ungeborenen,

nach einer Transzendenz des Subjekts und der Schwierigkeit, Geburt und Schwangerschaft phänomenologisch in den Termini von Subjekt und Objekt zu begreifen, liegen den einzelnen Beiträgen zu Grunde. Die Phänomenologie soll dabei als Methode dienen, das von allen Geborenen Erfahrene zu analysieren und unabhängig von diagnostischen, outcomeorientierten oder disziplinierenden Perspektiven zu beschreiben (S.23, 31).

Die vielfältigen Zitate und Beiträge, die von Platon über Arendt zu jüngeren Philosoph:innen reichen, liefern einen breitgefächerten Einblick in ein junges Thema, dessen weibliche Erscheinungsweise wiederholt betont wird (vgl. die Texte von Schües, Marcinski-Michel, Villarmeas). Unterscheidungen der Geburt in das Gebären und das Geborenwerden bzw. -sein erweisen sich als hilfreich, um ethische, phänomenologische und andere Analysen und Fragestellungen abzugrenzen (S.75) und verweisen dennoch regelmäßig auf die sprachliche Unmöglichkeit, die Vielheit in einer Einheit in Worte zu fassen und begrifflich zu machen (vgl. Luce Irigaray: Das Geschlecht, das nicht eins ist. Merve Verlag 1979, S.220). Suki Finn befasst sich konkret mit der Frage nach der Einheit und den Grenzen des Ungeborenen im mütterlichen Körper und weist auf die praktische Relevanz hin, welche die Klärung dieses metaphysischen Problems etwa in der Ethik hat (S.75, 77, 87, 89, 91). Stella Villarmeas hingegen grenzt sich selbst von vielen anderen Geburtsphilosoph:innen ab und stellt mit ihren Beiträgen im Buch die weibliche Erfahrung in den Mittelpunkt. Sie fragt also nach den Gebärenden sowie ihren individuellen und dennoch oft geteilten Erlebnissen und nicht nach dem Geborensein (S.71, 73, 83, 85).

Christina Schües beschreibt die Geburt als einen Bruch – einen Bruch zwischen Generationen, der ebenso als Verbindung verstanden werden muss (S.93). Diesen Moment des geteilten Erlebens von Gebärender und Geborenem sei Wesensmerkmal für die Zwischenmenschlichkeit und Pluralität der Gesellschaft, so Schües, womit sie sich auf Analysen Arendts in „Vita activa“ bezieht (S.93). Diesen gedanklichen Konnex finden wir auch in ihrem Beitrag in Heimbachs Werk „Aus dem Mutterleib in die Weltoffenheit – Schwangerschaft und Geburt philosophisch betrachtet (Partus 1)“ (S.24 f.), der sich dem Wesen des Geborenseins widmet und Fra-

gen nach dem Anfang stellt. Wiederholt wird Arendts Natalitätsphilosophie in den Beiträgen aufgegriffen und die Fähigkeit des Individuums proklamiert, immer einen neuen Anfang wählen zu können und dennoch relativ zu anderen verbunden zu sein und zu bleiben. Aber auch die Relevanz der Hebammenarbeit und Arbeit mit Gebärenden in eben dieser Relativität werden im Buch aufgenommen.

So ergibt die zweiteilige Reihe philosophischer Untersuchungen zu Themen von Schwangerschaft und Geburt ein umfassendes Gesamtwerk, das die vielen Elemente des Gesamtphänomens aus verschiedenen Perspektiven aufgreift und die Themen aus ihrem primären medikalisierten Untersuchungsrahmen in weiteren Facetten beleuchtet.

*Veronika Simetzberger,
Hebamme, Innsbruck*



Eigenverlag
Hamburg 2023, 88 S.,
15 Euro



Eigenverlag,
Hamburg 2023,
88 S., 15 Euro

Felix Hasler

Neue Psychiatrie

Den Biologismus überwinden und tun, was wirklich hilft

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts trat die moderne „Biologische Psychiatrie“ an, um zu zeigen, dass ein Mensch dann und nur dann psychisch krank ist, wenn bestimmte Botenstoffe in seinem Gehirn im Ungleichgewicht sind, etwa das Serotonin bei der Depression. In der Folge, so hoffte man, würde man psychisch Kranke einfach mit Medikamenten behandeln wie andere Kranke auch – und, schwupp, würden sie nicht mehr stigmatisiert.

Das war ein Trugschluss. Die Stigmaforschung konnte belegen, dass die Bevölkerung nicht „Ungleichgewicht“ hörte, sondern „krankes Gehirn“, und die Be-

troffenen einfach weiter ausgrenzte (vgl. *Dr. med. Mabuse 232*). Dennoch setzt die „Biologische Psychiatrie“ bis heute unglaublich hohe Summen ein, um psychischer Krankheit „biologisch“ auf die Spur zu kommen, im Gehirn, in den Nervenzellen, bei den Neurotransmittern und anderen biologischen Merkmalen.

Das kritisiert der Pharmakologe Felix Hasler in seinem Buch als „biologistisch“. „Biologistisch“ heißt: man überträgt biologische Sichtweisen und Analyseformen ungerechtfertigt auf nicht-biologische Phänomene – etwa auf psychische. Die Beweislage für diesen „Psycho-Biologismus“ sei bis heute dünn, so der Autor, trotzdem gehe die einseitige Forschung ungebrochen weiter. Das beschränke die Mittel für die Versorgungsforschung und damit dafür, herauszufinden, „was wirklich hilft“.

In der ersten Hälfte des Buches belegt Hasler, wie schlecht die wissenschaftliche Erfolgsbilanz der modernen „Biologischen Psychiatrie“ ist. Bis heute könne sie nicht zufriedenstellend erklären, was Schizophrenie und Depression biologisch ausmache, weder mit Hirnscans noch mit biochemischen Untersuchungen.

Psychopharmaka wiederum wirkten zwar, aber längst nicht so gut wie öffentlich behauptet. Vor allem sei der Wirkungsgrad zu schwach, um die biologischen Ursachenthesen zu belegen. Das gelte auch für die Serotonin-Hypothese der Depression, die Hasler auf das Thema gestoßen hatte. Überdies machten die Antidepressiva beim Absetzen entgegen allen Behauptungen durchaus Probleme, auch wenn es sich dabei nicht um übliche Suchtphänomene handelt.

Aus alledem schließt Hasler, dass die „Biologische Psychiatrie“ auf ganzer Linie gescheitert sei. Erstaunlicherweise setzt er Hoffnungen auf psychedelische Substanzen als Therapeutika, die ja auch biologisch sind, nämlich Halluzinogene wie LSD oder Psilocybin. Nach ersten Versuchen in den 1960er-Jahren, sie bei psychischer Krankheit einzusetzen, waren sie schnell als böse Drogen geächtet worden, ihre Wirksamkeit wird seit einiger Zeit aber wieder erforscht. Doch die Studienlage ist mager.

Was also würde „wirklich helfen“, wie der Untertitel erwarten lässt? Das ist natürlich alles andere als einfach, wie man an den vorgestellten Alternativen sieht: Sozialpsychiatrie, Trialogisches Pinzip –



Das Buch bietet eine systematische, historische und gesellschaftliche Einordnung des Phänomens der »neuen Mitleidsökonomie«. Dabei geht es unter anderem um den gesellschaftlichen Umgang mit Armut, Mitleid und Hilfe.

2024, 216 Seiten, broschiert, € 28,00
ISBN 978-3-7799-7717-9



In Einrichtungen der Jugendhilfe brauchen Kinder Menschen, welche bestimmtes Verhalten als mögliche Folge traumatischer Erfahrungen bewerten können und die ihnen helfen, jene Erfahrungen und das daraus resultierende Verhalten zu verstehen und zu korrigieren. Wilma Weiß beleuchtet diese Zusammenhänge.

10., korrigierte Auflage 2024, 353 Seiten
brochiert, € 20,00, ISBN 978-3-7799-7730-8

www.juventa.de **BELTZ JUVENTA**

Betroffene, Angehörige und Profis kümmern sich gemeinsam darum, dass eine Psychose nicht desaströs verläuft (vgl. *Dr. med. Mabuse* 258 zum Buch „Psycho-Tisch“ von Heinrich Berger et al.) – sowie digitale Angebote von persönlicher Online-Therapie bis zu selbstständig genutzten Apps (vgl. *Dr. med. Mabuse* 245).

„Digital“ allerdings ist selbst gerade keine Behandlung. Es gibt lediglich Angebote einer nicht-pharmakologischen Behandlung oder Unterstützung über den Computer statt in persona. Inhaltlich handelt es sich dabei um Beratung oder Psychotherapie. Und da sind verschiedene verhaltenstherapeutische (VT) Ansätze wissenschaftlich ziemlich gut untersucht. Sie sind nachweislich so erfolgreich, dass ihr Einsatz gerade bei Depressionen nach aktuellem Stand der Forschung angezeigt ist. Doch Psychotherapie stellt Hasler nicht nur zu rudimentär dar, er neigt leider auch dazu, sie auf Tiefenpsychologie zu reduzieren. Wo er recht hat: mehr Versorgungsforschung wäre dringend nötig – es gibt halt nur keine Industrie, die sie bezahlt.

Wer sich kompetent – und absolut vergnüglich lesbar – darüber informieren möchte, wo die „Biologische Psychiatrie“ zu kurz greift und den Betroffenen nicht hilft, ist hier sehr gut bedient. Wer sucht, „was wirklich hilft“, nicht so gut.

*Dr. Barbara Knab,
Wissenschaftsautorin, München
<https://barbara-knab.de>*



transcript, Bielefeld 2023,
256 S., 25 Euro

Dagmar Pauli

Die anderen Geschlechter

Nicht-Binarität und ~~gan~~trans*normale Sachen

Die Frage: Was kann ein alter weißer CIS-Mann aus der Lektüre dieses Buches lernen? Insbesondere dann, wenn er sich selbst eigentlich schon für ziemlich „open minded“ und informiert hält (aber auch zugeben muss, beim Thema „Gender“ so langsam den Überblick zu verlieren)? Die Antwort: Eine ganze Menge!

Aus ihrer Erfahrung als medizinisch-therapeutische Leiterin einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Autorin auf einen reichhaltigen Fundus zum Thema „Geschlechtsidentität“ zurückgreifen. Dort wird seit mehr als 15 Jahren eine regelmäßige Trans-Sprechstunde angeboten, in der sowohl direkt betroffene Personen als auch deren Angehörige Unterstützung finden können. Durch ihre Arbeit ist es Pauli möglich, theoretische Aspekte durch Erfahrungsberichte „echter“ Menschen greifbarer und nachvollziehbarer zu vermitteln. Dies tut sie aus verschiedenen Blickwinkeln.

Pauli beginnt mit einer Betrachtung der in der Öffentlichkeit sehr kontrovers geführten Debatten zur Nicht-Binarität in der jungen Generation. Anschließend führt sie den Blick der Lesenden zunächst darauf, wie „durchgegendert“ unsere Welt ist – allerdings nur auf zwei Geschlechter bezogen. Darauf aufbauend geht sie der Frage nach, ob es mehr als zwei Geschlechter gibt, und stellt die rechtlichen Positionen dazu im deutschsprachigen Raum vor.

In den folgenden Kapiteln geht es um grundsätzliche Informationen zu Nicht-Binarität und Geschlechtsidentität, die mit Beispielen und Erfahrungsberichten aus der therapeutischen Praxis angereichert werden. Ein Kapitel beschäftigt sich mit gendersensibler Sprache und macht dabei u. a. deutlich, dass die Verwendung des Begriffes „trans“ als Adjektiv klarstellen soll, dass es sich hierbei um eine menschliche Eigenschaft unter vielen andern handelt, dass Trans-Sein immer nur eine Dimension einer Person ist. Was Trans-Sein mit der eigenen Sexualität zu tun hat, was es für Familien bedeutet, wenn ein Mitglied sich als trans outet und welche Un-

terstützung Kinder, Jugendliche und Familien bei diesen Fragen benötigen, sind weitere Schwerpunkte des Buches.

Interessant ist auch das leider sehr kurz geratene Kapitel dazu, wie trans Personen in unterschiedlichen Epochen und Kulturen betrachtet wurden und werden. Es leitet außerdem dazu über, wie sich der Blick der Medizin auf solche Personen geändert hat. Von dort aus erläutert Pauli, wie es trans Menschen heutzutage geht und warum die Zahl junger trans Menschen aktuell noch steigt. Dazu nutzt sie erneut Erfahrungen aus ihrer eigenen therapeutischen Arbeit, zieht aber auch wissenschaftliche Studien heran. Positiv zu vermerken ist, dass Pauli sich bemüht, nicht nur auf westliche Industriestaaten zu schauen, sondern nach Möglichkeit auch aus anderen Regionen der Welt zu berichten. Auch das Thema Detransition (Wechsel des Geschlechtes nach bereits erfolgtem Wechsel) wird betrachtet. Abschließend greift Pauli erneut die aktuellen gesellschaftlichen Diskussionen auf und stellt dabei unterschiedlichste Argumente und Einstellungen gegenüber. Ihr abschließender Ausblick endet mit der Frage, ob wir als Menschen Diversität immer nur als Abweichung von der Norm oder sogar als Defizit bewerten oder ob es möglich wäre, jegliches Menschsein als gleichwertig zu betrachten.

Wie bereits zu Beginn beschrieben, kann dieses Buch an vielen Stellen zur Klärung beitragen. Neben den inhaltlichen Ausführungen ist auch das mitgelieferte Glossar sehr hilfreich. Personen, die besser über das Thema Geschlechtsidentität informiert sein wollen, verhilft dieses Buch in gut zu lesender Sprache genau dazu.

*Martin Schieron,
Dipl.-Pflegerwissenschaftler (FH),
Düsseldorf*



C.H. Beck, München 2023,
272 S., 18 Euro

Burkhard Brückner

Kurze Geschichte der Psychiatrie

Es ist eine Menge an Fakten, die Burkhard Brückner zusammengetragen hat, „die Geschichte des Umgangs mit seelischem Leid, Wahnsinn und Hospitalisierung vom Altertum bis Ende des 20. Jahrhunderts“ (S. 7), kleine Einblicke, Blitzlichter sozusagen, auf verschiedenen Ebenen. Der Autor skizziert in aller Kürze, wie die jeweilige Gesellschaft auf Phänomene reagiert hat, die unterschiedlich interpretiert wurden: als eine Form abweichenden Verhaltens oder als medizinisches Problem.

Das war in Ägypten vor 4000 Jahren anders als im antiken Griechenland. Mit einem Menschen, der als von Dämonen besessen galt, ging man anders um als mit einem, dessen Verhalten als der Inbegriff des Bösen gesehen wurde. Die Mehrheitsgesellschaft hat Menschen mit herausforderndem Verhalten zwar bedauert, vor allem aber kontrolliert, diszipliniert und, auch durch Einschluss, ausgeschlossen.

Die Sichtweise hat sich gewandelt. Suchte man in einigen Gesellschaften und Epochen dem Wahnsinn als Strafe Gottes mit religiöser Erbauung und Pflichterfüllung beizukommen (S. 65), so sah man die vormals Besessenen oder Bösen später als Kranke. Institutionen wurden gegründet, deren Betreiber:innen ein durchaus lohnendes Geschäft machten. Die Verwahrung der Ausgegrenzten in Anstalten, die dafür mit Hoheitsrechten ausgestattet wurden (S. 70) sei – so Brückner – wichtiger gewesen als die medizinische Behandlung, alles begründet mit dem Schutz vor Fremd- und Selbstgefährdung, wenn die Familie mit der Sorge überfordert war.

Im 19. Jahrhundert wurden Patient:innen, die als Opfer ihrer Triebe gesehen wurden, zu Selbstbeherrschung und Sittlichkeit angehalten, galt es doch, diese Triebe zu kanalisieren und zu bekämpfen (S. 93). Der gegenteilige Ansatz versuchte, Störungen im Gehirn zu verorten, also einen somatischen Zugang zu wählen. Er bildete somit die Grundlage einer Psychopathologie: Dem klinischen Bild folgte die Diagnose mit der Suche nach möglichen Ursachen (S. 94).

Ausgiebig befasst sich Brückner mit der Situation im 20. Jahrhundert (S. 118ff.):

Die „Anstalten hatten sich in Aufbewahrungsorte für sozial und ökonomisch Schwache zurückverwandelt“ (S. 118), die Zahl der Kliniken wuchs um die Jahrhundertwende erheblich, die Zahl der Insassen vervierfachte sich fast, innerhalb von gut 30 Jahren, auf gigantische 240 000 (ebd.). Für die Zeit der Weimarer Republik stellt der Autor fest: Die Psychiatrie war eine „wissenschaftlich angesehene Profession mit internationaler Ausstrahlung“ – ihre Vertreter:innen ließen sich aber willig für „die tödliche Bevölkerungspolitik der Nationalsozialisten gegenüber psychiatrischen Patienten und Menschen mit Behinderung“ (S. 119) einspannen. „Zur Debatte steht nicht, ob die deutsche Psychiatrie intellektuell, institutionell und personell in die Ermordung von Hunderttausenden von Patienten verwickelt war, sondern wie, warum und in welchem Ausmaß.“ (S. 140)

Unter den Stichworten Nachkriegszeit, Deinstitutionalisierung und Sozialpsychiatrie, Biopsychosoziale Psychiatrie, Triolog und Zivilgesellschaft geht es noch schnell durch die Gegenwart – mit einigen Literaturangaben für diejenigen, denen das Tempo zu hoch war. Am Ende gibt es zwar ein Verzeichnis der Abbildungen, deren Druckqualität nicht sonderlich gut ist, was aber fehlt, ist ein Sach- und vor allem Personenverzeichnis. Es könnte helfen, diejenigen wiederzufinden, deren Namen beim Lesen nach einigen weiteren Kapiteln mit einer Fülle weiterer Namen irgendwie auf der Strecke geblieben sind. Das würde die dicht gedrängte und durchaus spannend geschriebene kurze Geschichte zu einem kleinen Nachschlagewerk machen.

*Burkhard Plempner,
Hamburg*



Psychiatrie Verlag, Köln 2023,
192 S., 30 Euro

Seele, Stift, fliegen

Unser Dossier über
die Kraft des Schreibens



Jetzt
portofrei
bestellen

www.psychologie-heute.de

Gesundheit, Politik, Gesellschaft



Dirk Richter
Menschenrechte in der Psychiatrie
 Prinzipien und Perspektiven einer psychosozialen Unterstützung ohne Zwang
 Was psychische Krankheit bedeutet, wird soziokulturell vermittelt und rechtfertigt keine Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Es gibt ein Recht auf Selbstbestimmung und damit auch auf Nichtbehandlung. Das Buch vermittelt streitbare Thesen gut durchdacht, wissenschaftlich fundiert und mit praktischen Ideen für eine Psychiatrie ohne Zwang.
 Psychiatrie Verlag, Köln 2023, 288 S., 25 Euro

Viviane Scherenberg, Johannes Pundt (Hg.)
Klima- und Gesundheitsschutz
 Planetary-Health-Lösungsansätze
 Das Buch bietet einen umfassenden Einblick in die komplexen Beziehungen zwischen Mensch, Umwelt, Klima und Gesundheit. Darauf aufbauend werden setting- sowie verhaltensbezogene Lösungsansätze vorgestellt (Hitzeaktionspläne, klimasensible Pflege, Green Nudging), mit denen ein positiver Einfluss auf unsere Umwelt bewirkt werden kann.
 APOLLON University Press, Bremen 2023, 388 S., 59,90 Euro

Thomas Günter
Chaos und Erbarmen
 Gesundheit und Krankheit in Karl Barths Theologie
 Karl Barth widersteht der Versuchung, Krankheit religiösen Sinn zu verleihen. Aus dieser Haltung heraus lassen sich Impulse für die konkrete Arbeit in Gesundheitsberufen entwickeln, welche Krankheit als reale Zerstörung des biologischen Lebens theologisch ernst nehmen.
 Theologischer Verlag Zürich, Zürich 2023, 232 S., 26,80 Euro

Urban Wiesing
Zeitenhandel
 Über die Kunst der Prävention
 Individuelle Verhaltensprävention heißt, Gegenwart zu gestalten, um in Zukunft Vorteile zu erlangen. Sie ist ein Zeitenhandel. Dieser kann gelingen oder scheitern, beeinflusst das Zeiterleben und kann zu paradoxen Ergebnissen führen.
 frommann-holzboog, Stuttgart 2023, 124 S., 26 Euro

Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit Rottenburg und Tübingen (Hg.)
Vom Körper und seinen Beseelungen
 Lustvolle und schmerzliche Umschreibungen von Körperlichkeit
 Der Körper ist müde, schmerzt, gerät in Panik und verhindert so das Aufstehen morgens oder führt zum Abbruch des Schulbesuchs. Er zeigt sich in plötzlicher aggressiver Entgrenzung, „rastet aus“ (oder ein?), wo vorher keine Verbindung zu den Affekten spürbar war. Als Kompensation gesellschaftlicher Ohnmachtserfahrungen wird der Körper instrumentalisiert, optimiert und (analog und digital) zur Schau gestellt.
 Brandes & Apsel, Frankfurt am Main 2024, 212 S., 29,90 Euro

Geschichte der Medizin



Xenia Steinbach
Hormone und Psyche
 Eine Wissens- und Wissenschaftsgeschichte psychoendokriner Vorstellungen, 1900–1950
 Narrative über den Einfluss der Hormone auf unsere Psyche durchziehen unsere Alltagssprache und Eigenwahrnehmung. Xenia Steinbach zeigt wissenschaftshistorisch, dass diese Vorstellungen die Endokrinologie seit ihren frühesten Stunden beschäftigten – und dabei stets auch Gegenstand von nicht-akademischen Diskursen bis hin zu utopischen Machbarkeitsvisionen waren.
 transcript, Bielefeld 2023, 296 S., 40 Euro

Andreas Bernard
Die Kette der Infektionen
 Zur Erzählbarkeit von Epidemien seit dem 18. Jahrhundert
 Der Wissenschaftshistoriker Andreas Bernard geht in seinem Buch von der Hypothese aus, dass die Bekämpfbarkeit von Epidemien an ihre Erzählbarkeit gebunden ist. Das zeigt er anschaulich in seinen Studien zur Geschichte der Pocken, der Cholera, der Influenza, der Poliomyelitis oder der Frühzeit von Aids.
 S. Fischer, Frankfurt am Main 2023, 320 S., 28 Euro

Assia Maria Harwazinski (Hg.)
Dschungel-Tagebuch von Amgaon
 Private Korrespondenz von Marlies Gründler
 Die Tagebuchaufzeichnungen der 2021 in Tübingen verstorbenen Marlies Gründler berichten von ihren Jahren in Nordindien, wo sie in den 1960er-Jahren im kleinen Dschungelkrankenhaus von Amgaon im Dienst der Gossner-Mission tätig verbrachte. Sie liefern ein eindrückliches Zeugnis von der Situation vor Ort unter der einheimischen Bevölkerung.
 EB-Verlag, Berlin 2023, 156 S., 17,80 Euro

Josef Schmid
Lotte Köhler
 Psychoanalytikerin, Unternehmerin und Stifterin. Eine Biografie
 Lotte Köhler (1925–2022) war eine international renommierte Psychoanalytikerin. Interdisziplinär ausgerichtet gab sie der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, Neurowissenschaft und Selbstpsychologie zukunftsweisende Impulse. Die Biografie schildert ihr großes persönliches und materielles Engagement und ihre Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit der deutschen Psychoanalyse.
 Wallstein, Göttingen 2023, 456 S., 28 Euro

Herwig Czech
Hans Asperger und der Nationalsozialismus
 Geschichte einer Verstrickung
 Hans Asperger ist als Erstbeschreiber des Autismus und Namensgeber des Asperger-Syndroms weltbekannt. Er galt lange Zeit als Gegner des nationalsozialistischen Regimes. Anhand von bisher unbekanntem Archivdokumenten zeigt Herwig Czech, dass Asperger eine wesentlich problematischere Rolle spielte, als bisher angenommen.
 Psychosozial, Gießen 2024, 150 S., 19,90 Euro



Jürgen Heimbach

Burg Waldeck, 1964: Erste Klänge des Aufbruchs gegen die Schatten der Vergangenheit

352 Seiten, Englische Broschur

Unionsverlag

Medizin und Gesundheitswesen



Felix Hoffmann, Christine Dittmer, Nils Löber (Hg.)

Purpose!

Praxishandbuch für die wertheorientierte Transformation des Gesundheitswesens
Die Transformation des Gesundheitswesens erfordert zahlreiche Anstrengungen: Versorgungsprozesse müssen neu aufgebaut und digital unterstützt werden, Kommunikations- und Führungsstrukturen wirksam und wertschätzend sein, Eigentumsstrukturen und Finanzierung umgestaltet werden. Das Buch versammelt Konzepte, Handlungsempfehlungen und Leuchtturm-Projekte.
MWV, Berlin 2023, 234 S., 49,95 Euro

Hans-Jörg Ehni, Georg Marckmann, Robert Ranisch u. a. (Hg.)
Vita brevis, ars longa

Aktuelle Perspektiven zu Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Ausgewiesene Expert:innen behandeln zentrale Themen wie Krankheit, Diagnose, Autonomie, Reproduktionsmedizin, Genom-Editierung und ärztlich assistierter Suizid. Die Beiträge bieten damit einen repräsentativen Querschnitt aktueller Fragen der Fächer Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.
Kohlhammer, Stuttgart 2023, 224 S., 39 Euro

Thomas Stockhausen
Allokation im Gesundheitswesen
Lösungsstrategien für eine gerechte Verteilung

Thomas Stockhausen geht auf die ökonomischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ein und skizziert, welche Grundsätze der Gerechtigkeit hier derzeit gelten. Vorhandene Allokationsprobleme diskutiert er anhand aktueller Beispiele. Darüber hinaus behandelt er wesentliche Fragen der Triage und der Allokation in der Intensivmedizin.
UVK Verlag, München 2023, 189 S., 27,90 Euro

UVK Verlag, München 2023, 189 S., 27,90 Euro

Pflege



Hilde Schädle-Deininger
Genuss und Genießen im Alltag fördern

Handreichung für Pflege-, Gesundheits- und Aktivitätsberufe
Pflegerisch-psychiatrisches Handeln orientiert sich an Bedürfnissen und Bedarfen psychisch erkrankter Menschen und ihrem sozialen Umfeld. Genuss spielt im alltäglichen Miteinander in der psychiatrisch/psychosozialen Begleitung und Betreuung in der Regel eine untergeordnete Rolle, ist jedoch elementare Grundlage für individuelles Wohlbefinden.
Books on Demand, Norderstedt 2023, 310 S., 26 Euro

Caroline Rehner
Innovationen in der Tagespflege
Möglichkeitsräume eines Langzeitpflegesettings

Das Werk analysiert die Tagespflege als viel diskutiertes Entwicklungsfeld im Bereich der Langzeitpflege im Hinblick auf ihr innovatives Potenzial zur Realisierung von Teilhabe und Selbstbestimmung alternder Menschen mit Pflegebedarf. Caroline Rehner ist Projektleiterin am Kuratorium Deutsche Altershilfe und hat dort den Index für Innovativität mitentwickelt.
Nomos, Baden-Baden 2023, 95 S., 29 Euro

Monique Ritter
Rassismus und Altenpflege in Ostdeutschland

Zum „Unbehagen“ in der beruflichen Zusammenarbeit mit Migrant*innen
Monique Ritter verknüpft nicht nur rassismuskritische, postkoloniale und sozioökonomische Dimensionen des Unbehagens, sondern nimmt auch Bezug auf die spezifisch-historischen Lebenserfahrungen in der DDR und der (Nach-)Wendezeit, um das Phänomen des Rassismus in der Altenpflege zu analysieren. Ihre Studie ist aufschlussreich, nahbar und unterhaltsam.
transcript, Bielefeld 2024, 344 S., 45 Euro

Christina Bentz
Taschenwissen Pflege Hygiene und Infektionskrankheiten

Das Buch enthält – auf das Wesentliche reduziert und übersichtlich strukturiert mit Abbildungen und Tabellen – alle wesentlichen Informationen rund um Desinfektion, Reinigung, Sterilgut, Isolierung und Quarantäne, Bakterien, Norovirus und multiresistente Erreger, Ausbruchmanagement, Blasenkatheeter und Hygieneplan.
Elsevier, München 2024, 88 S., 19 Euro

Christian Dreher
Betätigungsorientierung in der psychiatrischen Ergotherapie
Personenzentrierung, Werteorientierung und Teilhabe am Alltag

Ziel des Buchs ist, die Betroffenen dabei zu unterstützen, in ihrem Alltag das zu tun, was für sie und ihr Leben wichtig ist, sodass sie dadurch Erfolge und Selbstwirksamkeit erleben. Das Buch gibt den Praktiker:innen durch die praxisnahe Gestaltung, durch Arbeitsblätter und durch die verständlichen Einführungen die Möglichkeit, Teilhabe und Recovery an ihrem Arbeitsplatz vorzubringen.
Psychiatrie Verlag, Köln 2024, 192 S., 35 Euro

Hanna Wüller
Pflege und Technik
Empirische Einblicke in Care-Arbeit aus der Perspektive des Agentiellen Realismus

Die Krise, in der sich berufliches Pflegehandeln befindet, führt dazu, dass Krankenhausbetten nicht belegt werden können, da nicht ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung steht. Hanna Wüller ordnet diese Situation in die feministischen Debatten im Zuge der Care-Krise ein und macht mithilfe der Objektiven Hermeneutik die Relevanz von Machtverteilungen sowie den Einfluss materieller Aspekte deutlich.
transcript, Bielefeld 2023, 200 S., 39 Euro

Anna Maria Teigeler
Theorieentwicklung von Pflegebedürftigkeit

Ein facetten-theoretischer Ansatz
Unter Einsatz der Facetten-theorie und der Multidimensionalen Skalierung entwirft Anna Maria Teigeler eine Strukturhypothese, die auf der Expertise von Pflegekräften und auf Theorien aus verschiedenen Disziplinen basiert. So entstehen belastbare Ergebnisse für die Theorieentwicklung von Pflegebedürftigkeit.
Nomos, Baden-Baden 2023, 170 S., 39 Euro

Psychosozial-Verlag

Elisabeth Profanter,
Barbara Walcher,
Thomas Harms

Emotionelle Erste Hilfe in der Klinik

Ein Praxismodell zur Begleitung von Familien am Lebensanfang



249 Seiten • Broschur
€ 29,90
ISBN 978-3-8379-3278-2

Mit dem Konzept der Emotionellen Ersten Hilfe (EEH) wird ein neuartiger Weg der Bindungsförderung im Klinikalltag aufgezeigt. Die Autor*innen beschreiben in Theorie und Praxis, wie Fachkräfte in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Eltern und ihre Babys dabei unterstützen, ein tragfähiges Miteinander zu etablieren.



bestellung@
psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

KULTUR IST FÜR ALLE DA www.strandgut.de

Psych ...



Peter Geißler
Körperarbeit in der Psychotherapie
 Erste Schritte zur Öffnung des Settings
 Wie lassen sich nur verbal geführte Psychotherapien für körperliche Interventionen öffnen? Peter Geißler erklärt die körperpsychotherapeutische Haltung, therapeutische Funktionen und gibt handlungstechnische Hinweise für die Praxis. Er erörtert Besonderheiten im Widerstandsverständnis, therapeutische Risiken und notwendige Voraussetzungen dafür, im offenen Setting professionell arbeiten zu können. Zur Ausstattung des Therapieraums finden Interessierte hilfreiche Anregungen.
 Psychosozial, Gießen 2023, 95 S., 16,90 Euro

Annette Kuptz-Klimpel
Die Verwirklichung des schöpferischen Selbst nach C. G. Jung
 Selbstregulation in der psychodynamischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
 Auf der Basis einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung können aus dem Selbst hilfreiche Impulse, Bilder und Symbole hervorgehen. Im Buch werden die funktionellen Sichtweisen von C. G. Jung und Erich Neumann vorgestellt und durch Erkenntnisse aus anderen Therapierichtungen sowie den Neurowissenschaften ergänzt.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 196 S., 36 Euro

Thomas Fuchs
Psychiatrie als Beziehungsmedizin
 Ein ökologisches Paradigma
 Auf der Basis des Verkörperungsparadigmas und des Gehirns als Beziehungsorgan entwirft der Autor eine ökologische Konzeption, die die Psychiatrie als Beziehungsmedizin neu begründet: als die Wissenschaft und Praxis von biologischen, psychischen und sozialen Beziehungen, ihren Störungen und ihrer Behandlung.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 221 S., 31 Euro

Clemens Krause
Sprechen in Bildern
 Arbeit mit Metaphern in Psychotherapie, Beratung und Coaching
 Metaphern sind nicht nur ein Stilmittel der Sprache, sondern geben auch unsere Emotionen, Einstellungen und Überzeugungen von innen nach außen wieder. Sie wirken als Suggestion, erhellen bestimmte Aspekte und verdunkeln andere. Anhand vielfältiger Fallbeispiele wird praxisnah aufgezeigt, wie klientengenerierte Metaphern zur Diagnostik und zur Veränderungsarbeit genutzt werden können.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 168 S., 34 Euro

Christopher Bollas
Fangt sie auf, bevor sie fallen
 Die Psychoanalyse des Zusammenbruchs
 Die Erkundung eines radikalen Ansatzes für die psychoanalytische Behandlung von Menschen, die am Rande eines psychischen Zusammenbruchs stehen, bietet ein neues klinisches Paradigma. Christopher Bollas geht davon aus, dass der unbewusste Zweck eines Zusammenbruchs darin besteht, dem Anderen das Selbst zu präsentieren und zum Kern des Leidens und schließlich zu einem transformativen Verständnis zu gelangen.
 Brandes & Apsel, Frankfurt am Main 2023, 180 S., 24,90 Euro

Ludger M. Hermanns, Ulrich Schultz-Venrath u. a. (Hg.)
Gruppenanalyse in Selbstdarstellungen
 Teil 1
 Der Band lässt die Geschichte der Gruppenanalyse in den deutschsprachigen Ländern nach dem Zweiten Weltkrieg anhand von autobiografischen Berichten lebendig werden.
 Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2023, 456 S., 40 Euro

Klaus Eidenschink
Es gibt keine Narzissten! Nur Menschen in narzisstischen Nöten
 Eine Handreichung für alle und jede(n)
 Kaum ein psychologisches Etikett ist heute so beliebt wie das des Narzissten. Klaus Eidenschink versteht narzisstische Verhaltensweisen als Ausdruck von inneren Nöten, die mit einem Mangel an Selbstwahrnehmung einhergehen. Er erklärt die Funktionen, die hinter solchen Nöten stehen, und zeigt auf, wann eigenes Verhalten diese bei anderen fördert oder aufrecht erhält.
 Carl-Auer, Heidelberg 2023, 161 S., 19,95 Euro

Schwangerschaft, Geburt, Familie



Olaolu Fajembola, Tebogo Nimindé-Dundadengar
Mit Kindern über Diskriminierungen sprechen
 Ob Diskriminierung von mehrgewichtigen, queeren, behinderten, armen Menschen oder Rassismus gegen asiatische, jüdische, muslimische, Schwarze Menschen sowie Romnja und Sintizze: In diesem Buch verraten die Autorinnen gemeinsam mit namhaften Expert:innen, wie Kinder und Jugendliche für Vorurteile, Abwertung und Ausgrenzung sensibilisiert und davor geschützt werden können.
 Beltz, Weinheim 2024, 284 S., 20 Euro

Mari Günther, Kirsten Teren u. a.
Familien mit trans* und nicht-binären Kindern
 Orientierung für Eltern, Jugendliche und Fachkräfte
 Das gemeinsam von trans* Personen, Eltern und Psychotherapeut:innen geschriebene Buch gibt Anregungen und Hilfestellungen für die Begleitung von trans*geschlechtlichen und nicht-binären Kindern und Jugendlichen. Fachkräfte erhalten eine Übersicht über fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen sowie interdisziplinäre Diskurse.
 Psychosozial, Gießen 2023, 189 S., 26,90 Euro

Lena Högemann
So wollte ich mein Kind nicht zur Welt bringen!
 Was Frauen für eine selbstbestimmte Geburt wissen müssen
 Die Geburtshilfe steckt in einer tiefen Krise. Lena Högemann hat selbst eine traumatische Geburtserfahrung gemacht. Sie erklärt, was sich in der medizinischen Geburtshilfe ändern muss und verbindet Berichte Betroffener mit wertvollen Tipps für Eltern nach der Geburt und Menschen, die Eltern werden wollen.
 Ullstein, Berlin 2024, 352 S., 22,99 Euro

Nadine Metzger
Medizinische Terminologie für Hebammen
 für Studium und Beruf
 Das Lehrbuch richtet sich an Studierende der Hebammenwissenschaft und führt systematisch in die geburtshilfliche Fachsprache ein. Es vermittelt Grundlagen der lateinischen Sprache, um die anatomische Nomenklatur leichter lernen und behalten zu können und erklärt die Prinzipien der klinischen Fachsprache. Infoboxen mit Zusatzinformationen sorgen für Abwechslung. Das Buch ist für das Selbststudium geeignet oder kann als Lehrmaterial im Unterricht eingesetzt werden.
 Springer, Berlin/Heidelberg 2024, 173 S., 34,99 Euro

Fabian Grolimund, Stefanie Rietzler
Ich liebe dich, so wie du bist
 Die Gefühle unserer Kinder verstehen, annehmen und liebevoll begleiten
 Wir alle möchten, dass sich unsere Kinder in der Beziehung zu uns sicher, geborgen und geliebt fühlen: So sicher, dass sie sich mit all ihren Gefühlen, Wut, Angst, Scham und Traurigkeit, zeigen können und wissen, dass sie mit ihren Problemen immer zu uns kommen dürfen. So geborgen, dass sie sich auch mit ihren Schwächen von uns angenommen fühlen. So geliebt, dass sie sich frei entfalten können und nicht am Erwartungsdruck von außen zerbrechen. Das Buch unterstützt Eltern dabei, die emotionale Welt ihrer Kinder besser nachzuempfinden und aufzugreifen.
 Herder, Freiburg 2023, 256 S., 24 Euro

Christiane Schwarz, Katja Stahl (Hg.), Patricia Gruber, Evelyn Lesta
Fetale Herzfrequenz
 verstehen > bewerten > dokumentieren
 Um die Beobachtung der Herzaktion des ungeborenen Kindes richtig einordnen zu können, ist es erforderlich, die zugrundeliegende Physiologie zu verstehen. Nur so ist es möglich, Gefahrensituationen rechtzeitig zu erkennen und gleichzeitig unnötige Interventionen zu vermeiden. In diesem Buch fassen die Autorinnen die Evidenz und die daraus resultierenden praktischen Empfehlungen zur intermittierenden Auskultation und zur CTG-Überwachung für Geburtshelfer:innen zusammen.
 Elwin Staude, Stuttgart 2023, 218 S., 32 Euro

Behinderung



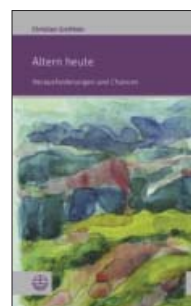
Ulrich Merk
Die unglaubliche Welt genialer Menschen mit Autismus
 Kurzweilig und kenntnisreich berichtet Ulrich Merk aus dem Leben weltberühmter Persönlichkeiten, die gesichert oder mit großer Wahrscheinlichkeit vom Asperger-Syndrom, einer leichteren Form des Autismus, betroffen sind oder waren. Anhand verblüffender Anekdoten und nie gehörter Fakten entsteht ein umfassendes Bild autistischer Denk- und Lebensweisen, die das Schaffen vieler kreativer Genies entscheidend geprägt haben.
 Patmos, Ostfildern 2024, 400 S., 25 Euro

Svenja Heck
Partnerschaft, Sexualität und geistige Behinderung
 Professionelles Handeln und Verstehen in der Heilpädagogik
 Im aktuellen Fachdiskurs gilt die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung als unabdingbares Recht und das positive Erleben von Partnerschaft und Sexualität wird in unmittelbarem Bezug zur Lebensqualität diskutiert. Das Buch geht der Frage nach, welche Perspektiven sich daraus für das heilpädagogische Handeln ergeben.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 166 S., 34 Euro

Clara Törnvall
Die Autistinnen
 Clara Törnvall wusste schon immer, dass etwas mit ihr nicht stimmt, doch erst mit 42 Jahren erhält sie die Diagnose. Sie ist Autistin. In ihrem Buch erkundet sie, warum es insbesondere bei Frauen oft zu Fehldiagnosen kommt und wer wirklich hinter der mythisch aufgeladenen Figur der Autistin steht. Ein eindringlicher, überraschender und persönlicher Text, der unsere Auffassung von Normalität infrage stellt.
 Hanser, Berlin 2024, 240 S., 24 Euro

Anne Gersdorff, Karina Sturm
Stoppt Ableismus!
 Diskriminierung erkennen und abbauen
 Die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen ist der Grund, warum auch heute noch nicht alle Menschen gleichberechtigt am Leben teilhaben können. Noch immer verhindern Berührungspunkte einen Dialog über Ableismus. Anhand anschaulicher Beispiele legt dieses praxisorientierte Handbuch Barrieren und Ausschlussmechanismen der Dominanzgesellschaft offen.
 Rowohlt, Berlin 2024, 288 S., 15 Euro

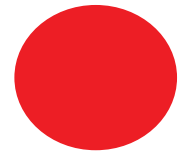
Alter und Demenz



Christian Grethlein
Altern heute
 Herausforderungen und Chancen
 Unübersehbar nimmt die Zahl alter und hochaltriger Menschen in unserer Gesellschaft zu. Christian Grethlein skizziert zunächst die demografischen, biologischen, medizinischen, pflegerischen, psychologischen, soziologischen und sozialen Konsequenzen dieser Entwicklung. Anschließend reflektiert er das Altern in biblischer Perspektive und leitet daraus exemplarisch handlungsorientierende Vorschläge ab.
 Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig 2024, 156 S., 29 Euro

Susanne Wurm
Gesund Älterwerden
 Wünsche, Fakten, Möglichkeiten
 Das Buch räumt mit gängigen Mythen und Klischees auf, die zu Krankheiten, Vulnerabilität und Einsamkeit im Alter bestehen. Es liefert überraschende Fakten aus der Forschung und zeigt, wie aus unserem sehnlichen Wunsch, gesund zu altern, Wirklichkeit werden kann. Dabei liefert es nicht nur spannendes Hintergrundwissen, sondern gibt auch praktische Handlungsanweisungen.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 118 S., 22 Euro

Psychiatrie & Soziales auf den Punkt gebracht



www.eppendorfer.de

- News, Tipps & Trends aus dem Norden
- Wer macht was?
- Kongressberichte
- Politik & Gesellschaft
- Bücher & Filme
- Angehörige & Selbsthilfe

Gratis-Probeexemplar anfordern bei:

● **EPPENDORFER**
 AMEOS Nord,
 Regionalzentrale, Wiesenhof,
 23730 Neustadt/H.,
 info@eppendorfer.de

Online unter www.eppendorfer.de
 und sechsmal im Jahr 24 Seiten
 im Tageszeitungsformat für 39,50
 Euro (Sozialtarif 25 Euro, Selbsthilfe: Sonderkonditionen)

Ingrid Schreiner
Das leise Verschwinden
 Mein Leben mit meinen demenzkranken Eltern
 Vergessen, Verleugnen, Verlieren. Das sind einige der größten Herausforderungen, wenn man mit Demenz konfrontiert wird. Ob als Erkrankter oder Angehöriger, das Leben verändert sich durch die Diagnose. Ehrlich und ohne Beschönigung berichtet Ingrid Schreiner in diesem Buch von ihrem Leben mit zwei an Demenz erkrankten Eltern.
 Echter, Würzburg 2023, 192 S., 16,90 Euro

Frank Schulz-Nieswandt,
 Caroline Rehner u.a.
Innovationen in der Sozialpolitik des Alterns
 Eine kritische Vermessung innovativen Wandels
 Das Werk befasst sich mit sozialpolitischen Innovationen und Lösungsstrategien für das gelingende Altern von Menschen in der sich transformierenden Gesellschaft. Hierzu wird ein Index der Innovativität vorgestellt und erläutert sowie mit Bezug auf daseinsthematische relevante Aspekte exemplarisch zur Anwendung gebracht.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 115 S., 39 Euro

Andreas Stückler
Kritische Theorie des Alter(n)s
 Das Alter(n) gehört zu den gesellschaftstheoretisch vielleicht am wenigsten erschlossenen Aspekten des menschlichen Daseins. Das Buch zeigt, was unsere Sicht auf das Alter(n) und unser gesellschaftlicher wie individueller Umgang mit der kapitalistischen Gesellschaft und ihren Verwertungs- und Produktionslogiken und mit dem modernen Arbeitsfetisch zu tun haben.
 Mandelbaum, Wien 2024, 512 S., 34 Euro

Sterben, Tod, Trauer



Nora Lynch, Annika Pehle und Nicki Ermer
Trauer und Sexualität
 Wie Betroffene und Trauerbegleitende mit einem Tabuthema umgehen
 Basierend auf zwei Interviewstudien mit Abschieds- und Trauerbegleiter:innen sowie trauernden Menschen fokussieren die Autorinnen, wie der Verlust der Intimität nach dem Tod von Partner oder Partnerin empfunden wird und wie Trauernde ihre Sexualität leben. Sie regen zu einem Umdenken angesichts der gesellschaftlichen Tabuisierung sexueller Bedürfnisse Trauernder an.
 Psychosozial, Gießen 2024, 135 S., 22,90 Euro

Rébecca Kunz
Der Liebe nah
 – Abschied nehmen und trauern
 Erfahrungen und Erkenntnisse von Fachleuten und Betroffenen
 Der Verlustschmerz gilt als der größtmögliche seelische Schmerz des Menschen. In diesem Buch erzählen 25 Frauen und Männer offen und in berührender Weise, wie sie den Tod eines nahestehenden Menschen verarbeitet haben. Zusätzlich beleuchten Fachleute verschiedene Perspektiven zu den Themen Abschied nehmen und Trauer.
 Kohlhammer, Stuttgart 2023, 255 S., 39 Euro

Ratgeber und Erfahrungsberichte



Esther Pauchard
Jenseits der Sprechstunde
 Das Rezept sind SIE!
 Professionell und konfrontativ, dabei verständlich und unterhaltsam berät die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Esther Pauchard ihre Leser:innen rund um Stabilität und Resilienz. Mögliche Denkfallen werden angesprochen und ein Gesundheitssystem, das Menschen in ihrer Selbstverantwortung und -wirksamkeit beschränkt, hinterfragt.
 Lokwort Verlag, Bern 2023, 240 S., 28 Euro

Inge Fischer
Kranke Menschen pflegen – worauf kommt es an?
 Ein Rückblick auf mein Berufsleben im Pflege- und Bildungsbereich und ein Resümee meiner dort gemachten Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse
 Inge Fischer geht im Rückblick auf ihr langes Berufsleben der Frage nach, worauf es in der Krankenpflege wirklich ankommt. Dabei gibt sie sowohl Einblicke in ihr persönliches Erleben als auch in die mannigfaltigen Entwicklungen im Pflegeberuf der letzten Jahrzehnte.
 Reimo-Verlag, Oberding 2023, 88 S., 14,90 Euro

Das besondere Buch



Hans-Christian Biller
Kleine Gefühle
 Ein Kompendium von A wie Angstweile bis Z wie Zauderlust
 Das Buch ist eine Hommage an all die winzigen seelischen Reaktionen, die sich oft ganz zart und scheinbar auf der Leinwand unseres Innenlebens abbilden. Häufig übersehen, haben sie doch Einfluss auf unsere Wahrnehmung, unser Denken, unser Handeln und unsere Beziehungen. Anders als Flugscham, Weltekel oder Wiedersehensfreude haben die meisten dieser kleinen Gefühle allerdings nicht mal einen Namen. Das zumindest ansatzweise zu ändern, hat sich dieses Buch zur Aufgabe gemacht. Auf jeder Seite stellt das Buch ein kleines Gefühl vor und liefert auch gleich einen kreativen Namensvorschlag mit. Von der Freude, in ein frisch gemachtes Bett zu schlüpfen, bis zur Frustration über einen vermeidbaren Stau erinnern sie uns daran, dass selbst die flüchtigsten Gefühle unsere Aufmerksamkeit und Pflege verdienen. Ein perfektes Geschenk für alle, die über Gefühle ins gute Gespräch kommen wollen – positive Überraschungen und Aha-Effekte garantiert!
 Carl-Auer, Heidelberg 2024, 109 S., 17,95 Euro

ERST LESEN, DANN SCHLUCKEN.

Das unabhängige Gesundheitsmagazin **Gute Pillen – Schlechte Pillen (GPSP)** entsteht ohne Geld der Pharmaindustrie oder Einfluss anderer Interessengruppen. Es erscheint werbefrei und finanziert sich durch verkaufte Hefte und Abonnements.

6 Hefte im Jahresabonnement + persönlicher Onlinezugang 34,90€ (Heftformat DIN A4, à 28 Seiten) ISSN 1861-6046

Bestellen: www.gutepillen-schlechtepillen.de oder Westkreuz-Verlag Berlin/Bonn, Tel. (030) 745 20 47, gpsp@westkreuz.de



STABILE SEITEN- LAGE

Nur wer versteht, kann auch für etwas eintreten. Keine Debatte? Steht nicht zur Debatte. Wir wollen mehr als News – wir wollen Neues. Ungestellte Fragen. Echte Antworten. Stimmen, die man woanders nicht hört. Deshalb eine radikale Zeitung: Unabhängig, solidarisch und mit Haltung.

taz zeitung für morgen

10 WOCHEN
NUR 10 EURO
TAZ.DE/ABO





Fritz + Fränzi 3/2024

Essstörungen

Das Schweizer Elternmagazin *Fritz + Fränzi* der gemeinnützigen Stiftung Elternsein widmet sich seit 2001 in zehn Ausgaben pro Jahr Themen rund um Familie und Erziehung, Gesundheit, Schule und Bildung, Medienkompetenz, Pubertät und Sexualität. Das Ratgebermagazin richtet sich vorrangig an Eltern und Großeltern von schulpflichtigen Kindern ab sechs Jahren, Pädagog:innen und Lehrpersonen. Das aktuelle Heft behandelt das ernste Thema Essstörungen. Dabei geht es unter anderem den Fragen nach, wie Probleme mit dem Essen bei Heranwachsenden entstehen können, welchen Beitrag Eltern zu einem positiven Körperbild ihrer Kinder leisten können und welche Formen von Essstörungen es gibt. Weitere Artikel thematisieren den Einfluss Sozialer Medien auf das Essverhalten, Möglichkeiten der Prävention und Anlaufstellen für Unterstützung und Beratung.

Einzelheft: 8,90 CHF (plus Porto)

Jahresabo (10 Ausgaben): 78 CHF

(plus Porto)

Bezug: Fritz+Fränzi,

Dufourstr. 47, 8008 Zürich, Schweiz,
fritzundfraenzi.ch

Leidfaden 1/2024

Unterschätzt und übersehen.

Kinder und Jugendliche in Krisen

Die Zeitschrift *Leidfaden* richtet sich mit ihren Themen an alle, die Sterbende und Trauernde therapeutisch, medizinisch oder in der Seelsorge begleiten. Mit ihren Forschungsberichten, Analysen, Handlungsempfehlungen und Inspirationen dient sie Professionellen und Ehrenamtlichen als Fortbildungsorgan. Die erste Ausgabe des Jahres beleuchtet dieses Mal die Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in Krisen. Dabei wird insbesondere die ausgeprägte Anpassungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Trauersituationen thematisiert, die zur Folge hat, dass Leiden und Überforderung bei ihnen von Erwachsenen oft übersehen wird. Zugleich kann es auch passieren, dass die Ressourcen, vielseitigen Fähigkeiten und die Kreativität von Kindern im Umgang mit Krisensituationen unterschätzt werden. Die Ausgabe be gibt sich dafür auf die Spur von Trauer und Einsamkeit während der Pandemie, dieser Zeit des eingeschränkten Besuchsrechts auf Intensivstationen für Kinder und Jugendliche und des Ausschlusses von Kindern von Aufnahme und Beerdigung. Die Beiträge geben interessante Hintergrundinformationen und machen auf Berührungspunkte, Unsicherheiten und Wissenslücken im Umgang mit Kindern und Jugendlichen in Krisen und Trauersituationen aufmerksam. Damit sensibilisieren sie für eine situations- und altersangemessene Begleitung dieser Zielgruppe.

Einzelheft: 18 Euro

Jahresabo (4 Ausgaben): 38,50 Euro

Bezug: Vandenhoeck & Ruprecht,
Robert-Bosch-Breite 10, 37079 Göttingen,
vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

Autismus verstehen 1/2024

Autismus und Trauma

Das Magazin *autismus verstehen* hat es sich zur Aufgabe gemacht, relevante Themen aus dem Autismus-Spektrum anschaulich und verständlich aufzubereiten. Zwei Ausgaben pro Jahr widmen sich Aktuellem aus der Autismus-Forschung, spannenden Reportagen und interessanten Interviews. Die inhaltliche Arbeit des Magazins wird dabei unter anderem von Menschen mit Autismus-Diagnose gestaltet. Die aktuelle Ausgabe beleuchtet im Schwerpunktthema den Zusammenhang von Trauma und Autismus. Dabei kommt nicht nur Tony Attwood, Pionier der Autismus-Forschung, zu Wort, sondern es werden auch vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt. Daneben finden sich in dieser Ausgabe außerdem eine interessante Betrachtung davon, wie autistische Kinder Filme sehen, sowie zwei Artikel über die Freundschaft zu und Partnerschaft mit autistischen Menschen. Ein Beitrag geht der Frage nach, wie autistische Kinder beim Verlust eines geliebten Menschen begleitend unterstützt werden können. Jason und Mirco von Juterzenka erzählen im Interview von ihrem Kinofilm „Die Wochenendrebellen“, ihrem neuen Buch und ihren zukünftigen Plänen. Eine Reportage über Stephen Wiltshire zeigt eindrucksvoll, wie der 49-jährige Engländer ganze Stadtlandschaften aus dem Gedächtnis zeichnen kann. Ein Artikel widmet sich verschiedenen Verarbeitungsstadien auf dem Weg vom Autismus-Verdacht über die Diagnostik bis hin zur gesicherten Diagnose.

Einzelheft: 6,80 Euro (plus Porto)

Jahresabo (2 Ausgaben): ab 18,40 Euro

Bezug: Autismus verstehen e.V.,
Im Brett 2, 72805 Lichtenstein,
autismus-verstehen.de

Anzeiger für die Seelsorge 3/2024

Erinnerungskultur

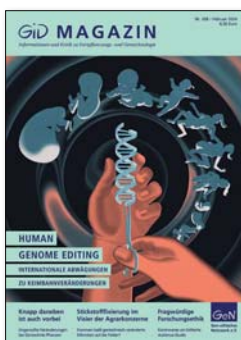
Der *Anzeiger für die Seelsorge* ist die größte katholische Fachzeitschrift für Pastoral- und Gemeindepraxis im deutschsprachigen Raum. Zwölf Ausgaben im Jahr widmen sich relevanten Themen aus Politik, Gesellschaft, Glaube und Psychologie. Die aktuelle Ausgabe legt ihren Schwerpunkt auf das Thema Erinnerungskultur. Stephan Wahle geht der Frage nach, welche Rolle Erinnerung in einer multikulturellen und vernetzten Gesellschaft zukünftig spielen kann und welchen Ereignissen und Erzählungen die europäische Erinnerungsgemeinschaft später gedenken wird. Hildegard Hager untersucht den Zusammenhang von Erinnerungskultur und Gemeinschaft und das dialektische Verhältnis zwischen individuellem und kollektivem Erinnern. Daniela Khatib stellt die These auf, dass die Erinnerung an Ausschwitz mit der Forderung einer situations- und subjektbezogenen christlichen Theologie einhergeht und damit für Christentum und Kirche eine identitätsstabilisierende Funktion und erinnerungspolitische Neujustierung im globalen Zeitalter bedeutet. Weitere Beiträge stellen den biografischen Ansatz in der pastoralen Arbeit vor und überlegen, welche Bedeutung Erinnerungen für die Gestaltung der Zukunft haben können.

Einzelheft: 7,50 Euro

Jahresabo (11 Ausgaben): 73,70 Euro

(plus Porto)

Bezug: Verlag Herder,
Hermann-Herder-Str. 4, 79104 Freiburg,
www.herder.de/afs



HUMAN GENOME EDITING

Internationale Abwägungen zu Keimbahnveränderungen

Die „Genschere“ CRISPR-Cas ermöglicht genetische Veränderungen schneller als jemals zuvor. Während die ersten Patient*innen mit CRISPR-Therapien behandelt werden, wird über Keimbahneingriffe international noch diskutiert. Ihre Anwendung birgt ein hohes technologisches und gesellschaftliches Risiko.

GID MAGAZIN (Gen-ethischer Informationsdienst) | Zeitschrift für Informationen und Kritik zu Fortpflanzungs- und Gentechnologie | Jetzt bestellen! | Nr. 268 | Februar 2024 | Einzelausgabe 8,50 Euro | Jahresabo (4 Ausgaben) 35,- Euro



Gen-ethisches Netzwerk e.V.

Lausitzer Str. 10

Aufgang B

10999 Berlin

Tel: 030 - 685 70 73

Fax: 030 - 684 11 83

gen@gen-ethisches-netzwerk.de

www.gen-ethisches-netzwerk.de

Spendenkonto (IBAN):

DE15 4306 0967 1111 9023 33



Pflegewegweiser NRW (Hg.) Orientierung für pflegende Eltern Online-Plattform

Beim Thema Angehörigenpflege denken viele zuerst an Senior:innen und nicht an Kinder. Allein in Nordrhein-Westfalen leben jedoch mehr als 50 000 pflegebedürftige Kinder unter 15 Jahren, in ganz Deutschland sind es mehr als 214 000. Der größte Teil dieser Kinder wird von den Eltern oder anderen primären Bezugspersonen im häuslichen Umfeld gepflegt. Für die Familien stellt insbesondere das Vermitteln und Organisieren des Pflegealltags neben Berufstätigkeit, Partnerschaft, eigenem Wohlbefinden und der Fürsorge für Geschwisterkinder ohne Pflegebedarf eine große Herausforderung dar. Bislang gab es für betroffene Väter, Mütter und Großeltern keine zentrale Anlaufstelle mit Informationen, Rat und Unterstützung. Daher hat es sich der Pflegewegweiser NRW in Zusammenarbeit mit der lavanja gGmbH zur Aufgabe gemacht, diese Lücke zu schließen. Der Online-Wegweiser für Eltern mit pflegebedürftigen Kindern informiert dabei nicht nur über Ansprüche und Rechte, sondern gibt auch einen Überblick über Anlaufstellen der Frühen Hilfen – ein Angebot für Familien in belasteten Lebenslagen, das über die Jugendämter koordiniert wird. Er bietet wesentliche Informationen übersichtlich, kurz und knapp. Zahlreiche interaktive Grafiken vermitteln einen guten Überblick über bestehende emotionale, organisatorische und finanzielle Unterstützungsangebote. Darüber hinaus finden sich auf der Webseite Erfahrungsberichte von pflegenden Eltern rund um die Themen Diagnose, bürokratische Hürden und Selbstliebe.

Zugang: kostenlos (online) unter <https://kurzelinks.de/nsj1>

BVMed (Hg.) Eine Stunde Wunde Digitales Gesprächsforum

Die angemessene Versorgung von Wunden ist komplex und bis heute nicht unumstritten. Das virtuelle Gesprächsforum bietet allen Interessierten eine Plattform für einen interdisziplinären Austausch zu den damit verbundenen Herausforderungen und drängenden aktuellen Fragen rund um die Wundversorgung. Dazu sind je unterschiedliche Pflegenden, Ärzt:innen, Wissenschaftler:innen und Vertreter:innen von Verbänden, Unternehmen oder einschlägigen Institutionen vor Ort. Die Expert:innen halten zur aktuellen Themenfrage jeweils einen kurzen Impulsvortrag. Anschließend sind alle Interessierten im Livestream zu einer eingehenden Diskussion eingeladen. Die Themen reichen dabei von Interdisziplinarität und Wundversorgung über Evidenz und Nutznachweis, die Rolle von Pflegenden in der Wundversorgung und die Bedeutung von Homecare-Unternehmen bis hin zum Potenzial von KI in der Wundversorgung. „Eine Stunde Wunde“ wird in diesem Jahr auch auf dem Bremer Wundkongress stattfinden. Im Raum Focke-Wulf im Congress Centrum Bremen (CCB) unterhalten sich Frau Dr. Siiri Ann Doka und Christof Fiscoeder am 16. Mai um 12:30 Uhr zum Thema „Was brauchen Patienten für eine gute Versorgung der chronischen Wunden?“ Weitere Termine sind zeitnah auf der Webseite einsehbar. Für eine Teilnahme ist die Anmeldung und Registrierung vorab per E-Mail erforderlich. Einwahldaten für die Teilnahme online erhalten Interessierte damit zwei Tage vor dem jeweiligen Forum.

Teilnahme: kostenlos (online) unter <https://kurzelinks.de/gvwl>

Stiftung Warentest (Hg.)

Das Pflege-Set Antrag auf Pflegegrad, Pflegeprotokoll, Pflegezeit, Patientenverfügung

Werden Angehörige oder enge Freunde pflegebedürftig, bedeutet dies oftmals einen großen Einschnitt, der viele Veränderungen mit sich bringt. Die neue Situation kann Überforderung und Hilflosigkeit auslösen und mit zahlreichen Belastungen für alle Beteiligten einhergehen. Neben neuen Herausforderungen und offenen Fragen stehen oftmals auch wichtige Entscheidungen im Raum, die schnell und souverän getroffen werden müssen. Die dritte aktualisierte Auflage des Ratgebers „Das Pflege-Set. Antrag auf Pflegegrad, Pflegeprotokoll, Pflegezeit, Patientenverfügung“ beantwortet alle wichtigen Fragen übersichtlich und kompakt. Neben Wesentlichem zur Antragstellung, zum Gutachterbesuch, zu finanziellen Hilfen und Alternativen zur häuslichen Pflege enthält sie auch geprüfte Testergebnisse zu Hausnotrufen und Vermittlungsagenturen von Betreuungskräften. Nicht zuletzt geht sie auf die verbesserten Leistungen und Begrenzungen der finanziellen Belastung durch die neue Pflegereform sowie die Chancen des neuen „Entlastungsbudgets“ ein. Alle Formulare, die der Ratgeber enthält, können herausgetrennt werden. Zudem enthält er einen Code, um sie noch einmal online herunterzuladen.

Bezug: 16,90 Euro (Print) unter <https://kurzelinks.de/oi6v>

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hg.)

Mein E-Rezept – Rezept einlösen leicht gemacht Digitaler Selbstlernkurs

Seit Januar 2024 sind Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung verpflichtet, gesetzlich Krankensicherten elektronische Rezepte, sogenannte E-Rezepte, für verschreibungspflichtige Medikamente auszustellen. Die Umstellung vom rosafarbenen zum digitalen Rezept hat bei vielen Fragen aufgeworfen und Unsicherheiten ausgelöst. Um die Einstiegshürde zu senken, Schwierigkeiten zu mindern und den Umgang mit der neuen Vorgehensweise zu üben, hat die Verbraucherzentrale NRW den kostenfreien Online-Selbstlernkurs „Mein E-Rezept – Rezept einlösen leicht gemacht“ einge-

richtet. Drei Lerneinheiten bereiten Themen rund um die E-Rezept-App, das Einlösen von E-Rezepten online und die Verwaltung der digitalen Gesundheitskarte anschaulich und leicht verständlich auf. Jede Lerneinheit enthält kurze Video-Tutorials, die über YouTube beliebig oft angesehen und nach Bedarf angehalten werden können. Anschließend bietet der Selbstlernkurs eine Reihe spielerischer Aufgaben, die dabei helfen, das Gelernte besser zu verstehen, anzuwenden und zu festigen. Für die Teilnahme am Selbstlernkurs ist es nicht zwingend erforderlich, eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit PIN zu besitzen. Diese kann jedoch dabei helfen, die praktischen Kursinhalte anwendungsbezogen nachzuvollziehen.

Teilnahme: kostenlos (online) unter <https://kurzelinks.de/zaic>

MEDIFOX DAN (Hg.)

PflegeFaktisch Pflege-Podcast

Seit 2020 lädt die Pflegewissenschaftlerin und Fachpädagogin im Gesundheitswesen Francesca Warnecke wöchentlich Interviewpartner:innen aus Pflege und Politik zum Gespräch über relevante Themen, die die Branche bewegen, ein. Mit feinem Gespür für aktuellen Gesprächsbedarf und einer guten Prise Humor bietet sie damit Themen von der Wundversorgung über die Krankenhausreform, Kreativität im Berufsalltag, PeBeM, IPReG und Expertenstandards bis zur Demenz eine Plattform. Herausforderungen in der stationären sowie ambulanten Pflege, gesetzliche Änderungen, Reformen oder zukunftsweisende Pflegetrends werden dabei genauso thematisiert wie persönliche Erfahrungen und konkrete Handlungsempfehlungen. Die kurzweiligen und informativen Folgen dauern jeweils zwischen einer halben und einer Stunde und erscheinen immer freitags. Zu hören ist der Podcast auf der Webseite von PflegeFaktisch, Spotify, Apple Podcast und überall sonst, wo es Podcasts gibt. Francesca Warnecke möchte Wissen über spannende Pflege-themen mit allen Interessierten teilen und freut sich deshalb auch über Anregungen und Themenvorschläge von Zuhörer:innen per E-Mail.

Reinhören: kostenlos (online/Download) unter <https://kurzelinks.de/todg>

23.–25. April 2024 in Nürnberg
ALTENPFLEGE 2024
 In diesem Jahr präsentieren über 500 Aussteller:innen aktuelle Entwicklungen, Produkte und Dienstleistungen rund um die stationäre und ambulante Pflege. Themen wie Nachhaltigkeit, Energie und Ressourcen, Digitalisierung, vernetztes Wohnen und Innovationen stehen im Mittelpunkt.
 Information und Anmeldung:
www.altenpflege-messe.de

24.–27. April 2024 in Hamburg
Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Rückenwind für Gesundheit!
73. Wissenschaftlicher Kongress
 Neben dem umfassenden Fachprogramm erwartet die Besucher:innen eine interessante Industrieausstellung und ein abwechslungsreiches, auch kulturelles Rahmenprogramm. Im Fokus steht das breite Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
 Information und Anmeldung:
www.bvoegd-kongress.de

26. April 2024 in Hamburg
Sexualität, ja klar! Aber wie ich will!
Tagung Leben pur – Körperlichkeit und Sexualität bei Menschen mit Komplexer Behinderung
 Ein positives Verhältnis zum eigenen Körper und eine selbstbestimmt ausgelebte Sexualität sind für Menschen mit Komplexer Behinderung bis heute nicht selbstverständlich, müssen es aber werden! Die Tagung präsentiert in Vorträgen, Workshops und inspirierenden Netzwerken vielfältige Strategien, um auf die körperlichen und sexuellen Bedürfnisse der Zielgruppe einzugehen.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/j817>

26.+27. April 2024 in Linz + online
Persönlichkeitsstörungen ICD11
Neues und Bewährtes aus Forschung und Praxis in Zeiten des Paradigmenwechsels
 Die interdisziplinäre Fachtagung fragt nach Diagnostik, Behandlung sowie neuen Ansätzen und bietet Raum für Austausch und Vernetzung. Zahlreiche Referent:innen werfen einen Blick auf störungsspezifische Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit PS.
 Information und Anmeldung:
persoenlichkeitsstoerung-tagung.at

29. April 2024 in Feldkirch
1. Vorarlberger Pädiatrischer Pflorgetag 2024
 Die Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen und deren Eltern verlangt nach regelmäßiger Weiterbildung. Auf dem Pflorgetag

werden unter anderem die Stomaversorgung bei Frühchen, wirkungsvolle Kommunikationsansätze für die Praxis und das Schmerzmanagement bei Kindern thematisiert.

Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/fkko>

3.+4. Mai 2024 in Bad Vilbel
HEBAKON – Kongress von Hebammen für Hebammen
„Hands on Belly and Screen“
 Das Handwerk der Hebammenarbeit hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Längst sind nicht alle Hebammen Fans der Digitalisierung oder ihrer Erscheinungsbilder. Die Angst, dass die direkte Beziehungsarbeit unter einem Datenberg verschwindet, ist berechtigterweise groß. Die diesjährige HEBAKON widmet sich den neuen Netzwerken.
 Information und Anmeldung:
www.hebakon.de

3.+4. Mai 2024 in Bremen
LEBEN UND TOD
Fortbildung – Netzwerk – Messe
„Halt braucht Wurzeln!“ – die 15. LEBEN UND TOD in Bremen
 beschäftigt sich mit dem Thema Resilienz & Selbstsorge in der Sterbe- und Trauerbegleitung. Es geht u.a. um ethischen und moralischen Stress in der (palliativen) Pflege, Selbstsorge in der Trauerbegleitung oder Resilienzförderung in krisenhaften Situationen. In der vielfältigen Ausstellung zeigen sich rund 130 Info- und Verkaufsstände. Das Besondere an der LEBEN UND TOD ist die professionenübergreifende Vielfalt: Ärzt:innen, Pflegekräfte, Hospiz- und Trauerbegleitende begegnen Betroffenen, Angehörigen und interessierten Menschen zum Dialog und gemeinsamen Fortbildern.
 Information und Anmeldung:
www.leben-und-tod.de

4.+5. Mai 2024 in Mondsee
26. Substitutions-Forum
Plattform für Drogen-Therapie
 Das Substitutions-Forum ist eine der wichtigsten Plattformen für die Opioid-Substitutionstherapie (OST) und zugleich die Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS). Die Tagung greift aktuelle Themen auf, die für die Suchtbehandlung insgesamt und im Speziellen für die Opioid-Substitutionstherapie relevant sind.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/krms>

8.–10. Mai 2024 in Berlin
4. Gemeinsamer Kongress der AGNP e. V. und der DGPB e. V.
 Der Kongress bietet Beiträge, die den Bogen von der neurobiologischen und experimentell-psychiatrischen Grundlagenforschung bis hin zur Entwicklung innovativer Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen spannen. Dabei wird der wissenschaftliche Austausch zwischen Kolleg:innen aus Österreich, der Schweiz und Deutschland gefördert.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/teei>

9.–12. Mai 2024 in Berlin
Angst, Regression, Desintegration – und Hoffnung? Psychoanalyse in Zeiten der Krise
Jahrestagung der DPG 2024
 Die Reaktion vieler Patient:innen auf aktuelle Krisen, Kriege und ungelöste Zukunftsfragen ist Angst, verbunden mit regressiven Bewegungen bis hin zur Desintegration. Die Vorträge widmen sich innerpsychischen und gesellschaftlichen Folgen von Krieg, Klimakrise, Migration sowie dem wachsenden Populismus in Politik und Gesellschaft und den krisenhaften Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse.
 Information und Anmeldung:
jahrestagung.dpg-psa.de

12.–15. Mai 2024 in Bonn
17. Kongress für Krankenhaushygiene
 Die vielfältigen Vorträge und Diskussionsrunden widmen sich Themen der Krankenhaushygiene und der allgemeinen Hygiene. Schwerpunktmäßig behandelt werden Antibiotic Stewardship, Aufbereitung von Medizinprodukten, Green Hospital, Hygiene in der Pflege, MRE-Strategien, Neonatologie, Hygiene in Alten- und Pflegeheimen sowie der Umwelthygiene.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/oqea>

15. Mai 2024 in Berlin
11. DNVF-Forum Versorgungsforschung
 Das 11. DNVF-Forum Versorgungsforschung möchte neue Herausforderungen und Erfordernisse in der Versorgung aus verschiedenen Perspektiven diskutieren. Das Forum versucht, die Kluft zwischen versorgungswissenschaftlicher Erwartung und den Umsetzungsmöglichkeiten aus der Sicht von Praxis, Betroffenen und Gesundheitspolitik zu schließen.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/ck6r>

15.–17. Mai 2024 in Bremen
DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress 2024
 Neben einer Fachausstellung bietet der Kombikongress für Teilnehmer:innen aus der ambulanten, stationären und akutklinischen Pflege, für Wundexpert:innen, Mediziner:innen und Beschäftigte der Gesundheitsbranche zahlreiche Fachvorträge und Diskussionen, berufspolitische Themen und praktische Workshops.
 Information und Anmeldung:
deutscher-wundkongress.de

22.–24. Mai 2024 in Karlsruhe
REHAB – Rehabilitation, Therapie, Pflege, Inklusion
 Die Fachmesse für mehr Lebensqualität Auf der REHAB Karlsruhe treffen sich sowohl Fachbesuchende wie Therapeut:innen, Mediziner:innen, beruflich Pflegenden und Fachkräfte aus dem Sanitätsfachhandel als auch Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen sowie Interessierte aus Vereinen und Institutionen. Hier finden sie die neuesten Trends und Innovationen der Reha- und Orthopädietechnik, aber auch aktuelle Therapieansätze und Pflegeangebote.
 Information und Anmeldung:
rehab-karlsruhe.de

6. Juni 2024 in Hannover
Advance Care Planning (ACP) und Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP)
Perspektiven und Kontroversen
 ACP meint eine gesundheitliche Vorausplanung und zielt auf eine zuverlässig am vorausverfügen Willen der Patient:innen orientierte Behandlung ab, die dann eintritt, wenn Betroffene nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu äußern. Die Tagung des ZfG stellt Perspektiven und Kontroversen zur Debatte.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/dyoa>

6.–8. Juni 2024 in Magdeburg
33. Bundestagung für Ambulante Psychiatrische Pflege
 Die diesjährige BAPP-Tagung widmet sich unter anderem der Situation von psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen und psychisch erkrankten Frauen mit Kinderwunsch, außerdem stehen die Themenschwerpunkte Sekundäre Traumatisierung, Heilkundliche Übertragung und Digitalisierung in der Pflege auf der Tagungsordnung.
 Informationen und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/bsj>

10. – 14. Juni 2024 in Graz
Weiterqualifizierung zur „Pflegefachkraft für Heimbeatmung bei Kindern und Jugendlichen“ Basiswissen

Das Qualifizierungsangebot stärkt die Kompetenz der Pflegenden in Bezug auf die Heimbeatmung von Kindern und Jugendlichen im häuslichen Umfeld. Der Nachweis dieser speziellen Qualifizierungsmaßnahme trägt außerdem zur Akzeptanz von Pflegediensten bei Haus- und Kinderärzt:innen sowie Kostenträgern bei.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/obzd>

12. + 13. Juni 2024 in Essen
Tagespflege organisieren, leiten, entwickeln
 TP Kongress 2024

Unter dem Motto „Tagespflege organisieren, leiten, entwickeln“ ist der TP Kongress 2024 speziell auf die aktuellen Herausforderungen der Tagespflegeleitung zugeschnitten. An zwei ganzen Kongresstagen bieten Branchenexpert:innen einen vielfältigen Einblick in relevante Themen für das Management von Tagespflegen in Form von Vorträgen, Präsentationen sowie tiefgehenden und praxisorientierten Workshops.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/jidi>

18. Juni 2024 in Minden
Traumata, Ursachen und Folgen in der Geburt

Fachspezifische Fortbildung für Hebammen, Ärzt:innen und angrenzende Berufsgruppen
 Die seelische Belastung durch akute oder biografische Erfahrungen von körperlichen, sexualisierten oder psychischen Übergriffen oder durch Kriegs- und Fluchterfahrungen können lebenslange Spuren in Körper und Seele hinterlassen. Latente oder akute Folgen solcher Traumata sind daher besondere Belastungen in dem schon für sich alleine krisenhaften Geschehen des Mutterwerdens, die von den Betreuenden wahrgenommen und die mit besonderer Achtsamkeit und Rücksichtnahme behandelt werden sollten.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/lzwt>

19. Juni 2024 in Hannover
Triage in der SAPV
 Forum für klinische Psychologie und 2. SAPV-Fachtagung

Triagierung kann in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eine entscheidende Rolle spielen. Auf der Fachtagung wer-

den aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven diskutiert. Sie findet in Kooperation mit dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. (LSHPN), dem Fachverband SAPV Niedersachsen e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Landesvertretung Niedersachsen/Bremen statt.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/dyao>

20. Juni 2024 in Hannover
Dokumentation und Haftung in der außerklinischen Geburtshilfe
 Seminar

Die Dokumentation der außerklinischen Geburtshilfe ist Teil der Betreuungsqualität, stellt eine angemessene Behandlung sicher und bietet darüber hinaus Sicherheit, wenn es zu einem Schadensfall kommt. Gründe genug, die eigene Dokumentation regelmäßig zu reflektieren und sich zu diesem Thema ein Update zu gönnen.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/xuvy>

27.+28. Juni 2024 in Köln+online
„Klinik goes Home“ – Flexibilisierung der Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
 LVR-Symposium 2024

Beschäftigte im psychotherapeutisch-psychiatrischen Feld treffen täglich auf Menschen, die hoffen, die bestmögliche Behandlung und Therapie für ihre psychische oder psychosomatische Erkrankung zu bekommen. Das Symposium widmet sich deshalb aktuellen Möglichkeiten, qualitativ gute psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen effizient, wissenschaftlich evident und individuell zugeschnitten zu gestalten.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/p6ku>

28. Juni 2024 in Bad Boll
Bad Boller Hebammentage
 Rahmenprogramm und Fachvorträge der Tagung sorgen für intensiven kollegialen Austausch und fachliche Weiterbildung. Das stärkt den Zusammenhalt und schenkt neue Kraft. Kernstück der Hebammentage sind Workshops rund um Aromatherapie in Schwangerschaft/Stillzeit, Praxisanleitung, Ergebnisoffene Beratung, Kommunikation/Supervision, Baby-schlaf sowie Schulterdystokie und Reanimation von Neugeborenen.
 Information und Anmeldung:
<https://kurzelinks.de/j3li>

LEBEN UND TOD

3. + 4. MAI | BREMEN

FORTBILDUNG & MESSE

„Halt
braucht
Wurzeln!“

Resilienz & Selbstsorge in der
Sterbe- und Trauerbegleitung



TICKETS HIER!
www.leben-und-tod.de





Wir suchen für unsere Berufsfachschule für Pflege in Fellbach ab 01. Juni 2024 (oder nach Vereinbarung) eine*n

Pflegepädagog*in (m/w/d)

Ihre Aufgaben:

- Unterrichte in verschiedenen Lernfeldern der Ausbildung
- Kursbegleitung
- Mitwirken bei Prüfungen
- Praxisbegleitung

Was wir uns von Ihnen wünschen:

- Studium der Pflegepädagogik oder einer vergleichbaren Fachrichtung (mindestens Bachelor-Abschluss) – Berufseinsteiger*innen sind willkommen!

Was wir Ihnen bieten:

- Unterstützung bei einem berufsbegleitenden Master-Studiengang der Pflegepädagogik
- Die Möglichkeit zur fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung
- Betriebliche Altersvorsorge

Kontakt

Camphill Ausbildungen gGmbH

Frau Inge Schnell (Geschäftsführung)
Lippertsreuter Str. 14 a | 88699 Frickingen | 07554 9899840
info@camphill-ausbildungen.de | www.camphill-ausbildungen.de

Seminare/ Ausbildungen

Heilkünstlerisches Sprechen
Sprachkunst-Kursangebote
www.haus-der-sprache.org
www.marie-steiner-verlag.de
Vertriebspartner gesucht!

Non-Drug-Intervention

Ohrakupunktur als
nicht manipulative Therapie
Unterstützend | Einfach | Effektiv
2 Tage lernen – Sofort anwenden
www.yase-institut.de

Ausbildung Schlaflehrer/in

mit Schwerpunkt Sounder Sleep
System, berufsbegleitend praxis-
nah angenehm.
www.schlafschule-unna.de

Verschiedenes

Yogabedarf: Matten aus Latex,
TPE, PVC, Schurwolle. Eigene
Kissen-Fertigung, Bolster ...
Sonnen-Gruss.de,
Klarastr. 57 • 79106 Freiburg
Regionale Fertigung

Olivenölkampagne –

www.morgiane.de
Öle, Oliven, Essig, Honig.
Klarastr. 57 • 79106 Freiburg
☎ 0800 17 33450

Trauerfeier Ansprache und Gestal-
tung ISBN 978-3-00-056905-0
+ Praxisbuch Trauerbegleitung
ISBN 978-3-662-59099-7
Ausbildungen auf Anfrage
Jutta Bender
www.trauer-kultur.info

Waschbare Slipeinlagen/
Binden aus reiner Bio-Baumwolle
49088 Osnabrück, ☎ 0541-
18 59 117, www.kulmine.de

Medizintechnik An- u. Verkauf
Inzahlungnahme
Wilbert-Medizintechnik,
☎ 02628-98 682-0, Fax: -1,
www.wilbertmedical.de

pflegesoft.de

SPZA Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung

Die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung vermittelt Basiswissen zur Orientierung im psychiatrischen Alltag und Handlungskompetenz in unterschiedlichen Problemlagen auf Grundlage einer gemeindepsychiatrischen Perspektive.

Sie soll dazu befähigen, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebenssituationen fachlich kompetent, verständnisvoll und hilfreich zu begegnen. Die Ausbildung läuft über 2½ Jahre.

Zielgruppe: Krankenpflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Altenpflege, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Psychologie, Krankengymnastik, Kunst- und Musiktherapie, Suchttherapie, Mitarbeiter:innen in Werkstätten für behinderte Menschen.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die DGSP-Geschäftsstelle!



Geschäftsstelle

Tel.: (0221) 51 10 02 | info@dgsp-ev.de | www.dgsp-ev.de

ab
Januar
2025
in Berlin

Wir machen Bildung bezahlbar!



- Heilpraktiker/in
- Psychologische/r Berater/in
- Ernährungsberater/in
- Erziehungs- und Entwicklungsberater/in
- Gesundheitsberater/in
- Entspannungstrainer/in
- Mediator/in
- Fitness- und Wellness-trainer/in
- Seniorenberater/in
- Stillberater/in



Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit Wochenendseminaren in vielen Städten. Beginn jederzeit möglich!
Nähere Informationen auf unserer Homepage.

www.impulse-schule.de

Impulse e.V. · Rubensstr. 20a · 42329 Wuppertal · Tel. 0202/73 95 40

Berufsbegleitende Weiterbildung

von Profis für Profis:

Ihre Kompetenz – Ihr Gewinn

• Leitende Pflegefachkraft nach SGB XI

(460 Std.)

jährlich im Oktober



Internat. Bildungszentrum | Rhein-Main für Pflegeberufe
Staatl. anerkannte Pflegeschule | Höhenstr. 44 |
60385 Frankfurt | 069-90 43 00 90 | info@bz-kommit.de |
www.bz-kommit.de

Reisen

■ Deutschland

Bayrisches Wald Hotel „Ferien-vom-Ich“, 94362 Neukirchen, Pürgl
20. Angebote: www.HFVI.de
*Wandern Natur Erholung
Hallenbad Sauna frei
E-Mail: INFO@HFVI.DE
☎ 09961-9500

■ weltweit

Ferien oder Überwintern
Im einmaligen Hellenikon Idyllion
der „Garten der Musen“ am Golf
v. Korinth am Strand: 1–2-Zi.-Bung./
Appts. inkl. Konzertflügel, Cello,
Kontrabass, Bühnen u. v. m.! Oder
7-Zi.-Ferienhaus mit Klavier, Meer-
blick, Obstgarten. Auch Unterkunft
zu Nebenkosten beim Mitwirken
von Ihnen im Bereich Gesundheit
und Kultur und/oder Mithelfen in
Haus, Küche und Garten wie auch
ein Seminar anbieten! Jede Sorte
von Zitrusfrüchten und Feigen,
Trauben frei Pflücken! Ideal für
Natur/Kultur-Gleichgesinnte Ein-
zelreisende, Familien und kreative
Gruppen, www.idyllion.eu
☎ 0030 6972263356

Urlaub in Südfrankreich am Fuße
der Cevennen in malerischem
Dorf. 5 Ferienwohnungen im
restaurierten Natursteinhof
Mas Chataigner inmitten eines
weitläufigen mediterranen
Gartens.
www.mas-chataigner.com,
☎ +33-466258061

400 Fasten-Wanderungen! Europa-
weit. Gesundheitsfördernd.
Wo. ab 300 EUR. Leiterausstellung!
(Versand des Fastenwander-
Buches 15 EUR) ☎/Fax 0631-47 472,
www.fasten-wander-zentrale.de

Erfolgreich werben mit Kleinanzeigen

Online aufgeben:
www.mabuse-verlag.de/
Dr-med-Mabuse/Anzeigen

Kontakte

www.Gleichklang.de:
Die andere Partnerbörse für
spirituelle Menschen!





SommerReisen 2024

Natur,
Kultur,
Radeln,
Wandern,
mit netten
Menschen
unterwegs

**KLIMAFREUNDLICH
DEN SOMMER GENIEßEN**

- ☛ Radeln in Deutschland und Europa
- ☛ Wandern in Norwegen mit Oslo Spezial
- ☛ Garten-, Kultur-, Kunst- und Literaturreisen in Deutschland und Europa

Gleich den QR-Code scannen und auf unserer Homepage stöbern, den Katalog anfordern oder anrufen



Meeschweg 9
26127 Oldenburg
Fon: 04 41 / 9 35 65-0
info@sausewind.de
www.sausewind.de



IMPRESSUM

Dr. med. Mabuse

Verlag: Mabuse-Verlag GmbH,
Kasseler Str. 1 A, 60486 Frankfurt am Main
☎ 069-70 79 96-0, Fax: 069-70 41 52
www.mabuse-verlag.de
info@mabuse-verlag.de
facebook.com/mabuseverlag
instagram.com/mabuseverlag
Geschäftsführer: Hermann Löffler

Eingetragen beim Registergericht:
Frankfurt am Main (HRB 33207)

Redaktion: Charlotte Fischer,
Florian Grundei, Hermann Löffler,
☎ 069-70 79 96-15
zeitschrift@mabuse-verlag.de

Vi.S.d.P.: Hermann Löffler (Für Beiträge,
die mit vollem Namen gekennzeichnet
sind, übernehmen die Autor:innen die
Verantwortung.)

Layout: Karin Dienst, Frankfurt am Main

Druck: Westdeutsche Verlags- und Druckerei
GmbH, Mörfelden-Walldorf

Erscheinungsweise: viermal pro Jahr

Konten: Postbank Frankfurt am Main,
IBAN DE43 5001 0060 0208 4006 09
BIC PBNKDEFFXXX
Frankfurter Sparkasse,
IBAN DE51 5005 0201 0200 0981 95
BIC HELADEF1822

Jahresabonnement: 47 Euro. Das Abo verlän-
gert sich um ein Jahr, wenn es nicht spätes-
tens mit Erhalt der letzten Ausgabe im Rech-
nungszeitraum gekündigt wird. Geschenk-
abos laufen automatisch aus.

Mabuse-Aboservice: Manuela Winter,
☎ 069-70 79 96-21, abo@mabuse-verlag.de

Mabuse-Buchversand: ☎ 069-70 79 96-16
bestellen@mabuse-buchversand.de
www.mabuse-buchversand.de

Vertrieb für den Buchhandel:
Proлит-Verlagsauslieferung GmbH,
Julia Diehl, Siemensstr. 16, 35461 Fernwald,

☎ 0641-94 393-201, Fax: 0641-94 393-93,
j.diehl@prolit.de

Anzeigenschluss für Ausgabe 3/2024 (Nr. 265)
ist der 22. Mai 2024.

Erscheinungstermin ist der 3. Juli 2024.
Redaktionsschluss ist der 3. Mai 2024.

Anzeigen: Nina Heger, ☎ 069-70 79 96-20
werbung@mabuse-verlag.de;
es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 35/1.1.2024.

Titelbild: www.istockphoto.com/skynesher
ISSN: 0173-430X

Kurz-Links: Die Kurz-Links in dieser Ausgabe
wurden zuletzt geprüft am 27. März 2024.

Copyright: © Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt
am Main | Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil
des Werkes darf ohne schriftliche Genehmi-
gung des Verlages reproduziert oder unter
Verwendung elektronischer Systeme verar-
beitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Der Suppenkaspar als Familienproblem unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Lage und des politökonomischen Gesamtzusammenhangs

von Joseph Randersacker

„Der Kaspar, der war kerngesund, ein dicker Bub und kugelrund“ – so fängt die Geschichte vom Suppenkaspar an. Jeder weiß, wie sie ausgeht. Der Kaspar isst von heute auf morgen keine Suppe mehr, magert ab und ist am fünften Tag tot.



eher selten, wahrscheinlich liest überhaupt niemand gerne solche Bücher außer den Autor:innen selbst.

Die Geschichte ist heutzutage gesundheitspolitisch inkorrekt. Ein dicker Bub ist nicht kerngesund, sondern fehlernährt und adipös und wenn man dagegen nichts tut, am fünften Tag tot.

Googelt man „Ernährungsfehler & Kindererziehung“, erhält man sogar 285 000 Treffer. Da kann man lernen, dass es international und auch sonst die unterschiedlichsten und gegensätzlichsten Empfehlungen für die richtige Kinderernährung gibt. Gut, dass zuviel Süßes ungesund ist, darüber besteht weitgehend Einigkeit. Und einen Verdauungsschnaps muss es im Vorschulalter auch nicht geben. Aber sonst?

Und der Rest der Familie auch. Denn Adipositas ist eine Familienkrankheit. Dicke Eltern sind ein Risikofaktor für kindliches Übergewicht. Vor allem dicke Eltern in prekärer sozialer Lage. Adipositas ist eng mit der sozialen Lage verknüpft: je magerer das Budget, desto dicker der Mensch.

Ob man sich die vielen Ratschläge mit Kalorienzahl, Nährstoffangaben und biodynamischem Herkunftsnachweis einfach sparen sollte? Stattdessen dafür sorgen, dass alle die Chance auf ein gutes Miteinander in den Familien haben, Freude am gemeinsamen Kochen und Essen, in experimenteller Vielfalt, mit Eltern, die nicht Angst um ihren Job oder wegen der demnächst unbezahlbaren Miete haben müssen?

Die Geschichte vom Suppenkaspar hat aber trotzdem einen wahren Kern: Hätte Kaspar seine Suppe gegessen und die Burger mit Pommes weggelassen, wäre es besser ausgefallen. Eltern könnten so etwas wissen. Googelt man „Kinderernährung & Bücher“, kommt man auf ca. 143 000 Treffer. Nr. 1 in der Google-Liste ist ein Buch mit 150 Seiten voller Expertentipps für Eltern. Dummerweise lesen Eltern in prekärer sozialer Lage solche Bücher

Aber wer möchte solche Ernährungsratschläge hören?



Zusammen

Arbeit.



Jetzt in die Psychiatrie einsteigen.

Faire Bezahlung, flexible Arbeitszeiten, persönliche und fachliche Weiterbildung und jede Menge Extras. Ein Job im ZfP Südwürttemberg. **Das macht Sinn.**

zfp
Südwürttemberg

ZfP Südwürttemberg
Pfarrer-Leube-Straße 29
88427 Bad Schussenried



www.zfp-karriere.de

MamBiotic®

Brustwarzensalbe

Für beanspruchte Brustwarzen

NEU



- ✓ Mit Lactobacillus-Lysat und pflegenden natürlichen Ölen
- ✓ Unterstützt ein ausgewogenes Brustmikrobiom von außen
- ✓ Ohne Lanolin, tierische Inhaltsstoffe, Farb- und Duftstoffe