

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1985

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold (1985d, 2005h):
**Die Verletzung der Alterswürde,
PatientInnenötung: ein aktueller Anlass und
schlimmer Rückblick – Patient Dignity und
Supervision? ***

Erschienen in: *Petzold H. G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 553-572, Neuaufl. (2005a), Stuttgart: Pfeiffer-Klett-Cotta, 265-283.*
sowie: *Christa Petzold, Essen, Hilarion Petzold, Düsseldorf: Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden - gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG. S. 633-646. In: Hilarion Petzold, Johanna Sieper: Integration und Kreation, Band 2. Junfermann Verlag, Paderborn 1993.*

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) .

Redaktionelle Vorbemerkung: Patient Dignity und Supervision? Die Verletzung der Alterswürde, PatientInnen-tötung: ein aktueller Anlass und schlimmer Rückblick

Die neuerlichen PatientInnen-tötungen – erwähnt seien Sonthofen (*Friedrichsen* 2006), Oldenburg (*Eppelsheim* 2014) und andern Orts zeigen die Aktualität und Chronizität eines Problems in der Altenarbeit (*Beine* 1998; *Maisch* 1997; *Petzold* 1990s; *Rotondo* 2008) und in *schwerer Pflege*, die in „riskanter und gefährlicher Pflege“ (*Petzold* 2005h) entgleist – oft Folge eines „malignen Burnouts“ (idem 1991j; *Petzold, van Wijnen* 201) überforderten Pflegepersonals. Deshalb seien hier zwei Arbeiten eingestellt, die sich mit dem Thema befassen, die erste 1985d, wo ich *durch Supervision* mit einem Jahrhundertskandal, die PatientInnen-tötungen von Lainz, in Kontakt kam und an die Öffentlichkeit ging. Ich inaugurierte aus diesem Hintergrund das Konzept der „PatientInnenwürde“, patient dignity und generalisierte es für die gesamte Psychotherapie und Supervision (idem 2000d, *Müller, Petzold* 2002), denn „die Würde von PatientInnen ist antastbar“ (idem 2005h; *Märtens, Petzold*, 2002). Bislang wurden PatientInnen-tötungen und gefährliche Pflege nicht durch Supervision aufgedeckt.

Zusammenfassung: Die Verletzung der Alterswürde, PatientInnen-tötung: ein aktueller Anlass und schlimmer Rückblick – Patient Dignity und Supervision? (1985d, 2005h)

Aus aktuellem Anlass, die PatientInnen-tötungen durch Pflegepersonal in Oldenburg und anderen Orts 2014, werden zwei zusammenhängende Arbeiten zu diesem düsteren Thema (*Petzold* 1995d, 2005h) eingestellt, zu den PatientInnen-tötungen alter Menschen 1985 im österreichischen Pflegeheim Lainz und zu gefährlicher Pflege in Tirol 2005. Mit diesem bitteren Thema der inhumanen Situation alter Menschen, die weitere Inhumanität produziert, habe ich mich 2015 dann 50 Jahre befasst, ein düsteres Jubiläum (idem 1965). Schlimm ist, dass diese permanenten Skandale (*Petzold, Müller* et al. 2005), nie durch Supervision aufgedeckt wurden und dass die großen Supervisionsverbände bis jetzt zu diesem Thema geschwiegen haben und diese Angelegenheit, und die gefährlicher Supervision (*Ehrhardt, Petzold* 2004; *Schigl* 2016) nicht verpflichtend für die Supervisionsausbildungen machen.

Schlüsselwörter: Gefährliche Pflege, Patiententötungen, maligner Burnout, PatientInnenwürde, Integrative Supervision

Summary: The violations of old age's dignity, Homicide of Patients: A current event issue and a sinister retrospect – Patient Dignity and Supervision?

Taking up current events, homicide of patients by nursing staff in Oldenborough and other place 2014, two texts connected with this somber topic (*Petzold* 1995d, 2005h) are posted here anew, concerning the homicides of elderly persons 1995 in the Austrian Nursing Home in Lainz and concerning risky nursing in Tyrol 2005. In 2015 I have been dealing with this bitter theme of the inhuman situation of old people producing further acts of inhumanity for 50 years, a dark jubilee (idem 1965). These permanently ongoing scandals (*Petzold, Müller* et al. 2005) have never ever been revealed by supervision. Moreover the relevant professional associations always kept silent concerning this topic und the issues of risky supervision and did not make it an indispensable subject of supervisory education.

Keywords: Risky Nursing, Homicide of Patients, malignant Burnout, Patient Dignity, Integrative Supervision

Hilarion G. Petzold

Mit alten Menschen arbeiten

Teil 2

Lebenshilfe
Psychotherapie
Kreative Praxis

Pfeiffer bei Klett-Cotta

Leben lernen 181

Pfeiffer bei Klett-Cotta
© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659,
Stuttgart 2005
Alle Rechte vorbehalten
Fotomechanische Wiedergabe
nur mit Genehmigung des Verlages
Printed in Germany
Umschlag: Michael Berwanger, München
Titelbild: Vincent van Gogh: Zypressenweg unter dem
Sternenhimmel, 1890
Satz: PC-Print, München
Auf holz- und säurefreiem Werkdruckpapier gedruckt
und gebunden von Gutmann + Co., Talheim
ISBN 3-608-89734-8

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische
Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	7
I Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit	19
Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis (Mitarbeit: Lotti Müller)	21
Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden (Mitarbeit: Kurt Lückel)	109
II Formen kreativer Therapie mit alten Menschen	141
Wie wirkt Musiktherapie im gerontopsychiatrischen Setting? (Mitarbeit: Lotti Müller)	143
Puppenspiel in der therapeutischen und geragogischen Arbeit mit alten Menschen	170
Poesie- und Bibliothherapie mit alten Menschen und Sterbenden	215
III Riskante Therapie und die Würde des alten Menschen	263
Die Verletzung der Alterswürde – zu den Hintergründen der Misshandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals	265
Ein schlimmer Rückblick: Die »Würde des Patienten ist antastbar« – »Patient Dignity« als Leitkonzept angewandter Gerontologie	284

IV Sterbende begleiten	293
Psychotherapeutische Begleitung und »Trostarbeit« bei Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie	295
Der Hospizgedanke – ein Weg zur Verwirklichung von Hominität und Humanität ... nicht nur am Lebensende	347
Literatur	354

Das Buch ist gewidmet

Prof. Dr. Erika Horn (7.8.1919),*

*Pionierin praktischer sozialgerontologischer und thanatologischer Arbeit
in Österreich – bis heute aktiv für alte
Menschen, Sterbende und ihre Be-
treuer und Begleiter*

in Freundschaft und Dankbarkeit

Prof. Dr. Hilarion G. Petzold

Die Verletzung der Alterswürde – zu den Hintergründen der Misshandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals

Von der »Würde des Alters« zu sprechen ist eine demodierte Sache. Es ist dies ein Begriff, der im Verschwinden begriffen ist wie so vieles. Er scheint überflüssig geworden zu sein, finden die Jungen, die nicht wissen und auch nicht verstehen, dass bei den vielfältigen schmerzlichen Verlusten und Einbußen, die das Alter bringt, die Würde etwas Kostbares ist. Sie wissen nicht darum, dass auch sie im Alter die Würde einmal notwendig brauchen könnten. Sonst würden die Jungen den Alten die Würde nicht verweigern. Es ist nämlich ein Mythos zu glauben, dass man die Würde nur aus sich oder in sich habe. Sie erfordert vielmehr die Ehrerbietung, Wertschätzung und Achtung. Sie ist, wie alle Werte im Leben der Menschen, gemeinsamer Besitz, Gabe und Eigentum zugleich. Und selbst wo einer einsam und verlassen, aber in Würde alt wird und stirbt, tut er es vor den Augen unsichtbarer Betrachter, die diesem seinem Altern und Sterben Würde zuerkennen.

Die ersten physischen und psychischen Misshandlungen alter Menschen habe ich als kleiner Junge erlebt. Das Altersheim »am Gallberg« mit seinen dunklen vollgepferchten Zimmern machte auf mich genauso einen nachhaltigen Eindruck wie die Schwester in einem Altenheim in Heerdt, die einem alten Patienten, der nicht trinken wollte oder konnte, die Tasse mit der Suppe ins Gesicht schüttete. In zwanzig Jahren der Arbeit mit alten Menschen habe ich immer wieder Fälle von körperlicher und seelischer Grausamkeit bis in die jüngste Zeit hinein miterlebt, von den größten bis zu den subtilsten Formen, und zwar sowohl in Alten- und Pflegeheimen, auf Krankenhausstationen, in Hauspflegediensten als auch – und das verdient hervorgehoben zu werden – in Familien (Bircher 1982, 111) mit zu meist dementen alten Familienmitgliedern. Es ist zweifellos so, dass *in unserer Gesellschaft die beiden größten unterdrückten Minderheiten die Kinder und die alten Menschen sind.*

Den Kindesmisshandlungen – für die BRD wurde die Zahl von 400 000 misshandelten Kindern jährlich bei großer Dunkelziffer genannt (Hövels 1985) – ist in den vergangenen beiden Dekaden vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt worden – bei weitem noch nicht genug, meine ich. Eine vergleichbare Dokumentation über Grausamkeiten an alten Menschen steht bezeichnenderweise noch aus; von einer öffentlichen Beachtung, die zu nachhaltigen Veränderungen führen würde, ganz zu schweigen. Die mit bedrückender Regelmäßigkeit in der Presse auftauchenden »Altenheimskandale« echauffieren die Gemüter nicht nachhaltig. Zumeist werden sie als kurzlebige Sensationsnachrichten konsumiert.

Durch Weiterbildungsseminare für Mitarbeiter aus dem Bereich der Altenarbeit und Krankenpflege (Petzold 1965; 1982; 1985; Huck, Petzold 1984), zu denen sehr motivierte und engagierte Menschen aus den helfenden Berufen kommen, werde ich immer wieder mit Berichten und Ereignissen durch meist jüngere Pflegekräfte konfrontiert, die sich nur als »Horrorgeschichten« klassifizieren lassen. Derartige Erlebnisse stellen für diese Pflegekräfte eine schwere seelische Belastung dar, die durch den Druck der Institution und des übrigen Personals oftmals zur Ausbildung von Symptomen führt: psychosomatische und depressive Reaktionen, Suizidalität. Meistens wird nach einiger Zeit der Arbeitsplatz gewechselt. Die Erlebnisse bleiben ein »Alptraum«. Da ich die Kursteilnehmer oft in mittelfristigen Weiterbildungsseminaren zum Teil über mehrere Jahre habe, wird durch die wiederholte Thematisierung solcher Ereignisse in den Selbsterfahrungsteilen ihre traumatische Wirkung deutlich. Wie mag es da den Misshandelten erst selbst ergangen sein! Meine Weiterbildungstätigkeit in den deutschsprachigen Ländern, in Frankreich, den Niederlanden, Norwegen, Spanien hat mir gezeigt, dass es sich hier nicht um ein spezifisch deutsches, französisches oder österreichisches Problem handelt. Das »Elend der alten Leute« (Schenda 1978) verschärft sich in manchen Institutionen zur *Tortur*. Würde man mit den Kriterien von »Amnesty International« über die Praxis der Folter und der Verletzung der Menschenrechte an geriatrische Einrichtungen, Alten- und Pflegeheime herangehen (Klie 1983), so würden sich in einem großen Teil derartiger Institutionen schwere und schwerste Menschenrechtsverletzungen finden lassen. Es handelt sich dabei eben nicht um Einzelfälle, dafür treten sie zu gehäuft auf. Diese

Situation ist auch den politischen Entscheidungsträgern bekannt. Pflegesätze und Personalschlüssel, Mitarbeiterqualifikation und Bettenzahl pro Zimmer sind keine Geheimnisse (vgl. Graue Panther 1983; 1984). Dem Argument: »Man tut ja schon viel mehr als je zuvor«, lässt sich immer mit einer Frage begegnen: »Würden Sie in *diesem* Pflegeheim liegen wollen, mit fünfundsechzig, nach einem Schlaganfall, halbseitengelähmt, bei klarem Bewusstsein?« Oder: »Entspricht dieses Pflegeheim der Lebensqualität, die Sie sich für sich wünschen und vorstellen, wenn Sie einmal pflegebedürftig werden?«

Ich halte die Situation alter Menschen unter Bedingungen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins für derart gravierend, dass sie in diesem Buch nicht unerwähnt bleiben darf. Wenn sich eine Gruppierung der »Grauen Panther« in Deutschland unter dem Namen »Senioren-Schutzbund« zusammengeschlossen hat, so ist dies durchaus eine adäquate Reaktion und Namenswahl im Hinblick auf das Faktum vielfältiger Bedrohung. Wir müssen uns als Gerontologen, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten in der Tat fragen lassen, wie wir und wo wir politisch für die Rechte alter Menschen engagiert eintreten. Empfehlungen für »decision makers« (Thomae, Maddox 1983) sind wichtig, aber sie reichen nicht aus. Wo werden die fatalen Ergebnisse, die wir oft vorfinden, wirklich in die Öffentlichkeit getragen? Wo sind Gerontologen Mitglieder von »Senioren-Schutzbünden«? Wo gibt es in gerontologischen Fachgesellschaften, die ja für alle möglichen Angelegenheiten Fachsektionen gebildet haben, eine Sektion, die sich spezifisch mit der Verletzung der Rechte alter Menschen auseinandersetzt und darauf gerichtet ist, Missstände aufzugreifen und zu beseitigen?

Um verstehen zu können, warum diese Fragen zu negativen Antworten führen, müsste eine differenzierte kulturgeschichtliche Hintergrundanalyse geleistet werden (Konrad 1982). Eine – sicherlich überfällige – Institutionsgeschichte der Alten- und Pflegeheime müsste hinzukommen (Kublmey 1984). Wie fruchtbar eine solche Perspektive ist, haben die Arbeiten von Foucault (1977; 1978) zur »Archäologie« von Psychiatrie und Gefängnissen gezeigt. Sicher kann man nicht davon ausgehen, dass es alte Menschen, Sieche, Kranke und Sterbende in früheren Zeiten oder bei Naturvölkern durchgängig besser hatten. Es werden heute keine alten Menschen mehr vom

»Greisenfelsen« gestürzt wie in der griechischen Frühzeit. Die »schröcklichste Barbaries«, die Alten aufzuhängen oder mit der Keule zu erschlagen (*Hartknoch* 1684, 181), die Tötung der Alten, das lebendige Begraben der Schwachen und Hochbetagten (*Koty* 1984; *Kucher* 1961), kommt heute nicht mehr vor. Die Studien von *Simons* (1945; 1960) und *Glascock & Feinman* (1981) zeigen, dass in originären Kulturen überwiegend unterstützendes Verhalten den Alten gegenüber praktiziert wurde, dass aber die Beschleunigung des Todes und die Tötung ebenfalls vorkamen.

Die Methoden unserer Gesellschaft sind indirekter und subtiler – so können unzureichende Pflegeschlüssel durchaus »als schleichende Form der Euthanasie« (*Graue Panther* 1984, 7) gesehen werden. Das Thema der Tötung der Alten ist nach wie vor präsent z. B. als Gegenstand zahlreicher Science-fiction-Romane (z. B. *Cowper* 1970; *Charbonneau* 1971). Die medikamentöse Ruhigstellung durch chronische Überdosierung ist eine moderne Form der »Entledigung«. Wenn auch die alten Zeiten nicht besser waren (*Imhof* 1971; *Konrad* 1982), so zeigen die Untersuchungen von *Cowgill* und *Holmes* (1972) oder *Palmore* und *Manton* (1974), dass man in den westlichen »hochzivilisierten« Industrienationen dem Alter überwiegend negativ gegenübersteht. In nicht-westlichen Ländern waren bei der Hälfte der untersuchten Fälle die Alten den anderen Altersgruppen gegenüber gleichberechtigt, in den westlichen Ländern nur ein Drittel. Die Untersuchung von *Bengtson* und Mitarbeitern (1975) zeigt in einer Befragung von 5400 Personen in 6 Ländern eine deutliche Abwertung der Alten in den westlich beeinflussten Nationen. Natürlich müssen solche Ergebnisse differenziert gesehen werden. Bildungsstand, Schichtzugehörigkeit, Geschlecht sind wichtige Einflussgrößen. Dennoch, dass in einem Land wie der BRD [1985] die größte Armutspopulation die alten Menschen sind (*Bujard, Lange*, 1978), dass sie vereinsamen bis zur Erkrankung (*Cooper et al.* 1984; *Sosna* 1983; *Heinemann-Knoch et al.* 1985; *Lynch* 1977), die hohe Suizidrate (*Miller* 1979) und das Faktum der Misshandlungen zeigen, dass viele alte Menschen in einer inhumanen Situation leben. Das Postulat nach einer »Humanisierung des Alters« (*Petzold* 1965; 1979) ist deshalb keine modische Forderung, sondern eine reale Notwendigkeit.

Wenn auch die Situation der in freier Wohnung lebenden alten Menschen und insbesondere der Hilfsbedürftigen unter ihnen (1978

waren von den 2,5 Millionen in eigener Wohnung lebenden Hilfsbedürftigen 67% Menschen über 65 Jahre, *Sozialdata* 1980, 39) im Hinblick auf die Verletzung von Menschen- bzw. »Altersrechten« nicht klar einschätzbar ist, so müsste zumindest in staatlichen Institutionen oder bei Einrichtungen in der Trägerschaft freier Wohlfahrtsverbände eine humane Lebenssituation und mehr noch eine gute Lebensqualität gewährleistet werden, was sicher kein einfaches Unterfangen ist (*Collot et al.*, 1984). Mit der Entlassung unkorrekten Pflegepersonals (*Böhme* 1984) allein ist aber nichts getan. Es wird eine sorgfältige Auswahl und Ausbildung der Mitarbeiter notwendig, die eine Schulung der Persönlichkeit miteinbezieht (*Huck, Petzold* 1984). Die Auflösung von Altenheimen zugunsten von Sozialstationen einerseits und die Zentrierung auf psychiatrisierte Pflegeheime andererseits (*Hummel* 1984) müssen gleichfalls mit zwiespältigen Gefühlen gesehen werden, wenn man weiß, dass Kostenersparnis als Motivation dahintersteht und die Fragen der Humanität für den alten Menschen, die Fragen, was alten- und altersgerecht ist, dabei zu kurz kommen (*Geißler* 1982). Auch hier wäre es wohl notwendig, dass die Planer und die Entscheidungsträger von sachkompetenten Gerontologen beraten werden, die überdies psychodynamisch so geschult sind, dass sie in der Konferenzbegleitung von Gremien vorsichtig aufdeckend Verleugnungstendenzen und verdeckte Aggressionen aufzeigen können. Manche der politischen und institutionellen Entscheidungen können in ihrer offensichtlichen und doch von den Akteuren nicht erkannten Inhumanität nur auf dem Hintergrund einer unbewussten Aggression gegen Alter, Krankheit und Tod und ihre Repräsentanten, die alten und sterbenden Menschen, verstanden werden.

Krankheit, Altern und Alter sind für den Menschen eine extreme Bedrohung. Sterben und Tod sind der ultimative Schrecken. Der Tod hat im Verlauf der Menschheitsgeschichte zur Ausbildung der großen ideologischen und religiösen Bewältigungssysteme geführt (*Marcel, Petzold* 1976). Oft genug waren es Verleugnungssysteme. Aber je geringer der Erklärungswert der in den Volkskirchen angebotenen Theologien gegenüber dem Todesereignis wird, je weniger Menschen daran glauben können, dass »dem Tod der Stachel genommen wurde«, desto notwendiger sind Menschen auf andere Abwehrstrategien verwiesen: Projektion, Verleugnung, Spaltung (*Cohen* 1982). Werden

bei Mitarbeitern in den Einrichtungen der Altenarbeit aber Verleugnung oder Spaltung als Abwehrmechanismen perforiert, wie dies in der tagtäglichen Konfrontation mit Sterben und Tod in Alten- und Pflegeheimen geschehen kann und geschieht, so kommen Aggressionen auf oder Fluchtreaktionen, man verlässt diesen Arbeitsbereich. Letzteres aber ist besonders bei der heutigen Arbeitsmarktsituation zum Teil schwierig.

Aggressivität als Bewältigungsmechanismus kann in der Regel nicht offen eingesetzt werden, denn Aggressionen sind gesellschaftlich tabuiert. Sie stehen unter der sozialen Kontrolle. Erst wo diese Kontrolle nachlässt oder außer Kraft gesetzt wird, kann die Aggression manifest werden. Dies kann durch innerpsychische Überlastungsreaktionen geschehen, wie wohl bei dem Fall des skandinavischen Altenpflegers, der – offenbar psychotisch – alten Menschen durch Gift den »Gnadentod« gab. Es kann aber auch dadurch geschehen, dass sich Kollektive in der Aggression gegen den Tod und seine Repräsentanten, die Schwerkranken und Alten, solidarisieren und es zu einer *Akkumulation von Inhumanität* kommt.

Hinzu kommt die inhumane Situation des Personals (*Ostner, Beck-Gernsheim 1979*), das in Großeinrichtungen, in denen alte und kranke Menschen »konzentriert« werden, zu Pflegerobotern degradiert wird (*Petzold 1984a*). Bei zu knappen personellen Ressourcen und ohne Möglichkeiten der psychischen Entlastung wird das Personal von der Inhumanität dieser Institutionen infiltriert und gerät in besonderer Weise in die Gefahr des aggressiven Agierens.

Durch Aggression kann das Kränkende, der eigene mögliche Verfall, das mögliche Siechtum, der sichere Tod attackiert werden in der Gestalt des alten Menschen. Macht man diesen lächerlich, so kann man im unbewussten Phantasma wähen, den Tod verspotten zu können. Dominiert man den Siechen, verleiht das die Illusion, Alter und Siechtum zu beherrschen. Verhängt man den Tod, so bietet das die trügerische Gewissheit, »Herr über Leben und Tod« zu sein und im Makabertanz nicht mitschreiten zu müssen.

Der alte Mensch im Gitterbett, eingekotet, verwirrt, sabbernd, wird als die Disfiguration des Menschlichen gesehen. Er ist das Gespenst eigener möglicher Zukunft, das so angstauselnd ist, dass es archaische Formen der Abwehr und Bewältigung aus der frühesten Kindheit mobilisiert: *die Vernichtung des Bedrohlichen*. (Hoffentlich

wird der Papi totgefahren, dann sieht er die kaputte Vase nicht!) Die Tötung von Geisteskranken, von Behinderten, Hochbetagten und geriatrischen Patienten, wie sie im Dritten Reich geschah, kann unter anderem auch als ein Durchbrechen archaischer Aggression gegen die Alten und Kranken interpretiert werden. Der Lobpreis des rassistisch Gesunden, Starken und Mächtigen ist dabei die flankierende Abwehrform.

Es gibt vielfältige Formen, Abgelehntes und Bedrohliches zum Verschwinden zu bringen. Die Tötung ist die radikalste, die Isolation in Altersheimen und *Konzentration* in Großheimen und Großkrankenhäusern ist eine andere. Es werden aber nicht nur die Opfer solcher Maßnahmen verdinglicht, entmenschlicht, sondern auch die Schergen und Wächter verlieren ihre Würde und Menschlichkeit. Und so sind es sicher nicht nur die »unmenschlichen Pfleger und Schwestern«, über die man, wird ein Skandal offenkundig, als erschreckende Ausnahmen herfallen kann, sondern es müssen die destruktiven Tendenzen in der Gesellschaft untersucht werden, die solche Konditionen begünstigen. Es müssen die modernen Formen der Abwehr des Todes, die sich als säkularisierte Reste magischer Antriebskräfte hinter der Isolierung alter Menschen, hinter der Ächtung des Alters finden, aufgedeckt werden. Nur wenn eine Gesellschaft wieder die Kraft findet, der Faktizität des Alterns und des Sterbens ins Auge zu sehen, hat sie es nicht mehr nötig, die Tötung der Alten zu praktizieren oder sie zu verstecken, in Asyle einzuschließen, in Altvierteln zusammenzufassen, damit man sie nicht mehr sieht, ja hat sie die Chance, zur »Würde des Alters« als einer Qualität des Menschlichen einen Zugang zu finden.

Die Zerstörung des Aggressors und die *Identifikation mit dem Aggressor* liegen so weit nicht voneinander. Jemanden vom Leben zum Tode zu befördern bedeutet, dass man zum Gehilfen von »Freund Hein« wird. Ein Leben mit allen Mitteln und um jeden Preis zu verlängern (wie in der Intensivmedizin) bedeutet, zum mutigen Ritter zu werden, der Tod und Teufel nicht fürchtet. Die *Identifikation mit den Betroffenen*, den Alten, Gebrechlichen und Kranken, indes fällt schwer. Sie bedroht unsere eigene Existenz. Sie gibt uns nicht die Grandiosität allmächtiger Helfer (*Schmidbauer* 1983). Das empathische Eingehen auf den alten Menschen bedeutet, dass man auch mit dessen Ängsten in Kontakt kommt: die Furcht, überflüssig zu sein,

die Angst vor Abhängigkeit, dem Verlust persönlicher Attraktivität, der Erkenntnis, selbst festgesetzte Lebensziele nicht erreicht zu haben, usw. (King 1980). Man kommt mit der Angst vor dem Verlust an Beziehungen und letztlich vor dem Verlust des eigenen Ich in Kontakt (Loch 1982). Empathisches Mitschwingen bringt den Kontakt mit der inneren Vereinsamung, die der alte Mensch spürt (Cohen 1982), mit der inneren Verunsicherung und mit den emotionalen Reaktionen auf diese bedrückende Situation: Depressionen, Angst, Aggressionen, Neid, Verfolgungsängste ... oder man kommt mit den Abwehrformen der prägenitalen Regression (Ferenczi 1921), mit Spaltung, Projektion, Verleugnung, Omnipotenz in Kontakt (Cohen 1982; Jaques 1965), autodestruktiven Retroflexionen, Reaktionen der Selbstanästhesierung, archaischer Konfluenz, wenn das Selbst sich auflöst und das Ich seine Grenzen verliert (Petzold 1984), oder mit dem Verlust des Ich-Ideals (King 1980).

Die Identifikation mit dem alten Menschen und dem Pflegebedürftigen ist für den Pflegenden selbst gefährlich. Empathische Reaktionen (Kohut 1981), wie sie eigentlich für einen guten, verständnisvollen und adäquaten Umgang mit pflegebedürftigen Menschen notwendig wären, werden auf diese Weise für das betreuende Personal zu einer Bedrohung der Stabilität des eigenen Selbst, die Widerstände und Abwehrformen mobilisiert. Am besten wird diese Situation noch ausgehalten, wenn man dem alten Menschen gegenüber eine Pflegehaltung entwickelt, wie sie Kindern gegenüber eingenommen wird. Das Einlassen auf »den alten Menschen als Kind« ist leichter vollziehbar und entbindet vom Rekurs auf aggressive Abwehrhaltungen. – Aber der alte Mensch ist kein Kind, selbst wenn er Aspekte des Kindlichen gewinnt; und so ist auch diese häufigste Form des Umganges mit alten Menschen »aus der Abwehr heraus« nichts Ideales. Der alte Mensch, der Kranke und Pflegebedürftige, wird zumeist mit der *totalen Zuschreibung* einer Kindrolle – total, weil im archaischen Milieu immer *Pars-pro-toto-Tendenzen* auftauchen – in seiner Persönlichkeit eingeschränkt bis zur Deformation. Er kann sich dem Druck der Rollenzuschreibung nicht entziehen und wird wirklich kindisch oder reagiert mit aggressiven, paranoiden oder resignativen Bewältigungstechniken (Fischer 1981), was ihm wiederum den Entzug sozialer Zuwendung einhandelt – ein Teufelskreis.

Aus den klinischen Untersuchungen zur Genese narzisstischer

Störungen in der ersten Lebensphase wissen wir, wie schwer wiegend und pathogen die fehlende Empathie wichtiger Bezugspersonen, insbesondere der Mutter, ist. Wir stimmen *Kohut* (1981) durchaus zu, wenn er mangelnde oder fehlgeleitete empathische Reaktionen des Selbstobjektes als einen der bedeutsamsten Faktoren für die »frühen Störungen« annimmt (vgl. auch *Rohde-Dachser* 1978). Bei den narzisstischen Störungen der letzten Lebensphase (*Kernberg* 1980) wird in gleicher Weise das Fehlen angemessener Empathie wichtiger Bezugspersonen – insbesondere von Verwandten und Kindern – zur pathogenen Ursache *par excellence*, die schwere psychosomatische Reaktionen (*Bircher* 1982), depressive Verstimmungen und psychotische Phänomene im Gefolge haben kann (*Cohen* 1982; *Rosenfeld* 1978). Das *Selbst* des Patienten ist ohnehin matt (*McCarthy* 1980), das *Ich* geschwächt, die *Identität* reduziert (*Petzold* 1984; 1984b). Die Altersregression mobilisiert weiterhin archaisches Material. Die Reaktivierung des Altgedächtnisses führt in früheste Erinnerungen aus dem präverbalen, ja präsenzischen Gedächtnis (*ibid.*), die durch ein labiles Ich nicht mehr kontrolliert werden können. So kann ein nicht geringer Teil der so genannten »Alterspsychosen« erklärt werden als »ein Zusammenwirken von reaktivierten frühen Erlebnis-inhalten, belastenden Aktualsituationen und zerebralen Abbauerscheinungen«, wobei letzteren wohl noch weitaus weniger Bedeutung zukommt, als man – und das war ja auch eine sehr bequeme Lösung – bisher anzunehmen geneigt war. Derartige Abbauerscheinungen sind vielmehr weitgehend außenverursacht (*Ernst et al.* 1977; 1978; *Avorn, Langer* 1982). In diesem Sinne sind seelische Erkrankungen im Senium in den seltensten Fällen ein Fortschreiben von Neurosen aus dem Erwachsenenalter oder verursacht durch pathogene Konstellationen der frühen Kindheit, sondern sie sind von den aktuellen Lebensumständen bestimmt (*Larson et al.*, 1984). Sind diese abträglich, dann wird der Alternsprozess pathogen (*Simon et al.* 1970; *Lowenthal* 1964), er ist es nicht *per se* (*Abraham et al.* 1980). Um zu angemessenen empathischen Reaktionen zu kommen, ist es notwendig, die eigenen Ängste gegenüber dem Altern, der Krankheit, dem Sterben und dem Tod zu bearbeiten und zu thematisieren: das heißt, seinen eigenen Grund zu betrachten. Eine sichernde, nähernde Frühbeziehung, gelungene Prozesse der Lösung aus der frühen positiven Symbiose (*Mahler* 1978; *Petzold, Maurer* 1985; *Petzold* 1985a)

sind eine gute Voraussetzung für dieses Unterfangen. Es wird unter anderem eine Auseinandersetzung mit den eigenen Eltern notwendig, denn gar nicht selten sind aggressive Haltungen des Pflegepersonals auch ein »Abarbeiten« von Kränkungen aus der eigenen Biographie, Kränkungen, die lieblose, uneinfühlsame, ja gewalttätige Eltern gesetzt haben. Auch das ist also ein Hintergrund für aggressive Handlungen den nunmehr hilflosen Patienten-Eltern gegenüber. Die Dominanz gegenüber den Alterspatienten verleiht ein Gefühl der Omnipotenz. Sie werden Gegenstand infantiler Rachedenken, archaischen Hasses, narzisstischer Wut. Die auf derartige Vergeltungsmaßnahmen häufig folgenden Schuldgefühle werden durch Strategien der Betäubung (Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, wie bei Pflegepersonal häufig anzutreffen) beseitigt oder führen zu neuen aggressiven Reaktionen – *Perls* (1980) sieht die Schuldgefühle als introjizierten Groll. Da aber die alten Menschen und Patienten die bei solchen Hassaktionen gleichzeitig mit eingeklagte Liebe nicht geben können, da sie zuweilen in verzweifelten Versuchen der Auflehnung auf Reaktionen der Elterngeneration zurückgreifen, Sprachwendungen ihrer Zeit verwenden, wird die Übertragung von seiten derart verstrickter Pflegekräfte noch heftiger. Das Karussell der Übertragungen kann von niemandem angehalten werden, der sich auf ihm befindet. Die Bearbeitung der Beziehungen zu den eigenen Eltern bietet die Chance, Gegenübertragungen bzw. eigene »notorische Übertragungen« (*Petzold* 1980) zu handhaben und zu meistern. Es kann dann eine versöhnliche Haltung gefunden werden, die ein Gelingen der »ödipalen Situation im Senium« möglich macht (*Grotjahn* 1979), die es Angehörigen und Pflegepersonal erlaubt, die Zuwendungswünsche und -bedürfnisse der alten Menschen in einer Art und Weise anzunehmen, die nicht zu einer Infantilisierung führt. Das Verhältnis der Generationen zueinander (*Majce* 1982) ist so bestimmt, dass es von der Omnipotenz auf seiten der Eltern gegenüber dem Kleinkind zu einer Überlegenheit gegenüber dem Kind, dann zu einer allmählichen, oft schmerzlichen Gleichwertigkeit gegenüber dem Adoleszenten und idealiter zu einer Partnerschaftlichkeit gegenüber dem erwachsen gewordenen Kind führt. Diese Periode der Partnerschaftlichkeit als gelungenem Verhältnis zwischen den Generationen bleibt in der Regel bis zum Alter erhalten und führt dann zu einer allmählichen Überlegenheit auf der Seite der erwach-

senen Kinder, die auch gut angenommen werden kann, wenn die Beziehungen geklärt sind. Sie kann, besonders im hohen Senium, bei schwerer Krankheit und im Sterbensprozess, dazu führen, dass die Kinder zu »Eltern ihrer Eltern werden«. Und auch das ist ein gelungener Prozess, wenn er sich im rechten Zeitpunkt vollziehen kann. Dann nämlich muss keine Aggressivität gegen den alten Vater, die alte Mutter aufkommen, die ein noch nicht innerlich gereiftes erwachsenes Kind zurücklassen, das mit dem Verlust nicht umgehen kann. Ich habe erwachsene Männer den sterbenden Vater und die sterbende Mutter beschimpfen sehen, voller Vorwürfe bis zum letzten Atemzug für Fehler der Vergangenheit. Wo sich derartige Konstellationen in der Pflegesituation als Übertragungsgeschehen reproduzieren, kann das für den Heimbewohner oder Alterspatienten böse Folgen haben, wenn er keinen Schutz durch institutionelle Kontrollen erhält.

Die Formen des aggressiven Agierens können von der manifesten brachialen Misshandlung über verbale Kränkungen und andere Strategien seelischer Grausamkeit bis zu schikanösen Hausordnungen und rigiden Heimregeln führen. Ehepartner werden auf zwei Stationen oder in getrennten Zimmern untergebracht; eigene Möbel, Bilder oder Tiere (selbst Fische und Vögel) dürfen nicht ins Heim gebracht werden, trotz ihrer großen Bedeutung für das Wohlergehen alter Menschen (Kay et al. 1984; Fogel 1981; Bustad 1980). Es kommt auch zur Anwendung von »wissenschaftlich fundierten« Interventionsprogrammen, die im Sinne klassischer Verhaltenstherapie mit Belohnung und Bestrafung oder *token economy* operieren (Ritter-Vosen 1979), um »maladaptives Verhalten« zu modifizieren. Und was maladaptiv ist, entscheiden die Jungen oder die »Experten«. Ich habe zu dieser prekären Thematik an anderem Ort ausführlich Stellung genommen (Petzold, Bubolz 1979, 154 f.).

Was wäre nun zu tun, um die geschilderte Situation zu verbessern? Es können keine einfachen Lösungen angeboten werden. Die Zusammenhänge sind hierfür zu komplex. Es können auch keine einseitigen Schuldzuweisungen aus eben demselben Grunde erfolgen. Maßnahmen der Bewusstseinsbildung, der Öffentlichkeitsarbeit sind erforderlich, der Information von Entscheidungsträgern, der direkten, unmittelbaren Arbeit mit ihnen, denn nur diese wirkt nachhaltig (Petzold 1984c). Maßnahmen zur Humanisierung der Struktur von

Institutionen und Weiterbildung der Mitarbeiter – dies alles sind mögliche Interventionen, die ja auch schon vielerorts praktiziert werden. Was sicher unverzichtbar ist, ist ein Einbeziehen der persönlichen Betroffenheit bei allen diesen Ansätzen, ist das Verdeutlichen der eigenen Endlichkeit und das Bewusstmachen unserer verleugneten oder aggressiven Abwehrstrategien. Damit setzt man sich natürlich selbst Angriffen aus. (Ich bin mir sicher, dass dieser Beitrag auch mir Angriffe eintragen wird.) Der Persönlichkeitsbildung von Mitarbeitern im Alten- und Pflegebereich messe ich ein besonderes Schwergewicht zu. *Balintgruppen* und Weiterbildungen unter Einbeziehung von Selbsterfahrung, Einzel- und Gruppensupervisionen können die Strebungen des eigenen Unbewussten zugänglich machen, die eigenen Ängste, Aggressionen, Bedrohtheiten aufdecken. Fachspezifische Fortbildungen, in denen gerontologisches und thanatologisches Grundlagenwissen vermittelt wird, sind ein weiteres Element, das nützlich ist, sofern diese Maßnahmen in einer Form erfolgen, die lebensnah und konkret ist und für die Praxis motivierend. Wenn nämlich die berufliche Situation positiver erlebt werden kann, entlastender, weniger bedrückend, kommt es auch zu weniger Entgleisungen.

Wichtig wird auch die Verbesserung der Personal- und Führungsstruktur insgesamt. Gerade Menschen in Führungspositionen im Alten- und Pflegebereich müssen besondere Hilfen gegeben werden, mit ihren Mitarbeitern konstruktiv umzugehen, sie richtig anzuleiten, sie zu entlasten und ihnen in normativen Konflikten Orientierung zu geben (*Klie* 1984). Oft genug aber wird von den selbst unzureichend qualifizierten Vorgesetzten mit repressiven Strategien gearbeitet, die nahtlos an die Patienten weitergegeben werden nach dem Motto: »Wer getreten wird, tut treten.« Die Institutionen haben jedoch nicht nur eine Sorgfaltspflicht den Patienten gegenüber zu erfüllen, sondern in gleicher Weise eine Sorgfaltspflicht gegenüber den Mitarbeitern, indem dafür Sorge getragen wird, dass diese nicht nur von seiten der Arbeitsansprüche keinen Überlastungen ausgesetzt werden, sondern dass man auch ihren seelischen Belastungsgrenzen Rechnung trägt. Wenn junge Schwesternschülerinnen oder Altenhelferinnen ohne Vorbereitung auf die Themen Leiden, Altern, Siechtum, Sterben, Tod in Pflegeheimen in den Dienst »gestoßen werden«, fallen sie in die Überlastung, die zu psychosomatischen und depres-

siven Reaktionen, in die Flucht aus diesem Arbeitsbereich, in den Alkoholismus oder in die Verrohung führen kann, wenn die Dinge schlecht laufen. Wenn sie gut laufen, wird es unter großen Anstrengungen zu einer Professionalität kommen, die sich in guter Routine und engagiertem Patientenbezug zeigt. Für eine patientenzentrierte Pflege wird man in der Regel aber durch ein solches »Schwimmenlernen aus dem Überlebenmüssen« nicht ausgerüstet.

Die körperlichen, vor allem aber die seelischen Belastungen des Pflegepersonals besonders in der Ausbildungszeit, aber auch im beruflichen Alltag *werden von den Institutionen, Trägern und Vorgesetzten chronisch unterschätzt*. Der permanente Umgang mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden erfordert besondere Entlastungsmöglichkeiten, die bereitgestellt werden müssen. Weiterbildung, Supervision, Jobrotation kommen hier ganz besondere Bedeutung zu, um »professionellen Deformationen« zu steuern, die ohne derartige Maßnahmen kaum zu vermeiden sind. Im Etat der meisten Einrichtungen sind aber für Weiterbildung oder Supervision keine Mittel vorhanden. Die permanente Überforderung, in der ich die Mehrzahl des Personals in diesem Bereich sehe, ist eine massive, aggressive und persönlichkeitschädigende Haltung der Institution ihren Mitarbeitern gegenüber, die zu einem hohen Maß die Gefahr negativer Auswüchse in Form von Reaktionsbildungen birgt. Unsere Gesellschaft praktiziert eine geradezu schon traditionelle Missachtung der Pflegeberufe im Altenbereich, Berufe, die ihr eine der schwersten und bedrückendsten Aufgaben abnehmen. Die schlechten Arbeitsbedingungen, die zur Schwere der Arbeit geringe Honorierung und das fehlende Sozialprestige in der Altenbetreuung und -pflege sind ein wesentlicher Grund dafür, dass in diesem Bereich so wenig ausgebildete Mitarbeiter zu finden sind, ja er die schlechteste Mitarbeiterstruktur im psychosozialen und pflegerischen Feld hat. Wie sollen die, die in oft entwürdigenden Situationen arbeiten müssen und nur minimale Anerkennung erhalten, die Kraft finden, alten Menschen so zu *begegnen*, dass in ihnen das Gefühl der Würde aufkommt, erhalten bleibt und Raum gewinnen kann? Arbeit mit alten und pflegebedürftigen Menschen kann nicht nur auf der Ausbeutung des Idealismus von Mitarbeitern gründen. Sie erfordert eine Mitarbeiterstruktur, die im einzelnen Zeit lässt und Möglichkeiten, auf die Patienten und Pflegebefohlenen einzugehen, nicht nur Funk-

tionspflege zu betreiben, sondern auch noch Kraft zu haben für Gespräche, kreatives Tun, Zuwendung und Angehörigenarbeit. Es sind diese Aufgaben, die auf keinen Fall nur an Spezialberufe, Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten, Psychologen, Krankenhausseelsorger delegiert werden dürfen, sondern die integraler Bestandteil der Pflege sein und bleiben müssten. Der Ruf nach dem Spezialisten von seiten der Schwestern ist sicher verständlich. Das Fehlen von Bewegungstherapeuten, Beschäftigungs- und Musiktherapeuten ist wirklich ein schwer wiegender Mangel in den meisten Einrichtungen der Altenarbeit. Die berechnete Forderung nach Entlastung durch derartige Berufsgruppen darf aber nicht zur Einschränkung des eigenen Berufsbildes führen, da sonst die Möglichkeiten, ein befriedigendes Berufs- und Arbeitsleben zu realisieren, eingeschränkt sind.

Ein letztes Moment erscheint mir noch wichtig: die stärkere ethische Fundierung der Arbeit in den helfenden und pflegenden Berufen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung (*Rest* 1983). Es ist dies eine schwierige Aufgabe, besonders da es nicht darum gehen kann, »aufgesetzte Normen« zu indoktrinieren, sondern ein Verständnis für die Menschenwürde und ihren existenziellen Grund (*Marcel* 1952; 1965) zu wecken, eine Wertschätzung besonders für den alten, kranken und leidenden Menschen zu fördern, die in der Schwingungsfähigkeit der eigenen Person verwurzelt ist. Nur eine so gegründete ethische Haltung kann in Belastungssituationen die notwendige Tragfähigkeit gewährleisten. Sie bietet darüber hinaus die Chance zu eigenem Wachstum der Persönlichkeit und zur Individuation.

Im Folgenden soll der Erfahrungsbericht einer Schwester aus einer meiner Weiterbildungsgruppen wiedergegeben werden, der meine Ausführungen über die die Menschen- und Alterswürde verletzende Behandlung geriatrischer Patienten und ihre Hintergründe illustriert. Dieser Bericht wurde von mir, durch die Konsultation einer weiteren ehemaligen Mitarbeiterin auf dieser Station, einer Patientin und eines Zivildienstleistenden, der ebenfalls dort tätig war, überprüft. Er ist nicht übertrieben. Ich könnte derartige Berichte auch aus anderen Alters- und Pflegeheimen im europäischen Raum vorlegen und werde dies im Rahmen einer umfassenderen Dokumentation über die Misshandlung alter Menschen zu einem späteren Zeitpunkt auch noch tun.

Ich habe als Schwester in einem Wiener Pflegeheim gearbeitet. Das hat mich innerlich und äußerlich kaputt und krank gemacht. Jetzt, nachdem ich dort fort bin, unter Einbeziehung der Erfahrung eines Kollegen und unterstützt durch meine Weiterbildungsgruppe, kann ich schreiben, was ich dort erlebte.

Die Station hatte 58 Betten, alles bettlägerige Menschen. Alles Interesse des Personals war, dass die Leute bettlägerig werden (die es noch nicht waren) und es bleiben. Bettlägerige machen am wenigsten Arbeit. Nachdem Iwanow* vom Arzt untersucht worden ist, fragt der Patient mit weinerlicher Stimme: »Werde ich wieder gehen können, Herr Doktor?« – »Erst müssen Sie sich ein wenig erholen, dann werden Sie querbett sitzen und schön langsam wird es wieder gehen. Der Patient sitzt heute zu Mittag querbett«, sagt der Arzt zu der Schwester. Nachdem der Arzt die Station verlassen hat, sagt sie: »Der sitzt nicht querbett, ich bin doch nicht deppert und za mi o, bei mir sitzt der nicht querbett.« Iwanow sitzt nicht querbett, und selbst nach wiederholten »Donnerwetter« des Arztes wird seinen Anweisungen nicht entsprochen.

Was mich am meisten betroffen machte und immer wieder kränkte, war die furchtbare, ordinäre Sprache unter den Schwestern, z. B.:

»Na, bist wieder anbrunzt?« – »Also, eines sag' ich dir, wenn du dich jetzt wieder anscheißt, lass' ich dich im Dreck liegen, mir ist's dann wurscht, wie oft du nach mir schreist.« – »Bist schon angschißn, scheiß weiter.«

Die wehrlosen Patienten zu sekkieren war ein beliebtes Spiel, das man selbst spielte oder worüber man sich in der Teeküche amüsierte: »Na, was ist los?« fragte der blinde Gitterbettpatient Krause, denn die Schwester rüttelte sein Bett durch. »Hör auf«, brüllte er wütend. »Wenn ich hier rauskomme, fliegen die Watschen.« Die Schwester konnte ruhig lachen und weiter das Bett schütteln, denn Krause kommt nie mehr raus.

Eine andere hatte es auf den Patienten Sezemsky abgesehen: »Na, wie heißt'? Schmid? Na, wie heißt'? Schmid?« Sezemsky schrie zurück: »Sezemsky heiß' ich! Sezemsky!« – »Ah, Schmid heißt'!« – »Ich heiß Sezemsky! Sezemsky heiß' ich!«

Oder – Gitterbett-Müller verlangt stürmisch nach der Leibschüssel. »Jetzt kannst noch warten«, sagt die Schwester, »jetzt haben wir andere Arbeit.« Das Verlangen nach der Leibschüssel wird immer stürmischer. Die Schwester vertröstet ihn, hindert auch andere, ihm die gewünschte Schüssel zu bringen. »A bisserl beherrschen kann er sich schon.« Da wird es dem Gitterbettpatient zu viel, mit aller Kraft zieht er sich am Gitterbett hoch, steckt sein Glied durch die Maschen und pinkelt in

* Alle Namen sind geändert.

hohem Bogen ins Zimmer. »So was nennt sich Dankbarkeit, für so was habe ich den Schädel hingehalten. Pfui Teufel!« schreit er. »Jetzt siehst, wie dein Liebling wirklich ist«, sagt die Schwester zu mir, »der ist nicht so nett, wie du glaubst.«

Der blinde Gitterbettpatient Krause fühlt sich von jedem Wort im Zimmer angesprochen. Die Schwester legt den Nachbarpatient trocken. »Hast wieder einegmacht, Brunzferdl?« – »Ich habe Sie nicht verstanden«, sagt Krause. »Gib einmal eine Ruh'«, knurrt die Schwester. »Du bist wirklich ein Brunzferdl«, sagt sie, zu Patient Klinker zugewandt. »Was ist denn das für ein Ton?« erregt sich Krause. »Ist das ein Spital, in dem man so unfreundlich behandelt wird?« Krause lässt nicht locker. »Leck mich am Arsch«, schreit die Schwester zurück. »Ich werde mich beschweren. Ist dieses furchtbare Weib eine Krankenschwester?« empört sich Krause, klammert sich am Gitter fest und zieht sich hoch. Die Schwester dreht sich um und schlägt ihm auf die Hände und ins Gesicht. »So, jetzt kannst' dich beschweren.«

Manche Patienten durften die Schwester auch anfassen am Gesäß, an der Brust. Wenn er bezahlt, dann hat die Schwester im Moment ein Lächeln für ihn. Sollte sich der Patient in sie verlieben und macht größere Aktionen dafür, wird er auf eine andere Station verlegt, oder er kommt nach S. auf die Psychiatrie. Das hängt davon ab, wie die Schwester dem Arzt schildern kann, wie unmöglich der Herr sich verändert hat, dass er nicht mehr zurechnungsfähig ist, dass er sich so verschlechtert hat, usw. Der Patient ist so schnell weg, so schnell kann er gar nicht schauen. Den ganzen Tag gibt es nur ein Thema, über das sich die Schwestern amüsieren können: »Sex.« Alles dreht sich um das, der einzige Spaßfaktor mit viel, viel Alkohol vermischt. Den ganzen Tag Alkohol. Alle haben einen Spiegel, ohne Ausnahme.

Von 12 Stunden Dienst wurden vielleicht, wenn's gutgeht, 5 Stunden wirklich gearbeitet, Essen austeilen inbegriffen. Die andere Zeit saßen die Schwestern im Schwesternzimmer und tranken literweise Kaffee und Alkohol; auch schweren Alkohol (Whisky, Schnaps).

Bevor der Dienst um 7 Uhr früh begann, saßen alle schon seit 6 Uhr 30 zusammen und tranken: »Man muss sich ja stärken für den Anfang.« Der Stationsarzt saß meistens auch dabei. Wenn er da war, spielte er alles mit: ein Verbündeter der Schwestern. Niemand hat einen Handgriff zuviel gemacht. Kein Patient hatte eine Glocke; somit gab es für die Schwestern keine Störung.

Zwischen den Durchgängen war Totenstille auf der Station. Da hörte man nur Gelächter von den Schwestern, wie sie sich unterhielten. Zweibis dreimal ging der Tagdienst (3 Schwestern) durch die Station, nahm die alten »Windel« (Durchzug) weg, strich eine dicke Paste auf jedes Gesäß, auf jeden Decubitus, wickelte neu ein und fertig. In der Nacht

einmal. Das geht wie am Fließband; Patient wird auf die andere Seite geworfen, Paste drauf, wehe, er kann sich seitlich nicht allein halten oder er jammert ... der Teufel ist los! Da wird er angeschrien, geschlagen, alle Schimpfwörter hört er.

Einmal in der Woche ist Chefvisite; da werden alle Betten blütenweiß überzogen und glattgestrichen. Die Patienten lagen wie tot in den Betten. Keiner traute sich zu rühren. Die Visite dauerte 10–15 Minuten. Der Chef kam ins Zimmer mit ein oder zwei Schwestern. »Guten Tag, wie geht's?« – »Danke gut, Herr Doktor.« – »Gibt es etwas?« – »Nein danke, alles in Ordnung.« Weg war er. Jeder wird sich hüten, etwas zu sagen. Nicht einmal eine Türklinke musste er in die Hand nehmen; grad dass kein roter Teppich für ihn ausgelegt wurde. Ich dachte mir oft, wenn er nur einmal eine Bettdecke heben würde, Füße und Gesäß anschauen würde ... der würde schauen! So viele Decubitus haben gefault, gestunken, groß, geschwürig, schwarz, nekrotisch. Das heißt für die Schwestern: noch mehr Paste darauf. Die Paste ist in einem Topf drinnen mit einer Spatel. Alle werden aus diesem Topf und mit diesem einen Spatel eingerieben, egal ob und wie groß der Decubitus ist; auch die keinen haben, werden damit eingerieben – zur Vorsorge, heißt es.

In der Nacht bekam eine Frau eine Magenblutung und hat furchtbar gebrochen. Die Schwester wollte in der Nacht Ruhe haben und hat keinen Arzt gerufen. Am Morgen war die Frau tot! Die Oberschwester hat mit der Schwester in der Früh' geschimpft, nach einer Stunde war alles vorbei, als ob nichts gewesen wäre. Lachen, Alkohol und Lachen. Das alles geschah, obwohl die Pflegestation in eine Interne Abteilung eines großen Krankenhauses integriert ist.

Kein Patient hatte einen Dauerkatheter; das ist nur mehr Arbeit. Der Nachtdienst besteht aus zwei Schwestern. Eine schläft immer in der Nacht, auf einem Notbett in der Garderobe, weil es verboten ist, in der Nacht zu schlafen; sie steht erst morgens auf, um die Patienten zu waschen; in 1 1/2 Stunden. 58 Patienten waschen. Die Raserei und Schreierei geht los. Vor 5 Uhr früh darf man nicht anfangen zu waschen und um 1/2 7 muss man fertig sein. Die Patienten, die die Hände noch bewegen können, denen wird eine Schüssel Wasser ins Bett gestellt. Die meisten konnten nicht mehr sitzen. Die meisten hatten keinen Waschlappen und kein Handtuch, denen warf die Schwester einen Durchzug hin; ein Eck wurde ins Wasser getaucht, mit dem sollte man sich waschen, mit dem anderen Eck sich abtrocknen. Fertig war die Toilette. Auch die Halbseitengelähmten mussten sich so waschen, weil die ja noch einen Arm bewegen konnten ... Die Patienten hatten so lange Zeit mit dem Waschen, wie die Schwester Zeit brauchte, um die anderen im Zimmer zu waschen, die sich überhaupt nicht mehr rühren konnten. Das ging so vor sich: Die Schwester hatte einen Nachttopf lauwarmes Wasser;

dazu nahm sie einen Durchzug, mit dem sie ca. drei Patienten gewaschen hatte. Mehr ging sich nicht aus, weil dann im Topf kein Wasser mehr war. Ein Eck zum Nass Darüberstreichen und eines zum Trocknen. Danach Paste auf das Gefäß, neu einwickeln und fertig.

Alles ging sehr schnell, die Schwester nahm den anderen das Wasser wieder weg, warf die Bettdecke über die Leute, und das Zimmer war fertig. – Zahnprothesen mussten nicht gereinigt werden, niemand trug welche.

Weinen durften die Patienten nie. Wenn, dann wird der Patient angeschrien: »Halt den Mund und sei nicht so deppert.« – Einmal ging ich zu einer Frau hin, um zu fragen, warum sie weinte; als ich das Zimmer verließ, warteten die Schwestern schon auf mich und schrien mich an. »Was mir denn einfällt, wo käme man da hin? Die Patienten so verwöhnen. Dass ich das ja nicht mehr tue, sonst passiert was!« Manche Patienten haben mir dann bei der »Arbeit« was Persönliches zugeflüstert. Sie wollten auch nicht, dass ich Schwierigkeiten bekomme.

Einmal starben zwei Patienten an »Herzstillstand« innerhalb einer halben Stunde. Da war die Hetz fertig. Ein großes Gelächter ging durch die Station. Die zwei Männer von der Bestattung kamen immer mit einer Rumflasche. Das war zunächst der Anlass, wo sich alle zusammensetzten und tranken. Die schmutzige Sprache tut ihr bestes für den Alkohol. Dann wurden mit viel Gelächter die zwei Leichen nackt aufeinander in den Sarg gelegt; zweimal anrufen für den zweiten Sarg, das zahlt sich nicht aus. Mit großer Gaudi wurden sie abgeführt.

Es ist auch vorgekommen, dass Schwestern während des Dienstes auf eine andere Station gegangen sind, um abtreiben zu lassen; kamen sie zurück, wurde fast nichts mehr gearbeitet, noch mehr getrunken, und die Gespräche waren noch lauter.

Eine Frau hatte Polyarthritis; sie war hier, weil sie sich und den Haushalt nicht mehr allein versorgen konnte: geistig völlig normal und eine sehr liebe Frau (für mich jedenfalls). Die Frau bekam am Anfang eine Bettenschüssel ins Bett; dort konnte (sollte) sie hineinmachen und mit der Bettdecke zudecken. Die Schwester leert die Schüssel beim Wickeldurchgang. Sie bekam die Schüssel oft nur ausgeleert und nicht ausgewaschen zurück.

Erstens: Im Gitterbett die Schüssel zu benutzen ist schwierig (sie darf nicht aufstehen, sie könnte sich ja den Fuß brechen). Zweitens: Die Bettdecke war oft nass, weil sie die Schüssel zudecken sollte. Drittens: Wenn die Frau im Bett eine falsche Bewegung macht, fällt die Schüssel um, und alles ist nass. Resultat: Die Frau wird als geistig total daneben deklariert und kommt in ein geschlossenes Gitterbett. »Die ist ja völlig deppert.« – Sie ist ganz erschreckt, ängstlich, was da alles mit ihr passiert, wird immer mehr verwirrt. In einem Monat war sie tot!

Zu Mittag gab es einmal Powideltatschkerl; die Schwester nahm sie mit der Hand aus dem großen Stationstopf und gab sie auf den Teller. Zu dem Patienten: »Du isst's eh mit der Hand.« – »Nein, ich kann nur mit der Gabel essen.« – Die Nachbarin sagt zur Bettnachbarin: »Am besten, man isst da nichts, weil scheißn darf man da ja auch nicht!« Die Schwester gab ihr knurrend eine Gabel.

Bevor der Tagdienst aus dem Dienst geht, muss er die Leute noch mit Schlafpulver abfüttern, ist dafür verantwortlich, dass die Nacht ruhig ist. Mit zwei bis drei verschiedenen Medikamenten, einem Glas Wasser und einem Löffel gehen sie durch die Zimmer. Alle bekommen eine Schlaftablette mit dem gleichen Löffel, er wird nur in das Wasserglas eingetaucht. – In der Nacht ist heilige Ruhe.

Die Patienten haben sich vor den Schwestern gefürchtet. Sie werden maschinell wie Nummern gepflegt.

Sie haben Angst vor dem nächsten Tag, was der wohl wieder bringen mag? An Schikanen, an Aggression ...

Offiziell war Trinkgeld-Nehmen verboten. Aber – jede hat gern genommen! Damit konnten sich die Patienten extra Handgriffe erkaufen. Die Freundlichkeit hat nur für den Moment angehalten. Im nächsten Augenblick war alles weg. Der Handgriff geht sehr schnell, damit sie gleich erlöst ist von ihm.

Es gibt von der Oberschwester ein Gebot, das heißt: Die Schwester darf mit dem Patienten nichts Persönliches reden.

Ebenso sind Freundschaften unter den Patienten verpönt; wenn der Schwester eine Freundschaft nicht gefällt, werden die Patienten am nächsten Tag kommentarlos auseinandergelegt. – Dass sich etwas entwickelt, darf nicht sein.

Makabrer, galliger Humor ist ein sicher schlechter Versuch, die Situation auszuhalten: »Wie lange bleiben wir noch eingesperrt?« fragt Patient Krofka.

»Sie sind hier nicht eingesperrt, Sie sind in einem Krankenhaus, in dem Sie gepflegt werden.« – »Ach so«, antwortet Krofka, »ein Spital ist das, ich hab' immer geglaubt, wir sind in einem Gefängnis.«

»Kennt ihr den Witz vom Kasperl, der ins Heim kommt?« fragt uns Walter in der Teeküche. Wir schütteln den Kopf. »Also, der Kasperl kommt ins Heim, die Leute sitzen vor dem geschlossenen Vorhang: ›Seid ihr alle da?‹ – Ja«, rufen die Patienten. ›Aber nicht mehr lang«, antwortet der Kasperl.«

Schwester M. S.

*Die Dialoge wurden zum Teil von der Verfasserin dieses Berichtes dem Buch von *H. Niederle* (1983) mit freundlicher Genehmigung des Autors, der in derselben Einrichtung gearbeitet hat, übernommen.

Ein schlimmer Rückblick: Die »Würde des Patienten ist antastbar« – »Patient Dignity« als Leitkonzept angewandter Gerontologie

Der voranstehende Bericht mit Materialien aus einer offenen Weiterbildungs- und Supervisionsgruppe für Pflegeberufe in Wien, an der Krankenschwestern aus Lainz teilnahmen – es handelte sich also um keine Inhouse-Maßnahme, so etwas gab es damals nicht für das dortige Pflegepersonal – wurde unverändert aus der ersten Auflage übernommen. Wir haben zwar inzwischen zu diesem Themenkreis Publikationen neueren Datums verfasst (*Petzold, Petzold 1997a* oder *Müller, Petzold, H.G. 2002a*: Problematische und riskante Therapie [nicht nur] in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in »Prekäre Lebenslagen« – »*Client dignity?*«), auf die hier verwiesen werden muss. Aber dieser Text, ein Dokument der weit verbreiteten »Inhumanität gegenüber alten Menschen« (*Petzold 1979l*), hat eine bedrückende Geschichte und eine skandalöse Aktualität behalten, und deshalb gehört er weiterhin in dieses Buch. Ich hatte ihn seinerzeit vor der Publikation an die Verantwortlichen für dieses Pflegeheim geschickt: den Wiener Bürgermeister *Zilk*, den Gesundheitsstadtrat der Stadt Wien, *Stacher*, den Leiter der klinischen Einrichtung in Lainz, Primarius *Pesendorfer*. Wir hatten so massive Zurückweisungen erhalten, dass wir uns – vor allem aufgrund der Bedenken und Ängste der berichtgebenden Schwestern – entschließen mussten, den Namen der Einrichtung nicht exakt zu nennen, sondern von einem »Wiener Pflegeheim« zu schreiben. Dieser Text sowie der gedruckte Bericht des Zivildieners *Niederle* zu den gleichen Vorfällen blieben völlig ohne Konsequenzen von Seiten der Verantwortlichen, was die geschilderten unglaublichen Zustände im Pflegeheim Lainz anbelangte. Schon 1974 hatte die Wiener Ärztin *Mila Kars* Berichte über die Zustände im Pflegeheim Lainz veröffentlicht. Sie wurde beschimpft, ihr wurde mit der Psychiatrie gedroht, sie wurde eingeschüchtert und hat dann auch tatsächlich das Land verlassen. Insgesamt war die Situation in vielen Einrichtungen unglaublich. Wir wussten das und das hat uns – engagierte österreichische Pflegekräfte

und Ärzte in meinen Weiterbildungsgruppen zur Sterbebegleitung – damals derart belastet und aufgebracht, dass wir in Österreich vermehrt in der Weiterbildung von Schwestern, Ärzten, Medizinstudenten im Bereich Kranken- und Sterbebegleitung, Burnout-Prophylaxe, geriatrischer Weiterbildung aktiv wurden, auf meine Initiative zusammen mit *Magdalena Stöckler, Dr. Isabella Kernbichler, Dr. Jutta Rett* und den »Aktiven Senioren – Wien«, 1987 »Pro Senectute Österreich« gründeten, ein Verein, der sich die Weiterbildung im Alten- und Pflegebereich zur Aufgabe gemacht hatte (*Petzold 1997b*). Ich wurde in der beginnenden Hospizbewegung durch Schulungen tätig (vgl. dieses Buch, S. 347 ff.). Seit 1977 führte ich als Lehrbeauftragter an der medizinischen Fakultät und der pastoralpsychologischen Abteilung der Universität Graz thanatologische Veranstaltungen durch, supervidierte im dortigen Projekt »Medizinethik« MedizinstudentInnen in ihren freiwilligen Aktivitäten als Kranken- und Sterbebegleiter und leitete bzw. leitete seitdem über bald 30 Jahre (bis heute) zahllose gerontologische und thanatologische Weiterbildungskurse für Pflegepersonal und helfende Berufe am Bildungshaus Maria Trost (unterstützt durch *Prof. Dr. Erika Horn* und *Paul Bendek*). Ich kannte also die österreichische Situation in diesem Bereich. Lainz war für mich deshalb damals nur ein Fall von vielen. Die Zustände in vielen anderen Alteneinrichtungen, die ich kennen gelernt hatte, die vielen MitarbeiterInnen, die in großer persönlicher Not mit diesen Situationen zu mir in Supervision und Beratung gekommen waren, sind damals für mich eine starke Motivation geworden, mich zu engagieren. Ich *wollte* stets eine »engagierte, angewandte Gerontologie und Thanatologie« vertreten (*Petzold, 1982n*), denn ich war überzeugt: »Man kann durch das Bemühen um Humanisierung des Alters Entfremdung vermindern, zu einer humaneren Gesellschaft beitragen und für sich selbst ein Stück Humanität zurückgewinnen« (*Petzold 1965/dieses Werk, Bd. I, 107*).

Auf der Grundlage einer solchen »philosophy« konnten wir in Niederösterreich die Landesrätin *L. Prokop* gewinnen, das Projekt »Miteinander Leben im Pensionistenheim« zur Verbesserung der Heim-situation in diesem Bundesland zu finanzieren und durchzuführen, das ich supervidierte, die Weiterbildung der Weiterbildner übernahm usw. – Eine Fülle von Aktivitäten entstand, durch Publikationen

zum Thema unterfangen (Petzold 1985u, 1986 d, f; 1989b). In diese Situation kam die Nachricht von den Tötungen in Lainz! Ich hatte seinerzeit die damaligen Missstände, Vorfälle, Pflegefehler und auch meinen voranstehenden Text in meiner Wiener Interventionsgruppe mit KollegInnen in leitender ärztlicher Funktion thematisiert (Petzold 1994a/1998a, 182 ff.), und obwohl ich in diesem Text über »Aggressivität als Bewältigungsmechanismus« schrieb, die »Tötung von Geisteskranken, von behinderten Hochbetagten und geriatrischen Patienten ... im Dritten Reich« erwähnte, ein »Durchbrechen archaischer Aggression gegen die Alten und Kranken« aufwies, haben wir – die TeilnehmerInnen meiner Supervisionsgruppe, Schwestern aus Lainz und anderen Pflegeeinrichtungen sowie in meiner hochprofessionellen Interventionsgruppe – *die letzte Konsequenz*, nicht zu denken gewagt, sie *abgewehrt*, so dass der gewichtige Satz letztlich rhetorisch blieb: »Es gibt vielfältige Formen, Abgelehntes und Bedrohliches zum Verschwinden zu bringen. Die Tötung ist die radikalste, die Isolation in Altersheimen und *Konzentration* in Großheimen und Großkrankenhäusern eine andere« (siehe den Text im voranstehenden Kapitel). Und doch war dieser Satz in furchtbarer Weise wahr, wie dann offenkundig wurde, als die Tötungsdelikte 1989 ans Tageslicht kamen (Friedrichsen 1989; Kretschmann 1989). Wir hatten damals das wirkliche Ausmaß der Missstände, die über die Schwesternberichte an uns herangetragen wurden, nicht sehen können. Das Unvorstellbare durfte nicht Wirklichkeit sein. 1991 wurden vier Stationsgehilfinnen (»notorische Mörderinnen«, Zilk) wegen 40 Morden und zwei Mordversuchen verurteilt. Die katastrophalen strukturellen Mängel der Institution, die die Politiker zu verantworten hatten, die mangelhafte ärztliche Aufsicht kamen nicht vor Gericht. Die zur Untersuchung der Vorgänge von den Verantwortlichen einberufene (und zusammengestellte!) »Internationale Expertenkommission« (1989) belastete diese politischen und institutionellen Verantwortungsträger nicht. Sie blieben im Amt, keiner »nahm den Hut« oder musste ihn nehmen.

Für mich und meine Kolleginnen war die Aufdeckung der Serie der Tötungsdelikte, die bis in die Zeit meines Berichtes zurückreichen, ein Schock. Was hätten wir damals mehr sehen, mehr tun müssen, tun können? – Der österreichische Psychiatrieprofessor G. S. Barolin publizierte 1990, mitten in den Wiener Prozessen (Friedrichsen 1991),

nach der zufälligen Lektüre meines Texte in »Mit alten Menschen arbeiten« (1985) in der *Österreichischen Krankenhauszeitschrift* einen Artikel: »Schwerste Missstände in »einem Wiener Pflegeheim« – schon 1985 in allen Details publiziert!«, forderte die Verantwortlichen (*Zilk, Stacher*) zur Stellungnahme auf – Abwiegelung. Wir sammelten mit »Pro Senectute« und den »Aktiven Senioren« 1989 mehr als 40 000 (!) Unterschriften mit Forderungen zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals, zur Ermöglichung von Weiterbildung, Supervision usw. Als Prof. Dr. *Anton Amman*, Dipl.-Sup. *Magdalena Stöckler* und ich die Kleinbusladung mit den Unterschriftenkartons beim Wiener Rathaus abgeben wollten, wurde die Annahme verweigert. Wir fuhren zum Gesundheitsministerium, und der Gesundheitsminister nahm die Listen entgegen. Wir erhielten Förderungen für die Weiterbildung und Projekte. Im in diesem Bereich sehr fortschrittlichen Niederösterreich konnten wir – wieder gefördert von *L. Prokop* (heute österreichische Innenministerin) – in einer Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie (*G. Kienast*) mit meiner Abteilung an der FU Amsterdam die ersten Supervisorenausbildungen für den Alten-, Krankenhaus- und Pflegebereich durchführen und später auch mit einer Bundesförderung beforschen (*Petzold, Schigl* 1996; *Schigl, Petzold* 1997). Der erste Landesaltenplan Österreichs konnte in diesem Bundesland auf den Weg gebracht werden, ich wirkte als Berater mit. Das alles war auch Energie, die aus der Katastrophe von Lainz kam. Ich habe später in einer differenzierten metakritischen Analyse des supervisorischen Prozesses und der damaligen Situation mit ihrer – so meine Einschätzung – unzulänglichen Handhabung (heute würde ich versuchen, in großem Stil an die Presse zu gehen) es unternommen, die Dynamik solcher Prozesse aufzuschlüsseln (*Petzold* 1994a). Mit dem Aufsatz »Die Verletzung der Alterswürde« führte ich den medizin-, pflege- und therapieethischen Term »patient/client dignity« als Leitkonzept in das Feld und in die Literatur ein, das neben den Leitkonzepten »informed consent«, »joined decision«, »patient security«, »patient wellbeing« stehen muss, denn in der Tat: »Die Würde des Patienten ist antastbar«. Iatrogene Behandlungen, Therapieschäden, riskante und gefährliche Pflege und Therapie sind leider ubiquitär und finden immer wieder statt. Deshalb muss man sich beständig, immer wieder für Patientenwürde und die genannten Leitkonzepte einsetzen, wie

unsere Publikationen – zumeist aus gegebenem Anlass – über die Jahre zeigen (Petzold 1979l, 1982n, 1989b, 1990t; 1998b, 2000d, *Märtens, Petzold* 2000, 2002; *Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt* 1999). Und genauso ubiquitär sind die Belastungen, Überlastungen Leiden des Pflegepersonals, die »Krisen der Helfer«, die unter z. T. unmöglichen Bedingungen körperliche und seelische Schwerstarbeit machen müssen und die die Hilfen und die Unterstützung nicht nur der Öffentlichkeit, sondern einer *engagierten, »eingreifenden Wissenschaft«* (Petzold, Sieper 2001c, d) verdienen, wie sie etwa auch *Pierre Bourdieu* (1997, 1998) vertreten hat. Die Helfer dürfen nicht stigmatisiert werden. Ihre Situation war mir, wie *Egon Leitner* (2000) richtig herausgestellt hat, stets ein zentrales Anliegen, denn ihre Überforderungen bergen für sie erhebliche gesundheitliche Risiken (Petzold 1993g), ja sie können durch das Erleben schlimmen Leidens und Sterbens – erhalten sie keine Unterstützung, Anleitung, Supervision, Begleitung, Trost – durchaus traumatisiert werden, eine posttraumatische Belastungsstörung ausbilden. »So ist es nicht auszuschließen, dass die bedrückend hohe Zahl von Gewalthandlungen und Patiententötungen ... durch Pflegepersonal – fast ausschließlich im intensivmedizinischen und gerontopsychiatrischen Bereich vorkommend (z. B. nie in der Pädiatrie) – mit schweren traumatisierenden Erfahrungen dieses Personals durch das Erleben schweren Leidens und Sterbens mitbedingt ist« (Petzold, Wolf et al. 2000, 464), denn Bereicherung als Motiv findet sich praktisch nicht. Wir wissen darum, dass Opfer auch in einer Gefährdung stehen, zu TäterInnen zu werden. Die TäterInnen von Lainz und anderen Orts sind nie auf ihre Pflegebiographien und etwaige Traumaerfahrungen (besonders als junge Menschen in den Anfängen ihres Berufes) untersucht worden. Die im Kontext der PatientInnentötungen in der Fachwelt bislang »vergebliche Suche nach der Psychopathologie« (Maisch 1997, 298) der einzelnen TöterInnen und die Spezifität der Bereiche des Vorkommens dieser Phänomene spricht ja sehr für die »Sozialtoxizität« der Überlastungskontexte in der »schweren Pflege«. Dennoch wären, aus Gründen möglicher Strategien der Prävention von »Burnout« (eine schwerwiegende Stresserkrankung, nicht bloßer Jobstress), »defensivem Coping« (emotionale Distanz, Rückzug, Zynismus, Rigidität) und »malignen Dekompensationen« (Vernachlässigung, verbale Gewalt, Misshandlung, Tötung, so Petzold 1991j,

265; 1993g) solche weitere Untersuchungen zu »Risikopersönlichkeiten« bzw. etwaigen psychopathologischen Hintergründen dringend erforderlich. In dreißig Jahren der Supervision in diesem Bereich habe ich viele traumatisierte Pflegekräfte kennen gelernt und einige mit posttraumatischen Belastungsstörungen (offenbar durch »job traumatization« bedingt) in Therapie gehabt.

Die Geschichte ist noch nicht zu Ende. In einer APA-Meldung vom 4. 9. 2003 wird von schlimmen Zuständen und gefährlicher Pflege in Lainz (!), dem nunmehrigen Geriatriezentrum »Am Wienerwald«, berichtet. Nachdem noch am 1. September »Der Standard« (»Koalition vor Problemen«) berichtet hatte, »dass als das vordringlichste Anliegen der Politik der Aufbau eines Pflegesystems für alte Leute gesehen wird« – 14 Jahre nach »Lainz 1« – bricht ein Pressesturm mit dem Pflegekandal von »Lainz 2« los:

»Pflegepatienten mussten jeden Tag unter Höllenqualen leiden« (*Kronenzeitung* 5.9.). Am 26. Juli schon meldete die Kronenzeitung Missstände: »Es gelten täglich bis zu sechs Lainz-Patienten als vermisst«. Ein Prüfbericht des Magistrats deckte schon im Juli schwere Mängel auf: »Lainz bleibt Lainz« (*Pletzl* 2003). »Fall Lainz: Zwei Pfleger für 30 Intensivpatienten« (*Kronenzeitung* 28. Sept.). »Lainz wird zum Thema für Untersuchungsausschuss« (*Die Presse*, Wien 18. Sept.). »Pflegermangel in Altenheimen: Wir stehen an der Kippe« (*Kleine Zeitung*, Graz 6. Sept.). Das Fazit: Man hat nichts hinzugelehrt nach »Lainz 1«, die gleichen strukturellen Mängel. »Das liegt im strukturellen Wahnsinn Wiens.« – »Die Zustände sind allen Beteiligten, Verantwortlichen wie Betroffenen jahrelang bekannt« (*Die Presse* 25. Sept.), der gleiche Mangel an Kontrolle: »Es gab keine Kontrollen« (*Kurier*, Wien 5. Sept.), das gleiche Abwiegeln der Verantwortlichen (Misstrauensantrag wurde abgelehnt, *Wiener Zeitung* 25. Sept.). Die Einrichtung ist immer noch zu groß. »Pflegeeinheiten zu groß ... Die verantwortlichen Politiker haben es verschlafen, Anfang der neunziger Jahre dementsprechende Konsequenzen aus »Lainz 1« zu ziehen« (*Der Standard* 25. Sept.). Die Berufsverbände der Pflegeberufe bringen es auf den Punkt: »Lainz kann überall passieren«, denn »Entscheidungen würden nur auf der »Wirtschaftsebene« getroffen, die »menschliche, moralische und menschenrechtliche Situation« werde kaum bedacht« ... Der »Innsbrucker Zivil-

rechtler *Michael Garner* meint: »Wir befinden uns im Pflegebereich rechtlich im Mittelalter« ... freiheitsbeschränkende Maßnahmen gegenüber Pfinglingen seien Konsequenzen der Unsicherheit des Pflegepersonals, dem vielfach das Wissen fehle. »Die derzeit große Diskussion um die Pflegeheime hält *Garner* für »reinen Zufall«, denn die Missstände im Anlassfall sind nichts Großartiges – zumindest nicht im Vergleich zum österreichweiten Alltag in vielen Heimen« (*Der Standard* 17. Sept.).

Dozent *Dr. Garner* hat Recht, und er weiß, wovon er spricht, denn in Tirol wurden von Studierenden aus seinem Umfeld, dem Institut von Univ.-Prof. *Heinz Barta*, (anonymisierte) Interviews mit Pflegekräften geführt, die skandalöse Zustände in Heimen, riskante und gefährliche Pflege und schwere Schädigungen von PatientInnen dokumentieren. Wieder wiegelte die Politik ab, so der Landeshauptmann *Dr. D. Herwig van Staa*. Man möge doch die Namen der Einrichtungen bekannt geben, die Interviews seien ja nur anonym, die interviewenden Studenten aus dem Ius-Bereich seien keine Fachleute, das alles sei so nicht richtig. Ich bin zusammen mit meiner Kollegin, der Gerontopsychologin *Lieselotte Müller*, vom gerontopsychiatrischen Zentrum der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich – und uns kann man die Fachkompetenz wohl nicht absprechen – nach Innsbruck gefahren, und wir haben unter strikter Diskretionszusicherung an die interviewten Pflegekräfte (deren Arbeitsplatz und Existenz auf dem Spiel steht, die Angst haben und bedroht worden sind) einen Teil dieser Interviews repliziert. Unser Expertenurteil:

Die Pflegekräfte, die sich hier offenbart haben, sind langjährig erfahren und kompetent, und vollauf glaubwürdig. Die dargestellten Missstände erfüllen alle Kriterien »riskanter« und auch »gefährlicher Pflege«. Es wurden Patientenmisshandlungen und Pflegefehler mit Folgen für die Betroffenen, Vernachlässigungen und Verstöße glaubwürdig berichtet. Unsere fachlichen Nachfragen ließen die Situationen in ihrer risikohaften und schädigenden Brisanz z. T. noch deutlicher hervortreten als in den vorliegenden Ausgangsinterviews der StudentInnen (Petzold, Müller et al. 2005).

In der Tat: »Lainz ist überall«. PatientInnentötungen kommen überall vor (Aufstellungen und Kommentare bei *Beine* 1998; *Kretschmann*

1989; Maisch 1997; Oemichen 1996; Richter, Sauter 1997; Schreiber 2000; Wagner 1992) und »riskante und gefährliche Pflege«, Fehlernährung, Liegegeschwüre und Gewaltnwendungen sind leider keine Seltenheit. Wir definieren differenzierend:

»Riskante Pflege wird als eine einerseits durch Nachlässigkeit, Überlastung, Unwissen und geringer fachlicher Kompetenz und Performanz von einzelnen Pflegenden oder Gruppen bzw. »Pflegeteams« und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, Fehlen von Pflegemitteln und -hilfen, schlechte quantitative und qualitative Personalschlüssel und fehlende bzw. inkompetente Fachaufsicht und Leitung gekennzeichnete *Pflegesituation* gesehen, in der die Pflegenden und ihre Vorgesetzten Risiken von Fehlleistungen und Pflegefehlern, Mangelbetreuung, schlechter Versorgung und kommunikativer Vernachlässigung zu Lasten der Pflegebedürftigen als *Möglichkeiten* in Kauf nehmen«.

Diese Situation des Risikos, einer »Gefährdung«, kann sich durchaus noch verschärfen, sodass akute »Gefahr« besteht oder schon eintritt und ein Risiko zur feststellbaren – weil eingetretenen – Schädigung wird, wie in der Situation von »Lainz 1«.

»Gefährliche Pflege ist einerseits eine durch (offene oder verdeckte) massive Vernachlässigungen, Gleichgültigkeit, Verrohung (d. h. verbale und physische Gewalt) und ggf. pathologische Grausamkeit von einzelnen Pflegenden oder Gruppen/Teams einerseits und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, verwahrloste institutionelle Strukturen, inkompetente oder toxische Leitung andererseits gekennzeichnete *Pflegesituation*, in der die Pflegebedürftigen verdinglicht werden und faktisch schon geschädigt werden und sie der unmittelbaren Gefahr ausgesetzt sind, durch Gewalt, vernachlässigende und falsche Pflege weiteren Schaden zu nehmen, zu Tode zu kommen oder – im Extremfall – Opfer eines Tötungsdeliktes zu werden. Die Faktizität dieser Delikte wird z. T. von Kolleginnen und Vorgesetzten ausgeblendet, verschleiert, gedeckt.«

Pflege wird hier in diesen Definitionen nicht nur als Handlung von Einzelnen gesehen, sondern als die *Pflegesituation* aufgefasst, denn in institutionellen Kontexten pflegt niemand als Einzelperson. Fehler, sich wiederholende zumal, müssten bemerkt werden. Kollegen und Fachaufsicht können sich der Verantwortung nicht entziehen. – In die Vorbereitungen zu diesem Text trifft die Nachricht:

»Pfleger tötet zehn Kranke. 25-Jähriger gesteht die Taten in Sonthofen und nennt als Motiv Mitleid.« *Berliner Morgenpost* 31.07.04.
Es werden schließlich 16 Tote!

Als Gerontologen, Praktiker, Pflegende, Verwaltungsmitarbeiter, Angehörige, als junge und alte Mitbürger müssen wir alles daran setzen, dass derartige Missstände keinen Boden haben und beseitigt werden, dass die PolitikerInnen Verantwortung übernehmen und die notwendigen Maßnahmen ergreifen, dass gute infrastrukturelle Situationen und Pflegebedingungen geschaffen werden können, damit qualitätsvolle, professionelle und menschlich stimmige Pflege – wie hier definiert – gewährleistet werden kann.

»**Professionelle Pflege** ist die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Mensch als Ganzem in lebenserhaltender, Krankheit und Sterben begleitender, heilender, lindernder Absicht, aber auch mit stützender, identitätssichernder Lebensqualität und Entwicklung fördernder Zielsetzung.

Professionelle Pflege bedient sich dabei medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktionale und intersubjektiv angelegt. Sie bezieht stets gleichermaßen Pflegende und Gepflegte als Personen ein.« (Petzold, Petzold 1993, 636 f.)

In dieser Definition wird die ganze Breite pflegerischer Tätigkeit deutlich, in die wesentliche Momente der »privaten Pflege«, für die »familiale Intimität« kennzeichnend ist, auch noch zu einem Teil einbezogen wird, die aber natürlich von der Pflege der Familie auch sehr verschieden ist, allein durch das Faktum, dass sie eine Dienstleistung darstellt, allerdings eine Dienstleistung am Menschen, in der mitmenschliches Engagement, »Herz«, »inneres Beteiligtsein« nicht ausgespart werden können.

Dafür einzutreten, dass solche Pflege möglich wird, ist Aufgabe von jedem, denn jeder kann einmal Pflege nötig haben.

Hilarion Petzold, Johanna Sieper

Integration und Kreation

Band 2

Strukturen, Methoden, Organisation

Jubiläumsband zu 20 Jahren Weiterbildung an der „Europäischen Akademie
für psychosoziale Gesundheit“ und am „Fritz Perls Institut für Integrative
Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“



Junfermann Verlag · Paderborn
1996

© Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1993

2. Auflage 1996

Graphische Gestaltung: Erika Reineke

Redaktionelle Bearbeitung: Ruth Frangenberg-Wolter

Fotos: Bildarchiv des Fritz Perls Instituts, Erika Reineke, Seite 485 und 635 mit freundlicher Genehmigung des Arbeiter-Samariter-Bundes

Dieses Buch wurde gefördert durch eine Spende der Deutsche Bank AG, Hückeswagen.

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Ein Nachdruck darf nur mit vorheriger Einwilligung des Verlages erfolgen.

Satz: adrupa Paderborn

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Integration und Kreation

Hilarion Petzold, Johanna Sieper (Hrsg.) – Paderborn: Junfermann, 1993

ISBN 3-87387-124-6

NE: Petzold, Hilarion [Hrsg.]; GT

ISBN 3-87387-124-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Zum Geleit	10
Einführung	11
BAND 1: THEORIEN UND KONZEPTE	
I GRUNDGEDANKEN DES INTEGRATIVEN ANSATZES UND ZUR INTEGRATIVEN THERAPIE	15
Integrative Therapie	
<i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	17
Prozesse der Organisationsentwicklung von FPI/EAG – Kultur- und Strukturanalyse	
<i>Astrid Schreyögg, Hagen</i>	25
Curricula, Seminare, Tagungen – Zahlen und Entwicklungen	
<i>Isabelle Schmiedel, Düsseldorf</i>	43
Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie – Überlegungen (auch) in eigener Sache	
<i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	51
Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“	
<i>Ilse Orth, Erkrath / Hilarion G. Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	93
Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik	
<i>Hse Orth, Hilarion Petzold</i>	117
Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie	
<i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam / Ilse Orth, Erkrath</i>	125
Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie	
<i>Hilarion G. Petzold, Joy J. M. Goffin, Jolanda Oudhof, Amsterdam</i>	173
Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken	
<i>Hilarion Petzold, Amsterdam/Düsseldorf</i>	267
„Therapie vom Leibe her“ – körperbezogene Behandlung in der Praxis	
<i>Hildegund Heint, Wackernheim</i>	341
Wandel der Theorie	
<i>Renate Frühmann, Salzburg</i>	351

Integrative Agogik – ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens <i>Johanna Sieper, Bad Neuenahr / Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	359
Integration als persönliche Lebensaufgabe <i>Ilse Orth, Erkrath</i>	371
Leben als Integrationsprozeß und die Grenzen des Integrierens <i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	385

BAND 2: STRUKTUREN, METHODEN, ORGANISATION

II GRÜNDERPERSÖNLICHKEITEN	395
Die Gründer – Hildegund Heinl, Hilarion Petzold, Johanna Sieper	397
Leiblichkeit und Beziehungsqualität – Hildegund Heinls Beitrag zu einer ganzheitlichen Arbeit mit Menschen an FPI und EAG <i>Jürgen Lemke, Kammerstein</i>	399
Ein Gang durch viele Landschaften: Hilarion Petzold – sein Schlüsselwort für die moderne Therapie heißt Integration <i>Rolf Zundel</i>	407
Innovatorische Aktivitäten von Hilarion G. Petzold im Bereich der Psychotherapie, psychosozialen Arbeit und Agogik – ein Überblick <i>Johanna Sieper (Text), Isabelle Schmiedel (Dokumentation), Düsseldorf</i>	421
Johanna Sieper – Integrative Bildungsarbeit und kreative Medien <i>Hans-Joachim Oeltze, Neuss</i>	439
III DIE METHODEN DES „INTEGRATIVEN ANSATZES“ – DATEN UND KONZEPTE ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG AN FPI UND EAG	443
Integrative Therapie – Gestaltpsychotherapie <i>Bernd Heineremann, Rösrath</i>	447
Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie <i>Christa Petzold, Essen / Hilarion Petzold, Düsseldorf</i>	459
Gestaltpädagogik – Weiterbildung für Lehrende <i>Jörg Bürmann, Mainz</i>	483
Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie <i>Bruno Metzmacher, Düsseldorf</i>	491
Integrative Bewegungstherapie <i>Isabelle Kuhr, Köln / Angelika Berger-Jopp, Mering</i>	505
Integrative Leibtherapie – Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG <i>Hilarion Petzold, Ilse Orth, Düsseldorf</i>	519

Integrative Tanztherapie an FPI und EAG – ein kooperatives Projekt mit der „Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie“ <i>Elke Willke, Pulheim</i>	537
Dokumentation der Entwicklung der Integrativen Musiktherapie als Zweig der Psychotherapieausbildung an FPI und EAG <i>Isabelle Frohne-Hagemann, Berlin</i>	549
Integrative Kunstpsychotherapie und therapeutische Arbeit mit „kreativen Medien“ an der EAG <i>Hilarion Petzold, Ilse Orth</i>	559
Integrative Dramatherapie an FPI und EAG <i>Gabriele Wening, Hamburg</i>	575
Poesie- und Bibliothherapie am Fritz Perls Institut (FPI) und an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) <i>Ite Goffmann, Siegen</i>	581
Der Supervisionszweig an FPI und EAG <i>Astrid Schreyögg, Hagen</i>	593
Kompaktcurriculum „Gestaltberatung“ <i>Waldtraut Rönner, Hamburg</i>	605
Integrative Paar- und Sexualtherapie: Paarsynthese <i>Michael Cöllen, Hamburg</i>	611
Integrative und differentielle Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG – Konzepte, Innovation, Intervention, Weiterbildung, Supervision <i>Ulrich Hentschel, Wermelskirchen / Hilarion Petzold, Düsseldorf, Amsterdam</i>	619
Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG <i>Christa Petzold, Essen / Hilarion Petzold, Düsseldorf</i>	633
Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit <i>Kurt Lückel, Bielefeld / Karl-Heinz Ladenhauf, Graz</i>	647
Weiterbildung von Lehrtherapeuten an FPI und EAG <i>Hilarion Petzold, Düsseldorf / Renate Frühmann, Salzburg</i>	659
Curriculum für die Ausbildung von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten an EAG und FPI <i>Hilarion Petzold, Ilse Orth, Düsseldorf</i>	667
Theoriearbeit an FPI und EAG: Der ZAK- Theo <i>Silke Behrend, Hamburg</i>	681
Ethische Fragestellungen in der Psychotherapieausbildung an FPI und EAG <i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	687

IV EINRICHTUNGEN UND KOOPERATIONEN	695
FPI – Institution im Wandel. Transformation aus familiären Strukturen zur Professionalität	
<i>Doris Wolff, Hückeswagen</i>	<i>697</i>
Gestalttherapie/Integrative Therapie im klinischen Bereich – Fritz-Perls-Klinikum an der Hardtwaldklinik I in Zwesten	
<i>Wolfgang Schroeder, Ulrich Wolf, Zwesten</i>	<i>703</i>
Die Elisabeth-Klinik – Klinische Weiterbildungsstätte für Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	
<i>Walter Landsberg, Dortmund</i>	<i>709</i>
Forschungsinstitut der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“	715
Kairos-Kommunität	717
Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung e.V. (DGIK), vormals DGGK 20 Jahre Berufspolitik und Öffentlichkeitsarbeit	
<i>Michael Coellen, Hamburg</i>	<i>719</i>
V PUBLIKATIONEN UND GRADUIERUNGSARBEITEN	727
Autorenverzeichnis	753

Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG

Christa Petzold, Essen, Hilarion Petzold, Düsseldorf

Definition:

»Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden ist auf die heilende und entwicklungs-fördernde Begleitung alternder und alter Menschen gerichtet und bezieht – weil »Altern ein komplexer Lebensprozeß mit physiologischen, biologischen, psychologischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Dimensionen« ist – diese Bereiche in die Interventionen, das geragogische, sozialgeragogische, gerontotherapeutische und thanatotherapeutische Handeln ein. Unser Ansatz bietet kurative und palliative Behandlungsmethoden und sieht darüber hinausgehend Wachstums- und Entfaltungsmöglichkeiten für Menschen bis ins hohe Senium. Er hat vielfältige methodische Ansätze entwickelt, diese Möglichkeiten zu fördern« (H. Petzold, Ch. Petzold).

Die Auseinandersetzung mit den Alternswissenschaften hat schon sehr früh zur Entwicklung von Theorie und Praxis in der Integrativen Therapie beigetragen und zur Wertschätzung der »Soziotherapie« (vgl. Petzold, Petzold, dieses Buch) geführt, zu einer Integration von sozialwissenschaftlichen Konzepten, die derzeit allmählich auch in die Psychotherapie Eingang finden und deren Bedeutung für klinisches Handeln gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Genannt seien rollentheoretische Überlegungen als zusätzliche Dimension der Diagnostik und als Fundierung therapeutisch-praktischen Handelns (Petzold, Bubolz 1976) oder die Aufnahme des »Interventionsbegriffes«, der durch die »Interventionsgerontologie« (Lehr 1979) fruchtbar gemacht wurde. Petzold (1979k) hat das Konzept der »Integrativen Intervention« entwickelt (ebenda, 296 ff.) mit den folgenden sechs Interventionsbereichen: *Prophylaxe* zur Vorbeugung, damit gesunde Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht beeinträchtigt werden, *Erhaltung*, durch die Vorhandenes sta-

bilisiert werden soll, *Restitution*, wodurch in kurativer Hinsicht Beschädigtes wiederhergestellt oder eingetretener Schaden gemindert werden soll, *Bewältigung*, durch die unwiederbringlich Verlorenes, irreversible Schädigungen durch Copinghilfen gestützt werden, *Repräsentation*, durch die von seiten der Helfer zusammen mit den Betroffenen deren Rechte öffentlich vertreten werden, *Amelivration*, wodurch aufgrund infrastruktureller Maßnahmen der Kontext von Hilfeleistungen besser strukturiert wird (Petzold 1982u; vgl. Heekerens 1984, der dieses Modell empirisch evaluiert hat). Ein weiteres gerontotherapeutisches Konzept, das für den Gesamtansatz Integrativer Therapie fruchtbar geworden ist, ist die *netzwerktheoretische Betrachtungsweise* mit den Interventionen in Netzwerken (Petzold 1979c; Kähler 1983) weil im Falle der Gerontotherapie besonders augenfällig deutlich wird, wie zerstörte, verarmte »social networks«, soziale Atome als verödete Mikrowelten zur Vereinsamung und Erkrankung von Menschen beitragen. Netzwerkbezogene Intervention etwa im Familiensystem, im Arbeitsfeld (Petzold, Heintl 1983), aber auch in Projekten der Stadtteilarbeit (Petzold, Zander 1985) sind hier Wege der Hilfeleistung und der praktischen Solidarität (ders. 1988d). Die *Lebensweltanalyse* und die Untersuchung von »social worlds« als Möglichkeiten einer »sozialen Diagnostik«, die wir in der Integrativen Arbeit mit alten Menschen betreiben, hat Eingang gefunden in die »prozessuale Diagnostik« unseres Gesamtverfahrens (vgl. Petzold, Fokalthherapie, dieses Buch). Von ähnlicher Bedeutung ist die »Ressourcenanalyse« auf dem Hintergrund ressourcentheoretischer Konzepte (Schneider 1979; Jerusalem 1990), die »ökologische Perspektive« (Saup 1993) oder der Einbezug von Copingstilen und Daseinstechniken (Lazarus, Launier 1978;

Thomae 1988), Attributionen und Kontrollüberzeugungen (Krampen 1989), „social support research“ (Nestmann 1988; Schuch 1990; Saup 1984) und Gesundheitspsychologie (Schwarzer 1990) in unseren Konzeptbildungen. Diese sozialpsychologischen und kognitivistischen Ansätze werden auf den Hintergrund der anthropologischen Theorie der Integrativen Therapie aus dem Gefahrenbereich einer technokratischen, sozialbehavioralen Interventionspraxis genommen. Sie bleiben vielmehr in den Kontext einer „Humanisierung der Lebenswelt“ alter Menschen gestellt (Petzold 1979f). Genau unter diesem Humanisierungsanspruch einerseits und einem metahermeneutischen Interpretationsrahmen andererseits lassen sich diese Konzepte auch in den theoretischen Fundus der Integrativen Therapie einbeziehen (ders. 1991a). Der Schwerpunkt „Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden“ an unserem Institut hat aber noch einen anderen Ertrag gebracht und einen Bereich erschlossen, der für therapeutisches Tun, für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unerlässlich ist: die Auseinandersetzung mit der Zerbrechlichkeit der menschlichen Existenz, mit Sterblichkeit, Endlichkeit, mit dem Tod. Jeder Abschied trägt nicht nur Resonanzen vergangener Abschiede in sich, sondern er trägt auch eine Vorahnung, ja einen Vorentwurf des letzten, endgültigen Abschiedes. Der Tod ist die letzte große Leistung im menschlichen Leben, das „*eschaton ergon*“ (ders. 1973a). Das Durcharbeiten der eigenen Vergangenheit und die Reflexion für die eigenen Zukunftsentwürfe im „Hier und Jetzt“ verweist den Menschen auf die „ganze Zeit“ der Lebensspanne (ders. 1981e). Psychotherapie wird durch die Anfangspunkte von Empfängnis und Geburt und den Endpunkt des Todes in eine „*chronosophische Perspektive*“ (ders. 1991o) gestellt, und das verändert die Einstellung zur Psychotherapie, ihren theoretischen Rahmen bis in das praktische Handeln hinein – dies sowohl auf der personalen Ebene des Therapeuten, der sich seiner Endlichkeit bewußt ist, als auch im Hinblick auf die Methodik. *Lebensbilanz* und *Lebenspanorama* (Petzold, Lückel

1985) wurden als zentrale, methodische Ansätze der Integrativen Therapie vor diesem Hintergrund entwickelt. Das Leben wird in einer Überschau betrachtet, durch Zwischenbilanzen gegliedert und erfährt so einen Sinnbezug, ein tiefes Verstehen des eigenen Selbst und des zwischenmenschlichen Zusammenhangs. Hier ist das *existentialistische Erbe* der Integrativen Therapie wohl noch am deutlichsten, wie es sich im „praktischen Philosophieren“ Gabriel Marcel zeigt (Berning 1972), und es wird auch der „intersubjektive hermeneutische Zugang“ Paul Ricoeurs – bei beiden Philosophen studierte Petzold – plastisch als Versuch, die eigene Lebensgeschichte und den eigenen Lebensentwurf sinnhaft zu begreifen. Sieht man die Vielzahl der Veröffentlichungen aus dem Mitarbeiterkreis des Instituts – von den Gründerpersönlichkeiten einmal abgesehen – zu dieser Thematik (man denke nur an den grundlegenden Text von Kurt Lückel [1981]), so wird deutlich, wie zentral das Thema der Finalität und der Zerbrechlichkeit für die Integrative Therapie ist. Integration als die Stabilisierung einer Integrität im Angesicht drohender Desintegration, im Angesicht des Todes also, muß als ein Leitthema für die Theorie und Praxis des therapeutischen Ansatzes an FPI und EAG gesehen werden. Die Sensibilität dieses Ansatzes für zeittheoretische Fragestellungen, die Fokussierung auf Leiblichkeit, der lebensweltliche, kosmologische Bezug ist als von den Erfahrungen im Umgang mit alten Menschen und der Begleitung Sterbender (Petzold 1980a; 1984c) maßgeblich bestimmt.

Der hier nun naheliegende Schritt zur Auseinandersetzung mit dem Thema „*Spiritualität*“, mit religiösen Fragen nach der Transzendenz, wird an FPI und EAG als Institution und im Integrativen Ansatz als theoretischem Gebäude nur angedeutet (dieses Buch, S. 717). Man ist gegenüber „New-Age-Ideologien“ skeptisch, ja eher ablehnend (Petzold 1985m, 152 ff.), so wird vorsichtig eine „*nüchterne Ontologie*“, die sich an der Wahrnehmung der Welt und nicht an einer weltenthobenen Metaphysik orientiert,

angedacht (Schmitz 1990; Petzold 1991a; Orth, dieses Buch), werden Überlegungen zu einer „säkularen Mystik“ und einer „innerweltlichen Religiosität“ im Sinne einer grundsätzlichen Verbundenheit allen Seins ange stellt (Petzold 1983e). Meditative Wege der *Besinnung*, *Betrachtung* und *Versenkung* werden durchaus als Möglichkeiten nootherapeutischer Praxis gesehen, in der es um die Auseinandersetzung mit den Werten, den Lebenszielen, der Endlichkeit, der Transzendenz geht, ohne daß hier im traditionellen Sinne „religiöse“ Orientierungen aufgenommen werden. Auch das hat die Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden beigetragen: eine Erfahrung der Vielfalt von Wertewelten, von Sinnfolien, von religiösen Überzeugungen in der letzten, extremsten Situation im Leben des Menschen, wo letztlich alle Ansprüche auf eine *einzige und allgemeingültige* Wahrheit verblasen. Die *Wertschätzung religiöser Vielfalt*, vielfältiger „Weltanschauung“ liegt in diesen Erfahrungen begründet. So ist z. B. die am Institut gelehrte „Integrative Seelsorge“ bzw. „Gestaltseelsorge“ (vgl. dieses Buch, 647 ff.) keineswegs als Curriculum zu sehen, das „Antworten“ für den angesprochenen Bereich gibt, sondern das Methoden vermittelt, wie Seelsorger im Rahmen ihrer Berufsrolle Hilfen geben können, daß ein Mensch seine persönliche Antwort in sich und im dialogischen Sinngespräch findet. „Nootherapie“, die therapeutische Arbeit, die sich mit den Fragen des Sinnes, der Werte, mit „Geistigem“ also beschäftigt und gemäß unserer anthropologischen Grundformel sich mit den „geistigen Strebungen“ des Menschen auseinandersetzt, ist den Themen Tod und Sterben in besonderer Weise zugewandt. So kommt den nootherapeutischen Fragestellungen in der *Gerontotherapie* und *Geragogik*, *Thanatotherapie* und *Thanatagogik* – Begriffe, die H. Petzold in die wissenschaftliche Literatur einführte und für die er die an FPI und EAG gelehrte Integrative sozialgerontologische Pra-



xiologie entwickelte – besondere Wichtigkeit zu (Petzold 1965; Huck, Petzold 1984; Spiegel-Rösing, Petzold 1984; Petzold/Lückel 1985). Dazu kommen auch die

Fragen nach der Auseinandersetzung mit Leid und Schmerz (Saner 1992; Hasler 1992), anthropologische und philosophische Grundfragen also, in denen philosophische Erkenntnisse im psychotherapeutischen Handlungsraum fruchtbar gemacht werden, *Philosophie als Psychotherapie* zum Einsatz kommt (Kühn, Petzold 1992), eine Tradition, die bis ins Altertum zurückgeht (Hofstätter 1992) und an die die Integrative Therapie dezidiert anschließt. Die anthropologische Frage wird also nicht nur in abstrakten Definitionen über das „Wesen des Menschen“ angegangen, sondern angebunden an konkrete Erfahrungen des Menschen über seinen Lebensverlauf hin. Glück und Freude sind dabei ebenso konstitutiv wie Altern, Leiden und Sterben (Petzold 1984c, 1985c). Die Auseinandersetzung mit gerontotherapeutischen und thanatotherapeutischen Fragestellung hat für die Integrative Therapie eine Sensibilisierung gegenüber ethischen Problemen gebracht (ders. 1978c, 1985d, 1990n; Schuch 1988, Schreyögg 1988 und der von uns organisierte „1. Europäische Kongreß für Gestalttherapie“, 1986 in Mainz mit dem Thema „Psychotherapie und Ethik“, vgl. Schmidt 1988). Daß in den Lehranalysen und Ausbildungsgruppen ethischen Fragen besondere Bedeutung zukommt, und in den Einzeltherapien die Themen Altern, Krankheit und Sterben in aktueller wie auch prospektiver Hinsicht nicht ausgeblendet werden, ist eine Auswirkung der gerontotherapeutischen, thanatotherapeutischen und aniatologischen Arbeit an FPI und EAG. Unsere Arbeit zentrierte neben der Veranstaltung von Fachtagungen (siehe unten) einerseits in der *Weiterbildung*, zum anderen in der *Forschung*. Wir haben das Forschungsprojekt

„Miteinander leben im Pensionistenheim“ der österreichischen Landesregierung supervisiert und wissenschaftlich begleitet, bei der Erstellung eines ersten Landesaltenplanes für das Land Niederösterreich gutachterlich mitgewirkt, haben Interventionsforschungsprojekte in Alten- und Pflegeheimen initiiert und wissenschaftlich betreut, haben Curricula für die Bewegungsaktivierung (Petzold, Stöckler 1988) auf der Grundlage unserer Forschungsergebnisse (Dröes 1991; Petzold, Vermeer 1986) konzipiert. Wir haben „Pro Senectute Österreich“ mitbegründet, die zentrale Einrichtung für die Mitarbeiterfortbildung im Altenbereich für Österreich. Seit 1974 werden am FPI geronto-therapeutische Weiterbildungen für den Bereich Altenbildung und für die Sterbebegleitung angeboten, seit 1978 ein Kompaktcurriculum für Arbeit mit Alten, Schwerkranken und Sterbenden. Es wurde in Deutschland bislang 7mal durchgeführt und in Österreich in Kooperation mit unterschiedlichen Trägern 12mal. Das Kompaktcurriculum umfasst folgende Seminare:

1. Seminar: Altern und Sterben als persönliche Erfahrung
2. Seminar: Praxis der Beratung und Gesprächsführung I
3. Seminar: Praxis der Beratung und Gesprächsführung II
4. Seminar: Krankheit und Tod in unserer Gesellschaft
5. Seminar: Praxisberatung und Supervision

Seither wurde eine spezialisierte Ausbildung für die Bewegungsaktivierung alter Menschen auf der Grundlage der Integrativen Bewegungstherapie entwickelt. *Multiple Stimulierung und Bewegungsaktivierung* (Petzold 1988f, 1988g) bieten neben kreativen Interventionsformen – Farben, Ton, Puppen, Poesie, therapeutisches Spiel, Theaterarbeit (ders. 1965, 1973a, 1977e, 1979c, 1979j, 1979k, 1980a; Bubolz 1979; 1983) die hervorragende Möglichkeit, alte Menschen zu erreichen und ihre Gesundheit und Mobilität zu fördern (Petzold 1991h). Mit

besonderen Interventionsformen wurde unser Ansatz für die Arbeit mit Hochbetagten, mit dementen alten Menschen bzw. Alzheimer Patienten adaptiert (Petzold, 1979k; Dröes 1991). Die bewegungstherapeutische Weiterbildungsmaßnahme enthält folgende Seminare:

1. Seminar: Einführung in die Integrative Bewegungstherapie
2. Seminar: Lebenssituation und Kommunikation
3. Seminar: Körperbild und Selbsterleben
4. Seminar: Veränderungen und Krankheiten
5. Seminar: Berufsbild und Supervision

Weiterhin haben wir Weiterbildungen für Menschen konzipiert, die in der Versorgung Schwerkranker tätig sind, spezifisch für diejenigen, die mit „professioneller Pflege“ befasst sind. Professionelle Pflege wird hier definiert:

»Professionelle Pflege ist die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines erkrankten, kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der gesunden und selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Mensch als Ganzem in lebenserhaltender, Krankheit und Sterben begleitender, heilender, lindernder Absicht, aber auch mit stützender, identitätssichernder, Lebensqualität und Entwicklung fördernder Zielsetzung. Professionelle Pflege bedient sich dabei medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktional und intersubjektiv angelegt. Sie bezieht stets gleichermaßen Pflegenden und Gepflegte als Personen ein.«

In dieser Definition wird die ganze Breite pflegerischer Tätigkeit deutlich, in die wesentliche Momente der „privaten Pflege“, für die „familiale Intimität“ kennzeichnend ist, auch noch

zu einem Teil einbezogen wird, die aber natürlich von der Pflege in der Familie auch sehr verschieden ist, allein durch das Faktum, daß sie eine Dienstleistung darstellt, allerdings eine Dienstleistung am Menschen, in der mitmenschliches Engagement, „Herz“, „inneres Beteiligtsein“ nicht ausgespart werden können. Das Spannungsfeld zwischen professioneller Tätigkeit und persönlicher Intimität, die am Krankenbett, in Situationen von Leid, Sterben und Tod aufkommt, auszuhalten und in einer menschlichen Form zu handhaben, fordert von den Pflegenden mehr als nur pflegetechnische Kompetenz und Performanz, aber genau für die Handhabung dieses Bereiches werden sie in ihrer Ausbildung nicht oder nur ungenügend ausgerüstet. Aus diesem Grunde ist das Weiterbildungsangebot am FPI und an der EAG zur Arbeit mit alten Menschen, Verwirrten, Schwerkranken, Sterbenden von großer Bedeutung für eine vertiefende Ergänzung gründständiger, pflegerischer Ausbildungen, die die Qualität der Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen in extremen Situationen ihres Lebens nachhaltig verbessern kann. Von unseren verschiedenen Projekten im Pflegebereich sei beispielhaft eine



„intramurale, gerontopsychiatrische Weiterbildung“ erwähnt und dargestellt, die darauf gerichtet ist, Stationsteams, ja die Belegschaft ganzer Einrichtungen „vor Ort“ zu schulen, weil in diesem Sektor ein besonderer Qualifizierungsbedarf besteht, einmal, weil doch ein beträchtlicher Teil der Mitarbeiter keine psychosoziale oder pflegerische Grundausbildung hat, zum anderen aber, weil in den vergangenen

zwanzig Jahren, eine Veränderung der Altersstruktur in den Hei-

men eingetreten ist: Es kommen immer mehr hochbetagte Menschen, darunter viele mit gerontopsychiatrischen Auffälligkeiten, so daß der Pflegebereich in den Altenheimen einen beständigen Zuwachs erfahren hat.

Das „gerontopsychiatrische Curriculum“

hat folgende Struktur:

- Sozialgerontologische und gerontopsychiatrische Fortbildung,
- Kurzdarstellung der Qualifikationsmaßnahme

»Zielgruppe.

Staatlich anerkannte AltenpflegerInnen, Krankenschwestern/Krankenpfleger, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen

Struktur:

Der Lehrgang dauert drei Jahre und wird in berufsbegleitender Form durchgeführt. Er umfaßt 249 Zeitstunden, aufgeteilt in 332 Unterrichtsstunden, 100 Zeitstunden Supervision und eine zweitägige Abschlußprüfung (41,5 Tage).

Ort der Durchführung:

Seniorenzentrum „Wilhelm-Lantermann-Haus“, Gneisenaustr. 47, 46535 Dinslaken

Fehlzeiten:

Bei Nichtanwesenheit von mehr als 10 % der Gesamtstundenzahl kann eine Teilnahme an der Maßnahme nicht bescheinigt werden.

Abschluß:

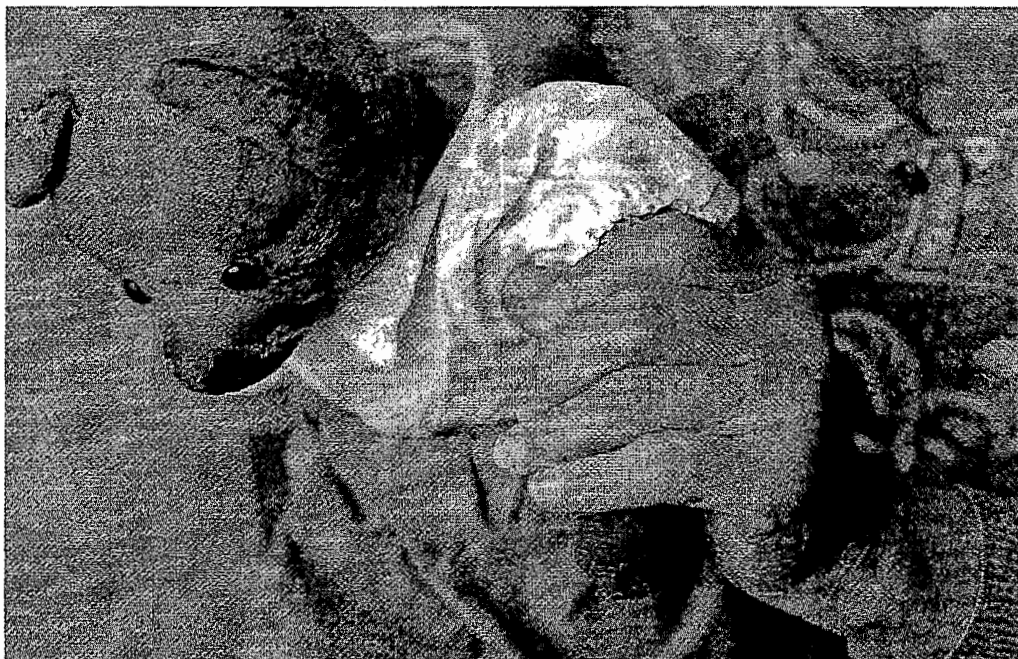
Über die erfolgte Teilnahme an dieser Weiterbildung wird ein Zertifikat über einen qualifizierten Abschluß erteilt.

Methoden:

Referate, Gruppenarbeit, Selbsterfahrungen in der Gruppenarbeit, Rollenspiele, Praktika, Besichtigungen von Modelleinrichtungen, Selbststudium.

Lernziele der Fortbildung

- Aktualisierung und Vertiefung des fachlichen Wissens
- Verbesserung der Kompetenz und Performanz im Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen
- Förderung der sozialen Kompetenz und Performanz, d. h. sich selbst in seinem Umfeld besser wahrnehmen, Bedürfnisse und Interessen anderer verantwortlich und adäquat regulieren sowie Sinn für das persönliche und gemeinschaftliche Leben gewinnen. Personale Kompetenz und Performanz besteht in der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und Selbstverwirklichung
- Förderung der sozialen Kompetenz und Performanz, d. h. die Fähigkeit, komplexe Situationen wahrzunehmen und auf sie angemessen zu reagieren
- Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu entwickeln und entsprechende Prozesse zu planen, einzuleiten und umzusetzen, in denen ein ganzheitliches Konzept der Pflege und Betreuung verwirklicht werden kann



- Sensibilität für die unterschiedlichen Bedürfnisse und Probleme der betroffenen alten Menschen zu entwickeln und neue Formen fördernder, hilfreicher Kommunikation im Umgang mit diesen kennenzulernen und anzuwenden.
- Beratungstätigkeit mit Mitarbeitern, Angehörigen und Laien durchführen zu können
- Die Lebenszufriedenheit der Betroffenen und auch die eigene Arbeitszufriedenheit fördern
- Überlastungssymptomatik rechtzeitig erkennen und Lösungsmöglichkeiten entwickeln zu können
- Ein günstiges Gruppen- und Stationsklima für Betroffene und Mitarbeiter schaffen
- Die Teilnahme am Leben im sozialen und ökologischen Milieu unterstützen und erweitern
- Förderung der eigenen Kreativität und Umsetzung in der Arbeit mit alten Menschen

Rahmenlehrplan der gerontopsychiatrischen Fortbildung

1. Einführungslehrgang (1 Tag)
 - 1.1 Allgemeine Vorstellung und Information zum Kursablauf
 - 1.2 Erwartungshaltung und eigene Bedürfnisse an die Qualifikation
 - 1.3 Austausch über Erfahrungen mit gerontopsychiatrisch erkrankten alten Menschen
 - 1.4 Aktuelle Überprüfung der Zusammenarbeit mit psychisch beeinträchtigten alten Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe
2. Mitarbeiterbezogene Aufgaben/Lerninhalte (5 Tage)
 - 2.1 Institutionsanalyse (1 Tag)
 - 2.2 Helfersyndrom – was ist das?
Normen und Werte in meiner Arbeit (1 Tag)
 - 2.3 Burnout und seine Folgen (1 Tag)
 - 2.4 Psychohygiene – Bedeutung für den beruflichen Alltag, Belastungs- und Krisenmanagement (2 Tage)
3. Betroffenenbezogene Aufgaben/Lerninhalte (6 Tage)
 - 3.1 Der alte Mensch in unserer Gesellschaft – Auswirkungen und Folgen in der Altenarbeit (1 Tag)
 - Auswirkungen der Gesundheitsreform
 - Rechtskunde – soweit es um die Belange in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch veränderten alten Menschen geht (1 Tag)
 - Einführung in die Sozialisation des Alters
 - Lernen im Alter (1 Tag)
 - 3.2 Biographisch orientierte Arbeitsweise (3 Tage)
 - Das Lebenspanorama und seine Bedeutung
 - Erstellen einer Biographie eines alten Menschen
 - Probleme bei der Erstellung und Auswertung
4. Geriatisches Basiswissen (2,5 Tage)
 - 4.1 Psychosomatik – Bezug zur Alltagssituation im Heim (1 Tag)
 - 4.2 Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder
 - 4.3 Psychosen im Alter
 - 4.4 Psychopharmaka und ihre Auswirkungen
 - 4.5 Depression im Alter – Grundformen der Angst
 - 4.6 Suchterkrankungen im Alter (1,5 Tage)
5. Schwere Krankheit, Siechtum, Sterben und Tod (7 Tage)
 - 5.1 Krankheit und Sterben als persönliche Erfahrung (4 Tage)
 - 5.2 Umgang und Therapiemöglichkeiten mit Schwerkranken und Sterbenden (Lebensbilanz)
 - 5.3 Umgang mit Trauer (1 Tag)
 - 5.4 Suizidgefährdung, Ursachen, Symptome und Verhaltensmöglichkeiten (1 Tag)
 - 5.5 Gesprächsführung mit Sterbenden und deren Angehörigen (1 Tag)
6. Kennenlernen von Interventionsstrategien in der Pflege und Betreuung psychisch veränderter alter Menschen (14 Tage)

- 6.1 Gesprächsführung – unter Berücksichtigung von Sprachstrukturen und Wahrnehmung von Körpersprache (2 Tage)
- 6.2 Kreative Medien in der Arbeit mit alten Menschen (3 Tage)
- 6.3 Multiple Stimulierung – Möglichkeiten, die Sinneswahrnehmung zu fördern und dadurch die Umwelt bewußter wieder wahrzunehmen (3 Tage)
- 6.4 Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen. Über eigenes Erleben und Selbsterfahrung wird Verständnis und Einfühlung in die Lebenssituation alter Menschen gefördert und Möglichkeiten der Bewegungs- und Erlebnisaktivierung vermittelt (3 Tage)
- 6.5 Kennenlernen der Ergotherapie in der Arbeit mit psychisch veränderten alten Menschen (3 Tage)

7. Milieubezogene Aufgaben/Lerninhalte (3 Tage)
 - 7.1 Inhalte und Ziele von Teamarbeit (1 Tag)
 - 7.2 Konflikte im Team und mit Bewohnern (1 Tag)
 - 7.3 Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit (1 Tag)
8. Repetitorium (1 Tag)
9. Abschluß der Fortbildungsqualifikationsmaßnahme (2 Tage), Mündliche und schriftliche Prüfung sowie Bericht einer Betreuungsmaßnahme eines psychisch veränderten alten Menschen.
10. Während der Ausbildung sollen 3 Einzelbetreuungen geplant und durchgeführt werden mit Dokumentation und Abschlußbericht. Diese Betreuungen werden durch Supervision begleitet.

Methodik der Wissensvermittlung

Die Fortbildung wird nach den Prinzipien und Methoden der Erwachsenenbildung durchgeführt. Methoden der didaktischen Vermittlung von Lerninhalten sind u. a. teilnehmerzentrierter Unterricht, Selbsterfahrung, Rollenspiele, Übung in der Leitung von Gruppen, Praxisberichte, Erstellen von Hausarbeiten, Projektarbeit und Praktika.

Das Lernen in dieser Fortbildung bezieht Erfahrung und Erleben des einzelnen mit ein und berücksichtigt den Teilnehmer sowohl in seinen beruflichen als auch persönlichen Befindlichkeiten, die für das Arbeitsfeld relevant sind. Die Rückkoppelung mit der Praxis erfolgt durch das Umsetzen des Gelernten am Arbeitsplatz und durch die Einzelfallberichte. Auch hier leistet die Gruppe Reflexionsarbeit.«

Die Integrative Therapie und ihre verschiedenen methodischen Ansätze eignen sich in besonderer Weise für die Arbeit mit alten Menschen. Es wurde damit ein Aufgabenfeld in Angriff genommen, das bislang von den etablierten, großen Verfahren der Psychotherapie sträflich vernachlässigt worden war – sie partizipierten damit an der kollektiven Verdrängung dieses Themas. Unsere Projekte haben uns aber gezeigt, daß es sich hier um eine äußerst lohnenswerte Arbeit handelt: nicht nur, daß alte Menschen auf psychotherapeutische und kreativtherapeutische Angebote sehr gut ansprechen, man also wirklich effektive Hilfeleistung gibt. Es wird darüber hinaus ein Beitrag zu einem Bereich geleistet, der immer noch im gesellschaftlichen Abseits liegt und an dem sich die Inhumanität in besonderer Weise zeigt. FPI und EAG werden deshalb weiterhin im gerontherapeutischen Feld engagiert bleiben.

LITERATUR

- Berning, V., Gabriel Marcel und Maine de Biran. Ein Vergleich: *Theologie und Philosophie* 47 (1972) 402-408.
- Bubolz, E., *Bildung im Alter*, Freiburg 1983.
- Bubolz, E., Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 343-383.
- Dröes, R.M., *In beweging*, Krips Repro, Meppel 1991.
- Hasler, U., Überlegungen zu einer integrativen Anthropologie des Schmerzes, Graduiierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1992.
- Heckerens, H.P., Aspekte der Berufstätigkeit von Gestalttherapeuten, *Integrative Therapie* 1/2 (1984) 162-170.
- Hofstätter, P.R., Der Primat des Handelns in der Philosophie nach Seneca, in: *Kühn, Petzold* (1992) 29-58.
- Huck, K., Petzold, H.G., Death Education, Thanatagogik – Modelle und Konzepte, in: *Spiegel-Rösing, Petzold* (1984) 501-576.
- Jerusalem, M., *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Kähler, H.D., Der professionelle Helfer als Netzwerker, *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit* 4 (1983) 225-244.
- Krampen, G., Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Kühn, R., Petzold, H.G. (Hrsg.), *Psychotherapie & Philosophie. Philosophie als Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn 1992.
- Lazarus, R.S., Launier, R., Stress-related transactions between person and environment, in: *Pervin, Levis* (1978) 287-327.
- Lehr, U., *Psychologie des Alterns*, Quelle & Meyer, Heidelberg 1979, 1984².
- Lückel, K., *Begegnung mit Sterbenden*, Kaiser, München 1981.
- Lückel, K., Landenhaupt, K., *Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit*, dieses Buch.
- Nestmann, F., *Die alltäglichen Helfer*, de Gruyter, Berlin 1988.
- Pervin, L., Levis, M., *Perspectives in interactional psychology*, Academic Press, New York 1978.
- Petzold, H.G., Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 1965 1-16 ; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G., *Gestalttherapie und Psychodrama*, Nicol, Kassel 1973a.
- Petzold, H.G., Integrative Geragogik – Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen, 1977e, in: *Petzold, Brown* (1977) 214-246; repr. (1985a) 31-68.
- Petzold, H.G., Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
- Petzold, H.G., Das Therapeutische Theater V.N. Iljines in der Arbeit mit alten Menschen, *Zeitschrift f. Hum. Psychol.* 3/4 (1979j) 105-119.
- Petzold, H.G., *Psychodrama-Therapie. „Beihefte zur Integrativen Therapie“ 3*, Junfermann, Paderborn 1979k, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G., Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4 (1979l) 54-63.
- Petzold, H.G., Integrative Arbeit mit einem Sterbenden, *Integrative Therapie* 2/3 (1980a) 181-193; engl. Gestalt Therapy with the dying patient, *Death Education* 6 (1982) 246-264.
- Petzold, H.G., Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, 1981e, in: *C. Bachmann, Kritik der Gruppendynamik*, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G., Integrative Intervention – a system approach to the planning and realization of drug therapy programs, Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence, 22.-26.3.1982, Bangkok, International Concil on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982u, 260-276.

- Petzold, H.G., Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie, 1983e in: *Petzold* (1983d) 53-100.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983d.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen, 1984c in: *Petzold, Spiegel, Rösing* (1984) 431-501.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., Die Verletzung der Alterswürde – zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, 1985c, in: *Petzold* (1985a) 553-572.
- Petzold, H.G., Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung, 1985m, in: *Petzold, Scharfe* (1985) 131-158; repr. (1986a) 223-250.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Friedensarbeit, Junfermann, Paderborn 1986a.
- Petzold, H.G., Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der „Integrativen Bewegungstherapie“, Teil I, *Integrative Therapie* 4 (1988d) 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. in (1988n) 173-283).
- Petzold, H.G., „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“, 1988f, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 65-86.
- Petzold, H.G., Bewegungsaktivierung in der Arbeit bei alten Menschen, 1988g, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 87-96.
- Petzold, H.G., Ethische Konzepte für die Psychotherapie – Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie, *Gestalt* 9 (1990n, Zürich) 6-12 und Beitrag Ethik, dieses Buch.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie, Bd. I: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., Die Behandlung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen, 1991h, in: *Willke, Hölter, Petzold* (1991) 413-446.
- Petzold, H.G., Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographischer Narration, 1991o, in: *Petzold* (1991a) 333-444.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie, Bd. II: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., Fokale Kurzzeittherapiebehandlung in der Integrativen Therapie – Prinzipien, Methoden, Techniken, 1993q, dieses Buch.
- Petzold-Heinz, I., Literarische Werkstätten im Altenheim, in: *Petzold, Orth* (1985a) 377-386.
- Petzold, H.G., Bubolz, E., Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H.G., Heintz, H., Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., Lückel, K., Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden, 1985, in: *Petzold* (1985a) 467-499.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in: *Petzold* (1992a) 1263-1290.
- Petzold, H.G., Stöckler, M., (Hrsg.) Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Petzold, H.G., Vermeer, A., Acüef blijven in de ouderdom door sport, spel en dans, *Bewegen & Hulpverlening* 2 (1986) 101-117.
- Petzold, H.G., Zander, B., Stadtteilarbeit mit alten Menschen – ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation, in: *Petzold* (1985a) 159-201.
- Saner, H., Die Grenzen des Ertragbaren – Zur Phänomenologie chronischer Schmerzen, in: *Kühn, Petzold* (1992) 15-28.
- Saup, W., Übersiedlung ins Altenheim, Beltz, Weinheim 1984.

- Saup, W., Konstruktives Altern, Hogrefe, Göttingen 1991.
- Saup, W., Alter und Umwelt – Eine Einführung in die ökologische Gerontologie, Kohlhammer, Stuttgart 1993.
- Schmitz, H., Der unerschöpfliche Gegenstand, Bouvier, Bonn 1990.
- Schneider, H.D., »Ressourcen« im Alter, *Z. f. Gerontologie* 12 (1979) 426-438.
- Schreyögg, A., Supervision und Ethik. Überlegungen zum Stellenwert von Ethik in der Psychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 158-171.
- Schuch, B., Zum gegenwärtigen Stand der Social-support-Forschung, *Gruppendynamik* 2 (1990) 221-234.
- Schuch, H.W., Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 108-131.
- Schwarzer, R., Gesundheitspsychologie, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (Hrsg.), Die Begleitung Sterbender – Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1984, 1992².
- Thomae, H., Das Individuum und seine Welt, Hogrefe, Göttingen 1988².
- Wilke, E., Hölter, G., Petzold, H.G. (Hrsg.), Tanztherapie – Theorie und Praxis. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1991.