



FAMILIENBERATUNGSSTELLEN
FÜR SCHWER UND CHRONISCH KRANKE
UND DEREN ANGEHÖRIGE

LINZ | ALKOVEN | BRAUNAU | FREISTADT | GMUNDEN | HALLEIN



aquanum

QUALITÄT
AUS
GÄSTEBUCH

Barrierefreie Lösungen für Ihr Badezimmer

Eine nachträglich eingebaute **Badewannentüre** oder ein **Duschhocker** machen die tägliche Pflege sofort einfacher. **aquanum**, Ihr Spezialist aus Enns, bietet vom hochwertigen Haltegriff bis zum kompletten Badumbau in wenigen Tagen **schnell und einfach Erleichterung**.



Lösungen für
Duschen



Lösungen für
Badewannen



Jetzt **kostenlosen Beratungstermin** vereinbaren!

07223 22299 www.aquanum.at

aquanum gmbh Ferdinand-Porsche-Straße 1, A-4470 Enns, office@aquanum.at



Raumdüfte
für die Sinne

Chemiefreie
Haushaltsreinigung

Beauty & Wellness
natürlich für mich

rein!zeit

natürlich für mich



ReinZeit HandelsGmbH, Teichweg 2, A-4501 Neuhofen, Tel: +43 (0)7227 20877, www.reinzeit.com

Vertrauen aufbauen – Zuversicht fördern



Für Angehörige und für die ganze Familie stellt eine schwere oder chronische Erkrankung eines Familienmitglieds eine sehr belastende Herausforderung dar, die oft das gewohnte Leben völlig verändert. Die neue Lebenssituation ist ohne Unterstützung kaum zu bewältigen.

Die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und zielgerichtete Unterstützung zu geben, dieser Aufgabe hat sich der Verein Zellkern verschrieben. Nicht nur die unbürokratische Soforthilfe, sondern insbesondere die Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche sind Schwerpunkte der Zellkern-Familienberatungsstellen.

Vertrauen aufbauen und Zuversicht fördern: Gerade im Angesicht schwerer Erkrankungen ist das ein schwieriges Unterfangen, für das professionelle Hilfe von außen ein Segen sein kann. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zellkern-Familienberatungsstellen leisten einen unschätzbaren Beitrag für das Gelingen eines Alltags, der von den Betroffenen viel Kraft erfordert.

Ich bedanke mich herzlich für das großartige Engagement aller Beteiligten und dafür, dass die konkrete Hilfe, dort wo sie dringend notwendig ist, zur Verfügung gestellt wird. Ganz besonders bedanke ich mich dafür, dass seit 20 Jahren die Zellkern-Kinderferienwoche organisiert wird: ein wunderschönes Geschenk für Kinder aus betroffenen Familien.

Ich wünsche dem Verein, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern viel Kraft und Mut für die Aufgaben, und den Betroffenen, die hier Unterstützung suchen und finden, viel Lebensmut und Lebensfreude.

Mag. Thomas Stelzer
Landeshauptmann

Hilfe und Begleitung in schwierigen Zeiten!



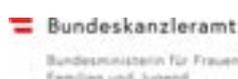
Wenn Menschen die Diagnose einer schweren oder unheilbaren Krankheit erhalten, ist kompetente Beratung und Unterstützung wichtig. In diesem Bereich leistet der 1990 gegründete Verein Zellkern vorbildliche Arbeit. Er entwickelte sich zu einem unverzichtbaren Partner der Stadt Linz in Sachen Gesundheit.

Das breite Angebot reicht von psychotherapeutischer Begleitung über medizinische Beratung bis hin zu speziellen Gruppenangeboten für Kinder und Jugendliche. Ein wesentliches Ziel ist es, den Erkrankten während der oft langwierigen Behandlung ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu bieten und die Patientinnen und Patienten mit psychologischen Ratschlägen zu begleiten und zu unterstützen. Das kompetente Beratungsteam vermindert die soziale und seelische Belastung der Betroffenen und eröffnet Perspektiven.

Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Vereins, für ihr einzigartiges Engagement im Dienste der Gesundheit und der Menschen. Für die Zukunft wünsche ich weiterhin viel Kraft und Ausdauer für die bevorstehenden Aufgaben.

Klaus Luger
Bürgermeister der Landeshauptstadt Linz

Gefördert von:



Liebe Leserinnen und Leser!



Seit der Vereinsgründung im Jahr 1990 liegt der Schwerpunkt unserer Arbeit auf der Begleitung schwer und chronisch Kranker und ihrer Angehörigen.

Die Diagnose einer schweren Erkrankung stellt einen Einschnitt in alle Lebensbereiche dar und erschüttert in vielen Fällen den Alltag der gesamten Familie.

Für die Krankheitsbewältigung ist daher neben der notwendigen medizinischen Therapie psychosoziale Begleitung von großer Bedeutung.

Der ganzheitliche Ansatz unseres Beratungs- und Begleitangebotes ermöglicht eine umfassende Sicht auf die individuelle Situation der Betroffenen und öffnet den Weg zu Entlastung und Neuorientierung. Denn über die eigenen Ängste, Sorgen und Unsicherheiten reden zu können, befähigt, wieder Mut zu schöpfen und Kraft für die Entwicklung neuer Lebensperspektiven zu finden.

Unsere Beratungs-/Therapiestatistiken zeigen seit Jahren einen ungebrochenen Aufwärtstrend. Oberste Priorität unseres Teams ist, rasche Unterstützung anbieten zu können. Die Diagnose einer mitunter lebensbedrohlichen Krankheit fordert unmittelbare Hilfe und Unterstützung, monatelange Wartezeiten sind unserer Zielgruppe nicht zumutbar. Als kleinen Verein stellt uns die große Nachfrage aber vor massive Herausforderungen,

Subventionskürzungen treffen uns daher in besonders drastischer Weise. Mehr Beratungen, aber weniger Mittel: Seit Jahren ist der Spagat zwischen Finanzknappheit und steigender Nachfrage nur durch Spenden und die intensive Mitarbeit vieler ehrenamtlich tätiger Therapeutinnen und Therapeuten möglich. Im Sinne unseres ständigen Bemühens, so ressourcensparend wie möglich zu arbeiten, legen wir Ihnen heuer anstelle des seit der Vereinsgründung jährlich veröffentlichten Jahresberichtes eine Vereinsschrift vor, die neben neuen bzw. aktualisierten Beiträgen eine Auswahl an Artikeln der letzten Jahre zu aktuellen Themen beinhaltet. Unsere Jahresstatistik und den Finanzbericht finden Sie auf unserer Homepage. Dank an dieser Stelle an das Druckservice Mutterthaler, das uns diese Ausgabe wieder kostenfrei zur Verfügung gestellt hat!

In der Hoffnung, dass Ihnen die vorliegende Publikation nicht nur einen kleinen Einblick in unsere Arbeit vermitteln, sondern auch interessante Informationen bieten möge, wünsche ich Ihnen alles Gute, Gesundheit und Optimismus!

Mag. Klaudia Hanke-Krenmayr
Geschäftsführerin Verein ZELLKERN

BUCHSCHARTNER



Kanalservice GmbH
Kanal- und Rohrreinigung

- Hochdruck-Kanalreinigung
- Kanal-TV-Inspektion
- Kanal Dichtheitsprüfung

VERSTOPFUNGS- UND ENTSORGUNGSNOTDIENST

Entsorgung von: • Ölabscheider • Fettabscheider • Bohremulsionen • Bio-Kläranlagen
• Senkgruben • Sandfänge • Betonschlämme • Sickerschächte • Klärschlemme



06232/3233

5310 Tiefgraben/Mondsee, Mühlendorfstraße 58
office@bskanalservice.at, www.bskanalservice.at

Unser Beratungsangebot finden Sie an folgenden Standorten:

VEREINSSITZ:

4020 LINZ, Landstraße 35b

Mag. Klaudia Hanke-Krenmayr,
Geschäftsführerin, Tel. 0732 608560,
office@zellkern.at, klaudia.hanke@zellkern.at
www.zellkern.at

BERATUNGSTEAMS:

4020 LINZ, Landstraße 35b

Terminvereinbarungen: 0732 608560
Dr. Rudolf Fessler, Psychotherapeut
Dr. Renate Garantini, Rechtsanwältin
Dr. Hanns Hauser, Arzt und Onkologe
Mag. Brigitte Humer, Psychotherapeutin
Mag. Andrea Keck, Psychotherapeutin
Helene Mayrwöger, MEd, Psychotherapeutin
DSA Petra Bohaumilitzky, MSc, Psychotherapeutin
Mag. Michaela Jurda-Nosko, MSc, Psychotherapeutin
Sebiha Muslu, MSc, Psychotherapeutin
Friederike Schütz, DGKS, Psychotherapeutin
Mag. Marlene Bayer, Psychotherapeutin i.A.u.S.
Birgit Ebner, DGKS, Psychotherapeutin i.A.u.S.
Mag. Renate Habermayer, Psychotherapeutin i.A.u.S.
Peter Huber, Psychotherapeut i.A u.S.
Yvonne Mairinger, Psychotherapeutin i.A.u.S.
Mag. Otto Oberlechner, Psychotherapeut i.A.u.S.
Klaudia Petrasch-Neugebauer, DGKS,
Psychotherapeutin i.A.u.S.
Dr. Elke Prenneis, Ärztin, Psychotherapeutin i.A.u.S.
Anneliese Steiner, Psychotherapeutin i.A.u.S.

4072 ALKOVEN, Arkadenweg 4

Mag.(FH) Christine Daxner-Genger, Psychotherapeutin
Termine: 0650 8109121

5280 BRAUNAU, Jahnstraße 1 (OÖGKK)

Mag. Sabine Nimmervoll,
Klinische Psychologin, Psychotherapeutin
Termine: 0664 4253989, office@zellkern.at

4240 FREISTADT, Hauptplatz 16

Helene Mayrwöger, MEd, Psychotherapeutin
Termine: 0650 3755546,
office@psychotherapie-mayerwoeger.at

4810 GMUNDEN, Annastraße 2b

DSA Judith Söllradl, MSc, Psychotherapeutin
Termine: 0699 11944622
Mag. Annelies Waß, Psychologin
Termine: 0664 5239900

5400 HALLEIN, Pingitzzerkai 8

DSA Karin Gois, Sozialarbeiterin
Joanna Paulus, Ehe- und Familienberaterin
Mag. Annelies Waß, Psychologin
Termine: 0650 2433143, zellkern-hallein@gmx.at

VEREINSVORSTAND:

Obmann: Dr. Erwin Walter
Obmann-Stv.: Mag. Andrea Keck
Kassierin: Marianne Tammegger, MBA
Kassierin-Stv.: Dr. Rudolf Fessler
Schriftführer: Dr. Hanns Hauser
Schriftführer-Stv.: Dr. Christine Schatz

i.A.u.S. = in Ausbildung und Supervision

HERZLICHEN DANK AN ALLE DIE UNS UNTERSTÜTZEN!

Als gemeinnütziger Verein sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen!

- ✂ Danken möchten wir allen, die unsere Arbeit in den letzten Jahren durch eine Spende unterstützt haben,
- ✂ allen treuen und allen neuen Zellkern-Mitgliedern, die durch ihren Mitgliedsbeitrag unsere Arbeit fördern,
- ✂ dem Lions Club Johannes Kepler Linz und Licht ins Dunkel für die Unterstützung unserer Zellkern-Kinderwoche
- ✂ und allen Unternehmen und Organisationen, die in dieser Ausgabe inseriert bzw. einen Druckkostenbeitrag geleistet haben.

Nur dank Ihrer Unterstützung ist uns die Aufrechterhaltung unseres kostenfreien Angebotes für Erkrankte und deren Angehörige möglich!

Zellkern ist Träger des Spendengütesiegels und alle Spenden an unseren Verein sind steuerlich absetzbar! Für die Meldung beim Finanzamt benötigen wir bitte Ihren Namen (Vor- und Zuname so wie in Ihrem Meldzettel angeführt) und Ihr Geburtsdatum.

Neue Vereinsmitglieder sind uns herzlichst willkommen: Bitte melden Sie sich einfach per E-Mail (office@zellkern.at) oder telefonisch unter 0732 608560 an.

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag von € 35,- und auch alle Spenden bitten wir Sie auf unser Vereinskonto zu überweisen:

Verein ZELLKERN, Hypo OÖ, IBAN AT96 5400 0000 0031 4088, BIC: OBLAAT2L

LICHT INS DUNKEL



Unsere Zellkern-Außenstellen

Neben unserer Zentrale in Linz finden Sie uns auch in fünf Außenstellen:

ZELLKERN-AUSSENSTELLE ALKOVEN

Arkadenweg 4

Mag.(FH) Christine Daxner-Genger

Termine: 0650 8109121



Der Standort Alkoven wurde im November 2014 ins Leben gerufen und befindet sich in den Räumlichkeiten der Musikschule in Hartheim. Von Beginn an wurde das Angebot im Bezirk Eferding willkommen geheißen und wird besonders von der Gemeinde Alkoven gefördert.

Mein Name ist Mag.(FH) Christine Daxner-Genger, ich bin Psychotherapeutin für systemische Therapie- und Familientherapie und betreue die Außenstelle Alkoven von Beginn an. Mein Hauptanliegen ist es, mit den Betroffenen einen Lebensstil zu erarbeiten, der an die veränderte Situation einer chronischen Erkrankung angepasst ist – nach dem Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky.

Das Angebot wird derzeit von Betroffenen sowie von Angehörigen genutzt, die hier eine Anlaufstelle für ihre Sorgen und Anliegen gefunden haben.

„Den bisherigen Lebensplan umzuschreiben, weil sich die Diagnose einer schweren Krankheit in den Weg gestellt hat – das ist Lebenskunst.“

(Zitat einer Betroffenen)

ZELLKERN-AUSSENSTELLE BRAUNAU

Jahnstraße 1

Mag. Sabine Nimmervoll

Termine: 0664 4253989



Die ZELLKERN-Außenstelle befindet sich in Räumlichkeiten der Gebietskrankenkasse Braunau, ist von dieser jedoch völlig unabhängig.

Mein Name ist Sabine Nimmervoll, ich betreue als klinische Psychologin und Psychotherapeutin die Außenstelle Braunau.

Ich unterstütze und begleite schwerkranke Menschen und deren Angehörige, damit sie ihre eigenen Ängste und Sorgen, aber auch Belastungen und Krisen in der Paar- und Familienbeziehung, die durch die Erkrankung aufzubrechen drohen, thematisieren und bearbeiten können.

Die Krankenhäuser und Ärzte der Region sowie das LKH Salzburg sind wichtige und hilfreiche Kooperationspartner, indem sie Betroffene über unser Angebot informieren.

Durch die gute Vernetzung der verschiedenen regionalen Sozialeinrichtungen ist es möglich, schnell und unbürokratisch das passende Hilfsangebot umsetzen zu können.

Ein besonderer Dank gilt der mobilen Hospiz und Trauerbegleitung des Roten Kreuzes, die ein wichtiger Partner unserer Beratungsstelle ist.

KEINE SORGEN.

Gerald Waglhuber

Mobil: +43 664 4036069, email: g.waglhuber@ooev.at

VERSICHERN | VORSORGEN | LEASEN | BAUSPAREN

Ober  **österreichische**
www.keinesorgen.at



Dallmayr

VENDING & OFFICE

Gablonzerstraße 62 · 4550 Kremsmünster

Tel. 07583/5060

www.dallmayr.at

ZELLKERN-AUSSENSTELLE FREISTADT

Hauptplatz 16

Helene Mayrwöger, MEd

Termine: 0650 3755546

Sonja Gattringer

Termine: 0664 2223505



Die Beratungen finden in den Räumen der psychotherapeutischen Praxis von Helene Mayrwöger statt. Zuweisungen erfolgen über die ortsansässige Tagesklinik, die Sozialservicestelle Freistadt und über Haus- und Fachärzte der Region. Immer mehr Klientinnen und Klienten kommen auch aufgrund von Mundpropaganda.

Unsere Mitarbeiterinnen betreuen in Form von Beratung und Psychotherapie. Die Problemstellungen der Klientinnen und Klienten sind vielfältig. Erwachsene aller Altersgruppen kommen in unsere Außenstelle Freistadt, sei es aufgrund einer eigenen schweren Erkrankung oder als Angehörige.

Helene Mayrwöger, Sozialpädagogin und personenzentrierte Psychotherapeutin, bietet als besonderen Schwerpunkt die psychotherapeutische Betreuung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen an. Auf diesem immer wichtiger werdenden Gebiet verfügt sie nach langjähriger Praxis über umfangreiche Erfahrungen.

Sonja Gattringer, Sozialpädagogin und Psychotherapeutin i.A.u.S., arbeitet unter anderem auch mit gehörlosen Menschen und verfügt über gute Kenntnisse in der Gebärdensprache.

ZELLKERN-AUSSENSTELLE GMUNDEN

Annastraße 2b

DSA Judith Söllradl, MSc

Termine: 0699 11944622

Mag. Annelies Waß

Termine: 0664 5239900



Die Räumlichkeiten in der Annastraße 2b werden von der Stadtgemeinde Gmunden unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Judith Söllradl, Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin (Existenzanalyse), ist seit 2006 als Beraterin für den Verein Zellkern tätig. Als Sozialarbeiterin unterstützt sie in Gmunden Betroffene und Angehörige in allen psychosozialen und sozialrechtlichen Angelegenheiten. Ihre Klientinnen und Klienten benötigen nicht nur Beratung in finanziellen und organisatorischen Angelegenheiten, sondern auch Begleitung in ihren ganz persönlichen Anliegen und psychischen Belastungen, die durch eine schwere oder chronische Erkrankung hervorgerufen wurden. Als Psychotherapeutin (Existenzanalyse) kann Judith Söllradl auch in diesen Bereichen professionell unterstützen und begleiten.

Annelies Waß, Psychologin, die schon seit vielen Jahren als Mitarbeiterin und Leiterin im Zellkern Hallein tätig ist, verstärkt seit Jänner 2017 nun auch unser Team in Gmunden.

Dem Team ist es ein Anliegen, chronisch Kranke und Angehörige empathisch und wertschätzend durch Veränderungs- und Bewältigungsprozesse hindurch zu begleiten und sie in schwierigen Lebensphasen zu unterstützen, sodass sie wieder Zugang zu ihren Kräften und Ressourcen finden.



ZELLKERN-AUSSENSTELLE HALLEIN

Pingitzzerkai 8

Termine: 0650 2433143

zellkern-hallein@gmx.at

Wir sind ein Team mit drei Mitarbeiterinnen:

DSA Karin Gois – Sozialarbeiterin

Dipl.-EFL Joanna Paulus – Ehe- und Familienberaterin

Mag. Annelies Waß – Psychologin



Unsere unterschiedliche professionelle Ausrichtung erlaubt uns, viele verschiedenartige Beratungsanliegen gut abzudecken:

Karin Gois mit ihrer langjährigen Erfahrung in der Elternberatung und ihrer guten Vernetzung mit diversen Institutionen steht mit Rat und Tat in sozialarbeiterischen Fragen zur Verfügung. Ihr ist es zu verdanken, dass uns die Gemeinde Hallein kostenlos einen Beratungsraum zur Verfügung stellt.

Joanna Paulus leitet seit einigen Jahren eine Aufstellungsgruppe, in und mit der sie unter anderem auch Krankheitssymptome aufstellt. Gerade in der Beratung von chronisch Erkrankten ist die Symptomaufstellung oft sehr aufschlussreich.

Zusätzlich betreut sie ein Migrantinnenprojekt in Zusammenarbeit mit dem Interkulturellen Verein Hallein. In diesem vom Referat Jugend, Generationen, Integration des Landes Salzburg geförderten Projekt werden für Frauen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen Beratungen (auch mit Dolmetscher) angeboten.

Annelies Waß legt als Gesundheitspsychologin ihren Schwerpunkt auf die Beratung im primär- bzw. sekundärpräventiven Bereich. Zusammen mit Joanna Paulus bietet sie auch Paarberatung für chronisch Erkrankte und deren Angehörige an.

Zellkern Hallein ist Mitglied im Gesundheitsnetzwerk Tennengau.

Durch eine gute Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement des Halleiner Krankenhauses können Betroffene bereits vor ihrer Entlassung mit Zellkern in Kontakt kommen.

Die Geschichte des Vereins Zellkern

Ein Rückblick des Vereinsobmanns und Gründungsmitglieds Dr. Erwin Walter



Im Zuge meiner langjährigen beruflichen Tätigkeit als Arzt und Psychotherapeut kam ich u.a. auch mit vielen Krebspatienten in Kontakt und wusste um ihre Ängste und Bedürfnisse. Daher zögerte ich nicht, meine Mitarbeit anzubieten, als mir im Jahr 1990 die Idee vorgestellt wurde, eine niederschwellige Anlaufstelle für Krebspatienten und ihre Angehörigen aufzubauen. Den Verein, den die Sozialpädagogin Mag. Sabine Binder, die Lebens- und Sozialberaterin Krista Plattner und ich gründeten, nannten wir „ZELLKERN“: Jeder Organismus besteht aus Zellen, und in den Zellen ist der Zellkern das Allerwichtigste, denn aus ihm entsteht neues Leben. Mit dieser Hoffnung vermittelnden Bild vor Augen wählten wir den Vereinsnamen. Am Beginn unserer Vereinstätigkeit standen intensive Recherchen in ganz Österreich, als Vorbild diente uns der im Jahr 1988 gegründete Verein „Netzwerk Krebs“

in Innsbruck, mit seinem psychoonkologischen Schwerpunkt.

Bevor wir im November 1990 offiziell an unserem ersten Beratungsstandort in Linz, damals in der Harrachstraße, starten konnten, führten wir zahlreiche Gespräche mit Verantwortlichen in Krankenhäusern und Sozialeinrichtungen, beim Land Oberösterreich und mit der Stadt Linz. Die ersten Zusagen für finanzielle Unterstützungen erlaubten uns den Aufbau struktureller Rahmenbedingungen; bereits im ersten Jahr konnten wir mehr als 300 Beratungen durchführen.

Neben den Fördermitteln des Gesundheitsfonds, mit denen uns das Land Oberösterreich von Beginn an subventioniert, erhalten wir seit 1992 aufgrund der Anerkennung als Familienberatungsstelle auch die entsprechenden Fördermittel des für uns zuständigen Bundesministeriums.

Die Nachfrage nach unserem Beratungs-, Kurs- und Seminarangebot wuchs von Jahr zu Jahr. Dementsprechend wuchs auch unser multiprofessionelles Team aus ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und JuristInnen. Die breitere Angebotspalette und die dementsprechend größere Klientenzahl veranlasste uns 1993, unseren Standort in Linz in größere Räumlichkeiten in der Scharitzerstraße zu verlegen.

Schon in den ersten Jahren zeigte sich außerdem deutlich die Notwendigkeit, unsere Zielgruppe auszuweiten: Nicht nur an Krebs Erkrankte brauchten dringend psychosoziale Unterstützung, sondern auch die – immer größer werdende – Gruppe von chronisch Kranken.

Aber nicht nur in Bezug auf die Zielgruppe, auch in Hinblick auf die räumliche Erreichbarkeit entschlossen wir uns zu einer Verbreiterung unseres Angebotes und begannen Außenstellen in Bezirksstädten zu gründen. Nach Gmunden (Anfang 1997) entstanden Standorte auch in Steyr, Freistadt, Braunau, Schärding und Wien, von denen einige leider wegen Finanzierungsproblemen im Lauf der Zeit wieder geschlossen werden mussten. Das schwierige Thema Finanzierung war von Anfang an und bleibt wohl auch für die Zukunft eine große Herausforderung. Den Spagat zwischen dem ständig wachsenden Beratungsbedarf und den gleichbleibenden, z. T. sogar reduzierten, Mitteln der öffentlichen Hand zu schaffen, gestaltet sich zunehmend schwieriger und stellt eine faktische Obergrenze für die Ausweitung unseres Angebotes dar.

Die nächsten Jahre waren geprägt von der Intensivierung der Zusammenarbeit und Vernetzung mit Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen. Unser Verein organisierte zahlreiche Vorträge und Seminare, beteiligte sich an Gesundheitsmessen und verstärkte die Öffentlichkeitsarbeit, um u. a. einen Beitrag zur Enttabuisierung des Themas Krebs zu leisten.

Im Laufe der Zeit zeigte sich auch, dass zunehmend Angehörige von schwer und chronisch Kranken Rat und Hilfe suchten. Wir erweiterten unseren Fokus daher auf deren Bedürfnisse und schlossen sie in unser Angebot ein. In weiterer Folge konnten wir dank einer Kooperation mit der Gebietskrankenkasse OÖ mit der psychotherapeutischen Begleitung für betroffene Kinder starten. 1997 organisierten wir erstmals auch die bis heute bestehenden Kindererholungstage „Urlaub ohne Sorgen“.

Im Jahr 2000 ergab sich durch meine Übersiedlung nach Salzburg die Möglichkeit zur Errichtung einer weiteren Außenstelle, und zwar in Hallein. Dort starteten wir 2011 auch ein spezielles Projekt, im Rahmen dessen wir mit Hilfe einer Subvention des Landes Salzburg Gesundheitsberatung für Migrantinnen anbieten. Gerade in der Gruppe der weiblichen Migranten kommt es vielfach zu einer Anhäufung gesundheit-

licher Belastungsfaktoren, die oft schwerwiegende psychische und physische Auswirkungen zeigen.

2014 gründeten wir eine weitere Außenstelle in Alkoven.

Unsere bisher letzte Entwicklungsetappe stellte die Übersiedlung an einen neuen Standort in Linz dar: Seit Ende 2015 befindet sich unser Vereinssitz in Linz in der Landstraße 35b.

Die Arbeit unseres Vereins wurde über die Jahre unterschiedlich gewürdigt; 2003 bekamen wir das Spendengütesiegel, 2005 erhielt Frau Plattner für ihre Tätigkeit als Vereinsgründungsmitglied und langjährige Geschäftsführerin das „Silberne Ehrenzeichen des Landes ÖO“ überreicht.

Unser Ziel ist es seit Anbeginn, Menschen, die von einer schweren Erkrankung betroffen sind, bei der Bewältigung ihrer massiv veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

Die Situation unserer Anfangsjahre lässt sich – zum Glück – kaum mehr mit heute vergleichen, vieles hat sich zum Positiven verändert: von optimierten Therapiemöglichkeiten über verbesserte Heilungschancen bis hin zu einem gewandelten gesellschaftlichen Bewusstsein und einer Enttabuisierung des Themas Krebs. Trotz der Fortschritte stellt die Diagnose einer schweren Erkrankung aber nach wie vor eine außergewöhnliche Belastung sowohl für den Kranken als auch für seine Umgebung dar.

In unserem Selbstverständnis sahen wir unser Beratungsangebot immer als Ergänzung zu medizinischen Behandlungen. Die wesentliche Zielsetzung ist es auch heute noch, Betroffene so zu begleiten, dass es ihnen möglich ist, den oftmals langwierigen Behandlungsweg zu meistern und physische und psychische Ressourcen zu mobilisieren.

Von Beginn an hatten wir das Glück, engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Freiwillige und Ehrenamtliche zu haben, die mit Herz, fachlicher Kompetenz und hohem Arbeits- und Zeitaufwand Zellkern zu der geschätzten Einrichtung gemacht haben, als die sie heute bekannt und anerkannt ist. Dafür gebührt jedem Einzelnen höchste Anerkennung – beginnend von den Geschäftsführerinnen über die Beraterinnen und Berater, Therapeutinnen und Therapeuten bis zu Projektmitarbeiterinnen und Hilfskräften. Besonders erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang die Beraterinnen in den Außenstellen, die bedingt durch die knappen Ressourcen mit äußerst geringer administrativer Unterstützung völlig selbstständig arbeiten müssen. Vom Einsatz engagierter Menschen lebt jeder Verein – ohne sie wäre auch die kontinuierliche positive Entwicklung unserer Familienberatungsstellen über die Jahrzehnte nicht möglich gewesen.

Danke an alle, die uns begleitet haben!

Der Weg der kleinen Schritte ...

Ein Einblick in die Arbeit der Systemischen Familienberatung/-therapie

Mag. Andrea Keck

Psychotherapeutin



Beratungsstelle ZELLKERN Linz

Was veranlasst Menschen eine Beratungsstelle aufzusuchen?

Oftmals ist es der Umstand, plötzlich und völlig unerwartet mit einer schwerwiegenden Diagnose konfrontiert zu sein – entweder selbst als Betroffene oder auch als Angehörige. Oder eine als geheilt eingeschätzte Krankheit bricht plötzlich erneut aus und verunsichert nicht nur die Betroffenen, sondern das ganze Familiensystem. Gefühle des Schocks, der Ratlosigkeit, der Ohnmacht wechseln mit jenen der Abwehr, der unsagbaren Wut und der unendlichen Hilflosigkeit.

Einerseits scheinen in solchen Situationen oft die Familienressourcen erschöpft zu sein, es finden sich keine Gesprächspartnerin/kein Gesprächspartner innerhalb des Systems Familie. Manche Menschen, die plötzlich mit einer schwerwiegenden Diagnose konfrontiert sind, ziehen sich zurück, um die Partnerin/den Partner nicht zu belasten. In meiner Arbeit mit Krebspatientinnen/-patienten höre ich jedoch immer wieder, dass Angehörige unter dieser „falschen Rücksicht“ leiden und mehr miteingebunden sein wollen.

Andererseits fallen für Neuerkrankte plötzlich auch andere sicherheitsspendende Systeme (Arbeitsplatz, Freizeiteinrichtungen, usw.) weg, weil häufig die dafür nötige Energie nicht mehr ausreichend zur Verfügung steht. Betroffene verlieren sich selbst in solchen Momenten „aus den Augen“. Alleine fehlt manchmal auch die Kraft, neue Sichtweisen zu entwickeln, eigene Ressourcen und Fähigkeiten neu zu entdecken und auszubauen. Hier wirkt einfühlsame Beratung entlastend und stärkend.

Welche Hilfestellungen kann bei solchen Ereignissen gerade die Systemische Familienberatung/Psychotherapie leisten? Warum ist hier gerade diese Art der Beratung/Therapie sinnvoll?

Als Systemische Familientherapeutin mit dem Schwerpunkt „Psychosomatik und mentale Stärkung von Betroffenen“ ist es mir wichtig, den Menschen mit

seinen Bedürfnissen nicht nur als Individuum zu sehen. Menschen sind einerseits Individuen mit ihren individuellen Bedürfnissen, andererseits aber ständig in Systeme eingebunden (Familiensystem, Arbeitssystem, etc.), die auf den Menschen sowohl in positiver als auch in „krankmachender“ Form wirken können. Die Balance zwischen „Geben“ und „Nehmen“ in Arbeitswelt, Familie, Beziehung usw. gerät häufig in ein Ungleichgewicht, das zu Krankheiten bzw. Burn-out führen kann.

Ich vergleiche in meinen Gesprächen mit Patientinnen/Patienten dieses „Aus-der-Balance-kommen“ mit einem Mobile, wie es oft in Kinderzimmern hängt. Die einzelnen Teile dieses Mobiles sind alle miteinander verbunden. Wird nur ein einzelnes Element bewegt, so bewegen sich zwangsläufig alle anderen eine gewisse Zeit lang mit – bis dann wieder Ruhe eintreten kann. Die Elemente dieses Mobiles sind bei Diagnostizierung einer schweren Krankheit die einzelnen Familienmitglieder, die alle zunächst mit dieser Diagnose zurechtkommen, den neuen „Sturm“ einmal „ausbalancieren“ müssen. Nicht nur der/die Kranke selbst, sondern jedes Familienmitglied hat dabei auch die Chance, seine eigene Rolle im Familiensystem erneut zu überdenken. Was soll im Umgang miteinander in der neuen Situation verändert werden bzw. was darf gleichbleiben? Diese Themen werden in der Beratung/Therapie thematisiert und reflektiert.

Für pflegende Angehörige ist es oft sehr schwierig, noch Zeit zu finden, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen sowie sich eigene „Tankstellen“ zu schaffen. Auch die „noch Gesunden“ im System – die Kinder – sind häufig mit der Krankheit überfordert und wissen nicht, wie sie damit umgehen sollen.

In meiner therapeutischen Arbeit beobachtete ich, dass es Menschen, vor allem pflegenden Angehörigen, oft leichter fällt zu geben, ständig für andere da zu sein, als sich selbst auch mal etwas Gutes zu tun. Das Fatale daran ist, dass es zutiefst menschlich ist, so zu reagieren. Menschen unterliegen oft der Täuschung zu glauben, mehr „Geben“ und weniger „Nehmen“

würde mit mehr Liebe, Dankbarkeit und Respekt belohnt. Leider ist dies nicht immer der Fall. Anerkennung und Wertschätzung sind menschliche Grundbedürfnisse, und nur wenn es gelingt, sowohl die Bedürfnisse der Familienmitglieder als auch die eigenen ernst zu nehmen, können diese Grundbedürfnisse erfolgreich befriedigt werden.

Wenn wir uns ein Leben lang so verhalten, nur zu geben, nur für andere da zu sein, und uns selbst mit unseren eigenen Bedürfnissen aus den Augen verlieren, gibt es einen im System, der uns die Rechnung für dieses Ungleichgewicht präsentiert – **unseren Körper**. Denn durch dieses Ungleichgewicht entstehen oft Störungen, die krankmachend sein können. Dann ist es wichtig, die eigenen Kräfte, die in jedem Menschen angelegt sind, zu mobilisieren und auszubauen.

Sollten Veränderungen nötig sein, so ist „**der Weg der kleinen Schritte**“ empfehlenswert. Damit meine ich, dass zu große bzw. zu schnelle Veränderungen die Familienmitglieder sowie den Betroffenen/die Betroffene unnötig irritieren und sie mit diesem Tempo nicht Schritt halten können. Systemisches Arbeiten mit

Betroffenen (Patientinnen/Patienten mit Krebs bzw. chronischen Erkrankungen bzw. ihren Angehörigen) heißt zunächst einmal, nach Möglichkeiten Ausschau zu halten, die vorhandenen Ressourcen – die häufig nicht mehr gesehen werden – „auszugraben“, nicht nur auf den kranken Teil zu schauen, sondern darauf, was auch trotz der Krankheit noch möglich ist bzw. durch die Krankheit Neues entdeckt werden kann.

„Ich **lebe** auch noch“, sagte letztlich eine meiner Klientinnen, deren „lebendige“ Phasen zwischen den schmerzvollen und depressiven Phasen länger geworden sind. „Früher bin ich aufgewacht und dachte mir ‘Ich bin krank’, und der Tag war schon gelaufen.“

Dies ist mit dem Weg der kleinen Schritte gemeint – den kranken Teil zwar ernst zu nehmen, aber den gesunden Teil ebenso wahrzunehmen und zu beachten, der in jedem Menschen, in jedem Familiensystem trotz der Krankheit steckt.

In meiner Arbeit als Psychotherapeutin bei Zellkern erarbeite ich mit unseren Klientinnen/Klienten „**den Weg der kleinen Schritte**“ mit dem Ziel, sie hilfreich ein Stück auf ihrem Lebensweg begleiten zu können.

Mammakarzinom Eine Lebens-Aufgabe?!

Friederike Schütz
Psychotherapeutin

Beratungsstelle ZELLKERN Linz

I. Medizinische Aspekte

Inzidenz

Das Mammakarzinom ist die häufigste Tumorerkrankung der Frau. In den westlichen Industrieländern erkrankt laut Statistik jede achte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs.

Durch die Früherkennung ergibt sich statistisch eine sichtbar höhere Zahl an Erkrankungen, gleichzeitig jedoch sterben heute aufgrund der verbesserten Heilungschancen weniger Frauen an Brustkrebs als noch vor zehn Jahren. Fünf Jahre nach der Diagnose sind 87 Prozent der Patientinnen noch am Leben.

Diagnose

Das eigene Abtasten der Brust, die klinische Untersuchung, Mammographie und Ultraschall sowie die Möglichkeit zur Feststellung einer Genmutation tragen zur Früherkennung von Brustkrebs bei. Die definitive Diagnosestellung erfolgt mittels Entnahme einer Gewebeprobe. Die Bestimmung der Histologie und Immunhistologie sowie der radiologisch beurteilbaren Ausbreitung ermöglichen eine Stadien-Einteilung des Mammakarzinoms nach dem sogenannten TNM-Modell. Dabei steht „T“ für die Tumorgroße, „N“ für den Befall der Lymphknoten und „M“ für das Ausmaß der Metastasierung (Absiedelung von Tochtergeschwülsten).



Therapie

Die Fortschritte bei der Behandlung von Brustkrebs basieren auf zahlreichen Therapiestudien der letzten Jahrzehnte, welche stadienadäquate und nachweislich wirksame therapeutische Konzepte entwickelt haben (Evidenzbasierte Medizin).

Je nach Gewebeart des Tumors wird vom Onkologen eine unterschiedliche Kombination aus chirurgischer, strahlentherapeutischer, hormoneller oder immuntherapeutischer Behandlung vorgeschlagen. Das Behandlungskonzept gestaltet sich je nach Stadium kurativ oder palliativ.

Während die kurative Behandlung auf Tumorfreiheit der Patientin abzielt, stehen bei der palliativen Therapie die Symptomlinderung der durch den Tumor verursachten Beschwerden und die Steigerung der Lebensqualität im Vordergrund.

Wesentlich für den Erfolg der Behandlung ist eine Betreuung der betroffenen Frauen durch ein vernetztes, multiprofessionelles Team.

Warnen hingegen kann man nicht oft genug vor nicht überprüften Behandlungsformen sogenannter Wunderheiler, die außer Kosten keinen nachweisbaren Effekt haben.

II. Empfindungen der Klientinnen und psycho-soziale Auswirkungen

Diagnose Mammakarzinom, ein traumatisches Erlebnis

Schon der Verdacht auf Brustkrebs vermag beängstigende Zukunftsvorstellungen auszulösen. Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs lässt die Fragilität des Lebens radikal ins Bewusstsein und Erleben treten – ins JETZT – und wirkt häufig wie ein Schock. Viele Klientinnen beschreiben ihre Situation zu diesem Zeitpunkt als hoffnungslos, als würde ihnen der Boden unter den Füßen weggezogen werden.

Der emotionale Zustand wird dominiert von Angst, Verunsicherung und dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Angst vor den bevorstehenden Behandlungen und deren Nebenwirkungen, Angst vor Entstellung, vor Schmerzen, Angst vor der Endlichkeit, dem Tod; Angst vor einem Wiederauftreten des Tumors; Angst vor Abhängigkeit insbesondere beim Fortschreiten der Erkrankung; Angst vor dem Partnerverlust; Angst, den Anforderungen des Alltags nicht mehr gewachsen zu sein, aber auch Verunsicherung bezüglich des weiteren Berufslebens und der finanziellen Zukunft.

Gleichzeitig zeigen sich häufig Gefühle von seelischem Schmerz, Aggressivität und Trauer.

Klientinnen berichten vom Verlust des Vertrauens in die selbstverständlich gewordene Unverwundbarkeit

des Körpers. Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Kraftlosigkeit vermindern ihre gewohnte Leistungsfähigkeit. Das Mammakarzinom bedeutet für sie weitaus mehr als „nur eine Krebsdiagnose“ – nämlich eine zusätzlich erlebte Verwundbarkeit in der Rolle ihrer weiblichen Identität. Die Frage nach der eigenen (Voll-)Wertigkeit, mit einem veränderten Körper nach der Operation und Therapie taucht auf.

Die betroffenen Frauen verspüren in dieser extremen Belastungssituation und ihrer Verunsicherung ein intensives Bedürfnis nach Entlastung, Sicherheit und Schutz.

Neben dem multiprofessionellen Betreuungsnetz spielen die Familie und besonders der Lebenspartner eine Schlüsselrolle im sozialen Unterstützungssystem.

III. Was kann Psychotherapie leisten

„Sie sind meine letzte Hoffnung“, waren unlängst die Begrüßungsworte einer Klientin bei ihrem ersten Besuch in der Psychotherapiestunde bei mir. Sie spricht damit die große Verzweiflung und Not an. Gleichzeitig zeigt sich darin die vielleicht ebenso große Hoffnung der Klientin, dass ihr derzeitiger Zustand hier eine Veränderung erfährt und ihre Not gewendet wird.

Psychotherapie als Begleitprozess bei der Bewältigung der Erkrankung

Der Vorgang der Bewältigung wird im medizinisch-psychologischen Sinn als Coping bezeichnet. Meist, aber nicht zwingend, ist eine Bewältigung durch folgende Phasen gekennzeichnet:

Am Beginn stehen emotionale Reaktionen, danach die allmähliche Akzeptanz, gefolgt von der Phase der Bewältigung und der Wiederherstellung des Selbstwertes und schließlich einer Neukonsolidierung.

Psychotherapie kann dabei in den Phasen der Erschöpfung zunächst anbieten, genau hin- bzw. zuzuhören, zu halten und gemeinsam auszuhalten.

Psychotherapie erlaubt, stützt und ermutigt die Klientin, ihre Emotionen wahrzunehmen und zu zeigen. Die Sorgen und Ängste können hier an- und ausgesprochen werden. Frei davon, im Hinterkopf mitbedenken zu müssen, dass damit der Partner, die Familie oder andere nahestehende Personen belastet werden oder gekränkt sein könnten. Hier gibt es einen Rahmen, sich in der eigenen Schwäche und Kraftlosigkeit zeigen zu dürfen, und einen Raum für die Würdigung des Schmerzes und Leides.

In der Phase der Akzeptanz und Realisierung werden die Klientinnen meist noch in einem medizinisch-onkologischen Behandlungskonzept betreut. Nebenwir-

kungen kommen in der Therapie stärker zur Sprache. Hier ist eine Vernetzung mit dem multiprofessionellen Betreuungsteam für die Einholung von Zusatzinformationen von Bedeutung, um hilfreich für die Klientin agieren zu können. Gleichzeitig erfolgt im Rahmen der Psychotherapie eine Stärkung der Erkrankten im Bewahren der Zuversicht, die eigene Zukunft nicht völlig um-, aber mitgestalten zu können. Die Anregung sich zu verwöhnen und sich etwas Gutes zu tun unterstreicht dabei diese Komponente nochmals und wirkt als Umfokussierung der Aufmerksamkeit.

In der Phase der Wiederherstellung des Selbstwertes äußern Klientinnen häufig den Wunsch nach Veränderung bzw. Adaption der bisher ge- und erlebten Rollenbilder (als Frau, Partnerin, Mutter, Tochter, Geschwister, Arbeitskollegin, ...). Das kann zu Irritationen in der Umgebung führen. Der Entwicklung von Maßnahmen zur Bewältigung dieser Situation (Coping-Strategien) kommt daher besondere Bedeutung zu.

Die Psychotherapie bietet Frauen mit Brustkrebs Unterstützung bei der Entstehung einer neuen Beziehung zum eigenen Körper, sowohl in den Phasen der Unsicherheit vor aber ebenso nach einer Operation. Sie entdecken auch abseits der Klischees und des Mainstreams andere Definitionen von Weiblichkeit. In dieser Phase erweist es sich oft als sinnvoll, für einzelne Therapiestunden in Absprache mit der Klientin von der Einzeltherapie auf Paar- oder Familientherapie umzustellen. Das bietet eine Chance, ein besseres Verständnis für wechselseitige Verhaltensweisen zu erlangen sowie Unterstützung durch den Partner bzw. die Familie zu bekommen.

Psychotherapie ist notwendig bei der Begleitung von der Lebensaufgabe zur Lebens-Aufgabe!

Manchmal entwickeln Klientinnen auch zunehmende Ambivalenzen. Diese auch als eine von der Klientin

gewählte und gelebte Lösung zu akzeptieren und auszuhalten, fordert das therapeutische Begleiten.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich häufig ein Pendeln, zwischen der Lebensaufgabe im Sinne von Resignieren, Aufgeben, sich ausgeliefert Fühlen, also dem Lebensverlust – und der Lebens-Aufgabe im Sinne von Herausforderung, von Annehmen und Gestalten, sinnlich Wahrnehmen, wieder Lust bekommen auf das eigene Leben.

Ich bin immer wieder beeindruckt, wie es gemeinsam in der Therapie gelingen kann, unterschiedlich, individuell und kreativ neue Wege bei der Bewältigung der Erkrankung zu beschreiten und zu gestalten. In vielen kleinen Schritten ergeben sich immer wieder neue Coping-Strategien.

Folgendes Beispiel aus der Praxis veranschaulicht solch eine gelungene Coping-Strategie:

Eine Klientin erlaubt sich in der Rolle als Mutter mehr an Kontrolle abzugeben und startet das Projekt „Leichtigkeit“ („Ich traue dir ein Mehr an Verantwortung zu“). Es gelingt ihr, mit zunehmender Gelassenheit und Toleranz dem Erziehungsstil des Partners (der sich ja nicht diametral unterscheidet) gegenüberzustehen. Es mal gut sein zu lassen und nichts nachzubessern, durchzuatmen, nicht anwesend zu sein ... Das wiederum stärkt den Vater in seiner Rolle und in der Beziehung zu den Kindern, wenn auch nach anfänglichen Irritationen der Kinder. Diese veränderte Aufteilung und der damit verbesserte kommunikative Austausch vertiefen die Partnerschaft trotz der Erkrankung.

Als Psychotherapeutin sehe ich mich als Entwicklungshelferin für individuelle Coping-Strategien und als Begleiterin im Prozess des Übergangs, von der Lebensaufgabe zur Lebens-Aufgabe!

NEU:
Raiffeisen Express
Überweisung

Entdecken Sie Österreichs
persönlichstes Finanzportal

**Raiffeisen
Meine Bank**

www.raiffeisen-ooe.at/meinelba

Die Wahrheit ist zumutbar – Ein Plädoyer gegen das Schweigen

Mag. Brigitte Humer

Psychotherapeutin



Beratungsstelle ZELLKERN Linz

Das Sprichwort „Reden ist Silber – Schweigen ist Gold“ mag in manchen Situationen seine Berechtigung haben, aber nicht in allen. In extremen Lebenssituationen führt Schweigen sehr oft zu einer unerträglichen Belastung.

Viele KlientInnen erzählen im Rahmen von Beratungsgesprächen, dass sie bei schweren Erkrankungen (z. B. Krebs) nicht mit ihren Angehörigen (EhepartnerInnen, Eltern, Geschwistern, etc.) über die Krankheit bzw. die daraus resultierenden Sorgen sprechen, weil sie diese nicht belasten können/wollen. Eine kranke Person kann es so erleben: „Die Wahrheit darüber, wie es mir wirklich geht, ist den anderen nicht zumutbar“ (vgl. Bettina Pöllhuber, Zellkern Jahresbericht 2014: Reden über das Unaussprechliche). Auch die Angehörigen von erkrankten Menschen berichten, dass sie die „Dinge“, die sie im Zusammenhang mit der Krankheit beschäftigen, lieber für sich behalten, da die erkrankte Person ohnehin schon so belastet sei. So entscheiden sich viele für das Schweigen und jeder versucht mit der Situation irgendwie selber zurende zu kommen. Dieses sicherlich gutgemeinte Verhalten hat jedoch schwerwiegende negative Auswirkungen. Lassen Sie mich das in der Folge skizzieren:

Eine Krebserkrankung ist ein emotionales Feuerwerk

Eine Krebsdiagnose (ebenso wie die Diagnose anderer schwerer Erkrankungen) löst in der Regel ein Bündel von heftigen Gefühlen und Reaktionen bei den Erkrankten und deren Angehörigen aus: Angst, weil es nicht sicher ist, ob der Krebs erfolgreich bekämpft werden kann; Wut und Hilflosigkeit, weil man sich gegen den Ausbruch der Krankheit nicht wehren konnte und weil der Verlauf auch nicht planbar ist; und ganz sicher ein großes Ausmaß an Sorgen, wie das Leben mit der Krankheit überhaupt schaffbar sein kann und wie es beruflich und privat weitergehen soll. Das heißt, auf die erkrankten Menschen und ihre Familienangehörigen stürzen heftige und bisher unbekannte Gefühle, Gedanken und Sorgen ein.

Schweigen bedeutet Anstrengung und Einsamkeit

Das Reden über Dinge, die einen belasten, wirkt in der Regel entlastend und ist oft ein wichtiger Beitrag zur Psychohygiene. Das Sprichwort „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass durch das „Mit-teilen“ etwas leichter werden könnte. Ist den Betroffenen und ihren Familien das „Mit-teilen“ aufgrund der Vorstellung, dass die anderen geschont werden wollen/müssen, nicht möglich, so beginnen alle Familienangehörigen in einem kommunikativen Vakuum zu leben. Über das, was alle verständlicherweise am meisten beschäftigt, darf und soll nicht gesprochen werden. Vielmehr sind alle darum bemüht, positive Stimmung und Hoffnung zu verbreiten und die Kommunikation beschränkt sich auf „Smalltalk“. Jemand anders zu sein, als man in Wahrheit ist, d. h. sich verstellen zu müssen, kann jedoch psychologisch gesehen nur anstrengend sein, da das Zurückhalten und Verstecken von Gefühlen Kraft und Energie kostet. Darüber hinaus führt der Entschluss, die wahren Gedanken und Emotionen für sich zu behalten, unweigerlich zu einem tiefen Gefühl der Einsamkeit, da alle Betroffenen mit ihren quälenden Gedanken und Sorgen alleine fertig werden müssen.

Sehr eindrucksvoll schildert dieses Phänomen eine Krebspatientin in ihrem Buch¹⁾, in dem sie die Kommunikation mit ihrer Familie wie folgt beschreibt: „(...) *Wir verbrachten sehr viel Zeit miteinander, aber der Inhalt unserer Gespräche war von oberflächlichen, belanglosen Themen geprägt. Sie (Anm.: die Schwester) stellte mir nie Fragen, ob ich Angst hätte, darüber reden möchte oder wie ich mit dieser Situation zurechtkäme. (...) Ich glaube es waren die Unbeholfenheit und die Hilflosigkeit, die solche Fragen nicht zuließen.*“

Weiters schreibt Susanne Luger: „(...) *Sie standen dann liebevoll vereint vor meinem Krankenbett. Ich lag darin und konnte alle stundenlang beobachten und mich im Schweigen üben. (...) Meine Schwester unterhielt sich mit meiner Mutter, mein Vater mit*“

meinem Schwager, die Freundin mit meiner anderen Schwester, usw. Nur – wieso nicht mit mir? (...) ich weiß es wirklich nicht. Dieses Phänomen konnte ich nie ergründen!“

Wie ist dieses Phänomen erklärbar?

Ich glaube, die Patientin hat Recht, wenn sie vermutet, dass Unbeholfenheit und Hilflosigkeit bei den Familienmitgliedern zu diesem Schweigen geführt haben. Viele Angehörige berichten, dass sie nicht wissen, wie sie über die Krankheit sprechen sollen bzw. dass sie Angst haben, etwas Falsches zu sagen und es dem Patienten/der Patientin dann noch schlechter geht. Dramatisch erschwert wird die Kommunikation natürlich auch durch die Tatsache, dass bei schweren Erkrankungen das Thema „Sterben und Tod“ plötzlich an Präsenz gewinnt. Auch wenn aus medizinischer Sicht die Prognose gut ist, gibt es letztendlich keine Garantie. Natürlich kann dieses Phänomen nicht isoliert vom bisherigen Kommunikationsmuster innerhalb der Familie betrachtet werden. In manchen Familien gehört es quasi zu den „Spielregeln“ nicht über Gefühle zu sprechen. Auch bei äußerst belastenden Situationen ist es dann den Familienmitgliedern nicht möglich, die „Spielregeln“ zu ändern und das Schweigen zu brechen.

Gleichzeitig scheint es bei nicht so wenigen Menschen die Idee zu geben, dass das „Nicht darüber Sprechen“ so etwas wie Schonung für den Kranken/die Kranke bedeutet und somit hilfreich für den Patienten/die Patientin ist.

Gut gemeint ist nicht immer hilfreich

Das bereits beschriebene Zitat der Krebspatientin zeigt eindrucksvoll, dass das sicher gut gemeinte Verhalten der Familienmitglieder nicht wirklich hilfreich und entlastend für sie war. Der Wunsch, die Kranke schonen zu wollen, und wahrscheinlich die Angst davor, die Patientin zusätzlich zu belasten, führten zu einer nicht entlastenden und kontraproduktiven Isolation der krebserkrankten Frau. Darüber hinaus lässt sich vermuten, dass diese Form der Kommunikation auch für die restlichen Familienmitglieder belastend war. Fast noch schlimmer als das Schweigen werden von PatientInnen oft die gutgemeinten Ratschläge seitens der Angehörigen und BesucherInnen erlebt. Sätze wie: „Lass Dich nicht so gehen!“ oder „Du bist ja eh so stark“ und Tröstungsversuche wie „Es wird schon wieder aufwärts gehen“ oder „So schlimm ist es

doch nicht, Du hast doch eine Familie, die hinter Dir steht“ sind in der Regel nicht hilfreich und lassen die Betroffenen eher verstummen.

Was ist hilfreich?

Es ist ein elementares Bedürfnis des Menschen, mit allen seinen Gefühlen, Gedanken und Befindlichkeiten wahrgenommen und angenommen zu werden. Hilfreich ist, wenn alle diese Gefühle und Befindlichkeiten (und seien diese im Moment auch noch so düster und negativ) in der Kommunikation ihren Platz haben und ansprechbar sind. Die Befürchtung, dass ein „normales“ Leben dadurch nicht mehr möglich sei und die Sorgen und Ängste dann 24 Stunden am Tag präsent sein könnten, ist in der Regel unbegründet. Meist ist das Gegenteil der Fall. Wenn die belastenden Gedanken und Sorgen geäußert werden können und in der Beziehung zu anderen Menschen ihren angemessenen Platz finden, werden sie für den Betroffenen/die Betroffene leichter erträglich und müssen auch nicht das gesamte Leben dominieren.

Das Besprechen und „Mit-teilen“ der belastenden Sorgen und Emotionen wird jedoch nur dann als hilfreich erlebt, wenn die KommunikationspartnerInnen in der Lage sind, die Sorgen und Gefühle des Anderen zu verstehen und anzunehmen. Es geht darum, die Sorgen, Ängste und quälenden Gedanken zuzulassen, ernst zu nehmen und „auszuhalten“. Dies ist nicht immer einfach.

Ein Klient berichtet in der Beratung auf sehr berührende Weise, dass er viel mit seiner unheilbar krebserkrankten Frau spricht. Er sagt: „Es ist oft nicht leicht darüber zu sprechen wir liegen uns oft in den Armen und weinen gemeinsam“. Was diesen beiden offenbar gut gelingt, ist ihre Empfindungen zu teilen und nicht voreinander zu verstecken.

Ein Ausblick

In Österreich leben mehr als 364.000 Menschen mit einer Krebserkrankung.²⁾ Geht man davon aus, dass jede krebserkrankte Person durchschnittlich zwei Angehörige (Familienmitglieder) hat, so sind von dieser belastenden Situation über eine Million ÖsterreicherInnen betroffen.

Es wäre ein schöner Gedanke, wenn zwischen diesen vielen Menschen der Mut zur Echtheit, zum Teilen der belastenden Gefühle und Sorgen wachsen würde und somit mehr Entlastung und Begegnung stattfinden könnte ...

¹⁾ Luger, Susanne (2010): *Heute bin ich anders - Meine mentale Wende*, RRV-Verlag Wien, S. 8–10

²⁾ vgl. Statistik Austria – Krebsprävalenz, http://www.statistik.t/web_de/statitiken/gesundheit/krebserkrankungen/Stand: 24.05.2018

Psychosomatik und Salutogenese¹⁾

Peter Huber

Sozialpädagoge, Psychotherapeut i.A.u.S.



Beratungsstelle ZELLKERN Linz

Die Idee eines Zusammenhangs zwischen Körper und Seele beschäftigt die Menschheit mindestens seit den frühen Hochkulturen. Alttestamentarische Sprüche wie „Ein fröhliches Herz bringt gute Besserung, aber ein zerschlagener Geist vertrocknet das Gebein“ (Spr. 17,22 Elberfeld Bibel, 1871) bezeugen die religiöse Dimension dieser Fragestellung; philosophisch ist sie im „Leib-Seele-Problem“ (wie stehen Körper und Geist miteinander in Beziehung?) repräsentiert. Im Asklepieion von Pergamon (heutige Türkei) wurden vor über 2.000 Jahren schon naturheilkundliche Riten gepflegt, die in ihrer Bedeutung vergleichbar mit dem Angebot der heutigen psychosomatischen Behandlungen waren. Und schließlich macht auch der „Volksmund“ deutlich, wie sehr die Annahme, Soma und Psyche stünden in einer wechselseitigen Beziehung zueinander, ein Bestandteil alltäglichen Denkens ist: „Etwas schlägt auf den Magen“ oder „eine Laus (des Missmutes) läuft über die Leber“ heißt es da zum Beispiel.

Als medizinischer Begriff wurde „Psychosomatik“ vom deutschen Arzt und Pädagogen Johann Christian August Heinroth (1773–1843) eingeführt, dessen „Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung“ zudem als wegweisend für das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie gilt. Mit der Psychoanalyse lösten sich Erklärungsmodelle seelisch begründeter Leidenszustände des Körpers von religiös-moralisierenden Vorstellungen und fanden zu einer zusehends „technokratischen“ Sprache („Verdrängung, Kompensation, Konversion ...“). Der Körper, Soma, wurde nach und nach auch als Darstellungsmedium der Psyche respektive der ihr unterstellten mehr oder weniger ungelösten Konflikte verstanden. Die Einbeziehung des Aspektes sozialer Einbettung, wie sie bei Alfred Adler oder Jacob Levy Moreno und in weiterer Folge in familientherapeutischen und systemischen Konzeptionen zu finden ist, stellte das Phänomen des hochpersönlichen individuellen „Kampfes“ von Seele und Körper in einen gesell-

schaftlichen Zusammenhang, indem es an die Frage gekoppelt wurde, welche Lebensumwelten sich wie auf diesen Konflikt auswirkten.

Das Verständnis von Psychosomatik war lange Zeit psychoanalytisch geprägt – der aus Ungarn in die USA emigrierte Arzt und Analytiker Franz Gabriel Alexander (1891–1964) entwarf 1950 einen Katalog „klassischer“ Psychosomatosen, der unter dem Namen „Holy Chicago Seven“ bekannt wurde. Mit dem Aufkommen humanistischer psychologischer und psychotherapeutischer Schulen trat ab den 1970ern und 1980ern ein ganzheitliches Verständnis in den Vordergrund, das heute auch weitgehend den Standard der Arbeit mit psychosomatischen PatientInnen liefert.

Statistische EU-weite Erhebungen haben festgestellt, dass etwa 20 % der Bevölkerung regelmäßig unter sogenannten „somatoformen Störungen“ leiden. Und insgesamt 80 % der Befragten gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben körperliche Beschwerden erfahren zu haben, die sich als „psychogen“ einstufen lassen. In erster Linie handelt es sich um Schmerzstörungen, aber auch Herz-Kreislauf-Beschwerden, Atemwegsprobleme oder Irritationen der Verdauungsorgane lassen die Betroffenen medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen.

Da die beschriebenen Leiden nicht eindeutig einer organmedizinischen Ursache zugeordnet werden können, konzentrieren sich ÄrztInnen hauptsächlich auf Symptomlinderung. Im Wesentlichen begründet sich Psychosomatik auf der widersprüchlichen Aussage „Sie sind eigentlich gesund, wobei Sie dennoch krank sind“. Die Krankheit verbirgt sich also gewissermaßen in der Unklärbarkeit dieses Konfliktes und lässt die Patienten häufig eine Odyssee beginnen, die sie von einem Experten zum nächsten führt.

So erzählen mir KlientInnen in den Beratungen und Therapien, wie sie bei der manchmal sogar weltweiten

¹⁾ Salutogenese bedeutet „Gesundheitsentstehung“.

Der Begriff bezeichnet ein vom israelisch-amerikanischen Mediziner Aaron Antonovsky vertretenes Modell.

Suche nach Antworten verzweifeln mussten und ratlos verblieben. Wie sie sich zusätzlich zur symptomatischen Belastung auch noch als „verrückt“ erlebten, wenn sie immer und immer wieder den Blutdruck oder den Blutzuckerspiegel maßen. Und sie berichteten von ihrem Eindruck des Unverstandenen- und Verlassenseins, da ihnen die Stellungnahmen der ÄrztInnen mehr wie ein hilfloses Achselzucken denn eine heilsame Unterstützung erschienen.

Dieser Kreislauf scheint ohne Enttäuschung nicht auszukommen: Es wird aus medizinischer Sicht etwas für „unerklärbar“ gehalten, wofür die Betroffenen aber unbedingt eine Erklärung haben wollen. Das Ergebnis solcher „Verhandlungen“ kann nur unbefriedigend für die PatientInnen ausgehen.

Möglicherweise ergibt sich aus dem Wunsch nach einer eindeutigen, kausalen Zuordnung psychosomatischer Beschwerden auch ein diese mitunter sogar erschwerender Leidensdruck. Die Medizin westlichen Standards zeigt sich bemüht, klare und unmissverständliche Diagnosen und Behandlungen zu liefern. Sie ist imstande, bis auf mikrozelluläre und genetische Ebene Normwerte zu erheben und damit auch pathologische Abweichungen zu benennen. Was unerlässlich ist bei Heilbehandlungen, nämlich eine Konzeption von Ätiologie und Behebung von Erkrankungen, stößt bei psychosomatischen Leiden an seine Grenzen. So kann es vielleicht auch hilfreich sein, statt das Augenmerk auf Defizite zu legen, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie Gesundheit überhaupt entsteht bzw. erhalten werden kann. Dieser Gesichtspunkt diente dem israelisch-amerikanischen Mediziner und Soziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) in den 1980er-Jahren als Grundlage für sein Modell der „Salutogenese“: Er sieht weder Krankheit noch Gesundheit als „Zustände“, die man erreichen oder verlieren kann, sondern beschreibt den Menschen als ganzheitliches Wesen in einen stets auch eigenverantwortlich mitgestalteten Prozess eingebettet. Innerhalb dessen erachtet er weniger die Frage

danach, ob man gesund oder krank ist, als wesentlich, sondern wie sich Erlebtes in Bezug auf seine Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit verhält. Je mehr ein Patient für diese drei Fragen befriedigende Antworten findet, desto eher wird ihm ein Umgang mit seinem Leiden gelingen, der sowohl Einschränkungen als auch Freiräume miteinbezieht – Antonovsky spricht hier vom „Kohärenzgefühl“, einer trotz aller Widrigkeiten und Belastungen grundsätzlichen Vertrauensbereitschaft und -fähigkeit. Der medizinischen Orientierung hin zur Entstehung, Behandlung und Vermeidung von Krankheit stellt er damit ein Konzept von Heil-Werden zur Seite, das nicht erst wirksam sein soll, wenn das Leiden behoben ist. Vielmehr geht es darum, unter dem Schicksal einer Erkrankung eingeladen zu bleiben, das eigene Wohlergehen innerhalb dieser neuen Begrenzung weiter zu verfolgen – denn Krankheit meint stets auch Einschränkung von Freiheit.

Solche Ideen sind natürlich leichter auf Papier als ins Leben gebracht. Von außen lässt sich nicht bestimmen, wie PatientInnen mit ihrer Angst, Verzweiflung oder Ohnmacht umgehen sollen, wenn sie mit einer schweren Erkrankung konfrontiert sind – ganz egal, ob deren Ursprung im Organischen oder im Seelischen liegt. Die „Salutogenese“ will aber Mut zusprechen, all die Ressourcen, die ein Mensch aus sich und seiner Umwelt schöpfen kann, auch zu nutzen, um sich wieder als handlungs- und gestaltungsfähig zu erleben. Die mühsame Suche nach passenden Experten lässt PatientInnen oft jenen übersehen, den sie bereits ein Leben lang kennen: sich selbst.

Literaturtipps:

„Salutogenese“: Zur Entmystifizierung der Gesundheit“ von Aaron Antonovsky; Hrsg.: Alexa Franke, dtv Verlag, Januar 1997

„Was die Seele glücklich macht: Das Einmaleins der Psychosomatik“ von Manfred Stelzig, Ecowin Verlag, Februar 2009

„Der kranke Gesunde: Psychosomatische Beschwerden: Was mir die Signale meines Körpers sagen“ von Hans Lieb, Andreas von Pein, Trias Verlag, Dezember 2014



Schwer erkrankt – Wie sage ich es meinem Kind?

Mag.(FH) Christine Daxner-Genger
Systemische Familientherapeutin



Beratungsstelle ZELLKERN Linz und Alkoven

Wird eine Mutter oder ein Vater schwer krank, haben Kinder eine komplexe Belastungssituation zu bewältigen.

In meiner Arbeit als systemische Familientherapeutin in der Beratungsstelle Zellkern stelle ich oft fest, dass viele Eltern als erste Reaktion versuchen, das Kind vor dem Unaussprechlichen zu schützen. Die Verunsicherung auf Seiten der Eltern ist allzu verständlich, daher ist es ratsam, bereits zu Beginn professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eltern können sich dabei nicht nur mit dem eigenen Schmerz auseinandersetzen, sondern erhalten auch Unterstützung im Umgang mit den Kindern.

Eine der dringendsten Fragen ist die des richtigen Zeitpunktes.

Ab wann ist es sinnvoll, die Kinder miteinzubeziehen?

Nach der Diagnosestellung brauchen Eltern erst einmal Zeit, sich mit den eigenen Ängsten und Sorgen auseinandersetzen zu können. Sobald die Bezugspersonen in der Lage sind, über die Erkrankung zu sprechen, sollten auch die Kinder informiert werden. Meistens haben Kinder ohnehin schon Veränderungen bemerkt. Kinder sollten von den eigenen Eltern informiert werden und nicht von Außenstehenden über die Erkrankung erfahren, da dies das Vertrauen zur eigenen Familie massiv erschüttern würde.

Wie sage ich es meinem Kind?

Zu Beginn ist es für alle Beteiligten meist einfacher, kurze Gespräche zu führen, dafür öfter.

Es empfiehlt sich einen ruhigen Zeitpunkt zu wählen, um dem Kind die Möglichkeit zu geben, nachzudenken und Fragen zu stellen. Derartige Gespräche sollten keinesfalls vor dem Zubettgehen geführt werden. Ebenso wenig sollte im Anschluss ein „Ablenkungsprogramm“ eingeplant werden.

Für Kinder im Vorschul- bzw. Volksschulalter sollten einfache Formulierungen gewählt werden, beispiels-

weise: „Morgen muss Mama wieder ins Krankenhaus, der Tumor wird operiert. Mama muss einige Tage im Krankenhaus bleiben“.

Es ist ratsam Wörter wie Krebs, Tumor, Chemotherapie, Operation usw. auszusprechen, da Kinder sonst glauben, nicht ehrlich behandelt zu werden. Haben Kinder zu wenige Informationen oder machen sie die Erfahrung, dass sie besser nicht fragen sollten, kann eine schwere emotionale Überforderung entstehen. Fundamentale Grundlage sollte sein, trotz eigener Ängste und Sorgen mit seinem Kind im Gespräch zu bleiben.

Typische Reaktionen von Kindern und Jugendlichen

Abhängig vom Alter und der kognitiven Reife haben Kinder unterschiedliche Konzepte von Krankheit, ihrer Entstehung und vom Tod.

Vorschulkinder können schuldhaftige Kausalitätsvorstellungen entwickeln, „Ich war schlimm, deshalb ist Mama krank“. Diese Kinder sind unbedingt mit altersgerechter Erklärung zu unterstützen, dass niemand an der Erkrankung schuld sei.

Schulkinder reagieren meist sehr empfindsam auf wahrgenommene körperliche Veränderungen (Gewichtsabnahme, Haarverlust ...), in dieser Altersgruppe zeigen sich emotionale Belastungen häufig in somatischen Symptomen, wie z. B. Schlafstörungen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Einnässen. Es ist auch möglich, dass Rückschritte in der Entwicklung gemacht werden und Betroffene wieder Daumen lutschen oder in Babysprache zurückfallen. Manche Kinder werden gereizt und launenhaft, manche entwickeln starke Trennungsängste.

Das Jugendalter stellt eine besondere Herausforderung dar. In der Regel sind sich Jugendliche dessen bewusst, dass sie für einen erkrankten Elternteil oder auch für Geschwister Mitverantwortung tragen. Ablenkung wird dafür oft in Unterhaltung, Partys und Extremsportarten gesucht, um Grenzen auszuloten und eigene Autonomiewünsche zu befriedigen.

Wie geht man mit Ängsten und Fragen des Kindes um?

Die Grundvoraussetzungen zur Minimierung der Belastungsfaktoren sind eine ehrliche Kommunikation und die Ermutigung, Fragen zu stellen. Ein offener Umgang mit der bedrohlichen Wirklichkeit ist für Kinder weniger ängstigend, als mit diffusen Phantasien alleine gelassen zu werden.

Eltern sollten durchaus die eigene Trauer zeigen, die Kinder dürfen jedoch nicht zum Tröster werden. Die Nennung konkreter Personen, die für „die Mama“ zum Trösten da sind, kann hierbei große Erleichterung für Kinder schaffen.

Wichtig ist es, im Alltag für Sicherheit zu sorgen, indem gemeinsame Rituale geschaffen werden. Keinesfalls sollte versucht werden, Tatsachen zu verharmlosen. Auch psychosomatische Beschwerden müssen ernst genommen werden, ärztliche Konsultation kann hierbei hilfreich sein.

Fragen der Kinder sollen natürlich altersabhängig behandelt werden.

Bei kleineren Kindern kann es von großer Hilfe sein, einen „Helfer“ zu installieren. Zum Beispiel: Eine Handpuppe, die Fragen beantwortet und der man alles erzählen kann.

Auch Kinderbücher können zur Entlastung beitragen, mittlerweile gibt es umfassende Literatur zum Thema „Mit Kindern über Krankheit und Sterben sprechen“.

Mit größeren Kindern können schon konkrete Gespräche über eine lebensbedrohliche Erkrankung geführt werden. Manchmal kommen Kinder für eine gewisse Zeit alleine in die Therapie, um sich über ihre Ängste austauschen zu können.

Jugendliche sprechen oft mit Gleichaltrigen – Geschwistern oder Freunden – über ihre Gefühle und Sorgen. Viele verarbeiten ihre Empfindungen auch in Texten oder Musik. Bei jungen Erwachsenen ist es wichtig, auf Hilfsangebote hinzuweisen oder einfach nur DA ZU SEIN.

Wichtig ist es zu berücksichtigen, dass Kinder kranker Eltern Ansprechpartner von außen benötigen, damit sie sich mitteilen können, ohne die Eltern zu belasten. Von großem Vorteil ist auch, wenn bereits vertraute Bezugspersonen miteinbezogen werden können.

Kindergärten und Schulen sollen informiert werden, sofern diese dem Kind Sicherheit vermitteln. Möglicherweise werden auch dort von den Kindern Fragen geäußert, die von den PädagogInnen aufgegriffen werden können.

In dieser Zeit kann es sinnvoll sein, engen Kontakt zu den Einrichtungen zu halten.

Die Erfahrungen in Krankenhäusern und Beratungseinrichtungen wie Zellkern zeigen deutlich, wie wichtig neben der medizinischen Versorgung auch eine adäquate psychosoziale Begleitung für Betroffene ist. Während das Angebot für Erwachsene in den letzten Jahren ausgebaut wurde, sind die Begleitungsmöglichkeiten für Kinder aufgrund des zunehmenden Kostendrucks im Sozial- und Gesundheitsbereich leider noch immer bei weitem nicht ausreichend.

Literatur:

- Broeckmann, Sylvia (2015): *Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken*. Taschenbuch, Klett-Cotta.
Österreichische Krebshilfe Wien (2011): *Mama/Papa hat Krebs*. Broschüre.
Pucher, Susanne (2005): *Mama im Krankenhaus*. Verlag Renate Bosmanszky.
Trabert, Gerhard (2012): *Als der Mond vor die Sonne trat*. G.Trabert Verlag.

Seit über 45 Jahre halten wir die Umwelt rein

KARIN GRADINGER

MÜLLABFUHR GmbH

Industriestraße 50 A-4710 Grieskirchen

Tel.07248/68528 FAX 07248/68528-6

Wann ist Psychotherapie mit Kindern sinnvoll?

Helene Mayrwöger, MEd

Psychotherapeutin



Beratungsstellen ZELLKERN Linz und Freistadt

„Frau Doktor, reparieren Sie bitte mein Kind!“

In meiner Rolle als Mutter von sechs Kindern kann ich diesen Wunsch sehr gut nachvollziehen. Im Laufe der Kinder- und Jugendjahre können immer wieder schwierige Entwicklungsphasen auftreten, die Eltern stark fordern, manchmal sogar überfordern.

In meiner Rolle als Psychotherapeutin zeigt sich mir dieses Thema sehr komplex. Nur zur Klarstellung: Ich bin keine „Frau Doktor“! Das betone ich deshalb, weil mit dem Titel Frau Doktor auch verschiedenste Assoziationen verbunden sind: Eine Frau Doktor behandelt.

Sich behandeln lassen, wird in der Regel mit passivem „Über sich ergehen lassen“ gleichgesetzt; Psychotherapie hingegen setzt in der Regel aktives Tun voraus. Hier haben wir einen deutlichen Unterschied zwischen Medizin und Psychotherapie.

Warum entschließt sich jemand überhaupt dazu, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen?

Versetzen wir uns in die Rolle des hilfeschuchenden Elternteils: Als Mutter oder Vater erkenne ich ein Problem, empfinde eine Unmöglichkeit. Es drückt irgendwo, ich spüre Unbehagen.

Ich erlebe in mir Inkongruenz, also dieses Einerseits und Andererseits, das uns manchmal jeden weiteren Schritt so schwer macht. Nun kommt in der Psychotherapie ein „Drehen und Wenden“ zum Einsatz: Ich schaue mir das „Problem“ mit meiner Psychotherapeutin oder meinem Therapeuten aus verschiedensten Perspektiven an, wir betrachten gemeinsam sowohl die Sichtweisen, die ich im eigenen Kopf schon tausendmal gedreht und gewendet habe, als auch die Sichtweisen, die mein Psychotherapeut bzw. meine Therapeutin aus ihrer Außenperspektive einbringt.

So komme ich manchmal zu Gedanken, die ich so noch nie gedacht habe, zu Schlüssen, die ich so noch nie gezogen habe, und kann erleben, wie ich plötzlich wieder handlungsfähig werde.

Voraussetzung für dieses „Drehen und Wenden“ ist die Beziehung zu meiner Psychotherapeutin bzw. meinem Psychotherapeuten. Als Klient oder Klientin muss ich in der Lage sein, das Vertrauen und das mir entgegengebrachte empathische Verstehen auch wahrnehmen zu können.

Als Psychotherapeutin erlebe ich mich nicht als Expertin für das Leben meiner Klienten, wohl sehe ich mich aber als Expertin für den Prozess, den es zu durchleben gilt. Kein Mensch entwickelt aus Jux und Tollerei „problematisches Verhalten“, das ihm selber das Leben schwer macht. Es gibt immer einen Grund (oft einen existenziellen, manchmal ist dieser auch nicht erinnerbar) warum jemand so und nicht anders handelt. Diesen Grund gilt es bewusst zu machen.

Der Mutter, die zu mir kommt und mir erzählt, wie schwierig ihr Kind ist, schlage ich meist vor, im Zuge einer Beratung gemeinsam mit mir zu ergründen, was denn das kindliche Verhalten so schwer aushaltbar macht, warum das so ist und wie das veränderbar wäre. Nicht selten stellt sich bei diesen Beratungen heraus, dass der therapeutische Bedarf mindestens so stark bei den Eltern liegt wie bei den Kindern. Es liegt auf der Hand, dass allein das Kind zu therapieren in solchen Fällen keinen nachhaltigen Erfolg bringen kann.

Kehren wir aber nun zurück zum Ausgangspunkt:

„Denkt doch einer mal an die Kinder“

(Zitat aus „die Simpsons“)

Sollte man sie nicht doch „behandeln“, wenn es ihnen schlecht geht, und wenn, wie?

Wenn nun also ein Kind in meine Praxis kommt, gelten für mich als Psychotherapeutin, die seit Jahren mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie bei meiner Arbeit mit Erwachsenen. Grundvoraussetzung für eine psychotherapeutische Begleitung ist, dass das Kind „alt“ genug (das ist manchmal keine Frage der Jahre) sein sollte, um die oben beschriebene Inkongruenz in sich wahrnehmen zu können.

Das Kind sollte fähig sein, das von der Psychotherapeutin entgegengebrachte Vertrauen und empathische Verstehen wahrzunehmen. Kinder haben meist einen sehr direkten Zugang zu ihren Gefühlen und erfüllen diese Anforderung sehr oft augenblicklich, sie wissen und spüren intuitiv, was ihnen gut tut.

Der große Unterschied, den ich in der psychotherapeutischen Arbeit zwischen Erwachsenen einerseits und Kindern und Jugendlichen andererseits sehe, ist der Zugang zum Eigentlichen. Kinder (oft auch Jugendliche) erreiche ich meist mühelos durch das Spiel.

Beim Spiel sind wir zu zweit, mit allem was wir sind, mit unserer Freude, mit unserem Ärger und mit allen unseren Emotionen, die „Spiel“ ausmacht. Im Laufe des Spiels kommt vieles an die Oberfläche, und das Kind findet die Möglichkeit, bisher Unausgesprochenes, Belastendes mit einer „Außenperson“ zu besprechen.

Gerade in meiner Arbeit für den Verein Zellkern erlebe ich sehr oft, wie wichtig es für Kinder ist, eine Außenperson zu haben, mit der es möglich ist, über eigene Gefühle zu sprechen und sich mit Ängsten auseinanderzusetzen. Denn das Aussprechen und Verstandenwerden erleichtert und entlastet.

Ein Riss durchs Leben kann jeden jederzeit und überall treffen.

Unser Gehirn ist unersetzlich. Eine Hirnverletzung bedroht den Kern unserer Persönlichkeit und unsere Existenz. Nur zu leicht werden Spätfolgen unterschätzt – besonders wenn die Verletzungen nicht sichtbar sind.

In OÖ erleiden jährlich Tausende von Menschen eine komplexe erworbene Hirnschädigung – zu der zählen wir das Schädel-Hirn-Trauma, spontan entstandene Blutungen im Kopfräumen bzw. im Gehirn selbst, andere schwere Schlaganfälle, den Sauerstoffmangel des Gehirns z.B. nach einer Reanimation, ebenso manche Hirnentzündungen und Zustände nach Tumoroperation.

Manche dieser schweren Hirnschädigungen werden nicht überlebt, viele hinterlassen eine dauerhafte Behinderung. Wegen der schwerwiegenden Auswirkungen dieser Hirnschädigungen auf alle Lebensbereiche bieten wir fachliche und langfristige Begleitung, bis hinein in den Lebensalltag, an.



**SHT, Schlaganfall
Tumor, Blutung**

**Verein für Menschen mit erworbener
Hirnschädigung und deren Angehörige**



Bahnhofplatz 3 · 4600 Wels · Tel.: 07242/9396-1260
office.ooe@netzwerk-gehirn.at · www.netzwerk-gehirn.at

Impressionen unserer Kinderwoche „Urlaub ohne Sorgen“

Seit 1997 bietet unser Verein während der Sommerferien eine Erholungswoche für Kinder an, die in ihrem familiären Umfeld von einer schweren Erkrankung betroffen sind. Dank an alle, die uns durch Spenden und ehrenamtliche Unterstützung die Durchführung seit Jahren ermöglichen!





Perücken Sattler

Perücken | Toupets | Haarteile



**WIR ALS SPEZIALIST FÜR ZWEITFRISUREN
BERATEN SIE STILSICHER UND KOMPETENT
... SEIT 40 JAHREN IN LINZ!**

- Natürliche Perücken in Kunst- oder Echthaar
- Riesige Auswahl - ständig über 4.000 Modelle lagernd
- Neueste Trends in Farben und Frisuren
- Exklusive Headwear/Turbane für jeden Stil
- Gratis Parken während Ihres Besuches



Bismarckstraße 8a, 4020 Linz - Info-Hotline (0732) 77 39 16 - peruecken@aon.at

www.peruecken.co.at

Trauern – ein sehr individueller Prozess

Mag. Brigitte Humer

Psychotherapeutin

Beratungsstelle ZELLKERN Linz

Eine Klientin sagt: „Mein Mann ist schon seit 14 Monaten tot und ich weine noch immer um ihn. Das ist doch nicht normal.“ Eine andere Klientin erzählt: „Ich bin seit zwei Jahren geschieden und habe die Trennung noch immer nicht überwunden. Mit mir stimmt etwas nicht“. Solche und ähnliche Aussagen äußern Klientinnen in Psychotherapien und Beratungen sehr häufig. Hier wird deutlich, dass es bei vielen Menschen das Gefühl gibt, dass der Trauerprozess schneller gehen müsste und die eigene Trauer nicht der Norm entspräche.

Aus psychotherapeutischer Sicht kann ich dazu Folgendes sagen:

Es gibt keine „Standard-Trauer“

Trauer ist ein sehr komplexer und höchst individueller Prozess. In der Regel muss bei Verlust eines geliebten Menschen (sei es durch Tod oder Trennung) ein Bündel an Gefühlen bewältigt und verarbeitet werden. Die traurigen/schmerzlichen Gefühle über den Verlust werden oft begleitet von Ärger/Wut darüber, dass man das Leben nun allein (ohne die geliebte Person) meistern muss. Eine Klientin, die den Tod ihres Mannes betrauert, benennt das folgendermaßen: *„Er hat mich einfach im Stich gelassen, auch wenn er es nicht absichtlich gemacht hat“.*

Gleichzeitig treten oft starke Ohnmachtsgefühle auf, da der Tod oder die Trennung nicht verhindert werden konnte, obwohl die hinterbliebene Person ihre ganze Kraft und Energie eingesetzt hat. Gefühle von Überforderung und Angst sind ebenso häufige Begleiter: Ein Klient fragt: *„Wie soll ich denn das alleine schaffen mit den drei kleinen Kindern? – Ich muss ja arbeiten gehen und Geld verdienen, damit wir überleben können.“*

Auch die Umstände des Todes oder der Trennung wirken sich bedeutend auf den Trauerprozess aus.

War der Tod ein sehr plötzlicher, z. B. durch einen Autounfall verursacht, so befinden sich die hinterbliebenen Personen oft in einem Schockzustand, in manchen Fällen kann so ein unerwarteter Schicksalsschlag auch zu einer Traumatisierung führen.

Besonders häufig tritt eine Traumatisierung auch bei Tod durch Suizid ein. Angehörige werden dann sehr oft neben ihrem Schmerz auch noch von erheblichen Schuldgefühlen geplagt. Die Hinterbliebenen machen sich Vorwürfe und fühlen sich für den Tod verantwortlich. Eine Klientin sagt: *„Ich hätte es doch merken müssen, dass es ihm schlecht geht ... hätte ich ihn nur an diesem Tag nicht allein gelassen, das werde ich mir nie verzeihen!“*

Natürlich spielt auch die Qualität und die Dauer der Beziehung, die man vor dem Tod bzw. der Trennung zur verstorbenen bzw. getrennten Person hatte, eine große Rolle dabei, wie sich der Trauerprozess gestaltet. Besonders bei konflikthafter Beziehungen oder wenn die Hinterbliebenen das Gefühl haben, vom Verstorbenen schlecht behandelt worden zu sein, kann das zu Gefühlsverstrickungen führen, welche die Trauerarbeit erschweren und blockieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Dauer und Form der Trauerarbeit von zahlreichen Aspekten abhängig ist und daher der Begriff der „normalen“ Trauer häufig erscheint.

Kachler bezeichnet Trauer als *„die richtige und passende Antwort unserer Seele und unseres Körpers auf unseren schweren Verlust“.* (Kachler 2011, S. 29). So verschieden die Menschen und ihre Seelen sind, so verschieden sind auch die Trauerreaktionen und Trauerprozesse.

Wann ist Psychotherapie/Beratung notwendig und hilfreich?

Nicht jeder Trauerprozess erfordert eine psychotherapeutische Begleitung. Trauer ist keine Krankheit. Laut Canacakis ist Trauer *„eine spontane, natürliche, normale und selbstverständliche Antwort unseres Organismus, unserer ganzen Person auf alle Arten von Veränderung. Wenn sie entwickelt wird, erwächst daraus Lebendigkeit für Körper, Seele und Geist.“* (Canacakis 2006, S. 40). *„Trauer ist nichts Statisches, sondern ein Prozess. Sie ist eine Verwandlungskünstlerin.“* (Canacakis 2006, S. 42)

In manchen Fällen erleben Trauernde den Schmerz als erdrückend und die Last der Gefühle als nicht bewältigbar. Manche fühlen sich in ihrer Trauer und in ihren Emotionen blockiert, sodass ein gutes Abschiednehmen nicht möglich ist und die Wandlung nicht vollzogen werden kann. In all diesen Fällen kann Beratung und Psychotherapie eine wichtige Unterstützung sein, um den Schmerz zu teilen, die Gefühlsverstrickungen aufzulösen und letztendlich den Trauerprozess gut durchzustehen.

Was müssen Trauernde bewältigen?

Laut William J. Worden haben trauernde Menschen im Rahmen des Trauerprozesses folgende vier Aufgaben zu bewältigen (vgl. Worden 2011, S. 43ff):

- *Den Verlust als Realität akzeptieren*

Das bedeutet, dass die trauernde Person realisieren und anerkennen muss, dass die geliebte Person nicht wieder zurückkehren wird. Wird der Verlust geleugnet, d. h. wollen Betroffene den Verlust nicht wahrhaben, bleiben sie bereits bei der ersten Aufgabe des Trauerprozesses stecken.

- *Den Schmerz verarbeiten*

Jeder Verlust verursacht Schmerz. Dieser Schmerz muss zugelassen und verarbeitet werden, damit er sich nicht in einem Symptom oder einer problematischen Verhaltensweise manifestiert. Die Lösung dieser Aufgabe kann auch durch das soziale Umfeld der trauernden Person erschwert oder behindert werden. KlientInnen berichten immer wieder, dass sie im Rahmen ihrer Trauer mit kontraproduktiven Aussagen ihres sozialen Umfeldes konfrontiert werden. „*Dein Mann hätte sicher nicht gewollt, dass du dich nach seinem Tod so hängen lässt.*“ Oder: „*Du musst jetzt schon stark sein und dich zusammenreißen – denk an deine Kinder!*“ Solche und ähnliche Sätze sind vielleicht gut gemeint, aber für den Trauerprozess keinesfalls hilfreich.

- *Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen*

Die Anpassungsleistung umfasst dabei folgende Bereiche: die externe, die interne und die spirituelle Anpassung.

Die **externe Anpassung** beschäftigt sich mit den Auswirkungen des Todes bzw. der Trennung auf die Bewältigung des Alltags. „*Trauernden Menschen ist anfangs selten klar, was genau sie verloren haben. Den Partner zu verlieren kann z. B. bedeuten, auch den Sexualpartner, den besten Freund, den Finanzberater, den Gärtner, den Babysitter, den guten Zuhörer, den Tröster, usw. zu verlieren – je nachdem, welche Rollen die Partnerin oder der Partner im gemeinsamen Leben übernommen hatte.*“ (Parkes zit. nach Worden 2011, S. 52). Das bedeutet, dass die Aufgaben und Rollen nun von den Hinterbliebenen übernommen werden müssen.

Bei der **internen Anpassung** geht es nicht nur darum, dass sich die Betroffenen als Witwe/Witwer begreifen, sondern auch darum, wie sich der Tod auf das Selbstbild auswirkt. Es geht um die Beantwortung der Frage:

„Wer bin ich ohne meinen Mann bzw. ohne meine Frau?“ Besonders bei Frauen, die sich tendenziell über Beziehungen zu anderen und die Fürsorge für andere identifizieren, kann der Verlust einer wichtigen Bezugsperson zu einem „Selbstverlust“ führen.

Bei der **spirituellen Anpassung** geht es um die Auswirkungen auf die eigenen Überzeugungen, Wertvorstellungen und Annahmen über die Welt. Vor allem können plötzliche Todesfälle oder auch unerwartete Trennungen die eigene Welt gewaltig erschüttern und die eigenen Wertvorstellungen dramatisch infrage stellen.

- *Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden*

Diese Aufgabe ist für manche Menschen besonders schwierig. Hier geht es darum, dass die Bindung zu dem Verstorbenen einen geeigneten Platz findet, ohne dass die Beziehung zu ihm aufgegeben wird. Trauernde sollen die Möglichkeit haben, trotz des Verlustes ihr Leben weiterzuleben und neue Bindungen einzugehen. „*Die Bereitschaft von Trauernden, neue Beziehungen einzugehen, entsteht nicht dadurch, dass die tote Person ‚aufgegeben‘ wird. Vielmehr geht es darum, für die verstorbene Person im eigenen Seelenleben einen passenden Ort zu finden – einen Ort, der wichtig ist, aber auch Raum für andere lässt.*“ (Shuchter/Zisook zit. nach Worden 2011, S. 57)

Eine Nichterfüllung dieser Aufgabe kann so beschrieben werden, dass Hinterbliebene an der Bindung mit der toten Person festhalten und nicht in der Lage sind, ihr Leben nach dem Verlust in anderer Form befriedigend wieder aufzubauen.

Die Bewältigung dieser Traueraufgaben erfordert vor allem Geduld und Zeit. Der Wunsch von Trauernden, dass dieser schmerzvolle Prozess schneller vonstatten gehen möge, ist mehr als verständlich. Wer würde sich nicht wünschen, dass Leiden ein rasches Ende finden? Die Erfüllung dieses Wunsches bzw. der Versuch, den Trauerprozess zu beschleunigen, ist leider zum Scheitern verurteilt. Jeder Mensch hat seinen eigenen Rhythmus und seine eigene Geschwindigkeit. Ein chinesisches Sprichwort sagt: „*Wenn man am Gras zieht, wächst es auch nicht schneller*“. Nicht die Beschleunigung, sondern das Aushalten und bewusste Durchleben dieses Prozesses – mit oder ohne Psychotherapie – verspricht Wandlung und Neubeginn.

Literatur:

Canacakis, Jorgos (2006): *Ich sehe deine Tränen*, Freiburg

Kachler, Roland (2011): *Was bei Trauer gut tut.*

Hilfen für schwere Stunden, Freiburg

Worden, William J. (2011): *Beratung und Therapie in Trauerfällen.*

Ein Handbuch, 4. Auflage, Bern

Suizidgefährdung bei alten Menschen

Mag. Brigitte Humer

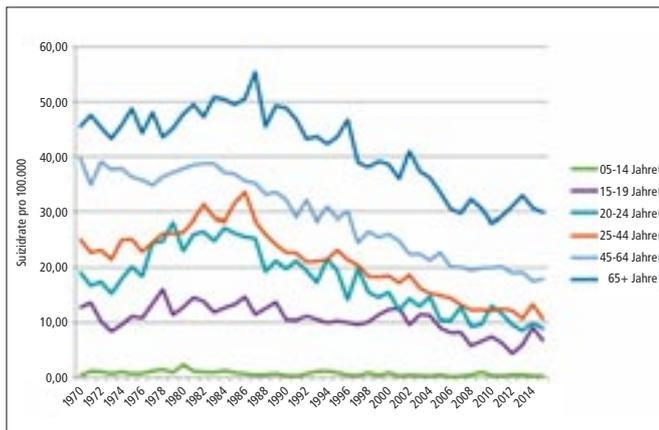
Psychotherapeutin

Beratungsstelle ZELLKERN Linz

Je älter ein Mensch ist, der sich umbringt, desto eher sagt man: „Was hätte er denn sonst noch von seinem Leben gehabt?“ ... aber bedenken Sie: „Es ist ein Mensch, der geht!“
(Rolf Dieter Hirsch, Psychiater)

Die Fakten

Suizid bei alten Menschen ist ein sensibles und tabuisiertes Thema, über das nicht gerne gesprochen wird. Statistiken belegen, dass die Suizidrate im höheren Lebensalter bei Frauen und Männern dramatisch zunimmt (siehe Grafik).



Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen
Quelle: Suizid und Suizidprävention Österreich. Bericht 2016, S. 13

Empirische Belege zeigen, dass eine besondere Gefährdung für ältere und alte Männer vorliegt. Diese haben ein deutlich höheres Suizidrisiko als die Durchschnittsbevölkerung. Eine europäische Studie, bei der 24 Länder verglichen wurden, zeigt, dass Österreich bei den Suizidraten von über 75-jährigen Männern hinter Ungarn und Slowenien auf dem dritten Platz liegt.¹⁾ In Oberösterreich nimmt sich ca. alle 4 Tage ein älterer Mensch über 65 das Leben.²⁾ Zusätzlich muss bei diesen Zahlen von einer großen Dunkelziffer ausgegangen werden. „Verdeckte“ oder „stille“ Suizide, wie z. B. die Verweigerung der Nahrungsaufnahme und/oder Medikamenteneinnahme, die bei alten Menschen oft vorkommt sowie die Tatsache, dass viele Todesursachen nicht geklärt werden

können und manche Suizide als Unfall deklariert werden, sind in den Statistiken gar nicht erfasst.³⁾

Warum sind alte Menschen besonders betroffen?

Auslöser für suizidale Handlungen sind oft psychosoziale Krisen und kritische Lebensereignisse, die bei den betroffenen Menschen zu einer Überforderung führen, da sie sich nicht imstande fühlen diese zu bewältigen. Bei den Krisen unterscheidet man grundsätzlich zwischen Veränderungskrisen und traumatischen Krisen. Veränderungskrisen werden durch vorhersehbare Übergänge im Lebenslauf ausgelöst. Solch kritische Übergänge im Alter sind z. B. das Ausscheiden aus dem Berufsleben, der Auszug der eigenen Kinder und das Nachlassen der geistigen und körperlichen Kräfte.⁴⁾ Traumatische Krisen können durch unvorhergesehene Ereignisse und Schicksalsschläge wie z. B. Kündigung, der Tod des/der Partners/Partnerin, die Mitteilung über eine schwere/unheilbare Krankheit, aber auch schwerwiegende Beziehungskonflikte ausgelöst werden. Treten mehrere Krisen unmittelbar nacheinander auf – z. B. ein Mann geht in Pension und zwei Jahre später stirbt seine Frau an Krebs, dann kann es leicht vorkommen, dass bisher funktionierende Bewältigungsstrategien versagen und der Betroffene einen Suizid in Erwägung zieht. Ich möchte an dieser Stelle ein paar kritische Lebensereignisse skizzieren, die für alte Menschen besondere Bedeutung haben.

• Isolation und Einsamkeit

Der Ausstieg aus dem Beruf, der Tod von Freunden und Bekannten sowie körperliche und psychische Erkrankungen führen im Alter in der Regel zu einer Reduzierung der sozialen Kontakte und Netzwerke. Eine Untersuchung an 38 Menschen, die den Freitod suchten, ergab, dass Isolation, Einsamkeit und Kontaktprobleme die häufigsten Auslöser für suizidale Krisen dieser über 60-jährigen Personen waren.⁵⁾ Auch dem Familienstand kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Empirische Studien belegen, dass alleinstehende Menschen, d. h. geschiedene, getrennt lebende, verwitwete und ledige Personen, ein deutlich höheres Suizidrisiko aufweisen als jene, die in Partnerschaften leben. Das größte Risiko durch Suizid zu sterben haben Männer, die ihre Partnerin erst im hohen Lebensalter verlieren. D. h. Männer kommen mit der Situation des Alleinlebens und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags weniger gut zurecht als Frauen.⁶⁾

• Schwere Krankheiten und der Verlust von körperlich und geistigen Fähigkeiten

Zahlreiche Studien belegen, dass eine körperliche

Erkrankung für ältere Menschen Auslöser für suizidale Handlungen darstellen kann. Die Angst vor einem lang-samen und schmerzvollen Tod, die Abhängigkeit von Pflegepersonen und die Sorge, den Angehörigen zur Last zu fallen, werden als Hauptgründe genannt. Ein weiterer Aspekt bei suizidalen Handlungen stellt die Ungewissheit vor dem Tod dar. Mit dem Suizid kann die Ungewissheit quasi aus dem Weg geräumt und die Art und der Zeitpunkt des Todes selbst bestimmt werden.

Alt werden geht in der Regel einher mit einem Abbau von geistigen und körperlichen Fähigkeiten. Dies bedeutet für viele Menschen eine große Verunsicherung und ein gravierendes Verlusterlebnis. Z. B. stellt eine fortschreitende Erblindung für einen belesenen alten Menschen eine große psychische Belastung dar, die – wenn sie nicht bewältigt werden kann – zu einer schweren Depression und im schlimmsten Fall auch zu einer suizidalen Handlung führen kann.

• *Übersiedlung ins Altenheim*

Die eigenen vier Wände bedeuten für die meisten Menschen ein Gefühl der Sicherheit und Vertrautheit. Besonders für hochaltrige Menschen und jene, die sich ihr Zuhause selbst gebaut und geschaffen haben, kann der Umzug in eine andere Wohnsituation eine große psychische Belastung darstellen. Liebgewonnene Gewohnheiten und Rituale müssen aufgegeben werden. Der bisherige Tagesrhythmus kann im Altenheim oft nicht gelebt werden. Dazu kommt noch, dass es vielen älteren Menschen schwerfällt, neue Kontakte zu knüpfen.

Eine Studie belegt, dass 44 % der Suizidanten über 65 Jahre vor ihrem Suizid angaben, dass eine mögliche Übersiedlung in ein Pflegeheim der Grund für die suizidale Handlung sei.⁷⁾

Wie kann die Gefährdung reduziert werden?

Die Ursachen für den Suizid sind vielfältig und komplex. Einfache Lösungen sind daher nicht möglich. Dennoch sind sich die Fachleute einig, dass vielen Suizidgefährdeten geholfen werden könnte, wenn erste Anzeichen (wie z. B. Schlafstörungen, Grübeln, sozialer Rückzug, depressive Verstimmungen) ernst genommen würden. Ernst nehmen bedeutet u. a. suizidale Gedanken anzusprechen. Viele Menschen haben Angst, Betroffene direkt zu fragen, ob sie Suizidgedanken hätten. Sie befürchten, dass sie dadurch einen Suizid auslösen könnten. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Durch das Ansprechen dieses „Tabuthemas“ besteht die Möglichkeit, eine Beziehung zum/zur Betroffenen aufzubauen. Erwin Ringel schreibt: „Nur dort, wo ein Recht besteht, sein Unglück zu zeigen, wo unglücklich sein weder eine Schande

noch eine Stigmatisierung bedeutet, werden es Menschen wagen, dieses Unglück auch zu bekennen und damit den anderen die Möglichkeit zu geben, alles zu tun und zu wagen, um ihr Scheitern zu verhindern.“⁸⁾ Natürlich ist in vielen Fällen professionelle ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe notwendig, um die Krise meistern zu können, wobei auch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes bzw. der Angehörigen von entscheidender Bedeutung ist. Untersuchungen belegen, dass ältere Menschen deutlich seltener psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen als jüngere.⁹⁾ Dieses Ergebnis ist nicht überraschend; zum einen ist Psychotherapie bei älteren Menschen noch mehr tabuisiert als bei jüngeren, zum anderen ergibt sich oft das Problem, wie die psychotherapeutische Hilfe von den alten Menschen in Anspruch genommen werden kann. Bei schweren körperlichen Erkrankungen ist es üblich, dass der Hausarzt/die Hausärztin (sowohl in der Stadt als auch auf dem Land) Hausbesuche macht und die Patienten und Patientinnen zu Hause behandelt. Bei schweren psychischen Problemen gibt es jedoch nur die Möglichkeit eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus. Was grundsätzlich in Österreich fehlt, ist ein Konzept der „aufsuchenden“ Psychotherapie. Viele ältere Menschen sind – auch wenn sie dazu bereit wären – nicht mehr mobil und fit genug um eigenständig eine psychotherapeutische Praxis/Beratungsstelle oder einen Psychiater aufsuchen zu können. Sind die Angehörigen nicht bereit oder in der Lage, die betroffenen alten Menschen in eine Beratungs- bzw. Kriseninterventionsstelle zu bringen, dann sind ältere Menschen von der therapeutischen Hilfe und Unterstützung abgeschnitten. Bezüglich der Entwicklung aufsuchender psychotherapeutischer Angebote besteht meines Erachtens in Österreich dringender Handlungsbedarf.

Zum Nachdenken: Ein persönliches Erlebnis

Vor ein paar Wochen hat mir eine Freundin erzählt, dass ein Bekannter ihrer Eltern (ein älterer Mann) sich mit seinem Jagdgewehr selbst getötet hätte, kurz nachdem er im Krankenhaus erfahren hatte, dass er an einer Demenz leidet. Die Schilderung dieses Selbstmordes hat mit der Aussage meiner Freundin geendet,

¹⁾ vgl. Schmidke/Sell/Löhr (2008), S. 7

²⁾ vgl. Wolfmeier, A. (2011), S. 25

³⁾ vgl. Schneider/Nesseler (2011), S. 53

⁴⁾ vgl. Erlemeier (1992), S. 94

⁵⁾ vgl. Plitt (2006), S. 39, zit. nach Teising (1992), S. 43f

⁶⁾ vgl. Erlemeier (1992), S. 48, Erlemeier (2002), S. 72

⁷⁾ vgl. Hirzel-Wille (2002), S. 124 zit. nach Comer (1995), S. 387; Loebel et al. (1991)

⁸⁾ Ringel (2005), S. 99f

⁹⁾ vgl. Erlemeier (2002), S. 136, zit. nach Stuhlmann, Hinze (1997), S. 163

dass sie den Mut dieses Mannes bewundere. Wörtlich hat sie dazu gemeint: „Hut ab vor dieser mutigen und konsequenten Entscheidung. Ich würde mir wünschen, dass ich auch diesen Mut hätte, wenn mich so ein Schicksal trifft.“

Diese Aussage hat mich noch mehrere Stunden später beschäftigt und ich bin dabei auf ambivalente und irritierende Gefühle gestoßen, die ich hier kurz skizzieren möchte.

In erster Linie finde ich diese Geschichte traurig. Aus Gesprächen mit schwerkranken und sterbenden Menschen wissen wir, dass es ein großes menschliches Bedürfnis ist, beim Sterben nicht alleine sein zu müssen. Dieser Mann hatte offenbar niemanden, dem er seine Ängste und Verzweiflung anvertrauen konnte/wollte. Nach meiner Einschätzung muss er sehr einsam und isoliert, sehr verzweifelt, sehr unglücklich, sehr ängstlich und ohne jegliche Hoffnung gewesen sein. Die Tatsache, dass jemand im Augenblick seines Todes völlig alleine ist, löst Mitgefühl bei mir aus. Alleine und einsam und darüber hinaus auch noch gewaltvoll zu sterben hat meines Erachtens absolut nichts Tröstliches. Ob diese Tat oder Suizide allgemein von Mut zeugen, wage ich nicht zu beurteilen. Es bedarf sicher einer großen Entschlossenheit, ein Gewehr zu nehmen, es an den Kopf zu halten und abzudrücken. Vielleicht bedarf es wirklich einer großen Portion an Mut, um eine suizidale Handlung zu setzen. Aber hätte es nicht auch großen Mut bedeutet, trotz dieser schweren Erkrankung weiterzuleben? Hat diesem Mann der Mut dazu gefehlt? Oder hat es ihm an Menschen gefehlt, die ihn in dieser Situation hätten unterstützen können, diesen Mut zu entwickeln? Viele Fragen, die leider unbeantwortet bleiben.

Wenn ich darüber nachdenke, was diesen Menschen zu dieser Handlung veranlasst haben könnte, fällt mir die Aussage von Gernot Sonneck ein: „Suizidgefährdung ist keine Krankheit, sondern ein Ausdruck von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.“¹⁰⁾ und ich komme (ohne den Mann oder seine Familie persönlich zu kennen) zu dem Schluss, dass es mit großer Wahrscheinlichkeit nicht sein Mut war, der ihn dazu gebracht hat, sondern vielmehr ein großes Ausmaß an Angst und Verzweiflung:

Angst vor einem Fortschreiten der Demenz und den damit verbundenen Verlusten an Merk-, Orientierungs- und Denkfähigkeit, Angst als Pflegefall von anderen Menschen abhängig zu sein, Angst den Angehörigen zur Last zu fallen, Angst nicht mehr selbstbestimmt leben zu können und Verzweiflung darüber, dass diese Krankheit bis heute unheilbar ist.

¹⁰⁾ Sonneck (2000), S 151

¹¹⁾ vgl. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/Oesterreichischer_Demenzbericht

Resümierend komme ich zum Schluss, dass die Schilderung meiner Freundin eine sehr eingeschränkte und kurzgegriffene Wahrnehmung wiedergibt. Der Mann wird auf seine Handlung und seinen „Mut“ reduziert; der Mensch mit seinen vielfältigen Gefühlen (Einsamkeit, Angst, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit) kommt dabei gar nicht vor. Auch das Mitgefühl gegenüber diesem verzweifelten Menschen hat keinen Platz. Die WHO hat in einer Studie errechnet, dass von jedem Suizid noch durchschnittlich sechs weitere Menschen (Angehörige, Freunde) betroffen sind, die in der Folge dann auch psychisch – in Form von Schuldgefühlen und Vorwürfen – belastet sind. Diese Menschen mit ihren belastenden Gefühlen und Gedanken hatten ebenfalls keinen Platz in dieser Erzählung.

Besonders nachdenklich hat mich das Gefühl der Bewunderung gestimmt. Meine Freundin „bewundert den Mut und zieht den Hut vor dieser Handlung“. Ja, mehr noch, sie wünscht sich sogar, dass sie in der gleichen Situation auch den Mut zum Suizid hätte. Ich frage mich, ob meine Freundin mit ihrer Meinung und Empfindung ein Einzelfall ist? Ich fürchte nein. Was passiert, wenn diese Bewunderung auf Herr und Frau Österreicher überschwappt? Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich zwischen 115.000 bis 130.000 Menschen mit einer dementiellen Erkrankung.¹¹⁾ Wenn alle demenzkranken Menschen den „Mut“ zur Selbsttötung entwickeln, gepaart mit der Hoffnung, danach auf Bewunderung zu stoßen, dann laufen Suizidgefährdete Gefahr, dem Mythos zu erliegen einen „Heldentod“ zu sterben. Ein erschreckendes Szenario.

Ich habe für mich beschlossen, nicht der Gruppe der Bewundernden beizutreten.

Literatur

- Österreichischer Demenzbericht (2014), Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Wien
https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/Oesterreichischer_Demenzbericht (Stand: 29.5.2018)
- Erlemeier, N. (1992): Suizidalität im Alter, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren (Hrsg) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 121, Stuttgart Berlin Köln
- Erlemeier, N. (2002): Suizidalität und Suizidprävention im Alter (Hrsg.) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 212, Stuttgart Berlin Köln
- Hirzel-Wille, M. (2002): Suizidalität im Alter – Individuelles Schicksal und soziales Phänomen, Bern
http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf (Stand: 5. 05. 2014)
- Plitt, S. (2006): Suizidalität im Alter – Ausmaß, Ursachen, Präventionsansätze, Saarbrücken
- Ringel, E. (2005): Die österreichische Seele, Wien
- Sonneck, G.(Hrsg.)(2000): Krisenintervention und Suizidverhütung, Ein Leitfaden für den Umgang mit Krisen, Wien
- Schmidke/Sell/Löhr (2008): Epidemiologie von Suizidalität im Alter in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41
- Schneider, F./Nesseler, T. (2011): Depression im Alter – Die verkannte Volkskrankheit, München
- Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2016, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.), Wien
- Wolfmeier, A. (2011): Suizidalität im Alter, Erklärungsmodelle, Ausmaß und Ursachen, Linz, Bachelor-Arbeit

Patientenverfügung

Dr. Renate Garantini

Rechtsanwältin

Beratungsstelle ZELLKERN Linz



Die Segnungen der modernen Medizin schaffen bei vielen Krankheiten, die in früheren Zeiten nicht behandelbar waren, die Möglichkeit einer erheblichen Lebensverlängerung. Dies macht vielen Menschen Angst, weil sie sich auch im Falle einer schweren Krankheit bis zuletzt ein Mindestmaß an Lebensqualität wünschen und nicht bloß eine unbedingte Verlängerung des Lebens nach allen Möglichkeiten der Apparatedizin. Menschen wollen die Kontrolle über die Behandlungen im Krankheitsfall bis zuletzt behalten und wünschen sich, selbst über ihr Leben und Sterben entscheiden zu können.

Solange ein Patient selbst entscheidungsfähig ist, kann und muss er grundsätzlich in jede medizinische Behandlung, wie z. B. Operationen, etc. einwilligen. Jeder kann jedoch im Lauf seines Lebens unabhängig vom Alter in eine Situation geraten, in der er nicht mehr in der Lage ist, sich zu äußern und selbst zu entscheiden – besonders über Fragen medizinischer Behandlungen. Sollte eines Tages der Fall eintreten, dass ein Mensch – beispielsweise aufgrund einer schweren Krankheit, eines Unfalls, eines Komas oder ähnlicher Umstände – nicht mehr selbst entscheidungsfähig ist, sind Ärzte verpflichtet, alle medizinisch möglichen Maßnahmen zur Lebensrettung zu ergreifen. Für Angehörige wiederum ist es extrem belastend, darüber zu entscheiden, welche Maßnahmen der betroffene Patient für sich selbst getroffen hätte. Daher sollte in gesunden Tagen entsprechende Vorsorge getroffen werden; ein Instrument, das hierfür zur Verfügung steht, ist die Patientenverfügung.

Eine Patientenverfügung ist eine Willenserklärung in Schriftform, mittels welcher ein zukünftiger Patient bestimmte medizinische Maßnahmen und Behandlungen im Voraus ablehnen kann. Diese gesetzliche Möglichkeit besteht seit nunmehr über zehn Jahren. Selbstverständlich soll eine solche in guten Zeiten getroffene Verfügung nur gelten, wenn sich der betroffene Patient im Ernstfall nicht mehr wirksam äußern kann. Die näheren Bestimmungen sind im Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) geregelt. Es wird darin zwischen einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung unterschieden.

Auf Wunsch eines Patienten kann (muss aber nicht) eine Patientenverfügung – sowohl eine verbindliche als auch eine beachtliche – im Patientenverfügungsregister der österreichischen Rechtsanwälte oder des österreichischen Notariats registriert werden. Dadurch ist gewährleistet, dass eine Patientenverfügung jederzeit auffindbar ist und eingesehen werden kann. Die Einsichtsmöglichkeit in das Patientenverfügungsregister der österreichischen Rechtsanwälte und jenes des österreichischen Notariats besteht österreichweit für sämtliche Krankenanstalten in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Roten Kreuz.

Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung ist selbstverständlich auch davon abhängig, dass sie dem freien Willen des Patienten entspricht, keine strafrechtlichen Vorschriften verletzt und keine wesentliche Änderung des medizinischen Wissensstandes seit der Errichtung der Patientenverfügung eingetreten ist.

Der Patient kann eine Patientenverfügung grundsätzlich jederzeit ändern, wofür die gleichen Formvorschriften wie für die Errichtung gelten. Er kann die Patientenverfügung auch jederzeit formfrei widerrufen, womit sie ihre Wirksamkeit verliert.

Sinnvoll ist, einen Hinweis auf eine Patientenverfügung gut erreichbar aufzubewahren und mitzuführen. Bei einem Spitalsaufenthalt ist es natürlich ratsam, die behandelnden Ärzte ausdrücklich auf die Patientenverfügung hinzuweisen.

Die verbindliche Patientenverfügung

Eine verbindliche Patientenverfügung ist von den behandelnden Ärzten unter allen Umständen zu befolgen. Konkret bedeutet dies, wenn jemand mit seiner Patientenverfügung eine bestimmte Maßnahme wie z. B. künstliche Ernährung, künstliche Beatmung, etc. abgelehnt hat, so ist diese Verfügung für die behandelnden Ärzte zwingend zu beachten, selbst wenn dadurch eine Verkürzung des Lebens eintritt. Deswegen ist die Errichtung einer sogenannten „verbindlichen Patientenverfügung“ an strenge Voraussetzungen und Formkriterien gebunden, welche im Patientenverfügungs-Gesetz genau geregelt sind.

So müssen beispielsweise die medizinischen Behandlungen, die abgelehnt werden, konkret beschrieben sein und der zukünftige Patient muss die Folgen seiner Patientenverfügung richtig einschätzen können. Daher muss einerseits der Errichtung einer „verbindlichen Patientenverfügung“ eine umfassende ärztliche Aufklärung mit den notwendigen medizinischen Informationen über das Wesen und die Konsequenzen einer Patientenverfügung vorangehen, andererseits muss diese schriftlich vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen errichtet werden. Der Errichter muss zudem über die rechtlichen Folgen seiner Patientenverfügung sowie über die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs ausdrücklich belehrt werden.

Eine verbindliche Patientenverfügung gilt jeweils nur für die Dauer von fünf Jahren und muss innerhalb dieser Frist bestätigt bzw. erneuert werden, ansonsten verliert sie nach Ablauf von fünf Jahren ihre Verbindlichkeit. Ist ein Patient aufgrund des Fehlens seiner Äußerungsfähigkeit oder Einsichtsfähigkeit nicht in der Lage, die verbindliche Patientenverfügung vor Ablauf der 5-Jahres-Frist zu erneuern, so bleibt diese in Wirksamkeit.

Werden diese strengen Formvorschriften bei der Errichtung der Patientenverfügung nicht eingehalten, liegt eine sogenannte „beachtliche Patientenverfügung“ vor.

Die beachtliche Patientenverfügung

Bei dieser Art der Patientenverfügung handelt es sich ebenso um eine schriftliche Willenserklärung, womit der zukünftige Patient Regeln und Vorgaben für die behandelnden Ärzte festlegt. Dabei geht es um die Anweisung an die behandelnden Ärzte, im Falle einer zum Tod führenden Erkrankung oder Bewusstlosigkeit (Koma) auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten und gleichzeitig aber alle Möglichkeiten der Schmerzlinderung zu nutzen. Die beachtliche Patientenverfügung unterliegt nicht den bereits angeführten strengen Formvorschriften der verbindlichen Patientenverfügung.

Liegt eine beachtliche Patientenverfügung vor, muss sich der behandelnde Arzt vor einer Behandlung konkret überlegen, welche Behandlung dem Willen des jeweiligen Patienten entspricht. Aus diesem Grund richtet sich die beachtliche Patientenverfügung eher an behandelnde Ärzte, zu denen ein gutes Vertrauensverhältnis besteht. Der Inhalt einer beachtlichen Patientenverfügung sollte deshalb unbedingt mit dem behandelnden Arzt genau besprochen werden, um möglichst genau beschreiben und erklären zu können, weshalb eine konkrete medizinische Maßnahme nicht durchgeführt werden soll.

Fazit

Der Gesetzgeber hat mit der Patientenverfügung eine Möglichkeit geschaffen, bereits in gesunden Tagen Vorsorge zu treffen, damit man in Lebenssituationen, in denen man nicht mehr in der Lage ist, sich zu äußern und selbst Entscheidungen zu treffen, letztlich seinen Wünschen entsprechend behandelt wird. Jeder ist gut beraten, diese Möglichkeit individuell zu ergreifen.



IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Verein ZELLKERN, Landstraße 35b, 4020 Linz, Telefon 0732 608560, E-Mail: office@zellkern.at

Ziele und Zwecke der Organisation:

Der Verein, dessen Tätigkeit gemeinnützig und nicht auf Gewinn gerichtet ist, bezweckt:

Die umfassende interdisziplinäre, psychosoziale Betreuung von schwer und chronisch Kranken und deren Angehörigen in Zusammenarbeit mit den behandelnden ÄrztInnen und Institutionen ähnlicher Zielsetzung; Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen schwere und chronische Krankheiten; Medizinische und rechtliche Informationen im Zusammenhang mit einer Erkrankung.

Verantwortlich für Inhalt, Redaktion, Bereich Spendenwerbung, -verwendung und Datenschutz: Mag. Klaudia Hanke-Krenmayr

Lektorat: Anneliese Penn

Layout, Produktion und Anzeigenverwaltung: Druckservice Muttenthaler GmbH, Ybbser Straße 14, 3252 Petzenkirchen, Telefon 07416 504-0*, E-Mail: ds@muttenthaler.com

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die ausschließliche Meinung des Autors wieder, welche nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen muss.



Der Direktvertrieb – eine boomende Vertriebsform

Dr. Renate Garantini, Zellkern Linz, im Gespräch mit Karl Breuer, dem Obmann des Gremiums Direktvertrieb in der WKO Oberösterreich



Dr. Renate Garantini: Zunächst einmal danke für die wiederholte Unterstützung unseres Vereins mit Inseraten in unseren Jahresberichten. Warum ist es dem OÖ-Direktvertrieb eigentlich ein Anliegen, sich auch sozial zu engagieren?

Karl Breuer: Das Motto unserer Branche lautet: mobil. modern. menschlich. Wir gehen in dieser innovativen Vertriebsform direkt auf die Menschen zu. Da ist es nur logisch, wichtige soziale Projekte wie die Arbeit von Zellkern auch finanziell zu unterstützen.

Dr. Renate Garantini: Ihr Motto enthält auch die Begriffe mobil und modern. Können Sie dieses Konzept näher erklären? Welche Vorteile bietet der Direktvertrieb den Kunden? Lässt sich eventuell ein spezieller Nutzen für unseren Klientenkreis daraus ableiten?

Karl Breuer: Der Direktvertrieb ist die Vermittlung von Produkten direkt an den Konsumenten ohne Zwischenschaltung des klassischen Handels und liegt als moderne Einkaufsform stark im Trend. Der Direktberater – so nennt man den selbstständigen Vertriebspartner – bringt die Ware direkt zum Interessenten ins Haus. Er berät kompetent, lässt die Qualität fühlen, riechen und schmecken. Und erst wenn Sie als potentieller Kunde sich überzeugt haben, bestellen Sie in Ihren vier Wänden das, was Ihnen gefällt. Gerade für Kunden, die

vielleicht Schwierigkeiten haben, Einkäufe außer Haus zu erledigen, liegt darin ein besonderer Nutzen. Übrigens werden rund 86 % der Neukunden zu treuen Stammkunden.

Dr. Renate Garantini: Und was motiviert nun Menschen, Direktberater zu werden?

Karl Breuer: Der Direktvertrieb hat einfach viele Vorteile beim „Sich selbstständig“ machen! Als Direktberater brauchen Sie vor allem Eigeninitiative, Engagement und ein gutes Gespür für den Kunden, aber nur geringe Mittel für den Start. Und Sie haben die Möglichkeit, Familie und Beruf optimal zu vereinen. Diese Faktoren sprechen deutlich für die Tätigkeit als Direktberater. Daher nutzen immer mehr Menschen diese Chance; 2017 haben sich weitere 1.760 Personen zu einem Neustart als Direktberater entschlossen. Übrigens waren rund 80 % davon Frauen.

Dr. Renate Garantini: Für diejenigen, die jetzt neugierig geworden sind: Wo gibt es mehr Informationen?

Karl Breuer: Unter www.derdirektvertrieb.at findet man alle Infos und Ansprechpartner. Und ein abschließender Tipp: Es gibt einen eigenen geförderten WIFI-Direktvertriebs-Kurs, der Neustartern das nötige Rüstzeug vermittelt.

Elternbildung – der Familie zuliebe



Kinder sind der Spiegel ihrer Eltern. Eine positive Erziehungsarbeit bedingt ein positives Umfeld und eine entsprechende Einstellung der Eltern. Nur so werden wir es auch schaffen, unseren Kindern das notwendige Rüstzeug mit auf den Weg zu geben und sie für ihren weiteren Lebensweg vorzubereiten.

Eltern erhalten nach Ausstellung der OÖ Familienkarte zur Geburt und weiters zum 3., 6. und 10. Geburtstag eines Kindes Oö. Elternbildungsgutscheine in der Höhe von je 20 Euro, welche bei gekennzeichneten Elternbildungsveranstaltungen eingelöst werden können. Weitere Informationen und das umfangreiche Elternbildungsangebot finden Sie unter www.familienkarte.at bzw. in der Familienkarte APP.

LH-Stv. Dr. Manfred Haimbuchner
Familienreferent



Falls verzogen, bei Adressänderung oder
Unzustellbarkeit bitte zurück an:
Verein ZELLKERN, Landstraße 35b, 4020 Linz

**„Wenn ich mich
aufmache für
meine Kunden
das Beste zu geben,
dann lohnt
es sich für beide!“**

