

Prof. Dr. Annelie Keil
Senatsempfang für Pflegekräfte am Tag der Pflege
Rathaus Bremen, 8. Mai 2019
Vortrag

Time to care- die hohe Kunst der Pflege! Das Fachliche und das Menschliche, das Professionelle und das Subjektive

„ Eine ältere Frau mit Herzinsuffizienz, Ödemen, Wasser im ganzen Körper; kein Medikament der großartigen Medizin hilft. Ein einziges abendliches Visitengespräch, sie schüttet ihr Herz aus, weint viel- die Ärztin tut nichts außer zuhören-, am nächsten Morgen hat sie 4 Liter Wasser ausgeschieden“ (Kütemeyer, Oberärztin einer neurologischen Station, Berlin)

„Eine 50 jährige Patientin (Morbus Parkinson) erstarrte während einer Auseinandersetzung mit ihrer Mutter im Omnibus derart, dass sie förmlich auf ihrem Sitz festklebte und mit dem Bus in unsere neurologische Klinik transportiert werden musste. Auch im Bett, akinetisch, behielt sie noch stundenlang die angewinkelte Stellung bei. (Kütemeyer Masuhr)

Nicht logisch, aber lebendig, ist der Mensch, eine Maßarbeit der Schöpfung, aber diesseits und jenseits von Pflege und Medizin nur schwer genau zu vermessen, als Pfleger wie als zu Pfleger im Vollbesitz seiner Subjektivität, immer für eine Überraschung gut, immer wieder anders und wie das Wetter von Wechsel und Veränderungen umstellt. Überallartig manche Diagnose, unberechenbar die Heilung, quälend der lange Prozess in die Chronifizierung einer Krankheit und auch der Übergang in die palliative Phase hat seine eigene Zeit. Werden Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsarbeiter krank sind sie den gleichen Unsicherheiten ausgesetzt. Der erkrankte Mensch wird krank bevor er krank ist und wird mehr oder weniger ganz gesund bevor er sich an seinen Arbeitsplatz zurückmeldet!

Die **Lebensreise** mit all ihren Möglichkeiten und Krisen **ist offen** und wir könnten im wahrsten Sinne des Wortes von einer **Lebenskunst sprechen**, die jeder von uns erlernen muss, **um das ständige Auf und Ab im Leben zu bewältigen**, um gesund und auch krank sein und bleiben zu können und in Familie und Beruf, Ehe und Single-Dasein, in Krieg und 'Frieden den aufrechten Gang zu üben und nicht aufzugeben!

Körper, Geist und Seele sind bewusst und unbewusst **im ständigen Dialog**, brauchen **Time to care** und müssen die konkreten **Bedingungen berücksichtigen**, die sie herausfordern, **die sie aber zum Zeitpunkt der Geburt nicht ausgesucht haben**. Wir kommen **ungefragt zur Welt**, ungefragt in **eine Familie**, werden **ungefragt in eine Zeitepoche** geworfen, bekommen das **erste Heimatland** vor die Füße und in den Reisepass gelegt und damit auch Sprache, Kultur und Religion. Das Nest ist schon voll bevor wir mit dem Nestbau beginnen. Später **fragt eine Krankheit nicht**, ob wir zufällig Zeit haben, die **große Liebe und die meisten Trennungen** kommen wenn überhaupt meistens auch ungefragt um die Ecke und **der Tod** bittet glücklicherweise auch nicht um pünktliches Erscheinen.

Erleiden und Entscheiden sind zwei der Prinzipien, die unser Leben begleiten und uns lehren, **inmitten der unendlichen Vielfalt** unserer **blühenden Subjektivität unterscheiden zu lernen**, was wir **nicht ändern und hinnehmen müssen** (also erleiden) und **was wir ändern können und müssen, indem wir Entscheidungen treffen** (also entscheiden)!! Zunächst werden wir gestillt und gefüttert, danach müssen wir uns entscheiden zu essen!

Bei aller Einzigartigkeit des einzelnen Menschen **funktioniert** der **Mensch gleichzeitig als eine Einheit**, die sich auf der Grundlage der Selbstorganisation, die allem Lebendigen zugrunde liegt, durch spezifische **Integrations-und Vermittlungsprozesse** immer wieder **neu herstellen muss**. Jedes **Medikament**, jede Operation, jede Wundbehandlung, jedes Gespräch **ist darauf angewiesen**, dass es angenommen wird und als **Hilfe zur Selbsthilfe** wirken kann. Im Lebendigen gibt es keine Kopie! **Das Subjekt Mensch**, ob gesund oder krank, am Arbeitsplatz oder zu Hause ist **als Original** unterwegs,

letztlich **unberechenbar**, auch wenn es sich an Regeln hält und vor allem überraschend und auf seine Weise kreativ wie das Leben selbst seine Runden zieht. **Keine menschliche Krise oder Krankheit ist wie irgendeine andere**, kein Arzt und keine Pflegekraft trotz gleicher Ausbildung wie die andere, keine Diagnose die Kopie einer anderen, auch wenn sie den gleichen Namen tragen. Dennoch stehen alle für einen empathischen Vergleich zu ähnlichen Diagnosen, Leidenssituationen oder beruflichem Handeln zur Verfügung. Man kann sie vergleichen, von ihnen lernen, aber sie sind nicht dasselbe!

Time to care, die hohe Kunst des Lebens und der Berufe, die konkret mit dem Menschen zu tun haben und eine personenbezogene Dienstleistung erbringen, sind dem „**objektiven Faktor Subjektivität**“ verpflichtet. Leben ist eine Art „**Waisenkind**“, uns als den Geborenen zur Adoption und vor allem als **dauerhafter Pflegefall** ans Herz gelegt. Als **Spannungsbeziehung zwischen Geburt und Tod**- Hannah Arendt spricht vom Prinzip der Geburtlichkeit und der Abschiedlichkeit - ist **Leben grundsätzlich nur eine Möglichkeit, gebündelte Potentialität**, die es so weit wie möglich zu entfalten gilt. Sicher ist nichts und versprochen hat Leben auch nichts. In die Puschen kommen, sich betätigen, also denken, fühlen und handeln müssen die Menschen selbst und zwar unter den jeweiligen historischen Bedingungen, die sie vorfinden. „**Friß kleiner Vogel, oder stirb**“, ist eine **nachhaltige Bildungs- und Weiterbildungsmaßnahme!** Leben muss in „Angriff“ genommen, versorgt und manchmal auch in Ruhe gelassen werden, damit es wachsen und gedeihen kann.

Nicht zufällig spricht man vom „**Geschenk der nackten Geburt**“. Nach **neun Monaten bedingungslosem Asyl** mit Rundumversorgung und Vollverpflegung bleibt der Mensch für immer auf Koexistenz und Fürsorge angewiesen und ist gleichzeitig auf seinen eigenen Beitrag angewiesen. Er kommt **als klinischer Pflege- und Versorgungsfall** zur Welt und mit Unterbrechungen kommt er am Ende seines Lebens oder im Kontext seiner Gebrechlichkeit in ähnliche Situationen. Zwischen **Selbst- und Fremdversorgung** des Menschen auf der einen Seite und **Selbst-, Mit- und Fremdbestimmung** auf der anderen Seite geht es existenziell, individuell wie gemeinschaftlich

immer um Sorgen des verletzlichen Lebens, um Versorgung und Hilfe durch Andere und um die Entwicklung von Selbständigkeit für ein Leben in eigener Verantwortung. Dasein ist Dabeisein und Mitsein mit allem, was dazugehört.

Individuelle Biografien erzählen von **Verletzungen im Lebensverlauf und erlebter, gelungener oder defizitärer Hilfe** und dokumentieren so forschungsrelevante **subjektive Versorgungsverläufe**. Als **professionelle Biografien** erzählen sie von **Ausbildungen, Lernfeldern und Spezialisierungen**, von den Aufbrüchen, Umbrüchen, den **Visionen und Enttäuschungen** derer, die sich um diejenigen kümmern, die durch Krisen in Sorge geraten und Hilfe brauchen. Von **Reformen aller Art**, in denen es **kaum gelingt, alle Beteiligten an einen Tisch zu holen**. Gesundheits- und Pflegereformen haben selten relevant in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen stattgefunden. **Die subjektive Seite und Erfahrungsebene bleibt für alle Beteiligten letztlich ausgeblendet! Sie behindert** offenbar das Zustandekommen eines „**objektiven Blicks**“ und **verweigert sich** der geforderten **Evidenzbasierung der Interventionsmethoden!** Hauptsache zertifiziert- auf einer wichtigen **Qualitätsanforderung** ist langsam ein **Zertifizierungswahn mit Schulnoten** geworden. „Gesund und fit bis hundert“- als wollten wir Alten alle mit Rolle vorwärts in den Sarg!!

Der **tieferen Sinn aber jeder menschlichen Krise,**(auch einer schweren beruflichen Krise, wie wir sie im Burnout Syndrom sehen) der vor allem für den **individuellen wie nachhaltigen Heilungsprozess des Menschen von Bedeutung ist** , liegt **immer auch auf der subjektiven Ebene** und verweigert sich dem statistischen Blick. Er braucht den persönlichen Blick, ein offenes Ohr, Berührung. Das Geborenwerden, Leben, Leiden und Sterben eines jeden Menschen **ist einzigartig und bleibt auch dem Subjekt selbst zunächst verborgen**, nistet sich im Bewusstsein wie im Unbewussten ein, muss oft mühsam geborgen werden oder drängt sich plötzlich unverhofft ans Tageslicht.

Immer wieder **undurchschaubar bleibt deshalb auch jede Krise, die professioneller Hilfe bedarf**. Sie bleibt auch bei erfolgreicher

Intervention auf vielfältige Weise subjektiv in das biografische, bewegt-bewegende Leben des leidenden, erkrankten oder sterbenden Menschen eingebunden. Diese Seite der Krise verweigert sich der berechenbaren Verobjektivierung in einen einzelnen Befund. **Der erkrankte Mensch mehr als sein Befund.**

Im **Umgang mit Menschen in Not** steht der **Professionelle** also letztlich immer wieder vor einem Rätsel, muss die **Ambivalenzen zwischen dem Subjektiven und Objektiven, dem Menschlichen und dem Fachlichen grundsätzlich und im Einzelfall zur Kenntnis nehmen** und im Rahmen einer professionellen wie auch persönlichen „**Kultur der Sorge**“ **reflektieren**. Robin Joungson hat in seinem Buch „Time to care- Wie sie ihre Patienten und ihren Job lieben“ (Mabuse Verlag, Frankfurt 2016) mit vielen Belegen auf die gesundheitsgefährdende **Not der Professionellen im Gesundheitssystem aufmerksam gemacht**, die durch die tägliche Erfahrung der Ambivalenz wie der realen Widersprüche zwischen dem Fachlichen und dem professionellen Auftrag auf der einen Seite und dem Menschlichen wie den subjektiven Bedürfnissen auf der anderen Seite in eine **fast aussichtslose berufliche wie persönliche Konfliktsituation geraten sind**. Darüber aber wird so gut wie nie gesprochen! „Dass wir miteinander reden können, macht uns zu Menschen“, heißt es bei Jaspers, dem leid- und krankheitserfahrenen großen Philosophen..

So wichtig der Prozess der Professionalisierung im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen mit Blick auf Qualitätssicherung und –kontrolle, Ausbildung und Innovationen angesichts gesellschaftlicher Veränderungen gewesen ist und als kontinuierliche Herausforderung weiterhin seine Bedeutung hat, **so klar ist auch**, dass die **Frage einer individuellen personenzentrierten Medizin, die Leid und Leiden nicht individualisiert, das Gesellschaftliche nicht ausblendet und den interprofessionellen wie interdisziplinären Dialog ernsthaft fördert, zu sehr ins Abseits geraten ist**. In vielen Bereichen, vor allem aber auch in Medizin und Pflege stehen wir vor der dringenden Notwendigkeit, die Hilfs- und Versorgungsansätze und vor allem das Konzept sozialen Zusammenlebens nicht allein dem Prinzip der individuellen Versorgung, ökonomischer

Selbstbestimmung oder hoher fachlicher Spezialisierung als abstrakten Größen zu verschreiben, **sondern vermehrt nach Möglichkeiten lebendiger Beziehung zwischen dem „Objektiven“ und dem „Subjektiven“ zu suchen.** Leben ist Beziehung und das in besonderem Maß dann, wenn es gefährdet ist und Hilfe braucht.

Im professionellen Zugang **manifestiert sich Leben nicht an sich, sondern in seinen biografischen Bezugs- und sozialen Lebenswelten** und die verlangen zwischen Selbst- und Fremdsorge **höchst unterschiedliche Formen des Einlassens. Der ausschließlich fachlich objektive oder neutrale Zugang zu einem Menschen in der Krise ist weder möglich noch sinnvoll. Eine arbeitsgerechte und subjektorientierte Professionalisierung braucht dauerhaft eine Form der Selbstreflexion,** eine subjektive Berufsaneignung, in der wieder deutlich wird, **dass auch im Beruf Dasein immer Mitsein ist** und dass nur diese Dimension uns auffordert, auch da, wo wir fachlich-objektiv tätig werden, **bei uns selbst zu sein und zu bleiben, wenn die Ambivalenzen in uns miteinander streiten.**

Verantwortung ist immer subjektiv“, kann nicht an einen Arbeitgeber abgetreten werden. sondern muss mit ihm **geteilt** werden!(Pflegeskandal Oldenburg) Wer Verantwortung übernimmt, muss fachliche wie menschliche, objektiv wie subjektiv mögliche Antworten auf das finden, was sich in einer beruflichen wie persönlichen Situation konkret als Frage stellt und nach Lösungen suchen. **Professionalität und Subjektivität gehören zusammen,** sie zusammen machen die Person aus, die handelt. Verlieren sie einander verraten sie ihren jeweiligen Auftrag.

Am Umgang mit der Krankheit und den sogenannten „objektiven Befunden“, will ich den Kerngedanken der Argumentation noch einmal erläutern. **Der erkrankte Mensch wird krank,** bevor er krank ist. Seine Krankheit ist Teil seiner Geschichte, aber die Geschichte des kranken Menschen ist mehr als die Geschichte seiner Krankheit. **Dem „objektiven Befund“**, den wir in diagnostischen Daten und Bildern erfassen, **wohnt ein Subjekt inne,** dem Produkt ein Produzent. Die Krankheit wird vom erkrankenden Menschen **„gemacht“**, ist sein Werk - ob er dieses nun besonders liebt oder nicht, ein bewusstes

Verhältnis zu ihr entwickeln kann oder vor ihr davonläuft, von ihr genesen kann oder an ihr stirbt. Auch dies ist ein „objektiver Befund“. **Nicht ein Organ wird krank, sondern der ganze Mensch ist in Mitleidenschaft gezogen.** Nicht ein „Herzinfarkt“ wird den Ärzten und Pflegenden übergeben, sondern ein an einem Herzinfarkt erkrankter Mensch braucht professionelle Hilfe. Nicht ein „Sexobjekt“ oder ein „Ernährer“ ging in der Trennung verloren, sondern eine Lebensbeziehung ging zu Bruch und eine erhoffte Zukunft löste sich auf!

Es geht um die **Anerkennung der Anwesenheit des Subjekts** im Krisen- und Erkrankungsgeschehen, um den **Respekt gegenüber dem Spielraum für den schöpferischen Akt der Patienten**, den anzuerkennen ein Gebot der Wissenschaft ist. auch wenn es sich um einen Widerstand gegen professionell begründete Maßnahmen handelt. Wann dürfen wir psychiatrische Patienten fixieren, wann dem dementen Menschen das Weglaufen verbieten? Wann die Kinder die Schule schwänzen lassen?

Objektive Befunde sind Bilder, die ein **biographisches Geheimnis in sich tragen**, auch wenn sie noch so exakt auf dem Bildschirm erscheinen oder dem Diagnostiker und professionalisierten Mitarbeiter die **entscheidende Sicherheit für die nächsten Schritte** der medizinischen, pflegerischen oder sozialen Intervention geben. **Der Krankheitsbefund aus dem Labor oder auf dem Röntgenbild ist die statische Moment- und Detailaufnahme** des dynamisch-bewegten und hoch komplexen Prozesses eines Menschen in der Krankheit. Ähnlich das Urteil im Sorgerechtsstreit eines Elternpaares. Wir können **am „objektiven“ Bild nicht erkennen**, durch welche Landschaften seines Lebens der Patient bisher geführt wurde und warum seine Gesundheit so gefährdet wurde. **Wesentliches hinter dem sogenannten Befund bleibt unsichtbar.**

Auch medizinische, pflegerische oder soziale Diagnosen, auf die sich die professionelle Ausbildung ja bezieht, **sind letztlich Bilder - Wegweiser und Markierungen**, die die Vielfalt menschlicher Krisen und Erkrankungen wissenschaftlich nach bestimmten Kriterien ordnen. Insoweit **sind Diagnosen Erkenntnisbilder** unserer

vorherrschenden wissenschaftlichen wie professionellen Ordnungen - sei es der Medizin, der Psychiatrie, der Pädagogik oder der Therapie. **Im Augenblick der Diagnose**, der Namensgebung und Taufe für die Krankheit, oder Auffälligkeit **geht die bisher „unorganisierte Krankheit“ (Balint 1957, 18) in den organisierten Zustand über.** Der erkrankte Mensch **nimmt die soziale und versicherungsrechtlich relevante Kranken-Rolle des Patienten** oder eines Adressaten an. Nur approbierte Ärzte oder professionell Zertifizierte sind offiziell dafür vorgesehen, diese Anerkennung und Institutionalisierung des erkrankten Menschen als „Patient“ oder eines anderen Menschen in Not vorzunehmen. **Sie entscheiden darüber, ob der Patient krank oder gesundgeschrieben wird, d.h. beim vorliegenden Befund zur Arbeit gehen muss oder nicht, irgendeine Pflegestufe bekommt** oder als unterstützungswürdig angesehen wird. Es kommt z.B. nicht darauf an, dass die Beurteiler den Arbeitsplatz, die besondere Lebenslage oder die biografischen Krisenpunkte so genau kennen, dass die Entscheidung wirklich Hand und Fuß hat.

Je exakter oder „härter“ im naturwissenschaftlichen oder juristischen Sinn eine medizinische Diagnose oder andere Befundung am Ende des Beurteilungsprozesses sein soll, desto verengter muss sie sich auf das pathologische Substrat des erkrankten Menschen, auf das Abweichende konzentrieren und den Gesamtdefinitionsprozeß auf das „sicht-, meß- und beweisbare Geschehen“ eingrenzen. **Während das kranke Organ**, die Funktionsstörung, der Tumor, die Infektion, das **statistisch Auffällige** immer deutlicher hervortreten und die wissenschaftliche wie professionelle Analyse bestimmen, **treten der erkrankte Mensch als Einheit, das Gesamtgeschehen seiner Krankheit oder Krise, seine subjektiven Wahrnehmungen und Sinndeutungen, seine Biographie und sozialen Bezüge immer mehr in den Hintergrund.** Aus dem „kasuistischen Original“ (v. Weizsäcker) ist ein „Fall“ geworden, an dem vor allem das **Verallgemeinerbare interessiert.** Soziale und subjektive Sinnkontexte und Bedürfnishorizonte wurden dabei entweder als medizinisch uninteressant entwertet oder als medizinisch interessant zu objektiven Befunden zusammengefasst.

Das Konzept einer subjektorientierten Patienten-, Gesundheits- und Professionalisierungsforschung, in der nicht die Krankheit als solche, sondern der erkrankte Mensch und die biographische Gestaltung von Krise und Krankheit im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses stehen, versteht sich **nicht als Gegenkonzept** einer im engeren Sinne medizinischen wie pflegerischen Forschung und deren Diagnosen samt ihren objektivierbaren Daten. **Zu leugnen**, dass der vom konkreten Subjekt und seiner Geschichte in vielfacher Weise abstrahierende wissenschaftliche Weg **gerade durch seine Verengung und Spezialisierung zu großen diagnostischen und therapeutischen Erfolgen geführt hat**, für den die Patienten wie die Ärzte dankbar sind, **wäre ideologische Bilderstürmerei**. Dass **aber Pflege und Medizin und mit ihr andere praxisrelevante Bereiche so wenig darüber wissen**, welche wesentlichen Entscheidungen über Art, Verlauf und Ausgang einer Störung oder Krankheit u.U. schon gefallen sind, bevor ein Mensch anerkannter Patient wird oder was mit ihm im Prozess seiner Gesundung, der Chronifizierung der Krankheit oder seines Sterbens nachträglich passiert, wenn er den Ort der ersten Behandlung verlassen hat, **stellt eine Quelle der mannigfachen medizinischen wie professionellen Unsicherheiten, Behandlungsfehler, Fehldiagnosen und vor allem der Arbeitsüberlastungen und Stressfaktoren für die Gesundheitsarbeiter* Innen dar**.

Von Weizsäcker ging es im Konzept seiner biographisch-anthropologischen Medizin um die **Einführung des Subjekts in die Medizin, um eine Verbindung des Fachlichen mit dem Menschlichen**. Diese Aufforderung gilt auch für die anderen Wissenschaften und das gesamte Feld personenbezogener Dienstleistungen. Ein **erster und besonders wichtiger Schritt wäre dabei die Veränderung der wissenschaftlichen und professionellen Haltung gegenüber dem erkrankten Menschen und der menschlichen Krise überhaupt**, eine Haltung der **Unbefangenheit und Offenheit** gegenüber dem Kranken und seinen Erscheinungen, seinen Erfahrungen und Wahrnehmungen. „Um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen“, heißt es im Gestaltkreis v. Weizäckers (1940) und wir fangen mit unseren

wissenschaftlichen Fragen mitten im Leben an.. Das Subjekt als Krankheitsgestalter ist der Spieler, zumindest ein ernstzunehmender Mitspieler und drängt der Forschung das psycho-physische, spirituelle wie soziale Rätsel des biographischen Krankheitsgeschehens auf.

Mit dem erkrankten Menschen zusammen müssen wir nicht an jeder Stelle, aber irgendwann die Spuren verfolgen, die in seine Krankheit führen, die „**Tatorte der Neurose**“ (v. Weizsäcker) aufsuchen. Wie uns der Biologe und Philosoph Hans Jonas am Beispiel des Stoffwechsels so eindringlich veranschaulicht hat, lebt der Mensch seine Existenz in der Spannung zwischen seiner Freiheit auf der einen Seite und Abhängigkeit wie Notwendigkeit auf der anderen. Kranksein ist eine Weise des Menschseins, schreibt V. v. Weizsäcker, der Krankheit und Krise sinnbildlich weniger als eine pathologische Normabweichung interpretiert, sondern als eine Art Ordnungsverlust.. **Da Leben irreversibel ist, geht es nicht um die Wiederherstellung einer alten Ordnung, sondern um die Gestaltung einer neuen Ordnung, in der die Erfahrung der Krankheit aufgehoben ist.** Patientenorientierte Kranken- oder Gesundheitsforschung und am Menschen orientierte Professionalität im täglichen Miteinander verlangt die Reise in die Landschaft der Leidenschaften. „Wer das Leben verstehen will, muss sich am Leben beteiligen. Wir sagen aber auch, wer sich am Leben beteiligen will, muss es verstehen.“ (v. Weizsäcker 1940, 175)..

Im Fluss des Lebens sind **Entscheidungen** verlangt. Professionalität kann und darf darauf nicht verzichten und sich nicht davor scheuen. **Entdeckerfreude, Neugier und Stolz** auf das, was gelingt und vor allem die Leidensnot der Menschen stiften immer wieder dazu an, sich auch als Professioneller auf das eine oder andere „Glatteis“ zu begeben, Neuland zu betreten und Kompetenzen zu entwickeln, die in der Ausbildung nicht vorkamen. Professionelle Satttheit, Besserwisserei und eine Unkultur des Schweigens spornt nicht an! Sie hilft nur, die Zeit zu verschlafen. **Time to care ist auch die Zeit für neue Denkweisen, für genaueres Einfühlen, für andere Kooperationen, für Widerstand und Gegenwind.** Innovation braucht Spiel und das in beide Richtungen: **Zeit, sich um das Subjekt und die Einzigartigkeit des Menschen zu kümmern und**

gleichzeitig für sich selbst zu sorgen. „ Wir brauchen mehr Möglichkeiten“, hat Alexander Kluge vor kurzem geschrieben. Das gilt auch und gerade für die Professionalisierung und ihre stärkere Orientierung am Subjekt. für die anerkannte Zusammenführung von Fachlichkeit und Menschlichkeit, für die Weiterentwicklung der hohen Kunst der Pflege und ihrer Haltung- trotz aller Personal- und Geldnot – oder gerade wegen ihnen!

Literatur unter:

www.anneliekeil.de

annelie.keil@ewetel.net

speziell:

Annelie Keil (2014) Wenn die Organe ihr Schweigen brechen und die Seele streikt. Krankheit und Gesundheit neu denken. Scorpio Verlag München (auch als TB erschienen)

Annelie Keil (2017) Wenn das Leben um Hilfe ruft. Angehörige zwischen Hingabe, Pflichtgefühl und Verzweiflung, Scorpio Verlag München