

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang • August 2016

8 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Emotionen in der Pflege^x

Mindful Self-Compassion

Bei der Pflege anderer auch an sich selbst denken

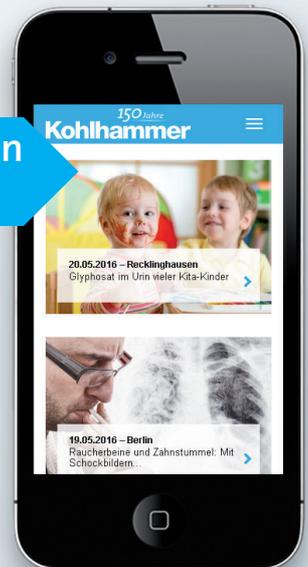
Zwischen Alltag und Tabu

Umgang mit der Sexualität

Belastungsmanagement

Tipps zur professionellen Distanz

Hintergründe, Fakten, News ... Die Welt der Pflege auf einen Blick www.kohlhammer-pflege.de



- Tagesaktuelle News aus der Gesundheits- und Pflegebranche
- Monatlich wechselnde Schwerpunkte: Pro & Contra, Interviews, Portraits, Diskussionsthemen
- Aktuelle Studien der Pflegewissenschaft
- Zertifizierte Fortbildungsmöglichkeiten im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP)

Friedhelm Henke bei Kohlhammer



Friedhelm Henke
Christian Horstmann

Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert

Praktische Arbeitshilfen für Lehrende und Lernende unter Berücksichtigung der LA, ATL, A(B)EDL und Themenfelder der SIS zum Übergang in die vereinfachte (entbürokratisierte) Pflegedokumentation

4., überarb. und erw. Auflage 2016
132 Seiten mit 5 Abb. Kart. € 19,-
ISBN 978-3-17-029072-3



Friedhelm Henke

Formulierungshilfen zur Pflegeplanung

Dokumentation der Pflege und Betreuung nach ATL, ABEDL und entbürokratisierten SIS-Themenfeldern mit Hinweisen aus Expertenstandards, NBA und MDK-Richtlinien

8., überarb. und erw. Auflage 2015
133 Seiten mit 3 Abb. und 4 Tab. Kart.
€ 18,99
ISBN 978-3-17-028477-7

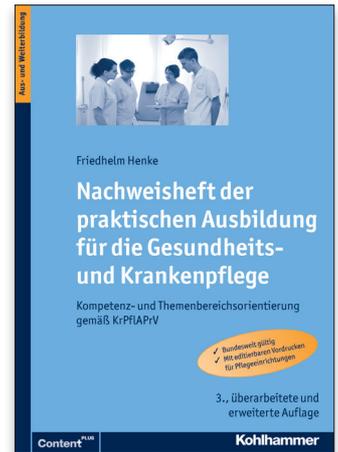


Friedhelm Henke

Ausbildungsplan und Nachweisheft für die praktische Altenpflegeausbildung

Kompetenz- und Lernfeldorientierung gemäß AltPflAPrV

4., überarb. und erw. Auflage 2015
131 Seiten. Kart. € 17,99
ISBN 978-3-17-026844-9



Friedhelm Henke

Nachweisheft der praktischen Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege

Kompetenz- und Themenbereichsorientierung gemäß KrPflAPrV

3., überarb. und erw. Auflage 2012
120 Seiten. Kart. € 26,90
ISBN 978-3-17-022139-0



Friedhelm Henke

Arbeitsbuch für die zusätzliche Betreuungskraft

Qualifizierung der Demenz-, Alltags- und Seniorenbegleitung gemäß §§ 87b und 45b SGB XI

2., aktual. und erw. Auflage 2015
140 Seiten mit 28 Abb. Kart. € 22,99
ISBN 978-3-17-029743-2



Friedhelm Henke

Gute MDK-Prüfungsnoten für die ambulante und stationäre Pflege

Transparenzkriterien kennen und erfüllen

2012. 112 Seiten. Kart. € 15,90
ISBN 978-3-17-022175-8
Pflegekompakt



Friedhelm Henke

Lernfelder der Altenpflege

Fallorientiertes Wissen in Frage und Antwort

2., überarb. und erw. Auflage 2011
238 Seiten. Kart. € 19,90
ISBN 978-3-17-021740-9



Friedhelm Henke
Christian Horstmann

Pflegekniffe von A-Z

Pflegefehler erfolgreich vermeiden

2008. 154 Seiten mit 11 Abb. Kart.
€ 14,90
ISBN 978-3-17-020048-7
Pflegekompakt



Die vorgestellten Bücher auf dieser Seite sind auch als E-Book erhältlich.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

Die Sprache: Ein wertvolles Gut



Sandra Mantz

Kommunizieren in der Pflege

Kompetenz und Sensibilität im Gespräch

2016. 181 Seiten. Kart. € 19,-
ISBN 978-3-17-025750-4

auch als
EBOOK

Pflegekompakt

Wer pflegt, spricht. Die kommunikativen Anforderungen im Pflegeberuf steigen rasant an, und bringen Pflegenden und interdisziplinäre Teams täglich an zeitliche und emotionale Grenzen. Rasch wechselnde, kritische und empfindsame Gesprächspartner fordern von Kliniken und Pflegeeinrichtungen kontinuierliche Gesprächsbereitschaft und kompetente Ansprechpartner in allen Fachgebieten. Dieses Buch sensibilisiert für vorherrschende Denk- und Sprachmuster im Pflegealltag. Gleichermäßen zeigt es Wege auf, eigene Kommunikationsmuster kritisch zu reflektieren und sich Schritt für Schritt dem Gesprächsprofil anzunähern. Praxisorientierte Beispiele machen Mut, die bereits innewohnende Ausdruckskraft zu entfalten.



Sandra Mantz

Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege

Mit heilsamen Worten pflegen

2., aktualisierte Auflage 2016
160 Seiten, 35 Abb., 3 Tab. Kart. € 26,-
ISBN 978-3-17-031627-0

Die vorherrschenden Denk- und Sprachmuster im Pflegealltag weisen alarmierend auf eine vieldeutige, floskelhafte, wenig vertrauenserweckende und dem Menschen ferne Kommunikation hin. Sie erschöpft alle am Pflegeprozess beteiligten Menschen. Dieses Buch regt zur kritischen Selbstreflexion an, sensibilisiert für Chancen und Risiken im eigenen Kommunikationsverhalten und erweitert das Bewusstsein für die Kraft der heilsamen Worte im Pflegeberuf. Es bietet Praxisnähe, Wortschätze, Übungsvielfalt und macht Mut zum guten Gespräch.

Sandra Mantz, Leiterin der SprachGUT® Akademie (www.sprachgut-akademie.de), Sprachkompetenztrainerin, Pflegefachkraft. Sie ist Fachweiterbildungsleiterin für humane Gesprächs- und Sprachkompetenz in Gesundheitsberufen und Kongressreferentin im deutschsprachigen Raum.

Auf unserem Blog haben wir ein Interview mit ihr veröffentlicht (blog.kohlhammer.de/pflege/kommunizieren-in-der-pflege).



Noch ausführlicher stellt sich Sandra Mantz auf unserem Pflegeportal (www.kohlhammer-pflege.de/community/interview-des-monats-33) vor!



Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

Im Falle eines Druckabfalls in der Kabine...

MARIA MOSKALEVA

... ziehen Sie eine Maske schnell zu sich heran und platzieren diese fest auf Mund und Nase. Helfen Sie erst danach Kindern und hilfsbedürftigen Personen. Ja, erst sich um sich selbst kümmern – dann den Kindern helfen.

Als ich diesen Satz als Kind bei meinem ersten Flug gehört habe, war ich erstaunt. Wurden nicht sonst immer Kinder und Hilfsbedürftige zuerst versorgt? Das fühlte sich fast an wie ein Betrug, dass die Mama mir nicht zuerst helfen sollte. Irgendwann, viele Jahre später, ergab dieser Satz doch Sinn: Natürlich müssen sich die Eltern bei Druckabfall zuerst um sich selbst kümmern, denn wenn sie keine Luft kriegen, haben sie auch keine Kraft, anderen zu helfen.

Vermutlich hätte meine Mutter im Falle des Falles mich trotzdem zuerst versorgt, alles andere wäre ihr sicherlich egoistisch vorgekommen. Denn viele, denen die Fürsorge für jemanden obliegt, stellen ihre Bedürfnisse hinten an und es fällt ihnen schwer, sich auch um sich selbst zu kümmern. Während viele Pflegekräfte hingebungsvoll die Patienten und Bewohner versorgen, nehmen sie sich selten Zeit, auch sich selbst etwas Gutes zu tun.

„You can't pour from an empty cup“, besagt ein englisches Sprichwort, oder frei übersetzt: „Aus einem leeren Pott kann man nicht schöpfen“. Wenn man sich für andere verausgabt, ist die Selbstfürsorge kein Luxus und auch kein Ausdruck von Egoismus – sie ist eine Notwendigkeit. Genau dazu ruft Petra Zöllner in ihrem Artikel auf Seite 450 auf. Sie stellt ein Programm zu „mindfull self-compassion“ vor. Mit Übungen der Achtsamkeit kann man den inneren Kritiker und Perfektionisten zum Schweigen bringen, der uns immer weiter antreibt, zur Ruhe kommen und sich erholen.

In einem weiteren Artikel von Tim Schuster und Julia Kohorst auf Seite 447 werden Bewältigungsstrategien vorgestellt, die helfen sollen, dem allgegenwärtigen Stress und der emotionalen Belastung im Pflegealltag zu begegnen. Die wichtigsten und dabei

vielleicht auch die einfachsten sind die Priorisierung und die Abgrenzung von unrealistischen Vorstellungen. Doch wo sich der Arbeitsalltag einfach nicht entschleunigen lässt, spielt die Selbstpflege eine umso wichtigere Rolle. Denn auch die Zeit mit der Familie oder ein Hobby kann eine echte Erholung bringen.

Ein wichtiger Grund für die häufige emotionale Überlastung der Pflegekräfte liegt wahrscheinlich oft in ihrer ausgeprägten Empathie. Ohne Empathie ist eine gute pflegerische Versorgung undenkbar, doch es bedarf einer bewussten Empathie und Distanz, damit aus „Mitgefühl“ kein „Mitleid“ wird. Dazu berichten Andreas Kocks und Karoline Kaschull auf Seite 455.

Besonders schwer fällt die Abgrenzung am Lebensende. Wenn der Bewohner, den man vielleicht jahrelang betreut hat, plötzlich abbaut, starke Schmerzen hat und Angst vor dem Tod entwickelt – wie soll man da unberührt bleiben? Darf man mittrauern, wenn er stirbt? Und wie erholt man

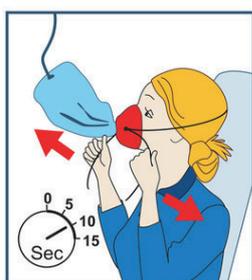
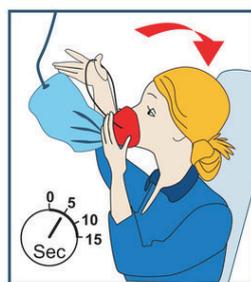
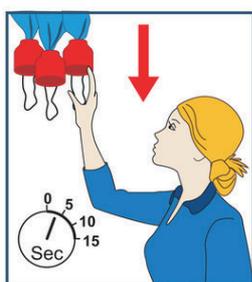
sich wieder? Diesen Fragen widmen sich Nadine Lexa und Andreas Stähli in ihren Beiträgen auf den Seiten 468 und 471.

An einem Ort des Leidens und des Sterbens zu lachen, erscheint fast makaber. Doch Humor kann eine heilende Wirkung haben. Freude ist ansteckend und ein herzliches Lachen entlädt Spannungen wie kaum etwas anderes. Udo Berenbrinker und Jenny Karpawitz stellen in ihrem Beitrag auf Seite 458 vor, wie man Humor erlernen, bewusst in der Pflege einsetzen und damit den Gepflegten und sich selbst etwas Gutes tun kann.

Ich wünsche Ihnen einen entspannten Sommer, denn in der Pflege gilt, wie im Flugzeug auch, nur wenn Sie zu Atem kommen, können Sie auch helfen.

Ihre

Dr. Maria Moskaleva



Telegramm

Das Universitätsklinikum Halle (Saale, UKH) setzt seit Kurzem auf Dolmetscher, die per Video zugeschaltet werden, um in den Migrationsambulanzen des Klinikums für reibungslose Kommunikation zu sorgen. Mit dem Video-Dolmetscher sei es im Stationsalltag jederzeit möglich, mit Patienten und Angehörigen über Erkrankungsverläufe zu sprechen, heißt es in einer Mitteilung des UKH. Vorher hätten oft Prozeduren und Gespräche in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit eines entsprechenden Dolmetschers geplant werden müssen.

Ähnlich wie bei einem Skype-Anruf werde ein Dolmetscher über eine Internetverbindung bei dem seit vier Monaten in einem Probebetrieb eingesetzten System hinzugeschaltet. Dafür seien Visiten-Wagen auf den Stationen mit einer Kamera und einer Lautsprecher-Mikrofon-Anlage ausgestattet worden. Außerdem verfügten diese Wagen über einen Bildschirm, auf dem auch die elektronische Patientenakte aufgerufen werden kann.

Zum Einsatz kommt das Video-Dolmetschen bisher in den Migrationssprechstunden in der Inneren Medizin, der Kinder- und Jugendmedizin, der Zahnklinik, der Zentralen Notaufnahme und in der Psychiatrie. Am meisten gefragt seien Übersetzungen in Farsi/Persisch, Arabisch und Französisch. (Station 24/mil)

VORSCHAU 9/2016

Schwerpunkt:
Ambulante Pflege

Einen alten Baum verpflanzt man nicht
Ambulante Demenzpflege

Management
Planung der Touren im ambulanten Pflegedienst

Arbeitsvertrag kündigen
Was Arbeitnehmer beachten sollten

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Dr. Maria Moskaleva
Tel.: 07 11/78 63-72 38
maria.moskaleva@kohlhammer.de

Manon Krüger
Tel.: 07 11/78 63-72 21
manon.krueger@kohlhammer.de

Dr. Ruprecht Poensgen (V.i.S.d.P.)
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

medproduction GmbH, Köln
Redaktion & Projektmanagement:
Sabina Filipovic, Nicole Lücke, Veronika Toth,
Dr. Martin Waitz

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Prof. Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Prof. Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräse, Bremen
Dr. Elisabeth Holoch, Stuttgart
Dr. Sascha Köpke, Lübeck
Prof. Christa Lohrmann, Graz
Prof. Rüdiger Ostermann, Münster
Prof. Bernd Reuschenbach, München
Prof. Friederike Störkel, Münster
Dr. Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Ivana Musa
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
ivana.musa@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 07 11/78 63-72 77
Fax: 07 11/78 63-84 30
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.pflegezeitschrift.de abgerufen oder telefonisch angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0
www.kohlhammer-pflege.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



ZUR DISKUSSION

- 444 **✕ Arbeiten im Team**
Gute Pflege braucht Solidarisierung
MELANIE M. KLIMMER

PFLEGEMANAGEMENT

- 447 **✕ Wenn Pflege krank macht**
Belastung und ihre Bewältigung: Strategien für Pflegekräfte
TIM SCHUSTER & JULIA KOHORST

- 480 **Die Strukturierte Informationssammlung (SIS)**
Weniger Bürokratie in der Pflege
VERA REINSFELDER

PFLEGEPRAXIS

- 450 **✕ Mindful Self-Compassion für Pflegekräfte**
Achtsamkeit und die Kunst, sich selbst zu lieben.
PETRA ZÖLLNER
- 455 **✕ Empathie in der Pflege**
Sich in andere und sich selbst einfühlen.
ANDREAS KOCKS & KAROLINE KASCHULL
- 458 **✕ Humor in der Pflege**
Darf Pflegen Spaß machen?
UDO BERENBRINKER & JENNY KARPAWITZ
- 463 **✕ Umgang mit Sexualität in der Pflege**
Lebensqualität und Störung
CHRISTINE SOWINSKI
- 465 **✕ Emotionen bei Menschen mit Demenz verstehen**
Tonnenweise gemischte Gefühle
SYLKE WERNER
- 468 **✕ Trauer in der Palliativpflege**
Den Verlust verarbeiten und Angehörige unterstützen.
NADINE LEXA
- 471 **✕ Angst und Freude in der Palliativpflege**
Den Verlust verarbeiten und Angehörige unterstützen.
ANDREAS STÄHLI
- 485 **Krankenhausinfektionen vermeiden**
Die Schlüsselrolle der Hygienefachkraft.
HARDY-THORSTEN PANKNIN
- 490 **Schmerzmittel**
Was Experten raten und wie die Realität aussieht.
ELKE SCHLESSELMANN & HANS SCHOTTKY
- 476 **PFLEGEWISSENSCHAFT**
Cochrane-Review
Prävention von beruflichem Stress bei Gesundheitsfachpersonen.
CORNEL SCHIESS & ANDREA KOBLEDER
- 478 **CAMPUS**
Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche
Die richtige Suchstrategie.
MELANIE MESSER



Foto: Floydine/Fotolia

450 Die Kunst, sich selbst zu lieben

Pflegekräfte sind meist die Empathie-Experten schlechthin – sie können die Stimmungen und Wünsche ihrer Schutzbefohlenen „lesen“. Doch häufig bleiben ihre eigenen Bedürfnisse dabei auf der Strecke. Über die Kunst, auf sich selbst zu achten, berichtet Petra Zöllner.



Foto: Jenny Karpawitz

458 Humor in der Pflege

Lachen und echte Freude sind ansteckend – das hat jeder schon ein mal erlebt. Entgegen der häufigen Annahme ist Humor aber nicht angeboren, sondern trainierbar. Udo Berenbrinker und Jenny Karpawitz stellen vor, wie Humor bewusst in der Pflege eingesetzt werden kann.



Foto: denisismagilov/Fotolia

480 Strukturierte Informationssammlung

Die Dokumentation ist für viele Pflegenden eine lästige Pflicht. In einem Projekt wurde die Strukturierte Informationssammlung entwickelt. Hier sollen nur die Abweichungen von der Routine dokumentiert werden – so bleibt mehr Zeit für die Pflege.

- 437 Editorial
- 438 Impressum
- 440 Kurzberichte
- 475 ImPuls der Wissenschaft
- 495 Stellenmarkt/Anzeigen

✕ = Schwerpunktthema

Titelbild: lassedesignen/Fotolia

Wenn der Körper nicht mitmacht Wer Erwerbsminderungsrente bekommt

Berlin – Ein Erwerbsleben dauert rund 40 Jahre - je nach Ausbildung oder Studium ein paar Jahre kürzer oder länger. Aus gesundheitlichen Gründen müssen aber jedes Jahr mehrere zehntausend Menschen ihren Job aufgeben, bevor sie das Rentenalter erreichen. Die Hauptursachen dafür sind nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) Probleme mit Gelenken und Wirbelsäule, innere Krankheiten oder psychische Beschwerden.

„Der Körper fängt oft gerade dann an zu streiken, wenn man auf dem Höhepunkt der beruflichen Laufbahn ist“, sagt Christian Westhoff, stellvertretender BMAS-Pressesprecher. Damit aber mit der verminderten Erwerbsfähigkeit - mit der oft der Verlust des Arbeitsplatzes einhergeht - kein persönliches Drama entsteht, gibt es die Erwerbsminderungsrente.

Wer hat Anspruch auf Erwerbsminderungsrente?

„Die volle Erwerbsminderungsrente erhält, wer weniger als drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann“, erklärt Wolfgang Wawro vom Deutschen Steuerberaterverband. Das kann wegen einer schweren oder chronischen Krankheit oder infolge eines Unfalls sein. Den Anspruch auf diese Leistung hat jeder Arbeitnehmer, der vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens fünf Jahre lang Beiträge gezahlt und in den fünf Jahren vor Beginn der Rente drei Jahre lang eingezahlt hat.

Berufsanfänger sind im Falle eines Arbeitsunfalls vom ersten Arbeitstag an geschützt, wie Dirk von der Heide erläutert, Sprecher der Deutschen Rentenversicherung Bund. „Ein privater Unfall ist unter bestimmten Voraussetzungen bereits nach einem Jahr Beitragszahlung abgesichert.“ Wichtig ist, dass die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht ist. Zudem gilt laut von der Heide der Grundsatz „Reha vor Rente: Zunächst wird geprüft, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Rehabilitation wieder hergestellt werden kann.“ Das Ziel ist klar: Der Arbeitnehmer soll selbst seinen Lebensunterhalt bestreiten können.

Die Höhe der Rente wird individuell berechnet, auf Grundlage der Versicherungsjahre in der Rentenversicherung und den



Foto: Peter Maszleny/Fotolia

Trotz rückenschonender Techniken können viele Pflegekräfte nicht bis zum regulären Rentenalter am Bett arbeiten.

Entgeltpunkten. Oft reicht das nicht, um den Lebensunterhalt zu bestreiten. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung kann diese Lücke füllen.

Gibt es eine Staffelung?

„Es wird zwischen der Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung unterschieden“, erklärt von der Heide. Wer zwischen drei und unter sechs Stunden jeden Tag arbeiten kann, kann eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bekommen. Zusammen mit einer regulären Arbeit sollte das Geld dann zum Leben reichen. Wer weniger arbeiten kann, soll mit der Rente den Verdienst ersetzen. Erwerbsminderungsrenten sind prinzipiell befristet auf drei Jahre, können laut Wawro aber verlängert werden.

Darf man noch arbeiten, wenn man Erwerbsminderungsrente bekommt?

„Im Rahmen seiner eingeschränkten Möglichkeiten darf man durchaus noch arbeiten oder auch selbstständige Einkünfte erzielen“, sagt Steuerexperte Wawro. Wer den vollen Satz bekommt, darf im Monat 450 Euro dazuverdienen und zweimal im Jahr sogar das Doppelte. Bei Selbstständigen werden häufig auch gleitende Sätze akzeptiert – in diesem Fall ist allerdings der zweimalige doppelte Verdienst nicht gestattet. Ist das Einkommen höher, wird laut von der Heide die Rente gekürzt oder nicht mehr gezahlt.

Mehr Geld darf man verdienen, wenn teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Die Grenzen werden individuell ermittelt, unter anderem sind sie von den erzielten Bruttoarbeitsverdiensten in den drei Kalenderjahren vor der Rente abhängig. „Reicht die Rente zum Lebensunterhalt nicht aus, können ergänzende Sozialleistungen beantragt werden“, sagt von der Heide. Nicht zum Zuverdienst gehören Pflegegeld, Einkünfte als Behinderter und Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Mieteinnahmen.

Übrigens: Die Rente wegen Erwerbsminderung wird für die Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigungen gezahlt, erläutert von der Heide. „Sie endet spätestens mit Erreichen der Regelaltersgrenze.“ Die Altersrente wird dann unter Berücksichtigung der Rentenzeiten berechnet - ist diese aber niedriger als die bisherigen Zahlungen, greift ein Besitzschutz.

Was muss man bei der Erwerbsminderungsrente steuerlich beachten?

Wie bei der Altersrente wird beim Bezug einer Erwerbsminderungsrente der Besteuerungsanteil nach dem Kalenderjahr ermittelt, in dem die Rente beginnt. „Weil die Renten oft schon in jüngeren Jahren bezogen werden, fallen sie entsprechend gering aus“, sagt Wawro. Dadurch werde ein Alleinstehender, soweit er keine anderen Einkunftsquellen hat, meist von der Steuer nicht behelligt. Bei Eheleuten hingegen besteht häufig die Pflicht zur Einkommensteuererklärung. (dpa)

Standardisiertes Schreiben verhindert Kontrolle von Pflege

München – Kontrolle, das klingt nicht gut. Pflegebedürftige in Bayern unterschreiben seit Neuestem gelegentlich Formulare gegen eine Überprüfung ihrer Versorgung – die eigentlich ihrem Wohl dienen soll.

Ein Formular, das eine Qualitätskontrolle bei der Pflege verhindert, bereitet den Behörden in Bayern Sorgen. Seit Ende 2015 tauche immer wieder ein standardisiertes Schreiben auf, mit dem Pflegebedürftige eine Überprüfung ihrer Versorgung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ablehnten, sagte die Leitende Ärztin des Bereichs Pflege beim MDK Bayern, Otilie Randzio. „Ich glaube, dass der eine oder andere Versicherte bei Vertragsabschluss nicht weiß, was

er da unterschreibt.“ Über das Formular hatten zuerst „Münchner Merkur“ und „tz“ berichtet.

Die Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml (CSU) sagte, ihr Ministerium führe derzeit Gespräche mit dem Landesbeauftragten für den Datenschutz. Ihr Ziel: „Bei solchen Widerspruchs-Erklärungen sollte zumindest die Möglichkeit eröffnet werden, dass die Prüfer bei den Pflegebedürftigen nachfragen, ob der Widerspruch im Zeitpunkt der Prüfung aufrechterhalten bleibt.“

Die Prüfinstanzen respektierten den Willen der Pflegebedürftigen, sagte Huml weiter. „Allerdings sollen sowohl der MDK als auch die Heimaufsicht den Schutz der Pflegebedürftigen sicherstel-

len – und Ergebnisqualität kann nur durch persönlichen Kontakt beurteilt werden“, warnte sie. „Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen, die vorschnell einen solchen Widerspruch abgeben, senken den Schutz der Betroffenen.“

Mit dem stets ähnlich lautenden Schreiben erklärten die Versicherten, dass sie ausdrücklich nicht von Mitarbeitern des MDK angerufen, besucht oder befragt werden wollen, führte Randzio aus. Bisher sei das Formular in rund einem Dutzend Fälle aufgetaucht. Sie sieht die Entwicklung mit Besorgnis. „Wir sind verantwortlich für das Wohl der Menschen“, sagte Randzio. „Da sie oft niemanden haben, der sie vertritt, nehmen wir unsere Aufgabe sehr ernst.“

(dpa)

Die meisten Jobs entstehen weiter in der Pflege Arbeitsmarktdaten der Bundesagentur für Arbeit

Berlin – Nach den aktuellen Zahlen der Bundesagentur für Arbeit ist der Wirtschaftsabschnitt „Pflege und Soziales“ weiterhin der größte Jobmotor in Deutschland. „Jede sechste Stelle, die in den letzten zwölf Monaten neu geschaffen wurde, entstand im Bereich Pflege und Soziales. Niemand schafft in absoluten Zahlen mehr Jobs. Daran haben gerade die privaten Anbieter einen großen Anteil“, so bpa Arbeitgeberpräsident Rainer Brüderle.

„Mit nahezu 2,2 Millionen Beschäftigten gehört die Pflege nun zu den größeren Wirtschaftsabschnitten und liegt damit deutlich vor anderen Bereichen wie zum Beispiel dem Baugewerbe und fast gleichauf mit dem Gesundheits-

wesen (Krankenhäuser und Ärzte). Auch in Zukunft werden in der Pflege und hier vor allem im privaten Bereich sichere Jobs neu geschaffen. Deshalb sind alle gut be-

ratet, Markt und Wettbewerb

in der Pflege zu stärken statt sie zu beschrän-

ken oder gar ganz abzuschaffen.

Nur private

Investitionen werden in den

kommen-

den Jahren helfen, einen Pflege-

notstand zu verhindern“, sagte

Brüderle.

„Unsere Branche könnte noch

mehr Jobs schaffen.

Doch der Mangel an

Fachkräften setzt uns derzeit

Grenzen. Deshalb setzen wir alles daran, in- und ausländische Fachkräfte für die

Pflege zu gewinnen. Das geplante Pflegeberufereformgesetz ist dabei keine Hilfe.

Ganz im Gegenteil. Es wird den Jobmotor

Pflege eher ausbremsen. Auch das laute und ständige Wehklagen von einzelnen Berufsverbänden über die Arbeit in der Pflege sorgt nicht für einen Imagegewinn und löst auch nicht unsere Herausforderungen“, erklärte der Vizepräsident des Arbeitgeberverbandes Bernd Meurer.

Insgesamt hat laut dem Arbeitsmarktbericht der Bundesagentur für Arbeit die Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von April 2015 bis April 2016 um 681.400 Beschäftigte zugenommen. Der Bereich „Pflege und Soziales“ legte in diesem Zeitraum um 111.000 Beschäftigte (+5,3 Prozent) auf 2.193.200 Beschäftigte zu.

(bpa Arbeitgeberverband)



Foto: K.C./Fotolia

Kochen gegen das Vergessen Aktivierende Pflege bei Demenz

Minden – Sie betrifft mittlerweile 1,5 Millionen Menschen in Deutschland und wo sie auftaucht, verändert sie das Leben – die Demenz. Mit rund 60 Prozent ist dabei die Alzheimer-Demenz die am häufigsten verbreitete Form der Demenz. Grund genug, an einem Tag im Jahr darauf aufmerksam zu machen und für die Erkrankung zu sensibilisieren. Am 21. September findet daher nun seit mehr als 20 Jahren der Welt-Alzheimer-tag statt.

Denn wenn das Vergessen in das Leben eines Menschen Einzug hält, dann verändert sich vieles. Alltägliche Dinge werden für Demenz-Erkrankte zur Herausforderung. Oberstes Ziel ist es daher, den Erhalt der Selbstständigkeit von Betroffenen zu fördern – egal ob Zuhause oder in einer Pflege-Einrichtung.

Gemeinsames Kochen und Backen statt Nahrungsergänzungsmittel

Ein Ansatzpunkt ist beispielsweise das gemeinsame Kochen und Backen. Es macht nicht nur Freude, sondern weckt auch Erinnerungen und die Lust aufs Essen. Ulrike Lehnhardt, ehemalige Küchenleiterin im Altenhilfzentrum Haus St. Martin in Schiffweiler (Saarland), hat es erfolgreich ausprobiert. Als einige der Bewohner in Folge der Demenz immer mehr an Gewicht verloren, kam ihr die zündende Idee: Die Gründung einer Kochgruppe. „Natürlich hätte ich auch einfach Maltodextrin oder Nahrungsergänzungsmittel in die Speisen rühren und so den Kaloriengehalt erhöhen können, aber für mich war das nicht die richtige Lösung. Ich wollte, dass die Bewohner von alleine die Freude am Essen zurückgewinnen.“

Sie wählte vier Bewohner aus, die Lust hatten, sich regelmäßig über ein halbes Jahr hinweg am Samstagvormittag zum gemeinsamen Backen und Kochen zu treffen. Doch wie kann solch ein Vorhaben gelingen, wenn die Köche nicht mehr in der Lage sind, Mengen richtig abzumessen oder abzuwiegen? Ulrike Lehnhardt erinnerte sich daran, dass ihre Tochter bereits im Alter von acht Jahren Tassenkuchen backen konnte und übertrug dieses System auf altbekannte Rezepte.

Die Zutaten, bspw. für einen Linseneintopf, konnten so ganz einfach über



Foto: Ornamin

das Fassvolumen bestimmt werden. Eine Idee war geboren: Kochen und Backen nach Formen und Farben.

Der Trick dabei: Jedes Gefäß in der entsprechenden Farbe steht für eine bestimmte Zutat. So lernten die Bewohner im Laufe der Zeit, dass sich in der roten Tasse bspw. immer Mehl befindet und in der grünen Tasse immer Zucker. „Menschen mit Demenzstufe 1 oder Anfang Stufe 2 können durchaus noch einiges wieder erlernen. Dies gelingt über Wiederholung“, so Lehnhardt.

Praktisch wird das Konzept mit sogenannten Zuordnungskarten umgesetzt, auf denen einerseits der farbige Becher (bzw. Schale) abgebildet ist und andererseits die Lebensmittel visualisiert und begrifflich benannt wurden. „Denn mit zunehmender Demenz können manche Betroffene zwar noch eine Birne der Form nach erkennen, sind aber nicht mehr dazu in der Lage, diese zu benennen. So kann es sein, dass wenn man einen demenziell veränderten Menschen fragt, welches Obst er gern essen möchte, er das Wort Birne nicht mehr aussprechen kann, obwohl er darauf Appetit hätte. Hier haben die Zuordnungskarten enorm geholfen.“

Verblüffende Ergebnisse und ganz viel Freude

Die Ergebnisse waren verblüffend. Im Laufe des halben Jahres haben sich die Bewohner – die von sich selbst sagten, dass sie in den „Kochclub“ gehen – immer

stärker geöffnet und Dinge mitgeteilt, die sie noch nie erzählt hatten bzw. die sie aktuell bewegten. So konnte das Pflegepersonal manche Handlungen der Bewohner im Alltag viel besser einordnen und nachvollziehen. Ulrike Lehnhardt: „Das gemeinsame Kochen und Backen hat allen unheimlich viel Freude gemacht. Und auch wenn sich fast alle nach ein paar Tagen nicht mehr erinnern konnten, was sie gekocht hatten, so wussten sie dennoch, dass sie gekocht hatten.“

Ein weiterer schöner Nebeneffekt: Die Lust aufs Essen kam zurück und der Gewichtsverlust konnte gestoppt werden. „Einige verlangten zu unserer Freude sogar Nachschlag“, so Lehnhardt. „Ein Wunsch, dem wir – unabhängig der Empfehlung vom aid – gern nachgekommen sind. Denn vom aid vorgeschlagene Mengen an Gemüse sind für einen Demenz-Erkrankten oftmals zu viel. Die Folge: Am Ende isst er gar nichts, weil er weiß, dass wenn er es jetzt anrührt und nicht ganz schafft, die Lebensmittel dann weggeworfen werden. Ein Problem der älteren Generation, die Krieg erlebt hat.“

Basierend auf ihren Erfahrungen hat Ulrike Lehnhardt gemeinsam mit Ornamin eine Koch- und Back-Box für Menschen im Alten- und Pflegeheim entwickelt. Die Boxen enthalten Becher, Schalen, Rezept- und Zutatenkarten sowie ein Rezeptbuch. Die Kochbox wurde 2014 auf der Altenpflege-Messe für den Innovationspreis nominiert. (Ornamin)

Städte kämpfen gegen Ambrosia

Herausrupfen so viel wie möglich

Vetschau – Auf einem meterhohen Haus in einem Gewerbegebiet im Spreewald steht eine kleine Messanlage. Das Gerät in Vetschau saugt Pollen an und prüft, wie hoch deren Konzentration in der Luft ist. Die brandenburgische Kleinstadt verspricht sich davon Erkenntnisse, ob die Bekämpfung der Ambrosia-Pflanze erfolgreich ist. Ihre Blütezeit hat jetzt vielerorts in Deutschland wieder begonnen. Für Allergiker kann das heißen: Asthma, tränende Augen, Hautrötungen. Der Klimawandel könnte nach Experten-Einschätzung das Problem in Deutschland verschärfen.

„Es ist eine Sisypchos-Arbeit“, beklagt die Vetschauer Fachbereichsleiterin (Ordnung und Soziales) Nadine Wegner, wenn sie über die Bekämpfung der Ambrosia-Pflanze spricht. Sie steht an einem Sonnenblumenfeld am Rande der Stadt in der Niederlausitz und zeigt auf den Boden. Überall ist die Ambrosia-Pflanze zu sehen. Sie sieht so ähnlich aus wie Beifuß oder Möhren-Kraut. Die Stängel haben überall kleine weiße Härchen.

Nach Angaben des bundeseigenen Julius Kühn-Instituts ist die Niederlausitz in Brandenburg deutschlandweit das von Ambrosia am schlimmsten betroffene Gebiet, danach kommt Süddeutschland. „Die Niederlausitz ist auch die einzige Region, wo Ambrosia großflächig auch als Ackerunkraut vorkommt“, sagt Experte Uwe Starfinger von dem Bundesforschungsinstitut in Braunschweig. Sonst sei Ambrosia in Deutschland überwiegend eine Pflanze der Straßenränder und nicht bewirtschafteten Flächen in Städten.

Die Pflanze (Beifußblättriges Traubenkraut) wurde vor mehr als 150 Jahren aus Nordamerika nach Deutschland eingeschleppt. Als ein Verbreitungsweg galt seither verunreinigtes Vogelfutter.

Generell sei das Ambrosia-Vorkommen in solchen Regionen größer, in denen es vergleichsweise warm ist. „Die Pflanze ist eine einjährige Art. Das heißt, sie kann nur an derselben Stelle wieder kommen, wenn sie reife Samen produziert hat – und dafür braucht sie eine gewisse Wärme zwischen der Blüte und dem Absterben der Pflanze“, sagt Starfinger. Deshalb geht das Institut davon aus, dass der Klimawandel zu einer

verstärkten Ausbreitung auch in Norddeutschland führen könnte.

Die Stadt Vetschau lässt seit Jahren viele der Pflanzen auf Äckern, Straßenrändern und sogar in Wohngebieten herausreißen, bevor sie blühen. Ein-Euro-Jobber fahren als sogenannte Scouts durch die Stadt und melden Vorkommnisse. Wegner: „Und wir gehen auf die Bevölkerung zu und bitten Grundstückseigentümer, Ambrosia von ihren Privatgrundstücken zu entfernen.“ Mit Handschuhen und während der Blütezeit sogar mit Mundschutz. Dennoch geht die Stadt davon aus, dass sich die Lage in diesem Jahr verschärfen wird. Viele Bürger hätten schon Funde gemeldet.

Viele Städte in Deutschland haben die Ambrosia fest im Visier. In Berlin kartieren Scouts ihre Funde in einem zentralen Internet-Register, dem Ambrosia-Atlas. Auch andere Bürger können Vorkommen melden, auch für Brandenburg. Allerdings seien im vergangenen Jahr nur sehr wenige Scouts unterwegs gewesen, teilt das betreuende Institut für Meteorologie an der Freien Universität Berlin mit.

Die Stadt Karlsruhe in Baden-Württemberg etwa will noch stärker über die Ambrosia-Pflanze aufklären. Vor zwei bis drei Jahren sei sie auf Grünflächen und im Wald verstärkt gesichtet worden, erläutert das dortige Amt für Umwelt- und Arbeitsschutz. Seither werde das Vorkommen systematisch erfasst. In Stadtteilen soll es demnächst Infoveranstaltungen geben, bei denen eine Modell-Pflanze gezeigt wird. Das soll helfen, Ambrosia besser zu erkennen. Und es wird nach Amtangaben seit einiger Zeit erprobt, ob es effektiv ist, heißes Wasser auf die Pflanze zu kippen. Das soll sie samt Wurzelwerk vernichten.

In Deutschland gibt es dem Julius Kühn-Institut zufolge keine bundeseinheitliche Regelung zur Ambrosia-Bekämpfung, die es mit einer gesetzlichen Verordnung etwa Behörden ermöglichen könnte, eine Beseitigung in Städten anzuordnen. Dann müssten Eigentümer von Flächen aktiv werden, bislang geschieht das auf freiwilliger Basis, wie Starfinger erläutert. (dpa)

*Die Pflanze *Ambrosia artemisiifolia* wurde vor etwa 150 Jahren aus Nordamerika eingeschleppt. Ihre Pollen sind besonders aggressiv: schon fünf bis zehn Pollen pro Kubikmeter Luft können zu Allergien führen. Meist wächst die Pflanze an Brachflächen und Straßenrändern, sie kann aber auch ein Ackerunkraut sein.*



Foto: stadel/peter/Foto1a

> Arbeiten im Team

Gute Pflege braucht Solidarisierung

MELANIE M. KLIMMER

Im durch Einsparungen und Personalkürzungen geprägten, stressigen Arbeitsalltag geht vieles unter: Zuallererst das Wohl der zu Pflegenden. Gerade demente Patienten passen nicht ins Schema einer viel zu straff durchorganisierten und teilweise sogar menschenunwürdigen Praxis. Zu kurz kommt aber auch die Gesundheit der Pflegekräfte, zerrissen zwischen Engagement für die Patienten und den täglichen, tatsächlichen Anforderungen, schnell und vor allem billig zu arbeiten. Statt „guter Pflege“ sind Mobbing und Bossing an der Tagesordnung, wie Betroffene berichten. Eine gewerkschaftliche Organisierung könnte helfen.

„Gute Pflege“ hat unterschiedliche Komponenten und wird unterschiedlich wahrgenommen. Zum einen gibt es die Perspektive derjenigen, um die es eigentlich geht: der Menschen hinter der Patienten- und Bewohner-Rolle und deren seelisches, körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Auf der anderen Seite steht die „gute Pflege“ aus Sicht der professionellen Pflegekraft und deren physischer, psychischer und sozialer Gesundheit. Sie hat ihren Teil zu guter Pflege beizutragen, aber nicht nur: Auch der Träger und Hausbetreiber muss gewährleisten, dass die Pflegekraft ihre Arbeit professionell umsetzen kann. Das fängt bereits bei der Gewährleistung dafür notwendiger Rahmenbedingungen und Infrastrukturen an. Hilfsmittel, wie reißfeste Handschuhe und Werkzeuge für die kinästhetische Patientemobilisation gehören ebenso dazu wie Schulungen oder Reflexionsgespräche. Auch die Gesundheit einer Pflegekraft hängt von guten Rahmenbedingungen ab: „Gute Pflege“ heißt auch Selbstsorge, die den guten Umgang mit sich, das Pflegen der eigenen Person und die Selbstreflexion mit einschließt.

Dr. phil. Josef Schwickerath, Leitender Psychologe an der saarländischen AHG Klinik Berus, im Saarland, sieht eine mangelnde Solidarität unter Pflegekräften – und vermutet die Ursache hinter Personalkürzungen und wachsender

Arbeitsverdichtung. Die Pflegekräfte seien so zuallererst auf die kurzfristige Bewältigung ihrer Arbeit konzentriert. Eine langfristige Orientierung könne sich nicht einstellen, etwa in Richtung einer gewerkschaftlichen Solidarisierung, so Schwickerath im Interview mit Kohlhammer.

Fokus auf Kosten, statt auf guter Pflege

Stations- und Heimstrukturen funktionieren heute sehr oft nicht vom pfe-

ge- und hilfebedürftigen Menschen ausgedacht, sondern in umgekehrter Richtung. Die Kosten stehen im Vordergrund, mit der Folge, dass der Bewohner und Patient an eine für das Personal „optimale“, weil funktionale, Pflege und Struktur angepasst wird. Damit wird jedoch tiefgreifend in das Leben der Menschen eingegriffen und deren persönliche Entwicklung, Gestaltungsfreiheit und Handlungskompetenz, kurz: Autonomie, gravierend beschnitten. Pflegekräfte stehen mit einer funktional ausgerichteten Haltung häufiger aber auch in Konfrontation mit natürlichen und menschlichen Bedürfnissen oder Eigenheiten der Patienten – und das fällt irgendwann auch auf die eigene Motivation und die Kraftreserven zurück.

Gerade Menschen mit einer Demenzdiagnose erschüttern funktionale Abläufe, da sie ihr Verhalten nicht an feste Strukturen anpassen können. Hier ist vom „Stören von Abläufen“ die Rede. Die Auswüchse einer funktionalen, dem Zeitfaktor und nicht dem bedarfsorientierten Pflegeprozess unterstellten Pfl-



Foto: stockpics/Forolia

Mobbing-Ursachen

1. Minderwertigkeitsgefühle: Mobbing, um sich kurzfristig besser zu fühlen.
2. Mobbing als Strategie der Selbstwertstabilisierung.
3. Ein bedrohter eigener Status.
4. Nicht souveräne Führung gegenüber leistungsstarken Mitarbeitern und die Unfähigkeit, die Ressourcen der Mitarbeiter zu fördern und zu nutzen.
5. Inoffizielle Personalarbeit mit Duldung von Mobbing, um nicht aktiv werden zu müssen.
6. Überforderungs- und Überreaktionen.

Mobbing- und Bossing-Ursachen auf Seiten der Täter nach Josef Schwickerath (2014):

ge, lassen sich auch bei Menschen mit körperlichen Einschränkungen sehen: Da saßen dann zum Beispiel Menschen beim Mittagessen über den eigenen Ausscheidungen auf dem offenen Toilettenstuhl, wie Eva Ohlerth beobachtete: „Es ist normal geworden, sich an einem Zeitplan zu orientieren, der für einen nahezu reibungslosen Stationsablauf gut sein mag, nicht aber für die Bewohner“, berichtet die examinierte Altenpflegerin mit 25 Jahren Berufserfahrung. „Der Zeitplan wird so bestimmt, dass es für das Personal gut ist und für das Haus. Optimale Pflege heißt für mich aber, mit der Einstellung zu arbeiten, dass ich Gast in diesem Hause bin, in dieser Wohnung eines Bewohners. Er zahlt die Miete“, so Ohlerth. „Ich habe nicht das Recht, mir diese Wohnung zu eigen zu machen und das Zimmer so einzurichten, wie es mir gerade gefällt und für mich optimal ist. Daher heißt optimale Pflege für mich, dass ein Mensch, der ein Leben lang gearbeitet und ein Leben hinter sich hat, auch zu seiner Zeit frühstücken darf und nicht um sechs Uhr morgens zum Duschen aus dem Bett gerissen wird, weil das Essen kommt. Optimale Pflege heißt für mich auch, Essen und Trinken in angemessenem und eigenem Tempo für den Bewohner zu verabreichen: nicht zu heiß, nicht zu kalt, die Stücke nicht zu groß“, erklärt sie.

Ohne Kollegialität kein Team

Die amerikanische Beraterin und Dozentin Kathleen Bartholomew stellt in einer zu Beginn dieses Jahrtausends erstellten Studie über amerikanische Pflegefachkräfte fest, dass ein unsolidarisches Klima und die daraus hervorgehenden Feindseligkeiten in der Pflege nicht nur auf verfestigte, unlösbare Ambivalenzen im Berufsalltag zurückzuführen sind, sondern auch auf überkommene Macht-

strukturen, die von den tradierten Pflegestrukturen selbst ausgehen. So drückt eine der befragten Pflegefachpersonen ihre Erfahrungen im Interview mit Bartholomew so aus: „Tue nichts, was dich von den anderen abhebt. Tue nichts, was das System ins Wanken bringt.“ Christoph Mock, aktives Mitglied der Arbeitsrechtlichen Kommission der Caritas und der Diözesanen Arbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen, sieht und befürchtet für den Umgang mit den Alten „dramatische Entwicklungen“. Er bezweifelt, dass diejenigen, denen es an Selbstbewusstsein mangle, ihre eigenen Interessen durchzusetzen, genügend Energie aufbringen können, die Interessen der ihnen anvertrauten Klienten „gegen widerstreitende, institutionelle Anstaltsnormen in Stellung zu bringen“. Die Gründe für diese Misere sieht Mock in einer Mischung aus Überlastung, Helfersyndrom und fehlenden kritischen Traditionen, die dazu führten, dass Pflegekräfte ihre Verantwortung für diese Arbeitsbedingungen nur unzureichend wahrnahmen und sich zu wenig gewerkschaftlich träger- und betriebsübergreifend organisierten. „Wie soll man noch ein Team bilden, wenn es keine Kollegialität gibt, es durch eine hohe Fluktuation an Beständigkeit fehlt und die Motivation nicht da ist?“, fragt sich Andrea L. (Name geändert), eine Mitarbeiterin eines Leitungsteams in einem 360-Betten-Krankenhaus der Regelversorgung, die anonym bleiben möchte. „Wie soll man da Neues einführen? Jeder hat Angst, noch mehr leisten zu müssen.“

Ihre Erfahrungen als Stationsleiterin gipfelten in einer kräftezehrenden Auseinandersetzung mit einer Mitarbeiterin, die ihre ganz persönlichen Ziele durchsetzen wollte und deshalb Lügen und Intrigen gegen sie schmiedete. Es kam zu einer fachlichen Überprüfung aus der Führungsebene, die sich schließ-

lich in der Sache als haltlos erwies. „Je mehr auf die Mitarbeiter hereinbricht, desto mehr wenden sie sich an die Leitung ihrer Station. Sie wollen Veränderungen und sprechen das auch an“, so die Stationsleiterin. „Dass eine Leitung die Welt jedoch nicht komplett drehen kann, stößt teilweise auf Unverständnis und sorgt für „Anfeindungen“ und böses Gerede gegen das Leitungsteam. Ich habe immer versucht, dem Team alles transparent zu machen und zu zeigen, wofür und wie wir kämpfen: Es ging oft gut, aber manchmal eben auch nicht.“

Mangelnde Leitung der Führungskräfte

Wenn für eine bessere Pflegequalität nicht gekämpft werde, weil ökonomische Interessen vor „guter Pflege“ eine Vorrangstellung einnehmen, und wenn man sich dann mit dem Pflegenotstand erkläre und diese mit Dokumentenfälschungen noch zementiere, erreiche man das genaue Gegenteil von „guter Pflege“, sagt der deutsche Pflegekritiker Claus Füsseck gegenüber Kohlhammer. Gute Pflege brauche explizite Aufrichtigkeit, wenn man es nicht mehr leisten könne, so Füsseck, und Solidarisierung. Unter dem Vorwand des Pflegenotstandes nicht auf bessere Pflege zu setzen, schaffe ein Milieu der „Narrenfreiheit“, konstatiert Füsseck. „Eine Zimmerglocke am Bett höher zu hängen, hat nichts mehr mit Pflegenotstand zu tun, sondern schlicht mit dem Ausleben von Macht gegenüber Schutzbefohlenen. Auch ein freundliches Wort dauert nicht länger als ein unfreundliches.“

Andrea L. schildert ihre eigenen Erfahrungen dazu so: „Wenn die Geschäftsführung der Stationsleitung Mehrarbeitsstunden vorrechnet, anstatt sich nach dem Befinden der Mitarbeiter zu erkundigen oder Wert zu legen auf eine gute Pflegequalität, und wenn die zu

erfüllenden und zu vertretenden Vorschriften mehr und mehr anwachsen, ohne dass man diese mit den eigenen Wertvorstellungen von guter Pflege vereinbaren könnte, muss ich schließlich die Funktion der Rolle einer Stationsleiterin in Frage stellen.“ Mittlerweile seien die Leitungen lediglich ausführende Kräfte, die die Mitarbeiter möglichst bei Laune halten sollen. „Mit einer Führung, wie ich sie verstehe, hat das nicht mehr viel zu tun.“

Viele Stationsleitungen täten sich schwer, sich schützend vor die Basis zu stellen – so die Erfahrung des Fachkrankenpflegers für Psychiatrie Michael Obenauf, der seit 29 Jahren in der praktischen Krankenpflege beschäftigt und aktives Gewerkschaftsmitglied ist. „Sie befinden sich in einer Sandwichsituation. Diejenigen, die sich nicht den Auflagen von oben fügen, geben irgendwann auf oder werden einfach ausgetauscht.“ Nach wie vor sei ein auffälliger Gehorsam zu beobachten. Immer mehr Stationsleitungen, so Andrea L., kapitulierten in Anbetracht der Arbeitsbedingungen, würden der Befehlsempfängerstruktur nachgeben oder stiegen ganz aus. Aber gerade solche Stationsleiter sind nach ihrer Ansicht Gift für die Pflege – und stellten die eigentliche Funktion von Leitungen in Frage.

Mobbing und Bossing aus Neid und Überforderung

Sind Leitungspersonen obendrein noch überfordert, leistungsschwach oder können persönliche Konflikte nicht von der beruflichen Tätigkeit trennen, entstehen weitere Probleme für die Praxis und eine zusätzliche Verschärfung der Entsolidarisierung. Ängste um die eigene Position können, wenn sich hierarchisch unterge-

bene Pflegefachkräfte als fachlich überlegen und beliebt dazu erweisen, zu Bossing führen – dann mobbt der Chef den Untergebenen. Er lässt Mobbing zu oder mobbt selbst, sagt der Mobbing-Experte Klaus Wolf vom Würzburger Verein „Fair am Arbeitsplatz“, um von den eigentlichen Problemen in der Pflege und den eigenen Defiziten ablenken zu können. „Es wird abgewartet, bis jemand aus dem System rausfällt und sich die Sache von alleine erledigt“, so Wolf.

Ein häufiger Faktor für Mobbing sei Neid und nicht so beliebt wie der Kollege zu sein, erklärt der Mobbingberater. „Aber anstatt, dass man versucht, selbst freundlich oder gar noch freundlicher zu den Menschen zu sein, versucht man, die andere Person aus dem Team hinauszudrängen.“ Mobbing verschaffe kurzweilige Erleichterung, weiß Dr. phil. Josef Schwickerath. „Es wird strategisch eingesetzt, um den eigenen Selbstwert zu steigern“.

Aber wie ist es dann, wenn man die Konfrontation mit einem Kollegen gar nicht erst sucht und seine Überforderung und Resignation, seinen Frust lieber unbehelligt in Form von physischer und, noch schlechter nachzuweisender, psychischer Gewaltanwendung an Klienten auslebt? Für Altenpflegerin Eva Ohlerth „ist optimale Pflege auch, wenn ich den Bewohner aus einer Zeitnot heraus nicht in Gefahr bringe. Da wir intelligente Wesen sind, frage ich mich, wo mache ich Abstriche? Ich lasse eben die Wäsche liegen und nicht den Bewohner.“ Es seien dann jedoch die eigenen Kollegen, die einen zur Seite nähmen und erklärten, man solle nicht zu freundlich sein, sonst machten die Bewohner mehr Arbeit.

Pflege- und hilfebedürftige Menschen sind auf Unterstützung und auf die professionelle Selbstverpflichtung von

Fachkräften angewiesen – und geben ihnen einen Vertrauensvorschuss. Einem Team, das nicht genug gelernt hat, für die eigene „gute Pflege“ eine „gesunde“ Sorge zu tragen, wird auch kaum oder weniger schmerzlich den Mangel an „guter Pflege“ bei den Gepflegten wahrnehmen. Beides schwächt langfristig das Selbstbild von Pflege als „gute Pflege“. Wichtiger wäre eine gemeinsame Solidarisierung für eine „gute Pflege“ für alle. Dann kann „gute Pflege“ nämlich befriedigend für diejenigen sein, um die es eigentlich geht: die Menschen.



Literatur

Schwickerath J. (2014) Mobbing erfolgreich bewältigen. In vier Schritten aus der Mobbingfalle. Beltz, Weinheim, Basel.

Zapf D. (1999) Mobbing in Organisationen: Stand der Forschung. Zeitschrift für Arbeit und Organisationspsychologie 1, S. 1-25.

Zusammenfassung

Eine „gute Pflege“ ist nicht einfach da. Sie muss erarbeitet und notfalls solidarisch erkämpft werden. Doch die Realität sieht oft anders aus. Da, wo selbst das Leitungspersonal die Interessen der Pflegekräfte nicht durchsetzen kann, wird es kaum das nötige Selbstbewusstsein geben, sich für „gute Pflege“ von Schutzbehörden in Stellung zu bringen. Zurück bleibt die Arbeit in einem Milieu widerstreitender Kräfte, das den Schutz kurzweiliger Eigeninteressen auf Kosten von Patienten, den Abbau von Solidarität für „gute Pflege“ und Feindseligkeiten unter den Pflegekräften unterstützt.

Schlüsselwörter: *Interprofessionalität, Solidarität für „gute Pflege“, Feindseligkeiten unter Pflegenden, Führung statt Bossing*

Autorenkontakt:

Melanie M. Klimmer, Ethnologin M.A. (Sozialwissenschaftlerin), Freie Dozentin und Fachjournalistin, Lehrbeauftragte für Klinische Soziologie und Kultursociologie (Uni) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (IHK), Beraterin für hyper-mediative Verfahren der Konflikttransformation
Kontakt: Klimmer_M@gmx.de

> Wenn Pflege krank macht

Belastung und ihre Bewältigung: Strategien für Pflegekräfte

TIM SCHUSTER & JULIA KOHORST

Seit 2014 werden die Stimmen nach einem Anti-Stress-Gesetz immer lauter. Befürworter sind z.B. Arbeits- und Sozialministerin Andrea Nahles, Familienministerin Manuela Schwesig und Guntram Schneider, Minister für Arbeit, Integration und Soziales in Nordrhein-Westfalen. Es scheint, als würden die gesetzlichen Regelungen zum Gesundheitsschutz, das Arbeitsschutzgesetz sowie Vorschriften und Verordnungen nicht ausreichen. Jede Pflegekraft muss sich individuelle Bewältigungsstrategien suchen, um mit den Belastungen im Arbeitsalltag umzugehen. Hierbei greift jeder auf unterschiedliche Verhaltensweisen und Ressourcen zurück. Zum besseren Verständnis sollen zunächst die Begriffe Belastungen, Beanspruchungen und Stress näher erklärt werden.

Belastungen und Beanspruchungen

Rohmert (1984) definierte Belastungen aus arbeitsmedizinischer Sicht als die Zusammenfassung aller Bedingungen, die während der Arbeit auf ein Individuum einwirken. Es gibt verschiedene Arten von Belastungen, wie zum Beispiel physikalische, psychische, soziale und aufgabenbezogene. Diese Belastungen wirken jedoch zusammen.

Um eine Übersicht über mögliche Belastungsquellen zu erhalten, müssen sowohl Einflüsse aus der Aufgabe, dem Arbeitsgegenstand, der Arbeitsorganisation als auch aus Arbeitsmitteln, -umgebung und -situation berücksichtigt werden. Darüber hinaus spielen auch außerberufliche Belastungen eine Rolle. Es existieren unterschiedliche parallele Teilbelastungen, die sich nur schwer quantifizieren und bündeln lassen.

Die Auswirkungen dieser beruflichen Belastungen werden als Beanspruchung definiert. Anders formuliert: Die Belastung kann als Ursache und die Beanspruchung als (Aus-)Wirkung bezeichnet werden. An dieser Stelle ist zu beachten, dass Beanspruchungen, die

aus den gleichen intensiven Belastungen resultieren, unterschiedlich sein können. Dies lässt sich durch Unterschiede in den individuellen Ressourcen und Voraussetzungen jedes Einzelnen erklären. Hierzu zählen zum Beispiel Eigenschaften, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen, Motivation und der Gesundheitsstatus des Arbeitnehmers (Rohmert 1984).

Belastungen und Stress

Belastungen können oftmals Stressfaktoren, auch Stressoren genannt, darstellen und somit eine Stressreaktion auslösen. Hierzu zählen vor allem Belastungsfaktoren, die von der physischen oder sozialen Umwelt auf eine Person einwirken und so eine schwierige bzw. aufwändige Anpassung verlangen oder eine deutliche Beanspruchung auslösen. Die Stressreaktion kann als Auswirkung der Stressoren auf körperlicher, kognitiver, emotionaler oder Verhaltensebene bezeichnet werden.

Wie bereits zu Beginn thematisiert, verfügen Pflegekräfte über individuelle Bewältigungsstrategien, um mit den Belastungen im Arbeitsalltag mehr oder weniger gut umzugehen.

Bewältigung

Das Auftreten und Wirken von Stressoren lässt sich oft nicht verhindern. Entscheidend ist vielmehr, einen Weg zu finden, diese zu bewältigen – instrumentell, kognitiv, palliativ. Der Begriff Stress ist sehr unpräzise definiert: Zum einen bezieht er sich auf einen Stressor, zum anderen auf eine Stressreaktion. Diese Doppeldeutigkeit des Begriffes hat Lazarus (1981) in seiner transaktionalen Konzeption (Transaktionales Stressmodell nach Lazarus, siehe Abbildung 1) aufgegriffen. Er interpretiert Stress als Missverhältnis von Anforderungen und Reaktionsmöglichkeiten.

Nach Lazarus (1981) kommt Stress weniger durch den Stressor selbst zustande, sondern vielmehr durch die subjektive Art und Weise der Bewertung. Menschen schätzen Situationen nicht nur unterschiedlich ein, sondern verfügen darüber hinaus auch über unterschiedliche Bewältigungsstrategien beziehungsweise -kompetenzen. Als logische Konsequenz bewerten verschiedene Personen ein und dieselbe Situation ganz unterschiedlich.

Diese Bewertung wird durch persönliche und situative Variablen beeinflusst. Ein Beispiel: Pfleger X sieht einen neuen Patienten auf seiner Station als spannende Herausforderung. Pfleger Y nimmt denselben Patienten und die damit verbundenen Anforderungen vielmehr als Möglichkeit des Scheiterns wahr. Die kognitive Bewertung findet auf zwei Ebenen statt – primär und sekundär. Dies bezieht sich nicht auf die zeitliche Abfolge, sondern auf die inhaltliche Bedeutung. Während der primären Bewertung wird überprüft, ob und inwiefern die Situation eine Bedeutung für das eigene Wohlbefinden darstellt und ob sie positive oder negative Folgen hat. Hierbei kann die Person diese als irrelevant, positiv oder stressend betrachten. Wird die

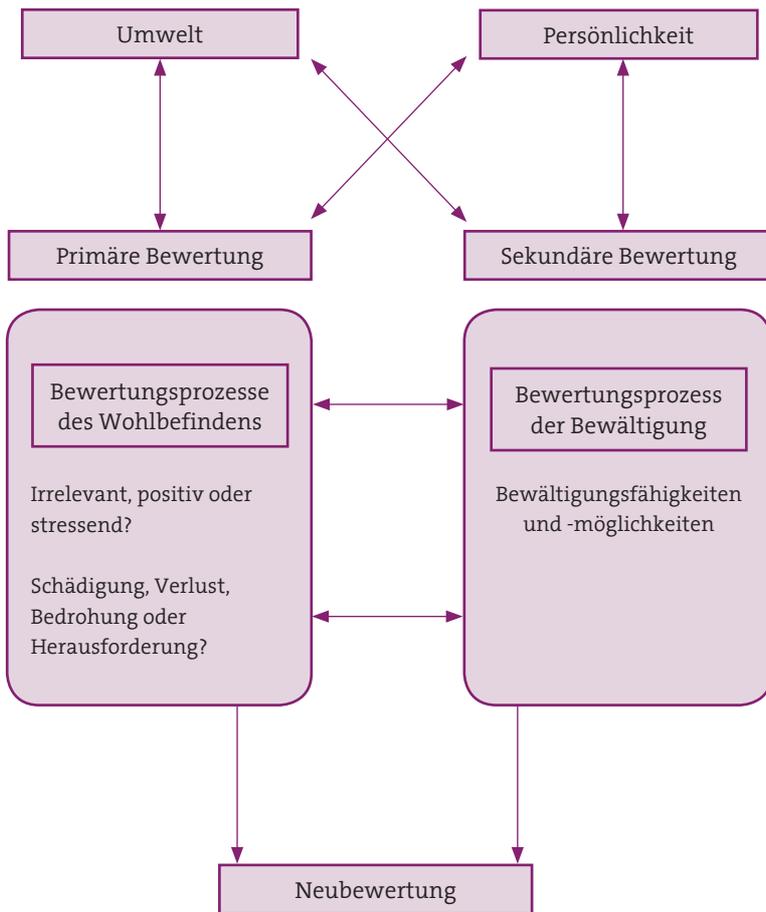


Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Situation als stressend eingestuft, findet eine konkretere Einschätzung statt: Ist eine Schädigung, ein Verlust zu erwarten? Handelt es sich um eine Bedrohung oder eine Herausforderung?

Bei der sekundären Bewertung stehen die individuellen Ressourcen im Fokus, zum Beispiel soziale, materielle, körperliche oder psychische Voraussetzungen, die eine erfolgreiche Bewältigung gewährleisten. Außerdem werden Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten eingeschätzt. Diese Bewertungsebenen können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Hier wirken die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und die Stressrelevanz zusammen.

Eine erfolgreiche Bewältigung hängt davon ab, ob die vorhandenen Ressourcen ausreichen und auch eingesetzt werden können. Die Bewältigung kann sich am Problem orientieren oder emotionszentriert sein. Ist dieser Bewertungsprozess beendet, folgt eine Neubewertung, um die Veränderung einzubeziehen. So

entstehen eine beziehungsweise mehrere Rückmeldungsschleifen (Lazarus et al. 1981).

Besondere Bedeutung von Bewältigungsverhalten in der Pflege

Im Rahmen der Fachtagung zu psychischen Belastungen in Pflegeberufen zeigte der Arbeitsminister Guntram Schneider im Oktober 2012 eindrucksvoll, wie wichtig bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte sind. „Pflege ist kein Kinderspiel. Wer in diesem Beruf arbeitet, macht einen wertvollen, aber auch harten Job, der nicht nur hohe körperliche, sondern vor allem auch psychische Belastungen mit sich bringt.“ Pflegekräfte sind verschiedenen Belastungen ausgesetzt – organisatorischen, fachlichen, persönlichen und körperlichen. Auch die Erwartung der Patienten und Angehörigen zählt dazu – ständige Verfügbarkeit, intensive Beschäftigung mit den einzelnen

Patienten, höchste Professionalität (Hausmann 2009).

Doch was passiert, wenn man nicht allen Ansprüchen zum gleichen Zeitpunkt, in gleichem Umfang entsprechen kann und die Pflegedienstleitung mit einem strengen Blick auf Zeit und Budget allgegenwärtig ist? Hinzu kommt, dass auch die Arbeitsaufgabe – das heißt der tägliche Umgang mit Patienten – zu emotionalen Problemen führen kann. Dazu zählen nicht nur die aggressiven und abweisenden Fälle sondern auch die direkte Konfrontation mit Krankheit und Leiden.

Die Liste der potenziellen und realen Belastungen könnte vermutlich endlos fortgeführt werden:

- Mobbing,
- schlechte Arbeitsbedingungen,
- Schichtdienst,
- Arbeitsumfang etc.

Für Pflegende besteht die Gefahr, früher oder später das innere Gleichgewicht zu verlieren und die Grenzen der Belastbarkeit zu überschreiten (Hausmann 2009). So kommt es, dass etwa 25% aller Pflegekräfte von Burnout betroffen sind. Je nachdem wie hoch die Belastung ist, steigt dieser Anteil auf bis zu 64% (Estryn-Behar et al. 1990). Der DAK-Gesundheitsreport 2015 zeigt ähnliche Ergebnisse. Nicht nur der prozentuale Krankenstand liegt deutlich über dem Durchschnitt aller anderen Branchen, sondern spezifiziert, dass sowohl die Erkrankungshäufigkeit als auch die Erkrankungsdauer überdurchschnittlich sind. Diese Ergebnisse lassen sich vor allem auf Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen zurückführen.

Bewältigungsstrategien für Pflegekräfte

Um den Pflegealltag zu bewältigen, reichen die beruflichen Kompetenzen und organisatorischen Bedingungen oft nicht aus – vielmehr spielen effektive Bewältigungsstrategien und Psychohygiene eine entscheidende Rolle. Psychohygiene kann als der Hüter der Gesundheit bezeichnet werden. Hierzu gehört zum Beispiel:

- psychische Belastungen erkennen
- auf eigene Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse achten

- die eigenen Grenzen kennen und die Ansprüche an sich selbst überprüfen
- Abgrenzung gegenüber unrealistischen Erwartungen
- Kommunikation
- emotionale Betroffenheit in geeigneter Form aufarbeiten
- Pflege von Schutzfaktoren, wie z.B. soziale Unterstützung

Ganz konkret sollten Pflegekräfte versuchen, ihre Belastung auf drei verschiedenen Ebenen zu bewältigen.

Instrumentell: Alltag stressfreier gestalten

Instrumentelles Stressmanagement setzt an den Stressoren selbst an. Ziel ist, diese entweder zu reduzieren oder in bestimmten Bereichen vollständig auszuschalten. Der Einsatz sollte sowohl auf der Arbeit als auch im Privatleben stattfinden. Aus beruflicher Perspektive bietet sich beispielsweise die Möglichkeit, das Dienstzimmer freundlicher zu gestalten. Es soll als Rückzugs- und Pausenraum fungieren. Um die Zeit dort positiv zu nutzen, wäre eine angenehme Atmosphäre sehr förderlich.

Ein gutes Teamklima wirkt sich ebenfalls positiv aus. Hier ist nicht nur die Führungskraft gefragt, sondern auch jeder einzelne Mitarbeiter. Eine freundliche, zugewandte Grundhaltung, Hilfsbereitschaft, ein persönliches Gespräch oder positives Feedback am Ende eines anstrengenden Dienstes sind nur einige Beispiele dafür, wie die Mitarbeiter füreinander ein positives Arbeitsklima schaffen können. Auch die Veränderung von bestimmten Arbeitsabläufen kann entlastend wirken. Hilfreich sind hier Arbeitsanalysen, die unter anderem die Aufgabenverteilung über den Tag doku-

mentieren. Hier können Arbeitsspitzen erfasst und umgestaltet werden. Häufen sich zum Beispiel mehrere arbeitsintensive Aufgaben am Morgen, die sich auch zu einem späteren Zeitpunkt erledigen lassen, sollten diese je nach Dringlichkeit gewichtet und umverteilt werden. Eine weitere Möglichkeit sind regelmäßige Fort- und Weiterbildungen des Personals, um einer Überforderung entgegenzuwirken. Vor allem Fortbildungen im Bereich der sozialen Interaktion, eingebettet in ein effektives und effizientes Personalentwicklungskonzept, sorgen für mehr Selbstbewusstsein in der alltäglichen Arbeit. Damit ist auch eine höhere Arbeitszufriedenheit verbunden (Schuster 2016).

Pflegekräfte sollten ihren Feierabend ebenfalls möglichst stressfrei gestalten und ihr privates soziales Umfeld nicht vernachlässigen. Bei einem Treffen mit Freunden und Bekannten ist es nicht nötig, sich nur über das berufliche Leben auszutauschen.

Kognitiv: Selbstreflektion

Der erste Schritt den eigenen Stress zu bewältigen, ist, sich dessen bewusst zu werden und darüber hinaus Möglichkeiten zu finden, ihn zu entschärfen. Eine genaue Einschätzung der aktuellen Situation führt zu erfüllbaren Erwartungen an sich selbst. Es ist wichtig, den eigenen Handlungsspielraum zu erkennen. Der Irrglaube, man müsse Situationen verändern, auf die man in Wahrheit gar keinen Einfluss hat, führt unweigerlich zu Enttäuschung und Schuldgefühlen. Ein Austausch mit Vorgesetzten oder Kollegen kann dabei hilfreich sein. Vor allem junge Pflegekräfte haben teilweise eine unrealistische Haltung gegenüber dem, was sie leisten können bzw. müssen. Darüber hinaus sind regelmäßige Inter-

und Supervisionen eine gute Möglichkeit, den eigenen Handlungsspielraum neu zu definieren. Häufig treibt eine zu kritische innere Haltung das Stresslevel nach oben. Pflegekräfte setzen sich selbst zu stark unter Druck durch Appelle wie:

- sei perfekt
- mach schnell
- sei stark
- mach es allen recht
- streng dich an

Palliativ und regenerativ: entspannen

Wenn die Belastung selbst unvermeidbar ist, sollte ihr eine Entlastung folgen. Im Fokus steht hier die Regulierung und Kontrolle der körperlichen und psychischen Stressreaktion, entweder palliativ oder regenerativ. Palliation bezeichnet die kurzzeitige Erleichterung oder Entspannung in einer akuten Stresssituation (z.B. eine Tasse Tee trinken, kurz frische Luft schnappen). Die Regeneration hingegen bezieht sich auf langfristige Aktivitäten zur Erholung, z.B. der regelmäßige Besuch eines Yoga-Kurses, Training im Fitnessstudio, bewusste Pausengestaltung (Kaluza 2015).

Es liegt wohl in der Natur des Berufes, dass es nie möglich sein wird, die Pflege stressfrei zu gestalten. Allerdings kann jede Pflegekraft einen großen Teil dazu beitragen, die Situation für sich und ihr Umfeld positiver zu gestalten. Darüber hinaus ist es empfehlenswert, achtsam zu sein. Das entlastet nicht nur, sondern tut darüber hinaus auch gut.

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Zusammenfassung

Der Pflegeberuf bringt eine Vielzahl an Belastungen mit sich. Beeinflusst wird dies nicht nur durch bestimmte organisatorische und politische Bedingungen, sondern auch durch personenbezogene Faktoren und Bewältigungsstrategien. Ein und dieselbe Situation kann von unterschiedlichen Pflegekräften ganz unterschiedlich bewertet werden. Zu begründen ist dies nicht nur durch individuelle persönliche Ressourcen, sondern auch durch die Bewältigungsstrategien eines jeden Einzelnen.

Schlüsselwörter: *Belastung, Bewältigung, Stress*

Autorenkontakt:

Tim Schuster, Wirtschaftspsychologe, Leiter der telefonischen Mitarbeiter- und Führungskräfteberatung bei der BAD GmbH, Dozent für psychologische Trainings im Sozial- und Gesundheitswesen, Inhaber von miteinander reden.
Kontakt: schuster@miteinander-reden.net
www.miteinander-reden.net
Julia Kohorst, Wirtschaftspsychologin, Experte für Personalpsychologie
Kontakt: juliakohorst@gmx.de

> Mindful Self-Compassion für Pflegekräfte

Achtsamkeit und die Kunst, sich selbst zu lieben

PETRA ZÖLLNER

Pflegende sind täglich großen Belastungen ausgesetzt und zweifeln zudem oftmals an sich selbst. Der Körper nimmt diese Situation als Bedrohung wahr und reagiert mit Stress. Burnout ist unter Pflegekräften daher ein häufiges Phänomen. Das achtsamkeitsbasierte Mindful-Self-Compassion-Programm kann dabei helfen, die Einstellung zur Arbeit und zu sich selbst zu verändern. Regelmäßiges Üben erleichtert es Pflegenden, sich zu entspannen und mit Belastungen besser umzugehen. Der innere Kritiker wird im Zaum gehalten und ein positiver Blick auf das eigene Tun ist wieder möglich – das emotionale Wohlbefinden wird gesteigert.

Miriam N., 35 Jahre, Krankenschwester, fühlt sich seit Monaten schlapp, müde und antriebslos. Der Gedanke, am nächsten Morgen wieder auf ihre Station in der Klinik zu gehen, verbindet sich mit Grübeleien wie: „Ich mag nicht mehr, diese vielen, hohen Anforderungen durch die oft an mehreren Krankheiten leidenden Patienten, die in immer weniger Zeit begleitet werden sollen. Patienten, die vermehrt fordernder werden und die nicht so gute Teamstimmung. Das ist Stress und mir geht es schlecht dabei!“

Miriam N. steht für ein Phänomen, das seit vielen Jahren bei Pflegenden zu beobachten ist.

Die täglichen Anforderungen in unserem Berufsleben sind sehr groß geworden, und es wird viel von uns verlangt. Dazu kommen die persönlichen Ansprüche an ein glückliches und erfülltes Leben. Wir lernen früh, uns um andere zu kümmern, fleißig zu sein, in der Leistungsgesellschaft unseren Platz zu finden. Da bleibt aber häufig keine Zeit und Muße, sich um sich selbst, das psychische und körperliche Wohlergehen zu kümmern.

Aus altruistischen Motiven heraus, aus Freude am Helfen und Sinnvolles zu tun, sind wir zum Beruf der Pflege gekommen. Jedoch steigt unsere Frustration, wenn Faktoren wie wenig Zeit und wenig Geld im Berufsleben den in uns verankerten Altruismus überdecken.

Die fortwährenden Belastungen und die innere Haltung, die Ursache im eigenen Ungenügen zu suchen, führen bei vielen Pflegenden zu Depressionen. Laut der RN4-Cast-Studie gelten knapp ein Drittel der deutschen Pflegekräfte als Burnout-gefährdet (Straßmann 2014). Die Menschen brennen bei ihrer täglichen Unterstützung für hilfsbedürftige, kranke und alte Menschen buchstäblich

aus: Sie leiden unter dem sogenannten „Caregiver-Stress“ (Pflegekraft-Stress).

In meinen Seminaren zur Selbstkompetenzförderung bitte ich die Teilnehmenden darum, einen individuellen Lösungsansatz für eine ihrer Herausforderungen zu erarbeiten. Hierzu sollen sie drei Fähigkeiten oder Fertigkeiten nennen, die sie selbst bei sich erkennen und zur Lösungsfindung unterstützend anwenden können.

Meist fällt es den Pflegenden schwer, drei solche lösungsorientierte Fähigkeiten zu nennen. Statt lösungsorientiert vorzugehen, werden oftmals selbstkritische Anmerkungen genannt wie: „Ich weiß, was ich nicht kann, aber nicht, was ich kann!“ Hier sitzt

der innere Kritiker als dicker Souffleur auf der Schulter und verstärkt durch negative Selbstbewertungen den ohnehin hohen Stresslevel, und so reagieren Pflegende oftmals selbstkritisch in belastenden Situationen: „Warum schaffe ich das nicht?“



Foto: PAO joke/Fotolia

Was ist bloß los mit mir?“ – oder geben anderen die Schuld für ihren Stress.

In solchen bedrückenden Situationen wünscht sich jeder Mensch, fürsorglich in den Arm genommen, verstanden und getröstet zu werden.

Aber warum nehmen Pflegekräfte nicht ihr Können und Wissen wahr und schützen sich so gegen die emotionalen Überforderungen? Warum sind sie sich selbst gegenüber so kritisch, statt sich selber wertzuschätzen und somit selbstbewusst aufzutreten? Weshalb nehmen sie ihre Symptome des Ausbrennens nicht rechtzeitig wahr? Warum sind sie nicht fürsorglich zu sich selbst?

Das achtsame Selbstmitgefühlstraining (Mindful Self-Compassion – MSC-Training) ist eine Möglichkeit, die Entwicklung des Mitgefühls für sich selber zu unterstützen. Dabei lernen die Teilnehmenden theoretisch und ganz praktisch, wie sie sich in stressreichen und schwierigen Momenten im Leben mit Güte, Fürsorge und Verständnis begegnen. Die drei Bausteine von Selbstmitgefühl sind Freundlichkeit mit uns selbst, Mitmenschlichkeit und ein gelassenes Gewahrsein. Selbstmitgefühl kann jeder lernen, auch die Menschen, für die es sich zunächst unangenehm anfühlt, freundlich zu sich selbst zu sein. Selbstmitgefühl unterstützt die Widerstandsfähigkeit gegen unsere oftmals selbstverletzenden Haltungen wie Selbstverurteilung, Selbstbezogenheit und Grübeln. Selbstmitgefühl kann das emotionale Wohlbefinden steigern und die psychische Widerstandskraft fördern. So ist es möglich, sich selber mitfühlend, fürsorglich tröstend bei hohen und schwierigen Anforderungen von innen und außen zu begleiten, indem das Selbst gestärkt wird.

Der achtsamkeitsbasierte Ansatz zur Selbstfreundlichkeit und Mitgefühl für andere Menschen, der die Grundlage für das Trainingsprogramm darstellt, kommt ursprünglich aus dem buddhistischen Bereich. Das Programm ist jedoch religionsfrei und mit modernen medizinischen Ansätzen, die bei der Vorbeugung und Behandlung von Depressionen angewendet werden, verknüpft. Es basiert auf der Wirksamkeit der Meditation und der damit verbundenen Neuroplastizität des Gehirnes (Hanson 2015). Darunter wird die Eigenschaft von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen verstanden, sich in Abhängigkeit von der Verwendung in ihren Eigenschaften zu verändern.

Seit den 70er Jahren forschen Mediziner und Neurowissenschaftler zu den Phänomenen, die sich im Gehirn bei Meditierenden abspielen. Die Ergebnisse sind erstaunlich.

Empathie und Mitgefühl mit sich selbst

Viele Pflegenden sind zu Recht überzeugt von ihrer hohen Empathiefähigkeit für andere Menschen. Auf ihre Selbstempathie und Selbstwahrnehmung angesprochen, können sie jedoch oftmals nicht erläutern, wie es ihnen gerade körperlich oder seelisch geht und welche Gefühle sie im Moment wahrnehmen. Sie haben sich ganz konzentriert auf das äußere Erleben den Kontakt zu ihrer eigenen körperlichen Wahrnehmung verloren.

Empathie ist nach dem amerikanischen Neurobiologen Rick Hanson *die Grundlage für sinnstiftende Beziehungen durch ein Mitfühlen mit dem anderen* (Esch 2012). Nach Christopher Germer (2012) ermöglichen uns die Spiegelneurone anderen mit Empathie zu begegnen. Diese Nervenzellen sind aktiv, wenn wir eine Handlung planen oder jemand anderes bei der gleichen Handlung beobachten. Sie sind auch in der *Insula* vorhanden, einer Gehirnregion, die für die interne Wahrnehmung zuständig ist, ebenso in der prämotorischen Rinde, die für die Planung von Bewegungen wichtig ist. Möglicherweise sind es die Spiegelneurone dieser beiden Regionen, die uns anhand von Mimik, Gestik und der Körperhaltung des anderen erkennen lassen, was die Mitmenschen fühlen.

Erweitert kann der Begriff der Empathie im Sinne einer ganzheitlichen Wahrnehmung auch auf die Wahrnehmung der eigenen inneren Emotionen ausgedehnt werden. Sie scheint eine gemeinsame neurologische Basis mit der Wahrnehmung des anderen (Germer 2012) in der *Inselrinde* zu haben. Die *Insula* „horcht“ förmlich in den Körper hinein, wie es ihm geht (Hanson 2015). Das bedeutet, dass Menschen mit anderen fühlen können und auch mit sich selbst, wenn die „Antennen“ für diese Wahrnehmung auch nach innen empfangsbereit sind.

Pflegende können, nachdem sie z.B. den Schmerz von einem Patienten empathisch erspüren, ihm altruistisch mit menschlicher Wärme und professionellem Handeln begegnen und ihn

begleiten. Ihr eigenes seelisches und körperliches Ausbrennen können sie dabei jedoch oftmals nicht rechtzeitig wahrnehmen und sich selbst kaum mit dem wärmenden Mitgefühl begleiten, das vor der eigenen körperlichen und seelischen Überlastung schützen kann.

Empathie als Stressverstärker?

Ergebnisse der modernen Gehirnforschung

In der modernen Gehirnforschung (vgl. Singer T. et al. 2013) wurde nachgewiesen, dass die affektive Dimension einer Schmerzempfindung im Gehirn bei selbst erlebtem und bei nachempfundenem Schmerz die gleiche ist. Das wiederum bedeutet für die Pflegenden, dass sie durch ihre Empathie und ihr Mitempfinden bei der Begleitung von kranken und leidenden Menschen auch selbst mitleiden und die gleichen Hirnareale aktiviert werden. Als Gegenwehr auf die emotionale Überforderung reagieren gerade eigentlich sehr empathische und mitfühlende Menschen auf Dauer mit Distanzierung durch Zynismus, Gereiztheit etc., womit sie das eigene Herz-Kreislaufsystem selbst belasten und zum Burnout neigen.

Mitgefühl statt Mitleid

Diesem Burnout lässt sich wirkungsvoll entgegenwirken, indem versucht wird, andere, positiv für den Beteiligten wirkende neurologische Prozesse im Gehirn hervorzurufen.

Auslöser hierfür sind die drei Mitgefühlzustände

- liebende Güte,
 - Mitgefühl für Leid und
 - das nichtreferenzielle Mitgefühl,
- die an die Stelle des empathischen Mitleidens treten und mit Hilfe der Meditation geübt werden können. Mitgefühl ist hierbei nicht Mitleid im Sinne von: „Das tut mir aber Leid!“, sondern es ruft in demjenigen, der Mitgefühl dem anderen entgegen bringt, selbst positive Gefühle wie Optimismus, Freude und Glück hervor. Neurologische Forschungsarbeiten (vgl. Singer T. et al. 2013) lieferten das Ergebnis, dass das Gehirn die Fähigkeit besitzt, aktiv von dem stressreichen Vorgang des empathischen Mitleidens zu den drei o.g. Mitgefühlzuständen umzuschalten. Mit Hilfe der Real-Time fMRI, die eine Visualisierung der Hirnaktivität ermöglicht, konnten die Wis-

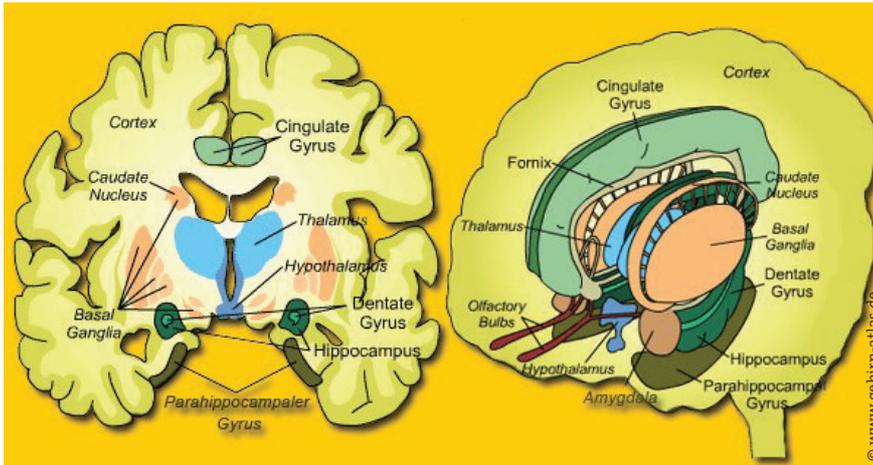


Abbildung 1: Das limbische System im Gehirn (Verarbeitung von Emotionen)

senschaftler beobachten, dass sich der Zustand des nichtreferenziellen Mitgefühls stark von der Empathie für das Leid anderer unterschied. Weitere Arbeiten, die Hirnmessungen vor und nach dem Mitgefühlstraining untersuchten, zeigten, dass ein anderes Hirnnetzwerk für das Mitgefühl aktiviert wird (im medialen orbitofrontalen Kortex, im ventralen Striatum und im prägenualen anterioren Gyrus cinguli s. Abb. 1). Diese Regionen bilden gemeinsam ein Netzwerk, das mit positiven Emotionen, Zugehörigkeit und Liebe sowie Belohnung in Verbindung gebracht wird (vgl. Singer et al. 2013). „Während die empathische Resonanz zum Burnout führen kann, eignet sich das Mitgefühl offenbar als trainierbare Strategie, um die Prosozialität zu erhöhen und negative Erfahrungen durch Resilienzstärkung zu überwinden.“ (Klimecki 2013, S. 295).

Mindful Self-Compassion – Achtsamkeitsbasiertes Selbst-Mitgefühl

Freundlich zu sich selbst sein

Hier beginnt nun der Ansatz einer 2.500 Jahre alten Strategie zum Selbstmitgefühl und zur Selbstfreundlichkeit, der Metta-Meditation, die Basis zum Selbstmitgefühlsprogramm. Metta bedeutet Liebe. In einer Lehrrede des Buddha wird Metta als vergleichbar mit der Liebe einer Mutter zu ihrem Kind beschrieben. Das Ziel ist hierbei, diese Haltung der liebenden Güte zu sich selbst und allen fühlenden Wesen auszuweiten. Die Psychologen Dr. Kristin Neff (University of Texas, US) und Dr. Christopher Germer (Harvard University & Institute of Meditation) haben hierzu mit Hilfe der neuro-

biologischen Forschungsergebnisse das Mindful-Self-Compassion-Programm erarbeitet. Selbstmitgefühl kann jeder lernen, und es muss ihm nicht peinlich sein, sich selbst nett zu finden.

Ihre Forschungen haben gezeigt, dass Selbstmitgefühl inneres Glück und Zufriedenheit fördert und dass es Stress, Angstgefühle und depressive Stimmungen vermindert.

Nach Kristin Neff (2015) beinhaltet Selbstmitgefühl drei Elemente:

- Achtsamkeit, um uns der schmerzvollen Emotion zuwenden zu können,
- Selbstfreundlichkeit als Antwort auf unser eigenes Leiden und
- das Gefühl unserer gemeinsamen Menschlichkeit.

Achtsamkeit

Achtsamkeit beinhaltet die Wahrnehmung ohne Bewertung z.B. von Symptomen der eigenen Überforderungen wie Müdigkeit, schlechter Laune, dem Gedankenkreisen und den darin verborgenen Selbstvorwürfen und selbstkritischen Gedanken. Indem diese Gedanken nicht bewertet werden, helfen sie uns, uns diesen Emotionen mit einer freundlichen und liebevollen Haltung zuzuwenden, ohne sie aktiv verändern zu wollen.

David Creswell und Kollegen (Germer 2012) der University of California untersuchten mit Hilfe der fMRT, auf welche Weise das Benennen von Gefühlen den Geist beruhigt. Sie entdeckten, dass die Amygdala, die Gehirnregion, die in Gefahrensituationen Alarm auslöst, dabei weniger aktiv war, wenn z.B. zu einem wütenden oder freundlichen Gesicht ein Gefühl statt ein Name zugeordnet war. „Der Patient Herr Meier nervt!“ triggert das Bedrohungssystem, die Amygdala,

und die darauf folgende reaktive Stresshormonausschüttung, während das leise Benennen mit dem Wort „Ärger“ emotionalen Abstand von der herausfordernden Situation schafft, indem Teile des präfrontalen Kortex aktiver werden und die Aktivität der Amygdala (s. Abb. 1) gedämpft wird.

Konkret kann das so aussehen: Anstelle einer bewertenden Selbstbeobachtung wie „Verflixt, der Rücken schmerzt schon wieder!“ kann diese Wahrnehmung nur mit den Wörtern „Schmerz“, „Druck“ oder „Ziehen“ benannt werden. So kann das Gehirn lernen, belastende Situation im Körper durch die differenzierte Wahrnehmung der Körperempfindungen, der begleitenden Gedanken und der blitzartig auftauchenden Gefühle wahrzunehmen. Ohne die negative Bewertung „Verflixt“ und „Schon wieder“ wird der stressauslösende Bedrohungsmodus vermieden.

Eine reine Beobachtung wertet nämlich nicht, aber sobald der Bewertungsfaktor hinzukommt, verwechselt unser Gehirn die eigenen Bewertungen mit einer realen Situation – der Stressmechanismus kommt in Gang. Adrenalin fördert hierbei zusätzlich den stressauslösenden Vorgang. Um nicht in den Bewertungsmodus zu gelangen, braucht es einen Moment des Innehaltens. Das kann zum Beispiel ein Durchatmen sein, bevor man in eine Reaktion geht. Dieses Innehalten erlernt das Gehirn in der Meditation. Auch wenn es beunruhigend erscheint – der erste Schritt in die Gelassenheit und Selbstfreundlichkeit ist das Annehmen von Ängsten und Schmerzen in Achtsamkeit durch das nicht wertende Benennen.

Selbstfreundlichkeit

Das nächste Element ist die Selbstfreundlichkeit im Gegensatz zur Selbstverurteilung als emotionale Antwort auf eigenes Leid. Oftmals gehen wir nämlich mit uns selbst kritischer um, als andere Menschen es mit uns tun.

Selbstfreundlichkeit beinhaltet eine Fürsorge für sich selbst – statt immer nur kritisch mit sich umzugehen. Nicht nur Freundlichkeit und Ermutigung durch andere ist in belastenden Situationen eine Wohltat für unsere Seele. Wir können auch uns selbst beruhigen, und warum sich diese Zuwendung und Freundlichkeit nicht selbst geben? Viele unserer Emotionen und physiologischer Vorgänge werden durch das vegetative Nervensystem gesteuert.



Foto: Floydine/Fotolia

ausgeschüttet, wenn wir selbst freundliche Gefühle hegen ... Außerdem gibt es ein Hormon namens Oxytocin, das mit Sicherheitsgefühlen und Verbundenheit in Zusammenhang steht.“ (Gilbert & Choden 2014, S. 121). Oxytocin, das Bindungshormon, kann somit jene Gefühle verstärken, die von der Vorstellung ausgelöst werden, dass einem von sich selbst oder einer anderen Person Mitgefühl entgegengebracht wird.

Gefühl hin zu unserem gemeinschaftlichen Menschsein

Das weitere Element im Selbstmitgefühl ist unser gemeinsames „Menschsein“ im Gegensatz zur oft gewählten Selbstisolation in schwierigen Situationen. Dieses gemeinsame

Das System besteht aus zwei Untersystemen dem Sympathikus, der in Momenten der Aufregung dominiert, und dem Parasympathikus, der in Ruhe die Steuerung übernimmt. Dies geschieht für uns unwillkürlich. Doch lässt sich das „Kräfte-Verhältnis“ von Sympathikus und Parasympathikus beeinflussen: Selbstfreundlichkeit besänftigt den Sympathikus (Bedrohung) und aktiviert den Vagusnerv, der ein Bestandteil des Parasympathikus-Systems ist. Beim Einatmen schlägt das Herz oftmals schneller als beim Ausatmen. Durch tiefes und langsames Ausatmen werden wir ruhiger, die Herzfrequenz wird niedriger, während der Vagusnerv aktiviert wird. Vagotonie bezeichnet einen Zustand des vegetativen Nervensystems, bei dem das Gleichgewicht zwischen Sympathikus und Parasympathikus in Richtung des Parasympathikus verschoben ist.

Nach Gilbert und Choden (2014) können wir eine erhöhte Vagus-Aktivität mit Hilfe des Benennens von positiven, fürsorglichen und unterstützenden Worten über das bewusste positive Denken unterstützen: „(...) Das weist darauf hin, dass es bereits genügt, sich Mitgefühl und Freundlichkeit vorzustellen, um das Bindungs- und Beruhigungssystem (Parasympathikus) zu aktivieren“ (Gilbert & Choden 2014, S. 120). „Die sogenannten Endorphine, Hormone, die mit innerer Ruhe und Wohlbefinden in Zusammenhang stehen, werden auch

Gefühl „Wir sind doch alle nur Menschen“ können wir erkennen, indem wir wahrnehmen, dass es alle erleben, Fehler zu machen, bei Herausforderungen im Leben zu scheitern und täglich Leid zu sehen. Der Einzelne muss sich deshalb nicht minderwertig fühlen, auch wenn ihm dies sein innerer Kritiker suggerieren möchte. Im Gegenteil ist es vollkommen in Ordnung und normal, dass wir selbst unvollkommen sind und unser Leben unvollkommen ist. Wenn wir uns daran erinnern, dann können wir uns mit anderen Menschen verbunden fühlen und sind nicht so isoliert (Gilbert & Choden 2014).

Die drei beschriebenen Haltungen Achtsamkeit, Selbstfreundlichkeit und das Gefühl der gemeinsamen Menschlichkeit zu kultivieren, geschieht durch die Übungen im Mindful-Self-Compassion-Programm. Der erste Schritt hierzu ist, die Selbstwahrnehmung durch das Achtsamkeitstraining zu üben. Das Gehirn lernt somit, die vielen ungefilterten Eindrücke, Stressoren und die hierbei ausgelösten körperlichen und psychischen Reaktionen mit Hilfe des Aufmerksamkeitstrainings wahrzunehmen, ohne sie zu bewerten. Emotionale Anforderungen, beispielsweise starke Schmerzáußerungen eines Patienten, verbale Attacken oder ungeduldige Menschen können den Bedrohungsmodus auslösen. Nun gelingt es, inne zu halten und die stressauslösenden Faktoren sensibel

und aufmerksam zu beobachten. Anstatt sofort im Autopilotmodus zu reagieren, kann man sich nun selbst mit Mitgefühl und Freundlichkeit begegnen, annehmen und trösten.

Die Praxis der liebenden Güte – eine Übung nach Germer und Brähler

Bitte nehmen Sie sich 20 Minuten Zeit, in denen Sie sich selbst liebevolle Aufmerksamkeit schenken. Setzen Sie sich bequem hin (einigermaßen aufrecht und entspannt). Schließen Sie die Augen und lenken Sie die Aufmerksamkeit in den Herzbereich. Vielleicht legen Sie eine Hand für einen Moment leicht auf die Herzgegend. Atmen Sie einige Male tief ein, um ganz im Moment anzukommen.

Spüren Sie, wie der Atem durch den Körper strömt. Wenn Ihre Gedanken abschweifen, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit einfach wieder auf die Bewegung, die der Atem in Ihrem Körper auslöst.

Vielleicht spüren Sie Körperbereiche, die leicht angespannt sind wie der Nackenbereich, der Bauch oder die Stirn.

Vielleicht gibt es schwierige Gefühle, die Sie beschäftigen. Im Körper eines jeden Menschen kommen während des ganzen Tages Stress und Anspannungen zum Ausdruck.

Vielleicht können Sie sich den schwierigen Empfindungen im Körper so zuwenden, wie Sie es einem geliebten Kind oder anderem geliebten Wesen z.B. auch einem Haustier gegenüber tun würden, mit Neugier und Zärtlichkeit.

Gehen Sie liebevoll und wohlwollend mit sich um: Wenn jetzt gerade schwierige Empfindungen und Gefühle im Körper spürbar sind, so wie dies bei jedem Menschen der Fall ist, wiederholen Sie langsam und liebevoll die an Sie selbst gerichteten Sätze der liebevollen Güte z.B.:

- Möge ich sicher sein
- Möge ich glücklich sein
- Möge ich gesund sein
- Möge ich mit Leichtigkeit leben

Gerne können Sie auch eigene Sätze der Selbstfreundlichkeit auswählen und diese liebevoll wiederholen. Spüren Sie den Sätzen nach, und wenn Sie wollen, können Sie auch nur ein einzelnes Wort wie „sicher“ ... „sicher“ oder „glücklich“, „glücklich“ wiederholen, um die Bedeutung zu verinnerlichen.

Wenn Sie bemerken, dass Ihre Gedanken abschweifen, kehren Sie einfach wieder zu den Körperempfindungen

und den Sätzen der liebevollen Güte zurück. Lassen Sie sich Zeit. Strengen Sie sich bei dieser Übung nicht an. Sie sind eingeladen, bei sich selbst zu sein, als würden Sie bei einem guten Freund sitzen, der sich nicht wohlfühlt und ihm Mitgefühl entgegen bringen. Sie können einfach für sich selber da sein.

Atmen Sie zum Schluss einige Male tief ein und aus und öffnen Sie nun langsam die Augen.

Das Acht-Wochen-Programm

Das achtwöchige MSC-Programm umfasst das Kennenlernen und Üben von Mitgefühl für sich selber, für eigene schwierige Situationen, in denen man sich vielleicht gerade befindet, für einen anderen geliebten Menschen, für Menschen, die vielleicht derzeit „schwierig“ sind und für alle Wesen auf der Welt.

Germer (2012) beschreibt die vier Schritte, wie in diesem Mitgefühlstraining den schmerz- und leidvollen Situationen begegnet wird.

- Der erste Schritt ist es, den Schmerz achtsam wahrzunehmen, zu beobachten und zu fühlen.
- Der zweite Schritt umfasst die Übung, den Schmerz, ohne ihn zu bewerten, zu akzeptieren und anzuerkennen.
- Der dritte Schritt ist nun mit Achtsamkeit den Schmerz zu umfassen und mitfühlend auf ihn zu antworten.
- Und der abschließende vierte Schritt hilft nun, intelligent mit den wahrgenommenen Schwierigkeiten umzugehen, weil Sie sich durch Ihre mitfühlende Haltung in einem Zustand befinden, der Ihnen erlaubt, mit den verzwicktesten Problemen fertig zu werden.

Literaturempfehlungen:

Kristin Neff: Selbstmitgefühl – Schritt für Schritt. Buch mit Übungsprogramm auf 4 CDs. Verlag Arbor, Freiburg.
Christine Brähler (2015) Selbstmitgefühl entwickeln – Liebevoller werden mit sich selbst. Verlag Scorpio, München.
Christopher Germer (2011) Der achtsame Weg zur Selbstliebe – Wie man sich von destruktiven Gedanken und Gefühlen befreit. Verlag Arbor, Freiburg.
Gilman S. & de Lestrade T. (2016) Die Revolution der Selbstlosen. Ein Film mit Matthieu Ricard. Mindjazz Pictures, Köln

Sich selber zum Üben einladen

Nach Germer (2012) findet die Praxis der liebenden Güte im Alltag statt und nicht nur auf dem Kissen oder der Couch, denn nicht jeder hat Zeit für eine formale Sitz-Meditation. Er rät, so oft wie möglich während des Alltags informelle Übungen zu praktizieren wie z.B. sich auf das Positive im Leben zu konzentrieren oder sich ganz bewusst Zeit für Momente der Entschleunigung zu nehmen. Denn jeder einzelne Augenblick des positiven Denkens ist ein Training für das Gehirn, das aus allem, was es tut, Gewohnheiten entwickelt. Eine dieser Gewohnheiten könnte sein, dass Sie sich selbst freundlich zu den Übungen einladen. Ein „Ich muss üben!“ ist wieder eine Form der Bewertung, die das Bedrohungssystem aktivieren könnte und somit eher stresst als beruhigt. Lassen Sie positives Denken zu, probieren Sie es einfach aus.

Die eingangs beschriebene Situation von Miriam N. ist geprägt von Stress und Belastungen, die sie in sich spürt. Diese Belastungen könnte sie selber durch die Kultivierung ihres Selbstmitgefühls

weicher werden lassen und so Raum schaffen, ihre Lösungen für die belastenden Situationen zu finden.

In den Ausbildungen als auch in den Fort- und Weiterbildungen von Pflegeberufen sollten daher Angebote wie MSC oder andere achtsamkeitsbasierte Programme wie das MBSR (Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Programm) hin zur Kultivierung von Mitgefühl und Selbstfreundlichkeit verankert sein, um das emotionale Wohlbefinden von Pflegenden zu unterstützen und so die Resilienz zu fördern. <<



Literatur

Brähler C. (2014) Achtsames Selbstmitgefühl -Arbeitsbuch Acht-Wochen-Kurs Mindful Self-Compassion (MSC). Genehmigung erhalten

Esch T. (2012) Die Neurobiologie des Glücks. Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert. Thieme, Stuttgart.

Germer C. (2012) Der achtsame Weg zur Selbstliebe. Wie man sich von destruktiven Gedanken und Gefühlen befreit. 3. Aufl. Arbor, Freiburg im Breisgau.

Gilbert P. & Choden (2014), Achtsames Mitgefühl. Ein kraftvoller Weg, das Leben zu verwandeln. Arbor, Freiburg im Breisgau.

Halifax J. (2013) Mitgefühl im klinischen Umfeld verstehen und kultivieren. Das A.B.I.D.E. Compassion- Modell. In: Singer T. und Bolz M. (2013) Mitgefühl in Alltag und Forschung. <http://www.compassion-training.org/de/online/files/assets/basic-html/index.html#>, Zugriff am 30. Mai 2016.

Hanson R. (2015) Denken wie ein Buddha – Gelassenheit und innere Stärke durch Achtsamkeit. 2. Aufl., Irsiana, München.

Neff K. (2015) Selbstmitgefühl Schritt für Schritt. Arbor, Freiburg im Breisgau.

Singer T. et al. (2013) Empathie versus Mitgefühl. In: Singer T. und Bolz M. (2013) Mitgefühl in Alltag und Forschung. <http://www.compassion-training.org/de/online/files/assets/basic-html/index.html>, Zugriff am 30. Mai 2016.

Straßmann, B. (2014) „Pflegekräfte: Schluss mit Schwester!“. Die Zeit 12/2014, <http://www.zeit.de/2014/12/kopfgeld-pflegeperso-nal-klinik>, Zugriff am 30. Mai 2016.

Zusammenfassung

Anspannungen und Belastungen im Pflegeberuf können dazu führen, dass der Einzelne an sich selbst zweifelt oder anderen die Verantwortung gibt. Beides kann dazu führen, dass das innere Bedrohungssystem mit Stress reagiert. Pflegenden verfügen über eine hohe Empathiefähigkeit hin zum Patienten. Mitleid mit den und Einfühlung in die Emotionen anderer verstärkt die Anspannungen. Leider werden beide Stressfaktoren durch mangelnde Eigen-Empathie oft kaum wahrgenommen. Um diese stressbedingten Belastungen selbst zu bewältigen, kann der Einzelne mit Hilfe des wissenschaftlich erforschten, achtsamkeitsbasierten Mindful-Self-Compassion-Programms in den selbstfreundlichen und fürsorglichen Modus des Mitgefühls gehen und so emotionales Wohlbefinden erlangen.

Schlüsselwörter: Empathie, Mitgefühl, Meditation

Autorenkontakt:

Petra Zöllner ist zertifizierte MBSR-Lehrerin, Coach, Lehrerin für Pflegeberufe, Kunst- und Gesprächstherapeutin, freiberufliche Trainerin
Kontakt: Petra_Zoellner@gmx.de

> Empathie in der Pflege

Sich in andere und sich selbst einfühlen

ANDREAS KOCKS & KAROLINE KASCHULL

Ohne Empathie ist Gesundheitsversorgung nur schwer vorstellbar. Sie ist eine wichtige Voraussetzung für den Pflegeberuf. Doch wenn aus „Mitgefühl“ „Mitleid“ wird, kann sie auch für die Pflegenden selbst belastend sein. Im Rahmen des Forschungsprojekts empCare sollen Pflegendе durch Coachings in reflektierter Empathie geschult werden, um psychischen Belastungen vorzubeugen.

*„Empathie ist die Seele des Gesprächs“
(Gerd B. Achenbach 2005)*

Werden Menschen außerhalb einer Gesundheitseinrichtung befragt, was sie mit dem Pflegeberuf assoziieren, geben sie neben der pflegerischen Sorgearbeit insbesondere Aspekte der Zuwendung, des Mitgefühls und der Empathie an (Bramley & Matiti 2014). Ein Blick in die vielen Krankenhausserien im Fernsehen bestätigt dieses Bild. Pflegendе

und Ärzte wenden sich mit viel Zeit und Aufmerksamkeit neben den gesundheitlichen Belangen auch den Ängsten, Nöten und Hoffnungen der Patienten und der Angehörigen zu. Sie setzen sich, hören zu, bringen Kaffee, spenden Trost oder ermutigen. Für viele Pflegendе entspricht dieses Bild auch den Qualitätsansprüchen an die eigene Arbeit – gerade

die intensive Zuwendung, die Arbeit an und mit Menschen wird von Pflegenden oftmals als ein entscheidender Grund für die Berufswahl angegeben.

Ein Blick in die Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens zeigt aber, wie herausfordernd es unter den gegebenen Umständen der Leistungsverdichtung und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels sein kann, diesem Anspruch gerecht zu werden. Um sich in die Situationen und Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen einfühlen zu können, sind Raum, Zeit und eine Form der Selbstreflektion nötig. Intensive Leidenerfahrungen, wie sie im Gesundheitswesen häufig sind, können bei Pflegenden zu großen Belastungen führen – bis hin zu Burnout oder dem Wunsch, den Beruf zu verlassen (Dichter 2010).

Foto: Katarzyna Bialasiewicz / Fotolia



Interessanterweise gehört Empathie trotzdem nicht zu den Themen, die in pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen vermittelt und trainiert werden (Henderson 2001). Dabei haben Empathie und Mitgefühl eine große Bedeutung für die Gesundheit, Gesunderhaltung und das Wohlbefinden der Patienten, Bewohner, Angehörigen, Kollegen und auch der Pflegenden. Wie im gesellschaftlichen Leben prägt Empathie den Zusammenhalt und die gegenseitige Unterstützung einer Gemeinschaft. Im positiven Fall kann dies als gute Qualität einer Einrichtung empfunden werden. Empathie kann aber auch, wenn sie falsch gelebt wird, die größte Quelle für emotionale Belastungen im Berufsalltag darstellen.

Der Pflegeberuf ist von hohen emotionalen Anforderungen geprägt, die aus einer gesellschaftlichen Erwartung und insbesondere der häufigen und intensiven Nähe zu Patienten und Angehörigen heraus entstehen. Im Pflegealltag in Kliniken, Altenheimen und in der häuslichen Pflege ist keine andere Berufsgruppe mit einer solchen Kontinuität vergleichbar dicht am Patienten. Sei es im Nachtdienst, bei der morgendlichen Waschhilfe am Waschbecken oder in der Ambulanz – Pflegenden sind vielfach die ersten und nicht selten auch die einzigen Ansprechpartner. Und oft sind sie die einzigen Menschen, mit denen manche Situationen erlebt werden: Dies kann von der Unzufriedenheit mit dem Kopfkissen, über weinende Angehörige, bis zur Angst vor dem Tod reichen. Pflegenden nehmen eine Schlüsselfunktion ein, der sie sich nicht entziehen können. Leid, Hoffnungen, Enttäuschungen oder Glück werden von Pflegenden direkt und unmittelbar täglich miterlebt. Pflegenden agieren immer wieder in emotionalen Ausnahmesituationen. So erleben sie etwa Glücksgefühle bei einer Geburt, die Trauer nach einem Tod, Schuldgefühle bei einem Heimeinzug oder Sorgen in einem Notfallzentrum.

Empathie als Voraussetzung für gute Pflege

Empathie ist eine Grundeigenschaft menschlichen Zusammenlebens. Es geht um Solidarität, Hilfsbereitschaft und gegenseitige Unterstützung. Grundsätzlich kommen Menschen mit der Fähigkeit zur Empathie auf die Welt. Im sozialen Austausch entwickelt sich diese Fähigkeit weiter, und etwa ab dem 14.

Lebensmonat ist bei Kindern Empathie zu beobachten. Sie geht mit der Fähigkeit einher, dass Kinder als Basis der Ich-Andere-Differenzierung in der Lage sind, sich selbst im Spiegel zu erkennen.

Empathie bedeutet, sich in die Welt des anderen hineinzusetzen und sich dessen emotionale Befindlichkeit zu vergegenwärtigen. Was bewegt das Gegenüber, welche Gestik hat jemand, wie spricht oder handelt er? Diese Wahrnehmungen werden mit eigenen Erfahrungen und Gedanken abgeglichen, um so zu einem emotionalen Verständnis der Situation eines anderen zu kommen. Auf Basis dieses emotionalen Verständnisses können sich verschiedene emotionale Qualitäten wie Mitgefühl, Mitleid oder auch Schadenfreude entwickeln. Bei Ärzten, Pflegenden und vielen weiteren sozialen Berufen ist Empathie eine unerlässliche Voraussetzung (Altmann 2015). Empathisches Handeln ist die Basis, um viele Situationen und Reaktionen im Gesundheitswesen verstehen zu können – sie unterstützt die Betroffenen dabei, geeignete Interventionsmöglichkeiten zu finden. Nur wer sich selber gut kennt und empathisch zu sich selber ist, kann empathisch auf Andere zugehen.

Empathie kann auch belasten

Studien legen nahe, dass Empathie neben ihrer wohltuenden Wirkung auch belastend sein kann (Altmann 2015). So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Empathiefähigkeit von Pflegenden und Ärzten mit zunehmender Ausbildung und Berufstätigkeit abnehmen kann, möglicherweise infolge professioneller Distanz zur Arbeit (Ahrweiler 2014). Nicht jedes Ereignis im Operationsaal darf die Pflegenden und Ärzte persönlich berühren: Dies würde zu einer Handlungsunfähigkeit der gesamten Abteilung führen. Damit aus Empathie nicht eine Belastung im Sinne von „Mitleid“ wird, gilt es, sich zu vergegenwärtigen, was die eigenen Gefühle und was die Situation und vermeintlichen Gefühle des anderen sind (Reniers et al. 2014). Diese Unterscheidung hält die mitfühlende Person in ihrer Handlungsfähigkeit. Neurowissenschaftlich wird dies als Ausdruck des Mitgefühls – compassion – und eben nicht des Mitleids beschrieben (Singer & Klimecki 2014).

Unreflektierte Empathie, ein „Zuviel“ oder „Zuwenig“ an Empathie sind eng assoziiert mit klassischen Belastungs-

folgen wie Berufsunzufriedenheit, Depressivität, Burnout, dem Wunsch, den Beruf zu verlassen oder psychosomatischen Symptomen (Bragard et al. 2010, Aström et al. 1991, Altmann 2015). Pflegenden brauchen bewusste Strategien, wie sie mit emotionalen Herausforderungen im Sinne der Achtsamkeit umgehen können. Ein hierbei häufig anzutreffendes Phänomen ist der „emotionale Kurzschluss“ (Altmann 2015, Altmann & Roth 2015). Beispielsweise wenn eine Kollegin von ihren beruflichen und privaten Belastungen erzählt: Dies kann durch eine empathische Übertragung für das Gegenüber zu einer Belastung werden (Altmann & Roth 2015). Eine häufige Strategie, die dabei angewandt wird, ist der Versuch, sich der Situation durch typische Reaktionen verbal zu entziehen wie: „Ach, das wird schon wieder“, „Morgen sieht die Welt wieder anders aus“ oder „Kopf hoch, andere haben schon viel Schlimmeres gemeistert“. Kennzeichnend für eine solche Kommunikation ist, dass sie das Gegenüber nicht zu einer weiteren Öffnung einlädt, sondern viel eher die Kommunikation abbricht.

Empathie drückt sich nicht in Zeit aus

„Die wichtigste Zutat der Empathie ist Präsenz“, schreibt der amerikanische Psychologe Marshall B. Rosenberg in seinem Buch „Gewaltfreie Kommunikation“ (2011). Ein großer Anteil des Mitgefühls wird durch die Kommunikation vermittelt, was sowohl direkte Gespräche als auch nonverbales Verhalten umfasst. Dabei bringen nicht nur große Taten und Worte eine mitfühlende Haltung zum Ausdruck – auch kleine Gesten wie zum Beispiel das Hand-auf-die-Schulter-Legen können helfen. Dies verdeutlicht, dass eine mitfühlende Pflege sich nicht in der Zeit ausdrückt, die Pflegenden den Patienten widmen, sondern vielmehr in der Ausgestaltung der Begegnung. Dieser Aspekt ist insofern wichtig, da er

Weiterführende Informationen

Altmann T., & Roth M. (2014) Mit Empathie arbeiten – gewaltfrei kommunizieren, Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung, Kohlhammer, Stuttgart

Weitere Informationen zum laufenden Forschungsprojekt empCARE finden Sie auf der Homepage www.empcare.de

den Pflegenden bestätigt, dass sie auch in kleinen Begegnungen oder bei der Ausübung von Pflegehandlungen ohne erhöhten Zeitaufwand den Patienten etwas Gutes tun können. „Der Glaube, wir müssten Situationen ‚in Ordnung‘ bringen und dafür sorgen, dass es anderen wieder besser geht, hindert uns daran, präsent zu sein“, schreibt Rosenberg.

Selbstpflege nicht vergessen

Pflegende sind Experten in der Sorge um andere. Was dabei aber leider häufig übersehen wird, ist das Selbst, die eigene Person (Abt-Zegelin & Kocks 2013). Wann waren Sie das letzte Mal empathisch zu sich selbst, wann haben Sie sich selber mal etwas Gutes getan? Es ist gar nicht so leicht, sich selbst im Blick zu haben, sich selbst zu pflegen oder sogar vielleicht zu lieben. Dieser sorgsame Umgang mit sich selbst ist aber die Basis des beruflichen Handelns für soziale Berufe auch und gerade im emphatischen Umgang mit anderen. Jeder sollte sich diese Zeit und Zuwendung gönnen.

Forschungsprojekt empCARE

Im Rahmen des Forschungsprogramms „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“ des Bundesbildungsministeriums (BMBF) wird sich das Verbundprojekt „Pflege für Pflegende: Entwicklung und Verankerung eines empathiebasierten Entlastungskonzepts in der Care-Arbeit“ (empCARE) dem Thema Empathie in der Pflege zuwenden. Neben der Universität-Duisburg Essen als Projektkoordinator (Leitung: Prof. Dr. Marcus Roth, Dr. Tobias Altmann) sind als Projektpartner die Pflegedirektion und das Bildungszentrum des Uniklinikums Köln, die Pflegedirektion des Universitätsklinikums Bonn und DIE MOBILE Intensivpflege Köln GmbH & Co. KG am Verbundprojekt beteiligt.

Langfristig geht es bei dem Projekt um die Problematik des Fachkräftemangels und die hohe Fluktuation im Pflegeberuf. Ein Grund hierfür sind die enormen psychischen Belastungen im Pflegealltag, bedingt durch die Forderung an die Pflegekraft, Patienten effektiv zu versorgen und gleichzeitig für emotionale Belange ansprechbar zu sein. Empathie ist, wie gezeigt, einerseits das wichtigste Instrument für den Umgang mit Patienten und Angehörigen, andererseits

Zusammenfassung

Ohne Empathie ist Gesundheitsversorgung nur schwer vorstellbar. Die Einfühlung in das Gegenüber ist äußerst wichtig, kann aber Pflegende belasten, wenn sie unreflektiert geschieht. In der Ausbildung wird Empathie nur unzureichend vermittelt. Das Forschungsprojekt empCARE nimmt diesen bedeutenden Aspekt beruflicher Pflege durch präventives Training und Coaching in den Blick.

Schlüsselwörter: *Empathie, Mitgefühl, Pflege*

kann Empathie auch eine Quelle für Belastungen sein. Diesen Ansatzpunkt nutzend, besteht das Gesamtziel des Verbundvorhabens in der Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Entlastungskonzepts für Pflegekräfte, in dem emotionale Belastungsfolgen durch frühzeitige Prävention vermieden werden. Das Konzept kombiniert kurz- und langfristiges Coaching zur Kompetenzentwicklung, um den Transfer in die Praxis zu sichern (Altmann 2015, Altmann & Roth 2015). Zudem werden Umsetzungshinweise erstellt, mit denen Institutionen diese Maßnahmen dauerhaft im Sinne förderlicher Arbeitsbedingungen verankern können. Aktuell sind die Trainingsmaßnahmen entwickelt und die zu beteiligenden Abteilungen ausgewählt worden, sodass in den kommenden Monaten die Schulungen und Coachings durchgeführt werden können. Mit ersten Ergebnissen wird im Laufe des nächsten Jahres gerechnet. <<

Reniers R., Völlm B., Elliott R., Corcoran R. (2014) Empathy, ToM, and self-other differentiation: an fMRI study of internal states. *Soc Neurosci* 9, 50-62.

Singer T. & Klimecki O. (2014) Empathy and compassion. *Current Biology* 24, 875-878.

Bragard I., Etienne A., Merckaert I., Libert Y., Razavi D. (2010) Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study. *Journal of Health Psychology* 15, 1075-1081.

Aström S., Nilsson M., Norberg A., Sandman P., Winblad B. (1991) Staff burnout in dementia care – relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies* 28, 65-75.

Altmann T. (2015) Empathie in sozialen und Pflegeberufen. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms. Psychologie in Bildung und Erziehung: vom Wissen zum Handeln. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Altmann T. & Roth M. (2014) Mit Empathie arbeiten – gewaltfrei kommunizieren. Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung. Kohlhammer, Stuttgart.

Rosenberg M. (2012) Gewaltfreie Kommunikation: eine Sprache des Lebens. 10. Auflage, Junfermann Verlag, Paderborn.

Abt-Zegelin A. & Kocks A. (2013) Ich muss selbst leben, was ich weitergeben soll. Die Schwester – Der Pfleger 52, 92-95.



Literatur

Bramley L. & Matiti M. (2014) How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing* 23, 2790-2799.

Dichter M., Schmidt S., Hasselhorn H. (2010) NEXT-Studie: Burnout von beruflich Pflegenden vor und nach dem Verlassen der Einrichtung. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>, Zugriff am 22. Juni 2016.

Henderson A. (2001) Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* 8, 130-138.

Ahrweiler F., Scheffer C., Roling G., Goldblatt H., Hahn E., Neumann M. (2014) Clinical practice and self-awareness as determinants of empathy in undergraduate education: A qualitative short survey at three medical schools in Germany. *German Medical Science (GMS) Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31, Dokument 46.

Autorenkontakt:

Andreas Kocks, Pädagogischer gelernter Krankenpfleger, der als Pflegewissenschaftler am Universitätsklinikum Bonn arbeitet, Sprecher des Netzwerkes Pflegeforschung an Universitätsklinikum des VPU, Mitglied im Verein für Patienten- und Familienbildung und Mitentwickler der „Wittener Werkzeuge“, Leiter des Teilprojekts empCARE am Standort Universitätsklinik Bonn.
Kontakt: andreas.kocks@ukb.uni-bonn.de

Karoline Kaschull, Diplom Psychologin, Leitung der Personalentwicklung am Universitätsklinikum Bonn, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt empCARE.

> Humor in der Pflege

Darf Pflegen Spaß machen?

UDO BERENBRINKER & JENNY KARPAWITZ

Immer flexibel sein, sensibel, empathisch, hilfsbereit, kompetent? Können wir das leisten? Was ist, wenn etwas nicht so läuft, wie wir wollen – oder müssen? Kann Scheitern auch spannend sein? Wenn es gelingt, in der Kommunikation neue Ansätze zu finden, dann gelingt auch der Humor in der Pflege. Dies schafft Verständnis und Respekt für einander, baut Freundschaften auf, entlädt Spannungen und hilft bei der Bewältigung von Krisen.



Foto: Kzenony/Fotolia

Die Pflegewissenschaftlerin Robinson schreibt, das Ziel sei, Humor als warmen und fürsorglichen Umgang wahrzunehmen, als „lachen mit“ und nicht als „lachen über“.

Dahinter verbergen sich gleich zwei Fragen: „Darf Pflegen Spaß machen?“ und „Darf Gepflegt-Werden Spaß machen?“. Mit diesen Fragen wollen wir uns in diesem Kurzartikel auf die Suche nach dem Humor im Pflege- und Gesundheitswesen machen. Am Schluss dieser Reise sollte klar geworden sein, was Humor ist, welche Effekte er hat und wie dies im Pflege- und Gesundheitswesen zum Nutzen und zum Spaß für alle Beteiligten angewendet werden kann.

Um es vorweg zu sagen: Wir sind der Meinung, dass Pflege für Klienten auch ein Quäntchen Spaß beinhalten sollte. Schmerz, Leid und Schwermut gibt es zur Genüge. Und ja, wir sind auch der Meinung, dass die Pflege ebenso den Pflegenden Spaß machen sollte. Dies ist kein Credo an eine Spaßgesellschaft. Es

ist die Hoffnung, dass sowohl Pflegenden als auch Pflegeempfänger neben all der notwendigen Ernsthaftigkeit den Nutzen einer gut dosierten Prise Fröhlichkeit schätzen und einzusetzen lernen. Auch wenn es in diesem Artikel nicht nur um Pflegenden geht, liegt dennoch der Schwerpunkt auf der Frage, wie Humor von Pflegenden eingesetzt werden kann. Auch werden wir humorvolle Projekte und Ideen vorstellen, deren Initiatoren nicht Pflegenden sind. Hier geht es um die Kombination aus Clown, humorvollen Mitarbeitern und Führungskräften sowie einem heiteren Kommunikationsstil, die die Wirkung der Gesundheitsfürsorge positiv unterstützen. Solche Humorprojekte können einen großen Einfluss auf die Befindlichkeit von allen an der Pflege Beteiligten haben und sind deshalb von großer Bedeutung. Wir sind der Überzeugung, dass der Pflegeberuf dann – trotz aller Widrigkeiten und enormer Bürokratie – (wieder) attraktiv werden kann.

Humor kann man lernen

Bevor wir uns der praktischen Umsetzung des Humors zuwenden, ist es kurz nötig, Humor zu definieren. In der Fachliteratur wie auch bei den Praktizierenden gibt es seit Jahren Unsicherheit, was Humor eigentlich ist. Zunächst ist es wichtig, die Unterscheidung zwischen Humor und Lachen zu treffen, um eine Abgrenzung der beiden Begriffe voneinander zu ermöglichen. Bei vielen Anwendern – gerade auch bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen – wird beides einfach gleichgesetzt. Daraus resultiert die weit verbreitete Meinung, Humor habe man oder habe man nicht, als wäre er eine natürliche Anlage, die der Mensch mit den Genen erbt, und Humor sei angesichts von Krankheit und Leid ausgeschlossen.

In der Fachliteratur wird Humor heute definiert als eine Geisteshaltung, die erlernt werden kann. Dies löst in der Regel bei dem, der Humor einsetzt, den Energiezustand der Freude aus und beim Adressaten das Lachen als natürliche Folge.

Wir können also folgern:

- Humor: Geisteshaltung, innere Einstellung, Lernsystem
- Freude: Gefühl und energetischer Zustand im Körper
- Lachen: natürliche Reaktion des Körpers als Reaktion auf Humor

Es gibt umfassende Literatur zur Geschichte wie auch zu den verschiedenen Theorien des Humors. Diese Phänomene reichen von der anthropologischen Theorie über die psychologische Perspektive und die Spieltheorie bis hin zur Entlastungstheorie sowie biologische und instinktbezogene Theorien. All diese Theorien beschreiben die menschliche Eigenschaft von Humor aus ihrer jeweiligen Perspektive, können aber

das Phänomen selbst nicht ausreichend erklären. Für unseren Zusammenhang reicht die Erklärung, die bereits die Ärzte im Mittelalter nutzten: Das Wort Humor aus dem Lateinischen bedeutet Feuchtigkeit. Es bezeichnet den ausgehenden Fluss der (Körper-)Säfte. Auch heute wollen wir mit Humor etwas in Fluss und in Bewegung bringen. Eine ausführlichere Erklärung liefert die Forschungsarbeit der Pionierin des „Therapeutischen Humors“ – Prof. Dr. Vera M. Robinson (2002).

„Wenn wir uns die Eigenschaften einer humorvollen Kommunikation anschauen, finden wir Begriffe wie Heiterkeit, Menschlichkeit, Offenheit und unerwartetes Tun. Und dies alles ist weder Hokuspokus noch ererbte Fähigkeit, ganz im Gegenteil: Pflegende – und natürlich Jedermann und -frau können den unernsten Umgang erlernen. Lachen und Freude werden durch die Intervention Humor ausgelöst.“

Was Hänchen lernen kann, kann auch Hans noch lernen

Die gute Nachricht: Humor als Lern- und Denksystem ist trainierbar. Erst mit ca. drei Jahren entwickelt ein Kind die Fä-

higkeit für Humor. Nämlich dann, wenn es in der Lage ist, sich die Welt von außen betrachtet anzueignen. Humorvolle Reaktionen sind erst möglich, wenn sich eine gewisse Ich-Fähigkeit entwickelt hat. Der kindliche Spaß ist sicher ein anderer als der eines Erwachsenen, aber wenn Kinder Humor erlernen können, dann sollte das Erwachsenen auch gelingen.

Leider gibt es auch eine schlechte Nachricht: Humor muss wie ein Muskel tagtäglich trainiert werden, um dem Hirn- und Denksystem diese Perspektive der Reaktion zu ermöglichen. Auch gute Comedians trainieren jeden Tag ihre Scherze. Der Humor reagiert wie ein Muskel: Wird er nicht trainiert, dann erschläft er. Der Humor verflüchtigt sich oder schläft ganz ein. Dann kommt es schnell zu der Schlussfolgerung: „Ich habe keinen Humor!“ Dabei haben Sie einfach nur nicht geübt!

Unsere Umgebung und Sozialisation fordert uns selten auf, Witz zu erlernen, so wie wir Schreiben, Rechnen und Lesen gelernt haben. Humorvolle Kommunikation gehört zu den Grundfertigkeiten, oder in der Business-Sprache ausgedrückt, zu den Soft-Skills. In anderen Kulturen werden Sie deshalb

bei Einstellungsgesprächen auf Ihre Humorfähigkeit getestet. Dies ist in den USA und Japan für eine mittlere Führungsposition in der Wirtschaft und im Gesundheitsbereich üblich.

Den eigenen Stil finden

Wenn Pflegende sich Humor als ein Mittel der Kommunikation aneignen wollen, ist es zunächst gut zu wissen, welcher Stil angewendet werden soll oder besser: Wie sieht der eigene Humorstil aus? Denn es gibt zwei grundlegende Unterscheidungen: emotionaler und kognitiver Humor.

Kognitiver Humor

Kognitiver Humor umfasst all die Möglichkeiten, mit der Sprache scharfsinnig umzugehen: Witze erzählen, Schlagfertigkeit und Wortspiele. Schlagfertigkeit und Sprachwitz – angemessen eingesetzt – ermöglichen, in Situationen schnell und direkt zu reagieren. Sei es die Kritik vom Chef, Sticheleien im Betrieb, Seitenhiebe am Arbeitsplatz oder in der Beziehung: Mit humorvoller Spontaneität und einer Prise Sprachwitz entschärfen Sie jede Situation. Angemessen und schnell reagiert, ernten Sie



Humortraining in der Schweiz: So kann Fortbildung auch Spaß machen.

Ideen, um Humor und Freude zu etablieren

- Cartoons, Comics, Pflegecomics sammeln
- Humortagebuch des Teams anlegen (Station, Pflege)
- Witze oder Fotopinnwand einrichten (privat und in der Institution)
- Humorseite in der Hauszeitung
- Humorbibliothek aufbauen
- Humorwagen oder Gelächterwagen anschaffen (mit Comics, Videos, Kassetten, Juxartikeln)
- Humorgruppen mit Patienten aufbauen
- Humorbeauftragten integrieren (in den USA wird diese Position im Gesundheitswesen als Feelgoodmanager bezeichnet)
- Regelmäßige Humorfortbildungen besuchen oder von der Institution organisieren

Bewunderung für Ihre schnelle Auffassungsgabe und Kreativität. Das stärkt Ihr Selbstbewusstsein! Gerade Führungskräfte oder Menschen in sozialen und medizinischen Berufen geraten oft in Situationen, in denen sie schnell reagieren müssen. Das geschieht am besten mit Humor und Witz, denn Lachen entschärft die Situation und verbessert die Stimmung.

Schlagfertige Menschen sind hochkreativ: Sie jonglieren mit Bildern und Vergleichen, beherrschen die Fähigkeit mit Unerwartetem zu verblüffen. Sie arbeiten mit Witzen und Worten und kontern sofort, ohne große Denkpause.

Schlagfertigkeit und Sprachwitz lassen sich trainieren. Das funktioniert wie eine Grammatik, eine neue Sprache, die ein Schüler erlernen kann. Dennoch sind Schlagfertigkeit und eine Portion Sprachwitz weniger eine Frage auswendig gelernter Techniken, sondern Ausdruck einer humorvollen Grundhaltung und einer entsprechenden Denkweise. Sprachwitz und die Technik des kognitiven Humors sind ein gutes Stilmittel, um die Kommunikation zu verbessern und mit Mitarbeitern oder bei der Leitung von Teams einen freundlichen Umgang zu pflegen. Sprachwitz lässt sich allerdings kaum bei Menschen anwenden, die Handicaps des Denksystems aufweisen (Demenz) oder bei Kindern, die noch nicht über die sprachliche Abstraktion verfügen. Bei manchen Patienten gelingt es, durch Schlagfertigkeit oder Witzeerzählen Spannungen durch das Lachen abzubauen.

Emotionaler Humor

Stellen Sie sich vor, Sie müssten gepflegt werden – und Sie hätten die Wahl zwischen zwei Pflegerinnen. Die eine kommuniziert mit wenigen Worten – knapp und

sachlich. Die andere besitzt eine lebendige Körpersprache, erzählt heiter und humorvoll. Beide leisten die gleiche Arbeit. Welche Pflegerin würden Sie wählen?

Im Umfeld der Pflege – vor allem, wenn bereits geistige Defizite auftreten – kann es ratsam sein, sich der Technik des emotionalen Humors zu bedienen. Emotionaler Humor ist ein Begriff aus Theater und Film und beschreibt den Humor, der daraus entsteht, dass „Gefühle übertrieben ausgedrückt“ werden. In diesem Bereich geht es um folgende Arten:

- Emotionen und Körpersprache (Gestik, Stand, Körperhaltung, Kopfhaltung, Sprachmodulation etc., Mimik wird hier nicht hinzugezählt, weil sie eine Sonderstellung hat)
- humorvoller Ausdruck in Mimik und Körper
- bewusste Aktivierung der Freude

Bewusste Aktivierung der Freude heißt: Wenn wir uns an vergangene Situationen erinnern, in denen intensive Gefühle im Spiel waren, durchlebt unser Organismus bei dieser Erinnerung annähernd die gleiche neurobiologische und hormonelle Situation wie damals, d.h. wir erleben durch die Aktivierung des assoziativen Gedächtnis (Erinnerung an den äußeren sinnlichen Rahmen eines Erlebnisses) das damals erlebte Gefühl, als wäre es „jetzt“. Je intensiver wir uns auf die Erinnerung konzentrieren, desto intensiver erleben wir damals gelebte Gefühle (z.B. Freude) im Augenblick.

Grundsätzlich kommen für den emotionalen Humor durchaus clowneske Techniken zum Einsatz wie eine übertriebene Körpersprache, der innere Schalk oder unerwartete Reaktionen oder Handlungen.

Ein Beispiel: Eine Demenzpatientin kommt zur Pflegerin, flüsternd und mit peinlich verzogenem Gesicht: „Ich muss pupsen!“

„Das ist gut! Ich singe dazu ganz laut“, ist die prompte Antwort. Und laut trällernd öffnet sie mit einem Zwinkern das Fenster. Sogar die Patientin beginnt zu lächeln.

Kommunikation findet immer statt, sobald sich Menschen begegnen – über die Körpersprache, über Blicke oder den verbalen Austausch. Es ist nur die Frage, welche Kommunikation uns bereichert, uns nährt und – in bestimmten Situationen wie z. B. Krankheit – die Heilung unterstützt. Warum ist das so? Eine mögliche Erklärung dazu liefert uns die Wissenschaft, und genauer gesagt: Die Entdeckung der Spiegelneuronen.

Spiegelneuronen: Die Wirkung der Freude

Ob wir Handlungen bei anderen beobachten oder sie selbst ausführen: Für unser Gehirn ist dies offenbar ein und dasselbe. Der Grund hierfür sind ganz besondere Nervenzellen im Gehirn, die Spiegelneuronen. Das Besondere an diesen kleinen Genies ist, dass sie für das innere Imitieren fremder Aktionen zuständig zu sein scheinen. Das heißt: Wenn ich einer Person intensiv bei deren Handlungen zuschaue, wirkt dies in meinem Gehirn ähnlich, als würde ich diese Aktionen selbst ausführen. Das Spannende im Hinblick auf den Humor: Dies gilt offenbar auch für Gefühle. Eine Emotion, die mir entgegengebracht wird, entsteht auch in mir. Umgekehrt löst das eigene Gefühl z. B. die Freude – wenn diese echt ist – in meinem Gegenüber ebenfalls Freude aus.

Die Spiegelneuronen wurden von dem italienischen Neurophysiologen Giacomo Rizzolatti und seinen Mitarbeitern 1995 zunächst bei Affen entdeckt. In diesen Untersuchungen fiel auf, dass Neuronen reagierten, wenn der Affe eine zielgerichtete Greifbewegung durchgeführt oder die gleiche Bewegung bei anderen – zumindest anatomisch ähnlichen – lebenden Individuen beobachtet hat. In späteren Untersuchungen stellte sich heraus, dass bei Handlungen mit emotionaler Färbung ebenfalls Spiegelneuronen beteiligt sind und eine wichtige Rolle in sozial kognitiven Aspekten übernehmen. Rizzolatti und sein Forscherteam legten 2002 die Existenz des



Übungen zur Körpersprache: Clowneske Techniken können peinliche oder unangenehme Situationen entschärfen.

Spiegelneuronensystems (Areal BA 44) beim Menschen nahe, welche man mit action recognition (Wiedererkennung von Handlungen) und Imitation in Verbindung brachte. Möglicherweise bildet diese Fähigkeit sogar das Fundament von Mitgefühl, Sprachen und Denken. Spiegelneuronen sitzen, so Keyesers, sowohl im Prämotorischen Kortex, der für Bewegungen zuständig ist, als auch im Insularen Kortex, wo Gefühle wie Freude oder Ekel verarbeitet werden, sowie im Sekundären somatosensorischen Kortex, der Berührungen registriert. Wahrscheinlich sind Spiegelneuronen auch in anderen Hirnregionen zu finden, so der Forscher. Er glaubt, dass Spiegelzellen im Prinzip in der Lage sein könnten, das volle Spektrum von außen betrachteter menschlicher Gefühle im Innern des Beobachters zu imitieren: Freude und Trauer, Furcht und Angst. (Benedikter 2005, S.48).

In diesen neuen Forschungen finden wir die wissenschaftliche Erklärung für die praktische Erfahrung, dass eine

Humoraktion die Heilung unterstützen kann, wenn sie mit einem tiefen Gefühl der Freude verbunden wird. Das Freuen öffnet die Tore zur Lebensenergie. Die Selbstheilungskräfte können in viel stärkerem Maße aktiviert werden. Dieses Wissen um die Freude ist auch für Pflegende selbst wichtig, um ein Gegenmittel gegen Leid und Depression zu entwickeln. Denn so, wie das Glück durch die Spiegelneuronen miterlebt wird, geschieht dies natürlich auch mit anderen Gefühlen. Freude drückt sich in der Mimik und der Körpersprache aus, genauso wie Trauer, Leid oder auch Depression. Das Vertrackte ist, dass nicht nur positive, sondern auch negative Gefühle ansteckend sind. Mediziner und Pflegende auf bestimmten Stationen (Intensivmedizin, Palliativmedizin, Altenpflege) übernehmen so unbewusst häufig die Emotionen ihrer Patienten in die eigene Körpersprache und somit auch in das eigene Gefühlsleben. Dies ist neben der zusätzlichen Überforderung durch zu wenig Personal und zu viel

Bürokratie der hauptsächliche Grund für den schleichenden Burnout und den Zynismus (Teil des schwarzen Humors) in Medizin und Pflege.

Das Gegenmittel dazu sind Freude und Humor. Kann ich beide bewusst in mir aktivieren, habe ich die Möglichkeit, mich vor dem ständigen Einfluss von Trauer und Leid zu schützen. Aber gerade auch der Umkehrschluss ist wichtig: Strahle ich als Pfleger oder Mediziner in meiner Körpersprache, meiner Mimik und v.a. in meinen Augen diese Freude aus, erlöse ich meine Patienten aus dem Zustand der Depression oder des Leidens: Meine Fröhlichkeit wirkt ansteckend!

Die Forschung hat gezeigt, dass beim kognitiven Zerfall das emotionale Empfinden lange erhalten bleibt. Demenz-Patienten oder Patienten mit Hirnschädigungen reagieren auf Dauer auf ein freudiges, lächelndes Gesicht ebenfalls mit einem Lächeln. Die bewusste Aktivierung der Freude und des emotionalen Humors hat gerade im Umfeld von Pflege einen enormen Stellenwert.

Der Freude-Effekt ist dann erklärbar: Je mehr echte Lebensfreude, Humor und Lachen ausgestrahlt werden, desto mehr stecken wir unserer Gegenüber an. Möglicherweise sind es die Spiegelneurone, die helfen, Glück zu erzeugen, wenn wir fröhliche Menschen beobachten. Wünschenswert sind weitere neurowissenschaftliche Forschungen, die sich mit dem Effekt der Freude und einem authentischen Lächeln in Zusammenhang mit den Spiegelneuronen beschäftigen. Die Wirkung der Spiegelneuronen ist bisher nur für die Gefühlszustände Ekel und Depression erforscht worden.

Das Lachen bzw. das Lächeln wird zurzeit in einem Forschungsprojekt der Mailänder Universität untersucht. Es liegen noch keine Ergebnisse vor. Bisher gibt es nur praktische Ergebnisse (z.B. Clowns bei Demenzpatienten, humorvolle Mitarbeiter auf Intensivstationen), die wissenschaftlich noch nicht untermauert sind. Die Resultate sind vielversprechend! Da bekannt ist, wie bedeutsam die Gefühlsübertragung ist, wird immer mehr Wert darauf gelegt, Mitarbeiter, Führungskräfte und die aktiven Clowns in den medizinischen Einrichtungen in der körperlichen und mimischen Ausstrahlung echter Freude zu trainieren. Nur die echte Freude hat diese Wirkung.

Zusammenfassung

Gefühle sind ansteckend und manch einer erlebt fremde Gefühle, als ob es die eigenen wären. Dies erklärt, warum der Humor und die eigene Freude für Pflegende so wichtig sind und zwar nicht nur für die Arbeit, sondern auch für einen selbst. Das Beste, was wir für unseren Beruf und die Gesundheit tun können, ist, den Humor und die Freude wieder zu aktivieren. Es erhöht die Qualität der Pflege und macht den Beruf attraktiver. Humor und Freude können trainiert und erlernt werden.

Schlüsselwörter: *Freude, humorvolle Pflege, Humor als Stressbewältigung im beruflichen Alltag,*

Da Freude ein Gefühl ist, kann es durch die Erinnerung an selbst erlebte Situationen trainiert werden. Schauspieler, Comedians und gute Clowns durchlaufen dieses Training (Strasberg-Methode), um Gefühle in Körper, Mimik und Sprache authentisch auszudrücken. Abgewandelt und verkürzt ist dies für jeden Pflegenden erlernbar. Durch die eigene Ausstrahlung können wir so die Freude bewusst beim Gegenüber anregen. Es ist leicht nachvollziehbar, was es bedeutet, wenn wir kranken oder depressiven Menschen Zugang zu ihrer eigenen Freude verschaffen – und zwar einerseits, indem wir ihnen eine positive Einstellung vermitteln und andererseits die Möglichkeit geben, Freude bei anderen nachzuempfinden und selbst zu erleben.

Wenn jetzt noch eine Prise Humor den Umgang der Mitarbeiter untereinander und auch den Führungsstil würzt, werden viele Situationen auch im Pflegealltag leichter: Das Miteinander wird entspannter und es darf auch mal über kleine Fehler gelacht werden.

Viele medizinisch-therapeutische Bereiche haben diese Methoden erfolgreich integriert: z.B. die Gerontopsychiatrie, Demenzabteilungen und Abteilungen, die mit geistig behinderten Menschen arbeiten, um nur einige zu nennen. Weitere Informationen hierzu würden den Rahmen dieses Artikels sprengen.

„Wir haben unermessliche Fähigkeiten, die uns ein glückliches Leben vermitteln können. Ich fasse sie in dem Begriff gelebte Freude zusammen. Dies ist der Schlüsselbegriff für den neuen Menschen.“ (Dieter Broers, Biophysiker, wissenschaftlicher Leiter des von der UNO geförderten Projektes International Council for Scientific Development – ICSD, Zitat von seinem Blog: <http://dieter-broers.de>).

Im Endeffekt kann jeder lernen, Humor und Freude jederzeit in sich zu aktivieren und so einen Beitrag leisten, sein berufliches wie privates Umfeld zu verbessern. Wir würden uns gerade in der Medizin und der Pflege weiterentwickeln: von einem Ort des „Leidens und Klagens“ hin zu einem Wirkungskreis von aktiven, kreativen und Freude ausstrahlenden Menschen, ohne oberflächliche Fun-Erlebnisse nach amerikanischem Vorbild.



Literatur

Bachmaier H. (2007) Lachen macht stark. Humorstrategien. Wallstein Verlag, Göttingen.

Berenbrinker U. & Karpawitz J. (2007) Humorkompetenz – clowneske Strategien in der Mitarbeiterführung. In: Bachmaier H. (Hrsg.): Lachen macht stark. Wallstein, Göttingen.

Berenbrinker U. & Karpawitz J. (2007) Heyoka-Training – Vom indianischen Humor lernen. In: Die neue Realität, Akademie für neuere Physik und Esoterik e.V. (Hrsg.), München.

Berenbrinker U. (2007) Humor als Führungskompetenz. In: Management Seminare, Bonn 2007.

Berenbrinker U. & Karpawitz J. (2009) Humorvolle Führung – Humor als Erfolgsfaktor für Unternehmen. <http://www.business-wissen.de/artikel/humorvolle-fuehrung-humor-als-erfolgsfaktor-fuer-unternehmen/>, Zugriff am 04. Juli 2016.

Berenbrinker U. & Karpawitz J. (2011) Flow – Der Arbeitsplatz als Glücksquelle. <http://www.business-wissen.de/artikel/flow-am-arbeitsplatz-erzeugt-glueckliche-mitarbeiter/>, Zugriff am 04. Juli 2016.

Benedikter (2005) Dragee zum Glück. Geist und Gehirn. Spektrum der Wissenschaft. 12, S.48.

Bischofberger I. (2008) Das kann ja heiter werden – Humor und Lachen in der Pflege. Hogrefe vormals Hans Huber, Göttingen.

Cousin N. (1991) Der Arzt in uns selbst. Rohlfs, Reinbek bei Hamburg.

Freud S. (2009) Der Witz und seine Bedeutung zum Unbewussten. 3. Aufl., Fischer, Frankfurt.

Frey U. (2014) Clowns für Menschen mit Demenz. 2. Aufl., Mabuse, Bonn.

Kiphardt E.J. & Pade H.J. (1988) Der Clown in Dir. Fackelträger, Köln.

Korp H.A., Müller C., Titze M. (2012) Mit Humor und Heiterkeit Krisen meistern. Jahrbuch 2012 HumorCare e. V. Deutschland-Österreich. HCD-Verlag, Tuttingen.

Korp H.A., Müller C., Titze M. (2011) Mit Humor arbeiten. Jahrbuch 2011 HumorCare e. V. Deutschland-Österreich. HCD-Verlag, Tuttingen.

Meincke J. (2000) ClownSprechstunde – Clowns besuchen chronisch kranke Kinder. Verlag Hans Huber, Bern.

Müller G. (1964): Die Theorie der Komik. Tritsch, Würzburg.

Robinson V.M. (2002) Praxishandbuch Theapeutischer Humor. Hogrefe vormals Hans Huber, Göttingen.

Schilling J. & Muderer C. (2016) Clowns in der sozialen und pädagogischen Arbeit. 2. Aufl., Reinhardt, München.

Titze M. (2013) Kleinbasel und der Humor in der Therapie. Hommage an René Schweizer. HDC-Verlag, Tuttingen.

Wippich J. (1996) Lachen lernen. Einführung in die provokative Therapie. Junfermann, Paderborn.

Weitere Literaturliste, die wir über unseren Schweizer Verein empfehlen:

<http://www.humor.ch/buecher/mainbuch.htm>

Blog: <http://www.tamala-center.de/blog/category/bucher/>

DVD

Greiner H. & Klinksik M.: Du wirst nicht der Gleiche sein – Die Ausbildung zum Gesundheit!Clown (HumorKom Konstanz)

Gutmann N.: Die etwas anderen Clowns (Kinasthetic Deutschland)

Autorenkontakt:

Jenny Karpawitz und **Udo Berenbrinker** veröffentlichten zahlreiche Arbeiten zum Einsatz von Humor in Krisen und bei Konflikten, entwickelten die Ausbildung zum Gesundheit!Clown in medizinisch-therapeutische Einrichtungen (Patent Gesundheit!Clown®), waren jahrelang als Gesundheit!Clowns in verschiedenen medizinisch-therapeutischen Einrichtungen unterwegs, trainieren seit über zehn Jahre Mitarbeiter und Führungskräfte zum Thema „Humor in der Pflege“, „Humor als Führungskompetenz in medizinisch-therapeutischen Institutionen“, sind Berater verschiedener sozialer Einrichtungen zum neuen Pflegekonzept Humor, zudem als Coaches und Vortragsredner in ganz Europa unterwegs. In Konstanz am Bodensee leiten sie Deutschlands älteste und größte Clownakademie, die Tamala Clown-Akademie (www.tamala-center.de) sowie das Internationale Trainingszentrum Humor und Kommunikation HumorKom (www.tamala-center.de/humorkom).

Kontakt: Berenbrinker@tamala-center.de

> Lebensqualität und Störung

Umgang mit Sexualität in der Pflege

CHRISTINE SOWINSKI

Jeder Mensch hat Sexualität – wörtlich übersetzt Geschlechtlichkeit – ob im biologischen Sinne ausgeübter Fortpflanzungstrieb oder, gesellschaftlich gesehen, das geschlechtliche Verhalten zwischen Geschlechtspartnern. Im weiteren Sinne zählt dazu auch das Bedürfnis der Selbstbefriedigung, und nicht immer wird Sexualität ausgelebt – oft wird sie unterdrückt. Aber wie sollen Pflegekräfte eigentlich damit umgehen?



Foto: Monkey Business/Fotolia

Unter Sexualität wird die Gesamtheit der Lebensäußerungen, Verhaltensweisen, Empfindungen und Interaktionen von Lebewesen in Bezug auf ihr Geschlecht im Rahmen von heterosexuellen oder homosexuellen Beziehungen verstanden. Sexualität kann, muss aber nicht als möglicher Ausdruck der Liebe zwischen Personen verstanden werden. In der Pflege kranker und alter Menschen können sexuelle Ausdrucksformen im Erleben der Pflegenden als schwierig, als Belästigung und als Tabuverletzung empfunden werden.

Besonderer Beruf: Pflege

Das Ausüben des Pflegeberufes bringt Pflegenden und Gepflegte in einer einzigartigen und nahen körperlichen Beziehung zusammen. Andere körpernahe Berufe (mit Ausnahme der Ärzte) wie etwa Friseur, Physiotherapeuten, Masseuse oder Fußpfleger erreichen in der Regel nicht diesen Grad an körperlicher

Grenzüberschreitung, wie ihn der Pflegeberuf mit sich bringt. Die körperliche Nähe geht teilweise sogar über das hinaus, was sexuelle Intimpartner miteinander teilen, nämlich die Unterstützung bei Toilettengängen, beim Waschen auch im Intimbereich, dem Umgang mit Körpersekreten jeglicher Art wie Auswurf oder Erbrochenem.

Körperliche und seelische Nähe

Diese große Nähe zum Körper des Gepflegten führt oft und besonders in der Langzeitpflege zu einer seelischen Nähe. Typisch ist hier eine Situation in der Altenpflege: Ich reinige im Ausgussraum ein Steckbecken mit Urin und Kot. Meine Kollegin erkennt am Geruch, um welche Bewohnerin es sich handelt: „Frau X? Gott sei Dank! Was haben wir da schon alles versucht, ihr eingelegte Pflaumen, Joghurt und Leinsamen, Schwarzbrot, die üblichen Abführmittel gegeben.

Frau X hatte schon Angst, sie platzt und stirbt. Das muss ich ihrer Tochter erzählen. Die hat mich schon fünfmal darauf angesprochen.“

Beobachtet man, wie die Pflegepersonen mit ihren Patienten und Klienten umgehen, kann man zum Teil erkennen, wie harmonisch und aufeinander abgestimmt die Bewegungen sind. Man versteht sich zum Teil ohne Worte.

Sexuelle Abstinenz im Umgang mit Abhängigen

Viele Berufe, bei denen Menschen anderen ausgeliefert sind, fordern in ihrem professionellen Berufsverständnis das Einhalten einer sexuellen Abstinenzregel. Sexuelle Beziehungen in Berufen, bei denen sich das Gegenüber in einer abhängigen Position befindet und sich damit nicht ohne z.B. berufliche Nachteile zu befürchten frei gegen sexuelle Avancen entscheiden kann, können strafrechtlich verfolgt werden. Dies regelt der § 174c des Strafgesetzbuches (StGB) der den „Sexuellen Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“ betrifft.

Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf müssen darauf vertrauen können, dass ihr seelisches und körperliches Ausgeliefertsein sich in einem geschützten und damit entsexualisierten Raum vollzieht. Jeder kann sich vorstellen, wie unangenehm es wäre, wenn der Akteur bei einer Pflege oder medizinischer Behandlung im Intimbereich, Bemerkungen machen würde – oder die Berührungen sogar unangemessen wären.

Pflege als Zeuge von Sexualität

Während für die meisten Berufszugehörigen das sexuelle Abstinenzgebot während einer pflegerischen Beziehung selbstverständlich ist, geht man oft im Gegenzug davon aus, dass das für Patienten bzw. Klienten in der Langzeitpflege zu Hause oder in anderen Wohnformen z.B. der Altenpflege ebenso gilt. Patien-

ten und Bewohner von stationären Einrichtungen haben oft keine Möglichkeit, ihre Privatsphäre zu schützen. So können Pflegende unabsichtlich Zeuge sexueller Handlungen werden, z.B. wenn Patienten mit ihren Angehörigen nicht alleine sein können oder das Pflegepersonal dann ins Zimmer kommt, wenn ein Mensch sich gerade selbst befriedigt.

Unterschiedliche Situationen

Die Gründe, warum Pflegende in scham-besetzte Situationen gelangen können, sind unterschiedlich. Neben der mangelnden Privatsphäre können etwa folgende Situationen die Pflegenden in eine schwierige Lage bringen:

- Der Betroffene ist durch z.B. Narkose-nachwirkungen, andere Medikamente, Krankheitsbilder „nicht er selbst“ und sexualisiert den pflegerischen Kontakt.
- Menschen z.B. mit Demenz interpretieren die pflegerischen Handlungen als sexuelle Anbahnung.
- Pflegerische Handlungen stimulieren in unabsichtlicher Weise den Betroffenen, etwa bei der Intimpflege.
- Patienten oder Bewohner verlieben sich in ihre Pflegepersonen.
- Patienten oder Bewohner verhalten sich bewusst unangemessen gegenüber den Pflegenden, z.B. um sie zu ärgern, zu demütigen, ihre Macht auszuspielen oder die Pflegesituation auszunutzen.

Abhängigkeit fördert Nähe

Nur bei der letztgenannten Situation hätten Pflegende theoretisch das Recht, „sauer zu werden“. Dass Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf eine enge emotionale Bindung zu den Menschen entwickeln, von denen sie abhängig sind, sich sogar in sie verlieben, ist eine sich aus der Evolution heraus entwickelte sinn-

volle Art, sich quasi mit den „Mächtigen“ zu arrangieren. Eine extreme Form ist das sogenannte Stockholm-Syndrom, bei dem sich die Geiseln, erstmalig beschrieben bei der Geiselnahme von vier Bankangestellten 1973 in Stockholm, mit den Tätern solidarisieren und mit ihnen zusammenzuarbeiten, um so ihr eigenes Überleben zu sichern.

Sexualität nur für Junge und Gesunde?

Je jünger man ist, desto weniger kann man sich vorstellen, dass wir bis zum letzten Atemzug potenziell liebende und sexuelle Menschen sind. So mögen es Kinder zum Teil nicht, wenn ihre Eltern sich küssen. Ich selbst bin während der Pubertät mit meinen gleichaltrigen Freunden davon ausgegangen, dass Menschen über 30 Jahre kein Sexualleben mehr haben. Dass zunehmendes Alter und Sexualität mit einem Tabu behaftet ist, liegt auch an dem sogenannten „Inzest-Tabu“, dass Großeltern und Eltern entsexualisiert, um körperliche Nähe sicher zu machen.

Erschwerend kommt hinzu, dass wir in einem medialen Zeitalter leben, das deutlicher als in früheren Zeiten manipulierte Bilder und Filme von Sexualität produziert, die mit der Wirklichkeit nichts mehr zu tun haben. Umso ungewohnter ist dann Konfrontation mit der Sexualität von Menschen, die von uns abhängig sind.

Sexualität- ein Ausdruck von Lebensfreude

Je länger man in der Pflege arbeitet, desto erfahrener wird man auch im Umgang mit der Sexualität. Immer mehr setzt sich die Haltung durch, dass Sexualität der Pflegebedürftigen eine Ressource, einen Ausdruck von Lebensfreude darstellt – und auch ein Kompliment an die Rahmenbedingungen ist. Wir erleben

immer wieder, dass in Wohnformen für ältere Menschen diese lebendiger, aber auch sexueller werden, wenn sich die Rahmenbedingungen verbessern. Auch beschwerten sich Menschen mit Demenz häufiger, streiten sich, wenn sie nicht das Gefühl haben müssen, dass eine größere Lebendigkeit ihrerseits negative Folgen für sie hat.

Eine professionelle Haltung entwickeln

- Freuen Sie sich also, dass Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf ihre Sexualität vielleicht auch wiederentdecken.
- Sorgen Sie für die Privatsphäre Ihrer Klienten.
- Achten Sie auf Ihre Sprache. Versuchen Sie sachlich mit dem Thema Sexualität und Pflege umzugehen.
- Schützen Sie die Klienten, aber auch ihre Kollegen vor sexuellen Übergriffen. Besonders junge Mitarbeiter werden öfter sexuell belästigt, als ältere und erfahrenere Kollegen.
- Ermöglichen Sie eine offene Sprache über schwierige Situationen. Besonders schlimm ist es, wenn Kollegen sagen: „Was das macht Herr X, bei Dir? Bei mir aber nicht. Das muss an Dir liegen.“



Literatur

Sowinski C. (2011) Sexualität in der Pflege: Keine Frage des Alters. Die Schwester Der Pfleger 50, 840-844. http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Keine_Frage_des_Alters_Schw_Pfl_9_11_copy_1_2320_1.pdf

Demenz- Servicezentrum Region Köln und das südliche Rheinland; Demenz-Servicezentrum Region Bergisches Land (2016): Liebe eben anders. Sexualität erleben mit Demenz- aber wie? Dokumentation der Fachtagung 26.01. bis 27.01.2016 Köln, erscheint in Kürze auf: www.demenz-service-koeln.de und www.demenz-service-bergischesland.de

Autorenkontakt:

Christine Sowinski, Krankenschwester, Dipl.-Psychologin, Leitung Bereich Beratung von Einrichtungen und Diensten, Mitarbeiterin in der Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA Köln)
Kontakt: christine.sowinski@kda.de

Zusammenfassung

Pflege unterstützt andere Menschen bei ihren intimsten Verrichtungen, dadurch entsteht eine große körperliche und seelische Nähe. Die Situationen müssen entsexualisiert sein, damit beide Parteien damit umgehen können. Mit zunehmender Berufserfahrung steigt die Souveränität im Umgang mit Sexualität in der Pflege. Jüngere Kollegen müssen durch erfahrene Kollegen unterstützt und geschützt werden.

Schlüsselwörter: Professionalität, Sexualität, Pflege

> Emotionen bei Menschen mit Demenz verstehen

„Tonnenweise gemischte Gefühle“

SYLKE WERNER

Emotionen sind ein wesentlicher Bestandteil zwischenmenschlicher Kommunikation und können zu Konflikten und Missverständnissen führen. Ein Mensch mit Demenz, der versucht, die Welt um sich herum zu verstehen, hat seine ganz eigenen Gefühle, die wiederum sein Verhalten beeinflussen können. Im Pflegealltag geht es darum, solche Emotionen wahrzunehmen, zuzulassen und angemessen darauf zu reagieren.

Manchmal bin ich sehr glücklich, manchmal sehr traurig, und stets bin ich mir aller Empfindungen deutlich bewusst. Es ist, als wären alle Gefühle, die ich bislang auf separaten Bügeln im Schrank aufbewahren konnte (im Schrank mit der Tür, zu der nur ich einen Schlüssel hatte), zu einem einzigen

schweren Umhang verwoben, der mich von Kopf bis Fuß einhüllt“, schreibt Richard Taylor in „Alzheimer und ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf“ (Taylor 2008, S. 131).

Wenn bei Menschen mit Demenz das Gedächtnis zunehmend beeinträchtigt ist, zerfällt das, was ihr Leben, ihr Dasein bisher bestimmte, in einzelne Momente, die ihnen völlig chaotisch erscheinen. Raum und Zeit verlieren ihren Realitätsbezug. Visuelle Wahrnehmung und Emotionen bestimmen die Interpretationen der Realität. *„Der Schwerpunkt meiner Aufmerksamkeit verlagert sich offensichtlich vom Kopf ins Herz. Ich fühle mehr und denke mehr über Gefühle nach, als ich über das Denken nachdenke. Ich bin traurig und ärgerlich, glücklich und dankbar“,* schreibt Richard Taylor weiter. *„Die anderen*

erkennen die Auswirkungen der Erkrankung fast immer, weil ich meine Gefühle unangemessen oder überraschend äußere. Wie den meisten Menschen gelingt es auch mir recht gut, meine Gedanken zu verbergen, und weniger

gut, meine Gefühle zu verbergen. So ist es zu erklären, dass ungeachtet dessen, was Ihre neuropsychologischen Untersuchungen ergeben, vielleicht Ihre Gefühle das erste äußere Anzeichen der Erkrankung sind.“ (Taylor 2008, S. 131).

Eine Demenzerkrankung wirkt sich stark auf das Erleben der Betroffenen aus. Dabei sind besonders Orientierungsstörungen und die Veränderung von Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung entscheidend. Die Emotionalität bleibt dabei jedoch bis zuletzt erhalten. Auch das Gefühl der Hilflosigkeit beeinflusst ihre Lebenswelt. Die Erkrankten reagieren auf solche Veränderungen nicht selten mit Angst, Trauer, Unsicherheit, Scham, Wut oder sogar Panik. *„Ich betrachte negative Emotionen wie Aggression und Apathie vor diesem Hintergrund als emotionale Reaktionen auf eine Umwelt, die zunehmend als fremd empfunden wird.“* (Klug 2016).

Das limbische System spielt in Bezug auf die Gefühlswelt des Menschen eine wichtige Rolle. Die Amygdala (Mandelkern) gehört zum limbischen System und wird u.a. bei Angst- und Wutzuständen aktiviert. Sie beeinflusst auch unsere emotionalen Bewertungen und unsere Einschätzungen von Gefahren. Die Alzheimer-Demenz führt beispielsweise zur Schädigung der Amygdala – mit der Folge, dass bei den Betroffenen das Furcht- und Aggressionsempfinden verloren geht.

Typische Symptome einer frontotemporalen Demenz, bei der der Abbau von Nervenzellen zunächst im Stirn- und Schläfenbereich des Gehirns stattfindet (frontaler und temporaler Lappen), von wo aus Gefühle und Sozialverhalten kontrolliert werden, sind enthemmte und unsoziale Verhaltensweisen. Diese Art der Demenz tritt meist früher als Alzheimer auf. Die Erkrankten sind nicht mehr in der Lage, die Gefühle anderer Menschen wahrzunehmen und empathisch zu sein (Klug 2016)

Menschen mit Demenz können zu starken Gefühlsausbrüchen neigen, die sie nicht kontrollieren können. Auch kurzfristige Stimmungsschwankungen



sind möglich. Besonders dann, wenn das Sprachvermögen nachlässt und Menschen mit Demenz nicht mehr in der Lage sind, über ihre Gefühle zu sprechen, zeigen sie ihre Gefühle über ihren Körperausdruck – der Körper wird also zunehmend zum Spiegel ihrer Emotionen (Klug 2016). Auch das Verhalten in bestimmten Situationen weist auf ihre Gefühlswelt hin. Wenn die Sprache verloren geht, kann auf ihre Stelle etwa ein Küsschen zum Abschied auf die Wange der Pflegeperson treten – oder auch herausforderndes Verhalten.

„Bis in späte Phasen hinein bleibt grundsätzlich die Fähigkeit von Menschen mit Demenz, Affekte zu erkennen und auszudrücken, erhalten. Dies wird damit erklärt, dass die Gehirnbereiche, die für die Emotionen zuständig sind, erst später von der Demenz betroffen sind“ (Müller-Hergl 2014).

Erkennen und Verstehen von Emotionen

Mit Fortschreiten der Erkrankung sind Emotionen bei Menschen mit Demenz am Gesichtsausdruck manchmal schwer zu erkennen, etwa wenn die Betroffenen mit ausdruckslosem Gesicht, scheinbar in Gedanken versunken oder in ihrer „Welt verschwunden“ in die Ferne schauen. In der Pflege wird dies häufig mit „apathisch“ beschrieben. Für Pflegenden ist es dann nicht leicht, zu erkennen, wie es der Person geht und welche Bedürfnisse sie gerade hat.

Menschen mit Demenz nehmen ihre Umgebung und sich selbst verändert wahr, und es fällt ihnen immer schwerer, mit dem aktuellen Leben zurechtzukommen.

Die Realität in ihrer Umgebung überfordert sie, und so „flüchten“ sie oftmals in die Vergangenheit. Dinge, die sie aktuell erleben, was sie gerade empfinden und fühlen, verbinden sie mit ihrem vergangenen Leben bis hin zur Kindheit. In der Vergangenheit kennen sie sich besser aus, fühlen sich sicher. Ihre aktuellen Gefühle wie Ängste vermischen sich mit alten Erlebnissen.

„Manchmal drifte ich in die Vergangenheit ... Helfen Sie mir, ins Hier und Jetzt zurückzukommen, wissend, dass ich von meinen Ängsten beeinflusst werde ... Formulieren Sie liebevoll noch einmal neu, was gerade geschieht und helfen Sie mir, die Gegenwart zu verstehen, wäh-

rend Sie mich auf die Zukunft vorbereiten.“ (Taylor 2013, S. 55).

Im Verlauf der Erkrankung versteht der Mensch mit Demenz die Realität immer weniger. Sie wird für ihn unerklärlich. Situationen und Informationen können nicht mehr in einen Zusammenhang gestellt werden. Dies löst unterschiedliche Gefühle beim Demenzkranken aus. Pflegenden sollten daher versuchen, Zugang zur Person mit Demenz zu finden, sich in die Welt der Betroffenen hineinzuversetzen, um deren aktuelle Befindlichkeit, Bedürfnisse und Gefühle zu verstehen.

„Menschen mit Demenz können sich im Verlauf der Erkrankung immer schlechter in andere hineinversetzen (Empathie) und ihr Verhalten aufgrund negativen Feedbacks durch andere verändern oder anpassen“ (Müller-Hergl 2014). Sie nehmen eher die Körpersprache und weniger den Gesichtsausdruck anderer Personen wahr. „Probleme im Verhalten hängen demnach möglicherweise weniger mit der Schwere der Demenz zusammen, sondern mit dem Ausmaß, in dem Emotionen anderer nicht mehr erkannt und vorhergesehen werden können („strategisches Gedächtnis““ (Müller-Hergl 2014).

„Gefühlschaos“ – herausforderndes Verhalten

Herausforderndes Verhalten ist bei Demenzkranken Ausdruck ihrer Bedürfnisse und Emotionen. Im Alltag werden sie mit dem fortschreitenden Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten konfrontiert, was nicht nur ihrer Umgebung, sondern auch den Erkrankten selbst auffällt – umso verständlicher, dass Menschen mit Demenz emotional auf krankheitsbedingte Verluste reagieren.

„Ich habe immer noch nichts Wichtiges zu sagen oder zu schreiben. Stattdessen habe ich tonnenweise Gefühle – manche

sind giftig und gefährlich, manche sehr angenehm, manche traurig – vor allem tonnenweise gemischte Gefühle.“ (Taylor 2008, S. 130).

Die Gefühle eines Menschen beeinflussen wiederum sein Verhalten.

„Die intensive Auseinandersetzung mit Emotionen und möglichen Auslösern von Emotionen kann den Umgang aber erleichtern!“ (Re 2009). Voraussetzung ist, dass sich Pflegenden selbst über ihre Gefühle im Klaren sind – und diese dann auch zeigen, vor allem über die Körpersprache. Dann wirken sie auf die Person mit Demenz empathisch, echt und vertrauensvoll.

Sexuelle Gefühle vs. sexuelles Verhalten

Es scheint, als würde man kognitiv beeinträchtigten Menschen sexuelle Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle nicht zutrauen oder absprechen, und wenn sie doch diese Bedürfnisse haben, dann nur in „unangemessener“ Form. Daher werden sexuelle Gefühle und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz nicht selten als herausforderndes Verhalten bezeichnet, vor allem, wenn sie unangemessen sind – und entsprechend unsicher reagiert das Umfeld. Zwar verlieren Demenzkranke ihre Selbstkontrolle durch das sogenannte „Denkhirn“, jedoch erlaubt ihnen ihr limbisches „Gefühlshirn“, das Emotionen verarbeitet und das Triebverhalten steuert, weiter ihre Sexualität auszuleben – was die Umwelt natürlich irritiert.

Der kognitive Abbau im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung kann dazu führen, dass die Betroffenen zwar gelernte und gesellschaftlich-moralische Schranken und Hemmungen verlieren, aber dennoch haben sie emotionale Bedürfnisse.

Der Sexualtrieb mit körperlichem Lustempfinden ist ein grundlegendes

Zusammenfassung

Pflegenden sollten sich immer bewusst sein, dass das Gefühlserleben bei Menschen mit Demenz bis zuletzt erhalten bleibt. Emotionen bei Demenzkranken stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrem Verhalten. Sie bestimmen das Verhalten, vor allem, wenn bei fortgeschrittener Demenz Gefühle und Bedürfnisse nicht mehr adäquat verbal ausgedrückt werden können. Emotionen sollten zugelassen werden, auch Wut und Trauer. Wichtig ist ein personenzentrierter Ansatz, der die psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in den Vordergrund stellt – und damit auch positive Emotionen bei den Betroffenen fördert.

Schlüsselwörter: Demenz und Emotionen, Verhalten, personenzentrierter Ansatz

menschliches Bedürfnis. Warum sollte dieses Bedürfnis bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung verloren gehen, wo doch gerade angeborene oder triebhafte Verhaltensweisen lange erhalten bleiben, wie etwa Hunger oder die „orale Phase“, in der die Betroffenen alles in den Mund nehmen?

Das sexuelle Interesse von Menschen mit Demenz kann sich ganz unterschiedlich entwickeln. Sexuelle Gefühle können nachlassen, aber auch gesteigert sein. Allerdings können Situationen nicht mehr adäquat eingeschätzt werden. So versteht die Person die Intimpflege im Rahmen der Körperpflege nicht als solche, sondern könnte dies als sexuelle Aufforderung missverstehen, sich selbst zu stimulieren, sie könnte sich aber auch sexuell bedroht oder „vergewaltigt“ fühlen.

Im Konzept der „Integrativen Validation“ (Validation ist der wertschätzende Umgang und die akzeptierende Kommunikation mit Demenzkranken) nach Nicole Richard (2008) stehen Gefühle (Wut, Freude, Angst, Misstrauen, aber auch Lust und Verlangen) und Antriebe (Motive, Lebens-Orientierungen des Handelns wie etwa Pflicht, aber auch Genuss und Charme) von Menschen mit Demenz als Ressourcen im Mittelpunkt, somit auch der Wunsch Demenzkranker nach Sexualität. Kurz gesagt: Ältere Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sind und bleiben Frauen und Männer mit sexuellen Gefühlen und Bedürfnissen.

Positive Emotionen fördern und erhalten

„Lasst meine Clowns herein. Lasst meine Gefühle herein. Lasst meine Vergangenheit, meine Gegenwart und meine Zukunft herein, legt alle rationalen Überlegungen ab, weil nur die Gefühle offen und bloß da liegen sollen.“ (Taylor 2008, S. 131).

Positive Emotionen lassen sich hervorruhen z. B. durch:

- Humor, Lachen
- Akzeptanz, Wertschätzung
- Zuwendung, Liebe, Trost
- biografische Angebote (z.B. Fotoalbum anschauen, bekannte Orte besuchen, Hobbies pflegen und Interessen fördern, an der Biografie orientierte Beschäftigungen anbieten sowie in der Kommunikation Worte und Ausdrucksweisen verwenden, die zur Biografie passen)

- Ressourcenorientierte Pflege und Betreuung
- Gefühl, nützlich zu sein (Einbindung in alle Alltagsaktivitäten)
- Schmerz- und Symptombehandlung bei chronischen und akuten Erkrankungen
- Mobilitätsförderung

Tom Kitwood (2008) beschreibt im personenzentrierten Ansatz psychische Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, die gleichzeitig ihren Emotionen Ausdruck verleihen:

Liebe: Dieses Bedürfnis zu befriedigen bedeutet, die Person so anzunehmen, wie sie ist, mit all ihren Ängsten und Bedürfnissen. Sie besitzt die Ressource, Liebe zu empfinden und anderen, ihr wichtigen Menschen, Liebe zu geben. Diese positiven Emotionen sollten erhalten und gefördert werden.

Trost: Wie jeder Mensch verspürt auch der Mensch mit Demenz das Bedürfnis nach Zuwendung, körperlicher Nähe, besonders bei negativen Gefühlen. Er besitzt die Ressource, sein Bedürfnis nach Trost zu äußern, indem er eben auch negative Gefühle zeigt z.B. Trauer oder auch Wut.

Bindung: Menschen mit Demenz zeigen ihr Bedürfnis nach Bindung, indem sie sich z.B. „anklammern“ oder einer bestimmten Person „hinterherlaufen“. Pflegende sind Bezugspersonen für sie. Sie sollten das Gefühl von Sicherheit und Stabilität vermitteln.

Einbeziehung in kleine Gruppen: Die Einbeziehung in die Gemeinschaft oder Gruppe vermittelt ein familiäres Gefühl und ermöglicht eine Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben. Zu berücksichtigen ist aber, dass sich Menschen mit Demenz auch „allein“ wohlfühlen können.

Beschäftigung: Menschen mit Demenz wünschen sich Bestätigung durch „Arbeit“, so wie sie es aus der Vergangenheit gewohnt sind. Vertraute Tätigkeiten können das Gefühl vermitteln, gebraucht zu werden.

Identität: Das Bedürfnis nach Identität bedeutet nicht, die Betreffenden auf die Vergangenheit zu verweisen, in der sie einen Beruf hatten und ihre Familie präsent war, sondern Bezüge zur Gegenwart herzustellen. Sie möchten dabei unterstützt werden, zu wissen, wer sie heute sind. *„Meine Bitte an die am Ufer stehenden (Betreuungs- und Fachpersonen) lautet: Bitte verwenden Sie Erinne-*

rungsarbeit nur sparsam. Nutzen Sie sie als eine Möglichkeit, mit mir in Verbindung zu treten, mich zu beruhigen – und gehen Sie dann mit ihr ins Heute. Im Heute brauche ich die meiste Beruhigung, die meiste Hilfe, um mich hinsichtlich meiner selbst und dessen, was um mich herum vorgeht, in Ordnung zu fühlen.“ (Taylor 2013, S. 235).

Dieses „Hin-und-Her-gerissen-Sein“ zwischen Realität und Vergangenheit kann zu unterschiedlichen Gefühlen bei den Betroffenen führen, auch zu Wut und Trauer. Solche Gefühle sollten Pflegende zulassen und angemessen darauf reagieren, indem sie Sicherheit und Stabilität vermitteln und die Person nicht mit ihren Ängsten allein lassen. *„Was wir nicht brauchen, ist, dass andere von uns denken, uns würde etwas fehlen. Wir brauchen immer noch, was jeder braucht. Unser Menschsein“* (Taylor 2013, S. 126). Dazu gehören eben auch unsere Gefühle... <<



Literatur:

Kitwood T. (2008) Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.

Klug M. (2016) Das kleine ABC der Emotionen: Glossar zum Interview mit Martina Piefke. <http://dzd.blog.uni-wh.de/das-kleine-abc-der-emotionen-glossar-zum-interview-mit-martina-piefke/>, Zugriff am 04. Juni 2016.

Müller-Hergl C. (2014) Demenz und Emotionen: Wie lassen sich Emotionen in der Pflege besser erkennen? http://dzd.blog.uni-wh.de/demenz-und-emotionen_teil-1/, Zugriff am 09. Juni 2016.

Re S. (2009) Erleben und Ausdruck von Emotionen bei schwerer Demenz – Konsequenzen für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Fachtagung Angewandte Gerontologie, <http://www.angewandte-gerontologie.de/Start/Content/Vortrag%20Re.pdf>, Zugriff am 09. Juni 2016.

Richard N. (2008) Schwester, rubbel etwas fester – Sexualität, Demenz und die Integrative Validation. *pflegen: Demenz* 08, <http://www.integrative-validation.de/files/iva/pdf/schwester.rubbel.etwas.fester.pdf>, Zugriff am 09. Juni 2016.

Rüsing D. (2012) Verhandlungssache Pflege – Wer ist der Experte im Leben von Menschen mit einer Demenz? *pflegen: Demenz* 25, S. 4-6.

Taylor R. (2008) Alzheimer und ich – Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf. Verlag Hans Huber, Bern.

Taylor R. (2013) Hallo Mister Alzheimer – Wie kann man weiterleben mit Demenz? – Einsichten eines Betroffenen. Verlag Hans Huber, Bern.

Autorenkontakt:

Sylke Werner ist Altenpflegerin und hat den Abschluss B.Sc. in Gesundheits- und Pflegemanagement. Sie arbeitet als Trainerin in der Pflegeausbildung.
Kontakt: Sylke.Werner63@web.de

> Trauer in der Palliativpflege

Den Verlust verarbeiten und Angehörige unterstützen

NADINE LEXA

Für Chris Paul (2001) ist „Trauern die natürliche Reaktion auf den Verlust eines Menschen oder einer Sache, zu denen eine sinnerfüllte Beziehung bestand.“ Trauer ist folglich ein sich verändernder Prozess, der nicht identisch ist mit dem Gefühl des Traurigseins oder einer Gefühlsäußerung wie Weinen. Diese Verfassung kann sich daher ganz unterschiedlich äußern und ist mehr oder weniger für Außenstehende sichtbar. Trauer ist aber keine Krankheit, die medikamentös behandelt werden kann, sondern eine existenzielle Situation, die gelebt und überstanden werden will.

Trauererleben und Trauerverhalten

Eine unheilbare Erkrankung durchkreuzt das Leben aller Personen im Umkreis des Betroffenen und gefährdet die Integrität aller Beteiligten. Angehörige setzen sich auf ihre individuelle Art mit der Krankheit des Betroffenen und dem drohenden Verlust auseinander. Diese Auseinandersetzungen müssen weder parallel noch gleichzeitig, noch in der gleichen Länge oder am selben Ort geschehen. Der Umgang mit den unterschiedlichen Verarbeitungs- und Trauerprozessen stellt an das soziale Umfeld eines sterbenden Menschen eine große Herausforderung. Die Angehörigen müssen sich immer wieder an die Veränderungen, die eine chronisch fortschreitende Erkrankung mit sich bringt, anpassen. Der Verarbeitungs- und Trauerprozess wird maßgeblich durch die Erkrankung und deren Verlauf geprägt.

Angehörige erleben die akute Phase nicht selten als Krisensituation, die stark geprägt ist von Ungewissheit zwischen Hoffen und Bangen. Die Diagnosestellung kann als Schock erlebt werden, und die Bedrohung durch den Tod nimmt Realität an. Alle müssen sich mit der Endlichkeit des Lebens und mit dem bevorstehenden Verlust eines geliebten Menschen auseinandersetzen.

In der chronischen Krankheitsphase sind die Angehörigen herausgefordert, mit der Krankheit zu leben, eine „neue Normalität“ aufzubauen und das Lebenskonzept jedes Einzelnen nicht aus-

den Augen zu verlieren. Die finale Phase ist geprägt durch den Gedanken an den bevorstehenden Abschied und die Auseinandersetzung damit.

Der Trauerprozess vor dem Tod ist geprägt durch den ständigen Umgang mit Verlusten. Zu hoffen und zu bangen, mitzuleiden und sich zu sorgen sind wesentliche Merkmale dieses Prozesses. Die Angehörigen müssen ihre Aufmerksamkeit sowohl auf das Leben als auch auf den bevorstehenden Tod richten. Sie sind dabei einem enormen Spannungsfeld

ausgesetzt. Der Trauer um den Verlust des geliebten Menschen kann hier noch nicht genügend Raum gegeben werden. Der Trauerprozess vor dem Tod kann nicht vorweggenommen werden oder abgekürzt werden, die Vorbereitung auf den Tod und die Vorstellungen für das Danach können den nachfolgenden Trauerprozess jedoch erleichtern.

Trauer in der Palliativpflege

Pflegende in palliativen Situationen kommen fast täglich mit Trauer in Berührung. Hier lassen sich nach Weiher (1999) grundsätzlich drei unterschiedliche Arten von Trauer unterscheiden: Sterbetrauer – Todestrauer – Weiterlebetrauer (Abbildung 1).

Diese drei Trauersituationen sind von unterschiedlicher Qualität, beinhalten verschiedene Aufgaben in der Begleitung und beeinflussen sich gegenseitig.

Sterbetrauer

Die Sterbetrauer beginnt in aller Regel mit dem Tag der Diagnosestellung einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung. Auch wenn körperliche Beeinträchtigungen zu diesem Zeitpunkt wenig spürbar sind, verändert sich das Lebensgefühl dieser Menschen grundlegend. Angst und Unsicherheit werden zu ständigen Begleitern.

Wie lange lebe ich noch? Was wird alles passieren? Diese Fragen lassen sich pauschal nicht beantworten, da jede Krankheit und jedes Sterben individuell verläuft. Schreitet der Krankheitsprozess fort, müssen sich Patienten und ihre Angehörigen Tag für Tag von Fähigkeiten, Gewohnheiten und Sicherheiten verabschieden. Die Verlustlisten von Betroffenen und deren Angehörigen sind erfahrungsgemäß etwa gleich lang und enthalten ähnliche, gleiche und unterschiedliche Punkte. Das Leben der Angehörigen ist also mindestens genauso beeinträchtigt wie das der Betroffenen.

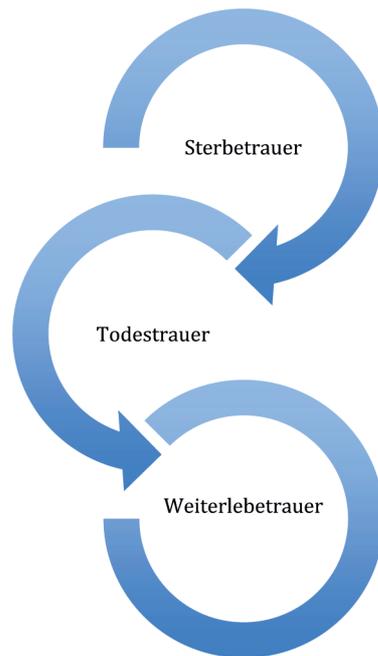


Abbildung 1: Arten von Trauer in palliativen Situationen nach Weiher (1999).

Pflegende sollten in der Zeit der „Sterbetrauer“ die Betroffenen und die Angehörigen im Fokus haben und Einfühlungsvermögen für die sehr unterschiedlichen Emotionen entwickeln. Die Herausforderung besteht darin, eine neutrale Haltung einzunehmen und Verständnis für beide Seiten zu zeigen. Gegebenenfalls ist es notwendig, vermittelnd zwischen den Betroffenen und den Angehörigen zu agieren – sodass auch diese mehr Verständnis füreinander entwickeln. Wichtig ist außerdem, dass alle Pflegekräfte, die involviert sind, über den gleichen Kenntnisstand der Situation verfügen. Verständnis füreinander zu ermöglichen, bedeutet aber nicht zwangsläufig, die Überzeugungen, Sichtweisen und Meinungen des anderen zu teilen oder zu übernehmen. Vielmehr geht es darum, Angehörige über mögliche Perspektiven, Verläufe und Hilfsangebote zu informieren.

Todestrauer

Jeder Mensch reagiert in existenziellen Krisensituationen unterschiedlich. Diese Reaktionsmuster sind willentlich nicht steuerbar und dienen dem Überleben in bedrohlichen Situationen. Deshalb kann es trauernde Angehörige zusätzlich belasten, wenn sie Signale von Pflegenden erhalten, die möglicherweise suggerieren, dass sie nicht „normal“ reagieren und eventuell psychisch krank sind oder werden könnten, wenn sie sich nicht „normal“ verhielten.

Einige Beispiele für Erstreaktionen der Angehörigen im Zeitraum vom Todeseintritt bis zur Bestattung: Der Sohn räumt sofort das Zimmer aus und ruft den Bestatter an. Die Ehefrau setzt sich hin und fängt an zu rechnen, weil sie nicht weiß, wie sie im kommenden Monat ihre Miete begleichen soll. Die Tochter bricht in Tränen aus und hält am Verstorbenen fest. Sie alle trauern genauso wie derjenige, der den Tod zunächst nicht wahrhaben möchte und an einen Irrtum glaubt. Die Herausforderung für Pflegende besteht darin, trauernde Angehörige einfach zu respektieren, zu unterstützen und ihnen einen Schutzraum zu bieten – einfach da zu sein. Wenn Pflegende als Begleiter in der Trauer diese Herausforderungen annehmen, können sie auch professionell unterstützen. Pflegende können den Trauernden Mut machen, den Abschied individuell zu gestalten und sie dabei begleiten oder auch anleiten. Pflegende

können dazu beitragen, Angehörigen ein gutes Erinnerungsbild mitzugeben, was lange in deren Gedächtnis bleibt.

Praxisbeispiel: Herr L. hat sich in seinem Jogginganzug immer am wohlsten gefühlt. In seiner Freizeit hat er Schafkopf gespielt. Als er verstarb, brachte die Ehefrau einen schwarzen Anzug mit, den die Pflegekräfte dem Verstorbenen anziehen sollten. Der Sohn wurde total wütend und ging seine Mutter an. Die Pflegekraft nahm die unterschiedlichen Bedürfnisse in der Situation wahr und vermittelte zwischen Mutter und Sohn. Schließlich bekam der Verstorbene seinen Jogginganzug angezogen und sein Sohn steckte ihm ein Kartenspiel in Hosentasche.



Bei dieser Unterstützung sollten die Pflegekräfte Worte und Gesten sehr bewusst wählen. Einfache Worte und Sätze sind für solche Situationen besser geeignet als perfekt formulierte Schachtelsätze, deren eigentliche Intention überhaupt nicht den Adressaten erreicht. Außerdem sind Trauernde sensibel und spüren, wenn ihnen etwas vorgemacht wird. Authentizität und Aufrichtigkeit sind hier gefragt, zum Beispiel: „Er/Sie sieht ganz entspannt aus.“ Oder auch das klare Benennen der Realität: „Er/Sie ist heute Nacht verstorben.“ Eine Umarmung, ein Händedruck sind übrigens oftmals wirkungsvoller als wortreiche Trostversuche. Ein gelebter Abschied vom Verstorbenen kann den Weg durch die Trauer wesentlich leichter gestalten.

Weiterlebetrauer

Mit der Bestattung schließt sich für immer die Tür zur irdischen Existenz des verstorbenen Menschen. Die Angehörigen stehen vor der großen Herausforderung, mit ihren gesamten Erinnerungen einen Weg in ein neues Leben ohne den Verstorbenen zu finden. Dies ist oft ein schwieriger und mühsamer Prozess mit vielen emotionalen Berg- und Talfahrten, die alle Aspekte unserer menschlichen Existenz mit sich bringen und sehr viel Kraft in Anspruch nehmen können. Bei dem Verlust sehr naher Angehöriger kann dieser wesentlich länger als ein Jahr dauern, eher drei bis vier Jahre. Häufig beginnt der Prozess erst nach vier bis sechs Monaten und verläuft dann nicht geradlinig, sondern eher spiralförmig mit vielen Windungen und scheinbaren Wiederholungen.

Die schwierigste Traueraufgabe besteht darin, die Endgültigkeit des Verlustes zu begreifen. Daneben gibt es noch drei weitere Aufgaben. Hinterbliebene entdecken oftmals erst nach ein paar Monaten, wenn sie tatsächlich in ihrem veränderten Lebensalltag angekommen sind, wo und wie der verstorbene Mensch Lücken hinterlassen hat. Keiner unterstützt sie bei Entscheidungen, keiner begrüßt sie, wenn sie nach Hause kommen. Je nach früherer Arbeitsteilung fehlen die Fähigkeiten des anderen im Alltag, und er steht nicht mehr als Gesprächspartner zur Verfügung. Diese Lücken tatsächlich wahrzunehmen, ist schmerzhaft und verunsichernd. Geschulte Gesprächspartner können im Trauerprozess unterstützen, indem sie den Verlust anerkennen: „Es tut weh, ohne Ihren Mann leben zu müssen.“ Diese Bestätigung hilft mehr als ein vorschnelles „Das wird schon wieder. Jetzt stecken Sie mal den Kopf nicht in den Sand.“ Oder gut gemeinte Ratschläge, wie das Leben jetzt idealerweise zu bewältigen sei.

Das Weiterleben fordert von Trauernden, dass sie sich zurechtfinden in einer Realität, in der der Verstorbene fehlt. Von manchem muss man sich für immer verabschieden, und vieles muss man wohl oder übel komplett neu lernen, um im Alltag zurechtzukommen. Es ist hilfreich, wenn Pflegende Fähigkeiten erkennen und diese beim Trauernden fördern durch praktische Hilfestellungen für den Alltag. Werden diese Aufgaben gelöst, so gelingt es auch, der

verstorbenen Personen einen neuen Platz zuzuweisen und weiterzuleben (Paul 2001).

Das bedeutet auch, dass der verstorbene Mensch nicht zwingend losgelassen werden muss, sondern einfach einen neuen Platz im inneren Leben der Hinterbliebenen erhält. Die Erinnerung kann so bewahrt werden. Dieser Prozess sollte ganz individuell gestaltet werden. Zudem geht es auch um den Mut und das Recht, ein eigenes Leben ohne den Verstorbenen zu führen. Sind Pflegende in dieser Phase noch in Kontakt mit den Angehörigen (z.B. durch ein Trauercafé der Einrichtung), so können sie Mut machen und bestätigen, dass die Erinnerung und ein neues Leben nebeneinander Platz haben sollten.

Pflegende haben die Aufgabe, Angehörige in der Zeit vor dem Tod in ihrem Bewältigungsprozess zu unterstützen und sie dabei auf den Tod und den nachfolgenden Trauerprozess vorzubereiten. Innerhalb der unmittelbaren Sterbephase sollen die engsten Bezugspersonen Raum und Zeit bekommen, damit sie würdevoll Abschied nehmen können. Die Begleitung nach dem Versterben soll die Angehörigen unterstützen, den Weg zurück ins Leben zu finden und kann sich positiv auf die nachfolgende Trauerarbeit auswirken.

Auch Pflegende trauern

Pflegende in palliativen Situationen werden fast täglich mit Sterben und Tod konfrontiert. Häufig besteht eine gute, lange gewachsene Beziehung zu den Betroffenen und deren Angehörigen. Sie begleiten den sterbenden Menschen und trösten die Hinterbliebenen. Dabei wird häufig die eigene professionelle Trauer vergessen, verdrängt, verleugnet oder nicht zugelassen.

Der Tod gehört zum Berufsalltag von Pflegenden, jedoch werden sie selbst kaum als Trauernde wahrgenommen. Von professionellen Mitarbeitern wird selbstverständlich erwartet, dass sie mit dem Themen Tod und Sterben umgehen können. Viele Pflegekräfte haben eine solche Wahrnehmung von ihrer eigenen Profession und versuchen deshalb, ihre Emotionen zu unterdrücken oder nur im privaten Bereich zu zeigen. Tatsächlich wird Pflegenden kaum Raum und Zeit gegeben, Emotionen zu zeigen und zu trauern. Sie erhalten an ihrem Arbeitsplatz wenig Unterstützung, und

dementsprechend sind ihre Bewältigungsstrategien oft unzureichend. Trauer ist eine ganz normale Reaktion auf einen erlebten Verlust. Sie dient dem Menschen u.a. als Selbstschutz. Es kann daher Stress, emotionale Erschöpfung und Depressionen auslösen, Trauer und weitere Emotionen zu verdrängen. Im Extremfall kann sich daraus ein Burnout entwickeln.

Die Intensität des Trauerempfindens hängt häufig von der Intensität der Beziehung ab, die zwischen dem Pflegenden und dem betreuten Menschen entstanden war. Insbesondere an den Orten, wo Menschen über einen langen Zeitraum begleitet wurden, wie beispielsweise in Pflegeeinrichtungen oder Hospizen, entstehen intensive, tiefgehende Pflegebeziehungen. Verstirbt der Betroffene, so können auch Pflegende Trauer und Verlust erleben.

Die Verlusterfahrung der Pflegenden unterscheidet sich von der Verlusterfahrung der Angehörigen. Sie ist nicht so stark, nicht so intensiv und überwältigend und in der Regel bedeutend kürzer. Dennoch empfinden Pflegende in vielen Fällen eine Trauer, die in ihrer Symptomatik der Reaktion von Angehörigen ähnelt.

Mögliche Anzeichen sind:

- wiederholtes Reden über den Verstorbenen
- Nachdenken über den Verstorbenen
- Hilflosigkeit
- Schock
- Weinen
- Innerer Rückzug
- Erschöpfung
- Kopfschmerzen
- Schlaflosigkeit
- Appetitlosigkeit

Diese Symptome können bei Pflegenden nach wenigen Stunden beendet sein, aber auch mehrere Wochen andauern. Besonders junge und unerfahrene Pflegekräfte sind häufig davon betroffen. Wenn sie keine Möglichkeit haben, das Erlebte zu verarbeiten, können sich die Symptome manifestieren. Nicht selten

versuchen Pflegende, dann solchen Situationen aus dem Weg zu gehen und unterdrücken tatsächliche Emotionen.

Fazit

Pflegende in palliativen Situationen sollten die Betreuung trauernder Angehöriger in der Zeit der Krankheit, des Sterbens und besonders unmittelbar nach dem Tod als Teil ihrer Pflegeaufgabe sehen. Damit tragen sie zu einem positiven Verlauf des Trauerweges bei. Sie können darüber hinaus Risiken wahrnehmen und Ressourcen einschätzen und Trauerende im Einzelfall über spezielle Unterstützungsmöglichkeiten informieren. <<



Literatur:

Lexa N. (2013) Burnout und Burnout –Prävention im Palliative Care Team. Hogrefe, Bern.

Paul C. (2001) Neue Wege der Trauer- und Sterbebegleitung. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.

Weiber E. (1999) Die Religion, die Trauer und der Trost. Seelsorge an den Grenzen des Lebens. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz.

Autorenkontakt:

Nadine Lexa, MAS, Ex. Krankenschwester, MAS Palliative Care, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrbeauftragte, Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfelser Weg® und Herausgeberin der Buchreihe „Palliative Care für Einsteiger“.
Kontakt: nadinelexa@gmail.com

Zusammenfassung

Wie funktioniert „richtiges Trauern“? Geht das überhaupt? Auch in der palliativen Pflege sind genaue Vorstellungen über „richtiges Trauern“ noch weit verbreitet. Professionell Pflegende sollten sich daher von alten Vorstellungen verabschieden und einen offenen und sensiblen Umgang mit trauernden Menschen entwickeln.

Schlüsselwörter: Palliative Care, Trauer, Angehörige

> Umgang mit Patienten am Lebensende

Emotionen in der Palliativpflege

ANDREAS STÄHLI

Die Begleitung Sterbender kann sehr belastend sein. Der Todkranke kann traurig sein, wütend, verzweifelt, er hadert mit seinem Schicksal – und erleidet im schlimmsten Fall Todesangst oder Panikzustände. Auch die Familien und Angehörige nehmen daran lebhaft Anteil. Aber was ist mit den Pflegekräften? Auch sie geraten an Grenzen, leiden mit, und bekommen auf drastische Weise ihre eigene Endlichkeit vor Augen geführt. Der gelungene Umgang mit negativen Gefühlen ist immer wieder eine Aufgabe für die Pflegenden wie auch für die Erkrankten. Ängste anzusprechen, sich ihnen wenn möglich zu stellen, nimmt diesen etwas von ihrer Schwere. Aber auch Freude sollte in der Palliativpflege ihren Platz haben.

In der Palliativpflege wird von den Beschäftigten sehr viel verlangt: Das Wissen um Art und Verlauf von schweren Krankheiten ist ebenso wichtig wie praktische Fertigkeiten in der Pflege, aber auch eine bejahende, rücksichtsvolle und, wenn es passt, auch humorvolle Haltung. Vor allem aber kann die Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer Familien von intensiven Gefühlen bestimmt sein: Gefühlen der Patienten, der Verwandten und der Pflegekräfte selbst – wenig überraschend, bewegt sich Palliativpflege doch an den Grenzen von Leben und Tod.

In meinem Beitrag werde ich neben einigem Grundsätzlichen zum Feld der Emotionen in der Palliativpflege auf zwei aus meiner Erfahrung wichtige, nämlich Angst und Freude, näher eingehen. Anders als die Freude ist die Angst wenig willkommen. Sprechen wir beim Schmerz von einem Leitsymptom, so wäre dies gleichermaßen, ohne dabei den Aspekt des „total pain“ (Saunders) zu vergessen, von der Angst zu sagen. Sie kann sich in so vielerlei Weisen und auf verschiedenen Ebenen zeigen: manchmal versteckt, oft aber auch dramatisch offen und direkt.

Grundsätzliches zu Emotionen in der Palliativpflege

Palliativpflege versteht sich als eine Form von Fürsorge, die auf den jewei-

ligen Patienten und dessen Einzigartigkeit besonders eingeht. Sie begleitet bedürfnisorientiert – und ist in diesem Sinne zugewandt und aufmerksam für das, was innerlich Not bereitet, was als schwer empfunden wird oder wo Enge erlebt wird. Pflegenden haben deshalb oft eine besondere Nähe zu den Erkrankten. Sie sind viel bei ihnen, hören von ihren Sorgen, erfahren diese in verschiedenen Situationen, etwa während der Grundpflege, also in einer besonderen Art der Zuwendung. Sie sind vor und nach dem Besuch von Freunden und Angehörigen bei ihnen, tagsüber und nachts, vielleicht nach dem letzten Weihnachten oder Ostern. Diese Nähe, die Bindung entstehen lässt, führt zugleich dazu, dass Emotionen deutlicher erlebt werden: von den Erkrankten, den Angehörigen und den Pflegenden selbst.

Dabei ist eines besonders wichtig: Die besonderen zwischenmenschlichen Begegnungen während der Pflege erfordern auch, dass die Pflegenden für ihre eigenen Emotionen aufmerksam sind. So ist es zu verstehen, dass M. Kern in ihren formulierten „Anforderungen an die Palliativpflege“ neben den Bereichen wie „Ganzheitliche Wahrnehmung“ oder „Integration von Angehörigen und Freunden“ eben auch die „Wahrnehmung von und Auseinandersetzung mit Gefühlen angesichts von Leiden, Sterben und Tod“ in ihren Kanon aufnimmt (Kern 2008, S. 962ff.). Dabei wird der An-

satz im Umgang mit Gefühlen, bei den Erkrankten, ihren Familien und Freunden, ein stützender und entlastender, aber kein therapeutischer sein, im Blick auf die eigenen Gefühle der Pflegenden ein integrierender und emotionsoffener (Stähli 2004). Letzterer ist Ausdruck einer sensiblen Sorge um sich, zu der gehört, Gefühle nicht auszugrenzen. Die Intensität, in der Pflegenden das Schicksal der Sterbenden miterleben, ruft geradezu nach einer guten und wachen Selbstsorge. Kranksein, Sterben und Tod machen betroffen und rufen eine Vielzahl belastender Emotionen hervor: Der Tod wirft die Menschen auf sich selbst und ihre Endlichkeit zurück, entkleidet sie ihrer Rollen, macht Gewissheiten unsicher, entzieht Konventionen. Er befragt die Biografie, befragt auch das System Familie, in das nun der Verlust tritt, und er wird unbequem im Blick auf Versäumnisse, etwa sich vor dem Tod mit dem Sterbenden zu versöhnen. Sterben und Tod erzeugen Ohnmacht, Verzweiflung, Wut, Scham, Schuldgefühl, Trauer und andere konfrontierende seelische Erfahrungen.

Zwei zentrale Emotionen: Angst und Freude

Bevor ich auf die beiden Gefühle Angst und Freude genauer eingehe, möchte ich auf drei emotionspsychologische Blickrichtungen hinweisen. Zunächst einmal entfaltet sich eine Emotion in verschiedenen Komponenten. H. Weber (1994, S. 13) nennt mit Hinweis einer „weithin akzeptierten Vorstellung“ fünf:

- eine physiologische,
- eine expressive,
- eine kognitive,
- eine motivational-aktionale und
- eine subjektiv-erlebnisbezogene.

Wut beispielsweise ist eben nicht „nur“ dieses Gefühl der Anspannung oder des Angestauten, sondern zeigt sich auch in Mimik und Gestik, geht mit einer Bewertung der Situation einher (etwa ungerecht behandelt zu werden), hat



Man assoziiert das Lebensende meist mit Schmerz, Angst und Trauer. Doch auch Freude hat ihren Platz in der palliativen Versorgung. Manchmal sind es die Kleinigkeiten, wie Sonnenstrahlen auf der Haut, die einen Moment der wahren Freude bereiten.

das Bedürfnis, sich zu entladen, und ist physiologisch verankert. Zweitens ist es nicht möglich, Emotionen scharf einzugrenzen. Sie sind fließend und können je nach Intensitätsgrad in andere übergehen. V. Kast (1998, S. 32f.) spricht daher von „Emotionsfeldern“ oder „Emotionsketten“. Drittens können Emotionen einer Selbstkontrolle und Abwehr unterliegen. Dabei haben wir zwischen bewussten und unbewussten Abwehrmechanismen zu unterscheiden.

Angst

Angst kann immer dann auftreten, wenn Grenzen erfahren werden, bewährte Strategien nicht mehr greifen und ungewisse Folgen bedrängen, denen der Mensch sich ausgesetzt fühlt oder wenn Sicherheit und vertraute Rückzugsräume verloren gehen. Das Sterben birgt alle diese Erfahrungen. Als Krisenzeit empfunden, kann sie zu einer Hoch-Zeit der Angst werden.

Angst bei den Erkrankten und ihren Angehörigen

E. Aulbert (2008, S. 1071) unterscheidet verschiedene Ängste, die aus der Konfrontation mit dem nahen Tod entstehen können: Angst vor den physischen und psychischen Folgen der Krankheit, Angst vor dem Sterben als existenzielle Krise, Angst vor Verlust, Angst vor Therapien und ihren Konsequenzen, die Sorge um Familie und Freunde wie auch Ängste im sozioökonomischen Bereich. Die Formen des Ausdrucks sind vielschichtig

und können von einfacher Schlaflosigkeit bis hin zu panikhafte Zuständen reichen. Die akute Todesangst, die den Erkrankten überflutet und ihn in seiner gesamten Existenz ergreift, ist die dramatischste und schwerste Form. In der palliativen Betreuung gehört sie zu den erschütterndsten Erfahrungen. Ein Beispiel sei an dieser Stelle genannt.

Herr B. ist Patient auf einer Palliativstation, Ende 50 und bedingt durch sein Karzinom häufig mit Atemnot belastet. Als ich das Zimmer betrete, finde ich Herrn B. blass und kaltschweißig. Er ringt mit dem Atem, seine Augen sind weit aufgerissen. Sein Blick ist panisch, getrieben, sucht Hilfe. Nur ein starkes Sedativum dämpft diese abgründige Angst.

Der Tod trifft das ganze System Familie und weckt auch dort Ängste. Fragen im Zusammenhang mit der Erkrankung können Angehörige ebenso belasten wie den Erkrankten selbst. Und auch sie fühlen den Schmerz des Verlustes, haben Angst vor dem, was kommt, vor Ohnmacht, Überforderung und Hilflosigkeit.

Welchen Schutz können Begleitende anbieten? Elementar ist der Aufbau von Sicherheit und Vertrauen in der Beziehung zum Erkrankten und dessen Familie. In der Situation der Angst ist Vertrauen eine kaum zu überschätzende Größe. Je sicherer sich Helfende in ihrem Kontakt und ihren Maßnahmen zeigen, umso wertvoller ist dies. In Akutsituationen (beispielsweise einer schweren

Blutung mit großer Angst) kann die Ausstrahlung von Ruhe und Gewissheit für die Pflegenden zu einer wirklichen Herausforderung werden. Wessen Hand zittert da nicht – und wessen Stimme hat da nicht Mühe, ruhig und klar zu bleiben?

Eine Benennung und Differenzierung der Angst und ihrer möglichen Auslöser kann gerade bei einer gleichsam zurückgenommenen und doch gegenwärtigen Angst unterstützend sein. Ängste haben bisweilen ihre Geschichte in einer Biografie. Vielleicht kennt der Betroffene eigene stärkende, innere Hilfen. Grundsätzlich wird sich ein Mensch in Angst nicht selbstbewusst, sondern eher schwach empfinden. So ist zu beachten, dass zu viele Fragen überfordernd wirken können. Immer sollten auch die zahlreichen Möglichkeiten aus den sogenannten komplementären Verfahren bedacht werden; so zum Beispiel aus der Aromapflege oder der palliativen Atemtherapie. Bei akuter Todesangst oder akuter Vernichtungsangst wird in der Regel nur ein sofort wirksames, vom Arzt angeordnetes und hoch potentes Medikament die einzige Möglichkeit der unmittelbaren Hilfe sein.

Angst bei den Pflegenden

Zunächst einmal vorweg: Sich Ängste einzugestehen, ist keine Schwäche, sondern ein Ausdruck innerer Stärke – gerade dann, wenn sie auch nach außen, zu den Kollegen, ausgesprochen werden. Das wird nur dann möglich sein, wenn im Team eben jenes Vertrauen besteht, das es erlaubt, sich so zu öffnen. Mögliche Anlässe für Angst sind zahlreich: vor Überforderung in akuten Krisen, vor eigenem Versagen, vor Schuld und Beschämung, vor Wut und destruktiver Kraft oder vor eigener tiefer Trauer – und nicht zuletzt doch auch vor dem eigenen Leiden und Sterben.

Welcher Umgang mit der eigenen Angst aber kann hilfreich sein? In einer angstauslösenden Situation wird der Handlungsimpuls dieser Emotion einen unmittelbaren Weg zeigen, sei es Schutz bei einer Bedrohung wie Gewalt. Oder der Impuls, bei eigener Überforderung Hilfe zu holen. Generell ist es wertvoll, erfahrene Angst aus einem gewissen Abstand noch einmal anzuschauen. Eine Situationsanalyse, eine Benennung und Differenzierung sind hilfreich. In dieser Reflexion der eigenen Angst können un-

ter anderem folgende Fragen von Bedeutung sein (Stähli 2004, S. 104):

- Wovor habe ich Angst?
- Was habe ich empfunden?
- Was habe ich vielleicht im Vorfeld schon an Schwierigkeiten erwartet?
- Was würde mir gut tun?

In dieser Suche nach einer Identifizierung der Angst wird sie greifbarer und verliert damit ihr oftmals Diffuses. Eine kognitive Ein- und gegebenenfalls Umdeutung stärkt im Umgang mit der Angst.

Angst ruft zur Gelassenheit, einer Haltung, die Teil von Lebenskunst ist. Sie ist eine Schwester des Vertrauens. Sich bewusst mit dem eigenen Atem zu verbinden, sich im ruhigen Rhythmus seines Aufnehmens und Abgebens zu verankern, fördert darin, nicht aus der eigenen Mitte zu fallen – gerade in Situationen großer Belastung.

Freude

„Von außen“ betrachtet, in einer ersten, spontanen Reaktion, erscheint die Emotion Freude dem ganz fern zu sein, was wir mit Kranksein und Sterben verbinden. Die Beschwernisse Ohnmacht, Angst und Trauer drängen sich auf und nicht das Helle, das Heitere, das Öffnende. Und doch zeigt sich die Realität in der Begleitung oft genug anders: Das Grau verliert sich, das Leben im Sterben wird „weit“, und Enge löst sich. Das gilt für alle temporalen Aspekte der Freude: die Vorfriede in der Erwartung des Kommenden, die augenblickliche Freude, die im „Jetzt“ ihre Erfüllung findet, und die Freuden-Erinnerung, die aus der Vergangenheit Frohes erweckt.

Freude bei den Erkrankten und ihren Angehörigen

Es können ganz verschiedene Situationen sein, die Freude auslösen. Häufig sind es gerade die kleinen Dinge, die sie bereiten: der Geschmack des Lieblingskuchens oder eines Getränkes, die wärmende Sonne noch einmal im Garten, der Besuch der Enkelkinder, das Vertraute einer Melodie oder eine behutsame Einreibung mit wohlriechendem Öl. Auch kennen wir jene Form von tiefer Freude, wenn Versöhnung glückt, wenn die Bitte um Verzeihung ausgesprochen wird, wenn ein Gefühl von Schuld befreit wird.

Weil der Freude in der Zeit der Belastung und Anstrengung für alle eine so schöne und wichtige Bedeutung

zukommt, sollte in der Palliativpflege immer auch im Blick behalten werden, wann und wie Freude gefördert werden kann, ohne sie dabei zwanghaft herbeiführen zu wollen. Freude braucht immer auch das Freilassende. Findet sie Beachtung, dann ist es eine wunderbare Aufgabe, in der Begleitung den Möglichkeiten für Freude nachzugehen – die Erkrankten etwa zu fragen, was ihnen Freude bereitet, was sie gerne mögen oder was sie sich vielleicht lange nicht mehr erlaubt haben. Wenn es im Familien- und Freundeskreis jemanden gibt, der Zuversicht ausstrahlt, dessen Kontakt ihnen gut tut – warum nicht fragen, ob ein regelmäßiger Besuch möglich ist?

Oft verrät die Krankenakte eine lange Geschichte von Diagnostik, Therapie, und Klinikaufenthalten, die sich wie eine Reihung von Enttäuschungen und verlorenen Hoffnungen auf Gesundheit liest. Dann ist es gut, daran zu denken, dass es neben dieser „Problembiografie“ im Leben der Betroffenen stets auch eine „Freudenbiografie“ (Kast 1988, S. 55ff.) gibt, der nachgespürt werden darf, und aus der Erinnerung an erlebtes Glück mag sich dann neue Freude finden lassen.

Freude bei den Pflegenden

Pflege im Allgemeinen und Palliativpflege im Besonderen aus dem bloßen Gefühl der Pflicht heraus zu tun, wird weder dem Wesen der Fürsorge noch dem der Selbstsorge gerecht. Die Pflege Sterbender lebt aus einer Haltung, die sich immer wieder dem Schweren entbindet, die sich in der Zuneigung zum Schicksal der Menschen öffnet, die sich weit macht auf das Unverfügbare hin. Nicht ohne Grund hat so die Heiterkeit in ihr einen Ort. Palliative Pflege trägt den Anspruch auf Ganzheitlichkeit in sich, in dem Kreativität ebenso Raum hat wie Gemeinsamkeit, ein Achten auf die eigenen Bedürfnisse ebenso wie der gegenseitige Schutz. Resignation würde all dies zerstören, während eine

zuversichtliche Atmosphäre zur Freude führt.

Freude ist hierbei eine Quelle der Stärkung. Diese Quelle muss immer wieder aufgesucht werden, denn in Anbetracht der Fülle an Leid, von Abschied und Schmerz, welche der Tod mit sich bringt, bedarf es dieser besonderen emotionalen Kraft. Jede und jeder hat seine ganz persönlichen Felder der Freude, sei es nun die Natur, die Kunst, die Religion, die Partnerschaft oder ein anderer Bereich. Zugleich muss auch auf der organisatorisch-strukturellen Ebene in den einzelnen Institutionen gewährleistet sein, dass die Freude am Tun wachbleibt und nicht verkümmert.



Literatur

Aulbert E. (2008) Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.) Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S. 1071.

Kast V. (1998) Freude, Inspiration, Hoffnung. 2. Aufl. DTV, München, S. 32f., S. 43-77.

Kern M. (2008) Patientenzentrierte Pflege und Aufgaben in Schmerztherapie und Symptombehandlung. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.) Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S. 962-967.

Stähli A. (2004) Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege. Ein Leitfadens. Kohlhammer, Stuttgart, S. 15-31, S. 87-105, S. 153-163.

Weber H. (1994) Ärger. Psychologie einer alltäglichen Emotion. Juventa, Weinheim. München, S. 13.

Autorenkontakt:

Dr. phil. Andreas Stähli, M.A., Leiter der Akademie am Johannes-Hospiz, Münster.
Kontakt: a.staehli@johannes-hospiz.de

Zusammenfassung

Palliative Pflege lebt aus einer Beziehung zu den Erkrankten und ihren Familien, die durch ihre besondere Nähe den Raum für Emotionen öffnet. In dem vorliegenden Beitrag wird, neben Grundsätzlichem zum Bereich der Gefühle, auf Angst und Freude in der Sterbebegleitung eingegangen. Dabei wird der Aspekt eines gelingenden und fördernden Umgangs betont.

Schlüsselwörter: Palliativpflege, Emotionen, Angst und Freude

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Jutta Kaltenegger

Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen fördern

Konzepte und Methoden für die Praxis

2016. 165 Seiten, 5 Abb., 8 Tab. Kart. € 26,-
ISBN 978-3-17-021430-9

auch als
EBOOK

Sind alte Menschen unglücklicher als junge? Kann man pflegebedürftig sein, im Pflegeheim leben und sich glücklich fühlen? Was ist das überhaupt: Glück? Wohlbefinden? Lebensqualität? Und: Können Heime die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen positiv beeinflussen? Das Buch beleuchtet den Beitrag von Pflegeeinrichtungen zur Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen jenseits gängiger Klischees über „Heime“. Es führt in das Konzept der Lebensqualität ein und zeigt, wie die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen gefördert werden kann. Es ist ein Theorie- und Praxisbuch, das wissenschaftlich fundiert Anregungen und Konzepte für die Verwirklichung von Lebensqualität im Pflegeheim vermittelt.

Jutta Kaltenegger, Dipl.-Pflegerin, Altenpflegerin, ist selbstständig in der Beratung von Pflegeeinrichtungen tätig.



Friedhilde Bartels/Claudia Eckardt/Saskia Wittekindt/Anke Wittrich

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 1: Grundlagen und Formulierungshilfen

2016. 78 Seiten, 15 Abb. Kart. € 25,-
ISBN 978-3-17-029735-7

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) wird bei älteren Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf durchgeführt und geht über die Grund- und Behandlungspflege hinaus. Sie hat das Ziel, dass Betroffene die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder erreichen. ATP-G wurde auf der Grundlage des Bobath-Konzepts entwickelt, da sich u. a. Pflege- und Therapieinterventionen ergänzen und in dem individuellen „Lernprozess“ des Patienten aufeinander abzustimmen sind. Das setzt voraus, dass die Mitarbeiter aller Berufsgruppen des interdisziplinären Teams über den gleichen Wissensstand verfügen und demnach auch die gleiche Fachsprache sprechen. Für einen effizienten und effektiven Therapieerfolg des Patienten sind gemeinsam vereinbarte Ziele die Voraussetzung für eine wertschätzende Umgangskultur im Sinne der Beziehungsarbeit der ATP-G. Band 1 beinhaltet die Grundlagen der ATP-G sowie Formulierungshilfen für die Dokumentation.

Friedhilde Bartels, Pflegedienstleiterin, Vorstandsmitglied BVG e. V. **Claudia Eckardt**, Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA®. **Saskia Wittekindt**, Stationsleitung. **Anke Wittrich**, Dipl.-Med.-Inf. (FH), stellv. Geschäftsführerin BVG e. V.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

Das „switch on-switch off model“: Sich auf die Arbeit vorbereiten und danach wieder abschalten

Studien über die Arbeitsbedingungen von Pflegepersonal in Hinblick auf die Belastungen sind hinreichend vorhanden. Relativ wenig lässt sich jedoch über die verwendeten Strategien zur Erholung bzw. Stressreduktion von Pflegekräften unmittelbar vor („switch on“) sowie unmittelbar nach („switch off“) ihrer Schicht finden.

Pflegekräfte sind einen enormen Stresslevel während der Arbeit ausgesetzt. Gedanklichen Abstand von der Arbeit zu finden, ist oftmals nicht automatisch gegeben. Keine Überraschung ist, dass Schichtarbeit von schlechtem „Kopf abschalten“ und unzureichender Erholung von der Arbeit gekennzeichnet ist. Auch die freien Tage der Pflegekräfte sind nicht immer in Folge und decken sich oft nicht mit den Wochenenden. Das bedeutet, dass eine Teilnahme an gemeinsamen Freizeitaktivitäten mit Freunden und Familie nur begrenzt möglich ist. Der Mangel an Erholung hat Konsequenzen für die Betroffenen aber auch für die Patienten. Angesichts der hohen Belastung und somit auch Burnout-Gefährdung ist es unabdingbar effektive Strategien zur Stressreduktion bei Pflegekräften zu identifizieren.

Ziel der hier vorgestellten Studie aus Griechenland ist es, verschiedene Strategien zur Vorbereitung auf die Schicht sowie zum Abschalten von der Arbeit zu identifizieren.

Die Autoren führten halb-strukturierte Interviews durch. Die Teilnehmer wurden durch einen Aushang auf den Stationen eines städtischen Krankenhauses angesprochen. 11 Pflegekräfte konnten für die Befragung gewonnen werden (7 Frauen, 4 Männer). Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 14 Jahren. Die durchgeführten Interviews wurden aufgezeichnet und mit der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Als Ergebnis ließen sich 5 Hauptkategorien identifizieren.

- Persönliche Pflege/ Selbstpflege
 - die Anwendung von Parfüm/Deo erhöht ihr Wohlfühlfaktor und vermindert den Stress, sie fühlen sich damit frisch
 - vor oder nach der Schicht Duschen: Frischeerlebnis und damit Wohlfühlerlebnis
 - Nutzung von Make-up
- Religiöse Rituale

- Sie helfen den Pflegekräften, mit stressigen Situationen umzugehen
- Nikotin/Koffein
 - große Bedeutung wird dem Rauchen vor Beginn der Schicht besonders in Verbindung mit Kaffee und dem Austausch mit Kollegen zugeschrieben
- Soziale Interaktionen
 - Pflegende kommen etwas früher zur Arbeit, um mit den Kollegen zu reden
 - Anwendung von Humor zum Ende der Schicht: Anti-Stress-Mechanismus
- Musik hören
 - Energielieferant vor und nach der Arbeit
 - laute Musik im Auto hören, lenkt von Arbeit ab

Oft werden die gleichen Strategien vor und nach der Schicht angewendet, jedoch für unterschiedliche Zwecke. So dient das Musikhören vor der Schicht als Energiespender und nach der Schicht als Entspannungsfaktor.

Die Studie ist ein erster Versuch, um angewendete Strategien zur mentalen Vorbereitung (switch on) und Nachbereitung (switch off) einer Schicht im Krankenhaus zu erklären. Das theoretische Modell kann als konzeptioneller Rahmen für weitere Forschung auf diesem Gebiet genutzt werden.

Quelle: Manomenidis G., Panagopoulou E. & Montgomery A. (2016) The ‚switch on-switch off model‘: Strategies used by nurses to mentally prepare and disengage from work. *Int J Nurs Pract.* doi: 10.1111/ijn.12443

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Simone Kuntz**, Dipl.-Pflegepädagogin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: Simone.Kuntz@charite.de

Kommentar



Das gewählte induktive, deskriptive, qualitative Design der Forschungsgruppe diene zunächst dazu, dass Phänomen zu erfassen und zu beschreiben. Beim induktiven Forschungsweg können aus Einzelfällen allgemein gültige Theorien abgeleitet werden. Die deskriptive Herangehensweise hat zum Ziel, das Phänomen (das noch wenig bekannt ist) zu beschreiben. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring handelt es sich um eine systematische Textanalyse (in dieser Studie, der Interviews) in mehreren Schritten die zur Interpretation und Auswertung der Daten führen.

Wie die Autoren der Studie schon selbst feststellten, lassen sich aus diesen Ergebnissen noch keine generellen Aussagen treffen. Um die identifizierten Strategien zu prüfen, schlagen sie ein quantitatives Design mit einer größeren Stichprobe sowie die Beachtung eines Längsschnittdesigns vor.

> Cochrane-Review

Prävention von beruflichem Stress bei Gesundheitsfachpersonen

CORNEL SCHIESS, ANDREA KOBLEDER

Gesundheitsfachpersonen leiden häufig an berufsbedingtem Stress, welcher zu schweren physischen und psychischen Gesundheitsproblemen führen kann. Dieser Cochrane-Review untersucht unterschiedliche Interventionen um beruflichem Stress vorzubeugen.



Bei diesem Cochrane-Review handelt es sich um ein Update eines Reviews aus dem Jahr 2014. Die Autoren suchten in den Datenbanken CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, NIOSHTIC-2 und Web of Science. Zusätzlich wurden Referenzlisten identifizierter Publikationen durchsucht und es erfolgte eine Handsuche in allen Ausgaben zwischen den Jahren 1987 und 2013 der Zeitschrift Work & Stress.

Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien (RCT), Cluster-RCT, kontrollierte Vorher-Nachher-Studien, Studien im unterbrochenen Zeitreihendesign, welche bei Gesundheitsfachpersonen Interventionen zur Prävention oder Reduktion von beruflichem Stress untersuchten.

Intervention und Kontrolle

Kognitive Verhaltensinterventionen, Entspannungsinterventionen oder or-

ganisatorische Interventionen wurden mit keiner Intervention oder einer alternativen Intervention verglichen.

Zielkriterien

Primäre Zielkriterien (Endpunkte) waren beruflicher Stress oder Burnout.

Vorgehen

Zwei Autoren beurteilten unabhängig voneinander alle identifizierten Publikationen anhand der Einschlusskriterien. Unstimmigkeiten wurden mittels Diskussion oder dem Einbezug einer Drittperson gelöst. Danach wurden die Daten aus den Studien anhand einer standardisierten Vorlage extrahiert. Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien erfolgte durch festgelegte Kriterien und die Bewertung der Qualität der Evidenz mittels GRADE.

Datenanalyse

Die Autoren berechneten für die Darstellung kontinuierlicher Interventionseffekte Mittelwerte und Standardabweichungen bzw. standardisierte mittlere Differenzen (SMD). Bei fehlenden Daten nahmen sie Kontakt zu den Originalautoren der eingeschlossenen Studien auf. Die Heterogenität zwischen den Studien wurde statistisch durch die Berechnung des I^2 bestimmt. Zudem wurde die Heterogenität klinisch beurteilt: durch den Vergleich der Teilnehmer, Interventionen, Kontrollen, Zielkriterien und der Nachbeobachtung. Eine Synthese der Daten erfolgte bei Homogenität durch das Fixed-Effect-Model bzw. bei Heterogenität durch das Random-Effects-Model. Zudem wurden Subgruppenanalysen und Sensitivitätsanalysen durchgeführt.

Ergebnisse

In den Cochrane-Review konnten 58 Studien mit überwiegend niedriger methodischer Qualität und mit insgesamt 7188 Teilnehmern eingeschlossen werden. Die Studien untersuchten kognitives Verhaltenstraining, mentale und körperliche Entspannung, kognitives Verhaltenstraining kombiniert mit Entspannung und organisatorische Interventionen.

Durch eine kognitive Verhaltenstherapie mit oder ohne Entspannung im Vergleich zu keiner Intervention konnten nach einem Monat keine signifikanten Verbesserungen von beruflichem Stress oder Burnout festgestellt werden:

- kognitive Verhaltenstherapie mit Entspannung: 3 Studien, SMD: -0.45; 95%-Konfidenzintervall: [-1.61 bis 0.7]; $p=0.44$
- kognitive Verhaltenstherapie ohne Entspannung: 4 Studien, SMD: -0.25; [-0.60 bis 0.11]; $p=0.17$

Erst nach sechs Monaten zeigten sich signifikante Vorteile durch kognitive Verhaltenstherapie mit oder ohne Entspannung hinsichtlich beruflichen Stress oder Burnout:

- kognitive Verhaltenstherapie mit Entspannung: 2 Studien, SMD: -0.78; [-1.38 bis -0.18]; p=0.011
- kognitive Verhaltenstherapie ohne Entspannung: 6 Studien, SMD: -0.28; [-0.47 bis -0.09]; p=0.0045

Körperliche Entspannung im Vergleich zu keiner Intervention zeigte bereits nach einem Monat eine Verbesserung des beruflichen Stresses oder des Burnouts (4 Studien, SMD: -0.48; [-0.89 bis -0.08]; p=0.020). Diese Verbesserung ließ sich auch nach sechs Monaten noch feststellen (6 Studien, SMD: -0.47; [-0.70 bis 0.24]; p<0.0001).

Mentale Entspannung führte kurzfristig zu keiner Verbesserung (6 Studien, SMD: -0.50; [-1.15 bis 0.15]; p=0.13), jedoch zeigten sich auch hier nach sechs Monaten statistisch signifikante Vorteile im Vergleich zu keiner Intervention (1 Studie, SMD: -1.89; [-2.65 bis -1.13]).

Hinsichtlich organisationaler Interventionen führten vor allem kürzere Dienstzeiten zu einer statistisch signifikanten Reduktion von beruflichem Stress oder Burnout nach sechs Monaten (2 Studien, SMD: -0.55; [-0.84 bis -0.25]; p=0.0003).

Schlussfolgerung

Basierend auf Evidenz niedriger Qualität lässt sich feststellen, dass kognitive Verhaltensinterventionen mit mentaler und körperlicher Entspannung Stress stärker reduzieren können als keine Interventionen oder eine andere Intervention. Während veränderte Dienstzeiten Stress reduzieren können, zeigten andere organisationale Interventionen keine

dahingehenden Vorteile. Es bedarf weiterer RCT mit Stichproben von mindestens 120 Teilnehmern, um die Interventionen mit Placebo (Scheinintervention) zu vergleichen. Organisationale Interventionen sollten dabei stärker auf die Reduktion von spezifischen Stressoren fokussieren.

Kurz und bündig: Was bedeutet was?!

Endpunkt

Auch Outcome, Ergebnismaß: Merkmal, mit dem ein Unterschied zwischen Interventionen oder zwischen dem Vorhandensein von Risikofaktoren gemessen werden soll. Beispiele: Häufigkeiten von Tod, Dekubitus, Pneumonie, Leukämie, aber auch Schmerzen, Kosten oder Lebensqualität.

Handsuche/Handsearching

Suche nach relevanter Literatur, die nicht in elektronischen Datenbanken enthalten ist. Insbesondere Durchsicht von Zeitschriften oder Abstractbänden, die nicht von MedLine erfasst werden.

Heterogenität/Homogenität

In systematischen Reviews oder Meta-Analysen beschreibt Homogenität (Heterogenität), inwieweit die in den eingeschlossenen Studien gefundenen Effekte ähnlich (homogen) oder verschieden (heterogen) sind. Mit statistischen Heterogenitätstests kann festgestellt werden, ob die Unterschiede zwischen den Studien größer sind, als zufallsbedingt zu erwarten wäre. Als Ursachen für Heterogenität kommen Unterschiede in den Patientencharakteristika, Intervention oder Endpunkten zwischen Studien in Frage, was aus klinischer Sicht beurteilt werden muss. Die Durchführung einer Meta-Analyse mit heterogenen Studien ist problematisch.

Random-Effects-Model

Statistisches Modell zur Berechnung zusammengefasster (gepoolter) Ergebnisse, bei denen im Gegensatz zum Fixed-Effects-Modell Effektunterschiede zwischen verschiedenen Studien berücksichtigt werden. In die Genauigkeit der Schätzung des gemeinsamen Effekts geht daher nicht nur die Variation ein, die innerhalb der Studien beobachtet wird, sondern auch die Variation zwischen den Studien.

Sensitivitätsanalyse

Wiederholung der ursprünglichen Analyse unter anderen Annahmen, um zu überprüfen, inwieweit sich dies auf die Ergebnisse auswirkt. Beispiele sind Änderungen der Einschlusskriterien oder Annahmen für fehlende Werte



Literatur

Original Cochrane Review:

Ruotsalainen, J.H., Verbeek, J.H., Mariné, A. & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, CD002892

Informationen

Diese Cochrane-Review-Zusammenfassung wurde im Rahmen der Internetplattform FIT-Nursing Care des nationalen Kompetenzzentrums für Evidenzbasierte Pflege swissEBN in Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland als Teil der Serie „Geprüfte Qualität: Zusammenfassung von Cochrane Reviews“ erstellt. Die Beiträge informieren über den aktuellen Stand der Forschung. Ziel ist es, den Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse schneller und direkter zur Verfügung zu stellen.

Schlüsselwörter: *Gesundheitsfachpersonen, berufsbedingte Erkrankungen, Burnout*

Kontakt: swissebn@fhsg.ch
www.cochrane.org/de/kompakt
www.fit-care.ch

Autorenkontakt:

Cornel Schiess, BScN, wissenschaftlicher Assistent, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: cornel.schiess@fhsg.ch
Andrea Kobleder, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: andrea.kobleder@fhsg.ch

> Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche

Die richtige Suchstrategie

MELANIE MESSER

Der sichere Umgang mit Fachliteratur ist essenziell im Pflegestudium und im späteren Berufsleben. Auch bei einer Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger ist es wichtig, an zuverlässige und hochwertige Fachinformationen zu gelangen. Im dritten Teil der Serie steht die Frage im Vordergrund, wie man bei einer Literaturrecherche die Suchstrategie aufbaut und passende Suchbegriffe findet.

Fragestellung formulieren

Vielleicht kennen Sie die Situation bereits: Sie sitzen vor einer Referenzdatenbank wie „Pubmed“ oder dem Online-Katalog Ihrer Bibliothek und suchen nach passender Literatur zu einem bestimmten Thema. Bei Ihrer Suche tippen Sie spontan ein paar Suchbegriffe ein, die Ihnen gerade in den Sinn kommen. Nach Stunden geben Sie entnervt auf – oder haben jeglichen Überblick über Ihre Ergebnisse verloren, da Sie wahlweise viel zu viele, keine oder nicht brauchbare Treffer erzielt haben und nicht wissen, woran es liegen könnte. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollten Sie, sobald Sie Thema und Zielsetzung Ihrer Recherche festgelegt haben (siehe Teil 1), eine recherchierbare Fragestellung bilden, auf die Sie Ihre Suchstrategie stützen (Kloda et al. 2013). Hierfür gibt es Hilfsschemata, die zum Aufbau von Fragestellungen unterstützend hinzugezogen werden können. Exemplarisch wird nachfolgend das sogenannte PICO-Schema vorgestellt (ebd.). Den Ablauf verdeutlicht Abbildung 1.

Das **PICO-Schema** ist besonders gut geeignet für Fragestellungen, die nach dem Nutzen einer Intervention fragen und sich auf die Suche nach quantitativen Studien konzentrieren.

PICO

Pico steht für:

P – Patienten, Population oder Pflegebedürftige: Auf welche Gruppe wollen Sie sich konzentrieren?

I – Intervention, Technologie oder diagnostische Maßnahme: Um welche Maßnahmen geht es?

C – Comparison, Vergleichs- oder Kontrollintervention: Mit welcher Maßnah-

me soll die Hauptintervention verglichen werden?

O – Outcome, Zielgröße, also für welchen Bereich soll der Nutzen der Intervention (Ergebnismaß) betrachtet werden (z.B. Lebensqualität, Mortalität, Morbidität, Selbstpflegefähigkeit)?

Diese vier Komponenten werden in der Fragestellung ganz genau spezifiziert. Beispielsweise könnten Sie sich zunächst fragen, welche Interventionen zur Sturzprophylaxe geeignet sind. Diese Frage ist noch sehr allgemein. Wenn Sie nun anhand des PICO-Schemas nochmal überlegen, was genau Sie interessiert, könnte Ihre Fragestellung lauten: Welchen Effekt hat für Pflegeheimbewohner über 65 Jahren mit hohem Sturzrisiko [Patienten] motorisches Training [Intervention] im Vergleich zu keiner durchgeführten Maßnahme [Comparison] auf die Sturzhäufigkeit und die Lebensqualität [Outcome]? Dabei machen Sie sich zugleich bewusst, welche Studien für Sie nicht von Interesse sind. In der beispielhaften Fragestellung wären das etwa Studien mit Pflegebedürftigen, die noch zu Hause leben, Studien im Krankenhaus und Studien, bei denen die Hauptintervention eine Hüftprotektorhose ist. Natürlich können Sie auch mehrere Fragestellungen bilden. Dahinter steht ein einfaches Prinzip: Je genauer Sie Ihre Frage eingrenzen können, desto leichter werden Ihnen die Literatursuche und -auswahl fallen.

Neben dem PICO-Schema finden sich auch andere Modelle, mit denen Sie eine Fragestellung formulieren können. Hierzu gehören etwa das SPICE- und das SPIDER-Schema für qualitative Studiendesigns, das ECLIPSE-Schema für Versorgungsforschungs- sowie Evaluationsfra-

gestellungen und das MIP-Schema für ethische Fragestellungen (Strech et al. 2008; Kloda et al. 2013, Davies 2011).

Suchbegriffe finden

Im nächsten Schritt stellen Sie für jede dieser Komponenten mehrere Suchbegriffe zusammen, je nachdem in welcher Datenbank Sie recherchieren möchten, in deutscher oder englischer Sprache (Behrens & Langer 2010). Überlegen Sie sich selbst mehrere Suchwörter mit Synonymen und schauen Sie dafür auch in bereits vorliegende Artikel, um sich Anregungen für Begrifflichkeiten zu holen. Bei den Suchbegriffen sind Textwörter von Schlagworten zu unterscheiden. Bei den meisten Datenbanken können Sie für jedes Textwort angeben, ob im Titel und/oder Abstract oder auch in anderen Bereichen der Referenz gesucht werden sollen. Meist bietet sich die Suche in Titel und Abstract an.

Darüber hinaus können Sie in manchen Datenbanken wie Pubmed für Suchbegriffe auch sogenannte Trunkierungen verwenden. Das heißt, Sie setzen Platzhalter ein und kürzen z.B. den Wortstamm eines Begriffs ab, um mehrere Variationsmöglichkeiten in den Wortendungen zu erhalten (ebd.). Wenn Sie in Pubmed nach „nurs*“ suchen, werden Begriffe wie nurse, nurses und nursing erfasst.

Davon zu unterscheiden sind Schlagworte, die in Pubmed als Medical Subject Headings (MeSH) bezeichnet werden. Hierbei handelt es sich zumeist um ein datenbankeigenes Verzeichnis, in dem jede Referenz der Datenbank unter spezifischen Begriffen aufgeführt wird (ebd.). In Pubmed sind die MeSH-Terms mit eigenen Definitionen hinterlegt

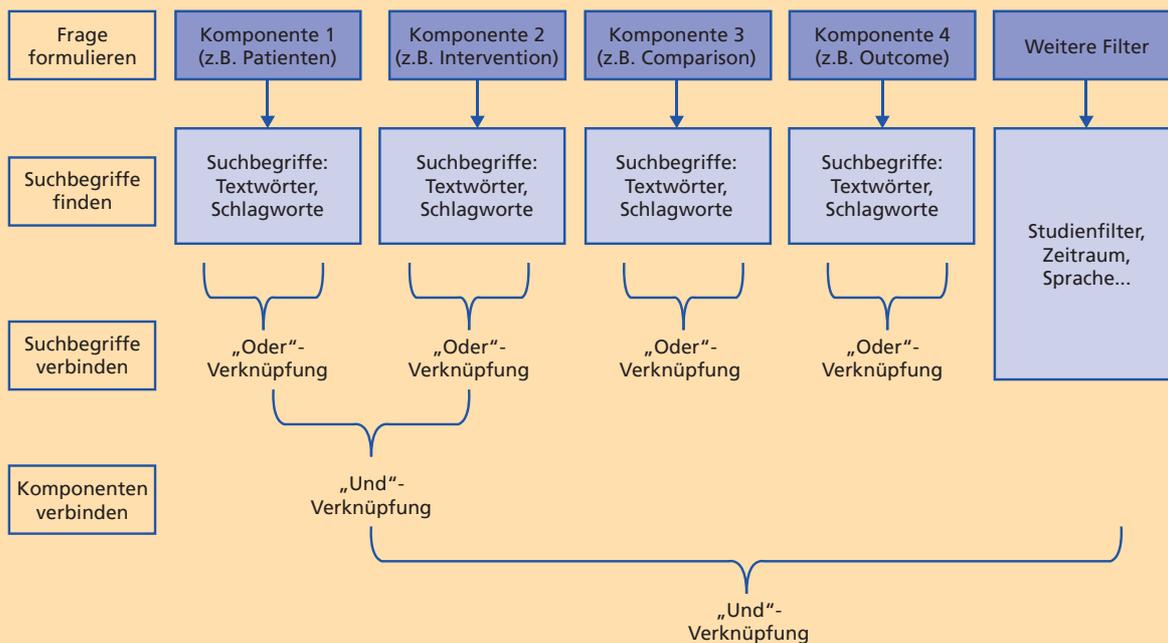


Abbildung 1: Grundschemata einer Literaturrecherche am Beispiel von PICO (modifiziert nach Motschall 2014)

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>). Die Schlagworte können Sie gemeinsam mit den Textwörtern nutzen, um Ihre Suchbegriffe für jede Komponente zusammenzustellen.

Suchbegriffe und Komponenten verbinden

Auch die weiteren Schritte erfordern es, dass Sie Ihre weitere Recherchestrategie direkt in den Datenbanken ausarbeiten, in denen Sie suchen möchten. Als Nächstes verbinden Sie die Begriffe innerhalb einer Komponente mit „Oder“ (OR), etwa alle Suchbegriffe innerhalb der Komponente „Intervention“.

Verbinden Sie nun diese Komponentenblöcke mit „Und“ (AND) (Behrens & Langer 2010). Probieren Sie aus, welche Komponenten Sie für die Suchanfrage tatsächlich benötigen, um einen zufriedenstellenden Trefferpool zu erhalten. Achten Sie dabei besonders auf die Anzahl der Treffer und ob bei einer ersten Durchsicht die gefundenen Referenzen zu Ihrem Thema passen.

Meist genügt es, zwei bis drei der Komponenten in die Suche aufzunehmen, wie „Patienten“ und „Interventionen“. Verwenden Sie darüber hinaus weitere Filter, die sie vorher festgelegt haben. Hierzu gehören bestimmte Studiendesigns wie randomisiert kontrollierte Studien oder systematische Übersichtsarbeiten, der Zeitraum und die Sprache, in der die Studien publiziert sein sollen.

Bitte beachten Sie, dass Sie für jede Datenbank, in der Sie recherchieren möchten (siehe Teil 2), Ihre Recherchestrategie an die jeweiligen dortigen Möglichkeiten anpassen müssen – davon ausgehen ist die Fragestellung. Auch hierfür ist es sehr hilfreich, wenn Sie Ihre Fragestellung mit den einzelnen Komponenten gut vorbereitet haben. Bedenken Sie, dass Sie eine gute Recherchestrategie nicht ausschließlich auf dem Papier entwickeln können. Testen Sie bei der Konzeption schrittweise aus, ob Ihre Überlegungen zum gewünschten Ziel führen, und nehmen Sie, falls notwendig, Änderungen vor.

Autorenkontakt

Melanie Messer, M.A. Public Health/Pflegewissenschaft
Kontakt: melanie.messer@uni-bielefeld.de

Zusammenfassung

Die Grundlage einer Recherchestrategie ist die Formulierung einer Fragestellung, aus der genau hervorgeht, was Sie suchen. Hierzu gibt es verschiedene Hilfs-schemata, wie PICO oder SPICE, die diesen Schritt erleichtern. Darauf aufbauend gilt es, für jede Komponente der Frage Suchbegriffe und Schlagworte zu finden und diese miteinander zu verbinden. Die so entstehende Suchstrategie muss vor dem abschließenden Einsatz erprobt werden, um sie auf ihre Eignung zu prüfen sowie auf die unterschiedlichen Anforderungen der einbezogenen Datenbanken anzupassen.

Schlüsselwörter: *Literaturrecherche, wissenschaftliches Arbeiten, Suchstrategie, Informationsabfrage, Fachliteratur*



Literatur

Behrens J. & Langer, G. (2010) Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern.

Davies K. S. (2011) Formulating the Evidence Based Practice Question: A Review of the Frameworks. Evidence Based Library and Information Practice, 6.2., S. 75-80.

Motschall E. (2014) Grundlagen der Literatursuche. http://portal.uni-freiburg.de/imbi/dateien/bibliothek/pdfs/Literatursuche_Prinzip, Zugriff am 04. Mai 2016.

Kloda L. & Bartlett J. (2013) Formulating answerable questions: question negotiation in evidence-based practice. Journal of the Canadian Health Libraries Association 34, 55-60.

Strech D., Synofzik M., Marckmann G. (2008) Systematic reviews of empirical bioethics. Journal of Medical Ethics, 34,472-477.

> Die Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Weniger Bürokratie in der Pflege

VERA REINSFELDER

Dokumentation in der Pflege ist wichtig, aber auch zeitaufwändig. Viele Fachkräfte empfinden sie als leidige Pflicht, die Zeit für die eigentliche Aufgabe – die Pflege – raubt. Ein Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit soll das ändern. Eine Umstellung auf die Strukturierte Informationssammlung soll die Prozesse verschlanken und so zu einer Zeitersparnis beitragen. Gleichzeitig ist die Fachkompetenz der Mitarbeiter wieder stärker gefragt. Diese Wertschätzung ihrer Arbeit soll die Motivation erhöhen. Im Praxistest hat sich das Modell bisher sehr erfolgreich bewährt.

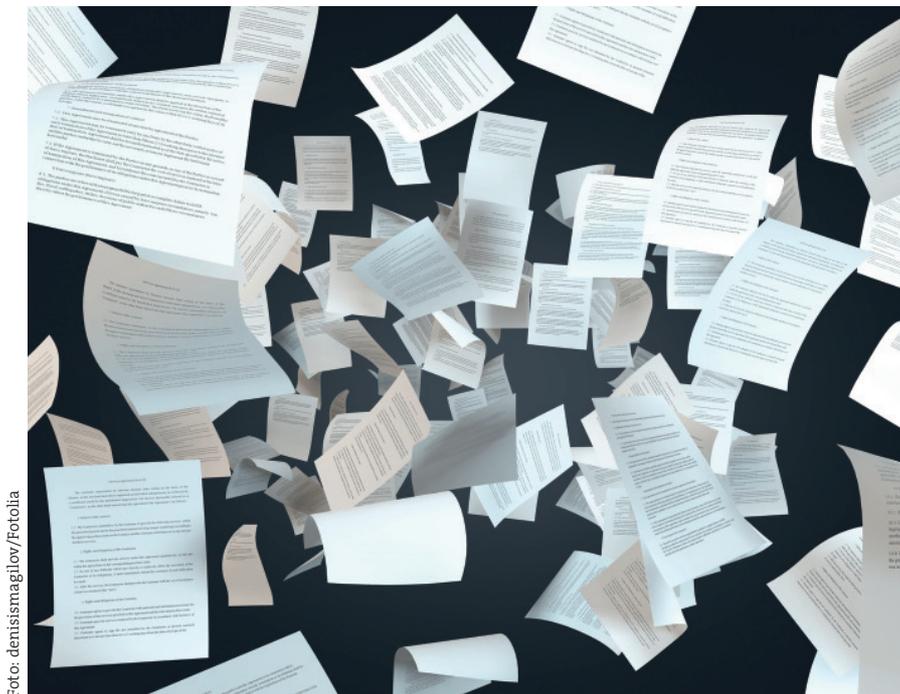


Foto: demismagilov/Fotolia

(13.40 Uhr.) Die Übergabe zwischen den Fachkräften ist beendet. Eigentlich haben die Mitarbeiter des Frühdienstes seit zehn Minuten Feierabend, doch der muss verschoben werden. Denn sie haben die Dokumentation noch nicht für den gesamten Wohnbereich umgesetzt. Die Leistungen der pflegerischen Tätigkeiten müssen quitiert und auf Vollständigkeit geprüft werden. „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht“, ein Satz, der in vielen Köpfen fest verankert ist. Oftmals schwingen Unsicherheit und Angst bei diesen Worten mit.

Jede verrichtete grundpflegerische Leistung mit eventueller Abweichung, jede umgesetzte Behandlungspflege oder ein potenzielles Risiko, wie zum Beispiel erhöhte Sturzgefahr nach Me-

dikamentenumstellung, sowie einiges mehr müssen in der Pflegedokumentation „nachweislich“ und am besten „individuell“ festgehalten sein. Zumindest, wenn die Pflegedokumentation nach bisher gängigen Pflegemodellen geführt wird, wie Krohwinkel mit der Einteilung nach 13 AEDL, dem Ermitteln von ATL nach Roper, Logan und Tierney oder dem Böhm-Konzept, welches ein sehr ausführliches psychobiografisches Pflegemodell bei demenziell veränderten Menschen darstellt. Bei vielen Pflegekräften ist die Dokumentation daher ein notwendiges Übel, welches als zu umfangreich, zeitintensiv und unübersichtlich angesehen wird.

Sätze wie: „Die Pflegeplanung schreibe ich für den Medizinischen Dienst der

Drei Pflegemodelle zur Dokumentation

Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel umfasst den gelegentlichen, häufigen oder ständigen Hilfebedarf eines Gepflegten bezüglich 13 Teilbereichen der „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (=AEDL). Die Bereiche umfassen Mobilität, Motorik, Körperhygiene, Ernährung und soziale Kommunikation. Es ist ein sehr gängiges Modell in der Praxis der Altenpflege.

Im Pflegemodell ATL nach der engl. Lehrerin Nancy Roper sind „12 Lebensaktivitäten“ verankert. Sie sind gegliedert zwischen sieben biologischen Notwendigkeiten, zum Beispiel „atmen“, „ausscheiden“, sowie fünf komplexe Aktivitäten, wie Lebensaktivität, Individualität, usw. – eine Pflegedarstellung, die auch „Modell des Lebens“ genannt wird. Das Modell wird heute mehr in den britischen Ländern umgesetzt.

Das Pflegemodell nach Böhm geht davon aus, dass Körper, Seele, Geist und das soziale Umfeld in einem ständigen Zusammenhang stehen. Es geht um sieben Interaktionsstufen (z.B. Stufe 1: Sozialisation), die einhergehend mit Interpretationsstufen dazu dienen sollen, einen demenziell veränderten Menschen zu verstehen. Es ist ein sehr zeitaufwendiges Modell.

Krankenkassen und die Heimaufsicht“ oder „Meine Pflegedienstleitung verlangt es so“ werden häufig geäußert. Eine Distanzhaltung zur eigentlich wichtigen Dokumentation etabliert sich, ganz besonders bei den Fachkräften. Das sollte sich ändern.

Paradigmenwechsel in der Pflegedokumentation

Pflegeexperten sprachen sich schon seit längerer Zeit für eine vereinfachte Dokumentation aus, eine „Reset“-Taste

in der Pflegedokumentation sollte gedrückt werden, ein Paradigmenwechsel stattfinden, mit einem Blick auf folgende Punkte:

- Der Eindruck, für Prüfinstanzen zu dokumentieren, sollte aufgehoben werden.
- Eine Pflegedokumentation darf nicht „angstgetrieben“ sein.
- Die Risikoeinschätzung sollte rational erfolgen, was den Pflegenden vermittelt werden muss.
- Die fachlichen Kompetenzen der Pflegefachkräfte sollten gestärkt werden (Rückbesinnung)
- Die Pflegedokumentation muss im beruflichen Alltag ihren einst hohen Stellenwert zurückbekommen.

Sowar im September 2013 in einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit Folgendes zu lesen:

Abbau von Bürokratie – einfachere Pflegedokumentation im Praxistest

Viele Pflegekräfte sind unzufrieden mit dem Umfang des bürokratischen Aufwands in ihrem Beruf. Aber auch pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wünschen sich, dass mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung steht. Um Lösungsvorschläge für eine einfachere Pflegedokumentation in der Praxis zu erproben, fördert das Bundesministerium für Gesundheit das Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“.

Das Projekt wird vom Lenkungsgremium begleitet, das heute zu seiner ersten Lenkungssitzung zusammenkommt. Dem Gremium gehören neben dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung auch maßgebliche Akteure der Pflege und Verbraucherorganisationen an. An der Erprobung werden sich bis Ende Februar sechzig Organisationen (ambulant/ stationär) in fünf Regionen in Deutschland beteiligen. Die Steuerung des Vorhabens wird durch die Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege, Elisabeth Beikirch, übernommen.

Der Startschuss für die Entbürokratisierung der Dokumentation war gesetzt. Es folgten Gremiumssitzungen, Vorträge, Projektphasen mit Einrichtungen im ambulanten wie stationärem Bereich. Genutzt wurde die Strukturierte Infor-

mationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess.

Grundprinzipien der SIS

- Stärkung der fachlichen Kompetenz der Pflegefachkräfte.
- Personenzentrierter Ansatz (schnelle Orientierung über die Situation des Pflegebedürftigen)
- Erfassung der pflege- und betreuungsrelevanten biografischen Aspekte im Rahmen der Themenfelder der SIS
- Einschätzung pflegerischer Risiken und Phänomene in einer eigens hierfür entwickelten Matrix als Bestandteil der SIS.
- Beschränkung im Berichtsblatt auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung und Dokumentation tagesaktueller Ereignisse.

Basiswissen der SIS

Das Strukturmodell ist ein wissenschaftsbasiertes Konzept und besteht aus vier Elementen, die an den vierphasigen Pflegeprozess angelehnt sind, der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) benannt wurde.

Das Strukturmodell arbeitet nach dem Personenzentrierten Ansatz:

1. Die pflegebedürftige Person durch aktive Ansprache einbinden.
2. Mit der pflegebedürftigen Person in Beziehung treten und sich über zukünftige Pflege und Betreuung verständigen.
3. Das Lebensumfeld berücksichtigen.

Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Die SIS stellt den Einstieg in den Pflegeprozess dar und wird im Rahmen des Erstgesprächs (bei Einzug) durchgeführt.

Dafür erfasst die Pflegefachkraft die Angaben des Bewohners zu Gewohnheiten und Wünschen. Außerdem notiert sie im Originalton (direkte Zitate, wortgetreue Informationen), wie der Bewohner seinen Unterstützungsbedarfs einschätzt. Das Gespräch dient dazu, die pflegebedürftige Person – soweit sie es gestattet – mit ihren Bedürfnissen, Werten und Gewohnheiten kennenzulernen und gleichzeitig den Unterstützungsbe-

darf aus ihrer Sicht zu erfassen. Falls die pflegebedürftige Person aufgrund ihrer körperlichen oder kognitiven Situation keine Aussagen mehr treffen kann, ist es eine wichtige Option, Angehörige oder Betreuer um ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu bitten.

Gesprächseinleitende Fragen an den Bewohner können zum Beispiel sein: „Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“ Sie sind als Basisfragen in der SIS festgelegt. Die Pflegefachkraft kann den Bewohner auch während des Gesprächs zum Pflege- und Hilfebedarf beraten beziehungsweise das Risiko einschätzen (professioneller Filter). Anschließend sollten sich Bewohner und Pflegenden darüber verständigen, welche Maßnahmen zur Pflege/Betreuung durchgeführt werden.

Die Informationen werden folgenden Themenfeldern zugeordnet:

- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Mobilität und Beweglichkeit
- Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- Selbstversorgung
- Leben in sozialen Beziehungen
- Wohnen/ Häuslichkeit (stationär)

Die Pflegefachkraft muss alle Felder aktiv nutzen und mit ihren Einschätzungen versehen. Grundsätzlich ist es dabei möglich, die Reihenfolge der sechs Themen im Gesprächsverlauf flexibel festzulegen. Aufgrund starker Wechselwirkung empfiehlt es sich aber, die Reihung einzuhalten. Anschließend werden die Themenfelder in einer vorgefertigten Tabelle mit pflegesensitiven Risiken und Phänomenen verknüpft. Falls Pflegekraft und Bewohner das Risiko unterschiedlich einschätzen, wird das ebenso festgehalten wie Vorschläge zur Risikobegrenzung. Das hat ggf. eine Bedeutung in der Maßnahmenplanung für ein eng gesetztes Evaluationsdatum.

Aus pflegewissenschaftlicher/pflegefachlicher Sicht ist folgendes Vorgehen verbindlich:

- Pflegefachliche Einschätzung zu den individuellen pflegesensitiven Risiken und Phänomenen (ja/nein) aus den Erkenntnissen der Situationseinschätzung in den Themenfeldern.

- Wird die Kategorie „ja“ angekreuzt, muss die Pflegefachkraft zusätzlich eine Entscheidung zu der Kategorie „weitere Einschätzung notwendig“ (ja/nein) treffen, um festzulegen, ob hierzu aus fachlicher Sicht die Notwendigkeit für ein Differential-Assessment besteht. Hier exemplarisch gemeint die weitere Verwendung einer Bradenskala, einer Schmerzerfassung nach BESD oder Ähnliches.
- Das Feld „Sonstiges“ dient der Erfassung weiterer Risiken oder Phänomene im Einzelfall. Ist eine Beratung erfolgt, kann sie hier erfasst werden.
- Abschließende Überprüfung der fachlichen Entscheidungen in der Risiko-Matrix – inwieweit werden diese durch Informationen in den Themenfeldern gestützt?
- Eine wichtige Rolle spielt hier der neue Gedanke des „kompensierten“ Risikos – ein kompensiertes Risiko ist in der Matrix mit „nein“ zu bewerten. Zu beachten ist, dass ein Risiko nur als kompensiert gelten kann, wenn in den Themenfeldern ersichtlich ist, wodurch das Risiko ausgeglichen wird.

Beispiel: Eine Sturzgefahr kann als ausgeglichen (kompensiert) gelten, wenn der Bewohner bei der Fortbewegung eigenständig einen Rollator nutzt.

Erst wenn sich die Situation akut verändert oder im Rahmen der Verlaufsbeobachtung ein gesetztes Evalu-

ationsdatum (abhängig vom Qualitätsmanagement) erreicht ist, wird dieses Risiko einer erneuten fachlichen Einschätzung unterzogen.

Element 2: Die Maßnahmenplanung

Die individuelle Maßnahmenplanung erfolgt auf der Grundlage aller erfassten Informationen in der SIS, in Form einer Tagesstrukturierung (die nächtliche Versorgung eingeschlossen). Hier werden die einzelnen Komponenten des Handlungsbedarfs (u.a. routinemäßig wiederkehrende Abläufe der grundpflegerischen Versorgung und der psychosozialen Betreuung, Eigenheiten und Vorlieben etc.) sowie Maßnahmen zu Risiken, der Behandlungspflege und Maßnahmen nach § 87 b festgelegt.

Element 3: Das Berichtsheft

Im Berichtsheft soll weitestgehend das Dokumentieren der Abweichungen im Fokus stehen (Besonderheiten, tagesaktuelle Ereignisse, Wohlbefinden). Ziel ist es, die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte frühzeitig auf Prozesse der Veränderung oder eine notwendige Evaluation zu lenken. Im Berichtsheft können alle an der Pflege und Betreuung beteiligte Personen Eintragungen vornehmen.

Element 4: Die Evaluation

Bei der Evaluation wird die Maßnahmenplanung auf Aktualität und Wirksamkeit überprüft. Unter Einbeziehung des Bewohners und der Angehörigen/

Bezugspersonen wird sie angepasst. Die Maßnahmenplanung sollte bei Zustandsveränderungen evaluiert werden. Damit sind gehäufte Abweichungen im Berichtsheft gemeint oder Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Risikoeinschätzung und/oder Beobachtung von Phänomenen bei unklaren Ausgangslagen. Die Ergebnisse der Evaluation sollten im Rahmen einer Fallbesprechung im Berichtsheft dokumentiert werden

Durch die Umsetzung des Strukturmodells entfallen die Einzelleistungsnachweise für die immer wiederkehrenden Maßnahmen der pflegerischen Versorgung (Grundpflege) und Beschäftigung/Betreuung. Ein Durchführungsnachweis ist notwendig bei Leistungen der Behandlungspflege, Leistungen mit Qualifikation nach § 87b, Leistungen der Lagerungs- und Bewegungsprotokolle (Dekubitusprophylaxe) und ggf. notwendig bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements.

Rechtliche Sicherheit der SIS

Ein Ergebnis der juristischen Beratung wurde 2014 in der sogenannten „Kasseler Erklärung“ formuliert. Sie schafft Klarheit zu haftungs- und sozialrechtlichen Aspekten für die Pflegedokumentation bei der Umsetzung des Strukturmodells.

Grundlage: Eine konkrete einmalige Beschreibung der immer wiederkehren-

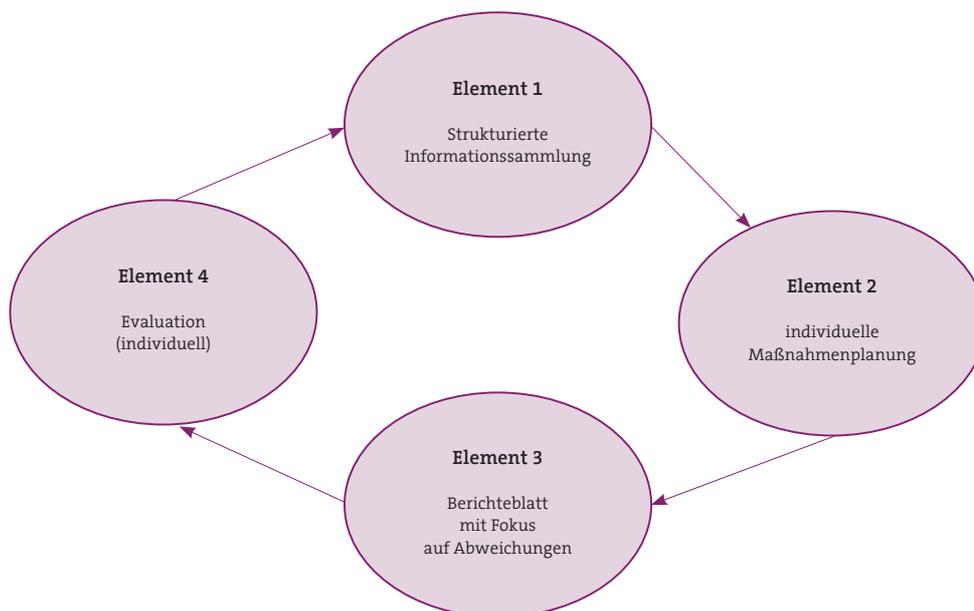


Abbildung 1: Die vier Elemente der SIS (Grafik: Bundesverband Privater Anbieter Sozialer Dienste e.V.)

den Abläufe der pflegerischen Maßnahmen ist vorhanden.

Bei An- und Verordnungen, die von Ärzten an Pflegekräfte delegiert werden, sind nach wie vor Einzelleistungsnachweise erforderlich, ebenfalls Leistungen in der Dekubitusprophylaxe und 87b-Tätigkeiten.

Der „Immer-so-Beweis“ ist dabei von zentraler Bedeutung. Entwickelte Verfahrensanleitungen die das übliche, immer wiederkehrende Vorgehen bei der Grundpflegerischen Versorgung beschreiben, sollten nachvollziehbar und für jeden Mitarbeiter zugänglich hinterlegt werden. Einhergehend mit der Maßnahmenplanung bilden sie das Fundament für den sogenannten „Immer-so-Beweis“.

Die zweite Voraussetzung ist die einheitliche Regelung durch das Qualitätsmanagement, wie die Verfahrensanleitungen den Mitarbeitern bekannt gemacht werden. Das setzt protokollierte Kenntnisnahmen und Schulungen der Pflege- und Betreuungskräfte voraus.

Die dritte grundlegende Voraussetzung ist eine aktuelle individuelle Pflegedokumentation mit den vier Elementen des Pflegeprozesses der SIS (s. Basiswissen SIS).

In den Verfahrensanleitungen, die die Grundpflegerische Versorgung beschreiben, sollte eine Neubestimmung der Evaluationszeiträume vom internen Qualitätsmanagements festgelegt werden, parallel zu den nutzbaren Instrumenten zur Qualitätssicherung, z.B. die Pflegevisiten, fachliche Überprüfungen der Pflegemitarbeiter. Ebenfalls wird zur Anpassung verschiedener Konzeptionen geraten, zum Beispiel Einarbeitungskonzept, Pflegekonzept.

Voraussetzungen für die Einführung der SIS

Die Einführung der SIS erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen:

- Die Pflegeeinrichtung sollte sich bezüglich der Neuordnung des Dokumentationssystems und der zu verwendenden Formulare neu orientieren.

- Schulungen und Fortbildungen der Pflegefachkräfte zur Einführung des Strukturmodells müssen gesichert sein. Genügend Multiplikatoren sollten ausgebildet werden.

- Die Mitarbeiter müssen sicher in der Anwendung der SIS, der Risiko-Matrix und der Umsetzung der neuen Dokumentationspraxis sein, gerade bezogen auf die fachliche Einschätzung der evtl. Risiken eines Bewohners. Die vielleicht unterdrückte Fachlichkeit der Fachkräfte im Zusammenhang mit der Kommunikation mit anderen Mitarbeitern in der Pflege und deren Berufsgruppen wird gestärkt und „neu erlernt“.

Dies alles setzt voraus, dass der Einrichtungsträger der Umstrukturierung positiv gegenübersteht und bereit ist, das Pflege- und Qualitätsmanagement konsequent zu unterstützen. Denn es bedeutet, dass sich die Pflegefachkräfte von der jahrelangen Routine in der Dokumentation verabschieden müssen

Anzeige



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Gemeinsam für mehr Wissen.

NEU: E-Learning Kurs Hygienebeauftragte in der Pflege

In diesem abwechslungsreich und interaktiv gestalteten E-Learning-Kurs lernen Sie ganz bequem am Arbeitsplatz oder Zuhause die aktuellen Grundlagen der Infektionsprävention, der Hygiene, der Mikrobiologie, die empfohlenen Hygienemaßnahmen im stationären Bereich sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Wenn Sie alle Module erfolgreich absolviert haben, erhalten Sie ein Zertifikat „Hygienebeauftragte in der Pflege“.

Weitere Informationen und den Link zur Demoversion finden Sie unter www.dki.de.

Ich begleite Sie durch den Kurs!



Mit freundlicher Unterstützung von:



www.dki.de

und sich ihre bisherigen Abläufe verändern.

Erfolgreicher Start der SIS

Die Umstellung der Pflegedokumentation auf die SIS ist mittlerweile nicht mehr umstritten. Ganz im Gegenteil, im Abschlussbericht des Praxistests „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ ist zu lesen:

„Die Erprobung des Strukturmodells hat gezeigt, dass die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu wichtigen betrieblichen Zielen einen Beitrag leisten kann:

- Entlastung und Motivation der Mitarbeiter durch die Umstellung auf eine schlanke Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien standhält und gleichzeitig übersichtlich, praxistauglich und zeitschonend ist.
- Mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.
- Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Die Pflegedokumentation stellt keinen zusätzlichen Belastungsfaktor im beruflichen Alltag mehr dar.
- Die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte wird gestärkt.“

Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass das Projekt weiter umgesetzt wird. So wurde im Jahresbericht 2015 des Projektbüros Ein-Step hinterlegt:

Die Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ist im ersten Projektjahr 2015 ausgesprochen erfolgreich verlaufen:

- Mit der Erstellung der Schulungsunterlagen und der anschließenden Schulung von 650 Multiplikatoren im ersten Halbjahr ist es gelungen, die Voraus-

setzungen für eine breite Implementierung des Strukturmodells in der Fläche zu schaffen.

- Die Schulung und Kooperation mit den Prüfinstanzen (MDK/MDS, Prüfdienst der PKV, Heimaufsichten) ist umfassend erfolgt. Eine kontinuierliche Abstimmung erfolgt nicht nur auf der Leitungsebene, sondern auch vor Ort in den Reflexionstreffen von Multiplikatoren und Mitarbeitern der Prüfinstanzen.
- Die Zahl der Teilnehmer hat sich – nicht zuletzt aufgrund des Einsatzes des Pflegebevollmächtigten Staatssekretärs Karl Josef Laumann und des Erfolgs seiner „Entbürokratisierung-Tour“ – über Erwarten gut entwickelt, sodass zum Jahresende bereits ein Drittel aller Pflegeeinrichtungen am Projekt teilnimmt.
- In allen Bundesländern arbeiten Kooperationsgremien, die die Implementierungsstrategie auf der regionalen Ebene vorantreiben.
- Die zur Unterstützung der Multiplikatoren und Pflegeeinrichtungen erforderlichen Prozesse der kontinuierlichen Verarbeitung und Verbreitung von fachlichen Informationen durch das Projektbüro sind rechtzeitig etabliert worden und werden von den Beteiligten rege genutzt.
- Die Einbindung weiterer wichtiger Akteure – insbesondere der Ausbildungseinrichtungen und der Hersteller von Dokumentationssystemen – ist gelungen bzw. wird kontinuierlich vertieft.

Fazit

Die SIS ist ein Strukturmodell, welches auf vier Elementen basiert und durch diese Verschlinkung zu einer Zeiter-

sparsnis für die Pflegekräfte führt. Zum Beispiel werden die biografischen Daten auf zentrale wichtige Aspekte reduziert. Die Maßnahmenplanung stützt sich neben individuellen Planungswünschen des Bewohners einzig auf Verfahrensanweisungen mit dem Hintergrund des „Immer-So-Beweises“. Im Pflegebericht werden die Eintragungen auf zentrale Aussagen reduziert. Ein oftmals sinnloses Abzeichnen von grundpflegerischen Routinetätigkeiten entfällt, genauso wie das routinemäßige Ausfüllen zusätzlicher Assessments und Protokolle. Unterstützt von allen externen Prüfdistanzen wie MDS, MDK und Heimaufsichten ist das eine große Errungenschaft für die Pflegewelt.

Die Pflegemitarbeiter äußern sich über diesen Weg in der Dokumentation und somit auch zum Paradigmenwechsel positiv. Sie fühlen sich in ihrer Fachlichkeit wieder bestärkt und wertgeschätzt.



Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2013) Abbau von Bürokratie – einfachere Pflegedokumentation im Praxistest. <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2013-03/buerokratieabbau-in-der-pflege.html>, Zugriff am 22. Juni 2016.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege (2015) Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation: wissenschaftlich begleitete Implementierung des Strukturmodells in die Fläche – Jahresbericht 2015. https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/IGES_Jahresbericht-2015-12-18.pdf, Zugriff am 22. Juni 2016.

Peter Pick (2015) Schlanke Dokumentation in der stationären und ambulanten Langzeitpflege – Aus Sicht des medizinischen Dienstes. <http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2015/dokumente/presentationen/Pick-Peter---Schlanke-Dokumentation-aus-Sicht-des-medizinischen-Dienstes.pdf>, Zugriff am 22. Juni 2016.

Projektbüro Ein-Step – Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (2015) Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen. <https://www.ein-step.de/pflegeeinrichtungen/schulungsunterlagen/>, Zugriff am 22. Juni 2016.

Autorenkontakt:

Vera Reinsfelder TQM, Auditorin, psych. Kommunikations- und Managementtrainerin, Coach, Krankenpflege
Kontakt: vera.reinsfelder@web.de

Zusammenfassung

Was bringt uns die SIS in der Pflege? Die Antwort ist einfach und recht klar. Eine Abkehr von der unnötigen Dokumentationsflut durch die Reduzierung auf die wesentlichen Aspekte der grund- und betreuungspflegerischen Tätigkeiten bedeutet hier eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen, einhergehend mit der größeren Bedeutung des Fachwissens des Pflegepersonals. SIS ermöglicht einen Zeitgewinn für die Pflege, der Mitarbeiter und Pflegende motiviert und die Zufriedenheit aller steigert.

Information: Formulare für die strukturierte Informationssammlung können unter <https://www.ein-step.de/downloads/> heruntergeladen werden.

Schlüsselwörter: Entbürokratisierung, Strukturierte Informationssammlung, Zeitgewinn

> Krankenhausinfektionen vermeiden

Die Schlüsselrolle der Hygienefachkraft

HARDY-THORSTEN PANKNIN

Infektionen mit multiresistenten Erregern werden in den öffentlichen Medien häufig mit großen Schreckensszenarien thematisiert. Wie im ersten Teil dieses Beitrages beschrieben (Pflegezeitschrift 7/16), hängt die Infektions- und Ausbreitungsgefahr von vielen Faktoren ab, viele von denen nicht beeinflussbar sind. Doch es gibt auch ein großes Verbesserungspotenzial – vor allem bei der hygienischen Händedesinfektion. Die Studienlage zeigt, dass sich die Zahl der Infektionen schon durch einfache Maßnahmen deutlich senken ließe. Höhere Personalkosten, die zum Teil entstehen könnten, würden ausgeglichen durch die Einsparungen – weniger Infektionen verkürzen unter anderem die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik. Dabei hat vor allem die Hygienefachkraft in Gesundheitseinrichtungen eine sehr wichtige Funktion.



Foto: RKL, Krankenhaushygiene

Sind Krankenhausinfektionen vermeidbar?

Während eines Aufenthalts auf der Intensivstation besteht die Gefahr von Therapie-assoziierten Infektionen. Dabei werden die Infektionen wie folgt gegliedert (nach Sánchez Garcia 2004):

- Iatrogene (direkt durch ärztliche oder pflegerische Einwirkung entstande-

ne) Infektion als direkte Übertragung durch diagnostische oder therapeutische Eingriffe

- Apparativ bzw. technisch bedingte nosokomiale Infektion mit indirekter Übertragung durch apparative Ausstattungen, Geräte oder krankenhaustechnische Ausrüstungen
- Umgebungsinfektion mit Übertragung aus dem Milieu der Gesund-

heitseinrichtung (z.B. Legionellen über Warmwassersysteme), über Mitarbeiter (die Hände sind als Hauptüberträger für nosokomiale Infektionen anzusehen!) und direkt über Flächen als Kontaktinfektion

- Endogene oder Selbstinfektion mit Herkunft der Erreger vom Patienten selbst
- Eingeschleppte Infektion durch andere Patienten, das Team der Einrichtung oder Besucher (überwiegend Erreger von primär nicht-nosokomialen Infektionen, sog. Community-acquired infections).

Anzumerken ist dabei, dass Infektionen zum nicht-beherrschbaren Risikobereich des Krankenhauses gehören. Das gilt vor allem für:

- Infektionen, die auf nicht beeinflussbare endogene, patientenbezogene Faktoren wie Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, mehr als zwei Grunderkrankungen und operative Eingriffe in den letzten zwölf Monaten ganz oder teilweise (mitursächlich) zurückzuführen sind (siehe Teil 1) sowie
- Infektionen gem. §23 IfSG, die weder zeitlich noch kausal in einen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einen Praxisbesuch gebracht werden können.

Prävention durch Optimierung in der Hygiene

Eine optimierte Krankenhaushygiene ist ein dringendes Anliegen, seit es Krankenhäuser gibt.

Das Hauptziel muss es daher sein, in der Diagnostik, der Pflege und der Therapie in allen klinischen Bereichen noch mehr Anstrengungen zu unternehmen, um die Hygiene zu verbessern. Besonders für die „exogenen“ Infektionsgefahren muss ein Null-Wert erreicht und aufrechterhalten werden. Klinikhygiene muss als angewandte Vorsorgemedizin und aktive Infektionsprophylaxe verstanden werden. Das bedeutet, Krankenhaushygiene muss verhindern, dass sich Patienten während des Krankenhausaufenthaltes infizieren. Gleichzeitig gilt es, das Personal vor Infektionen durch Patienten zu schützen.

Ausgangspunkt jeder Krankenhausinfektion ist die Infektionsquelle, als der Ort, an dem die Erreger sich vermehren. Deswegen ist es essenziell, die Herkunft der Erreger sowie ihre Verbreitungswege zu kennen.

Die Pflegenden und die Ärzte müssen erkennen, dass sie Träger und Überträger von Infektionserregern, z.B. beim Verbandswechsel, sind und sie müssen dazu motiviert werden, die Ursachen der Krankenhausinfektionen zu beseitigen. Erst dann können Infektionen auch vermieden werden!

Adäquate Hygienemaßnahmen sowie eine gewissenhafte Aufklärung sind elementar, möchte man das Wohl der Patienten - im Besonderen und der Gesellschaft im Allgemeinen - nicht gefährden. Hier haben besonders die Hygienefachkraft und das ganze Hygieneteam Schlüsselrollen. Sie müssen das notwendige Wissen für eine professionelle und evidenzbasierte Infektionsprophylaxe durch regelmäßige Schulungen innerhalb der Gesundheitseinrichtungen vermitteln. Der Besuch externer infektiologischer Fachsymposien sollte hinzukommen. Solche Fort- und Weiterbildungen sollen die aktuellen klinischen Erkenntnisse erweitern. Neue Einsichten daraus müssen in dem Pflegealltag stets auch implementiert und von allen Mitarbeitern praktiziert werden (Bundesgesundheitsblatt 2009).

Um eine Übertragung von Krankenhauskeimen (Transmission), besonders von multiresistenten Problemerkern, zu vermeiden, ist es wichtig, Patienten, von denen ein Infektionsrisiko ausgehen kann, rasch zu erkennen, sie umgehend zu isolieren und die Hygieneinterventionen einzuhalten. Pflegeberufe spielen hier die Hauptrolle!

„Null-Toleranz“ gegenüber Infektionszwischenfällen

Die inzwischen sehr bekannt gewordene, sogenannte „Getting-to-zero“-Kampagne propagiert sogar „Null-Toleranz“ gegenüber Infektionszwischenfällen und bewertet jede einzelne nosokomiale Infektion als schweren Qualitätsmangel. Diese Kampagne wird zum einen von großen US-amerikanischen Krankenkassen, zum anderen von starken Patientenverbänden getragen. Neben dem Schutz der Patienten soll die Kampagne auch dazu beitragen, die mit nosokomialen Infektionen verbundenen Kosten im Interesse der Kostenträger deutlich zu senken. Vor diesem Hintergrund hat sich 2014 auch eine Initiative „Null Toleranz für Infektionen“ in Deutschland zusammengefunden. In ihr arbeiten derzeit folgende Organisationen mit:

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens (BVÖGD)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)

Wichtigste, einfachste und kostengünstigste Interventionen

Pittet und Mitarbeiter (2000) zeigten, dass sich nach der Implementierung eines Händehygieneprogramms in einem schweizerischen Universitätsklinikum nosokomiale Infektionen signifikant reduzierten, speziell durch den Problem-erreger MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus). In Deutschland wird jedoch von einer Händedesinfektion-Adhärenz mit Einhaltungsraten zwischen 40% und 50% ausgegangen. Hier herrscht Handlungsbedarf. Besonders gezielte Schulungen durch das Hygieneteam sind unerlässlich. Die WHO hat die Händehygiene zur Reduktion der nosokomialen Infektionen zu den „high

fives“ zur Verbesserung der Patientensicherheit aufgeführt! Mit verbesserter Adhärenz in der Händehygiene und gezieltem Gebrauch von Händedesinfektionsmitteln kann die Rate nosokomialer Infektionen um bis zu 40% gesenkt werden (Kampf et al. 2009)!

Eine Befragung unter Auszubildenden der Krankenpflege und der Operations- und Anästhesietechnischen Assistenz in Hannover, hat ergeben, dass die Teilnehmer noch relevante Wissenslücken hatten hinsichtlich der inländischen medizinischen Infrastruktur und dem Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Händehygiene und den nosokomialen Infektionen. Es erscheint daher dringend angezeigt, diese Themen im Rahmen der jeweiligen Ausbildungen regelmäßig aufzugreifen und zu vertiefen, um das Bewusstsein für diese Problematik frühzeitig zu schärfen (Schwadtke et al. 2015). Hier sind Lehrende in den unterschiedlichen medizinischen Heil-Hilfsberufen für die Umsetzung gefordert! Vor allem müssen die Mitarbeiter in Pflegeberufen, die Auszubildende praktisch anleiten, mitwirken.

Im Rahmen einer weiteren Studie wurde festgestellt, dass die in Jahren gemessene Berufserfahrung keinen Einfluss auf die Adhärenz bei der Händedesinfektion hatte. Dies bedeutet: Wer zu Beginn der Berufstätigkeit eine ausführliche Belehrung und Schulung in puncto Händehygiene versäumt, holt sie im späteren Berufsleben nicht mehr von selbst nach. Gerade zu Anfang des Berufslebens müssen die Maßnahmen zur Händehygiene daher intensiv eintrainiert und später durch Refresher-Fortbildungen immer wieder geübt werden (Chierago et al. 2004).

Ein Bündelprogramm zur Verbesserung der Händehygiene sollte folgende Komponenten beinhalten (Rossi et al. 2012):

- Messung des Verbrauchs von Händedesinfektionsmitteln (in Millilitern pro Patientenliegetag)
- Regelmäßige Erfassung der Adhärenz durch Audits
- Messung des Verbrauchs durch „Zähler-spender“ vor oder im Zimmer
- Schulungen zur Durchführung der Händedesinfektion
- Bestimmung der Übertragungsraten resistenter Erreger

Die Bereitschaft der Krankenhauspatienten, durch ihr Verhalten zur Hygiene

Foto: Ophardt Hygiene-Technik, ingo-man® plus Counter



Compliance-Erfassung effektiv verbessern - Die eingebaute Zählfunktion misst die Anzahl der Spenderbetätigungen.

aktiv beizutragen, ist übrigens groß - wie eine Fragebogenaktion an dem Universitätsklinikum in Bonn jüngst gezeigt hat (Stoffels et al. 2016).

Forderungen im novellierten Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Nosokomiale Infektionen sind definiert in § 2 (8) IfSG als „eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand“. Hier hat der Gesetzgeber 2011 mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in § 23 wesentliche Vorgaben erstellt, um nosokomiale Infektionen zu vermeiden. Die dabei ermittelten Daten und eine regelmäßige Rückkopplung an das Personal sollen die Aufmerksamkeit aller Beteiligten darauf lenken, wie die adäquate Vorgehensweise aussieht und wie groß die Chancen sind, im Krankenhaus erworbene Infektionen zu verhindern (Surveillance).

Nach § 1 IfSG liegt es in der Verantwortung der Häuser, eine angemessene Organisation und Hygiene sicherzustellen. Das heißt, die Krankenhausleitung hat dafür Sorge zu tragen, dass ein umfassender Hygienestandard etabliert wird, der die Patientensicherheit

gewährleistet. Bis zum 31. Dezember 2016 soll die Krankenhaushygiene in allen Krankenhäusern durch Beschäftigung von Krankenhaushygienikern, Hygienefachkräften und Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten und Hygienebeauftragten in der Pflege professionalisiert werden.

Außerdem müssen die medizinischen Einrichtungen von nun an die klinisch-mikrobiologische und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals regeln und sicherstellen. Dafür sollten sie ein sogenanntes „Antibiotic Stewardship“ einführen. Unter diesem Begriff werden Bemühungen und Maßnahmen zusammengefasst, die einer Verbesserung der Antibiotikaverordnungspraxis dienen. Ein Hospital Antibiotic Stewardship (HAS) unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen eines Krankenhauses, wie Krankenhausapotheker, Infektiologen, Klinikhygieniker und Mikrobiologen, kann für die Patienten das bestmögliche klinische Behandlungsergebnis erreichen, bei minimaler Toxizität und mit möglichst günstigem Einfluss auf Resistenz-, Kosten- und Verbrauchsentwicklung.

Eine neuere Interventions-Studie aus den USA bestätigte dieses Ergebnis für alle Patienten mit schweren Infektionen, die auf einer Intensivstation behandelt wurden. In der Studie wurden zunächst 123 Patienten ohne infektiologische Fachberatung konsekutiv antibiotisch therapiert. Nachfolgend wurde eine verpflichtende infektiologische Beratung am Krankenbett eingeführt – bei den nächsten 123 Patienten zeigte sich ein Rückgang des Verbrauchs der Breitpektrumantibiotika (zwischen 8% und 42%, je nach Substanzklasse). Der durchschnittliche Intensivaufenthalt verkürzte sich um vier Tage und die Antibiotikakosten reduzierten sich um 35%. Diese Ergebnisse waren signifikant (Rimawi et al. 2013).

In Schottland wurde im Zeitraum zwischen 1997 und 2012 ein Antibiotic-Stewardship-Programm in einem Krankenhausverbund des Nationalen Englischen Gesundheitsdienstes implementiert. Die Krankenhäuser dieses Unternehmens behandeln zusammen ca. 11% aller stationären Patienten in Schottland. Das ABS-Programm beinhaltete eine Restriktion der Verschreibung von

- Cephalosporinen,
- Fluorchinolonen,
- Amoxicillin/Clavulansäure,

- Makroliden und
- Clindamycin.

Einbezogen in das Programm wurden auch die regionalen Allgemeinpraxen des Nationalen Gesundheitsdienstes. Insgesamt konnten 1.289.929 Krankenhausaufnahmen und 455.508 ambulante Behandlungen erwachsener Patienten ausgewertet werden. Durch das ABS-Programm sank der Verbrauch der genannten Antibiotika in dem 16-jährigen Auswertungszeitraum in den Krankenhäusern um 47% und im ambulanten Sektor um 27%. Im gleichen Zeitraum konnte eine hoch signifikante Reduktion von MRSA-Fällen um 50% im Krankenhausbereich und um 47% im ambulanten Bereich erzielt werden (Laves et al. 2015).

Nach § 36 des Infektionsschutzgesetzes müssen Krankenhäuser auch ihre innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festlegen. Dabei wird in § 1 des Infektionsschutzgesetzes auf die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen explizit hingewiesen!

Gegenwärtige Probleme in der Klinikhygiene

Der sich immer mehr abzeichnende Pflegekräftemangel in der medizinischen Versorgung wird durch die demografische Entwicklung verstärkt. Die Patienten werden älter und sind kränker, was auch Konsequenzen für die Krankenhaushygiene hat. Für die Kliniken ist das zu einer ernststen Herausforderung geworden. Zu wenig Personal bedeutet immer auch zu wenig Hygiene in der Klinik. Aktuelle Studien belegen einen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen und der personellen Situation in einem Krankenhaus (Stone et al. 2002).

Eine weitere Misere ist der Mangel an ausgebildeten Infektiologen und Hygienefachkräften in deutschen Kliniken.

Klinikhygieniker, hygienebeauftragte Ärzte und Infektiologen haben in Zusammenarbeit mit der Hygienefachkraft in Gesundheitseinrichtungen eine Schlüsselfunktion, wenn es darum geht, Infektionsgefahren und Präventionsmaßnahmen zum Schutz vor nosokomialen Infektionen zu vermitteln. Die Aufgaben der Hygienefachkraft finden Sie im Einzelnen Online in der Supple-

ment-Tabelle 1. In ihr Tätigkeitsfeld gehört u.a. die Optimierung der Hygiene durch eine aktive Surveillance, was nun auch im novellierten IfSG gefordert wird. Surveillance bedeutet die fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation der Gesundheitsdaten, die notwendig sind, um medizinische Maßnahmen zu planen, einzuführen und zu evaluieren.

Die Hygienefachkraft muss als Coach in der Qualitätsoptimierung bei den Mitarbeitern anerkannt werden. Leider wird die Hygienefachkraft in ihrer Tätigkeit viel zu häufig als unangenehmer Kontrolleur wahrgenommen.

Ein Hindernis für die Umsetzung entsprechender Infektions-Präventionsmaßnahmen waren bislang auch Bedenken in Bezug auf zusätzliche Personalkosten. Eine gute Krankenhaushygiene kann jedoch zu signifikanten Einsparungen in einem Krankenhaus beitragen. In den Jahren 2003 und 2007 konnten ca. 472 MRSA-Fälle in einem Großklinikum in Süddeutschland durch stringente etablierte Hygienemaßnahmen, wie Einzelzimmerisolation, Kittel-Handschuhpflege und Raumdeseinfektion nach Entlassung, vermieden werden. Bei einer Zahl von 472 Fällen wurde dabei, bedingt durch die lange Liegedauer bei MRSA, ein Einsparpotenzial von 3,1 Millionen Euro beziffert (Trautmann et al. 2007).

Bei einer Zahl von ca. 30.000 Patienten pro Jahr kann von jährlich 225 nosokomialen Infektionen ausgegangen werden. Bei einem Reduktionspotenzial von 25% können also 56 Fälle von Krankenhausinfektionen vermieden werden. Geht man von einer durchschnittlichen Verlängerung der Verweildauer von ca. vier Tagen aus, so resultieren daraus wiederum 224 vermeidbare zusätzliche Krankenhaustage. Legt man z.B. 250 Euro Kosten pro zusätzlichen Behandlungstag zugrunde, so ergibt sich dementsprechend für eine chirurgische Abteilung pro Jahr ein Einsparpotenzial von ca. 56.000 Euro (Rüden et al. 2004).

Studien zeigten, dass es möglich ist, 50% der Krankenhausinfektionen vorzubeugen. Es scheint gegenwärtig aber eher utopisch zu sein, Krankenhausinfektionen vollständig verhindern zu wollen. Sie müssen leider als Crux der Hightech-Medizin hingenommen werden. Ob die neuen Kampagnen „Getting to zero“ und „Null-Toleranz“ eine deutliche Reduktion von Hospitalinfektionen bewirken, wird die Zukunft zeigen.

Dabei erhebt die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene in einer Stellungnahme die These, dass der mögliche Effekt der Präventionsmaßnahmen bei verschiedenen Krankenhausinfektionen unterschiedlich hoch ist. Bei einigen wesentlichen Infektionen, wie den Gefäßkatheter-assoziierten Blutstrom-Infektionen, bei neurochirurgischen Shunt-Anlagen oder bei einigen postoperativen Wundinfektionen, dürfte es theoretisch möglich sein, nahezu 100% zu verhindern.

Eine nationale Kampagne zur Verhinderung von Krankenhausinfektionen und zur Schaffung einer Sicherheitskultur ist daher längst überfällig. Sie sollte das Ziel verfolgen, Infektionen vollständig im Sinne einer Null-Infektions-Strategie zu vermeiden. Dabei sollte die Vision, null Infektionen anzustreben, nicht dadurch in Frage gestellt werden, dass dieses Ziel als grundsätzlich illusionär bezeichnet wird (Walger et al. 2013).

Die Ergebnisse vieler randomisierter, kontrollierter Studien zum Thema Infektionsprävention aus jüngster Zeit zeigen in der Tat Reduktionen von bis 50% und mehr durch die Einführung häufig nur einer spezifischen Intervention (z.B. antimikrobiell-beschichtete zentrale Venenkatheter zum Schutz vor Blutstrom-Infektionen, oder der präventive Einsatz antibakterieller Substanzen im Rachenraum (oropharyngeale Dekontamination), um Lungenentzündungen bei künstlicher Beatmung vorzubeugen: Pronovost et al. 2006; Gastmeier et al. 2006; Murray et al. 2007). Diese Erfolge randomisierter kontrollierter Studien sind aber nicht ohne weiteres auf nosokomiale Infektionen insgesamt übertragbar. Nach der aktuellen Datenlage ist es derzeit nicht möglich, exakt zu beziffern,

wie groß das Problem nosokomialer Infektionen in deutschen Kliniken ist und wie gut sie sich vermeiden ließen.

Die Daten können allerdings als Grundlage für Hochrechnungen Krankenhaus-erworbener Infektionen dienen. Allerdings lassen sich die Aussagen nicht auf den vermeidbaren Anteil der Infektion und auf die vermeidbaren Todesfälle übertragen (Gastmeier 2010).

Fazit: Prävention kann und muss verbessert werden

Infektionsprävention im Krankenhaus lässt sich nur realisieren, wenn das Hygienefachpersonal mit den Ärzten und dem Pflegeteam kooperiert und dabei Patienten und deren Angehörige einbezieht (s. Kasten). Es muss eine ausreichende Anzahl gut qualifizierter Beschäftigter der Medizin- und Pflegeberufe in den Krankenhäusern tätig sein. Das ist eine Grundvoraussetzung, damit Infektionen erkannt beziehungsweise vermieden werden können. Desinfektion, Sterilisation, Isolation können Leben retten! Es ist eine große Kunst, Ärzten und Pflegepersonal, aber auch dem in einer Einrichtung beschäftigten technischen Personal nicht nur zu sagen, dass und womit man die Hände desinfiziert, sondern ihnen klar zu machen, warum dies in der Tat notwendig ist!

Unter dem Eindruck anfänglicher Erfolge der Antiinfektiva ging ein Teil der Energie verloren, die dafür nötig ist, die Maßnahmen der Asepsie und Antisepsie aufrechtzuerhalten. Bewährte Prinzipien der Klinikhygiene und Sauberkeit gerieten in Vergessenheit. Bei einer Umfrage - vor fast 40 Jahren - waren sich 75% der Krankenschwestern dieser Gefahr für den Kranken nicht mehr bewusst (Bergler et al. 1980)!

Zusammenfassung

Hygieneinterventionen und Implementierung von Antibiotic Stewardship in allen medizinischen Einrichtungen müssen umfassender und konsequenter durch Hygieneteams umgesetzt werden. In den letzten 40 Jahren hat sich die Krankenhaushygiene insgesamt verbessert. Weiterhin bestehen aber erhebliche Herausforderungen an die Klinikhygiene für die Zukunft. Multiresistenten Keime sind hier eine große Gefahr geworden. Risiken und Defizite in Bezug auf eine sichere Patientenversorgung zu erkennen mit effektiver Infektions-Prävention und -Kontrolle sind der Schlüssel für eine Vermeidung von nosokomialen Infektionen. Dieser Verantwortung müssen sich alle Tätigen in Gesundheitseinrichtungen bewusst sein.

Schlüsselwörter: *Hygienefachkraft, Prävention, Reduktionspotenzial*

Um die dramatische Zunahme von multiresistenten Erregern im Krankenhaus einzudämmen, ist die Optimierung der Antibiotikatherapie – besonders der restriktive Umgang – Gebot der Stunde. „Um die Bildung weiterer Resistenzen zu verhindern, muss sich der Einsatz von Antibiotika weltweit radikal ändern, in der Tiermast ebenso wie in der Humanmedizin. Davon sind wir noch Lichtjahre entfernt. Außerdem müssen dringend neue Antibiotika entwickelt werden. Das dauert rund zehn Jahre, und derzeit sind keine neuen Substanzen in Sicht. Wenn ich mir dagegen die rasante Verbreitung der resistenten Erreger ansehe, dann habe ich wirklich Angst, dass uns die Zeit davonläuft“, beschreibt Prof. Petra Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité, die Problematik (2013). „Mehr denn je soll die Warnung ertönen, Antibiotika und Chemotherapeutika nur bei wirklicher Notwendigkeit zu verordnen, sonst wird sich früher oder später der Segen dieser Substanzen in einen Fluch für die Menschheit verwandeln“, warnte Prof. H. Siedek aus Wien schon in einem Vortrag 1955 über den unkritischen Einsatz von Antibiotika.

44,5% der von den Hygienefachkräften aufgewendeten Zeit wird damit verbracht, Infektionsraten zu erfassen und zu analysieren. Nur 13% der Zeit entfällt auf Hygieneschulungen (Richards et al. 2001). In der Zukunft muss der Schwerpunkt in der Tätigkeit der Hygienefachkraft verändert werden.

Nur durch vermehrte Schulungen der Mitarbeiter ist es möglich, eine „Null-Toleranz“ für Krankenhausinfektionen zukünftig zu erreichen. Eine ausreichende Personalbesetzung ist dabei aber unerlässlich. Ein erfolgreiches Hygienemanagement kann nur so gut sein, wie das schwächste Glied in der Hygienekette. Ein einziger nicht beachteter Aspekt kann den Erfolg sämtlicher nachfolgenden Hygieneschritte zunichtemachen! In der täglichen Praxis ist die Adhärenz bei der Händedesinfektion dringend verbesserungsbedürftig. <<



Literatur

Bergler R. (1980) Barrieren bei der Durchsetzung von Erkenntnissen der Hygiene. Zentralblatt für Bakteriologie, Mikrobiologie und Hygiene 1. Abteilung, Originale B 172, S. 1-43.

Bundesgesundheitsblatt (2009) Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsblatt 52, S. 951-962.

Chiarego M, Noritomi D et al. (2004) Hand disinfection compliance according to work experience. Vortrag anlässlich des 17. ESICM Jahreskongress, Berlin, Deutschland, 10 – 13. Oktober 2004. Intensive Care Medicine 30 (Suppl. 1), S11.

Gastmeier P, Geffers C. (2006) Prevention of catheter-related bloodstream infections: analysis of studies published between 2002 and 2005. Journal of Hospital Infection 64, S. 326-335.

Gastmeier P. (2013) Uns läuft die Zeit davon. Spiegel 39, S. 116.

Gastmeier P, Brunkhorst F, Schrappe M., Kern W., Geffers C. (2010) Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? Deutsche Medizinische Wochenschrift 135, S. 91-93.

Kampf G., Löffler H., Gastmeier P. (2009) Händehygiene zur Prävention nosokomialer Infektionen. Deutsches Ärzteblatt 106, S. 649-655.

Lawes T, Dare C., Lopez-Lozano J., Macartney G., Nebot C., Subbarao-Sharma R. et al. (2015) Effects of national antibiotic stewardship and infection control strategies on hospital-associated and community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections across a region of Scotland: a non-linear time-series study. The Lancet Infectious Diseases 15, S. 1438-1449.

Murray T. & Goodyear-Bruch C. (2007) Ventilator-associated pneumonia improvement program. AACN Advanced Critical Care 18, S. 190-199.

Pittet D, Hugonnet S., Harbarth S., Mourouga P., Sauvan V., Touveneau S. et al. (2000) Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection control programme. Lancet 356, S. 1307-1312.

Pronovost P, Needham D., Berenholtz S., Sinopoli D., Chu H., Cosgrove S. (2006) An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. New England Journal of Medicine 355, S. 2725-2732.

Richards C., Emori TG., Edwards J., Fridkin S., Tolson J., Gaynes R. (2001) Characteristics of hospitals and infection control professionals participating in the National Nosocomial Infections Surveillance System 1999. American Journal of Infection Control 29, S. 400-403.

Rimawi R., Mazer M., Siraj D., Gooch M., Cook P. (2013) Impact of regular collaboration between infectious diseases and critical care practitioners on antimicrobial utilization and patient outcome. Critical Care Medicine 41, S. 2099-2107.

Rossi P. & Edmiston C. (2012) Patient safety in the critical care environment. Surgical Clinics of North America 6, S. 1369-1386.

Rüden H. & Gastmeier P. (2004) Rollen und Aufgaben der Hygienefachkräfte und des Krankenhaushygienikers unter besonderer Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten. Bundesgesundheitsblatt 47, S. 323-328.

Sánchez Garcia M. (2004) SDD bei hoher Prävalenz von MRSA und anderen resistenten Erregern. Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 1, S. 219-220.

Schwadtker L. (2015) Einschätzung angehenden medizinischen Personals hinsichtlich nosokomialer Infektionen. Vortrag anlässlich des 11. Ulmer Symposiums Krankenhausinfektionen, Epidemiologie, Hygienemaßnahmen, Antibiotikaprophylaxe

Siedek H. (1956) Schädigungen der Antibiotika und Chemotherapeutika. Wiener klinische Wochenschrift 68, S. 314-317.

Stoffels M. et al. (2016) Wissensstand und Einstellung stationärer Patienten zur Krankenhaushygiene. Hy Med 2016 – Suppl. DGKH 2026, S. 45pp.

Stone P, Larson E., Kawar L. (2002) A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions. American Journal of Infection Control 30, S. 145-152.

Trautmann M., Pollitt A., Loh U., Synowzik I., Reiter W., Stecher J. et al. (2007) Implementation of an intensified infection control program to reduce MRSA transmissions in a German tertiary care hospital. American Journal of Infection Control 35, S. 643-649.

Walger P, Popp W., Exner M. (2013) Stellungnahme der DGKH zu Prävalenz, Letalität und Präventionspotenzial nosokomialer Infektionen in Deutschland 2013. Hygiene & Medizin 38, S. 329-338.

Information

Für interessierte Patienten wird auf die Broschüre des Aktionsbündnis Patientensicherheit, die zum Download im Internet unter folgenden Link zur Verfügung steht, hingewiesen: „Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger“.

http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuer-Redakteur/PDFs/Infos_fuer_Patienten/PI_Krankenhauserreger_low.pdf

Autorenkontakt:

Hardy-Thorsten Panknin, Badensche Straße 49, 10715 Berlin
Kontakt: ht.panknin@berlin.de

> Schmerzmittel

Was Experten raten und wie die Realität aussieht

ELKE SCHLESSELMANN & HANS SCHOTTKY

Die Prävalenz von chronischen Schmerzen unterschiedlicher Art, Stärke und Ursachengruppe – nimmt mit dem Alter zu. Sieben von zehn Hochaltrigen leiden darunter. In einer frühen Studie lag bei der Gruppe von Patienten, deren durchschnittliches Alter 89 Jahre betrug, die Rate bei etwa 50 Prozent. Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich ableiten, wie sich der Umgang mit chronischen Schmerzen bei Patienten verbessern lässt, und welchen Schulungsbedarf es beispielsweise für Pflegekräfte gibt.

Chronische Schmerzen im hohen Alter (> 80 Jahre)

Die fachgerechte Versorgung Schmerzkranker ist bekanntermaßen allgemein unzureichend und die höheren Altersklassen sind da keine Ausnahme. Eine Problemgruppe besonderer Art sind die Demenzkranken, die vermutlich ebenso häufig chronisch schmerzkrank sind wie andere sehr alte Menschen, aber deutlich seltener eine ausreichende Therapie erhalten. Altenheime und Demenzwohngruppen tragen hinsichtlich der Schmerzbehandlung eine besondere Verantwortung: zum einen, weil alte Menschen dazu neigen, ihre Beschwerden gering zu bewerten und nicht zu klagen, zum anderen, weil viele von ihnen gar nicht mehr in der Lage sind, Fragen gezielt zu beantworten. Die Pflegenden haben in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle – die schwierige Aufgabe, Schmerzen zu erfassen, zu dokumentieren, zu bewerten, im Verlauf zu beobachten und die Behandlung zu managen. Kenntnisse über Wirkungsweise und Gefahren der verordneten Medikamente sind dabei unerlässlich. Ziel ist in jedem Fall, eine erträgliche und „stabile Schmerzsituation“ zu erreichen, denn völlige Schmerzfreiheit ist nur selten realistisch.

Der aktuelle Expertenstandard „Chronische Schmerzen“ fordert von den Pflegekräften, dass sie zwischen „stabilen“ und „instabilen“ Schmerzen unterscheiden. Als instabile Schmerzsituation gilt alles, was dauerhaft nicht akzeptabel ist.

Basis der Therapie ist die fachgerechte medikamentöse Behandlung, verordnet durch den Arzt inklusive Bedarfsmedikation, die entsprechend von der Pflegekraft umgesetzt wird. Eine „instabile Schmerzsituation“ führt zu Verlust von Lebensqualität, Funktionalität und sozialer Teilhabe, die nicht kompensiert werden können (DNQP 2014).

Die Bremer Heimstiftung (BHS) ist der größte Träger von Alteneinrichtungen im Bundesland Bremen und betreut etwa 2.600 alte Menschen. Die Pflegedienstleitungen der BHS hatten kritisiert, dass sie keine ausreichenden Kenntnisse über die in ihrem Bereich verwendeten Schmerzmedikamente hätten und von sich aus den Wunsch nach Schulungen auf diesem Gebiet formuliert. Wegen des sehr breiten Angebots von Schmerzmitteln wäre eine unvorbereitete Schulung nicht effektiv gewesen. Daher beschloss die Stabsstelle Qualität, zu erfassen, welche Mittel standardmäßig in ihrem Bereich verordnet werden. Daraus erwuchs das Projekt einer gezielten Schmerzmittelerfassung bei der BHS.

Erfassung über verordnete Schmerzmittel

Die Pflegedienstleitungen der Bremer Heimstiftung sehen die praktische Umsetzung des Expertenstandards zum Thema Schmerzmanagement kritisch und fordern die Mitarbeiter der Stabsstelle Qualität der Bremer Heimstiftung bei Bedarf zur Durchführung von System-Audits auf. Genauso wird die Abteilung Qualität bei der „komplexen Versorgung einzelner Bewohner“ hinzugezogen, d.h. wenn es im Einzelfall zu schwer lösba- ren Versorgungsproblemen kommt.

Deshalb haben wir im Zeitraum zwischen August und Oktober 2015 in sechs Langzeitpflegebereichen der Bremer Heimstiftung bei 58 Bewohnern mit Schmerzen die Schmerzmittelgabe gesichtet und ausgewertet. Bei der Erfassung wurden wir von einem ehrenamtlichen Mitarbeiter (Anästhesist Dr. Schottky) unterstützt. Die Langzeitpflegebereiche wurden so ausgewählt, dass unterschiedliche Stadtteile und somit auch Arztpraxen in die Studie eingeschlossen wurden. Erfasst wurden alle verordneten Medikamente und alle dokumentierten Diagnosen. Nach Auswertung der Falldokumentation haben wir den Bewohner kurz aufgesucht und nach der Zufriedenheit hinsichtlich der Schmerztherapie befragt.

Die Auswahl der Bewohner erfolgte nicht zufällig: Es wurden Bewohner mit Schmerzen ausgewählt, oder solche, bei denen aufgrund ihrer Erkrankungen Schmerzen zu erwarten waren. Es han-

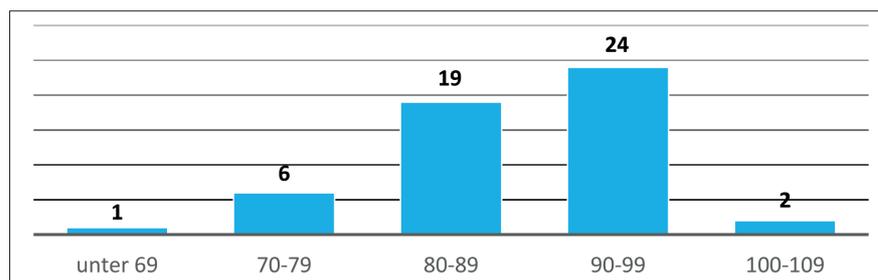


Abbildung 1: Altersverteilung von Menschen mit Schmerzen in der Langzeitpflege (n=58).

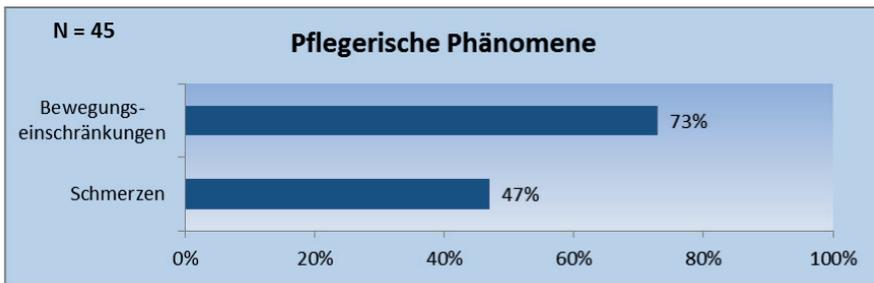


Abbildung 2: Mobilitätsstudie – Pflegerische Phänomene: Bewegungseinschränkungen und Schmerzen (Schlüsselmann 2014)

delte sich also nicht um eine Stichprobe aller Bewohner, sondern um eine Auswahl von Bewohnern mit Schmerzproblemen, denn eine Stichprobe von 58 Menschen ergibt keine repräsentativen Ergebnisse. Es sind jedoch nicht nur Tendenzen erkennbar – sondern es zeichneten sich klare Häufungsmuster ab.

Ergebnisse und Interpretation

Die Altersverteilung der Probanden ist der Abbildung 1 zu entnehmen. Das durchschnittliche Einzugsalter bei der Bremer Heimstiftung liegt bei 85 Jahren. Bei dieser Auswahl von Bewohnern lag der Median bei etwa 89 Jahren – einige Jahre über dem durchschnittlichen Einzugsalter. Im Übrigen gibt es eine deutliche Korrelation zwischen chronischem Schmerz und Bewegungseinschränkung (eigene Studie zur Mobilität, siehe Abbildung 2). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen von Wingefeld et al. (2011).

Schmerzursachen

Die häufigste Schmerzursache sind Funktionsstörungen des Bewegungsapparates. Eine Aufstellung der häufigsten Schmerzursachen, definiert als schmerzassoziierte Diagnosen finden Sie in Abb 3.

Einschränkend muss gesagt werden, dass bei dieser Art der Erfassung (die sich nur auf die schriftlichen Unterlagen stützt) alle möglicherweise schmerzzeugenden Diagnosen notiert wurden. Die tatsächliche Schmerzverursachung wurde nicht im Einzelnen überprüft.

Frakturen im Greisenalter (Senium) werden meist durch Sturz verursacht, als Folge können sich chronische Schmerzen einstellen. Insofern ist Sturzprophylaxe auch Schmerzprophylaxe, besonders bei Bewohnern mit der so häufigen Osteoporose. Auch Patienten mit vollständiger Hüftprothese (TEP) sind bei Stürzen

vermehrt schmerzgefährdet, denn der Sturz kann die TEP beschädigen oder funktionell beeinträchtigen.

Die Koronare Herzkrankheit wurde als schmerzassoziierte Erkrankung in die Erfassung mit aufgenommen. Da sie jedoch nicht schmerzlindernd oder beseitigend, sondern an der Ursache behandelt wird, wird sie hier nicht weiter berücksichtigt.

Auch die Diagnose „Depression“ haben wir in die Erfassung eingebunden. Die Symptome von Depression und chronischem Schmerz überlappen sich; chronischer Schmerz kann naturgemäß eine reaktive Depression nach sich ziehen, und Depressivität mindert die Fähigkeit, Schmerzen zu bewältigen oder aktiv anzugehen. Kurz gesagt, sind Depression und chronischer Schmerz nicht sicher zu trennen. Antidepressiva sind Standardtherapie bei durch Diabetes oder Alkoholismus verursachten neuropathischen Schmerzen.

Häufigste Schmerzmittel und Antidepressiva

Die am häufigsten verordnete Schmerzmittel und Antidepressiva sind in der Abbildung 4 aufgeführt.

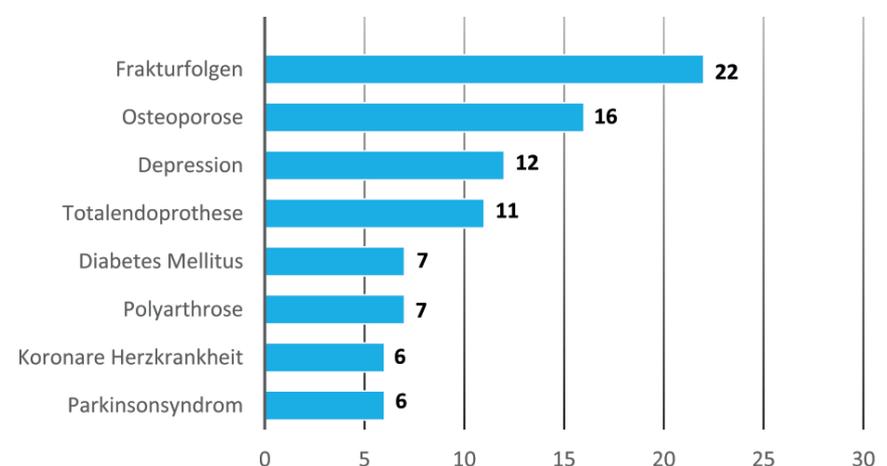


Abbildung 3: Die Häufigkeit schmerzassoziiierter Diagnosen (n=58).

Mehrfachverordnungen durch die Ärzte sind fast die Regel, sodass die Gesamtzahl der Verordnungen deutlich über der Probandenzahl liegt. Aus den Bewohnerdokumenten ging nicht hervor, welche Erkrankungen bzw. Diagnosen aktuell für die Schmerzen verantwortlich waren. Als sichere Schmerzursache konnte nur „Polyarthrose“ unterstellt werden.

Die verordneten Medikamente haben wir dem WHO-Stufenschema zugeordnet, um zu prüfen, ob die Einnahmen den Empfehlungen der WHO entsprechen. Darin wird empfohlen, dass „schwache Opiode“ und „starke Opiode“ nicht kombiniert werden sollen. Dieses Schema wird verschiedentlich kritisiert. Es zeichnet sich allerdings ab, dass zumindest die Kombination von starken und schwachen Opioiden weiterhin als fehlerhaft gelten darf. Wir fanden eine solche Kombination allerdings nur in einem Fall.

Allgemeine Grundsätze der Schmerztherapie in der BHS:

Die BHS hat vor etwa zehn Jahren den Pflegenden eine kurze Liste mit den allgemeinen Grundsätzen der Schmerztherapie ausgehändigt, die im Wesentlichen auch umgesetzt werden (Hospiz Horn 2010):

- Verabreichung der Schmerzmittel entsprechend des WHO-Schemas, beginnend bei den Nichtopioiden, aber nicht dogmatisch
- Nichtopiode und Opiode kombinieren, aber schwache und starke Opiode nicht kombinieren
- Einnahme nach festem Zeitplan, nicht nach Bedarf

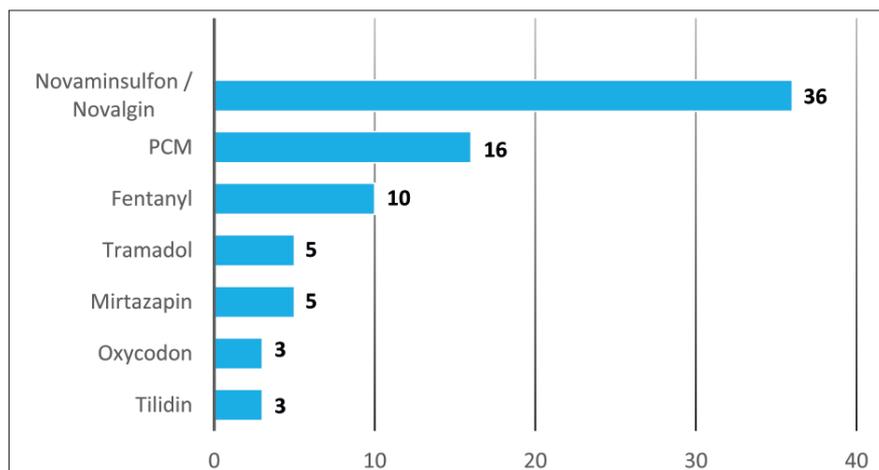


Abb. 4: Die am häufigsten verordneten Schmerzmedikamente in der Langzeitpflege (n=58).

- Wenn unzureichend, Dosis erhöhen, nicht Intervall verkürzen
- Eventualmedikation für Durchbruchschmerzen bei Krebskranken vereinbaren
- Nebenwirkungen von vornherein behandeln, nicht erst abwarten (Obstipation)
- Opiode sind weniger toxisch als Nicht-Opiode (Niere, Magen, Blutungen)
- Antiepileptika bei neuralgischen (einschießenden) Schmerzen
- Bei neuropathischen, bes. Brennschmerzen Antidepressiva verabreichen
- Bei Knochenschmerzen/ Knochentastasten/Osteoporose Biphosphonate verabreichen
- Cortisonderivate bei entzündlichen Zuständen oder Schwellungen, bes. Hirnödem
- Pflaster oder Pumpen nur, wenn orale Medikation unzureichend oder nicht machbar
- Keine retardierten Präparate bei Durchbruchschmerz

Wirkung und Nebenwirkung der meistverordneten Medikamente

Metamizol (z.B. Novalgin®)

Das Präparat ist ein schmerzstillendes und fiebersenkendes Arzneimittel aus der Gruppe der Pyrazolone. Das Arzneimittel wird angewendet zur Behandlung von:

- akuten, starken Schmerzen nach Verletzungen oder Operationen,
- krampfartigem Leibschmerz (Kolik),
- Schmerzen bei Krebsleiden (Tumorschmerzen),

- sonstigen akuten oder chronischen starken Schmerzen, soweit eine andere Behandlung nicht infrage kommt,
- hohem Fieber, das auf andere Maßnahmen nicht anspricht.

Metamizol zählt zu den Nichtopioiden. In den letzten zehn Jahren ist hier eine massiv steigende Tendenz der Verordnung zu beobachten. Neben der spasmolytischen Wirkung (bei Gallen- und Nierenkoliken) hat Metamizol auch eine fiebersenkende Wirkung. Es wirkt nicht entzündungshemmend und es kann bei der Einnahme zu einem Blutdruckabfall kommen. Metamizol ist gut mit Opiaten zu kombinieren.

Es hilft bei chronischen Schmerzen, aber nicht bei akuten Reizzuständen. Hier sind die entzündungshemmenden nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR, siehe unten) wie Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin), Ibuprofen und Diclofenac (z.B. Voltaren) oder Cortison wirksam.

Ein besonderes Problem ist bei Metamizol wie bei anderen Pyrazolonen die seltene, aber potenziell tödliche Agranulozytose, eine drastische Verringerung der Granulozyten (Untergruppe der weißen Blutkörperchen). In anderen Ländern ist das Mittel deswegen nicht zugelassen. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft warnt deswegen, die Agranulozytose sei „sehr selten, aber häufiger als gedacht“. Angesichts der auch andernorts beobachteten massiv steigenden Verordnungszahlen ist das durchaus ein Anlass zur Besorgnis.

Paracetamol

Paracetamol ist das am zweithäufigsten verordnete Nichtopioid. Es wirkt fiebersenkend und schmerzstillend. Außerdem ist es geringfügig entzündungshemmend. Erwachsene sollten hiervon nicht mehr als sechs Gramm pro Tag einnehmen, da es dann lebertoxisch wirkt: eine durchaus gefährliche, potenziell tödliche Wirkung bei ansonsten sehr guter Verträglichkeit.

Nichtsteroidale Anti-Rheumatika (NSAR)

Ibuprofen

Ibuprofen wirkt wie andere NSAR entzündungshemmend, fiebersenkend und analgetisch. Es hat typische Nebenwirkungen: Es ist schleimhautschädigend und verursacht Erosionen und Blutungen insbesondere der Magenschleimhaut. Daher wird es oft mit „Magenschutz“ wie etwa Omeprazol, Esomeprazol oder Pantoprazol verordnet. Ibuprofen ist nierenschädigend und fördert die Ödembildung.

Opiode	Opiode schwach	Nichtopiode	Adjuvantien
1. Fentanyl (11x)	1. Tramadol (5x)	1. Novalgin (35x)	1. Mirtazapin (4x)
2. Oxycodon (3x)	2. Tilidin (4x)	2. PCM (19x)	2. Trimipramin (4x)
3. Hydromorphon (1x)		3. Ibuprofen (8x)	3. Amitriptylin (4x)
		4. Naproxen (1x)	4. Gabapentin (3x)
			5. Sertralin (2x)
			6. Rivotril (2x)
			7. Doxepin (1x)
			8. Venlafaxin (1x)
			9. Buscopan (1x)
			10. Lamotrigin (1x)
			11. Pregabalin (1x)
			12. Citalopram (1x)

Tabelle 1: Häufigkeit der Verordnungen nach Gruppen:

Starkwirkende Opioide

Wir fanden bei den Bewohnern der Bremer Heimstiftung überraschenderweise nur drei starkwirkende Opioide:

- Fentanyl – ausschließlich als Pflaster
- Oxycodon
- Hydromorphon

Fentanyl-Pflaster®

Fentanyl-Pflaster haben sich vor etwa zehn Jahren geradezu epidemisch verbreitet. Inzwischen ist die Verordnung eher rückläufig. Ein Nachteil von Fentanyl-Pflastern ist die Tatsache, dass der Opioid-Spiegel absolut gleichmäßig und insofern dem Tagesprofil des Schmerzes nicht anpassbar ist. Die Anwendung ist bei nicht tumorbedingten (benignen) Schmerzen über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten fragwürdig. Die Wirksamkeit bei solchen Schmerzen wurde überschätzt. Denn diese Wirkstoffklasse ist bei Schmerzen des Bewegungsapparats kaum effektiver als Paracetamol. Bei Tumorschmerzen allerdings ist sie unverzichtbar.

Die obstipierende, also Verstopfung verursachende Wirkung der Pflaster ist geringer als bei oralem Morphin, aber durchaus vorhanden. Sie erfordert die flankierende Anwendung von Laxantien (Abführmitteln) als Prophylaxe. Die Anwendung von Opioid-Pflastern erfordert die strikte Einhaltung bestimmter Regeln und Kriterien:

- Geeignete, gesunde Hautstelle aussuchen
- Haut mit Wasser reinigen, nicht reiben
- Nicht rasieren
- Pflaster nicht zerschneiden
- Nicht überwärmen, nicht zu heiß waschen/baden
- Pflaster-Innenseite nicht berühren
- Anwendungsstelle frühestens nach sieben bis zehn Tagen wieder benutzen
- Die Pflegenden der BHS benutzen eine eigene, kurzgefasste Arbeitsvorschrift für den Umgang mit Opioid-Pflastern.

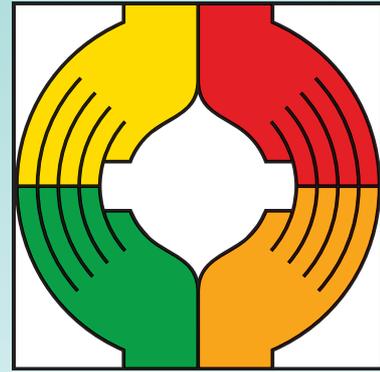
Antidepressiva

Es ist bei den notierten Verordnungen nicht erkennbar, ob die jeweilige Indikation eine Depression, ein neuropathischer Schmerz oder beides ist. Bei der Häufigkeit von Altersdepressionen sind beide Indikationen gleichzeitig möglich. Gerontologisch als wenig geeignet gelten trizyklische Antidepressiva (hier Amitriptylin, Imipramin, Doxepin) wegen ihrer Nebenwirkungen (anticholinerge Effekte wie Mundtrockenheit, Miktionsstörungen und Herzrhythmusstörungen). Mirtazapin gilt als günstiger. Die Nebenwirkungen sind Schläfrigkeit und Gewichtszunahme.

Schmerzbehandlung als fachliche und politische Herausforderung

Mit der stichprobenhaften Überprüfung der Versorgungspraxis von Schmerzmitteln in den Einrichtungen der BHS konnten wir zum einen die häufig verordneten Medikamente erfassen, zum anderen auch durch unseren Fokus auf die Schmerzpatienten weitere Einsichten gewinnen:

REHACARE®
INTERNATIONAL



Fachmesse und Kongress

Selbstbestimmt leben



**Düsseldorf,
28. Sept. – 1. Okt. 2016**

www.rehacare.de

Leben mit Pflege @home (Halle3)

Fachspezifische Seminare und Workshops
zum Thema häusliche Pflege

1. In unserer Untersuchung betrachteten wir Bewohner, die ausgeprägte Schmerzen hatten und nur begrenzt transportfähig waren, sodass wir sie nicht in einer Schmerzambulanz hätten vorstellen können. In Bremen war es uns nicht möglich, Ärzte aus Schmerzambulanzen und Schmerzpraxen dazu zu bewegen, einen Hausbesuch bei den einzelnen Bewohnern durchzuführen. Die Möglichkeit, das SAPV-Team (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) hinzuzuziehen, ist begrenzt, aufgrund der Ausschluss-Kriterien und der Überlastung des bisher einzigen SAPV-Teams im Land Bremen. Hier sehen wir, dass dieses Thema nicht allein durch die Pflegekräfte gelöst werden kann. Hier sind Einrichtungen, Träger und politisch Verantwortliche gefordert, die Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen zu optimieren und an die Forderungen des Expertenstandards anzupassen (DNQP 2014).

2. Unser Ziel war zwar nicht, die gesamte Schmerztherapie einschließlich der nichtmedikamentösen Maßnahmen zu erfassen, ein kurzer Blick auf das Gesamtbild der jeweiligen Bewohner zeigte jedoch, dass die Pflegekräfte auf die Gesamtsituation „Schmerz“ keineswegs mit den angezeigten und unten genannten nicht-medikamentösen Maßnahmen reagieren. Hier gibt es Nachhol- und Schulungsbedarf.

Folgende Maßnahmen dieser Kategorie sind in unserem Standard enthalten und werden in diesem Zusammenhang geschult:

- Gespräch, Zuwendung, Ablenkung und Sozialkontakt
- Lagerung, Haltungstraining und Rückenschule (Entlastung der erkrankten Region)

- Kälte- und Eis-Anwendung (Verminderung der schmerzempfindlichen Rezeptoren)
- Wärme (Erweiterung der Gefäße)
- Massagen, Vibrationstherapie und Streichelbewegungen (Entspannung)
- Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS) - Hemmung der Schmerzweiterleitung
- Atemübungen (Reduzierung von Angst und Anspannung)

Lediglich die Bewegung und Positionierung setzen sich langsam als Teilstrategie zur ganzheitlichen Behandlung chronischer Schmerzen durch. Dies kann als Teilerfolg der umfangreichen Schulung zur Mobilitätsförderung im hohen Alter interpretiert werden.

Das Vernachlässigen des Einsatzes nicht-medikamentöser Strategien beginnt sicher beim „Kunden“, also dem Bewohner, der sich mehr von Medikamenten als von alternativen Methoden verspricht. Es betrifft aber auch Ärzte und die Pflegekräfte, die diese Sicht auf die Schmerzbehandlung teilen. Hier besteht ein großer Schulungsbedarf. Eine Ressource und ein Schritt in die richtige Richtung ist der Einsatz von Fachkräften mit einer Zusatzqualifikation in Palliative Care in der BHS, die in jeder Einrichtung vorhanden sind.

3. Die Pflegekräfte sollten noch umfangreicher ihre Rolle in der Schmerzbehandlung wahrnehmen, die in der Schmerzerfassung, der Medikamentengabe, der Erfolgskontrolle, der Dokumentation, der seelischen Stützung, der eigenständigen Schmerzbehandlung und der Symptomkontrolle (Verstopfung, Übelkeit) besteht. Insbesondere die Erfolgskontrolle nach der Gabe von Schmerzmitteln ist hier herzuheben, wobei sich die Fachkraft

noch stärker auf das Ziel, nämlich die „stabile Schmerzsituation“ konzentrieren sollte. Die „stabile Schmerzsituation“ führt zu einem zufriedenen Bewohner, der dadurch am Alltagsleben teilhaben kann. Das bedeutet:

- Eine akzeptable Schmerzsituation, d.h. das individuell erträgliche Schmerzmaß wird nicht überschritten.
- Eine angesichts der gesundheitlichen Einschränkungen mögliche Funktionalität und Mobilität wird erreicht.
- Strategien zur Bewältigung möglicher Krisen und Komplikationen werden festgelegt.
- Unerwünschte Nebenwirkungen der Therapie werden minimiert und Komplikationen der Erkrankung vermieden (DNQP 2014).

Um diese Kriterien zu erreichen, bedarf es neben der pflegerischen Versorgung einer adäquaten medizinischen Versorgung. <<



Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014) Expertenstandard – Chronische Schmerzen. DNQP, Osnabrück.

Schlesselmann E, (2014) Mobilitätsförderung in der geriatrischen Langzeitpflege. elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00104754-1. Bremen

Wingenfeld, K. (2012) Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege. In: Versorgungs-Report. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer, Stuttgart, S. 99-109.

Zusammenfassung

Bei der Überprüfung der Schmerzmittelgabe von 58 Pflegeheimbewohnern konnte festgestellt werden, dass die Schmerzursachen überwiegend bewegungsabhängig sind. Bei der Behandlung der Schmerzpatienten zeigte sich eine Versorgungslücke: Neben dem SAPV-Team gibt es kaum Ärzte aus Schmerzambulanzen die Hausbesuche in den Pflegeheimen durchführen. Darüber hinaus zeigte sich, dass die nicht-medikamentöse Schmerzbehandlung wenig Umsetzung in der Praxis findet.

Schlüsselwörter: *Medikamentöse Schmerzbehandlung, Langzeitpflege, nicht-medikamentöse Schmerzbehandlung, bewegungsabhängige Schmerzen, Versorgungslücke*

Autorenkontakt:

Dr. Elke Schlesselmann, (Dr. Public Health) Mitarbeiterin der Stabsstelle Qualität der Bremer-Heimstiftung, Dipl. Pflégewirtin
Kontakt: Elke.Schlesselmann@bremerheimstiftung.de

Dr. Hans Schottky (Anesthesist und ehrenamtlicher Mitarbeiter der Bremer-Heimstiftung)

DAS DUALE HOCHSCHULSTUDIUM MIT ZUKUNFT.



Die Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) zählt mit ihren derzeit rund 34.000 Studierenden (an 12 Standorten) und 9.000 kooperierenden Unternehmen und sozialen Einrichtungen zu den größten Hochschulen des Landes. Der Standort Stuttgart bietet

mehr als 40 national und international anerkannte, berufsintegrierte Bachelor-Studiengänge und zehn Master-Studiengänge in den Fakultäten Wirtschaft, Technik und Sozialwesen an. Derzeit sind rund 8.400 Studierende (ohne Master) immatrikuliert.

AN DER DHBW STUTTGART IST AN DER FAKULTÄT WIRTSCHAFT FOLGENDE STELLE ZU BESETZEN:

Professorin/Professor im Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege, insb. Pflegewissenschaft und klinische Praxis

(Kz. S4 / AP-47) Besoldungsgruppe W 2

Die Ausschreibung richtet sich insbesondere an Gesundheits- und Pflegewissenschaftler/-innen oder fachverwandte Qualifikationen. Sie verfügen über ein staatliches Examen in der Pflege und mehrjährige Berufserfahrung in der Patientenversorgung.

Ihre beruflichen und theoretischen Schwerpunkte liegen im Bereich Pflegewissenschaft, vorzugsweise im klinischen Kontext (Advanced Nursing Practice / erweiterte Heilkunde / medizinische Handlungskompetenz) sowie der evidenz-basierten Pflege. Zusätzliche Kompetenzen in der Theorie-Praxis-Verknüpfung, der Gestaltung des arbeitsbezogenen Lernens (am Lernort Praxis sowie im Skillslab) und in der Betreuung und Weiterbildung von Praxisanleitern runden Ihr Profil ab.

EINSTELLUNGSVORAUSSETZUNGEN:

Vorausgesetzt werden gemäß § 47 LHG ein abgeschlossenes Hochschulstudium, besondere wissenschaftliche Befähigung (in der Regel Promotion), pädagogische Eignung sowie mindestens fünf Jahre berufspraktische Erfahrung, davon mindestens drei Jahre außerhalb des Hochschulbereichs. Die Bewerberin/Der Bewerber muss zudem bereit sein, an der wissenschaftlichen Entwicklung, insbesondere durch Forschung und wissenschaftliche Weiterbildung, teilzuhaben. Erwartet wird ein besonderes Maß an Engagement, Kooperationsbereitschaft mit den beteiligten Unternehmen und sozialen Einrichtungen sowie die Bereitschaft zur Gremienarbeit.

Bei Erfüllung der Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit als Professor/-in nach einer dreijährigen Bewährung im Beamtenverhältnis auf Probe möglich, falls das Lebensalter bei der Einstellung 47 Jahre, in Ausnahmefällen das 52. Lebensjahr nicht übersteigt.

Die DHBW strebt eine Erhöhung des Anteils von Frauen in Lehre und Forschung an. Sie setzt sich besonders für die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsleben ein. Die DHBW Stuttgart bietet ein Dual Career Programm an: www.dhbw-stuttgart.de/dual-career
Bei gleicher fachlicher Eignung werden schwerbehinderte Bewerber/-innen vorrangig berücksichtigt.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung bis zum **30.09.2016** unter Angabe der o. g. Kennziffer an:

**Duale Hochschule
Baden-Württemberg Stuttgart**
z. H. Herrn Wenseric
(andreas.wenseric@dhbw-stuttgart.de)
Postfach 10 05 63
70004 Stuttgart



Jutta Kaltenecker

Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen fördern

Konzepte und Methoden für die Praxis

2016. 165 Seiten, 5 Abb., 8 Tab. Kart. € 26,-
ISBN 978-3-17-021430-9



Sind alte Menschen unglücklicher als junge? Kann man pflegebedürftig sein, im Pflegeheim leben und sich glücklich fühlen? Was ist das überhaupt: Glück? Wohlbefinden? Lebensqualität? Und: Können Heime die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen positiv beeinflussen? Das Buch beleuchtet den Beitrag von Pflegeeinrichtungen zur Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen jenseits gängiger Klischees über „Heime“. Es führt in das Konzept der Lebensqualität ein und zeigt, wie die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen gefördert werden kann. Es ist ein Theorie- und Praxisbuch, das wissenschaftlich fundiert Anregungen und Konzepte für die Verwirklichung von Lebensqualität im Pflegeheim vermittelt.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

DIPLOMA Bachelor / Master
Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

Fernstudium - Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Frühpädagogik (B.A.)
Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)
Zugangsberechtigter: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Kindheitspädagoge/in

Soziale Arbeit (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32 www.diploma.de

APOLLON Hochschule

Bachelor per Fernstudium – ohne Abitur!

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)
Bachelor Sozialmanagement (B. A.)
Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Ernährungsberater, Kommunikation

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de Ein Unternehmen der Klett Gruppe

GESUNDHEIT IST EIN MENSCHENRECHT
Deshalb hilft **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in rund 70 Ländern Menschen in Not – ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion oder politischen Überzeugung.

HELFEN SIE MIT!
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin • www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft • BLZ 370 205 00

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen

über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**

für einen Projekteinsatz

zur Fördermitgliedschaft

zu Testamentsspenden

zu Spendenaktionen

Name

Anschrift

E-Mail



Kohlhammer

Wir sind einer der größten wissenschaftlichen Verlage in Deutschland.

Wir möchten unsere erfolgreiche Marktposition in den Bereichen Medizin, Psychologie und Pflege gezielt weiter ausbauen. Hierfür suchen wir Sie, als

Lektoratsassistentenz (m/w)

Ihr Aufgabengebiet umfasst die redaktionelle und didaktische Bearbeitung von Manuskripten, die Koordination der Produktionsabläufe, die Autorenbetreuung sowie das Lektorat unterstützende organisatorische Tätigkeiten.

Sie bringen neben einem abgeschlossenen Hochschulstudium, vorzugsweise aus dem Gesundheits- bzw. Pflegebereich, Lektoratserfahrung in einem Fachverlag mit. Einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache und den neuen Medien setzen wir voraus.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellungen sowie des frühestmöglichen Eintrittstermins.

Verlag W. Kohlhammer
Personalwesen – Frau Karin Knecht
Heßbrühlstraße 69 70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 78 63-7234 Telefax: 07 11 78 63-8435
E-Mail: personalwesen@kohlhammer.de

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Der Anzeigenschluss für den Stellenmarkt der kommenden September - Ausgabe ist am 22.08.2016.

Besuchen Sie uns auch im Internet auf www.kohlhammer-pflege.de
Hier erscheinen die Stellenanzeigen parallel zur Printausgabe.

Fordern Sie einfach unsere Mediadaten an!

Media-Service
0711 7863-7266
ivana.musa@kohlhammer.de