

Hinweise zum Online-Material »Psychologie in der Altenpflege«

Für jedes Kapitel aus dem Buch »Psychologie in der Altenpflege« finden Sie nachfolgend ergänzende Materialien, Bilder und weiterführende Links, die folgenden Themenbereichen zugeordnet sind:



Lebensgeschichten und handlungsorientierte Fragestellungen

Lebens-(Fall-)geschichten mit praktischen Fragestellungen führen in die bunten Welten biografischer Prägungen und zeigen, wie wichtig der Blick auf die ganze Lebensspanne eines pflegebedürftigen alten Menschen ist.



Lösungskiste – Pflegetipps und interessante Informationen

Praktische Tipps aus der »Lösungskiste« helfen bei der Bewältigung konkreter Problemsituationen im Pflegealltag.



Und jetzt Sie! – Übungsaufgaben

Anhand konkreter Übungsaufgaben können Sie den Lernerfolg praxisnah sichern.



Anleitungen zu Selbsterfahrung und Rollenspiel

Selbsterfahrungsübungen ermöglichen Ihnen in Einzelarbeit oder in der Lerngruppe, Ihre Antennen für sich und andere Menschen zu verfeinern und Ihre pflegerischen Grundhaltungen zu reflektieren.



Texte zum Nachdenken

Weisheiten und Lehrgeschichten weisen über den fachpsychologischen Tellerand hinaus und laden Sie zum Nachsinnen ein.

Persönlicher Hinweis zum Video:

Ich danke meiner Tochter Anne-Christina für die Szene aus einem Gespräch mit meinem Vater, der im Jahr 2021 im Alter von 96 Jahren im Mehrgenerationenhaus Rehaus verstorben ist. Die zentrale Aussage dabei: »Die Liebe ist das Größte.« Dem Bedürfnis nach Liebe wird ebenfalls im Modell der person-zentrierten Pflege von Tom Kitwood (2019) der zentrale Platz zugewiesen (s. Abschn. 7.2.1 im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«).

Einführung

Zu: Psychologie als Bezugswissenschaft für die Pflege



Psychologie lernen

Psychologisches Wissen gehört zu den Basics fachlich kompetenter Pflege. Wenn Sie sich über das im Buch dargestellte Fachwissen hinaus für die Welt der Psychologie interessieren, empfehle ich Ihnen einen Besuch der Webseite des Diplom-Psychologen Eskil Burck. Ein Tummelplatz für allerlei psychologische Themen, wissenschaftlich fundiert und praxisnah aufbereitet.

Link: <https://psychologie-lernen.de/> (abgerufen am 24.06.2023)

Zu: Psychologie in den Rahmenlehrplänen der generalistischen Pflegeausbildung



Kompetenzen für die Altenpflege

Sie wollen wissen, was ein Pflegeschulleiter, der zudem gelernter Altenpfleger ist, über die generalistische Ausbildung und die wichtigsten Kompetenzen für die Altenpflege zu sagen hat? Dann schauen Sie sich das Interview an, das Tobias vom Podcast Born to Pflege (b2p) mit Manuel Benz geführt hat.

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=4X0vjm26lVk> (abgerufen am 24.06.2023)

Link zum Podcast für Pflegekräfte: <https://borntopflege.de/> (abgerufen am 24.06.2023)

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Persönlichkeitspsychologie: Wer bin ich und wer bist du?

Zu Abschnitt 1.1 »Person und Persönlichkeit: in Resonanz kommen«

Resonanz zwischen Pflegekraft und Patient umfasst mehr als Empathie, sie ist das wechselseitige körperliche und psychologische In-Beziehung-treten. In der curricularen Einheit CE 02 des Rahmenlehrplanes der generalistischen Pflegeausbildung heißt es dazu: Es wird »(...) den Auszubildenden (...) vor allem die Erfahrung vermittelt, dass Pflege ein Beruf ist, in dem die Interaktion mit anderen Menschen face-to-face und vor allem body-to-body im Zentrum steht.«

Diese menschliche Verbundenheit benötigt eine Atmosphäre, die schon mit der Ausstrahlung der Pforte einer Klinik oder eines Altenpflegeheimes ein Zeichen setzt.



Resonanzfähigkeit und liebevolle Atmosphäre

Prof. Dr. R. Verres, der Ärztlicher Direktor des Heidelberger Universitäts-Instituts für Medizinische Psychologie war, ist nicht nur Mediziner und Psychologe, sondern auch begnadeter Musiker. Als seine wichtigste Fähigkeit gilt es, dass er wissenschaftliche Heilkunde, Kunst und Musik miteinander verbindet. Seine folgende Aussage macht deutlich, dass persönliche Resonanzfähigkeit zu einer Basiskompetenz im Bereich der Pflegekunst gehört:

»Das wahre Gold in unserer Resonanzfähigkeit ist die reine und ganz unmittelbar spürbare Fähigkeit, möglichst liebevoll miteinander umzugehen und liebevolle Atmosphären zu gestalten. Dass dazu auch eine Fähigkeit zur Selbstfürsorge gehört, ist selbstverständlich. Auf diese Liebesfähigkeit zu vertrauen, bei sich selbst und beim Anderen, und zu erkennen, dass diese Liebesfähigkeit in jedem Menschen angelegt ist, halte ich für einen wesentlichen Kern der Heilkunde.«

R. Verres (2019). Feuer-Erde-Wasser-Luft. Einige Ideen zum ganzheitlichen Umgang mit Resonanzen. In: Klang-Massage-Therapie (14/2019, S. 34) (Hrsg. Peter Hess).

Persönlichkeitspsychologie: Wer bin ich und wer bist du?

Zu Abschnitt 1.2.2 »Die Big Five – Dimensionen der Persönlichkeit«

■ Tipp



Teste dich selbst

Im Buch haben Sie die fünf Dimensionen der Persönlichkeit kennengelernt (s. Tab. 1.1). Sie interessieren sich für eine Einschätzung Ihres eigenen Persönlichkeitsprofils? Unter folgendem Link gibt's einen kostenlosen Kurztest zu den Big-Five (B5T® von Dr. Satow):

<https://www.psychomeda.de/online-tests/persoenlichkeitstest.html> (abgerufen am 24.06.2023)



Big Five und soziale Medien

Wenn Sie erfahren wollen, ob es mittels einer Analyse Ihres Nutzerverhaltens in den sozialen Medien ebenfalls möglich ist, Rückschlüsse auf die Ausprägungen Ihrer Persönlichkeitsdimensionen zu erhalten, empfehle ich Ihnen den folgenden Link:

<https://psychologie-lernen.de/2023/01/07/so-verraetst-du-taeglich-facebook-die-big-five-deiner-persoenlichkeit-persoenlichkeitspsychologie/> (abgerufen am 24.06.2023)

Persönlichkeitspsychologie: Wer bin ich und wer bist du?

Zu Abschnitt 1.5 »Die Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI)«



Das kleine PSI-ABC

Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI) ist, ebenso wie ihr Gegenstand die menschliche Persönlichkeit, sehr komplex. Mit dem kleinen PSI-ABC, das auf der Seite der Andrea-Kuhl-Stiftung zur Verfügung gestellt wird, haben Interessierte die Möglichkeit, sich mit einigen zentralen Begriffen der PSI-Theorie leicht verständlich näher zu beschäftigen.

■ Tipp

Die Andrea-Kuhl-Stiftung begleitet auf der Basis der PSI-Theorie Arbeiten und Projekte, die eine gesunde Selbstentwicklung von Kindern und Jugendlichen zum Ziel haben.

<https://www.andreakuhl-stiftung.de/psi-abc/> (abgerufen am 24.06.2023)



Im inneren Team für gute Stimmung sorgen

Im Buch haben Sie einen kleinen Einblick in die PSI-Theorie gewonnen (s. Abschn. 1.5). Zur praktischen Anwendung finden Sie im folgenden Artikel einige Anregungen, die Ihnen zudem hilfreich sind, wenn es um Ihre eigene Psychohygiene im Pflegeberuf geht (s. Kap. 13).

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Persönlichkeitspsychologie: Wer bin ich und wer bist du?

4 MIR SELBST GUTES TUN

aus: misericordia. Zeitschrift der Barmherzigen Brüder in Bayern, 68.Jg., Aug./Sept. 2016

„Im inneren Team für gute Stimmung sorgen“

Mit sich selbst befreundet sein – das ist Lebenskunst im Umgang mit sich selbst, sagt der Philosoph Wilhelm Schmid. Wie sonst sollten wir der biblischen Aufforderung, den Nächsten wie uns selbst zu lieben, nachkommen können? Und diese Selbst- und Nächstenliebe

wird genährt, wenn wir uns selbst etwas Gutes tun, wenn wir uns mit uns selbst befreunden.

Die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung und ein Gespür für die eigenen Bedürfnisse und Gefühle sind dafür die Grund-

lage. Dann kann ich mir selbst vertrauen und mich und meinen Nächsten wertschätzen. Leichter gesagt als getan, eilen wir doch in den Routinen des Alltags oft selbstvergessen im Autopilotmodus durchs Leben. Also immer mal wieder innehalten, sich auf sich besinnen und



Persönlichkeitspsychologie: Wer bin ich und wer bist du?

MIR SELBST GUTES TUN 5

sich etwas Gutes tun: das ist ein wahrer Freundschaftsdienst für sich selbst.

„Ich denke, also bin ich“, der berühmte Satz des René Descartes wurde im Jahr 2000 mit einer bahnbrechenden Veröffentlichung des Neurowissenschaftlers António Damásio ergänzt: „Ich fühle, also bin ich“. Die Erkenntnisse der modernen Wissenschaften bringen Körper und Geist wieder zusammen. Der Persönlichkeitspsychologe Julius Kuhl spricht vom „denkenden Ich und fühlendem Selbst“, deren Funktionen sich den beiden Hemisphären des Gehirns zuordnen lassen. Beide konzentrieren zwar immer gemeinsam unser Denken, Fühlen und Handeln, übernehmen im Zusammenspiel aber jeweils spezielle Aufgaben.

Denkendes Ich und fühlendes Selbst

Das denkende Ich – eher in der linken Gehirnhälfte verortet – befähigt uns zum logisch-analytischen Denken, hilft uns planen und Vorsätze zu bilden, es ermöglicht uns, Dinge mit dem Verstand genau unter die Lupe zu nehmen. Die Sprache des Ich sind Wörter.

Das fühlende Selbst – eher in der rechten Gehirnhälfte verortet – ist vernetzt mit unseren Bedürfnissen, Emotionen und mit unserem Immunsystem. Unsere gesamte Lebenserfahrung steckt in diesem Selbst. Es ist unsere intelligente Intuition, die sich in Bildern und Körperempfindungen ausdrückt.

Woran merke ich, dass mein Selbst aktiv ist?

- Ich sehe viele Möglichkeiten, bin kreativ.
- Ich habe ein rundes Gefühl für die gesamte Situation.
- Ich spüre meine Körpersignale, achte auf meine Bedürfnisse und Gefühle.
- Ich gehe Dinge eher entspannt und gelassen an.
- Ich fühle mich im Flow, was ich tue, geht wie von selbst.

Wie finde ich Zugang zu meinem Selbst? Das „Sesam öffne Dich“ ist die Fähigkeit in eine entspannte Stimmung

zu kommen: dann kann ich gut mit mir selbst umgehen.

Dem eigenen Körper freundlich begegnen

Es tut gut, liebevoll mit den Signalen des Körpers umzugehen.

- Mein Gespür sagt mir oft schneller als das rationale Denken, was gut für mich ist: Brauche ich Aktion oder Ruhe? Brauche ich Schnelligkeit oder Entschleunigung? Brauche ich Rückzug oder Kontakt?
- Mein intelligentes Bauchgefühl, meine Intuition braucht auch Mitspracherecht, wenn es gilt Entscheidungen zu treffen.
- Wie ich gehe, so geht es mir: mit einer aufrechten Körperhaltung strahle ich nicht nur mehr Selbstbewusstsein aus, sondern fühle mich tatsächlich selbstsicherer.

Dem eigenen Geist freundlich begegnen

Es tut gut, eine selbst-wertschätzende mentale Haltung einzunehmen.

- Ich stelle meinem inneren Kritiker beizeiten meinen inneren Ermutiger zur Seite: vor allem, wenn ich dazu neige, mir selbst eher schwächende als stärkende Sätze zu sagen. Jeder kennt sie, die unterschiedlichen Stimmen im Gedankenorchester innerer Dialoge. Da ist es hilfreich, den Dirigentenstab in die Hand zu nehmen und im inneren Team für gute Stimmung zu sorgen.
- Mit unserem denkenden Ich sind wir oft in der Vergangenheit und der Zukunft unterwegs. Da tut es gut, immer mal wieder Kraft im Hier und Jetzt zu tanken, mit allen Sinnen wahrzunehmen, was die Gegenwart gerade bietet.
- Wichtig ist es, für Psychohygiene zu sorgen, wenn hoch ansteckende Keime des Jammerns und schlechter Stimmung in der Umgebungsluft lauern.
- Ein Lob sei der Pause gesagt – es tut



Claudia Reinhardt und Kurt Wirsing sind überzeugt: Entspannung erleichtert den Zugang zum eigenen Selbst.

gut, bewusst innezuhalten und die Balance zwischen Leistung und Erholung zu suchen, auch in hoch motivierten Arbeitsphasen. Sich jeden Tag eine kurze Innenzeit erlauben, beispielsweise Augen zu, durchatmen, ein Musikstück hören, ein Gedicht lesen, eine Blume betrachten, den Wind spüren, den Regentropfen zuhören. Und für diese Erfahrungen dankbar sein.

- Nicht zuletzt braucht unser Geist Erinnerungs-Anker. Das kann ein mir bedeutsames Foto, ein besonderer Gegenstand sein, der mich erinnert: Tu dir etwas Gutes! Das können morgendliche und abendliche Rituale sein.

Vielleicht mögen Sie sich manchmal mit den Worten des Bernhard von Clairvaux fragen: „Wie kannst du aber voll und echt Mensch sein, wenn du dich selbst verloren hast? ... Wie lange noch schenkst du allen andern deine Aufmerksamkeit, nur nicht dir selber?“ Und dann eine kurze Minute innehalten und nachsinnen: Wann war ich heute mit mir selbst befreundet? Bin ich es jetzt?

*Kurt Wirsing und Claudia Reinhardt
Persönlichkeitscoaching
& Psychotherapie, Arbeitspsychologie
& Organisationsberatung
www.fitness-fuer-die-seele.com*

zu Abschnitt 2.3 »Psychologische Lerntheorien und persönliche Entwicklung«



Experiment zum Signallernen

Stellen Sie sich in diesem Moment in aller Ruhe vor, wie Sie in eine schöne, große, gelbe, saftige Zitrone hineinbeißen. So richtig fest und genüsslich hineinbeißen...

► Was passiert?

Falls Ihnen das Wasser im Mund zusammengelaufen ist, zumindest ein wenig, dann ist Folgendes geschehen:

Zitrone ist für Sie offensichtlich ein gelerntes Signal für »Jetzt kommt etwas Saures«. Schon die Vorstellung hat dann genügt, die körperliche Reaktion »Speichelfluss« auszulösen. Ursprünglich war die Zitrone als Gegenstand – und schon gar als bloßes Wort – ein völlig neutraler Reiz, der mit Speichelfluss nichts zu tun hatte. Speichelfluss ist hingegen eine natürliche Reaktion der Speicheldrüsen auf saure Nahrung.

Die früher gelernte Verknüpfung der unbedingten (= natürlichen) Reaktion, dass Saures zu Speichelfluss führt, mit dem neutralen Reiz (Zitrone) bedingt erst den Erfolg dieses Experiments.



Angst verlernen

■ Tipp

Die Erkenntnisse aus der Lernpsychologie haben Eingang in die Psychotherapie gefunden. Davon profitieren auch psychotherapeutische Interventionen, wenn es um Hilfen für Menschen geht, die an Ängsten leiden. Im folgenden Link finden Sie die Grundsätze von Angsttherapien gut erklärt. Und vielleicht können Sie manches Aha-Erlebnis oder auch den einen anderen Tipp für sich mitnehmen, falls Sie z. B. mit Prüfungsängsten zu kämpfen haben.

Link: <https://psychologie-lernen.de/2021/12/05/angst-verlernen-wie-erkenntnisse-aus-der-lernpsychologie-die-angsttherapie-verbessern/> (abgerufen am 24.06.2023)

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Biografiearbeit in der Altenpflege

Zu Abschnitt 3.1 »Das Lebensflussmodell«



Lebendiges virtuelles Museum Online (LeMO)

■ Tipp

Lebensgeschichtliche Prägungen alter Menschen lassen sich im Rahmen der biografiegeleiteten Pflege besser verstehen, wenn die Pflegenden zumindest eine Ahnung von zeitgeschichtlichen Ereignissen haben. Das Lebendige virtuelle Museum Online (LeMO) bietet einen Gang durch die deutsche Geschichte von 1871 bis zur Gegenwart. Sie finden dort virtuelle dreidimensionale Erlebniswelten, Jahreschroniken, Schaubilder, Erzählungen von Zeitzeugen, Film- und Tondokumente.

Link: <https://www.dhm.de/lemo> (abgerufen am 24.06.2023)



Lebensschatztruhe

Gemeinsames Erinnern trägt dazu bei, die Identität des Menschen zu bewahren. Die Beschäftigung mit der Biografie eines anderen Menschen bedeutet, an lebensgeschichtlich wichtigen Ereignissen teilhaben zu dürfen. Es wird an Zeiten erinnert, an denen der Mensch sein Leben eigenverantwortlich und kompetent gestaltet hat. Eine Methode hierfür ist die Arbeit mit der Lebensschatztruhe.

(1) Vorbereitung

- ▶ Für jede:n Bewohner:in eine Lebensschatztruhe bereitstellen,
- ▶ Gegenstände, die dem Menschen wichtig waren (Fotos, Bücher, Tasse, Spielsachen etc.) in die Truhe geben,
- ▶ Angehörige und Betreuende auf die Lebensschatztruhe hinweisen,
- ▶ Lebensschatztruhe bleibt auf dem Zimmer,
- ▶ Inhalt wird schriftlich festgehalten.

(2) Durchführung

- ▶ Gespräche initiieren über die Erinnerungen des Bewohners anhand der Gegenstände,
- ▶ gemeinsames Betrachten von Fotos und darüber sprechen,
- ▶ Angehörige können dazu beitragen, Erinnerungen aufleben zu lassen.

(3) Nacharbeit

- ▶ Ergänzung des Biografiebogens bzw. der SIS[®],
- ▶ Übergabe wesentlicher Informationen an Kolleg:innen,
- ▶ Aktualisierung der Pflege- und Betreuungsplanung.

Biografiearbeit in der Altenpflege



Lebensflussmodell und Gegenwartsorientierung

Biografiearbeit wird mit Vergangenheitsbewältigung verbunden. Eine wesentliche Grundhaltung des Lebensflussmodells besteht jedoch im Fokus auf die Gegenwart.

Erklären Sie einer Kollegin oder einem Kollegen diesen scheinbaren Widerspruch, wo es doch bei der Biografiearbeit in der Altenpflege vordergründig um Fragen und Antworten zur vergangenen Lebensgeschichte geht.



Das ABEDL Strukturierungsmodell und die fünf Säulen der Identität

Die ABEDL (s. Abschn. 4.1.2 im Buch) beschreiben menschliche Grundbedürfnisse. Die fünf Säulen der Identität (s. Abschn. 3.2 im Buch) beschreiben die Stützpfiler der Identität eines Menschen. Ordnen Sie die ABEDL den fünf Säulen der Identität zu, wobei manche ABEDL mehreren Identitätssäulen zugeordnet werden können.

Kategorie 1

Lebensaktivitäten realisieren können.

(1) Kommunizieren

.....

(2) Sich bewegen

.....

(3) Vitale Funktionen aufrecht erhalten

.....

(4) Sich pflegen

.....

(5) Sich kleiden

.....

(6) Ausscheiden

.....

(7) Essen und trinken

.....

Biografiearbeit in der Altenpflege

(8) Ruhen, schlafen, sich entspannen

.....

(9) Sich beschäftigen, Lernen, sich entwickeln

.....

(10) Die eigene Sexualität leben

.....

(11) Für sichere und fördernde Umgebung sorgen

.....

Kategorie 2

(1) Soziale Kontakt und Beziehungen aufrechterhalten können

- Im Kontakt sein und bleiben
-

- Mit belastenden Beziehungen umgehen
-

- Unterstützende Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen
-

Kategorie 3

(1) Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können.

- Fördernde Erfahrungen machen
-

- Mit belastenden Erfahrungen umgehen
-

- Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden, unterscheiden
-

- Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen
-

Biografiearbeit in der Altenpflege

Lebensmotto: Ordnung und Sauberkeit



■ Eine Pflegekraft berichtet

Frau R. ist 95 Jahre alt. Ihre Eltern hatten einen großen Bauernhof, alle Kinder mussten viel mitarbeiten. Die Mutter von Frau R. legte großen Wert auf Ordnung und Sauberkeit. Der christliche Glaube hatte in der Familie einen hohen Stellenwert. Regelmäßig wurde der Gottesdienst besucht und auch zu Hause wurde viel gebetet. Die Kinder wurden zu »Sitte und Anstand« erzogen.

Als junge Frau begann Frau R. bei einem Pfarrer als Haushälterin, Köchin und Schreibkraft zu arbeiten. Erst spät lernte sie ihren zukünftigen Ehemann kennen. Sie war bereits 52 Jahre alt, als sie heiratete, weshalb die Ehe kinderlos blieb. Das Ehepaar lebte harmonisch zusammen. Sie arbeiteten fleißig und bewirtschafteten zusammen den elterlichen Hof, den sie nach der Hochzeit übernommen hatten.

Frau R. war eine sehr reinliche Frau. Stets achtete sie darauf, dass sowohl im Haus als auch im Stall alles tipptopp war. Sie war unermüdlich im Putzen und Räumen. Und sie war zuständig für das Regeln der finanziellen Angelegenheiten.

Frau R. leidet an einer Multiinfarktdemenz. Sie kam zu uns ins Altenheim, nachdem sie einen weiteren Schlaganfall erlitten hatte und ambulant nicht mehr ausreichend versorgt werden konnte.

Sie zeigt sich als freundliche und stets dankbare Frau. Sie möchte niemanden beleidigen, verletzen oder ausnutzen. Aus ihren großen braunen Kulleraugen blickt sie wach und interessiert. Frau R. trägt ausschließlich Kleider und Röcke, am liebsten mit Blumenmuster. Nach der Grundpflege sieht sie sich gerne im Spiegel an und freut sich, wenn sie hübsch frisiert und ihr Gesicht frisch eingecremt ist. Bei allen pflegerischen Tätigkeiten zeigt sich Frau R. sehr schmerzempfindlich. So kann es passieren, dass sie beim Frisieren »Aua!« schreit, wenn sie merkt, dass der Kamm ihre Kopfhaut berührt. Das Gleiche geschieht, wenn man ihr beispielsweise den Pullover zu schnell über den Kopf zieht. Beim Baden verhält sie sich genauso. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sie extrem genau widerspiegelt, wie man mit ihr umgeht. Also nehme ich mir viel Zeit bei der Grundpflege und beim Baden. Ich versuche sie dabei durch Gespräche abzulenken, arbeite überaus vorsichtig und behutsam. Es hat sich außerdem als hilfreich erwiesen, mit Frau R. während des pflegerischen Tuns zu beten oder Kirchenlieder zu singen.

Biografiearbeit in der Altenpflege

In den ersten Jahren, in denen Frau R. bei uns im Altenheim gelebt hat, hatte sie einen regelrechten Reinlichkeitswahn. Türklinken fasste sie nur mit einem Taschentuch an, sie wusch sich sofort die Hände, nachdem man sie berührt hatte. Kleidung, die einmal kurz den Fußboden berührt hatte, verweigerte sie anzuziehen. Dieses Verhalten legte sich im Laufe der Zeit, stattdessen fing Frau R. mit dem Zählen an. Sie zählte den ganzen Tag und deutete dabei im Raum umher. Wenn sie am Tisch saß, zählte sie die Personen, wobei sie meistens nur bis vier kam. Dann fing sie wieder von vorne an. Wenn ich mit ihr eine Treppe ging, zählte sie die Stufen. Wenn nichts Konkretes vorhanden war, zählte sie trotzdem und deutete mit ausgestrecktem Arm auf imaginäre Dinge.

Ich überlegte mir, wie ich dem Zähldrang nachgehen könnte und probierte verschiedenste Ideen aus. Ich gab ihr Knöpfe zum Sortieren. Ich versuchte mit ihr Schreib- und Rechenübungen. Ich ließ sie Handtücher falten, sortieren und zählen. Sie machte bei all dem ohne rechte Freude mit und verlor schnell das Interesse.

Da entdeckte ich ein Holzlegespiel. Auf einer Holzplatte befinden sich kleine Holzplättchen in verschiedenen Farben und Formen. Ich kippe die Plättchen auf den Tisch und bitte Frau R. sie nachzusortieren, ordentlich, nach Farben oder nach Formen. Inzwischen muss ich sie nicht mehr dazu auffordern. Wenn ich das Holzlegespiel hervorhole, nimmt sie es und fängt sofort an zu sortieren und zu zählen. Sie ist dabei hoch konzentriert und kommt gar nicht auf den Gedanken, aufzustehen und in fremden Zimmern umherzuirren. Wenn ich sie lobe und bewundere für ihre Arbeit des Sortierens und Zählens, lacht sie mich mit strahlenden Augen an.

Auf welche Prägungen der alten Dame stößt die Pflegekraft, wenn sie den bisherigen Lebensfluss betrachtet? Wie nutzt sie diese Informationen für deren gegenwärtige Lebensqualität?

.....

.....

Welche Rolle spielen das Interesse für Lebensgeschichten und Experimentierfreude als Schlüsselqualifikationen in der Altenpflege?

.....

.....

Biografiearbeit in der Altenpflege

Betätigung/Arbeit oder Beschäftigung?

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Frau M., 85 Jahre alt, lebt wegen ihrer demenziellen Erkrankung im beschützenden Wohnbereich unseres Altenheimes. Zeit ihres Lebens hat sie einen großen Familienhaushalt gemanagt. Ihr Zimmer verlässt sie nur, wenn vor der Tür ein Korb mit Wäsche steht. Sie spitzt morgens aus der Tür und überprüft, ob der Wäschekorb auch bereitsteht. Im Nachthemd zieht sie dann den Korb ins Wohnzimmer (Gemeinschaftsraum), wo sich ihre Ecke mit dem Bügelbrett befindet. Die ganze Aktion bedeutet für die zierliche alte Dame eine ziemliche Kraftanstrengung. Anschließend ist sie bereit fürs Waschen, Anziehen und Frühstück. Und dann macht sie sich an die Arbeit. Egal, was um sie herum los ist, sie bügelt stundenlang beharrlich vor sich hin und lässt sich nicht beirren. Wir Pflegenden konnten – trotz anfänglicher Bedenken wegen des heißen Bügeleisens – lernen, dass bei demenziell erkrankten Menschen Tätigkeiten, die ihnen während vieler Jahrzehnte in Fleisch und Blut übergegangen sind, noch funktionieren können.«

Aus welcher Säule der Identität schöpft die alte Dame Kraft?

.....

.....

Beschäftigt sie sich – beziehungsweise wird sie beschäftigt – oder arbeitet sie und ist sinnvoll tätig?

.....

.....

Welchen Stellenwert sollten Altenpfleger:innen solchen biografisch verankerten Aktivitäten von Menschen mit Demenz geben?

.....

.....

Biografiearbeit in der Altenpflege

Zu Abschnitt 3.2 »Die fünf Säulen der Identität«



Anleitung zur Selbsterfahrung: Die fünf Säulen meiner Identität

Wo ist Ihr Lebenshaus momentan stabil, wo kriselt es?

.....

.....

.....

.....

Zeichnen Sie die fünf Säulen der Identität (s. Abb. 3.2 im Buch) auf ein Blatt Papier. Je nach momentaner Stabilität machen Sie die Säulen breiter oder schmaler. Sie sehen auf einen Blick, welche Säule zurzeit die stabilste und welche die schwächste ist und welche vielleicht kleine Risse zeigt.

Welchen nächsten kleinen Schritt können Sie gehen, um kriselnde Säulen zu stärken?

.....

.....

.....

.....

Biografiearbeit in der Altenpflege

Zu Abschnitt 3.3 »Biografiegeleitete Altenpflege«



Betätigung/Arbeit oder Beschäftigung

Ein demenziell erkrankter, alter Mann, jahrzehntelang Buchhalter in einem Industriebetrieb, sitzt am Tisch. Um sich herum hat er mehrere Stapel alter Zeitungen verteilt. Er ist gerade dabei, diese Zeitungen zu zerschneiden und scheinbar sinnlos zu sortieren.

Wie erklären Sie einem Laien, dass der alte Mann aller Wahrscheinlichkeit nach eine für ihn sinnvolle Arbeit erledigt?

.....

.....

Das Erzählcafe

■ Übung • Gruppenübung

Jede:r Teilnehmer:in notiert auf großen Karten Lebensereignisse, die mit Anfängen und Aufbrüchen in der Biografie zu tun haben, z. B.:

- ▶ der erste Schultag,
- ▶ die erste eigene Wohnung,
- ▶ der erste Ausbildungs-/Arbeitstag,
- ▶ das erste Auto,
- ▶ der erste Kuss,
- ▶ der erste Urlaub etc.

Legen Sie die Karten auf einem Tisch aus. Die Teilnehmenden können nun eine Karte ziehen und eine Episode aus ihrem Leben zum gezogenen Stichwort erzählen. Die Karte wird nach dem Erzählen entweder wieder zurückgelegt oder an eine Person weitergegeben, von der man eine Erzählung zu diesem Stichwort hören möchte. Es entsteht eine Erzählgemeinschaft.

Biografiearbeit in der Altenpflege

Entwickeln Sie kreative kultursensible Lösungen

Wie gehen Sie in der ambulanten Pflege mit der Situation um, wenn Sie beim Betreten der Wohnung einer türkischen Familie gebeten werden, Ihre Schuhe auszuziehen?

.....

.....

Welchen kulturellen Hintergrund hat diese Bitte?

.....

.....

Wie gehen Sie in der stationären Pflege damit um, wenn eine Pflegehandlung abgelehnt wird, weil sie nicht mit den religiösen Regeln vereinbar ist? Baden kann z. B. als unvereinbar mit dem Gebot der Reinigung unter fließendem Wasser empfunden werden.

.....

.....



Alter Mann in seinem Element

■ Ein persönliches Erlebnis

»Als ich meinen alten Onkel (89 Jahre) wenige Monate vor seinem Tod im Altenheim besuchte, stand er, bis auf ein weißes Unterhemd nackt, in seinem Zimmer und rührte in einem Teller einen undefinierbaren Brei verschiedener Speisen zusammen. Um ihn herum eine etwas chaotische Mischung von Kleidungsstücken, beschriebenen und unbeschriebenen Papieren – und mittendrin eine Schreibmaschine. Ich weiß nicht genau, ob er mich noch erkannte und konnte seine Worte wegen des fehlenden Gebisses auch nur schlecht verstehen. Die Art wie er mich anfasste und der Ausdruck seiner Augen ließen mich aber seine Freude spüren. Er war in seinem Element – und die Pflegenden ließen ihn trotz zunehmender Verwirrung gewähren. Zeitlebens hatte er beruflich und privat viel mit der Schreibmaschine gearbeitet, die er jetzt noch als wichtiges Ausdrucksmittel nutzen konnte. Zum Beispiel für den Blumengruß an sein Patenkind Gertraud. Die Adressatin musste den Text erst etwas entwirren, um ihn zu verstehen, was ihre Freude nicht minderte.«

Biografiearbeit in der Altenpflege

Welche Rolle spielt der Lebensstolz eines Menschen in der biografiegeleiteten Altenpflege?

.....

.....

Weshalb ist es wichtig, Angehörige nicht nur zur Informationssammlung, sondern in den gesamten Pflegeprozess einzubinden?

.....

.....



Mein Lebensfluss. Eine Selbsterfahrung für lebensältere Leser:innen

Halten Sie doch einmal kurz inne und erinnern sich, welchem Rhythmus Ihr Leben bisher gehorchte. Was ist der Ursprung Ihres Lebensflusses, welche Herausforderungen haben Sie schon gemeistert und welche Krisen überwunden? Wo bewegen Sie sich gerade in Ihrem Leben und wo geht es für Sie in die richtige Richtung weiter? Auf der abgebildeten Zeitskala finden Sie das Alter bereits in 7-Jahres-Abständen.

Tragen Sie zunächst Ihr Geburtsjahr ein und markieren Sie Ihr heutiges Lebensalter mit einem Symbol. Machen Sie dann eine Zeitreise in die Vergangenheit und versuchen Sie sich zu erinnern:

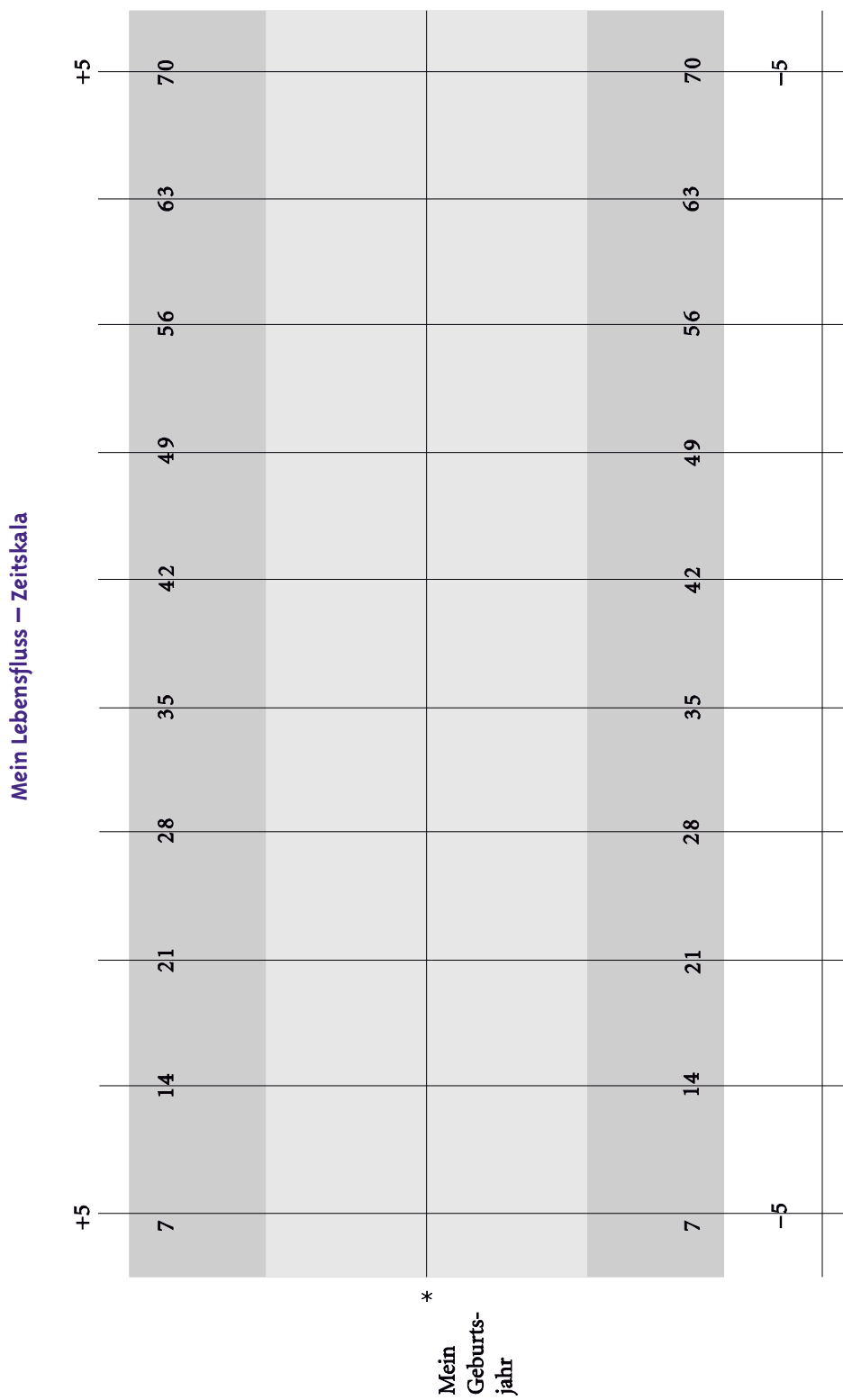
- ▶ Welches Lebensgefühl hatten Sie als Kind, Jugendliche:r und weiter in Ihrem Lebensfluss?
- ▶ Wo gab es Krisen und wie haben Sie diese gelöst?

Zeichnen Sie Ihren Lebensfluss in die Altersskala ein, mit seinen Zeiten des ruhigen Dahinplätschens und seinen Biegungen in Richtung positivem oder auch negativem Lebensgefühl. Dabei steht -5 für »Da ging es mir sehr schlecht« und +5 für »Das war eine tolle Zeit«. Schreiben Sie in Stichworten daneben, was Sie im jeweiligen Alter besonders positiv oder negativ erlebt haben und tragen Sie in der Leiste Ihre jeweiligen Jahreszahlen ein. Wenn Sie z. B. 1988 geboren sind, dann müssten Sie beim Lebensalter sieben das Jahr 1995 eintragen.

Welchen Einfluss hatten die jeweiligen Zeitalter und ihre Ereignisse auf Sie persönlich?

Biografarbeit in der Altenpflege

Genogramm, Ahnen- und Bildergalerie



Biografiearbeit in der Altenpflege

Genogramm-(Stammbaum)-Zeichnen ist eine Möglichkeit, sich selbst als Teil einer »unendlichen Geschichte« zu sehen und manche interessanten Aspekte zu entdecken.

- ▶ Zeichnen Sie Ihren Stammbaum bis hin zur Großelterngeneration. Erfassen Sie das Alter der Personen, Trennungen, Krankheiten und Beruf, soweit Ihnen das bekannt ist oder Sie es im biografischen Gespräch mit Ihren Angehörigen klären können.
- ▶ Der Stammbaum lässt sich auch gut mit einer Ahnengalerie der Vorfahren kombinieren, falls Sie noch Fotos organisieren können.
- ▶ Schmunzeln und Nachdenklichkeit dürfte eine Entdeckungsreise hervorrufen, bei der Sie Ihrem eigenen Werden zuschauen: Legen Sie eine Reihe von Fotos nebeneinander, die Sie zu unterschiedlichen Lebensaltern zeigen. Ein Gesichtsausdruck, eine bestimmte Haltung oder die Kleidung sprechen oft Bände für das Lebensgefühl zur Zeit der Aufnahme.

Einzel- oder Gruppenarbeit: Beziehungsrad

Notieren Sie typische Botschaften und Lebensregeln, die Sie oder die Mitglieder Ihrer Arbeitsgruppe in Kindheit und Jugend von Eltern, Großeltern, Verwandten, Lehrer:innen, Meister:innen, Pfarrer:innen und anderen Erziehungspersonen mit auf den Weg bekommen haben: z. B. vor dem Essen Händewaschen nicht vergessen; ohne Fleiß kein Preis; geht nicht gibt's nicht; man isst mit Messer und Gabel etc. Gliedern Sie sie nach folgenden Stichworten:

- ▶ Ernährung,
- ▶ Sexualität,
- ▶ Hygiene,
- ▶ Sauberkeit und Ordnung.
- ▶ Arbeit und Leistung

Reflektieren Sie den Einfluss auf Ihre heutigen Wertvorstellungen und Maßstäbe in der Pflege. Diskutieren Sie in der Arbeitsgruppe darüber, inwieweit es eventuell unterschiedliche Erfahrungen gab.

Partnerübung: Mein Vorname

Bei der folgenden Übung sollen Sie sich einem Wort zuwenden, das Sie seit Geburt wie selbstverständlich immerzu begleitet: Ihrem Vornamen.

- ▶ Wie hört sich Ihr Name an?
- ▶ Was empfinden Sie, wenn Sie jemand bei Ihrem Namen ruft?
- ▶ Was bedeutet Ihr Name?
- ▶ Wer hat Ihnen Ihren Namen gegeben und warum? Mögen Sie Ihren Namen? Oder hätten Sie gerne einen anderen?
- ▶ Werden Sie mit einer Abkürzung oder einem Kosenamen gerufen? Mögen Sie das?

Biografiearbeit in der Altenpflege

■ Übung

Nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um sich gemeinsam mit einer Partnerin oder einem Partner mit Ihren Vornamen zu beschäftigen. Sie setzen sich beide schweigend gegenüber. Die eine schließt die Augen, und die andere versucht nun Kontakt herzustellen, indem sie den Vornamen der Partnerin nennt. Solange die Partnerin noch keinen Kontakt empfindet, schüttelt sie den Kopf. Dann versuchen Sie, deren Namen in anderer Weise auszusprechen. Experimentieren Sie mit Klang, Lautstärke oder Betonung so lange, bis Sie die Partnerin erreichen. Achten Sie dabei auf Ihr Gefühl und registrieren Sie, durch welche Art der Namensnennung Sie die Partnerin nicht erreichen konnten. Sobald die Partnerin Kontakt bekommen hat, nickt sie mit dem Kopf. Machen Sie dann eine kleine Pause, damit beide wahrnehmen können, durch welche Art der Namensnennung sich die Partnerin wirklich angesprochen gefühlt hat. Danach wechseln Sie die Rollen. Sagen Sie nur die Namen, sonst kein Wort.

Erzählen Sie einander, was Sie während dieser Übung wahrgenommen haben.

Wodurch haben Sie einander zu erreichen versucht und wie war Ihnen dabei zumute?

.....

.....

Welche Versuche, den Namen auszusprechen, haben Sie gemacht, welche waren erfolgreich, welche nicht?

.....

.....

Wodurch hat die Partnerin Sie erreicht: durch Forderung, Freundlichkeit, Bitten?

.....

.....

Welche Bedeutung des Namens erleben Sie im Umgang mit alten Menschen, besonders in der Begegnung mit demenziell erkrankten alten Menschen?

.....

.....

Biografiearbeit in der Altenpflege

Zu Abschnitt 3.3.3 »Information und Kommunikation in der biografiegeleiteten Pflege«



Selbsterfahrung Grundbotschaft

Die Grundbotschaft (s. S. 72 f. im Buch) wird im Strukturmodell dem Maßnahmenplan (Tagesstrukturierung) vorangestellt. Sie ist quasi die Essenz aus der Strukturierten Informationssammlung SIS®.

Formulieren Sie in wenigen Sätzen Ihre Grundbotschaft. Beschränken Sie sich auf Ihre Gewohnheiten beim Start in den Tag, Ihre Eigenheiten bezüglich Ordnung und Sauberkeit, Ihre Essgewohnheiten.

Meine Grundbotschaft

**Individuelle Wünsche und Bedürfnisse. Vorlieben und Abneigungen.
Persönliche Eigenheiten. Gewohnheiten und Rituale.**

Biografiearbeit in der Altenpflege

Zu Abschnitt 3.3.4 »Erinnerungspflege und Emotionales Erfahrungsgedächtnis«



Arbeitsauftrag für die Praxisphase

Stichworte zur Wissensvernetzung: Emotionales Erfahrungsgedächtnis – Biografie – Verstehenshypothese – Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz- Planung von beziehungsförderndem Pflegehandeln

Sie kennen mit dem Emotionalen Erfahrungsgedächtnis (s. S. 75 im Buch) die neuropsychologischen Grundlagen der Biografiegeleiteten Pflege. Dieses Wissen erleichtert Ihnen die **person-zentrierte Beziehungsgestaltung** zu einem Menschen mit Demenz. Sie können sein Verhalten auf dem Hintergrund seiner lebensgeschichtlichen Erfahrungen:

- ▶ besser zu verstehen versuchen (s. Verstehenshypothese)
- ▶ Ihr Pflegehandeln fachlich qualifiziert darauf einstellen
- ▶ und fachlich begründet dokumentieren.

Ihre Aufgabe ist es nun, sich mit diesem Fachwissen – in der Praxisphase – einem der von Ihnen gepflegten Menschen mit Demenz, seiner Lebensgeschichte und seinen Verhaltensbesonderheiten, intensiv zuzuwenden.

Sie können dazu auch einen Menschen in den Blick nehmen, mit dem Sie sich im Pflegealltag aktuell schwertun, sich überfordert oder ratlos fühlen und wo Sie, beziehungsweise das Team, nach Lösungen suchen.

Als Informationsquellen dienen Ihnen Ihr persönlicher Kontakt mit diesem Menschen, das in der Einrichtung verwendete Dokumentationssystem, Gespräche mit Kolleg:innen und evtl. auch Angehörigen.

Leitfaden

- (1) Beschreiben Sie wesentliche biografische Informationen, die aus Ihrer Sicht für die Gestaltung einer person-zentrierten Beziehung und die biografiegeleitete Pflege wichtig sein können.
- (2) Welche medizinischen und pflegerischen Diagnosen liegen vor?
- (3) Welche Pflegeprobleme gibt es?
- (4) Wie ist der aktuelle Tagesablauf dieser Person/Persönlichkeit üblicherweise gestaltet?
- (5) Wie erlebt diese Person/Persönlichkeit sich selbst, andere Menschen und ihre Welt?
- (6) Aus welchem Denken, Fühlen und Erleben heraus ergeben die Verhaltensweisen, Befindlichkeiten und Erscheinungsweisen dieser Person/Persönlichkeit einen subjektiven Sinn?

Biografiearbeit in der Altenpflege

- (7) Was ist die Funktion von Verhaltensweisen diese Menschen, was wird mit dem Verhalten kompensiert, auf welche inneren Antriebe, Fragen, Werte, Themen ist das Verhalten eine Antwort?
- (8) Was ist die **Grundbotschaft** dieses Menschen? Formulieren Sie kurz und prägnant die individuelle Grundbotschaft.

Hinweis: Der Pflegeprozess im Strukturmodell besteht aus den vier Elementen »Strukturierte Informationssammlung (SIS), Individueller Maßnahmeplan, Pflegebericht und Evaluation«. Dem **Maßnahmeplan** wird eine Grundbotschaft vorangestellt. Diese beinhaltet eine kurze prägnante Zusammenfassung der individuellen Wünsche, Vorlieben und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen (Eigenheiten, Rituale etc.) Falls in Ihrer Einrichtung nach dem Strukturmodell gearbeitet wird, finden Sie die Grundbotschaft im Feld B der SIS®.

■ Tipp

Reflexion/Feedback/Auswertung: entweder mit der Praxisanleitung im Ausbildungsbetrieb oder in der Pflegeschule im Rahmen einer kollegialen Fallbesprechung.

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

»Pflege ist Behutsamkeit, ein In-die-Hand-nehmen und nichts kann zerbrechen und fallen. Gepflegt werden ist sich überlassen, sich ergreifen lassen mit allen Strebungen und Zerbrechlichkeiten und wissen, dass man in keinen Abgrund stürzt. Pflege bedeutet gemeint sein, gekannt sein, erfasst mit allem, was man ist und was man braucht. Es ist eine Intimität, die nicht mehr überboten wird. Es entsteht Zwischenleiblichkeit von Fleisch zu Fleisch in der Pflege des Säuglings, in der Pflege der Kranken, in der Pflege der Sterbenden. Pflege, das ist Wohlsein, etwas Heiles herstellen, selbst da, wo Pain, Verzweiflung, Zerstörung und Unheil anwesend sind. Es entsteht im Geben und Nehmen, wobei das Empfangen kein Erleiden, kein passives Hinnehmen, sondern aktiver Akt ist. In der Pflege ereignen sich Momente des Überdauerns, ist Anwesenheit da, wo die Schatten des Verschwindens drohen.

Pflege ist keine Verrichtung, keine Manipulation, keine Technik. Sie erfordert das Hineinnehmen eines Menschen in einen Innenraum, in die Geborgenheit des Schoßes und des Herzens, die nicht zerbrochen werden kann. In der Pflege verbinden sich Kenntnisse und Erfahrungen, die Kunst der Hände mit der Kunst der Herzen. In diesem Raum, in dieser Zeit, die nicht begrenzt ist, sondern Dauer hat, haben Menschen füreinander Bedeutung, das heißt, sie werden wirklich.

Wir haben die Kunst des Pflegens verlernt, diesen behutsamen, innigen Umgang, der zum Menschlichsten am Menschen gehört. Die Pflege war keine Kunst von Spezialisten, weisen Männern und Frauen, wie dies seit alters her für die Heilkunst gilt. Die Kunst der Pflege war eine Allgemeinkunst, wie das Brotbacken oder das Feuermachen, und wie diese Kunstfertigkeiten ist sie in die Hände von Spezialisten geraten, die wiederum im Sog der Technik verschwinden. Die Kunst der Pflege ist zur Pflege-technik degeneriert.«

(Aus: Petzold, H. (1982). Kranke lassen sich nicht recyceln. Über das Verschwinden und die Unwirklichkeit des Krankenhauses. Zeitschrift für Humanistische Psychologie 1/2.)



Franziska Böhler: I'm a Nurse

■ Tipp

Franziska Böhler ist vom Fach und liebt ihren Beruf Krankenschwester. Sie können ihr auf Instagram folgen:

Link: <https://www.instagram.com/thefabulousfranzi/?hl=de> (abgerufen am 24.6.2023)

Empfehlenswert ist auch ihr Buch: Böhler, F. u. Kubsova, J. (2020). I'm a Nurse: Warum ich meinen Beruf als Krankenschwester liebe – trotz allem. München: Heyne Verlag.

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zu Abschnitt 4.2 »Motivation für den Altenpflegeberuf«



Reflexion Ihrer Motivation für den Pflegeberuf

Gehen Sie in Ihrer Erinnerung in die Zeit zurück, als Sie sich für einen Pflegeberuf entschieden haben.

Welche Motive haben Sie bewegt, sich gerade für eine solche Tätigkeit zu entscheiden?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Werte und Spielregeln haben Sie sich beim bisherigen Hineinwachsen in die Welt eines Pflegeberufes angeeignet?

.....

.....

.....

.....

.....

Was motiviert Sie heute – nach den ersten praktischen und theoretischen Erfahrungen – ganz besonders für Ihren Beruf?

.....

.....

.....

.....

.....

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zu Abschnitt 4.3 »Im Team meinen Platz finden«



Ich stelle mich vor

Üblicherweise gibt es eine Vorstellungsrunde, wenn sich eine Ausbildungs- oder Weiterbildungsgruppe zum Start ihrer gemeinsamen Bildungsreise trifft.

Hier ein Vorschlag: die acht Punkte werden auf einem Flipchart oder einer Power-Point-Folie visualisiert. Die Gruppenmitglieder stellen sich kurz vor, indem sie zu jedem der Punkte etwas über sich erzählen.

- ▶ mein Name
- ▶ mein Geburtsort
- ▶ meine Wünsche und Ziele
- ▶ worauf ich niemals verzichten möchte
- ▶ ein prägendes Erlebnis
- ▶ die Stadt
- ▶ das Buch
- ▶ der Song



Wertschätzendes Besprechungsritual (nach Virginia Satir)

Arbeitsgruppen sollten sich regelmäßig Zeit für diese Besprechungsform nehmen. Ziel ist eine erfrischende Balance zwischen Teamaufgabe, Ich und Wir (s. im Buch Abb. 4.4 »Themenzentrierte Interaktion«). Durch den Start mit der Wertschätzung von Erfolgen wird zugleich der Priming-Effekt (s. Priming, Abschn. 13.4.4 im Buch) genutzt und eine positive Stimmung induziert.

Ein Teammitglied moderiert folgende fünf Schritte:

Erster Schritt: Wertschätzung

Die Besprechung startet mit einer Wertschätzung für sich und die anderen.

Weil das Erfreuliche im Besprechungsalltag immer zu kurz kommt, wird jetzt davon berichtet. Jede:r Teilnehmer:in berichtet über:

- ▶ Dinge, die ihn im Zusammenhang mit der Arbeit im Team, an anderen oder an sich selbst in letzter Zeit gefreut haben,
- ▶ Freude über eigene Erfolge,
- ▶ ganz einfache schöne Erlebnisse.

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zweiter Schritt: Neue Informationen

Weil zwischen den Teambesprechungen jede:r etwas anderes erlebt, das für die anderen im Team interessant ist, wird jetzt davon berichtet:

- ▶ entweder aus der Arbeit oder auch Privates,
- ▶ Wichtiges oder Nebensächliches,
- ▶ neu Gelerntes,
- ▶ neuer Blickwinkel auf etwas.

Dritter Schritt: Ungewissheiten und Fragen

Jetzt kann geklärt werden, wenn jemand Fragen zum Verhalten eines anderen Teammitgliedes hat oder wenn es Unsicherheiten bei der eigenen Arbeit gibt.

Ziele: Den anderen im Team zeigen, dass man sich für sie interessiert und für Anregungen offen ist.

Vierter Schritt: Beschwerden und Bitten

In jedem Team entstehen viele kleine und große Irritationen. An dieser Stelle der Besprechung geht es um Beschwerden und um konkrete Bitten, bestimmte Dinge anders zu handhaben.

■ Wichtig

Ich-Botschaften formulieren zu: Was mich stört und was ich mir wünsche.

Fünfter Schritt: Wünsche, Hoffnungen und Träume

Hier kann die visionäre Bekräftigung der Teamarbeit erfolgen. Dazu gehört:

- ▶ Was bewegt mich in Bezug auf die Zukunft?
- ▶ Welche Wünsche habe ich für die Arbeit im Team?
- ▶ Welche Wünsche oder Träume berühren mich eher privat?

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zu Abschnitt 4.3.2 »Wie sich Teams entwickeln«



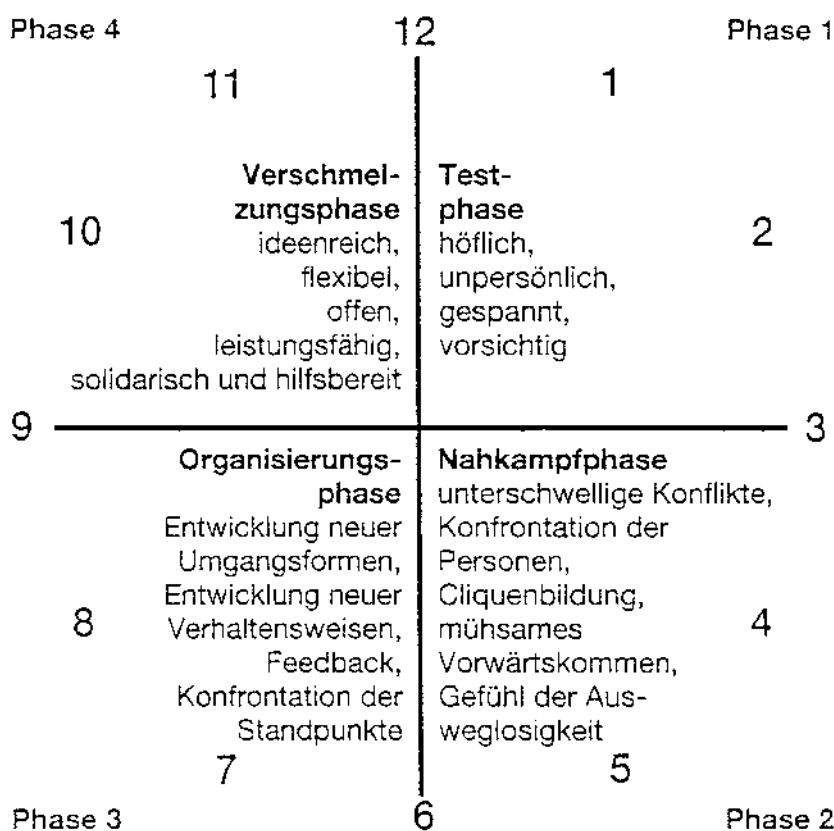
Phasen der Teamentwicklung

In welcher Phase befindet sich derzeit Ihr »Klassen-Team« in der Pflegefachschule oder Ihr Arbeitsteam im Altenpflegeheim/in der Sozialstation?

Jede:r Teilnehmer:in erhält einen Ausdruck der Team-Entwicklungsuhr und markiert für sich die Ziffer der momentanen Teamentwicklung, wie sie sich für sie/ihn darstellt.

- ▶ Die Phasen der Teamentwicklung werden auf ein Flipchartpapier gezeichnet. Jeder Kollege bzw. jede Kollegin punktet (mit Klebepunkten oder mit Farbstift) ihre/seine persönliche Einschätzung. Sie können das Ganze auch anonym machen.
- ▶ Tauschen Sie sich in der Arbeitsgruppe über ihre Ergebnisse aus.
- ▶ Welche Erfahrungen konnten Sie bisher schon in Ihrer Berufspraxis im Bereich der Teamentwicklung und Gruppendynamik machen?

Die Team-Entwicklungs-Uhr



(Nach: Francis, D. & Young, D. (1996). Mehr Erfolg im Team. Hamburg: Windmühle.)

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen



Goldene Regeln für die Kommunikation im Team (themenzentrierte Interaktion)

Sei deine eigene Chefin, dein eigener Chef. Übernimm' die Verantwortung für dich selbst. Bestimme deinen eigenen Standpunkt in Bezug auf die Arbeit und deine Beziehung zu anderen. Rede, wenn du reden willst, schweige, wenn du schweigen willst. Richte dich nach deinen Bedürfnissen im Hinblick auf das Thema und alles, was sonst für dich wichtig ist. Sag deine Meinung und deine Wünsche, die anderen sind ihre eigenen Chefs/Chefinnen und werden dir mitteilen, wenn sie etwas anderes wollen als du.

Schau also nach innen und nach außen. Nach innen, um dich selbstbewusst wahrzunehmen, deine Ideen, Gedanken, Fantasien und Gefühle. Nach außen, um die anderen und die gemeinsame Aufgabe im Blick zu haben. Nur das zweifache Hinschauen verhindert Egoismus, bei dem du die anderen vergisst und eine Helferhaltung, bei der du dich selbst vergisst.

Experimentiere mit deinem Verhalten. Versuche häufiger einmal, neues Verhalten auszuprobieren und riskiere dabei das kleine Kribbeln, das dabei auftauchen kann. Frage dich öfter, ob du dein Verhalten zeigst, weil du es wirklich willst. Oder ob du dich eigentlich anderes verhalten willst, es aber nicht tust, weil es dir Angst macht.

Steh zu dir selbst. Sage »ich« und nicht »wir« oder »man«. Verallgemeinernde Wendungen wie etwa »wir glauben«, »man tut« etc. sind fast immer persönliche Versteckspiele. Du übernimmst dann nicht die volle Verantwortung für das, was du sagst. Außerdem sprichst du in Man- oder Wir-Sätzen für andere mit, von denen du gar nicht weißt, ob sie das wünschen. Werde dir klar, was bei dir aktuell im Vordergrund steht.

Sprich es aus, wenn du im Moment blockiert bist und nicht richtig teilnehmen kannst, z. B. weil du dich ärgerst, dich um etwas anderes sorgst oder dich aus einem sonstigen Grund nicht auf das Thema oder das Team konzentrieren kannst. Manchmal hält dieses Vorgehen im Moment den Arbeitsablauf auf, oft genug bringt es das Team in seinem Zusammenhalt und in seiner Arbeit auch voran. Besonders dann, wenn unterschwellige Stimmungen in der Gruppe, die auch andere unausgesprochen so empfinden, an die Oberfläche kommen.

Beachte deine Körpersignale. Vertraue der Sprache deines Körpers. Er kann dir oft mehr über deine Gefühle und Bedürfnisse erzählen als dein Kopf.

Stelle Fragen, wenn du ein Informationsbedürfnis hast. Sag, warum du Fragen stellst und teile den anderen deine Vermutungen und Beweggründe mit. Fragen können ansonsten verhörend wirken, suggestiv sein und bedrängen. Sie können Teile von Vermeidungsspielen und Machtkämpfen sein.

Sprich direkt. Wenn du jemandem aus dem Team etwas mitteilen willst, sprich ihn direkt an und zeige ihm durch Blickkontakt, dass du ihn meinst.

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Nur einer zur gleichen Zeit. Um sich auf die Äußerungen der anderen Teammitglieder konzentrieren zu können, müssen sie nacheinander erfolgen. Das konzentrierte Interesse füreinander ist wesentliches Merkmal des Teamzusammenhalts.

Klingt alles sehr einleuchtend, werden Sie sich denken, aber leichter gedacht als getan. Sie haben recht. Lösungsorientierte Kommunikation im Arbeitsteam ist nicht per Beschluss einfach da, sondern will geübt sein. Als ein Hilfsmittel hat sich in der Praxis bewährt, diese Kommunikationsregeln eine Zeit lang im Besprechungszimmer gut sichtbar aufzuhängen und eine Moderatorin zu bestimmen, die an deren Einhaltung erinnert, wenn Gespräche wieder ins alte Fahrwasser abzugleiten drohen.

Zu Abschnitt 4.3.3 »Vier Team-Kulturen: Das Riemann-Thomann-Modell«



Testen Sie Ihre Team-Persönlichkeit

■ Tipp

Auf seiner Webseite bietet das Beratungsunternehmen Trilogie einen kurzen Test zur Selbsteinschätzung nach dem Riemann-Thomann-Modell an. Unter dem Link finden Sie zwei Möglichkeiten: Sie können die Testfragen entweder in einer Excel-Tabelle beantworten und sich dann Ihr Ergebnis ausdrucken lassen oder direkt -auch mit dem Handy- auf den Test zugreifen. Scrollen Sie dazu bis zu der Seite »Eine Selbsteinschätzung« und treffen Sie dann die Auswahl. Spannend wird es, wenn Team-Kolleg:innen die Gelegenheit nutzen und ihre Testergebnisse gemeinsam reflektieren.

Link: <https://trilogie.de/de/der-riemann-thomann-test/> (abgerufen am 24.06.2023)

**Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf:
Ich im Team und im Unternehmen**

Zu Abschnitt 4.3.4 »Pflegekräfte aus anderen Ländern und Kulturen«



Hand in Hand. Miteinander und füreinander in der Pflege



© Anne-Christina Wirsing

**Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf:
Ich im Team und im Unternehmen**

Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer bisherigen Pflegepraxis mit Kolleg:innen aus anderen Ländern und Kulturkreisen gemacht?

.....
.....
.....
.....

Welche Erfahrungen haben diese Kolleg:innen mit der hiesigen (Willkommens-) Kultur gemacht?

.....
.....
.....
.....

Reflektieren Sie in Ihrer Lern- oder Arbeitsgruppe Chancen und Probleme, die sich aus unterschiedlichen kulturellen Prägungen ergeben.

.....
.....
.....
.....

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zu Abschnitt 4.4 »Lernen lernen«



Lerntagebuch

In der Praxis bewährt sich die Führung eines Lerntagebuchs vor allem in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Es hat in verschiedenen Bereichen eine unterstützende Funktion:

- ▶ Wahrnehmung des kontinuierlichen Lernprozesses,
- ▶ Anregung zur Selbstreflexion,
- ▶ Stärkung der persönlichen Kompetenzen,
- ▶ Nachschlagewerk für die eigenen Lernerfahrungen,
- ▶ Stoffsammlung für Prüfungen,
- ▶ Vorbereitung des Praxistransfers,
- ▶ Qualitätssicherung des Lernprozesses,
- ▶ den Lerntag ausklingen lassen.

Themen des Lerntages:

.....

.....

.....

.....

Die folgenden Fragen dienen als Leitfaden zur Reflexion Ihres täglichen Lernprozesses.

Welche Erfahrung, welche Begegnung war mir besonders wichtig?

.....

.....

Welche hilfreichen Blickwinkel nehme ich für mich mit?

.....

.....

Welcher Satz, welches Bild wird mir besonders in Erinnerung bleiben?

.....

.....

**Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf:
Ich im Team und im Unternehmen**

Welche Anregung könnte ich in meinem Pflegealltag einmal ausprobieren?

.....
.....

Worin fühle ich mich bestätigt?

.....
.....

Welche Fragen sind durch den heutigen Lernprozess bei mir aufgetaucht?

.....
.....

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zu 4.4.3 »Präsentation und Moderation«



Informationsveranstaltung für Angehörige zum Thema Demenz

Sie sollen eine Informationsveranstaltung für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen durchführen. Thema: Was ist Demenz und wie können Betroffene hilfreich reagieren? Unsere gerontopsychiatrische Pflegekonzeption für Ihre Angehörigen. Im Mittelpunkt sollen das Werkzeugverlustmodell und die zwei Demenzgesetze stehen (s. Kap. 8 im Buch).

Ziele: Aha-Effekte bezüglich des Verhaltens von Menschen mit Demenz und Verständnis für den erweiterten Toleranzspielraum in der Pflegekonzeption erzeugen.

- ▶ Nutzen Sie für die Planung der Veranstaltung die Kreativitätstechnik des Mindmapping.
- ▶ Entwickeln Sie einen roten Faden für Ihre Präsentation.
- ▶ Welche Medien setzen Sie ein?
- ▶ Machen Sie ein Konzept für Raumgestaltung und Sitzanordnung.
- ▶ Wählen Sie einen Einstieg.

■ Tipp

Unter folgenden Links finden Sie kostenlose Mindmap-Tools:

<https://mind-map-online.de> (abgerufen am 24.06.2023)

<https://freemind.de.softonic.com/> (abgerufen am 24.06.2023)



Schritt für Schritt

In seinem Buch »Momo« lässt Michael Ende den Straßenkehrer Beppo zu Wort kommen, worauf es ankommt, um bei allem was man tut nicht außer Puste zu kommen:

»Man darf nie an die ganze Straße auf einmal denken. Verstehst Du? ... Man muss nur an den nächsten Schritt denken. An den nächsten Besenstrich und immer wieder nur an den nächsten. Dann macht es Freude! Das ist wichtig. Dann macht man seine Sache gut. Auf einmal merkt man, dass man Schritt für Schritt die ganze Straße gemacht hat.«

(Aus: Ende, M. (1993). Momo. Stuttgart: Thienemann.)

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zu 4.5 »Älterwerden im Pflegeberuf«



Wenn ich an mein eigenes Älterwerden denke, dann ...

Brainstorming

- ▶ Schreiben Sie auf einem Blatt Papier spontan alles auf, was Ihnen dazu einfällt.
- ▶ Markieren Sie anschließend positive und negative Aspekte.
- ▶ Analysieren Sie Ihre Sätze: Betrachten Sie sich eher als Opfer der Verhältnisse oder sehen Sie sich auch in der Zukunft als selbstwirksam?
- ▶ Tauschen Sie sich in Ihrer Lerngruppe über ihre Ergebnisse aus.

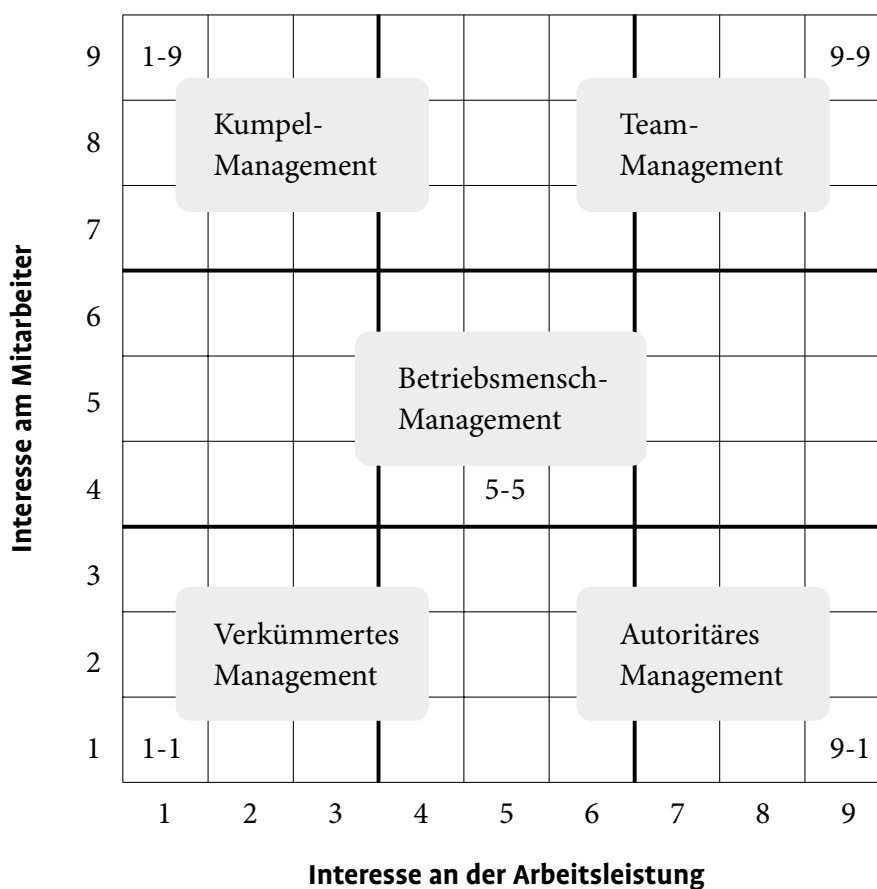
**Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf:
Ich im Team und im Unternehmen**

Zu 4.6 »Führungsstil und Mitarbeitermotivation«



Gruppenübung: Führungsstile

Zur Vertiefung des Themas Führungsstile können Sie sich in Ihrer Lerngruppe oder im Arbeitsteam anhand der folgenden Leitfragen mit den erlebten Führungsstilen beschäftigen.



- ▶ Zeichnen Sie in das Managementgitter Ihre persönliche Einschätzung des Führungsstils in der Pflegefachschule/im Stationsteam etc. ein.
- ▶ Zeichnen Sie das Managementgitter auf eine Pinnwand oder ein Flipchart. Punkten Sie. Ergibt sich ein Trend in der Gesamtgruppe oder gehen die Einschätzungen weit auseinander?

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Reflexionsfragen zum Thema Führungsstile

- ▶ Wie wirken sich bestimmte Führungsstile auf die Aufgabenerledigung aus?

.....

.....

- ▶ Welches Verhalten von Vorgesetzten ermuntert Sie zu mehr Leistung, welches ist der Entwicklung von Eigenmotivation und Eigenverantwortung eher abträglich?

.....

.....

- ▶ Wie hängen Führungsstil und Teamklima zusammen?

.....

.....

- ▶ Welche offenen oder auch heimlichen Widerstandsformen entwickeln Sie gegenüber nicht akzeptierten Vorgesetzten?

.....

.....

- ▶ Welches Führungsmodell würden Sie praktizieren, um sowohl eine gute Arbeitsleistung als auch Arbeitszufriedenheit zu erreichen?

.....

.....

- ▶ Wie wirken sich Machtkämpfe und Rivalitäten zwischen Führungskräften auf das Arbeitsteam aus?

.....

.....

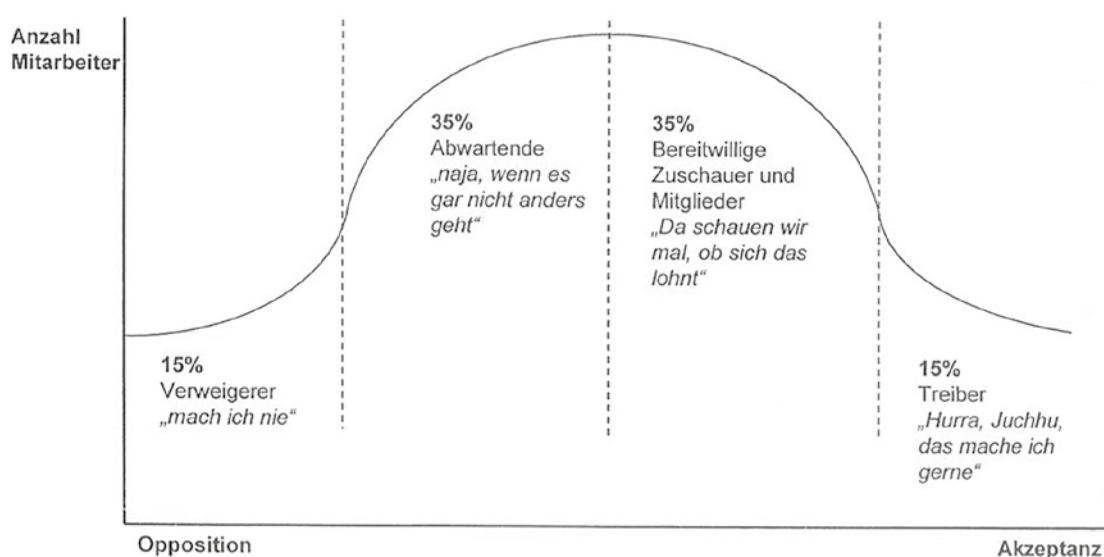
Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Zu Abschnitt 4.8 »Veränderungsprozesse in Organisationen«



Die Startmotivation der Mitarbeiter:innen bei Veränderungsprozessen zwischen Akzeptanz und Opposition

Veränderungsprozesse in Organisationen führen bei den betroffenen Mitarbeiter:innen in der Regel zu einer unterschiedlichen Akzeptanz. Das geht von offener Ablehnung bis zu offener Begeisterung, wobei sich die Verteilung – je nach Art der Veränderung und der Kommunikation durch die Leitungsebene – häufig in Form der abgebildeten Normalverteilung zeigt.



In unseren Seminaren der Gerontopsychiatrischen Weiterbildung stellen wir fest, dass die Teilnehmenden mit innovativen Projektideen – seien es auch nur kleine Veränderungen im Bereich gerontopsychiatrischer Interventionen – immer wieder auf Schwierigkeiten bei der Akzeptanz und Umsetzung im Kollegenkreis stoßen.

Drei organisationspsychologische Voraussetzungen fördern das Gelingen von Veränderungsprozessen:

- (1) Es ist Führungsaufgabe, die in der Organisation gewünschten (gerontopsychiatrischen) Grundhaltungen klar zu formulieren und einzufordern.
- (2) Die Implementierung neuer Ideen im Rahmen eines Projektes setzt einen gegenüber den betroffenen Mitarbeiter:innen klar kommunizierten Auftrag für das Projektteam seitens der Leitung der Organisation voraus.
- (3) Anfangs keine Energie darauf verschwenden, die 15 Prozent »Innovations-Verweigerer« überzeugen zu wollen, sondern – in dieser Reihenfolge – die »Treiber«, »Bereitwilligen« und »Abwartenden« mitzunehmen.

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen



Digitalisierung in der Altenpflege



© Anne-Christina Wirsing

Frau B., 89 Jahre, hat sichtlich Freude an der Kommunikation mit ihrer Enkeltochter per WhatsApp.

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen

Unter dem Schlagwort »Digitalisierung in der Pflege« finden Sie im Web eine Vielzahl an Literatur. Hauptsächlich geht es dabei um technische und Software-Fragen zur Entlastung der Pflegenden (Dokumentation, Verwaltung etc.).

Vor allem seit 2021 das »Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) beschlossen wurde, lässt sich ein gewisser Innovationsschub feststellen.

Prozesse der Veränderung betreffen allerdings auch die Fähigkeiten und Bedürfnisse von Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen. Die digitale Welt ist im Bereich der Kommunikation längst bei den pflegebedürftigen alten Menschen angekommen, besonders beschleunigt durch die Erfahrungen während der Corona-Pandemie.

- ▶ Reflektieren Sie für sich allein oder in Ihrer Lerngruppe Ihre Erfahrungen im Praktikum oder im Ausbildungsbetrieb, was die Beachtung solcher Veränderungsprozesse anbelangt.
- ▶ Werden die Bewohner:innen im Gebrauch digitaler Medien gefördert?
- ▶ Gibt es freies WLAN in der Einrichtung?



Wirkung von Gewohnheiten

Wenn Sie die folgenden zwei Übungen machen, werden Sie die Macht von Gewohnheiten am eigenen Leib verspüren können. Es ist auch nicht so einfach, eingefahrene Geleise zu verlassen, wenn Veränderungen im Betrieb anstehen.

1. Übung: Hände falten. Falten Sie Ihre Hände (wie zum Gebet) und schauen Sie, welcher Daumen oben liegt. Falten Sie jetzt Ihre Hände andersherum, sodass der andere Daumen oben liegt. Wechseln Sie jetzt mehrfach und möglichst rasch zwischen gewohntem und neuem Händefalten hin und her.

- ▶ Wie fühlt sich das an?
- ▶ War es einfach oder schwierig, die Hände auf diese neue, ungewohnte Art zu falten?
- ▶ Was würde passieren, wenn man das Neue regelmäßig üben würde?

2. Übung: Arme verschränken. Diese Übung erfolgt nach demselben Prinzip wie beim Hände-Falten. Verschränken Sie Ihre Arme wie gewohnt und schauen Sie, welche Hand oben liegt. Verschränken Sie jetzt Ihre Arme andersherum.

- ▶ Wie fühlt sich das an?
- ▶ Eine Veränderung dieser Gewohnheit empfinden Sie möglicherweise als schwieriger, da man die Arme täglich mehrmals unbewusst verschränkt.

Gibt es in Ihrem Praktikums-/Ausbildungsbetrieb derzeit Veränderungsprozesse? Sind die Mitarbeitenden informiert und eingebunden? Gibt es Auswirkungen auf das Betriebsklima?

Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen



Till Eulenspiegel und der Kutscher

In vielen Kulturen gibt es die Gestalt des weisen Narren, der sich dumm stellt, aber seine Mitmenschen mit allerlei schlaun Aktionen zum Nachdenken bringt. In Vorderasien ist das z. B. die Figur des Nasreddin Hodscha, in Deutschland werden schon seit dem 16. Jahrhundert solche Geschichten über die Figur des Till Eulenspiegel erzählt und aufgeschrieben. Eine davon ist sein Verhalten gegenüber einem Kutscher, der es sehr eilig hatte:

Eulenspiegel ging demnach eines Tages zu Fuß seiner Wege, als eine Kutsche neben ihm hielt und der Kutscher, der sehr in Eile war, ihn fragte, wie lange es noch bis zur nächsten Stadt sei. Eulenspiegel antwortete ihm: »Bei langsamer Fahrt dauert es etwa eine halbe Stunde, wenn ihr schnell fahrt zwei Stunden.« Der Kutscher nannte ihn einen dummen Narren, zeigte ihm den Vogel und trieb seine Pferde zur Eile an. Eulenspiegel schlenderte die schlaglochreiche Straße weiter, als er nach einiger Zeit die Kutsche hinter einer scharfen Kurve mit gebrochener Achse neben der Straße liegen sah. Der Kutscher war schimpfend dabei, die gebrochene Achse irgendwie wieder zu flicken und sah Eulenspiegel verärgert an. Dieser rief dem Kutscher zu: »Wenn ihr langsam fahrt, braucht ihr eine halbe Stunde, habe ich gesagt« und schlenderte ein Liedlein pfeifend weiter.

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 5.1 »Der Pflegeprozess in der Langzeitpflege«



Das vierschrittige Pflegeprozessmodell (Strukturmodell) und Konsequenzen für die Dokumentation

Im vierschrittigen Pflegeprozessmodell sind keine gesonderten Festlegungen von Pflegezielen mehr vorgesehen. Bei der Entwicklung des Strukturmodells wurde davon ausgegangen, dass sich die Ziele der Maßnahmen durch den Abgleich mit den Wünschen der pflegebedürftigen Person (Frage B/SIS®) ableiten lassen. Das ermöglicht den Verzicht auf die Schritte 2 und 3 des sechsschrittigen Pflegeprozesses.

■ Tipp

Im folgenden Artikel des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen finden Sie eine ausführliche Stellungnahme zum vierstufigen Strukturmodell des Pflegeprozesses. Auf Seite 15 finden Sie eine grafische Darstellung der Schritte im 4- und 6-schrittigen Pflegeprozess

Link: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/191114_-_Hinweise_Strukturmodell.pdf; (abgerufen am 24.06.2023)

Auf der Webseite des Einführungsprojekts EinSTEP (**E**inführung des **S**trukturmodells zur **E**ntbürokratisierung der **P**flegedokumentation) finden Sie umfangreiche Informationen und Downloads zur Neuausrichtung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Link: <https://www.ein-step.de/> (abgerufen am 24.06.2023)

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 5.2 »Wahrnehmung: Jeder baut sich seine Welt«



Wahrnehmungsübungen – Einzel- oder Paarübung

Die Augen werden oft auch Fenster oder Spiegel der Seele genannt. Sicher haben Sie an sich selbst schon einmal wahrgenommen, dass Ihre Augen strahlen können und zu anderen Zeiten matt und müde wirken. Die Ausstrahlung der Augen können Sie durch die folgende Übung erkunden, vorausgesetzt, Sie begegnen sich selbst und anderen gegenüber mit der notwendigen Achtsamkeit.

Setzen Sie sich vor einen Spiegel oder vor Ihre Partnerin. Schließen Sie zunächst ein bis zwei Minuten lang die Augen. Fühlen Sie, wie Sie atmen, oder hören Sie auf Ihren Herzschlag. Lassen Sie sich Zeit, gönnen Sie sich ein entspannendes Durchatmen. Wenn Sie bereit sind, öffnen Sie langsam die Augen. Ganz langsam, wie in Zeitlupe. Schauen Sie in die Augen Ihres Gegenübers – jedoch nicht starr, angestrengt oder gewaltsam, sondern ganz entspannt – und öffnen Sie sich dem Anblick und dem, was in Ihre Augen strömt. Meist ist es einfacher, nur auf ein Auge des Gegenübers zu blicken. Verharren Sie nun einige Minuten in diesem Anblick und erleben Sie, was geschieht. Nehmen Sie eigene Bedürfnisse wahr, z. B. sich abzuwenden oder die Augen zu schließen, und versuchen Sie, dem Blick, der Wahrnehmung, den Erfahrungen und Empfindungen eine Zeit lang nicht auszuweichen.

Vielleicht werden Sie von starken Gefühlen überwältigt, empfinden Freude, Zärtlichkeit oder Angst. Vielleicht verschwimmt die Wahrnehmung Ihres Gegenübers für einige Momente oder es tauchen ganz andere Bilder auf. Lassen Sie alle Wahrnehmungen und Empfindungen zu.

■ Übung

Tauschen Sie sich nach dem Ende dieser Übung mit Ihrer Partnerin über Ihre Empfindungen aus.

Ihr Gehör verdient ebenso viel Achtsamkeit wie Ihre Augen. Gönnen Sie sich einige Minuten Zeit, um Ihre Ohren für die Fülle von Klängen und Geräuschen zu öffnen, die Sie umgeben. Setzen Sie sich dazu bequem hin und schließen Ihre Augen. Sie können hören, wie Ihr Atem ein- und ausströmt, wie er beim Einatmen vielleicht anders klingt als beim Ausatmen. Nehmen Sie alle Geräusche wahr, die von nah und fern in Ihre Ohren strömen. Wenn Bilder auftauchen, lassen Sie diese wie Wolken am Himmel vorüberziehen und richten Ihre Aufmerksamkeit wieder auf das Hören.

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

■ Übung

Was ist Ihnen aufgefallen, als Sie es sich erlaubt haben, einmal ganz bewusst die Ohren zu spitzen und zu lauschen?

Wahrnehmungstäuschungen

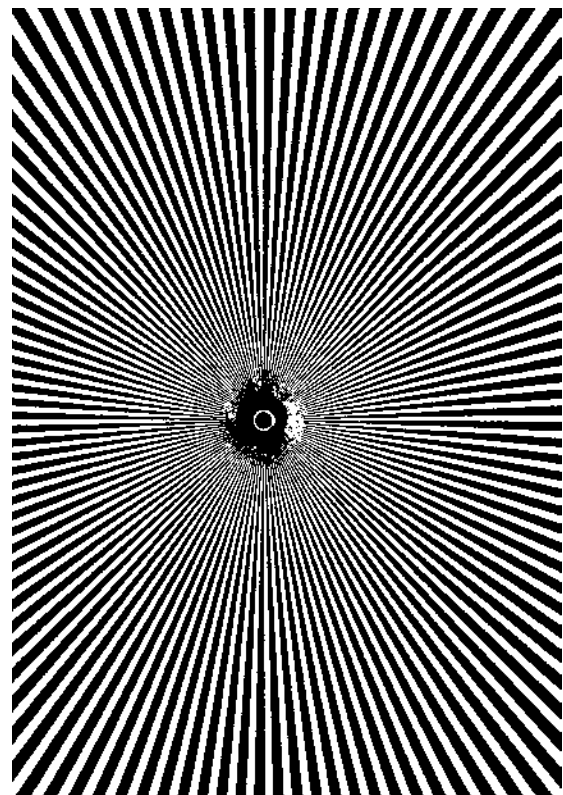
Mit den folgenden zwei Experimenten lässt sich die menschliche Wahrnehmungsgewissheit erschüttern.

Kann Wasser gleichzeitig heiß und kalt sein? Sie benötigen zur Beantwortung dieser Frage drei Schüsseln. Eine füllen Sie mit heißem, eine mit kaltem und eine mit lauwarmem Wasser. Halten Sie dann einige Minuten lang gleichzeitig die linke Hand in das heiße und die rechte in das kalte Wasser. Anschließend halten Sie sofort beide Hände gleichzeitig in die Schüssel mit dem lauwarmen Wasser. Können Sie die Frage jetzt beantworten?

Kann sich ein gedrucktes Muster bewegen?

Sehen Sie sich zur Beantwortung dieser Frage bitte die Strahlenfigur nach McKay an. Schauen Sie konzentriert etwa eine Minute lang auf deren Mittelpunkt. Nach einiger Zeit beginnen sich höchstwahrscheinlich die Strahlen zu bewegen.

Natürlich entsprechen Ihre subjektiv empfundenen Wahrnehmungen nicht den objektiven physikalischen Reizen, die bei diesen Übungen auf Hände und Augen einwirken. Wasser ist nun einmal nicht gleichzeitig heiß und kalt. Ebenso wenig können sich die starr gedruckten Linien der Strahlenfigur von sich aus bewegen.



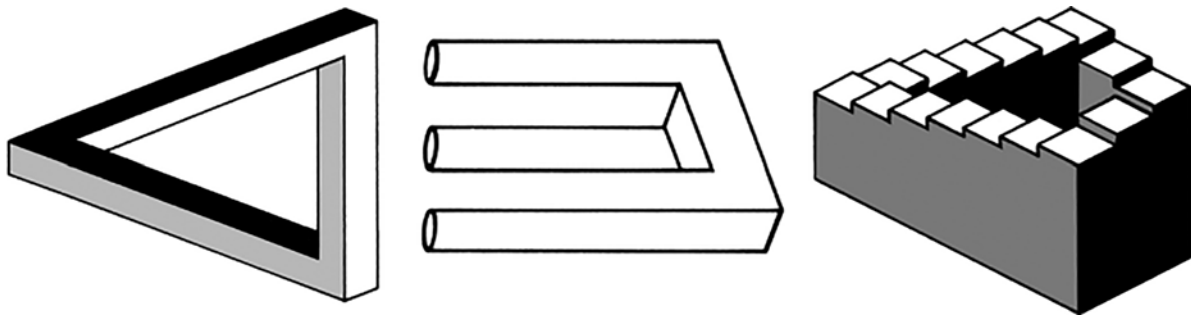
(Aus: Gregory, R.L. (1966). Auge und Gehirn. Zur Psychophysiologie des Sehens. München: Kindlers Universitäts-Bibliothek.)

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Unmögliche Gestalten

Gegenstände, die nicht der Norm entsprechen und nicht den üblichen Gesetzmäßigkeiten folgen, führen das Wahrnehmungssystem in die Irre. Betrachten Sie für eine Weile die folgende Abbildung.

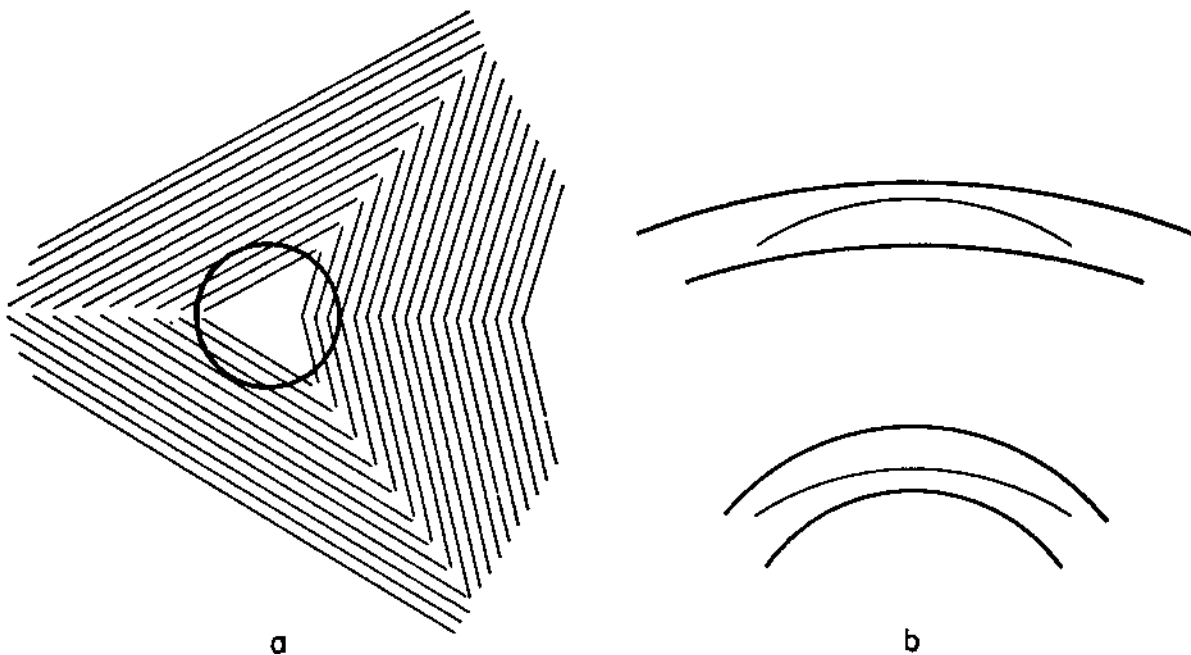
Auf dieser Abbildung werden widersprüchliche Informationen angeboten, die in der Realität in dieser Form nicht auftreten können.



(Abbildung aus: Legewie, H. & Ehlers, W. (1972). Knauer's moderne Psychologie. Mannheim / München: Droemer.)

Wahrnehmungsfeld

Betrachten Sie die folgenden Abbildungen. Links ist ein exakter Kreis zu sehen, der auf dem gestreiften Hintergrund deformiert wirkt. Rechts sind die beiden inneren Bögen gleichermaßen gekrümmt.



(Abbildung aus: Krech, D. & Crutchfield, R. (1992). Grundlagen der Psychologie. Weinheim: PVU.)

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 5.3 »Beobachtung: Schlüssel zum Verstehen alter Menschen«



Wahrnehmung und Interpretation – Gruppenübung

Denken Sie einmal alle ganz spontan an eine Feder. Denken Sie einfach an eine Feder, die Ihnen gerade einfällt. Nehmen Sie sich dann – jede:r für sich – zwei bis drei Minuten Zeit, alle Details und Merkmale Ihrer Feder so genau wie nur möglich aufzuschreiben. Wenn Sie fertig sind, vergleichen Sie Ihre Beschreibungen miteinander.

- ▶ Wissen Sie jetzt, was andere meinen, wenn sie »Feder« sagen?
- ▶ Tauschen Sie sich darüber aus, was diese Erfahrung mit Wahrnehmung und Interpretieren zu tun haben könnte.



Verrückt spielen – Gruppenübung

Fremdbeobachtung als professionelle pflegerische Methode können Sie üben. Hier eine praktische Trainingseinheit, die Spaß macht und zugleich lehrreich ist:

1. Schritt: Die ganze Gruppe sammelt für auffällige Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz häufig verwendete Begriffe, wie Aggressivität, Depression, Distanzlosigkeit, Verwirrtheit, Weglauftendenz/Hinlauftendenz, usw. Jeder Begriff wird auf einem Moderationskärtchen notiert. Anschließend werden Untergruppen von drei bis fünf Teilnehmer:innen gebildet.

2. Schritt: Jede Untergruppe erhält ein Kärtchen, ohne dass die anderen erfahren, um welchen Begriff es sich handelt. Die Gruppenmitglieder können auch einen weiteren Begriff aus ihren Pflegeerfahrungen einbringen, was das Spiel noch spannender macht. Die Gruppenmitglieder überlegen sich dann, welche konkreten Verhaltensweisen bzw. welche typischen Situationen im Pflegealltag ihnen zu dem Begriff in den Sinn kommen und wie sich dies im Rollenspiel praxisnah darstellen lässt. Die Darstellung soll nicht länger als drei Minuten dauern und kann sowohl verbal als auch nonverbal erfolgen.

3. Schritt: Nacheinander spielt jede Gruppe ihren Begriff vor, ohne dass nach Abschluss des Rollenspiels verraten wird, um welchen Begriff es sich handelt. Die Teilnehmer, die gerade nicht spielen, haben die Aufgabe, genau zu beobachten, was während des Rollenspiels geschieht, und ihre Beobachtungen zu notieren.

4. Schritt: Jedes Spiel wird getrennt ausgewertet. Dazu werden auf einem Flipchart alle konkret beobachteten Verhaltensweisen zusammengetragen. Anschließend geben die Beobachter an, welchen Begriff ihrer Auffassung nach die Gruppe dargestellt hat.

5. Schritt: Die Spieler berichten, ob sie sich in den Beobachtungen wieder erkennen und welchen Begriff sie tatsächlich gespielt haben.

Anschließend tauschen Sie sich in ihrer Lerngruppe über ihre Erfahrungen aus.

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 5.4 »Dokumentation von Beobachtungen«



Medikation und Liebe

■ Eine Pflegekraft berichtet

Herr L., ein 90-jähriger, demenziell erkrankter alter Herr, war oft aggressiv, wollte sich nicht pflegen lassen und war häufig auf Kampf eingestellt. Wir hatten schon vieles ausprobiert, um an ihn »heranzukommen«. Mit unserem pflegerischen Latein am Ende, konsultierten wir den Facharzt für Psychiatrie, der die Medikation des Herrn L. neu eingestellt hat.

Seither zeigt er sich viel zugänglicher, seine Stimmung wirkt aufgehellt, er lässt sich pflegen – manchmal scheint er die Pflege sogar zu genießen – und kommt regelmäßig zu den Mahlzeiten. Das Blättern in der Tageszeitung ist zu einem festen Bestandteil seines Tagesablaufs geworden. Herr L. beteiligt sich wieder an Gesprächen und mittlerweile hat er engeren Kontakt zu Frau E. aufgenommen. Frau E. holt Herrn L. meist in seinem Zimmer ab. Sie wirkt wie ein Antreiber für ihn. Die beiden treffen sich täglich und gehen gemeinsam spazieren. Zusammen besuchen sie Veranstaltungen. Im Speiseraum sitzen sie nebeneinander. Wir beobachten, wie herzlich die beiden alten Menschen miteinander umgehen.

Analysieren Sie das Fallbeispiel unter dem Gesichtspunkt von Beobachtung und Interpretation:

Was sind konkrete Beobachtungen?

.....

.....

.....

Was sind Interpretationen und Bewertungen?

.....

.....

.....

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 5.5 »Befragung und Interview«



Du fragst mich und fragst und fragst

■ Eine Pflegekraft berichtet

Frau N. ist 86 Jahre alt. Sie lebt aufgrund ihrer Demenzerkrankung bei uns im Altenheim. Sie war die älteste von neun Kindern. Nach der Schule hat sie auf dem elterlichen Hof gearbeitet und sich um die jüngeren Geschwister gekümmert. Von »ganz in der Früh bis spät in die Nacht« hat sie arbeiten müssen, wie sie selber erzählt. Nach dem Tod der Eltern übernahm sie den Hof. Sie heiratete und bekam zwei Kinder. Ihr Mann ist früh gestorben. Alleine zog sie dann die Kinder groß und versorgte den Hof. Als die Kinder von daheim ausgezogen waren, hat Frau N. lange Jahre ganz allein im Haus gelebt. Ihre Tochter hat mir erzählt, dass sich die Mutter deshalb immer sehr freut, wenn man mit ihr redet und ihr zuhört.

Bei uns im Altenheim ist Frau N. schon sehr früh morgens wach und unruhig. In ihrem Zimmer hat sie ihre eigene Ordnung. Immer will sie eine Aufgabe haben und wir beobachten, wie gut ihr das tut, wenn wir ihr eine Arbeit geben. Gerne wischt sie den Tisch ab, und wenn kein Lappen in der Nähe ist, nimmt sie sich eine Serviette oder ein Stück Zeitung zum Putzen. Frau N. singt gerne Volkslieder. Wenn man ihr den Anfang eines Liedes vorsingt, dann singt sie weiter.

Frau N. ist oft nur für kurze Zeit wach und aufmerksam. In diesen Phasen versuche ich, eine engere Bindung zu ihr herzustellen. Oft spreche ich sie auf ihre Kindheit und den Bauernhof an, davon erzählt sie gerne. Ihr Kurzzeitgedächtnis ist aber schon sehr beeinträchtigt. Wenn sie auf Fragen keine Antwort findet, dann wird sie ganz aufgeregt und sagt: »Du fragst mich und fragst und fragst ...«

- Wie geht es Ihnen, wenn Sie auf Fragen keine Antwort wissen?

.....

.....

- Was ist Ihnen in einer solchen Situation hilfreich?

.....

.....

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

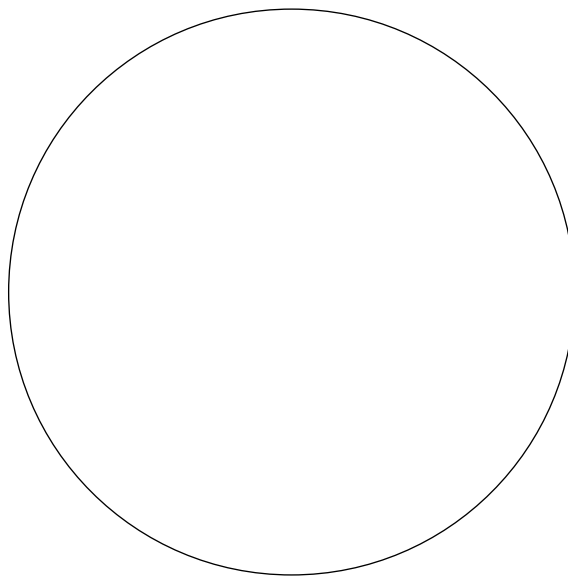
Zu Abschnitt 5.6 »Psychologische Tests«



Uhrentest

In der psychometrischen Demenz-Diagnostik ist ein häufig angewandter Screening-Test der sogenannte Uhrentest. Probieren Sie den Test aus, um sich selbst ein Bild davon zu machen, was er an Fähigkeiten verlangt.

Die folgende Abbildung soll eine Uhr darstellen.



- (1) Bitte schreiben Sie in die Uhr die fehlenden Ziffern.
- (2) Zeichnen Sie danach die Uhrzeit »10 nach 11« ein.

Auf welche Fähigkeiten haben Sie bei der Ausführung dieser Aufgabe zurückgegriffen?

.....

.....

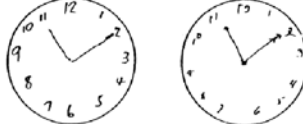


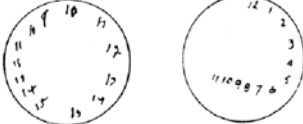
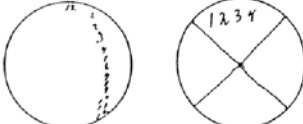
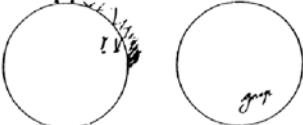
.....

.....

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Auswertung des Uhrentests

Bewertung (1 = ohne Fehler, 6 = keine Uhr erkennbar)

Score	Beschreibung	Beispiele
1	<p>“perfekt”</p> <ul style="list-style-type: none"> Ziffern 1 - 12 richtig eingezeichnet Zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen 	
2	<p>leichte visuell-räumliche Fehler</p> <ul style="list-style-type: none"> Abstände zwischen Ziffern nicht gleichmäßig Ziffern außerhalb des Kreises Blatt wird gedreht, so daß Ziffern auf dem Kopf stehen Pat. verwendet Linien (“Speichen”) zur Orientierung 	
3	<p>Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr</p> <ul style="list-style-type: none"> nur ein Zeiger “10 nach 11” (o. ä.) als Text hingeschrieben keine Uhrzeit eingezeichnet 	
4	<p>Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so daß ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird</p> <ul style="list-style-type: none"> unregelmäßige Zwischenräume Ziffern vergessen Perservervation: wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12 Rechts-Links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn) Dysgraphie - keine lesbare Darstellung der Ziffern 	
5	<p>Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> wie unter (4) beschrieben, aber stärker ausgeprägt 	
6	<p>keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluß Depression / Delir !)</p> <ul style="list-style-type: none"> kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr Pat. schreibt Wort oder Name 	

(Auswertungsschemat aus: Shulman K. (1993). Clock-Drawing: Is it the ideal cognitive screening test? In: International Journal of Geriatric Psychiatry 2000; 15: 548–561.)

- ▶ Beschreiben Sie einem Laien den Uhrentest, der als Screening-Test zur schnellen Einschätzung kognitiver Leistungsstörungen eingesetzt wird.
- ▶ Erklären Sie, was ein Screening-Test ist.
- ▶ Beschreiben Sie das Testmaterial und die Aufgabenstellung.
- ▶ Wie wird der Test ausgewertet und interpretiert?
- ▶ Über welche Fähigkeiten muss man verfügen, um den Uhrentest korrekt zu bearbeiten?
- ▶ Was davon geht bei demenziellen Erkrankungen verloren?

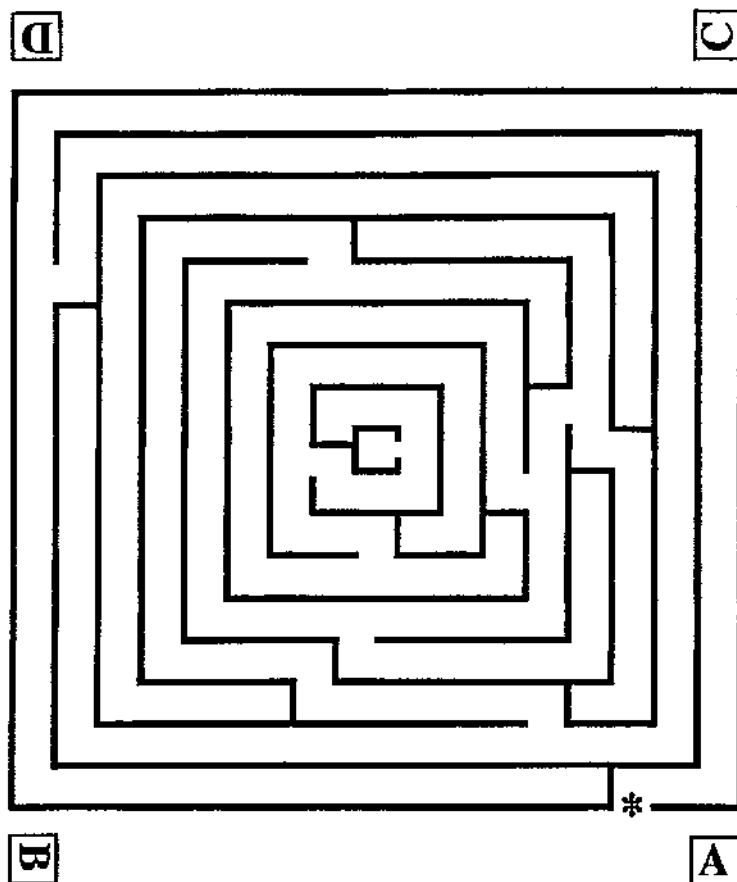
Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

■ Tipp

Der folgende Link führt Sie zu weiteren Informationen über den Uhrentest:

<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/uhrentest/> (abgerufen am 24.06.2023)

Der **Labyrinth-Test** gehört als Untertest zum Nürnberger Alters Inventar (NAI). Sie können jetzt einmal ausprobieren, wie rasch Sie aus der Mitte des Labyrinths den Weg zum Ausgang finden. Sie brauchen nur einen Stift und eine Uhr zum Zeitstoppen, dann kann es losgehen. Sie starten innen und zeichnen mit dem Stift den Weg bis zum Ausgang. Wie im richtigen Leben gibt es auch hier Sackgassen, wo es nicht mehr weitergeht. Dann müssen Sie umkehren und einen anderen Weg Richtung Ausgang suchen.



(Aus: Oswald, W.D. & Fleischmann, U. (1995). Nürnberger-Alters-Inventar (NAI). Göttingen: Hogrefe.)

Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess

Welche Fähigkeiten haben Sie zur Bearbeitung dieser Testaufgabe gebraucht?

.....

.....

.....

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Zu Abschnitt 6.2 »Non-verbale Kommunikation: Wie wir ohne Worte reden«



Übungen der nonverbalen Kommunikation

(1) Blickkontakt (Partnerübung)

- 1. Schritt:** Der eine Gesprächspartner erzählt etwas von sich, z. B. was ihn gerade bewegt, ein Urlaubserlebnis etc. Der andere hört zu, antwortet gegebenenfalls, vermeidet jedoch jeden Blickkontakt.
- 2. Schritt:** Tauschen Sie die Rollen.
- 3. Schritt:** gleiches Vorgehen wie in den vorangegangenen Schritten, nun aber mit Blickkontakt.

Erfahrungsaustausch

- ▶ Was haben Sie in den jeweiligen Rollen empfunden?
- ▶ Welche Bedürfnisse sind entstanden?
- ▶ Welche Situationen in der Altenpflege kennen Sie, bei denen ohne Blickkontakt kommuniziert wird? Und was ist dann besonders wichtig für das gegenseitige Verständnis?

(2) Liegen-Stehen (Partnerübung)

Probieren Sie aus, wie unterschiedliche Positionen die Wahrnehmung und die Kommunikation beeinflussen:

- ▶ einer liegt, der andere steht,
- ▶ einer liegt, der andere sitzt,
- ▶ Rollentausch.

Sie können die Gesprächsthemen variieren und schauen, ob dies einen Einfluss hat: z. B. der Stehende gibt dem Liegenden Verhaltensanweisungen

- ▶ Welche Gedanken und Gefühle tauchen in den unterschiedlichen Positionen auf?
- ▶ Experimentieren Sie und übertragen Sie Ihre (Selbst-)Erfahrungen auf Pflegesituationen.

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

(3) Mitspielspiel (Gruppenübung)

Erforschen Sie spielerisch die einzelnen Bereiche der nonverbalen Kommunikation und erfahren Sie die Bedeutung von Mimik, Gestik und Körperhaltung.

1. Schritt: Setzen Sie sich in einem Stuhlkreis zusammen. Eine Teilnehmerin geht im Kreis herum und lädt die anderen Teilnehmerinnen verbal und nonverbal zum Mitspielen ein. Ihre Aufgabe: Sie muss herausfinden, welche Gruppenmitglieder mitspielen wollen und welche nicht. Die Angesprochenen dürfen nur nonverbal ihre Zustimmung oder Ablehnung signalisieren, wobei als Kommunikationskanal Mimik, Gestik und Körperhaltung erlaubt sind.

2. Schritt: Eine nächste Teilnehmerin macht die Runde. Die Angesprochenen dürfen nur noch mit Mimik und Körperhaltung, aber nicht über Gestik kommunizieren.

3. Schritt: Eine weitere Teilnehmerin versucht herauszufinden, wer bereit zum Mitspielen ist. Die Angesprochenen dürfen jetzt auch keine Mimik mehr einsetzen, sie halten die Augen geschlossen.

4. Schritt: Nun fällt auch die Körperhaltung als Teil der nonverbalen Verständigung weg. Die Angesprochenen sitzen alle ganz gerade.

Erfahrungsaustausch:

- ▶ Welche nonverbalen Bereiche haben Sie als unverzichtbar für die Kommunikation empfunden?
- ▶ Wie ging es Ihnen in der Rolle derjenigen, die die nonverbalen Signale entschlüsseln musste?
- ▶ Wie ging es Ihnen in der Rolle derjenigen, die bei ihrer Reaktion bewusst auf Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation verzichten musste?

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Zu Abschnitt 6.4 »Kommunikationsmodelle«

Entdecken einer mütterlichen Seite



■ Eine Pflegekraft berichtet

Schwester M. ist eine Ordensfrau. Sie ist 84 Jahre alt und demenziell erkrankt. Aus ihrer Biografie wissen wir nur, dass sie jahrzehntelang im Kloster gelebt hat und als ambulante Krankenschwester tätig war. Ich habe daher versucht, während der 10-Minuten-Aktivierung mit Schwester M. über Pflege und religiöses Leben zu reden. Aber es hat nicht funktioniert.

Da passierte – eher zufällig – Folgendes: Ich habe mit Schwester M. eine Zeitung angeschaut. Wir sind auf einen Artikel gestoßen, in dem es um Kindergärten ging. Es waren auch verschiedene Fotos zu diesem Thema abgebildet. Das hätte man selber erleben müssen – es ist nämlich schwer zu beschreiben – vor mir stand plötzlich ein anderer Mensch! Schwester M. hat geredet ohne Ende. Sie hat gar nicht im üblichen Sinne erzählt. Nein, sie hat den Kindern auf den Fotos Fragen gestellt und mit ihnen gesprochen. Ich wusste – mit diesem Erlebnis hatte ich einen Schlüssel zu Schwester M. gefunden.

Ich habe ihr Kinderbücher und Kataloge für Kindersachen mitgebracht, die sie stundenlang anschaut. Seit Kurzem haben wir auch Puppen auf Station. Es ist unbeschreiblich, wie Schwester M. mit der Puppe redet. Sie deckt die Puppe mit ihrer Schürze zu und singt für sie. Niemand darf ihr die Puppe wegnehmen. Manchmal schaut Schwester M. auch stundenlang Fernsehen, aber nur Kinderkanäle!

Stellen Sie die Kommunikationsebenen nach dem Modell der Transaktionsanalyse dar. In welchem Ich-Zustand ist die Ordensfrau besonders ansprechbar?



Checkliste für Psycho-Spiele

Verdeckte Transaktionen werden in der Transaktionsanalyse auch als psychologische Spiele bezeichnet, die Menschen miteinander treiben, und die für eine gesunde Kommunikation schädlich sind. Eric Berne hat sie in seinem Buch »Spiele der Erwachsenen« ausführlich beschrieben. Anbei eine kleine Auswahl zum Nachdenken.

Ja, aber ... Ein Spieler fragt um Rat und leitet damit eine komplementäre Transaktion aus dem Erwachsenen-Ich zum Erwachsenen-Ich ein. Bietet der andere Spieler dann einen Rat, eine Antwort oder eine Lösungsmöglichkeit an, antwortet der ratsuchende Spieler immer mit »Ja, aber ...« und findet stets ein Haar in der Suppe, egal wie kreativ und

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

emsig sich der um eine Lösung bemühte Spieler auch den Kopf zerbricht. Der ratsuchende Spieler möchte also nicht wirklich eine Antwort auf seine Frage, sondern den Status quo beibehalten oder eventuell auch dem anderen beweisen, dass er dumm ist und keine Lösungen weiß.

Tritt mich! Ein Spieler erhält negative Anstöße wegen einer von ihm gezeigten Inkompetenz. Er demonstriert nun unaufhörlich seine Unfähigkeit, bis die anderen Spieler genervt reagieren. So kann er bei den anderen einen Ausbruch an Zorn gegen sich auslösen. Danach jammert er dann: »Warum passiert das immer mir?«

Der Pechvogel. Während es die Absicht des Tritt-mich-Spielers ist, bestraft zu werden, möchte der Pechvogel-Spieler, dass man ihm verzeiht. Er macht andere mit demonstrativer Unbeholfenheit und allgemeiner Lebensuntüchtigkeit wütend. Zugleich schaltet er jedoch sein nonverbales »Ich bin doch so hilflos und lieb, wie kannst du mich nur so anschreien« ein, und der Ärger der anderen löst sich in nachsichtiger Vergebung auf.

Jetzt habe ich dich endlich erwischt. Der Jetzt-habe-ich-dich-erwischt-Spieler teilt seinen Mitspielern bei Fragen, für die es eine klare Antwort gibt, die dafür benötigten und ihm zur Verfügung stehenden Informationen nicht mit, sodass sie unausweichlich scheitern müssen. Darauf wartet er nur und haut den anderen hinterhältig sein »Seht ihr! Ihr könnt aber auch gar nichts!« um die Ohren.

Holzbein. Viele Menschen haben ein echtes oder eingebildetes Handikap, das sie aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer Menschen überwinden können. Der Holzbein-Spieler zieht es jedoch vor, es als Entschuldigung zu benutzen, um Sympathie zu gewinnen und Untätigkeit zu entschuldigen. Er signalisiert »Was erwartet ihr denn von jemandem mit einem Holzbein/mit dieser Krankheit/mit dieser Schulbildung?« Hypochonder sind beispielsweise großartige Holzbein-Spieler.

Gerichtssaal. Gerichtssaal wird meist dann gespielt, wenn zwei oder mehr Spieler sich wie Kinder verhalten und von den anderen Spielern in der Funktion von Vater oder Mutter erwarten, dass sie einen Streit zwischen ihnen schlichten. »Sie hat mir das angetan«, »Nein, er hat mir das angetan«. Ehepartner können das Spiel mit einem Freund spielen, Angestellte mit Vorgesetzten, alte Menschen mit Pflegenden, usw.

Oh, Sie sind wundervoll, Herr Professor. Eine Person in einer weniger mächtigen Position – Schüler, Patient, Untergebener – macht einer Person in einer mit mehr Macht ausgestatteten Position – Lehrer, Arzt/Pflegekraft, Vorgesetzter – Komplimente, um für sich etwas zu erreichen. Hat der Schmeichler auf diese Weise sein Ziel erreicht und ist nicht mehr auf diesen Mächtigeren angewiesen, wechselt er zu anderen und das Spiel beginnt erneut.

Aufeinanderhetzen. Der Spieler dieses Spiels bringt zwei andere Menschen dazu, miteinander zu kämpfen, und lehnt sich dann zurück, um der Auseinandersetzung zuzu-

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

schauen. Er ist häufig ein geschickter Gerüchteschmied, hetzt mit Andeutungen und Verdächtigungen die anderen gegeneinander auf. Er selbst kann so jede Verantwortung für den Konflikt von sich weisen.

(Nach: Berne, E. (1980). Spiele der Erwachsenen. Reinbek: Rowohlt.)



Welche Botschaft hören Sie?

■ Eine Pflegekraft berichtet

Mit Frau W. habe ich eigentlich ein gutes Verhältnis, wir scherzen sogar manchmal miteinander. Sie ist 87 Jahre alt und lebt schon seit ca. sechs Jahren bei uns im Heim. Kürzlich, als ich gerade dabei war, ihr beim Anziehen zu helfen, sagte sie wie aus heiterem Himmel zu mir: ›Sie hassen mich bestimmt genauso wie alle anderen und wären froh, wenn ich sterben würde.‹ Ich war wie geplättet und wusste überhaupt nicht, was ich darauf sagen sollte. Ich war doch wie immer freundlich zu ihr.

Analysieren Sie diese Kommunikationssequenz nach dem Vier-Seiten-Modell der Kommunikation von Schulz von Thun.

.....

.....

Angenommen, Sie wären die Pflegefachkraft, welche Botschaft würden Sie heraushören?

.....

.....

Mit welchen Ohren hören Sie das Gesagte?

.....

.....

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Zu Abschnitt 6.5 »Kommunikationswerkzeuge: einander verstehen lernen«



Religiöse Elemente als Anknüpfungspunkte

■ Eine Pflegekraft berichtet

Kommunikation

Frau A. leidet infolge mehrerer Schlaganfälle an Wortfindungsstörungen. Sie hat nur wenige Wörter, aus denen sie ihre Sätze und Fragen bildet. Oft wiederholt sie diese Wörter für sich alleine. Manchmal spricht sie diese Wörter stundenlang vor sich hin. Diese Wörter sind:

- ▶ kommlizieren (kommunizieren, die heilige Kommunion empfangen),
- ▶ Rosakranza (Rosenkranz),
- ▶ Walli (Name der Altenpflegerin),
- ▶ drei – viere (drei, vier),
- ▶ beichten.

Manchmal schafft es Frau A., einzelne andere Satzfragmente auszusprechen, wie: »Walli, ich mag dich doch gern!« oder »Können wir jetzt da rübergehen?« Trotz dieser Sprachstörungen kann man mit Frau A. »normal« sprechen, denn sie versteht meistens, was man ihr sagen will.

Ein Gespräch sieht dann in etwa so aus:

Frau A.: »Walli, gibt's jetzt drei, vier Kommlionen?«

Pflegerin: »Ja, Frau R., jetzt gibt's gleich Essen. Sie sind wohl schon hungrig?«

Frau A.: »Ja, ja, drei, viere, eins, zwei, dreie, viere. Darf man dann in den Rosakranza kommlizieren?«

Pflegerin: »Ja, nach dem Essen dürfen Sie in ihr Zimmer gehen. Und wenn Sie müde sind, bringe ich Sie in Ihr Bett.«

Analysieren Sie die Übersetzungsleistung der Altenpflegerin. Welche Werkzeuge des aktiven Zuhörens verwendet sie, um in Kontakt zu kommen?

.....

.....

.....

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

■ Eine Pflegekraft berichtet

Maiandacht

Über den Lautsprecher wird im Haus durchgegeben, dass um 16.00 Uhr eine Maiandacht in der Kapelle stattfindet. Die 92-jährige, an Demenz erkrankte Frau P. will in die Maiandacht. Sie geht zum Aufzug. Da warten schon Bewohnerinnen vor der Aufzugstür. Sie lassen Frau P. nicht in den Aufzug einsteigen. Sie wissen, dass die Bewohnerin in Andachten und Gottesdiensten nach kurzer Zeit unruhig wird.

Frau P. reagiert auf das Abgewiesen-Werden durch ihre Mitbewohnerinnen mit Schreien ›Aaaahh!‹.

Ich habe die Situation mitbekommen und gehe auf Frau P. zu. Ich nehme sie am Arm und führe sie zur Seite. In mitfühlendem Ton sage ich zu ihr: ›Das war jetzt sehr traurig für Sie, so abgewiesen zu werden.‹ Sie nickt heftig. Ich nehme Frau P. kurz in den Arm und sage ihr, dass ich diese Traurigkeit gut verstehen könne. Es ist spürbar, wie sich Frau P. entspannt.

Ich schlage ihr vor, dass wir gemeinsam Maiandacht feiern. Wir singen zwei Strophen eines Marienliedes und rufen dann all die Heiligen an, die ihr einfallen. Frau P. wird zusehends fröhlicher. ›Heiliger Stanislaus, bitte für uns!‹ ruft sie mit verschmitztem Gesichtsausdruck.

Wir singen noch eine weitere Strophe des Marienliedes. Dann hat Frau P. genug und geht mit ihrem Rollator wieder ihre Runden.

Nach dieser Maiandacht ging es auch mir gleich viel besser.

An welcher Stelle im Kommunikationsablauf verbalisiert die Altenpflegerin die Gefühle der alten Dame?

.....

.....

Wo gelingt ihr mit Humor der Stimmungsumschwung?

.....

.....



Vier Handlungsempfehlungen für den qualifizierten Einsatz von Handpuppen

Der fachlich qualifizierte Einsatz von Handpuppen kann in der Kommunikation wunderbare Zugänge zu Menschen mit Demenz eröffnen. Wirksam sind dabei auch das

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

entwicklungspsychologische Kindchen-Schema, welches Fürsorgeverhalten auslöst (s. Abschn. 7.7) und die plüschig-kuschelige Anmutung der Puppe, die Geborgenheit vermittelt (s. Abschn. 7.2.2). Die Anwendung setzt allerdings eine fundierte Ausbildung/ Einweisung und eine person-zentrierte Grundhaltung voraus. Eine erfahrene Anwenderin hat folgende vier Handlungsempfehlungen formuliert:

- (1) Wir beachten die Lebensgeschichte, um an die individuellen und übernommenen Rollen des Menschen mit Demenz anzuknüpfen. Antriebe könnten hier z. B. Familiensinn, Kinderliebe, Fürsorge, aber auch Humor sein. Zu den Rollenbildern könnten Mutter/Vater, Erzieher:in, Lehrer:in, Nachbar:in etc. zählen.
- (2) Wir begegnen uns auf Augenhöhe. Sowohl räumlich gesehen als auch in unserer inneren Grundhaltung, die geprägt ist durch eine person- und bedürfnisorientierte Haltung, durch achtsame und respektvolle Präsenz, Empathie und Wertschätzung, um nur einige wichtige Skills zu benennen.
- (3) Wir bringen die Person behutsam in den Kontakt mit der Handpuppe, in dem wir diese z. B. erstmal auf unserem eigenen Schoß sitzen lassen. Wie und ob die Person dann interagieren möchte, gilt es zu beobachten und darauf professionell zu reagieren.
- (4) Die Handpuppe ist kein Spielzeug, sondern ein therapeutisches Mittel. Sie fungiert als Türöffner, als Mittel der Kommunikation und Interaktion.



© Anne-Christina Wirsing

■ Tipp

Im folgenden Link finden Sie zum Herunterladen (open source) einen ausformulierten Vorschlag für einen Standard zum Einsatz von Therapiepuppen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

Link: <https://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-therapiepuppen.htm> (abgerufen am 24.06.2023)

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Zu Abschnitt 6.6 »Kommunikation im Beratungsgespräch«



Anleitung zum »aktiven Zuhören« (Spiegeln)

Folgende Formulierungen eignen sich für das aktive Zuhören:

- ▶ Sie sind enttäuscht, dass ...
- ▶ Sie sind beunruhigt ...
- ▶ Sie machen sich Sorgen ...
- ▶ Sie haben Zweifel ...
- ▶ Sie sind empört, wenn ...
- ▶ Es macht Ihnen Angst ...
- ▶ Sie sind ganz froh ...
- ▶ Sie sind traurig ...
- ▶ Mir scheint, es verletzt Sie, dass ...
- ▶ Einerseits sind Sie erleichtert, dass ... andererseits fühlen Sie sich schuldig ...



Die fünf Schritte eines Beratungsgesprächs

Die fünf Schritte eines Beratungsgesprächs gelten für jede Form von Beratung. Inhalt und Formulierungshilfen werden exemplarisch am Beispiel der Beratung für Angehörige dargestellt.

Schritt	Inhalt	Hilfreiche Formulierungen für die Beratung
In Kontakt kommen	Sich auf sich besinnen Sich einstimmen Die Haltung einnehmen: »Ich bin jetzt ganz für Sie da«	Schön, dass Sie da sind. Ich sehe, Sie sind gut hergekommen. Hatten Sie eine gute Fahrt? Darf ich Ihnen einen Kaffee anbieten?
1. Schritt: Den Kreis für die Beratung abgrenzen	Die eigene Rolle bestimmen und mitteilen Den Rahmen abstecken: Ort, Dauer	Ich bin Frau ... und ich bin gerontopsychiatrische Fachkraft. Wir können ganz ungestört im Raum xy miteinander reden. Ich habe jetzt Zeit für Sie von ... bis ...

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Schritt	Inhalt	Hilfreiche Formulierungen für die Beratung
<p>2. Schritt: Herausfinden, worum es geht</p>	<p>Krise oder belastende Situation, weshalb Beratung nachgefragt wird, skizzieren lassen</p> <p>Auftrag klären: Unterstützung, die von mir erwartet wird, genau erfragen</p> <p>Entscheiden, ob ich diese Unterstützung geben will oder kann. Wenn ich die Unterstützung nicht geben will oder kann: Auftrag ablehnen</p> <p>Bei Annahme des Auftrages: Das Ziel des Ratsuchenden klären</p>	<p>Könnten Sie mir ein Stichwort zu Ihrem Anliegen ansagen, das Sie mit mir besprechen möchten?</p> <p>Mit welchem Wort oder Satz könnten Sie Ihr Problem benennen?</p> <p>Wofür möchten Sie meine Unterstützung in Anspruch nehmen?</p> <p>Was soll denn bei unserer Beratung für Sie herauskommen?</p> <p>Was ist es, was Sie mit meiner Unterstützung erreichen möchten?</p> <p>Was soll heute hier passieren, damit es ein gutes Gespräch wird?</p> <p>Welche Vorstellung haben Sie, was wir heute hier besprechen sollten?</p> <p>In Ihrer Situation wird Frau X für Sie hilfreicher sein können als ich in meiner Funktion: Frau X ist Spezialistin für ... (Beispiel für Ablehnung des Auftrages)</p> <p>Ja, lassen Sie uns starten.</p> <p>Ich will mir ein möglichst genaues Bild davon machen, was Ihr Ziel ist.</p> <p>Es interessiert mich sehr, wo Sie hin möchten, damit ich Sie da unterstützen kann, wo Sie es brauchen.</p> <p>Was wäre für Sie ein gutes Gesprächsergebnis?</p> <p>Wenn Sie sich wünschen, dass die Situation nicht mehr so ... sein sollte, was wünschen Sie sich stattdessen?</p> <p>Sie sagen, Sie möchten nicht, dass ..., sondern ...?</p>

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Schritt	Inhalt	Hilfreiche Formulierungen für die Beratung
3. Schritt: Bisherige Lösungsversuche sammeln	<p>Wertschätzung der bisherigen Versuche zur Lösung des Problems</p> <p>Sammeln, was der Ratsuchende alles bislang schon selbst versucht hat, um sein Problem zu lösen</p> <p>Dem Ratsuchenden den Blick auf Ausnahmen vom Problem und auf seine Fähigkeiten (wieder) eröffnen</p>	<p>Ich sehe, dass Sie schon alles Mögliche probiert haben, um für Ihr Problem eine gute Lösung zu finden.</p> <p>Welche Wege haben Sie selber schon versucht, um die Situation zu verbessern?</p> <p>Was davon hat trotz bester Absichten nicht zum gewünschten Erfolg geführt?</p> <p>Und womit haben Sie gute Erfahrungen gemacht?</p> <p>Sie sagen, Sie erleben Ihre Situation immer so schwer ... in welchen Momenten ist es für Sie leichter ...?</p> <p>Wann haben Sie dieses Problem weniger oder gar nicht ...?</p> <p>Was läuft denn gut in Ihrer momentanen Situation?</p> <p>Was soll denn so bleiben, wie es ist?</p> <p>Mit welchen Ihrer Fähigkeiten haben Sie in der Vergangenheit Krisen überwunden?</p> <p>Was war Ihnen dabei besonders hilfreich?</p>

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Schritt	Inhalt	Hilfreiche Formulierungen für die Beratung
4. Schritt: Gemeinsam weitere Lösungs- ideen entwickeln	<p>Sich als Pflegekraft mit professionellem Wissen zeigen</p> <p>Das eigene Expertenwissen anbieten und einbringen</p> <p>Aus fachlicher Sicht Lösungs-ideen anbieten</p> <p>Informationen geben</p> <p>Wege zur Unterstützung aufzeigen</p> <p>Respektieren, dass der Rat-suchende Profi in eigener Sache ist</p> <p>Ermutigen, dass der Rat-suchende es schaffen wird, sein Ziel zu erreichen</p>	<p>Ich als Expertin für den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen...</p> <p>Ich als Fachfrau für...</p> <p>Ich habe schon sehr viele Angehörige begleitet und weiß, wie schwer es für die meisten ist, dass...</p> <p>Aus meiner professionellen Erfahrung heraus...</p> <p>Wir haben hier sehr gute Erfahrungen mit folgendem Vorgehen gemacht...</p> <p>Ich möchte Ihnen gern ein Modell zeigen, das für viele hilfreich ist, um (z. B. die Erkrankung Demenz) besser verstehen zu können.</p> <p>Von anderen Angehörigen, mit denen ich gesprochen habe, weiß ich, dass ... oft hilfreich ist</p> <p>Aus meiner Fortbildung weiß ich, dass ...</p> <p>Es ist heute Stand der Wissenschaft, dass Demenz...</p> <p>Man weiß heute in unserem Fachgebiet der Pflege, dass ... besonders wichtig ist ...</p> <p>Angenommen, wir haben unser Gespräch erfolgreich beendet und wir sehen uns nach einiger Zeit wieder und Sie erzählen mir, was sich in die positive Richtung verändert hat. Was genau könnte das sein?</p> <p>Was wird das erste kleinste Anzeichen dafür sein, dass Sie sich wieder besser fühlen? ... Woran werden Sie das merken?</p> <p>Was wäre für Sie der nächste kleine Schritt in die richtige Richtung zu Ihrem Ziel hin?</p>

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Schritt	Inhalt	Hilfreiche Formulierungen für die Beratung
<p>5. Schritt: Eine Vereinbarung treffen</p>	<p>Konkret und anschaulich die nächsten Schritte vereinbaren</p> <p>Was tut die Beraterin in ihrer beruflichen Rolle zur Lösung des besprochenen Problems?</p> <p>Was tut der Ratsuchende in eigener Sache zur Lösung des Problems?</p> <p>Zeitpunkt ausmachen, um sich über die getanen Schritte auszutauschen: (telefonisch oder persönlich)</p> <p>Evtl. weiteres Beratungsangebot machen</p>	<p>Lassen Sie uns jetzt vereinbaren, wer was als nächstes tut.</p> <p>Ich schlage Ihnen vor, dass ich ...</p> <p>Mein Gedanke ist, dass ich ... für Sie erledigen werde.</p> <p>Ich werde im Team klären, wie wir besser für ... sorgen können.</p> <p>Ich lade Sie ein, am ... dabei zu sein.</p> <p>Ich werde mich kümmern, dass wir ab ... Ihre Anregung umsetzen.</p> <p>Sie können auf meine Unterstützung bei ... zählen.</p> <p>Was von dem, was wir jetzt an Möglichkeiten angesprochen haben, sagt Ihnen gefühlsmäßig am meisten zu?</p> <p>Und was wird Ihnen am leichtesten fallen auszuprobieren?</p> <p>Und wann werden Sie damit beginnen?</p> <p>Wie könnten Sie das jetzt schon ein klein wenig realisieren?</p> <p>Welchen kleinen Schritt werden Sie schon mal ausprobieren?</p> <p>Was von dem, womit Sie schon gute Erfahrungen gemacht haben, werden Sie weiterhin tun?</p> <p>Lassen Sie uns am ... um ... telefonieren.</p> <p>Wann darf ich Sie anrufen?</p> <p>Möchten Sie gerne einen weiteren Termin mit mir ausmachen, an dem wir miteinander besprechen, was funktioniert hat und wo Sie vielleicht noch Unterstützung von mir haben möchten?</p>

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Schritt	Inhalt	Hilfreiche Formulierungen für die Beratung
Weg gehen	Sich verabschieden Seines Weges gehen	Danke für Ihr Vertrauen. Danke für ihre Offenheit. Was Sie schon alles geschafft haben! Sie werden Ihren Weg in die richtige Richtung weiter gehen.

(Aus: Reinhardt, C. (2006). Beratungsmethodik in der Altenpflege. Unveröffentlichte Seminarunterlagen.)



Sprachspiegel – bevorzugte Sinneskanäle

Suchen Sie sich eine Partnerin und unterhalten Sie sich über ein angenehmes Erlebnis, zum Beispiel über den Urlaub. Finden Sie im Gespräch heraus, auf welchem »Kanal« ihre Partnerin überwiegend die Worte benutzt und spiegeln Sie ihr mit anderen Worten diesen Sinneskanal wider. Tauschen Sie sich dann darüber aus, was das für Ihre Verständigung bedeutet.

Beispiele für Wörter, die auf die unterschiedlichen Sinneskanäle hindeuten:

- ▶ **Visuell:** sich vorstellen, ein Bild machen, vorsichtig sein, leuchten, farbig, neblig, klar, Meinungsbild, schwarz sehen, erhellen, Durchblick, meiner Ansicht nach, offensichtlich, ein Einsehen haben, einbilden, sonnenklar, Ausblick.
- ▶ **Auditiv:** hören, stimmig finden, berufen sein, tönen, abstimmen, laut, Geschrei, klangvoll, umstimmen, bestimmt, anklingen, eintönig, lauthals, sang- und klanglos, zustimmen, mit Pauken und Trompeten.
- ▶ **Kinästhetisch:** spüren, fühlen, berührt sein, begreifen, weich, warm, behandeln, fest, glatt, bedrückt, Eindruck, Gespür haben, behutsam, empfinden, Ausdruck, Angriff, sanft, zart, Herzklopfen, ergreifen
- ▶ **Olfaktorisch und gustatorisch:** riechen, schmecken, das stinkt mir, mein Geschmack, schal, bitter, schal, süß, duftend, Aroma, salzig, geschmacklos, sauer, verschärft.

Reframing (Umrahmung)

Schreiben Sie auf einem Blatt Papier fünf Eigenschaften oder Verhaltensweisen von sich auf, die sie nicht an sich leiden können und gerne loshätten.

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Im nächsten Schritt formulieren Sie die Sätze um und beginnen mit:

- ▶ Das hilft mir ...
- ▶ Dadurch erreiche ich ...
- ▶ Das unterstützt mich ...
- ▶ Dadurch schütze ich mich ...
- ▶ Hätten Sie gedacht, welche wertvollen Eigenschaften Sie haben?



Auf schwierige Botschaften reagieren

■ Eine Pflegefachkraft berichtet

Mit Frau W. habe ich eigentlich ein gutes Verhältnis, wir scherzen sogar manchmal miteinander. Sie ist 87 Jahre alt und lebt schon seit ca. sechs Jahren bei uns im Heim. Kürzlich, als ich gerade dabei war, ihr beim Anziehen zu helfen, sagte sie wie aus heiterem Himmel zu mir: »Sie hassen mich bestimmt genauso wie alle anderen und wären froh, wenn ich sterben würde.« Ich war wie geplättet und wusste überhaupt nicht, was ich darauf sagen sollte. Ich war doch wie immer freundlich zu ihr.

Wie würden Sie auf die Botschaft reagieren? Mit einem: »Das stimmt doch gar nicht, Frau W.« oder »Haben Sie Angst, dass ich Ihnen nicht mehr gern helfe?« oder »Jetzt bin ich aber ganz schön platt, dass Sie so etwas denken«?

.....

.....

.....

Welche Lösung wäre Ihrer Meinung nach hilfreich für den weiteren Verlauf der Kommunikation?

.....

.....

.....

Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Hören Sie aktiv zu. Verbalisieren Sie die Gefühle, die Sie bei der alten Dame wahrnehmen.

.....

.....

.....

Formulieren Sie eine Ich-Botschaft.

.....

.....

.....

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 7.1 »Bedürfnisorientierte Pflegeprozess-Modelle«



SIS® – stationär Strukturierte Informationssammlung

Im SIS®-Formular steht dieses Feld (Feld A) ganz am Anfang. Der Start in das Gespräch erfolgt bewusst mit diesen offenen Fragen, um eine Atmosphäre ohne Abfragecharakter zu schaffen. Natürlich steht Ihnen im Pflegeprozess frei, mit welchen konkreten Worten Sie sich auf das jeweilige Sprachvermögen Ihres Gesprächspartners einstellen.

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Stellen Sie sich vor, jemand richtet gerade im Moment, in Ihrer jetzigen Situation, diese Fragen an Sie. Überlegen Sie sich, was Sie gerade für Bedürfnisse haben, was Sie brauchen und was dieser Andere für Sie tun könnte ...

Tragen Sie Ihre Antworten in wörtlicher Rede in das SIS®-Feld ein.

■ Tipp

Unter diesem Link können Sie sich über das Strukturmodell informieren und Unterlagen zur strukturierten Informationssammlung (SIS®) herunterladen.

Link: <https://www.ein-step.de> (abgerufen am 24.06.2023)

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 7.2 »Psychologische Grundlagen bedürfnisorientierter Pflege«



Lösungsorientierte Grundhaltungen der Pflegenden

Sehen Sie auffällige Verhaltensweisen pflegebedürftiger alter Menschen als Lösungsversuche, um mit einer schwierigen Lebenssituation zurechtzukommen. Die pflegebedürftigen Menschen schützen sich dadurch in einer von Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit gekennzeichneten Krise.

Sie können die emotionalen Bedürfnisse des alten Menschen wertschätzend wahrnehmen und zugleich in der Pflege gezielt seine Ressourcen fördern, ohne infantile Verhaltensmuster (Zitat: »Schwester, ich kann mich nicht mehr waschen, weil ich schon so alt bin«) zu bestärken.

Sie dürfen sich Ihre eigenen Gefühle (Ängste, Ärger usw.) eingestehen, sich Ihre Grenzen bewusst machen und Unterstützung einfordern. Hierzu sind Gespräche und Erfahrungsaustausch im Arbeitsteam und in der Supervisionsgruppe hilfreich.

Sie wissen, dass nicht Sie persönlich angegriffen werden, auch wenn es Sie bei Überraschungsangriffen immer wieder in der Seele treffen kann. Im Rahmen der Pflegediagnose können Sie im Team mögliche Ursachen regressiven, aggressiven und egozentrischen Verhaltens besprechen und nach Unterstützungsmöglichkeiten für den alten Menschen suchen, anstatt Gegendruck auszuüben.

Sie können sich bewusst machen, dass Übertragungen und Gegenübertragungen in einer Pflegebeziehung zum Alltag gehören. Supervision ist auch hier hilfreich, um nicht in Beziehungsfallen zu tappen.

Sie beschränken sich nicht auf die medizinisch-pflegerische Versorgung organischer Leiden, sondern pflegen auch die Beziehung des alten Menschen zu sich selbst und zur Welt. Zum Serviceangebot in der Pflege alter Menschen gehört die Seelenpflege, weil der ganze Mensch gepflegt wird und nicht nur seine Außenhaut.

Im Rahmen der ambulanten Altenpflege können Sie pflegende Familienmitglieder unterstützen, bei belastenden Verhaltensauffälligkeiten hilfreiche Lösungen für den gepflegten Angehörigen und für sich selbst zu entwickeln.

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 7.2.4 »Motive und Motivation im Pflegeprozess«



Selbständig essen: eine Leistung

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Frau D. hat Arthrose in den Händen. Das tut ihr weh und sie kann nicht mehr mit Besteck umgehen. Ich habe mehrmals versucht, sie mit Messer und Gabel essen zu lassen, aber es ging einfach nicht. Jetzt bekommt sie die Mahlzeiten mundgerecht zubereitet. Wir hängen ihr eine Stoffserviette um und reichen ihr eine Papierserviette zum Abputzen. So kann sie selbständig mit dem Löffel, der Gabel oder mit den Fingern essen.

Ich meine, dass Fr. D. selbständig essen soll. Das stärkt ihr Selbstbewusstsein. Ihre Ressourcen bleiben länger erhalten und wir verhindern, dass sie das Essen ganz verlernt. Und wenn es noch so sehr am Tisch aussieht, schließlich gibt es bei uns im Altenheim genug Waschlappen!«

Die Pflegenden haben die Schwierigkeitsstufe den Leistungseinschränkungen der alten Dame angepasst. Was kann mit ihrer Motivation zum eigenständigen Essen passieren, wenn sie ständig Schmerzen und Überforderung erlebt?

.....

.....

.....

.....

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 7.2.5 »Emotionen im Pflegeprozess«



Ein Test Ihrer Emotionalen Intelligenz

■ Tipp

Emotionale Intelligenz ist eine Erweiterung des klassischen Intelligenzbegriffs und beschreibt die Fähigkeit, eigene Gefühle und die anderer Menschen korrekt wahrzunehmen. Sie ist also eine wesentliche Basis der pflegerischen Kernkompetenzen, die zu einer person-zentrierten Pflege gehören. Mit dem EQ-Test von Dr. Satow haben Sie die Möglichkeit, sich hinsichtlich Ihrer Emotionalen Intelligenz zu testen und eventuelle »Schwachstellen« zu identifizieren. Den Test finden Sie unter dem folgenden Link:

Link: <https://www.psychomeda.de/online-tests/eq-test.html> (abgerufen am 24.06.2023)

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 7.5 »Essen und trinken können«



Essen reichen

Im Rahmen einer Partnerübung können Sie die Erfahrung machen, wie es ist, von einem anderen Menschen Essen gereicht zu bekommen. Und indem Sie damit experimentieren, selbst Essen anzureichen, können Sie Ihr Gespür für die Reaktionen des Anderen verfeinern.

Jede schlüpft einmal in die Rolle derjenigen, die Essen und Trinken anreicht und dann in die, von der Partnerin Essen angereicht zu bekommen.

Auswertung

Tauschen Sie sich mit Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner über die Erfahrungen aus:

- ▶ Welche Gefühle tauchen auf, wenn man sich in der Rolle eines Menschen befindet, der Essen eingegeben bekommt?
- ▶ Welche Gefühle tauchen in der Rolle derjenigen auf, die einem anderen Menschen beim Essen hilft?
- ▶ Wie fühlt es sich an, Essen in den Mund geschoben zu bekommen?
- ▶ Wie wichtig sind Blick- und Körperkontakt, die Begegnung auf Augenhöhe?
- ▶ Welche Informationen lassen sich aus Mimik und Gestik eines Menschen gewinnen, dem man Essen reicht?
- ▶ Welche verbalen Informationen wünscht man sich, wenn man Essen und Trinken gereicht bekommt?



Interviewbogen zur Essbiografie

Auf der Webseite von Demenz Support Stuttgart finden Sie einen Fragebogen, der Sie dabei unterstützt, die Ernährungs- und Essgewohnheiten und Vorlieben von pflegebedürftigen Menschen zu erfassen. Gerne können Sie diesen Bogen nach Ihren eigenen Erfahrungen modifizieren.

<https://www.demenz-support.de/publikationen/2013/102-essbiografie/> (abgerufen am 24.06.2023)

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Tipps zum Essen reichen

Achten Sie beim Anreichen auf eine ruhige und entspannte Atmosphäre.

- ▶ Achten Sie darauf, dass beim Anreichen der Nahrung das Tempo von den Pflegebedürftigen bestimmt wird.
- ▶ Achten Sie darauf, dass alten Menschen mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme genügend Zeit zum Essen und Trinken zur Verfügung steht.
- ▶ Bemühen Sie sich um eine Organisation, die es ermöglicht, dass das Essen möglichst oft durch dieselbe Person gereicht wird.
- ▶ Helfen Sie kognitiv eingeschränkten alten Menschen, die Speisen zu erkennen und zu sich zu nehmen:
 - Lassen Sie sie daran schnuppern.
 - Geben Sie Tasthilfen.
 - Benennen Sie die Speisen.
- ▶ Reichen Sie die verschiedenen Komponenten separat und nicht als Einheitsbrei.
- ▶ Erinnern Sie immer wieder an die Essenssituation.
- ▶ Wenn es jetzt nicht geht, dann eben später (aufwärmen).
- ▶ Abzählmethode: Ein Löffel für ...
- ▶ Manchmal hilft ein Trinklied: Trink, trink, Brüderlein trink ...
- ▶ Vielleicht geht's mit der Kollegin heute besser.
- ▶ Eine Geschichte erzählen, bei der es ums Essen oder Trinken geht.
- ▶ Wenn mal was verschüttet wird, das macht nichts (Toleranzspielraum).
- ▶ Gemeinsame Mahlzeiten regen an.
- ▶ Ein Tischgebet (je nach kulturellem Hintergrund) gibt als Ritual ein Signal zum Essen.
- ▶ Rituale für Sonn- und Feiertage, wie z. B. eine weiße Tischdecke, ein besonderes Geschirr oder besondere Speisen geben Impulse.
- ▶ Entscheidungen ermöglichen: Das beginnt bereits damit, was jemand trinken möchte und wie er es trinken möchte. Tee oder Kaffee? Mit Milch oder Zucker?

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 7.5 »Essen und trinken können«



Erziehungsbotschaften zum Thema Essen

Jeder Mensch bekommt im Lauf seiner Entwicklung Botschaften zu verschiedenen Lebensbereichen mit auf den Weg. Wie beeinflussen Ihre eigenen lebensgeschichtlichen Prägungen im Bereich Essen/Ernährung Ihren Umgang mit den alten Menschen?

Ergänzen Sie die folgende Aufzählung mit Sätzen, die Ihnen selber noch im Ohr klingen:

- ▶ Hast du die Hände gewaschen?
- ▶ Man spielt nicht mit dem Essen!
- ▶ Der Teller wird leer gegessen!
- ▶ Kau gescheit!
- ▶ Frech, dann ohne Essen ins Bett!
- ▶ Du musst doch etwas Gescheites essen!
- ▶ Um 12 Uhr wird gegessen!
- ▶ Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen!
- ▶ Essen wirft man nicht weg, das ist eine Sünde!
- ▶ Selber essen macht fett!
- ▶ Vor der Kommunion wird nichts gegessen!
- ▶ Wer gut kocht, bekommt einen gescheiten Mann!
- ▶ Der Mensch ist, was er isst.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Zu Abschnitt 7.6 »Kontinenz: Tabu und Scham«



Tipps bei Ekelgefühlen

Benutzen Sie konsequent Handschuhe im Umgang mit Körperflüssigkeiten. Das tut einer vertrauensvollen Beziehung keinen Abbruch und signalisiert zugleich demenzkranken alten Menschen die Grenze zwischen fachlich-pflegerischer Handlung und persönlicher Intimität.

Ziehen Sie in intimen pflegerischen Situationen einen Schutzkittel über. Der schützt Sie und den Demenzkranken, weil er deutlich macht, dass Sie ihm rein beruflich im Intimbereich so nahekommen.

Arbeiten Sie zu zweit oder zu mehreren, wenn's mal besonders hart kommt (z. B. kotverschmierter Mund). Dann geht es schneller und Solidarität tut außerdem gut.

Sie haben nicht immer Ihren besten Tag. Warum dann nicht einmal unangenehme Arbeiten tauschen? Beim nächsten Mal sind Sie wieder dran und helfen der Kollegin.

Manches verkraften Sie besser, anderes Ihre Kollegin. Tauschen Sie doch.

Sorgen Sie für angenehme Gerüche, es muss ja nicht immer Tanne oder Veilchen sein. Stoßlüftung und dann ein angenehmes Duftspray.

Humor hilft. (Ich habe neulich meinen Hausarzt belauscht, wie er mit seiner Arzthelferin über »aufgeschmalzne Brotsuppn« geredet hat, nachdem sie mir einen Ohrpfropf entfernt hatten.)

Zelebrieren Sie ein Reinigungsritual, um nach Dienstschluss die unangenehmen Gerüche und Bilder nicht mit nach Hause zu nehmen.

Sprechen Sie in Ihrem Team offen über das ganz normale Gefühl Ekel.

(Nach: Sowinski, C. (1996). Grenzsituationen in der Pflege: Nähe und Distanz, Schamgefühl und Ekel. In: Gero Care Report 5 /96. Köln: KDA.)

Zu Abschnitt 7.7 »Berühren und berührt sein«



Und er konnte dort nicht eine einzige Tat tun, außer dass er wenigen Kranken die Hände auflegte und sie heilte.

Lutherbibel, Markusevangelium 6,5

Heilende Hände erfahren – Pflege ist ein Berührungsberuf



© Anne-Christina Wirsing

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess

Gruppenübung

Zur Erweiterung des Selbstgefühls und der Achtsamkeit in diesem wichtigen Bereich der Pflegekompetenz gibt es eine schöne und lehrreiche Selbsterfahrung.

Optimal sind zehn Teilnehmende und ein:e Anleiter:in. Sorgen Sie für eine ruhige und entspannte Atmosphäre, eine angenehme Raumtemperatur und bequeme Sitzplätze am Boden (Decken).

Fünf Teilnehmende bilden sitzend – mit ihren Rücken- einen Kreis. Sie schließen die Augen und legen ihre geöffneten Hände mit den Handflächen nach oben auf die Knie. Vermeiden Sie dabei zu sprechen, sondern konzentrieren Sie sich ganz auf die Wahrnehmung.

Von den fünf anderen Teilnehmenden geht jede:r auf eine:n der im Kreis sitzenden Teilnehmer:innen zu und kniet oder setzt sich bequem davor.

Sie lassen sich von deren kontaktbereiten Händen einladen, diese achtsam – den eigenen Impulsen folgend – zu berühren, zu sehen, zu bewegen. Die Berührende und die Berührte nehmen wahr, was sie empfinden.

Nach ca. zwei Minuten gibt die Anleiterin ein Zeichen, sich von diesen Händen wieder zu verabschieden. Die Berührte öffnet die Augen, um die Partnerin, mit der sie Kontakt hatte, zu sehen.

Die im Kreis sitzenden Teilnehmenden schließen dann wieder die Augen und diejenigen im Außenkreis rücken einen Platz weiter.

Die Übung wird so lange wiederholt, bis alle im Innenkreis von allen im Außenkreis »berührt« wurden.

Tauschen Sie sich über Ihre Erfahrungen in der Gruppe aus.

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess



Berührung und physiologische Resonanz

Wenn zwei Menschen sich berühren, die sich emotional verbunden sind, synchronisieren sich deren physiologische Rhythmen im Bereich der Herzfrequenz und der Atmung. Die folgende Abbildung aus dem nature-Artikel (s. Link) veranschaulicht sehr gut diese physiologische Kopplung.

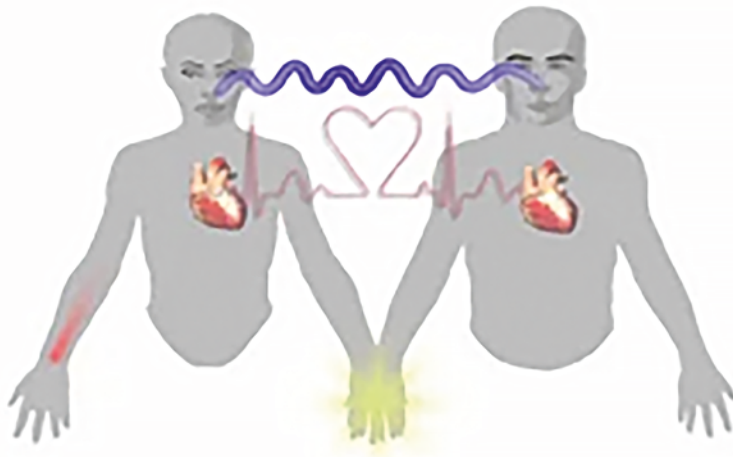


Abbildung aus Goldstein, P., Weissman-Fogel, I. & Shamay-Tsoory, S.G. The role of touch in regulating inter-partner physiological coupling during empathy for pain. *Sci Rep* 7, 3252 (2017).

■ Tipp

Insbesondere bei Schmerzen führen Berührungen zu deren Linderung infolge der erlebten empathischen Mitschwingung, wie eine in der Zeitschrift *nature* veröffentlichte Untersuchung nachweist.

Link: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-03627-7> (abgerufen am 24.06.2023)

Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess



© Anne-Christina Wirsing

Was löst die Betrachtung dieser Szene, nach Lektüre der wissenschaftlichen Untersuchung über Berührung und ihre Wirkungen, an Emotionen und Überlegungen in Ihnen aus?

.....

.....

.....

.....

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

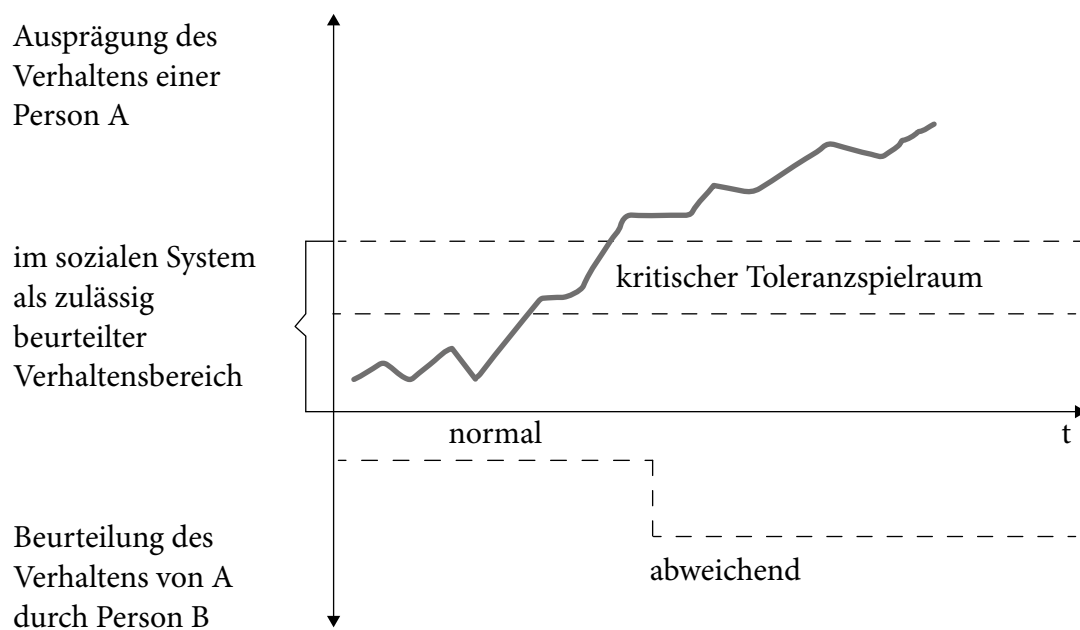
Zu Abschnitt 8.1 »Was ist normal und was ver-rückt?«



Der Etikettierungsvorgang: Ab wann ist jemand »abnorm bzw. ver-rückt«? Schauen wir uns den Diagnose- oder Etikettierungsvorgang am Beispiel des Händewaschens einmal etwas genauer an. Wie oft ist es normal, dass sich ein Mensch, der in einem Büro arbeitet, am Tag die Hände wäscht? Sie als Person B beobachten den Angestellten Person A.

Nehmen wir an, zumindest vor jedem Essen und nach jedem Toilettengang ist bei uns in Mitteleuropa normalerweise Händewaschen angesagt, also vielleicht so circa sechs bis zehn Mal am Tag. In der Abbildung entsprechen die Ergebnisse Ihrer ersten Beobachtungstage dieser Annahme.

Der »Etikettierungsvorgang«: Ab wann ist jemand »abnorm«?



In den weiteren Tagen wäscht er sich plötzlich zwölf- bis fünfzehnmal die Hände. »Na ja, Reinlichkeitsfanatiker« oder »Ein bisschen zwanghaft ist er schon« würden Sie sagen, wenn diese Zahl noch in Ihrem kritischen Toleranzspielraum läge.

Früher oder später – abhängig von Ihren eigenen Gepflogenheiten beim Händewaschen – kommt der Zeitpunkt und die Zahl, bei der Sie sagen: »Das ist nicht normal«, »Der ist zwangskrank« und die Schlussfolgerung: »Der braucht eine Therapie«.

Überlegen Sie sich in Ihrer Arbeitsgruppe Beispiele aus Ihrem beruflichem und privaten Erfahrungsbereich, wo das gleiche Verhalten je nach Bezugsgruppe als normal beziehungsweise abnorm angesehen wird.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Zu Abschnitt 8.2 »Verbreitung psychischer Erkrankungen bei alten Menschen«



Das Projekt Digitales Demenzregister Bayern (digiDEM)

Dieses Versorgungsforschungsprojekt hat zum Ziel, die medizinischen und pflegerischen Angebote in strukturschwachen ländlichen Regionen zu optimieren. Es besteht aus zwei Säulen:

- (1) Aufbau eines Demenzregisters, um den Verlauf der Erkrankung und die Versorgungssituation der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen zu erforschen.
- (2) Es werden digitale Unterstützungsangebote entwickelt und bereitgestellt, um die Demenzversorgung besonders in der Häuslichkeit zu optimieren.

■ Tipp

Der folgende Link führt Sie auf die Webseite des Projekts, die Ihnen aktuelle Informationen zum Forschungsstand und interessante Angebote für pflegende Angehörige bietet.

Link: <https://digidem-bayern.de/> (abgerufen am 24.06.2023)

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Zu Abschnitt 8.5 »Psychophysischer Werkzeugverlust bei Demenz«



Sich einem anderen anvertrauen – Eine Partner-Übung

Menschen, denen die Werkzeuge zur Orientierung in der Welt verloren gehen, sind auf die Hilfe anderer angewiesen. Sie müssen den Verlust von Fähigkeiten verkraften und sich anderen Menschen anvertrauen. Das sind zwei emotionale Herausforderungen.

- ▶ Für die folgende Übung brauchen Sie ein dunkles Tuch zum Verbinden der Augen. Einer Partnerin werden die Augen verbunden und sie muss auf das Werkzeug des Sehsinnes verzichten, um sich zu orientieren.
- ▶ Wie fühlt sich das an? Welche Gedanken und Gefühle tauchen auf?
- ▶ Dann führt die Partnerin diese Kollegin ca. zehn Minuten durch den Raum.
- ▶ Wie fühlt sich das in der Rolle der Geführten und in der Rolle der Führenden an? Welche Gedanken und Gefühle tauchen auf?
- ▶ Wechseln Sie nun die Rollen.



Umgang mit Spannungen

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Im Wohnzimmer unseres Bereichs sitzen die Bewohner:innen mit Demenz gerne beieinander. Es herrscht ein gutes Verhältnis zwischen ihnen. Sie reden über das, was ihnen gerade einfällt und wie ihnen der Schnabel gewachsen ist. Manchmal aber werden die Bewohner:innen auf eine harte Probe gestellt. Frau A. ruft ständig ›Hallo, Schwester!‹ Frau B. betet stundenlang das ›Gegrüßet seiest du Maria‹. Wenn Fr. B. neben Herrn H. sitzt, wird es besonders schwierig. Denn Frau B. hält ihn für ihren Ehemann, gibt ihm Befehle und beschimpft ihn. Herr H. wird dann zornig und schreit Frau B. an ›Halt dein Maul!‹.«

Was können Sie tun, um die Spannung etwas zu mindern?

.....

.....

Erklären Sie einer Angehörigen, die zufällig ins Wohnzimmer kommt, anhand des Werkzeugverlustmodells die Verhaltensweisen der Bewohner.

.....

.....

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Zu Abschnitt 8.6 »Grundhaltungen der gerontopsychiatrischen Pflege«



A mother and son's photographic journey through dementia

Der kanadische Maler und Fotograf Tony Luciani hat gemeinsam mit seiner Mutter ein anrührendes fotografisches Meisterwerk geschaffen, voller Liebe zum Leben – auch mit Demenz. Elia Luciani war 91 Jahre alt und befand sich im Anfangsstadium der Demenz, als sie und ihr Sohn Tony begannen, gemeinsam Fotos zu machen. Ich danke Tony Luciani dafür, dass ich eines dieser Fotos in meinem Buch (Kap. 3) verwenden durfte.

■ Tipp

Gewinnen Sie selbst einen Eindruck von dieser wunderbaren Mutter-Sohn-Performance und schauen Sie sich den Vortrag von Tony Luciani an:

Link: https://www.ted.com/talks/tony_luciani_a_mother_and_son_s_photographic_journey_through_dementia (abgerufen am 24.06.2023)

Vier Fallgeschichten



■ Fallbeispiel • Der Zitherspieler in der Tagespflege – eine Pflegefachkraft berichtet

»Herr O. leidet an Morbus Alzheimer. Seine Ehefrau pflegt ihn zu Hause. Stundenweise kommt er zu uns in die Tagespflege.

In der ersten Zeit hier rief Herr O. ständig nach seiner Frau. Er fragte, wo sie denn sei und wieso sie ihn hier allein gelassen habe. Ständig wiederholte er sein Rufen und seine Fragen. Manchmal jammerte er laut, dass er sich gar nicht mehr auskenne. Wenn niemand reagierte, wurde er lauter und energischer. Manchmal hat er auch einfach auf den Tisch gehauen.

Als er wieder nach seiner Frau fragte, habe ich mich Herrn O. mit Blickkontakt genähert und gesagt: »Ihre Frau ist sicher beim Einkaufen und kommt bald zurück.« Das hat ihn sofort beruhigt. Nach und nach habe ich das Vertrauen von Herrn O. gewonnen und er hat mir manches von früher erzählt. Dabei erfuhr ich auch, dass er Zither spielt.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Seine Frau ist meiner Bitte nachgekommen und hat eines Tages die Zither ihres Mannes mit in die Tagespflege gebracht. Herr O. wollte aber nicht spielen. Er könne das nicht mehr: ›Das ist schon so lange her‹. Aber er hat mir und den Tagesgästen erklärt, was man alles lernen muss, um Zither zu spielen. Dass es viele Unterrichtsstunden braucht, viel Geld kostet und viel Übung verlangt. Und irgendwann hat er dann einfach angefangen, auf seiner Zither zu spielen. Es wurde ganz still im Raum, nur seine Zithermusik war zu hören.

Am Gesicht von Herrn O. konnte man ablesen, wie stolz er war, als er merkte, wie gut er noch spielen kann. Und natürlich hat er während des Spielens nicht so oft nach seiner Frau gefragt. Obwohl Herr O. zeitlich nicht mehr orientiert ist, konnte man merken, wie er am späteren Nachmittag unruhig wurde. Als ob er gespürt hätte, dass bald seine Frau kommt. Dann ließ sein Interesse am Zitherspiel nach und Herr O. fragt wieder nach seiner Frau. Es baut auf, wenn man anderen Menschen etwas als Fachmann erklären kann.«

Wie geht es Ihnen, wenn ein anderer Mensch sich für Ihre besonderen Fähigkeiten interessiert?

.....

.....

.....

Und wenn Sie Gelegenheit bekommen, davon etwas zu zeigen?

.....

.....

.....

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

■ Fallbeispiel • Blumen – eine Pflegefachkraft berichtet

»Frau N. ist 87 Jahre alt und leidet an Demenz im fortgeschrittenen Stadium. Sie lebt seit einiger Zeit bei uns im Altenheim.

Wir können zu ihr guten Zugang finden, wenn wir sie nach ihrem Blumengarten fragen. Die Tochter hatte uns berichtet, dass ihre Mutter den Blumengarten immer mit Liebe und Hingabe gepflegt habe. Sie wüsste auch, dass sie schon als Mädchen mit Freude Gartenarbeiten verrichtet habe. Oft habe sie erzählt, dass sie im Garten ihrer Eltern ein eigenes Blumenbeet gehabt habe und ihre Blumen seien immer die schönsten gewesen.

Wir haben im Team beschlossen, Frau N. einen großen Blumenkasten mit Pflanzen zu besorgen und ihn dann auf dem Balkon ihres Zimmers angebracht. Mehrmals am Tag goss sie die Pflanzen. Sorgfältig entfernte sie auch die vertrockneten Blüten der Pflanzen. Das überschüssige Wasser konnte in den Garten tropfen, sodass wir damit keine Probleme hatten.

Die eine und andere Kollegin blieben dennoch skeptisch. Frau K. litt nämlich an einem Tremor, sodass sie in ihrem Zimmer immer wieder etwas Wasser aus ihrer kleinen Gießkanne verschüttete. Aus meiner Sicht aber ist Frau N. richtig aufgeblüht.«

Die Altenpfleger:innen haben einen Schlüssel zur Welt der demenzkranken alten Dame gefunden. Weshalb gehört ein breiter Toleranzspielraum zu den Schlüsselqualifikationen in der gerontopsychiatrischen Pflege?

.....

.....

.....

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

■ Fallbeispiel • Tagespflege – eine Pflegefachkraft berichtet

»Die demenzkranke Frau G. besucht einmal wöchentlich unsere Tagespflege. Wenn sie in die Tagespflege kommt, begrüßt sie jeden mit sichtlicher Freude. Gerne beteiligt sie sich an dem hauswirtschaftlichen Treiben: Sie fettet eine Kuchenform ein, hilft beim Äpfelschneiden oder Obst klein schneiden, legt Wäsche zusammen. Wenn sie dazu einmal keine Lust hat, dann sagt sie uns das. Frau G. ist auch sehr fürsorglich. Sie hilft schon mal einem anderen Gast beim Essen. Wenn ihr jemand traurig erscheint, geht sie zu ihm hin, streichelt ihm die Wange oder tätschelt mit tröstender Geste dessen Hand.

Nach unserem gemeinsamen Essen wird Frau G. plötzlich unruhig und beginnt sich zu verabschieden. Sie müsse nach Hause und ihrer Mutter helfen. Aufgrund ihrer Biografie kann ich diesen Antrieb einordnen. Aber natürlich kann ich Frau G. nicht einfach gehen lassen. Eine meist erfolgreiche Methode, sie zum Dableiben zu bewegen, besteht darin, an ihr Pflichtbewusstsein, ihre Hilfsbereitschaft und ihre Moralvorstellungen zu appellieren.«

Beispiel 1:

Frau G. verabschiedet sich gerade. Ich sage zu ihr: »Frau G., so unordentlich können wir die Küche nicht verlassen! Die Tische sind noch nicht gewischt, das Geschirr ist noch nicht gespült, der Boden muss noch gekehrt werden. Helfen Sie mir bitte?« Frau G. wird ein bisschen verlegen. In ihrer Jugend prägte man ihr ein: Ein ordentliches Mädchen verlässt die Küche nicht unaufgeräumt. Sie bleibt bei mir und hilft. Während unseres gemeinsamen Arbeitens plaudern wir und Frau G. vergisst, dass sie nach Hause muss.

Nach dem Werkzeugverlustmodell und den zwei Demenzgesetzen gibt es kein unsinniges Verhalten. Pflegende mit professioneller Suchhaltung versuchen das Verhalten zu ergründen.

- ▶ Welche sinnvollen Motive/Antriebe bestimmen das Verhalten der alten Dame?
- ▶ Mit welchen Reaktionen würden Pflegende ihre Unruhe verstärken?

Beispiel 2:

Es ist 13.00 h. Ein Großteil unserer Gäste ruht gerade. Frau G. durchstreift die Räume der Tagespflege und sucht den Ausgang. Sie macht einen müden Eindruck. Ich biete ihr neben Frau H. im Schaukelstuhl einen Platz an und sage zu ihr: »Frau G., ich zeige Ihnen was Nettes.« Ich hole aus unserem Stubenwagen eine Babypuppe und lege sie ihr in den Schoß. »Die kleine gehört meiner Tochter«, sage ich ihr. Frau G. hält verzückt die Puppe

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

im Arm. ›Ach ist die lieb. Sollen wir das Bobberl (die Puppe, auch Kosename für ein Baby, d. A.) noch ein bisserl zudecken?‹ ›Ja, das wäre gut‹, sage ich ihr. Wir wickeln gemeinsam die Puppe in ein großes Handtuch. Ich bitte Frau G., die Puppe eine Weile für mich zu halten, was sie gerne tut. Frau G. setzt sich mit der Puppe in den Schaukelstuhl, wiegt sich und die Puppe und schläft darüber ein.

- ▶ Überprüfen Sie anhand der Beispiele: Welche professionellen Kommunikationswerkzeuge der Validation und Integrativen Validation nutzt die Pflegefachkraft, um der alten Dame auf deren Ebene zu begegnen?

■ Fallbeispiel • Antriebe – eine Pflegefachkraft berichtet

»Herr K. ist 82 Jahre alt. Er leidet an einer Demenzerkrankung im mittleren Stadium. Nach dem Krieg war Herr K. bei der Grenzpolizei beschäftigt. Einige Jahre arbeitete er selbständig als Gemüselieferant. Später arbeitete er beim Werkschutz eines großen Industriebetriebes. Bei uns im Heim zeigt sich Herr K. sehr gesellig, hilfsbereit, freundlich und witzig. Er singt gerne und spielt Mundharmonika. Er hat guten Appetit und trinkt am Abend gerne er ein Bier. Anfangs war Herr K. »weglaufgefährdet«. Ich hatte dann die Idee, ihn zu bitten, Kontrollgänge zu machen. Er soll den Gang entlanglaufen und aufpassen, dass alles seine Ordnung hat. Ganz gewissenhaft erledigt Herr K. diesen Auftrag. Seine Weglauftendenz hat sich seither gebessert, ohne dass wir Medikamente einsetzen müssen.«

Könnte es sein, dass die »Weglaufgefährdung« (bzw. »Hinlauftendenz«) alter Menschen mit Demenz manchmal auch etwas damit zu tun hat, dass man ihre inneren Antriebe nicht erkennt und würdigt? Begründen Sie Ihre Position.

.....

.....

.....

.....

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen



Grundhaltungen in der Pflege von Menschen mit Demenz

Herstellen eines verlässlichen Milieus. Wenn der alte Mensch sich schon nicht mehr auf sich selbst verlassen kann, so muss wenigstens die Umgebung einigermaßen konstant und berechenbar sein. Dazu gehören ein klar strukturierter Tagesplan (ohne Monotonie) mit einem mittleren Reizangebot (also keine plötzliche Überflutung mit gut gemeinten Aktivitäten) und größtmögliche Zurückhaltung mit irgendwelchen Veränderungen der Situation (z. B. nur im Notfall Verlegung in ein anderes Zimmer).

Vertrauensvolle Atmosphäre. Eine solche vertrauensvolle Atmosphäre kann sich nur entwickeln, wenn keine ständige Personalfuktuation den Aufbau gefühlsmäßiger Bindungen zwischen den Altenpfleger:innen und den pflegebedürftigen alten Menschen verhindert. Solche Beziehungen sind die unabdingbar notwendige Voraussetzung dafür, dass überhaupt erfolgreich neue Leistungsanforderungen an demenzkranke alte Menschen herangetragen werden können. Hierin liegt die Stärke der Altenpfleger:innen gegenüber externen Fachkräften begründet.

Einfache Kommunikation. Wer verwirrt ist, den verwirrt man mit umständlichen und ausschweifenden Erklärungen noch mehr. Wichtig sind daher kurze, prägnante Sätze, möglichst der Gebrauch der Worte des Kranken und – am allerbesten wirksam – gemeinsames Tun (z. B. gemeinsames Betrachten einer Zeitung, Saubermachen oder Basteln). Es muss vermieden werden, den verwirrten Menschen zu drängen; vielmehr ist es wichtig, sich Zeit zu nehmen. Ansonsten ist man schnell wieder im Fahrwasser der Geringschätzung und erledigt dann doch alles gleich lieber wieder selbst, nachdem der andere »ja sowieso nichts mehr begreift«. Wichtig ist auch die nonverbale Kommunikation, weil durch sie insbesondere Signale auf der Beziehungsebene ausgetauscht werden. Neben Händedruck und Streicheln wird vor allem durch Blickkontakt menschliche Nähe signalisiert und empfunden.

Unbedingte Verlässlichkeit. Für einen Menschen, der darunter leidet, dass er sich nicht mehr auf sich selbst, seine eigenen Fähigkeiten verlassen kann, muss es eine schlimme Erfahrung sein, wenn auf wichtige Personen seiner Umgebung kein Verlass ist. Es ist daher unbedingt notwendig, dass Versprechungen, die man als Pflegekraft gegenüber einem solchen Menschen macht, tatsächlich eingehalten werden. Ein gravierendes Fehlverhalten wäre die Auffassung: »Da kommt es sowieso nicht mehr darauf an, der ist ja verwirrt und merkt das nicht mehr.« Schon eine einmalige Enttäuschung kann zu einem weitgehenden Vertrauensverlust und darüber hinaus zur Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Sich-plötzlich-zurückziehen, An-Aktivitäten-nicht-mehr-teilnehmen usw.) führen.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Ziele und Reihenfolge einzelner Pflegeschritte vereinbaren. Geplante Änderungen (z. B. in Richtung mehr eigenständiger Aktivitäten bei der Körperpflege) sollten zunächst besprochen und möglichst in der Vorstellung durchgespielt werden. Es ist darauf zu achten, dass, vom momentanen Leistungsstand ausgehend, das Ziel in kleinen Schritten und Teiletappen angegangen wird. Geduldiges Wiederholen ist gerade bei demenzkranken Menschen zur Festigung neuen Verhaltens von besonderer Bedeutung. Jede wieder gewonnene Fähigkeit, mag sie auch noch so unbedeutend erscheinen, bedeutet einen Zuwachs an Verantwortung und Selbstverwirklichung, letztendlich an Lebensfreude.

Schwierigkeiten akzeptieren lernen. Hierzu gehört ganz wesentlich, sich von Rückschlägen nicht entmutigen zu lassen. Wenn ein mühevoll erreichter Lernfortschritt plötzlich wieder längst überwunden geglaubten Verhaltensauffälligkeiten weicht, müssen die vielleicht auftretenden Gefühle der Enttäuschung oder Hoffnungslosigkeit im Team bearbeitet werden. Ein Rückschlag darf nicht zur Zurückweisung des demenzkranken Menschen führen. Erfahrungsgemäß wird es immer wieder notwendig sein, sich mit Selbstunterforderung wie auch Selbstüberforderung alter Menschen auseinander zu setzen. Während dem einen dabei geholfen werden muss, einen ersten kleinen Schritt in Richtung der gewünschten Verhaltensänderung zu wagen, muss der seine Leistungsfähigkeit überschätzende Mensch seine Grenzen akzeptieren lernen, um sich Misserfolgs-erlebnisse und Demütigungen zu ersparen.

Positive Körpergefühle schaffen. Gerade in der Altenpflege kann beobachtet werden, wie eine positive Einstellung zum eigenen Körper wesentlicher Bestandteil eines positiven Selbstgefühls ist. Genauso wird oft deutlich, wie ein Mensch seine Selbstaufgabe dadurch ausdrückt, dass er seinem Körper und seinem Äußeren keine Beachtung mehr schenkt. Zur Rehabilitationspflege gehören daher, neben dem Baden die Durchführung gymnastischer Übungen, die Anwendung einfacher Massagetechniken, Haarpflege und nicht zuletzt eine geschmackvolle Bekleidungs Auswahl. Über Geschmack lässt sich bekanntlich zwischen Altenpfleger:innen, alten Menschen mit Demenz und deren Angehörigen streiten.

(Nach: Dörner, K. & Plog, U. (1978). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Wunstdorf: Psychiatrie Verlag.)

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Drei kreative Tipps für die Gerontopsychiatrische Lösungskiste

Die folgenden Tipps können Ihnen dabei helfen, neue Wege mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen zu erproben.

- (1) Mitspinnen.** In einem Seminar erzählte eine Altenpflegerin mit humorvoll blitzenden Augen von einer Frau mit Demenz, deren Spezialität es war, sich hinfallen zu lassen und jammernd am Boden zu liegen. Was tun? Eine verrückte Idee half ihr weiter: Sie legte sich, wie selbstverständlich, einige Male dazu und plauderte über Gott und die Welt. Das hatte den Effekt, dass sie sich selbst nicht mehr so genervt fühlte und die alte Frau – sichtlich verblüfft – weniger oft hinfiel. Haben Sie für manche »Spinnerei« bitte ebenfalls eine Portion Humor und Verrücktheit übrig!
- (2) Mitgehen ... mitgehen ... führen.** Dies kann wörtlich genommen bedeuten, dass Sie einen Menschen mit Demenz, der über den Flur irrt und nach Hause will anstatt ins Badezimmer, ein Stück seines Wegs begleiten. Sie schwingen sich in seine Stimmung ein und geben ihm Sicherheit. So schaffen sie die Beziehungsbasis, um ihn beherrscht und unmissverständlich zu führen – eben ins Badezimmer. Eine andere Situation: »Ich muss Essen kochen für meine Kinder«, sagt eine alte Frau unruhig. Was tun? Antworten, dass ihre Kinder schon groß sind? Gehen Sie lieber in deren Gedankenwelt einige Schritte mit und fragen Sie danach, was es geben soll und welche Lieblings Speisen die Kinder essen. Führen Sie dann wieder zu einem Thema, das aus der Unruhe herausführt. Mitgehen ... mitgehen ... führen kann auch heißen, mit einem demenzkranken Mann eine Zeit lang beim Essen im Teller herumzurühren und dann seine Hand mit dem Löffel zum Mund zu führen.
- (3) Verhalten spiegeln.** Spiegeln ist in erster Linie eine therapeutische Methode, um sich in das Verhalten eines anderen Menschen einfühlen zu können. Darüber hinaus ist es eine Möglichkeit zur direkten nonverbalen Kommunikation. Ein Beispiel: Dürfen Altenpfleger:innen beißen? Natürlich nicht. Müssen sich Altenpfleger:innen beißen lassen? Natürlich nicht. Was tun? Wie sich gegenüber dem alten Menschen mit Demenz verständlich machen, wenn er krankheitsbedingt die Erwachsenensprache nicht mehr verstehen kann? Nutzen Sie die reduzierten Kommunikationsmöglichkeiten, die vor allem im nonverbalen Bereich noch vorhanden sind. Wenn Sie gebissen werden, können Sie »spiegeln« und mit einer angedeuteten Beißmimik signalisieren (»Zähne fletschen«): Ich möchte nicht gebissen werden. Noch besser ist es für Sie, geschickt einen Schritt zurückzutreten.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Ein Wegweiser für den Umgang mit demenzkranken alten Menschen

(Der nachfolgende Text stammt aus: Publikation der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e. V. Wandsbeker Allee 75, 22041 Hamburg, E-Mail: info@alzheimer-hamburg.de)

»Jeder Mensch möchte mit Respekt und Würde behandelt werden.

Verwirrte ältere Menschen sind immer erwachsene Menschen.

Ein demenziell erkrankter Mensch merkt, was gesagt wird, auch wenn das Verstehen fehlt; es ist weder fair noch günstig, über den Kopf hinweg zu reden, als wäre niemand da, oder über auffallende, für uns unangemessene Reaktionen zu lachen.

Ihr Verhalten können verwirrte Menschen im Allgemeinen nicht steuern; sie verhalten sich nicht absichtlich schwierig – es ist die Krankheit, die sie so werden lässt.

Verständnis für Ihre Situation, z. B. die eigene Arbeitsbelastung, werden Sie kaum oder nicht finden. Ein demenziell erkrankter Mensch hat genug damit zu tun, sich in seiner Welt zurechtzufinden.

Die Kommunikation mit verwirrten Menschen braucht viel Zeit und Geduld.

Hilfreich ist es, jede Anforderung oder Aktivität soweit als möglich zu vereinfachen. Sie können schrittweise vorgehen und dabei mit einfachen Worten erklären, was Sie tun.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es günstiger ist, demenziell erkrankte Menschen möglichst immer von vorne anzusprechen, und zwar in kurzen, einfachen Sätzen und mit ruhiger, freundlicher Stimme.

Gesten und bildhafte Zeichen sind Hilfen, um das deutlich zu machen, was Sie mitteilen wollen; Ihr Gesichtsausdruck ist dabei ebenso wichtig wie der Inhalt der Worte.

Quizfragen, wie »Wer war denn eben da? Welchen Tag haben wir denn heute?« können den demenziell Erkrankten in eine verzweifelte Suche nach richtigen Antworten bringen. Die Folgen sind zunehmende Ängste und nicht selten Aggressionen. Besser ist es, die notwendigen Informationen direkt zu geben: »Heute kommt Ihr Sohn Klaus«.

Die Wahrnehmung der Welt ist eine andere: oft sind »Lügen« nur Versuche, Lücken in der Erinnerung auszufüllen und die eigene Welt mit Logik zu versehen, die für uns schwer verständlich erscheint. Denken Sie an die dahinter verborgenen Gefühle von Angst und verlorener Sicherheit.

Überforderungssituationen führen leicht zu Katastrophenreaktionen. Durch Ablenkung – mit behutsamen Worten begleitet – lassen sich solche Eskalationen vermeiden.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Schwierig sind Situationen, in denen demenziell Erkrankte unfreundliche, taktlose oder gar boshafte Bemerkungen über ihre pflegenden Angehörigen machen. Verwirrte Menschen schätzen Dinge oft falsch ein und sind übermäßig misstrauisch. Der Abbauprozess im Gehirn kann auch vergessen machen, was als »gutes Benehmen« gilt.

Diskussionen mit verwirrten Menschen bedeuten immer einen Machtkampf, in dem letztlich Sie die Überlegenen sind; dem Kranken bleibt in der Regel nur die Verweigerung.

Verwirrte Menschen können die Fähigkeit verlieren, den Ablauf von Zeit richtig einzuschätzen; so können schon wenige Minuten des Alleinseins ein Gefühl von Verlassenheit provozieren. In diesem Punkt sollte soviel Sicherheit wie möglich vermittelt werden.

Eine ausgeglichene Umgebung ist wichtig; Veränderungen können ebenso Verwirrung auslösen wie irritierende Geräusche und hektische Betriebsamkeit.

Unruhige Menschen sind oft ausgeglichener, wenn sie z. B. regelmäßige Spaziergänge in ruhiger Umgebung machen. Ausreichende Bewegung sollte Teil der täglichen Routine sein.«

Biografie einbeziehen



■ Eine Pflegekraft berichtet

»Herr Z. wurde 1921 geboren. Er leidet an Demenz im fortgeschrittenen Stadium. Wie die meisten Männer seines Alters war er im Krieg. Ich denke, dass ihn die Zeit damals sehr mitgenommen hat. Er selbst wurde dreimal verwundet, viele Freunde und Bekannte sind im Krieg getötet worden. Ich stelle mir vor, dass das alles mit Angst, Not, Schrecken, Schmerz und Trauer verbunden ist. Etwas Gutes hatte der Krieg für ihn. In Oberschlesien, wo Herr Z. stationiert gewesen ist, lernte er seine Frau kennen.

Wenn wir über das Thema Krieg oder Ehefrau reden und Herr Z. von früher erzählt, dann fängt plötzlich seine Stimme an zu zittern. Die Mimik seines Gesichtes ändert sich so, als müsste er jeden Augenblick zu weinen anfangen.

Wenn er nicht mehr weiß, wo er ist, dann denke ich mir, dass er in einer früheren Zeit lebt. Ich weiß, dass man einen Menschen mit Demenz dort abholen soll, wo er sich gerade befindet. Aber ich weiß ehrlich gesagt auch nicht genau, wo er sich gerade befindet.«

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Beraten Sie die Kollegin, wie sie sich in dieser Situation verhalten könnte.

Welchen Ansatzpunkt gibt es in der Gegenwart, um den alten Mann zu erreichen?

.....

.....

.....

Was würden Sie tun oder sagen?

.....

.....

.....

Beziehen Sie sich bei Ihren Tipps auch auf die Grundhaltungen des Lebensflussmodells und der Validation.

.....

.....

.....



»Menschen mit Demenz sind Pioniere für eine humanere Gesellschaft«

■ Tipp

Brigitte Schröder (83), Diakonisse und Krankenpflegerin, empfiehlt einen Blickrichtungswechsel, wenn es um Menschen mit Demenz geht

Link: <https://www.tagblatt.ch/leben/menschen-mit-demenz-sind-pioniere-fur-eine-humanere-gesellschaft-ld.1068487> (abgerufen am 24.06.2023)

Die Website von Brigitta Schröder: www.demenz-entdecken.de (abgerufen am 24.06.2023)

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

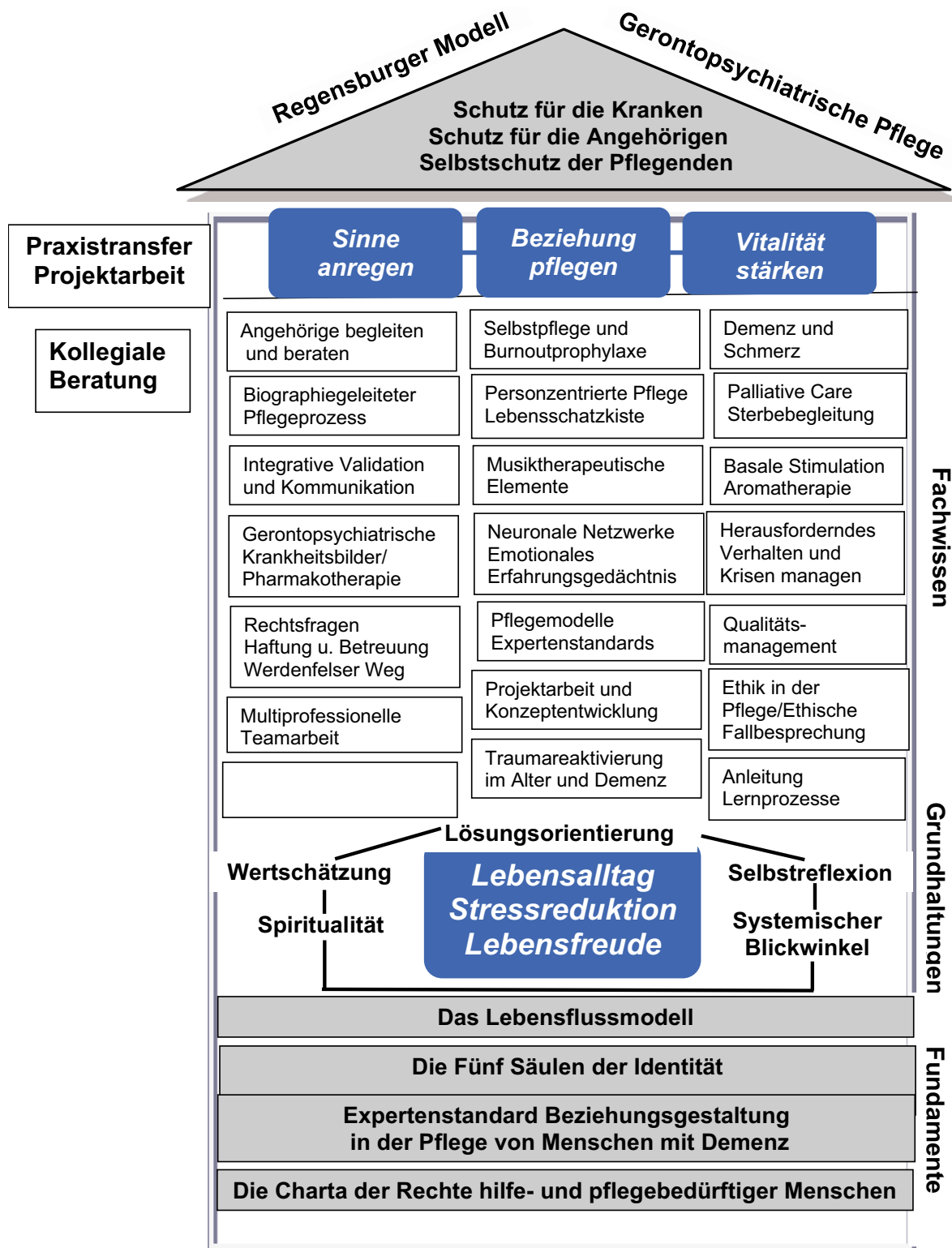
Person-zentrierte Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Pflege und Betreuung:

Das Regensburger Modell

Ein hilfreiches Modell für Ausbildung und Praxis in gerontopsychiatrischer Pflege und Betreuung wurde an der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Regensburg entwickelt (Sittard & Wirsing, 2006). Die Akademie verfügt über einen dreißigjährigen Erfahrungsschatz in der Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Pflege und Betreuung. Das Modell ist für die Integration zukünftiger Entwicklungen offen. Das Fundament des Hauses bilden die Basistheorien: das Lebensflussmodell, die fünf Säulen der Identität, der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz und die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Bei den Grundhaltungen – im Erdgeschoss des Hauses – steht der Lebensalltag der alten Menschen im Mittelpunkt, gekennzeichnet durch Stressreduktion und Lebensfreude. Die Stockwerke halten das Fachwissen bereit: Voraussetzung für professionelles Handeln. Alle Überlegungen und Aktivitäten orientieren sich daran, dass die Sinne der Menschen mit Demenz vielfältig angesprochen werden, für ihr individuelles Erleben Sinn machen und ihre Vitalität stärken.

Über allem gibt es das Schutzdach: Die Sorge um den Schutz der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen, ihrer Angehörigen und der Pflegenden.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen



Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Die Fundamente und Grundhaltungen, auf denen unser Weiterbildungs-Haus steht, sind unverzichtbarer Bestandteil qualifizierter gerontopsychiatrischer Pflege. Sie sind das Herzstück der Weiterbildung und umfassen Herzwissen sowie persönliche Haltung.

Beim Praxistransfer legen wir Wert darauf, dass dessen zentrale Zielsetzungen im Auge behalten werden: die Anregung der Sinne, die Pflege einer person-zentrierten Beziehungsgestaltung und die Stärkung ihrer Vitalität dient den Menschen mit Demenz in ihrer individuellen Lebenswelt.

Im Bereich des Fachwissens sind wir offen für aktuelle Entwicklungen und wissenschaftlichen Fortschritt, sodass unser Weiterbildungs-Haus und das Curriculum weitere Räume eröffnen können.

Person-zentrierung

Die Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Pflege nach dem Regensburger Modell ist dem humanistischen Ideal der Personzentrierung in zweierlei Perspektiven verpflichtet:

- ▶ Person-zentrierung bedeutet zum einen, dass sich alle Weiterbildungs-Inhalte daran orientieren, wie sie dem einzelnen Menschen mit Demenz zur Verbesserung seiner alltäglichen Lebensqualität dienen. Das ist für uns der wichtigste Qualitätscheck.
- ▶ Person-zentrierung bedeutet zum andern, dass sich die pädagogischen Haltungen des Dozententeams daran orientieren, wie sie jeder einzelnen Teilnehmerin und jedem einzelnen Teilnehmer die erforderliche Lernunterstützung bieten können. Wir legen Wert darauf, dass die Weiterbildung Rahmenbedingungen schafft, die ein persönliches Wachstum ermöglichen. Eine kontinuierliche Begleitung und persönliche Coaching-Angebote sind daher selbstverständlich.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Zu Abschnitt 8.7 »Erlebensaktivierende Pflege und Betreuung«



Mein Musikgeschmack

Die Musikgeschmäcker sind bekanntlich verschieden. Was den einen beschwingt mit-singen lässt, nervt den anderen eher. Hier ist jetzt Gelegenheit, Ihren persönlichen Musikgeschmack zu reflektieren.

Erstellen Sie zwei Listen.

- ▶ Positivliste: mit Musikarten, die Sie mögen
- ▶ Negativliste: mit Musikarten, die Sie nicht mögen

Stellen Sie sich jetzt vor, dass Sie Ihre Negativlisten-Musik den ganzen Tag hören müssen.

- ▶ Wie geht es Ihnen bei dieser Vorstellung?
- ▶ Was an Impulsen löst dies bei Ihnen aus?



»Unvergesslich« – ein Chor für Menschen mit Demenz

Die Schauspielerin Annette Frier und der Musiker Eddi Hüneke gründeten 2020 einen Chor für Menschen mit Demenz. Projekt und Chor nannten sie »Unvergesslich«. In einer vierteiligen ZDF-Doku können Sie das Projekt begleiten und sich einen Eindruck davon verschaffen, wie wunderbar gemeinsames Musizieren den Menschen mit Demenz Lebensfreude bereitet.

■ Tipp

Annette Frier: »Singen macht gute Laune und lindert Schmerzen. Es ist unmöglich, ein Lied zu schmettern und gleichzeitig in Grübeleien zu versinken. Ich habe das als Kind bei meiner Oma beobachten dürfen, diese Wahrheit hat mich nie wieder verlassen. Leute, probiert es bitte aus! Singt! Laut! Es hilft gegen alle Arten von Sorgen.«

Link: <https://www.zdf.de/dokumentation/unvergesslich-unser-chor-fuer-menschen-mit-demenz> (abgerufen am 24.06.2023)

Hier noch zwei weitere Links mit interessanten Informationen über die Wirkung von Musik bei psychosozialen Interventionen im Rahmen erlebensaktivierender Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz.

Link: <https://www.doccheck.com/de/detail/articles/2054-demenz-erinnerung-mit-saitensprung> (abgerufen am 24.06.2023)

Link: <https://www.mpg.de/9259430/musikgedaechtnis-alzheimer> (abgerufen am 24.06.2023)

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Zu Abschnitt 8.8 »MAKS-Therapie: Eine psychosoziale Intervention«

Der Überblick über die psychosoziale MAKS-m®-Therapie bietet besonders wissenschaftlich interessierten Leser:innen die Möglichkeit, sich ausführlichere Informationen über diese evidenzbasierte psychosoziale Intervention zu verschaffen.



MAKS-m®: Überblick über die psychosoziale MAKS-m-Therapie® für Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz

Prof. Elmar Gräbel (Konzeptverantwortlicher) und Anne Wirsing (MAKS® Dozentin)

Warum ist es so wichtig, dass wir uns mit dem Thema »degenerative Demenzen«, insbesondere mit der Frage, inwieweit diese auf psychosoziale Art und Weise beeinflussbar sind, beschäftigen? Dies hängt im Wesentlichen mit folgender Ausgangssituation zusammen: Degenerative Demenzen sind weder zuverlässig verhinderbar noch heilbar! Mit heilbar ist gemeint, dass entweder der Zustand vor Erkrankungsbeginn wieder erreicht wird oder aber eine weitere Verschlechterung ab Therapiebeginn endgültig gestoppt wird. Degenerative Demenzen sind jedoch behandelbar – das heißt, es gibt Interventionen, die den Betroffenen einen signifikanten und bedeutsamen Vorteil gegenüber einer Nicht-Behandlung bieten.

1. Ausgangssituation

Es sind fünf Merkmale zu nennen, die begründen, warum psychosoziale Interventionen für Personen mit Demenz entwickelt und erforscht werden sollten.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei die gesellschaftliche Relevanz der Demenzen. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland gegenwärtig knapp 1,8 Millionen Menschen leben, die an einer Demenz leiden (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2022). Dies ist ein Anteil von etwas mehr als 2 % der Gesamtbevölkerung.

Ein weiterer Gesichtspunkt betrifft die medizinische Relevanz, nämlich die Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten vor allem der degenerativen Demenzen. Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten sind sehr eingeschränkt. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kam zu dem Schluss, dass für die Acetylcholinesterase-Hemmer nur ein Vorteil gegenüber Placebo für 6 Monate nachweisbar ist (IQWiG 2007). Für Memantin resümierte das IQWiG eine »fragliche Relevanz der Effekte auf Kognition und Alltagspraxis« (IQWiG 2009). Die Situation hat sich in den letzten 10 Jahren nicht verändert. Es wurden keine neuen Arzneimittel zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zugelassen. Präventionsmöglichkeiten sind in eingeschränktem Maß vorhanden. Luck und Riedel-Heller kommen zu dem Schluss, dass 31 % der gesamten Risiken für eine Alzheimer-Demenz vermeidbar und somit einer Prävention zugänglich sind (Luck and Riedel-Heller 2016). Der größere Teil des

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

gesamten Risikos von 69 % ist somit nicht vermeidbar, da dieser Risikoanteil größtenteils genetisch bedingt ist.

Des Weiteren ist das Thema für die Betroffenen selbst hoch relevant. Bleibt die Demenz völlig unbehandelt, ist davon auszugehen, dass die kognitiven Fähigkeiten kontinuierlich abnehmen. Dies bedeutet, dass im Durchschnitt Menschen ab dem Beginn der klinisch manifesten Demenzsymptomatik gerechnet nach etwa 4 bis 5 Jahren das Stadium einer schweren Demenz erreicht haben.

Auch die Pflegenden sind stark betroffen, und zwar sowohl die pflegenden Angehörigen als auch das professionelle Pflegepersonal in den verschiedenen Einrichtungen. Der Umgang mit Personen, die an einer Demenz leiden, ist mit erheblichen Belastungen für die Pflegenden verbunden. So tritt zum Beispiel aggressives Verhalten mit Zunahme der Demenz häufiger auf, von durchschnittlich 14 % bei leichter Demenz bis hin zu 47 % bei schwerer Demenz. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Schlafstörungen. Sie treten anfangs bei 33 % der Demenzbetroffenen auf. Bei schwerer Demenz sind es dann 45 % (Hessler, Schäufele et al. 2018). Diese Daten zeigen, wie wichtig es ist, die Demenzsymptomatik auch im Sinne der Pflegenden günstig zu beeinflussen.

2. Konzeptionelle Grundlagen der MAKS[®]-Intervention

Die aktuelle S3-Leitlinie Demenzen aus dem Jahr 2016 der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2016) führt im Abschnitt zu den psychosozialen Interventionen, also im Bereich der nicht-medikamentösen Therapieverfahren, nur Einzeltherapien wie kognitives Training, Musiktherapie etc. auf. Mehrkomponenten-Therapien wurden grundsätzlich noch nicht berücksichtigt. Dies ist insofern verwunderlich, da spätestens seit dem Jahr 2001 bekannt ist, dass Mehrkomponenten-Interventionen eine größere Effektstärke besitzen als ihre einzelnen Komponenten. Es stellt sich also die Frage, welche Komponenten zur nicht-medikamentösen Behandlung kognitiver Einschränkungen bei Demenzen am geeignetsten erscheinen. Aus dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell lässt sich ableiten, dass für kognitive Fähigkeiten die Beeinflussung durch kognitive Stimuli, körperliche Aktivitäten, soziale Interaktionen und die intensive Beteiligung am Alltagsgeschehen vielversprechende Ansatzpunkte sind. Diese vier Komponenten werden in der MAKS[®]-Intervention berücksichtigt. Damit ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell natürlich nicht vollständig abgedeckt. Es sind weitere Ansatzpunkte vor allem im biologisch-körperlichen Bereich relevant. Dies betrifft unter anderem Aspekte der Regeneration durch Schlaf oder der Ernährung.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

3. Die MAKS®-Intervention

Am Anfang der Entwicklung der sogenannten MAKS-Intervention stand die Idee, den betroffenen Personen die Anregungen wiederzugeben, die ihnen durch eine Ereignisspirale innerhalb des Demenzprozesses verloren gehen: nachlassende Fähigkeiten – sozialer Rückzug – weniger Anregung – weiteres Nachlassen der Fähigkeiten etc. Zudem orientieren sich die Module der MAKS-Therapie an den bekannten Hauptsymptomen der Demenz, also dem Nachlassen von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten. Erste Erfahrungen dazu entstanden in einer Pilotstudie in einem Pflegeheim (Pickel, Graessel et al. 2011). Auf diesen Erfahrungen aufbauend wurde eine standardisierte Therapie bestehend aus den genannten Modulen entwickelt und zuerst im Pflegeheim erprobt und wissenschaftlich untersucht (Graessel, Stemmer et al. 2011). MAKS® besteht daher aus vier Modulen (Komponenten). Das Kürzel »MAKS« steht für motorisches (M), alltagspraktisches (A) und kognitives (K) Training in einem sozial-kommunikativen (S) Umfeld. Eine nähere Beschreibung der Module ist unter www.maks-therapie.de zu finden. Diese vier Module werden in einem festgelegten Zusammenhang zu einer Therapieeinheit zusammengefasst: Nach einem sozial-kommunikativen Einstieg in die Gruppenmaßnahme findet eine (senso)-motorische Aktivierung statt. Nach einer Pause folgt die kognitive Aktivierung. Den Abschluss bildet die alltagspraktische Förderung der Demenzbetroffenen. Eine derartige Therapieeinheit dauert knapp 2 Stunden und wird für die Anwendung am Vormittag empfohlen. Um die Qualität der Durchführung zu sichern, wird eine 3-tägige Schulung für Pflege- und Betreuungskräfte angeboten. Dazu existiert ein digitales Handbuch, das sämtliche Übungen enthält, ergänzt von beschreibenden Kapiteln zur Durchführung, zu Arbeitshilfen, zu benötigten Materialien sowie zu 252 Tagesplänen.

■ Tipp

Das MAKS®-Handbuch ist über folgende Website lieferbar: www.world-of-genesis.org/produkte/genesis-maksm (abgerufen am 26.06.2023).

Mit Tagesplan ist der Vorschlag für eine komplette Therapieeinheit gemeint, damit die Anwender:innen auf fertige Therapieeinheiten zurückgreifen können.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Einheit 1		Bezug: Mai	Mai
Vorbereitung: <ul style="list-style-type: none"> - Materialien für die geplanten Übungen bereitstellen - Wenn möglich: Nutzung Tageslichtleuchte - Brillen, Hörhilfen und Namensschilder bereithalten 			
Zeit	Inhalte		
10 Min	Einstimmung in der Gruppe <ul style="list-style-type: none"> ☞ 1. Einstimmung zu Beginn und Begrüßung (mit Tag, Datum) 2. Impuls: Wer kennt ein Mai-Lied? – Anschließend gemeinsam singen 		
30 Min	(Sensio-)motorische Aktivierung <ul style="list-style-type: none"> ☞ 1. Einstimmung zur Bewegung 2. Aufwärmphase: 1.2 Übungen mit Ball, 1-5 Minuten 3. Hauptteil: 2.4.20 Punkte kugeln, nach Möglichkeit im Garten/ auf der Terrasse, 20-25 Minuten ☞ 4. Einleitung der Pause 		
10 Min	PAUSE		
30 Min	Kognitive Aktivierung <ul style="list-style-type: none"> 1. Aufwärmübung: 1.3 Schere, Stein, Papier, ca.10 Minuten 2. Beamer-Übung nach Wahl, insgesamt ca. 20 Minuten 		
40 Min	Alltagspraktische Aktivierung <ul style="list-style-type: none"> 1. Hauptteil: 6.5 Tanz in den Mai, 35 Minuten ☞ 2. Abschluss-Ritual 		

Beispiel eines Tagesplanes

Im Bereich des kognitiven Moduls wurden in Kooperation mit der Technischen Hochschule Georg Simon Ohm in Nürnberg (Arbeitsgruppe von Herrn Prof. Dr. Helmut Herold) eine größere Zahl von digitalen kognitiven Übungen realisiert. Hier können die Anwenderinnen und Anwender mithilfe des Rechners in Verbindung mit einem Fernsehgerät oder einem Beamer kognitive Übungen so präsentieren, dass die Aufgaben in der Gruppe gelöst werden können. Dies hat den entscheidenden Vorteil, dass die Lösungen gemeinsam gefunden werden können und keiner einzelnen demenzbetroffenen Personen ihre/seine kognitiven Defizite direkt vor Augen geführt werden. Dies führt zu einer großen Akzeptanz der Aufgaben unter den Teilnehmenden. Das gesamte MAKS®-Programm ist für die Anwendung bei Menschen mit leichter oder moderater Demenz konzipiert.

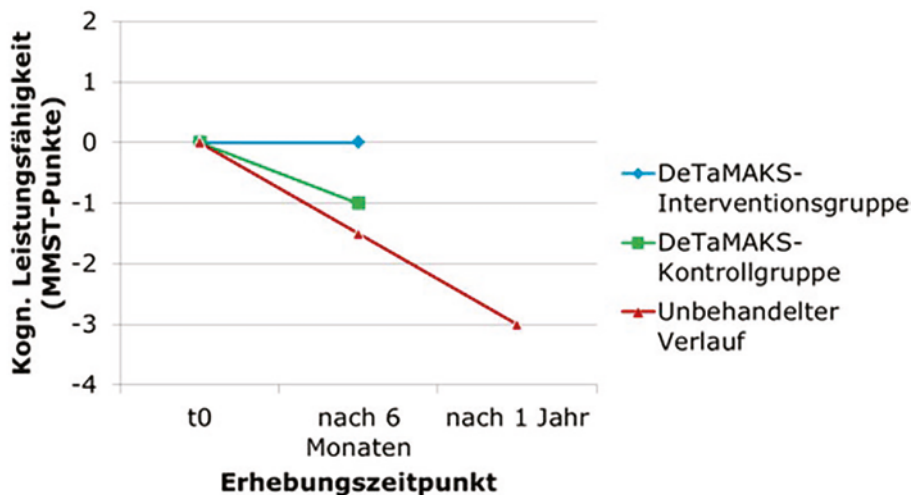
Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

4. Wissenschaftliche Belege zu den Wirkungen der MAKS[®]-Intervention

Zur MAKS[®]-Intervention wurden inzwischen zwei randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt. Die erste Studie (2008–2010) fand in fünf Pflegeheimen unter Beteiligung von 139 Personen mit Demenz in allen Schweregraden statt. Diese Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Leuchtturm Demenz-Initiative gefördert. Die meisten der im Nachfolgenden vorgestellten Ergebnisse stammen aus der DeTaMAKS-Studie, die in 34 Tagespflege-Einrichtungen in den Jahren 2014 bis 2017 durchgeführt wurde. An ihr nahmen 453 Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leichter bis mittelschwerer Demenz teil, die an 1 bis 5 Tagen in der Woche eine Tagespflege-Einrichtung besuchten. Diese Studie wurde größtenteils vom GKV-Spitzenverband gefördert; zu einem kleineren Teil vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. In beiden Studien wurde auf eine bestmögliche Forschungsmethodik Wert gelegt, um Ergebnisse auf dem Evidenzgrad Ib zu erzielen. Evidenzgrade beschreiben das Niveau, wie verlässlich bzw. aussagefähig die Ergebnisse einer Studie sind. Dies hängt entscheidend von der Art der Studiendurchführung ab. Für den Evidenzgrad Ib ist mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie notwendig, für den Evidenzgrad 1a braucht es dann schon eine Zusammenfassung mehrerer solcher Studien. Im Folgenden werden die sieben wichtigsten Ergebnisse im Überblick berichtet. Sie beziehen sich – mit Ausnahme von Ergebnis 3 – auf die DeTaMAKS-Studie.

Wirkung auf die kognitiven Fähigkeiten (Ergebnis 1): Während der kontrollierten Phase von 6 Monaten blieben in der Interventionsgruppe die kognitiven Fähigkeiten im Durchschnitt stabil (siehe horizontale Linie in Abbildung 2), während sie in der Kontrollgruppe signifikant nachließen (siehe mittlere Linie in Abbildung 2). Dies ist insofern erstaunlich, da die Tagespflege-Einrichtungen der Kontrollgruppe ihr Programm wie bisher durchführten, also eine aktive Kontrollgruppe darstellten. Die unterste Linie in Abbildung 2 markiert den aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Verlauf, wenn keinerlei Intervention durchgeführt wird.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen



Verlauf der kognitiven Fähigkeiten mit MAKS®, ohne MAKS und völlig unbehandelt

Wirkung auf die alltagspraktischen Fähigkeiten (Ergebnis 2): Ein ganz ähnliches Bild für den Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigte sich für die in einem Leistungstest erhobenen alltagspraktischen Fähigkeiten – Stabilisierung der Fähigkeiten in der Interventionsgruppe und signifikante Abnahme in der Kontrollgruppe (Straubmeier, Behrndt et al. 2017).

Wirkung auf emotionale und Verhaltenssymptome (Ergebnis 3): Die MAKS®-Intervention bewirkte im Messzeitraum von 6 Monaten einen **signifikant günstigen Effekt auf emotionale Symptome** (Verringerung der Depressivität) sowie **auf Verhaltenssymptome**, insbesondere Verbesserung des sozialen Verhaltens, jeweils im Vergleich zur Kontrollgruppe (Luttenberger, Donath et al. 2012). Dies zeigte sich für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz.

Zusammenhang zwischen »Therapiedosis« und Wirkung (Ergebnis 4): Bei den Demenzbetroffenen, die die Tagespflege-Einrichtung an 1 bis 2 Tagen pro Woche besuchten, waren die Effekte der MAKS®-Intervention etwa genau so groß, wie bei denjenigen, die 3 bis 5 Tage pro Woche die Tagespflege besuchten (Straubmeier, Behrndt et al. 2017). Dies bedeutet, dass keine relevante Dosis-Wirkungs-Beziehung bei der Anwendung von MAKS® in der Tagespflege zu beobachten ist. Die Empfehlung lautet daher, dass eine Teilnahme an der MAKS®-Intervention ab zwei Therapieeinheiten pro Woche den festgestellten Effekt hervorruft.

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Nachhaltigkeit der Wirkung (Ergebnis 5): Die kontrollierte Phase in der DeTaMAKS-Studie endete nach 6 Monaten. Zu diesem Zeitpunkt erhielten auch alle bisherigen Kontroll-Tagespflegen die gleiche Schulung zur MAKS®-Intervention (Warte-Kontrollgruppen-Design der Studie). Wie sahen nun die Effekte in der offenen Phase in den folgenden 6 Monaten nach der Schulung der Kontroll-Tagespflegen aus? In dieser Phase, in der alle Tagespflegeeinrichtungen frei waren, ob sie die MAKS®-Intervention durchführen möchten oder nicht, war das Ergebnis, dass in 10 Tagespflegen die MAKS®-Intervention nicht durchgeführt wurde, während sie in 22 Tagespflege-Einrichtungen (»freiwillig«) als Standardangebot durchgeführt wurde. Auch in dieser »offenen« Phase war das Ergebnis ziemlich ähnlich wie in der kontrollierten Phase: Die kognitiven Fähigkeiten unter der MAKS®-Intervention blieben weiterhin fast stabil, während sie bei Nicht-Durchführung von MAKS® signifikant nachließen (Gräbel, Donath et al. 2021).

Die MAKS®-Intervention zeigt also auch bei »freiwilliger« Anwendung ähnlich günstige Effekte wie unter kontrollierten Studienbedingungen. Voraussetzung dafür ist allerdings die strukturierte Durchführung von MAKS® unter Beachtung folgender Mindestanforderungen:

- ▶ Durchführung aller 4 Module in der Reihenfolge S – M – K – A (entspricht einer Übungseinheit).
- ▶ Die in den vier Modulen verwendeten Aufgaben werden komplett durchgeführt (nicht nur Teile davon) und sind dem digitalen MAKS-m-Handbuch entnommen.
- ▶ Es werden pro Woche mindestens zwei Übungseinheiten durchgeführt.

Akzeptanz der MAKS®-Intervention durch die Tagespflege-Einrichtungen (Ergebnis 6): Die Nachbeobachtungsphase nach dem Ende der kontrollierten Studie betrug insgesamt 18 Monate. Es zeigte sich, dass die Anwendung der MAKS®-Intervention im zweiten Jahr nach Beendigung der Studie sogar von 69 % auf 81 % wieder anstieg (Abbildung 3). Das heißt, 8 von 10 Tagespflegeeinrichtungen haben im zweiten Jahr nach der Studie weiterhin MAKS® als ihr »Standard-Betreuungsprogramm« regelmäßig durchgeführt (Gräbel, Donath et al. 2021). Dieses Ergebnis wäre wohl nicht zu beobachten gewesen, wenn die Tagespflege-Einrichtungen nicht einen Vorteil durch die Anwendung der MAKS®-Intervention für ihre Gäste aber auch für ihre gesamte Einrichtung einschließlich der Mitarbeitenden »gespürt« hätten.

Kosteneffektivität der MAKS®-Intervention (Ergebnis 7): Eine umfangreiche gesundheitsökonomische Analyse der anfallenden Kosten im Zusammenhang mit der Versorgung von leicht oder mittelschwer von Demenz Betroffenen in Tagespflege-Einrichtungen kommt zu dem Schluss, dass die MAKS®-Intervention kosteneffektiv ist (Abbildung 4) und deshalb zum Einsatz kommen sollte (Steinbeisser, Schwarzkopf et al. 2020).

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Als Bilanz kann festgestellt werden, dass die regelmäßige Anwendung der MAKS®-Intervention eine signifikant positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs bewirkt, und zwar dahin gehend, dass sich die leichteren Krankheitsstadien verlängern lassen. Berücksichtigt man, dass es bei allen bisher bekannten Therapieansätzen bei degenerativen Demenzen nicht zu einem lebensverlängernden Effekt gekommen ist, bedeutet dies, dass schwere Krankheitsstadien verkürzt durchlebt werden. Insgesamt betrachtet bedeutet dies einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen.

5. Erklärungsmodelle für die Wirksamkeit von MAKS®

Die beobachteten Effekte der MAKS®-Intervention – insbesondere die Stabilisierung der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten – lassen sich theoretisch durch zwei Modelle erklären: ein psychosoziales und ein biologisches Erklärungsmodell. Das Nachlassen der Fähigkeiten eines Demenzbetroffenen wird zusätzlich zu den biologischen Ursachen durch eine »Abwärtsspirale« forciert: In den Anfangsstadien der Demenz wird das Nachlassen der Fähigkeiten von den Betroffenen wahrgenommen. Sie schämen sich für ihre Einschränkungen und fehlerhaften Handlungen im Alltag. Um keine weiteren Fehler zu machen, ziehen sie sich zunehmend vom Alltagsgeschehen zurück, was zu einer zusätzlichen Verminderung kognitionsförderlicher Anregungen führt. Dies führt schließlich zu einem weiteren Nachlassen der Fähigkeiten. Mit einer wirksamen psychosozialen Intervention, wie zum Beispiel MAKS®, lässt sich diese »Abwärtsspirale« deutlich verlangsamen. Auf biologischer Ebene kann vermutet werden, dass eine gezielte Anregung mit ausreichender Intensität die neuronale Reserve aktiviert und/oder zu einer Verlangsamung der Diskonnektion, das heißt des Abbaus von Kontaktstellen zwischen den Neuronen (Nervenzellen der Hirnrinde), führt. Welches dieser Erklärungsmodelle letztlich in welchem Umfang zutrifft, müssen zukünftige Forschungen herausfinden.

6. Umsetzung der MAKS®-Intervention in die Versorgungspraxis

Die MAKS®-Intervention kann überall dort eingesetzt werden, wo Menschen mit leichter oder moderater Demenz mindestens an 1 bis 2 Tagen pro Woche als Kleingruppe zusammenkommen. Dies trifft für Pflegeheime und Demenz-Wohngemeinschaften als Einrichtungen der stationären Versorgung zu, wie auch für Tagespflege-Einrichtungen im teilstationären Setting sowie für Betreuungsgruppen im ambulanten Bereich. Um die Qualität der MAKS®-Intervention zu gewährleisten, ist es unerlässlich, eine weitgehend standardisierte und zertifizierte Schulung für Anwenderinnen und Anwender bereitzustellen. Diese Aufgabe übernimmt seit dem Jahr 2018 das Zertifizierungsinstitut ClarCert aus Neu-Ulm (www.clarcert.com).

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Mit der MAKS®-Intervention können drei gesetzliche bzw. normative Vorgaben des bundesdeutschen Gesundheitssystems erfüllt werden: (a) die MAKS®-Intervention ist ein **präventives Angebot im Sinne des Präventionsgesetzes**. MAKS® erfüllt die Vorgaben zum Erhalt kognitiver Fähigkeiten sowie zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit. (b) Mit der MAKS®-Intervention kann eine **leitliniengerechte Behandlung von Verhaltenssymptomen** durchgeführt werden. In der Empfehlung 54 der S3-Leitlinie Demenzen heißt es: »... Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention [von Verhaltenssymptomen], wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind.« Das heißt im Umkehrschluss: Sind psychosoziale Interventionen effektiv (zum Beispiel die MAKS®-Intervention) und verfügbar, ist vor dem Einsatz von Psychopharmaka eine derartige psychosoziale Intervention durchzuführen. (c) Der **Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege** fordert, die Beziehung zu Personen mit Demenz durch adäquate psychosoziale Maßnahmen zu gestalten. Mit Durchführung der MAKS®-Intervention wird diese Forderung erfüllt.

8. Zukünftige Entwicklungen

Psychosoziale Interventionen sind Versorgungsstrategien, um die Symptome der Demenz zu lindern, den Krankheitsverlauf damit günstig zu beeinflussen und die Pflegenden zu entlasten. Weiterentwicklungen und Begleitforschung werden auch in anderen Forschungszentren unternommen, um die Effektivität, also die Wirkstärke psychosozialer Interventionen, zu verbessern. Es geht darum, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die unterschiedliche Schweregrade aufweisen, gezielt, d. h. mit einer für sie maßgeschneiderten psychosozialen Intervention zu versorgen. Dazu sind weitere Formen der Ausgestaltung und der Anpassung der MAKS®-Intervention notwendig. Mit den vorhandenen MAKS®-Varianten ist die Versorgung von Menschen mit leichter oder moderater Demenz sowie Menschen mit schwerer Demenz in der Kleingruppe bereits gewährleistet.

Die Erfahrung in der Praxis zeigt, dass sich im geriatrischen Bereich eine Kultur der Beschäftigung entwickelt hat, anstatt die Personen in für sie sinnvoll empfundene Betätigung zu führen. Wandel leben: das ist in diesem Bereich dringend notwendig. Es gilt, die praktische Arbeit in Senioreneinrichtungen in Richtung Personenzentrierung, Beziehungsgestaltung und Betätigungsbasierung umzustellen, um mehr Lebensqualität und Lebensfreude zu ermöglichen. Tätig sein oder beschäftigt werden – das ist hier die Frage. MAKS® macht's möglich.

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«

Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen

Literatur

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (2022). »Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen.« *Selbsthilfe Demenz - Informationsblatt* Retrieved 01.09.2022, from https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenz_erkrankungen_dalzg.pdf.
- DGPPN, D. (2016). »S3-Leitlinie »Demenzen« (Langversion–1. Revision, August 2015) Herausgebende Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.–Selbsthilfe Demenz.« *Selbsthilfe Demenz* 7.
- Graessel, E., R. Stemmer, B. Eichenseer, S. Pickel, C. Donath, J. Kornhuber and K. Luttenberger (2011). »Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomised, controlled trial.« *BMC Medicine* 9(1): 129.
- Gräßel, E., C. Donath, A. Pendergrass und K. Luttenberger (2021). »Implementierung und Wirkung der multimodalen psychosozialen MAKS-Intervention in der Tagespflege bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: Ergebnisse in der offenen Phase nach Beendigung des RCT.« *Das Gesundheitswesen, electronic-first*.
- Hessler, J. B., M. Schäufele, I. Hendlmeier, M. N. Junge, S. Leonhardt, J. Weber and H. Bickel (2018). »Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study.« *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 27(3): 278-287.
- IQWiG (2007). Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19A. Köln: 1-426.
- IQWiG (2009). Memantin bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19C. Köln: 1-197.
- IQWiG (2009). Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz Abschlussbericht A05-19D. Köln: 1-405.
- Luck, T. and S. G. Riedel-Heller (2016). »[Prevention of Alzheimer«s dementia in Germany : A projection of the possible potential of reducing selected risk factors].« *Nervenarzt* 87(11): 1194-1200.
- Luttenberger, K., C. Donath, W. Uter and E. Graessel (2012). »Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up.« *Journal of the American Geriatrics Society* 60(5): 830-840.
- Oswald, W. D., B. Hagen and R. Rupprecht (2001). »Nichtmedikamentöse Therapie und Prävention der Alzheimer Krankheit.« *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34(2): 116-121.
- Pickel, S., E. Graessel and K. Luttenberger (2011). »Wirksamkeit eines beschäftigungstherapeutischen Gruppenangebots bei degenerativen Demenzen: eine kontrollierte Verlaufsstudie im Pflegeheim.« *Psychiatrische Praxis* 38(8): 389-396.
- Steinbeisser, K., L. Schwarzkopf, E. Graessel and H. Seidl (2020). »Cost-effectiveness of a non-pharmacological treatment vs. »care as usual« in day care centers for community-dwelling older people with cognitive impairment: results from the German randomized controlled DeTaMAKS-trial.« *European Journal of Health Economics*.
- Straubmeier, M., E.-M. Behrndt, H. Seidl, D. Özbe, K. Luttenberger and E. Gräßel (2017). »Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie.« *Deutsches Ärzteblatt* 114(48): 815-821.
- Yorozuya, K., Y. Kubo, N. Tomiyama, S. Yamane and H. Hanaoka (2019). »A systematic review of multimodal non-pharmacological interventions for cognitive function in older people with dementia in nursing homes.« *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 48(1-2): 1-16.

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern

Zu Abschnitt 9.1 »Konfliktfelder in der Altenpflege«



Umgang mit Grenzen

■ Eine Pflegekraft berichtet

Frau H. sitzt am Waschbecken und ich bitte sie, ihre Zahnprothese herauszunehmen. Da diese festklemmt, schafft sie es alleine nicht. Weil die Zeit drängt, bin ich etwas ungeduldig und sage: »Warten Sie, ich helfe Ihnen.« Doch als ich dann zu ihr komme, hat sie das wahrscheinlich schon vergessen (erstes Demenz-Gesetz: gestörte Einprägung). Ich beuge mich zu ihr vor und will nach der Prothese greifen. Da bekommt Frau H. einen »bösen« Gesichtsausdruck und schickt sich an, mich zu kratzen. Dabei ruft sie: »Nein, ich will nicht!« Ich weiche zurück, gewinne so (äußerlich und innerlich) Distanz und sage in ruhigem Tonfall: »Keine Angst, ich bin eine Schwester. Ich tue Ihnen nicht weh.« Schlagartig entspannt sich Frau H. und ich kann ohne Probleme die Prothese entfernen.

Reflexion der Pflegefachkraft: »Ich war im wahrsten Sinne des Wortes distanzlos. Ich hatte nicht daran gedacht, dass gerade der Mundbereich eine äußerst intime Region ist. Ich habe Grenzen überschritten und so ist es klar, dass Frau H. vielleicht in ihrem Leibgedächtnis schlimme Erfahrungen gespeichert hat. Da hat sie bei meiner Grenzüberschreitung wahrscheinlich Angst bekommen. Sie wollte sich mit dem Versuch, mich zu kratzen, verteidigen. Eigentlich eine ganz normale Reaktion! Also werde ich in die Dokumentation schreiben: Die Bewohnerin wollte mich beim Versuch, ihr die Zahnprothese zu entfernen, kratzen. Ich nehme an, dass sie Angst bekam, weil ich ohne ihre Einwilligung ihre Grenzen überschritten habe.«

Bewerten Sie die Reaktionen und die Reflexion der Pflegefachkraft.

.....

.....

.....

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern



Was liegt unter dem Ärger?

Dem Gefühl von Ärger liegen oft Kränkungen, Zurückweisungen und Frustration zugrunde.

Notieren Sie eine berufliche Situation, in der Sie sich geärgert haben, z. B.: Ich habe mich geärgert, als Frau M. mir vorgeworfen hat, ich kümmere mich zu wenig um ihren Vater.

.....

.....

.....

Fügen Sie jetzt einen Satz hinzu, der die Kränkung unter dem Aspekt des Ärgers beschreibt, z. B.: Ich fühlte mich gekränkt, weil Frau M. einfach nicht wahrnimmt, was ich für ihren Vater tue.

.....

.....

.....

Beschreiben Sie in einem nächsten Satz, welches Bedürfnis frustriert wurde, z. B.: Ich möchte anerkannt werden für mein pflegerisches Engagement.

.....

.....

.....

Sie können diese Übung für sich allein machen oder mit einer Partnerin/einem Partner Ihre Sätze diskutieren.

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern

Zu Abschnitt 9.3 »Selbstschutzprogramm in Konfliktsituationen: Abwehrmechanismen«



Umgang mit Trauer

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Herr F. ist 86 Jahre alt. Der Tod seiner Ehefrau, die ihn gepflegt hatte, machte eine Heimeinweisung notwendig. Die Schwiegertochter erzählte mir, sie selber wisse oft nicht, wie sie mit dem Schwiegervater umgehen solle, wenn er – wie so oft – verbal aggressiv sei.

Wir erleben Herr F. nach kurzer Zeit im Altenheim zunehmend traurig und weinend. Ich nehme das zum Anlass, um ihn nach seiner Frau zu fragen. Er vermisse seine Frau. Auf einmal wird Herr F. verbal ungehalten. Seine Frau betrüge ihn mit dem Nachbarn und mit fremden Männern. Im Moment sei sie im Ausland, um ihn dort zu betrügen. Wenn sie zurückkomme, wolle er sie nicht mehr sehen. Plötzlich spricht Herr F. davon, dass er seiner Frau heute noch frische Blumen ans Grab bringen wolle. Mit einem ›Es hat ja doch keinen Sinn!‹ bricht er das Gespräch mit mir ab.«

Mit welchen Abwehrmechanismen (s. Abschn. 9.3 im Buch) versucht der alte Mann die unerträgliche Situation erträglich zu machen?

.....

.....

Welches Gefühl steckt hinter seinem aggressiven Verhalten?

.....

.....

Wie kann die Pflegefachkraft auf die Anschuldigungen des Herrn F. gegenüber seiner verstorbenen Frau reagieren?

.....

.....

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern

Zu Abschnitt 9.4 »Herausforderndes Verhalten im Pflegeprozess: Wer fordert hier wen heraus?«

Entmündigung



■ Eine Pflegekraft berichtet

»Frau B. will nicht täglich gründlich gewaschen werden, nur Gesicht und Intimbereich. Sie will auch noch selbst bestimmen, was sie anzieht. Die Schwiegertochter kam zu Besuch und hat verlangt, dass wir ihre Schwiegermutter um 14 Uhr noch mal vollkommen waschen und ihr das anziehen, was sie ausgewählt hat und nicht das, was die Bewohnerin wollte. Die alte Frau hat geweint und wollte sich nicht waschen lassen. Die Schwiegertochter hat geschrien: ›Du schaust schrecklich aus, du wirst machen, was ich gesagt habe.«

Ich als Pflegende war tief verletzt, dass am Ende des Lebens so wenig Selbstbestimmung bleibt.«

Die Altenpflegerin ist gekränkt. Welche Kommunikationsmöglichkeiten kann sie finden, wenn Sie im Schutzraum (s. Abb. 9.1 im Buch) durchgeschnauft hat und die hinter dem Verhalten der Angehörigen liegenden Gefühle erkennen kann?

.....

.....

.....

.....



■ Selbstreflexion zur strukturellen Gewalt

Kann ich bei aggressivem Verhalten von pflegebedürftigen alten Menschen daran denken, dass die besondere Lebenssituation im Heim – als einer durchorganisierten Institution – zu vielen Frustrationen führt (wenig Zuwendung, Selbstbestimmung und Schutz des Intimbereichs etc.)?

Sehe ich den eingeschränkten Lebensraum des alten Menschen in seiner Wohnung, dem sich die Welt aufgrund von Krankheit, Behinderung und Isolation immer mehr entzieht?

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern

Mache ich mir gerade im Altenheim immer wieder bewusst, dass wir uns zwar in der gleichen Umgebung, aber in verschiedenen Welten begegnen? Und dass die Ereignisse im Heimalltag für den alten Menschen eine andere Wertigkeit haben können und er daher für mich unverständlich reagiert? Ist aggressives Verhalten dann nicht manchmal eine zwar stressige, nichtsdestotrotz aber auch energiegelade und lebendige Art zur Verteidigung der eigenen Identität gegenüber Eindringlingen in die Privatsphäre und gegen institutionelle Zwänge?

Lautstarke Missfallensäußerungen und handgreifliche Abwehr gut gemeinter und erforderlicher Pflegehandlungen durch alte Menschen kennt jede Pflegekraft. Manchmal ist es hilfreich, überzeugt und bestimmt aufzutreten und keine langen Diskussionen zu führen. Manchmal ist es aber z. B. einfach kein guter Tag zum Baden und man sollte von seinem Vorhaben lassen.

Wie steht es mit meinen Einflussmöglichkeiten auf die tägliche Arbeitsorganisation? Fühle ich mich mit meinen pflegfachlichen Vorstellungen ernst genommen oder nur als bedeutungs- und einflussloses Rädchen in der Pflegemühle?



Bevor Sie aus der Haut fahren: Greifen Sie lieber in die Lösungskiste Einige kreative Tipps von Pflegefachkräften aus unseren Seminaren

- ▶ aus dem »Spannungsfeld« gehen: raus und bis zehn zählen, sich ausschütteln und tief durchatmen
- ▶ mit Kollegin darüber reden, Fallbesprechungen im Team
- ▶ »Urschrei« im Auto bei der Heimfahrt
- ▶ einen Schritt innerlich zur Seite treten (ich bin nicht persönlich gemeint)
- ▶ aggressive Gefühle alter Menschen auch mal ausleben lassen
- ▶ das Beziehungsseil in die Hand nehmen: straffen oder loslassen
- ▶ Humor: ich nehm's witzig
- ▶ Hilfe holen und einfordern
- ▶ Ich-Botschaften (meine Gefühle aussprechen): »Ich bin wütend ...«, »Mich ärgert, wenn ...«
- ▶ Spielräume nutzen: »Mitspinnen ist ganz normal« (Verhalten spiegeln), den eigenen Toleranzraum und den des Teams erweitern
- ▶ mitgehen ... mitgehen ... führen: nachgeben und Halt geben (buchstäblich und in übertragenem Sinne)
- ▶ mit sich selbst versöhnlich sein
- ▶ auch einmal beleidigt sein und den ersten Schritt zur Versöhnung tun
- ▶ eindeutigen nonverbalen Kontakt herstellen; diffuse Berührungen vermeiden

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern

Zu Abschnitt 9.4 »Herausforderndes Verhalten im Pflegeprozess: Wer fordert hier wen heraus?«



»Ja« und »Nein« sagen

Übung 1: Ja und Nein. Stellen Sie sich einem Partner gegenüber und legen Ihre Hände flach auf die seinen. Sehen Sie nun Ihrem Partner in die Augen und drücken Ihre Hände allmählich fester gegen seine. Einer von Ihnen soll nun »ja, ja, ja« rufen, der andere »nein, nein, nein«. Drücken Sie Ihre Hände so stark gegeneinander, wie Sie nur können und leisten Sie sich gegenseitig mit den Händen Widerstand. Nach einer Minute wechseln Sie die Rollen.

Nehmen Sie wahr, ob Sie stärker bei »ja« oder bei »nein« gedrückt haben oder ob es keinen Unterschied gab. Haben Sie wirklich so stark gedrückt, wie Sie konnten? Oder haben Sie sich zurückgehalten, um den Partner zu schonen? Haben Sie einen Unterschied im Verhalten des Partners beim Ja- und beim Nein-Sagen wahrgenommen?

Teilen Sie sich gegenseitig Ihre Erfahrungen und Empfindungen mit und tauschen Sie sich darüber aus.

Übung 2: Ich hab' keine Lust. A und B gehen aufeinander zu. Wenn Sie sich treffen, stellt A die Frage an B: »Ich sehe, Sie haben eine Uhr. Können Sie mir sagen, wie spät es ist?« B antwortet: »Nein, dazu habe ich jetzt keine Lust«. Wechseln Sie die Rollen. Tauschen Sie sich dann über Ihre Empfindungen aus. Was löst es bei Ihnen aus, auf diese Art angesprochen, auf diese Art zurückgewiesen zu werden?

Als Variation kann A auch B bitten: »Können Sie mir einen Gefallen tun?« Und B kann antworten: »Nein, dazu habe ich jetzt keine Lust«. Wechseln Sie wieder die Rollen.

Probieren Sie aus, wie es ist, zu sagen, »Dazu habe ich jetzt keine Lust« im Gegensatz zu Aussagen wie »Dazu habe ich jetzt keine Zeit«.

Übung 3: Du sollst. A formuliert nur Sätze, die mit den Worten »Du sollst« beginnen. B gibt nach jedem Satz als einzige Antwort ein klares und festes »Nein«. Sprechen Sie so drei bis vier Minuten lang miteinander, nehmen Sie wahr, was Sie dabei empfinden. Tauschen Sie dann die Rollen.

Wie erging es Ihnen mit dieser Übung? Wie haben das Sollen und das Nein auf Sie gewirkt? Ist es Ihnen eher leicht oder eher schwergefallen, »nein« zu sagen?



Aggressives Verhalten als Lösungsversuch

Seminarteilnehmer:innen haben wir die Frage gestellt: »Was verstehen Sie unter Aggression?« Die folgende Sammlung von Assoziationen kam dabei zustande:

Das was sich angestaut hat, herauslassen, Wut, nicht mehr Herr über meine Gefühle sein, Gewalt, hoher Blutdruck, es kocht innerlich, man schreit, Verzweiflung, Zittern am

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern

ganzen Körper, Beherrschung verlieren, man beschimpft sich, ungerechte Behandlung, eine Art der Hilflosigkeit, Sachen werfen, ausfällig werden, Magenschmerzen, Gegen-
gewalt, Verlassenheit, Neid und Missgunst, Trotz, Zorn, Überforderung, sich abgeschoben
fühlen, sich wehren, unterdrückte Gefühle, Tränen, Enttäuschung, Wegsehen, Dro-
hen, Einsperren, Erpressung, Liebesentzug, Grenzüberschreitung, Fixierung, Zwang,
Schläge, Überlebensstrategie, Frust, Bevormundung, Zwangsernährung, Nahrungs-
verweigerung, Einkoten, Einnässen, nicht sprechen, Zeitmangel, Unwissenheit, Angst,
Selbsterstörung, Depression, Alkohol, Schreien.

Ordnen Sie die Assoziationen nach den Bereichen:

- ▶ auslösende Situationen/Bedingungen,
- ▶ Emotionen und deren körperliche Begleiterscheinungen,
- ▶ verbales und handgreifliches Verhalten,
- ▶ Lösungsversuche,
- ▶ konstruktive Lösungen.



Grenzen achten

- ▶ Wie gehen Sie manchmal frühmorgens in das Zimmer von Heimbewohnern?
- ▶ Reflektieren Sie die Art und Weise, wie in Ihrem Pflegeteam mit der Privatsphäre der pflegebedürftigen alten Menschen umgegangen wird.



Entschärfung struktureller Gewalt

Altenpfleger:innen und pflegebedürftige alte Menschen geraten in den ganz alltäglichen
Pflegesituationen im wahrsten Sinne des Wortes aneinander:

- ▶ **bei der Körperpflege:** beim Waschen, Baden, Rasieren usw.
- ▶ **wenn es um die Ernährung geht:** beim Essen, Trinken
- ▶ **bei der Bekleidung:** beim Anziehen, Ausziehen
- ▶ **bei der Behandlungspflege und Medikation:** Lagern, Katheter legen, Medikamente geben.

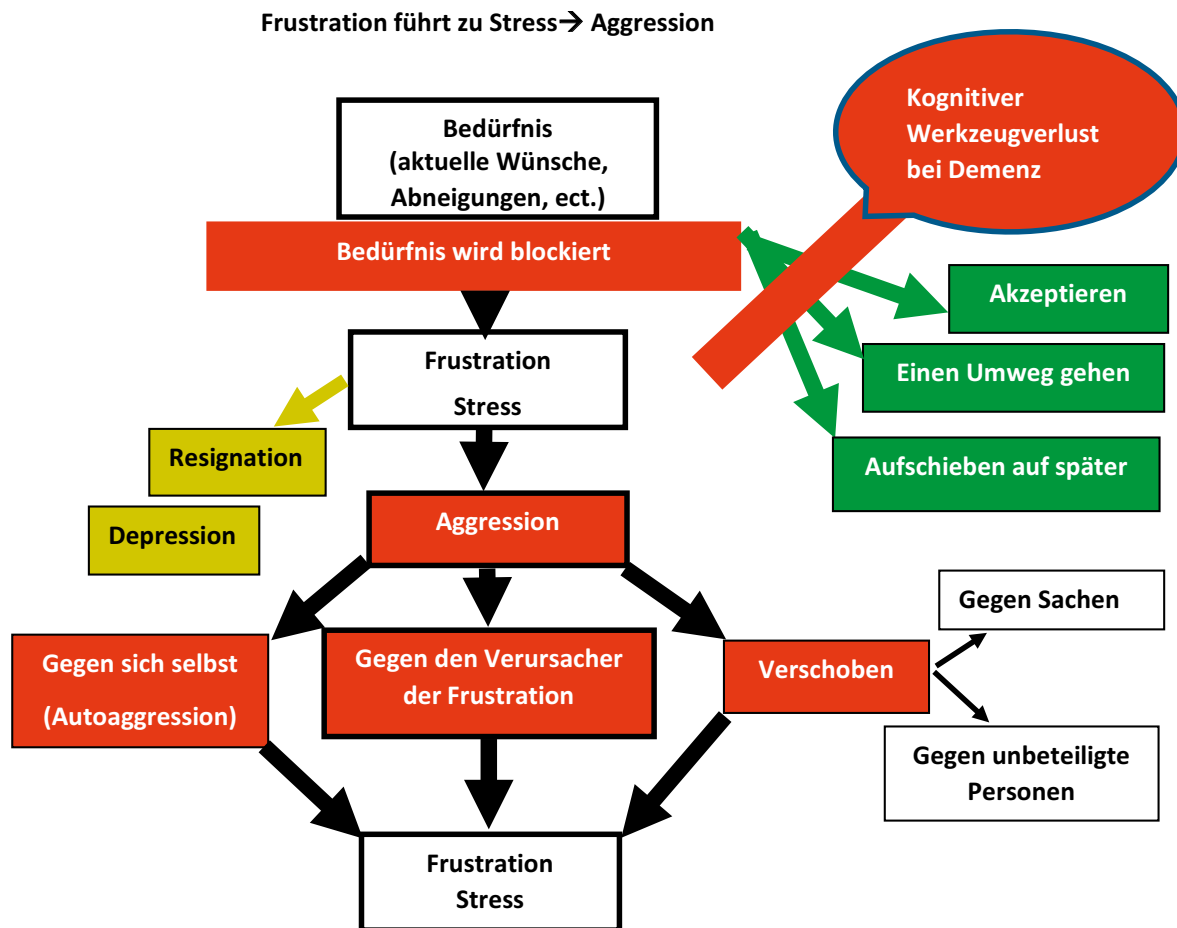
Entwerfen Sie kreative Szenarien zu der Frage: Wo können Sie in Ihrem Arbeitsbereich
Spielräume erweitern, um strukturelle Gewalt zu entschärfen.



Das sozialpsychologische Frustrations-Aggressions-Modell

Das Modell veranschaulicht, wie wichtig es in der Pflege von Menschen mit Demenz ist,
deren aktuelle Bedürfnisse wahrzunehmen, sich einzufühlen und kreative Lösungen zu
entwickeln (z. B. Validation, Milieugestaltung, erweiterter Toleranzspielraum, person-
zentrierte Kommunikation etc.). Kurz gesagt geht es um Prävention: Wo und wie lässt es
sich vermeiden, herausforderndes Verhalten herauszufordern?

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern



Persönlicher Check

Wo gibt es in Ihrem Arbeitsbereich (Pflegeorganisation, Tagesplanungen etc.) Spielräume, durch deren Erweiterung Bedürfnisblockierungen bei Menschen mit Demenz entschärft werden können? Sammeln Sie konkrete Lösungsideen.

.....

.....

.....

.....

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern



Bedürfnisorientierung ist der Schlüssel

■ Tipp

André Hennig beschreibt in »Die Schwester/Der Pfleger« (3/2018, S. 22 f.) sehr anschaulich das Modell der Bedürfnisorientierung als praxisnahen Zugang zum Umgang mit herausforderndem Verhalten.

Link: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/34557-beduerfnisorientierung-ist-der-schluessel> (abgerufen am 24.06.2023)

Das NeedZ-Projekt

Der Projektname NeedZ setzt sich zusammen aus dem engl. Wort needs = Bedürfnisse und Demenz. Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz sind nicht selten der Grund für eine Einweisung aus einer Einrichtung der Langzeitpflege in die stationäre Gerontopsychiatrie. Das Projekt NeedZ ist im Landeskrankenhaus Andernach angesiedelt und hat folgende Zielsetzungen:

- ▶ Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen
- ▶ Reduktion von herausfordernden Verhaltensweisen der Betroffenen
- ▶ Entlastung der Angehörigen und betreuenden Personen
- ▶ Reduktion der Wiederaufnahmeraten

Weitere Informationen zu dem Projekt finden Sie hier: <https://www.landestkrankenhaus.de/aktuelles/projekte-im-landestkrankenhaus/needz> (abgerufen am 24.06.2023)

Podcast »Born to Pflege« Im Podcast von »Born to Pflege« finden Sie das NeedZ-Projekt von den verantwortlichen Pflegeexperten dargestellt: »Warum Bedürfnisse von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten zu tun haben«:

Needs + Demenz - Heute stellen dir Imane Henni Rached und André Hennig das NeedZ-Projekt vor und erklären, warum die Bedürfnisse von Bewohnern im Altenpflegeheim und auf gerontopsychiatrischen Stationen so viel mit herausforderndem Verhalten zu tun haben. Die beiden stellen dir die 5 Schritte des STI-Prozesses – Serial-Trial-Intervention – vor und zeigen dir, wie sie sie anwenden. Imane Henni Rached arbeitet als Pflegeexpertin auf einer Gerontopsychiatrischen Station und hat es oft mit herausforderndem Verhalten von dementiell erkrankten Bewohnern zu tun. André Hennig ist Pflegeexperte und ein ausgewiesener Experte, wenn es um Menschen mit Demenz geht. Und wenn du gespannt bist, wie sich das Leben von Frau H. zum Guten verändert hat, dann bleib unbedingt bis zum Ende dran. Eine wirkliche Herzensstory.«

Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern

■ Tipp

Den Podcast finden Sie unter diesem Link: <https://www.youtube.com/watch?v=j09suniIi28> (abgerufen am 24.06.2023)



Fallbeschreibung herausforderndes Verhalten Einzelreflexion

- (1) Rufen Sie sich aus Ihrem Berufsalltag (aktuell oder zurückliegend) eine von Ihnen erlebte herausfordernde Situation im Umgang mit einem demenziell erkrankten Menschen in Erinnerung, in der Sie nicht mehr weitergewusst, sich überfordert oder ratlos gefühlt haben.
- (2) Schildern Sie diese Situation möglichst in der Gegenwartsform und lassen Sie sich dabei von folgenden Fragen leiten:
 - Was passiert genau, konkreter Ablauf: Ort, Tageszeit, Art der Pflegehandlung, weitere Beteiligte?
 - Welches Verhalten – nonverbal und evtl. verbale Äußerungen (in wörtlicher Rede) – und welche Emotionen sind beim Bewohner/Patienten zu beobachten?
 - Welche Gefühle und Impulse löst das bei Ihnen aus?
 - Wie verhalten Sie sich in der geschilderten Situation?
- (3) Analysieren Sie die Situation unter dem Blickwinkel Ihres gerontopsychiatrischen Fachwissens und nutzen Sie auch das NDB-Modell sowie die Serial Trial Intervention (STI)
 - Welche medizinischen und pflegerischen Diagnosen sind Ihnen bekannt?
 - Aus welchem Fühlen, Erleben und Denken heraus ergeben die auffälligen/herausfordernden Verhaltensweisen einen Sinn für diesen Menschen?
 - Auf welche inneren Antriebe ist das Verhalten möglicherweise eine Antwort?
 - Bilden Sie eine Verstehenshypothese:

.....

.....

.....

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Altern als normaler Entwicklungsprozess

Zu Abschnitt 10.1 »Strukturwandel des Alters und Bilder von alten Menschen«



Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) ist ein Forschungs- und Dokumentationsinstitut für Altersfragen auf dem Gebiet der sozialen Gerontologie und Altenarbeit. Kontakt: www.dza.de (abgerufen 24.06.2023)

Sie finden umfangreiche Informationen zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit.

■ Tipp

Der **Alterssurvey** ist eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte: <https://www.dza.de/forschung/deas> (abgerufen am 24.06.2023)

DZA-Fact Sheet vom 02.Juni 2023: Aktivitäten und Potenziale älterer Menschen in Stadt und Land.

https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Aktivit%C3%A4ten_und_Potenziale_%C3%A4lterer_Menschen_in_Stadt_und_Land_DZA-Fact_Sheet.pdf (abgerufen am 24.06.2023)

Die Berliner Altersstudie (BASE)

Die Berliner Altersstudie ist eine multidisziplinäre Untersuchung (Innere Medizin und Geriatrie, Psychiatrie, Psychologie, Soziologie) alter Menschen im Alter von 70 bis über 100, die im ehemaligen Westteil Berlins lebten. Untersucht wurden die geistige und körperliche Gesundheit, die intellektuelle Leistungsfähigkeit, die psychische Befindlichkeit und die sozio-ökonomische Situation der Teilnehmenden. Die überlebenden Teilnehmer:innen wurden in Form einer Längsschnittstudie siebenmal nachuntersucht.

<https://www.base-berlin.mpg.de/de> (abgerufen am 24.06.2023)

Altern als normaler Entwicklungsprozess

Fortsetzungsstudie (BASE-II)

Die **Fortsetzungsstudie BASE-II** untersucht die körperlichen, geistigen und sozialen Bedingungen, die zu einem möglichst erfolgreichen Altern beitragen. Insgesamt werden 2.200 Berliner*innen untersucht, davon sind 1.600 zwischen 60 und 80 Jahre, und – als Vergleichsgruppe – 600 zwischen 20 und 35 Jahre alt. Die erste Untersuchungswelle begann 2009 und wurde 2015 beendet.

<https://www.base2.mpg.de/de> (abgerufen am 24.06.2023)

Info

GendAge: Aktuell wird BASE-II im Rahmen eines Verbundprojekts der Charité und der Humboldt-Universität fortgesetzt, um den Einfluss des Geschlechts auf Mechanismen der Krankheitsentstehung besser zu verstehen:

<https://www.base2.mpg.de/gendage/de> (abgerufen am 24.06.2023)

Altern als normaler Entwicklungsprozess

Zu Abschnitt 10.2 »Altern als Veränderungsprozess«



Beziehungspflege

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Frau B. und Herr M. sind beide im fortgeschrittenen Stadium demenziell erkrankt. In Folge der Erkrankung leiden beide an Sprach- und Wortfindungsstörungen. Die alte Dame und der alte Herr freundeten sich bei uns im Altenheim an. Sie redeten ein wenig miteinander, jeder in seiner eigenen »Wortwelt«. Im Aufenthaltsraum saßen sie immer nebeneinander. Wenn einer von beiden aufstand, um auf dem Gang hin- und herzulaufen, ging der andere mit. Oft sah ich die beiden Hand-in-Hand gehen.

Nach einem Umbau im Altenheim musste Frau B. im ersten Stock und Herr M. im zweiten Stock ein Zimmer beziehen. Ich plädierte immer wieder dafür, die beiden alten Menschen doch wenigstens tagsüber im Aufenthaltsraum zusammen zu setzen. Wenn ich Dienst hatte, brachte ich Frau B. und Herrn M. auch dorthin. Doch es gab Kolleginnen, die meinten, die bekämen das doch sowieso nicht mit! Es gelang mir nicht, die Kolleg:innen vom Gegenteil zu überzeugen. So wurden die gemeinsamen Tage im Aufenthaltsraum für Frau B. und Herrn M. immer seltener. Beide fielen auf der jeweiligen Station mehr und mehr durch unruhiges Verhalten auf. Sie hatten Laufphasen von mehreren Stunden. Sie gingen in fremde Zimmer, wollten nicht allein im Aufenthaltsraum sitzen. Sie klammerten sich an die Pflegekraft und riefen ›Hallo! Hallo!‹.

Bei einem Teamgespräch appellierte ich erneut an meine Kolleginnen, die beiden alten Menschen doch tagsüber im Aufenthaltsraum zusammen zu setzen, damit sie sich wieder beruhigen. Die Kolleg:innen waren einverstanden und wir probierten es, aber es war zu spät. Frau B. hatte die Beziehung zu Herrn M. verloren, sie blieb nicht mehr neben ihm sitzen und er schaute nicht mehr nach ihr. Meine Kolleginnen fühlten sich bestätigt und es kam der berühmte Satz: ›Na siehst du, das haben wir doch gleich gesagt!‹

Ich bin immer noch der Überzeugung, hätten wir nicht nur Frau B. und Herrn M., sondern auch ihre Beziehung – so wie sie war – gepflegt, hätten wir den beiden in ihrer schweren Erkrankung mehr an Geborgenheit und Sicherheit vermitteln können.«

Altern als normaler Entwicklungsprozess

Junge Menschen verlieben sich. Alte Menschen verlieben sich. Demenziell erkrankte alte Menschen verlieben sich. Wie pflegen Sie in Ihrer Einrichtung Beziehungen alter Paare?

.....

.....

.....

.....

Wie sieht es in der Altenpflege mit Toleranz und Grenzen aus, was sexuelle bzw. Nähe-Bedürfnisse alter Menschen anbelangt?

.....

.....

.....

.....

Altern als normaler Entwicklungsprozess

Zu Abschnitt 10.3 »Soziale Netzwerke im Alter«



Mein soziales Netzwerk

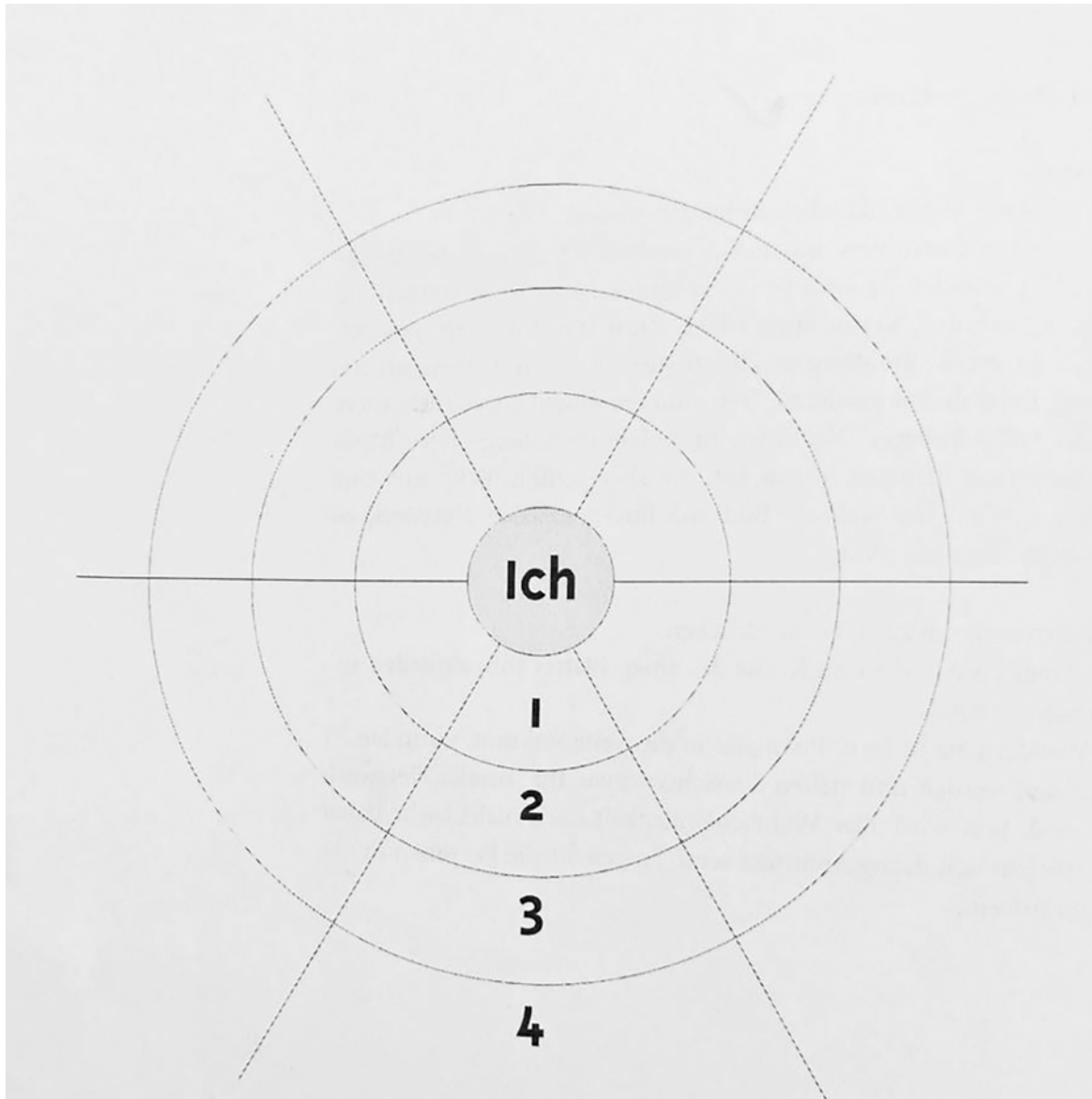
Machen Sie sich ein Bild von Ihrem aktuellen sozialen Netzwerk. Mit dem Kreisdiagramm-Instrument lassen sich anschaulich die sozialen Beziehungen eines Menschen abbilden. Je nach Grad der emotionalen Nähe werden die Bezugspersonen einem der drei Kreise zugeordnet:

- ▶ **zum inneren Kreis** gehören Menschen, zu denen die größte emotionale Nähe besteht, wie z. B. Lebenspartner, enge Verwandte, enge Freunde.
- ▶ **im mittleren Kreis** sind emotional etwas entferntere Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn zu finden.
- ▶ **im äußeren Kreis** Menschen, mit denen man zwar häufiger zu tun hat, die aber gefühlsmäßig nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Um sich ein Bild von ihrem sozialen Netzwerk zu machen, gehen Sie folgendermaßen vor:

- (1) Kreisdiagramm zweimal ausdrucken.
- (2) Tragen Sie in die drei Kreise des einen Blattes Ihre aktuellen sozialen Netzwerkpartner ein.
- (3) Wandern Sie in Ihrer Fantasie in die weite Zukunft, wenn Sie 75 oder 80 Jahre alt sein werden und stellen Sie sich vor, wie Ihr soziales Netzwerk dann aussehen wird. Wer wird aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr dabei sein, wer wird vielleicht neu dazugekommen sein? Tragen Sie die Personen in das zweite Kreisdiagramm ein.

Altern als normaler Entwicklungsprozess



- ▶ **1 = Intimste Vertraute:** Wir können über alles sprechen; die andere Person ist auch da, wenn es mir nicht gut geht.
- ▶ **2 = Freundschaftlich Nahestehende:** Wir können über vieles, auch kritische Themen, offen diskutieren; wir helfen und unterstützen einander
- ▶ **3 = Gute Bekannte:** Wir können uns gut unterhalten und auch einmal gemeinsam etwas unternehmen
- ▶ **4 = Entfernte lockere Bekanntschaften:** Wir kennen einander eher oberflächlich, wissen wenig über Privates von einander

Altern als normaler Entwicklungsprozess

Zu Abschnitt 10.4 »Leistungsfähigkeit älterer Menschen«



Wahrnehmungstempo

Testen Sie, wie es um Ihre Wahrnehmungsgeschwindigkeit und Konzentrationsfähigkeit derzeit steht.

- ▶ Notieren Sie alle weiblichen Vornamen, die Sie entdecken. Es sind über 30.
- ▶ Welche Vornamen kommen öfter vor?
- ▶ Lassen Sie sich nicht von der Menge an Buchstaben ablenken. Los geht's!

Zzgharahildeklorianasbefizeeaptnzaeiztnediem
 ariaecejkafoxghjtrzasasusannesutputenamehör
 rzuharmonikaabtibettinadögijhimargaretelamns
 galdiiiiirismehelgamatilmkatharinafglöämjsa
 nnasusannemarianneneiosnxpetramkihgddsna
 dgjjanandandreannmocicuursukjkshjäülnursula
 nmnbxbfriedanmkjvjikurtnnkvpeternbhhh
 hristabjjhfirijohannahanhsbnmmartinabdhiajko
 rokarolinekatrinnxjavebnnmymverenammanhb
 vdanielajosefnmnheptereandresnxmanuelasauj
 slajbararakslkjnelisabethnbmyncadrianammar
 ionjshjfknbfertherbertnbhldlknjhfhzitatshritax
 cbbjuliahkhkdhsfdhjdhdjjjjlk
 Karadnpljddjisabennxbnorasusbnnnchmariks

Im Alter lässt das Wahrnehmungstempo nach. Bei der fluiden Intelligenz gibt es infolge biologischer und sensorischer Veränderungen Einbußen. Mit Erfahrung lässt sich vieles wettmachen: Vielleicht arbeitet man langsamer, dafür aber genauer und mit Technik, um die weiblichen Vornamen herauszufiltern.



Fünf Empfehlungen für mentale Fitness

Die Empfehlungen gelten für Jung und Alt:

- (1) geistig aktiv bleiben und kognitives Training im Alltag
- (2) kardiovaskuläre körperliche Aktivität: Herz und Kreislauf in Bewegung bringen und für Durchblutung sorgen
- (3) hirngesunde Ernährung: Vitamin C, E, B 12; Folsäure, Antioxidantien
- (4) chronischen Stress vermeiden
- (5) dem Leben Sinn geben: spirituelle Anbindung suchen

Altern als normaler Entwicklungsprozess

Sechs Regeln zur Verbesserung der Lernkompetenz im Alter

- (1) **Selbstvertrauen aufbauen.** Erfolgserlebnisse vermitteln durch kleine Lernschritte, die sich an der individuellen Leistungsfähigkeit orientieren. Aktuelle Lebenssituation und Lerngeschichte des Einzelnen beachten. Überforderung vermeiden. Junge Altenpfleger:innen sind oft enttäuscht, wenn sie alte Menschen zu mehr Initiative und Aktivität bewegen wollen und sie nicht gleich auf die erwartete Resonanz stoßen.
- (2) **Sinnzusammenhänge herstellen.** Möglichst am Erfahrungsschatz anknüpfen, um den älteren Menschen einen Rückgriff auf bereits vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten zu ermöglichen. Voraussetzung dafür ist eine intensive Auseinandersetzung mit dem individuellen Lebensschicksal (Biografie) und den historischen Erfahrungen der älteren Generation.
- (3) **Langsamkeit entdecken.** Dies bezieht sich nicht nur auf die Wissensvermittlung, sondern auch auf die Anpassung an Veränderungen in der Lebenssituation. Beispiele: Ein Umzug ins Heim muss langfristig vorbereitet werden; an eine neue Zimmerkollegin gewöhnt man sich nicht von heute auf morgen; ein verkümmertes Aktivitätsniveau lässt sich nur langsam wieder steigern.
- (4) **Lernen wieder lernen.** Ältere Menschen machen zu wenig von Gedächtnisstützen Gebrauch. Fehlende Lern- und Gedächtnistechniken können aber wieder trainiert und somit die Schwächen beim Aneignen neuer Inhalte reduziert werden.
- (5) **Lernstoff gliedern.** Die Aufbereitung des Lernstoffes beeinflusst wesentlich den Aneignungsprozess. Je übersichtlicher und gegliederter beispielsweise eine Gruppenstunde aufgebaut ist, umso eher können die einzelnen Lernschritte nachvollzogen und eingepreßt werden. Durch Wiederholungen können geistig gesunde alte Menschen meist den gleichen Wissensstand wie jüngere Menschen erreichen.
- (6) **Motivation durch Selbstbestimmung.** Eine gute Lernmotivation hängt wesentlich von Art und Umfang der Selbstbestimmung ab. Die Einbeziehung der alten Menschen in das, was geschehen soll, ist sowohl bei Gruppenangeboten wie auch im individuellen Pflegeprozess notwendig. Daneben spielen die Rahmenbedingungen eine Rolle (wie räumliche Verhältnisse, Einsatz kreativer Medien, etc.).

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Langzeitpflege: im Heim und daheim

Zu Abschnitt 11.1.2 »Der Umzug ins Altenheim: eine psychische Krisensituation«



Einzug ins Heim und Depression

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Frau E. wurde 1927 geboren. Ein strenger Vater, eine kränkliche Mutter und harte Arbeit prägten ihre Kinder- und Jugendjahre. Als junge Frau wurde sie mit ihrem Mann aus dem Sudetenland vertrieben. Das Ehepaar fand in Bayern eine neue Heimat. Hier wurde auch ihr einziger Sohn geboren, der mit seiner Familie in der Nähe der Eltern blieb. Der Tod des Ehemanns im Jahr 1988 wurde von Frau E. als großer Verlust erlebt.

Fast 80-jährig verschlechterte sich nach einem Sturz und einer anschließenden Operation der Allgemeinzustand von Frau E. rapide. Sie war auf Hilfe angewiesen, die anzunehmen ihr sehr schwerfiel. Immer häufiger litt Frau E. jetzt unter depressiven Phasen, die sie am Sinn des Lebens zweifeln ließen. Zunehmende Verhaltensauffälligkeiten, situative Desorientiertheit und nächtliche motorische Unruhe veranlassten den Sohn, seine Mutter in einem Altenheim unterzubringen.

Zwei Tage nach dem Heimeinzug verstirbt plötzlich und unerwartet der Sohn. Der Verlust ihrer wichtigsten Bezugsperson und die fremde Umgebung lassen Frau E. in eine tiefe Krise fallen. Sie zieht sich mehr und mehr in sich zurück, wird auch zeitlich desorientiert. Sie zeigt sich misstrauisch und zurückhaltend ihren Mitmenschen gegenüber. Weder zu anderen Bewohnern noch zum Pflegepersonal nimmt sie Kontakt auf. Wenn sie angesprochen wird, wendet sie sich ab. Wir beobachten eine immer häufiger auftretende Unruhe und hören Frau E. in zusammenhanglosen Sätzen oder in Zahlen (62, 63, 64 ...) sprechen.

Frau E. äußert von sich aus weder Wünsche noch Bedürfnisse. Harn- und Stuhl-drang zeigt sie nicht an. Gefühlsäußerungen wie Weinen oder Lachen sehen wir bei ihr nicht. In manchen Situationen bemerken wir ein kleines Lächeln oder ein Schmunzeln in ihrem Gesicht.«

Langzeitpflege: im Heim und daheim

Analysieren Sie das Verhalten der alten Dame mithilfe des verhaltenstherapeutischen S-O-R-K-Schemas (s. Kap. 2, Abb. 2.2 im Buch) und bilden Sie eine Verstehenshypothese (s. Abschn. 8.6.2 im Buch).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie motivieren Sie die alte Dame zu mehr Lebensmut? Wo setzen Sie dabei an?

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Wohnen und Identität

Der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt nicht immer selbst entschieden, geplant und vorbereitet, sondern manchmal auch eher fremdbestimmt.

Langzeitpflege: im Heim und daheim

Selbsterfahrung »Heimeinweisung«

Lassen Sie folgende Äußerungen einer Gruppe von Pflegenden auf sich wirken, die im Rahmen einer Selbsterfahrung in die Rolle der Bewohner geschlüpft sind und aus dem Blickwinkel der anderen Seite spontan ihre Gefühle und Gedanken ausgesprochen haben:

»... Ich mach' in die Hose, wenn keiner kommt ... Ich will 'ne Beruhigungstablette, ... Die (zeigt auf die Gruppe der Pflegekräfte) haben wohl nichts zu tun ... Die Zwangseingewiesenen dürfen wieder raus ... Komm näher, ich hab einen warmen Pullover ... Mir wird es zu eng ... Wie lange halten wir das noch aus ... Wir haben Geduld ... Warum hat keiner Mitleid ... Wann werden wir abgeholt ... Ich will heim ... Kommt da niemand ... Die machen wohl Betriebsausflug ... Keiner kümmert sich um uns ... Die rauchen und trinken Kaffee ... Das lassen wir uns nicht gefallen ... Mir wird's zu heiß ... Mir wird's zu eng ... Nichts zu essen kriegt man hier ... Eine Erpressung ... Uns kann hier nichts passieren ... Hier bin ich sicher ... Die mögen alle was von mir – mir wird ganz übel ... Ich möcht' ein Motorrad – in deinem Alter doch nicht! ... Das regt mich auf ... Was haben die vor mit uns? ... Wir haben bloß einen Gedanken: raus ... Draußen wäre es grün... Jetzt ist finster ... Immer die gleichen ... Was sollen wir denn sonst machen außer schauen? ... Wie bestellt und nicht abgeholt ... Nicht mal 'ne Zigarette! ... Das lassen wir uns nicht gefallen! ... Wir könnten ein Spiel machen! ... Dürfen wir bald wieder raus? Ihr müsst auch rein! Ihr kommt schon auch noch dran ...«

■ Reflexion

Was brauchen Menschen, die ihr momentanes Lebensgefühl so ausdrücken? Was davon können Sie als Pflegende leisten? Wo sind Ihre Spielräume, individuell und im Team? Wo grenzen Sie sich ab? Was muss die Institution (der Träger) an Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen?

Langzeitpflege: im Heim und daheim

Zu Abschnitt 11.2 »Die Lebenswelt Heim«

Pflegeproblem oder Lebensenergie?



■ Eine Pflegekraft berichtet

»Ich beobachte Frau M. oft dabei, wie sie im Schrank und in Schubläden herum-sucht. Manchmal räumt sie Dinge hinein oder nimmt welche heraus. Wenn ich sie frage, was sie da macht, sagt sie ›arbeiten‹. Frau M. ist in ihrer aktiven Zeit eine tüch-tige Hausfrau und Gärtnerin gewesen. Durch den Umzug ins Heim hat sie plötzlich keine Beschäftigung mehr.

Essen will Frau M. gerne selbständig, obwohl sie oft allein nicht zurechtkommt. Dennoch lässt sie sich nur widerwillig helfen. Nach dem Essen legt Frau M. immer wieder ihre Stoffserviette zusammen. Wenn man ihr die beschmutzte Serviette weg-nehmen will, um sie in die Wäsche zugeben, sagt sie: ›Das ist meine! Die wasch' ich selber‹ und zieht sie weg.«

Handelt es sich hier um ein Pflegeproblem oder um gezeigte Lebensenergie? Begründen Sie Ihre Position.

.....

.....

.....

.....

Langzeitpflege: im Heim und daheim



Lebensweltorientierung und Person-zentrierung

Sinnvolle Betätigung bringt Leben ins Leben

Die alte Dame ist nachts häufig unruhig suchend im Wohnbereich unterwegs. Die diensthabenden Pflegekräfte kennen ihre biografisch verankerten Antriebe (s. Grundbotschaft in der SIS®) und wissen daher, dass sie gerne saubermacht. Der Bitte um kollegiale Unterstützung bei der Reinigung von Pflegestühlen kommt sie daher meistens gerne nach. Und nach getaner Arbeit geht sie zufrieden wieder ins Bett.



© Anne-Christina Wirsing

Langzeitpflege: im Heim und daheim

Natur bringt Leben ins Leben



© Anne-Christina Wirsing

Kinder bringen Leben ins Leben



© Anne-Christina Wirsing

Langzeitpflege: im Heim und daheim

Diskutieren Sie in Ihrer Lerngruppe oder im Arbeitsteam die Grundlagen milieutherapeutisch inspirierter Pflege und die zehn Grundsätze der Eden-Alternative (s. Abschn. 11.2.3 im Buch).

.....

.....

.....

.....

.....



Erfahrungsbericht einer Angehörigen während der Corona Pandemie im Februar 2021

Ein alter Herr mit FFP2-Maske klopft an das Fenster der beschützenden Station für Menschen mit Demenz. Eine alte Dame steht hinter dem Fenster.

Er: Ich habe dir einen Kuchen gebracht!

Sie: Ich versteh nix.

Er: Einen Kuchen, einen Käskuchen, ich habe ihn bei der Schwester abgegeben.

Sie: Was sagst du?

So geht das eine Weile hin und her. Eine Pflegekraft kippt schließlich von innen das Fenster, der alte Mann wiederholt, was er gesagt hat. Vielleicht hat die Dame jetzt verstanden. »Lass es dir schmecken« und »bis zum nächsten Mal« ruft er. Ich komme mit dem Herrn ins Gespräch, da ich als Besucherin vor dem Eingang der Pflegeeinrichtung auf das Ergebnis meines Corona Schnelltestes warte. Der Herr erzählt mir, dass er nur einmal die Woche für eine halbe Stunde seine Frau besuchen dürfe. Sein Wohnort sei 12km entfernt. Er komme aber dennoch jede Woche ein zweites Mal, um für sie ein Stück Kuchen abzugeben. Sie habe immer so gern Käsekuchen gegessen. Der Besuchstermin bei meinen Eltern, den ich vor Tagen vereinbart habe, beginnt. Ich bin wie in den Jahren zuvor gerne die 430 km von meinem Wohnort zu ihnen gefahren. Nach mehreren Monaten Besuchsverbot ist es das erste Wiedersehen mit ihnen. Eine halbe Stunde ist erlaubt. Einmal pro Woche. Beide Eltern sind zweimal geimpft. Mein Corona Schnelltest ist negativ. Zwei Unterschriften habe ich geleistet, mir die Hände desinfiziert, ich trage eine FFP2-Maske. Das Wetter ist schön, ich darf mit den Eltern ins Freie. Wir werden einen kleinen Spaziergang an den Fluss machen. Die Mutter im Rollstuhl, der Vater langsamen Schrittes am Stock gehend, gebeugt. Er braucht für die kurze Strecke fast

Langzeitpflege: im Heim und daheim

10 Minuten, hat schon die nächstgelegene Bank am Flussufer im Blick, um sich etwas auszuruhen.

Ein junger Mann, der dort rauchend sitzt, nimmt sein Ansinnen wahr, steht sofort auf und macht Platz für den Hochbetagten. Sagt noch zu ihm, der sich entschuldigend bedanken will: Das ist doch selbstverständlich, ich habe Respekt vor dem Alter. Der alte Mann war 17, als er in russische Kriegsgefangenschaft geriet. Entlassen wurde er 4 Jahre und 4 Monate später. Vater genießt die Ruhe, die Sonne. Währenddessen fahre ich Mutter im Rollstuhl auf dem Gehweg – in der Nähe des Vaters bleibend – spazieren. Ich weiß, dass sie das beruhigt. Mutter war 15, als sie aus ihrer Heimat vertrieben wurde. Die vielen Ängste, die sie in ihrer Demenz so oft plagten, lassen nach, wenn sie mit mir über ihre Gedankenwelt plaudern kann. Die halbe Stunde Besuchszeit geht zu Ende. Vater, zeitlebens pünktlich, bittet. Wenigstens noch ein paar Minuten sitzen bleiben dürfen. Es tue so gut, mal wieder draußen zu sein. Auf den ruhigen Fluss schauen zu können. Mutter weint, als wir den Rückweg, antreten. »Was? Ist die Zeit schon vorbei? Warum müssen wir schon wieder zurück?«

Ich begleite die Eltern ins Seniorenheim und verabschiede mich. Nach knapp 40 Minuten gemeinsam verbrachter Lebenszeit. Vater ist 93, Mutter 90 Jahre alt. Ein weiterer Besuch in derselben Woche ist verboten.

Langzeitpflege: im Heim und daheim

Zu Abschnitt 11.4 »Abschiednehmen – Trauern«



Verlust von Fähigkeiten

Trauer bezieht sich nicht nur auf den Abschied von Menschen (Trennung, Tod), sondern auch auf den Verlust von Fähigkeiten.

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Frau P. lebt seit einem Jahr bei uns im Heim. Bis vor zwei bis drei Wochen konnte sie sich noch morgens und vor dem abendlichen Zubettgehen selbständig waschen. Nach einem kleinen Schlaganfall kommt sie damit nicht mehr alleine zurecht und ist auf unsere Hilfe angewiesen. In ihrem Verhalten uns gegenüber schwankt sie zwischen Abwehr und Deprimiertheit.«

Stellen Sie sich vor, Sie könnten sich nicht mehr selbst waschen. Welche Gefühle würde dies bei Ihnen auslösen?

.....

.....

.....

Was würden Sie sich wünschen, wie andere damit umgehen?

.....

.....

.....

Intervention: Wie würden Sie solche Gefühle und Bedürfnisse ansprechen?

.....

.....

.....

Langzeitpflege: im Heim und daheim



Sichere Orte für den Verstorbenen

Helfer:innen können Trauernde bei der Suche nach einem sicheren Ort für den verstorbenen Menschen unterstützen. Konkrete Orte in der äußeren Realität wie Grab, Friedhof, Sterbestelle, frühere gemeinsame Aufenthaltsorte.

- ▶ **Erinnerung als sicherer Ort.** Oder: Wenn ich mich an dich erinnere, bist du bei mir.
- ▶ **Der eigene Leib als sicherer Ort.** Oder: Ich spüre dich in meinem Herzen.
- ▶ **Familiensystem als sicherer Ort.** Oder: Du hast einen guten Platz bei uns.
- ▶ **Natur und Symbole als sichere Orte.** Oder: Du bleibst bei mir in den Bäumen, im Wind und in den Sternen.
- ▶ **Spirituelle Symbole und religiöse Bilder als transzendente sicher Orte.** Oder: Du bist aufgehoben im Unendlichen.
- ▶ **Die Beziehung in Liebe als sicherer Ort.** Oder: In meiner Liebe zu dir bist du mir nahe.

(Nach: Kachler, R. (2005). Meine Trauer wird dich finden. Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit. Kreuz Verlag.)



Versöhnliche Sätze und Lösungssätze

Versöhnung ist ein Zaubewort für die Trauerarbeit. Ob es die Klärung der Beziehung zu einem nahe stehenden toten Menschen, zu einem geschiedenen Partner oder in einer anderen Trennungssituation anbelangt. Bert Hellinger hat in seinem Buch »Ordnungen der Liebe« (1995) einige lösungsorientierte und versöhnliche Sätze aufgelistet.

- ▶ Ich hab Dir noch was zu sagen.
- ▶ Bitte vergib mir.
- ▶ Ich verzeihe Dir.
- ▶ Ich kann Dir noch nicht verzeihen.
- ▶ Ich bewahre das in meinem Herzen.
- ▶ Ich nehme mit Schmerzen Abschied.
- ▶ Meine Wut ist verflogen.
- ▶ Ich danke Dir.
- ▶ Ich habe überlebt.
- ▶ Jetzt bin ich erwachsen.
- ▶ Ich übernehme Verantwortung für mein Leben.
- ▶ Ich bin kein Kind mehr.
- ▶ Ich bin stark genug, ich kann überleben.
- ▶ Du bist tot, ich lebe noch ein bisschen, dann sterbe ich auch.
- ▶ Ich verzeihe mir.

(Nach: Hellinger, B. (1995). Ordnungen der Liebe. Ein Kurs-Buch. Heidelberg: Carl-Auer.)

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Zu Abschnitt 12.1 »Angehörige pflegen Angehörige«



Assoziationen zu Angehörigen

Die Reaktionen Angehöriger sind ein Versuch, ihre belastende Situation zu meistern.

Assoziationen von Pflegenden zum Thema »Angehörige«

.... übereifrig, falsche Versprechungen, Unterstellungen, gleichgültig, keine Zeit, Vorwürfe, Forderungen, bewerten, vereinnahmend, bestimmend, kritisieren, Kontrolle, Geld, Streit, Misstrauen, ausspielen, Widerstand, Rechtfertigung, Vorsicht, Bevormundung, Konflikt, Bewunderung, Familienzweist, Macht, Entmündigung, Heimzahlen, Vertrauen, hilfreich, zuvorkommend, Respekt, dankbar, neugierig, freundschaftlich, ehrlich, Unterstützung, Empfehlungen, Intimsphäre, gemeinsam, Zusammenarbeit, Anerkennung, Zusammenhalt, Partnerschaft, Lob, Unterstützung, Halt, Sorgen, Liebe, Sehnsucht, Beschwerden, belastend, ausgebrannt, selber krank, Abschied, Unwissenheit, Trauer, Angst, Aggression, Schuldgefühle, Eifersucht, Verlust, Enttäuschung, Besorgnis, Ärger, schlechtes Gewissen, Frust, Überforderung, Depression, Resignation, Gespräche, Hilflosigkeit, Gebunden-Sein, Unsicherheit, Wut, Auseinandersetzung, Anerkennung, Verantwortung, Anspannung, Beziehung, Bereicherung, Verzweiflung, Freude, Lachen, empfindlich, Weinen, Scham, veränderte Rangordnung, Wiedergutmachung, Geldsorgen, Grenzerfahrung, Rache, engagiert, großzügig, nervig, verständnisvoll, gesprächsbereit, schwierig, delegierend, sehr fordernd, dankbar, übermotiviert, überbehütend, wissen alles besser, kooperativ, Hilfe suchend, interessiert ...

Sortieren Sie die Assoziationen von Pflegenden zum Thema »Angehörige« nach folgenden drei Kategorien:

- ▶ Gefühle, die bei den Beteiligten auftreten können.
- ▶ Lösungsversuche, die zu Konflikten zwischen den Beteiligten führen.
- ▶ Lösungen, die zu partnerschaftlicher Zusammenarbeit der Beteiligten führen.



Reflexion zur filialen Reife

Nehmen Sie sich die Zeit für einen Blick auf Ihre Herkunftsfamilie. Jemand, der lebensälter ist, wird die folgenden Fragen aus einer anderen Perspektive beantworten als jemand, der vielleicht noch im Elternhaus wohnt. Suchen Sie nach Antworten und notieren Sie sich wichtige Erkenntnisse.

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Wem fühle ich mich besonders verbunden?

.....

.....

.....

Welche ungestillten Bedürfnisse habe ich (noch)?

.....

.....

.....

Fühle ich mich innerlich unabhängig und erwachsen?

.....

.....

.....

Empfinde ich eine Balance zwischen Geben und Nehmen?

.....

.....

.....

Bin ich im Reinen mit dem, was war und was ist?

.....

.....

.....

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Zu Abschnitt 12.2 »Ambulanter Pflegedienst und Angehörige«



Hundertprozentige Pflege

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Herr D. pflegt seine Frau seit ca. 15 Jahren. Sie leidet an Parkinson und Demenz. Herr D. schimpft über die Schwestern seiner Frau, keine Hilfe und wenn sie zu Besuch kämen, dann setzten sie sich zwei Stunden ans Bett, anstatt mal zu bügeln, Fenster zu putzen oder Essen zu bringen. Aus seinen früheren Erzählungen konnte ich heraushören, dass seine Schwägerinnen anfangs schon helfen wollten, Herr D. aber die Hilfe nicht annahm. Keine konnte es ihm recht machen. Auch wenn seine Frau im Krankenhaus war (weil es nicht mehr anders ging), konnte keine professionelle Schwester richtig lagern, verbinden, absaugen etc. Er konnte alles besser. Wir von der ambulanten Pflege haben uns gut abgesprochen. Jede macht die gleichen Handgriffe und er ist zufrieden mit uns. Er mag es, wenn Schüler dabei sind, die fragt er aus. Er hat sich in den Jahren der Pflegebedürftigkeit seiner Frau viel informiert und gelesen. Er pflegt seine Frau hundertprozentig.«

Wie reagieren Sie, wenn jemand über einen abwesenden Beteiligten schimpft?

.....

.....

.....

.....



Belastungen pflegender Angehöriger

■ Tipp

Im Pflegereport 2016 liefern Gräßel und Behrndt (S. 169–187) eine informative Übersicht über die Belastungen pflegender Angehöriger und mögliche Entlastungsangebote. Es lohnt sich hineinzulesen, wenn Sie sich als Pflegefachkraft in der ambulanten Altenpflege für die Zusammenarbeit mit Angehörigen noch besser rüsten möchten.

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Link: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produnkte/Buchreihen/Pflegereport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2016_gesamt.pdf (abgerufen am 24.06.2023)

Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen

Für die Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen ist es ambulant Pflegenden hilfreich, die S3 Leitlinie »Pflegerische Angehörige von Erwachsenen« der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) zu kennen. Eine Überprüfung/Überarbeitung ist für 7/2023 geplant.

■ Tipp

Im Anhang der Leitlinie finden Sie auch die Häusliche Pflegeskala (HPS, nach Gräßel, E. 1993), die zur Einschätzung des empfundenen Ausmaßes der Belastung pflegender Angehöriger empfohlen wird.

Link: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-006l_S3_Pflegerische-Angehorige-von-Erwachsenen_2019-03.pdf (abgerufen am 28.06.2023)



Grundfragen der Auftragsklärung – Übersicht zum Ausdrucken

Grundfragen der Auftragsklärung, mit denen man bei einer Beratung Angehöriger systemische Zusammenhänge im Auge behält.

Grundfragen der Auftragsklärung	Beispiel	Umkehrungen der Grundfragen	Beispiel
Wer will was?	Wer ist mein Auftraggeber? Ist es der, der vor mir sitzt oder ein anderer?	Wer will nichts?	Ist mein Gegenüber vielleicht gar kein Rat- oder Pflege-suchender?

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Grundfragen der Auftragsklärung	Beispiel	Umkehrungen der Grundfragen	Beispiel
Von wem?	Bin ich es überhaupt (bzw. der ambulante Dienst), der hier angefragt ist?	Von wem nicht?	Welche Anbieter halten sich irrtümlicherweise für angesprochen?
Ab wann?	Gibt es jetzt schon einen Auftrag für mich?	Wann noch nicht?	Ist es für eine Beratung zu einer längerfristig sinnvollen Maßnahme wie z. B. Heimumzug noch zu früh?
Bis wann?	Ist es schon zu spät?	Wann nicht mehr?	Ist die Nachfrage bereits erloschen?
Wie viel?	Wie viel an pflegerischer Dienstleistung ist gewünscht?	Was nicht?	Welche Dienstleistungen/Angebote meinerseits sind vielleicht nicht gewünscht?
Wozu?	Was genau soll hier zu welchem Endzweck gemacht werden? Was soll letztlich dabei herauskommen?	Wozu nicht?	Über welche Zielsetzung besteht eventuell gar keine Vereinbarung?
Mit wem?	Wie einig oder uneinig sind sich verschiedene Beteiligte untereinander bezüglich der gewünschten Dienstleistung?	Gegen wen?	Will mich ein Beteiligter in eine Koalition gegen einen anderen Beteiligten verwickeln?

(Nach: v. Schlippe, A. & Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.)

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Zu Abschnitt 12.3 »Heimbewohner:innen und ihre Angehörigen«



■ Eine Pflegekraft berichtet

»Frau L. kommt auf mich zu: ›Bitte setzen Sie meinen Mann auf den Toilettenstuhl, er muss Stuhlgang machen.‹ Ich: ›Er war schon vor einer Stunde auf dem Toilettenstuhl und hat sehr gut abgeführt.‹ Frau L.: ›Ja, ich merke doch aber, dass er noch muss.‹ Ich: ›Warten Sie einen Moment, ich muss noch eine Kollegin holen, die mir hilft.‹ Frau L.: ›Ja, aber ich kann das doch machen, dann geht es schneller.‹ Ich: ›Es wäre mir lieber mit einer Kollegin, da Ihr Mann kaum noch selbst steht und man etwas Kraft dazu benötigt, und es soll ja auch unfallfrei und sicher funktionieren.‹ Frau K.: ›Ja, ich habe das doch schon oft gemacht . . .‹

Meine Frage: Wie kann ich die Ehefrau davon abbringen, dass sie immer meint, er muss auf die Toilette, obwohl er schon morgens Stuhlgang hat und diese Mittagstoilettengänge stets auch ohne Erfolg sind? Wie kann ich ihr begreiflich machen, dass sie nicht helfen muss, ohne sie zu verletzen?«

Wie beraten Sie Ihre Kollegin?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege



Wo und wie werden Angehörige in den Pflegeprozess eingebunden? Erfahrungsaustausch in der Lerngruppe.

Leitfragen:

- ▶ Wie viele Menschen werden in Ihrer Einrichtung (Praktikum bzw. Ausbildungsbetrieb) gepflegt? Wie viele davon sind schätzungsweise an einer Demenz erkrankt?
- ▶ Kommen viele oder wenige Angehörige persönlich in die Einrichtung? Sind das Ehepartner:innen, Geschwister, (Schwieger-) Töchter, (Schwieger-) Söhne, sonstige Verwandte, Freund:innen?
- ▶ Wie oft kommen Angehörige? An bestimmten Tagen? Morgens? Mittags? ... Wenn ja, werden auch Pflegeaufgaben von Angehörigen übernommen? Wie oft? Eher selbstverständlich oder nach Absprache mit den Pflegekräften?
- ▶ Werden Angehörige regelmäßig/in bestimmten Abständen über die aktuelle Situation des zu Pflegenden informiert? Wenn ja, auf welchem Weg?
- ▶ Gibt es Einladungen zu Gesprächen, telefonische Kontakte, die von der Einrichtung ausgehen, auch außerhalb von Krisensituationen?
- ▶ Wie reagieren die Pflegenden/wie handeln sie konkret, wenn Angehörige unangemeldet erscheinen und um ein Gespräch bitten?
- ▶ Werden regelmäßig individuelle Sprechzeiten für Angehörige angeboten?
- ▶ Gibt es spezielle Ansprechpartner:innen bei den Pflegekräften für Angehörige?

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Zu Abschnitt 12.4 »Psychodynamik beim professionellen Pflegen«



Drei Fallbeispiele für die kollegiale Fallberatung

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Meine Kollegin kommt zum Spätdienst. Sie sagt, dass sie gleich zur Bewohnerin Frau D. geht, weil heute am Samstag die Tochter kommt, die sich immer beschwert. Kurze Zeit später, wie so oft, kommt die Tochter ins Stationszimmer und sagt vorwurfsvoll: ›Meine Mutter hat keine Zähne im Mund.‹ Ich: ›Ihre Mutter wollte heute keine Prothese im Mund haben.‹ Tochter: ›Hier arbeitet doch qualifizierte Pflege, wieso klappt es dann nicht mit den Zähnen?‹ Ich: ›Ihre Mutter will sich heute die Prothese nicht einsetzen lassen, sie kneift auch fest den Mund zu und man kann Ihrer Mutter doch nicht wehtun oder sie zwingen.‹ Tochter: ›Das kann ich nicht verstehen‹ und wendet sich abrupt ab und lässt mich stehen.

Meine Frage: Vielleicht hätte ich auf die Vorwürfe nicht eingehen sollen? Vielleicht hätte ich sagen sollen, dass ich mit der schnippischen und vorwurfsvollen Art Probleme habe?«

Wie beraten Sie die Kollegin?

.....

.....

.....

.....

.....

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Es ist ca. 11.30 Uhr und ich komme in die Wohnung, um eine pflegebedürftige Frau ins Bett zu bringen. Sie wird auch von ihrem Bruder mit versorgt, der sehr kritisch ist. Dieser befindet sich gerade in der Wohnung. Als ich die Türe aufschließe, schreit er mir entgegen: ›Wenn das noch einmal passiert, könnt ihr was erleben, dann nehmen wir eine andere Sozialstation!‹ Ich: ›Herr H., was meinen Sie denn?‹ ›Es hat gestern Abend jemand mit Stuhlgang beschmierte Wäsche in den Wäschesack gegeben.«

Meine Frage: Wie kann ich mich besser schützen vor Aggression oder darauf reagieren? Wie kann ich das ›ungute Gefühl‹ besser verarbeiten?«

Wie beraten Sie die Kollegin?

.....

.....

.....

.....

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Ich sehe Frau M. auf mich zukommen und denke mir, oh weh, was ist heute schon wieder. Sie sagt: ›Ich gehe mich beschweren, meine Mutter hat einen anderen Pulli an, als ich gestern Abend hergerichtet habe. Das macht mir die Schwester V. zu Fleiß. Ich lasse mir das nicht mehr gefallen. Der Pulli liegt jetzt wieder im Schrank.« (Ich dachte mir: Der können wir es nie recht machen). ›Und meiner Mutter wurde diese Woche nur ein Mal die lange Hose gewechselt, das geht doch nicht. Ich gehe morgen zur Heimleitung und beschwere mich.« Wir können es ihr nie recht machen und haben Erfahrungen, dass die SL und HL zu ihr immer sagen, sie solle gleich immer kommen und aufpassen, wenn was nicht in Ordnung ist. Sie mischt sich bei anderen Bewohnern ein und setzt das Personal unter Druck. Wenn man nicht gleich den roten Teppich ausrollt, geht sie gleich zum Chef. Viele meiner Kolleg:innen bekamen wegen ihr schon Abmahnungen wegen Lappalien oder Falschaussagen.«

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Wie beraten Sie die Kollegin?

.....

.....

.....

.....

.....



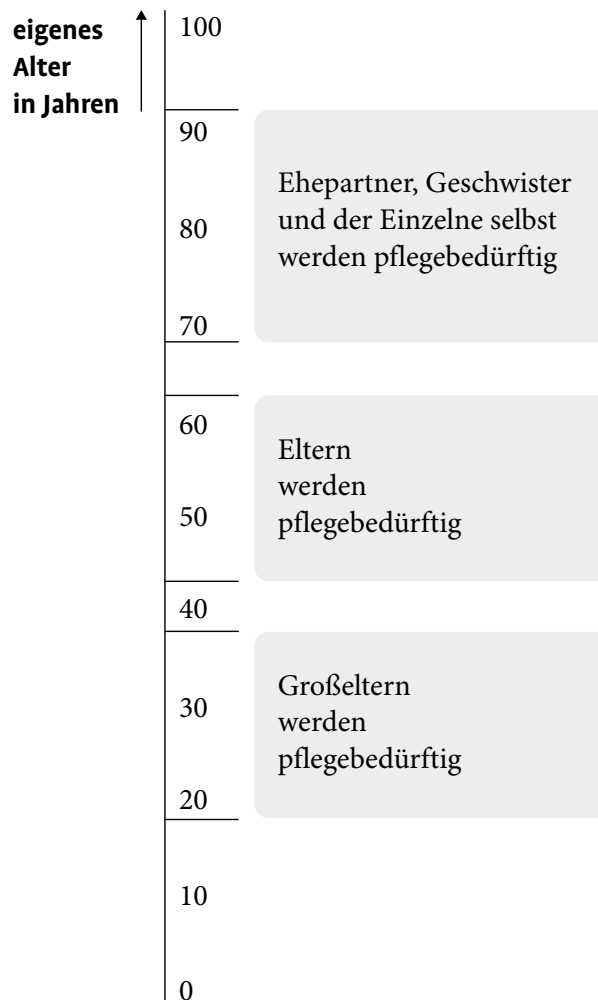
Hilfreiche Grundhaltungen im Kontakt mit Angehörigen

- ▶ Angehörige ermutigen, dass zwiespältige Gefühle (Ambivalenzen) normal sind und ausgedrückt werden dürfen,
- ▶ Würdigung und Anerkennung des ambivalenten Verhaltens bei Entscheidungsfragen (Hin- und Hergerissen sein),
- ▶ Angehörige zu autoritär-fürsorglicher Haltung ermutigen, zum (Selbst-)Schutz sicher und liebevoll Grenzen setzen,
- ▶ Allparteilichkeit gegenüber Familienmitgliedern wahren: Es gibt keine Schuldigen, sondern nur Beteiligte,
- ▶ Reframing: mit einem anderen Blickwinkel auf konflikthafte Verhalten schauen,
- ▶ Wertschätzung und noch mal Wertschätzung für das Verhalten von Angehörigen,
- ▶ aus Machtkämpfen aussteigen und gewohnte Muster unterbrechen,
- ▶ konkrete Informationen über Krankheitsprozesse (z. B. Demenz) geben, das erleichtert Angehörigen die Akzeptanz,
- ▶ Auftragsklärung und Rollenklärung immer wieder überprüfen,
- ▶ eigene Grenzen und die der Angehörigen beachten.

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege



Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit im eigenen Lebensfluss



- ▶ Markieren Sie in der Zeitlinie zunächst Ihr eigenes Alter.
- ▶ Gibt es an dieser Stelle in Ihrem Lebensfluss schon Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie/Schwiegerfamilie? Wenn ja, welche?
- ▶ Rücken Sie jetzt um zehn Jahre nach vorne und markieren Sie das Alter, das Sie dann haben werden. Könnte es nun einen Pflegebedarf in der Familie geben? Wer würde den übernehmen? Spielt es eine Rolle, ob Sie Einzelkind sind oder die Älteste/Mittlere/Jüngste von mehreren Geschwistern? Wie wären wohl die Erwartungen der Angehörigen?
- ▶ Rücken Sie jetzt noch einmal zehn Jahre im Lebensfluss nach vorne. Wie könnte dann die Situation sein? Welche Auswirkungen auf Ihr berufliches Selbstverständnis und Ihren Umgang mit Angehörigen im Pflegealltag können Sie sich vorstellen? Wie prägen Ihre beruflichen Erfahrungen Ihre Erwartungen an das eigene Altern?

Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege

Zu Abschnitt 12.4 »Psychodynamik beim professionellen Pflegen«



Konfrontation mit Beschwerden

■ Eine Pflegekraft berichtet

»Ich sehe Frau M. auf mich zukommen und denke mir, oh weh, was ist heute schon wieder. Sie sagt: ›Ich gehe mich beschweren, meine Mutter hat einen anderen Pulli an, als ich gestern Abend hergerichtet habe. Das macht die Schwester V. mit Absicht. Ich lasse mir das nicht mehr gefallen.‹ Der Pulli liegt jetzt wieder im Schrank. (Ich dachte mir: Der können wir es nie recht machen). ›Und meiner Mutter wurde diese Woche nur einmal die lange Hose gewechselt, das geht doch nicht. Ich gehe morgen zur Heimleitung und beschwere mich.‹ Sie mischt sich auch bei anderen Bewohnern ein und setzt das Personal unter Druck.«

Fünf Personen sind beteiligt: Tochter, Mutter, Pflegekraft V., Heimleitung und die Fallschilderin.

Welche Bande verbinden die Beteiligten?

.....

.....

Wie verhindern Sie eine weitere Verstrickung?

.....

.....

Welche innere Haltung ist für die Pflegenden hilfreich? Formulieren Sie eine deeskalierende Antwort.

.....

.....

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst

Zu Abschnitt 13.2 »Stress und Stressbewältigung«



■ Tipp • Selbsttest Stressprofil

Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen bietet auf ihrer Website unter dem Titel »Mein persönliches Stressprofil« einen kurzen Test mit 24 Fragen, der einige Hinweise zu den persönlichen Stressmustern liefert. Es ist zwar kein wissenschaftlicher Test, die Auseinandersetzung mit den Fragen und dem Ergebnis bietet Ihnen jedoch einige Denkanstöße.

Link: https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/Sonderschriften/Stressprofil_2016.pdf (abgerufen am 24.06.2023)

Drucken Sie den Text aus, füllen Sie ihn aus, werten Sie ihn aus und reflektieren Sie die Ergebnisse in Ihrer Lern- oder Arbeitsgruppe.

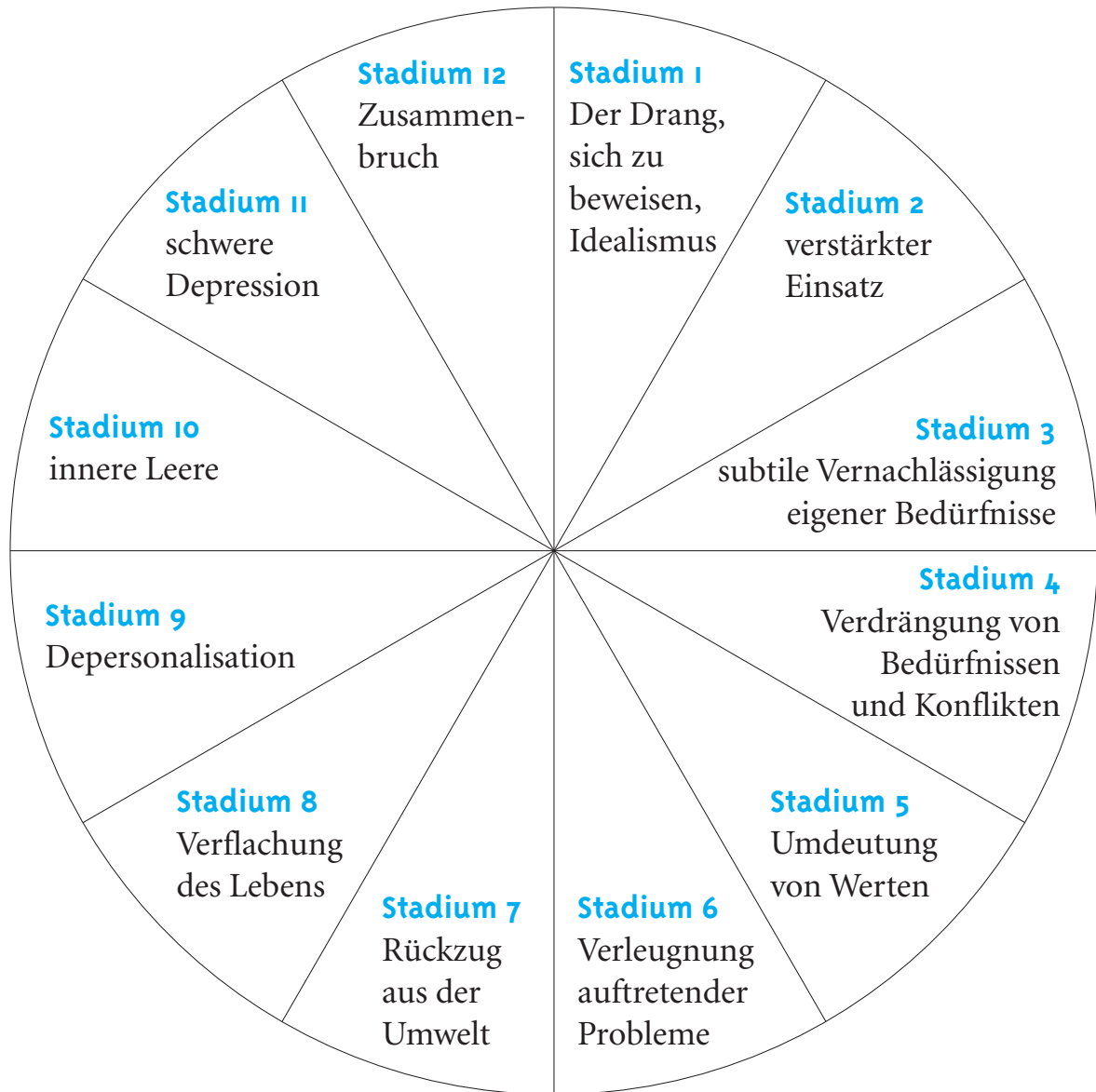
Zu Abschnitt 13.3 »Burn-out und Coo-lout: Wenn die heiße Liebe zum Beruf erkaltet«



Burn-out-Zyklus

Der Burn-out-Zyklus nach Freudenberger (1992) veranschaulicht zwölf Stadien des Burn-out, wobei diese Stadien nicht immer genau in dieser Reihenfolge auftreten. Er ist eine Art Kompass zur Orientierung, ob – und wenn ja wo – man sich im Teufelskreis der Burn-out-Entwicklung befindet.

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst



Aus: Freudenberger, H. & Noth, G. (1992). Burnout bei Frauen. Frankfurt: Krüger.

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst

Zu Abschnitt 13.4 »Burn-out vermeiden und Resilienz stärken«



Pausen

Meiner Erfahrung nach werden Pausenzeiten gerade im Pflegeberuf zu wenig zum Abschalten und zur Selbstpflege genutzt. Dabei gehört es zu einer kompetenten Psychohygiene, die eigenen Bedürfnisse wahr- und ernstzunehmen und Pausen erholsam zu gestalten (s. Abschn. 3.4.1 im Buch). Karlheinz A. Geißler, der renommierte Zeitforscher, hat wegweisende Impulse zu einem gesunden Umgang mit der Zeit gegeben. Lassen Sie folgendes Zitat aus seinem wunderbaren Buch »Lob der Pause. Von der Vielfalt der Zeiten und der Poesie des Augenblicks« (absolut lesenswert) auf sich wirken und sinnieren Sie über Ihre eigene derzeitige Praxis der Pausengestaltung nach:

»Pausen sind in der Zeit, was Bänke im öffentlichen Raum sind. Pausen sind – mal arrangiert, mal erzwungen – Gelegenheiten zum Abstand gewinnen, Anlässe sich auszuruhen, neue Kräfte zu sammeln, sich neu zu orientieren und mit Personen in Kontakt zu kommen. Pausen sind Zeiträume des Nach- und Vorausdenkens, sie regen zu gedanklichen Spaziergängen, zum Phantasieren und Träumen an und erlauben das Abschalten und Verarbeiten. Kurzum, Pausen machen, wie Christian Morgenstern es in amüsant unterhaltsamen Versen beschreibt, die Bretterwand zum ›Lattenzaun mit Zwischenraum hindurchzuschauen‹.«

(Geißler, A. (2012). Lob der Pause. Von der Vielfalt der Zeiten und der Poesie des Augenblicks. München: oekom. S. 130)

Reflektieren Sie diesen Text (auch in Ihrer Lern- und Arbeitsgruppe)
 Was sind Pausen für Sie? Und für Ihre Kolleg:innen?

.....

.....

.....

.....

Wo und mit wem verbringen Sie üblicherweise Ihre Pausen?

.....

.....

.....

.....

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst



Der Atem – Schlüssel zur Gesundheit

Atmen ist Geben und Nehmen, ist lebensnotwendiger Austausch zwischen innen und außen. Wenn dieses Wechselverhältnis gestört wird, gerät der Mensch aus seinem Gleichgewicht.

Atmen hat viel mit Rhythmus zu tun. Hektik und Belastungen führen zu Rhythmusstörungen, der Mensch kommt aus dem Takt und Gleichgewicht.

Die Atemkurve eines Menschen ist sehr individuell und ändert sich ständig, da alle Vorgänge im Organismus auf den Atemrhythmus Einfluss nehmen. Von Natur aus haben wir einen dreiteiligen Atemrhythmus:

Ausatmen – Pause – Einatmen. Angestrengte oder gehetzte Menschen haben oft nur einen zweiteiligen Atemrhythmus: Es fehlt die besinnliche Atempause.

Legen Sie den Schwerpunkt des Atmens auf das Ausatmen und die Pause, das Einatmen ergibt sich dann von selbst.



Testen Sie Ihre Atmung

Mit dem folgenden Atemtest können Sie überprüfen, wie viel Lungenvolumen Sie haben, wie elastisch Ihre Lunge ist und wie frei die Nasenatmung.

(1) Wie lange können Sie den Atem anhalten?

Atmen Sie 2- bis 3-mal tief aus und ein. Halten Sie nun die Luft an und beobachten Sie, wie lange die Luft mit Leichtigkeit gehalten werden kann. Bei einem gesunden Erwachsenen beträgt die Zeit etwa 30 Sekunden.

(2) Wie elastisch ist Ihre Lunge beim Atemstoß?

Atmen Sie 2- bis 3-mal tief aus und ein. Blasen Sie dann mit einem kräftigen Atemstoß eine Kerzenflamme aus. Bei einem gesunden Erwachsenen beträgt der Abstand, in welchem die Kerze noch ausgeblasen werden kann, in etwa die eigene Armlänge.

(3) Können Sie durch beide Nasenlöcher frei atmen?

Atmen Sie durch das linke Nasenloch aus und ein, während Sie das andere Nasenloch zuhalten. Tun Sie das etwa 30 Sekunden lang. Dann wechseln Sie: Halten Sie das linke Nasenloch zu und atmen Sie 30 Sekunden durch das rechte ein und aus.

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst



Atemübungen für den Alltag

- ▶ **Fingerkuppenatmung:** Drücken Sie für die Dauer von 7–10 Atemzügen alle zehn Fingerkuppen gegeneinander. Sie werden spüren, dass eine tiefe und den ganzen Körper ausfüllende Atmung entsteht.
- ▶ **Dampf ablassen:** Um die Atemwege zu reinigen, die Elastizität der Lunge zu steigern und die Atemmuskulatur zu aktivieren.
 - Stellen Sie sich bequem hin, die Füße schulterbreit auseinander, die Knie leicht gebeugt.
 - Beugen Sie sich dann langsam nach vorne und atmen Sie dabei die ganze Atemluft vollständig und mit Genuss aus. Die Beine sind gestreckt, aber nicht durchgestreckt. Die Arme hängen locker nach unten.
 - Richten Sie sich dann wieder langsam, wie in Zeitlupe, Wirbel für Wirbel nach oben auf. Atmen Sie dabei langsam ein.
 - Halten Sie den Atem an. Lassen Sie Ihren Oberkörper dann spontan nach vorne hinunterfallen. Dabei stoßen Sie klar und deutlich ein »pf« aus und schütteln beide Arme und Schultern kräftig aus.
 - Atmen Sie nun langsam und bewusst durch die Nase ein und richten Sie dabei die Wirbelsäule wieder Wirbel für Wirbel, in Zeitlupe, auf. Danach entspannen Sie im Stehen, atmen ein und aus und spüren kurz in Ihren Körper. Wiederholen Sie diese Übung einige Male.

Stress und Atmung

Unter Anspannung und Stress verändert sich bekanntlich unsere Atmung. Wir atmen dann eher schneller und flacher.

■ Tipp

Unter dem folgenden Link zur Sendung *odysso – Wissen im SWR* finden Sie sehr anschaulich die psychischen und physiologischen Zusammenhänge zwischen Stress und Atmung erklärt (bis 14.7.2027 abrufbar).

Link: <https://www.ardmediathek.de/video/odysso-wissen-im-swr/wie-stress-unsere-atmung-veraendert/swr/Y3JpZDovL3N3ci5kZS9hZXgvczE2ODkyOTc> (abgerufen am 24.06.2023)

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst

Die Energiesäule

Eine sehr wirkungsvolle kurze Meditation, die sich ohne Weiteres in den Arbeitsalltag einbauen lässt. Nimm dir dafür 3 Minuten Zeit.

- ▶ Setze dich gerade hin auf einen Stuhl.
- ▶ Der Rücken ist aufgerichtet.
- ▶ Die Schultern sind entspannt.
- ▶ Der Kopf ist aufrecht.
- ▶ Atme aus deiner Mitte.
- ▶ Eine Energiesäule fließt durch deine Wirbelsäule.
- ▶ Durch den Stuhl verbindest du dich nach unten mit der Erde.
- ▶ Nach oben verbindest du dich mit dem Himmel.
- ▶ Du befindest dich in dieser Säule und bist mit oben und unten verbunden.
- ▶ Spüre, wie die Energie fließt.
- ▶ Verweile in deiner Mitte und beende die Meditation.

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst

Zu Abschnitt 13.4.3 »Lebenszeit und Prioritäten«

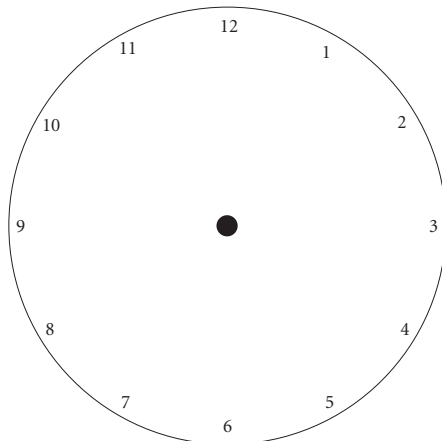


Einzelarbeit

Der Umgang mit der Zeit betrifft auch die eigene Lebenszeit. Wir Menschen haben Entscheidungsspielräume, wie wir mit unserer Lebenszeit umgehen. Es stellt sich die Frage: »Wie spät ist es in meinem Leben?« Und worauf möchte ich in meiner frei verfügbaren Zeit den Schwerpunkt legen?

Meine Lebenszeit

Stellen Sie sich vor, dass Ihr ganzes Leben zwölf Stunden umfasst. Versuchen Sie, eine Antwort auf folgende Frage zu finden: Wie spät ist es in meinem Leben?



Lassen Sie sich diese Frage einige Minuten durch den Kopf gehen und zeichnen Sie dann Stunden- und Minutenanzeiger der Uhr an die entsprechenden Stellen. Nun beenden Sie bitte folgende Satzanfänge:

Es ist zu spät, um

.....

Es ist noch zu früh, um

.....

Es ist der richtige Zeitpunkt, um

.....

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst

Wo setzen Sie Prioritäten?

Betrachten Sie einen Moment lang die vier Bereiche des Balance-Kompasses (s. Abb.13.4 im Buch).

Lebensbereiche	Prozent
Körper und Gesundheit	
Arbeit und Leistung	
Soziale Kontakte, Familie und Partner	
Sinn, Werte und Muße	

Überlegen Sie dann, welche der vier Bereiche derzeit in Ihrem Leben besonders wichtig sind.

- ▶ Welche prozentualen Anteile würden Sie gerade jetzt den einzelnen Bereichen zuordnen?
- ▶ Schreiben Sie die entsprechende Prozentzahl dazu!

Im Beruf gilt es ebenfalls Prioritäten zu setzen.

- ▶ Wofür setzen Sie Ihre Arbeitszeit primär ein?
- ▶ Könnten Sie Prioritäten ändern? Allein oder im Teamkompromiss?

.....

.....

.....

.....

Psychohygiene: Pflege deinen Nächsten und dich selbst

Zu Abschnitt 13.5 »Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz«



Initiative Neue Qualität der Arbeit (inqa)

Inqa ist eine gemeinsame Initiative von Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Ländern, Bund und Unternehmen. Zielsetzung ist, das Interesse der Menschen an positiven gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen mit der Notwendigkeit wettbewerbsfähiger Arbeitsplätze zu verbinden.

■ Tipp

Der Initiativkreis »Gesund Pflegen« setzt sich für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege ein.

Link: <https://inqa.de/DE/wissen/gesundheits/physische-und-psychische-gesundheit/so-verbessern-sie-die-arbeitsbedingungen-in-der-pflege.html> (abgerufen am 24.06.2023)

Weitere Informationen und fachliche Inhalte finden Sie im zugehörigen Lehrbuch »Psychologie in der Altenpflege«.