



Jahrgang 50 / Heft 2 / 2019

Herausgeberinnen  
und Herausgeber  
Barbara Müller  
Eveline Kühni  
Jürgen Georg

# NOVAcura

Das Fachmagazin für  
Pflege und Betreuung

**Themenschwerpunkt**  
Atemlos

# In Beziehung treten – Luxus oder Notwendigkeit?

Jetzt online anmelden!

Dienstag, 4. Juni 2019, Aarau  
[www.careum-weiterbildung.ch](http://www.careum-weiterbildung.ch)

## Programm

BeziehungsPflege

Rüdiger Bauer

Berühring berührt

Interview mit Anemone Eglin

Achtsamer Umgang mit sich, den anderen  
und der Welt

Pater Niklaus Brantschen

Gesagt gezeichnet.

Cartoonist Carlo Schneider

Zusammenarbeit und Zufriedenheit –  
eine Frage der Führung

Dr. Miriam Engelhardt

Beziehung gestalten mit Menschen  
mit Demenz – Standards heute

Prof. Dr. Pasquale Calabrese

Gelingende Angehörigenarbeit

Prof. Dr. Tanja Segmüller

In Beziehung treten. Notwendig. Keine Frage.

Prof. Christel Bienstein

Rückblick mit Augenzwinkern

Cartoonist Carlo Schneider

# NOVAcura

Das Fachmagazin für Pflege und Betreuung

Jahrgang 50/Heft 2/2019

## Themenschwerpunkt

Atemlos

<b>Herausgeber/Redaktion</b>	Barbara Müller, Hogrefe AG, Bern barbara.mueller@hogrefe.ch
	Eveline Kühni, Hogrefe AG, Bern eveline.kuehni@hogrefe.ch
	Jürgen Georg, Hogrefe AG, Bern juergen.georg@hogrefe.ch
<b>Redaktionelle Mitarbeiter/innen</b>	Sonja Baumann, Brigitte Benkert, Heidi Diefenbacher, Tomas Kobi, Diana Staudacher, Elke Steudter, Kathrin Schaffhuser, Brigitte Zaugg
<b>Verlag</b>	Hogrefe AG, Länggassstrasse 76, 3012 Bern, Tel. +41 (0) 31 300 45 00, verlag@hogrefe.ch, www.hogrefe.ch
<b>Satz/Herstellung</b>	Fabian Hofmann Tel. +41 (0) 31 300 45 37, fabian.hofmann@hogrefe.ch
<b>Anzeigen</b>	Josef Nietlispach, Tel. +41 (0) 31 300 45 69, inserate@hogrefe.ch
<b>Abonnemente</b>	Tel. +41 (0) 31 300 45 15, zeitschriften@hogrefe.ch
<b>Druck</b>	Kraft Premium GmbH, Ettlingen, Deutschland
<b>Abonnementspreise</b>	Jahresabonnement Private: Schweiz: CHF 120.-; Europa: EUR 91.- Jahresabonnement Institute: Schweiz: CHF 300.-; Europa: EUR 233.- Probeabonnement (2 Ausgaben): Schweiz: CHF 20.-; Europa: EUR 15.- Einzelheft: Schweiz: CHF 15.-; Europa: EUR 10.-  inkl. Porto und Versandgebühren
<b>Gelistet in</b>	NOVACura ist gelistet in GeroLit.
<b>Titelbild</b>	© Martin Glauser
<b>Erscheinungsweise</b>	10 Hefte jährlich  © 2019 Hogrefe AG ISSN-L 166-027 ISSN 166-027 (Print) ISSN 223-271 (online)

# Inhalt

<b>Editorial</b>	<b>Atmen haucht Leben</b>	7
	<i>Barbara Müller</i>	
<hr/>		
<b>Schwerpunkt</b>	<b>Der „klagende Atem“</b>	9
	<i>Diana Staudacher</i>	
	<b>Besser leben mit COPD</b>	15
	<i>Mathias Guler</i>	
	<b>„Was gibt mir der Glimmstängel?“</b>	19
	<i>Regula Grünwald</i>	
	<b>Pflegeinterventionen bei Dyspnoe in palliativen Situationen</b>	23
	<i>Sara Häusermann</i>	
<hr/>		
<b>Fokus</b>	<b>Ängste in der zweiten Halbzeit</b>	27
	<i>Thomas Hax-Schoppenhorst</i>	
	<b>Von Sprichworten und Redensarten</b>	31
	<i>Susanne Hirsch</i>	
	<b>Basales Berühren – ein Weg zu sich und anderen</b>	35
	<i>Thomas Buchholz</i>	
	<b>Klarheit und Verstehbarkeit</b>	39
	<i>Christoph Müller</i>	
<hr/>		
<b>Palliative Care</b>	<b>Trauernde Menschen begleiten</b>	43
	<i>H.-Christian Heering &amp; Cornelia Reinhard-Flury</i>	
	<b>Aufbau einer spezialisierten Palliative Care-Abteilung im Pflegezentrum</b>	47
	<i>Marcel Meier</i>	
<hr/>		
<b>Pflege zu Hause</b>	<b>Wenn „James“ einen rund um die Uhr überwacht</b>	51
	<i>Stefan Müller</i>	
<hr/>		
<b>Bildung</b>	<b>Supervision in der Altenpflegeausbildung – eine präventive Maßnahme</b>	53
	<i>Bettina Janssen</i>	
	<b>Kulturzeit: Das Krankenhaus als Fabrik</b>	56
	<i>Swantje Kubillus</i>	
<hr/>		
<b>Dementia Care</b>	<b>„Ich nehme mir Zeit für Sie ...“</b>	57
	<i>Sylke Werner</i>	
<hr/>		
<b>à propos</b>		61
<hr/>		
<b>Vorschau/Termine</b>		62
<hr/>		
<b>Chalfont/Rätsel</b>		63

# Altes verstehen – Neues bestehen



Daniel Oster

## Ressourcenaktivierend pflegen

Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM®) für Pflegefachpersonen

2018. 128 S., 11 Abb., 6 Tab., Kt

€ 19,95 / CHF 26.90

ISBN 978-3-456-85712-1

Auch als eBook erhältlich

Ist es Ihnen schon passiert, dass Sie in privat oder beruflich stressigen Situationen anders reagieren und handeln als geplant? Sind Sie dabei in gewohnte, wenig hilfreiche Verhaltensweisen zurückgefallen? Mit dem Zürcher Ressourcen-Modell (ZRM®) können Sie dem auf den Grund gehen.

Das erste Fachbuch zum ZRM-Selbstmanagement-Training für Pflegefachpersonen bietet Lösungen zur Selbstpflege von Pflegenden. Der Autor lehrt, das eigene Fühlen und Verhalten besser zu steuern und ressourcenaktivierend zu verändern. Er fördert gezielt individuelle Handlungsmöglichkeiten. Das Programm unterstützt Sie dabei, neue, lustvolle und sinnstiftende Verhaltensweisen zu lernen. Es zeigt, wie das Unbewusste genutzt werden kann, um souveräner und motivierter im Job zu arbeiten.

# Atmen haucht Leben



Liebe Leserinnen, liebe Leser

Die Biologie definiert Atmen als den Austausch von Sauerstoff und Kohlendioxid mit der Umgebung und deren Transport im Organismus. Die Medizin erfasst die Atmung und deren Organ, die Lunge, mit einer Funktionsdiagnostik und bildgebenden Verfahren. Früh interessierte in der Kulturgeschichte jedoch auch der beseelte Körper und seine Ausdrucks Kraft im Atem: Im Begriff der Atemseele steckt die Überzeugung, dass der Atem der Sitz der Lebenskraft ist. Und jeder Atemzug zeigt auch die Seele eines Menschen. In der Religion wiederum ist der Atem der Windhauch Gottes. In der altgriechischen Philosophie steht das Wort Pneuma für den Atem wie auch für den Geist des Höheren, Göttlichen, Geistigen. Hat man also eine Pneum-onie, so sind nicht nur die körperlichen Wege des Atems erkrankt, sondern auch der Geist und die Seele als die höhere Lebensform des Körpers.

Pflegewissen ist verkörperlichtes Wissen vom Menschen. Der Körper ist immer auch Leib, der beseelte Körper. Bei der Pflegediagnose „unwirksamer Atemvorgang“ der NANDA ist die Beobachtung des Atemmusters ebenso relevant wie die Lebensweise des Patienten; das Sichten der Laborwerte als ebenso bedeutsam wie das Beachten seiner emotionalen Reaktionen. Seinen Körper zu unterstützen – durch entsprechende Hilfsmittel und Übungen – ist ebenso wichtig wie seine Seele und seinen Geist zu stärken, damit der Atem wieder als Lebensader dienen kann.

*Atmen, du unsichtbares Gedicht!*

*Immerfort um das eigne*

*Sein rein eingetauschter Weltraum. Gegengewicht,  
in dem ich mich rhythmisch ereigne.*

*Einzig Welle, deren*

*allmähliches Meer ich bin;*

*sparsamstes du von allen möglichen Meeren, — Raumgewinn.*

*Wieviele von diesen Stellen der Räume waren schon*

*innen in mir. Manche Winde*

*sind wie mein Sohn.*

*Erkennst du mich, Luft, du, voll noch einst meiniger Orte?*

*Du, einmal glatte Rinde,*

*Rundung und Blatt meiner Worte.*

*Atmen, du unsichtbares Gedicht!*

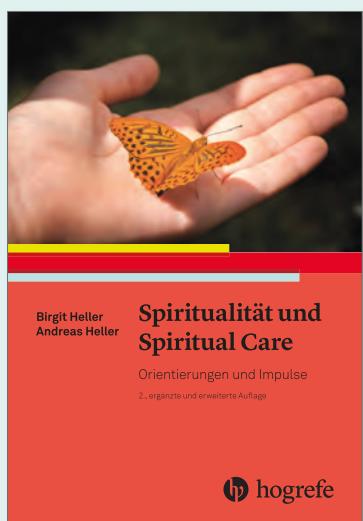
*(Rainer Maria Rilke)*

Die Themen zum Schwerpunkt in der 2. Ausgabe der NOVACura 2019 zeigen Atmen und Atmung in den körperlichen und seelischen Ausdrucksformen: Diana Staudacher verbindet Atemnot und Asthma mit dem emotionalen Erleben einer überwältigenden Angst und zeigt die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen angesichts der Atemerkrankungen auf. Thomas Hax Schoppenhorst konkretisiert, wie sich diese Angst zähmen lässt, wenn man sie versteht. Die Beiträge der Autoren der Lungenliga zeigen deren Einsatz für das Wohl der Menschen mit Lungen- und Atemwegserkrankungen. Und Sara Häusermann und Susanne Hirsch verweisen auf den Menschen im Ange- sicht einer unheilbaren Erkrankung wie auch im Sterben.

Wer wie immer für alles wunderbare Worte findet, ist Rainer Maria Rilke. Mit diesem Gedicht wünsche ich Ihnen eine Lektüre mit bekannten Erfahrungen und neuen Gesichtspunkten. Mögen sie Ihnen für Ihre Arbeit dienlich sein.

Barbara Müller

# Wesen und Essenz von Leben und Sterben



Birgit Heller / Andreas Heller

## Spiritualität und Spiritual Care

Orientierungen und Impulse

2., erg. u. erw. Aufl. 2018.

304 S., 4 Abb., 2 Tab., Kt

€ 29,95 / CHF 39,90

ISBN 978-3-456-85868-5

Auch als eBook erhältlich

Spiritual Care beinhaltet eine existentielle Auseinandersetzung, die jenseits von Schmerztherapie und Symptomkontrolle Sinn und Bedeutung des Todes für das menschliche Leben thematisiert. Dabei ist sie nicht auf die Sterbephase beschränkt, sondern auch bei Krankheit und in anderen kritischen Lebenssituationen bedeutsam. Sie ist eine Form professioneller menschlicher und gesellschaftlicher Partizipation, die Leiden und Tod in der Realität der

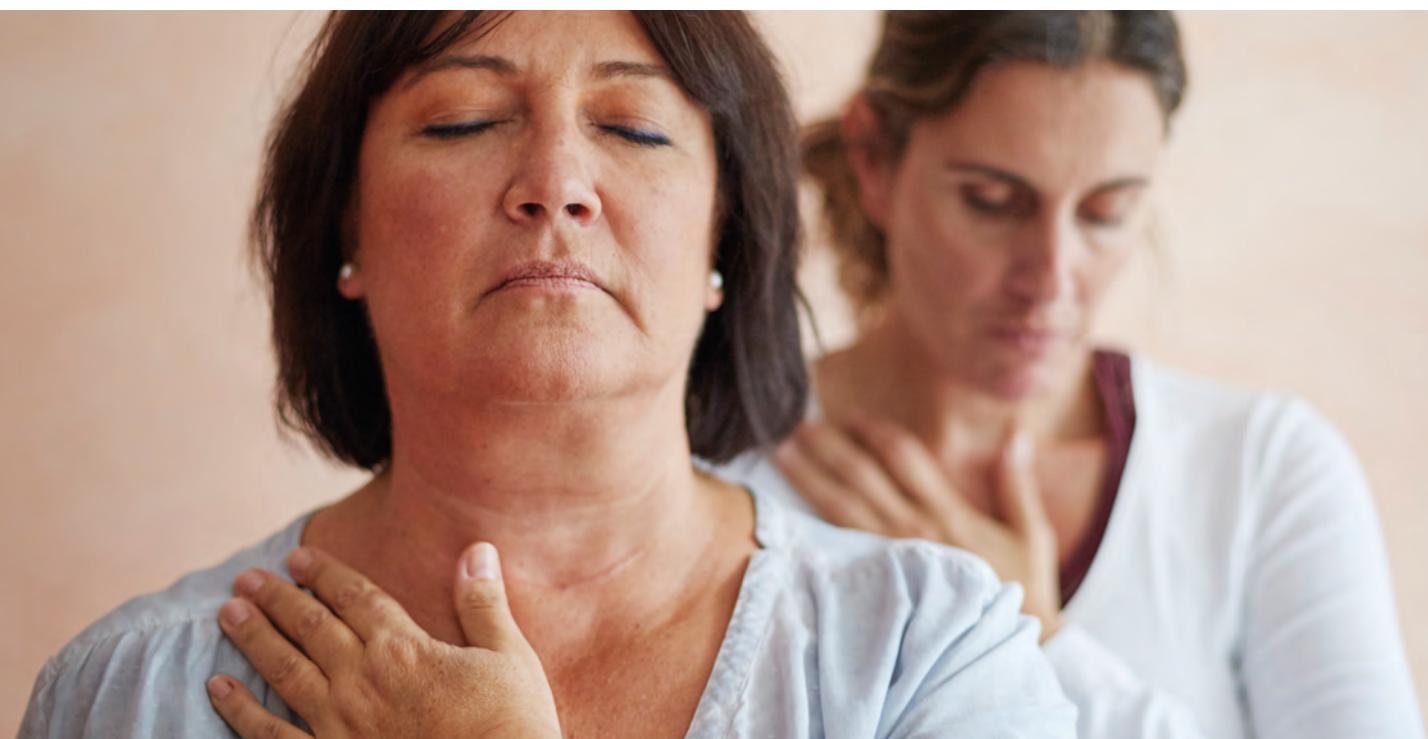
Gemeinschaft neu verortet. Spiritual Care macht beides zu einem sichtbaren und spürbaren Teil des Lebenszyklus, gibt Gepflegten wie Pflegenden Würde und Wertschätzung.

Ein klar gedachtes und klug geschriebenes Buch zu einer wichtigen Aufgabe des sorgenden Menschen, zur Essenz des Lebens und zur Schärfung des Bewusstseins, wenn Gesundheit und Leben auf dem Spiel stehen.

# Der „klagende Atem“

## Asthma und Atemnot als Spiegel der Psyche in ökosystemischer Sicht

Diana Staudacher



Atmen lernen – leben lernen (Symbolbild)

Atmen als Austausch zwischen Innenwelt und Außenwelt ist ein soziales Geschehen. Menschen sind auf eine Umwelt angewiesen, die ihnen „Luft zum Atmen“ lässt. In einer körperlich und seelisch krankmachenden Mitwelt zu leben, löst Leiden aus.

**D**urch das Atmen stehen wir alle in Beziehung zu unserer Umwelt. Wir atmen das, was uns umgibt in uns ein“ (Elberfeld 2018, S. 1). Atmen vereint uns mit der Welt. Unser Atem ist das deutlichste Zeichen der untrennbar Einheit zwischen Ich und Welt. Luft aus der Außenwelt dringt in den Körper ein und führt ihm dadurch Energie für die Lebensprozesse zu: „Ich atme, also bin ich“ (Škof 2012). Atmen – das ist der lebensermöglichtende Austausch zwischen Innen- und Außenwelt. Die natürliche und soziale Umwelt ist der „Atemraum“ des Menschen. Der Körper bildet eine biologische und soziale Einheit mit der

Welt, die ihn umgibt. Menschen atmen dieselbe Luft ein. Sie teilen sich die Außenwelt als „Atemraum“ miteinander. Der Atem ist Ausdruck ihrer Bezogenheit, ihrer Mitmenschlichkeit (Ogawa 1998). Somit geht das Atmen „allen Momenten der Lebenswelt voran und ermöglicht den Menschen *in der Welt zu sein*“ (Škof 2012, S. 200).

Atmen ist nicht nur ein biologischer Prozess – es ist ein soziales Geschehen. Menschen atmen die „soziale Atmosphäre“ ihrer Mitwelt und Umwelt ein. Sie sind auf eine Außenwelt angewiesen, die ihnen Luft zum Atmen und zum Leben lässt. Sonst *leiden* sie. Atemnot ist auch ein Schmerzgeschehen. Teilweise sind dieselben Gehirngebiete aktiviert wie bei körperlichem Schmerz (von Leupoldt 2009).

Atemnot zeigt an, dass die Einheit zwischen Ich und Welt verletzt ist. Vieles weist darauf hin, dass Atemnot und Asthma Symptome einer stillen, „langsamen Gewaltfahrung“ sind (Nixon 2011). Die „Gewalt“ besteht darin, dass Menschen einer seelisch und körperlich krankmachenden Umgebung ausgesetzt sind. Sie leben in einem

„pathogenen“<sup>1</sup>, „toxischen“<sup>2</sup> Umfeld („toxic environment“, Shonkoff & Garner 2012). Atemwegserkrankungen sind Ausdruck einer Verletzung des natürlichen Atemraums – durch überwältigende emotionale Belastungen, seelische Kränkungen, nachteilige soziale Bedingungen und einer Zerstörung natürlicher Lebensgrundlagen (Shonkoff & Garner 2012). Diese Formen der „langsamem Gewalt“ steigern die Verletzlichkeit des Ökosystems, dem der Mensch angehört. Atemwegserkrankungen zeigen in besonders deutlicher Weise, wie begrenzt ein Krankheitsverständnis ist, das sich überwiegend auf das Kurieren von Symptomen bezieht, nicht aber auf krankmachende Lebenswelten – und deren Ursachen. Atemwegserkrankungen sind auch soziale Signale: Sie zeigen Verletzungen auf, die zwischen Mensch und Umwelt geschehen (Absher 2012).

## Der Atem als „wortlose Sprache“

Der Atem ist „ein Spiegel der Situation, in der wir uns befinden. [...] In jeder Situation reagieren wir durch die Weise, wie wir atmen. Atmen spiegelt auch unser sinnliches Wahrnehmen, unsere Körperprozesse, unsere Gefühle und Gedanken. Hören wir Musik, die uns tief berührt, so verändert sich unser Atmen. Ist unser Blutkreislauf gestört, so verändert sich unser Atmen. Fühlen wir tiefe Trauer oder große Freude, so verändert sich unser Atmen“ (Elberfeld 2018, S. 1).

Erschrecken, Entsetzen und Überwältigung führen dazu, dass Menschen den Atem *anhalten* und *nach Luft ringen*. „Die tiefste Angst, die man sich vorstellen kann“ – so beschreibt eine Person, die an Atemnot leidet, ihre Symptomerfahrung (Carel 2018). Häufig ist bei Asthma und Atemnot von „krankheitsbezogener“ Angst die Rede (Hegristad 2016). Jedoch stellt sich die Frage: Löst die Erkrankung die Angst aus – oder führt Angst dazu, krank zu werden? In einer Studie litten 52 Prozent der Teilnehmenden zunächst unter einer diagnostizierten Angststörung, bevor sie schweres Asthma entwickelten (Del Giacco et al. 2016).

Angst ist ein Zeichen dafür, dass negative Emotionen die Grenzen der psychischen Belastbarkeit überschreiten (Schneider et al. 2016). Wie eng Atemreaktionen mit emotionalem Überwältigtsein zusammenhängen, zeigt sich in der frühen Kindheit. Ist das Nervensystem noch besonders verletzlich, kann ein dramatisches Geschehen eintreten (Rathore et al. 2013). Als Reflex auf Schmerz, seelische Verletzung, Verlust oder Erschrecken folgt ein kurzer Schrei – dann setzt der Atem für zehn bis sechzig Sekunden aus (Rathore et al. 2013). Dieser „respiratorische Affektkrampf“ („Breathholding spell“) bleibt ohne Folgen – der Atem setzt wieder ein. Die natürliche Macht der Emotionen über den Atem und das Nervensystem wird in diesem Geschehen eindrücklich deutlich.

Sind Atemnot und Asthma eine „Ausdruckssprache“ des Körpers für überwältigende Angst? Dienen die Sym-

ptome dazu, einen Zustand hochintensiver Emotionen zu unterbrechen? Sind sie ein vergeblicher Versuch, in einer emotionalen Notsituation „nach Hilfe zu rufen“? (Sari, 2001).

Gefühle in Worte zu fassen und Körperempfindungen klar identifizieren zu können – das fällt einer sehr hohen Zahl von Menschen mit Asthma besonders schwer (Turki et al. 2016). Auf sie trifft die Diagnose „Alexithymie“ zu. Dieser Begriff bedeutet „Fehlen von Worten für Emotionen“. Er bezieht sich auf die Schwierigkeit, eigene Emotionen klar zu identifizieren, zu benennen und zu kommunizieren (Jordan & Smith 2017). Als einzige Sprache bleiben dann körperliche Symptome. Sie „können einen Weg darstellen, um innere Not zum Ausdruck zu bringen“ (Khosravani 2016, S. 127).

## Atemlose Unsicherheit

„Ruhig geführtes Atmen“ als Lebensbewegung setzt ein basales Sicherheitsempfinden voraus – ein Gefühl „ontologischer Sicherheit“<sup>3</sup> („ontological security“; McGeachan 2014). Es entsteht durch die frühe Erfahrung, gehalten, getragen, emotional aufgefangen, getröstet und empathisch verstanden zu werden. Das Empfinden einer sicheren eigenen Identität setzt voraus, dass Menschen „mich als ein fühlendes und denkendes Wesen mit einer eigenen seelischen Welt verstehen“ (Meins 1997, S. 147). „Das bin ich“ – diese Erfahrung ist nur möglich, wenn der Mensch eine Schlüsselerfahrung macht: Die Außenwelt „passt zu meiner inneren Welt. Mein Gegenüber spiegelt mir, was ich innerlich empfinde – in seinem Gesicht sehe ich meine Seelenzustände gespiegelt“ (Fonagy et al. 2005). Das Erlebnis einer gemeinsam geteilten Welt mit empathisch gespiegelten Emotionen gilt als grundlegend für das Entstehen der psychischen Struktur (Feldman 2015). Zugleich stellt es die Grundlage dar, um im späteren Leben die eigenen Emotionen klar wahrnehmen, in Worte fassen und regulieren zu können (Deborde et al. 2012). Vieles weist darauf hin, dass diese lebenstragende Erfahrung fehlt, wenn Menschen unter Atemnot oder Asthma leiden.

Wie die Forschung betont, ist das Symptomerleben bei Asthma und Dyspnoe sehr stark subjektiv geprägt (Hegristad 2016). Asthma ist „weitgehend beeinflusst durch emotionale Faktoren, die mit der Persönlichkeit und der Situation interagieren“ (Janssens et al. 2009). Die persönlich empfundene Symptomschwere entspricht häufig nicht „objektiven“ Messungen der Lungenfunktion (Janssens et al. 2009). Insbesondere Atemnot ist „eine komplexe individuelle Erfahrung“ (Hayen et al. 2013). Ähnlich wie Schmerz, hat auch Atemnot eine starke emotionale Erlebensdimension (Scano et al. 2013). Unter Angst oder in Situationen mit intensiv negativen Gefühlen ist das Symptomerleben besonders stark (Hayen et al. 2013). Personen mit Asthma, die sich seelisch sehr belastet fühlen und mit einem negativen Lebensereignis konfrontiert sind, haben

<sup>1</sup> Pathogen = krankheitserregend

<sup>2</sup> Toxisch = vergiftend

<sup>3</sup> Ontologisch = auf das Sein bezogen

ein dreifach erhöhtes Risiko für ein akutes asthmatisches Geschehen (Chen et al. 2006). Einen prägenden Einfluss auf das Symptomerleben haben subjektive Krankheitsvorstellungen („Schemata“) (Janssens et al. 2009). Sie umfassen frühere krankheitsbezogene Erfahrungen, Erwartungen sowie situative, räumliche und zeitliche Aspekte. Das Gehirn verbindet einströmende Sinneserfahrungen mit verinnerlichten „Schemata“. Dadurch sind die Symptome stark emotional und situativ getönt (Janssens et al. 2009). Bei Atemnot sind Gehirngebiete aktiv, die sich auf Angst, Emotionserleben und innere Körperempfindungen beziehen (Herigstad 2013). Intensive Gefühle, Befürchtungen und psychische Belastungen gehen „tief unter die Haut“. Emotionaler Stress aktiviert das zentrale Nervensystem und löst einen Prozess der „Signaltransduktion“<sup>4</sup> aus (Ohno 2017). Das Gehirn setzt Stresshormone frei, die Immunprozesse verändern. Auf diese Weise entsteht ein Entzündungsgeschehen, das Symptome hervorruft. Es handelt sich um eine Reaktionskette, die im Gehirn beginnt und in der Lunge zum Ausdruck kommt: „Ein direkter Weg führt vom Stresserleben bis zur gesteigerten Entzündung in den Luftwegen“ (Rosenkranz et al. 2016).

So erweisen sich Asthma und Atemnot auch als Ausdruck fehlender Sicherheit und sozialer Resonanz. Ein unsicheres „In-der-Welt-sein“ kann Menschen „den Atem nehmen“ (Škof 2012).

Um das Krankheitsgeschehen zu lindern, kommt einem stressfreien, sicherheitsgebenden Umfeld höchste Priorität zu. In einem ausgeglichenen emotionalen Zustand sind entzündungsbezogene Gene weniger aktiv (Buric et al. 2017). Der Beginn des Entzündungsgeschehens reicht meistens weit in die Vergangenheit zurück – in die Zeit der fröhkindlichen Bindung (Yatsenko et al. 2016).

## Atemnot als Hilferuf

Gibt es ein „astmatogenes“<sup>5</sup> Beziehungsgeschehen? Ist Asthma Ausdruck einer fehlenden sicherheitsgebenden Bindung zwischen Eltern und Kind? (Yatsenko et al. 2016) Bindung hat eine lebenswichtige biologische Schutzfunktion – sie bewahrt das fragile kindliche Nervensystem vor Stress und Überforderung: „Während sichere Bindungsmuster den Einfluss belastender Ereignisse auf die Körperfphysiologie und das seelische Befinden abmildern können, verschärft eine unsichere Bindung die Asthma-Vulnerabilität“ (Cassiba 2004, S. 2). Durch fehlende Bindung sind Kinder häufig und über längere Zeit hohen Mengen an Stresshormonen ausgesetzt. Dadurch entsteht eine Hypersensibilität des Bronchialsystems (Wright 2015). „Frühes Stresserleben infolge einer fehlenden sicheren Bindungsbeziehung ist mit erhöhtem Erkrankungsrisiko verbunden“ (Yatsenko et al. 2016, S. 3). Als sensitive Periode gilt das erste Lebensjahr – eine Zeit, in der die

rechte Gehirnhälfte heranreift. Ihre Funktion besteht vor allem darin, Emotionen zu regulieren und für psychisches Gleichgewicht zu sorgen. Stresshormone können den Reifungsprozess der rechten Gehirnhälfte verändern oder beeinträchtigen (Schore 2014). Dies hat verheerende Folgen für die spätere Emotionsregulation. Fehlt eine sicherheitsgebende Bindung, ist das Nervensystem dauerhaft überfordert. Das Kind ist ungeschützt und ungemildert heftigen Gefühlen ausgesetzt, die es nicht identifizieren und bewältigen kann. Asthmasymptome lassen sich dann als wortloser „Hilferuf“ nach einer tröstenden, sicherheitsgebenden Person deuten (Sari 2001). Die Symptome wären dann ein sozialer Appell – dem Weinen vergleichbar (Belleni 2017). Asthma als „Weinen mit den Bronchien“ wäre dann ein Abströmen der Gefühle – eine Art „Selbstberuhigung“, um zu psychischem Gleichgewicht zu finden (Belleni 2017; Sari 2001). Aus dieser Perspektive müsste die Asthmatherapie primär eine soziale Dimension haben: Es geht darum, eine haltende, unterstützende und emotional tragende Umwelt zu erleben (Yatsenko 2016).

Wie die Forschung belegt, weisen auffallend viele Personen mit Asthma eine unsichere frühe Bindung auf (Cassiba et al. 2004). Asthma lässt sich somit als Leiden bezeichnen, dem ein „interpersonaler Kern“ innewohnt (Hopwood 2013). Erkrankungen können zwischen Menschen entstehen. Dies erfordert ein *interpersonales* Krankheitsverständnis. Es gilt, „zwischenmenschlichen Prozessen Aufmerksamkeit zu schenken, um die Erkrankung zu verstehen“ (Hopwood 2013). Oft ist die Schwere des Asthmas durch das Beziehungsgeschehen beeinflusst – durch eigene seelische Belastung der Eltern, einen fordernden, kritisierenden, autoritären Erziehungsstil, emotionale Zurückweisung durch die Eltern sowie elterliche Selbstbezogenheit oder eine problematische Partnerschaft der Eltern (Cuzzocrea 2018; Yonas et al. 2011; Wright 2011). Asthma erinnert daran, dass Symptome in einer „interpersonalen Situation“ entstehen können: Vitale psychische Bedürfnisse bleiben unerfüllt oder die Mitwelt lässt dem Menschen „keine Luft zum Atmen“ (Wright 2011).

## „Toxische“ Lebensräume

Der Reifungsprozess des Immunsystems und der Lunge beginnt im Mutterleib. Seelische Belastungen während der Schwangerschaft können tiefe Spuren hinterlassen (Wright 2010).

Mutter und Kind bilden vor der Geburt ein gemeinsames „physiologisches System“. Dadurch nimmt das heranwachsende Kind am emotionalen Erleben der Mutter teil. Im Rahmen der „pränatalen Programmierung“ können hohe Mengen an Stresshormonen zu einer Hypersensibilität der Lungenschleimhäute und des gesamten Bronchialsystems führen. Der Mutterleib als erster Lebensraum des Menschen kann unter diesen Bedingungen keinen Schutzraum mehr darstellen. Dies ist der Fall, wenn werdende Mütter in einem krankmachenden Umfeld leben, mit sozialer Not konfrontiert sind, zu wenig emotionale Resonanz erhalten

<sup>4</sup> Signaltransduktion = Übermitteln biologischer Signale

<sup>5</sup> Astmatogen = Asthma auslösend, die Entstehung von Asthma fördernd

oder seelische Verletzungen erleben (Wright 2010). Die Forschung spricht in diesem Zusammenhang von „toxischem“ Stress (Shonkoff & Garner 2012). Dieser Begriff umfasst Belastungserfahrungen, die den Organismus des Kindes überfordern – vor und nach der Geburt. „Toxisch“ wirkt dieser Stress, weil die schützende elterliche Funktion fehlt. Eltern können keinen schützenden Lebensraum bieten, wenn sie selbst mit einem extrem belastenden Umfeld konfrontiert sind. Dadurch sind sie von Anfang an nicht ausreichend in der Lage, das Kind vor überwältigenden Wahrnehmungseindrücken zu bewahren und sein fragiles Nervensystem „von außen“ zu regulieren. „Toxischer Stress ist die Folge intensiver, häufiger oder langwieriger Aktivierung des körperlichen Stresssystems bei Abwesenheit des stresslindernden Schutzes durch eine erwachsene Bindungsperson“ (Shonkoff & Garner 2012).

„Toxischer Stress“ führt zu physiologischer Deregulation. Es kommt zu einer Überaktivität angstbezogener Gehirngebiete, die Emotionsregulation verhindert (Schore 2014). „Somit ist toxischer Stress in der frühen Kindheit nicht nur ein Risikofaktor, sondern kann eine direkte Quelle biologischer Verletzung sein, die lebenslange Konsequenzen hat“ (Shonkoff & Garner 2012). Hier liegt die Wegscheide, die zu späteren Erkrankungen führt. Asthma steht hier in einer Reihe mit Erkrankungen, die mit intensiviertem Angst- und Emotionserleben verbunden sind. Dies könnte auch die auffallend häufige Kombination von Asthma, Depression und Angststörungen erklären (Del Giacco et al. 2016).

„Toxisch“ wirkt vermehrt auch die natürliche Umwelt: „Die steigende Häufigkeit von Atemerkrankungen während der vergangenen Jahre lässt sich teilweise auch durch Umweltveränderungen erklären. Sie betreffen die Erdatmosphäre, das Klima sowie die globale Erwärmung – Probleme, die vom Menschen verursacht sind und einen bedeutenden Einfluss auf die Biosphäre und die Umwelt haben. [...] Die Prävalenz von Atemwegserkrankungen wie Asthma hat weltweit epidemische Dimensionen erreicht“ (D'Amato et al. 2018). Die „Global Initiative for Asthma“ berichtet von 300 Millionen Menschen, die weltweit an Asthma leiden: „Luftverschmutzung hat gesundheitliche Folgen und verursacht, dass etwa sieben Millionen Menschen jedes Jahr vorzeitig sterben“ (D'Amato et al. 2018). Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind Menschen, die sozial benachteiligten Lebensbedingungen ausgesetzt sind (Guarnieri & Balmes 2014).

Diese globale Dimension führt vor Augen, dass dringend ein *ökosystemisches* Denken im Gesundheitswesen erforderlich ist (Shonkoff & Garner 2012). Der Blick muss sich weiten – von der *Kuration* des erkrankten Menschen zur *Prävention* mit Fokus auf ein schützendes, prosoziales, lebensförderliches Umfeld (Biglan et al. 2014).

## Eine Ethik des Atmens

Auch die Natur hat eine Würde. Daran erinnerte der Philosoph Hans Jonas (1903–1993). Er hielt es für gefährlich, dass Menschen der Natur keinen eigenen Wert mehr zu-

sprechen, ihr Gewalt antun und sie entwürdigen. Menschliches Handeln muss immer berücksichtigen, dass es auch Pflichten gegenüber der Natur und der Zukunft gibt. Ohne dieses Pflichtgefühl entwürdigt der Mensch sich selbst und die Welt, die ihn umgibt (Jonas 2014). Der Zustand des natürlichen Lebensraums zeigt, dass dieses Pflichtgefühl gegenüber der Natur nicht besteht. Auf diese Situation geht Lenart Škof in seiner „Ethik des Atmens“ („Ethics of Breathing“) ein. Den Atem ins Zentrum der Ethik zu stellen, bedeutet für ihn, das Bewusstsein neu auszurichten – auf das „Geschenk“ des Atems, das Menschen auf der ganzen Welt miteinander teilen (Škof 2012). Atmen heisst, an einem Geschenk teilzuhaben, das *allen* gehört und *alle miteinander* verbindet. Lenart Škof ist sich bewusst, dass seine „Ethik des Atmens“ zu *spät* kommt. Dennoch möchte er Menschen dazu auffordern, ihr Atmen *zu bedenken* und dadurch ein Pflichtgefühl zu entwickeln – gegenüber Mitmenschen, zukünftigen Generationen und der Natur.

Die „Ethik des Atmens“ ist für Pflege und Medizin von großer Bedeutung. Es ist unverzichtbar, Begriffe wie „krank“ und „gesund“ neu zu durchdenken – vor einem *ökosystemischen* Hintergrund. Menschen sind „gesund“, wenn sie von ihrer Mitwelt mit Sorge und Achtsamkeit behandelt werden (Linares & Soriano 2013). Gesundheit setzt sicherheitsgebende, lebensförderliche, „nährende“ Lebenswelten voraus („nurturing environments“) (Biglan et al. 2014). Krankheit entsteht, wenn Menschen einer lebensfeindlichen, erschöpfenden, sozial kalten Umwelt ausgesetzt sind, die ihnen nicht erlaubt, ihre Potenziale zu verwirklichen (Linares & Soriano 2013).

Aktuell ist das Gesundheitssystem überwiegend darauf ausgerichtet, das Weiterleben oder Überleben in krankmachenden Umwelten zu ermöglichen (Biglan et al. 2014). Dringend gefragt ist ein System, das Strategien für weniger „toxische“, prosoziale Lebenswelten entwickelt.

Ein *ökosystemisches* Verständnis von Gesundheit setzt besondere Prioritäten. Es zielt auf Lebenswelten, die von Anfang an ein sicherheitsgebendes, empathisches und schützendes Umfeld ermöglichen (Biglan et al. 2014). Dazu gehört die Sorge um Lebensräume, die Menschen „Luft zum Atmen“ lassen. Menschen benötigen Atemwelten, in denen sie nicht in sozialer und seelischer Not „ersticken“. Um solche Ziele zu verwirklichen, braucht es nichts Geringeres als eine „andere“ Ethik. Hans Jonas hat ihre Leitsätze vor vielen Jahren formuliert: „Handle so, daß die Wirkungen deiner Handlung nicht zerstörerisch sind [...]. Gefährde nicht die Bedingungen für den [...] Fortbestand der Menschheit auf Erden. Schließe in deine gegenwärtige Wahl die zukünftige Integrität des Menschen ein“ (Jonas 2014, 36).

## Literatur

- D'Amato, M., Cecchi, L., Annesu-Maesano, I. & D'Amato, G. (2018). News on climate change, air pollution, and allergic triggers of asthma. *Journal of Investigative Allergology and Clinical Immunology*, 28(2), 91–97.
- Herigstad, M., Hayen, A., Wiech, K. & Pattinson, K. (2011). Dyspnoea and the brain. *Respirational Medicine*, 105(6), 809–817.

- Yatsenko, O., Pizano, J. & Nikolaidis, N. (2016). Revisiting maternal-infant bonding's effects on asthma: A brief history. *Cogent Psychology*, 3, 1161267.
- Wright, R. (2011). Epidemiology of stress and asthma: From constricting communities and fragile families to epigenetics. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31(1), 19–39.

Die vollständige Literaturliste ist bei der Autorin erhältlich.



**Dr. Diana Staudacher** ist freie Publizistin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Universitätsspitals Zürich und der Fachhochschule St. Gallen.

diana.staudacher@gmail.com

Anzeige

# Gut vorbereitet für schwierige Gespräche



Viviana Abati / Stiftung Swisstransplant (Hrsg.)

## Gespräche mit hohem Belastungsfaktor in der Medizin

Praxislehrbuch für die Kommunikation mit Angehörigen

2019, 192 S., 33 Abb., 63 Tab., Kt

€ 39,95 / CHF 48.50

ISBN 978-3-456-85922-4

Auch als eBook erhältlich

Ärzte und andere Fachpersonen müssen im klinischen Alltag mit Angehörigen oft Gespräche führen über lebensbedrohliche Verletzungen, Prognose von Krankheiten oder die Mitteilung über den Tod eines Fa-

milienmitgliedes – meist ohne darauf vorbereitet worden zu sein. Dieses Buch vermittelt aufbauend auf wissenschaftlich relevanten Konzepten die hierfür notwendige Kommunikations-Kompetenz.

[www.hogrefe.com](http://www.hogrefe.com)

 **hogrefe**



## Höhere Fachschule für Aktivierung am Puls der Praxis

**HF Diplom** 3-jährige Vollzeitausbildung  
Dipl. Aktivierungsfachfrau HF  
Dipl. Aktivierungsfachmann HF  
> Mehr zum Aufnahmeverfahren unter [medi.ch](http://medi.ch)

**Weiterbildungsangebote**  
für Aktivierungsfachpersonen HF  
(Ermässigung für SVAT-Mitglieder)

**Zertifikate FAB/FAA**  
Fachperson in aktivierender Betreuung  
Fachverantwortliche/r in Alltagsgestaltung und Aktivierung  
(nächste Ausschreibung im 2020)  
> Mehr zu den Weiterbildungsangeboten unter [medi.ch](http://medi.ch)

**medi**  
medi | Zentrum für medizinische Bildung | Aktivierung HF  
Max-Daetwyler-Platz 2 | 3014 Bern | Tel. 031 537 31 10  
[at@medi.ch](mailto:at@medi.ch) | [medi.ch](http://medi.ch)

# Kompetenz in Alter, Sorge und Demenz [neu]

Das komplett überarbeitete und flexibel kombinierbare Weiterbildungsprogramm des Instituts Alter startet im November 2019.

- Fachkurs Die Kunst der Sorge
- Fachkurs Führungs- und Konzeptarbeit im Demenz-Kontext
- Fachkurs Angehörige ressourcenorientiert beraten

Gesamtes Angebot: [alter.bfh.ch/weiterbildung](http://alter.bfh.ch/weiterbildung)

Nächste Infoveranstaltungen:  
25. April und 27. Juni 2019 in Bern  
25. Juni 2019 in Zürich



Berner Fachhochschule

► Institut Alter



## Ihre Chance!

Die Spital Zofingen AG ist eine Tochtergesellschaft der Kantonsspital Aarau AG und beschäftigt über 700 Mitarbeitende. Das Unternehmen besteht aus einem Akutspital und einem Pflegezentrum, das im Gesundheitsnetzwerk der Region Zofingen und in den benachbarten Regionen und Kantonen einen wichtigen Stellenwert einnimmt.

Das engagierte Team der Abteilung 142 mit dem Schwerpunkt Akutgeriatrie bietet 22 Patientinnen und Patienten eine ganzheitliche, kompetente und individuelle Pflege und Betreuung. Die Abteilung mit einem interprofessionellen Team ist das regionale Kompetenzzentrum für die Behandlung älterer Menschen. Das Ziel des Aufenthaltes (1 bis 3 Wochen) ist die Förderung der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten und die Wiedereingliederung ins eigene soziale Umfeld.



Sie tragen gerne Verantwortung und setzen Ihr Wissen für eine patienten- und evidenzorientierte Pflege ein? Bei uns haben Sie die Möglichkeit dazu. Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine:

### Abteilungsleitung 100%

**Ihre Aufgaben**

- Sie sind verantwortlich für die personelle und organisatorische Führung (rund 26 Stellen) unserer spezialisierten Akutmedizin mit Schwerpunkt Akutgeriatrie und arbeiten neben der Führungstätigkeit aktiv in der direkten Pflege mit
- Über die medizinische Versorgung hinaus liegt der Fokus in der individuellen Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit internistischen Krankheitsbildern und akutgeriatrischer Komplexbehandlung nach einem Trauma
- In der ganzheitlichen Unterstützung und Rehabilitation steht die Aktivierung und Therapie sowie die persönliche Beratung im Zentrum unserer Pflege
- Sie bringen Ihre Erfahrung gerne im interprofessionellen Team von Medizin, Pflege, Therapie und Case Management ein und gestalten die Zusammenarbeit aktiv mit
- Zudem stellen Sie die stetige Entwicklung und Qualität für diesen Bereich sicher und beteiligen sich in Arbeitsgruppen
- Sie sind auch für die Begleitung und Unterstützung von Studierenden und Lernenden in der Pflege verantwortlich

**Ihr Profil**

- Abgeschlossene Ausbildung als Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF/FH mit mehreren Jahren Berufserfahrung und abgeschlossener Weiterbildung im Bereich Management oder die Bereitschaft eine solche zu absolvieren
- Freude an Führungsthemen und interprofessioneller Zusammenarbeit
- Hohes Engagement, Selbstständigkeit, Belastbarkeit, Flexibilität, Organisationsgeschick, Durchsetzungsvermögen sowie betriebswirtschaftliches Denken und Handeln
- Interesse an der Unterstützung von älteren Menschen beim Wiedererlangen ihrer Selbstständigkeit
- Situationsgerechte, differenzierte und verständliche Kommunikationsfähigkeit
- Offenheit gegenüber Veränderungsprozessen

**Wir bieten**  
Umfassendes Einführungsprogramm im interprofessionellen Team. Verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit mit Handlungs- und Entwicklungsspielraum. Ein engagiertes, interprofessionelles Team. Gute Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind im Spital Zofingen selbstverständlich. Unseren Mitarbeitenden stehen unter anderem eine spitalinterne KITA, ein vielfältiges Weiterbildungsangebot, ein Fitness-Trainingsraum sowie ein öffentliches Personalrestaurant zur Verfügung.

**Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen!**  
Marlis Portmann, Bereichsleitung Pflege, +41 62 746 55 63

Bitte bewerben Sie sich online  
[www.spitalzofingen.ch](http://www.spitalzofingen.ch)

# Besser leben mit COPD

COPD-Betroffene werden zu Experten ihrer Krankheit

Mathias Guler



Schulungsunterlagen inklusive Aktions- und Bewegungsplan für die Teilnehmenden von „Besser leben mit COPD“

Die chronisch obstruktive Lungenkrankheit COPD kann mit grossen Belastungen für Betroffene und ihre Angehörigen einhergehen, und oft wird im Verlauf die Alltagsbewältigung schwierig. Ein spezielles Selbstmanagement-Coaching hilft Betroffenen, mit ihrer Krankheit besser umzugehen und so unter anderem akute Verschlechterungen, die zu Hospitalisationen führen, bedeutend zu reduzieren. Die Lungenliga bietet dieses Selbstmanagement-Coaching nun an.

**R**und 400'000 Menschen in der Schweiz sind von der chronisch obstruktiven Lungenkrankheit COPD (chronic obstructive pulmonary disease) betroffen (Bréviaux et al. 2008). Die sich schleichend entwickelnde Krankheit wird meist durch das Einatmen von Schadstoffen über längere Zeit, vor allem Zigarettenrauch oder Staub, verursacht. Folgen sind zunehmende Atemnot bei körperlicher Aktivität, in vielen Fällen auch morgendlicher Husten, teils mit Auswurf. Eine häufige

Komplikation sind sogenannte Exazerbationen mit starker Zunahme der Beschwerden, was häufig zu Hausarztbesuchen, Hospitalisationen oder Notfallaufnahmen führt. Zum Teil davon lässt sich vermeiden, vorausgesetzt, Betroffene setzen sich mit ihrer Krankheit auseinander und fühlen sich sicher im alltäglichen Umgang damit. Die Lungenliga lancierte 2018 deshalb in sieben Kantonen das Selbstmanagement-Coaching „Besser leben mit COPD“. Das Programm wurde mit Genehmigung des kanadischen Teams um Prof. Jean Bourbeau für die Schweiz adaptiert und dessen Wirksamkeit evaluiert und belegt (Steurer-Stey et al. 2018; Carron et al. 2017). Es ist von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie anerkannt und empfohlen.

Selbstmanagement-Coaching wird definiert als unterstützende Massnahme, die das Verhalten der Betroffenen so verändert, dass es ihre Gesundheit fördert und den Umgang mit der chronischen Erkrankung im Alltag erleichtert (Barlow et al. 2002). Dabei bleibt es nicht nur bei einer einfachen Wissensvermittlung, vielmehr eignen sich Betroffene mithilfe von evidenzbasierten Schulungsmethoden und entsprechend gestalteten Schulungsunterlagen Fähigkeiten an, die die Selbstkontrolle bei chronischen Erkrankungen verbessern (Lorig et al. 2013). Dadurch

werden die Gesundheitskompetenz und adäquates Selbstmanagement gefördert, also die „Fähigkeit des Einzelnen, selbstständig grundlegende Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen sowie Gesundheitsdienstleistungen zu verwenden, um angemessene Entscheidungen treffen zu können“ (Healthy People 2010).

## Gesundheitskosten reduzieren

Aus mehreren Studien geht hervor, dass das von Prof. Jean Bourbeau konzipierte und international etablierte Schulungskonzept „Living well with COPD“ nachweislich positive Auswirkungen auf Betroffene wie auch auf das Gesundheitssystem hat. So untersuchten Bourbeau et al. (2003) im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie die Effekte des Schulungskonzeptes. 191 Patientinnen und Patienten mit einer moderaten bis schweren COPD, die im Vorjahr mindestens einmal hospitalisiert worden waren, nahmen an der Studie teil. Während die Interventionsgruppe ein sechs- bis siebenwöchiges Selbstmanagement-Coaching mit Heimprogramm und zwölfmonatiger telefonischer Nachbetreuung erhielt, kam der Kontrollgruppe nur die übliche Betreuung ohne Selbstmanagement-Coaching zu. Zwölf Monate nach dem Coaching hatte sich bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe die Zahl der Hospitalisationen bei akuten Exazerbationen um 39,8 Prozent ( $p=0,01$ ) reduziert, bei anderen Gesundheitsproblemen um 57,1 Prozent ( $p=0,01$ ). Weiter konnten bei der Interventionsgruppe die Aufnahmen in eine Notfallstation bei akuten Exazerbationen um 41,0 Prozent ( $p=0,02$ ) und die ungeplanten Hausarztbesuche um 58,9 Prozent ( $p=0,003$ ) signifikant gesenkt werden (Bourbeau et al. 2003).

Bei derselben Patientengruppe untersuchten Gadoury et al. (2005) die Langzeitwirkung des Schulungsprogramms. Auch hier zeigten sich positive, statistisch signifikante Effekte des Selbstmanagement-Coachings: Zwei Jahre nach Schulungsbeginn benötigten die Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe 26,9 Prozent weniger Hospitalisationen (Gadoury et al. 2005).

Für die Schweiz konnten Steurer-Stey et al. (2018) bei Betroffenen, die an der „Besser leben mit COPD“-Intervention teilgenommen hatten, ebenfalls eine signifikante und klinisch beachtenswerte Reduktion der Exazerbationen, die vermutlich einer Arztkonsultation, Hospitalisierung oder Notfallaufnahme bedurft hätten, um 64 Prozent nachweisen (incidence rate ratio 0,36, 95 % CI 0,25–0,52) (Steurer-Stey et al. 2018).

Und schliesslich zeigte eine Kosten-Nutzen-Analyse, dass „Living well with COPD“ die Gesundheitskosten senkt. So beliefen sich die Gesundheitskosten der Personen aus der Kontrollgruppe durchschnittlich auf 6674 Kanadische Dollar pro Jahr, diejenigen der Interventionsgruppe verursachten bei 50 betreuten Personen pro Case Manager durchschnittliche Kosten von 4525 Kanadischen Dollar pro Jahr. Dies ergibt effektive Kosteneinsparungen

von 2149 Kanadischen Dollar<sup>1</sup> pro Jahr und pro Patient. Wichtig ist bei der Schulung jedoch das Einhalten hoher Qualitätsstandards, namentlich eine inhaltstreue Durchführung, professionelle Coaches mit den notwendigen menschlichen und methodisch-didaktischen Fähigkeiten sowie eine proaktive Begleitung der COPD-Betroffenen (Bourbeau et al. 2006).

## Lebensqualität verbessern

Weitere Parameter untersuchten Claudia Steurer-Stey et al. (2018) im Rahmen einer Schweizer Studie. 71 COPD-Patientinnen und -Patienten absolvierten das sechswöchige Selbstmanagement-Coaching mit telefonischem Follow-up jeweils 3, 6, 12, 18 und 24 Monate nach Schulungsbeginn. 396 Betroffene in der Kontrollgruppe erhielten hingegen nur die übliche Betreuung. Anhand des *Chronic Respiratory Disease Questionnaire* (CRQ), eines Fragebogens, der die physische und psychische Befindlichkeit von Menschen mit einer chronischen Lungen- oder Atemwegserkrankung erhebt, untersuchten die Forscher unter anderem die Lebensqualität der Studienteilnehmenden. Zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zeigten sich folgende Unterschiede: 0,54 (95 % CI 0,13–0,94) in der Kategorie *mastery* des CRQ, die den Umgang mit und die Bewältigung der COPD misst, 0,55 (95 % CI 0,11–0,99) in der Kategorie *fatigue*, 0,54 (95 % CI 0,14–0,93) in der Kategorie *emotional function* und 0,64 (95 % CI 0,14–1,14) in der Kategorie *dyspnoea* (Steurer-Stey et al. 2018).

## Lungenliga startete Pilotprojekt

Um die Lebensqualität ihrer COPD-Patientinnen und -Patienten zu verbessern sowie die Anzahl Hausarztbesuche, Hospitalisationen und Notfallaufnahmen zu reduzieren, lancierte die Lungenliga 2018 in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie das Pilotprojekt „Besser leben mit COPD“ im puren, ambulanten Setting. Dafür wurden in Zusammenarbeit mit den Experten und Autoren der Schweizer Studien die Schulungsunterlagen inklusive Aktions- und Bewegungsplan von „Living well with COPD“ nochmals überarbeitet und für den Schweizer Kontext adaptiert. Weiter organisierte die Lungenliga Schweiz Weiterbildungen, in denen medizinische Experten den zukünftigen Coaches der kantonalen Lungenligen die erforderlichen Inhalte und Fachkompetenzen vermittelten.

Das Selbstmanagement-Coaching besteht aus sechs Modulen (jeweils 1x pro Woche à 2 Stunden) und dauert sechs Wochen (siehe Tabelle). Die ärztliche Leitung des Programms übernimmt jeweils ein Pneumologe, der auch ein-

<sup>1</sup> Ein Kanadischer Dollar entspricht 0,74 Schweizer Franken (Stand: 10.12.2018).

zelne Module begleitet und die Umsetzung der Aktionspläne sicherstellt. Dank regelmässigen Verlaufsberichten sind die Hausärztinnen und die Hausärzte wie auch die Pneumologinnen und Pneumologen über den Therapieverlauf ihrer COPD-Patienten bestens informiert.

2018 konnte die Lungenliga das Selbstmanagement-Coaching „Besser leben mit COPD“ in sieben Kantonen anbieten, insgesamt profitierten rund 100 Betroffene sowie ihre Angehörigen vom Angebot.

Die sechs Module des Selbstmanagement-Coachings „Besser leben mit COPD“ / Quelle: Lungenliga Schweiz 2018

Modul 1	<b>COPD:</b> Die Betroffenen kennen Unterschiede zwischen einer akuten und einer chronischen Erkrankung sowie die Ursachen und Leitsymptome einer COPD. Sie können die Krankheit in ihrem persönlichen Umfeld einfach und verständlich erklären.
Modul 2	<b>Medikamente und Aktionsplan:</b> Die Betroffenen wissen, welche verordneten Medikamente sie wie und wann anzuwenden haben. In Absprache mit dem behandelnden Hausarzt/Pneumologen lernen die Betroffenen, wie sie bei einer Verschlechterung richtig und rechtzeitig reagieren.
Modul 3	<b>Atem- und Hustentechniken:</b> Die Betroffenen lernen, Techniken zur Verringerung der Atemnot und der Überblähung der Lunge, Hustentechniken und Techniken zur Sekretmobilisation anzuwenden.
Modul 4	<b>Alltagsplanung:</b> Die Betroffenen meistern den Alltag im Haushalt, bei der Arbeit und in ihrer Freizeit. Den Betroffenen werden energiesparende Techniken sowie eine ideale Tages- und Wochenplanung gezeigt.
Modul 5	<b>Körperliche Aktivität:</b> Die Betroffenen kennen die Vorteile täglicher körperlicher Bewegung. Die Zuversicht und Motivation für mehr Bewegung und regelmässiges Training werden gestärkt. Der soziale Aspekt der Gruppe ist ein wichtiger Motivator.
Modul 6	<b>Weitere Themen:</b> Durch praxisnahe Übungen und gezielte Inputs wird der Programminhalt vertieft, und weitere Themen wie Rauchen bzw. Rauchstopp, Ernährung, Schlafen und Reisen werden in der Gruppe behandelt.

Ziel des Selbstmanagement-Coachings ist es, dass die Betroffenen einen besseren und zuversichtlicheren Umgang mit COPD sowie ein besseres Krankheitsverständnis entwickeln. Dazu vermittelt das Coaching den Betroffenen Techniken, anhand derer sie Problemlösungsstrategien für alltägliche Anforderungen erlernen und so zu mehr Sicherheit und zu mehr Lebensqualität gelangen.

Die Betroffenen werden befähigt, Verschlechterungen ihres gewohnten Gesundheitszustands frühzeitig selbst zu erkennen, adäquat zu reagieren sowie falls angezeigt rechtzeitig mit dem Hausarzt, Pneumologen oder bei Bedarf auch direkt mit einem Notfallzentrum Kontakt aufzunehmen.

Der Aktionsplan zum Exazerbationsmanagement zielt auf ein rechtzeitiges, richtiges Umsetzen der vom behandelnden Arzt empfohlenen Therapie und damit eine nutz-

bringende Verhaltensänderung ab. Im Bewegungsplan werden wöchentliche Bewegungsziele definiert, die den Betroffenen als zusätzlicher Anreiz dienen, sich täglich zu bewegen.

Nach Abschluss des Selbstmanagement-Coachings in der Gruppe erfolgt nach ein, drei, sechs und neun Monaten ein standardisiertes telefonisches Follow-up-Gespräch zwischen Coach und Betroffenen. Die für dieses Gespräch konzipierte Regieanleitung stellt sicher, dass die COPD-relevanten Themen (z. B. Symptome und Therapie, richtige Inhalation, Bewegung, Rauchstopp etc.) angesprochen werden. Auch wird besprochen, wann zur Sicherheit des Patienten mit einem Arzt, einer Ärztin kommuniziert werden muss.

## Evaluation ist in Gang

Das Pilotprojekt der Lungenliga wird im Rahmen einer Begleitstudie durch Prof. Dr. med. Milo Puhan (Universität Zürich) in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Isabelle Peyremann-Bridevaux (Universität Lausanne) evaluiert. Die Resultate stehen zurzeit noch aus und werden Mitte 2019 erwartet. Erste, qualitative Rückmeldungen zeigen jedoch, dass das Selbstmanagement-Coaching von Betroffenen und Angehörigen sehr geschätzt wurde. „Dank des Kurses habe ich mehr Motivation und Mut erhalten, mit meiner Krankheit zu leben und damit umzugehen.“ – „Der Kurs hat mir geholfen, meine Krankheit besser zu verstehen. Ich habe gelernt, was man dagegen unternehmen kann.“ – „Ich habe durch den Kurs erfahren, wie ich meinen Tagesablauf besser planen kann und wie ich im Ernstfall reagieren muss.“ Dies sind einige der Rückmeldungen, die die Teilnehmenden nach Abschluss der sechs Module geäussert haben.

Unter anderem dank der Projektförderung durch Gesundheitsförderung Schweiz ([www.gesundheitsfoerderung.ch/pgv](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pgv)) haben COPD-Betroffene auch 2019 die Möglichkeit, am Selbstmanagement-Coaching „Besser leben mit COPD“ teilzunehmen. Dieses wird in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Bern, Neuenburg, Thurgau, St. Gallen, Solothurn, Waadt, Wallis und Zürich angeboten. Mit dem Ziel eines schweizweiten Angebots kann das Programm in den nächsten Jahren in weiteren Kantonen besucht werden. Mehr Informationen unter: [www.lungenliga.ch/copdcoaching](http://www.lungenliga.ch/copdcoaching)

Wir danken Frau Prof. Steurer-Stey für die inhaltliche Überarbeitung und Durchsicht des Artikels.

## Literatur

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*, 48(2), 177–187.  
 Bourbeau, J., Collet, J.P., Schwartzman, K., Ducruet, T., Nault, D. & Bradley, C. (2006). Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*, 130(6), 1704–1711.

**Seit über 115 Jahren  
im Einsatz für Lunge  
und Atemwege**



Die Lungenliga ist eine nicht-gewinnorientierte Gesundheitsorganisation mit über 700 Mitarbeitenden, die sich seit über 115 Jahren für Menschen mit Lungen- und Atemwegserkrankungen einsetzt. Sie berät und betreut über 100'000 Patientinnen und Patienten an 65 Standorten in der ganzen Schweiz und zuhause, damit diese möglichst beschwerdefrei und selbstständig leben können. Auch ausserhalb ihrer Kernaktivität, der integrierten Beratung, ist die Organisation mit Zewo-Gütesiegel aktiv: Sie sensibilisiert die breite Öffentlichkeit für Lungen- und Atemwegserkrankungen, leitet Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung, stellt Rauchstopangebote bereit, engagiert sich auf politischer Ebene, bildet Fachpersonen weiter und fördert jedes Jahr Forschungsprojekte mit Bezug zu Lungen- und Atemwegserkrankungen.

Mehr Informationen unter [www.lungenliga.ch](http://www.lungenliga.ch)

Bourbeau, J. et al. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*, 163(5), 585–591.

Bridevaux, P.O., Gerbase, M.W., Probst-Hensch, N.M., Schindler, C., Gaspoz, J.M. & Rochat, T. (2008). Long-term decline in lung function, utilisation of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. *Thorax*, 63(9), 768–74.

Carron, T. et al. (2017). Feasibility, acceptability and effectiveness of integrated care for COPD patients: a mixed methods evaluation of a pilot community-based programme. *Swiss Med Wkly*, 147(w14567). Retrieved December 21, 2018 from <https://smw.ch/article/doi/smw.2017.14567/>.

Gadoury, M.A. et al. (2005). Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. *Eur Respir J*, 26(5), 853–857.

Healthy People (2010). *U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion*. Retrieved December 12, 2018 from [https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010\\_final\\_review.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf)

Lorig, K., Haslbeck, J., Gabriel, E. & Natau, C. (2013). *Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben*. Zürich: Careum Verlag.

Lungenliga Schweiz (2018). *Selbstmanagement-Coaching: Besser leben mit COPD*. Informationsbroschüre für Fachpersonen.

Steurer-Stey, C., Dalla Lana, K., Braun, J., Ter Riet, G. & Puhan, M.A. (2018). Effects of the „Living well with COPD“ intervention in primary care: a comparative study. *Eur Respir J*, 51(1). Retrieved December 10, 2018 from <http://erj.ersjournals.com/content/51/1/1701375>, from doi: 10.1183/13993003.01375-2017.



**Mathias Guler**, MA in Health Science und BSc in Physiotherapie, ist Projektleiter des Selbstmanagement-Coachings „Besser leben mit COPD“, Lungenliga Schweiz.

[m.guler@lung.ch](mailto:m.guler@lung.ch)

# „Was gibt mir der Glimmstängel?“

## Ein Rauchstopp bedingt eine Auseinandersetzung mit sich selbst

Regula Grünwald

Die körperliche Abhängigkeit ist nach einem Rauchstopp relativ schnell überwunden. Schwieriger ist es für viele, ihre Gewohnheiten zu ändern. Warum das so ist und mit welchen Tricks es am besten gelingt, mit dem Rauchen aufzuhören, erklärt Silvia Loosli, Rauchstopptrainerin der Lungenliga Aargau, im Interview.

### **Grünwald: Silvia Loosli, warum ist ein Rauchstopp so schwierig?**

Loosli: Es ist in unseren Köpfen verankert, dass ein Rauchstopp schwierig ist. Das gilt aber nicht für alle Leute gleichermaßen. Es gibt manche Personen, die ohne Probleme von einem Tag auf den anderen aufhören können. 80 Prozent der Ex-Rauchenden geben an, mehr als einen Rauchstoppversuch unternommen zu haben. Leider nahmen nur 12,6 Prozent von ihnen für den Rauchstopp eine Unterstützung in Anspruch (Kuendig et al. 2016). Hier ist also das Potenzial noch lange nicht ausgeschöpft.

### **Wovon hängt es ab, ob jemandem ein Rauchstopp schwer fällt oder nicht?**

Da spielen verschiedene Faktoren mit. Eine mögliche Suchtveranlagung ist bei manchen Personen stark ausgeprägt, bei anderen gar nicht. Dabei spielen unter anderem körperliche, das heißt biologische und genetische, sowie psychische und soziale Faktoren eine wichtige Rolle. Hinzu kommt, dass nicht alle gleich auf die Nikotinaufnahme im Hirn reagieren. Und schliesslich ist es eine Verhaltensfrage.

### **Wer einen Rauchstoppkurs der Lungenliga besucht oder eine Beratung bei Ihnen in Anspruch nimmt, schafft den Rauchstopp offenbar nicht aus eigenem Antrieb. Womit haben diese Personen zu kämpfen?**

Nikotin ist ein Nervengift, das rasch süchtig macht. Im Hirn gibt es Rezeptoren, an denen das Nikotin beim Rauchen andockt und so für den sogenannten Nikotinkick sorgt. Diese Rezeptoren verlangen jedoch schnell nach mehr Nikotin und vermehren sich, sobald dieses zuge-

führt wird. Dies sorgt dafür, dass Betroffene immer mehr rauchen müssen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen (Deutsches Krebsforschungszentrum 2015). In der Regel ist die körperliche Abhängigkeit jedoch nicht der Hauptgrund, warum ein Rauchstopp nicht gelingt, denn die körperlichen Entzugserscheinungen sind nach drei bis sieben Tagen verschwunden. Wem ein vollständiger Entzug zu krass ist, kann auf Nikotinersatzpräparate zurückgreifen. Schwieriger ist es hingegen, die Gewohnheiten zu ändern. Und dafür macht es Sinn, den Rauchstopp mithilfe eines Rauchstoppkurses oder einer individuellen Rauchstoppberatung anzustreben.

### **Weshalb ist es so schwierig, Gewohnheiten zu ändern?**

Greift jemand beispielsweise immer bei Stress zu einer Zigarette, speichert das Hirn diese Gewohnheit ab. Um dieses Programm im Hirn zu ändern, muss man die gleiche Situation x-mal anders machen, bis das neue Verhalten automatisiert wird.



Silvia Loosli, ausgebildete Rauchstopptrainerin bei der Lungenliga Aargau, kennt viele Ablenkungsstrategien, die bei einem Rauchstopp helfen können. Foto zVg.

Die Vorteile eines Rauchstopps / Quelle: Lunge Zürich 2018

Nach 20 Minuten	sinkt sich der durch Nikotin erhöhte Blutdruck ab, die Herzfrequenz und die Körpertemperatur normalisieren sich.
Nach 8 Stunden	verflüchtigt sich das Kohlenmonoxid in den Blutbahnen und macht dem Sauerstoff Platz.
Nach einem Tag	verringert sich das Herzinfarktrisiko.
Nach 2 Tagen	verfeinern sich der Geruch- und Geschmackssinn.
Nach 3 Tagen	verbessert sich die Atmung merklich – Treppensteigen und Radfahren beweisen es Ihnen.
Nach 3 Monaten	verbessert sich die Blutzirkulation und die Lungenkapazität kann sich in dieser Zeit bis zu 30 % erhöhen.
Nach einem Jahr	hat sich das Risiko für Erkrankungen der Herzgefäße halbiert.
Nach 2 Jahren	kann das Herzinfarktrisiko auf fast normale Werte absinken.
Nach 5 Jahren	hat sich das Risiko von Mundhöhlenkrebs um die Hälfte reduziert.
Nach 10 Jahren	ist das Lungenkrebsrisiko gleich gross wie bei den lebenslangen Nichtrauchenden.
Nach fünfzehn Jahren	ist das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gleich gross wie bei den lebenslangen Nichtrauchenden.

### Wie gehen Sie in Ihren Rauchstoppkursen vor, um dieses Ziel zu erreichen?

Zunächst ist es wichtig, dass sich Rauchende mit sich selbst und dem Rauchen auseinandersetzen und sich etwa folgende Fragen stellen: Warum rauche ich? In welchen Situationen brauche ich eine Zigarette? Was gibt mir der Glimmstängel? Ich verteile zum Beispiel Selbstkontrollblätter, in denen die Kursteilnehmenden ihre persönlichen Rauchgewohnheiten genau dokumentieren und mögliche Alternativhandlungen notieren müssen.

### Warum sind diese Alternativhandlungen wichtig?

Das sogenannte *Craving*, also das dringende Verlangen nach einer Zigarette, muss man sich als Welle vorstellen: Es kommt mit voller Wucht, ebbt aber nach wenigen Minuten wieder ab. In dieser Zeit müssen Betroffene Ablenkungsstrategien sofort parat haben, damit sie nicht zur Zigarette greifen.

### Was sind gute Alternativen?

Da gibt es sehr viele verschiedene Möglichkeiten und jede Person muss selbst herausfinden, welche zwei, drei Alternativhandlungen oder Ablenkungsstrategien ihr am besten entsprechen. Manchen hilft ein bestimmter Duft, eine Farbe, ein Musikstück, ein Bild, ein Motivationsspruch oder ein Symbol, um diese Zeit zu überbrücken. Andere

nehmen einen Kaugummi, machen Yoga- oder Atemübungen, kneten einen Antistressball, machen Knobel Spiele oder kauen Süßholz. Empfehlen kann ich auch das Jonglieren. Da muss man sich darauf konzentrieren, die Bälle in der Luft zu halten, und gleichzeitig bewegt man sich. Und Bewegung ist wichtig bei einem Rauchstopp.

### Damit man nicht zunimmt?

Oft lässt sich eine Gewichtszunahme bei einem Rauchstopp nicht ganz vermeiden. Als Gründe für die Gewichtszunahme werden ein gedrosselter Stoffwechsel sowie eine vermehrte Kalorienaufnahme nach dem Rauchstopp angenommen: Der Organismus verbrennt im Ruhemodus weniger Energie und viele Ex-Rauchende greifen statt zur Zigarette zu Süßigkeiten und Snacks – die veränderte Kalorienbilanz führt dann zu mehr Kilos auf der Waage. Auch kommt der Stoffwechsel nach einem Rauchstopp aus dem Gleichgewicht und normalisiert sich erst nach und nach wieder. Mit einer ausgewogenen Ernährung – in unseren Kursen ist auch die Ernährungsberatung ein Thema – sowie einem gesunden Mass an zusätzlicher Bewegung kann eine Gewichtszunahme in Zaum gehalten werden. Meist pendelt sich diese bei drei bis fünf Kilogramm ein – und das ist für den Körper allemal gesünder als der Konsum von Tabak (Deutsches Krebsforschungszentrum 2017).

### Warum sind Zigaretten denn so schädlich?

Beim Konsum von herkömmlichen Zigaretten nimmt der Körper insbesondere drei Substanzen auf, die ihm zusetzen: Das Nikotin macht abhängig und kann zu Gefässverengungen führen. Das Kohlenmonoxid vermindert den Sauerstoffgehalt im Blut und verschlechtert die Durchblutung, was langfristig Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur Folge haben kann. Und schliesslich verklebt der Teer, der beim Rauchen inhaled wird, die Flimmerhärchen der Lunge, wodurch sie die eingeatmete Luft weniger gut filtern können. Das führt zu vermehrten akuten Infektionen der Atemwege und erhöht das Risiko für Lungenkrebs oder die chronisch obstruktive Lungenkrankheit COPD.

### Tabakkonzerne werben damit, dass neue Produkte wie E-Zigaretten oder Heat-not-Burn-Produkte viel weniger Schadstoffe enthalten als herkömmliche Zigaretten. Würden Sie diese Produkte für einen Rauchstopp empfehlen?

Nicht grundsätzlich. Es gibt einige Ausnahmefälle, bei denen ein Umstieg auf alternative Produkte im Sinne einer Schadensminderung sinnvoll ist, beispielsweise bei stark abhängigen Personen. Jedoch stehen auch Heat-not-Burn-Produkte und E-Zigaretten im Verdacht, Lunge und Atemwege zu schädigen. Studien zu den Langzeitwirkungen dieser Produkte stehen zurzeit noch aus. Für mich ist jedoch klar: Will jemand seine Lunge schützen, muss das Ziel ein Rauchstopp sein.

## Rauchstopp-Methoden

Rund die Hälfte der rauchenden Personen in der Schweiz möchte mit dem Rauchen aufhören (Kuendig et al. 2016).

Die besten Chancen auf Erfolg hat ein Rauchstoppversuch, wenn die Entwöhnung von Fachpersonen begleitet und durch Medikamente (Nikotinersatzpräparate) unterstützt wird. Mit Gruppenkursen sowie Einzelberatungen unterstützen die kantonalen Lungenligen Aufhörwillige gerne bei ihrem Rauchstopp. Telefonische Beratung ist bei der Rauchstopplinie unter der Nummer 0848 000 181 erhältlich. Nikotinhaltige Medikamente können die Entzugserscheinungen vorübergehend dämpfen. Die Auswahl reicht von Nikotinpatchs über Kaugummis, Lutsch- und lösliche Tabletten bis hin zu Inhaler und Mundsprays. Wichtig ist beim Kauf der rezeptfreien Medikamente eine gute Beratung in der Apotheke. Weitere, rezeptpflichtige Medikamente wie Champix (Vareniclin) und Zyban (Bupropion) können einen Rauchstopp ebenfalls unterstützen, hilfreich können zudem alternative Methoden wie Akupunktur oder Hypnose sein. Wer auf Medikamente und eine professionelle Beratung verzichten möchte, findet auf der Website der Lungenliga hilfreiche Tipps und weiterführende Links. In den letzten Jahren wurden zudem mehrere Apps entwickelt, die helfen, mit dem Rauchen aufzuhören. Dies sind beispielsweise die von der Universität Genf entwickelte App *Stop-tabac* und die vom Bundesamt für Gesundheit lancierte *SmokeFree Buddy* App.

Weiterführende Informationen unter:

- [www.lungenliga.ch/rauchstopp](http://www.lungenliga.ch/rauchstopp)
- [www.at-schweiz.ch](http://www.at-schweiz.ch)
- [www.stop-tabak.ch](http://www.stop-tabak.ch)
- [www.smokefree.ch](http://www.smokefree.ch)

## Literatur

Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, G. (2016). *Désaccoutumance tabagique en Suisse en 2015 – Analyse des données du Monitorage suisse des addictions, Addiction Suisse, Lausanne, Suisse*. Retrieved January 7, 2019 from [https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/kuendig\\_74t32zdiazd.pdf](https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/kuendig_74t32zdiazd.pdf)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2015). *Gesundheitsrisiko Nikotin: Fakten zum Rauchen*. Heidelberg. Retrieved January 7, 2019 from [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR\\_Gesundheitsrisiko\\_Nikotin\\_web.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Gesundheitsrisiko_Nikotin_web.pdf)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2017). *Gewichtszunahme durch einen Rauchstopp – ein begrenztes Problem*. Heidelberg. Retrieved January 7, 2019 from [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR\\_Gewichtszunahme\\_durch\\_Rauchstopp.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Gewichtszunahme_durch_Rauchstopp.pdf)

Lunge Zürich (2018). *Vorteile eines Rauchstopp*. Retrieved December 11, 2018 from <https://www.lunge-zuerich.ch/de/lunge-luft/lunge/rauchstopp/rauchstopp-vorteile/?oid=143&lang=de>



**Regula Grünwald**, Mediensprecherin und Redaktorin der Lungenliga Schweiz.

[r.gruenwald@lung.ch](mailto:r.gruenwald@lung.ch)



# Die Pflegeklassifikations-datenbank Hogrefe NCDB

Nursing Classifications Database

## Was ist die NCDB?

Die Pflegeklassifikationsdatenbank basiert auf den deutschsprachigen Ausgaben der Standardwerke von Marilyn E. Doenges, der NIC-Pflegeinterventionsklassifikation und der NOC-Pflegeergebnisklassifikation und vereint diese in einem einzigen Produkt.

Aber nicht nur das – die NCDB enthält alle notwendigen Verknüpfungen der Inhalte untereinander. Dies vereinfacht eine Einbindung in Ihr Arbeitsmittel stark!

## Wieso benötige ich die NCDB?

Sie haben einen hohen Anspruch an die Qualität Ihrer Pflegedienstleistungen? Sie arbeiten evidenzbasiert? Sie möchten möglichst wenig Zeit für die Dokumentation aufwenden, um mehr Zeit für die Pflege zu haben? Dann benötigen Sie die NCDB. Einmal in Ihr Pflegedokumentationssystem eingebunden, sind die Inhalte für Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter per Mausklick verfügbar.

## Was erhalte ich genau?

- alle Pflegeziele und Pflegemaßnahmen von Doenges
  - alle 554 NIC-Pflegeinterventionen
  - über 10'000 Pflegeaktivitäten
  - alle 385 NOC-Pflegeergebnisse
  - die Möglichkeit zur Verknüpfung mit NANDA International
  - Schlüsselinterventionen für rund 50 Pflegefachbereiche
  - Angaben zum Zeitaufwand und zur notwendigen Qualifikation für einzelne Interventionen
- Und das alles untereinander vernetzt und in einer XML-Datenbank aufbereitet!

## Wo erhalte ich die NCDB?

Die NCDB können Sie direkt beim Hogrefe Verlag beziehen. Bitte wenden Sie sich für ein maßgeschneidertes Angebot an [ncdb@hogrefe.ch](mailto:ncdb@hogrefe.ch).

Die NCDB ist auch in führenden europäischen Softwaresystemen zur Pflegedokumentation erhältlich. Angaben zu diesen Anbietern und weitere Informationen zur NCDB finden Sie auf [www.hogrefe.ch/ncdb](http://www.hogrefe.ch/ncdb).



Jetzt den QR-Code scannen  
und unter [www.hogrefe.com](http://www.hogrefe.com)  
mehr zur NCDB erfahren

 hogrefe

# Pflegeinterventionen bei Dyspnoe in palliativen Situationen

Sara Häusermann



Ein gutes Dyspnoe-Management ermöglicht vielen Palliativ-Patienten Lebensqualität bis zum letzten Atemzug. (Symbolbild)

Bei palliativen Patientinnen und Patienten gibt es unterschiedliche Ursachen für Dyspnoe. Das Symptom kann die Lebensqualität von Betroffenen massiv einschränken. Welche pflegerischen Interventionen stehen zu dessen Linderung zur Verfügung?

„Leben ist das Einatmen der Zukunft.“ Das Zitat des französischen Philosophen Pierre Leroux (1797-1871) ist treffend formuliert – auch wenn man es in Zusammenhang mit der Palliative Care setzt. Palliative Care bietet unheilbar erkrankten Personen und ihren Angehörigen bestmögliche Lebensqualität. Sie umfasst symptomorientierte Therapie in Form von medizinischen Behandlungen, aber auch Pflege sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung (World Health Organization 2002; Bundesamt für Gesundheit, palliative ch & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesund-

heitsdirektorinnen und -direktoren 2014). Wenn sich die Atmung erschwert, wird Betroffenen und den Angehörigen oft bewusst, dass die Zukunft anders sein wird als die Gegenwart. Ohne Atmung ist keine Zukunft (er-)lebbar.

## Definition von Dyspnoe

Dyspnoe wird als subjektives Gefühl beschrieben, nicht mehr genug Luft zu erhalten. Wichtig ist zu wissen, dass diese nicht zwingend mit den Blutgas-Werten (u. a. tiefes O<sub>2</sub>, hohes CO<sub>2</sub>) korreliert und sich auch nicht automatisch mit der Veränderung des Atemmusters (z. B. Übergang zur Cheyne-Stokes'schen Atmung) einstellt. Zentral ist immer die Aussage der Person bzw. bei Betroffenen, die nicht mehr verbal kommunizieren können, die Beobachtung objektiver Dyspnoe-Symptome (z. B. verstärkter Einsatz der Atemhilfsmuskulatur) durch die Fachpersonen (Bauswein 2015). Dyspnoe kann je nach Diagnose und Verlauf der Erkrankung auch schon im frühen Stadium der Palliative Care (ausserhalb der End of Life-Phase) auftreten.

## Ursachen der Dyspnoe in der Palliative Care

Die Ursachen für Dyspnoe in der Palliative Care sind manifaltig. Einerseits können verschiedene physische Gründe zu Atemnot führen: Pulmonale wie ein Pleuraerguss, eine obere Einflussstauung, ein Infekt oder eine vorbestehende chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), kardiale wie zu intensive iv-Hydratation und/oder Herzinsuffizienz, muskuläre wie Kachexie oder zentrale wie eine Azidose (Bigorio 2006). Nicht ausser Acht gelassen werden dürfen aber insbesondere die psychischen Gründe wie Angst vor Symptomexazerbation, vor dem Abschiednehmen oder dem Sterbevorgang selber. Auch soziale Belastungen (u. a. Sorge um die Angehörigen, finanzielle Belastungen) oder spirituelle (Sinnverlust) können wie ein „Stein auf die Brust drücken“ und somit die Atmung von Betroffenen belasten.

## Assessment als erster Schritt

Wie bei jedem Symptommanagement steht an erster Stelle das Assessment. Neben einer spezifischen Anamnese (7 Symptomcharakteristika: Lokalisation, Quantität (mittels Numeric Rating Scale (NRS) oder Borg-Skala), evtl. Qualität, zeitlicher Verlauf, Begleitsymptome, lindernde und verschlimmernde Faktoren, Erklärung der betroffenen Person/Auslöser) ist insbesondere auch die Auswirkung auf den Alltag der Person sowie ihr psychisches Erleben zu erfassen.

## Ruhe der Pflegefachperson

Da Dyspnoe unmittelbar lebensbedrohlich sein kann, ist es auch für die Pflegefachpersonen nicht immer einfach, die betroffenen Personen zu begleiten. Zentralstes Element ist, wirklich präsent zu sein, dabei aber selbst Ruhe zu bewahren, da gerade schwer erkrankte Menschen oft ein feines Sensorium für ihre Umgebung haben und Anspannung oder Verzweiflung von Betreuungspersonen sich unmittelbar auf die Betroffenen übertragen können. Entsprechend ist es empfehlenswert, als Pflegefachperson eigene Strategien zu entwickeln, dank deren Anwendung man in belastenden Situationen in der inneren Ruhe bleiben oder diese wieder erreichen kann (Bigorio 2006; Bausewein 2015). Möglichkeiten dafür sind:

- eigene Körperwahrnehmung aktivieren: Wie stehe ich im Raum? Wie fühlt sich der Kontakt zum Boden an (bewusste Wahrnehmung des Untergrundes)? Wie ist meine Körperposition (gekrümmt, aufrecht)?
- Körperhaltung optimieren: Füsse bewusst auf dem Untergrund platzieren, Oberkörper aufrichten
- eigene Atmung beobachten und ggf. optimieren: bewusst atmen, Tempo reduzieren, bis in den Bauch atmen.

## Pflegeinterventionen bei Dyspnoe

Als effizient können sich bei Dyspnoe in der Palliative Care folgende Pflegeinterventionen erweisen, die individuell an die betroffene Person adaptiert werden müssen:

- interprofessionelles Team involvieren: Optimierung der Dyspnoe-Basis- und Reservemedikation (Opioid) und der Hydrierung (ggf. Reduktion des Infusionsvolumens oder Verordnung von Diuretika) mit dem ärztlichen Dienst. Ggf. auch Applikation von Anxiolytika. Primär soll aber die Dyspnoe therapiert werden (Bigorio 2006). Verordnung von Physiotherapie (Atemtherapie, Sekretlösung), ggf. psychologische Unterstützung
- atemerleichternde Sitzpositionen (z. B. Kutschersitz)
- atemerleichternde Lagerung (Bigorio 2006), z. B. A-Lagerung mit einem Stillkissen, bei der die Atemhilfsmuskulatur optimal zum Einsatz kommen kann
- Luftstrom zuführen (Bigorio 2006): Fenster öffnen, Handventilator (sofern von der Hygiene erlaubt)
- Atemtechnik wie Lippenbremse (Ausatmung gegen die bis auf einen kleinen Spalt geschlossenen Lippen) instruieren
- der betroffenen Person Hand auf das Abdomen legen, sie dazu anleiten, bis zur Hand hinunter zu atmen. Ggf. ruhiges Atemtempo vorgeben
- entspannende Interventionen (Bausewein 2015) wie Massagen (z. B. mit Lavendelöl, auch an Füßen), Solarplexus-Massage (Akupressur-Punkt P8 in der Hand, siehe Abb., detaillierte Anleitung in NOVACura 2-18), entspannende Musik hören, geführte Bilderreise (via Smartphone/Youtube)
- Stressreduktion: anstrengende Pflegeinterventionen wie Körperpflege oder Mobilisation über den Tag verteilen bzw. etappen. Vor physischer Anstrengung ggf. Reservemedikation verabreichen unter Beachtung der Anschlagszeit (Morphin per os ca. 30 Minuten, iv mindestens 8 Minuten, je nach Metabolismus länger)
- Ansprechen von möglichen psychischen, sozialen und spirituellen Ursachen für die Dyspnoe sowie durch die Dyspnoe verursachten Belastungen wie Angst
- Beratung und Begleitung der Angehörigen: Ihre Anspannung im Zusammenhang mit der Dyspnoe oder der allgemeinen Situation kann sich belastend auf die betroffene Person auswirken (Bausewein 2015). Cave: Thema ansprechen, ohne bei den Angehörigen schlechtes Gewissen zu provozieren.



Akupressur-Punkt P8

## Dyspnoe am Lebensende

Bei Nicht-Tumorpatienten ist Dyspnoe das häufigste Symptom im letzten Lebensjahr (Bausewein, Farquhar, Booth, Gysels & Higginson 2007). 80 Prozent aller Tumorpatienten erleben in ihren letzten Lebensstunden Dyspnoe (Knipping 2006). In der Sterbephase können pathologische Atemmuster wie z. B. die Cheyne Stokes'sche Atemung auftreten, die insbesondere zu einem Anstieg des CO<sub>2</sub> führen. Die Sauerstoffsättigung bleibt häufig auch im fortschreitenden Sterbeprozess normal. Entsprechend muss einer sterbenden Person nicht routinemässig Sauerstoff verabreicht werden. Einige Betroffene erleben aber die Zufuhr von Sauerstoff als Erleichterung, da sie dank des Placebo-Effekts anxiolytisch wirken kann. Bei therapierefraktärer Dyspnoe in den letzten Lebenstagen oder -stunden kann eine palliative Sedation diskutiert werden. Idealerweise wird dafür ein spezialisiertes Palliativ-Team zur Beratung hinzugezogen.

## Terminales Rasseln

Beim terminalen Rasseln handelt es sich um ein Geräusch bei Inspiration und Expiration, das häufig in den letzten Tagen oder Stunden des Lebens auftritt (Ellershaw & Ward 2003). Das Geräusch entsteht bei der Bewegung des Sekrets der Speicheldrüsen und der bronchialen Mukosa, das sich im Bereich des Hypopharynx, der Trachea und der Lunge ansammelt. Wegen dem fehlenden Husten- oder Schluckreflex kann es nicht wegbefördert werden (Shimizu, Miyashita, Morita, Sato, Tsuneto & Shima 2014). Für die Betroffenen scheint das terminale Rasseln in der Regel nicht belastend zu sein, solange die Inspiration nicht beeinträchtigt ist (Albrecht & Roller 2015). Insofern muss terminales Rasseln nicht bedeuten, dass die betroffene Person Dyspnoe hat. 78 Prozent der Angehörigen erleben das Symptom als sehr belastend. Entsprechend benötigen sie empathisch begleitendes Fachpersonal sowie die oben genannten Erklärungen dazu. Absaugen ist nicht indiziert, wenn die Inspiration unbehindert ist (Albrecht & Roller 2015). Probatorisch kann nach ärztlicher Verordnung eine Ampulle Scopolamin Butylbromid (20 mg) subcutan oder intravenös appliziert werden (Bigorio 2006). Dieses bleibt aber oft ohne Wirkung.

Ein effizientes, individuelles Dyspnoe-Management ermöglicht vielen betroffenen Personen in der Palliative Care Lebensqualität bis zum letzten Atemzug.

## Literatur

- Albrecht, E. & Roller, S. (2015). Terminalphase und Tod. In C. Bausewein, S. Roller & R. Voltz (Hrsg.), *Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung* (S. 339–361). München: Urban & Fischer.
- Bausewein, C., Farquhar, M., Booth, S., Gyseis, M. & Higginson, I. J. (2007). Measuerement of breathlessness in advanced disease: a systematic review. *Respiratory Medicine*, 101(3), 399–410.
- Bausewein, C. (2015). Respiratorische Symptome. In C. Bausewein, S. Roller & R. Voltz (Hrsg.), *Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung* (S. 131–141). München: Urban & Fischer.
- Bigorio (2006). *Dyspnoe: Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland*. Retrieved January 06, 2019, from [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_12\\_6\\_bigorio\\_2003\\_Atemnot\\_de.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_6_bigorio_2003_Atemnot_de.pdf).
- Bundesamt für Gesundheit, palliative ch & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2014). *Palliative Care: Das Wichtigste in Kürze*. Retrieved July 21, 2016 from <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13785/index.html?lang=de>.
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*, 326(7379), 30–34.
- Knipping, C. (2006). *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Huber.
- Shimizu, Y., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S. & Shima, Y. (2014). Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(1), 2–12.
- World Health Organization (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved April 26, 2015, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.



**Sara Häusermann**, BScN, MSc Palliative Care, MAS in Onkologischer Pflege, ist Berufsschullehrerin und Dozentin an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

[www.haeusermann-palliative.ch](http://www.haeusermann-palliative.ch)  
[info@haeusermann-palliative.ch](mailto:info@haeusermann-palliative.ch)



Stadt Zürich  
Schulungszentrum Gesundheit

## Übernehmen Sie Führung!

Im Lehrgang «**Teamleiter/-in im Gesundheitswesen mit eidg. Fachausweis**» trainieren Sie die nötigen Kompetenzen für diese anspruchsvolle Leitungsaufgabe.

**Nächster Start am 21.8.2019**

**Info-Anlässe am 7.5. / 11.6. / 13.8.2019**

[www.wissen-pflege-bildung.ch](http://www.wissen-pflege-bildung.ch)



## DIPLOMA

DIPLOMA HOCHSCHULE  
Private Fachhochschule Nordhessen  
University of Applied Sciences

Besuchen  
Sie unsere  
**BERATUNGS-  
TERMINE!**

[diploma.de](http://diploma.de)

+49 (0)5722 28 69 97 32



### Studieren neben dem Beruf – flexibel von überall!

**Medizinalfachberufe (B.A. / M.A.)**

Akademische Weiterqualifizierung für alle in Therapie- und Pflegeberufen Tätigen, die sich parallel zu einer Berufstätigkeit weiterbilden möchten.

**Gesundheitsmanagement  
(B.A. / M.A.)**

Naturheilkunde und komplementäre Heilverfahren (B.Sc.)

# Pflegediagnosen – konkret, praktisch, umfassend



Marilynn E. Doenges / Mary Frances Moorhouse / Alice C. Murr  
Maria Müller Staub / Jürgen Georg / Claudia Leoni-Scheiber (Hrsg.)

## Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

Übersetzt von Michael Herrmann.

6., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2018. 1488 S., 29 Abb., 10 Tab., Gb

Eine Faltkarte liegt bei

€ 79,95 / CHF 99.00

ISBN 978-3-456-85831-9

Das erfolgreichste deutschsprachige Handbuch zur Pflegeplanung hilft Pflegenden, Pflegeassessmentdaten zu ordnen, Pflegediagnosen zu erkennen und einheitlich zu benennen. Die auf 242 Pflegediagnosen erweiterte 6. Neuauflage bietet alle NANDA-

I-Pflegediagnosen bis 2017, sowie umfangreiche Zuordnungsliste für Pflegediagnosen zu über 600 Krankheitssituationen und 11 Pflegemodellen. Doenges bietet begründete Pflegemaßnahmen und gibt Hinweise zur Patientenedukation und Entlassungsplanung.

[www.hogrefe.com](http://www.hogrefe.com)

 **hogrefe**

# Ängste in der zweiten Halbzeit

Thomas Hax-Schoppenhorst

Ältere Menschen, deren Körper und Geist zunehmende Einschränkungen aufweisen, müssen sich mit speziellen Ängsten auseinandersetzen. Viele ihrer Beschwerden werden chronisch, oft ohne Aussicht auf Beschwerdefreiheit. Hinzu kommt, dass der eigene Tod immer näher rückt oder nahestehende Angehörige sterben. Die eigene, immer kürzer werdende Lebensperspektive macht den Menschen Angst. Somit kommt auf Pflegende die Aufgabe zu, sich den recht unterschiedlichen Ausdrucksformen von Angst zu stellen, um so die Betroffenen gut begleiten zu können.

Angst gilt als natürliche Dimension des menschlichen Erlebens. Durch sie werden Wachsamkeit und Bereitschaft des Menschen aktiviert, potenzielle Gefahren zu erkennen und ihnen aus dem Wege zu gehen. In einer Welt, die voll von offensichtlichen und verborgenen Gefahren ist, stellt Angst einen überlebensnotwendigen Mechanismus dar. Häufig aber „artet Angst regelrecht aus“ und dominiert dann das Denken und Handeln der Betroffenen zu lange und zu intensiv; in solchen Fällen sprechen wir von „krankhafter“ Angst (vgl. Veselinović & Schneider 2014, S. 65). Das Alter gilt als in dieser Hinsicht besonders empfindliche Lebensphase. Typische körperliche Symptome von Angst sind u. a. Herzrasen, Herzklopfen oder schneller unregelmäßiger Herzschlag, Schweißausbrüche, fein- oder grobschlägiges Zittern, Mundtrockenheit, Atemnot, Kurzatmigkeit, Erstickungsgefühl und Enge- oder Beklemmungsgefühl im Hals oder in der Brust. Zu den psychischen Symptomen zählen das Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit, das Gefühl in Ohnmacht zu fallen, die Derealisation (die Objekte sind unwirklich), die Depersonalisation (das Gefühl, nicht wirklich hier zu sein) und die Angst vor Kontrollverlust.

Für Dr. Martine Grümmer, Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Düren (D) und seit zehn Jahren Chefärztin der dortigen gerontopsychiatrischen Abteilung, gehört die Begegnung mit den unterschiedlichsten Ängsten älterer



Wenn die Angst sprachlos macht (Symbolbild)

Menschen zum Alltag; sie macht Zusammenhänge auf anschauliche Weise deutlich (2014, S. 140): „Speziell bei Menschen, welche die letzten Kriege oder auch die Nachkriegszeiten durchlebt haben, sind *generalisierte Ängste* vermehrt zu finden. Zudem war zur damaligen Zeit die Haltung Kindern gegenüber anders als heute: Babys, die schrien, „stärkten ihre Lungen“ und wurden nicht selten abgesondert, Kinder im Krankenhaus durften nicht besucht werden, Prügel zu Hause oder in der Schule dienten der „Charakterbildung“. Diese Erlebnisse führten bei vulnerablen Persönlichkeiten nicht selten zu einer pathologischen Aktivierung des Stresssystems mit erhöhter Angstbereitschaft. Die Betroffenen bemühten sich daraufhin oft sehr erfolgreich, Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, um mit diesen Situationen zurechtzukommen. Im Alter kann dann eine Reaktivierung alter angstgefärbter Erlebnisse eintreten, etwa durch Erfahrungen aus einem ähnlichen Bereich – wie Krankenhausaufenthalte, unempathisches Vorgehen von anderen in Situationen, in denen die Betroffenen sich hilf- und schutzlos fühlten. Werden im Hier und Jetzt solche früheren Erfahrungen wieder erlebt, können dadurch alte, bislang kompensierte Ängste erneut reaktiviert werden und verdrängte Ängste brechen wieder hervor.“

## Beispiele aus dem Pflegealltag

Kasten 1

### Fallbeispiel 1

Herr P. erlitt in den vergangenen drei Jahren zwei Herzinfarkte. Bei regelmäßig erfolgten Kontrollen wurden wiederholt Verengungen der Herzkranzgefäße sowie eine verminderte Pumpleistung des Herzens festgestellt und entsprechende medizinische Maßnahmen ergriffen. Kurze Zeit nach dem letzten Ereignis kam es gleich mehrere Male zu Tachykardien, die jedoch nicht eindeutig zuzuordnen waren. Auf diese reagierte Herr P. mit zunehmend ängstlicher Angespanntheit. Er konnte nur noch schlecht schlafen und hatte große Sorgen, einen weiteren Infarkt zu erleiden.

### Fallbeispiel 2

Frau M. wurde kurz nach dem 2. Weltkrieg als 17-Jährige von russischen Soldaten vergewaltigt. Das Geschehene beschämte sie außerordentlich, so dass sie nie in ihrem Leben in der Lage war, mit einem anderen Menschen darüber zu sprechen. In der Zeit nach dem Krieg baute sie sich eine Existenz auf, wurde in verschiedener Hinsicht sozial aktiv und heiratete; sie wurde Mutter von zwei Kindern. Als sie 72 Jahre alt wurde, starb ihr Mann. Die Zeit als Witwe bewältigte sie unter Aufbringung großer Energie dennoch. Als sie sich mit 85 Jahren eine Wirbelfraktur zugezogen hatte, wurde ihre Körperpflege von einem ambulanten Dienst übernommen. Nach recht kurzer Zeit entwickelte Frau M. zunehmend Ängste, die im verstärkten Maße vor dem Eintreffen des Pflegedienstes und während der Pflege auftraten. Schlussendlich war sie von Angst- und Panikerleben dermaßen überflutet, dass sie die Körperpflege ablehnte und dabei mit heftiger Abwehr reagierte. Frau M. zeigte nachvollziehbare Reaktionen auf eine frühe Traumatisierung.

Bislang ausreichende Kompensationsstrategien können sich in der zweiten Lebenshälfte als nicht mehr wirksam erweisen. Dr. Grümmer greift zu einem anschaulichen Bild (2014, S. 140): „So wie beim Fußball nach der ersten Halbzeit die Seiten gewechselt werden, kann es auch bei uns Menschen indiziert sein, im Laufe unseres Lebens unsere Strategien, mit Belastungen umzugehen, zu ändern. Ansonsten steigt die Gefahr der ‚Eigentore‘ bzw. das Risiko von Frustrationen und reaktiver Auslösung von Ängsten. So sehen wir immer wieder Menschen, die ihre Ängste reduzieren, indem sie für andere sorgen. Durch diese aktive Zuwendung können sie ihr Selbstwertgefühl stabilisieren [...]. Wenn diese Menschen im zunehmenden Alter dies zum Beispiel durch die Lösung ihrer Kinder vom Elternhaus, Witwentum oder körperliche Schwäche nicht mehr leisten können, steigt die Gefahr von Angstdurchbrüchen.“

Altersabhängige Veränderungen emotionaler Verarbeitungsprozesse im menschlichen Gehirn des Menschen können ebenso zu Störungen führen, die oft mit Ängsten einhergehen: In der Amygdala werden Sinneseindrücke verarbeitet und dabei einer emotionalen Stimmung zugeordnet. Sind diese Eindrücke von dem Aspekt der Gefahr geprägt, wird der Hypothalamus zur Ausschüttung von Stresshormonen veranlasst, und der Mensch empfindet Angst. Im präfrontalen Kortex werden daraufhin die von der Amygdala empfangenen Impulse erneut überprüft, bewertet und gegebenenfalls korrigiert. Dies hat zum Zweck, Überreaktionen zu verhindern und Angstgefühle zu dämpfen. Ist eine Störung im zerebralen Bereich auf funktioneller und struktureller Ebene zu verzeichnen, ist möglicherweise auch diese Regulationsebene gestört und Angstgefühle können durchbrechen (vgl. Wolf 2009, S. 1).

### Angst bei Demenz

Herr K. zeigt eine fortgeschrittene Demenz. Er ist nicht mehr in der Lage, sich sprachlich auszudrücken; die zusammenhanglos wirkenden Worte und Laute ergeben für sein Gegenüber keinen Sinn. Er erkennt andere Menschen nicht mehr, kann Situationen nicht zuordnen und versteht die an ihm durchgeführten Maßnahmen nicht. Herr K. ist nicht mehr in der Lage, sein Umfeld in angemessener Weise zu beurteilen. Die Aktivitäten der körperlichen Pflege verkennt er – angstfüllt – als Überfall mit Tötungsabsicht.

Im Verlauf einer (schweren) Demenz entwickeln 90 Prozent der Patientinnen und Patienten psychische Symptome und Verhaltenssymptome. Häufig sind Depression, hohe Ängstlichkeit und Apathie zu beobachten; öfters kommt es auch zu Agitiertheit und Reizbarkeit; fast jeder zweite Mensch mit einer Demenz-Erkrankung weist zumindest zeitweise Angstsymptome auf, die einer medikamentösen oder nicht-medikamentösen Behandlung bedürfen. Dr. Grümmer kommentiert hierzu (2014, S. 146): „Manchmal stehen sich die Handlungsoptionen bei der Berücksichtigung der Ängste diametral gegenüber. Hier hat der Gesetzgeber deutlich die Rechte des Demenzkranken gestärkt und die Möglichkeiten von Zwangsbehandlungen und Fixierungen erheblich eingegrenzt. Um diesem Recht in der Praxis auch gerecht zu werden, ist es häufig unabdingbar, durch Beratung und Begleitung der Angehörigen und der Pflegenden deren Ängste zu bearbeiten (siehe Kasten 2), damit sich diese nicht auf den Patienten übertragen oder Situationen durch Überforderung des Helfersystems eskalieren.“

### Umgang mit Angst bei Demenz

Das Ziel der Betreuung sollte die Beseitigung der Angst oder weitestmögliche Besserung des Wohlbefindens sein. Um dieses Ziel erreichen, so empfiehlt es Johannes van Dijk (2014, S. 236), „sollen Pflegende zuerst die Angst anhand des Verhaltens, der Äußerungen und der Körpersym-

ptome erkennen und beschreiben. Anschließend sollen mögliche Auslöser der Angst anhand der Situation, der Erkrankung und der Biografie eingeschätzt werden. Aus dieser Information und in Rücksprache mit dem behandelnden Facharzt sollen erforderliche Betreuungsmaßnahmen in einem individuellen Pflegeplan beschrieben werden.“

#### Kasten 2

### Übungen zum Verständnis von Angst bei Demenz

- Während eines langen Spaziergangs in einem großen Wald will ich zum Parkplatz zurückkehren, wo ich mein Auto abgestellt habe. An einer Kreuzung mit Sandwegen verlässt mich meine Erinnerung, von wo ich gekommen bin. Alle Wege sehen sehr ähnlich aus. Ich habe in einer guten Stunde einen wichtigen Termin. Ich gehe weiter, bin mir aber keineswegs sicher. Ich werde immer unruhiger und habe das Gefühl, den richtigen Weg nicht finden zu können.
- Am späten Abend stehe ich vor meiner Wohnungstür und suche den Türschlüssel, doch ich finde ihn nicht. Ich durchsuche alle Taschen und werde immer unruhiger, denn er bleibt verschwunden. Mir wird klar, dass der Nachbar, bei dem ich einen Zweitschlüssel deponiert habe, nicht zuhause ist. Wo will ich hin? (nach van Dijk, 2014, S. 237)

Spüren Sie in sich hinein. Merken Sie etwas von der Angst, die Sie in solchen Situationen ereilen könnte?

Zur Betreuung werden die folgenden Empfehlungen ausgesprochen (van Dijk, 2014, S. 236):

- Vorhandene Auslöser und Bedingungen (die diese verstärken) sollten ausgeschaltet werden.
- Möglichst für jede Schicht sollten konstante Bezugspersonen genannt werden.
- Das Pflegepersonal sollte während des gesamten Tages sicht- und hörbar sein.
- Es gilt die Tages- und Wochenstrukturierung zu beachten.
- Individuell abgestimmte spezifische Betreuungsmaßnahmen (Ergotherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, ...) sind wichtig.
- Angehörige sollten über die auftretenden Angstprobleme aufgeklärt und in die Maßnahmen einbezogen werden.
- Wirkung und Nebenwirkungen der Medikation sollten beschrieben werden.

Als die wichtigste Maßnahme zur Vorbeugung von Angst bezeichnet van Dijk (2014., S. 237) die angemessene Kontaktaufnahme: „Wenn Menschen mit Demenz in sich zurückgezogen wirken, soll die Kontaktaufnahme behutsam, ruhig, auf den Menschen zukommend geschehen. Wichtig

ist, dass wir gesehen werden können und den Betreffenden nicht erschrecken. Wenn möglich, sollten Störgeräusche abgestellt und Blickkontakt sollte hergestellt werden, am besten auf Augenhöhe. Dabei sollte überprüft werden, ob wir gesehen werden bzw. ob die Person mit Demenz auf uns reagiert. In Verbindung mit der Ansprache sollte Körpersprache geschaffen werden. Wir sollten ruhig und deutlich sprechen, Betonungen verwenden, kurze und einfache Sätze bilden und Erinnerungen nutzen. Eine klare Gestik kann das Gesprochene besser verständlich machen. Wir sollten überprüfen, ob wir gehört und verstanden werden bzw. das Gesagte, wenn nötig, wiederholen.“

### Fazit

Alte Menschen können, wie oben beschrieben, aus den verschiedensten Gründen in Angst geraten. Eine gute Beobachtung und die sich anschließende angemessene Betreuung und Begleitung können dazu beitragen, Sicherheit zu vermitteln, um so zu einer Angstreduktion beizutragen. Wir sollten keine Chance auslassen, den von unseren alten Menschen zu Recht erwarteten Halt zu geben!

### Literatur

- Grümmer, M. (2014). Angst im Alter. In T. Hax-Schoppenhorst & A. Kusserow (Hrsg.), *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (S. 140–152). Bern: Hans Huber.
- Hax-Schoppenhorst, T. & Kusserow, A. (2014). *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe: Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit*. Bern: Hans Huber.
- Van Dijk, J. (2014). Angst bei Menschen mit Demenzerkrankung. In T. Hax-Schoppenhorst und A. Kusserow (Hrsg.), *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (S. 233–238). Bern: Hans Huber.
- Wof, C. (2009). Wie Dauerstress das menschliche Gehirn verändert. *Welt Wissen*. Retrieved February 02, 2019 from <https://www.welt.de/wissenschaft/article4068242/Wie-Dauerstress-das-menschliche-Gehirn-veraendert.html>



Thomas Hax-Schoppenhorst ist Lehrer, Fachautor und Integrationsbeauftragter der LVR-Klinik Düren.

thomas.hax@lvr.de



Thomas Hax-Schoppenhorst (2014). *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe: Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit*. Bern: Hans Huber.

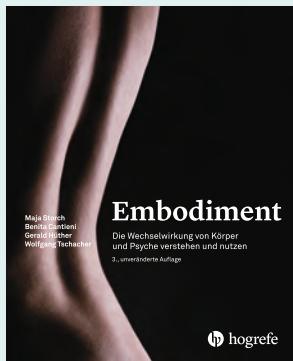
# Aktuelle Sachbücher und Ratgeber



Julia Weber  
**Ich fühle,  
was ich will**

Wie Sie Ihre Gefühle  
besser wahrnehmen und  
selbstbestimmt steuern

2017. 216 S., 3 farbige  
Tab., 45 Abb., Gb  
€ 24,95 / CHF 32.50  
ISBN 978-3-456-85557-8  
Auch als eBook erhältlich



Maja Storch et al.  
**Embodiment**

Die Wechselwirkung  
von Körper und Psyche  
verstehen und nutzen

3., unveränd. Aufl. 2017.  
184 S., 34 Abb., Gb  
€ 29,95 / CHF 39.90  
ISBN 978-3-456-85816-6  
Auch als eBook  
erhältlich

Laut einer aktuellen Studie sind ca. 10 % der Bevölkerung Deutschlands von „Gefühlsblindheit“, der sogenannten Alexithymie, betroffen. Julia Weber geht den Gefühlen mittels des Zürcher Ressourcen Modells (ZRM®) auf den Grund und erklärt leicht verständlich und fundiert das Konzept der Alexithymie und ihrer Entstehung.

Warum fällt es vielen Menschen so schwer, achtsam mit dem eigenen Körper umzugehen? Die vier Autoren gehen in „Embodiment“ dieser und anderen Fragen nach und kommen einmütig zum Schluss: Es ist höchste Zeit, das wichtigste Erfahrungsinstrument des Menschen zurückzuerobern: den Körper.



Maja Storch / Julius Kuhl  
**Die Kraft aus  
dem Selbst**

Sieben PsychoGyms  
für das Unbewusste  
3., unveränd. Aufl. 2017.  
304 S., Gb  
€ 24,95 / CHF 32.50  
ISBN 978-3-456-85775-6  
Auch als eBook erhältlich



Caroline Theiss-  
Wolfsberger /  
Maja Storch  
**Bewegen Sie  
sich besser!**

Mit Bewegungsperlen  
und der richtigen  
Motivation durch jeden Tag  
2., erw. Aufl. 2018.  
296 S., Gb  
€ 29,95 / CHF 39.90  
ISBN 978-3-456-85859-3  
Auch als eBook erhältlich

Manchmal träumt man die Lösung für ein schwieriges Problem über Nacht. Oder man hat bei einer Entscheidung ein Bauchgefühl, das in eine ganz bestimmte Richtung weist. Überraschend oft sind diese Problemlösungen genau das Richtige, denn hier schöpfen Sie Ihre Kraft aus dem Selbst. Maja Storch und Julius Kuhl erläutern fundiert und unterhaltsam, wie das Selbst funktioniert.

Hier treffen sich zwei Welten, die bestens zusammenpassen: Mit den einfachen, aber genialen Übungen von Caroline Theiss, den „Bewegungsperlen“, und der ebenso genialen Motivationshilfe nach Maja Storchs ZRM gelingt es Ihnen endlich, mit gezielten Übungen zu einer ebenso gesunden wie schönen Körperhaltung zu gelangen und schmerzhafte Verspannungen loszuwerden.

# Von Sprichworten und Redensarten

## Auf Spurensuche mit einer Seelsorgerin

Susanne Hirsch



Redensarten und Sprichwörter können helfen, wenn andere Worte fehlen.

Gedächtnistraining mit Sprichworten ist fester Bestandteil von Aktivierungstherapien. Und die meisten von uns wissen, wie es sich anfühlt, wenn einem ‚das Herz in die Hose rutscht‘, oder warum sich jemand ‚eine Eselsbrücke baut‘. Unsere Sprache ist durchsetzt von solchen Redewendungen, die wir in der Regel verstehen. Aber Redensarten und Sprichwörter können mehr. Sie können einen Zugang zum seelischen Erleben öffnen.

**B**ei meiner Arbeit als Seelsorgerin flechte ich immer wieder Sprichwörter oder Redensarten in die Gespräche ein. Das ist bisher intuitiv erfolgt. Als ich vorschlug, einen Artikel zum Thema zu schreiben, bin ich davon ausgegangen, dass es viel Literatur dazu geben würde. Gefunden habe ich zahlreiche Bücher zu Sprichwörtern aus den verschiedensten Kulturen und Sprachen, Webseiten zu Sprichworten und Redensarten, aber nur wenig Literatur über den Zusammenhang von Psyche und

Redewendungen. Der Verbindung von Sprichworten und Redensarten mit körperlichem und seelischem Erleben scheint erst langsam Aufmerksamkeit geschenkt zu werden. Die Bücher von Wolfgang Schmidt (2011 & 2012) sowie der Sammelband von Dieter Frey (2017) waren anregend und hilfreich für die Recherche.

Aber auch diese Autoren folgen anderen Fragestellungen als ich, wenn ich überlege, was ich eigentlich tue, wenn ich im Gespräch bewusst Redensarten und Sprichwörter einsetze. Dieser Artikel ist also der Versuch, einen methodischen Zugang zu dem zu erstellen, was ich bisher intuitiv getan habe.

### Begriffsklärung: Sprichwörter – Redensarten – Redewendungen

- Sprichwörter sind vollständige, fest geprägte Sätze, oft in Reimform, die allgemeine Lebensweisheiten formulieren: ‚Aller Anfang ist schwer‘ oder ‚Morgenstund hat Gold im Mund‘. Der Inhalt ist meistens

ohne Probleme zu erschliessen. Zu vielen dieser Weisheiten gibt es aber auch das genaue Gegenstück: „Jung gefreit hat nie gereut“ oder „Drum prüfe, wer sich ewig bindet, ob sich nicht was Bessres findet.“

- Redensarten sind feststehende sprachliche Wendungen, oft bildhafte Ausdrücke, die in einen Satz eingebaut werden müssen: *ein Brett vor dem Kopf haben* → Der hat ja *ein Brett vor dem Kopf*. Oder: Ist dir eine *Laus über die Leber gelaufen*?
- Redewendungen sind feststehende sprachliche Wendungen, oft bildhafte Ausdrücke, bei denen die sprachliche Wendung einen anderen Sinn ergibt als die einzelnen Worte oder die auch mehrdeutig sind:

*Jemand hat den Löffel abgegeben* (wörtlich genommen = jemand hat sein Essbesteck zurückgegeben, bildlich verstanden = jemand ist gestorben). Oder: *Auf die Pauke hauen* (wörtlich genommen = im Orchester die Pauke spielen, bildlich verstanden = angeben, übertreiben).

- Redensarten und Redewendungen sind oft nicht klar voneinander zu unterscheiden. Im Unterschied zu inhaltlich meist leicht zu erschliessenden Sprichwörtern haben Redensarten und Redewendungen einen übertragenen Sinn, der erkannt werden muss. Wer also eine Fremdsprachlerin fragt, ob sie *nicht alle Taschen im Schrank hat*, kann durchaus zur Antwort bekommen: „Nein, die sind in der Spülmaschine.“

## Drei Fallbeispiele

Beginnen möchte ich mit Fallbeispielen, damit Sie wissen, worum es mir geht. Zuerst zu Herrn F., den ich während eines Seelsorgepraktikums auf der kieferchirurgischen Station traf.

1. Herr F. ist unruhig und schlecht gelaunt. Nach einer Operation wegen eines Speiseröhrentumors kann er nicht mehr essen und auch nicht mehr sprechen. Ir-gendwann frage ich ihn: „Sagen Sie, Herr F., Essen hält Leib und Seele zusammen, und nun können Sie nicht mehr normal essen?“ Er schaut mich an und nickt. Für den Moment ist er einfach erleichtert, dass jemand realisiert hat, wie gerne er gegessen hat und wie sehr ihm nun Leib und Seele auseinanderfallen. PEG-Sonden und Infusionen halten den Körper zwar am Leben, aber was ist mit dem Geschmack? Dem Kauen? Dem Schlucken? Nie mehr zum Essen eingeladen werden? Essen ist mehr als Nahrungsaufnahme. Essen hat eine kommunikative Dimension. Essen schafft Gemeinschaft zwischen Menschen und eben auch zwischen Leib und Seele. Da Herr F. aufgrund der Operation nicht mehr sprechen konnte, hatte er nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, seine Gefühle adäquat zu äussern. Dieses Sprichwort gab ihm einen Schlüssel zu seinem Unbehagen.

2. Die Pflegenden bitten mich Herrn K. zu besuchen, der neu auf der Wohnguppe ist. Wegen seiner grossen Unruhe hat er ein Bodenbett. Ich stelle mich bei ihm als Seelsorgerin vor. Mit Gesten bitte er mich, ihm das Hemd am Hals zu öffnen. Aber das Hemd ist offen. Die wenigen Worte, die er ausstösst, lauten: „Luft, Luft!“. Da es nicht am zu engen Hemdkragen liegen kann, entschuldige ich mich bei ihm, gehe hinaus und frage die Pflegenden, ob bei ihm eine Er-

krankung vorliegt, die ihm das Atmen erschwert. Aber rein physiologisch ist alles in Ordnung. Ich gehe zurück zu Herrn K. und nun traue ich mich zu fragen: „Herr K., schnürt Ihnen etwas die Kehle zu?“ Zum ersten Mal blickt er mich direkt an, dann zeigt er mit dem Daumen nach oben und nach unten und stösst dazu aus: „Himmel, Hölle“. Es ist die Angst, in die Hölle zu kommen, die ihm die Kehle zuschnürt und das Atmen schwermacht. Daraufhin erzähle ich Herrn K. die Geschichte vom verlorenen Sohn, der in seiner Not in der Fremde beschliesst umzukehren und nach Hause zu gehen und dort von seinem Vater mit offenen Armen empfangen wird (Lk 15,11–32). Die Botschaft kommt bei Herrn K. an: Egal, was ihm da so Angst macht, er darf sich in die offenen Arme seines himmlischen Vaters begeben. Ein paar Tage später stirbt er ruhig und entspannt.

3. Frau S. ist schon längere Zeit in unserer Einrichtung und ich kenne sie und ihre Tochter. Bis zum Eintritt der Mutter in die Pflegeeinrichtung haben die beiden Frauen zusammengewohnt. Inzwischen verlässt die Mutter das Bett kaum noch. Ich gehe sie vermehrt besuchen. Immer wieder klagt sie über Hitze. Alle, die sie besuchen, machen ihr den Waschlappen nass und legen ihn ihr zum Kühlen auf die Stirn. Aber die Hitze bleibt. Sie spricht nur wenige Worte. Ir-gendwann kommt mir die Redewendung *brennende Sorge* in den Sinn. Ich beginne nachzufragen: „Frau S., Ihnen ist heiss?“ „Ja.“ „Machen Sie sich Sorgen?“ „Ja, Ja.“ „Machen Sie sich *brennende Sorgen* um Ihre Tochter?“ „Ja, Ja, Ja!“ Ich frage Frau S., ob ich mit der Tochter reden darf und verspreche ihr dann, mich um die Tochter zu kümmern. Frau S. kommt zur Ruhe, das Hitzegefühl lässt nach. Mutter und Tochter können in den folgenden Tagen einige Dinge klären, bevor Frau S. ruhig stirbt.

## Gemeinsamkeiten der Fallbeispiele

Die drei Personen, von denen hier berichtet wird, konnten aufgrund ihrer Schwäche oder Erkrankung nicht mehr richtig sprechen. Sie konnten nur noch wenige Worte hervorbringen oder sich mit Zeichen verständlich machen. Das Sprachverständnis an sich war jedoch vorhanden. Wegen ihrer Schwäche war auch das Schreiben keine Option. Aufgrund der verminderten Sprechfähigkeit war es diesen Personen nicht mehr möglich, ihre Gefühle in Worte zu fassen. Somit blieben sie alleine mit ihren Sorgen und Nöten, die sich in körperlichen Symptomen einen Ausdruck suchten. Es musste also eine Sprache gefunden werden, bei der mit reduzierten Mitteln ein komplexes Erleben formuliert werden konnte.

Die Muttersprache war bei allen drei deutsch. Damit hatten wir eine Kommunikationsbasis, die beiden Seiten vertraut war. Dazu gehörten auch Erfahrungen mit Redewendungen und ihrer Bildhaftigkeit. Vor diesem Hintergrund konnten die Redewendungen, die ich ihnen anbot, ihre Gefühle in Worte fassen und somatischen Symptome eine seelische Ursache zuordnen. Aus der ‚Hitze‘ der Frau S. wurde die *brennende Sorge* um ihre Tochter, die Atemnot des Herrn K. erwies sich als Angst vor der Hölle, und die Unruhe und schlechte Laune des Herrn F. entstand aus der Trauer darüber, dass er nicht mehr essen konnte. Dazu gesellte sich seine Frage nach der Einheit von Körper und Seele.

## Wirksamkeit von Sprichworten und Redensarten

Wie kommt es, dass durch den Einsatz feststehender Redewendungen körperliche Symptome seelisch gedeutet werden konnten? Zuerst möchte ich auf den Zusammen-

hang von psychischem Erleben und somatischen Erscheinungsformen hinweisen. Dass beispielsweise beim Jogging Hormone ausgeschüttet werden, die zu einem Glücksgefühl führen, ist heute wohl Allgemeinwissen. Ebenso bekannt ist, dass Angst und Stress zu Symptomen wie erhöhtem Puls und schnellerer Atmung führen. Eine körperliche Aktivität wie joggen kann also zu einem positiven seelischen Erleben führen. Umgekehrt kann ein als positiv empfundenes seelisches Erleben wie eine Verliebtheit das körperliche Schmerzempfinden senken. Das Wechselspiel von seelischem und körperlichem Erleben ist Voraussetzung dafür, dass sich eigentlich seelische Themen körperlich äußern können bzw. dass körperliches Erleben wie anhaltender Schmerz zu einer seelischen Missstimmung führen können. Solche Zusammenhänge von seelischem und körperlichem Erleben spiegeln sich in zahlreichen Sprichworten und Redewendungen wider.

## Gefahren im Umgang mit Redewendungen und Sprichworten

Auch wenn Redewendungen und Sprichworte allgemein bekannt sind, oder gerade deshalb, müssen sie mit Achtsamkeit eingesetzt werden. Hätte Herr K. einen Tumor auf der Lunge gehabt, wäre es zynisch gewesen ihn zu fragen, was ihm die *Kehle zuschnürt*. Auch ist es nicht hilfreich, jemandem, der tief verzweifelt ist, ein ‚*Kopfhoch, wird schon wieder*‘ an den Kopf zu werfen.

Sprichworte und Redewendungen dürfen nicht dafür missbraucht werden, sich auf vermeintlich sicheres Terrain zurückzuziehen. Sie sollen die Kommunikation mit dem Gegenüber nicht abblocken. Vielmehr müssen sie ein Angebot an das Gegenüber sein, seine komplexe Situation in einen einfachen Satz zu fassen. Und es liegt am Gesprächspartner, mein Angebot anzunehmen oder abzulehnen. Die Ablehnung kann verschiedene Gründe haben: Meinem Gegenüber ist die Redewendung, die ich ihm anbiete, nicht

## Aktivierungstherapeutinnen zum Umgang mit Sprichwörtern und Redewendungen

Ariane Meier, Leiterin Aktivierende Therapien im PZ Gehrenholz, fasst im Gespräch mit mir gängige Meinungen aus der Fachliteratur zusammen. „Durch das Mitsprechen und Ergänzen von Redewendungen und Sprichwörtern können die Bewohnerinnen und Bewohner einer Institution auf das Langzeitgedächtnis zurückgreifen. Bereits der Beginn eines bekannten Sprichwortes kann Erinnerungen wecken und fast automatisch werden die Wörter übernommen und die Redewendungen beendet. Die Menschen teilen sich mit, üben den Redefluss, sie erfahren sich positiv, weil sie wie von Zauberhand das Sprichwort ergänzen konnten, ähnlich einem Gedicht oder einem früher gelernten Liedertext. Die Frage nach dem Sinn eines Sprichwortes ist nicht immer zielführend. Aufgrund von kognitiven Einschränkungen können

die Bewohnerinnen und Bewohner oft auf die Sinnfrage keine Erklärung mehr geben.“

Petra Gartmann, Aktivierungsfachfrau HF, Loogarten Esslingen sagt: „Neben dem Gedächtnistraining setze ich Sprichworte und Redewendungen gerade bei kognitiv schwachen, demenziell entwickelten Menschen ein. In der integrativen Validation sind solche Schlüsselwörter oder Sätze zum Teil sehr hilfreich, um einen emotionalen Zugang zu finden. Mit gezielter Biographiearbeit und einem empathischen Umgang können Wörter und Sätze erarbeitet werden, die Menschen mit Demenz emotional erreichen. Redewendungen und Sprichwörter können solche Zugänge sein, je nach früherem Sprachgebrauch dieser Menschen.“

bekannt und weckt keine Resonanz in ihm. Oder die angebotene Redewendung trifft nicht auf seine Gefühlslage zu und wird deshalb abgelehnt. Wenn mir etwa jemand sagt, ich solle etwas *mit Humor nehmen*, ich aber aus dem *letzten Loch pfeife*, weil ich *hundemüde bin*, dann werde ich ihm wahrscheinlich eine *gesalzene Antwort* geben.

Eine weitere Gefahr in der Anwendung von feststehenden Wendungen besteht darin, dass somatische Leiden psychologisiert und Menschen in ihrer Individualität nicht ernst genommen werden. Auch wenn es viele, zum grossen Teil noch ungeklärte Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele gibt, führen Seele und Leib jeweils auch ein Eigenleben.

Biete ich einem Krebskranken als Weg zur Heilung nichts weiter an als ‚Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg‘, dann lasse ich diesen Menschen alleine. Denn ich überlasse es ihm, nun nach seinem Wollen zu suchen. Und wenn sich die Krebserkrankung verschlimmert, mache ich ihm noch Schuldgefühle, da ich ihm zu verstehen gebe, sein Wille sei nicht stark genug und deshalb würde er den Weg zur Heilung nicht finden. Dabei bräuchte dieser Mensch wahrscheinlich Unterstützung darin, die Frage auszuhalten, *warum es gerade ihn* getroffen hat.

Redewendungen und Sprichworte dürfen also nicht dazu gebraucht werden, einen Menschen und sein Erleben zu schubladisieren. Sie sollen es ermöglichen, mit wenigen Worten ein komplexes Erleben nachvollziehbar zu machen. Sie sollen Türöffner zu den Gefühlen sein.

## Anwendungsbereiche

Um mit feststehenden Redewendungen die Gefühlsebene zu erreichen, müssen einige Voraussetzungen gegeben sein. Beide Gesprächspartner müssen die gleiche Muttersprache oder ein sehr hohes Sprachniveau erworben haben. Ansonsten ist die gemeinsame Assoziationsebene nicht gegeben und es können Missverständnisse auftreten.

Zudem muss das Sprachverständnis noch vorhanden sein. Alles, was ein Mensch in seinem Leben sprachlich erlernt hat, muss dem Gedächtnis mitsamt dem dazu gehörenden Erfahrungsschatz zugänglich sein. Bei kognitiven Einschränkungen etwa aufgrund eines Schlaganfalls oder einer fortgeschrittenen Demenz sind die in der Redewendung gemeinten Bilder für den Erkrankten möglicherweise nicht mehr erkennbar.

Sehr gut scheinen Redewendungen dann geeignet zu sein, wenn das Sprechen mühsam geworden ist. Bei den drei Menschen in den Fallbeispielen konnten zwei (Herr K. und Frau S.) nicht mehr richtig sprechen, da sie in der terminalen Phase zu schwach waren, um noch lange Sätze bilden zu können. Bei beiden waren jedoch das Sprachverständnis sowie der Wunsch sich auszudrücken vorhanden. Bei Herrn F. war das Sprechen durch die Operation nicht mehr möglich und er selber war dabei, nach neuen Kommunikationsmöglichkeiten zu suchen.

Aus dem, was hier beschrieben ist, erschliesst sich, wann der Einsatz von Redensarten und Sprichwörtern we-

nig Sinn machen. FremdsprachlerInnen wird oft das Sprachverständnis fehlen für die allgemeinen Sprachbilder. Demenzbetroffene Menschen und Menschen mit kognitiven Einschränkungen haben oft die Fähigkeit verloren, Sprachbilder mit der Gefühlsebene in Zusammenhang zu bringen. Bei schwerhörigen Menschen wird es zum Teil schwierig sein, die Redensart zu Gehör zu bringen.

Bei Menschen, die sich gut ausdrücken können, würde ich auf die abgekürzte Kommunikationsform mit feststehenden Wendungen verzichten. Hier halte ich es für sinnvoller, sie dazu einzuladen, ihre Gefühle selber in Worte zu fassen. Damit wird die Einzigartigkeit ihres Erlebens betont.

## ZuguterLetzt

Meines Erachtens lohnt es sich, Redewendungen und Sprichworte bewusst in der Kommunikation mit Menschen einzusetzen, deren Sprechfähigkeit bei vorhandenem Sprachverständnis reduziert ist. Das kann im pflegerischen oder ärztlichen Alltag geschehen, in der Seelsorge, Physiotherapie oder Aktivierungstherapie. Warum nicht auch von Angehörigen? Voraussetzung dafür ist, dass der Einsatz von abkürzenden Sprachbildern reflektiert wird – mit dem Ziel, den in ihrer Ausdrucksfähigkeit eingeschränkten Menschen eine Möglichkeit anzubieten, ihre Gefühle zu äussern.

## Literatur

- Donalies, E. (2009). *Basiswissen Deutsche Phraseologie*. Tübingen: Francke.
- Frey, D. (2017). *Psychologie der Sprichwörter: Weiß die Wissenschaft mehr als Oma?* Berlin: Springer.
- Schmidbauer, W. (1998) *Die Geheimsprache der Krankheit: Bedeutung und Deutung psychosomatischer Leiden*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmidt, W. (2012). *Morgenstund ist ungesund: Unsere Sprichwörter auf dem Prüfstand*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Schmidt, W. (2011). *Dicker Hals und kalte Füße: Was Redensarten über Körper und Seele verraten: Eine heitere Einführung in die Psychosomatik*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

## Websites

[www.redensarten-index.de](http://www.redensarten-index.de)  
[www.redensarten.net](http://www.redensarten.net)



**Susanne Hirsch** ist Theologin und Kunsthistorikerin (lic.theol., lic.phil.) und arbeitet als Seelsorgerin der Pfarrei St. Theresia Zürich für Pflegeeinrichtungen.

[www.susannehirsch.ch](http://www.susannehirsch.ch)

# Basales Berühren – ein Weg zu sich und anderen

Thomas Buchholz



Im ersten Teil dieses Beitrags (NOVAcura 1-19) ging es um die Wirkung „Basaler Berührung“ bei der Körperpflege von Menschen mit Demenz. Deutlich wurde, dass Pflege durch zwei Personen sogenannte „herausfordernde Verhaltensweisen“ auslösen kann. Der Autor zog eine Studie der Fachhochschule St. Gallen heran, die eine positive Wirkung der „Basalen Berührung“ bestätigt. Dieser Ansatz der Basalen Stimulation® legt Wert auf personzentriertes Handeln im Pflegeprozess. Im Beitrag wurde die Rolle der Pflegeperson selbst betrachtet und gezeigt, wie Selbstfürsorge und professionelles Handeln funktionieren können. Der zweite Teil des Beitrags gewährleistet einen vertieften Blick auf die Anwendung und Wirkung des Basalen Berührens, weist auf die sprachliche Problematik des Terminus „herausforderndes Verhalten“ hin und schlägt einen alternativen Begriff vor.

## Fallbeispiel

Eine Woche später steht Frau Maurer, die Pflegende von Herrn Schranz, wieder vor seiner Zimmertür (in Teil 1 lasen Sie von der schwierigen Begegnung von Pflegender und Pflegebedürftigem). Frau Maurer hält inne, wartet ab und klopft erst nach ein paar bewussten Atemzügen an. Selbst das Anklopfen gestaltet sie aufmerksam, in ihrem Rhythmus. Frau Maurer ermöglicht es so Herrn Schranz, sich auf die gleich eintretende Person einzustellen.

Erst jetzt öffnet sie die Tür. Licht aus dem Flur fällt ins abgedunkelte Zimmer. Sie tritt ein und klopft erneut. Dieses Mal im Raum, an die Tür des Badezimmers, im selben Rhythmus und mit gleicher Lautstärke. Noch sieht Herr Schranz sie nicht. Nur langsam tritt die Pflegende in sein Blickfeld. Er hat die Augen geöffnet. Frau Maurer winkt ihm zu: „Guten Morgen, Herr Schranz. Ich bin's Frau Maurer. Ich komme, um Sie zu waschen, aber zuerst schalte ich Ihre Lieblingsmusik ein und richte

die Sachen“ Er lächelt. Sie öffnet die Storen. Das Morgenlicht durchflutet nun den Raum. Von der Ehefrau weiss Frau Maurer, dass Herr Schranz das Lied von Nana Mouskouri „Guten Morgen, Sonnenschein“ gerne hört. Ganz bewusst setzt die Pflegende diese sensobiografische Informationen (vgl. Buchholz & Schürenberg 2013) ein, um Herrn Schranz wohl zu stimmen für die erfahrungsge- mäss unangenehmen Berührungen, die mit der Körperpflege einhergehen. Das Lied wird während der Körperpflege in Endlosschleife laufen. Herr Schranz wirkt nun wach, lacht vor sich hin und wirkt dabei dennoch ganz in sich versunken.

Frau Maurer winkt erneut in seinem Blickfeld, bis sie seine Aufmerksamkeit erreicht und er kurz Blickkontakt aufnimmt. Erst jetzt begrüßt sie ihn und reicht ihm die Hand, die er festdrückt, hält und nicht mehr loslässt. „Sie halten mich aber fest. Ich kann Sie so nicht waschen“. Mit ihrer anderen Hand umschliesst sie beiden Hände von Herrn Schranz mit erhöhtem Druck. Kurz darauf gibt er ihre Hand frei. Sie entkleidet und bedeckt ihn mit einem „Strandtuch“, um ihn vor zu viel Nacktheit und dem Auskühlen zu schützen. Nun hält die Pflegende den Kontakt unter dem Schulterblatt, während sie das Kopfteil des Bettes absenkt, um die völlig durchnässte Inkontinenzeinlage zu entfernen. Die Intimwaschung erfolgt ohne Gegenwehr. Selbst das sehr langsame Drehen zur Pflegenden hin akzeptiert Herr Schranz ohne zu schla-

gen. Die Pflegende wechselt die Bettseite. Sie wandert mit ihren Händen entlang seines Körpers. Vom Becken zum rechten Fuss, am Fussende des Bettes vorbei an die linke Körperseite. Sie berührt den linken Fuss, „steigt“ mit einer Hand nach der anderen hinauf bis zur rechten Schulter. Die Pflegende nimmt Blickkontakt mit Herrn Schranz auf, streicht entlang seiner rechten Seite und sagt ihm damit, ihn auf diese Seite drehen zu wollen. Der Positionswechsel gelingt, trotz der vorhandenen „Steifigkeit“. Erneut wechselt sie die Seite, hält dabei den Körperkontakt aufrecht und sagt, dass sie auf die andere Seite des Bettes geht, den Kopfteil in Sitzposition bringt und Herr Schranz sich bitte aufsetzen soll. Mit beiden Händen beginnt Frau Maurer nun seinen Körper zu waschen, von der Körpermitte nach aussen. Herr Schanz scheint das Geschehen zu verfolgen. Seine Augen sind weit geöffnet. Insbesondere die festen, gegenläufigen Berührungen und Bewegungen auf seinem Rücken scheint er zu geniessen. Er wirkt entspannt. Da läutet das Mobiltelefon. Frau Maurer unterbricht die Pflege: „Ja ich komme gleich, einen Moment noch“. Unvermittelt trifft Herrn Schranz „Rückhand“ nun Frau Maurers Unterleib: „Aua“.

Sie beendet vorläufig die Pflege, deckt Herrn Schranz zu, verabschiedet sich mit einer Berührung und dem Hinweis, gleich wieder zurück zu kommen. Sie verlässt das Zimmer. Sie schliesst die Tür, bleibt aber trotz der Eile für ein paar Sekunden vor der Tür stehen. Atmet tief durch!



© Thomas Buchholz

Festhalten und lösen durch Berührungsreflexion

## Basales Berühren im Praxisbeispiel

Die Reflexion im Pflegeteam ergibt, dass die Pflegende keinerlei Angst hatte, Herrn Schranz alleine zu pflegen. Ihr Eindruck war, dass beide sich wohl fühlten. Sie fühlte sich mental und emotional gut auf ihn vorbereitet. Das Abspie-

len seines Lieblingsliedes schien die Situation entspannt und „Sonne in die Herzen“ der Beteiligten gebracht zu haben. Die Pflegende hat sich ganz auf den Bewohner eingelassen. Sie hat ihr Handeln seiner Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Reaktionsfähigkeit angepasst. Jeden Handlungsschritt hat sie über verschiedene Sinne angekündigt. Herr Schranz‘ oft schmerzauslösendes Festhalten ihrer Hand beantwortet sie mit fester Berührung seiner Hand. Der Körperkontakt mit Herrn Schranz blieb durchgängig aufrechterhalten. Die langsam Bewegungen des Waschens und Abtrocknens vermittelten ihm die Grenzen seines Körpers. Immer wieder versicherte sich die Pflegende, ob Herr Schranz ihren Abläufen folgen kann. Sie achtet auf das Tempo ihrer eigenen Bewegung, auf seine Aufmerksamkeit und beobachtet die Reaktionen auf ihre Berührungen. Alle Abläufe scheinen erfolgreich zu verlaufen bis zum Moment der Unterbrechung. Geschlagen hat Herr Schranz, weil er durch die Unterbrechung irritiert war. Er fühlte sich gestört. Der Verlust des Körperkontakts, die Ablenkung der Pflegenden und die Unterbrechung des Ablaufs führten zu seinem aggressiven Verhalten. Nach diesem Angriff war das kurze Innehalten und Verarbeiten der Situation für die Pflegende wichtig. So konnte sie für die nächste Begegnung frei werden und unvoreingenommen ihrer Kollegin zur Hand gehen.

## Herausforderndes Verhalten – ein verwirrender Begriff

In der Fachsprache der Pflegenden zeigte Herr Schranz sog. herausforderndes Verhalten. „Der Begriff herausforderndes Verhalten sollte die rein problemorientierte Betrachtung, die den Menschen mit Demenz als „Symptomträger“ oder „Verursacher“ definiert, ablösen. „Der Begriff Herausforderung sollte die Perspektive weg von dem einzelnen Individuum zu einer zwischenmenschlichen (interpersonellen) Interaktion hin bewegen“ (Halek 2017). Nähert man sich der Thematik sprachlich, bedeutet Verhalten „in bestimmter Weise auf jemanden oder etwas in einer Situation reagieren“ (Duden). Das Wort „herausfordernd“ meint, „Aufforderung zum Kampf“, auch „Provokation“ und zu guter Letzt „Anlass tätig zu werden; Aufgabe die einen fordert“ (ebd.). Fröhlich merkt zum Begriff an: „Herausfordernd sind die Verhaltensweise insofern, als sie unsere Vorstellungsfähigkeit, unser Einfühlungsvermögen und unser Fachwissen herausfordern, aber meist wird dies eben nicht so verstanden.“ (Fröhlich 2015, S. 47). Die „Person Orientierung wird zugunsten der Pflegerinnen Orientierung“ (pers. Mitteilung von Fröhlich 2018) im Hinblick auf die „Bewertung einer Situation“ (Halek 2017) aufgegeben. Manche Pflegenden fühlen sich persönlich angegriffen und reagieren in entsprechender Weise. Ziel ist dann, das gezeigte Verhalten zu ignorieren, zu verhindern oder zu unterbinden. „Wegmachziele haben eher die Tendenz das gespaltene System weiter gespalten zu lassen oder das gespaltene System eher zu stärken und damit werden sie nicht hilfreich“ (Schmidt 2014). Die Motive und die Betroffenen selbst kommen durch ihr Verhalten zum Ausdruck und verlangen nach Würdigung. „Verstehende Diagnostik“ (vgl. NDB-Model oder Ida®, Newcastle-Praxis-Model, Halek 2017) und bedürfnisorientierte Erhebungsinstrumente wären dazu die Mittel der Wahl. Meist fehlen im Pflegealltag für deren Einsatz Raum, Zeit und Rahmen.

## Der Körper als Medium der Kommunikation

Menschen mit Demenz verlieren mit Fortschreiten der Krankheit die Möglichkeit sprachlicher Verständigung. Worte werden anders gemeint als gesagt und anders verstanden als gemeint. Letztlich geht die gesprochene Sprache ganz verloren. Die oft vorhandenen Tonuserhöhungen beeinträchtigen das Repertoire an Bewegungs- und damit körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten durch Mimik und Gestik. Was bleibt, sind basale Kompetenzen in den somatischen, vibratorischen und vestibulären Wahrnehmungsbereichen im Sinne der Basalen Stimulation<sup>9</sup>. Der eigene Körper wird als Ausdrucksmittel der Kommunikation mit sich selbst genutzt, z. B. wippen, schaukeln, sich oder andere berühren, sich oder andere schlagen, aber auch stimmliche Wiederholungen als Mittel der Vibrationswahrnehmung. Die Person drückt aus, was ihr emotionales, kognitives oder soziales Selbst bewegt.

## Selbstexpressives Verhalten

„Der Versuch des Individuums, sich zu stabilisieren, sich einerseits Anregung zu verschaffen, sich auf der anderen Seite abzugrenzen und als autonomes Individuum zu erleben“ (Fröhlich 2015), gerät durch die Begrifflichkeit „herausforderndes Verhalten“ aus dem Blickfeld. In unserem unbewussten Erfahrungsrepertoire, in den unzähligen neuronalen Netzwerken unseres Gehirns sind alle Kompetenzen gespeichert, die wir brauchen für hilfreiche Lösung in unserem Leben. Die eingeschränkten Ausdrucksmöglichkeiten eines demenzkranken Menschen verlangen nach einer ressourcenorientierten Aktivierung der „Erlebnisnetzwerke“ in der Person selbst. Der Versuch der betroffenen Person durch „äussere Situationen ausgelöste oder in der eigenen Person ablaufende irritierende, beängstigende, nötigende, aber auch lustvolle, befriedigende situative Eindrücke, Prozesse oder ‚Flashbacks‘ unreflektiert, unwillkürlich und ohne Rücksicht auf bestehende Regeln oder Normen auszudrücken“ (Buchholz & Schürenberg 2013), könnte man daher als „Selbstexpressives Verhalten“ bezeichnen. „Das Verhalten ist ‚expressiv‘, das heißt, es bringt zum Ausdruck, dass der Mensch mit Demenz in seiner eigenen Welt von Erinnerungen, aktuellen Wahrnehmungen oder Deutungen der Aussenwelt lebt ... Weil die Möglichkeit fehlt, sich mit Worten zu äussern, d. h. ‚inneres bewegt sein‘ auszudrücken, wird auf einfach verfügbare, basale Bewegungen (Schlagen, Spucken, Schreien, gleichbleibende Laut- oder Wortäusserungen, rhythmisch wiederkehrende Bewegungen etc.) zurückgegriffen. Man könnte das selbstexpressive Verhalten des Menschen mit Demenz als Versuch werten, eine wie auch immer geartete Form der Identität aufrecht zu erhalten ... Insofern ist selbstexpressives Verhalten ein Hinweis, eine Suche und ein Hilferuf zugleich, auf eine notwendige Antwort seiner Mitwelt“ (Buchholz & Schürenberg 2013). Eine Antwort, die spürbar auf den Körper ausgerichtet ist, denn „Erleben wird erzeugt durch Fokussierungsprozesse der Aufmerksamkeit. Die Einführung von kleinen Unterschieden im Erleben dieses Verhaltens greift in seine neuronalen Netzwerke ein und schon beginnt das System sich zu verändern“ (Schmidt 2014). Fröhlich spricht von „horizontaler Differenzierung“, was bedeutet, den gezeigten Verhaltensweisen werden kleine Variationen sinnlicher Anregungen angeboten, vertraute Erfahrungen mit leichten Modifikationen bestätigt und hierdurch Möglichkeiten zur Veränderung eröffnet.

## Basales Berühren als Dialog

Eine Teilnehmerin der Studie der Hochschule St. Gallen merkt zum Basalen Berühren an: „Ich denke vor allem, dass man noch mehr in den Dialog hineingeht ..., in dem Moment mit der Basalen Berührung bist du achtsamer ... Und ich denke, das ist die Qualität von der Basalen Berührung“ (Kohler et al. 2018). Diese Aussage der Teilnehmerin beschreibt auf eindrückliche Weise das Wesen des

**Basalen Berühren.** Das Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, Gestimmtheiten und Gefühle macht offen für die Gefühle, Gestimmtheiten und Bedürfnisse des Gegenübers. Das eigene Handeln kann dann eher „dialogisch“, an den Ausdruck des Selbst angepasst werden. Verhaltensweisen wie schlagen, schaukeln, beissen etc. als „Selbstexpressives Verhalten“ zu betrachten, ermöglicht individuelle, an der Person orientierte Pflege. Das Lenken der Aufmerksamkeit der Pflegenden auf die eigene Person und ihr Handeln vor und während des Kontakts mit den Betroffenen stärkt Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein. Das Selbsterleben der Pflegenden verschafft möglicherweise die notwendige „Verzögerung zwischen Denken und Tun“ (Feldenkrais 1994), die in der Routine des Pflegealltags hin und wieder verloren geht. Basales Berühren fördert das Bewusstsein im Umgang mit dem eigenen Selbst und dem selbstexpressiven Verhalten des Anderen. Denn wer aufmerksam bei sich selbst angekommen ist, kann leichter beim Anderen sein.

## Literatur

- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C. et al. (2007). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2006). *Basale Stimulation® in der Pflege: Die Grundlagen*. Bern: Hogrefe.
- Buchholz, T. (2017). Basale Stimulation als Stimulation? Eine Provokation zu mehr Praxisnähe. *Praxis Pflegen*, 28(3), 18–23.
- Buchholz, T. & Schürenberg, A. (2013). *Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung*. Bern: Huber.

Chapman, A., Jackson, G. A. & McDonald, C. (2004). *Wenn Verhalten uns herausfordert ...: Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart.

Dammert, D., Keller, C., Beer, T. & Bleses, H. (2016). *Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Eine Untersuchung zur Anwendung der integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz*. Weinheim: Beltz Juventa.

Feldenkrais, M. (1994). *Der Weg zum reifen Selbst: Phänomene menschlichen Verhaltens*. Paderborn: Junfermann.

Fröhlich, A. (2015). *Basale Stimulation – ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen*. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben.

Fuchs, T. (2009). Leibgedächtnis und Lebensgeschichte. *Existenzanalyse*, 26(2), 46–52.

Halek, M. (2017). Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz: Verstehende Diagnostik des Verhaltens. *NOVACura*, 48(1), 13–16.

Kohler, M., Mullis, J., Burgstaller, M., Schwarz, J. & Saxon, S. (2018). Auswirkungen von Basaler Berührung auf das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei Menschen mit Demenz: eine Mixed Methods Studie. *KlinPfleg.*, 4, 13–26. Retrieved December 2018 from doi: 10.6094/KlinPfleg.4.13

Schmidt, G. (2014). Symphonien mit allen Sinnen: die hypnosystemische Komposition optimaler Erlebnis-Netzwerke für erfüllende Lösungen. <https://www.youtube.com/watch?v=ThSw35uxH64>



**Thomas Buchholz**, Krankenpfleger und Diplom-Pädagoge, schrieb verschiedene Publikationen zum Thema „Basale Stimulation® in der Pflege“ und ist Lehrbeauftragter der Katholischen Hochschule Freiburg und der Hochschule für angewandte Wissenschaften St. Gallen.

buchholz-thomas@t-online.de

# Klarheit und Verstehbarkeit

## Intensivbetreuungen im betreuungsrechtlichen Kontext

Christoph Müller



© Martin Glauser

Pflegende beziehen sich auf den hilfebedürftigen Menschen – die Grundlage der milieutherapeutischen Begleitung.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe am 24. Juli 2018 hat ein deutliches Zeichen gesetzt. Menschen, die öffentlich-rechtlich untergebracht sind, können nur noch eine freiheitsentziehende Maßnahme erfahren, wenn ihnen eine ständige Begleitung an die Seite gestellt wird. Im pflegerischen Kontext wird der Begriff der Intensivbetreuung benutzt, um eine Intervention zu beschreiben, die stark auf die Interaktion zwischen dem zu versorgenden Menschen und den pflegerischen Fachpersonen setzt.

**D**as Gericht betont die besondere Schwere des Eingriffs in die Rechte der Betroffenen. So ist klar, dass die Hürden für Fixierungen in Deutschland hoch liegen. Diesen Eindruck vermitteln zumindest die öf-

fentlichen Medien und die gesellschaftliche Diskussion. Dabei zeigt es sich, dass das Ganze eingeschränkt angedacht ist, denn die Fixierungen betreffen nicht nur diejenigen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Gefahr für sich und für andere darstellen und deshalb in einer psychiatrischen Klinik untergebracht sind.

Im Zusammenhang mit zivilrechtlichen Unterbringungen gibt es die konsequente Regelung der ständigen Begleitung nicht. Für Frauen und Männer, die betreuungsrechtlich untergebracht sind, gibt es Nachholbedarf, um diese nicht schlechter zu stellen. Das wäre sowohl ethisch als auch rechtlich fragwürdig. Beispielsweise sind Menschen in einem Pflegeheim manchmal langwierigen Fixierungen ausgesetzt und müssen einsam und verlassen die freiheitsentziehende Maßnahme erleiden. Es kommt noch schlimmer. Beispielsweise fordert das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen unter anderem im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), dass eine Pflegende oder ein Pflegender dem Betroffenen an die Seite gestellt wird, die mit milieuthe-

rapeutischen Fähigkeiten die freiheitsentziehende Maßnahme begleitet. Durch diese persönliche Präsenz werde eine vertrauensvolle, heilsam wirkende Beziehung sowie eine ebensolche Atmosphäre zwischen Therapeuten und psychisch Erkrankten ermöglicht und gestaltet“ (Mail des MAGS vom 25.09.2018).

## Einschneidende Verbesserungen

Dass es für Menschen, die öffentlich-rechtlich untergebracht sind, einschneidende Verbesserungen der Begleitung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen gibt, wird von allen Seiten begrüßt. Dass diese Regelung für betreuungsrechtlich Untergebrachte keine Geltung hat, ist nicht hinnehmbar. Schließlich sind die Dunkelziffern nicht zu rechtfertigender Fixierungen in Pflegeheimen aufgetreten.

De facto stellt es für die psychiatrischen Kliniken eine Herausforderung dar, die Umsetzung der neuen Regelungen zu gewährleisten. Die Personalressourcen sind knapp. Was an personellen Ressourcen in Intensivbetreuungen investiert wird, fehlt bei der Versorgung anderer Patientinnen und Patienten. Realistisch würde sich beispielsweise in Pflegeheimen die Frage stellen, wie die Umsetzung stattfinden könnte. In Deutschland erreichen die Fachkraftquoten in den Einrichtungen meist nur mühsam die offizielle Hürde von 51 Prozent.

Es macht trotzdem Sinn, einmal über intensive Betreuungsmaßnahmen im betreuungsrechtlichen Kontext nachzudenken. Schließlich würde sich bei einer entsprechenden weiteren Regelung zeigen, wie ernst es eine Gesellschaft mit dem Respekt vor dem Einzelnen und der Menschenwürde meint.

*Intensivbetreuungen* sind pflegerische Interventionen, die konstant, periodisch oder indirekt stattfinden. *Kontante Einzelbetreuungen* bezeichnen einen kontinuierlichen persönlichen Kontakt im gleichen Raum, wobei die betreuende Pflegefachperson zeitgleich keine andere Tätigkeit übernehmen darf. *Periodische Kontaktaufnahmen* verlaufen beispielsweise alle 15 Minuten als eine aktive und direkte periodische Kontaktaufnahme zu einem fixierten Menschen. Bei diesem Procedere überzeugt sich die professionell Pflegende persönlich vom Zustand des Betroffenen. Eine *indirekte Betreuung* kann beispielsweise mittels Sichtkontakt durch ein entsprechendes Fenster stattfinden (Hemkendreis, Löhr, Schulz & Nienaber 2013).

## Keine reine Überwachungsmaßnahme

Die Wirklichkeit in Pflegeheimen zeigt, dass die Überwachung freiheitsentziehender Maßnahmen in diesem engen Takt nicht stattfinden kann. Wenn Frauen und Männer in der Nacht fixiert werden, dann werden sie höchstens alle 90 bis 120 Minuten kontrolliert. Dies teilen zumindest die Pflegefachleute mit, die nachts in Pflegeheimen arbeiten. Die *Praxisempfehlung Intensivbetreuungen*, die sich auch die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

zu eigen gemacht hat, charakterisiert eindrücklich, was mit einer Intensivbetreuung gemeint ist: „Intensivbetreuungen bieten ein sehr hohes therapeutisches Potential, wenn sie als therapeutische Maßnahme verstanden werden und nicht als reine Überwachungsmaßnahme.“ (Hemkendreis, Löhr, Schulz & Nienaber 2013)

Bei näherer Betrachtung der Intensivbetreuungen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen könnte man denken, dass eine enge persönliche Begleitung die Intervention an sich überflüssig macht. Unter diesen Aspekt fällt der Begriff der „milieutherapeutischen Begleitung“. Gerade für die freiheitsentziehenden Maßnahmen in den Pflegeheimen ist diese Intervention von Bedeutung.

Was bedeutet der Begriff des Milieus? Für Baudisch und Linden ist das therapeutische Milieu „[...] eine wesentliche Rahmenbedingung für den therapeutischen Prozess“ (Linden 2018, S. 2). Mit einem ökologisch-therapeutischen Milieu können therapeutische und häusliche Umgebungen konkretisiert werden. Die Qualität einer gebauten Umwelt wird unter den Begriffen von *Person-Umwelt-Kongruenz* analysiert (Linden 2018, S. 7). Die Autoren beschreiben folgende Dimensionen:

1. *Stimulation*: Die Reizbedingungen der Umwelt haben in ihrer Art und Intensität Einfluss auf das (Stress-)Erleben der Nutzer. Über- und Unterstimulation können das Wohlbefinden beeinflussen.
2. *Gestaltungspassung und Lesbarkeit*: Klarheit und Verstehbarkeit der gebauten Umwelt; Grad der schnellen Identifizierung von Orten und deren Funktion
3. *Kontrolle*: Möglichkeit, die soziale oder physikalische Umwelt verändern zu können
4. *Erholungsqualitäten*: Ressourcenstärkende oder-aktivierende Eigenschaften der Umwelt (Linden 2018, S. 7)

Das Konzept der milieutherapeutischen Begleitung sieht die Person des helfenden Menschen als das eigentliche Werkzeug in der Begleitung psychisch veränderter Menschen. Nach Wolff (2011, S. 309) benötigen Pflegende eine Beziehung zu den hilfebedürftigen Menschen, „um ihnen bei der Lösung ihrer Gesundheitsprobleme zu helfen und gemeinsam mit ihnen ihren Alltag zu gestalten.“ Deshalb macht es Sinn, sich Gedanken darüber zu machen, wie eine Intensivbetreuung für Menschen aussehen kann, denen im betreuungsrechtlichen Sinne die Freiheit entzogen wird. Sie sind in der Mehrzahl nicht in einer akuten Krise. Vielmehr werden die einen oder die anderen fixiert, weil sie wiederholt herausforderndes Verhalten zeigen oder zu stürzen drohen (der ethischen Bewertung der Begründbarkeit einer freiheitsentziehenden Maßnahme kann an dieser Stelle keine Aufmerksamkeit geschenkt werden).

## Richtiges Maß der Stimulation

Wenn ein Mensch engmaschig begleitet wird, so braucht es sicher eine ausgeprägte Sensibilität, um das richtige Maß der Stimulation zu finden. Menschen, die psychisch verändert sind, brauchen gefilterte Reize. Es macht si-

cher wenig Sinn, diese Menschen in die Gemeinschaft im Wohnbereich einzugliedern. Eher muss es darum gehen, dem betroffenen Menschen ein ruhiges Umfeld zu bieten und sich in aller Unmittelbarkeit mit ihnen zu beschäftigen. Ein Schutzraum muss angeboten werden, in dem der oder die Betroffene Orientierung in ihrer Hilflosigkeit erfahren kann. Heims Begriff des „beruhigenden Milieus“ (zitiert nach Linden 2018, S. 3) kann pflegenden Menschen Ermutigung sein, darüber nachzudenken, was dieses ausmachen könnte: Macht es Sinn, das Gebäude zu verlassen, da die Atmosphäre außerhalb der Einrichtungsmauern einen positiven Einfluss auf den Einzelnen haben könnte? Macht es Sinn, Musik einzuschalten, die der oder dem Betroffenen stets Entspannung und Beruhigung bereitet hat? Klarheit und Verstehbarkeit der gebauten Umwelt gibt beispielsweise einem dementiell veränderten Menschen Orientierung, wenn das eigene häusliche Umfeld verlassen wird. Der Pflegepraktiker Erwin Böhm hat in seinem *Psychobiographischen Pflegemodell* deutlich gemacht, dass die Betroffenen in dieser Situation in ihrer vergangenen Lebensumwelt abgeholt werden sollten. Um Klarheit und Verstehbarkeit geht es allerdings auch in der Interaktion zwischen zwei Menschen. In einer Intensivbetreuung brauchen betroffene Menschen kurze Sätze, die klare Orientierung geben. Mit dem Blick auf die regionale Zugehörigkeit eines Menschen macht es sicher Sinn, einen entsprechenden Dialekt zu sprechen. Denn der Mensch in Graubünden mag sicher nicht unbedingt Berndeutsch, der Mensch im Ruhrgebiet nicht den sächsischen Slang.

Pflegende haben bei vielen alltäglichen Interventionen den Fokus auf dem Begriff der Kontrolle. Mit Kontrolle ist oft auch eine gewisse Rigidität verbunden. Menschen in Intensivbetreuungen brauchen hingegen Ruhe und Gelassenheit in der Interaktion. Es darf sicher auch einmal eine Tasse zerscheppern, wenn die Betroffenen gleichzeitig die Erfahrung machen, die eigene Autonomie leben zu können. Eine gelingende Biographiearbeit identifiziert, wo die Ressourcen des Einzelnen sind. Persönliche Ressourcen auszuleben führt immer auch zu Entspannung und Erholung. Es klingt banal, wenn häusliche Tätigkeiten für eine dementiell veränderte ältere Frau für Entlastung sorgen. Dies kann auch der Fall sein, wenn Menschen in den Nachtstunden ungewohnte Verhaltensweisen zeigen.

## Fazit

Intensivbetreuungen können auch im Zusammenhang mit der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im betreuungsrechtlichen Kontext einen wichtigen Beitrag zur Wahrung von Menschenrechten leisten. Auch in der Schweiz bedarf es einer intensiveren Auseinandersetzung mit sämtlichen Versorgungsumfeldern. Gleichzeitig muss noch detailliert beschrieben werden, wie eine Intensivbetreuung dekliniert werden kann, um dem Anspruch der milieutherapeutischen Begleitung gerecht zu werden.

## Literatur

- Baudisch, F. & Linden, M. (2018). Therapeutisches Milieu und Healing Environment. In M. Linden (Hrsg.), *Das stationäre Setting in der Behandlung psychischer Störungen – Healing Environment und therapeutisches Milieu* (S. 1–13). Berlin: MVG.
- Hemkendreis, B., Löhr, M., Schulz, M. & Nienaber, A. (2013). Praxisempfehlung Intensivbetreuungen. *Psych Pflege*, 19, 90–92.
- Linden, M. (2018). *Das stationäre Setting in der Behandlung psychischer Störungen – Healing Environment und therapeutisches Milieu*. Berlin: MVG.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Wolff, S. (2011). Pflegebeziehung. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 309–346). Bern: Hans Huber.



**Christoph Müller,**  
psychiatrisch Pflegender, Fachautor.

arscurae@web.de

# Rechtsgrundlagen für Schweizer Gesundheitsberufe



Christian Peter

## Rechtskunde kompakt

Rechtshandbuch für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz

2019. 320 S., 33 Abb., Kt  
€ 39,95 / CHF 48.50  
ISBN 978-3-456-85882-1  
Auch als eBook erhältlich

Der erfahrene Jurist Christian Peter:

- klärt, was rechtlich bezüglich Berufsgeheimnis, Datenschutz und Schweigepflicht zu beachten ist;
- beschreibt, was Behandlungsfehler sind und welche juristischen Konsequenzen sie haben können;
- skizziert im Rahmen des Heilmittelrechts, u.a. welche Sorgfaltspflichten Gesundheitsberufe haben;
- analysiert, welche rechtlichen Vorschriften bezüglich Forschung am Patienten zu beachten sind.

# Trauernde Menschen begleiten

In jedem Abschied steckt ein Neuanfang

H.-Christian Heering & Cornelia Reinhard-Flury



Wenn jemand trauert, ist er auf achtsame anteilnehmende Pflege und Betreuung angewiesen. (Symbolbild)

Nach einem Verlust ist das Trauern eine normale Reaktion. Dieser Prozess ist komplex und er verläuft individuell. Damit trauernde Menschen nach einer bestimmten Zeit wieder Zuversicht entwickeln und zurück in den Alltag finden können, benötigen sie Unterstützung. Pflege- und Betreuungspersonen spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie können achtsame Begleitung anbieten, und einschätzen, in welchen Fällen therapeutische Angebote beigezogen werden müssen.

**V**erlust und Trauer sind einander nahestehende oder sogar einander zugehörige Konzepte. Die Ursache der Trauer kann der Verlust eines Menschen, eines Haustieres, einer Arbeitsstelle oder einer Sache von grosser subjektiver Bedeutung sein. Insbesondere in der Forschung wird Trauer überwiegend im Kontext des Verlustes eines Menschen durch den Tod gesehen (Wittkowski & Scheuchenpflug 2015). Trauer und Verlust

sind somit Erfahrungen, die alle Menschen betreffen. Allgemein löst Trauer eher ein beklemmendes Gefühl aus, da sie mit loslassen und Abschied nehmen in Verbindung steht. Trauern wird als komplexe ganzheitliche Reaktion erlebt, da etwas Wertvolles verloren geht (Lammer 2004). Betroffene Menschen benötigen eine gewisse Zeitspanne und seelische Kraft, um den Schmerz innerhalb der Alltagsbewältigung zu verarbeiten. Gleichwohl liegt in der Trauerarbeit eine Energie, die persönliche Entwicklung und Wachstum ermöglicht, da in jedem Abschied auch ein Neuanfang steckt (Canacakis 1994).

Betagte und hochbetagte Menschen müssen, bedingt durch den fortschreitenden Alterungsprozess, häufig Abschied nehmen, sei es von Partnern, Bezugspersonen oder Freunden. Die sozialen Kontakte verändern sich und irgendwann stehen wichtige Entscheide an, die die Pflege und Betreuung betreffen. Damit verbunden ist ein weiterer Verlust: jener der Unabhängigkeit. Wer in eine Alterseinrichtung zieht, muss sich in irgendeiner Weise vom gewohnten Daheim und von materiellen Gütern verabschieden. Der Alterungsprozess beinhaltet somit vielseitige Verluste mit möglichen Trauerreaktionen (Zeller-Forster 2002), die entsprechende Bewältigungsressourcen erfordern.

## Trauern als Normalität verstehen

Verlust- und Trauerreaktion sind demnach als etwas Alltägliches zu verstehen und gleichzeitig auch als etwas, das als „normal“ angesehen wird, wenn es bestimmten Normen entspricht (Lammer 2004). In der Trauer drücken sich gesellschaftliche Erwartungen aus, zum Beispiel, dass man den Tod eines nahestehenden Menschen zu betrauern hat, oder über die Art, wie der Verlust oder Schmerz nach aussen getragen wird. Dabei ist die Trauer in ihrem Wesen etwas sehr individuelles und Persönliches (Schäfer-Santschi 2012), das sich kaum in Worte und Normen fassen lässt und schon gar nicht durch Zwang entsteht. Neben ihrer realen Anwesenheit definiert sich Trauer auch durch ihre individuell wahrgenommene Intensität. Diese ist oftmals umso grösser, je jünger die verstorbene Person oder je unerwarteter der Todesfall ist (Wilde & Jung-Borutta 2016).

Die Gestalt der Trauer ist vielfältig und individuell in der Intensität, Durchlässigkeit und Authentizität. Gewisse Reaktionen wie zum Beispiel weinen, schluchzen, seufzen oder stöhnen werden von Aussenstehenden zutreffend mit Trauer assoziiert – deren Ausbleiben lässt allerdings den Umkehrschluss, nämlich, dass nicht getrauert wird, nicht zu.

Anstelle von Trauer kann bei einem Verlust aber auch Erleichterung oder sogar Freude vorherrschen, je nach Situation oder nach Beziehung zur verstorbenen Person. Die dann womöglich demonstrierte, nicht wahrhaft empfundene Trauer, kann den gesellschaftlich festgelegten Ansprüchen nicht genügen und stösst somit oftmals auf Unverständnis. Die Art und Weise der Trauerreaktionen zeigt sich in unterschiedlichen Emotionen und Verhaltensweisen, dazu gehören psychischer und körperlicher Schmerz wie beispielsweise Kummer, Kraftlosigkeit oder Rückzug.

### Fallbeispiel 1

„Jeden Tag sangen wir in unserer Wohngruppe ein oder zwei bekannte Lieder mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Nur Frau Künzi machte nie mit. Wir kommentierten dies bewusst nicht, ermutigten sie stets, dabei zu sein, und gaben ihr zu spüren, dass sie willkommen ist. Irgendwann erzählte Frau Künzi von sich aus, dass sie seit dem Tod ihres Mannes nicht mehr singen könne. Dieser Verlust sei für sie noch so nahe, dass sie die Stimme verloren habe. Sie kam weiterhin jeden Tag zum Singen und hörte uns aufmerksam zu. Der Moment, als Frau Künzi nach rund einem halben Jahr wieder mitzusingen begann, bleibt mir bis heute in Erinnerung.“

Während der Trauerphase, insbesondere am Anfang, ist zwischen dem trauernden Menschen und seinem Umfeld eine Trennung wahrnehmbar, da Trauernde sich selbst und auch ihr Umfeld mit vielfältigen Emotionen erleben.

Das zeigt das Fallbeispiel 1: Die Trauernde ist zwar anwesend, dennoch ist eine Distanz zwischen ihr und dem Umfeld wahrnehmbar. Schliesslich definiert sich Trauer auch über die Tatsache, dass ihre Intensität mit der Zeit abnimmt und die Normalität des Alltages – wenn auch in anderer als in gewohnter Form – ihren Fortgang nimmt. Verluste werden individuell erlebt, die Trauerreaktionen innerhalb eines Kulturreises verlaufen ähnlich und bedürfen in den meisten Fällen keiner professionellen Hilfe (Wilde & Jung-Borutta 2016).

Trauernde zu erkennen und sie frühzeitig in der neuen Lebenssituation zu begleiten, ist ein Teil der professionellen Pflege. Damit kann erschwerter Trauer und damit verbunden möglichen therapeutischen Interventionen vorbeugt werden (Doenges, Moorhouse & Murr 2018). In der internationalen Klassifikation der Pflegediagnosen der NANDA-I wird Trauern als *«normaler komplexer Prozess mit emotionalen, physischen, spirituellen, sozialen und intellektuellen Reaktionen und Verhaltensweisen, mit dem Individuen, Familien und Gemeinschaften ihren aktuellen, erwarteten oder wahrgenommenen Verlust in den Alltag integrieren»*, definiert.

### Erschwertes Trauern erkennen

Was aber geschieht, wenn es dem trauernden Menschen nicht gelingt, die Erinnerung an die verstorbene Person in den Alltag zu integrieren und ihr „einen Platz im Herzen“ zu geben? In diesem Fall kann Trauer zu einem dauerhaften Prozess werden. Gerade betagte und hochbetagte Menschen haben ein erhöhtes Risiko, in solchen Phasen allein zu sein. Manchmal droht sogar die soziale Isolation und damit die „Gefahr eines erschwertes Trauerns“ (Herdman & Kamitsuru 2016, S. 383.).

Es gibt unterschiedliche Anzeichen und Reaktionen, die auf einen erschwertes Trauerprozess hinweisen, dazu gehört beispielsweise ein selbstzerstörendes Verhalten. Es gibt noch keine präzisen Angaben zur Häufigkeit dieses Phänomens. Aktuelle Schätzungen gehen von einem bis zwei Prozent der Trauernden aus (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard & O'Connor 2017). Pflege- und Betreuungspersonen sind daher gut beraten, besonders auf das Vorhandensein, beziehungsweise das Fehlen sozialer Unterstützung zu achten und diese gegebenenfalls im Rahmen der Pflegeintervention „Trauerarbeitserleichterung“ zu kompensieren (McCloskey-Dochterman, Bulecheck & Butcher 2015). Gelingt es jedoch nicht, dieses Risiko zu erkennen und frühzeitig zu intervenieren, kann es zu einer manifesten Störung kommen.

Die Begleitung von Menschen, die erschwert trauern, ist ein Thema, das in diesem Text nicht explizit betrachtet wird. Dennoch wird auf wesentliche Punkte hingewiesen, um die Abgrenzung zur normalen Trauer noch erkenntlicher zu machen. Zu beachten ist, dass es gemäss den erwähnten Definitionen ausschliesslich nach Todesfällen zu einem erschwertes oder komplizierten Trauern kommen kann – nicht also nach anderen Arten von Verlusten. Zentral

ist auch, dass erst dann Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsbedarfe entstehen, wenn es aufgrund der komplizierten Trauer zu manifesten, funktionalen Beeinträchtigungen wie zum Beispiel Erschöpfungszuständen, Rollenversagen oder psychopathologischen Zuständen kommt.

## Aufgaben der Trauerbegleitung stärken

Welche Aufgaben haben Trauernde zu bewältigen? Wie können sie dabei unterstützt werden? Es ist in der Vergangenheit viel über Sterbe- und Trauerphasen geforscht und berichtet worden, zum Beispiel von Elisabeth Kübler-Ross (2014) oder Verena Kast (2015). Es gibt plausible Theorien zu den einzelnen Phasen dieses Prozesses. In Forschungen konnten diese Stufen des Trauerns jedoch nicht empirisch belegt werden. Die Literatur bietet lediglich eine Orientierung für den Umgang mit Trauernden. Die heutige Trauerbegleitung geht neue Wege, orientiert sich nicht mehr vorwiegend an sogenannten Phasen des Trauerns, sondern an den konkreten Aufgaben, die betroffene Menschen zu bewältigen haben (Lammer 2013). Aus diesen Aufgaben werden die Schwerpunkte der Trauerbegleitung abgeleitet (siehe Box).

### Mögliche Aufgaben der Trauerbegleitung

- Tod begreifen helfen (Realisation)
- Reaktionen Raum geben (Initiation)
- Anerkennung des Verlusts äußern (Validation)
- Übergänge unterstützen (Progression)
- Erinnern und Erzählen fördern (Rekonstruktion)
- Risiken und Ressourcen einschätzen.

(Lammer 2013)

Trauern umfasst aus dieser Sichtweise ein mehrdimensionales Prozessgeschehen mit unterschiedlichen Merkmalen der Aufgabenbewältigung (Wittkowski & Scheuchenpflug 2015). Trauern als Prozess zu beschreiben, beinhaltet, dass daraus ein Ergebnis hervorgehen sollte – im Sinne einer Rückkehr in den Alltag. Dies gelingt in der Regel dann, wenn die trauernde Person Zuwendung, Beistand und emotionale Unterstützung erfährt. Die Sinnhaftigkeit kollektiver Trauerrituale wie Abdankungen, Bestattungen, gemeinsames Beten oder Singen ergibt sich somit auch aus dem solidarischen Mit-Leiden. Es vermittelt den trauernden Personen das wohl grundlegendste Gefühl sozialer Unterstützung, nämlich das Gefühl, nicht allein gelassen zu sein.

## Für achtsame Sensibilität sorgen

Pflegefachpersonen sind wiederkehrend mit Trauer und Verlusten von Menschen und deren Angehörigen konfrontiert. Von Pflegenden wird eine sorgende Haltung und Sensibilität erwartet.

### Fallbeispiel 2

„Herr Müller, 92-jährig, seit zwei Jahren verwitwet, teilte uns immer wieder besonnen mit, dass die Zeit für ihn gekommen sei, um zu sterben. Er sei mit dem Leben, den Erinnerungen an die Vergangenheit zufrieden und warte nur auf seinen Tod. Er wies uns darauf hin, dass wir im Todesfall seine Tochter anrufen sollten. Sie wisse, wie er beerdigt werden wolle, und sei seine verlässliche und haltende Beziehung. Dabei lächelte er uns an. Er verstarb eines nachts alleine. Als seine Tochter kurz darauf weinend von ihm Abschied nahm, sagte sie uns, dass sie trotz der Trauer, die sie bereits vor seinem Tod spürte, glücklich sei, ihren Vater so zufrieden zu sehen.“

Das Fallbeispiel zeigt die Interaktion in einer existenziellen Verlustsituation auf. Herr Müller lebt das Leben aus seinen Erinnerungen und aus dem Heute heraus. Ein Morgen gibt es für ihn bald nicht mehr. Die Beziehung zu seiner Tochter ist von grosser Bedeutung und von Liebe geprägt. Diese Situation erfordert von den Begleitenden viel Achtsamkeit, denn die Perspektive der Pflegenden ist stets eine andere: Sie ist von einer asymmetrischen Sorge-Beziehung geprägt (Kohlen 2018).

Die Kunst bei der Begleitung von Trauernden, Sterbenden und deren Angehörigen ist, diese Wertfreiheit und Unantastbarkeit erfahren zu lassen (Magerl 2018). Die Tochter von Herrn Müller zeigt beim Verlust ihres Vaters nicht nur Trauer, sondern auch Dankbarkeit. In der Zeit nach dem Tod sind Angehörige hochsensibel. Für Pflegende empfiehlt es sich deshalb, die betroffenen Personen während dieser Phase einzubeziehen, ihnen Abschiedsrituale zu ermöglichen, Nachgespräche anzubieten und für emotionale und psychische Entlastung zu sorgen. Auch über Begleitangebote für Angehörige und Trauernde sollte informiert werden (Schärer-Santschi 2012). Achtsam und sensibel sein, Anteil nehmen, unterstützen, versorgen sowie reagieren bleiben die Kernelemente einer verantwortungsvollen Pflege und Betreuung, da Menschen existenziell aufeinander angewiesen sind (Kohlen 2018).

Pflegende werden in solchen Situationen mit der eigenen Trauer konfrontiert. Dies erfordert nebst Wissen und Haltung die bewusste Reflexion des beruflichen Handelns. So können im Umgang mit schwierigen Situationen, Emotionen sowie persönlichen Verlust- und Trauererfahrungen schlussendlich hilfreiche Coping-Strategien entwickelt werden (Schärer-Santschi 2012).

Die Selbstsorge ist ein bedeutendes Element. Dabei können Reflexionsfragen zur eigenen Praxis und Trauerkultur gestellt werden: „Wie werden trauernde Menschen bei uns beraten? Wie begleiten wir Angehörige? Wie werden Wünsche berücksichtigt? Wer hat welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung innerhalb des Pflegeteams? Wie können wir zukünftig mit solchen Situationen umgehen? Welche Werte und Normen sind wichtig? Welches Wissen müssen wir in diese Entscheidungen einfließen lassen?“ Die Klärung dieser Fragen kann zur Weiterentwicklung beitragen. Die Selbstreflexion innerhalb eines Teams und eine ethische Sorgekultur tragen zur Sensibilisierung bei und sind für eine ganzheitliche Pflege und Betreuung von Bedeutung (Rüegger 2018).

## Fazit

Trauernde brauchen vielfach Unterstützung, um ihren Verlust bewältigen und sich in der neuen Lebenssituation zurechtfinden zu können. Der professionellen Pflege kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Sie hilft betroffenen Menschen, den Tod zu begreifen, sie bietet Raum für Reaktionen, unterstützt in schwierigen Übergängen, ermutigt zum Erzählen und schätzt letztlich mögliche Risiken und Ressourcen ein. Für eine achtsame Sensibilität zu sorgen, ist dabei bedeutend.

## Literatur

- Canacakis, J. (1994). *Auf der Suche nach den Regenbogentränen*. München: Bertelsmann.
- Doenges, M., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2018). *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen*. Bern: Hogrefe.
- Herdman, H. & Kamitsuru, S. (2016). (Hrsg.). *Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2015 – 2017*. Kassel: Recom.
- Kast, V. (2015). *Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz.
- Kohlen, H. (2018). Sorge – was ist das eigentlich? *Praxis Palliative Care*, 38, 20 – 21.

- Kübler-Ross, E. (2014). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz.
- Lammer, K. (2004). *Trauer verstehen*. Koblenz: Neuenkircher.
- Lammer, K. (2013). *Den Tod begreifen: Neue Wege in der Trauerbegleitung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 138 – 149.
- Magerl, H. (2018). Sorgende Sensibilität für Sterbende und Angehörige. *Praxis Palliative Care*, 4, 38 – 40.
- McCloskey-Dochterman, J., Bulecheck, G. & Butcher, H. (2015). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. Bern: Hogrefe.
- Rüegger, H. (2018). Sorgeethik in der Palliativen Geriatrie. *Praxis Palliative Care*, 38, 42 – 43.
- Schärer-Santschi, E. (2012). *Trauern: Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten*. Bern: Huber.
- Wilde, E. & Jung-Borutta, C. (2016). Trauer. In M. Thöns & D. Sittler (Hrsg.), *Repetitorium Palliativmedizin* (S. 195 – 208). Berlin: Springer.
- Wittkowski, J. & Scheuchenpflug, R. (2015). Zum Verlauf „normalen“ Trauerns: Verlustleben in Abhängigkeit von seiner Dauer. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 169 – 176.
- Zeller-Forster, F. (2002). Verlust/Trauer. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld* (S. 119 – 132). Bern: Huber.



**Dr. H.-Christian Heering**, MScN, RN, EdN, CNS (ger. care), ist Lehrperson am Berner Bildungszentrum Pflege und klinischer Pflegewissenschaftler am Bethesda Spital Basel.



**Cornelia Reinhard-Flury**, MScN, RN, MAS P&E, ist Lehrperson am Berner Bildungszentrum Pflege.

[cornelia.reinhard@bzpflege.ch](mailto:cornelia.reinhard@bzpflege.ch)

# Aufbau einer spezialisierten Palliative Care-Abteilung im Pflegezentrum

## Ein Erfahrungsbericht

Marcel Meier

Die Neuausrichtung einer Abteilung geht immer mit vielen Veränderungen einher. Im Pflegezentrum Mattenhof der Stadt Zürich wurde eine Abteilung mit unterschiedlichsten Behandlungskonzepten in eine Abteilung für spezialisierte Palliative Care umgewandelt. Die Änderungen waren umfangreich: von Anpassungen der Prozesse und Bettenzahl bis hin zur Zusammensetzung des Teams.

**A**ufgrund der hohen Nachfrage von Zuweisenden, insbesondere der Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid, entschieden sich die Akteure der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ), eine Abteilung für Bewohnerinnen und Bewohner zu schaffen, die spezialisierte Palliative-Care-Betreuung brauchen. Am 1. Februar 2018 wurde die Abteilung im Pflegezentrum Mattenhof eröffnet.

### Bewährte Standards

Das Pflegezentrum Mattenhof ist seit 2014 mit dem Label „Qualität in Palliative Care“ zertifiziert. Dementsprechend arbeitet es schon länger mit bewährten palliativen Standards. Im Vorfeld fragten wir uns deshalb, wie sich die spezialisierte Palliative Care-Abteilung von den anderen Abteilungen abgrenzen würde.

In Gesprächen mit Zuweisenden wurde schnell deutlich, dass Einbettzimmer im Setting einer spezialisierten Palliative Care notwendig sind. So können sich die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen besser zurückziehen. Zudem sollte insbesondere bei einem Wiedereintritt eine rasche und unkomplizierte Aufnahme möglich sein. Da zahlreiche Bewohnerinnen und Bewohner für eine optimale Symptomkontrolle auf medizinaltechnische Geräte (z. B. Schmerzpumpen, PICC-Katheter, Porth-a-Cath) angewiesen sind, muss die spezialisierte Palliative Care-Abteilung über solche Geräte verfügen, und die Mitarbeitenden in der Lage sein, sie korrekt einzusetzen.

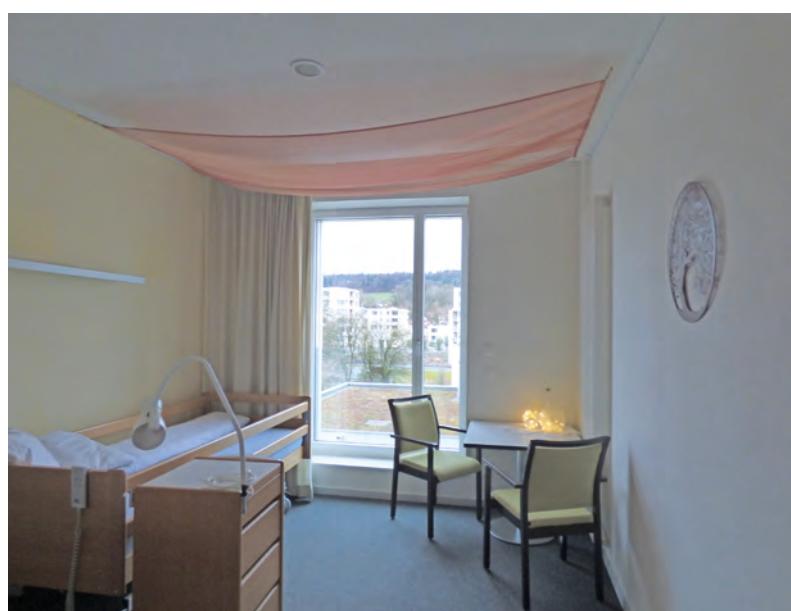
Die Schaffung von Einzelzimmern war eine der einfachen Anpassungen. Zur Ambiance-Steigerung wurden zahlreiche Einrichtungsgegenstände angeschafft, um im

Fall von Bettlägerigkeit den damit einhergehenden Gefühlen der Isolation entgegenzuwirken. So stehen Baldachine in verschiedenen Farben und Mustern zu Verfügung und es gibt Lampen mit unterschiedlichen Lichtbildern. Einige Zimmer sind mit einem ausziehbaren Sofa ausgestattet, so dass Angehörige übernachten können. Zur individuellen Einrichtung gehören auch persönliche Möbel und Bilder. Das oberste Ziel der Infrastruktur ist die Steigerung des Wohlbefindens und die Verbesserung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner.

### Neue Prozesse

Mit der neuen fachlichen Ausrichtung wurde die fortlaufende Anpassung der Prozesse auf der Abteilung erforderlich. Es war uns sehr wichtig, dass die neuen Prozesse die bestehenden nicht konkurrieren und dass Doppelprüfungskräfte vermieden werden.

Die neue Anspruchsgruppe der Abteilung hat andere Bedürfnisse: Im Vordergrund steht, dass die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen gut informiert und ihre Gefühle und Wünsche wertgeschätzt werden. In der palliativen Arbeit, insbesondere der spezialisierten



In der neuen Abteilung sind Einbett-Zimmer gefragt. Fotos zVg.

Palliative Care, ist ein regelmässiger und konstanter Austausch im interprofessionellen Team unverzichtbar, um diesen Bedürfnissen der Betroffenen und jener der Mitarbeitenden gerecht zu werden.

Um den kontinuierlichen Informationsfluss zu gewährleisten, wurde ein wöchentlicher Interprofessioneller Rapport geschaffen. Dort wird besprochen, was den Bewohnerinnen und Bewohnern in der End-of-Life-Phase besonders wichtig ist und welche Unterstützung sie benötigen. Dabei ist auch immer die Auseinandersetzung der Betroffenen und der Familie mit dem Tod ein zentrales Thema. An diesem Rapport sind der Arztdienst, die Seelsorge, der Sozialdienst, die Pflege sowie die Aktivierungs- und Physiotherapie vertreten. Da im Pflegezentrum schon verschiedene wöchentliche Sitzungen stattfinden, war es nicht ganz einfach, dieses zusätzliche Kommunikationsgefäß zu etablieren.

Zudem war die Strukturierung der Sitzung schwierig. Wir führten deshalb eine Struktur nach dem SENS-Modell ein. Dieses orientiert sich am Gold Standard Framework aus England. Dort werden Ziele für die Betreuung in der letzten Lebensphase definiert. Das Framework besteht aus

vier Hauptbereichen (Symptommanagement, Entscheidungsfindung, Netzwerk und Support). Diese Arbeitsweise etablierte sich und der Rapport ist heute unverzichtbar.

Zusätzlich zum Interprofessionellen Rapport findet zweimal wöchentlich eine ausführliche Visite von Arzdienst und Pflegeteam statt. Dabei werden die Behandlungen der Bewohnerinnen und Bewohner kritisch hinterfragt und gegebenenfalls angepasst.

## Teamentwicklung

Die Umstellung ging nicht ohne personelle Veränderungen einher. Das diplomierte Pflegepersonal wurde aufgestockt. Zudem wurden neue Mitarbeitende mit onkologischen bzw. palliativen Erfahrungen eingestellt. Aufgrund der komplexen Betreuungssituationen, auch in der Nacht, konnten Dauernachtwachen mit Pflegeassistenzausbildung nicht mehr eingesetzt werden. Sie wechselten deshalb die Abteilung.

Das Pflegeteam musste sich an die Anpassungen der Prozesse gewöhnen und sich auch innerlich auf die neue Aufgabe einstellen. Mit den zunehmend komplexeren Bewohnersituationen wurden die unterschiedlichen Haltungen und Wissensstände bemerkbar. Zu Konflikten führten beispielsweise die unterschiedlichen Meinungen zum Schmerzmanagement. Es wurde daher unerlässlich, sich im Team über gemeinsame Haltungen und Wertvorstellungen auszutauschen. Dazu stand monatlich eine Supervisorin zur Seite. Zudem wurde dem Pflegeteam in zahlreichen Fortbildungen aktuelles Fachwissen über den Umgang mit medizinaltechnischen Geräten (z. B. Schmerzpumpen, Perfusoren) vermittelt.

## Hohe Anforderungen

Die Sterberate hat sich durch die veränderte Bewohnerklientel stark verändert. Es gibt in kürzerer Zeit mehr Aus- und Eintritte. Für das Team sind die häufigen Todesfälle und Neueintritte eine sehr hohe Belastung. Einerseits möchten sich die Mitarbeitenden voll und ganz auf die neuen Bewohnerinnen und Bewohner einstellen, zugleich müssen sie sich auf sehr kranke und sterbende Menschen konzentrieren. Dies ist eine der signifikanten Veränderungen seit Eröffnung der Abteilung. Zudem ist das Pflegeteam je nach Nachfrage an palliativen Betten unterschiedlich stark gefordert. Das erfordert eine hohe Flexibilität der Institution. So müssen entsprechend dem Arbeitsaufwand Schichtpläne oder die Tagesstrukturierung angepasst werden.

Neue Rituale ermöglichen es dem Pflegeteam, sich trotz häufigem Bewohnerwechsel respekt- und würdevoll von den Verstorbenen zu verabschieden und im Gegenzug neue Bewohnerinnen und Bewohner wertschätzend willkommen zu heissen. Die neuen Abschiedsrituale aber auch die neuen Strukturen und Abläufe wurden im Pflegeteam gemeinsam entwickelt und implementiert.

Die Angehörigen schätzen die Abschiedsrituale sehr. Beispielsweise schreiben manche ihre Gedanken zum Verstorbenen in unserem Gedenkbuch nieder. Ist jemand gestorben, wird eine grosse LED-Kerze aufgestellt, die die verstorbene Person symbolisiert. Die Kerze steht einige Tage vor dem Zimmer und erleichtert insbesondere dem Pflegeteam das Abschiednehmen. Man steht öfters davor und erinnert sich an die verstorbene Person.

## Neue Aufgabengebiete

Da die neuen Bewohnerinnen und Bewohner mit medizinaltechnischen Geräten ins Pflegezentrum eintreten, muss das Pflegeteam in der Lage sein, diese zu bedienen. Dafür stehen der Abteilung zwei Kolleginnen ausserhalb des Teams zu Seite, die sie in der Bedienung und der Handhabung der Geräte unterstützen und für Fragen zur Verfügung stehen. Die Geräte sind von Hersteller zu Hersteller unterschiedlich, was eine vorgängige Schulung erforderlich macht. Da möglichst alle involvierten Pflegenden die Geräte bedienen müssen, wurden die Schulungen auch für Pflegende anderer Abteilungen geöffnet, damit auch in der Nacht Unterstützung gewährleistet ist. Diese Schulungen stossen regelmässig auf reges Interesse.

Als langjähriger Mitarbeiter mit einem MAS in Palliative Care übernahm ich die Rolle der Fachverantwortung, wobei die Abteilungsleitung weiterhin für die Personalführung zuständig ist. Als Fachverantwortlicher bin ich einerseits zuständig für die konzeptuelle Weiterentwicklung der Strukturen auf der Abteilung und andererseits für die Unterstützung in fachlichen Fragen betreffend Bewohnerinnen und Bewohner. Dazu gehören auch Gespräche über Werte und Haltungen innerhalb des Teams. Beispielsweise leite ich regelmässig Fallbesprechungen anhand des Total Pain-Konzepts.

## Aufbau und Weiterentwicklung

Im Zug der Aufbauarbeiten rund um die Abteilung kam die Frage auf, wieso beispielsweise der wöchentliche Rapport nicht vorab implementiert worden war oder Geräte wie Perfusoren oder Schmerzpumpen nicht bereits ab der Eröffnung der Abteilung im Haus zur Verfügung gestanden haben. Dies wäre zwar wünschenswert jedoch nicht realisierbar gewesen. Es gab bis anhin in den Pflegezentren der Stadt Zürich noch keine vergleichbare Abteilung für spezialisierte Palliative Care. Natürlich wurden vorgängig vergleichbare Angebote besucht, um Erfahrungswerte zu erfragen. Nichtsdestotrotz zeigte sich erst bei laufendem Betrieb, was noch benötigt wurde. Dies wurde massgeblich durch die zunehmende Nachfrage der Zuweiserstellen (Stadtspitäler) gesteuert.

Die zukünftigen Herausforderungen sehe ich in der zunehmenden Komplexität der Situationen, in denen sich Bewohnerinnen und Bewohner befinden, sowie dem daraus resultierenden hohen Zeitbedarf. Nicht zu vergessen sind die Gespräche mit den Angehörigen. Sie benötigen empathisches Entgegenkommen und ebenfalls Zeit.

Eine weitere Herausforderung ist die Begleitung und Unterstützung des Pflegeteams. Wenn an einem Tag zwei Menschen sterben, ist das eine hohe Belastung, nicht nur emotional. Hinzu kommt die administrative Arbeit. Die Pflegenden sind sehr gefordert, damit sie allen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den anfallenden Aufgaben gerecht werden können. Darauf muss bei der weiteren Entwicklung viel Wert gelegt werden, damit das Ziel der Abteilung stets erreicht wird: die optimale Begleitung von schwerkranken Menschen und ihren Angehörigen zu gewährleisten.



**Marcel Meier** ist Beauftragter für Palliative Care im Pflegezentrum Mattenhof, einem der neun Pflegezentren der Stadt Zürich.

marcel.meier.pzz@zuerich.ch  
www.stadt-zuerich.ch/pflegezentren

# Das Schweizer Palliativmedizin- Handbuch



Hans Neuenschwander / Christoph Cina (Hrsg.)

## Handbuch Palliativmedizin

3., vollst. überarb. Aufl. 2015.  
480 S., 29 Abb., 41 Tab., Gb  
€ 34,95 / CHF 45.50  
ISBN 978-3-456-85274-4  
Auch als eBook erhältlich

Dieses Handbuch hilft, die neuesten Erkenntnisse der Palliativmedizin täglich in die Praxis umzusetzen. Es orientiert sich sowohl an den für die Lebensqualität entscheidenden Symptomen als auch an grundsätzlichen Herangehensweisen an die besonderen Situationen, in denen Palliativmedizin gefordert ist.

Als dritte, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage im Auftrag von Krebsliga Schweiz und palliativech stellt das Handbuch die Summe der Erfahrungen der Schweizer Palliativmedizin dar.

Auch in französischer Sprache  
erhältlich:

Hans Neuenschwander /  
Christoph Cina /  
Sophie Pautex (Hrsg.)  
**Manuel de médecine palliative**

3e édition entièrement révisée 2017.  
480 S., 29 Abb., 41 Tab., Gb  
€ 34,95 / CHF 45.50  
ISBN 978-3-456-85699-5  
Auch als eBook erhältlich

# Wenn „James“ einen rund um die Uhr überwacht

Stefan Müller



Lounge und Wohnzimmer im iHomeLab erinnern mehr an Raumschiff Enterprise als an Wohnräume. Foto zVg.

Ein Besuch im „iHomeLab“ der Hochschule Luzern zeigt, was mit intelligenter Gebäudetechnik alles möglich ist. Ein Blick in die Zukunft – spannend, aber auch etwas beängstigend.

**D**ie 92-jährige Anna stürzt in ihrem Haus, das sie alleine bewohnt. Ihr virtueller Butler „James“ merkt rasch, dass etwas nicht stimmt. Er fragt Anna nach ihrem Befinden. Diese antwortet jedoch nicht. James weiß, was in diesem Fall zu tun ist. Er benachrichtigt die Tochter. Über die Webcam kann diese sehen, dass Anna am Boden liegt und sich nicht mehr röhrt. Weil die Tochter jedoch nicht in Reichweite ist, alarmiert „James“ über den Notruf 144 die Rettung, die rasch vor Ort ist und von James ins Haus gelassen wird.

Ein Szenario, wie es vielleicht in zehn, zwanzig Jahren Alltag ist. Heute ist es eine Simulation im „iHomeLab“ der Hochschule Luzern Technik & Architektur. Das iHomeLab,

ein silberner futuristischer Bau ohne sichtbare Fenster und Türen, versteht sich als Forschungszentrum und Denkfabrik für Gebäudeintelligenz. 24 Informatik- und Elektroingenieure erforschen die Frage, wie mit dem Einsatz von modernster Gebäudetechnik das Leben bis ins hohe Alter komfortabler und sicherer gemacht und wie Energie gespart werden kann. Mit über 2500 Besichtigungen pro Jahr erfreut sich die Forschungseinrichtung im Luzernischen Horw grosser Beliebtheit, nicht nur bei Industrie- und Forschungspartnern, sondern auch bei einem breiten Publikum aus Firmen, Vereinen oder Schulen.

## Das denkende Haus

Was erwartet einen in diesem „Haus der Zukunft“? „Es soll gezeigt werden, was heute technisch machbar ist und was noch nicht“, erklärt Andrew Paice, Leiter des iHomeLab. Man könne mit diesem Haus kommunizieren. Es kenne die Bedürfnisse seiner Bewohner und versuche, diesen gerecht zu werden.

So gibt es den virtuellen Butler „James“. Steht man vor dem Haus und kann sich identifizieren – heute mittels einer Fernsteuerung, in Zukunft mittels Stimme –, öffnet er das Tor. Die metallenen Lamellen, mit denen das ganze Gebäude eingehüllt ist, verwandeln sich zu einer Öffnung. „James“ heisst den Besucher willkommen. Als erstes gelangt man in einen grossen Raum, der mehr an Raumschiff Enterprise erinnert als an eine Lounge. Hier führt „James“ mit Bildern, Licht und Musik in die Geheimnisse des Hauses ein.

Die Seniorin „Anna“ steht inzwischen wieder, etwas wackelig, auf den Beinen. Sie stützt sich dabei auf ihren Rollator. Die Installation demonstriert, wie Senioren mit Technik ihren Alltag erleichtern können, zum Beispiel mit einem ausgeklügelten Rollator, bestückt mit einem Tablet, oder mit „James“, der zum Lebensretter werden kann.

An anderer Stelle erfährt der Besucher, wie durch Stimme, Bewegung oder intelligente Schalter das Licht im Haus gesteuert wird. Ein intelligentes Haus vermag aber ich nicht nur den Alltag seiner Bewohner zu erleichtern, sondern nimmt auch nicht spürbar Einfluss auf den gesamten Energieverbrauch. So setzt „James“ „Stromfresser“ wie Waschmaschinen erst dann in Betrieb, wenn günstiger Nachtstrom zur Verfügung steht.

Eine Station illustriert, wie früher Fernsteuerungen unseren elektronischen Alltag bestimmten. Heute sind individuell zugeschnittene Apps an ihre Stelle getreten. Dazu Andrew Paice: „Anders als das heutige Internet, das Menschen miteinander vernetzt, wird in Zukunft das Internet der Dinge, Geräte und Sensorik miteinander in Verbindung setzen, sodass sie sich versteckt im Hintergrund intelligent verhalten können.“

Das Haus der Zukunft geht aber noch weiter. Es lernt die Gewohnheiten seiner Bewohner kennen und versteht deshalb stets schon im Voraus, was gewünscht ist und reagiert immer auf die Bitten seiner Bewohner oder eben nicht, wenn keine Reaktion erwartet wird. „Es bedient die Bewohner und braucht selbst keine Bedienungen“, so Andrew Paice. Umgekehrt erkennt das Haus auch Abweichungen von den Gewohnheiten und interpretiert diese

möglicherweise als eine beginnende Demenz. In der Folge werden die nötigen Massnahmen eingeleitet, zum Beispiel die Angehörigen informiert.

„Vieles gibt es heute zwar schon, ist aber noch Spielerei und etwas für Technikfreaks oder Spezialisten“, räumt Andrew Paice ein. Ziel sei es, zusammen mit Industriepartnern und „Nutzern“ zuverlässige Technik massentauglich und erschwinglich zu machen. Eine grosse Herausforderung sei es, sich aus der riesigen Fülle an Daten *ein Bild* zu machen und dies zweckmässig in den Alltag umzusetzen.

## Nicht ohne guten Datenschutz

Bei der Vorstellung eines selbstständig denkenden und handelnden „James“ beschleicht einen doch ein wenig ein mulmiges Gefühl. In der Tat: Die Menge an vernetzten Geräten im Haushalt bieten Hackern eine grosse Angriffsfläche. Die Forscher nehmen diese Tatsache ernst: „Wie in allen Bereichen im heutigen digitalen Zeitalter ist Internetsicherheit ein enorm wichtiger Bestandteil innerhalb vernetzter Gebäude“, betont Andrew Paice. Die Forschung hierzu laufe auf Hochtouren. Aus diesem Grund beschäftige auch das iHomeLab einen Mitarbeiter eigens für den Internetschutz.

Ausserdem kann laut Andrew Paice auch der Bewohner selber mit vernünftigem Handeln und „gesundem Menschenverstand“ entscheidend zu einem sicheren Betrieb seines vernetzten Heims beitragen, zum Beispiel mit sicheren, unterschiedlichen Passwörter.



**Stefan Müller** arbeitet als freier Journalist in Zürich.

stefan.mueller09@sunrise.ch

# Supervision in der Altenpflegeausbildung – eine präventive Maßnahme

Bettina Janssen



Konflikte frühzeitig erkennen und konstruktiv klären – eine Schlüsselqualifikation in der Altenpflege, die mittels Supervision gefördert wird.

Es gibt zu wenige Pflegekräfte – eine Tatsache, die im September 2018 von einer Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) noch einmal bestätigt wurde. Der Beruf der Altenpflegekraft müsste attraktiver werden, heißt es. Lohnsteigerung, Weiterbildung und Digitalisierungen der Arbeitsabläufe wären zielführende Maßnahmen.

damit auch die Gesundheit der angehenden Pflegekräfte perspektivisch fördern und sichern kann. Inzwischen läuft der achte Kurs mit Supervision. Dieser Beitrag will das Projekt als ein ergänzendes Qualitätsmerkmal der Ausbildung einer breiteren Öffentlichkeit bekannt machen.

## Motivation

Die Motivation zum Projekt *Ausbildungsbegleitende Supervision* beruht auf der Annahme, dass Pflegekräfte schon in der Ausbildung geschult werden sollten, möglichst zeitnah und deutlich ihre persönlichen Grenzen wahrzunehmen und anzusprechen, um sich rechtzeitig Unterstützung und Hilfe zu holen. Die Entwicklung selbstreflexiver Kompetenzen soll sie befähigen, ihren individuellen Lernprozess eigenverantwortlich zu gestalten, ihre dreijährige Ausbildung erfolgreich zu beenden und nicht vorzeitig abzubrechen. Die Erweiterung der Konflikt- und Reflexionsfähigkeit ist langfristig auch wichtig, um mit professioneller

**E**ine weitere im Diskurs nicht erwähnte Option wäre es, Supervision der Pflegekräfte stärker zu etablieren und zu (re-)finanzieren. Das Fachseminar für Altenpflege der SBK Sozial-Betriebe-Köln gemeinnützige GmbH startete bereits im April 2015 mit einem Pilotprojekt zur Integration von Supervision in die Altenpflegeausbildung. Das Projekt ist als eine präventive Maßnahme zu verstehen, die die Leistungsfähigkeit, das Wohlbefinden und

Distanz einfühlsame Pflegebeziehungen aufbauen zu können. Letztlich erfolgt diese ergänzende Unterstützung mit der Intention, langfristig Freude an der Ausbildung und am Beruf zu ermöglichen. Supervision wird dabei als ein wirkkräftiges Instrument zur Qualifizierung beruflicher Arbeit verstanden, das hilft, die Kommunikation in der Ausbildung zu verbessern, die Zusammenarbeit in Teams und zwischen den Hierarchieebenen zu fördern und damit die Leistungsfähigkeit der Auszubildenden und den Erfolg der Einrichtung zu sichern (Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSv) 2012, S. 8f).

## Finanzierung

Supervision kostet Geld. Altenpflegeausbildung ist jedoch nicht so finanziert, dass sich Fachseminare Supervision ,mal eben so' leisten können. Obwohl das Berufsfeld Altenpflege berufsimmanent zwischen Leben und Tod mit Problemen, Konflikten und Leid befasst ist, ist Supervision für Pflegekräfte nicht immer selbstverständlich. In der Ausbildungsförderung ist es kein finanzieller TOP. Die Finanzierung des Projekts ist deshalb als ein besonderes Engagement des Fachseminars für Altenpflege der SBK Sozial-Betriebe-Köln zu würdigen. Gleichzeitig ist es ein finanzielles Entgegenkommen der externen Supervisorinnen und -visorinnen, die – neben ihrem Interesse am Arbeitsfeld – ein Interesse hatten, ihre supervisorischen Erfahrungen im Bereich Gruppensupervision zu vertiefen. Die Beauftragung umfasste zunächst 20 Gruppensitzungen à 1,5 Zeitstunden pro Ausbildungskurs plus Auswertungsgespräch, musste jedoch später – auch aus Kostengründen – auf 16 Sitzungen reduziert werden. Davor entfielen 11 (9) Sitzungen in die theoretischen und 9 (7) in die praktischen Ausbildungseinheiten. Wünschenswert wäre, dass die Supervisionstermine in der Ausbildung mehr Kontinuität bekommen und alle 4 bis 6 Wochen stattfinden könnten. Das stellt sich zurzeit jedoch als nicht finanziert dar. Zunächst müsste Supervision auch erst einmal in den Rahmenlehrplan NRW aufgenommen werden.

## Qualifikation der Supervisorinnen und -visoren

Die beauftragten externen Supervisorinnen und -visorinnen sind alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching (DGSv) und nach den Qualitätsstandards des Berufsverbands zertifiziert. Keine und keiner von ihnen verfügte bei Projektstart über direkte Feldkompetenz in der Altenpflege. Die Supervisorinnen und -visorinnen konnten sich jedoch – auch aufgrund ihrer psychodynamischen Weiterbildung und Erfahrungen in der Sozialen Arbeit – die arbeitsfeldmäßigen Besonderheiten im Handlungsfeld schnell erschließen und in dem ihnen bisher nicht bekannten System wirksam Prozesse initiieren und begleiten.

## Zusammensetzung der Supervisionsgruppen

Die Supervisionsgruppen bestehen aus max. 9 Teilnehmenden pro Ausbildungsblock (max. Kursgröße 27). Ihre Verteilung auf drei Supervisorinnen oder -visorinnen wird durch Los entschieden. Ein Wechsel der Gruppe ist nicht möglich. Die kulturelle Vielfalt der jeweiligen Ausbildungskurse spiegelt sich in jeder Supervisionsgruppe. Sie zeigt sich in den sehr unterschiedlichen Fähigkeiten und Kenntnissen der deutschen Sprache, diversen Religionszugehörigkeiten, unterschiedlichsten Schul- und Ausbildungsabschlüssen. Jüngere Erstauszubildende und Personen, die schon vorher ohne Ausbildung in der Pflege tätig waren, arbeiten mit Menschen zusammen, die sich umschulen lassen oder in vorgerücktem Lebensalter quer in den Beruf einsteigen. Manche haben noch keine Vorstellung von ihrem zukünftigen Beruf, versprechen sich von ihrem Ausbildungsort „nur“ eine Arbeitsplatzsicherheit; andere dagegen haben bereits lange in dem Bereich der Altenpflege gearbeitet und es ist ihr Traumberuf. Die Altersspanne bewegt sich zwischen 18 und ca. 56 Jahren. Diesen Unterschieden entsprechend divergieren in den Supervisionsgruppen deutlich die persönlichen und sozialen Kompetenzen der Teilnehmenden – und ihre Fähigkeit bzw. Bereitschaft zur Reflexion.

## Themenvielfalt in der Supervision

Die in der Supervision angesprochenen Themen sind komplex. Ist die Supervision in der *Praxiseinheit* terminiert, geht es um unzureichende Praxisanleitung, um Über- bzw. Unterbelastungssituationen und um Konflikte mit Kundinnen und Kunden sowie deren Angehörigen. Findet die Supervision in einer *Theorieeinheit* statt, geht es vorwiegend um die Stimmung im Kursverbund. Die unterschiedlichen Temperamente, Erfahrungen und Bewertungen, kulturelle Wertvorstellungen sowie sprachliche Barrieren führen zu Missverständnissen und mitunter zu gravierenden Konflikten, die in der Supervision ihren Raum finden. Es wird beklagt, dass in der Teamarbeit die Gruppenwahl der Auszubildenden einseitig nach Fach- und Sprachkompetenz getroffen wird, was als verletzend empfunden wird. Auch ein Über- oder Nichtengagement von Teammitgliedern bei der Gruppenarbeit wird problematisiert. Die Konflikte eskalieren besonders vor Prüfungssituationen. Da kann es auch zu Kritik an der Kursleitung oder Lehrenden kommen, die in dem geschützten Rahmen der Supervision angstfrei – ohne Notendruck – geäußert wird. Nicht jeder hält sich an die Verschwiegenheitserklärung. Bisher ist dies nie zum Nachteil einer Person geraten, sondern war eher Klärungshilfe, so dass dies ohne Konsequenzen bleiben konnte. Viele Auszubildende bringen ihre belastenden Themen bereits in die Ausbildung mit. Hierzu gehören private und finanzielle Themen, die Schwierigkeiten, eine Wohnung zu finden, sowie psychische Probleme.

Diese Herausforderungen begleiten die Ausbildungszeit und werden auch in der Supervision nicht verschwiegen.

## Ergebnisse

Die meisten Auszubildenden lernen mit dem SBK-Projekt die Supervision erstmalig kennen. Während zu Beginn manchen erklärt werden muss, dass Supervision keine „überflüssige Problemläberstunde“ ist, wächst bei vielen schnell die Erkenntnis, dass sie die Supervision für sich nutzen können. Einige Auszubildende finden jedoch bis zum Ende der Ausbildung keinen Zugang zu den Möglichkeiten, die die Supervision ihnen bietet. Ein Hinweis vor Beginn der Ausbildung – wie z. B. „die Bereitschaft zur Supervision ist wünschenswert“ – könnte einer frühzeitigen Sensibilisierung hilfreich sein.

Immer wieder gibt es Teilnehmende, die ihre Ausbildung vorzeitig abbrechen wollen, weil sie Probleme haben oder sich in dem Kurs nicht aufgehoben fühlen. Über die Supervision erfahren sie, dass sie damit nicht alleine sind und andere vergleichbare Probleme haben. Indem gemeinsam nach Konfliktklärungsansätzen (z. B. bei Schwierigkeiten in ihren Team- und Arbeitsbeziehungen) gesucht wird, wagen sie Hilfe von anderen Kursmitgliedern anzunehmen und notwendige Veränderungen bei sich oder im Klassenverband herbeizuführen. Sich in Stärken und Ressourcen zu unterstützen und eine wertschätzende Haltung füreinander zu entwickeln, sind Fähigkeiten, die in der Pflege wichtig sind, um zielgerichtet und hilfreich arbeiten zu können. Erreichen Kritik und die in der Supervision erarbeiteten Lösungsvorschläge die Kursleitung, wird dies von ihr entsprechend ernst auf- und angenommen. Entsprechend der Hoffnung der Initiatorin ist die Quote der Ausbildungsabbrechenden mit Beginn des Projekts *Ausbildungsbegleitende Supervision* von im Schnitt 8 bis 10 Abbrüchen pro Kurs auf 4 bis 6 Abbrüche gesunken – es kann demnach von einem Erfolg des Projekts gesprochen werden.

## Ausblick

Der Beruf der Altenpflegekraft ist ein attraktiver Beruf, in dem man sich um Menschen kümmert, ihnen empathisch Zuspruch gibt und ihre Hilfe organisiert. Neben der sozialen Verantwortung bietet er eine abwechslungsreiche Tätigkeit und perspektivisch einen sicheren Arbeitsplatz. Komplexe Anforderungen an die Belastbarkeit und Flexibilität erschweren es den Pflegenden jedoch, dem Anspruch ihrer Profession gerecht zu werden und qualitativ hochwertige Pflege zu leisten. Gerade in dem komplexen Berufsfeld Altenpflege bleibt dies nicht ohne Wirkung auf die Berufsausübenden. Die Fähigkeit, Konflikte frühzeitig zu erkennen und konstruktiv zu klären, ist deshalb eine Schlüsselqualifikation, die im beruflichen und menschlichen Miteinander der Altenpflege eine zentrale Rolle hat. Obwohl diese Kompetenzen für ein gutes soziales Klima in einer Einrichtung und den Teamerfolg wesentlich sind und zum Lebens- und Selbstwertgefühl beitragen, wird ihnen häufig kein angemessener Stellenwert eingeräumt. Kontinuierliche Supervision bereits begleitend in die Ausbildung zu installieren, kann für die Auszubildenden zusätzliche Lebensqualität bedeuten. Das Fachseminar für Altenpflege der SBK Sozial-Betriebe Köln hat durch sein Projekt hierzu einen guten Beitrag geleistet und eine präventive Maßnahme installiert, die es wert ist, größere Aufmerksamkeit zu finden und ausgebaut zu werden.

## Literatur

Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSv) (2012). *Supervision – ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit*. Köln.



**Dr. Bettina Janssen** ist Rechtsanwältin, Mediatorin (BM), Supervisorin (DGSv), systemische Coach (ECA) in Köln. Dozentin für Konfliktmanagement und Wirtschaftsmediation, Rheinische Fachhochschule Köln.

[www.bettina-janssen.de](http://www.bettina-janssen.de)

# Kulturzeit

## Das Krankenhaus als Fabrik

Swantje Kubillus

Aufklärung darüber, wie es zu den teilweise verheerenden Zuständen in der Krankenhausversorgung kommt, ist Ziel des aktuellen Dokumentarfilms „Der marktgerechte Patient“ von Leslie Franke und Herdolor Lorenz. Darin kommen Ärzte, Pfleger, Politiker, Patienten und Angehörige etwa aus München, Hamburg oder Berlin zu Wort und deren einstimmiger Tenor lautet: Der einzelne Patient interessiert auf dem durchökonomisierten Gesundheitsmarkt nicht, allein das Geld stehe im „Mittelpunkt aller Gedanken“ in der „Fabrik Krankenhaus“.

In mitunter erschütternden Bekenntnissen berichten Krankenhausmitarbeitende, wie sehr sie und auch die Patienten unter dem wirtschaftlichen Druck leiden. Es wird erzählt, wie Patienten fehlerhaft, zu spät oder überhaupt nicht behandelt werden. Eine Ärztin berichtet, dass sie in manchen Schichten alleine für 40 Patienten auf unterschiedlichen Stationen verantwortlich ist. Wie am Fließband würden Operationen durchgeführt, in einem nach Fallpauschalen ausgerichteten DRG-System. Die Formel lautet: Mehr Behandlungen gleich mehr Geld, mehr Empathie und Zeit lohnen nicht. Möglichst teure Eingruppierungen sollten es sein. Maximaler Output, minimaler Aufwand. Das führt beispielsweise dazu, dass Ärzte bei Diabetikern mit Wundheilungsstörungen eher eine Amputation durchführen, als eine langwierige Wundbehandlung zu begleiten. Jeder, der den Beruf aus Mitmenschlichkeit ergriffen habe, sei verloren und würde früher oder später selbst krank werden. Überstunden oder Springerdienste in der Pflege – eine Selbstverständlichkeit. Wer nicht mit macht, kriegt Probleme.

Der Film thematisiert, dass in Deutschland jahrelang in der Pflege bis zu 60.000 Stellen gestrichen wurden, weil sie zu teuer sind. Diese Entwicklung vollzieht sich seit der Einführung der DRGs im Jahr 2003. Damit einhergehend vollzog sich die Privatisierung der Krankenhäuser, die heute bei etwa einem Drittel liegt. Im Film wird insbesondere Asklepios unter die Lupe genommen. Unternehmensberatungen wie McKinsey oder die Boston Consulting Group werden dort dem Klinikmanagement zur Seite gestellt. Ihr Blick richtet sich allein auf Zahlen. Alles was wirtschaftlich ist, bleibt, alles andere geht. Dies führte etwa dazu, dass ganze Stationen geschlossen wurden, beispielsweise im pädiatrischen Bereich, oder dass man den eigenen Personalstamm stark begrenzte und stattdessen Leiharbeiter einkaufte.



Der Film lässt nur wenig Raum für Optimismus. Den Regisseuren ging es bei der Erstellung nicht darum, die Zuschauer zu schockieren, sondern möglichst sachlich und neutral zu sein. Das ist ihnen gelungen.

In der Berliner Charité waren die Proteste des Pflegepersonals zuletzt am Lautesten. Für elf Tage wurde dort gestreikt. Mit 30.000 gesammelten Unterschriften ist es gelungen, die ersten Schritte hin zu einem Volksentscheid herbeizuführen, um die Personalbemessung neu zu gestalten.

Bislang ist der Film bei selbstorganisierten Veranstaltungen, etwa von Wohlfahrtsverbänden, zu sehen. Er ist per Crowd-Funding-Aktion als „Film von unten“ organisiert. Damit will man erreichen, dass er von denen finanziert wird, die ihn sich auch ansehen oder zeigen möchten. „Der marktgerechte Patient“ eignet sich gut, um sich kritisch mit dem Gesundheitsmarkt auseinanderzusetzen, und stellt wichtige Fragen: Welchen Wert wollen wir dem Menschen im Gesundheitssystem geben? Darf der Wirtschaftlichkeitsgedanke vor dem des öffentlichen Gemeinguts und der Solidarität stehen? Und warum werden Menschen, die aus innerer Überzeugung heraus einen sozialen Beruf ergreifen, dermaßen schlecht behandelt? Jeder, der sich Sorgen um diese Entwicklungen macht, sollte sich den Film ansehen.



**Swantje Kubillus** (M. Sc.) hat Public Health und Pflegemanagement studiert. Sie ist als Lehrerin für Pflege und Gesundheit tätig und schreibt regelmäßig Film- und Buchkritiken.

s.kubillus@freenet.de

### Angaben zum Film

Filmtitel: Der marktgerechte Patient  
 Regie: Leslie Franke & Herdolor Lorenz  
 Genre: Dokumentarfilm  
 Erscheinungsjahr: 2018  
 Dauer: 84 min.

# „Ich nehme mir Zeit für Sie ...“

## Entschleunigte Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz

Sylke Werner



Durchatmen und sich Zeit nehmen ist bei der Pflege von Demenzbetroffenen wichtig. (Symbolbild)

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz fordern alle Beteiligten besonders heraus. Sie setzen viel Geduld und Empathie voraus. Stress und Hektik belasten die demenziell erkrankten Personen, die darauf oft mit herausforderndem Verhalten reagieren. Stressbedingte Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz belasten wiederum auch Pflege- und Betreuungspersonen. Dennoch fällt es ihnen im Pflegealltag nicht immer leicht, einen Gang herunter zu schalten.

**„Entschleunigung“** oder auch „Slow Care“ werden in der Pflege und Medizin zunehmend thematisiert, sei es, um Risiken und Fehler zu minimieren oder den Patienten (tatsächlich) in seiner Ganzheitlichkeit zu sehen. Pflegende wissen, dass sich ihr Verhalten auf die Person mit Demenz überträgt, was sich wiederum auf die Wahrnehmung und das Verhalten der zu pflegenden Person auswirkt. „Entschleunigung“ bedeutet das Gegenteil von „Beschleunigung“. Pflegende sind im-

mer bestrebt zu „funktionieren“ und alles für die pflegebedürftigen Menschen zu tun, damit diese sich gut fühlen. Häufig bestimmen standardisierte, routinierte Abläufe und Strukturen die Pflegepraxis. Viele Tätigkeiten sind zeitlich geplant, begrenzt und standardisiert (Leistungserfassung und -abrechnung). Unter diesen Voraussetzungen ist es für Pflegende nicht einfach, die nötige innere Ruhe zu finden und zu entschleunigen.

### Entschleunigung hilft Stress zu reduzieren

Demenz führt zu kognitiven Verlusten und Veränderungen im Verhalten und Handeln. Die Krankheit Demenz, mit all ihren Symptomen, kann für die betroffene Person enormen Stress bedeuten und ihr Verhalten beeinflussen. Menschen mit Demenz fühlen sich unter Umständen den ganzen Tag gestresst. Sie können zeitlich, örtlich und situativ desorientiert sein. Das führt zu Ängsten, Panik und Hilflosigkeit. Die Folge können stressbedingte Verhaltensweisen sein. Demenzbetroffene können Angst empfinden, wenn sie Stressoren ausgesetzt sind, und entsprechend reagieren. Die Fähigkeit zur Stressbewältigung (Coping-Fähigkeit) wird zum Beispiel in „Versagenssituationen“

leicht überschritten (Bonner 2013, S. 15f.). Defizite und Verluste, die mit der Demenzerkrankung einhergehen, können außerdem durch körperliche Beeinträchtigungen verstärkt werden. Stressauslösende Faktoren (Stressoren) bei Menschen mit Demenz sind z. B.

- Wahrnehmung kognitiver, funktioneller Verluste
- Autonomieverlust, Verlust der Selbstständigkeit
- Bevormundung durch andere Personen
- geistige und körperliche Erschöpfung, Über- oder Unterforderung
- Unregelmäßigkeiten im Tagesablauf
- wechselnde Bezugspersonen
- Umgebungswechsel
- Reizüberflutung oder Reizmangel
- Störungen in der Kommunikation
- gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Schmerzen (Bonner 2013, S. 16).

Um mit diesen Stressoren umzugehen, benötigen an Demenz erkrankte Menschen Raum und Zeit. Sie sind auf die Unterstützung Pflegender und Begleitender angewiesen, um im Alltag zurecht zu kommen, sich zu orientieren und Dinge wahrzunehmen. Hektik und Stress aus dem Umfeld sind deshalb kontraproduktiv.

Viele Stressoren, die Menschen mit Demenz belasten, entstehen durch einen beschleunigten Pflegealltag. Beispielsweise wird der Verlust der Selbstständigkeit noch verstärkt, wenn Pflegende den Betroffenen nicht ausreichend Zeit lassen und sie nicht dabei unterstützen, ihre noch vorhandenen Ressourcen zu mobilisieren. Autonomieverlust und der Verlust der Selbstständigkeit können möglichst lange kompensiert werden, wenn die demenzkranke Person Alltagstätigkeiten (teilweise) selbst ausführt, auch wenn es länger dauert. Für Menschen mit Demenz ist es ebenso wichtig die Kontrolle über bestimmte Handlungen zu haben wie für kognitiv gesunde Menschen. Stressbedingte (herausfordernde) Verhaltensweisen können vermieden werden. „Jeder Mensch ist Experte für sich selbst und hat ein Recht, in eigener Geschwindigkeit Entscheidungen zu treffen und Unterstützung zuzulassen. Hierdurch können zeitraubende Widerstände und destruktive Überzeugungs- und Überredungsaktivitäten reduziert werden (...). Nicht selten dient ein vorläufiges Ablehnen mehr der Selbstvergewisserung der eigenen Autonomie als der Ablehnung der jeweiligen Handlungen“ (von Spee 2019, S. 17).

## Entschleunigte Kommunikation

Für Pflegende und Begleitende kann es eine große Herausforderung sein, sich immer wieder auf neue Situationen einstellen zu müssen. Beispielsweise nehmen kognitive Beeinträchtigungen im Verlauf der Demenzerkrankung zu, was vor allem in der Kommunikation mit der erkrankten Person und in ihrem Verhalten deutlich wird. Die sich verändernden Situationen werden von Pflege- und Betreu-

ungspersonen als besonders belastend erlebt. Um Konflikte und Eskalationen auf beiden Seiten zu vermeiden, ist eine empathische Beziehung von großer Bedeutung. „Die professionelle pflegerische Haltung des Miteinanders gründet auf Empathie. Denn nur durch Empathie ist es möglich, fair und gut zu pflegen“ (von Spee 2019, S. 11).

Aktives Zuhören, Ruhe und Geduld zu bewahren, auch wenn sich die demenzbetroffene Person wiederholt, auf deren Befindlichkeiten einzugehen sowie die Kommunikation den Fähigkeiten der Person anzupassen – all das kennzeichnet eine entschleunigte Kommunikation. Kommunikation in Anleitungssituationen, tröstende Worte, Small-Talk bei der Körperpflege oder den Mahlzeiten werden von Pflegenden nicht immer bewusst als Teil pflegerischer Tätigkeit gewertet und anerkannt. Wenn Pflegende dabei ihre Sprache „entschleunigen“, beispielsweise mit ruhiger Stimme reden und Blickkontakt aufnehmen, wirkt dies beruhigend auf die betroffene Person. „Durch bewusste Reduktion der Sprachbeschleuniger können wir Stress reduzieren“ (von Spee 2019, S. 20). Beispielsweise verwenden Pflegende oft Sätze wie „Ich muss mal schnell ...“, „Ich bin mal fix ...“ oder „Ich mache mal schnell Frau R. fertig und dann komm ich gleich zu Ihnen.“ Solche Äußerungen sind für die Pflegebedürftigen ein Hinweis darauf, dass die Pflegeperson jetzt keine Zeit für ein Gespräch hat.

Im noch nicht fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung ist es wichtig, der betroffenen Person Zeit zu lassen, Informationen zu verarbeiten und die richtigen Worte für eine Antwort zu finden. Es muss Zeit für Gespräche vorhanden sein, denn nur so kann beispielsweise der Sprachverlust hinausgezögert werden. Schreitet die Erkrankung weiter voran, findet die Kommunikation zunehmend auf der GefühlsEbene statt. Pflegende und Begleitende anerkennen die mit den Äußerungen und Handlungen verbundenen Gefühle und Antriebe der Person (Integrative Validation). Im späten Stadium der Demenz finden Pflegende und Begleitende auf nonverbaler Ebene Zugang zum Menschen.

Entschleunigte Kommunikation bedeutet auch, dass sich Pflegende Zeit nehmen für die Lebensgeschichte der Betroffenen, um den Menschen und seine Verhaltensweisen besser zu verstehen. Pflegende können so an Fähigkeiten und Erfahrungen der Betroffenen anknüpfen (reaktivierende und aktivierende Pflege). Die an Demenz Erkrankten sollen so oft wie möglich – wenn sie es wollen und können – aus ihrem Leben erzählen. Dabei können Impulse hilfreich sein, etwa Fotos aus dem früheren Arbeitsleben, der Familie oder von Gegenständen oder Fragen nach Hobbys oder Lieblingsspeisen.

## Entschleunigung fördert die Pflegebeziehung

Wie kann die Beziehung zur pflegebedürftigen Person gestaltet werden? Beziehungsarbeit ist ein eigenverantwortlicher und wesentlicher Bereich von Pflege. Für Men-

schen mit Demenz ist die Beziehung zur pflegenden oder begleitenden Person sehr wichtig. Eine gute Pflegebeziehung zeichnet aus, dass Pflegende die Situation, in der sich die Person mit Demenz befindet, bewusst wahrnehmen, Befindlichkeiten hinterfragen und darauf angemessen reagieren. Die Gestaltung von hilfreichen Beziehungen sollte immer das Ziel der Pflege sein. Wertschätzende, empathische und kongruente Beziehungen helfen bei Herausforderungen im Umgang mit demenzkranken Menschen. Vor allem in der Langzeitpflege ist neben der fachlichen die soziale Kompetenz, also die Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, von großer Bedeutung. Die eigene Haltung bestimmt das praktische Tun. Fragen zur diesbezüglichen Selbstreflexion können sein:

- Wie wichtig ist für mich die Gestaltung einer Beziehung zur Person mit Demenz?
- Wie erkenne ich meine eigenen Gefühle in der Beziehung?
- Wo sind meine Grenzen in der Gefühls- und Beziehungsarbeit?
- Lasse ich eigene Gefühle der Person mit Demenz zu und reflektiere ich sie?

Sind Pflegende bereit, Zeit, Geduld, Verständnis, Anerkennung und Empathie in die Beziehung einzubringen, kann sich Vertrauen entwickeln. Menschen mit demenziellen Erkrankungen sind besonders schutz- und unterstützungsbedürftig und auf mitmenschliche vertrauensvolle Beziehungen angewiesen, um das Gefühl für ihr ‚Ich‘ bestätigt zu bekommen.

In einer stressfreien, entschleunigten Umgebung sind Beziehungen zur Person mit Demenz einfacher zu entwickeln, als in einem beschleunigten Alltag. Beschleunigung behindert den Aufbau einer Pflegebeziehung ebenso wie

- Sprach- und Kommunikationsstörungen
- eine andere Muttersprache
- Ekel
- physische und psychische Belastungen
- Zeitdruck
- Antipathie.

Entschleunigung kann dazu beitragen, dass sich Pflegende physisch und psychisch weniger belastet fühlen, denn „in der Ruhe liegt die Kraft.“ Wenn diese Kraft sinnvoll eingesetzt wird, profitieren Pflegende und Menschen mit Demenz.

Auch eine professionelle Gelassenheit ist einer guten Pflegebeziehung förderlich. Alle Menschen sind individuell in ihrem Charakter, ihrer Persönlichkeit und ihrem Verhalten. Jedes Verhalten hat eine Ursache, ob der Mensch kognitiv beeinträchtigt ist oder nicht. Fühlt sich ein nicht kognitiv eingeschränkter Mensch unverstanden, nicht ak-

zeptiert, anerkannt oder wertgeschätzt, ist es möglich, dass er sich zurückzieht oder mit aggressivem Verhalten reagiert. Dieses Verhalten gestehen gelassene Pflegende den Menschen mit Demenz zu und es sollte die Pflegebeziehung nicht beeinflussen. Die Betroffenen drücken damit ihre Gefühle aus und brauchen gerade dann eine vertraute Person, die sie versteht, empathisch ist, ihr zuhört und Geborgenheit und Sicherheit vermittelt. Positive Interaktionen, die darauf abzielen, psychische Bedürfnisse wie Liebe, Bindung, Identität oder Trost zu befriedigen, sind nur durch Entschleunigung möglich und effektiv. Negative Interaktionen werden durch Beschleunigung, Stress und Zeitdruck begünstigt.

## Fazit

Menschen mit einer demenziellen Erkrankung brauchen kompetente Begleiter an ihrer Seite, die Ruhe und Sicherheit ausstrahlen. Ein beschleunigter Pflegealltag verstärkt das Stressempfinden der erkrankten Person. Pflegende und Begleitende, die ständig unter Zeitdruck stehen, sich kaum Zeit nehmen für ein kurzes Gespräch oder eine Berührung, werden von den Betroffenen nicht als vertrauensvoll wahrgenommen. Auch Störungen in der Kommunikation können mittels Entschleunigung kompensiert, verringert bzw. hinausgezögert werden. In einem entschleunigten und ansprechenden Umfeld (Milieuthерапie), in dem sich Betroffene wohl fühlen, können Erinnerung und Konzentration gefördert sowie Unruhe und Stresserleben reduziert werden. Ein Umgang, der alles vermeidet, was für Betroffene verletzend und entwürdigend ist, trägt zu einer vertrauensvollen Beziehung bei. Pflegende sollten selbst Ruhe ausstrahlen und ausgeglichen sein, sich Zeit für die Sorgen und Nöte des Menschen mit Demenz nehmen und ihn in seiner Welt begleiten.

## Literatur

- Bonner, C. (2013). *Stressmindernde Pflege bei Menschen mit Demenz: Praxishandbuch für Pflegeassistenten, Begleiter und Angehörige*. Bern: Huber.
- von Spee, A. (2019). *Slow Care – Pflegen ohne Zeitdruck: Perspektiverweiterungen für Pflegende*. Wiesbaden: Springer. Retrieved January 13, 2019 from [https://doi.org/10.1007/978-3-658-24433-0\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-24433-0_1).



**Sylke Werner** ist Altenpflegerin, Pflege-/Gesundheitsmanagement B. sc., M. sc. Public Health und freiberufliche Dozentin in der Pflegeausbildung.

[sylke.werner63@web.de](mailto:sylke.werner63@web.de)

# Berührung, Beziehung und Demenz



Luke J. Tanner

## Berührungen und Beziehungen bei Menschen mit Demenz

Ein person-zentrierter Zugang zu Berührung, Beziehung,  
Berührtsein und Demenz

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Carsten Niebergall.  
Übersetzt von Heide Börger.

2018. 272 S., 45 Abb., 1 Tab., Kt

€ 29,95 / CHF 39.90

ISBN 978-3-456-85855-5

Auch als eBook erhältlich

Luke J. Tanner

### Berührungen und Beziehungen bei Menschen mit Demenz

Ein person-zentrierter Zugang  
zu Berührung, Beziehung,  
Berührtsein und Demenz

 hogrefe

Sinnvolle Berührungen sind ein wichtiger Bestandteil echter person-zentrierter Pflege von Menschen mit einer Demenz, dennoch gelten sie angesichts der wahrgenommenen Risiken als zweitrangig. Dieses Buch stellt das Vertrauen in das Potenzial von Berührungen wieder her. Es zeigt auf, wie wichtig Berührungen für die Stärkung der Persönlichkeit, der Beziehungen und des Wohlbefindens sind und es thematisiert die Hemm-

nisse, die die Mitarbeiter davon abhalten, Berührungen wirkungsvoll zu nutzen. Luke Tanner stellt verschiedene Berührungsarten vor und geht in diesem Kontext auch auf die Themen Zustimmung und Schutz ein, um konkret zu zeigen, wie es im Rahmen der Pflege gelingt, die Vorteile von Berührungen zu maximieren und deren negative Auswirkungen zu minimieren.

# Kooperation zwischen der Universitären Altersmedizin Felix Platter und Spitex Basel

Mit der Kooperation zwischen der Universitären Altersmedizin *Felix Platter* und *Spitex Basel* wird der Übergang von spitalinterner zu spitalexterner Betreuung für die Patienten sicher koordiniert und optimal terminiert.

In den vergangenen Monaten intensivierten beide Institutionen ihre Zusammenarbeit. Die Kooperation sorgt für nahtlose, sichere Übergänge von stationärer zu am-

bulanter Behandlung bzw. Betreuung. Die Koordination des Patientenaustritts findet früher und nach einem klar definierten Ablauf statt. Für die Patienten ergibt sich dadurch eine hohe Sicherheit und Qualität. Weiter konnte die Effizienz entlang des Patientenpfades optimiert werden. Die Kooperation regelt zudem den fachlichen Austausch zwischen der Universitären Altersmedizin *Felix Platter* und *Spitex Basel* und ermöglicht so eine Nutzung des Wissens der Mitarbeitenden beider Institutionen zugunsten der Patienten. (Medienmitteilung *Felix Platter*, 17. Januar 2019)

## Projekt KulturApéro

Was für die mobile Bevölkerung selbstverständlich ist, stellt für pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren eine enorme Herausforderung dar: die Teilhabe am öffentlichen kulturellen Leben ausserhalb ihrer Einrichtung.

Das von der Bürgergemeinde der Stadt Basel unterstützte und von Evelyn Duerschlag initiierte Pilotprojekt KulturApéro reagiert auf dieses Bedürfnis und er-

möglicht Bewohnern und Bewohnerinnen von Basler Alterspflegeheimen die Teilnahme am Kulturleben der Stadt. Im ersten Teil des seit Juni 2018 laufenden Projekts konnten Seniorinnen und Senioren die Vielfalt der Basler Museumslandschaft hautnah erleben – von einer Interaktion mit den Werken von Jean Tinguely über zeitgenössische Malerei im Kunstmuseum bis hin zu einer Begegnung mit einem Mammut im Naturhistorischen Museum. Auch musikalische und theatrale Exkursionen sind geplant. (Bürgergemeinde der Stadt Basel)

Weitere Infos unter [www.artforcare.ch](http://www.artforcare.ch)

## Vorschau 3-2019 | Sexualität

Änderungen vorbehalten

### Editorial

Eveline Kühni

### Schwerpunkt

#### Pflegediagnose Sexualität

Jürgen Georg

#### Sexualität und Kleidung

Thomas Holtbernd

#### Interview mit einer Sexualtherapeutin

Barbara Müller

### Fokus

#### Care Migration

Michael Klösch

### Palliative Care

#### Sexualität in der Palliative Care

Stefan Zettl

### Pflege zu Hause

#### Care Farming

Stefan Müller

### Bildung

#### Mangelernährung im Alter

Doris Eglseer

### Dementia Care

#### Wachsende Gruppe von Demenzbetroffenen

Jens Gieseler

# Termine März/April

### 22. März 2019, Bern

#### Symposium für Gesundheitsberufe 2019

Welches Behandlungsteam brauchen PatientInnen der Zukunft?

### 27. März 2019, Zürich

#### Pflegesymposium Rehabilitation Care, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP

„Es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun“

### 28. März 2019, Bern

#### Fachtagung SBK, Sektion Bern

Palliative Care

### 28. März 2019, Bern

#### 21. Schweizer Onkologiepflege Kongress

Wenn die Chronizität akute Probleme verbirgt

### 28. März 2019, Bern

#### Allied Health Personnel Symposium 2019

#### von aha! Allergiezentrum Schweiz

Praxisnahes Wissen für Gesundheitsfachleute

### 2. April 2019, Aarau / 30. April 2019, St. Gallen /

#### 2. Mai 2019, Luzern

#### Seminare Careum Weiterbildung

Finanzfragen: Notwendiges Wissen für die strategische Führung von Langzeitinstitutionen und Spitäler-Organisati-  
onen

### 12. April 2019, Nottwil

#### 7. Notfallpflege-Kongress

### 12. April 2019, Thun

#### 22. Thuner Alterstagung

Ein gutes Leben auch für die alten Menschen in der Langzeitpflege: Wie erfahren wir von ihren Wünschen?

### 27. April 2019, Luzern

#### SIGA-Kongress 2019

„BRAINstorming“

# Weniger ist mehr

Die Atemtechnik des Konstantin Buteyko (BBT) führt bei verminderten Atemzügen zu einem besseren Verhältnis von O<sub>2</sub> und CO<sub>2</sub> im Körper, besonders bei Patienten mit Asthma, COPD oder stressbedingtem Atemmuster wie Hyperventilation. Nasales Atmen, Atem anhalten und Entspannung reduzieren die Atemzüge und erhöhen die Menge an Atemluft und damit das Wohlbedinden trotz Erkrankung.

## THE SCIENCE OF BREATHING



### The Buteyko Breathing Method or Buteyko Breathing Technique (BBT)

was developed in Russia in the 1950s

by Ukrainian physician and doctor **Konstantin Buteyko** (1923-2003).

It is a set of breathing retraining techniques and tools.

It was designed to help people with asthma and other breathing disorders, such as chronic obstructive pulmonary disorder (COPD), hyperventilation (e.g. during a panic attack), bronchitis and emphysema.

**The Buteyko Method** is a series of reduced-breathing exercises that focus on nasal-breathing, breath-holding and relaxation.

**'Breathe Correctly'** The exercises promote breathing through the nose (not the mouth) and taking in an effective amount of air.

It is a **Highly Effective** drug-free method for alleviating asthma, anxiety, snoring and sleep apnoea.

[www.buteykoclinic.com](http://www.buteykoclinic.com)

### Illustration

Dr. Garuth Chalfont ist Landschaftsarchitekt, Lehrer und Forscher, spezialisiert für die Lebenswelten demenziell erkrankter Menschen.  
Website: [www.chalfontdesign.com](http://www.chalfontdesign.com) | Mail: [garuth@chalfontdesign.com](mailto:garuth@chalfontdesign.com)

### Rätsel

**Welche Aussage zum Thema Angst stimmt?**

- a) Demenzerkrankte Menschen haben keine Angst mehr.
- b) Wenn Sinneseindrücke von Gefahr geprägt sind, empfindet der Mensch Angst.
- c) Menschen aus der Kriegsgeneration kennen keine Angst mehr.

Bitte schreiben Sie die Lösung per Karte oder Mail an:

Hogrefe AG  
Zeitschriftenabteilung  
Länggassstr. 76  
3012 Bern  
Schweiz

[zeitschriften@hogrefe.ch](mailto:zeitschriften@hogrefe.ch)

**Unter den Gewinnern verlosen wir:**

1.-3. Preis: Hax-Schoppenhorst, T. & Kusserow, A. (2014). *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Bern: Huber.



Einsendeschluss ist der 01.04.2019. Auflösung und Bekanntgabe der Gewinner in der nächsten Ausgabe der NOVACura.

**Lösung aus NOVACura 1-19**

- b) ... In einer Studie darf es nicht zu Diskreditierung oder Diskriminierung kommen.

# Vom Wachsen und Reifen von Mensch und Unternehmen



Dienstag, 10. September 2019, Aarau  
[www.careum-weiterbildung.ch](http://www.careum-weiterbildung.ch)

## Programm

Alles wird anders. Die Bedürfnisse der Menschen im Unternehmen auch?	Prof. Dr. Theo Wehner
Höher. Schneller. Weiter. Nachhaltig. Die Organisation als Dauerbaustelle	Matthias Mölleney
Unternehmens- und Personalstrategie entwickeln und umsetzen. Ein Werkstattbericht aus der Spitem Nidwalden	Walter Wyrsch
Wo soll's denn hingehen? Zukunft der Personalentwicklung im Gesundheitswesen	Prof. Dr. Renate Tewes
Arbeitsbedingte Belastungen im Gesundheitswesen. Was können Führungspersonen tun?	Karin A. Peter
Talentmanagement in der Praxis. Ein Werkstattbericht aus den Solothurner Spitälern	Doris Rathgeb-Lutz
Das Gesundheits- und Sozialwesen unter dem Diktat der Effizienz. Philosophische und gesellschaftspolitische Perspektiven	Johannes Czwalina
<i>Zusammenfassungen durch die Instant-Protokollantin</i>	Patti Basler