

Lucia McBee

# Achtsamkeitsbasierte Altenpflege

Ein alternatives Modell  
für betreuungsbedürftige Senioren  
und ihre Pflegekräfte

Übersetzt von Traudel Reiß



Arbor Verlag  
Freiburg im Breisgau

© 2008 Springer Publishing Company, LLC, New York, New York 10036

© 2011 der deutschen Ausgabe: Arbor Verlag GmbH, Freiburg

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel:

*Mindfulness-Based Elder Care. A CAM model for frail elders and their caregivers*

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage 2011

Titelfoto: © 2011 plainpicture/Schneider, ME

Lektorat: Annette Kirsch

Korrekturat: Lothar Scholl-Röse

Gestaltung Buchcover: Anke Brodersen

Gestaltung Buchinnenseiten: Susanne Jäger

Druck und Bindung: Kösel, Krugzell

Dieses Buch wurde auf 100 % Altpapier gedruckt und ist alterungsbeständig.

Weitere Informationen über unser Umweltengagement

finden Sie unter [www.arbor-verlag.de/umwelt](http://www.arbor-verlag.de/umwelt).

**[www.arbor-verlag.de](http://www.arbor-verlag.de)**

ISBN 978-3-86781-018-0

**Wichtiger Hinweis**

Die Ratschläge zur Selbstbehandlung in diesem Buch sind von der Autorin und vom Verlag sorgfältig erwogen und geprüft worden. Dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Sie brauchen psychotherapeutische Hilfe, wenn Sie sich durch die Übungen von Emotionen und Erinnerungen überwältigt fühlen. Bei ernsthafteren und/oder länger anhaltenden Beschwerden sollten Sie auf jeden Fall einen Arzt oder einen Heilpraktiker Ihres Vertrauens zu Rate ziehen. Eine Haftung des Autors und des Verlages für Personen-, Sach-, und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

# Inhalt

Vorwort	9
Einführung	13

## Teil I Grundlagen

1 Eine Kiste für Vater: Gesundheitsfürsorge und Pflegeheime	19
2 Von innen nach außen: der Zusammenhang zwischen Geist-Körper und achtsamen Übungen	37
3 Klopf, Klopf: komplementäre und alternative Medizin	65

## Teil II Praktische Anwendung der achtsamkeitsbasierten Altenpflege für betreuungsbedürftige Senioren

4 Der Klang einer klatschenden Hand: Altenpflege mit Achtsamkeit	85
5 Stellen Sie sich vor: Altenpflege mit Achtsamkeit für gebrechliche Senioren im Pflegeheim	97

6	Vom Kopf ins Herz: Altenpflege mit Achtsamkeit für Bewohner mit Demenz	119
7	Ich muss durch die Tür gehen: Altenpflege mit Achtsamkeit für isolierte Senioren und bei Palliativpflege	137
8	Tanzen Sie, als ob niemand Sie beobachten würde: Altenpflege mit Achtsamkeit und Kreativität	155

### **Teil III Pflegekräfte**

9	Wer kümmert sich um uns? Ein Überblick für Pflegekräfte	173
10	Wellen reiten: Altenpflege mit Achtsamkeit für pflegende Angehörige	189
11	Lernen, mich um mich selbst zu kümmern: ein siebenwöchiger Achtsamkeitskurs für Altenpflege	213
12	Einführung in Stressbewältigung für professionelle Pflegekräfte: ein einstündiger Kurs und andere Angebote für Heimangestellte	229

## **Teil IV Schlussfolgerungen**

13	Unter Tigern	249
----	--------------	-----

## **Teil V Anhang**

	Yoga in der Altenpflege mit Achtsamkeit	263
	Geführte Meditationen	275
	Aromatherapie	283
	Vorschläge für eine kurze Sitzung zur Stressbewältigung	289
	Arbeitsblätter zu Stressbewältigung für professionelle Pflegekräfte	291
	Ausgewählte Bibliografie und Webseiten	301
	Danksagung	311

Für meine Mutter,  
Mary Louise Haskell,  
die mir immer noch beibringt,  
mit Kreativität, Gewahrsein und Mut zu altern.  
Für meinen Vater,  
Weston Bradford Haskell, Jr.,  
der mir vermittelte, wie man  
mit Verstand, Weisheit und Gnade stirbt.  
Für meine Kinder,  
Cary Paul und Louisa McBee,  
die mein Leben erhellen.

## Vorwort

Jeder von uns altert von Moment zu Moment; wie können wir diese Lebenszeit gesünder und bewusster verbringen? Wird sich unsere Gesellschaft dazu verpflichten, die alternden Menschen unter uns mit Würde, großem Respekt und Ehrlichkeit zu begleiten? Um das zu tun, muss sich etwas verändern. Höchstwahrscheinlich muss zuerst jeder von uns aufhören, das Altern zu verleugnen – egal, wie alt wir heute sind oder welchen gesellschaftlichen Status wir innehaben, welcher Generation wir angehören oder welche Ideen, Meinungen und hartnäckigen Fantasien wir über uns, unser Leben, unsere Gesundheit und unsere Langlebigkeit hegen.

Es ist nicht einfach, sich dieser Verleugnung bewusst zu werden und sie langsam aufzulösen. Nach der Überlieferung soll der historische Buddha, der als junger Prinz extrem behütet und beschützt worden war, beim Anblick von Krankheit, Alter und Tod grundlegend erschüttert worden sein. Er erkannte die Schattenseiten der menschlichen Existenz, und die Illusion, vor dem Leiden der Welt geschützt zu sein, wurde unwiderruflich zunichte gemacht. Stattdessen entstand in ihm eine radikale Akzeptanz – er sah die Dinge, wie sie wirklich sind –, und seine lange Reise zur Auflösung dieses unsäglichen Leidens bei sich und uns begann. 2500 Jahre später profitieren wir immer noch von dieser atemberaubenden Erkenntnis und von den stärkenden und heilenden Kräften, die durch solch klares Sehen, unerschütterliche Aufmerksamkeit und Mitgefühl freigesetzt werden. Das angeborene Potenzial und die Brillanz der menschlichen Natur zu bejahen, wirkt immer und überall befreiend, auch wenn ihre Erkenntnis

durch unterschiedliche Kulturen, Umgebungen und Zeiten unterschiedlich eingefärbt wurde. Sie ist das Kennzeichen aller Visionäre, und sie ist immer wahr, ob sie vom Buddha stammt oder von Martin Luther King, Junior; von Jesus oder von Gandhi; von Nelson Mandela oder von Aung San Suu Kyi; von dir oder von mir.

Mit ähnlicher Erkenntnis und Klarheit stellt uns nun Lucia McBee die Realität dar, mit der zu viele alte Menschen bei uns konfrontiert sind: Isolation, Entfremdung, Gebrechlichkeit und der bedrohlich näher rückende Schatten der Demenz. Wir bewegen uns alle in diese Richtung, welchen Beruf oder welches Alter wir auch immer haben. Wie sollen wir mit dieser Aussicht umgehen? Wer wird uns einen Pfad bereitstellen, um in guter Gesellschaft mit anderen an uns selbst zu arbeiten, wenn unsere Zeit gekommen ist? Wie sollen wir als Pflegende – und die meisten von uns sind solche in dieser oder einer ähnlichen Funktion – mit Menschen arbeiten, die sich schon inmitten dieses Stroms befinden? Was wäre, wenn wir als Gesellschaft kollektiv beginnen würden, uns Fragen wie die folgenden zu stellen: Über welche Fähigkeiten verfügen ältere Menschen tatsächlich? Auf welchen stereotypen Ansichten über alte Menschen beharren wir? Wie prägen diese vorgefassten Meinungen unsere Bereitschaft, mit ihnen zu arbeiten? Ist es möglich, die angeborenen Ressourcen von Menschen, die in ihrem neunten oder zehnten Jahrzehnt leben, zu ehren und zu stärken? Sofern wir auf die letzte Frage mit „Ja“ oder „Ich weiß nicht“ geantwortet haben, werden wir uns wahrscheinlich fragen, ob schon irgendjemand einen Weg durch diesen Wald gebahnt hat, der da vor uns liegt, und ob er dabei vielleicht Spuren hinterlassen hat, denen wir folgen können.

Lucia McBee hat solche Zeichen hinterlassen. Sie halten sie in Ihren Händen, aber Sie müssen den Wald selbst betreten, um die Zeichen zu lesen und zu verstehen. Es gibt keinen anderen Weg. Dies ist der Pfad von Lucia. Als ihr langjähriger Kollege und Freund habe ich beobachtet, wie sich ihre Arbeit entwickelte, und sie dafür bewundert. Nach 15 Jahren auf diesem Weg ist sie mutig, bescheiden und weise genug, um uns jetzt an ihrer leidenschaftlichen und klarsichtigen Reise teilhaben zu lassen. Sie begann ihre Reise, indem sie sich selbst Fragen stellte, und es ist offenkundig, dass sie sich weiterhin Fragen stellt. Dieses Fragen ist lebendig und lebenswichtig, essenziell und innovativ. Lucias Präsenz

und Lebendigkeit lassen den Inhalt dieses Buches attraktiv und fesselnd, überraschend und aufrüttelnd sein. Sie bittet uns sanft und doch beharrlich um nicht weniger, als dass wir bereit sind, standhaft sowohl auf den Prozess des Alterns zu schauen als auch auf unsere Arbeit mit und unsere Beziehungen zu denjenigen, die diesen Weg vor uns gegangen sind. Lucia hat dieses Terrain erforscht; wir haben das große Glück, dass dieses wunderbar verfasste Buch uns ihre Erfahrung, ihr wachsendes Verständnis sowie noch unbeantwortete Fragen aufzeigt.

Wir wissen nun, dass Lucia sich hauptsächlich mit Senioren beschäftigt. Was ihr Buch vor diesem Hintergrund so absolut einzigartig macht, ist die Tatsache, dass sie ihr ganzes Leben und ihre Arbeit verbunden und erfüllt hat mit der Praxis der Achtsamkeit und der Achtsamkeitsmeditation, mit den Prinzipien, Übungen und inneren Grundlagen der Stressbewältigung durch Achtsamkeit. Es ist offensichtlich, dass Lucia *transformiert* wurde, indem sie sich im Schmelztiegel der Pflegeheime und anderer Einrichtungen schleifen und formen ließ. Nun teilt sie ihr Gold mit uns – das Konzept, die experimentelle Durchführung und die einleitende wissenschaftliche Erkundung eines neuen, pädagogisch orientierten Behandlungsansatzes, den sie Altenpflege mit Achtsamkeit nennt.

Dieses Buch ist ihre *Übertragung* an uns – ein direkter Strahl in unser Herz und unseren Geist, in unseren Körper und unsere Seele. Es wurde dadurch ermöglicht, dass sie mit ihrem inneren Ohr gelauscht hat, um uns den Klang dieses innigen Hörens und die Handlungen, die aus einer solch tief empfundenen und nachhaltigen Reflexion entstanden sind, zu enthüllen. Sie hat mit Liebe gearbeitet und dabei die alten Menschen unserer Gesellschaft in den Arm genommen. Indem sie die Geste erwidert haben, haben sie Lucias Herz geöffnet und dabei ihre belebende Kraft freigesetzt. Nun sind wir alle besser dran. Ich wurde von Lucias unbeirrbarem Willen, ihrem anhaltenden Engagement und Pioniergeist erschüttert und aufgewühlt. Ich verlasse mich darauf, dass es Ihnen ebenso ergehen wird.

*Saki F. Santorelli,  
Executive Director, Center for Mindfulness in Medicine,  
Health Care, and Society  
University of Massachusetts Medical School*



## Einführung

Nachdem ich begonnen hatte, dieses Buch zu schreiben, beschloss ich, eine sehr große Buchhandlung mitten in Manhattan aufzusuchen, um mir andere Bücher über das Thema Altern anzuschauen. Ich bat die Verkäuferin um Hilfe, und sie brachte mich in die Abteilung „Krankheit“. Dann wies sie auf den schmalen Bereich zum Thema „Altern“ – zwischen Akne und Alzheimer. Diese paar Bücher hatten Titel wie *Altern überwinden* oder *Anti-Aging*. Ich war erstaunt, denn ich war gerade an einer riesigen Sammlung zu Schwangerschaft, Geburt und Kindererziehung vorbeigekommen. Aber im Laufe der Zeit werden die Informationen über das Altern dieselbe Tiefe und Vielfalt haben. Ich freue mich schon darauf, in diesen Buchladen zurückzukehren und die Bücher über das Altern nicht mehr in der Abteilung über Krankheit zu finden. Dieses Buch wird ein Teil dieser Literatur sein. Ich schreibe es für Senioren, für diejenigen, die sich um Senioren kümmern, denen an Senioren liegt und die selbst altern.

Unsere Kultur verleugnet das Altern weitgehend. Dieses Leugnen hat persönliche und soziale Konsequenzen. Denn die Zahl der über 65-Jährigen explodiert; die Baby-Boomer erreichen langsam die 60. Wir leben länger, haben aber mehr chronische Krankheiten und Behinderungen. Unser Gesundheitssystem, das bei akuten Krankheiten exzellent funktioniert, ist nicht für Menschen mit chronischen, langfristigen Krankheiten ausgelegt. Pflegeheime sind in den USA der Industriezweig, der am zweitstärksten reguliert ist (Kernkraftwerke stehen an erster Stelle). Dennoch finden die meisten Verbraucher sie bestenfalls unzulänglich.

Die gängige Art der Pflege wird in allen Bereichen, in jedem Kontext der Gesundheitsfürsorge hinterfragt. Die Fachkräfte und die Verbraucher ergänzen die konventionelle Gesundheitsfürsorge durch komplementäre und alternative Medizin (CAM). Die Pioniere in den Pflegeheimen befürworten drastische Veränderungen der traditionellen Modelle – den „Kulturwandel“. Aber alternative Medizin (CAM) und Programme für Kulturwandel und -innovation können nicht als Ergänzung betrachtet werden; die gesamte Basis muss neu durchdacht werden. Vielfältige Initiativen sind gefordert; Altenpflege mit Achtsamkeit ist eine davon.

Altenpflege mit Achtsamkeit (Mindfulness Based Elder Care – MBEC) vermittelt die Vorteile von Meditation, sanftem Yoga und Achtsamkeit auf leicht verständliche Art an gebrechliche Senioren und ihre Pflegekräfte. Senioren müssen oft Traumata, Verlusterfahrungen, Behinderungen, Schmerzen und lebensbedrohliche Krankheiten bewältigen. Auch die professionellen und familiären Pfleger leiden. Die Achtsamkeitsübungen betonen die Fähigkeiten, nicht die Defizite, und vermitteln dadurch Wege zu innerer Stärke und zu Ressourcen, die wir alle besitzen.

1994 begann ich, in einem großen städtischen Pflegeheim mit Bewohnern aller Ethnien und Religionen sowohl für die Bewohner als auch für ihre Pflegekräfte Achtsamkeitskurse und -gruppen abzuhalten. Die Stressbewältigung durch Achtsamkeit (MBSR), die Jon Kabat-Zinn 1979 im Medical Center der Universität von Massachusetts entwickelte, diente diesen Programmen als Modell und Inspiration. Achtsamkeit ist eine Art des Seins, bei der wir uns mit reinem Gewahrsein und Mitgefühl aufmerksam auf unser Leben konzentrieren. Bei MBEC habe ich das Modell von Jon Kabat-Zinn auf Senioren, ihre Familien und professionelle Pflegekräfte übertragen.

Manche meiner Leser mögen Erfahrung mit Achtsamkeit, Yoga und Meditation haben; für andere sind diese Übungen vielleicht neu und sogar fremd. Das Buch habe ich für Leser mit Erfahrungen auf allen Ebenen geschrieben. Ich gebe damit das weiter, was nach meiner Erfahrung für Senioren und ihre Pflegekräfte nützlich ist. Das Buch enthält auch zahlreiche Angebote und Vorschläge für praktische Übungen.

Als ich vor 16 Jahren anfang, in einem Pflegeheim zu arbeiten, begann ich mich zu fragen, ob man nicht mehr tun könnte für Bewohner, die an

körperlichem Schmerz und emotionalem Kummer leiden. Einer meiner ersten Klienten war Herr S. Er war im Pflegeheim wegen einer Arthrose, die ihm starke Schmerzen bereitete, und weil er sich nicht mehr selbst versorgen konnte. Bei unserer Begegnung verzog er das Gesicht, als er seine Hand von der Lehne seines Rollstuhls in den Schoß bewegte. Er sagte mir, wie weh ihm das täte. Manchmal bat ich die Krankenschwester um zusätzliche Schmerzmittel für ihn. Sie sagte: „Er hat gerade sein Schmerzmittel bekommen; die nächsten zwei Stunden kann er nichts mehr kriegen.“ Als ich fragte, was man noch gegen den Schmerz von Herrn S tun könne, spürte ich ihre Frustration, und auch die des Arztes. Auch ich war frustriert und betrübt. Diese Unzufriedenheit war einer der Gründe, warum ich mich auf eine Reise begeben habe, über die ich Ihnen in diesem Buch berichten werde.



TEIL I

**Grundlagen**



# 1 Eine Kiste für Vater: Gesundheitsfürsorge & Pflegeheime

## *Eine Fabel*

*Ein Mann lebt mit seiner Frau, seinem Sohn und seinem Vater in einem kleinen Bauernhof. Sein Vater war einmal ein produktiver Bauer, aber nun ist er gebrechlich und kann nicht mehr arbeiten. Zusätzlich benötigt er einige Pflege, die seine Schwiegertochter von ihren anderen Verpflichtungen abhält. Deshalb beschließt der Bauer, eine Kiste zu bauen, seinen Vater hineinzustecken und sie über die Klippe zu werfen. Er baut die Kiste und stellt sie auf eine Schubkarre. Er bittet seinen Vater hineinzusteigen und schiebt ihn an den Rand der Klippe. Als sie ankommen, steigt sein Vater aus der Kiste. Sein Sohn fragt: „Warum kommst du aus der Kiste heraus, alter Mann?“ Der Vater erwidert: „Ich möchte die Kiste nicht für mich vergeuden. Ich kann selbst über die Klippe springen, und du kannst die Kiste aufbewahren. Dein Sohn wird sie eines Tages für dich benötigen.“ Als er das hörte, änderte der Bauer seine Meinung und brachte den alten Mann den Berg hinunter. Er kümmerte sich für den Rest seines Lebens fürsorglich um ihn.*

Es ist nicht egal, wie wir unsere Senioren behandeln. Altern ist ein Teil des Lebens. Und wenn es Ihnen nicht gefällt, dass Ihr Körper ganz sicher verfallen wird – überlegen Sie, welche Alternativen es gibt. Die Langlebigkeit der gegenwärtigen Generationen ist einzigartig, herbeigeführt durch medizinische Fortschritte und verbesserte Bedingungen. Sogar in den Entwicklungsländern leben die Menschen länger als früher. Diese Veränderungen ziehen verschiedene Chancen und Probleme nach sich. Altenpflege hat ihre eigene Geschichte und kann im Kontext der Gesundheitsfürsorge als eigenständiges Thema betrachtet werden.

## Was ist Gesundheitsfürsorge?

Was bedeutet *Gesundheitsfürsorge*, und in welcher Form sollte sie bereitgestellt werden? Die Definition ist nicht statisch; sie verändert sich, denn wir verändern unsere Ansichten darüber, wie wir uns um diejenigen, die Fürsorge brauchen, kümmern wollen und wie wir ihren Bedarf ermitteln. Es ist gut dokumentiert, dass Traditionen des Heilens integraler Bestandteil aller Zivilisationen sind. Für die alten chinesischen, indischen und griechischen Kulturen war es wichtig, bei Krankheit und Heilung sowohl den Geist als auch den Körper zu beachten. Vor der industriellen Revolution gab es keine Trennung zwischen Religion, Kreativität und Medizin. In den westlichen Kulturen des 18. und 19. Jahrhunderts wurden Krankheiten zu Hause behandelt, von der Familie, den Nachbarn, den örtlichen Ärzten und den Hebammen. Doch mit der Entdeckung der Antibiotika im frühen 20. Jahrhundert verschoben sich die Konzepte von Krankheit und Behandlung. Mit wachsendem medizinischen Wissen und neuer Technologie verlagerte sich die Gesundheitsfürsorge von zu Hause ins Krankenhaus. Viele begannen, Krankheit als rein physisches Problem zu betrachten und die Behandlung als unabhängig von Geist oder Seele. Für die Heilung akuter Krankheiten waren nun medizinische Experten zuständig, es bildeten sich Fachgebiete. Pflegeheime dagegen boten „pflegende“ Versorgung für chronisch und unheilbar Kranke an, aber auch für gebrechliche Senioren, die im Großen und Ganzen keine familiäre Unterstützung hatten. Eine

Behandlung, die nicht durch westliche Medizin unterstützt wurde, wurde als riskant oder bestenfalls als ineffektiv angesehen.

Bis vor Kurzem war dieses Modell im westlichen Gesundheitssystem maßgeblich. Zwar sind Kulturen und Normen statisch; sie sind immer im Übergang begriffen. Aber gewöhnlich denken wir, dass die Dinge so sein sollten, wie sie tatsächlich sind. Es ist schwer, sie sich anders vorzustellen. Wenn wir jedoch erkennen, dass eine Verbesserung stattfinden muss, weil die bisherigen Verfahren an ihre Grenzen stoßen, ist glücklicherweise die Notwendigkeit zur Veränderung wichtiger als die Risiken, die dem Veränderungsprozess innewohnen.

### **Ein Szenario**

Sie besuchen Ihre Eltern, die 75 Jahre alt und gesund sind. Plötzlich wird Ihr Vater ganz blass, greift sich an die Brust und fällt zu Boden. Sie rufen den Notarzt an. Die Sanitäter kommen, beginnen mit der Notfallbehandlung und transportieren Ihren Vater in ein nahe gelegenes Krankenhaus. Dort begegnen Sie der Ärztin der Unfallstation. Sie teilt Ihnen mit, dass Ihr Vater wahrscheinlich einen Herzanfall hatte und vielleicht beim Fallen seine Hüfte gebrochen hat. Sie versichert Ihnen, dass alles in ihrer Macht Stehende getan würde. Sie sind für das Krankenhaus und die professionellen Ärzte sehr dankbar. Das ist die zeitgenössische, konventionelle Medizin im besten Sinne. Ihr Vater überlebt den Herzanfall, kann jedoch unglücklicherweise nicht mehr so wie vorher. Er braucht bei seinen Grundbedürfnissen Hilfe: waschen, essen, zur Toilette gehen und Erholung. Ihre Mutter kann sich nicht um ihn kümmern, und er wird in ein Pflegeheim gebracht. Das Pflegeheim sieht wie ein Krankenhaus aus. Ihr Vater kommt in ein Mehrbettzimmer. Er wird in sein neues Bett gelegt, und soll warten, bis der Arzt ihn untersuchen kann. Die Veränderung verstärkt die Aufregung Ihres Vaters, und er versucht, das Bett zu verlassen. Das Personal sagt ihm immer

wieder, dass er im Bett bleiben solle, und er beginnt zu schreien. Ihre Familie, die schon über die Lage verzweifelt ist, sieht ihre schlimmsten Befürchtungen bestätigt. Ihnen wird mitgeteilt, dass Ihr Vater Beruhigungsmittel bekommen oder zeitweise mit Gewalt festgehalten werden könnte, wenn er sich weiterhin so benimmt. Das ist zeitgenössische, konventionelle Medizin im schlechtesten Sinn.

Akutupflege durch konventionelle Medizin rettet Leben und kann den Patienten und ihren Familien wichtige Unterstützung geben. Sie ist aber nicht als Vorbild für die Pflege von Patienten mit dauernden chronischen Beschwerden geeignet und verstärkt das Leiden und den Kummer von Patienten und ihren Familien oft noch. Vor Kurzem wurden neue Modelle entwickelt, die bei chronischen Leiden für Erleichterung sorgen können. Man unterscheidet die Kategorie der komplementären und alternativen Medizin (CAM) und – in Bezug auf Pflegeheime – die des Kulturwandels. Beide Pflegemodelle, für akute wie für chronische Fälle, leisten in der heutigen Gesundheitsfürsorge einen wichtigen Beitrag. Es ist hilfreich, diese Modelle nicht als Gegensätze zu betrachten, sondern als Partner, die auf je angemessene Weise verwendet werden sollten.

### **Zum Nachdenken**

Was fanden Sie bei den Angeboten des Gesundheitswesens, die Sie in Anspruch genommen haben, hilfreich und was nicht? Was fanden Sie bei den Angeboten als Pflegekraft hilfreich oder nicht? Was würden Sie sich wünschen? Was würden Sie sich für Ihre Freunde und Verwandte wünschen? Wie unterscheidet sich dies von Ihren Erfahrungen, oder ist es dasselbe? Was würden Sie verändern?

Gesundheitsfürsorge ist mehr als eine abstrakte Theorie, sie ist eine Dienstleistung, die auf uns alle Auswirkungen hat oder haben wird. Wir alle haben mit dem Gesundheitswesen zu tun – in Kliniken, Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeheimen. Auch mit den Fachkräften im Gesundheitswesen haben wir zu tun, die sich um uns und unsere Lieben kümmern.

## **Trends im Bereich Altern und Gesundheitsfürsorge**

Weltweit altert die Bevölkerung, die Menschen leben länger und haben mehr chronische Krankheiten und Beschwerden. Steigende Geburtenraten, weniger Kindersterblichkeit und zurückgehende Todesfälle haben zu der Prognose geführt, dass die alternde Bevölkerung immer weiter wachsen wird. Im Jahr 2001 wuchs die Bevölkerungsgruppe der Menschen im Alter von 65 Jahren und älter um fast 800.000 pro Monat. Die Gruppe der über 80-Jährigen, so stellte man fest, war das am schnellsten wachsende Segment (Kinsella & Velkoff, 2001). Wenn Senioren länger leben, haben sie auch häufiger chronische Probleme, sowohl physische als auch kognitive. In den Vereinigten Staaten leben 80 Prozent der über 65-Jährigen mit mindestens einem chronischen Leiden, 50 Prozent haben zwei (Centers for Disease Control and Prevention, 2003). Weltweit dokumentieren Studien, dass Demenz einen von 20 der über 65-Jährigen befällt und einen von fünf der über 80-Jährigen. Gegenwärtig haben etwa 24 Millionen Menschen die Diagnose Demenz; 2040 wird die Zahl auf 81 Millionen angestiegen sein (Hebert, Scherr, Bienias, Bennett & Evans, 2003). Diese Statistiken legen nahe, dass wichtige Veränderungen nötig sind, wenn es darum geht, wie wir künftig Gesundheit und Gesundheitsfürsorge verstehen und wie wir dieses Verständnis in der Praxis umsetzen. Kinsella und Velkoff (2001) schlagen vor, dass die „Gesundheitserwartung“ ein ebenso wichtiges Maß werden sollte, wie es heute die Lebenserwartung ist. In den westlichen Ländern werden die Babyboomer, die für ihren Einfluss auf die Kultur in den 60er-Jahren bekannt sind, jetzt 60. Es wird damit gerechnet, dass diese Gruppe Veränderungen im Gesundheitswesen erwartet oder vielleicht sogar fordert. Das Zusammentreffen dieser Trends hat viele Führungskräfte in

der Gesundheitsfürsorge dazu gebracht, alternative, komplementäre Heilmethoden – einen ganzheitlicheren Ansatz – zu erwägen.

## Pflegeheime

Bedingt durch bessere medizinische Pflege leben Senioren in den Vereinigten Staaten heute länger. Aber viele sind nicht mehr in der Lage, zu arbeiten und selbst für ihren Unterhalt zu sorgen. Anfänglich gingen diese Senioren, wenn sie keine Familie hatten, in ein Armenhaus. Dort lebten sie zusammen mit Waisen, geistig und körperlich kranken Erwachsenen, Obdachlosen und anderen, die sich nicht um sich selbst kümmern können. Religiöse Organisationen gründeten Einrichtungen, die sich um die „wertvollen“ Senioren kümmerten – die ihres eigenen Glaubens (Haber, 2006). Schließlich verbreiteten sich Altenheime, deren Angebote dem Modell der Akutpflege im Krankenhaus entsprachen. Das Modell dieser Altenheime wurde reguliert und vereinheitlicht – hauptsächlich, um die Kosten zu minimieren und Missbrauch zu vermeiden. In letzter Zeit haben innovative Vordenker Alternativen zu dem standardisierten medizinischen Pflegemodell vorgeschlagen.

## Welche Alternativen gibt es?

### Komplementäre und alternative Medizin (CAM)

Der Glaube an die Verbundenheit von Geist, Körper und Seele ist in östlichen, antiken und traditionellen Kulturen weitverbreitet. Die westliche Medizin folgt einer anderen Philosophie, ihr Ansatz ist einzigartig. Denn sie behandelt diese Elemente separat, und nicht zusammenhängend. Vor Kurzem hat sich dieser Trend jedoch verschoben.

Alle Heilungssysteme, Methoden und Produkte, die nicht als Teil der gegenwärtigen konventionellen Medizin betrachtet werden, fallen in die Kategorie der komplementären oder alternativen Medizin. CAM kann *zusammen mit* (komplementär) oder *anstelle von* (alternativ) konventioneller medizinischer Behandlung benutzt werden. Der Begriff fasst ein

umfangreiches Angebot an Maßnahmen zusammen. Eine Untersuchung des Institute of Medicine aus dem Jahr 2005 zählte 100 CAM-Therapien, -Praktiken und -Systeme. Trotz der anfänglich negativen Reaktionen einiger medizinischer Fachkräfte und Institutionen wird CAM zunehmend in schulmedizinische Behandlungen integriert. Patienten, Bewohner und ihre Familien „stimmen mit ihren Füßen ab“ und wählen CAM-Behandlungen in Ergänzung zu Interventionen der Akutpflege (AGS Panel on Chronic Pain, 1998; Eisenberg et al., 1993; Ness, Cirillo, Weir, Nisly & Wallace, 2005). Im Jahr 2002 fand das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) heraus, dass 62 Prozent derer, die die U.S.-Gesundheitsfürsorge in Anspruch nehmen, bereits in irgendeiner Weise CAM anwenden, am häufigsten Vitamine oder das Gebet.

Bei älteren Erwachsenen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie CAM anwenden, sogar noch höher. In einer großen Umfrage waren Über-65-Jährige befragt worden – mehr als 88 Prozent von ihnen benutzten CAM (Ness et al., 2005). Eine andere Umfrage fand heraus, dass die 40- bis 64-Jährigen die häufigsten Nutzer von CAM sind (Tindle, Davis, Phillips & Eisenberg, 2005). Die Fachkräfte in Krankenhäusern, Kliniken und Altersheimen akzeptieren diesen Wunsch und bieten zunehmend CAM-Dienste an. Diese bergen im Allgemeinen wenig Risiken und verursachen geringe Kosten. Zusätzlich sprechen die CAM-Verfahrensweisen verschiedene Bevölkerungsgruppen an, denn sie passen zu kulturellen Traditionen aus allen Teilen der Welt.

CAM-Modelle und -Maßnahmen werden in folgende Kategorien aufgeteilt, die das National Institutes of Health's Complementary and Alternative Medicine Program definiert hat:

- Alternative medizinische Systeme
- Geist/Körper-Interventionen
- Biologische Therapien
- Manipulative und körperbasierte Methoden
- Energie-Therapien

*Alternative medizinische Systeme* unterscheiden sich grundlegend von dem Modell „Diagnose und Behandlung“ der westlichen Medizin. Alte alternative

Systeme sind zum Beispiel die Ayurvedische Medizin aus Indien, die Traditionelle chinesische Medizin und die Homöopathie. *Geist/Körper-Interventionen* beziehen Meditation, Gebet sowie kognitive und kreative Therapien mit ein. *Biologische Therapien* benutzen Kräuter, Vitamine und Nahrung. *Manipulative Therapien* umfassen Massage und chiropraktische Medizin. *Energie-Therapien* beinhalten Reiki, Chi-Gong und Magnetfelder.

### **Fragen Sie sich selbst**

Wenn Sie sich für ein Krankenhaus, eine Kurstation oder eine andere Institution entscheiden, würden Sie dann eine aussuchen, die ein einziges Verfahren anbietet – konventionelle Behandlungen –, oder würden Sie es vorziehen, mehrere Optionen zu haben, etwa Spa, Massage, Tai-Chi und Aromatherapie? Benutzen Sie schon die Kraft von Vitaminen und Gebet; machen Sie Übungen, meditieren Sie oder verwenden Sie andere Praktiken, die als „alternativ“ betrachtet werden?

### **Kulturwandel**

Auch innerhalb der Altersheime verschiebt sich das Pflegekonzept. Traditionell imitierten die Altersheime das Pflegemodell der Krankenhäuser: Die medizinische Behandlung stand im Mittelpunkt, die administrative Struktur war hierarchisch, die Pflege spezialisiert und die Umgebung institutionalisiert. Neuere Modelle einschließlich das des „Kulturwandels“, des „Pionier-Netzwerks“ und der „Eden-Alternative“ legen ein ganz anderes Paradigma zugrunde. Im Rahmen dieses Buches werden diese Bewegungen *Kulturwandel* genannt. Diese Modelle betonen Wahlmöglichkeiten sowie eine häuslichere und weniger medizinische Umgebung. Die Pflege dort ist ganzheitlich und integrativ. Bei der Planung werden sowohl die Lebensqualität als auch die -dauer berücksichtigt. Bewohner und ihre Familien sowie die Pflegekräfte werden einbezogen. Wie bei anderen neuen

Pflegemodellen ist es jedoch äußerst wichtig, dass die Modelle des Kulturwandels nicht als zusätzliches Programm angesehen werden, sondern als eine grundsätzlich neue Vorgehensweise. Diese Modelle sind umfassend und revolutionär, erfordern tiefe systemische Veränderungen und treffen oft auf heftigen Widerstand. Wie bei anderen CAM-Verfahren ist der Kulturwandel jedoch für viele einfach sinnvoll.

Die Werte, die das Pionier-Netzwerk (ohne Datum) umrissen hat, fassen den Kulturwandel gut zusammen:

### *Pionier-Werte*

- Jeder ist persönlich bekannt.
- Jede Person kann etwas verändern und macht es auch.
- Beziehung ist der grundlegende Baustein für eine transformierte Kultur.
- Spricht die Seele genauso an wie Geist und Körper.
- Risiken einzugehen ist ein normaler Teil des Lebens.
- Die Person ist wichtiger als die Aufgabe.
- Alle Senioren haben Anspruch auf Selbstbestimmung, wo auch immer sie leben.
- Gemeinschaft ist das Gegenmittel zur Institutionalisierung.
- Tue anderen das, was du möchtest, das dir getan wird – ja, die Goldene Regel.
- Fördere das Wachstum und die Entwicklung aller.
- Forme und nutze das Potenzial der Umgebung in all seinen Aspekten: physisch, organisatorisch, psychisch/sozial/spirituell.
- Überprüfe dich selbst, um nach neuer Kreativität und Möglichkeiten der Verbesserung zu suchen.
- Erkenne, dass der Kulturwandel und die Transformation keine Ziele sind, sondern eine Reise, eine Arbeit, die immer im Gang ist.

Was bedeuten diese Prinzipien in der Praxis? Sie bedeuten, dass ein medizinisches Modell nicht der *einzigste* Leitfaden bei der Pflege von Senioren im Altersheim ist. Beziehungen sind wesentlich für die Lebensqualität.

Entscheidend für die Planung der Pflege ist es, zu verstehen, womit sich die Heimbewohner am wohlsten fühlen, anstatt sich nur mit medizinischen Anliegen an sie zu wenden. Diese Prinzipien bedeuten auch, dass sich pflegende Gemeinschaften immer verändern, da sie die Bedürfnisse derer, die dort leben und arbeiten, widerspiegeln. Risikobereitschaft und Flexibilität werden ermutigt. Senioren werden als vollständige Menschen angesehen, mit Fähigkeiten wie auch Behinderungen. Diese Ansätze erfordern letztlich die Bereitschaft, das gesamte Pflegesystem zu verändern.

## Elemente der Pflegeversorgung

Der Grund, warum CAM, integrative Medizin und Kulturwandel nicht als Zusatzprogramme gesehen werden können, wird deutlich, wenn man die ihnen zugrunde liegende Philosophie und ihre Unterschiede zur Philosophie der konventionellen westlichen Medizin betrachtet. Im Folgenden wird aufgeführt, unter welchem Blickwinkel jedes dieser Modelle die Pflegeversorgung sieht.

### *Konventionell*

Heilung  
 Lebensdauer  
 Experten treffen Entscheidungen  
 Spezialisiert  
 Pathologisch  
 Auf die Institution bezogen

### *CAM*

Palliative Pflege  
 Lebensqualität  
 Patienten treffen Entscheidungen  
 Ganzheitlich  
 Auf Stärke basierend  
 Auf die Heimbewohner bezogen

Die nicht-konventionellen Modelle sind zwar nicht alle gleich, aber sie teilen ähnliche Prinzipien. Die ganzheitliche Sicht ist umfassend. Sie geht davon aus, dass jeder Einzelne andere Bedürfnisse hat, je nach gegenwärtigen Problemen, persönlicher Geschichte, anderen medizinischen Beschwerden, Umgebung,

Vorlieben und Lebensstil. Konventionelle Medizin hat da vielleicht einen engeren Fokus. Alle Behandlungsverfahren werden am besten dem jeweiligen Zusammenhang gemäß verwendet. Wie im ersten Szenario dargestellt, gibt es Zeiten, da die westliche Akutpflege exzellent und angemessen ist. Bei chronischen Beschwerden wird es aber immer wichtiger, komplementäre und manchmal sogar radikale Alternativen in Betracht zu ziehen.

### **Heilung – palliative Pflege**

Für die meisten Ärzte ist es kein Ziel mehr, nur die Körper ihrer Patienten zu heilen. Der Großteil der gesundheitlichen Probleme ist chronisch, hält möglicherweise lebenslang an und schränkt den Patienten stark ein. Betagte Patienten und ihre Familie haben jetzt das Recht, die medizinische Behandlung zu beenden und sich stattdessen für Ruhe und Palliativpflege zu entscheiden. Krankenhäuser und andere Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge erweitern ihre Behandlungsoptionen. Sie betrachten die Pflege am „Lebensende“ nicht länger als „nichts tun“. Wenn Heilung nicht mehr das Ziel ist, kann sich der Behandelnde auf Symptommanagement konzentrieren. Im Rahmen der konventionellen Gesundheitsfürsorge mag es frustrierend sein, wenn man chronische Beschwerden betreuen muss, statt sie zu beseitigen. In der chronischen Pflege ist Erfolg nicht so offensichtlich. Fachkräfte wie Patienten fühlen sich vielleicht als Versager, wenn sie sich mit den Kollegen der Akutpflege vergleichen. Die Modelle von CAM und Kulturwandel bieten allerdings eine andere Interpretation an: Die Lebensqualität ist genauso wichtig wie die Lebensdauer.

### **Lebensdauer – Lebensqualität**

Die akute Gesundheitsfürsorge hat die durchschnittliche Lebenserwartung in den entwickelten Ländern deutlich erhöht – was manchmal mit starken Einschränkungen verbunden ist. Zunehmend betrachten die medizinischen Fachkräfte eine verbesserte Lebensqualität als ebenso wichtiges Ziel. Wie definieren wir aber Lebensqualität? Die Lebensdauer ist messbar, während die Lebensqualität individuell und wechselhaft ist.

Um über Behandlungen hinsichtlich der Lebensqualität zu entscheiden, muss man klar Position beziehen. Der Patient und seine Familie müssen berücksichtigt und einbezogen werden.

### **Zum Nachdenken**

Was ist für Sie Lebensqualität? Wie viel Einschränkung und Schmerz wäre für Sie annehmbar? Was wäre unerträglich? Wir glauben zumeist, dass wir nicht mit einer Maschine am Leben erhalten werden wollen, aber wären wir bereit, zeitweilig an eine Maschine angeschlossen zu sein, wenn es uns dadurch ein wenig besser ginge?

Diese Entscheidungen sind nicht leicht, und doch wirken sie sich täglich auf das Leben unserer Senioren in den Pflegeheimen aus. Viele dieser Menschen befinden sich in einer Verfassung, von der die meisten sagen würden, dass sie unerträglich ist. Messen wir die Lebensqualität an unseren eigenen Standards? Ist es möglich, dass andere Standards gelten?

### **Experten treffen Entscheidungen – Patienten treffen Entscheidungen**

*Jeder Patient trägt seinen eigenen Arzt in sich. Sie (die Patienten) kommen zu uns, ohne diese Wahrheit zu wissen. Wir (die Ärzte) tun unser Bestes, wenn wir dem Arzt, der jedem Patienten innewohnt, eine Chance geben, ans Werk zu gehen.*

*Albert Schweitzer*

Wer ist der Experte im Gesundheitswesen? Das Modell der konventionellen Medizin verlegt die Entscheidungsfindung oft auf die medizinischen Experten. Wenn wir uns nicht gut fühlen, verlassen wir uns vielleicht auf medizinische Spezialisten, die uns sagen, was „falsch“ ist. Es gibt jedoch auch Zeiten, in denen wir durch Vertrautheit mit unserem eigenen Körper oder die innere Weisheit, die wir alle besitzen, wissen, was in unserem Körper vorgeht und weshalb. Die Einschätzung von Schmerz ist ein gutes Beispiel. Schmerz ist sowohl mit akuten als auch mit chronischen Beschwerden verbunden, aber akuter Schmerz geht vorüber; chronischer Schmerz kann bleiben. Schmerzlinderung und maximaler Erhalt der körperlichen und geistigen Fähigkeiten stehen bei der chronischen Pflege im Mittelpunkt. Eine chronische Krankheit trifft eher ältere Menschen, die vielleicht noch andere Beschwerden haben. Früher sagte das medizinische Personal den Heimbewohnern, ob sie – abhängig von ihren Beschwerden – Schmerzen hatten und falls ja wie stark! Neuere Pflegemodelle stellen in Rechnung, dass der Bewohner selbst Experte in Bezug auf seinen oder ihren Schmerz und dessen Minderung ist. Im Rahmen der Schmerzlinderung am Lebensende bietet man den Patienten sogar eine Pumpe an, mit der sie selbst entscheiden können, wann und in welcher Dosierung ihnen die Schmerzmittel zuführt werden.

Ein anderer Aspekt dieses neuen Ansatzes ist der Blick auf Beziehungen und professionelle Distanz. In der Vergangenheit wurden die Fachkräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen darin bestärkt, sich von den Patienten zu distanzieren. Denken Sie an die Ärzte und Pfleger, die oft in einem weißen Kittel oder einer Uniform auf den Patienten herabschauen, der halb bekleidet und verletzlich im Bett liegt. Ein gemeinschaftlicher Ansatz betrachtet beide, Fachkraft wie Patient, als jemanden, der ein Problem oder eine Angelegenheit erforscht. Auch die Familie des Patienten hat vielleicht Informationen und eine Meinung. Alle Aspekte werden in Erwägung gezogen. Diese Beziehung ist auf Augenhöhe und respektvoll, sie ist ein wichtiger Aspekt des Pflege- und Heilungsprozesses. Sowohl CAM, Kulturwandel als auch fortschrittliche westliche Fachkräfte betrachten die Pflegeempfänger und ihr Unterstützungssystem als die eigentlichen Experten. Sie verfolgen einen Teamansatz beim Heilungsprozess, der Fachkräfte, Patienten und Familien mit einbezieht.

### **Spezialisiert – ganzheitlich**

Sind wir ein Bündel Diagnosen oder ein ganzer Mensch? Wenn wir ein spezifisches Problem haben, wollen wir einen Spezialisten konsultieren. In der westlichen Medizin wird der Spezialist dieses konkrete Leiden behandeln. Die ganzheitliche Medizin betrachtet den Körper, den Geist und die Seele als miteinander vernetzt und behandelt das ganze System. Die spezialisierte Medizin behandelt im Allgemeinen das gegenwärtige Problem und übersieht vielleicht zugrunde liegende oder parallele Krankheitsbilder. Sowohl CAM als auch der Kulturwandel konzentrieren sich auf die gesamte Person. Beziehungen, spirituelle Angelegenheiten und der Lebensstil werden alle als Teil der Heilung angesehen.

### **Pathologisch – auf Stärke basierend**

Die westliche Medizin ist auf Krankheit und Pathologie ausgerichtet. Traditionelle Pflegeheime tendieren auch dazu, sich hauptsächlich auf die medizinischen Bedürfnisse der Bewohner zu konzentrieren. Menschen werden womöglich auf ihre medizinische Diagnose, Behinderung oder Krankheit reduziert. Die Patienten können dabei verlernen, sich an ihre Stärken und Fähigkeiten zu erinnern. Die ganzheitliche Medizin konzentriert sich auf die ganze Person, darauf, was dieser Person fehlt und welche Stärken ihm oder ihr verbleiben.

Außerdem tendiert die ganzheitliche Medizin dazu, vorzubeugen, wohingegen die konventionelle Medizin oft reaktiv und nur auf Krisen bezogen ist. Die konventionellen Pflegeheime beschränken vielleicht die Wahlmöglichkeiten der Bewohner, um sie zu schützen. Pflegeheime des Kulturwandels betrachten die Fähigkeit, zu wählen, als wichtigen Faktor. Entscheidungen, die die Heimbewohner oder andere gefährden, werden nicht ignoriert, aber die Heimbewohner können in größerem Umfang so leben, wie sie es wünschen. Wahlmöglichkeiten haben mehr Gewicht als Vorsichtsmaßnahmen.



## 6 Vom Kopf ins Herz: Altenpflege mit Achtsamkeit für Bewohner mit Demenz

*Ich rase die Flure meines Geistes auf und ab, versuche wie wild, mir einen Reim zu machen auf das, was um mich herum geschieht. Manchmal lässt mich dieser Prozess noch tiefer sinken, und ich versinke in der Frage danach, warum ich versunken bin. (Taylor, 2007, Seite 35)*

**M**enschen mit Demenz zu verstehen, sie zu pflegen und zu unterstützen erfordert aufseiten der Pflegekraft großes Mitgefühl und Geschick. Gute Voraussetzungen hat man, wenn man sich seiner Eigenverantwortung bewusst ist und selbst regelmäßig Achtsamkeit übt. Darüber hinaus kann man Menschen mit Demenz durch Achtsamkeitsübungen in Gruppen- und Einzelarbeit von der Verzweiflung und Angst entlasten, die sie oft begleiten. Dabei muss das Modell etwas verändert werden, obwohl Menschen mit Demenz in gewisser Weise offener sind für das Konzept der Achtsamkeit oder des im gegenwärtigen Moment Seins. Die unten beschriebenen Maßnahmen sind – mehr denn je – nur Richtlinien. Ich beschreibe einen Achtsamkeitskurs und andere Maßnahmen, die für Achtsamkeit zwar nicht spezifisch sind, aber achtsam durchgeführt werden können. Der wichtigste Impuls ist unsere authentische Präsenz bei jeder Begegnung.

Sich um alte, demente Menschen zu kümmern erfordert Offenheit, Flexibilität, Kreativität und die Fähigkeit, vom Herzen aus zu arbeiten. Es ist auch hilfreich, sich daran zu erinnern, dass wir alle ein grundlegendes Bedürfnis nach Wertschätzung, Kommunikation und Gemeinschaft haben.

## Was wissen wir über Demenz?

*Ich denke, also bin ich.*

*Descartes*

Der innere Raum unseres Gehirns bleibt mysteriös, die Zahl der Menschen mit Demenz steigt an. Internationale Studien dokumentieren, dass einer von zwanzig Menschen über 65 Jahre an Krankheiten leidet, die Demenz hervorrufen, und einer von fünf Menschen über 80 Jahre. Es wird geschätzt, dass weltweit 24 Millionen Menschen mit Demenz leben. Es wird prognostiziert, dass diese Zahl auf 81 Millionen im Jahr 2040 ansteigt (Alzheimer's Disease International, ohne Jahr). Die jährlichen Kosten für die Pflege von Demenz werden derzeit auf weltweit 315 Billionen US-Dollar geschätzt (Wimo, Winblada & Jonsson, 2007). Die direkten Pflegekosten für Demenz sind in den Vereinigten Staaten, wo sich die Alzheimerdiagnosen von 1980 bis 2000 verdoppelten, am höchsten. Sie wurden für das Jahr 2005 auf 76 Billionen US-Dollar geschätzt (Hebert, Scherr, Bienias, Bennett & Evans, 2003; Wimo et al., 2007). Langfristige Kosten, einschließlich der Arbeitsausfälle der Pflegekräfte und der stressbedingten Krankheiten, könnten diesen Betrag noch deutlich erhöhen.

Das Krankheitsbild „Demenz“ wird in die folgenden Hauptkategorien unterteilt: Alzheimer, Multi-Infarkt oder vaskuläre Demenz, Pick-Krankheit, Parkinson, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Huntington und Lewy-Körper-Demenz. Im Allgemeinen kann Demenz nicht geheilt, sondern nur bewältigt oder in ihrem Fortschritt verlangsamt werden. Wie bei Krebs und Aids gibt es immer mehr Möglichkeiten, trotz Demenz ein gutes Leben zu führen und ihre Auswirkung durch äußere Maßnahmen und Verhaltensänderungen zu reduzieren. Pioniere der Verhaltenstherapie plädieren für

emotionale Unterstützung statt Information, Korrektur und Orientierung an der Realität. Feils *Validation Breakthrough* (2002) und Bell und Troxels *Best Friend's Approach to Alzheimer's Care* (2003) befürworten positive Beteiligung, die die noch vorhandenen Fähigkeiten des Demenzen stärkt.

Es gibt nicht nur Bücher von Fachkräften. Auch Menschen mit der Diagnose Alzheimer haben Bücher veröffentlicht. Autoren wie Robert Taylor (2007), Diana Friel McGowin (1993) und Thomas DeBaggio (2002) gewähren einen persönlichen und tiefen Einblick in den Prozess ihrer Krankheit. Sie beschreiben ganz klar ihre Verwirrung und Angst. Gleichzeitig erinnern sie die Leser beständig daran, dass der Prozess zunehmender Verwirrung von Gefühlen begleitet wird, die wir alle erleben. Tatsächlich scheinen die Gefühle Vorrang über die Gedanken zu bekommen. Dr. Taylor nennt es: „von meinem Kopf zu meinem Herz treiben“ (Seite 128). Soziale Fertigkeiten bleiben vielleicht erhalten, aber das Wissen um ihre Bedeutung verschwindet. Das Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle bleibt bestehen. McGowin beschreibt in *Living in the Labyrinth* die Isolation und Verzweigung von Alzheimerpatienten:

Jeder von uns braucht das Gefühl, als Lebewesen einen Wert zu haben. ... Ich fühle meinen Mangel an Wert besonders intensiv, wenn ich unter Menschen bin. ... Obwohl es schmerzlich ist, einsam zu sein, sitze ich mit voller Absicht alleine in meiner Wohnung. ... Irgendwo gibt es die allgegenwärtige Erinnerungsliste der Dinge, die ich heute tun sollte. Aber ich kann sie nicht finden (1993, Seite 112).

Wenn man mit demenzen Menschen zu tun hat, ist es wesentlich, den ganzen Menschen zu sehen statt nur die Krankheit.

## **Kommunikation mit demenzen Menschen**

Die Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist schwierig, aufregend, erschreckend und frustrierend. Man braucht dazu Mut und Kreativität, Experimentierfreude und die Bereitschaft, ganz authentisch man selbst

zu sein. Als Dozentin für Sozialarbeit betreute ich Praktikanten und wies jedem Studenten eine Person mit fortgeschrittener Demenz zu. Das ermöglichte den Studenten zu lernen, wie man vom Herzen aus statt vom Kopf her agiert. Ein Lehrerkollege und Freund beschrieb mir, wie er sich vorbereitet, wenn er Menschen mit Demenz unterrichtet: „Man betritt einen Raum, in dem Menschen auf diese Art des Seins in der Welt sind, und arbeitet von da aus.“ Er erläuterte auch, wie Annahmen darüber, wer auf welche Art von dem Unterricht profitieren könnte, in die Irre führen. Einzelne Teilnehmer scheinen nicht auf die Übungen zu reagieren, doch dann heben sie einen Arm, ein Bein oder lächeln. Es ist wichtig, davon auszugehen, dass die Achtsamkeitsübungen immer noch beim Gegenüber ankommen – obwohl er vielleicht nicht normal oder eindeutig reagiert (L. Sierra, persönliches Gespräch, 10. August 2007).

Hier sind ein paar grundlegende Tipps zur Kommunikation, die teilweise von der Alzheimer's Association übernommen wurden (ohne Datum):

- Achten Sie darauf, selbst in Balance zu sein, und konzentrieren Sie sich ganz auf die Person, mit der Sie kommunizieren.
- Achten Sie auf Ihren Tonfall, Ihr Tempo, Ihre Körpersprache und andere nonverbale Zeichen.
- Halten Sie Blickkontakt, sprechen Sie einfach und klar.
- Leiten Sie die Menschen mit einfachen Anweisungen Schritt für Schritt an.
- Sorgen Sie für eine ruhige Umgebung.
- Versuchen Sie nicht, die Person mit Demenz zu korrigieren.
- Berühren Sie die Menschen, um sie zu unterstützen, aber berücksichtigen Sie auch, dass manche Senioren Berührung nicht mögen.
- Lassen Sie genug Zeit für Reaktionen.
- Achten Sie auf die verbale und die nonverbale Kommunikation.
- Akzeptieren Sie die Personen, wie sie sind.
- Verbinden Sie sich mit dem Gefühl, das ausgedrückt werden will, und reagieren Sie darauf.

Viele dieser Kommunikationsprinzipien entsprechen achtsamem Verhalten: den Moment wahrnehmen, ohne ihn zu bewerten; mit ganzem Herzen dabei sein; sich auf die Umgebung einlassen; sich der eigenen Wirkung auf andere bewusst sein. Es ist wichtig, nicht nur sich selbst zu beobachten, sondern immer auch die Person mit Demenz. Bleiben ihre Worte unverständlich, ist vielleicht ihr Gesichtsausdruck eindeutig. Er kann Glück, Angst und Traurigkeit vermitteln und kommentieren. Es ist jedoch wichtig, die eigene Wahrnehmung durch Nachfragen zu überprüfen, statt sich mit Vermutungen zufriedenzugeben. Hier ist es besonders hilfreich, achtsam zuzuhören. Es ist schon oft vorgekommen, dass anscheinend stark demente Menschen ihre Pfleger mit Momenten der Klarheit überrascht haben. Eines Tages rutschte eine Frau, die Demenz im Endstadium hatte und nicht mehr sprach, von ihrem Stuhl. Da die Krankenschwester trotz der fehlenden Reaktionen weiterhin mit ihr redete, fragte sie, ob alles in Ordnung sei. Die Frau antwortete: „Danke, ja.“ Wenn man mit Dementen arbeitet, ist es wichtig, immer davon auszugehen, dass sie alles verstehen.

Außerdem ergeben die verbalen Antworten dementer Menschen miteinander zunächst keinen Sinn. Aber wenn man gut zuhört, dann enthalten sie – fast wie Dichtung oder wie ein Rätsel – Hinweise auf ihre Bedeutung. In der Gruppe einer Demenzabteilung starb eines der Mitglieder. Die anderen Gruppenmitglieder kommentierten ihre Abwesenheit nicht, fragten aber später nach dem „Baby auf dem Fahrrad“. Das war verwirrend – bis der Gruppenleiter sich daran erinnerte, dass die verstorbene Heimbewohnerin sehr zierlich war, oft ihre Zunge herausstreckte und in einem Rollstuhl saß (Bober, McClellan, McBee & Westreich, 2002). Nonverbale Kommunikation hat etwas sehr Verbindendes. Der Gebrauch aller Sinne, einschließlich Geruch, Beruhung und Geschmack, stimuliert und regt Erinnerungen an. Zum Beispiel kann Aromatherapie starke Erinnerungen und Gefühle wecken.

Senioren mit Demenz leiden gewöhnlich an vielen physischen Beschwerden, ihre Kommunikationsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Denken Sie daran, dass auch eine Sehschwäche, Schwerhörigkeit und andere Beschwerden die Kommunikation beeinträchtigen können.

### **Helen**

Weil sie zu Hause gestürzt war, kam Helen auf die Unfallstation. Das Personal dort stellte fest, dass sie verwirrt war, Unsinn sprach und die Fragen nicht verstand. Sie wirkte zunehmend frustriert und wurde sehr aufgeregt. Das Personal der Unfallstation gab ihr Medikamente und hielt sie fest, denn alles wies auf Demenz hin. Als schließlich Helens Gemeindesozialarbeiterin zur Unfallstation kam, informierte sie das Krankenhauspersonal, dass Helens Hörgerät zu Hause liegen geblieben sei. Sie war nicht dement – sie konnte nicht hören.

## **Verhaltensweisen, die Demenz begleiten**

Jede Handlung ist ein Versuch, zu kommunizieren. Senioren mit Demenz haben dieselben grundlegenden Bedürfnisse wie wir alle: das Bedürfnis nach Gemeinschaft und Wertschätzung, nach Kommunikation und Anregung. Wenn andere Kommunikationswege verloren gegangen sind, kann das Verhalten – und manchmal aggressives Verhalten – die einzige Möglichkeit sein, zu kommunizieren.

### **Simon**

Simon, ein 79-jähriger Witwer, wurde ins Pflegeheim überwiesen, in die Abteilung für verhaltensauffällige demente Heimbewohner. Das Verhalten von Simon war besonders schwierig, wenn er baden sollte. Es brauchte fünf Menschen, die ihn ins Bad brachten, einen für jede Extremität. Und trotzdem spuckte er noch auf alle, die ihn hielten. Unter seinen Schreien litt die ganze Abteilung. Die herbeigerufene Psychiaterin stellte fest, dass Simon den Holocaust er- und überlebt hatte. Sie vermutete, dass das Bad das Trauma dieser Erfahrung aktivierte. Als das Personal begann, Simon mit einem Schwamm in seinem Zimmer zu waschen, gab es keine Verhaltensprobleme mehr.

In Büchern von Menschen mit Demenz wird ihre Not deutlich. Menschen mit Demenz, die ihre Gefühle nicht mehr verbal ausdrücken können, neigen zu physischer Erregung oder auffälligem Verhalten: Sie ziehen sich aus, schlagen, wandern herum, rufen. Das können Versuche sein, ein bestimmtes Bedürfnis mitzuteilen, oder einfach Hilferufe. In solchen Situationen können die Methoden der Stressbewältigung auf nicht-urteilende Weise für Erleichterung und Beruhigung sorgen.

## Gruppenleiter

### **Versuchen Sie Folgendes: nonverbale Kommunikation**

Achten Sie in Gesprächen einmal auf die nonverbalen Botschaften, die Sie erhalten und senden. Nehmen Sie die Körpersprache wahr. Hören Sie den Tonfall, die Sprachmelodie, den Rhythmus und die Intensität der Sprache. Beobachten Sie den Gesichtsausdruck Ihres Gesprächspartners. Was würden Sie „hören“, wenn Sie die Worte nicht verstehen würden?

Ein Schlüsselement bei MBEC-Kursen und -Maßnahmen ist die persönliche Achtsamkeitspraxis. Wenn ich selbst zentriert und ruhig bin, reagieren sogar Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, Anweisungen zu befolgen oder intellektuell zu verarbeiten, positiv auf die Übungen, die ich anleite. Manche verstehen zwar die geführten Imaginationen oder Anweisungen nicht, aber alle können sich auf den Klang meiner Stimme, auf meine Körpersprache und die annehmende und heilende Umgebung einstellen.

Es mag sein, dass wir Kommunikation mit dementen Senioren oft vermeiden, weil sie Kraft erfordert, große Kreativität, Geduld und die Fähigkeit zu verbaler und nonverbaler Kommunikation. Der Versuch, mit dementen Menschen zu kommunizieren, verbannt uns aus der Komfortzone



# 9

## Wer kümmert sich um uns? Ein Überblick für Pflegekräfte

*„Das ‚Pflegekräfte-Syndrom‘ (ist) ein neuer Ausdruck, der die Stresssymptome von Vollzeitpflegekräften beschreibt.“ (LeRoy, 2007)*

*Altenpfleger sind zu 63 Prozent einem höheren Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt als Gleichaltrige, die keine Pflegekräfte sind. (Schulz & Beach, 1999)*

*„Die meisten Angestellten (Pflegeassistenten in der Langzeitpflege) sind ökonomisch relativ benachteiligt und haben einen niedrigen Bildungsstand. Diese angelernten Angestellten erledigen eine physisch und emotional herausfordernde Arbeit. Aber sie gehören im Dienstleistungssektor zu den am schlechtesten Bezahlten und verdienen wenig mehr als den Minimallohn.“*

*(Stone & Wiener, 2001)*

*Zunehmend beschreiben Politiker, Pflegedienste, Verbraucher und Forscher die Versuche, Altenpfleger für gebrechliche Senioren zu finden und zu halten, als „Krise“. (Stone, 2001)*

Der steigende Anteil der Alten in der Bevölkerung wirkt sich sowohl auf die bezahlten als auch auf die ehrenamtlichen Pflegekräfte aus. Ein höherer Anteil von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen erfordert mehr Pflegekräfte. Angehörige übernehmen unbezahlt die Pflege von Familienmitgliedern und Freunden. Als formale oder professionelle Pflegekräfte bezeichnet man bezahlte Angestellte und Freiwillige, die mit einem Dienstleistungsanbieter verbunden sind. Zwischen diesen Gruppen gibt es Unterschiede, aber eine wichtige Gemeinsamkeit besteht darin, dass sie – da sie es sind, die den Senioren die direkte Pflege zukommen lassen – den größten Einfluss auf deren Leben haben. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass Pflegen stressig ist. Und die Pflege von Personen mit Demenz und Verhaltensproblemen ist am schwierigsten (Pinquart & Sörensen, 2003).

Die emotionale und physische Wirkung der Pflege ist gut dokumentiert (Cohen-Mansfield, 1995; Schulz & Martire, 2004; Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). Das Wohlbefinden der Pflegeempfänger und der Pflegekräfte ist auf viele Arten miteinander verbunden. Die Stimmung und Verfassung der Pflegekräfte und Pflegeempfänger wirken eng aufeinander ein. Jemanden zu pflegen ist gewöhnlich eine intime Erfahrung; gebrechliche Senioren sind oft abhängig von anderen, mit deren Hilfe sie ihre persönlichen Bedürfnisse befriedigen und überhaupt überleben können. Für Pflegekräfte können die Aufgaben physisch und emotional ermüdend sein. Finanzielle Einschränkungen gehören oft dazu: Pflegende Angehörige sind oft unbezahlt und haben noch andere Aufgaben, zum Beispiel eine bezahlte Arbeit. Professionelle Pflegekräfte werden für die direkte Pflege von Senioren schlecht bezahlt. Sie sind mit ihrer Arbeit oft unzufrieden und haben Gesundheitsprobleme, die sich daraus ableiten. Diese Bedingungen führen zu häufigen Jobwechseln, vielen Krankentagen und schlechter Arbeit (Dunn, Rout, Carson & Ritter, 1994; Pekkarinen, Sinervo, Perälä & Elovainio, 1990; Zimmermann et al., 2005). Trotz ähnlicher Interessen gibt es auch Unterschiede zwischen bezahlten und unbezahlten Pflegekräften. Forschungsstudien untersuchen diese Gruppen deshalb getrennt. Dieser Abschnitt bespricht Achtsamkeitsgruppen und andere Interventionen für pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte. Das folgende Kapitel gibt

einen kurzen Überblick darüber, wie sich das Pflegen auf sie auswirkt, und welche Maßnahmen nachweislich hilfreich sind.

## **Pflegende Angehörige**

### **Pflegende Angehörige – was sind das für Leute?**

Familienmitglieder und Freunde sind oft die ersten Ansprechpartner, wenn es um Altenpflege geht. Einen Angehörigen zu pflegen kann einfach sein (wenn man ihn täglich anruft) oder aufwendig (wenn man ihn rund um die Uhr betreut und pflegt). Die private Pflege hat sich verändert, weil sich Gesundheit, Lebenserwartung und Lebensstile verändert haben. Große Familien, die in unmittelbarer Nähe oder in demselben Haus zusammenleben, sind selten. Außerdem arbeiten die meisten Erwachsenen viele Stunden außerhalb von Zuhause. Senioren in ihren Neunzigern müssen vielleicht von ihren Kindern gepflegt werden, die in den Sechzigern oder Siebzigern sind und eventuell selbst Gesundheitsprobleme haben.

Pflegende Angehörige können jedes Alter, jede Volkszugehörigkeit und jedes Geschlecht haben. Meistens sind es Frauen, besonders die Töchter der Pflegebedürftigen. Die Familien sind in hohem Maße auf sie angewiesen. Aber nicht nur die Familien, sondern auch die staatlichen Agenturen, die die Last sonst tragen müssten. Die Programme zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen sind ebenso unzulänglich wie die Anerkennung ihrer Dienste und ihrer Opferbereitschaft (Feinberg & Newman, 2006; Wolff & Kasper, 2006). Es wird geschätzt, dass in den Vereinigten Staaten gegenwärtig 5,9 bis 52 Millionen Pflegekräfte einem Familienmitglied oder Freund bei den täglichen Verrichtungen helfen. Diese Zahlen variieren, je nachdem, wie *Pflegekraft* und *Pflegeempfänger* definiert werden. Kriterien sind dabei das Alter des Pflegeempfängers, der Umfang der bereitgestellten Pflege (nach Stunden) sowie Art und Zeitraum der Pflege (Family Caregiver Alliance, 2001).

## Wie wirkt sich die Pflege auf das Leben der pflegenden Angehörigen aus?

In einem neueren Artikel bemerkten Wolff und Kasper (2006), dass 52,8 Prozent der Pflegekräfte ihre Hilfe zur Verfügung stellen, ohne von einer zweiten Pflegekraft unterstützt zu werden. Darüber hinaus pflegen 41,3 Prozent von ihnen die leiblichen Eltern und sind sehr wahrscheinlich vollzeitbeschäftigt; 38,4 Prozent pflegen ihren Ehepartner und sind vermutlich selbst alt und gebrechlich. Die Persönlichkeiten und Situationen sind natürlich sehr verschieden, aber Studien berichten, dass pflegende Angehörige insgesamt mehr Depressionen und andere psychische Probleme erleben als Gleichaltrige, die niemanden pflegen (Covinsky et al., 2003; Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995). Tatsächlich kann das Übersiedeln des Pflegeempfängers in ein Pflegeheim die Depression und Angststörungen der Pflegekraft verschlimmern. Für pflegende Ehepartner ist dieser Übergang am schwierigsten, und fast die Hälfte besucht den Pflegeempfänger weiterhin täglich (Schulz et al., 2004).

## Allgemeine Themen für pflegende Angehörige gebrechlicher Senioren

### *Isolation*

Die Aufgabe, jemanden zu pflegen, kann sehr fordernd sein. Außerdem hat die Pflegekraft häufig zusätzliche Aufgaben. Dies kann dazu führen, dass sie von jeder Unterstützung isoliert wird, die die Wirkung der Pflege mildern könnte. Wenn niemand in der Nähe ist, der ihre Gefühle versteht, fühlen sich die Pflegenden auch emotional isoliert.

### *Wut*

Wut kann ein unterschwelliges Problem sein, weil sie von der Gesellschaft nicht sanktioniert wird. Sie erzeugt besonders viel Gift, weil die Pflegekraft diese Emotion oft mit niemandem teilen kann. Das kann zu weiterer Isolation und potenziell zu Gesundheitsproblemen führen (Vitaliano, Scanlan, Krenz & Fujimoto, 1996). Wut kann sich ganz realistisch auf die unfaire Verteilung der Last beziehen, wenn die Pflegeaufgaben innerhalb der Familie nicht gerecht aufgeteilt sind. Wut auf den zu Pflegenden und seine

Wünsche, sein unsinniges oder gefährliches Verhalten kann auch dazu führen, dass man auf sich selbst wütend wird, weil man nicht mitfühlender oder verständnisvoller ist (Tabak, Ehrenfeld & Alpert, 1997).

### *Verzweiflung, Unsicherheit und Angst*

Senioren mit chronischen Beschwerden zu pflegen bedeutet im Allgemeinen nichts Gutes, denn es wird ihnen in der Regel nicht besser gehen, sondern sie werden immer stärker eingeschränkt sein und mehr Pflege brauchen. Pflegebedürfnisse können sich täglich verändern, schnell oder langsam. Kinder von gebrechlichen Senioren, die selbst schon alt sind, fragen sich vielleicht, was dies für sie bedeutet. Werde ich diese Krankheit auch bekommen?

### *Wahrnehmen von Stress*

Welchen Stress die Pflegekraft empfindet, hängt wahrscheinlich stärker von seiner oder ihrer Wahrnehmung der Aufgaben ab als von der Art und dem Ausmaß der Pflege selbst. Yates, Tennstedt und Chang (1999) fanden heraus, dass eine Pflegekraft, die das Gefühl hat, die Situation zu beherrschen, weniger anfällig für Depressionen ist. Goodman, Zarit und Steiner (1997) stellten fest, dass die Belastung der Pflegekraft auch durch ihre Beurteilung der Erfahrung des Pflegens geprägt ist.

### *Physische Bedürfnisse*

Senioren zu pflegen kann auch körperlich anspruchsvoll sein. Sie brauchen zum Beispiel Hilfe, um vom Stuhl zum Bett zu wechseln oder zur Toilette zu gelangen. Wenn der Senior verwirrt ist, ist er oder sie vielleicht aggressiv und schlägt nach der Pflegekraft. Diese Aufgaben können auch die Pflegekraft beschädigen.

### *Belohnung für die Pflege*

Manche Pflegekräfte berichten, dass die Erfahrung der Pflege selbst wie eine Belohnung für sie ist, da sie zum Beispiel das Gefühl haben, geschätzt zu werden und hilfreich zu sein. Manche stellen sogar fest, dass sich ihre Beziehung zum Pflegeempfänger verbessert (Beach, Schulz, Yee & Jackson, 2000).

## Was hilft? Unterstützung für pflegende Angehörige

Schultz und seine Kollegen haben die Literatur zu Maßnahmen für pflegende Angehörige dementer Senioren untersucht und festgestellt, dass in vielen Studien von kleinen bis mäßigen Wirkungen berichtet wurde. Zwar berichten wenige Studien über klinisch signifikante Ergebnisse. Immerhin erreichen die Maßnahmen ihr Ziel, die tief gehenden und weitverbreiteten Auswirkungen der Pflegetätigkeit auf die körperliche und psychische Gesundheit zu mildern (Schulz et al., 2002). In einer Literaturübersicht über Forschungsarbeiten zu Pflegekräften schreibt Mittelman (2005), dass psychoedukative Maßnahmen am häufigsten eingesetzt werden, unterstützende Maßnahmen aber effektiver sind, um psychologische Symptome bei Pflegekräften wie auch bei Pflegeempfängern zu lindern. Mit einem Wort, sie fand heraus, dass die Behandlung der Pflegekräfte ein wichtiger Faktor in der Therapie chronischer Krankheiten und Behinderungen ist.

Es stellte sich heraus, dass Depressionen von Angehörigen, die ihren an Alzheimer erkrankten Ehepartner pflegen, durch Beratungs- und Unterstützungsgruppen effektiv gemindert werden können. Die Linderung hielt drei Jahre an (Mittelman, Roth, Coon & Haley, 2004). In Selbsthilfegruppen können pflegende Angehörige sich in geschützter und unterstützender Umgebung miteinander verbinden. Sie besuchen diese Gruppen, um eine Atempause, Gesellschaft, frischen Wind, Bestätigung, Bildung, zusätzliche Qualifikationen und Hoffnung zu finden (Toseland, 1995, Seite 228). Dennoch vernachlässigen sie aus vielen Gründen ihre eigenen Pflegebedürfnisse. Vielleicht glauben sie, dass sie auf der Hut sein müssen. Sie sorgen sich, dass es katastrophale Konsequenzen haben wird, wenn sie nicht ständig überwachen, wie es dem Pflegeempfänger geht. Sie fühlen sich vielleicht auch schuldig, weil sie Dinge genießen, die den zu Pflegenden versagt sind. Eine langfristige Planung kann schwierig sein, wenn der Zustand des Pflegeempfängers instabil ist. Viele Pflegekräfte benötigen Ermutigung und Anleitung, um für sich selbst zu sorgen. Allein, sich zu einem Kurs zu verpflichten, kann Mut und Initiative erfordern.

## Professionelle Pflegekräfte

Auch die Gruppe der Menschen, die sich innerhalb öffentlicher Institutionen um Senioren kümmern, ist heterogen. Die eigentlichen Pflegekräfte, die die Hauptlast der Pflege tragen, sind meistens sozio-ökonomisch schlecht gestellt, schlecht ausgebildet und größtenteils weiblich. Die Bezahlung ist schlecht, und die körperlichen und emotionalen Herausforderungen sind groß (Personick, 1990; Stone & Wiener, 2001). Die Fluktuation der Pflegeassistenten in der Langzeitpflege wird auf jährlich 40 bis 100 Prozent geschätzt (Cohen-Mansfield, 1997; Stone & Wiener, 2001). Die Fluktuation erhöht den Stress derer, die bleiben, und verschärft die Situation weiter. Die meisten Tätigkeiten sind durch staatliche Vorschriften reguliert, was – oft korrekt – als Willkür auf Papier wahrgenommen wird. Die Frustration der Pflegekräfte wächst, denn die Papierarbeit hindert sie oft daran, mit den Senioren Zeit zu verbringen. Die Nähe zu den Bewohnern hilft ihnen, deren individuelle Bedürfnisse zu verstehen. Über die Jahre entwickeln sich beim Pflegen Beziehungen. Und doch sind diese Pflegekräfte traditionell nicht an Entscheidungen beteiligt und können sogar bestraft werden, wenn sie die Vorschriften nicht befolgen. Es kann auch passieren, dass bei der Pflege von Personen aus anderen Kulturkreisen Missverständnisse aufkommen. Studien über Stress bei professionellen Pflegekräften nennen Zeitdruck (Pekkarinen, Sinervo, Perälä & Elovainio, 2004), niedrigen Lohn, zu wenig Personal, das Gefühl, vom Management nicht geschätzt zu werden, körperlich anstrengende Arbeit (Dunn et al., 1994), hohe Anforderungen seitens der Heimbewohner, Richtlinien des Managements und persönliche Probleme (Cohen-Mansfield, 1995). Leider gibt es wenig Forschung zu effektiven Maßnahmen für professionelle Pflegekräfte. Tatsächlich wird der Begriff *Pflegekraft* (in den USA) gewöhnlich mit *pflegender Angehöriger* gleichgesetzt.

Initiativen zum Kulturwandel schätzen Pflegekräfte und bemühen sich aktiv, sie einzustellen. Ihre Vertreter befürworten ein personenbezogenes, kreatives und individualisiertes Modell für die Pflege. Für sie sind die Beziehungen ein zentrales Element der Pflegeleistungen. (Siehe „Pionier Werte“ in Kapitel 1.) Das „Paraprofessional Healthcare Institute“ konzentriert sich sowohl auf die Pflegekraft als auch auf den Pflegeempfänger, da es die immanente Verbindung zwischen beiden anerkennt. Bill

## Online.

Umfangreiche Informationen zu unseren Themen,  
ausführliche Leseproben aller unserer Bücher,  
einen versandkostenfreien Bestellservice und unseren  
kostenlosen Newsletter. All das und mehr finden Sie auf  
unserer Website.

[www.arbor-verlag.de](http://www.arbor-verlag.de)

Mehr zu Lucia McBee:

[www.arbor-verlag.de/lucia-mcbee](http://www.arbor-verlag.de/lucia-mcbee)