

Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen



Transparenz und Offenheit im Umgang mit schwierigen oder heiklen Seiten im Pflegealltag wirken auf Pflegende unterstützend und können entlasten. Deshalb will die Broschüre „Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen“ zu einem aktiven Umgang mit den Themen Gewalt, Ekel und Scham anregen sowie Pflegenden und Führungskräfte im Sinne eines gesundheitsfürsorglichen Handelns sensibilisieren. Die Broschüre enthält nicht nur Informationen, sondern auch praktische Vorschläge, mit deren Hilfe der Umgang mit diesen Themen durch eigenes Handeln verändert werden kann.

Die **Offensive Gesund Pflegen** ist ein Partnernetzwerk innerhalb der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Im Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit steht der Transfer des vorhandenen Wissens über gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen in der Pflege in die Einrichtungen, mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der professionell Pflegenden zu erhalten und zu fördern.

Die **Initiative Neue Qualität der Arbeit** (INQA) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales verfolgt als gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Verbänden und Institutionen der Wirtschaft, Kammern, Gewerkschaften, Unternehmen, Sozialversicherungsträgern und Stiftungen das Ziel, mehr Arbeitsqualität als Schlüssel für Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit am Standort Deutschland zu verwirklichen. Dazu bietet die im Jahr 2002 ins Leben gerufene Initiative umfassende Beratungs- und Informationsangebote, umfangreiche Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch, inspirierende Beispiele aus der Praxis sowie ein Förderprogramm für Projekte, die neue personal- und beschäftigungspolitische Ansätze auf den Weg bringen.



Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	4
Verletzende Momente – vom Schlag ins Gesicht überrascht ...	6
Physische Gewalt im Pflegealltag	7
Wenn Gewalt im Spiel ist: Was belastet Pflegende?	9
Wie körperlich aggressives Verhalten bei Menschen mit Demenz entstehen kann	10
Gewalt erfahren – wie gehe ich professionell damit um?	11
Kleine Tipps für den Pflegealltag	15
Oh, wie peinlich! Wenn man im Erdboden versinken möchte ...	16
Schambesetzte Situationen im Pflegealltag	17
Wenn einen Scham überfällt: Was belastet Pflegende?	18
Wodurch sexuell enthemmtes Verhalten bei Menschen mit Demenz entstehen kann	20
Scham erleben – wie gehe ich professionell damit um?	20
Kleine Tipps für den Pflegealltag	23
Wenn einem Ekelregendes begegnet ...	24
Ekel auslösende Situationen im Pflegealltag	25
Wenn einen der Ekel „ankriecht“: Was belastet Pflegende?	27
Wenn Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz Ekelgefühle auslösen	28
Ekel erleben – wie gehe ich professionell damit um?	28
Kleine Tipps für den Pflegealltag	31
Literatur	32
Anhang	33
Impressum	40



Vorwort

Die Offensive Gesund Pflegen beschäftigt sich seit einigen Jahren mit dem Thema „Demografischer Wandel in der Pflege“. Die Demenz Support Stuttgart gGmbH hat in diesem Rahmen das Modellprojekt „Demenz – Organisation – Selbstpflege“ durchgeführt. Es basiert auf einem Interventionskonzept zur demenzspezifischen Lern- und Prozessbegleitung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Sowohl in den Lernbegleitungseinheiten als auch in den Arbeitsgruppen kamen immer wieder Themen auf, die im Pflegealltag wenig bzw. kaum offen angesprochen werden. Dies gilt insbesondere für Erfahrungen körperlicher Gewalt sowie für scham- oder ekelbesetzte Situationen, denen sich Pflegenden im Arbeitsalltag häufig stellen müssen. Die vorliegende Broschüre stellt genau diese Themen – Gewalt, Ekel und Scham – in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Ziel ist es, dafür zu sensibilisieren, wie bedeutsam die Auseinandersetzung mit Tabuthemen wie diesen ist. Pflegenden und Führungskräfte erhalten einen Überblick und Anregungen dazu, wie Gewalt-, Ekel- und Schamerfahrungen bewusst thematisiert werden können und wie sich so ihre belastende Wirkung zumindest ein Stück weit abmildern lässt.

Weitere Informationen unter www.modellprojekt-demos.de

Einleitung

Professionell Pflegende sind in aller Regel immer dort und dann gefragt, wo Sorge und Versorgung hilfebedürftiger Personen Kraft und Kapazitäten des persönlichen Umfelds (Familienangehörige, Freundeskreis, Nachbarschaft) übersteigen und Fachkompetenz gefordert ist. Eine der besonderen Anforderungen an beruflich Pflegende ist eine erhöhte Toleranz gegenüber krankheitsbedingten körperlichen Vorgängen und Veränderungen und insbesondere gegenüber den verschiedenartigen Ausscheidungen des gesunden wie erkrankten menschlichen Körpers.

Pflegende sind häufig Situationen ausgesetzt, in denen sie körperliche Gewalt erleben und ertragen, Schamgefühle bewältigen und Ekelgefühle überwinden oder kompensieren müssen. Gewalterfahrungen, Ekel und Scham werden in den Einrichtungen in aller Regel nicht offen verhandelt. Oftmals werden sie nur in Extremfällen, wie etwa bei massiven Verletzungen Pflegender, sichtbar.

Offenbar handelt es sich um tabubesetzte Themen, die in den vielfältigen Anforderungen des Arbeitsalltags untergehen und im stillschweigenden Konsens der Pflegekultur ihren Platz gefunden haben. Gleichwohl erstaunt das Schweigen über diese Themen – nicht zuletzt deshalb, weil Pflegende sich nach eigenen Aussagen durch körperlich aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern stark belastet fühlen.

Bei den in dieser Broschüre besprochenen Themen muss es darum gehen, zweierlei in den Blick zu nehmen: zum einen die einzelne Mitarbeiterin und den einzelnen Mitarbeiter, etwa in ihren oder seinen Selbstsorgekompetenzen. Zum anderen sind die Einrichtungen bzw. deren Leitungen gefragt bzw. deren Arbeits- und Pflegekultur mit ihren Einstellungen, Werten, Gepflogenheiten und Strategien, mit schwierigen Themen im Arbeitsalltag umzugehen.

Schattenthemen der Pflege

In der Pflege ist das Thema Gewalt sprichwörtlich ein weites Feld und körperliche Tätlichkeiten, die sich gegen Pflegende richten, stellen hier lediglich einen Teilbereich dar. Eine Broschüre wie diese kann kein Gesamtbild dieser komplexen Thematik zeichnen. Vielmehr konzentriert sich die Aufmerksamkeit in diesem Zusammenhang auf körperlich aggressive Verhaltensweisen gegen Pflegende. Auftretende gewaltförmige Übergriffe wie verbal aggressives Verhalten (z. B. Beschimpfungen oder Bedrohungen) sowie gegen Bewohner/-innen gerichtete Gewalt werden in dieser Broschüre nicht behandelt.

Pflegesituationen, die als peinlich und schamvoll erlebt werden, treten im Pflegealltag häufig auf. Über sie wird oft allenfalls unter vorgehaltener Hand gesprochen. Dies ist zunächst nicht weiter verwunderlich, denn schließlich betreffen sie in typischer Weise sehr intime Bedürfnisse anderer Menschen und rühren bei Pflegenden an deren persönlich gefärbtes, emotionales Empfinden und ihre Grenzen. Wie und in welcher Form über solche Situationen gemeinsam nachgedacht und gesprochen werden kann, darüber herrscht Unsicherheit. Allzu oft fehlen denjenigen, die sich durch entsprechende Erfah-

rungen belastet fühlen, die Worte, um sich durch das Teilen und Mitteilen ein Stück weit von diesen zu „befreien“. Im Rahmen dieser Broschüre werden insbesondere die sexuellen Übergriffe thematisiert und es wird zu einem offenen Umgang mit dieser Problematik nicht nur im Team, sondern auch im Kontakt mit Angehörigen ermutigt.

Schließlich erleben Pflegende in ihrer täglichen Arbeit immer wieder Situationen, die bei ihnen Ekelgefühle auslösen. Derartige Gefühle werden in aller Regel im Rahmen der individuellen Toleranzgrenze und der professionellen Grundhaltung ausbalanciert. Doch es gibt durchaus Erlebnisse und Vorfälle, die selbst durch die größte Professionalität nicht ausgeglichen werden können und so die Gefahr in sich bergen, die Entstehung von Abneigungen gegen alte und pflegebedürftige Menschen zu begünstigen. Da die Pflegefachausbildung eine Auseinandersetzung mit Ekelgefühlen beinhaltet, wird vorausgesetzt, dass diese Emotion erfolgreich bewältigt wird.

Allerdings setzen sich Pflegeteams heute vielfach aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit sehr unterschiedlichen Qualifikationsprofilen und beruflichen Hintergründen zusammen. Insofern ist nicht davon auszugehen, dass allen Mitgliedern eines Teams die gleichen Möglichkeiten des Umgangs und Hilfestellungen bei der Bewältigung von Ekel-Erfahrungen zur Verfügung stehen. Auch mit Blick auf diese Situation soll dazu angeregt werden, einen offenen Austausch zu führen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

Menschen mit Demenz

Die hier vorgestellten tabubesetzten Themen weisen keinen notwendigen Zusammenhang zum Phänomen Demenz auf. Es gibt viele andere Erkrankungen, die Pflegende ebenso mit diesen Themen konfrontieren. Dennoch: Zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeeinrichtungen weisen demenzielle Veränderungen auf. Außerdem erfolgt ein Umzug ins Pflegeheim oftmals dann, wenn herausfordernde Verhaltensweisen im häuslichen Umfeld nicht mehr gehandhabt werden können oder, wie beispielsweise bei einer Stuhl-Inkontinenz, die pflegerischen Anforderungen die Kräfte von Familienangehörigen übersteigen (Müller-Hergl, 2004). Insgesamt bildet vor allem das Auftreten so genannter „herausfordernder“ Verhaltensweisen bei Menschen mit einer Demenz häufig den Hintergrund für die Konfrontation mit gewalt-, ekel- oder schambesetzten Erfahrungen Pflegender. Die Behandlung der drei Themenbereiche wird deshalb jeweils mit einem Informationskasten ergänzt, der auf die Zusammenhänge mit demenziellen Erkrankungen eingeht.

Alle Pflegenden sind angesprochen

In Teams, die sowohl aus Fachkräften als auch Hilfskräften aus unterschiedlichen Berufsgruppen bestehen, können durch Gewalt-, Ekel- und Schamerfahrungen großes Unbehagen und Unsicherheit entstehen. Diese Broschüre möchte Mut machen, die eigenen Grenzen wahrzunehmen, sich im Team zu verständigen und eine Kultur des Austauschs zu etablieren. All dies scheint umso dringlicher angesichts des Umstands, dass an der Pflege heute und in Zukunft sehr unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt sind. Es kann bereits eine Erleichterung sein, wenn im Team offen über diese tabuisierten Themen gesprochen wird und sich dadurch zeigt, dass Gefühle wie Ekel oder Scham von vielen empfunden werden und also „normal“ sind. Auch wenn hier keine Patentrezepte verteilt werden können und sollen, bietet diese Broschüre doch eine Hilfestellung für Pflegende, um überhöhte Erwartungen an ihre Toleranzschwellen zu korrigieren und darüber hinaus einen Anreiz, aktiv an Lösungen zu arbeiten.



Frau Maier ist seit drei Monaten im Pflegeheim. Bei der Körperpflege braucht sie Unterstützung. Sie sitzt am Bettrand und ihre Füße baumeln in der Luft. Die Altenpflegerin Monika Häusler, die sie bei der Morgentoilette unterstützt, holt die Hausschuhe unter dem Bett hervor, um sie Frau Maier anzuziehen. Dazu umfasst sie deren Fuß mit der einen Hand und versucht, ihn in den Schuh einzufädeln. Frau Maier spürt etwas an ihrem Fuß, blickt nach unten, sieht einen braunen Haarschopf unter sich, schreit und greift zu ...

Verletzende Momente – vom Schlag ins Gesicht überrascht ...

► Physische Gewalt im Pflegealltag

Der Pflegealltag bringt es mit sich, dass Pflegendе immer wieder mit Situationen konfrontiert werden, die sie physisch oder psychisch verletzen. Pflegendе betrachten solche körperlichen Angriffe und Verletzungen oftmals als „Berufsrisiko“. Das Spektrum körperlicher Attacken reicht von Schlägen, Treten, Beißen, Stoßen, Kneifen bis hin zum Anspucken oder zu Verletzungen, die mit Gegenständen zugefügt werden. In manchen Fällen gehen solchen körperlichen Angriffen verbale Aggressionen wie Beschimpfungen oder Drohungen voraus, in anderen entwickeln sie sich aus einer vordergründig entspannten Situation und treffen Pflegendе völlig überraschend.

Die Situationen, in denen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner gegen Pflegendе tötlich werden, lassen sich überwiegend sechs Kategorien zuordnen:

1. Wenn Pflegehandlungen es erfordern, die gewohnte Körperdistanz aufzuheben

Dies gilt grundsätzlich im Zusammenhang mit Behandlungspflege (Wundverbände etc.), Körperpflege, Intimpflege oder für die Begleitung bei Toilettengängen, bei Transfers oder Lagerungswechseln aufgrund von Bewegungseinschränkungen, beim An- und Auskleiden und teilweise auch beim Anreichen von Speisen und Getränken. In all diesen Fällen werden erlernte Normen des Distanzhaltens außer Kraft gesetzt und es wird – gezwungenermaßen – gegen Distanzbedürfnisse verstoßen. Wenn die Bewohnerinnen oder Bewohner durch kognitive Einschränkungen oder Sinnesbeeinträchtigungen gehandicapt sind, ist die Gefahr groß, dass sie die erfolgte Grenzüberschreitung nicht nachvollziehen können und die Handlung als Aggression deuten. Feindselige Reaktionen auf diese subjektiv erlebten Überschreitungen sind für die Pflegebedürftigen nicht selten Notwehr.

2. Wenn demenzbedingte

Beeinträchtigungen vorliegen

Bei Menschen mit Demenz können Orientierungsschwierigkeiten Erregungszustände und Irritationen hervorrufen, die sich durch ungünstige Umgebungsbedingungen (z. B. hoher Geräuschpegel) noch verstärken. Unwohlsein oder Schmerzen können oftmals nicht mitgeteilt werden, sondern finden ihren Ausdruck in agitiertem, aggressivem oder auch apathischem Verhalten. Werden die Wirkfaktoren der Umwelt übersehen, dann können Missverständnisse und Abwehrreaktionen bei Bewohnerinnen und Bewohnern zu körperlichen Tätlichkeiten gegen Pflegende führen.

3. Wenn Wahnvorstellungen und Verkennungen im Spiel sind

Körperlich aggressives Verhalten kann auch durch Wahnvorstellungen verursacht werden, die mit einer Demenzerkrankung oder mit anderen psychiatrischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen. Andere mögliche Auslöser sind Medikamente oder delirante Zustände, die beispielsweise hohem Fieber oder einer Unterversorgung (z. B. Flüssigkeitsmangel) geschuldet sind.

4. Wenn bedrohliche Erinnerungen geweckt werden

Eine Pflegeperson kann eine Erinnerung an eine Situation auslösen, die ihr Gegenüber in der Vergangenheit als bedrohlich erlebt hat. Auslöser (Fachbegriff „Trigger“) können Sprache (eine Redewendung, aber auch eine fremde Sprache), Dialekt, Aussehen, Geschlecht, Kleidung o. ä. sein. Im Zusammenhang mit einer pflegerischen Handlung, die den „normalen“ Distanzbereich durchbricht, kann sich eine Abwehrreaktion verstärken (zum Beispiel dann, wenn die Pflege von Frauen durch männliche Mitarbeiter ausgeführt wird).

5. Wenn Konflikte ausgetragen werden

Unter Bewohnern und Bewohnerinnen entstehen immer wieder konflikthafte Situationen, die auch mit Handgreiflichkeiten verbunden sein können. Pflegende können mit ihren Schlichtungsversuchen leicht zwischen die Fronten geraten und so unfreiwillige Adressanten körperlicher Gewalt werden.

6. Wenn die Worte fehlen

Aggressives Verhalten ist eine Form der Kommunikation bzw. ein Mitteilungsversuch, wenn die (richtigen) Worte fehlen. Oftmals stellen sich mit dem Fortschreiten einer demenziellen Erkrankung zunehmend Sprachbeeinträchtigungen ein. Die Suche nach Begriffen und das Ringen um Worte können bereits in einem frühen Krankheitsstadium mit Ärger oder Wut unterlegt sein. In einem solchen Fall macht die Erfolglosigkeit des Bemühens den Kompetenzverlust bewusst und wirkt sich negativ auf das Selbstwertgefühl aus. Eine Person mit Demenz fühlt sich unverstanden oder nicht gehört. Sie kanalisiert ihre Wut ungefiltert und direkt, macht ihrem Ärger „Luft“. Diese körperliche Energie kann für Pflegende in Form von Handgreiflichkeiten spürbar werden.

► Wenn Gewalt im Spiel ist: Was belastet Pflegende?

Wie eine australische Studie (Cubit et. al., 2007) nachweist, ist das Ausüben von körperlicher Gewalt jene Verhaltensweise demenziell veränderter Menschen, die Pflegende am stärksten belastet. Auf Platz zwei der Belastungsliste folgt dann verbal herausforderndes Verhalten (z. B. Beschimpfungen oder Beleidigungen). Platz drei nehmen das Umherwandern und aufdringliches Verhalten ein.

Körperliche Gewalt erfahren

Körperliche Gewalt zu erleben bedeutet eine große Kränkung, mitunter sogar eine traumatische Erfahrung. Abgesehen von dem Schmerz, der einem zugefügt wird, stellt die gewaltförmige Handlung eine Verletzung der eigenen körperlichen Unversehrtheit dar. Zurück bleiben nicht selten blaue Flecken, Riss- und Kratzwunden, aber auch seelische Verletzungen.

Aus der Rolle fallen

Unvermittelt angegriffen zu werden löst zunächst einmal Überraschung und Schrecken aus. Die Erfahrung, dass die Situation außer Kontrolle geraten ist, ist dabei zentral. Mit einem Schlag sind etablierte Rollen und Verhaltensweisen außer Kraft gesetzt. In einer solchen Situation können Pflegende von einem breiten Spektrum an Empfindungen wie Schmerz, Ratlosigkeit, Ärger, Wut, Enttäuschung, Hilflosigkeit oder Angst überwältigt werden. Hier stellt die Berufsethik ein Gebotsschild auf: Setze alles daran, möglichst angemessen und friedlich zu reagieren!

Mit der Bewältigung allein sein bzw. allein gelassen werden

Stellen wir uns folgende Situation vor: Frau Häusler, examinierte Altenpflegerin mit langjähriger Berufserfahrung, hat einen körperlichen Übergriff erlebt und dies auch berichtet. Da „nichts passiert“ ist, d. h. keine ernsthafte körperliche Verletzung vorliegt, wurde der Vorfall zwar dokumentiert, doch anschließend ist man rasch wieder zur Alltagsroutine zurückgekehrt. Für Frau Häusler ist dieser Vorfall jedoch nicht so schnell abgeschlossen. Ihrer Vorstellung zufolge

muss eine „gute“ Pflegekraft über einem solchen Vorkommnis stehen und ein derartiges Erlebnis emotional „wegstecken“. Gleichzeitig erlebt sie in den nächsten Tagen, dass ihr das nicht gelingt. Es mehren sich Befürchtungen, den professionellen Erwartungen nicht zu genügen oder bei ähnlichen Vorkommnissen in der Zukunft zu „versagen“. So kann die alltägliche Berufsausübung oder allein schon der Aufenthalt am Arbeitsplatz zur Qual werden.

Dabei ist zu beachten: Die Toleranzschwellen und ethisch fundierten Anker, die den Umgang mit physischen Übergriffen oder gar Verletzungen beeinflussen, sind bei Pflegenden sehr unterschiedlich.

Auch die Reaktionen der Pflegenden sind breit gefächert: Auf der einen Seite des Spektrums stehen Fälle, in denen die Tätlichkeit als persönlicher Angriff gedeutet und der oder die tätlich gewordene Bewohnerin oder Bewohner als „böse“ oder „schlecht“ verurteilt wird. Und am anderen Ende finden sich Teams und Einrichtungen, in denen solche Vorkommnisse reflektiert und die Begleitumstände vertieft analysiert werden, um die Ursachen bzw. Beweggründe des bewohnerseitigen Verhaltens zu verstehen. Damit Situationen „bearbeitet“, d. h. konstruktiv aufgelöst werden können, muss im Pflege team nicht nur entsprechendes Hintergrundwissen vorhanden sein, sondern auch ein Austausch darüber stattfinden, was es überhaupt bedeutet, mit körperlichen Übergriffen „professionell“ umzugehen.

In der Sackgasse vermeintlicher

Professionalität gefangen sein:

„Einstecken“ und „Runterschlucken“

Auch in Pflege teams, die im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz einen hohen Anspruch an sich stellen, kann ein Stillschweigen eintreten. Dies geschieht vor allem dann, wenn die Toleranzgrenzen im Team so weit gesteckt sind, dass die Notwendigkeit der Selbstsorge völlig in den Hintergrund

gedrängt ist. In einem Team, in dem ein solches Ethos herrscht, wird der Austausch über die erfahrenen Verletzungen (physischer wie psychischer Art) mit hoher Wahrscheinlichkeit vernachlässigt. Bereits die Notwendigkeit, über einen körperlichen Übergriff zu berichten, kann unter diesen Bedingungen als Eingeständnis persönlicher Inkompetenz empfunden werden. Kommentiert dann eine Kollegin oder ein Kollege den Vorfall mit einem Satz wie „Mir ist das

noch nie passiert!“, ist die Gefahr groß, dass derartige Vorkommnisse verschwiegen werden und Betroffene ihrer Arbeit unter dem Eindruck persönlichen Versagens nachgehen. Werden psychische wie auch physische Gewalterfahrungen von Pflegenden und Leitungskräften ignoriert, besteht die Gefahr, dass sich eine Distanzierung einschleicht, die zu Krankheitsausfällen, Burnout oder sogar zum Berufsausstieg führen kann.

► Wie körperlich aggressives Verhalten bei Menschen mit Demenz entstehen kann

Jedem Verhalten liegt ein Sinn zugrunde. Für die Verhaltensweisen demenziell veränderter Menschen lässt sich durch eine genaue Beobachtung (siehe Anhang S.34) und eine strukturierte Re-

flexion oft, wenngleich nicht immer, eine Erklärung finden (siehe hierzu: Bausteine. demenz: Fallbesprechungen. In: demenz – Das Magazin 12/2012).

Mögliche Ursachen für aggressives Verhalten können unter anderem sein:

Körperliche Faktoren	Psychische Faktoren
Schmerzen und deren Ursachen (nicht erkannte Knochen- und Gelenkschmerzen, Tumorerkrankungen etc.), Sucht- und Angsterkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel, Übermüdung	Eingeschränktes Kommunikations- und Ausdrucksvermögen, Stress, Überforderung, Frustration, Unbehagen und Unwohlsein, Unzufriedenheit, starke Emotionalität (Ärger, Wut, Angst, Trauer, Verzweiflung, Hilflosigkeit), Schuldgefühle, Freiheitsentzug, das Gefühl starker Abhängigkeit und fehlender Selbstbestimmung, Selbstwertverlust, Minderwertigkeitserleben, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit (Gefühlsansteckung), Verhinderung von Sexualität, Kontroll- und Autonomieverlust, Abwehrverhalten
Interaktionsbedingte Faktoren	Umweltfaktoren und Milieu
Verletzt oder gekränkt sein. Ignoriert oder übergangen werden, Geringschätzung erfahren, überrollt werden, als Gegenstand behandelt werden, Konflikte mit anderen, Reaktion auf Besuche.	Umweltstressoren (Geruch, Akustik, Raumklima), Reizüberflutung bzw. Überstimulation, fehlende Rückzugsmöglichkeit, Hektik, zu wenig Personal bzw. Mitarbeiter, die quantitativ zu viel Arbeit bewältigen müssen



► Gewalt erfahren – wie gehe ich professionell damit um?

Die schmerzvolle Missachtung der eigenen Unversehrtheit kann als persönlicher Angriff und Abwertung der eigenen Person gedeutet werden. Ein solches Verständnis lässt jedoch die Besonderheiten demenzieller Veränderungen außer Acht. Ein demenzkranker Mensch handelt nicht wie ein bösartiger Aggressor. Vielmehr reagiert er auf ein Ereignis oder eine Situation, die er als bedrohlich, beängstigend oder in anderer Weise unerträglich erlebt. Eine professionelle Haltung hierzu einzunehmen bedeutet, zu verstehen, dass die erfahrene Tätlichkeit oder Aggression nicht gegen einen persönlich gerichtet war.

Wie kann ein konstruktiver Umgang mit solchen Situationen bzw. Erfahrungen aussehen?

Ein erster und sehr wichtiger Schritt besteht darin, sich die eigenen Empfindungen, manchmal auch das Gefühl der Überforderung, das daraus resultiert, aggressiven Verhaltensweisen ausgesetzt zu sein, zuzugestehen. Betroffene Pflegenden erleben in diesem Zusammenhang nicht selten Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Angst.

Wer über ein solches Erleben nicht sprechen kann, gefährdet auf Dauer die eigene Gesundheit und damit eine zentrale Voraussetzung, um den Pflegeberuf auszuüben. Deshalb müssen Mittel und Wege gefunden werden, mit solchen Situationen konstruktiv umzugehen. Hierbei sollte unbedingt die Unterstützung durch das Team in Anspruch genommen und ein Austausch gesichert werden.

Was kann ich tun, damit mich solche Situationen weniger belasten?

Die Pflegesituation absichern und Abstand schaffen.

Wer aggressives Verhalten akut erfährt, befindet sich in einer hoch angespannten Situation. Vorrangiges Ziel ist es, die Pflegesituation abzusichern (z. B. die Bewohnerin oder den Bewohner in eine stabile Lage bringen oder Bettsicherung aktivieren), weitere eventuell gefährdete Personen in einen anderen Raum zu bringen und auch für sich selbst für Abstand zu sorgen. Unter Umständen ist Unterstützung oder Ablösung durch eine andere Pflegeperson erforderlich. Sorgen Sie für eine Pause zur Beruhigung, falls Sie selbst die Pflege bei der Person fortführen.

Den Vorfall reflektieren und dokumentieren.

Frustration, Ärger oder gar Angst können sich anstauen. Eine zunehmende Distanzierung kann so viel Abstand schaffen, dass der emotionale Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen verloren geht. Beide Reaktionen wirken sich in jedem Fall demotivierend aus. Hilfreich ist hier, sich Zeit zu nehmen und über die eigenen Einstellungen und Reaktionen nachzudenken. Dokumentieren Sie das Ereignis so schnell wie möglich. Eine gute Dokumentation ist die Grundlage für Fallbesprechungen oder auch für Folgemaßnahmen, die sich aus dem Ereignis ergeben. Im Berichtsteil Ihrer hausinternen Pflegedokumentation muss das Ereignis dokumentiert sein.

Sich mit anderen austauschen.

Sprechen Sie über erlebte körperliche Übergriffe mit ihren Kolleginnen und Kollegen. Zur raschen Entlastung kann auch ein informelles Gespräch hilfreich sein. Dieses ersetzt jedoch nicht den Austausch im Team, um gemeinsame Lösungsstrategien zu entwickeln.



Wie kann mich mein Team unterstützen?

Eine Fallbesprechung durchführen.

Die Fallbesprechung ist ein geplantes, strukturiertes Gespräch über eine Pflegeproblematik, die sich nicht sofort lösen lässt, ein konsequentes oder interdisziplinäres Vorgehen erfordert oder ein Risiko für die Bewohnerin, den Bewohner oder die Pflegenden darstellt. Ziel der Fallbesprechung ist es, gemeinsam Lösungen für die Problemlage zu finden und davon abgeleitete Maßnahmen umzusetzen. Der Blick wird dabei nicht nur auf den Umgang mit einer aggressiven Verhaltensweise gerichtet, sondern auch auf die Frage, was zu beachten ist, damit bestimmte Situationen, die bei einem Bewohner oder einer Bewohnerin aggressives Verhalten auslösen, gar nicht erst auftreten.

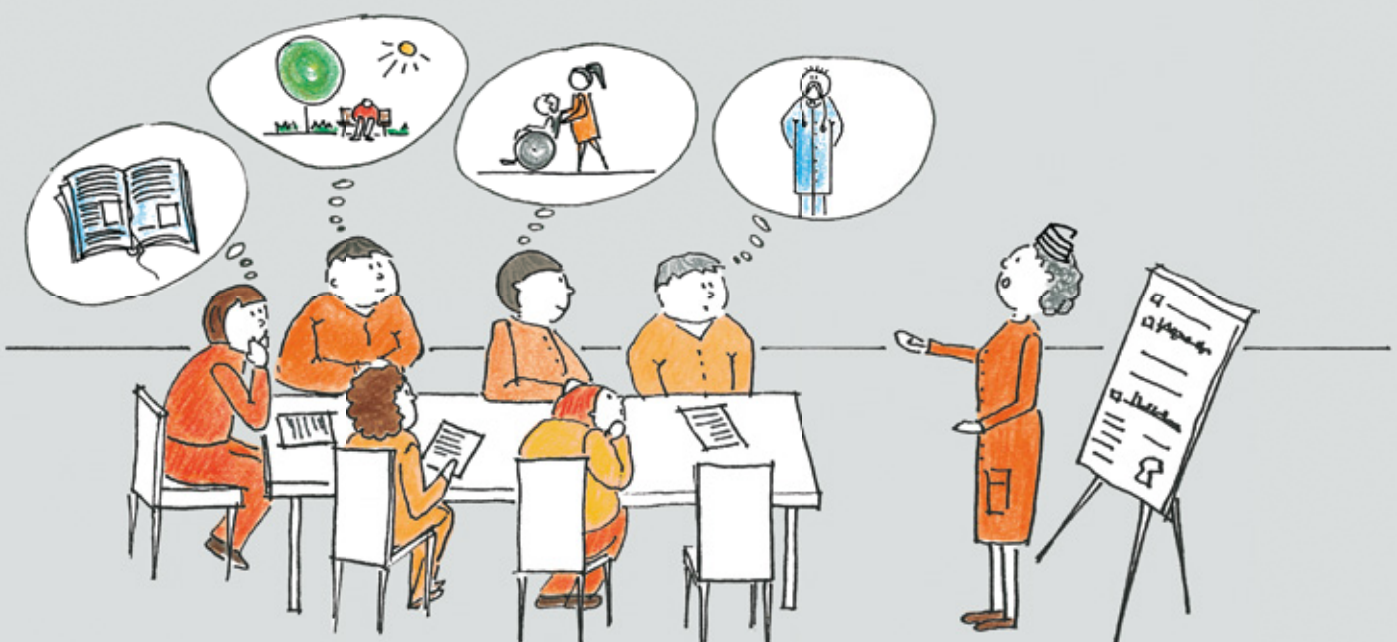
Kollegiale Beratung anbieten.

Hier steht die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter im Zentrum! Sie oder er schildert das Problem bzw. die erlebte Situation und erfährt Erleichterung durch Aussprache sowie Anteilnahme

und Unterstützung durch das Team. Oft zeigt sich, dass einzelne Kollegen und Kolleginnen eine hohe Kompetenz und wertvolle Erfahrungen für den Umgang mit aggressiven Pflegesituationen haben und hilfreiche Tipps geben können. Die oder der unmittelbar betroffene Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter entscheidet am Ende, welche Aspekte hilfreich und entlastend sein können.

Das Thema wach halten.

Ein weiterer, unbedingt zu empfehlender Ansatz zum Umgang mit solchen Situationen ist deren systematische Erfassung in einer Liste (siehe Anhang S. 35). Aufgabe der Wohnbereichsleitung ist es, die erfassten Tätlichkeiten zu analysieren und Maßnahmen für die Entlastung der Pflegenden einzuleiten. Der Erfassungsbogen wird an Führungskräfte weitergegeben. Kurzfristig kann eine Veränderung in der personellen Zuordnung der Bewohnergruppe Entlastung bringen.



Was kann die Einrichtungsleitung beitragen?

Die Führungs- und Leitungsebene jeder Pflegeeinrichtung bestimmt die Rahmenbedingungen für die zu leistende Arbeit und ist verantwortlich für die Sicherheit und Gesundheit der hier beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In diesen Aufgabenbereich fallen auch sämtliche Maßnahmen, die das Risiko eines betrieblichen Unfalls senken. Hier sollte die Einrichtungsleitung aktiv werden und Entscheidungen treffen. Was Leitungskräfte jedoch zwingend benötigen, ist die Kenntnis über physische Übergriffe. Diese werden häufig zwar vermutet, doch in vielen Fällen nicht konsequent und systematisch erfasst.

Um schwierigen Situationen für Pflegende durch physische Gewalt seitens Bewohnerinnen und Bewohnern entgegen zu wirken, kann die Leitungsebene Maßnahmen wie die folgenden ergreifen:

1. Ein Konzept zum Umgang mit körperlichen Aggressionen entwickeln und implementieren.

Ein solches Konzept sollte folgende Eckpunkte berücksichtigen:

- körperliche Übergriffe erfassen; festlegen, wie diese erfasst werden
- eine Verfahrensweise nach derartigen Übergriffen ausarbeiten, entsprechende Zuständigkeiten festlegen und Dokumentationsvorlagen erstellen
- für die Erarbeitung eines Vorgehens und eine Struktur für eine Fallbesprechung und/oder kollegiale Beratung sorgen
- ein Qualifizierungskonzept zur Prävention und zum Umgang mit aggressivem Verhalten auf den Weg bringen
- Nachsorge- und Entlastungsangebote erarbeiten
- eine Umsetzungsstrategie für die gesamte Einrichtung entwickeln und das Konzept in Ausbildung, Einarbeitung sowie Koordination freiwilliger und ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer implementieren

2. Für die Erweiterung der Kompetenzen von Pflegenden sorgen.

Fortbildungsinhalte wirken am besten, wenn alle Pflegenden und Betreuungskräfte einer Einrichtung beteiligt sind. Kompetenzerweiterung findet aber auch im Austausch unter den Pflegenden statt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gerontopsychiatrischen Zusatzqualifikationen oder mit einer guten Moderationsausbildung können hier Hilfestellung geben. Kompetenzerweiterung gelingt u. a. durch:

- Qualifizierungsbausteine, die ein Grundlagenwissen zum Thema Demenz vermitteln. Themen sollten sein: ein Sensibilisierungstraining, Validation und Kommunikation, Deeskalationsmanagement und Konfliktlösung.
- eine kompetente Unterstützung der Fallbesprechung (etwa durch eine Gerontopsychiaterin oder einen Gerontopsychiater, eine Fachkraft für Gerontopsychiatrie oder eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter mit Moderationskompetenz)
- themenbezogene Veranstaltungen innerhalb der Einrichtung, die von Pflegenden vorbereitet und durchgeführt werden (max. 1,5 h).

3. Die Entwicklung von Nachsorge und Entlastungsangeboten auf den Weg bringen.

Grundsätzlich gilt:

- Es ist eine Unfallanzeige auszufüllen. Wird eine Pflegeperson durch einen Bewohner oder eine Bewohnerin verletzt, so stellt dies einen Arbeitsunfall dar. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um einen psychischen oder physischen Gesundheitsschaden handelt. Die gesetzliche Unfallversicherung trägt hierbei die Kosten für die Heilbehandlung.
- Für den Fall von traumatischen Übergriffen sollte ein Soforthilfepaket ausgearbeitet sein und bereitgehalten werden. Als Bestandteil eines solchen Pakets empfiehlt sich in schweren Fällen die Vermittlung einer psychologischen Beratung.
- Es empfiehlt sich weiterhin, Entlastungsangebote wie etwa eine Supervision zu unterbreiten.
- Leitung und Pflgeteams sollten sich über Möglichkeiten einer betriebsinternen Arbeitsplatzrotation austauschen.

Kleine Tipps für den Pflegealltag

- ▶ Achten Sie immer darauf, dass Sie sich im Blickfeld des Bewohners oder der Bewohnerin befinden, bevor Sie mit einer pflegerischen Handlung beginnen.
- ▶ Sagen Sie der Bewohnerin oder dem Bewohner ganz genau, was Sie tun wollen und was Sie im Einzelnen machen werden („Ich berühre Sie jetzt am rechten Arm“).
- ▶ Achten Sie bei Transfers darauf, dass die Bewohnerin bzw. der Bewohner den Boden unter den Füßen spürt. Lassen sie ihr oder ihm Zeit, den Körper zu spüren.
- ▶ Geben Sie der zu pflegenden Person einen weichen Gegenstand in beide Hände (damit kann Kratzen oder Kneifen verhindert werden).
- ▶ Bieten Sie den zu pflegenden Personen etwas zum Tausch an, wenn diese einen Gegenstand nicht loslassen wollen.
- ▶ Überlegen Sie, was Sie bzw. Kolleginnen und Kollegen im Fall eines Übergriffs entlasten und was bei der Überwindung dieser Erfahrung helfen könnte. Treffen Sie im Team Verabredungen, wie Sie sich untereinander kurzfristig unterstützen können.
- ▶ Setzen Sie sich dafür ein, dass für Ihre Einrichtung ein Konzept zum Umgang mit körperlichen Aggressionen seitens der Bewohnerinnen und Bewohner erarbeitet wird.



■ Herr Schmid ist in seinen Bewegungsmöglichkeiten schon sehr eingeschränkt. Er wird im Bett gewaschen. Als Pflegerin Selma Rosenberg seine Beine wäscht, greift er nach ihrer Hand. Mit dem Hinweis „in der Mitte“ legt er ihre Hand auf seine Genitalien. Reflexartig versucht Selma Rosenberg, sich aus seinem Griff zu befreien. Sie blickt Herrn Schmid kurz in die Augen und nimmt wahr, dass dieser grinst. Unwillkürlich tritt sie vom Bett zurück, dreht sich weg und wird feuerrot.

Oh, wie peinlich! Wenn man im Erdboden versinken möchte ...

► Schambesetzte Situationen im Pflegealltag

Der Heimalltag bringt es mit sich, dass Pflegende auch mit der Sexualität der Bewohnerinnen und Bewohner konfrontiert werden. Die Reaktionen darauf können sehr unterschiedlich ausfallen und von Gelassenheit über ein gewisses Amüsement bis hin zu Empörung und Beschämung reichen. Verlegenheits- oder Schamgefühle treten bei Pflegenden vor allem dann auf, wenn sie sich damit überfordert fühlen, auf einen Ausdruck sexueller Bedürfnisse überhaupt und zudem noch angemessen zu reagieren. In einem solchen Fall wird die Situation als Grenzüberschreitung erlebt, die die eigene Intimsphäre verletzt. Moralische Vorstellungen davon, was erlaubt oder verboten, anständig oder unanständig ist, bilden den Nährboden für Schamgefühle. Scham entsteht auch dann, wenn die eigenen Handlungen als fehlerhaft, unehrenhaft oder unanständig entlarvt werden. Wird man Zeuge davon, wie eine andere Person (die einem womöglich nahesteht) mit ihrem Verhalten geltende Normen verletzt, dann tritt das Gefühl einer peinlichen Berührung ein, das auch als „Fremdschämen“ bekannt ist.

Scham ist ein Gefühl. Mehr noch: Scham ist ein Gefühl, das sich bei allem Bemühen kaum verbergen und ebenso wenig unterdrücken lässt. Unsere Scham erfahren wir nicht nur am eigenen Leib, sondern dieser verrät auch beispielsweise durch rote Flecken auf der Haut oder durch Schweißausbrüche, wie es in unserem Inneren aussieht. Man fühlt sich im wahrsten Sinne bloßgestellt, nackt und angreifbar.

Im Pflegealltag gibt es eine Reihe unterschiedlicher Situationen, die Pflegende mit sexuellen Bedürfnissen bzw. Handlungen von Bewohnern oder Bewohnerinnen konfrontieren:

1. Wenn intime Grenzen überschritten werden.

Schon die Bezeichnung „Intimbereich“ für die genitale Körperzone signalisiert, dass bei der Körperpflege die üblicherweise geltenden Grenzen überschritten werden (müssen). Diese körperliche Berührung kann von männlichen und weiblichen Bewohnern als Stimulus erlebt werden. Gegenwärtig werden pflegerische Handlungen bei männlichen Bewohnern oftmals durch weibliches Pflegepersonal ausgeführt, was die Wahrscheinlichkeit des Auftretens unangenehmer Situationen erhöht.

2. Wenn Privatheit begrenzt ist.

Die allgemeinen Regelungen der Privatsphäre sind in Pflegeeinrichtungen „aufgeweicht“. Bewohnerinnen und Bewohner besitzen lediglich eingeschränkte Verfügungsgewalt über das eigene Zimmer. Sexuelle Bedürfnisse können unter diesen Voraussetzungen nur bedingt ungestört in der Privatsphäre ausgelebt werden. So kann es vorkommen, dass man als Pflegende vollkommen unerwartet in eine sehr intime Situation hineinplatzt.

3. Wenn Pflegende in erster Linie als Mann oder Frau wahrgenommen werden.

Pflegende werden in ihrer Berufsrolle und in ihrer Geschlechtszugehörigkeit von Bewohnerinnen und Bewohner wahrgenommen. Was mit einem kokettierenden Gespräch beginnt, endet unter Umständen mit einem „Klaps auf den Po“ im Vorübergehen – beides unangemessene Anzüglichkeiten, mit denen Pflegende konfrontiert werden können. Der Übergang in einen sexuellen Übergriff ist fließend und individuell. Die hohe Präsenz von Frauen im Pflegeberuf bringt es mit sich, dass sie die hauptsächlichen Adressatinnen sexueller Avancen sind. Dennoch können auch Bewohnerinnen und Bewohner ihr Interesse an männlichen Mitarbeitern unter Umständen sehr unverhohlen zeigen. Und selbstverständlich können hier sowohl hetero als auch homosexuelle Bedürfnisse zum Ausdruck kommen. In jedem Fall handelt es sich um Formen eines sexuellen Ausdrucks bzw. Verhaltens, das nicht durch die üblicherweise geltenden Normen kontrolliert ist.

4. Wenn geschützt werden muss.

Pflegende können Zeugen sexueller Handlungen unter Bewohnern werden. Eine solche Situation erhält ihre besondere Brisanz dadurch, dass Pflegende rasch und sicher einschätzen müssen, ob es sich um einen freiwilligen Akt handelt oder ob eine der Personen möglicherweise vor einer Handlung geschützt werden muss, mit der sie nicht einverstanden ist, dies aber nicht zum Ausdruck bringen kann.

5. Wenn geschlichtet werden muss.

Finden sexuelle Handlungen von männlichen oder weiblichen Bewohnern in den Gemeinschaftsräumen eines Wohnbereichs oder in anderen öffentlichen Bereichen statt, dann löst dies bei anderen Bewohnern der Einrichtung oder Besuchern oft heftige Reaktionen aus. Zudem können Situationen eintreten, in denen ein außerhalb des Heimes lebender Ehepartner eines Tages die sexuellen Aktivitäten seiner im Heim lebenden Partnerin (oder eine Partnerin die ihres im Heim lebenden Partners) mit einer dritten Person im Heim entdeckt. In einem solchen Fall sind Pflegende meist mit dem Konflikt des Angehörigen, häufig sogar mit entsprechenden Vorwürfen („Warum hat man das nicht verhindert?“) konfrontiert und müssen hierauf angemessen reagieren.

► Wenn einen Scham überfällt: Was belastet Pflegende?

Schamgefühle entstehen, wenn wir unsere persönliche Grenze nicht beachtet haben oder wenn diese von anderen verletzt wurde (Marks, 2009). Dabei hat Scham auch eine positive Seite, die als solche jedoch kaum wahrgenommen wird: Das Schamgefühl sorgt beispielsweise dafür, dass wir unseren Körper und unser Gefühlsleben schützen.

Belästigt und bedrängt werden

Im täglichen Kontakt zwischen Pflegenden und männlichen wie weiblichen Bewohnern existiert ein breites Spektrum akzeptierter Verhaltensweisen mit Untertönen, die die Geschlechtlichkeit

des Gegenübers adressieren bzw. Intimität oder zumindest Nähe signalisieren: Kokettieren, Komplimente machen, sich beim Gehen unterhaken, eine kurze Umarmung oder zärtliche Berührung. All dies gehört zu einem „normalen“, positiven Umgang und findet in einem gesicherten Rahmen statt. Werden hier Grenzen überschritten, indem Pflegende zu sexuellen Handlungen aufgefordert, belästigt oder bedrängt werden, kann sich die eintretende Beschämung auch bis zur Angst ausweiten.

Sicherheit verlieren

Pflegende werden von beschämenden oder peinlichen Situationen in der Regel überrascht. Dies hat zur Folge, dass die ansonsten gegebene professionelle Sicherheit schlagartig außer Kraft gesetzt wird. Wo eben noch souverän Körperpflege im Intimbereich durchgeführt wurde, gerät man plötzlich außer Fassung und weiß nicht (mehr), was zu tun ist. Diese Unsicherheit kann sich zu einer Belastung ausweiten, wenn es nicht gelingt, in solchen Pflegesituationen die professionelle Rolle zu wahren und angemessen zu reagieren.

Angst bekommen

Ein zu sexuellen Handlungen einladendes Verhalten seitens eines hochbetagten Herrn kann als peinlich oder beschämend empfunden werden. Ein sexueller Übergriff eines hochgewachsenen, massiven Sechzigjährigen kann bei einer Pflegeperson besonders dann Angst auslösen, wenn diese Situation alleine gemeistert werden muss und Unterstützung durch einen Kollegen oder eine Kollegin nicht erwartet werden kann – wie beispielsweise während der Nachtschicht. Eine Pflegeperson, die sich körperlich unterlegen fühlt, wird die dabei entstehende Angst umso stärker erleben.

Schlecht oder gar nicht vorbereitet sein

Auf beschämende oder peinliche Situationen sind vor allem Praktikantinnen und Praktikanten oder junge Auszubildende schlecht vorbereitet. Solche Situationen liegen häufig außerhalb des eigenen Erwartungshorizonts. Deshalb haben diese Pflegepersonen auch keine Handlungsstrategien parat, um ebenso angemessen wie bestimmt reagieren zu können. Für Pflegende mit Migrationshintergrund, denen es unter Umständen besonders schwer fallen kann, sich im Kreis der Kolleginnen und Kollegen dieser Thematik zu öffnen, können solche Pflegesituationen umso schneller zu einer inneren Distanz führen.

Gefühle nicht mitteilen (können)

Vielleicht noch mehr als jedes andere Gefühl wird Scham „privat“, im Innersten erlebt. Außerhalb der unmittelbaren Situation, die die Beschä-

mung ausgelöst hat, wird Scham sozial (im Team) kaum sichtbar. Den meisten Pflegenden fällt es sehr schwer, über schambesetzte bzw. peinliche Situationen zu sprechen und sich Gefühle der Scham einzugestehen.

Eine tabuisierte Schamkultur

(Alten-)Pflege ist heute ein Arbeitsbereich, in dem Menschen mit vielfältigem Hintergrund, aus verschiedenartigen beruflichen Feldern und mit unterschiedlichen Qualifikationen und Erfahrungen im Team zusammenarbeiten. In einem solchen Arbeitszusammenhang kommt Pflegefachkräften u. a. eine Rolle als „Agenda-Setter“ zu: Ihre Haltung und Einstellungen, ihr Wort, das, was sie inhaltlich einbringen und thematisieren, bestimmt die jeweilige Pflegekultur maßgeblich mit. Sie üben großen Einfluss aus auf die in einer Einrichtung (unausgesprochen) geltenden Normen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neigen dazu, sich an diese vorherrschenden Normen anzupassen. Ist in einer Einrichtung das Thema Scham tabuisiert, wird man dieses Tabu in aller Regel einhalten. Erlebt eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter nun Situationen, die sie oder er als beschämend oder peinlich empfindet, kann allein dieses Gefühl als „Blamage“ erlebt werden – gemäß der Vorstellung, dass einen Profi nichts beschämen kann oder darf. So wird dem eigenen Schamerleben gewissermaßen die Berechtigung entzogen – aus einer falsch verstandenen Professionalität heraus. Die Bandbreite der Ausweichreaktionen reicht von Ärger, Zorn, Wut, aggressivem Verhalten bis hin zu depressiven Verstimmungen. Dieser Teufelskreis muss durchbrochen werden!

► Wodurch sexuell enthemmtes Verhalten bei Menschen mit Demenz entstehen kann

Für sexuelle Bedürfnisse gibt es weder ein Verfallsdatum noch eine Halbwertszeit. Ein höheres oder sehr hohes Alter, die Geschlechtsori-

entierung, Erkrankungen oder Behinderungen müssen hier keine Grenzen setzen. Auch eine Demenz bildet dabei keine Ausnahme.

Bei Menschen mit einer frontotemporalen Demenz (Morbus Pick) sind die Nervenzellen im Stirn- und Schläfenbereich betroffen. Dies ist der Bereich, in dem Emotionen und das Sozialverhalten gesteuert werden. Verhaltensveränderungen und Probleme im sozialen Miteinander sind deshalb frühe Krankheitsanzeichen; es kann zu unbeherrschtem und enthemmtem Verhalten kommen.

Nebenwirkungen von Medikamenten (z. B. bei Morbus Parkinson) können enthemmtes Verhalten und gesteigertes sexuelles Verlangen auslösen.

► Scham erleben – wie gehe ich professionell damit um?



Auch in Pflegeheimen gehören sexuelle Bedürfnisse von Menschen mit und ohne Demenz zum Leben. Pflegenden – sowohl einzeln als auch im Team – sind aufgefordert, über ihre eigenen Einstellungen und Bilder zum Thema Alter und Sexualität nachzudenken. Um in angemessener Weise handeln zu können, muss eine Balance zwischen Freiräumen für Bewohnerinnen und Bewohner und dem gefunden werden, was persönlich tolerabel ist und vom Team getragen wird.

Was kann ich tun, damit mich solche Situationen weniger belasten?

Die eigene Gefühlslage zur Kenntnis nehmen.

Nehmen Sie Ihre Reaktion zur Kenntnis und vermeiden Sie, sich selbst vorzuwerfen, nicht richtig gehandelt oder reagiert zu haben oder überhaupt in diese beschämende Situation geraten zu sein.

Sich anderen anvertrauen.

Schildern Sie einer Kollegin oder einem Kollegen Ihres Vertrauens bzw. einer Freundin oder einem Freund, was sich zugetragen hat und fragen Sie, wie Ihr Gegenüber gehandelt hätte. Sammeln Sie ein kleines Repertoire an Reaktionsmöglichkeiten, um sich zu wappnen und Ihre kommunikativen Kompetenzen zu erweitern (siehe Anhang S. 37 ff. Validationsübung, z. B. „Jetzt haben Sie mich aber in Verlegenheit gebracht“). Damit können Sie sich aus der Ohnmacht befreien und schnell wieder an Sicherheit gewinnen.

Informationen zum Schutz von Kolleginnen und Kollegen weitergeben.

Bei sexuellen „An- oder Übergriffen“ müssen die Wohnbereichsleitung und das Team informiert werden.

Wie kann mich mein Team unterstützen?

Das Thema auf die Agenda setzen.

Das Thema „sexuelle Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern und beschämende Pflegesituationen“ wird von der Wohnbereichsleitung mindestens einmal jährlich oder anlassbezogen in die Teambesprechung eingebracht.

Eine kollegiale Beratung anbieten.

Pflegende, die mit einer peinlichen oder als beschämend erlebten Situation ringen, erhalten Unterstützung durch das Team. Dies geschieht in Form einer persönlichen Hilfestellung oder als Reflexion im Pflgeteam zum Thema „sexuelle Bedürfnisse und pflegepraktische Probleme“ mit dem Schwerpunkt, bewährte Lösungsstrategien zu bündeln. Ebenso lassen sich mit dieser Methode moralische und ethische Grenzbereiche besprechen. Das Ergebnis einer kollegialen Beratung kann die Erarbeitung von Entlastungsangeboten für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Team sein.

Eine Fallbesprechung durchführen.

Treten die sexuellen Bedürfnisse eines Bewohners oder einer Bewohnerin verstärkt in den Vordergrund, dann sind bewohnerbezogene Lösungsansätze vonnöten. Eine Fallbesprechung ermöglicht eine gemeinsame Reflexion der speziellen Situation und der Einflussfaktoren. Unterstützung kann durch die Beteiligung eines gerontopsychiatrischen Facharztes erfolgen.



Was kann meine Einrichtungsleitung dazu beitragen?

1. Wissen zugänglich machen und Kompetenzerweiterung fördern.

Qualifizierungsmaßnahmen werden von den Leitungskräften initiiert. Eine Fortbildung zum Thema „Sexualität im Alter“ kann mit den Themen Berührung, Wahrnehmung und Kommunikation erweitert werden.

2. Konzeptionelle Grundlagen erarbeiten.

Eine Arbeitsgruppe zum Thema „Umgang mit Sexualität bei männlichen und weiblichen Bewohnern“ kann wohnbereichsübergreifend und interprofessionell Lösungen und Stellungnahmen entwickeln. Hier wird Einrichtungskultur geschrieben.

3. Leitlinien einführen.

Originäre Leitungsaufgabe ist die Entwicklung von Leitlinien z. B. „Vereinbarungen und Verabredungen im Umgang mit sexuellen Verhaltensweisen“, die im Kern folgenden Aspekte beinhalten:

- Schutz der Würde einer jeden Bewohnerin und eines jeden Bewohners des Pflegeheims
- Sicherheit für die Pflegenden durch eine solide Wissensbasis zu den unveräußerlichen Grundrechten von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie zu den Abgrenzungen zur Fürsorgepflicht Pflegenden
- Möglichkeitsspektrum zur Erfüllung sexueller Bedürfnisse für Bewohnerinnen und Bewohner
- Handlungsgrundlagen für Pflegenden in der Zusammenarbeit mit Angehörigen oder Besuchern zum Thema Sexualität im Pflegeheim bzw. schambesetzte Situationen
- Entlastungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Supervision)

Kleine Tipps für den Pflegealltag

- ▶ Schildern Sie einer Kollegin oder einem Kollegen Ihres Vertrauens bzw. einer Freundin oder einem Freund, was sich zugetragen hat. Fragen Sie, wie Ihr Gegenüber gehandelt hätte.
- ▶ Sammeln Sie verschiedene Reaktionsmöglichkeiten, um sich für solche Situationen zu wappnen und Ihre kommunikativen Kompetenzen zu erweitern.
- ▶ In schambehafteten Situationen die Scham benennen: „Jetzt werde ich rot!“
- ▶ Klopfen Sie vor dem Betreten des Bewohnerzimmers an und warten Sie einen Moment.
- ▶ Achten Sie darauf, dass bei der Körperpflege nur die Körperteile unbedeckt sind, die gerade gewaschen werden.
- ▶ Sprechen Sie mit jungen Auszubildenden oder Praktikantinnen, dass die Funktionalität der Kleidung bei der Arbeit im Vordergrund steht. Ein tiefes Dekolleté ist fehl am Arbeitsplatz.
- ▶ Ermöglichen Sie Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen einen Raum für Rückzug und deren Intimität. Mit einem Schild „Wir wollen ungestört sein“ werden andere Besucherinnen und Besucher auf Abstand gehalten.
- ▶ Legen Sie eine kleine „Spielzeugkiste“ mit erotischen Bildern oder Bildbänden und Zeitschriften etc. an.
- ▶ Thematisieren Sie den Einsatz eines professionellen Berührers bzw. einer professionellen Berührerin.



Frau Müller trägt eine Zahnprothese.
Beim Mittagessen herrscht große Aufregung: Frau Müller hat ihre Prothese in den vollen Teller der Nachbarin gelegt. Pflegehelferin Monika Klumpp fischt die Prothese mit spitzen Fingern aus der Suppe.

3

Wenn einem Ekelerregendes begegnet ...

► Ekel auslösende Situationen im Pflegealltag

Ekel gehört zu den bekanntesten Gefühlsregungen. Jeder Mensch ekelt sich vor bestimmten Dingen. Vielleicht am weitesten verbreitet ist der Ekel vor Exkrementen. Es gibt aber auch den Ekel vor Tieren (Würmer, Spinnen, Ratten), Gerüchen oder Speisen. So unterschiedlich die Auslöser eines Ekelgefühls von Mensch zu Mensch sein können, so „normal“ bzw. natürlich ist dieses individuelle und starke Empfinden heftigster Abneigung. Ekel ist angeboren und als Basisemotion bereits bei Neugeborenen vorhanden. Säuglinge reagieren auf saure oder bittere Substanzen mit dem „Ekelgesicht“, auch wenn gegenüber dem eigenen Kot keinerlei Abscheu besteht. Erst bei Kleinkindern im Alter von drei bis fünf Jahren entwickelt sich ein Bewusstsein für Sauberkeit. Durch ihr Umfeld „lernen“ Kinder, dass Kot „unhygienisch“ ist, ein Umstand der die Einstellung gegenüber Kot auch noch im Erwachsenenalter prägt.

Ekel spiegelt sich in der Mimik wider – sie ist universell und in allen Kulturen zu finden: Mit zusammengekniffenen Augen, nach oben gezogener Oberlippe und gerümpfter Nase werden die Nasenlöcher geschlossen, um sich vor unangenehmen Gerüchen zu schützen. Die zusammengekniffenen Augen verhindern den Blickkontakt zum Auslöser und die angehobene Oberlippe stellt ein Überbleibsel des Würgereflexes dar.

Ekel kann über alle Sinneskanäle ausgelöst werden. Der Geruch von Erbrochenem oder allein das Geräusch des Erbrechens kann die gleiche Wirkung haben wie der Anblick infizierter Wunden

oder der Griff in etwas Schleimiges. Ekel ist mit spezifischen somatischen Reaktionen verbunden: Übelkeit, Würg- und Brechreiz, Schweißausbruch und ein sinkender Blutdruck. Aus evolutionsgeschichtlicher Sicht lässt sich Ekel als Schutz vor Erkrankung und Ansteckung verstehen. Ekelgefühle treten auf, wenn wir in Kontakt mit Dingen kommen, die mit Krankheit, Zersetzung und Tod zu tun haben. Zum einen sind Ekelgefühle also Teil eines natürlichen Schutzprogramms, zum anderen sind sie Teil kultureller und damit erlernter Verhaltensnormen.

Die Speisenangebote verschiedener Länder und Kontinente können Genuss oder Ekel auslösen. Das Verzehren von Maden, die in Asien als Eiweißlieferanten begehrt sind, war in Europa lange unvorstellbar (und ist es größtenteils noch immer). Die Beachtung bestimmter Reinigungsrituale entscheidet in unterschiedlichen Kulturkreisen darüber, ob Personen als sauber oder unsauber wahrgenommen werden. Eine Abweichung von Sauberkeitsvorstellungen, aber auch die Konfrontation mit moralischen Verfehlungen können Ekelgefühle auslösen. Diese sind zwar kulturell vorgeformt, erlauben aber individuelle Spielräume. Starke Abweichungen von ästhetischen Normvorstellungen können ebenfalls Ekelgefühle auslösen.

In am Schönheitskult einer jugendversessenen Gesellschaft angelehnten Vorstellungen laufen ein alter Körper und alte Haut Gefahr, als unschön oder gar als abstoßend empfunden zu

werden. Gleichwohl hängt das ästhetische Empfinden auch davon ab, welche Haltung eine Person zum Thema „alt sein“ in sich trägt.

Ekel ist ein Gefühl von großer Intensität, dessen unmittelbare Wirkung eher kurzfristig und situationsgebunden ist. Aufgrund dieser Eigenschaften wird Ekel als Affekt bezeichnet. Damit soll ausgedrückt werden, dass Ekel stark impulsive und reaktive Züge trägt. Das heißt: Man muss seine ganze Willenskraft aufbieten, wenn man diese Gefühlsregung beherrschen bzw. nach außen nicht erkennbar werden lassen möchte.

Die Pflege von kranken und unterstützungsbedürftigen Menschen bedeutet immer, sich auf psychische und physische Nähe einzulassen. Im Pflegeberuf sind Situationen, die Ekelgefühle auslösen, unvermeidbar. Ein „Basisekel“ gegenüber Kot, Urin und anderen Körperausscheidungen kann nicht einfach abgestellt werden. Weil Ekel teilweise erlernt ist, kann sich ein gewisser Gewöhnungseffekt einstellen. Das bedeutet, dass man eine Situation nach wie vor als ekelerregend wahrnimmt, aber besser mit ihr zurechtkommen kann, weil ihre emotionale Aufladung abgeschwächt ist. Eine Gewöhnung gelingt jedoch nicht immer. Selbst nach einer jahrelangen Pflegetätigkeit können überwältigende Ekelgefühle auftreten.

Solche Sensitivierungseffekte stehen mit der individuellen Ekelempfindlichkeit in Verbindung und sind vom Umgang mit den eigenen Ekelgefühlen beeinflusst (mit seinem Ekelgefühl hadern, sich dafür schämen und versuchen, die Emotion zu kontrollieren). Es gibt Möglichkeiten, sich mit diesem Affekt aktiv auseinanderzusetzen und einen weniger belastenden Umgang mit heiklen Pflegesituationen zu finden bzw. diese Gemüts-erregung als Warnhinweis ernst zu nehmen.

Im Pflegealltag finden sich eine Reihe unterschiedlicher Situationen, die Pflegende mit Ekelgefühlen konfrontieren können:

1. Wenn der Körper arbeitet.

Für Pflegende ist der Umgang mit allen körperlichen Ausscheidungen nicht zu vermeiden und gehört zum Berufsalltag.

2. Wenn Wunden versorgt werden.

In der Altenpflege ist die Versorgung offener Wunden (teilweise mit Madenbefall) oder traumatischer Verletzungen aus dem ambulanten Bereich bekannt. Im Pflegeheim kann sich mit zunehmender Immobilität ein offenes Druckgeschwür entwickeln.

3. Wenn Prothesen einzusetzen sind.

In der Altenpflege gehören Seh- und Hörhilfe sowie Zahnprothesen bei vielen Bewohnern der Einrichtung zur Grundausstattung der „Ersatzteile“. Die Handhabung von Prothesen wie beispielsweise einem Glasaug und die damit verbundenen Pflegeabläufe konfrontieren Pflegende mitunter in sehr drastischer Weise mit einer sichtbaren Versehrtheit. Bei der Versorgung im Zusammenhang mit Amputationen und im Hinblick auf den sachgerechten Umgang mit Prothesen sind Pflegende im Bereich der Altenpflege in der Regel zunächst überfordert.

4. Wenn massiv gegen Sauberkeitsvorstellungen verstoßen wird.

Allgemeine Hygienecodes und Sauberkeitskonventionen lassen einen kleinen Spielraum für individuelle Auslegungen. Ekelgefühle werden dann ausgelöst, wenn dieser Spielraum deutlich überschritten wird. Auftreten kann dies beispielsweise bei ungepflegten, speckigen und verfilzten Haaren oder bei Fuß- und Fingernägeln, die sehr lang und schmutzig sind. Der Geruch nach Köperschweiß stößt in einer desodorierten Gesellschaft schnell an die Ekelgrenze. Auch Kleidung, die deutliche Speichelspuren und Essensreste aufweist, wird oftmals als unhygienisch und daher als ekelerregend empfunden.

5. Wenn die Grundregeln des Anstandes missachtet werden.

Ekelgefühle können auftreten, wenn allgemeine Benimmregeln wie beispielsweise Tischmanieren missachtet werden. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Zahnprothese neben den Teller gelegt wird (wenn nicht gar auf den des

Nachbarn wandert). Ebenso können ein Taschentuch, das nach der Reinigung der Nase ausgebreitet wird oder das Husten bei Tisch ohne vorgehaltene Hand Ekelgefühle auslösen. Das Hantieren mit Nahrungsmitteln nach einem Toilettengang ohne erfolgte Reinigung der Hände lässt den Appetit vergehen.

► Wenn einen der Ekel „ankriecht“: Was belastet Pflegende?

Ekelregende Reize werden schnell erkannt und lösen Flucht- und Abwehrverhalten aus. Auch Pflegende sind davor nicht gefeit, obwohl diese Situationen zum Pflegealltag gehören.

Was zu viel ist, ist zu viel!

Jede Pflegefachkraft lernt während ihrer Ausbildung den professionellen Umgang mit Ausscheidungen. Ekelregend und eine Herausforderung werden die dazugehörigen Pflegesituationen dann, wenn ein Ereignis das erwartete bzw. vorstellbare Ausmaß an Unangenehem überschreitet. Urinausscheidungen und Stuhlgang werden als ekelregend empfunden, wenn die Mengen zu groß, die Gerüche zu stechend oder die Konsistenz zu flüssig ist. Körperliche Abwehrmechanismen lassen sich dann willentlich kaum unterdrücken.

Haltung bewahren müssen!

In der Regel gelingt es Pflegenden sehr gut, eine professionelle Haltung einzunehmen, wenn ekelregende Situationen im Berufsalltag auftreten. Läuft beispielsweise einem Bewohner oder einer Bewohnerin während des Essens Speichel aus dem Mund, dann wird der Mund abgewischt und eine schöne Serviette umgebunden. Ertappt sich eine Pflegeperson dabei, den entsprechenden Bewohner in einer solchen Situation gedanklich zu beschimpfen, dann sollte er oder sie genauer über die Situation nachdenken. In einem solchen Fall ist wahrscheinlich eine Distanzierung zu dem Bewohner oder der Bewohnerin eingetreten, die nicht mehr mit einer gelungenen Beziehungspflege beschrieben werden kann.

Ekelreaktion als Überlastungssignal

Personen ohne eine gewisse Toleranz für ekelregende Situationen können den Pflegeberuf nicht ausüben. In der Regel verfügen Pflegende über ein gewisses Spektrum an Kompensationsmechanismen, um arbeitsfähig zu sein und zu bleiben. Eine Dauerbelastung kann jedoch dazu führen, dass die individuellen Toleranzgrenzen sinken. Belastungen, die bislang gut ausbalanciert wurden, lösen dann zunehmend abwehrende Reaktionen aus. Wird eine Pflegende oder ein Pflegenden im Arbeitsalltag häufig von Ekelgefühlen gepeinigt, obwohl diese Emotion früher nur selten und nur in extremen Pflegesituationen aufgetreten ist, dann sollte dies als Warnung verstanden werden. Offensichtlich ist hier eine allgemeine Belastungsgrenze deutlich überschritten.

► Wenn Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz Ekelgefühle auslösen

Massive Defizite im Sozialverhalten mit einer Verletzung der üblichen Normen sind Hauptsymptome einer frontotemporalen Demenz (FTD). Hinzu kommen Enthemmung und Affektverflachung, ritualisierte zwanghafte Handlungen, Hyperoralität oder Heißhunger auf Süßes. Kulturtechniken (z. B. Tischmanieren) werden im Laufe des Lebens erlernt. Wie die Hirnfor-

schung lehrt, werden sie als neuronales Netz in einem bestimmten Gehirnareal aufgebaut. Eine Zellschädigung in diesem Areal führt zur Beeinträchtigung sozialer Verhaltensweisen. Das individuelle Verhalten wird dann lediglich durch Impulse gesteuert (z. B. Durst wird mit dem am nächsten stehenden gefüllten Trinkglas gestillt).

Für Verhaltensweisen wie Kotschmieren oder Kotessen gibt es folgende Begründungen:

Körperliche Ursache

Kotschmieren kann durch paradoxe Diarrhöen, eine Form der Obstipation verursacht sein. Es bilden sich Kotsteine in Kombination mit flüssigem Stuhlgang, der von den Betroffenen nicht gehalten werden kann. Anticholinerg wirksame Medikamente gehen oft mit einer Obstipation einher.

Demenzbedingte Ursache

Der Kot wird verkannt.

Umweltbedingte Ursache

In reizarmen Umgebungen kann es zu Regression und sensorischer Deprivation kommen.

► Ekel erleben – wie gehe ich professionell damit um?

Wer sich für eine pflegerische Tätigkeit entscheidet, hat sich in aller Regel zuvor die Frage gestellt, ob er oder sie sich imstande fühlt, in Situationen zu bestehen, die von vielen anderen Menschen als ekelhaft oder nicht aushaltbar empfunden werden. Professionell Pflegenden gelingt es, diese Situationen im Rahmen ihrer Berufstätigkeit zu bewältigen und die damit verbundenen Aufgaben anzunehmen. Ekelgefühle lassen sich in der Pflege nicht immer vermeiden.

Dennoch:

Auch wenn sich die meisten Pflegenden im „normalen“ Alltag bewähren, kann es immer wieder Situationen geben, die selbst „hart gesottene“ Pflegekräfte an ihre Grenzen bringen.

Was kann ich tun, damit mich solche Situationen weniger belasten?

Sich auf die Suche nach individuellen Bewältigungsstrategien begeben.

Versuchen Sie, für sich selbst herauszufinden, was hilft! Was unterstützt Sie in einer akuten Konfrontation mit einer „ekligen“ Pflegesituation? Als selbstverständlich setzen wir voraus, dass Sie bei Pflegehandlungen im Intimbereich Schutzhandschuhe tragen. Vielleicht verschafft Ihnen in besonders „harten“ Situationen das Anlegen von Mundschutz oder Schutzkleidung kurzfristig ein wenig Distanz. Solche Hilfen sollten freilich nur situationsabhängig eingesetzt werden. Ein dauerhaftes Verweilen in unangemessener Distanz, beispielsweise dadurch, dass man grundsätzlich bei allen Pflgetätigkeiten (z. B. beim Essen anreichen) mit Handschuhen arbeitet, steht der Gestaltung einer guten Pflegebeziehung entgegen.

Zwischendurch frische Luft tanken.

Nutzen Sie Ihre Pause, um auf andere Gedanken zu kommen. Vielleicht haben Sie ja einen Lieblingsduft, der Sie für die Dauer einer Pausenträumerei an einen schönen Ort entführt? Durchaus gestattet ist auch, einmal mit der Kollegin oder dem Kollegen über die nicht leicht zu überwindende Ekelsituation zu sprechen. Dies hilft Ihnen dabei, innerlich eine „gesunde“ Distanz aufzubauen.

Sich auf eine Situation vorbereiten.

Bei bestimmten pflegerischen Tätigkeiten wie z. B. bei einer Stuhlgangregulation sind die Effekte vorhersehbar. Im Hinblick auf den pflegerischen Erfolg kann der Ekel ausgeblendet werden.

Wie kann mich mein Team unterstützen?

Prekären Pflegesituationen vorbeugen.

Eine gute Pflegeplanung und durchdachte Pflegeinterventionen können ekelregende Situationen vermeiden oder reduzieren. Davon profitieren alle Kolleginnen und Kollegen. Als Beispiel guter Pflegepraxis können präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Dekubitus, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Urin riecht weniger streng) oder ein konsequentes Kontinenztraining gelten. Gut organisierte Wohnbereiche mit einer ausreichenden Ausstattung an Hilfsmitteln wie Handschuhen, Schürzen, Pflege- und Desinfektionsmittel usw. erleichtern den Umgang mit ekelregenden Situationen.

Entlastung im Team finden.

Möglicherweise befindet sich eine Kollegin oder ein Kollege im Pflgeteam, die bzw. der in einer bestimmten Situation weniger Ekel empfindet und Sie unterstützt. Ein Austausch im Team, eine Fallbesprechung oder eine kollegiale Beratung zu individuell ekelbehafteten Pflegesituationen helfen dabei, akute Probleme zu bearbeiten und zukünftige Maßnahmen zu bestimmen.

Transparenz für alle Berufsgruppen im Wohnbereich schaffen.

In einem Wohnbereich können neben den Pflegenden weitere Personen mit ekelregenden Situationen konfrontiert sein: Bewohnerinnen und Bewohner, Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte, Mitarbeitende des Sozialen Dienstes, Therapeutinnen und Therapeuten, Freiwillige und Angehörige. Wie in einem Pflgeteam mit grenzwertigen Situationen und Ekelgefühlen umgegangen wird, hat Auswirkung auf das Umfeld. Bleibt trotz einer „abstoßenden“ Situation ein respektvoller Umgang mit der Bewohnerin und dem Bewohner spürbar? Dies vermittelt sich anderen durch die Art und Weise, wie über diese Person gesprochen wird. Pflgeteams müssen sich ihrer Verantwortung dafür bewusst sein, dass im Sinne einer guten Zusammenarbeit alle Berufsgruppen für das Thema sensibilisiert werden und in heiklen Situationen Unterstützung erhalten müssen.

Was kann meine Einrichtungsleitung beitragen?

1. Verhaltensweisen beeinflussen.

In Pflegeeinrichtungen können ungünstige Umgebungsbedingungen zum Beispiel bei männlichen Bewohnern unangemessene Verhaltensweisen aktivieren. Dunkle Ecken oder Nischen werden gerne genutzt, um den Blasendruck zu erleichtern. Trotz einer ausreichenden Bodenpflege hält sich der typische Geruch in solchen Ecken äußerst hartnäckig. Schwer einsehbare Wohnbereiche oder Ecken werden durch eine verbesserte Beleuchtung aufgewertet und das Verhalten von Bewohnern kann dadurch positiv beeinflusst werden.

2. Für gute Reinigungsmöglichkeiten sorgen.

Verunreinigte Sitzmöbel in den allgemeinen Wohn- und Aufenthaltsbereichen wirken wenig einladend und können in Kombination mit der olfaktorischen Basisnote eines Wohnbereichs leicht Ekelgefühle auslösen. Eine Reinigung der Sitzmöbel ist oft mit erheblichem Aufwand verbunden, den Pflegenden in ihrer

Arbeitszeit zusätzlich bewältigen müssen. Ein stabiles Mobiliar mit abnehmbaren Sitzkissen oder auswechselbaren Bezügen sind eine gute Lösung. Verunreinigungen des Bodenbelages oder der Wände sind durch eine entsprechende Materialauswahl leicht zu beheben.

3. Technische Lösungen einsetzen.

Raumklima und -geruch können durch technische Lösungen verbessert werden, falls eine gute Luftzirkulation durch die bauliche Gestaltung behindert ist. Ein Belüftungssystem wie ein Lufttaucher kann eine deutliche Optimierung des Raumklimas bewirken.

4. Den Pflegealltag abwaschen können.

Der Übergang in die Freizeit kann nach Dienstende bzw. nach einem Arbeitstag mit ekelbehafteten Pflegesituationen durch eine Körperreinigung unterstützt werden. Voraussetzung dafür ist ein angenehmer Sanitär- und Duschraum für Pflegenden.



Kleine Tipps für den Pflegealltag

- ▶ Tragen Sie immer Schutzhandschuhe bei sich.
- ▶ Halten Sie Dinge bereit, die Ihren Geruchs- und Geschmacksinn ablenken oder diesen – nach einer schwierigen Situation – verwöhnen:
 - Japanisches Heilpflanzenöl unter der Nase auftragen
 - erfrischende, fruchtige Bonbons lutschen
 - nach der hygienischen Händereinigung eine wohlriechende Handcreme verwenden
 - Ein neutraler oder humorvoller Kommentar nimmt die Verbissenheit des „Aushalten-Müssens“ – beispielsweise so: „Damit haben wir heute beide nicht gerechnet“. Dies vermindert auch für die betroffene Person die Peinlichkeit ein Stück weit.
- ▶ Versehen Sie die Wäsche- und Abfallentsorgung Ihres Wohnbereichs mit Geruchsranken. So lässt sich das Ausbreiten unangenehmer Gerüche stark einschränken.

Literatur

- Baur, N.; Hell, D. (2012). Schamgefühle – hilfreicher Schutz oder notwendiges Übel? In: *Neuro-Transmitter* 2007(1), 62–68
- Bausteine. demenz: Fallbesprechungen. Beilage in: *demenz – Das Magazin*. Heft 12/2012.
- Cubit, K.; Farell, G.; Robinson, A.; Myhill, M. (2007). A survey of the frequency and impact of Behaviours of Concern in dementia on residential aged care staff. In: *Australasian Journal on Ageing* 26(2), 64–70.
- Erhard, D. (2011). Igitt! Ekel in der Medizin. In: *Leges artis* 1(5), 304–307.
- Grywa, D. (2006). Aggressionsmanagement in Gesundheitseinrichtungen. In: *Managed Care* 2006(5), 32–34.
- Gurk, S. (2009). Ursache und Wirkung. In: *Altenpflege* 34(12), 40–43.
- Kleinevers, S. (2004). *Sexualität und Pflege*. Hannover: Schlütersche.
- Marks, S. (2011). *Scham – die tabuisierte Emotion*. 3. Auflage. Ostfildern: Patmos Verlag.
- Müller-Hergl, C. (2004). Faecal Incontinence. In: Innes, A.; Archibald, C.; Murphy, C. (Hg). *Dementia and Social Inclusion. Marginalised Groups and Marginalised Areas of Dementia Research, Care and Practice*. 1. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 113–122
- Möller, H. (1998). Schamerleben in Supervisionsprozessen. In: *Gruppendynamik* 29(4), 403–419.
- Pernlochner-Kügler, C. (2004). Ekel in der Pflege. Über den gesunden Umgang mit ungesunden Substanzen und einem negativen Gefühl. *integra* 2004 – Fachmesse für Integration und Rehabilitation 15.–17.09.2004 Download unter: www.integra.at/fileadmin/user_upload/integra/Bildung_Aktion/Referentenmanuskripte/2004/Pernlochner.pdf
- Perrar, K. M.; Sirsch, E.; Kutschke, A. (2011). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart/New York: Thieme.
- Schienze, A. (2010). Der Igitt-Effekt. In: *Gehirn & Geist* 2010(12), 48–51.
- Schienze, A.; Dietmaier, G.; Ille, R.; Leutgeb, V. (2010). Eine Skala zur Erfassung der Ekelsensitivität (SEE). In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39(2), 80–86.
- Schreiner, P.-W. (2001). Gewalt in der Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 6(2), 51–63.
- Stemmer, R. (2002). Sexualität in der Pflege: Tabu? In: *Heilberufe* 2002(1), 18–19.
- Wesuls, R.; Heinzmann, T.; Brinker, L. (2005). *Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa)*. 4. Auflage. Stuttgart: Unfallkasse Baden-Württemberg.



Anhang



Anhang

1. Beobachtung von Situationen mit aggressiven Verhaltensweisen

Situationsanalyse

Was genau ist passiert? (Was habe ich bereits getan, um das zu verhindern?)

Wann tritt das Verhalten auf?

Wo tritt das Verhalten auf?

Wie zeigt sich das aggressive Verhalten?

Was könnten mögliche Auslöser sein?

Welche Ideen/Lösungsmöglichkeiten gibt es im Pflorgeteam dazu?

4. Validation – Übung (Teil 1)

Handlungen und Verhaltensweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern, die (eindeutig) sexuelle Bedürfnisse offenbaren, werden von Pflegenden oft wahrgenommen. Werden Pflegende mit diesen Bedürfnissen, die im Zuge pflegerischer Handlungen auftreten können oder die direkt an Pflegende herangetragen werden, konfrontiert, dann fehlen oft die passenden Worte. Die nachfolgende Übung soll helfen, die Sprachlosigkeit zu überwinden.

Formulieren Sie zu den nachfolgenden Gefühlen und Antrieben validierende Sätze:

Lust	
Begierde	
Erregung	
Leidenschaft	
Sehnsucht	
Einsamkeit	
Trauer	

4. Validation – Übung (Teil 2)

Formulieren Sie zu den nachfolgenden Gefühlen und Antrieben validierende Sätze:

Charme	
Kokettieren	
Begehren	
Sexuelle Erregtheit	
Suche nach Nähe	
Suche nach Körperkontakt	
Suche nach Zärtlichkeit	
Masturbation	

5. Zur Reflexion für Pflegende

Welche Situation habe ich erlebt?

Welchen Gedanken oder welches Gefühl hatte ich?

Wie habe ich in der Situation gehandelt?

Was wäre für mich das Beste gewesen?

Was wäre für die Bewohnerin/den Bewohner das Beste gewesen?

IMPRESSUM

Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen



Herausgeberin

Offensive Gesund Pflegen
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Fabricestraße 8
01099 Dresden
www.offensive-gesund-pflegen.de (Neu ab Jan. 2020)

Im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit

Fachliche Begleitung

Hanka Jarisch, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; Dr. Ulrike Rösler,
Dr. Marlen Melzer, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Wissenschaftliche Mitarbeit und Text

Christina Kuhn, Demenz Support Stuttgart gGmbH; Thomas Herrmann, Demenzfachberatung Rems-Murr-Kreis

Redaktion

Dr. Gabriele Kreutzner, Demenz Support Stuttgart gGmbH
Elisa Bradtke, Ute Gräske (beide BAuA)

Gestaltung

eckedesign, Berlin

Illustration

Magdalena Czolnowska, München

Herstellung

Druckerei Bonifatius, Paderborn

Stand

2. Auflage 2019, Nachdruck November 2020

Das Modellprojekt Demenz-Organisation-Selbstpflege wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert, durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin fachlich begleitet und von der Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung unterstützt.

Diese Broschüre ist ebenfalls Teil der Medienmappe DemOS, die unter www.inqa.de/publikationen bestellt werden kann.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Initiative Neue Qualität der Arbeit

ISBN 978-3-88261-045-1

