Mit Intuition und Sachverstand Pflege neu erleben

- **Das Altenzentrum St. Josef, Sassenberg arbeitet nach dem Mäeutischen Pflegemodell**

Ulrich Schindler

Die stationäre Pflege im Wandel

Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1996 hat sich die stationären Pflege sehr verändert. Der Anteil der von Demenz betroffenen Menschen in den Pflegeheimen hat sich stark erhöht. Im unserem Altenzentrum St. Josef in Sassenberg ist der Anteil der demenzerkrankten Bewohner von ca. 40 % auf ca. 80% gestiegen.

Das Altenzentrum St. Josef in Sassenberg, ein mehrgliedriges, gemeinwesenorientiertes Sozialunternehmen, hält ein differenziertes Leistungsangebot für ältere Menschen in der Region vor. Neben der stationären Pflege (80 Plätze) werden ebenfalls Tagespflege, Kurzzeitpflege, Seniorenwohnungen, verschiedene komplementäre Dienste, wie Essen auf Rädern, betreuter Mittagstisch und Auf Rädern zum Essen angeboten, ebenso wie Beratungsdienste, Gesprächskreise für Angehörige und verschiedene offene Angebote für die Senioren aus der Stadt.

Bereits Anfang der Achtziger-Jahre wurde das Altenzentrum erbaut (als Altenheim der sog. 2. Generation), als es in Nordrhein-Westfalen besondere Fördermittel für Neubauten mit einer "Station zur besonderen Betreuung" gab. So waren die Wohnbereiche von Beginn an unterschiedlich konzipiert und personell ausgestattet. Auf der "Station zur besonderen Betreuung" (47 Plätze) lebten jahrelang somatisch erkrankte und an Demenz erkrankte Bewohner zusammen. Die Mitarbeiter arbeiteten zwar aufgabenorientiert, aber gut und erfolgreich nach einem integrativen Konzept. Mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung stieg der Anteil demenzerkrankter Bewohner, er beträgt derzeit rund 80 Prozent. Schon sehr bald wurde deutlich, dass integrierende Konzepte nicht mehr funktionieren. Die wenigen orientierten Bewohner distanzierten sich immer stärker von den Verwirrten, und wurden ab und zu auch handgreiflich. Die Bewohner mit Demenz reagierten darauf vermehrt mit Unruhe, akute Verwirrtheit war zunehmend festzustellen.

Demenzkranke haben zur Zeit keine Aussicht auf Heilung. Es gibt keine Pillen gegen Alzheimer, d.h. allein mit somatischer Pflege kommen wir nicht mehr weit. Das Dilemma der meisten Heime ist, dass sie sich stark an der Organisation von Krankenhäusern orientiert haben und somit eher auf somatische Pflege eingerichtet sind und weniger auf die Begleitung von Menschen mit Demenz.

Wie also kommen wir raus aus diesem Dilemma? Was also, können wir selbst tun, um Veränderungen in unseren Einrichtungen voranzutreiben? Vielen Einrichtungen ist inzwischen bewusst geworden, dass sich die Situation grundlegend geändert hat und haben sich auf die Suche begeben. Aber jede Einrichtung ist anders und muss seinen Weg, sein Konzept und seine individuelle Lösung finden.

Eine neue Kultur in der Demenzpflege ist längst nicht nur durch die Entwicklung neuer Konzepte oder durch das Beschreiten neuer Wege mit organisatorischen und/oder architektonisch-baulichen Betreuungskonzepten und innovativen Wohnformen er-

reicht. Viel wichtiger ist der Erwerb neuer Kompetenzen bei den Pflegenden. Die in vielen Jahren erworbenen Handlungsroutinen und Denkansätze können von den Pflegenden nur schwer aufgegeben werden. In den meisten Handlungsfeldern von Pflege sind die in der klassischen Ausbildung und Praxis erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse stimmig, greifen jedoch oftmals nicht in der Betreuung und im Umgang mit Demenzkranken, und sind eher kontraproduktiv und unangebracht.

Durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen in der stationären Altenhilfe entstand ein „Leidensdruck“ bei leitenden und pflegenden Mitarbeitern. Schließlich war allen Beteiligten klar, dass sich etwas ändern musste. Und es war auch klar, dass das Altenzentrum grundlegend umzustrukturieren war. Ein Leitbildprozess war die Grundlage für ein Umdenken und für die Neuorganisation. Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen und Erkrankungen benötigen auch unterschiedliche Hilfe-Angebote.

Daher haben die Wohnbereiche bereits Anfang 1997 unterschiedliche Schwerpunkte erhalten. Die Wohnbereiche 1 und 2 arbeiten nach dem Schwerpunkt der gerontopsychiatrischen Pflege mit einer angeschlossen Tagesbetreuung. Der Wohnbereich 3 betreut Menschen mit Demenz und schwerer somatischer Pflegebedürftigkeit und im Wohnbereich 4 leben überwiegend Menschen mit Orientierung und leichter Pflegebedürftigkeit. Ein Umzug bei Veränderung der Pflegebedürftigkeit ist in der Regel nicht nötig.

Neben der strukturellen Veränderung benötigten wir aber gleichzeitig auch ein inhaltliches Konzept zur Pflege und Betreuung der unterschiedlichen Bewohnergruppen, vor allem zur Begleitung der an Demenz erkrankten Bewohner. Gesucht wurde ein Konzept, das

- alle Mitarbeiter leicht erlernen und umsetzen können
- die Bedürfnisse und Gefühle sowohl der Bewohner aber auch der Mitarbeiter wertschätzt und
- eng mit der praktischen Arbeit verbunden ist.

Durch den ersten Sassenberger Kongress „Leben und Arbeiten mit Verwirrten“ lernten wir Cora van der Kooij kennen. Sie stellte die in den Niederlanden bereits seit vielen Jahren bekannte und verbreitete Methode der erlebensorientierten Pflege vor. Schnell wurde deutlich, dass diese Methode am ehesten unseren Anforderungen entspricht: die

Erlebensorientierte Pflege mit Hilfe der Mäeutik

In den vergangenen Jahren haben sich verschiedene unterschiedliche Entwicklungen in der Pflege, Betreuung und Begleitung von an Demenz erkrankten Menschen vollzogen und verschiedene Methoden und Konzepte wurden entwickelt und verbreitet. Die unterschiedlichen Erfahrungen, die dabei gemacht wurden, z.B. mit Realitätsorientierung, verbaler Validationstechnik, Reminiszenz (also, sich erinnern an etwas was einem Wichtig ist; Erinnerungsarbeit), Validation, Haptonomie (aus dem griechischen: den Tastsinn betreffend), Snoezelen oder anderen Theorie- und Methodenansätzen haben zu einem integrierenden Begriff geführt: Erlebensorientierte Pflege.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Pflegende nur selten eine Methode anwenden, sondern mehrere kombinieren. Dabei ist vor allem das eigene Gefühl und die Intuition gefragt. Für jeden einzelnen demenzkranken Menschen kann eine spezifische Kombination aus den verfügbaren Theorien, Methoden und Fertigkeiten individuell zusammengestellt werden.

Ausgangspunkt und Ziel ist der Kontakt mit dem Bewohner. Nicht die einzelne Methode ist wichtig, sondern das Bewusstsein, Kontakt zu haben und die Fähigkeit, Kontakt aufzubauen. Diese Fähigkeit, Kontakt durch Einfühlungsvermögen, Intuition und Sachverstand aufzubauen, wird mit Hilfe des Mäeutischen Konzeptes entwickelt.

Der Begriff „Mäeutik“

Die Mäeutik hat den wichtigen Aspekt, das Bewohner und Mitarbeiter gleichermaßen wertgeschätzt werden.
Für die Pflegenden hat die erlebensorientierte Pflege das Ziel, sie in der Entwicklung ihres Selbstvertrauens und ihrer Kreativität zu unterstützen.

Für diesen Bewusstwerdungsprozess wird das griechische Wort „Mäeutik“ benutzt. Mäeutik bedeutet ursprünglich „Hebammenkunst“, geht auf Sokrates zurück und bezeichnet ein pädagogisches Verfahren, das davon ausgeht, dass das eigentliche Wissen im Menschen schon vorhanden ist und durch einen Lehrer (dem Geburtshelfer) durch geschickte Fragen aktiviert werden kann. Sokrates und die Mäeutik gehen also davon aus, dass Menschen im Prinzip wissen, was sie brauchen, es ihnen aber nicht bewusst ist. Wir verwenden die sokratische oder mäeutische Methode zur Bewusstmachung, also um Pflegenden bewusst zu machen, was sie innerlich bereits wissen und fühlen.

Pflegende brauchen Unterstützung, dieses intuitive Wissen, das sie aus ihren beruflichen und privaten Lebenserfahrungen haben, in Worte fassen zu können. Und sie brauchen eine Methode, um damit als Team bewusst umgehen zu können. Sie lernen miteinander zu kommunizieren und im Team zu reflektieren.

Der Ansatz der Mäeutik zusammengefasst beinhaltet:

- den Erfahrungskenntnissen und der Intuition von Pflegenden einen zentralen Platz geben,
- Pflegenden die Möglichkeit zur Reflexion über ihre Stärken und Schwächen geben, denn sie brauchen Rückmeldung,
- Pflegenden eine gemeinsame Sprache geben, mit der sie ihre Erfahrungen und Gefühle in Worte fassen können (kommunizieren können).

Das Kompetenzprofil der Mitarbeiter

Zur Begleitung an Demenz erkrankter Menschen ist ein umfassendes gerontopsychiatrisches Fachwissen und soziale Kompetenz erforderlich. Neben einer guten medizinisch-pflegerischen Ausbildung braucht man aber auch entsprechende Kenntnisse im therapeutischen, sozialpflegerischen und psychosozialen Bereich, sowie Kenntnisse biographischer Aspekte.

Ausgangspunkt und Ziel in der Erlebensorientierten Pflege ist jedoch der Kontakt, die Beziehung zum Bewohner. Die pflegenden Mitarbeiter werden sensibilisiert, den an Demenz Erkrankten wahrzunehmen.

Die Umsetzung einer auf Demenzkranke ausgerichteten Interaktion und Kommunikation gelingt nur, wenn sich aus der funktionalen, aufgaben- und objektbetonten Beziehung des pflegetechnischen Arbeitsprozesses mit der Zeit ein persönliches Verhältnis entwickelt. Der Bewohner wird dann nicht mehr als bloßes Pflegeobjekt wahrgenommen, als Arbeitslast und damit als Belastung, sondern als beziehungsfähiger Mensch. So gelangen wir von einer aufgabenorientierten Pflege hin zu einer Pflege, in der der Bewohner im Mittelpunkt steht.

Das Wichtigste ist, dass sich Pflegende stets bewusst sind, dass die Bewohner Menschen mit denselben fundamentalen Grundbedürfnissen sind wie jeder andere Mensch auch. Sie brauchen Zuneigung und Wärme, wollen bedeutsam sein für andere und so viel wie möglich selbst wählen und entscheiden können.

Nähe, Gekannt sein und Ganzheit
sind aus diesem Grund die zentralen Aspekte der erlebensorientierten Pflege.

Jeder Mensch hat ein Bedürfnis nach **Nähe**, von jemandem in den Arm genommen zu werden. Wir Pflegende sind sehr oft die einzigen, bei denen Bewohner diese Nähe spüren können. Wir sind diejenigen, die zuhören, sich einfühlen und Gefühle benennen können.

Jeder Mensch hat das Bedürfnis, sich selbst zu sein, **gekannt**, geschätzt und angenommen zu werden. Wir Pflegende kennen unsere Bewohner, geben ihnen das Gefühl „o.k. zusein“, so wie sie sind. Das bedeutet auch, ihnen eine soziale Rolle zu geben: z.B. das ist Frau Schmitz, unser fleißiges Lieschen, die uns immer beim Abtrocknen hilft oder das ist Frau Reichel, sie war Pastorenehefrau und hat immer darauf geachtet, dass alles gut organisiert ist.

In der erlebensorientierten Pflege geht es weniger um das Formulieren von Pflegeproblemen, sondern vielmehr um das Herausheben positiver Gesichtspunkte: Wie sieht der Bewohner gerne aus, was isst er gerne, welche Fernsehsendungen mag er, ist er lieber allein oder lieber unter Menschen ... Das Pflegepersonal weiß um diese Dinge. **Ganzheit** bedeutet in diesem Zusammenhang auch, viel Aufmerksamkeit für die Gefühle der Bewohner aufzubringen und darauf zu reagieren.

Methodik
Die Methodik geht von der Pflege im Team aus und führt zur Bezugspflege/Beziehungspflege. Der Inhalt von Pflege wird sichtbarer und die Methodik deutlicher. Pflegende bekommen eigene Aufgaben und dadurch mehr Verantwortung.

Mit der erlebensorientierten Methodik werden die eigenen gefühlsmäßigen Erfahrungen bewusst und vervielfältigen die kreativen Einfälle und Kontaktmöglichkeiten. Die Methodik ist kein Zweck in sich selbst. Nicht: ‘ich schreibe es auf und die Kollegen machen es dann so wie auf Formel gebracht’. Aber: gemeinsam überlegen, wie dieser Bewohner seine Situation erlebt, was er braucht, was wir geben können, was wir

für ihn bedeuten. Miteinander austauschen, was wir während der Pflege erfahren, wie wir mit ihm Kontakt bekommen, erzählen über unsere Gefühle für ihn.

Die erlebensorientierten methodischen Instrumente sind also zur Beobachtung, Reflektion, Austausch und Kommunikation gedacht und beinhalten Beobachtungsbogen, Biografiearbeit, Charakteristik und Umgangsempfehlung.

Durch die erlebensorientierte Pflege lässt der einzelne Pflegende viel mehr von sich selbst sehen und ist hinsichtlich eigener Entscheidungen in der täglichen Pflege sicherer. Das fördert das Selbstbewusstsein. Das wiederum gibt Sicherheit bei den Kollegen und fördert den Teamgeist. Die Kombination von neuem Inhalt und Teamarbeit führt dazu, dass der einzelne durch seine Sicherheit somit auch im Team etwas bewirken und ändern kann.

Die Wohnbereichsleitung berücksichtigt die Gefühle der Mitarbeiter. Aufgaben zuzuweisen hat zur Folge, dass sich nicht jeder für alles verantwortlich fühlt. Gut zuhören, was Pflegende zu sagen haben, bewirkt hingegen, dass viele gute Ideen umgesetzt werden können und der Widerstand gegenüber Veränderungen abnimmt. Gemeinsam nach neuen Wegen zu suchen ist die Aufgabe der Führungskräfte.

Schlussfolgerungen – Was ändert sich im Alltag?

Wenn man in die Wohnbereiche kommt, fühlt man Ruhe. Keine hetzenden Mitarbeiter. Nach der anstrengenden Morgenpflege sind die Pflegenden regelmäßig bei „Ihren“ Bewohnern. Jeder hat eigene Verantwortlichkeiten, sowohl hinsichtlich des erlebensorientierten Umgangs mit den Bewohnern als auch mit der Pflegedokumentation.

Man nimmt sich Zeit, um Hände zu massieren, Lieder zu singen, Bewohnern zu helfen Kaffee einzuschenken, Kuchen anzubieten. Die Mahlzeiten verlaufen ruhig, der Tisch wird nicht eher abgeräumt, bevor jeder mit dem Essen fertig ist. Man fühlt, wie die Bewohner im echten Kontakt als Menschen wahrgenommen werden.

Bewohner sind wichtiger als die Aufgaben, die man zu erfüllen hat. Die Uhr spielt nicht mehr eine so dominante Rolle, man wird sich seiner eigenen Möglichkeiten bewusst, wird kreativer.

Die Mitarbeiter anderer Disziplinen und die Pflegenden arbeiten im Team miteinander, nehmen einander Ernst und akzeptieren den anderen, so wie er ist mit seinen starken und schwachen Seiten. Angehörige sehen, wie die Atmosphäre sich verändert. Gemütlichkeit statt Hetze und Hektik, Angehörige erfahren mehr Aufmerksamkeit für sich selbst und für ihre Bewohner. Man flüchtet sich nicht in die Arbeit, in die Kaffeepause oder ins Büro. Es ist eine Art Lebensgemeinschaft.

Sassenberg, den 21. Juli 2004
Ulrich Schindler