

GEFRAGT: **Cathrin Otto**

Wie kommt man in der Pflege dementen Menschen näher?

Empathie und Beziehungsaufbau in Zeiten des Pflegenotstands: nur eine Utopie?

Mit „Bedside-Teaching“ und dem Pfleger-Paten-Modell „Best Friends“ hat die Wiesbadener Psychologin Cathrin Otto zwei praxisnahe Schulungsansätze für Pflegekräfte entwickelt, die in der Medizin und Altenarbeit mit Demenzzkranken zu tun haben. Die Pflegerinnen und Pfleger werden dabei direkt an ihrem Arbeitsplatz geschult. Die Modelle zielen auf Empathie und mehr Zeit für den Einzelnen.

PSYCHOLOGIE HEUTE Was ist das Besondere an Ihren beiden Ansätzen?

CATHRIN OTTO Letztlich geht es um die Vermittlung der Fähigkeit, Beziehungen einzugehen. Im Krankenhaus ist das prinzipiell ein Problem, weil die Verweildauer kurz ist. Aber auch im Pflegeheim sind intensive Begegnungen selten. Das hängt zum einen mit den ungünstigen Bedingungen zusammen – Stichwort „Pflegenotstand“ –, zum anderen lässt sich Empathie nicht rein theoretisch vermitteln. Seit zwölf Jahren unterrichte ich Pflegekräfte und hatte häufig Reaktionen wie: „Das klingt ja alles sehr schön, aber bei uns geht so etwas nicht.“

PH Was haben Sie sich da für die Praxis ausgedacht?

OTTO Das Schulungsmodell in den Krankenhäusern habe ich Bedside-Teaching genannt, ein Begriff aus der Medizin, der eigentlich die Unterrichtung junger Ärzte direkt am Bett der Patienten bezeichnet. Ich gehe mit einzelnen Schwestern zu Patienten, mit de-



Best Friends: Der Pfleger kümmert sich eine Stunde pro Woche ausschließlich um seine Patin

nen sie Schwierigkeiten haben oder die sich auffällig verhalten. Im Vorfeld bitte ich die Schwester, schon selbst folgende Fragen zu beantworten: Was muss ich über diesen Menschen wissen, um ihn gut betreuen zu können? Dann begleite ich sie bei Pflegehandlungen und gebe ihr anschließend ein Feedback.

PH Und in Pflegeheimen?

OTTO Den Ansatz dort nenne ich Best Friends. Dabei wählt die Pflegekraft einen Bewohner als Paten aus und beschäftigt sich für eine Stunde in der Woche außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit ausschließlich mit ihm. Diese eine Stunde gilt als Arbeitszeit, wird also bezahlt. In den ersten sechs Monaten erhalten die beteiligten Pflegekräfte monatlich Supervision, danach einmal pro Jahr. Teilnehmerinnen des Projekts sagen, dass sie dabei vieles neu gelernt ha-

ben – über die Person, die sie begleiten, und über sich selbst. Aber auch grundsätzlich, dass jeder Demente nur über seine individuelle Lebensgeschichte verstehbar ist.

PH Wie kann das konkret aussehen?

OTTO Ein Beispiel ist Frau R., die oft ganz verzweifelt, auch verbittert ist. Sie läuft laut schimpfend und betend durch den Wohnbereich und stört damit die anderen Heimbewohner sehr. Wir haben für sie eine ungewöhnliche Vorgehensweise erarbeitet: Die Pflegekraft ist neben ihr hergelaufen und hat mitgeteilt. Das erscheint seltsam, und die Pflegekraft sagte auch: „Jetzt denken die Kolleginnen bestimmt, ich bin verrückt.“ Aber sie hat es probiert, und die Frau wurde tatsächlich ruhiger. Sonst hieß es eher „Setzen Sie sich doch!“ oder „Jetzt hören sie doch mal auf!“. Aber

das funktioniert nicht. In dieser Situation ist Frau R. rational nicht zu erreichen. Dieses Spiegeln wirkt zunächst so absurd, dass es große Überwindung erfordert. Wenn man es jedoch umsetzt, tauchen die Bewohner oft sogar aus ihrer persönlichen Welt auf.

PH Haben Sie auch ein Beispiel aus dem Krankenhaus?

OTTO Man braucht dort oft Lösungen, die heikle Situationen deeskalieren helfen. Da gab es als Beispiel Herrn M., der immer versuchte, die Klinik zu verlassen. Phasenweise war er der Meinung, in einem Hotel zu sein. Da habe ich angesetzt, denn er war früher Geschäftsmann, und ich vermutete, ein Hotel könnte für ihn ein angenehmer Ort sein. Daher haben die Schwester und ich mit dem Team besprochen, dass sich ihm gegenüber alle ein wenig wie Hotelpersonal verhalten. Nun sollte man ihm nichts vorlügen und ihm vorspielen, er sei jetzt im „Hotel Bad Schwalbach“. Es ging darum, den Ton zu wechseln: War das Essen so recht? Darf ich Ihnen Ihr Zimmer zeigen? Haben Sie noch Wünsche? Daraufhin ist er nicht mehr weggelaufen. Langfristig hat dieser kleine Kniff dazu geführt, dass das Team auch in anderen Fällen sensibler wurde.

PH Bekommen Sie da nicht zu hören: „Für solche Ideen habe ich keine Zeit“?

OTTO Das ist tatsächlich oft die Reak-

tion – aber letztlich spart man Zeit. Auch in Krankenhäusern sind Stationen oft knapp besetzt, und wenn dann noch jemand wegläuft ... Da lohnt es sich, eine solche Situation vorher in den Griff zu kriegen. Der Punkt ist ja, dass ein Dementer nicht kooperiert. Er kann nicht kooperieren, weil er in seiner eigenen Welt steckt. Wenn man etwa einen sehr ängstlichen Patienten waschen muss und weiß, wie man ihn beruhigen kann, kommt man gut durch die Grundpflege. Wenn dieser Patient sich aber wehrt, muss die Schwester eine Kollegin holen, die ihn festhält. Dann sind zwei Menschen mit ihrer ganzen Energie gebunden – und drei Menschen am Ende todunglücklich.

PH Demenz ist Ihr Schwerpunktthema – wie kam es dazu?

OTTO Als junge Psychologin hatte ich ein Schlüsselerlebnis: Ich wurde zu einer „schwierigen“ Patientin geschickt und eilte zu ihrem Zimmer – und da saß eine schöne, uralte Frau mit langen Haaren, wie eine Figur aus einem Fantasyfilm. Sie sah mich und sagte: „Kind, jetzt renn doch nicht so.“ Das kann einem mit demenzkranken Menschen passieren. Sie wissen weder wo, noch wie alt sie sind, können einem aber auf der menschlichen Ebene auf eine Weise begegnen, wie es manche Orientierte nicht können.

PH Brauchen wir ein neues Bild von Demenzkranken?

OTTO Auf jeden Fall. Einer der ersten psychologischen Ansätze, der sich um Unterstützung bemühte, nannte sich „Realitäts-Orientierungs-Training“. Dabei hat man versucht, Menschen mit Demenz wichtige Eckpunkte wie Datum, Ort, Alter einzupauken. Mittlerweile weiß man: Das funktioniert nicht. Was sich ändern sollte, ist die typische Reaktion, den anderen zu korrigieren. Einem Demenzkranken kann man nicht erklären, dass er Sachen falsch erinnert oder nicht mehr weiß. Außerdem deprimiert es alle Beteiligten. Wer so reagiert, tut so, als wäre Demenz ein kurzfristiger Irrtum. Als würde ein Demenzkranker sich gleich an die Stirn tippen und sagen, „Stimmt! Der Vater ist ja tot, und ich bin dement. Ich habe das nur gerade vergessen.“ Auf der anderen Seite muss man auch bei einer fortgeschrittenen Demenz davon ausgehen, dass die Betroffenen zwischenmenschlich noch viel registrieren. Auch wenn sie sich nicht mehr bewegen, nicht mehr sprechen können, merken sie doch, wie man sie behandelt. Man kann am Körpertonus, Blutdruck oder Puls erkennen, ob jemand Angst hat oder nicht. Wir brauchen vor allem einen einfühlsameren Umgang.

■ MIT CATHRIN OTTO
SPRACH SYLVIA MEISE