

Katharina Rizza



EDITION **Leid**faden

Verluste und Trauer würdigen

Impulse für die pflegerische Praxis

V&R



EDITION **Leid**faden

Hrsg. von Monika Müller, Petra Rechenberg-Winter,
Katharina Kautzsch, Michael Clausing

Die Buchreihe *Edition Leidfaden – Begleiten bei Krisen, Leid, Trauer* ist Teil des Programmschwerpunkts »Trauerbegleitung« bei Vandenhoeck & Ruprecht, in dessen Zentrum seit 2012 die Zeitschrift »Leidfaden – Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer« steht. Die Edition bietet Grundlagen zu wichtigen Einzelthemen und Fragestellungen für Tätige in der Begleitung, Beratung und Therapie von Menschen in Krisen, Leid und Trauer.

Katharina Rizza

Verluste und Trauer würdigen – Impulse für die pflegerische Praxis

Mit einem Vorwort von Monika Müller

Vandenhoeck & Ruprecht

Mit 4 Abbildungen und 1 Tabelle

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2022 Vandenhoeck & Ruprecht, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen,
ein Imprint der Brill-Gruppe
(Koninklijke Brill NV, Leiden, Niederlande; Brill USA Inc., Boston MA, USA;
Brill Asia Pte Ltd, Singapore; Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Deutschland;
Brill Österreich GmbH, Wien, Österreich)
Koninklijke Brill NV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Hotei,
Brill Schöningh, Brill Fink, Brill mentis, Vandenhoeck & Ruprecht, Böhlau,
V&R unipress.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Ulrike Adam/photocase.de

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2198-2856

ISBN 978-3-647-40523-0

Inhalt

Vorwort	10
Einführung	12

1 Zum Grundverständnis von Pflege

1.1 Grundaufgaben der professionellen Pflege	14
1.2 Gesundheit fördern	15
1.2.1 Was ist Gesundheit?	15
1.2.2 Wie kann Gesundheit gefördert werden?	17
1.2.3 Welche Pflege-theorie begründet die Aufgabe der Gesundheitsförderung?	19
1.3 Leiden lindern	20
1.3.1 Der person-zentrierte Ansatz in der Pflege	24
1.3.2 Der leibor-orientierte Ansatz in der Pflege	26
1.3.3 Bindungsangebot	29
1.4 Kommunizieren	30
1.4.1 Man kann nicht nicht kommunizieren	30
1.4.2 Verschiedene Gesprächsanlässe	31
1.4.3 Das Kurzgespräch	32
1.5 Begegnen	36
1.5.1 Begegnungen zwischen zwei Menschen	38
1.5.2 Begegnungen sind Resonanz-erfahrungen	39
1.5.3 Grundhaltungen für Begegnungen	41
1.5.4 Ebenen der Begegnung – das Vier-Ohren-Modell	42

2 Was ist Trauer?

2.1 Trauer ist die Reaktion auf ein Verlust-erlebnis	45
2.2 Trauer schmerzt	49
2.3 Trauer ist ein Heilungsprozess	52

2.4 Trauer ist ein Weg	54
2.5 Trauer ist keine Krankheit	56

3 Trauer in der pflegerischen Praxis

3.1 Trauer wahrnehmen	59
3.1.1 Trauer wahrnehmen als Chaos der Gefühle	60
3.1.2 Trauer wahrnehmen in den verschiedenen Typologien	61
3.1.3 Trauer wahrnehmen durch Körperveränderungen	63
3.1.4 Trauer wahrnehmen durch Schmerzausdruck	64
3.2 Trauer begegnen	66
3.3 Trauer auslösen und zur Sprache bringen	68
3.4 Trauer bezeugen und würdigen	71
3.4.1 Trauer ist so verschieden wie die Menschen	72
3.4.2 Keine Trauer ist weniger schlimm	74
3.5 Die Seele schützen	76
3.6 Den Anpassungsprozess unterstützen	79
3.7 Trösten	80
3.7.1 Der Trauer gemeinsam Raum geben	82
3.7.2 Trösten über Literatur und Dichtung	84
3.7.3 Trösten durch »Erwärmen«	84
3.7.4 Trösten durch Hüten und Bergen	85
3.7.5 Trösten über den Leib	86
3.7.6 Trost in der Religion	86
3.8 Trauer bei Angehörigen	87
3.8.1 Was Angehörige brauchen	87
3.8.2 Den Tod begreifen	88
3.8.3 Nachgespräche	90
3.9 Trauer bei älteren Menschen	91
3.10 Trauer und Demenz	93

4 Besondere Situationen

4.1 Trauer und Scham	95
4.2 Trauer und Schuld	97
4.3 Trauer und Hoffnung	99
4.4 Trauer und Sinn	103

4.5 Erschwerte Trauer	105
4.5.1 Risikofaktoren für erschwerte Trauer	106
4.5.2 Erschwerte Trauer erkennen	106
4.5.3 Was Pflegepersonen tun können	107
4.6 Trauer und Suizidalität	108

5 Wie kann ich mich auf Trauersituationen vorbereiten?

5.1 Denkwissen und Erfahrungswissen	111
5.2 Mit meinen eigenen Gefühlen zurechtkommen	112
 Schlussworte	116
Literatur	118

Die schwersten Wege

*Die schwersten Wege
werden alleine gegangen,
die Enttäuschung, der Verlust,
das Opfer,
sind einsam.*

*Selbst der Tote der jedem Ruf antwortet
und sich keiner Bitte versagt
steht uns nicht bei
und sieht zu
ob wir es vermögen.*

*Die Hände der Lebenden die sich ausstrecken,
ohne uns zu erreichen
sind wie die Äste der Bäume im Winter.*

Alle Vögel schweigen.

*Man hört nur den eigenen Schritt
und den Schritt den der Fuß
noch nicht gegangen ist aber gehen wird.
Stehen bleiben und sich Umdrehn
hilft nicht. Es muß
gegangen sein.*

*Nimm eine Kerze in die Hand
wie in den Katakomben,
das kleine Licht atmet kaum.
Und doch, wenn du lange gegangen bist,
bleibt das Wunder nicht aus,
weil das Wunder immer geschieht
und weil wir ohne die Gnade
nicht leben können:
die Kerze wird hell vom freien Atem des Tags,
du bläst sie lächelnd aus*

*wenn du in die Sonne trittst
und unter den blühenden Gärten
die Stadt vor dir liegt
und in deinem Hause
dir der Tisch weiß gedeckt ist.
Und die verliebten Lebenden
und die unverliebten Toten
dir das Brot brechen und den Wein reichen –
und du ihre Stimmen wieder hörst
ganz nahe
bei deinem Herzen.*

Hilde Domin

Vorwort

»Die Menschen, die ihre letzte Lebenszeit bei uns verbringen, leiden an ihrer vielschichtigen Trauer. Wir sind doch da, um Symptome zu lindern, Schmerzen einzustellen. Wie sollen wir aber denn mit dieser immensen Trauer umgehen? Wie können wir diese Verlustschmerzen lindern? Wie ihnen die Trauer nehmen?« – So klagte eine Krankenpflegerin in einer Palliative-Care-Fortbildung.

Mit dem Zeitpunkt, an dem schwer kranke Menschen zum ersten Mal tief in ihrem Innern begriffen haben, dass ihr Leben und ihre Lebendigkeit akut bedroht sind und die kurativen Behandlungsmöglichkeiten ihre Grenze erreicht haben, beginnt ein heftiger und schmerzlicher Trauerprozess. Unabhängig davon, ob er mitgeteilt werden kann und will oder nicht, unabhängig davon, ob es zwischenzeitlich wieder berechnigte oder auch unberechtigte Hoffnung auf Wiederherstellung oder Heilung gibt.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass in vielen Menschen in der Unaushaltbarkeit der schmerzlichen eigenen Trauer und des mitfühlenden Trauererlebens anderer nur der eine Wunsch aufkommt: der Trauer auszuweichen, sie »wegzumachen« (wegmachen zu lassen). Dieses das Leben so beschwerende Trauern glauben Menschen nicht aushalten zu können. Dabei wäre dies der einzige Weg, das Phänomen der Trauer nicht nur als tiefe Krise, sondern auch als Chance wahrnehmen zu lernen.

Gerade Pflegekräfte erleben durch ihren nahen Kontakt zu Kranken und Angehörigen viel von diesem Leid. Aufgrund ihrer wesentlichen pflegerischen Aufgaben und mangelnden Zeitkon-

tingents werden sie keine Trauerbegleitung im tradierten Sinn anbieten und durchführen.

Und doch haben sie eine ganz entscheidende Aufgabe für die Trauer der Schwerkranken und deren Zugehörigen. Pflegende begleiten einen sehr intensiven Zeitraum vom Versterben bis zur Abholung vom Bestatter bzw. bis zum Verlegen des Leichnams in die Prosektur.

Da ist:

- die Begegnung mit dem Schmerz der Patient*innen und Zugehörigen vor, während oder nach dem Versterben;
- die Übermittlung von Anzeichen des nahenden Sterbens;
- die Beantwortung von Angehörigenfragen nach dem Zeitpunkt des Versterbens, nach Möglichkeiten und Sinn ihrer Anwesenheit;
- die Gestaltung der (räumlichen) Verabschiedung;
- das Halten und Sichern der Würde bei der Versorgung des Leichnams.

Die Aufgaben der Pflegenden in der Begleitung und dem Umgang mit Trauernden betreffen einen nur sehr kurzen, aber sehr sensiblen Zeitraum, der Auswirkung auf die weitere Verlustbearbeitung hat.

Indem sie der Trauer begegnen, nämlich die Trauer erlauben und nicht vor ihr zurückschrecken, ebnen sie Patient*innen und Hinterbliebenen den Weg in das Trauern. Es geht ja nicht darum, Trauer zu lindern oder sie gar wegzumachen, sondern darum, sie zuzulassen, ihr das Recht des Vorhandenseins zuzusprechen und sie fließen zu lassen.

Ich bin sehr dankbar, dass sich Katharina Rizza mit ihrem Buch dieser Begegnung mit der Trauer durch Pflegekräfte gewidmet hat, und wünsche allen Leser*innen Bestätigung ihres Wissens und neue Erkenntnisse.

Monika Müller

Einführung

Der Patient auf einer hämatologisch-onkologischen Station liegt in sich gekehrt und stumm im Bett. Seine Prognose ist schlecht und er ist noch jung. Auf die Pflegefachpersonen reagiert er nicht. Auf sie wirkt er abweisend und unfreundlich. Zu keinem aus dem Team hat er einen näheren Kontakt. Alle meiden ihn und gehen nur noch in sein Zimmer, um das Nötigste zu verrichten. Im Team ist kein Verständnis für sein Verhalten.

Dieser Mensch trauert. Und seine Trauer wird vom Team nicht als solche wahrgenommen. Er trauert um sein Leben, das in wenigen Wochen oder Monaten beendet sein wird. Im Team ist dieses Phänomen nicht bekannt. Der Patient durchlebt seine Trauer sehr einsam.

In der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester wird das Thema »Trauer« kaum berührt. Medizinisches und pflegerisches »Fachwissen« scheinen wichtiger als der Umgang mit Menschen und ihren Verlustgefühlen. Auch Themen, die der Persönlichkeitsbildung und Wertorientierung dienen könnten, wie etwa Ethik, werden meist auf der rein kognitiven Ebene behandelt.

Das ist bedauerlich. Denn im Gesundheitssystem – und besonders im hospizlich-palliativen Kontext – haben wir es immer auch mit trauernden Menschen zu tun. Wir betreuen und behandeln Menschen, die um ihre Gesundheit oder ihr zu Ende gehendes Leben trauern. Wir begegnen Menschen, die um ihre kranken oder sterbenden Lieben trauern. Und doch scheint

Trauer in unserem ökonomisch durchgestylten Gesundheitssystem wenig Platz zu haben.

Pflegerisches Handeln orientiert sich an der Befindlichkeit und den Bedürfnissen eines Menschen. Das setzt voraus, dass Befinden und Anliegen wahrgenommen und anerkannt werden. Trauer wird selten beachtet. Daher widmet sich dieses Buch dem Thema »Trauer und Pflege« unter der Fragestellung: Wie können professionell Pflegende in ihrem beruflichen Alltag trauernde Menschen wahrnehmen und ihnen begegnen?

Hinführend werden zunächst Kernaufgaben der Pflege entfaltet und Grundgedanken zu Trauer aufgezeigt. Das dritte Kapitel orientiert sich an der pflegerischen Praxis und behandelt Schritte zur Begegnung der Trauer in der pflegerischen Praxis. Hier wird konkret nachgefragt, was Pflegefachpersonen tun können, um Trauer zu begegnen, und wie sie diese Begegnung gestalten können. Es wird sich herausstellen, dass diese Tätigkeiten intrinsisch sind, also zum Wesen pflegerischer Tätigkeit gehören und immer schon impliziert sind. Das vierte Kapitel behandelt verschiedene und fast alltägliche Pflegephänomene und beleuchtet diese aus der Perspektive der Trauer. Das fünfte Kapitel geht schließlich der Frage nach, inwiefern es möglich ist, sich auf Trauersituationen vorzubereiten.

Der Fokus liegt auf Trauerbegegnungen bei schwer kranken und sterbenden Patient*innen im stationären Akutbereich, auf onkologischen und geriatrischen Stationen, in spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie der allgemeinen Palliativversorgung im ambulanten und stationären Langzeitbereich. Das Buch ist entstanden aus einem Lehrgang »Trauer erwärmen« bei Monika Müller und Thorsten Adelt. Diesen beiden gilt mein besonderer Dank.

1 Zum Grundverständnis von Pflege

1.1 Grundaufgaben der professionellen Pflege

Der pflegende Beruf ist hochkomplex und äußerst differenziert. Florence Nightingale nannte den Pflegeberuf eine Kunst. Der US-amerikanische Berufsverband (American Nurse Association) definiert Pflege als »das Erkennen und die Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme«. Menschen reagieren unterschiedlich auf Krankheiten. Professionelle Pflege unterstützt sie bei ihrer Gesunderhaltung oder ihrem Gesundwerden. Das erfordert individuelles Anwenden von fundiertem Fachwissen sowie die Bereitschaft zu und Kompetenz für Beziehungsarbeit. Im Fokus steht der Mensch, nicht die Krankheit.

Der International Council of Nurses (ICN; <https://www.icn.ch>), dem auch die deutschsprachigen Berufsverbände angehören, nennt vier grundlegende Aufgaben des professionellen Pflegeberufs:

- Gesundheit fördern,
- Krankheit verhüten,
- Gesundheit wiederherstellen sowie
- Leiden lindern.

Was bedeuten diese Grundgedanken, wie können wir die Aufgaben verstehen? Nach außen hin sichtbar erscheinen im Wesentlichen folgende Aufgaben: In Krankenhäusern sind Pflegefachpersonen diejenigen, welche die ärztlichen Anordnungen

befolgen und Medikamente austeilen, Infusionen anhängen, Untersuchungen organisieren und das große Zusammenspiel der verschiedenen therapeutischen Berufe koordinieren. Sie unterstützen, wo nötig, bei den »Aktivitäten des täglichen Lebens« (ATL) und anderen gesundheitlichen Bedürfnissen von Menschen, sie beraten, schulen oder geben Auskunft zu Fragen der Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung. Ähnlich, aber anders gewichtet, sind die Tätigkeiten im ambulanten und stationären Langzeitbereich. All diesen Tätigkeiten liegt eine ständige Beziehungsarbeit zugrunde, geprägt von einer fürsorgenden Haltung mit hohem ethischem Anspruch.

Damit ist das Wesen des pflegerischen Berufs allerdings keineswegs ausreichend beschrieben. Wir kommen ihm ein Stück näher, wenn wir die Begriffe »Gesundheit« und »Leidlinderung« genauer betrachten.


1.2 Gesundheit fördern

1.2.1 Was ist Gesundheit?

Gesundheit ist ein Menschenrecht. So lautet die Grundaussage der Ottawa-Charta von 1986 (<https://www.euro.who.int/ottawa>). Das Anliegen der UNO und ihr Auftrag an die Staaten: Lebensumstände und Entwicklungsbedingungen der Völker und Menschen sollen so verbessert werden, dass allen Menschen Gesundheit möglich sein kann. Die WHO definiert Gesundheit als »Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit« (<https://www.who.int>). Diese Definition fußt auf dem sozialwissenschaftlichen Modell für Gesundheit und ist politisch motiviert.

Gesundheit ist Befinden. In der Pflege orientiert sich Gesundheit vor allem am Wohlbefinden des Menschen und einer aus-

reichenden und zufriedenstellenden Bedürfnisbefriedigung in den Alltagsaktivitäten. Für die professionelle Pflege hat sich dafür im deutschsprachigen Raum das ursprünglich von Juchli kommende und von Krohwinkel weiterentwickelte Modell der »Aktivitäten des täglichen Lebens« als praxistauglich erwiesen. Anhand der zwölf bzw. 13 Grundaktivitäten des Menschen können Probleme mit seiner Gesundheit analysiert und es kann entsprechend darauf eingewirkt werden.

 Jeder Patient ist Experte seiner eigenen Gesundheit.

Gesundheit ist ein Prozess. Zeit unseres Lebens finden wir uns in einem Spannungsfeld zwischen Selbstständigkeit und Hilfsbedürftigkeit. Gesundheit wird ständig ausbalanciert zwischen den individuell gegebenen Möglichkeiten und eingrenzenden Beschränkungen des Lebens. Leid und Ungleichgewicht (Heterostase) sind existenzielle Gegebenheiten, die zum Menschsein gehören. Gesundheit ist also kein Zustand, sondern dynamisches Geschehen. Sie kann beeinflusst werden.

Gesundheit ist eine Haltung. Der Medizinsoziologe Antonovsky sagt: »We are all terminal cases. And we all are, so long as there is a breath of life in us, in some measure healthy« (Antonovsky, 1988, zit. nach Lorenz, 2016, S. 24). Wir sind alle endliche und begrenzte Wesen. Aber solange wir atmen, sind wir zu einem gewissen Grad immer auch gesund. Auf Antonovsky geht das Salutogenese-Modell zurück, das besagt, dass der Mensch wesentlich selbst zu seiner Gesundheit beiträgt. Eine zentrale Aufgabe des Menschen sei die Auseinandersetzung mit Einflüssen seines Umfelds, und solange sich der Mensch als fähig empfindet, diese Herausforderungen anzunehmen, und gewillt ist, sie zu bestehen bzw. daran zu wachsen, weil er einen Sinn darin sieht oder der Herausforderung eine Bedeutung geben kann, solange wird er sich gesund fühlen. Dieses Empfinden

nannte Antonovsky *Kohärenzgefühl*. Es resultiert aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit.

➔ Kohärenzgefühl resultiert aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Verstehbarkeit bezeichnet das Gefühl, zu verstehen, was in dieser (meiner) Welt geschieht; Handhabbarkeit bedeutet, dass ich das, was ich verstanden habe, umsetzen und gestalten kann; Sinnhaftigkeit meint, einen Sinn in meinem aktuell möglichen Leben zu erkennen.

Gesundheit ist ein hochkomplexes Geschehen. In Antonovskys Salutogenese-Modell spielen personale und psychische Ressourcen neben körperlichen und konstitutionellen Gegebenheiten eine große Rolle. Ressourcen können intern oder extern sein. Externe Ressourcen sind ein tragfähiges soziales Netz, ein sicherer Arbeitsplatz und finanzielle Absicherung, sinnstiftende Hobbys, gesunde Ernährung und Lebensführung. Als interne Ressourcen gelten positives Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, hohe Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenzen, innere Ausgeglichenheit und Integrität, optimistisch-bejahende Sicht des Lebens, soziale Fähigkeiten wie Vertrauen und Offenheit.

1.2.2 Wie kann Gesundheit gefördert werden?

Die psychosoziale und emotionale Verfasstheit eines Menschen spielt im pflegerischen Alltag eine wichtige Rolle. Der Patient ist nicht passiver Empfänger von Pflege, sondern aktiver Mitgestalter und »Experte seiner Gesundheit«. Professionelle Pflege betrachtet den Menschen als körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wesen. In der Palliative Care werden diese vier Ebenen bei der Schmerz- und Symptomlinderung sowie Förderung der Lebensqualität stets mitbedacht. Wünsche, Bedürfnisse, Belastungen und Probleme interagieren über die verschiedenen

Ebenen und beeinflussen sich gegenseitig. Emotionsprozesse beeinflussen den körperlichen Zustand und umgekehrt.

Grundlage pflegerischen Handelns bilden die Pflegediagnosen. Diese beurteilen auf klinischer Basis aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme. Der Fokus liegt dabei, im Unterschied zu medizinischen Diagnosen, nicht auf Krankheitssymptomen, sondern sie beschreiben umfassend die Patientenreaktionen auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsstörungen. Sie sind daher ergänzend zu medizinischen Diagnosen zu verstehen und dienen der Erarbeitung von Pflegezielen, Pflegeplanung, Pflegemaßnahmen und deren Evaluation. Pflegediagnosen unterstützen die ganzheitliche Behandlung und schließen Lücken medizinischer Diagnosen. Beispielsweise bleiben medizinische Diagnosen so lange bestehen, bis der Patient oder die Patientin »gesund« ist. Pflegediagnosen sind prozesshaft angelegt. Sie ändern sich im Laufe der Behandlung.

Die Pflegewissenschaftlerin Bartholomeyczik (2006) bezeichnet Pflegen als »die Kompetenzen wiederherstellen bzw. fördern, die die autonome Bewältigung des Alltags ermöglichen«, und betont, dass Gesundheitsförderung »in allen Phasen von Gesundheit und Krankheit möglich und nötig« ist. Generell tragen meist mehrere Faktoren zur Stärkung von Gesundheit bei. Brieskorn-Zinke (2004, S. 99 ff.) nennt fünf Ebenen, an denen Pflegeberufe ansetzen können: 1) auf der Körperebene beim Vermitteln von Körpergefühl, Selbstwahrnehmung und Selbstaufmerksamkeit, 2) auf der psychisch-emotionalen Ebene durch »konstruktive Unterstützung« bei kritischen Lebensereignissen, wie sie etwa durch Krankheit hervorgerufen werden, 3) auf kognitiver Ebene durch Wissensvermittlung, 4) auf der Ebene der Fertigkeiten durch Anleitung und Schulung und 5) auf psychosozialer Ebene, wo die Beziehungsgestaltung eine wesentliche Rolle spielt. Zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung sei die Stärkung des Selbstwertgefühls.

Es ist leicht ersichtlich, dass diese Faktoren dem salutogenetischen Modell Antonovskys nahestehen. Verstehbarkeit (auf körperlicher, emotionaler und kognitiver Ebene), Handlungsfähigkeit (durch Erwerb von Fertigkeiten und durch Beziehungsgestaltung) und Sinnhaftigkeit (durch Stärkung der Selbstwahrnehmung und -aufmerksamkeit) sind Komponenten, die das Kohärenzgefühl nähren und Gesundheit fördern. Wir werden unten sehen, wie eine gelungene Trauerbegegnung auf verschiedenen Ebenen ansetzt und gesundheitsfördernd wirken kann. Dazu braucht es Wissen zum Wesen der Trauer, Verständnis für den individuellen Verlauf der Trauer und Sinn für den stattfindenden Reifungsprozess.

Trauer ist nach dem oben ausgeführten Pflegeverständnis kein Krankheitssymptom, sondern eine natürliche Reaktion auf ein gesundheitliches Problem. Ein abgeschnittener oder veränderter Trauerprozess dient nicht der Gesundheit, sondern hemmt den natürlichen Prozess des inneren Wachstums, der mit der Trauer einhergeht. Trauer muss nicht »gelindert« oder »weggemacht« werden, sondern ist als Heilungsprozess zu verstehen.

1.2.3 Welche Pflege Theorie begründet die Aufgabe der Gesundheitsförderung?

Hinter jeder Theorie steht eine Philosophie. Der Pflegeberuf hat sich seit Mitte des 20. Jahrhunderts zunehmend professionalisiert und wissenschaftlich weiterentwickelt. Gepflegt wurde schon immer. Früher waren es vor allem religiöse Gemeinschaften, die sich der außerfamiliären Pflege widmeten. Die erste Professionalisierung erfuhr der Pflegeberuf durch Florence Nightingale in den Jahren des Krimkriegs (1853–1856), aus deren Erfahrung ein erstes Lehrbuch für das Unterrichten der Krankenpflege entstand: »Notes on Nursing«. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich im deutschsprachigen Raum ein Paradigmenwechsel in der Pflege vollzogen. Forschungen aus der Salutogenese

trugen zu einem anderen Pflegeverständnis bei, genauso wie Ansätze aus der humanistischen Psychologie und Erkenntnisse der aufkommenden Sozialwissenschaften (Neumann-Ponesch, 2014, S. 100 ff.).

Die Vielseitigkeit und Komplexität professioneller Pflege-tätigkeit spiegeln sich in der Vielzahl der Modelle und Theorien. Grundsätzlich findet ein Shift statt von objektivem Krankheitsverständnis hin zu subjektivem Empfinden. Interaktion und Kommunikation werden als inhärente Pflegetätigkeit aufgefasst und durchwirken ganz selbstverständlich Pflege-theorien und -modelle. Hildegard Peplau unterstreicht den psychologischen Anteil pflegerischer Aufgabe in ihrer Theorie der psychodynamischen Krankenpflege. Martha Rogers wiederum lässt die Systemtheorie in ihr Pflegemodell einfließen und betont den psychosozialen Faktor durch das Ineinanderfließen und Zusammenwirken von Mensch und Umwelt. Rosemary Rizzo Parse entwickelt Rogers' Theorie weiter in ihrem Werk »The Human Becoming« (1992) und hebt das menschliche Werden besonders hervor: Der Mensch sei in ständigem Austausch mit seiner Umwelt und erfahre darin Wachsen und Werden. Dieser fortwährende Wachstumsprozess diene der Verbesserung oder Erhaltung seiner Gesundheit, wobei auch die (transzendente) Sinngebung ein Element ist.

Wachsen und Werden geschieht selten ohne Leid und Leiden. Womit wir bei der vierten Grundaufgabe professionell pflegerischer Tätigkeit angelangt sind.

1.3 Leiden lindern

Leidlinderung ist eine der vier Grundaufgaben in der professionellen Pflege. Von seiner religiösen geschichtlichen Wurzel her und für die Begründerin des professionellen Pflegeberufs,

Florence Nightingale, war Leidlinderung zentrales Moment und eigentlicher Pflegeauftrag. Pflege war nie nur auf den Körper beschränkt, sondern hat sich immer auch auf die seelische Not der Kranken gerichtet. Leiden ist die »Innenseite der Krankheit«, ihre »seelische Tiefendimension« (Staudacher, 2013). Eine Krankheit betrifft nicht allein den Körper, sondern den ganzen Menschen. Sie verletzt seine Integrität und Unversehrtheit. Die größtenteils naturwissenschaftliche Sichtweise des heutigen Gesundheitswesens berücksichtigt den Leidensaspekt einer Erkrankung kaum. Dabei kann Leiden den Menschen stärker belasten als die Krankheit (Cassell, 1982).

Jede schwerere Erkrankung ist mit vielerlei Verlusterfahrungen verbunden, die Leiden verursachen können: Verlust eines eigenständigen Lebens, Verlust des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls und der Geborgenheit – das, was »Heimat« bedeutete –, Verlust von Sinngefühl und sozialen Kontakten. Einsamkeit und Verlassenheit verstärken das Leiden ebenso wie die unbeantwortbare Frage nach dem Warum. Leiden geht einher mit tiefer Traurigkeit, Kummer, Angst, Verzweiflung und anderen starken Gefühlen.

Eine Leidlinderung kann auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Wie oben beschrieben sind dies: die körperliche, die psychisch-emotionale, die kognitive und psychosoziale Ebene sowie die Ebene der Schulung und Anleitung (nach Brieskorn-Zinke, 2004; s. Kapitel 1.2.2). Im Folgenden werden nun verschiedene pflegerische Ansätze schrittweise erläutert und vertieft – wohl wissend, dass die Wirkung der verschiedenen Ebenen ineinander übergehen und sich gegenseitig durchdringen.

Wir beginnen mit dem personenzentrierten Ansatz, der darauf angelegt ist, die Person in ihrer Integrität und Selbstwirksamkeit zu stärken, also auf psychisch-emotionaler wie auch auf psychosozialer Ebene angesiedelt ist. Darauf folgt der nach innen wirkende leiborientierte Ansatz, der sowohl körperliche als auch

psychisch-emotionale Elemente einbezieht. Die beiden bedeutenden Themen Kommunikation und Beziehungsgeschehen bedienen hauptsächlich die psychisch-emotionale und psychosoziale Ebene und werden ebenso in zwei separaten Kapiteln abgehandelt. Vorausgeschickt werden Reflexionen, die dem kognitiven Ansatz gerecht zu werden versuchen. Sie gehen der Frage nach, wie wir Leid denken können.

Leiden auszuhalten – das eigene wie auch das Leid der anderen – ist eine große Herausforderung. Es rührt an die eigene Verwundbarkeit. Der Sinn des Lebens wird infrage gestellt, und Pflegepersonen werden mit der Unbeantwortbarkeit der Frage nach dem Leid konfrontiert. Daher ist ein reflektierter Umgang mit Leid und Leiden für Pflegepersonen wesentlich. Es geht dabei nicht darum, Leid zu verstehen, sondern ihm zu begegnen und Leid als eine Seite des Lebens akzeptieren zu lernen. In einer effizienz- und leistungsorientierten Welt stellt dies freilich eine besondere Herausforderung dar – für Patient*innen wie für Pflegepersonen.

Trotz vieler Möglichkeiten der Leidlinderung mittels pflegerischer Interventionen, medizinischer oder therapeutischer Behandlung und Begleitung wird es immer Leiden geben. Insbesondere wird das Sterben leidvoll und bitter erfahren. Das Leid abzuschaffen hieße den Menschen abschaffen (Bozzaro, 2015). Da, wo Leid nicht vermeidbar ist, gilt es, Leiden anzunehmen und sich bewusst darauf einzulassen, die Erkenntnis menschlicher Verletzlichkeit und Endlichkeit zuzulassen und die Brüchigkeit und Unvollkommenheit des Lebens auszuhalten. Selbstverständlich verbietet es sich, leidenden Menschen diesen »Vorschlag« zu machen! Es geht hier ausschließlich um die eigene Haltung derer, die das Leid anderer mittragen.

Nicht selten werden Pflegepersonen nach dem Warum von Leid und Leiden gefragt. »Warum muss ich so viel leiden?« In diesen konkreten Situationen kann es darauf keine Antwort

geben: Begründungen oder gar philosophische Erklärungen anzubieten, käme einer Verhöhnung leidender Patient*innen gleich. Hilfreich sind die Ansätze einer personenzentrierten Pflege, psycho-emotionaler Resonanz und eines Bindungsangebots (s. Kapitel 1.3.1–1.3.3).

➞ Auf die Frage »Warum muss ich so viel leiden?« kann es keine Antwort geben. Leid ist eine Seite des Lebens.

Die Frage ist ja: Kann aus Schmerz und Leid neues Leben wachsen? Diese Vermutung legt Tatjana Schnell (2018) nahe und entwirft Zugänge auf dem Boden der existenziellen Psychotherapie. Sie ermutigt dazu, ein konstruktives Leidensverständnis zu beherzigen. Michael Harrer und Hansjörg Ebell (2021) bestätigen diesen Ansatz und berichten aus ihrer langjährigen Praxis in der Begleitung von Krebspatient*innen durchaus von stattfindendem Wertewandel, Perspektivwechsel und neuer Prioritätensetzung im Leben ihrer Klient*innen.

➞ »Es geht nicht darum, das Leiden zu beseitigen, sondern dem Leiden einen sicheren Platz zu geben.« (Balfour Mount, zit. nach Müller u. Pfister, 2012, S. 18)

Die wesentliche Aufgabe professioneller Pflege ist es, im Leiden präsent zu sein und zu bleiben. Einfach nur präsent zu sein angesichts des Leidens ist eine grundlegende, jedoch zutiefst komplexe Tätigkeit. Folgend werden drei Aspekte ausgeführt, welche die Kunst des Präsentseins differenzierter beleuchten: der personenzentrierte Ansatz, die leiborientierte Pflege und das Bindungsangebot.

1.3.1 Der personzentrierte Ansatz in der Pflege

»Eine Person zu sein bedeutet, in einer Welt zu leben, in der Bedeutungen miteinander geteilt werden.«
(Tom Kitwood, 2019, S. 155)

Aus dem oben Dargestellten wurde bereits deutlich, dass pflegerische Praxis immer personzentriert stattfindet. Professionelle Pflege geht auf das subjektive Empfinden des Menschen ein. Der Mensch wird in seinem *Personsein*, seinen Bedürfnissen und seinem Willen, seinem Charakter und seiner Besonderheit geachtet und gewürdigt.

Sehr eindringlich betont der Sozialpsychologe Tom Kitwood (1937–1989) die Personzentrierung in der pflegerischen Tätigkeit. Kitwood arbeitete mit demenziell erkrankten Menschen und entwickelte seinen Ansatz mit dem Ziel, das Personsein bei Krankheit zu erhalten und zu stärken. Aus seiner Beobachtung des zunehmenden Verlusts der Personstärke durch »maligne Sozialpsychologie« konzipierte er eine Beziehungsgestaltung, die den wichtigsten psychischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz erfüllend und befriedigend begegnet. Diese grundsätzlichen seelischen Bedürfnisse sind nach Kitwood: Trost, Bindung, Einbeziehung in menschliche Gemeinschaft, (sinnvolle) Beschäftigung und Identitätserhaltung oder -stärkung. Sie vereinen sich in dem einen zentralen Bedürfnis nach Liebe (Kitwood, 2019). Der Erhalt und die Stärkung von Integrität, Kontinuität und Stabilität des Selbstgefühls sowie die Unterstützung in der Persönlichkeitsentwicklung sind deren wesentliche Elemente.

➡ Maligne Sozialpsychologie bezeichnet jede Form, in der die Eigenständigkeit und Persönlichkeit eines Menschen sowie seine Entwicklungspotenziale missachtet werden.

Die schwedische Pflegewissenschaftlerin Astrid Norberg dehnt diesen Ansatz auf weitere Patientengruppen aus. Nicht nur Demenzkranke, auch andere Menschen mit schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen fühlen sich von sich selbst entfremdet, verlieren Zugang zu den Quellen ihrer Weisheit und Kraft und sind trostbedürftig (Norberg, Bergsten u. Lundman, 2001; Langegard u. Ahlberg, 2009). Trost ist immer wichtig, wenn Menschen leiden und trauern. Auch für Sterbende ist der personenzentrierte Ansatz wohlthuend (Tornøe, Danbolt, Kvigne u. Sørli, 2014). Eine empathische und wertschätzende Begegnung, die Trost, Einbeziehung, persönliche Bindung impliziert, kann das Selbstwertgefühl kranker Menschen stärken, integritätsstiftend wirken und zur Gesundheit beitragen. Ein Patientenbeispiel mag das verdeutlichen:

Eine alte Dame liegt verzagt im Bett in einem Pflegeheim. Sie scheint sehr traurig und einsam. Pflegefachpersonen kommen und gehen. Von manchen lässt sie sich aufmuntern, und ein heiteres Lächeln ist wenigstens für kurze Zeit zu sehen. Anderen gegenüber bleibt sie unberührt und teilnahmslos. Offenbar fühlt sie sich von einigen Pflegenden gut an- und wahrgenommen und von anderen weniger. Doch wenn Pfleger Z. das Zimmer betritt, strahlt sie über das ganze Gesicht und wird lebendig. Die Trauer scheint wie weggeblasen. Er flirtet mit ihr, und sie fühlt sich wieder als attraktive Frau, die das Interesse eines jungen Mannes wecken kann.

Pfleger Z. spürte wohl intuitiv das Bedürfnis der alten Dame nach Bewunderung und schenkte sie ihr.

➞ Wird unser Bedürfnis wahrgenommen und gewürdigt, fühlen wir uns lebendig, verbunden und wirklich.