

Harvey Chochinov – Ein Würdemodell für die Altenpflege

In diesem Text wird das Würdemodell von Harvey Chochinov erklärt und auf den Heimaltag übertragen. Mit dem Würdemodell werden verschiedene Bereiche von subjektivem Würdegefühl der Bewohner und Bewohnerinnen beschrieben, die durch die Pflege- und Betreuungskräfte sowie die Bestimmung im Heim selbst eingeschränkt oder gefördert werden können. Welche Bereiche das sind und wie man im Pflegeheim hierauf einwirken kann, soll im Folgenden gezeigt werden.

Warum wurde Chochinovs Würdemodell entwickelt?

„Stellen Sie sich für einen Moment vor, Sie näherten sich dem Ende Ihres Lebens (...) Was müsste (...) passieren, um an den Punkt zu gelangen, von dem aus Sie nicht mehr weitergehen möchten?“¹

So beginnt Harvey Chochinov sein Buch über die Würdezentrierte Therapie in der palliativen Pflege. Und diese Frage, die Chochinov dem Lesenden gleich zu Beginn stellt, ist kein bloßes Gedankenexperiment mit dem er uns konfrontiert, es ist im besten Sinne des Wortes Methode. Aufbauend auf diesem Gedanken haben der kanadische Psychiater und sein Forschungsteam ein Modell

entwickelt, welches die Würde von schwerstkranken und sterbenden Menschen in den Blick nimmt. Dieses gibt Aufschluss über die Frage, wie Menschen mit terminalen, lebensverkürzenden Krankheiten weiterhin das Gefühl von Würde, Lebenssinn und Menschsein bewahren können.

Aber was heißt das überhaupt – Würde? Im deutschen Grundgesetz oder in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist der Begriff ein großes Thema. Oft jedoch verbleibt er ohne weitere Konkretisierung, und keiner weiß so richtig, was man sich darunter vorstellen soll. Ganz grund-

1 Chochinov, H. (2017): Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. 1st ed. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 20.

sätzlich lässt sich unterscheiden zwischen grundlegender Würde (basic dignity) und persönlichem Würdegefühl (personal dignity). Harvey Chochinovs Forschung untersucht das Prinzip der Würde aus der persönlichen Perspektive von schwerkranken Patienten und Patientinnen. Er bezieht sich also auf das eigene, ganz persönliche Würdegefühl. Denn vor allem in der Palliativpflege ist Würde ein zentraler Begriff. So wird beispielsweise in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ein „Sterben in Würde“ gefordert, dass der „sterbende Mensch (...) sicher sein können [muss], mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert zu werden.“² Die Würde von schwerstkranken Menschen zu achten und zu fördern, ist demzufolge eines

der großen Ziele der Betreuung von Menschen in der Palliativpflege. Deswegen ist eine aktive Auseinandersetzung mit Würde besonders wichtig. Ein Verlust ebendieser Würde geht nämlich oft mit schwerwiegenden psychischen Folgen wie Depressionen oder gar dem Wunsch zum vorzeitigen Tod einher. Um diesen Folgen vorzubeugen, haben Chochinov und sein Team, aufbauend auf ihrer Forschung, das sogenannte „Würdemodell der Palliative Care/Palliativpflege“ entwickelt. Auf diesem baut die sogenannte Würdezentrierte Therapie auf, die als psychotherapeutische Kurzintervention für Patienten und Patientinnen im Endstadium einer lebensbedrohlichen Erkrankung durchgeführt wird.

Wie wurde das Würdemodell entwickelt?

Entwickelt wurde das Würdemodell von Chochinov forschungsbasiert. Es gründet auf einer empirischen Erhebung, bei der mithilfe halbstrukturierter Interviews 213 Patienten und Patientinnen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung danach befragt wurden, was ihre persönliche Definition von Würde ist, welche Faktoren sie als würdefördernd bzw. würdevermindernd wahrnehmen und wie ihr persönliches Würdegefühl mit dem Lebenswillen zusammenhängt. Im Anschluss an die Analyse der Interviewdaten mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse, wurde schließlich das „Würdemodell der Palliative Care/Palliativpflege“ entwickelt, welches ein breites Spektrum physischer, psychischer, sozialer und

spiritueller/existenzieller Komponenten umfasst. Aus den Daten kristallisierten sich drei verschiedene Hauptkategorien mit verschiedenen Dimensionen heraus, die nachfolgend erläutert werden sollen. Eine Übersicht findet sich vorab schon einmal in der nachfolgenden Abbildung (aus Chochinov 2017, S. 28):

2 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband; Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. 2. Aufl., Oktober 2010. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, S.9.



Abbildung 1: Modell zur Würde bei unheilbarer Erkrankung

Was ist das Würdemodell?

1. Krankheitsbezogene Aspekte

Die erste Kategorie des Würdemodells umfasst die **krankheitsbezogenen Aspekte**. Hierbei geht es um physische bzw. psychische Faktoren, die direkt aus der Krankheit resultieren. Unterschieden wird bei dieser Kategorie zwischen dem **Grad der Unabhängigkeit** und der **Symptomlast**.

Ersteres, der **Unabhängigkeitsgrad** ist vor allem in Bezug auf die *kognitive Verfassung* und die *funktionelle Kapazität* der Erkrankten im Alltag relevant. Beide Bereiche bestimmen maßgeblich unser Unabhängigkeitsgefühl und damit auch unsere Persönlichkeit, und wie wir von uns denken. So sind zum Beispiel Fähigkeiten wie Lesen, Meditieren oder Musizieren – intensive mentale Prozesse, die alle eine gute kognitive Verfassung erfordern – wichtiger Bestandteil eines intakten Würdegefühls. Aber auch das Wegfallen von Aktivitäten unseres alltäglichen Tagesablaufes, wie Aufräumen, Kochen, Auto fahren oder Spaziergehen, kann dazu führen, dass unser Selbstgefühl, und damit auch unser Würdegefühl stark beeinträchtigt wird. Vor allem die „intimen Abhängigkeiten“ wie z.B. Baden oder der Toiletten-

gang stellen hier eine große Herausforderung dar. Wichtig ist es, dass der zu pflegenden Person trotz ihrer Abhängigkeit das Gefühl gegeben wird, noch immer die (über sich) selbst bestimmende Person zu sein.³

Übertragung in den Pflegeheimalltag:

Auch im fortgeschrittenen Alter sind die kognitive Verfassung und die funktionelle Kapazität wichtige Aspekte des Würdeempfindens. Insbesondere Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen können hier Einschränkungen erfahren, ist doch die Pflegebedürftigkeit in der Regel mit Einbußen in diesen Bereichen verbunden. Daher sind Aktivierung und Förderung der noch vorhandenen Fähigkeiten im kognitiven und motorischen Bereich wichtige Bestandteile einer würdefördernden Pflege und Betreuung. Kleine Alltagstätigkeiten (Wäsche zusammenlegen, beim Kochen helfen, Flaschen zusammensammeln o.Ä.) können dazu beitragen, das persönliche Würdeempfinden der Bewohner und Bewohnerinnen zu stärken. Auch die Kompensation mangelnder oder fehlender Fähigkeiten spielt hier eine Rolle. So kann der Rollstuhl bzw. Gehwagen oder Begleitung beim Spaziergang den Mobilitätsradius erweitern und

3 vgl. Chochinov, H. (2017), S. 28–30.

eine Unterstützung beim selbstständigen Essen kann die Erfahrung von Abhängigkeit durch die Pflegebedürftigkeit abmildern.

Die **Symptomlast** untergliedert sich in die *körperliche* und *psychische Belastung* durch die Erkrankung. Beide Aspekte können das Alltagsleben der Erkrankten weitreichend beeinträchtigen. Neben den physischen Leiden und dem Schmerzerleben sind nämlich auch emotionale Begleiterscheinungen wichtige Faktoren, die das Würdegefühl der Patienten und Patientinnen maßgeblich vermindern können. So zum Beispiel die Angst vor dem Sterben oder die Unsicherheit in Bezug auf medizinische Fragen. Die Verringerung solcher Ängste und Sorgen durch klare Informationen und die Zusicherung von Unterstützung sind hierbei essentiell für das Würdeerleben der Patienten und Patientinnen.⁴

Übertragung in den Pflegeheimalltag:

Auch Bewohner und Bewohnerinnen im Pflegeheim können von körperlichen und psychischen Belastungen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Krankheitsbildern betroffen sein. Gerade heute, wenn Bewohner und Bewohnerinnen zunehmend multimorbid, also mit z.T. verschiedenen Krankheiten (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz, Depression) ins Heim kommen, entwickeln sie neben körperlichen Beschwerden auch emotionale Not, Sorgen und Ängste. Gerade kognitive Verwirrtheit oder Einsamkeit spielen hier eine Rolle. Hier ist es bedeutsam, wenn die Pflege- und Betreuungskräfte sich auf den Bewohner oder die Bewohnerin einlassen, seine oder ihre Perspektive zu übernehmen versuchen, Verständnis haben, auch wenn sich Sorgen und Ängste genauso wie Schmerzen bisweilen auch in herausforderndem Verhalten zeigen können. Ein solches Einlassen auf den Bewohner bzw. die Bewohnerin erfordert Ruhe und Zeit, die im hektischen Pflegealltag eher Mangelware ist. Eine weitere Möglichkeit, konkrete oder diffuse Ängste in Verbindung mit dem Lebensende zu adressieren, ist die Methode der gesund-

heitlichen Versorgungsplanung. Hier wird rechtzeitig, also vor einer akuten Krankheitssituation, zusammen mit dem Bewohner und der Bewohnerin über die Sorgen, Wünsche und Erwartungen am Lebensende allgemein und in einer akuten Notlage im Besonderen gesprochen. So soll sichergestellt werden, dass der Wille des Bewohners bzw. der Bewohnerin auch dann berücksichtigt wird, wenn er oder sie sich nicht mehr selbst dazu äußern kann.

2. Würdebewahrendes Repertoire

Das **würdebewahrende Repertoire** umschreibt die zweite Kategorie des Würdemodells. Hierbei handelt es sich vor allem um psychologische, spirituelle Faktoren, wie beispielsweise die psychische Konstitution und spirituelle Ansichten, welche das individuelle Würdegefühl mitbestimmen. Das Würdegefühl wird primär durch Denk- und Verhaltensweisen aufrechterhalten. Unterschieden wird hier nochmals zwischen **würdebewahrenden Perspektiven** und dem **würdebewahrenden Handeln**. Erstere werden in sieben verschiedene Perspektiven untergliedert, die sich alle darauf beziehen, wie die erkrankte Person die Welt sieht und erfährt.

Zu den **würdebewahrenden Perspektiven** gehört bspw. die *Selbstkontinuität*. Selbstkontinuität umfasst alle Aspekte, durch die ein Mensch nicht aufgrund der aktuellen Krankheitssituation definiert wird, im Vordergrund steht vielmehr seine Persönlichkeit und dass diese über die Patientenrolle hinaus aufrechterhalten wird. Es geht also um „das Ausmaß, in dem die Patienten und Patientinnen trotz der gesundheitlichen Herausforderungen dazu in der Lage sind, sich ihr Selbstbild oder ihre eigene Persönlichkeit zu bewahren.“⁵

Die *Aufrechterhaltung von (sozial bedeutsamen) Rollen* ist von großer Bedeutung, da dadurch den Patienten und Patientinnen Verantwortung für sich selbst und auch andere zuerkannt wird und die zum Teil bereits beginnende Auflösung

4 vgl. ebd., S 31 – 33.

5 vgl. ebd., S.35.

des Selbstbilds, aufgrund existenzieller Folgen der Krankheit, abgewehrt werden kann. Den zu pflegenden Menschen wird dadurch Sinn und Bedeutung in ihrem Dasein verliehen, wenn sie zum Beispiel weiterhin die Rolle der Großeltern ausüben können und so für ihre Enkel da sein können.⁶

Vor allem die *Generativität* bzw. das *Vermächtnis* stellt einen fundamentalen Bestandteil der würdezentrierten Therapie dar. Diese Perspektive bezieht sich auf den Einfluss der Patienten und Patientinnen über ihren Tod hinaus. Das eigene Vermächtnis ermöglicht den Sterbenden, die nachfolgenden Generationen anzuleiten und Ratschläge zu geben und damit auch nach dem Tod eine sinnhafte Rolle in deren Leben einzunehmen.⁷

Die *Bewahrung von Stolz und Hoffnung* ist vor allem in Bezug auf die eigene Person zu verstehen, denn auch hier geht es um die Wahrung der eigenen Persönlichkeit. Dabei ist es wichtig, einen positiven Blick auf sich selbst zu haben, sich zu respektieren und wertzuschätzen. Diese Strategie dient der Vorbeugung psychischer oder existenzieller Folgen und dem Schutz der eigenen Persönlichkeit. Vor allem bei Menschen mit einem fragilen Selbstwertgefühl ist es wichtig, im alltäglichen Umgang auf ihre Wünsche hinsichtlich Würde zu achten, die sich in vermeintlichen Kleinigkeiten (Kleidung, Sprache u.a.) ausdrücken können. So können etwa ein ‚dahin gesagter‘ Hinweis auf ein unpassendes Oberteil oder eine falsche Anrede das Selbstwertgefühl dieser Personen zusätzlich erschüttern. Gerade bei „hoffnungslosen Diagnosen“, also am Lebensende, wenn es nicht mehr um das Hoffen auf Heilung oder mehr (Lebens-) Zeit geht, können hinter solchen vermeintlichen Kleinigkeiten auch vor allem grundlegende persönliche Vorstellungen von Sinn und Bedeutung

des eigenen Lebens, der eigenen Selbst und deren Infragestellen als wahrgenommene „Hoffnungslosigkeit“ stehen.⁸

Autonomie bzw. *Kontrolle* spiegelt sich wider im Ausmaß der eigenständigen Fähigkeit zur Ausübung von gewissen Tätigkeiten. Sowohl Autonomie als auch Kontrolle sind Perspektiven, die sich eher auf den inneren und weniger auf den äußerlichen, körperlichen Zustand beziehen. Denn wer weiterhin das Gefühl von Kontrolle und Mitbestimmungsrecht in seinem eigenen Leben hat, der fühlt sich automatisch in seiner Existenz bestätigt. Dieses Gefühl von Kontrolle und Autonomie ist stark verknüpft mit mentaler Stärke, physischer Kapazität und spiritueller Kraft.⁹

Akzeptanz der eigenen, durch Abhängigkeit gekennzeichneten Lebenssituation liegt in ihrer Bedeutung auf der Hand, ist aber in der Umsetzung meist schwieriger. Denn nur wer seine Situation mit all ihren Facetten akzeptieren kann, besitzt die Fähigkeit, sich an seine Lebensumstände anzupassen. Die Akzeptanz ist vor allem dann schwer umsetzbar, wenn man sich durch das Annehmen von fremder Hilfe in zuvor unbekannte Abhängigkeiten begeben muss.¹⁰

Resilienz bzw. *Widerstandsfähigkeit* versteht sich vor allem in Bezug auf die mentale Stärke einer Person und drückt sich darin aus, wie die erkrankte Person mit ihren krankheitsbedingten Erfahrungen umgeht und dem gegenübertritt, was ihr aufgrund der Erkrankung bevorsteht. Diese Perspektive kann von Person zu Person ganz individuell aussehen und kann auch während des Krankheitsverlaufs schwanken. Während es für die einen bspw. bedeutet, an der Hoffnung auf lebensverlängernde Maßnahmen festzuhalten, ist es für andere eher ein Gefühl der Gelassenheit bezüglich der Gesamtsituation.¹¹

6 vgl. ebd., S. 36–37.

7 vgl. ebd., S. 37–38.

8 vgl. ebd., S. 38–40.

9 vgl. ebd., S. 41–43.

10 vgl. ebd., S. 43–45.

11 vgl. ebd., S. 45.

Übertragung in den Pflegeheimalltag:

Die genannten Dimensionen des würdebewahrenden Repertoires sind auch für Heimbewohner und -bewohnerinnen bedeutsam. So kommt es bspw. darauf an, die *Selbstkontinuität*, also die Aufrechterhaltung der Persönlichkeit in allen Bereichen des Heimalltags anzustreben. Gerade in potenziell würdegefährdenden Situationen wie der Grundpflege, dem Waschen, dem Toiletten-gang, in denen die persönlichen Intimitätsgrenzen zwangsläufig übertreten werden müssen, können Pflegekräfte über die kommunikative und professionelle Rahmung des eigenen Tuns eine gewisse Distanz in das erforderliche Pflegehandeln bringen. Oder die unvermeidlich grenzüberschreitenden Tätigkeiten werden dethematisiert, durch Smalltalk überspielt und der Bewohner bzw. die Bewohnerin damit von der Situation so gut es geht ‚abgelenkt‘.

Das *Aufrechterhalten von (sozial bedeutsamen) Rollen* kann durch Kontakte außerhalb und innerhalb des Heims gefördert werden. Damit Bewohner und Bewohnerinnen sich nicht allein mit ihrer Pflegebedürftigkeit identifizieren und alte Zugehörigkeiten aufgeben, sollen sie darin motiviert werden, private Kontakte zu den Angehörigen, Freunden und Bekannten sowie Kontakte in den öffentlichen Raum aufrechtzuerhalten, z. B. zu Vereinen, den Stammtisch in der Eckkneipe oder den regelmäßigen Kaffeeklatsch im benachbarten Café. Auch Beziehungen zu anderen Bewohnern oder Bewohnerinnen können dazu beitragen, sich z. B. nach wie vor als Freund oder Beraterin zu verstehen. Im Umgang mit dem Personal ist wichtig, dass Respekt vor der eigenen Person und Biographie sowie Anerkennung für das eigene Leben erfahrbar wird. Wenn Pflege- und Betreuungskräfte den Handwerker, die Lehrerin oder die Mutter, den Sportler, die Wissenschaftlerin, den Schmetterlingsexperten oder die versierte Künstlerin in einem Bewohner oder einer Bewohnerin sehen und nicht nur die pflegebedürftige Person, kann das eine Brücke zur Identität und zum Leben vor dem Heimeinzug darstellen. Vielfältige Biographiearbeit stellt das hierfür nötige Wissen zur Verfügung.

Diese personenbezogene Perspektive auf den Bewohner bzw. die Bewohnerin trägt auch zur *Bewahrung von Stolz und Hoffnung* bei. Zudem können soziale Nähe, Gemeinschaft und Anerkennung dem Leben im Heim einen eigenen Sinn verleihen, den Tagesablauf strukturieren, motivieren – und damit zu einem würdevollen Miteinander beitragen. Auch die Beziehung zum Personal, die Art der Kommunikation und des Umgangs sowie die Zeit, die Pflege- und Betreuungskräfte für den/der einzelnen Bewohner bzw. Bewohnerin zur Verfügung haben, die sie ihm für einen kleinen Plausch ‚schenken‘ können, bestärkt ihn bzw. sie darin, dem Leben im Heim Sinn zuzuschreiben.

Autonomie und Kontrolle vermitteln sich als konkrete Erfahrung durch die Möglichkeit, im Heimalltag Dinge, die für einen selbst von Belang sind, (mit-)bestimmen zu können, den Alltag mitgestalten zu können und so Kontrolle über das Geschehen wahrzunehmen. Diese Selbstbestimmung im Alltag zentriert sich – wie oben bereits angedeutet – in der Regel um vermeintlich banale Kleinigkeiten: Wahl der Kleidung, Zeitpunkt des Aufstehens oder Zubettgehens, Auswahl des Essens bis hin zum Empfang von Besuch oder der Teilnahme an heiminternen oder -externen Angeboten.

Das Annehmen der Pflegebedürftigkeit und zwangsläufig damit zusammenhängender Abhängigkeit von Dritten ist wichtig für die *Akzeptanz* des neuen Lebens im Heim. Dafür ist bspw. auch die Rahmung des Einzugs entscheidend: Hat der Bewohner oder die Bewohnerin Einsicht in die Notwendigkeit des Heimeinzugs, denkt er oder sie, dass es besser so ist, auch wenn er oder sie lieber weiter zu Hause gewohnt hätte, oder erlebt er oder sie den Umzug ins Heim als fremdbestimmtes ‚Abgeschobenwerden‘. Außerdem wirken sich die Gestaltungsmöglichkeiten des Lebens im Heim und die Offenheit für individuelle Bedürfnisse positiv auf die Akzeptanz des Heims als neues Zuhause aus.

Neben den gerade erläuterten würdebewahrenden Perspektiven trägt auch das **würdebewahrende Handeln** einen bedeutenden Teil zum Würdeerleben bei. Gemeint sind damit konkret „die Handlungsweisen, die einen Menschen dazu befähigen, einen Umgang mit den sich verändernden Lebensumständen zu finden.“¹² Zu diesen Verhaltensweisen zählen das *Leben im Moment*, der *Erhalt von Normalität* und das *Streben nach spirituellem Wohlbefinden*.

Der Aspekt des Lebens im Moment bezieht sich auf die mögliche Gefahr, sich durch die Erkrankung nur noch mit überwältigenden Gedanken bezüglich der eigenen Zukunft zu beschäftigen. Das kann dazu führen, dass sich die erkrankte Person kaum noch auf die unmittelbare Umgebung konzentriert und sich völlig in verängstigten Gedanken verliert. Nur wenn man es schafft, diese Gedanken zu stoppen, werden ein Leben im Hier und Jetzt und ein präsenten Dasein in der Gegenwart möglich. Statt eines ständigen Wartens auf den Tod wird die finale Lebensphase so zu einer Zeit des Erlebens, in der Dinge wie mitmenschliche Begegnungen, Liebe, Feierlichkeit, Humor und mitunter auch Versöhnung im Vordergrund stehen.¹³

Der *Erhalt von Normalität* ist auf psychischer und existenzieller Ebene bedeutsam. So erlauben routinierte Alltagsabläufe, die der oder die Erkrankte auch aus seinem bzw. ihrem Leben vor der Erkrankung kennt, das Festhalten an Vertrautem. Im weiteren Sinne bedeuten diese alltäglichen Abläufe gewohnter Routinen, wie z.B. das Kochen, das Lesen oder das sich morgens Waschen und Anziehen nicht nur das Nicht-Aufgeben des Bekannten, sondern gleichzeitig auch das Nicht-Aufgeben des eigenen Selbst bzw. befördern somit im praktischen Sinne Selbstkontinuität.¹⁴

Das würdebewahrende Handeln, dass sich mit dem *Streben nach spirituellem Wohlbefinden* beschreiben lässt, ist zu verstehen als die Beschäfti-

gung mit spirituellen Fragen, beispielsweise über ein Leben nach dem Tod. Diese Fragen können religiöser Natur sein, müssen es aber nicht zwangsläufig. Es geht darum, ein übergeordnetes Gefühl von Sinn und Bedeutung für das eigene Leben zu erschaffen und darin Trost und Unterstützung zu finden.¹⁵

Übertragung in den Pflegeheimalltag:

Das *Leben im Moment* wird durch Motivation und Aktivierung der Bewohner und Bewohnerinnen gefördert. Die Anregung, an verschiedenen Tätigkeiten und Tagesangeboten teilzunehmen, dient sowohl zur Ablenkung von eigenen Sorgen und Ängsten als auch zur Förderung von sozialen Kontakten und sinngebender Betätigung. Wichtig ist dabei aber auch, dem Bewohner und der Bewohnerin die Freiheit zu lassen, für sich sein zu wollen. Flexibilität und Offenheit für tagesabhängige Bedürfnisse und Interessen, Raum für das Hier und Jetzt sind bei der motivierenden und aktivierenden Kommunikation von Seiten des Personals bedeutsam.

Der *Erhalt von Normalität* kann durch Alltagsroutinen und alltägliche Tätigkeiten erreicht werden (s.o.). Auch selbst bestimmen zu können, was man anzieht, wann man aufsteht oder ins Bett geht, was man wann isst, wann man nach draußen geht etc. – soweit es die organisationalen Rahmenbedingungen sowie der Gesundheitszustand zulassen – sorgt dafür, dass der Bewohner und die Bewohnerin so gut wie möglich an sein bzw. ihr Leben vor dem Heimeinzug anknüpft.

Ob und inwiefern *Spiritualität* für den Bewohner oder die Bewohnerin eine Rolle spielt, muss jeweils individuell herausgefunden werden. Je nachdem sind Gottesdienstbesuche, Gespräche mit einem Seelsorger oder Gesprächskreise zu spirituellen Themen passende Angebote, die das Heim organisieren kann.

12 ebd., S. 46.

13 vgl. ebd., S. 47.

14 vgl. ebd., S. 48.

15 vgl. ebd., S. 48–50.

3. Inventar sozialer Würde

Die dritte und letzte Kategorie des Würdemodells beschreibt Chochinov als das **Inventar sozialer Würde**. Im Vergleich zu den ersten beiden Kategorien, die sich eher mit innerlichen Faktoren beschäftigen, bezieht sich diese Kategorie auf äußerliche Komponenten der Würde und legt damit den Fokus auf den Einfluss durch das Beziehungsgeschehen und die sozialen Angelegenheiten der Patienten und Patientinnen. Nachfolgend sollen die fünf Elemente des Inventars der sozialen Würde erläutert werden.

Mit dem Beginn einer schweren Krankheit ist die *Privatsphäre* eines der ersten Dinge, die unter den Folgen einer Krankheit leidet. Auf unterschiedlichste Weise wird diese verletzt, so z.B. bei der täglichen Versorgungsroutine ‚auf Station‘ durch fremdbestimmtes Waschen, Anziehen oder Toilettengang. Aber auch wenn die „Patienten von der Betreuung durch ihre Familie abhängig sind, kann der Verlust der Privatsphäre durch die Verschiebung der Rollen oder ein verändertes Selbstbild verschärft werden.“¹⁶ Ein achtsamer Umgang mit den physischen und existenziellen Anforderungen ist das A und O, um eine erfolgreiche Anpassung an diese Umstände zu gewährleisten.

Soziale Unterstützung durch Angehörige und wichtige Bezugspersonen kann zu einer beträchtlichen Verbesserung in vielen Bereichen beitragen. Dazu zählen sowohl die alltagspraktische bzw. operative Dimension (bei anfallenden Arbeiten wie Hausarbeit oder Kinderbetreuung) als auch die psychologische. Schon durch das schlichte Dasein und die Versicherung, dass man den Erkrankten in seiner Situation nicht allein lässt, kann man auf existenzieller Ebene soziale Unterstützung bieten.¹⁷

Die *Haltung der Behandelnden* wird vor allem deutlich in der demonstrierten Einstellung und dem Ton, den das Gesundheitspersonal gegenüber der erkrankten Person anspricht. Eine würdebewahrende Grundhaltung ist essentiell wichtig, um den Patienten und Patientinnen zu vermitteln, dass sie wichtig sind und eine Betreuung verdienen, die mit Anerkennung, Respekt und Wertschätzung durch die sie Betreuenden einhergeht. Eines der Schlüsselergebnisse von Chochinovs Würdeforschung ist, dass „das Gefühl der Patienten, wie sie wahrgenommen werden, einen substanziellen Einfluss auf die allgemeine Wahrnehmung ihres Würdegefühls [hat].“¹⁸ Wichtig ist es, die Patienten und Patientinnen über ihre Patientenrolle hinaus als Person mit je eigenen Wünschen, Gefühlen und Erfahrungen zu begreifen.¹⁹

Der Verlust der individuellen Autonomie geht oft einher mit dem Gefühl, eine *Belastung für andere zu sein*. Dieses Gefühl ist eng verbunden mit der Abwertung des eigenen Lebens und damit auch mit einem geringen Lebenswillen und einem verminderten Würdegefühl. Forschungen zeigen jedoch, dass dieses Gefühl weitgehend durch die psychischen Reaktionen des Erkrankten auf seine Krankheit ausgelöst wird und weniger durch die tatsächliche Abhängigkeit von anderen. Eine Aufrechterhaltung der psychischen Widerstandsfähigkeit ist dementsprechend eine der wirksamsten Gegenmaßnahmen.²⁰

Die *Sorge hinsichtlich der Zeit nach dem Tod* ist bei fast allen Menschen, die einen Ehepartner oder Kinder zurücklassen, eine Begleiterscheinung. Die Erkrankten fürchten die Belastungen, die durch das Wegfallen ihrer Rolle als Partner oder Elternteil, auf die ihnen nahestehenden Personen zukommen werden. Diese Sorgen anzusprechen, mit den Patienten bzw. Patientinnen gemeinsam an möglichen Lösungen zu arbeiten und ihnen auch die Möglichkeit zu geben, sich selbst darum

16 vgl. ebd., S.51.

17 vgl. ebd., S.52–53.

18 vgl. ebd., S.53.

19 vgl. ebd., S.53–57.

20 vgl. ebd., S.57–58.

zu kümmern, ist eine wichtige Aufgabe der pflegenden Personen.²¹

Übertragung in den Pflegeheimalltag:

Das Schützen der *Privatsphäre* kann durch die Pflege- und Betreuungskräfte in unterschiedlicher Weise gefördert werden. Gerade in der Pflege können intimitätsüberschreitende Handlungen nötig werden, z.B. beim Waschen oder Toilettengang. Dann kann durch eine begleitende Kommunikation diese Grenzüberschreitung zumindest abgemildert werden (s. o.). Auch das Thema Sexualität und Bedürfnisse nach Nähe fallen hierunter. Raum für die Suche nach und ggf. Ausleben von körperlicher Nähe zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen sollte Platz im Heimalltag haben und nicht aus Fürsorge- oder anderen Gründen unterbunden werden. Das Heim als Organisation kann ebenfalls zur Aufrechterhaltung von Privatheit beitragen, indem z. B. Spielraum für das Einrichten und Gestalten des eigenen Zimmers gegeben ist: der Lieblingssessel oder der eigene Teppich sind dann Einrichtungsgegenstände, die für Privatheit sorgen. Hier muss jedoch abgewogen werden, was im Zimmer bleiben kann, damit Sturz- oder andere Verletzungsrisiken den Bewohner oder die Bewohnerin nicht unverhältnismäßig gefährden.

Soziale Unterstützung und Dasein gehören ebenfalls zu den wichtigen Aufgaben in der Pflege und Betreuung. Soziale Unterstützung kann durch bewohnerbezogene Interaktionsstile erfolgen: So fördern ‚Strategien der Aktivierung‘ die Bildung und Kommunikation eines eigenen Willens. Manche Bewohner oder Bewohnerinnen müssen erst dazu motiviert werden, eigene Bedürfnisse und Interessen auszubilden und diese auch mitzuteilen. Die Angst, anderen zur Last zu fallen, wirkt dabei oft hemmend. Wenn ein Wille kommuniziert wird, dienen ‚Strategien der Ermöglichung‘ dazu, diesen Willen auch umzusetzen. Wenn ein Bewohner oder eine Bewohnerin klar formuliert, was er oder sie tun (oder lassen) möchte, versuchen Pflegekräfte, diesen (ggf. auch non-verbal) kommunizierten Willen gezielt zu unterstützen und ihm zur Umsetzung zu verhelfen. Das kann

individuelle Hilfe bei der Fortbewegung, beim Ankleiden oder beim Essen sein. Auch das Einbinden der Bewohner in alltägliche Aufgaben kann hier wieder genannt werden. Gerade bei diversen Einschränkungen des Bewohners oder der Bewohnerin braucht soziale Unterstützung mitunter deutlich mehr Zeit (z.B. wenn Essen nicht eingegeben wird, sondern das selbstständige Essen nur unterstützt wird). Zudem gilt es auch hier, abzuwägen: Wie lange kann das Sitzen im Rollstuhl und damit eine gewisse Mobilität ermöglicht werden, ohne dass gesundheitliche Gefahren drohen, z. B. das Wundwerden der Haut. Hier muss permanent zwischen Selbstbestimmung des Bewohners oder der Bewohnerin und dem Fürsorgeauftrag des Personals balanciert werden, wobei die Priorität auf dem Willen des Bewohners bzw. der Bewohnerin liegt. Bisweilen sind aber auch Grenzen der Selbstbestimmung zu markieren, wenn sie aus dem professionellen Selbstverständnis heraus begründbar nicht umsetzbar ist. Das gilt besonders bei ‚Strategien des Zulassens‘, wenn der Wille eines Bewohners oder einer Bewohnerin eigentlich nicht den Regeln und Abläufen im Heim entspricht, aber – so gut es geht – dennoch versucht wird, diesem Willen zu entsprechen (bspw. das Gewähren von Alkoholkonsum bei abhängigen Bewohnern oder Bewohnerinnen, sofern dieser die übrigen Bewohner und Bewohnerinnen oder das Personal nicht beeinträchtigt).

Genauso wie manche Formen der sozialen Unterstützung braucht auch das Dasein, also die Vermittlung von sozialer Nähe und einem offenen Ohr, eine entsprechende individuelle *Haltung des Personals* sowie die dafür nötige Zeit: Eine Haltung der Bewohnerorientierung sorgt dafür, dass Pflege- und Betreuungskräfte erkennen, wenn ein Bewohner oder eine Bewohnerin das Bedürfnis nach einem Gespräch hat oder gerade nicht allein sein möchte (Achtsamkeit). Dann gilt es, Zeit zu haben und sich zum Bewohner oder zur Bewohnerin zu setzen und einfach da zu sein und ihm oder ihr damit zu zeigen, dass er oder sie wichtig ist, dass er oder sie als Person respektiert wird. Im Heimalltag ist solche Kommunikations-

21 vgl. ebd., S.59.

und Beziehungszeit aber mitunter kaum verfügbar, was auch die Bewohner und Bewohnerinnen miterleben, so dass sie oftmals gar nicht auf die Idee kommen, ihre Wünsche entsprechend zu äußern. Dem entgegen muss die Arbeitsorgani-

sation so gestaltet sein, dass solche Zeitfenster verfügbar sind, ohne damit die Beschäftigten mit Zeitdruck, der durch Zeitmangel an anderer Stelle entsteht, zusätzlich zu belasten.

Das „Würdemodell“ an einem Fallbeispiel: „Die verschwundene Schokolade“

1. Fallschilderung

Frau Adam bewahrt in ihrer Kommode im eigenen Zimmer eine eigens gekaufte Tafel Schokolade auf. Die dort aufbewahrte eigene Schokolade wollte Frau Adam mit einer Bewohnerin teilen, mit der sie sich regelmäßig austauscht und der sie gerne eine kleine Freude machen möchte. Frau Adam bemerkt nun jedoch, dass die von ihr gekaufte Schokolade nicht mehr an ihrem Platz ist, sie ist aus ihrer Kommode verschwunden. Daraufhin wendet sie sich an eine Pflegekraft. Auf ihre Nachfrage, wo denn die Schokolade sei, reagiert die Pflegekraft mit Unverständnis. Weil sie die Nachfrage als Vorwurf und Anschuldigung versteht, erwidert sie nur: „Wir haben so viel Schokolade, einen ganzen Schrank voll, wir essen die jedenfalls nicht.“ Die Bewohnerin fühlt sich falsch verstanden und ärgert sich über die Reaktion der Pflegekraft. Das konkrete Problem, die Frage, wo die verschwundene Schokolade ist, wird damit nicht gelöst. Vielmehr entsteht ein neues Problem, nämlich eine angespannte Situation zwischen der Bewohnerin und der Pflegekraft.

2. Interpretation

In diesem Beispiel werden verschiedene Bereiche des subjektiven Würdegefühls der Bewohnerin angesprochen: In ihrem Plan, einer befreundeten Mitbewohnerin eine Tafel Schokolade zu schenken, lassen sich **„würdebewahrende Perspektiven“** und **„würdebewahrendes Handeln“** erkennen. Dadurch, dass sie sich offenbar der anderen Bewohnerin als Freundin präsentieren möchte, knüpft sie an eine soziale Rolle an, die ihr in ihrem früheren Leben vielleicht besonders

wichtig war. Sich auch um andere zu kümmern, ihnen eine Freude zu machen, verbindet sie mit ihrem Selbst, mit ihrer Person, weil sie sich auch früher schon gerne um andere gekümmert hat. Insofern geht es hier um die Bewahrung dessen, was – als Selbstkontinuität – die Bewohnerin aus ihrer Sicht als Person ausmacht und zu ihrer Identität gehört. Mit den beschränkten Möglichkeiten im Pflegeheim wählt sie dafür das Schenken von selbst gekaufter Schokolade aus. Neben dem Anknüpfen an eine Rolle, hier die als fürsorgende Freundin, die nichts mit ihrer Rolle als pflegebedürftige Pflegeheimbewohnerin zu tun hat, und dem Aufrechterhalten von Eigenschaften, die sie als Person auszeichnen, findet sich im Beispiel auch die Bedeutung von eigenen, selbst gewählten sozialen Beziehungen, die für die Bewohnerin zu einem guten Leben im Heim dazu gehören. Damit geht es auf der sozialen Ebene auch um den Erhalt von Normalität, um das Anknüpfen an das alte Leben.

Unabhängig von dem konkreten Verwendungszweck verdeutlicht das Beispiel somit ebenso die Bedeutung von Selbstbestimmung und Kontrolle. Sich selbst Schokolade kaufen und über diese Schokolade bestimmen zu können, sind wichtige Möglichkeiten, Kontrolle zu erfahren. Wenn dann die Schokolade – stellvertretend für alle anderen Gegenstände, die sich die Bewohnerin als ihr gehörend zuschreibt – plötzlich nicht mehr an ihrem Platz ist und, so vermutet es die Bewohnerin, von jemand anderem weggenommen wurde, zeigt ihr das, dass ihre Kontrolle über ihr Zimmer und die Dinge, die ihr gehören, durch unbefugten Zugang anderer Bewohner oder des Personals

gefährdet ist. Ihre Privatsphäre ist in diesen Momenten nicht geschützt.

Aus den verschiedenen genannten Gründen ist das Verschwinden der Schokolade für die Bewohnerin keine Nebensächlichkeit, sondern es ist ihr wichtig, die Schokolade – in ihrer Bedeutung als Geschenk und Mittel zur Ausübung ihrer Rolle als Freundin sowie als Symbol für ihre Kontrolle und Selbstbestimmung – wiederzufinden. Deshalb spricht sie die Pflegekraft darauf an.

Die Reaktion der Pflegekraft auf die verschwundene Schokolade wiederum zeigt, welche Bedeutung das „**Inventar sozialer Würde**“ für das subjektive Würdegefühl der Bewohnerin hat. Wollen wir annehmen, dass die Pflegekraft gerade viel um die Ohren hat, unter Zeitdruck steht, mit anderen Problemen konfrontiert ist, so kann man durchaus Verständnis für die knappe Reaktion haben – auch wenn sie selbst dann freundlicher ausfallen könnte. Aus der Perspektive der Bewohnerin ist aber nicht ohne Weiteres anzunehmen, dass sie die Umstände kennt, unter denen die Pflegekraft reagiert, weshalb es für einen würdevollen Umgang mit der Bewohnerin in einem ersten Schritt wichtig ist, ihr vor allem zu signalisieren, dass man Verständnis für ihre Situation hat. Respekt, Achtsamkeit und die Sensibilität für die Wichtigkeiten des Anderen gehören zu einer würdebewahrenden Haltung der Pflegekraft. Dafür muss sie die Perspektive der Bewohnerin einnehmen können, sich in sie hineinversetzen und bereit sein, ihre Sicht der Dinge als wichtig anzuerkennen. Zu zeigen, dass man das Problem verstehen möchte und auch respektiert, dass die Situation für die Bewohnerin von Bedeutung ist und eben keine Lappalie, ist der erste Schritt einer würdebewahrenden Reaktion.

Nach der signalisierten Zugewandtheit gilt es in einem zweiten Schritt, ein offenes Ohr zu haben und sich erstmal in Ruhe das Problem anzuhören, herauszufinden, worum es überhaupt geht, und nicht – wie in unserem Beispiel – vorschnell das Problem abzutun.

Die Reaktion der Pflegekraft erklärt sich selbstredend auch daraus, dass sie die Anfrage der Bewohnerin als ungerechtfertigte Verdächtigung und Vorwurf (miss-)versteht, sie bzw. ein Kollege oder eine Kollegin habe die Schokolade entwendet. Diese – ob und inwieweit auch immer (mit)gemeinte – Deutung kontert sie mit der Abwertung der betreffenden Tafel Schokolade – schließlich haben die Pflegekräfte ihren eigenen Schrank voll Schokolade. Dieses (Miss-)Verständnis, das auf Zeitknappheit, Gereiztheit oder vielleicht auch auf bisherige Erfahrungen mit der betreffenden Bewohnerin zurückzuführen ist, führt dazu, dass die Bewohnerin mit ihrem Anliegen ‚entwertet‘ wird, indem die Relevanz der abhanden gekommenen Schokolade abgetan wird. Und die Bewohnerin wird zudem in eine defensive Rolle gedrängt, in der sie kaum noch Chancen hat, weiter auf die Lösung ihres Problems zu insistieren. Stattdessen wäre das Angebot zur sozialen Unterstützung durch die Pflegekraft angemessener gewesen, das vielleicht schon allein im Zuhören und Verstehen liegen könnte, bis hin, dass sie der Bewohnerin bei der Suche hilft, wenn nicht jetzt, dann später, wenn sie mehr Zeit hat. Dadurch könnte der Bewohnerin das Gefühl vermittelt werden, dass ihre Sorgen für die Pflegekraft wichtig sind, dass sie ihr wichtig ist und dass sie mit ihrem Anliegen nicht zur Last fällt, was sie – alles zusammengenommen – in ihrem Würdeempfinden bestärken würde.



Eine Initiative von:

