Ansprechstelle im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2009 Ausgabe 41

Schwerpunkt:
BURNOUT

Im Auftrag vom

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**
NÄHER AM MENSCHEN

www.alpha-nrw.de

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„Wenn man eine Kerze an beiden Seiten anzündet, mag sie eine Zeit doppelt so viel Licht spenden – aber sie ist auch doppelt so schnell abgebrannt!“
So schreibt Myron Bush.
Ganz gewiss ist die Hospiz- und Palliativarbeit ein Feld, für das man sich leicht entflammen lässt. Es ist eine Arbeit, für die man sich nicht einfach so entscheidet, weil sie interessant ist, weil sie viel Geld einbringt oder weil man sich hierbei besonders profilieren kann.

Es ist vielmehr eine Arbeit, für die man sich häufig aus ganz persönlichen Gründen entscheidet; die viel mit der eigenen Person und der eigenen Geschichte zu tun hat. Eine Arbeit also, bei der man nicht Dienst nach Vorschrift oder nach Anweisung macht, eine Arbeit, die Sensibilität, Einfühlsamkeit und eben ganz viel persönlichen Einsatz erfordert. Eine ideale Burnoutfalle also?
Ganz so einfach ist es dann wohl doch nicht. Denn das hieße, Burnout wäre nur abhängig von persönlichen Faktoren. Das ist es aber nicht, da gibt es noch sozial- und organisationspsychologische Hintergründe (Führungsstil, Partizipation, …), es gibt ganz objektive Ursachen (Arbeitsbedingungen, Gratifikation, …) und es gibt auch gesamtgesellschaftliche Faktoren, die das Auftreten eines Burnouts fördern können.

Mit dieser Ausgabe des Hospizdialoges wird ein erster Blick auf das Thema Burnout im Allgemeinen geworfen und ein zweiter behutsamer Schritt auf Burnout im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung. Dies sollte langfristig sicherlich noch vertieft werden, damit die für diese Arbeit spezifischen Ursachen kritisch in den Blick genommen und bearbeitet werden können.

Eine gute Lektüre wünscht Ihnen
Ihre

G. Dingerkus

Gerlinde Dingerkus

Inhalt

INFORMATION

Individuelle Versorgungsgestaltung am Lebensende – der Lebenskontext ist entscheidend
Annegret Sobota, Bärbel Uhlmann 4

Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativbetreuung und -begleitung
Sigrid Beyer 7

Nicolaidis Stiftung GmbH 9

SCHWERPUNKT
BURNOUT

Burnout-Prophylaxe in helfenden Berufen – Anforderungen und Ressourcen im Gleichgewicht
Dr. Götz-Hendrik Ziemann 12

Wie kann ich dem Ausbrennen vorbeugen?
Dr. Gerd Wenninger 14

Die eigene Kraft erhalten – Selbstfürsorge in der Onkologie und Hospizarbeit
Dr. Gudrun Thielking-Wagner 17

„Der unzerstörbare Atem" Eine Möglichkeit der Burnout-Prophylaxe in der Hospiz- und Palliativarbeit
Dr. Thomas Mösler, Sebastian Scheler 19

Veröffentlichungen 22
Veranstaltungen 23

IMPRESSUM

Herausgeber:
ALPHA –
Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion:
ALPHA-Westfalen
Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe
Friedrich-Ebert-Straße 157 - 159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
e-mail: alpha@muenster.de
Internet: www.alpha-nrw.de

Layout und Druck:
Art Applied, Druckvorstufe Hennes Wegmann
Hafenweg 26a, 48155 Münster

Auflage:
2500

Die im „Hospizdialog" veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

Individuelle Versorgungsgestaltung am Lebensende – der Lebenskontext ist entscheidend

Annegret Sobota, Bärbel Uhlmann

Einleitung

Die Versorgungsgestaltung am Ende des Lebens wird von den Sinnstrukturen der schwerkranken Menschen und ihrer Bezugspersonen gelenkt. Dies legt einen familien- und personenorientierten Begleitungs- und Beratungsansatz nahe. Das Beispiel der Lebenssituation einer jungen schwerkranken Frau und ihrer 82-jährigen Mutter als nahe Bezugsperson zeigt, dass der Blick auf den Lebenskontext und der Perspektivwechsel neue Gestaltungsmöglichkeiten für das Lebensende öffnen.

Annegret Sobota

Die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Hospiz- und Palliativversorgung[1] unterstützt und verwirklicht die persönlichen Entscheidungen.

Bärbel Uhlmann

Situationsbeschreibung

Frau Rosenbaum[2] ist 42 Jahre alt, arbeitslos und lebt mit ihrer Mutter in einem gemeinsamen Haushalt. Sie leidet an einer schweren Krebserkrankung. Frau Rosenbaum senior ist seit vielen Jahren verwitwet, ihre Tochter ist das letztgeborene von sechs Kindern. Vier ihrer Kinder sind verstorben, eine Tochter starb wenige Jahre zuvor ebenfalls an einer Krebserkrankung, ein Sohn starb durch Suizid. Ein weiterer Sohn lebt weit entfernt. Es gibt nur wenige nachbarschaftliche Kontakte, verwandtschaftliche Kontakte bestehen nur zu einer Nichte.

Obwohl Frau Rosenbaum seit längerer Zeit unter erheblichen gesundheitlichen Beschwerden leidet, sucht sie erst einen Arzt auf, als die Krebserkrankung bereits weit fortgeschritten ist. Zu diesem Zeitpunkt wird ihr die Aufnahme in ein stationäres Hospiz empfohlen. Frau Rosenbaum folgt dieser Empfehlung, da sie sich sorgt, ihre Mutter mit ihrer Pflege zu überfordern.

Beim Einzug in das Hospiz kann sich Frau Rosenbaum trotz körperlicher Schwäche selbständig im Haus bewegen. Sie zieht sich zeitweise jedoch ganz zurück, nimmt kaum Kontakt auf bzw. reagiert auf Kontakt- und Unterstützungsangebote mit Ablehnung. Die Pflegekräfte nehmen wahr, dass Frau Rosenbaums Stimmungsschwankungen und Impulsdurchbrüche auf Schmerzspitzen, die nicht von ihr geäußert werden, zurückzuführen sind. Eine Anpassung der Schmerztherapie verbessert die Situation. Allmählich entsteht ein guter Kontakt zu einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin.

Frau Rosenbaums Mutter kommt zumeist einmal in der Woche zu Besuch. Auf diese Besuche reagiert Frau Rosenbaum teilweise ablehnend. Es wird wahrgenommen, dass beide im Gespräch häufig verbal aggressiv werden. Frau Rosenbaum äußert des Öfteren gegenüber ihrer Mutter den Wunsch, dass sie im Hospiz übernachten solle. Die Mutter lehnt dies jedoch immer wieder ab mit den Worten: „Das kann ich nicht."

Nach zwei Monaten Aufenthalt im Hospiz – bei zwar abnehmender körperlicher Kraft – ist die Krankheitssituation von Frau Rosenbaum relativ stabil. Sie bringt nun ihre Sorge um die Mutter zum Ausdruck und ihre Angst, sie allein zurücklassen zu müssen. Ihr Wunsch, wieder nach Hause zu gehen, wird immer deutlicher von ihr ausgesprochen und seitens der Hospizmitarbeitenden aufgegriffen. In einem Gespräch, an dem Frau Rosenbaum, ihre behandelnde Ärztin, die Bezugspflegekraft, die gesetzliche Betreuerin sowie eine Mitarbeiterin des Ambulanten Hospizdienstes teilnehmen, soll der Unterstützungsbedarf für die häusliche Situation geklärt werden. Am Ende des Gespräches entschließt sich Frau Rosenbaum noch am gleichen Tag nach Hause zu gehen, bevor weitere Vorbereitungen getroffen werden können.

1 Die Autorinnen beziehen sich auf das Netzwerk „Lebensraum Hospiz - Evangelische Hospizdienste in Dortmund und Lünen". In diesem Netzwerk kooperieren die Partner: Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst im Diakonischen Werk Dortmund und Lünen gGmbH; Hospiz Am Ostpark, Bethel vorOrt; Ambulanter Palliativ Pflegedienst, Diakonische Dienste DortmundgGmbH

2 Die Namen sind frei erfunden.

Die Koordinatorin des Ambulanten Hospizdienstes nimmt mit Frau Rosenbaum Kontakt auf und regelt notwendige Unterstützungsleistungen. Der weitere Kontakt mit der aus dem Hospiz bekannten ehrenamtlichen Mitarbeiterin wird hergestellt, ebenso auf Wunsch mit der Seelsorgerin des Hospizes.

Anfangs bleibt Frau Rosenbaum während der Besuche häufig in ihrem Schlafzimmer und signalisiert, dass sie zu diesem Zeitpunkt keinen Kontakt wünscht. Die alltägliche Unterstützung durch die ehrenamtliche Begleiterin, die z.B. Wünsche nach besonderen Kuchen erfüllt oder Einkäufe tätigt, schafft jedoch einen kontinuierlichen Zugang zu beiden Frauen.
Bei der Mutter wird ein hoher Gesprächsbedarf deutlich und ihre Begleitung tritt in den Vordergrund. Es entwickeln sich intensive Gespräche über ihre Lebensgeschichte, sie zeigt Fotos von ihren verstorbenen Kindern, sie bringt Trauer zum Ausdruck und spricht über ihre Hilflosigkeit angesichts der schweren Erkrankung ihrer jüngsten Tochter.

Im Verlaufe der nächsten Wochen wird Frau Rosenbaum körperlich sichtlich schwächer. Es fällt ihr zunehmend schwerer, das Bett zu verlassen. Nach drei Monaten entscheidet Frau Rosenbaum den erneuten Einzug in das Hospiz. Sie ist in einer stark geschwächten körperlichen Verfassung und verstirbt nach drei Tagen. Die Mutter kommt in diesen drei Tagen nicht in das Hospiz. Als ihre Tochter vom Krankenwagen abgeholt worden war, hatte sie gesagt: „Mach's gut, Mädchen!"
Die ehrenamtliche Mitarbeiterin hat sie später bei einem Besuch auf dem Friedhof begleitet.

Reflexion der Situation

Die Lebenssituation beider Frauen ist durch eine geringe soziale Einbindung geprägt. Im Umgang mit der Erkrankung ist Frau Rosenbaum weitestgehend auf sich selbst gestellt und hat kaum Möglichkeiten, sich angesichts ihrer zunehmenden Beschwerden Rat zu suchen. Es ist davon auszugehen, dass ihre Kenntnisse über Unterstützungsmöglichkeiten eher als gering einzuschätzen sind.
Die Entscheidung zum Einzug in das stationäre Hospiz trifft Frau Rosenbaum mit der Überlegung, dass sie ihre Mutter nicht belasten möchte. Sie hat die Verluste der Mutter über ihre verstorbenen vier Kinder miterlebt und es liegt nahe, dass sie – möglicherweise unbewusst – das Hospiz als Möglichkeit sieht, um ihre Mutter vor dem neuen Leiden und dem weiteren Verlust zu schonen.

Die Situation im Hospiz ist von Frau Rosenbaums Wunsch geprägt, eine größtmöglichste Eigenständigkeit zu behalten. Da sie bislang in ihrem Leben nur auf wenig Unterstützung zurückgreifen konnte, bedeutet für sie das Eingeständnis ihrer Hilfsbedürftigkeit eine Einschränkung ihrer Selbstständigkeit. Ihre stark wechselnde Stimmungslage – Verweigerungshaltung und Rückzugstendenzen auf der einen Seite, Impulsschwankungen auf der anderen Seite – erfordern von den Pflegekräften ein hohes Einfühlungsvermögen und eine stetig neue Situationseinschätzung. In kontinuierlichen Aushandlungsprozessen geht die Bezugspflegekraft auf die Bedürfnisse von Frau Rosenbaum ein und orientiert die pflegerische Begleitung und Beratung auf der Basis von gegenseitiger sich vergewissernder Verständigung.
Gleichzeitig findet eine ehrenamtliche Mitarbeiterin durch gemeinsame alltägliche Aktivitäten einen hilfreichen Zugang zu Frau Rosenbaum.
Bei der Begleitung der Mutter wird sehr schnell deutlich, dass die Trauer um die vier verstorbenen Kinder erneut aufgebrochen ist und sich jetzt mit der Trauer über den nahenden Verlust ihrer erkrankten Tochter vermischt. Dies erklärt auch, weshalb die Mutter sich lange Zeit eher distanziert gegenüber der Tochter verhält. Es fällt ihr schwer, dem erneuten Leid *„nahe"* zu kommen. In den Gesprächssituationen war es wichtig, dass die Mutter diese alten Verluste thematisieren *„darf"*. Es ist davon auszugehen, dass sie in ihrem sozialen Umfeld kaum Möglichkeiten hatte, ihr Verlusterleben zu verarbeiten.
Die Beziehung der Tochter zur Mutter ist ambivalent, einerseits ist sie in Sorge um ihre Mutter, gleichzeitig erlebt sie, dass sich die Mutter mit ihrer Trauer zu einer Zeit in den Mittelpunkt rückt, in der sie selbst Nähe und Verständnis sucht, sich aber von der Mutter vernachlässigt fühlt.

Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Im Vergleich zu traditionellen Behandlungskonzepten, welche eher isoliert den erkrankten Menschen fokussieren, wendet sich Palliative Care gleichermaßen an das Bezugspersonen- und Familiensystem (Hasemann). In der Begleitung und Beratung der beiden Frauen gelingt diese Perspektiverweiterung. Während im Krankenhaus die Mutter offensichtlich nicht bei den Entscheidungsprozessen einbezogen worden war, wird die Mutter als erkennbar wichtigste Person im Leben der jungen Frau wahrgenommen. Im häuslichen Umfeld wird

schließlich der Unterstützungsbedarf beider Frauen deutlich erkennbar.
Der Schwerpunkt in der Begleitung der Mutter liegt in der Verarbeitung des Verlustes ihrer vier verstorbenen Kinder. Dieser Verlust stellt für die Frau eine große Belastung dar und macht es ihr zeitweise unmöglich, ihre Tochter in der gewünschten und erforderlichen Weise zu unterstützen. Nach Paul und Müller (Paul et al.) gehören Mehrfachverluste in der Lebensgeschichte zu den Risikofaktoren für erschwerte Trauerprozesse. In den Verlustsituationen kann die Mutter zudem nicht auf ein stabiles soziales Netzwerk zurückgreifen und wird außerdem damit konfrontiert, dass Trauer nach einem Suizid nur begrenzt zugelassen wird (ebenda). Erst die Erlaubnis, ihrer alten Trauer Raum geben zu dürfen, macht es ihr möglich, langsam wieder Nähe zur Tochter zuzulassen. Die Entlastung der Mutter wirkt sich positiv auf die Mutter-Tochter-Beziehung aus.

Der erste Aufenthalt im stationären Hospiz hilft der jungen Frau Rosenbaum, ihre Situation nach der Diagnose- und Prognosestellung zu verarbeiten und Hilfestrukturen kennen zu lernen und anzunehmen. Aus pflegerischer Sicht spielt hier das Konzept der leiborientierten Beratung (Koch-Straube) eine wichtige Rolle. Dabei geht es um das Schaffen einer dialogischen Atmosphäre, in welcher erkrankte Menschen das Gefühl der Unversehrtheit erfahren, auch angesichts eines sich verändernden Körperbildes.
Als niederschwelliges Angebot kommt der ehrenamtlichen Begleitung eine bedeutende Vermittlungsfunktion zu. In der Situation der Rosenbaums wird die ehrenamtliche Mitarbeiterin zum Garanten für die Kontinuität in der Begleitung (ambulant und stationär) und schafft durch die Lebensweltorientierung ein Gefühl der Solidarität (Lack).

Retrospektiv betrachtet war die Hospizaufnahme für die junge Frau Rosenbaum ein richtiger und für den weiteren Verlauf wichtiger Schritt in der Gestaltung individueller Versorgungs- und Begleitungsmöglichkeiten. Durch den Aufenthalt im stationären Hospiz konnte sich die gesundheitliche Lage von Frau Rosenbaum stabilisieren. Zugleich wurde der Begleitungsbedarf für Frau Rosenbaum senior hinsichtlich ihrer Verlustverarbeitung offensichtlich. Schließlich gelang eine Überleitung in den häuslichen Bereich ohne Versorgungseinbrüche, obwohl die Versorgungssituation zu Hause mit Unsicherheiten und Unwägbarkeiten verbunden war.

Eine wesentliche Erkenntnis dieses Beratungs- und Begleitungsprozesses ist die Erfahrung, dass erst die Frage nach den Sinnstrukturen der Betroffenen und ihre Partizipation in den Entscheidungsprozessen eine individuelle Versorgungsgestaltung möglich macht, welche die persönliche Versorgungswirklichkeit berücksichtigt (Knipping).

Die Begleitung der Rosenbaums zeigt die Chancen eines Begleitungsprozesses durch ein multiprofessionelles sektorenübergreifendes Team verbunden mit ehrenamtlicher Unterstützung und legt zugleich ein familien- bzw. bezugspersonenorientiertes Beratungskonzept nahe.

Annegret Sobota
Koordinatorin Ambulanter
Hospiz- und Palliativdienst
Diakonisches Werk Dortmund gGmbh
Tel.: 02 31 - 8 49 46 10
E-Mail: sobota@diakoniedortmund.de

Bärbel Uhlmann
Hospizleitung, Hospiz Am Ostpark
Dortmund, Bethel vorOrt
Tel.: 02 31 - 5 34 25 02 00
E-Mail: baerbel.uhlmann@bethel.de

Literatur

Hasemann, Wolfgang (2006): Unterstützung (pflegender) Angehöriger in der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hg.) Lehrbuch Palliative Care. Bern (Verlag Hans Huber)

Knipping, Cornelia (2006): Reflexionen zur Versorgungsgestaltung am Lebensende. In: Knipping, Cornelia (Hg.) Lehrbuch Palliative Care. Bern (Verlag Hans Huber)

Koch-Straube, Ursula (2001): Beratung in der Pflege. Bern (Verlag Hans Huber)

Lack, Peter (2006): Palliative Care und Freiwilligenarbeit – Mitmenschliches Handeln und soziales Engagement. In: Knipping, Cornelia (Hg.) Lehrbuch Palliative Care. Bern (Verlag Hans Huber)

Paul, Chris und Müller, Monika (2006): Trauerprozesse verstehen und begleiten. In: Knipping, Cornelia (Hg.) Lehrbuch Palliative Care. Bern (Verlag Hans Huber)

Sobota, Annegret und Uhlmann, Bärbel (2009): Beratung in der Hospizarbeit. In: Psychotherapie im Alter, 6. Jg., Nr. 21, Heft 1, Psychosozial-Verlag, S. 41–51

Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativbetreuung und -begleitung

Sigrid Beyer

Das Sterben ist ein Teil des Lebens, ein essentieller und existenzieller Lebensabschnitt, der besonderer Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Liebe, Behutsamkeit und entsprechender Betreuung und Begleitung bedarf.

Wenn von hospizlicher und palliativer Betreuung und Begleitung gesprochen wird, dann geht man von einer sehr individuellen Betreuung, die sich an der/dem Betroffenen orientiert, aus.

Um diesem Anspruch, den die Hospiz- und Palliativbewegung an sich hat, gerecht zu werden, bedarf es der Berücksichtigung von Kategorien, die sich im Leben prägend und gestaltend auswirken. Zentral ist in diesem Zusammenhang an Gender, Kultur, Religion, Alter, soziale Stellung, sexuelle Orientierung und Ethnie zu denken.

In meiner eigenen empirischen Forschung an zwei österreichischen Palliativstationen zu *„Frauen im Sterben“* habe ich auf Gender ein besonderes Augenmerk gelegt, auch deshalb, weil es im deutschsprachigen Raum noch eine zu wenig bewusste Kategorie ist.

Mit Gender, dem sozialen Geschlecht, ist die komplexe gesellschaftlich wirksame Konstruktion von *„weiblich“* und *„männlich“* gemeint (Braun et al.). Sie ist verbunden mit bestimmten Rollenzuweisungen, Regieanweisungen für die Identitätsfindung (Lasch et al.), Platzanweisungen, Wertungen und Ausschließungen. Aber auch Sex, das biologische Geschlecht entzieht sich nicht der gesellschaftlichen Konstruktion (Nussbaum). Ein Blick in die Werbung oder zu den Schönheitsoperationen eröffnet klischeehaft die Bedeutung von Beinen, Brüsten und Po und jene eines muskulösen Oberkörpers, eines Waschbrettbauches … Mit der Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit verbinden sich aber auch ein geteilter Arbeitsmarkt, Unterschiede in der Fürsorgezuständigkeit und unterschiedliche Geld-, Macht- und Besitzverhältnisse.

Was leistet eine geschlechtersensible Hospiz- und Palliativbetreuung und -begleitung?

Den Ergebnissen meiner Forschung folgend, wo es um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Frauen ging, wird deutlich, dass Aspekte von Fürsorge und Versorgung, Schönheit und Attraktivität, die Bedeutsamkeit von Beziehungen, von FreundInnennetzwerken, von Emotionen, von Berührung, der Wahrung von Selbstbestimmung und das Leben von Spiritualität bei vielen Frauen besondere Aufmerksamkeit brauchen.

Sigrid Beyer

Aufgrund der Notwendigkeit des sich Beschränkens im Rahmen der Forschung konnte ich keine Parallelforschung mit Männern machen. Es ist eine Forschung, die sehr wünschenswert wäre.

Beispielhaft greife ich im Folgenden einige Aspekte aus meiner Forschung heraus, um einen Eindruck zu vermitteln, was mit geschlechtersensibler Hospiz- und Palliativbetreuung gemeint ist.

Fürsorge und Versorgung

Frauen tragen z.B. in unserer Gesellschaft zum überwiegenden Teil die Fürsorgearbeit und Fürsorgekompetenz, sowohl privat wie öffentlich. So ist es nicht verwunderlich, dass die Sorge für andere, manchmal ein Vorversorgen wollen ihrer nahen Personen für die Zeit nach ihrem Tod für viele Frauen, (nie für alle) markant sein kann. Bei älteren Frauen taucht immer wieder die Sorge auf, eine Last zu sein, was ihr Handeln beeinflusst, aber auch das Fordern, z.B. auch nach Schmerzmitteln, reduziert. In der letzten Lebenszeit wird oftmals auch Bilanz gezogen, und manche Frauen sehen dann ein Leben der Sorge für andere hinter sich und schmerzhaft taucht die vergessene Selbstsorge auf. Da eine Stärke vieler Frauen das Leben und Ausdrücken von Emotionen ist, kann ein Betrauern der wenig gelebten Eigensorge die Situation erleichtern bzw. wird auf beeindruckende Weise manchmal in aller Kürze etwas nachgeholt oder noch ins Leben mithineingenommen, das versöhnend wirkt.

Emotionen als Unterstützung

Emotionen zu leben, sie ausdrücken kommt in der letzten Lebenszeit eine besondere Bedeutung zu, es ist

für manche Frauen eine Form der Situationsbewältigung. Trauer, Angst, Verzweiflung, Ungeduld. Scham, Ekel, Freude, Zufriedenheit, Glücklichsein, Lachen werden häufiger ausgedrückt als Zorn und Wut.

Körper, Schönheit und Attraktivität

So kann z.B. ein verändertes Körperbild, der Verlust von körperlicher Schönheit und Attraktivität sehr viel an Emotionen verursachen. Schönheit, Attraktivität und körperliche Integrität ist für viele Frauen in ihrer letzten Lebenszeit und manchmal über den Tod hinausreichend von Bedeutung, jenseits von Altersunterschieden und sonstiger Differenzen.

Eine Betreuerin erzählt: *„… die Frau hatte ein Brustkarzinom über Jahre, sie hatte eine Brust verloren. ... Diese Narbe, diese Körperstelle hat ein Leben lang niemand von ihrer Familie sehen dürfen. Sie hat schon immer vorher gesagt, wenn der Fall eintritt, dass sie nicht mehr ansprechbar ist, dann müssen alle raus, das darf niemand sehen, so sehr die Scham."* (Beyer)

Die Verbindung von Frauen und Körper, Ästhetik … sowie Männer und Geist, Funktion (Quinn Ammicht) … ist Ausprägung gesellschaftlicher, symbolischer und kultureller Konstrukte, die u. a. weibliche Schönheit und Persönlichkeit verknüpfen.

Es sind nicht nur die Frauen, die über ihr verändertes Aussehen erschrecken und sich manchmal lieber aus Beziehungen zurückziehen, als *„hässlich"* gesehen zu werden, sondern es erschrecken auch die An- und Zugehörigen. Wird auf das Bedürfnis nach Schönsein eingegangen, so kann sich manchmal die Situation entspannen, auch ein Ansprechen des Entsetzens kann eine Veränderung herbeiführen.

Eine Betreuerin erzählt: *„Bei der alten Frau, von der ich vorher erzählt habe, sie hat ein Gesicht, wie ein junges Mädchen, und in dem Moment hat der Mann gesagt – schaut sie nicht schön aus, meine Frau, – und ich habe gesagt – ja – sie haben mich ja so schön hergerichtet – hat die Frau gesagt – und das war wirklich schön in dem Moment."* (Beyer)

Berührung

Auch liebevolle Berührung (Hofmann) kann in der Sterbezeit eine große Unterstützung darstellen. Frauen weisen schmerzvoll auf die Abnahme des Berührt-Werdens hin und genießen die Massagen und achtsamen Berührungen der Pflegenden.

Eine betroffene, junge Frau erzählt: *„Schon allein die Tatsache, dass man im Krankenhaus ist, isoliert. Man nimmt nicht mehr so hundertprozentig Anteil am Leben, der Körperkontakt wird viel weniger, nur das Händeschütteln auf der Straße, wenn man die Leute trifft, alles wird weniger, und das Schmusen mit den Kindern. Da (sie spricht von der Palliativstation) wird viel massiert, man fühlt sich total integriert."* (Beyer)

Beziehung

Berührung hat viel zu tun mit in Beziehung sein, sich verbunden fühlen, womit ich auf einen weiteren Aspekt hinweisen möchte, der Wichtigkeit, die Beziehungen für viele Frauen haben. Manche Beziehungen werden intensiviert, andere reduziert, verändert, Freundinnennetzwerke werden oftmals aktiviert, einige werden abgebrochen, es werden aber auch neue geknüpft. Da Frauen sich oft sehr vielfältig in unterschiedlichen Beziehungsnetzen finden, gehen die Handlungen und Auswirkungen in der letzten Lebensphase immer wieder in diese Richtung.

An diesem Punkt schließe ich mit dem kurzen Einblick in gendersensible Hospiz- und Palliativbetreuung und -begleitung und möchte gerne ermutigen und anregen zur Auseinandersetzung mit Gender im Kontext von Hospiz und Palliative Care.

Ich werde oft gefragt: Sterben Frauen anders als Männer? Da die Frage an sich zu undifferenziert ist, da ich von keinem *„Wir-Frauen"* und keinem *„Wir-Männer"* ausgehe, ist sie nicht zu beantworten. Die diskutierten Aspekte zeigen bei vielen Männern vermutlich andere Nuancen und Ausprägungen. Andere Forschungen heranziehend, z.B. jene zu Trauer von Handsley (Handyley), geht es vermutlich mehr um den Verlust des Status, der Funktion, der Leistungsfähigkeit, der Aktivität, um Sexualität, um die finanzielle Versorgung der Familie, … usw., wo die Aufmerksamkeit geschärft werden sollte.

Die Aufnahme von Gender in Curricula, in Aus-, Fort- und Weiterbildungen, in die Forschung und in die Praxis der Palliativpflege und Palliativmedizin würde die Hospiz- und Palliativbetreuung und -begleitung in ihrem Anspruch der Betroffenenorientierung (Heller) stärken und befördern.

Sigrid Beyer
dachverband@hospiz.at

Zur Person: Sigrid Beyer ist Pädagogin, Soziologin, Projektmanagerin und Genderexpertin. Sie ist als Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Dachverband Hospiz Österreich beschäftigt und arbeitet freiberuflich an der IFF- Interkulturelle Fakultät für Forschung und Fortbildung Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik im Projekt Gender Care.

Beyer, Sigrid (2008): Frauen im Sterben Gender und Palliative Care. Freiburg im Breisgau, Lambertus

Braun von, Christina; Stephan, Inge (2000): Gender Studien. Eine Einführung. Stuttgart Weimar 2000, Metzler

Handsley, Stephen (2001): „But what about us?" The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships in: Howard, Glennys; Kellehear, Allan: Mortality Vol. 6, No.1 2001. Department of Social and Policy Sciences, University of Bath Uk, Routlege, 9-29

Heller, Andreas (2007): Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (2007) (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus, Freiburg i. B. S.191-208

Hofmann, Rebekka (2009): Berührung bis ans Lebensende Für eine achtsame Berührungskultur bei alten Menschen und Sterbenden, Workshopausschreibung

Lasch, Vera; Backes, Gertrud M. (2006): Geschlecht, Altern und Gesundheit: die Notwendigkeit der Verbindung von Fach- und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, 24. Jahrgang 2006 Heft 2+3, S. 3-15

Nussbaum, Martha C. (2000): Konstruktion der Liebe, des Begehrens und der Fürsorge. Drei philosophische Aufsätze. Stuttgart 2000, Reclam 201

Quinn Ammicht, Regina (2002): Jung, schön und fit – Körperkult und Körperverachtung aus theologischer Perspektive. In: Bowald, Béatrice; Binnenkade, Alexandra; Büchel-Thalmaier, Sandra; Jakobs, Monika: KörperSinnE. Körper im Spannungsfeld von Diskurs und Erfahrung. Wettingen 2002, eFeF-Verlag, 64-81

Nicolaidis Stiftung GmbH – Bundesweite Anlaufstelle für junge Trauernde

In Deutschland leben ca. 600.000 junge Menschen unter 50 Jahren, die ihren Lebenspartner durch Tod verloren haben. Ca. 1 Million Kinder müssen den schmerzhaften Verlust eines Elternteils erleben. Trotz der großen Zahl der Betroffenen sind die Probleme junger trauernder Familien bisher kaum bekannt. Die meisten Trauernden fühlen sich allein gelassen, da Familie und Freunde eine Krise solch existenziellen Ausmaßes oftmals nicht auffangen können und das Angebot an professioneller ganzheitlicher Betreuung äußerst unzureichend ist.

Martina Münch-Nicolaidis

Die Betroffenen brauchen vielfältige fachliche Hilfe und Unterstützung und den Austausch mit anderen Betroffenen. Hier setzt die Nicolaidis Stiftung an. Gegründet aus eigener Betroffenheit – knapp sechs Wochen nach der Geburt ihrer Tochter hatte Martina Nicolaidis ihren Ehemann bei einem Autounfall verloren – hat es sich die Stiftung zur Aufgabe gemacht, eine Anlaufstelle für junge Trauernde im gesamten Bundesgebiet zu sein. Durch ein umfassendes Hilfsangebot und die Kooperation mit anderen Organisationen begleitet sie Betroffene in ihrer schwierigen Lebenssituation.

Folgende Hilfsangebote bietet die Stiftung für Erwachsene:

Selbsthilfegruppen: In Selbsthilfegruppen erleben erwachsene Betroffene Halt und Verständnis. Der offene Gedankenaustausch hilft, Trauer, Ängste und Probleme besser zu bewältigen. Neben eigenen Gruppen bietet die Stiftung auch die bundesweite Vermittlung von Selbsthilfegruppen an.

Trauerbegleitung: Im Rahmen persönlicher und telefonischer Trauerbegleitung erfahren die Betroffenen eine intensive Betreuung, die den individuellen Trauerprozess unterstützt und dabei hilft, neue Perspektiven für das Leben zu entwickeln.

Nicolaidis-Treff: Um den Bedürfnissen betroffener Männer gerecht zu werden, bietet die Stiftung den sog. Nicolaidis-Treff an. Hier haben Männer die Möglichkeit, andere Betroffene kennen zu lernen und sich in ungezwungener Atmosphäre auszutauschen.

Beratung für Mütter und Väter: Hinterbliebene Elternteile, die nach dem Tod ihres Partners Fragen zum Umgang mit ihren Kindern haben, können persönliche und telefonische Beratungsgespräche in Anspruch nehmen.

Finanzielle und rechtliche Beratung: Bei finanziellen und rechtlichen Problemen hilft die Stiftung durch die Vermittlung an Fachleute wie Anwälte, Steuerberater und Schuldnerberater.

Fortbildungen: Das Fortbildungsprogramm der Stiftung beinhaltet vielseitige Seminare zum Thema Trauerbegleitung und Verlustbewältigung. Die Gründung neuer Selbsthilfegruppen wird durch Beratung und Schulung der Gruppenleiter begleitet.

Ein besonderer Schwerpunkt der Nicolaidis Stiftung liegt in der Begleitung trauernder Kinder und Jugendlicher. Sie brauchen nach dem Tod eines Elternteils besondere Zuwendung. Folgende Hilfsangebote bietet die Stiftung für Halb- und Vollwaisen:

SABU-Club: Hier können sich Vor- und Grundschulkinder in einem geschützten Rahmen kennen lernen und sich beim gemeinsamen Spielen, Toben und Basteln austauschen.

Jugendprogramm: Gruppenaktivitäten für Jugendliche mit überwiegend kreativen und erlebnispädagogischen Inhalten ermöglichen das Zusammensein mit Gleichaltrigen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. Der Austausch mit gleichermaßen Betroffenen hilft dabei, den ganz eigenen Weg zu finden, mit der Trauer umzugehen.

Online-Angebot: Auf der Website www.nico-und-nicola.de können sich jugendliche Halb- und Vollwaisen im Forum und im betreuten Chat austauschen oder eine Einzelberatung mit geschulten Pädagogen in Anspruch nehmen.

Berufsberatung START Smart: Jugendliche und junge Erwachsene, die Unterstützung bei der Berufsfindung suchen, können sich an die Berufsberatungsstelle Start Smart (www.nicolaidis-starts-mart.de) wenden. Erfahrene Coaches aus der Wirtschaft beraten und begleiten die Jugendlichen umfassend. Zudem pflegt die Beratungsstelle zahlreiche Kontakte zu Unternehmen, um bei der Ausbildungs- und Praktikumssuche behilflich sein können.

Kreativprojekte: Um möglichst vielen Jugendlichen den Zugang zu den Angeboten der Stiftung zu ermöglichen, veranstaltet die Stiftung regelmäßig überregionale Kreativprojekte. Gemeinsam mit dem Unternehmen Apple und unter der Schirmherrschaft von Frau Bundesministerin Professor Schavan führt die Stiftung derzeit das Kurzfilmprojekt *„Kurz, Kritisch, Komisch: Young Creatives … and action!“* durch. Hierbei haben Jugendliche aus Köln, Hamburg, Berlin und München die Möglichkeit, unter Anleitung bedeutender Experten aus der Filmbranche ihre eigenen Kurzfilme zu produzieren und diese auf einem Filmfestival am

31. Oktober in München der Öffentlichkeit zu präsentieren.

Seit ihrer Gründung im Jahr 1998 verfolgt die Stiftung zielstrebig den Ausbau ihres Angebots für junge Trauernde und den Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes. Zu den Kooperationspartnern gehören u.a. NOAH (Nachsorge-, Opfer- und Angehörigenhilfe) der Bundesregierung, die Trauma-Ambulanzen der Universitäten sowie das Bayerische Sozialministerium. Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung und ihres innovativen Konzeptes wird die Stiftung zunehmend als Ansprechpartner bei besonderen Krisensituationen angefragt. So wurde sie nach der Tsunami-Katastrophe im Jahr 2004 mit der Langzeitbetreuung der Betroffenen aus Bayern beauftragt.

Vom Bayerischen Sozialministerium erhielt die Stiftung zudem den Auftrag, dem Mangel an Angeboten für trauernde und durch den Verlust traumatisierte Kinder entgegen zu wirken. Zu den neuesten Projekten der Stiftung gehört deshalb der Aufbau eines bundesweiten Hilfsnetzwerkes, das auch bei eventuellen künftigen Katastrophen schnell und effizient Kinder und Jugendliche unterstützen kann.

Gemeinsam mit der humanitären Organisation Hadassah International Deutschland verfolgt die Nicolaidis Stiftung zudem ihr erstes internationales Gemeinschaftsprojekt. Die Hadassah Medical Organization in Jerusalem, welche eine Spitzenposition bei der Gesundheitsversorgung im Nahen Osten einnimmt und ohne Rücksicht auf Herkunft oder Religion kostenlose Behandlung für Menschen anbietet, und die Nicolaidis Stiftung planen unter der Schirmherrschaft von S.H. Alexander Fürst zu Schaumburg-Lippe ein Projekt für israelische und palästinensische Kinder und Jugendliche, die Angehörige durch Tod verloren haben.

Kontakt: www.nicolaidis-stiftung.de

Burnout-Prophylaxe in helfenden Berufen – Anforderungen und Ressourcen im Gleichgewicht

Götz-Hendrik Ziemann

Burnout ist ein Begriff, der erstmals 1974 genutzt wurde, um einen Erschöpfungszustand aufgrund emotionaler Überforderung in psychosozialen Berufen zu beschreiben. Man unterschied eine quantitative (zu viele Patienten) von einer qualitativen Überforderung (schwierige Patienten bzw. schwer kranke Patienten). Neben den Stressoren, die allgemeingültig mit einer Arbeitstätigkeit in Verbindung gebracht werden, gelten in helfenden Berufen die emotionalen Prozesse durch den hohen Interaktions- und Kommunikationsanteil mit den Patienten als zusätzliche Herausforderung. Der Umgang mit den Gefühlen der Hilfesuchenden aber auch mit den eigenen Emotionen ist ein wichtiger Teil der Arbeit, findet jedoch im Allgemeinen wenig Niederschlag in der Arbeitsorganisation und -dokumentation.

Arbeitszufriedenheit – kein Thema?

Die Einbindung in Organisations- und Berufsregeln bergen zudem die Gefahr der emotionalen Dissonanz bei Unvereinbarkeit mit den eigenen Grundsätzen und erhöht das Risiko der emotionalen Erschöpfung. Anders als in Skandinavien oder Nordamerika hat auch bei solcher anspruchsvollen Tätigkeit die Sorge um die Arbeitszufriedenheit bisher wenig Tradition in Deutschland. Im Vergleich zum Durchschnitt der Arbeitenden beklagen 44% der helfend Tätigen mehr Kopf- und Muskelschmerzen, Nervosität und Magen-Darm-Beschwerden. Nur dies lesend, könnte die Frage aufkeimen, warum man nicht noch mehr an Burnout leidet. Wenn Sie möchten, können Sie nun kurz innehalten und vielleicht fallen Ihnen einige Gründe dafür ein, warum Sie nicht oder nicht noch mehr an Burnout leiden. Wir werden später auf diesen Punkt noch einmal zurückkommen.

Burnout als Folge von Fehlbelastungen

Arbeit ist nach der Definition zweckgerichtete, planvolle und organisierte Tätigkeit. Für die Arbeitszufriedenheit sind sogenannt vollständige Arbeitsprozesse wesentlich, in denen Zielsetzung, Planung, Ausführung und Kontrolle des Ergebnisses in einer Hand verbleiben. Erst dann kann gesagt werden, die Arbeit sei geschafft. Als Negativbeispiel hierfür gelten die hoch arbeitsteiligen, sich wiederholenden Handlungen im Krankenhaus. 1979 wurde eine Tätigkeit mit geringer Einflussmöglichkeit und hoher Arbeitsdichte als Gesundheitsrisiko identifiziert. Aufgrund des individuellen Empfindens führen gleiche Belastungen bei unterschiedlichen Menschen jedoch zu verschiedenen Beanspruchungen (Beispiel: Vorlieben für die eine oder andere Schicht). Fehlbelastungen können kurz- und langfristige Folgen nach sich ziehen. Zu den kurzfristigen gehören zum Beispiel Herzrasen, Anspannung, Ungeduld, Konzentrationsstörung und Reizbarkeit, eventuell mit Auswirkungen auf den privaten Kontext (Umgang mit Kindern, Partner, …). Diese kurzfristigen Folgen sind allein durch Ruhepausen reversibel. Burnout hingegen gilt als Beispiel für die langfristigen Folgen von Fehlbelastungen.

Die Burnout-Trias

Die Maslach-Kriterien des Burnouts ergeben eine Trias von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und dem Gefühl der reduzierten persönlichen Erfüllung. Wobei sich die emotionale Erschöpfung in Unzufriedenheit, Resignation und Symptomen einer Depression ausdrückt, Depersonalisierung den *„entpersönlichten“* Umgang mit Menschen, Zynismus, Distanzierung und Rückzug meint und die reduzierte persönliche Erfüllung durch den Zweifel an der Machbarkeit und Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit zum tragen kommt. Burnout ist ein Prozess, welcher mit reduziertem Engagement und Pragmatismus beginnt und über emotionale Reaktionen wie Aggressionen, Ermüdung und Erschöpfung zur Krise mit psychosomatischen Beschwerden und verflachten Gefühlen bis hin zum Gefühl der Leere führt. Dieser gefährdet letztlich die Gesundheit der Betroffenen und ihrer Patienten, wenn er nicht zuvor aufzuhalten ist. Burnout kann als Kontinuum zwischen den Polen *„gar nicht bzw. wenig“ und „extrem bzw. voll ausgeprägt“* gesehen werden.

Anforderungen und Ressourcen beeinflussen als Gegenspieler dieses Kontinuum. Beide Faktoren können nach internen und externen Anteilen weiter unterschieden werden. Zu den externen Anforderungen zählen die eingangs beschriebenen Bedingungen im Arbeitsfeld helfender Berufe, die Eigenheiten der Patienten und ihrer Erkrankungen sowie deren Prognose aber auch in nicht unerheblichem Umfang die institutionellen Gegebenheiten, in denen sich der Arbeitsprozess abspielt.

Nicht in die Falle tappen!
Die internen Anforderungen stehen in engem Zusammenhang mit den Überzeugungen und Vorstellungen der eigenen Person. Überbewertung der Arbeit, unklare Grenzen zwischen Arbeits- und privatem Kontext, ein idealisiertes Selbstbild *(„wenn es anderen gut geht, geht es mir auch gut")* führen dazu, dass Belastungsgrenzen ignoriert, Überlastungen heroisiert werden. Wird diesem *„Helfersyndrom"* zu viel nachgegangen, riskiert man, in die eigene Falle der internen Anforderungen zu tappen. Somit hat das Auftreten von Burnout zwei Aspekte: den persönlichen des Mitarbeiters mit einem eventuell idealisierten Selbstbild, welches Hilfe oft spät oder auch gar nicht zulässt unter dem Motto: *„ Prophylaxe ist, wenn überhaupt, etwas für Patienten."* und es ist Anzeichen für Fehlfunktionen in der Institution, in der Belastungen bagatellisiert oder heroisiert werden, *„auf Verschleiß gefahren"* wird.

Soziale Unterstützung einerseits und Selbstwirksamkeit andererseits
Betrachtet man die externen Ressourcen, fallen als erstes Teamgeist und Betriebsklima ins Auge. Verbundenheit untereinander und Anerkennung der geleisteten Arbeit entstehen leichter in einem überschaubaren Umkreis von Kollegen und über einen längeren Zeitraum. Der Begriff der sozialen Unterstützung umfasst nicht nur die Arbeitssituation sondern greift in die anderen Lebensbereiche, wie Partnerschaft, Familie und Freundeskreis über. Unter den internen Ressourcen scheint ein wichtiger Punkt das Selbstwirksamkeitserleben zu sein.

Dazu gehören die Überzeugung und das Gefühl, dass ich das, was gerade vorgeht, verstehen kann, dass ich in diesem Zusammenhang etwas tun kann und dass das, was ich gerade tue, bedeutsam ist. Die Fähigkeit, Bindungen einzugehen und Autonomie zu erleben als soziale Kompetenzen sind weitere Teile der internen Ressourcen, genauso wie die beruflichen Fertigkeiten, körperliche und geistige Beweglichkeit und eine gewisse Fitness. In dieser Aufzählung von externen und internen Ressourcen haben Sie vielleicht schon einiges wiedergefunden, was Ihnen oben als Gründe für weniger Burnout schon selbst eingefallen war. Will man dem Burnout wirksam vorbeugen, sind sowohl die Anforderungen als auch die Ressourcen zu beachten. Den internen Anteilen wird im Erwerb und in der Erweiterung von beruflichen Kompetenzen, in Kommunikationstraining sowie in Supervision oder Coaching Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Institution trägt auch Verantwortung
Die externen Faktoren günstig zu beeinflussen liegt zu einem guten Teil in der Verantwortung der Institution, unter deren Dach die helfende Tätigkeit geschieht. Leitungsaufgaben unter dem Aspekt des Burnouts wahrnehmen heißt, Sorge dafür zu tragen, dass die Mitarbeiter möglichst bekömmlich und verschleißarm ihrer Arbeit nachgehen können. Wer sich um eine Burnout-Prophylaxe bemühen möchte, achtet auf die Flexibilität der Bewältigungsansätze, um unter Einbezug der Mitarbeiter individuelle Lösungen zu finden. *„Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst!"* gilt als oberstes Gebot. Hierzu zählt auch die Konsequenz in der Haltung von Mitarbeitern und Institutionen, Wertschätzung der geleisteten Arbeit und gerade auch der emotionalen Arbeit entgegenzubringen, ein Klima zu schaffen, in dem Schwächen eingestanden werden können, Belastbarkeitsgrenzen anzusprechen sind und eine gemeinsame Lösungssuche möglich ist.

Das hohe Maß an ethischen Grundsätzen und humanistischer Haltung im Umgang mit den sich anvertrauenden Menschen birgt für die in helfenden Berufen Tätigen Gefahr und Chance: Gefahr, sich im Helfen selbst zu verlieren und Chance, die vertrauten Grundsätze auch für den Umgang mit sich selbst und den Kollegen gelten zu lassen. In Abwandlung vom Text Heinrich Heines tut es auf Dauer im Sinne der Burnout-Prophylaxe nicht gut, öffentlich Wein zu predigen und heimlich Wasser zu trinken.

Vielleicht konnten Sie Ihre ganz individuellen Gründe, warum Sie trotz der anspruchsvollen Tätigkeit nicht oder weniger als befürchtet an Burnout leiden, im Laufe des Textes den einzelnen Kategorien zuordnen. Vielleicht haben Sie auch eine Anregung erhalten oder Ideen aufkommen spüren, die Sie demnächst umsetzen oder mit Kollegen besprechen wollen. Hilflos ist man dem Burnout gegenüber nicht.

Dr. med. Götz-Hendrik Ziemann
Klinikum Niederlausitz GmbH
Calauer Str.
01968 Senftenberg

Wie kann ich dem Ausbrennen vorbeugen?

Gerd Wenninger

Burnout als alte und neue Krankheit

Herbert Freudenberger (1927-1999), der 1974 weltweit den ersten Artikel über *„Burnout“* publizierte, war als Psychoanalytiker in New York tätig und engagierte sich neben seiner Praxis in hohem Maße für soziale Randgruppen. Arbeitstage von meist bis zu 16 Stunden führten im Laufe der Zeit zu Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Magen-Darmproblemen, machten ihn immer gereizter und aggressiver, bis er schließlich erschöpft zusammenbrach. Von seinen eigenen Erfahrungen ausgehend beschrieb er *„Burnout“* als ein neues medizinisch-psychologisches Phänomen, das durch eine schleichende Entwicklung gekennzeichnet sei und bei jedem Betroffenen andere Symptome nach sich ziehe. In ihren Berufen extrem engagierte Menschen würden sich häufig über lange Zeit hinweg bis zum Zusammenbruch verausgaben. Zuerst sind sie höchst engagiert und *„brennen“* für ihren Beruf, dann plötzlich fehlt es an Energie und Lebensmut.

Dr. Gerd Wenninger

Ausbrennen oder *„Burnout“* galt deshalb in der Folgezeit als typisch für Berufe mit hohem sozialem Engagement – für Sozialarbeiter, Lehrer, Ärzte, Psychotherapeuten, Priester oder Pflegepersonal. Sicher zählen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hospiz- und Palliativeinrichtungen dazu.
Inzwischen, 35 Jahre später, wird die Diagnose *„Burnout“* in allen Berufen (z.B. bei Musikern, Schauspielern, IT-Experten, Sportlern, Soldaten, Politikern, Führungskräften) und auch außerhalb der *„normalen“* Erwerbsarbeit (in Familien mit Pflegeaufgaben, bei Schülern, Studierenden, Arbeitslosen) häufig gestellt. *„Ich bin nicht mehr belastbar“, „Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt“, „Mein Akku ist völlig leer“, „ich sehe keinen Sinn mehr in meinem Leben“* – so die Beschreibungen von Personen, die sich über längere Zeit viel zu viel aufgeladen hatten. Aus Extremjobbern und Workaholics werden schließlich überforderte, zynische, chronisch müde, apathische, hoffnungslose, depressive Menschen – Ausgebrannte!

Schlagzeilen in den Medien wie *„Ist Burnout die Epidemie des 21. Jahrhunderts?“* (z.B. in Psychologie Heute, Mai 2009) werden folgendermaßen begründet: Erschöpfung sei heute der ständige Begleiter vieler Menschen. Vor allem die sogenannten Leistungsträger – aber nicht nur – wären ständig an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit im Einsatz. Zunehmende Arbeitsverdichtung, der intensive Umgang mit sehr vielen Informationen und neuen Kommunikationstechniken sowie zeitlich befristete und unsichere Arbeitsverhältnisse hätten die psychischen Belastungen in der Arbeitswelt stark erhöht und würden sich auch auf die Gesundheit und das Privatleben negativ auswirken.

In der Tat gelten psychische (Fehl-)Belastungen durch Arbeitsverdichtung und Zeitdruck auch für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Krankheitsursache Nr. 1 im 21. Jahrhundert. Krankenkassen und Betriebsärzte schlagen aufgrund der stark gestiegenen Zahl von stress(mit)bedingten Krankschreibungen, Berufsunfähigkeitsfällen und Frühpensionierungen Alarm. Burnout-Erkrankungen nehmen von Jahr zu Jahr vor allem deshalb auch zu, weil die mit Überforderung und Dauerstress verbundenen Warnzeichen übersehen werden und zu spät nach Hilfe gesucht wird.

Warnzeichen: Burnout entwickelt sich schleichend und hat meist mehrere Ursachen

Eine Burnout-Krankheit entsteht nicht von heute auf morgen, sondern baut sich über einen längeren Zeitraum langsam – schleichend – auf. Zumindest in diesem Punkt sind sich Burnout-Forscher einig. Doch es gibt eine ganze Reihe von unterschiedlich differenzierenden Modellen mit bis zu zwölf Stufen. Sie zeigen, welche ersten Symptome auf ein nahendes Burnout hinweisen und wie sich das *„Burnout-Syndrom“* allmählich entwickelt. Und es lässt sich ein breites *„Burnout-Spektrum“* von Fällen feststellen, die mit der Diagnose *„Ich habe ein Burnout“* zum Arzt kommen:

- Anfangs im Beruf hochengagierte, nach langjähriger Selbstausbeutung zusammenbrechende Menschen (im Sinne von Freudenberger): keine Zeit für Familie und Hobbies wie Musik, Theater, Kino, Sport – nur Arbeit und Beruf!
- Personen, die bereits vor Eintritt in ihren Beruf mit ihrem Leben unzufrieden und mehr oder weniger

starken psychosomatischen Beschwerden und depressiven Stimmungen unterworfen waren.
- Personen, die als gänzlich unauffällige Zeitgenossen ohne nach außen hin ersichtliche depressive Symptome vor sich hin leben (allenfalls z.B. etwas krankheitsanfällig oder zynisch sind oder vermehrt dem Alkohol zusprechen).
- Personen mit starken familiären Belastungen und in bzw. nach Lebenskrisen (z.B. aufgrund von Schulproblemen der Kinder, langjähriger Pflege von Familienangehörigen).
- Personen mit hohen ökonomischen und Selbstwert-Problemen, bedingt durch Arbeitslosigkeit oder Insolvenzerfahrungen bei selbstständiger Tätigkeit.

Es kann im Sinne von Freudenberger durchaus überwiegend extremer beruflicher Stress sein, der zur emotionalen Erschöpfung, stark reduzierten Leistungsfähigkeit und – in Sozialberufen – Depersonalisation (Patienten/Klienten werden nur mehr als unpersönliche Objekte betrachtet) führt, wie z.B.:
- zunehmende Komplexität der Arbeit oder immer mehr Übertragung von Verantwortung;
- ständige Arbeitsplatzunsicherheit oder auch erzwungene Arbeitsverhältnisse, die zur Unterforderung führen;
- Gratifikationskrise: Die beruflichen Gratifikationen, z.B. Höhe des Entgelts oder Aufstieg, werden relativ zum persönlichen Einsatz als enttäuschend niedrig eingeschätzt.

In den meisten Fällen aber gesellen sich noch weitere Belastungen hinzu, die resignieren lassen und das Ausbrennen beschleunigen:
- Schulden, finanzielle Engpässe und existentielle Sorgen;
- Life Events, d.h. Ereignisse, die das Leben dramatisch verändern und zu Sinnkrisen führen (Trennung vom Partner, Todesfälle und schwere Krankheiten in der Familie);
- Alltagsprobleme und täglicher Ärger: individuelle Probleme mit dem Älterwerden oder Aussehen (z.B. Übergewicht); ständige Reparaturen im Haushalt oder am Auto, Ärger mit der Schulleitung.

Wie stark man burnout-gefährdet ist, soll sich durch Selbstbeobachtung und Fragen feststellen lassen, die sich auf Freizeit, Arbeit und persönliches Befinden beziehen, wie z.B. *„Ich kann nicht abschalten.“ „Wie häufig grüble ich ständig und kann mich nicht konzentrieren?“ „Wie häufig arbeite ich länger als geplant?“ „Mir sind alle anderen Menschen irgendwie gleichgültig.“* Die (Selbst-)Diagnose Burnout stellen sich die Personen, die unter diesen oder ähnlichen Symptomen leiden und nach einer Erklärung suchen, wie es zu den Erschöpfungszuständen gekommen ist. Jeder oder jede *„Leidende“* kann sich somit aufgrund des eigenen Empfindens als burnout-gefährdet oder *„ausgebrannt“* bezeichnen. Die Symptomatik von Burnout ist allerdings so unspezifisch, dass es weder charakteristische noch obligatorische Einzelsymptome gibt, anhand derer von außen – durch Ärzte oder Psychologen – sofort eine eindeutige Diagnosestellung möglich wäre.

Burnout-Gefährdung und Methoden der Burnout-Prävention

Wenn ich mich als burnout-gefährdet einschätze, kann ich mir dann selbst helfen oder brauche ich externe Hilfe? Und wenn jemand mit der Diagnose *„Ich fühle mich ausgebrannt“* zum Psychologen oder Arzt kommt, wie kann ihm/ihr professionell geholfen werden?

Ratgeber in Buchform oder als CD versprechen vollmundig seit Jahren: *„Wenn Du meine weisen Ratschläge und Erfolgsgeheimnisse kennst, wenn Du meine 3, 5, 7 oder 10 Regeln zum Entschleunigen, Downshiften, Entspannen, Gelassensein befolgst, wirst Du dem Dringlichkeitswahn entsagen können und ein Slobbie (Slower but better working people) werden. Und Du wirst dann*
- *mit Leichtigkeit den Stress aushalten,*
- *ohne Probleme Dein ‚erschöpftes Selbst‘ retten,*
- *von ganz alleine Deine Balance und Deine Mitte finden.“*

Burnout ist ein boomender Markt, auf dem Heilmittel aller Art, z.B. Vitaminpräparate, Wellnesstage/-urlaube, mehr Sport und Bewegung (z.B. Gartenarbeit), gesunde Ernährung, häufiger Aufenthalt im Licht, Längerschlafen und richtiges Atmen, Liebe zu sich selbst, Lachen und Humor, Meditation, Auszeit im Kloster mit Schweigen und Stille, Mentales Training (z.B. Mantras, positive Selbstgespräche, Nein-sagen-lernen), Achtsamkeit (z.B. mit geschlossenen Augen und langsam essen), bessere Zeitplanung und Eliminieren von Zeitfressern (z.B. Verzicht auf Handies/TV) bis hin zu Psychotherapien propagiert werden.

Versprechungen auf schnelle Erfolge sind mit höchster Skepsis zu begegnen. Es ist schwierig, seinen gewohnten Arbeits- und Lebensstil sowie seine Eigenheiten und inneren Antreiber zu ändern. Verhaltensgewohnheiten sind lebensgeschichtlich tief verankert und sehr veränderungsresistent. Auch bei Burnout oder Burnout-förderlichem Verhalten gibt es keine schnell wirkenden Patentrezepte, sondern nur bewährte Methoden und Wege. Deren Kenntnis ist eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung, um wieder in eine gesunde Balance zu kommen. Jeder muss sein eigenes Anti-Stress- bzw. Anti-Burnout-Konzept finden. Die Verantwortung für den richtigen Weg liegt bei jeder einzelnen Person. In intimer Kenntnis der Lebensumstände muss sie abschätzen, was sich lohnen könnte, zumindest ausprobiert zu werden.

Man kann es durchaus zuerst alleine versuchen und sich fragen:

- Wie kann ich meine beruflichen Belastungen aufheben (z.B. durch Vorruhestand) oder zumindest abschwächen (z.B. durch Arbeitsplatz-, Schicht-, Betriebswechsel)?
- Wie kann ich berufliche Belastungen erträglich machen oder kompensieren (z.B. durch Wahrnehmung von Angeboten eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements für mehr Fitness, Bewegung, gesunde Ernährung; durch Optimierung meiner Zeitplanung)?
- Wie kann ich darüber hinaus – und vor allem – eine Burnout-Gefährdung durch einen neuen Lebensstil abschwächen (z.B. mehr Zeit für die Familie nehmen)?

Wer es alleine nicht schafft, dem Stress-Hamsterrad zu entfliehen und seinen Arbeits- und Lebensstil zu ändern, sollte professionelle Hilfe beanspruchen. Er fällt sonst in ein tiefes Loch, dem er nur schwer wieder entsteigen kann. Professionelle, seriöse Berater und Helfer konzentrieren sich darauf, Stresskompetenz und Stressbewältigungstechniken zu vermitteln, die einem Burnout nachhaltig entgegenwirken. Dazu zählt:

- Vermitteln von Wissen über sich selbst (z.B. über die inneren Antreiber und die Motivation zum Stressverhalten; über die Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und Burnout-Erleben);
- Vermitteln von instrumentellen Fertigkeiten zur besseren Stresskontrolle und -bewältigung (z.B. bessere Zeitorganisation, Führen von Konfliktgesprächen mit Kollegen und Vorgesetzten, Einsatz der richtigen Methoden beim Präsentieren und Moderieren).
- Mentales Training: Lernen von Neinsagen, innere Dialoge führen und Sorgen in Worte fassen, Einsatz von Gedankenstopp, Einüben des Prinzips *„Achtsamkeit“* beim Ausführen möglichst vieler Alltagshandlungen (z.B. beim Essen, Zeitunglesen, Papierkorbentleeren).
- Vermitteln von regenerativen Entspannungs- und Fitnessmethoden, die sich auch in der beruflichen Umgebung und im Alltag ohne großen Aufwand einsetzen lassen (z.B. richtige Atmung, TaiChi, Wandern, Walking, Sport, körperliche Arbeit, gesunde Ernährung, gesunder Schlaf).
- Anregen zu kreativen und lustvollen Freizeitaktivitäten, die einen neuen Blick auf die Welt um sich fördern und die Selbstwahrnehmung schärfen, die wieder Spaß und Sinn im Leben vermitteln können (z.B. Musizieren, Malen, Tanzen, Theaterspielen, Fotographieren, Filmdrehen).

Die Vermittlung muss möglichst alltagsnah und pragmatisch sein und positive, emotional unmittelbar spürbare Lernerfahrungen nach sich ziehen. Das neue Verhalten muss neurologisch gespurt werden – wie eine Loipe im Neuschnee. Man benötigt Konzentration und Hartnäckigkeit – wie ein Klavierspieler, der einen hartnäckig auftretenden Fehler beseitigen will: Man muss immer wieder die neue richtige Taste drücken, um nach einer Weile endlich immer den richtigen Ton zu treffen. Und die Dosis an Vermittlung und Beratung muss zeitlich ausreichend sein, damit sich burnout-förderliche Erlebnis- und Verhaltensmuster im Beruf und in der Freizeit aufbrechen lassen.

Nach Doug Stevenson, einem amerikanischer Trainer, braucht der Mensch etwa 50 Impulse, um alte Routinen zu verlassen und neue Wege zu beschreiten, um wirklich zu verändern, was er sich einmal vorgenommen hat: Er hört etwas, sieht etwas, denkt etwas darüber nach, er sieht ein Beispiel, er erinnert sich wieder daran, liest darüber etwas .... Möge dieser Beitrag der 50. Impuls sein, der Sie dazu veranlasst, einen Weg zu beschreiten, den Sie bislang noch nicht gehen konnten.

Dr. phil. habil. Gerd Wenninger
Diplompsychologe und Unternehmensberater
Bödldorf 3, 84178 Kröning
Tel.: 0 87 44 - 72 62
Mail: gerd.wenninger@hof-boedldorf.de
http://www.hof-boedldorf.de

Die eigene Kraft erhalten – Selbstfürsorge in der Onkologie und Hospizarbeit

Gudrun Thielking-Wagner

Oft entscheiden sich Menschen vor dem Hintergrund eigener biografischer Erfahrungen für das Berufsfeld der Onkologie oder für ein Engagement in der Hospizarbeit. Sie erlebten, wie Angehörige unter unwürdigen Bedingungen starben oder fühlten sich hilflos, als ein Familienmitglied unter den Begleiterscheinungen einer schweren Erkrankung litt. Sie wählen ihre Aufgabe, weil sie für schwer kranke und sterbende Menschen etwas tun wollen. Sie verbinden Sinn mit ihrer Tätigkeit.
Der Arzt- und Pflegeberuf wird in Deutschland hoch geschätzt (Allensbach 2005). Dabei erfährt onkologisch tätiges Personal angesichts der mit vielen Belastungen verbundenen Tätigkeit besonderen Respekt. Ähnliches gilt für die Hospizbewegung: Auch diese findet gesellschaftlich immer stärkere Anerkennung.
Menschen in helfenden Berufen widmen sich ihrer Aufgabe häufig ganz und gar, d. h. sie sind in Gedanken unablässig bei denen, die sie versorgen. So sind Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter oft selbst in ihrer Freizeit per Mobiltelefon erreichbar. Es fehlt Distanz. An eigene Bedürfnisse wagen sie erst zu denken, wenn sie ihren Stress, ihre Erschöpfung und ihre Unzufriedenheit auf Grund von deutlichen physischen oder psychischen Hinweisen nicht mehr leugnen oder verdrängen können. Sie laufen Gefahr *„auszubrennen“*.

Das Ausbrennen bzw. Burnout stellt ein ernstes und nicht zu vernachlässigendes Problem bei Helfenden dar (Fengler 2001). Welche besonderen Belastungen empfinden onkologisch Tätige und in der Hospizbewegung Engagierte? Was können sie tun, um selbstfürsorglich, achtsam mit sich selbst zu sein, Signale für Überforderung und Erschöpfung rechtzeitig zu erkennen und einem Burnout erst gar keine Chance zu geben?

Belastungsaspekte der onkologischen Tätigkeit
Die Ausbildungen in Medizin und Pflege legen großen Wert auf die Vermittlung der Heilungsaufgabe der Medizin. Die Behandlung und Betreuung von onkologisch Erkrankten konfrontiert das Personal aber immer wieder mit Momenten, in denen eigene Grenzen deutlich werden: *„Wir haben nicht einmal mehr die Zeit, den Leuten ins Gesicht zu gucken, um zu sehen, wie es ihnen geht.“* (Thielking-Wagner 2006). Hilflosigkeit löst Helfen-Können ab. Solche als *„Misserfolge“* erlebten Erfahrungen können Schuldgefühle auslösen (Aulbert 1997).

Dr. Gudrun Thielking-Wagner

Die Herausforderungen an onkologisch Versorgende sind groß: Sie sind mit Zeit-, Organisations- und Raumproblemen, eigener Erschöpfung und emotionaler Beklommenheit durch das Leid der Patientinnen und Patienten konfrontiert; sie müssen mit *„schwierigen“* Betroffenen sowie Team- und Hierarchiekonflikten umgehen und Probleme im Privatleben, die u. a. durch die wechselnden Arbeitszeiten entstehen, sowie Probleme, die eigene Leistung anzuerkennen und sich mit Grenzen abzufinden, bewältigen (vgl. Thielking-Wagner 2006, Herschbach & Brandt 1998 und Schröder et al. 2000).

Schon vor mehr als 20 Jahren bezeichneten Delvaux et al. (1988) die Arbeit mit Krebskranken bereits als einen chronischen Stress, der zu Burnout und einer verschlechterten Lebensqualität führen kann. Das Ausmaß der emotionalen Beteiligung und Belastung für das in der Onkologie tätige Personal wird auch heute noch erheblich unterschätzt – und bei der Verarbeitung der Belastungen werden die Beteiligten oft allein gelassen (Aulbert 1997).

Belastungssituationen in der Hospizarbeit
Hospizarbeit ist für zahlreiche Menschen eine attraktive Aufgabe, die Zahl der Engagierten steigt. Die Arbeit in einer Hospizreinrichtung leistet ein Team, das über vielfältige Kompetenzen verfügt. Insbesondere die Ehrenamtlichen sind eine wichtige Säule. Sie erleben in ihren Begleitungen eine tiefgehende Nähe zu Sorgen und Verzweiflungen von Schwerkranken und Sterbenden und sind bereit, sich diesen zu stellen: *„Die von ihr begleitete Frau sagte ‚Bei Ihnen kann ich das ja sagen.‘ – Ja, das kann sie, mittlerweile weiß sie, dass sie mich nicht schonen muss, dass ich auch mit Ängsten und Tränen umgehen kann.“* (Scharsich 2009).

Gleichwohl gibt es die Erfahrung des Burnout auch in der Hospizarbeit. Die dort Tätigen schätzen ihre eigene Belastung häufig als hoch bis sehr hoch ein: Als besonders belastend empfinden sie u. a. Zeitmangel, Ohnmachtsgefühle, Teamkonflikte, die Erfahrung, nicht helfen zu können oder schwierige familiäre Situationen (Allert 2006, Fengler 2001). Ähnlichkeiten zur onkologischen Versorgungssituation sind evident.
Trotz der Belastungen ist die Motivation und Zufriedenheit bei Hospizmitarbeitern und -mitarbeiterinnen angesichts der Sinnhaftigkeit der Tätigkeit selbst und günstiger Rahmenbedingungen hoch (Allert 2006). Um der Hospizarbeit die Kraft der dort Engagierten zu bewahren, muss sicher gestellt sein, dass deren Bedürfnisse adäquat berücksichtigt und respektiert werden. Dabei ist es bedeutsam, dass ihnen die Möglichkeit gegeben wird, zu ihren Bedürfnissen zu stehen (Student 2009).

Selbstfürsorge praktizieren

Die Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden erfordert eine hohe fachliche Kompetenz, Einfühlungsvermögen, Kreativität, Achtsamkeit und Diskretion. Stress und Burnout sind bei dieser Aufgabe kontraproduktiv. Selbstfürsorgliches Handeln bedeutet darauf zu achten, dass das eigene Handeln keine negativen Konsequenzen für sich selbst nach sich zieht (Lutz 2007).
Dazu gehört zunächst, seine Potenziale, Ressourcen und Grenzen zu erkennen und diese auch (ein) zu setzen, eigene Kapazitäten und Einschränkungen zu akzeptieren, sich Zeit für sich selbst zu nehmen, *„nein"* zu sagen, Pausen einzulegen, durchzuatmen und immer wieder innerlich auf Distanz zu seiner beruflichen Aufgabe zu gehen. So werden neue Energien frei gesetzt.
Ferner fördert die Teilnahme an Fortbildungen Sicherheit im Handeln. Zugleich nimmt der Grad der Belastung mit der Zunahme von beruflichen Kompetenzen ab (Schröder et al. 2000). Einschlägige Fortbildungsmodelle oder auch Supervision und Balint-Gruppen sollten in der Routine verankert sein. Hier ist die Hospizarbeit schon ein Stück weiter als die Onkologie.
Die Wahrnehmung von Warnsignalen ist entscheidend für eine Burnout-Prophylaxe. Dieses impliziert ein Achtsam-werden für Gefühlsausbrüche, Desinteresse oder Zynismus gegenüber Patientinnen und Patienten oder auch körperlichen Symptome, wie Kopfschmerzen oder Magen- und Darmbeschwerden.
Kontraproduktiv für ein selbstfürsorgliches Verhalten ist Isolation. Eine Schärfung des Bewusstseins für die Grenzen im Umgang mit den eigenen Problemen hilft die Scheu zu überwinden, fachgerechten Rat und Unterstützung von außen zu suchen und anzunehmen. Ein entsprechendes Augenmerk auf sich selbst fördert zudem den Blick für das Umfeld, so dass bei Bedarf auch eine eigene Hilfeleistung für andere möglich ist.
Die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die Befriedigung biologischer Bedürfnisse sind basale Selbstfürsorgetaktiken. Beim Umgang mit den Konsequenzen von negativem Stress helfen einfach in die Alltagsroutine zu integrierende Strategien, wie gesunde Ernährung, ausreichendes Trinken, Bewegung, Entspannung. Zum Erlernen dieser werden eine Vielfalt von Ratgeberliteratur und Kursen angeboten.
Und letztlich ist Humor bei der Selbstfürsorge ein wichtiger Aspekt: Lachen, auch über sich selbst, hilft, die Widerstandsfähigkeit gegen psychische Erkrankungen und Stress zu fördern (Pelster 2006).
Das Burnout-Syndrom tritt als Folgezustand lang anhaltender Überlastung bei einst hoch motivierten, engagierten Menschen auf, die keine angemessene Unterstützung erhalten haben. So verstanden wäre Burnout das Ergebnis eines erfolglosen Bewältigungsprozesses stressreicher Arbeitssituationen. Demzufolge spielt die Fähigkeit, mit Stress und anderen Belastungen umzugehen und diese zu verarbeiten eine entscheidende gesundheitsfördernde Rolle.
Gut für andere zu sorgen impliziert, dass die Helfenden gelernt haben, angemessen mit sich selbst umzugehen. Im Sinne einer patienten- bzw. betroffenengerechten Versorgung wäre es ein großes Missverständnis, von sich zu verlangen, jede Situation ohne weiteres aushalten zu müssen. Denn – in Anlehnung an die Worte des buddhistischen Mönchs Thich Nhat Hanh (2006): ***die Qualität unseres Seins bestimmt die Qualität unserer Handlungen.***

Dr. Gudrun Thielking-Wagner
Geschäftsführerin der
Landesarbeitsgemeinschaft
Onkologische Versorgung Brandenburg e. V.
(LAGO)
Gregor-Mendel-Str. 10/11
14469 Potsdam
Tel.: 03 31- 2 70 71 72
Mail: thielking-wagner@lago-brandenburg.de
www.lago-brandenburg.de

Literatur

Allensbach, Institut für Demoskopie (2005): Allensbacher Berichte, 12

Allert, R. (2006): Mitarbeitermotivation im Hospiz, Die Hospiz-Zeitschrift 30, Jhg. 8, S. 11-13

Aulbert, E. (1997): Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. In: Aulbert, E. & Zech, D. (Hg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart New York. Schattauer, S. 731-749

Fengler, J.: Helfen macht müde. Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, www.assista.org/files/Fengler94.pdf [Zugriff 12.8.2009]

Herschbach, P. & Brandt, U. (1998): Belastungen des medizinischen Personals und Bedarf für psychosoziale Fortbildung. In: Koch, U. & Weis, J. (Hrsg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung, Stuttgart New York, Schattauer, S. 253-260

Lutz, R. (2007): Selbstfürsorge und verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung, Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 2, S. 209-232

Nhat Hanh, T. (2006): Understanding Our Mind, Parallax Press, Berkeley USA

Pelster, G. (2006): Burnout: Ist Humor eine wirksame Strategie? VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken

Scharsich, D. (2009): Erfahrungsbericht einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin des Potsdamer Hospiz- und Palliativberatungsdienstes, unveröffentlicht

Schröder, C., Schmutzer, G., Schröder, H. (2000): Belastetheit und Belastungsbedingungen von onkologischen Palliativpflegekräften im zeitlichen Verlauf und im Vergleich mit konventioneller onkologischer Pflege, Zeitschrift Psychosomatische Medizin 46, S. 18-34

Student, J. C.: Die Rolle der Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit, www.christoph-student.homepage.t-online.de [Zugriff 5.8.2009]

Thielking-Wagner, G. (2006): Psychoonkologie und Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie im Land Brandenburg, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:83-opus-12342

„Der Unzerstörbare Atem: Eine Möglichkeiten der Burnout-Prophylaxe in der Hospiz- und Palliativarbeit“

Thomas Mösler, Sebastian Scheler

Fachkräfte in der Hospiz-/Palliativarbeit sind täglich hohen psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt, die leicht zu Burnout- und Stresserkrankungen führen können. Doch gerade im Hospiz-/Palliativbereich ist eine stabile und mitfühlende Haltung des Begleiters grundlegend wichtig, um den Sterbenden auf deren letzten Teil des Lebensweges wirklich helfen zu können. Was kann der Begleiter nun bei oft schwierigen äußeren Bedingungen, die oft durch Zeitdruck und hohe emotionale Belastung geprägt sind, selbst dazu beitragen, seine eigene innere Stabilität und Belastbarkeit aufrechtzuerhalten beziehungsweise zu erhöhen?

Curriculum klinische Thanatologie

Das *„Curriculum klinische Thanatologie“* unseres staatlich anerkannten Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS) ist ein Konzept zur psychotherapeutischen Begleitung und Beratung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Bezugspersonen. Die angewendeten Verfahren stammen größtenteils aus dem institutseigenen Manual zur verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung und sind an über 450 Teilnehmern erprobt.

„Unzerstörbarer Atem“ – ein Verfahren der integrativen Stressreduktion

Im Folgenden werden Lehrinhalte unseres Fortbildungsmanuals anhand der Praxis des *„Unzerstörbaren Atems“* (aus dem Studium der kontemplativen Geistesschulen von Wangden Kreuzer) zur

Thomas Mösler, Sebastian Scheler

Auflösung von Stress- und Unruhezuständen skizziert.
Bei dem *„Unzerstörbaren Atem“* handelt es sich um ein hochwirksames Selbstentwicklungsverfahren, welches alle wichtigen Elemente der integrativen, d.h. der in allen Situationen und Handlungen des Alltags anwendbaren Stressreduktion, in sich vereint. Wir beschränken uns in diesem Text auf die Darstellung einer einzigen Methode, die stellvertretend jene wichtigen Punkte integriert, die zu einem prophylaktischen Umgang mit (inneren) Stressoren beitragen können.

Wahrnehmung von Stress

In den ersten Seminaren *„Curriculum klinische Thanatologie“* wird das Thema Burnout- und Stresserkrankungen über empirische Betrachtungen allgemeiner Charakteristika der subjektiven Realitätswahrnehmung eingeleitet. Demnach ist *„Realität“* – also auch die Realität der Stresssituation – eine Manifestation des sich wechselseitig bedingenden Zusammenspiels von wahrnehmendem Subjekt und wahrgenommenem Objekt. Sie existiert nicht als äußerlich fixiertes Phänomen, unabhängig vom eigenen subjektiven Input. *„Die Realitätserfahrung, also alles, was wir überhaupt innerlich und äußerlich erfahren können, stellt somit eine Spiegelung unseres eigenen Bewusstseinszustandes dar. Sie ist von den besonderen Sinneswerkzeugen des Menschen, seinen Gewohnheitstendenzen der Wahrnehmung und damit seinen Sichtweisen und Stimmungen vollkommen abhängig.“*[1]
Stresssituationen werden in der Regel durch den Filter der hohen gedanklichen Aktivität erlebt. Diese gedanklichen Benennungen und Bewertungen absorbieren fast die gesamte Aufmerksamkeit – es bleibt kaum Raum für einen Moment der Ruhe und Ausgeglichenheit. Alle Gedanken sind jedoch von Natur aus unbeständig und momenthaft und können deshalb keine Basis für einen ruhigen, stabilen Geisteszustand sein.

Das Körpersinnbewusstsein

In der klinischen Thanatologie ist die Induktion eben jener Geisteszustände von Interesse, die sich durch geistige Ruhe und Stabilität auszeichnen und somit dem Übenden eine gesündere innere Basis für die Arbeit im Hospiz-/Palliativbereich ermöglichen. Als eines der wesentlichsten Prinzipien der Stressreduktion wird im Curriculum klinische Thanatologie daher das Training derjenigen Bewusstseinsarten angesehen, die ohne gedankliche Abstraktion funktionieren, also methodisch gerade nicht auf das Denken als Bewusstseinsfunktion zurückgreifen. Ebenso wie Unruhe nicht durch noch mehr Unruhe aufgelöst werden kann, braucht es ein anderes Bewusstseinselement, um dem gedanklichen Strom die Energie zu nehmen. Besonders prädestiniert dafür ist das Körpersinnbewusstsein. Dieses zeichnet sich durch die Fähigkeit aus, den Körper ohne Rückgriff auf mentale Repräsentationen direkt zu fühlen.
Der *„Unzerstörbare Atem“* nutzt das Körpersinnesbewusstsein über die bewusste Empfindung des Atemflusses. Die Aufmerksamkeit wird dabei von den Gedanken abgezogen und auf das Fühlen des Atemstroms gelegt. Im Moment des reinen Spürens – und sei dieser anfangs auch noch so kurz – entsteht ein Raum des Friedens, in dem Gedanken weiter gedacht und Handlungen weiter ausgeführt werden können. Das bewusste Atmen kann auf diese Weise in jede Aktivität integriert werden, obgleich es der regelmäßigen Übung bedarf, um seine Wirksamkeit zu entfalten.

Heilende Energie und Empathie

Innerhalb eines Atemzyklus werden dann zusätzlich zu dieser *„Köpersinnpraxis“* zwei unterstützende Geisteshaltungen kultiviert: Die Verbindung mit heilender Energie und der Ausdruck umfassender Empathie. Mit der Einatmung denkt man sich: *„Der Friede, die Klarheit und die Liebe durchströmen mich“.* Dabei werden jene Bewusstseinsqualitäten kontaktiert, die in der Stresssituation den eigenen Bedürfnissen am besten entsprechen. Obgleich nicht davon auszugehen ist, dass Frieden, Klarheit und Liebe bei den ersten Übungsversuchen unmittelbar präsent werden, stellen sich diese bei wiederholter Praxis immer mehr ein. Wird die Übung dann intensiver und häufiger ausgeführt wird der Gedanke *„Friede, Klarheit und Liebe durchströmen mich“* von immer tieferen Gefühlsebenen aus rezitiert. Mit jedem Atemzug werden die Qualitäten von Frieden, Klarheit und Liebe bewusst gefühlt.
Bei der Ausatmung denkt man: *„Mögen alle Wesen glücklich sein.“* Dabei werden dann aller Frieden, alle Klarheit und alle Liebe, die man nun in sich

1 Tarab Tulku (2002) im Rahmen der Ausbildung „Unity in Duality“; Hamburg; www.tarab-institut.de.

vereint hat, an alle Wesen weitergegeben. Die Kultivierung von Mitgefühl unterstützt die stressreduzierende Wirkung des Unzerstörbaren Atems hin zur Entwicklung von Ruhe und Frieden. Der Satz *„Mögen alle Wesen glücklich sein“* hat schließlich die transformierende Kraft, den Übenden in allen erdenklichen Stress-Situationen schnell von selbstbezogenen Blockaden und Störgefühlen zu befreien und positiv auszurichten. Durch die Kultivierung einer empathischen Geisteshaltung nehmen – wie bei jedem heilsamen Umgewöhnungsprozess des Bewusstseinsstroms – Quantität und Qualität der einschränkenden geistig-emotionalen Reaktionsmuster ab.

Präsenz als Portal zu innerer Ruhe

Neben dem Spüren der Atemempfindung, der Verbindung mit Frieden, Klarheit und Liebe und dem Aussenden von Empathie stellt der methodische Aspekt der *„Präsenz im jetzigen Moment“* ein weiteres Portal zur geistigen Ruhe dar. Präsent zu sein bedeutet, mit der gesamten Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt verankert zu sein und dabei alles, was dieser Moment bietet, mit offenen Armen annehmen zu können. Im Stresszustand ist das genaue Gegenteil der Fall. Die Aufmerksamkeit liegt dann in der Zukunft, in der Hoffnung und im Streben, irgendwann einen Punkt zu erreichen, in dem Zufriedenheit und Gelassenheit möglich sind. Es entsteht eine psychologische Spaltung von *„ich bin jetzt hier, will aber dort sein“*, die den Stresszustand zusätzlich verstärkt. Der gedankliche Prozess läuft immer im Zeitkontinuum von Vergangenheit und Zukunft ab und verstellt mit zunehmender Dominanz die Wahrnehmung dieses Momentes und damit den Zugang zur inneren Ruhe und Gelassenheit. Der Atemstrom findet nie in der Vergangenheit oder Zukunft sondern immer im Jetzt statt. Folglich wird die Spaltung des zwanghaften Strebens zu einem künftigen Augenblick durch den Unzerstörbaren Atem immer wieder aufgehoben und dadurch Raum für Entspannung gegeben. Die Praxis des *„Unzerstörbaren Atems“* ist in jeder Stresssituation aber auch in allen Lebenslagen anwendbar. Jeder Augenblick, jeder Atemzug wird dadurch kostbar und sinnvoll. Bei kontinuierlicher, konsequenter Praxis lässt sich der Unzerstörbare Atem auch in Gesprächs- bzw. Sterbebegleitungssituationen integrieren.

Das Fortbildungsprogramm Curriculum klinische Thanatologie möchte den einzelnen Teilnehmer darin schulen, die eigenen inneren Ressourcen achtsam zu pflegen und zu entwickeln, um dann in intensiven und langanhaltenden Stresssituationen auf diese vertrauensvoll zurückgreifen zu können. Die Sätze *„Der Frieden, die Klarheit und die Liebe durchströmen mich“* und *„Mögen alle Wesen glücklich sein“* werden abgesehen von der Burnout-Prophylaxe auch als meditative Praxis an Sterbende vermittelt. Im Sterbeprozess sind besonders die letzten Gedanken des Sterbenden für eine friedvolle, annehmende und versöhnliche Geisteshaltung entscheidend und kaum ein Gedanke drückt diese Geisteshaltung besser aus als *„Mögen alle Wesen glücklich sein.“*

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS)
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil.
Thomas Mösler
Nettelbeckstraße 14
90491 Nürnberg
E-Mail: moesler@gmx.de
Internet: www.ivs-nuernberg.de

Veröffentlichungen

Sabine Fabach
Burn-out
Wenn Frauen über Grenzen gehen
Orell Füssli Verlag, Zürich, 2008, 2.Auflage
€ 24,80

Die in Wien lebende Psychotherapeutin Sabine Fabach beschreibt das Burnout und die Burnoutstufen; dabei spricht sie in ihrem Buch die Leserinnen direkt an. Mit jeder ihrer Beschreibungen gibt sie Auskunft zu Ursachen und Hintergründen im Allgemeinen aber auch hinsichtlich der frauenspezifischen Problematiken und darüber hinaus immer auch zu Ansätzen der Veränderung.
Ein zentraler Begriff ist *‚Life Leadership‘*; er verdrängt langsam den Begriff des *‚Zeitmanagements‘* und bedeutet so viel wie: die Führung im eigenen Leben wahrzunehmen. Daran, dass die Leserinnen dies auch tatsächlich umsetzen, scheint die Autorin sehr interessiert, indem sie viele Informationen gibt, Fallstricke nennt und Anleitungen für die notwendigen Schritte zur Verbesserung der eigenen Situation aufzeigt.

Wolfgang Schmidbauer
Helfersyndrom und Burnout-Gefahr
Urban & Fischer
€ 19,90

Wolfgang Schmidbauer, der den Begriff des Helfersyndroms in den 70er Jahren geprägt hat, richtet in diesem Buch seinen Fokus auf Pflegekräfte, deren Umgang mit ihrer Helferpersönlichkeit und der leicht entstehenden Burnoutgefahr. Er beschreibt die Zusammenhänge dessen, was das *‚Helfen-wollen‘* bedeutet, dass es Persönlichkeiten gibt, *„die helfende Interaktionen bevorzugen, weil sie sich davor fürchten, selbst etwas für sich zu fordern“*. Sie würden erwarten, dass ihre Leistungen anerkannt und belohnt werden, gleichzeitig aber diesen Wunsch danach verbergen und auf diese Weise ständig demotiviert werden.
Auf der anderen Seite macht er deutlich, dass es bei der Problematik nicht nur um das Pfleger-Patient-Verhältnis geht. Diese *„Beziehungen* (werden) *weniger belastend empfunden ... als die Beziehungen zu Kolleginnen und Vorgesetzten der eigenen oder der benachbarten Berufe“*.
Schmidbauer zeigt Mechanismen auf, die für Personen vieler Berufsgruppen relevant sind. Dabei setzt er sich kritisch mit dem Thema Führung, Ausbildung aber auch mit dem Begriff *Professionalität* auseinander.

Herbert Freudenberger, Gail North
Burn-out bei Frauen: Über das Gefühl des Ausgebranntseins
Fischer Taschenbuch Verlag, 2008, 12.Auflage
€ 9,95

Der Psychoanalytiker Herbert Freudenberger, der 1974 den Begriff *‚Burnout‘* erstmals verwendet hat, und Gail North, Journalistin und Schriftstellerin, beschreiben in ihrem Buch das Burnout-Phänomen unter Berücksichtigung der spezifischen Situation von Frauen. Neben den für beide Geschlechter geltenden Mechanismen und Formen gibt es für Frauen weitere Merkmale, unter anderem bedingt durch die ihnen zugeschriebenen Rollen. So wird die Rolle in der Familie (Umsorgerin) oder andere Phänomene, wie Selbstständigkeit und Abhängigkeit oder Alleinverantwortung näher betrachtet. Neben den sehr verständlich umschriebenen Begleiterscheinungen gehen die Autoren auf den Burnout-Zyklus ein, nicht ohne gleichzeitig hilfreiche (Sofort-)Maßnahmen nahezubringen.

Sigrid Beyer
Frauen im Sterben
Gender und Palliative Care
Lambertus-Verlag, 2008
€ 23,00

Was heißt es für Frauen, wenn in den letzten Tagen und Wochen des Lebens die Eigenversorgungsmöglichkeit abnimmt, das Körperbild sich verändert und die Fremdbestimmung immer mehr zunimmt? Die Autorin Sigrid Beyer ließ sich auf intensive und tiefe Gespräche mit betroffenen Frauen und Betreuerinnen auf Palliativstationen und in Hospizen ein. Sie erfuhr dabei, was im Innersten mit sterbenden Frauen passiert, wie sie mit ihrem sich verändernden Körperbild umgehen, welche Themen ihre letzte Zeit bewegen, auf welchen Ebenen sie berührt werden möchten, woher sie Trost und Kraft holen und welche Rolle Spiritualität in ihrem Leben einnimmt. Sigrid Beyer hat nicht nur Situationen und Fakten beschrieben, sondern mit den Frauen gleichsam eine Reise in deren Innerstes gewagt.

Veranstaltungen

07.10. - 09.10.2009 Altenkirchen
„Vom frühen Tod betroffen ...“
Wenn Kinder und Jugendliche sterben – Seminar für Menschen, die in der Kinder- und Jugendarbeit tätig sind
Deutsche Kinderhospizakademie
Tel.: 0 27 61 – 9 41 29 34
kinderhospizakademie@deutscher-kinderhospizverein.de
www.kinderhospizakademie.de

26. - 30.10.2009 Bonn
Seminar zur Führungskompetenz
Zentrum für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
www.malteser-krankenhaus-bonn.de

09. - 11.11.2009 Bad Honnef
Selbst Schuld? – Ein neuer Blick auf Schuld im Trauerprozess
TrauerInstitut Deutschland e.V.
Tel.: 02 28 - 2 42 81 94
www.trauerinstitut.de

13. - 14.11.2009 Gütersloh
Einführung in die Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg
Bildungswerk Hospiz- & Palliativmedizin am Städt. Krankenhaus
Tel.: 0 52 41 - 90 59 84
www.hospiz-und-palliativmedizin.de

14.11.2009 Brandenburg an der Havel
Brandenburger Palliativkongress:
„Leben lohnt sich immer“
Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg g. e. V.
Tel.: 0 33 82 - 76 82 21
www.palliativakademie-brandenburg.de
juergenpfitzner@stift-lehnin.de

17.-18.11.2009 Petershagen
Jenseits von Sprache und Denken
Sterbende begleiten
HVHS Alte Molkerei Frille
Tel.: 0 57 02 - 97 71
info@hvhs-frille.de

20.-22.11.2009 Kleve
Einführung in die Kindertrauerbegleitung
KHVHS Wasserburg Rindern
Tel.: 0 28 21 - 7 32 10
www.wasserburg-rindern.de
info@wasserburg-rindern.de

20.-22.11.2009 Oer-Erkenschwick
Fortbildung zur palliativen Handlungskompetenz
Hospiz zum hlg. Franziskus
Tel.: 0 23 61 - 6 09 30

21.11.2009 Aachen
77. Aachener Hospizgespräch:
Hospizarbeit und Palliativversorgung in Europa – voneinander lernen!
Bildungswerk Aachen
Tel: 02 41 - 5 15 34 90
info@servicestellehospizarbeit.de ·
www.aachenerhospizgespraeche.de

30.11.-04.12.2009 Köln
Spiritualität in der Palliative Care
Dr. Mildred Scheel Akademie
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
www.mildred-scheel-akademie.de

ALPHA-Westfalen
Friedrich-Ebert-Straße 157 - 159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
E-Mail: alpha@muenster.de
Internet: www.alpha-nrw.de

ALPHA-Rheinland
Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
E-Mail: rheinland@alpha-nrw.de
Internet: www.alpha-nrw.de