

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS

IMPULSE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG

02.2022

SEXUALITÄT IM ALTER

Wenn Sexualität und Intimität sich verändern

Sexualität im Alter ist heute immer noch ein Thema, über das hinter vorgehaltener Hand gesprochen wird. Dabei bleibt der Wunsch nach Intimität und Zärtlichkeit auch bis ins hohe Alter bestehen.



Foto: AdobeStock/Photographie.eu

Der Wunsch nach Zusammengehörigkeit und Zärtlichkeiten bleibt lebenslang erhalten.

Sexuelle Lust hört mit zunehmendem Alter nicht plötzlich auf. Trotzdem gibt es kaum Statistiken und Forschungsergebnisse, da dieses Thema, wenn nicht tabuisiert, doch häufig ignoriert wird. Dabei zeigen die

wenigen Studien, dass Männer in einer festen Partnerschaft im Alter von 51-60 Jahren noch zu 89 Prozent sexuell aktiv sind, bei Frauen sind es 85,6 Prozent. Diese Zahlen variieren stark, wenn man sich in derselben Altersgruppe die

alleinstehenden Senioren ansieht. Hier sind es bei den Männern noch 55,3 Prozent und bei den Frauen 25,3 Prozent. Bei steigendem Alter fallen die Zahlen allerdings ab. Ab einem Alter von über 80 sind von den Männern



- in Partnerschaft noch 30,8 Prozent sexuell aktiv, bei den Frauen sind es 25 Prozent. 7,1 Prozent der Single-Männer haben in dieser Altersgruppe noch ein Sexleben, während es bei Single-Frauen über 80 praktisch nicht mehr vorhanden ist.

Allerdings sollte man bei diesen Ergebnissen den demografischen Wandel nicht außer Acht lassen. Menschen mit 70 sind heute meist wesentlich gesünder und fitter als noch vor 20 Jahren. Zu lieben und geliebt zu werden ist ein Grundbedürfnis der Menschen und tief in unserer Geschichte verankert. Wir konnten nur überleben, weil wir soziale Wesen sind, die in einer Gesellschaft füreinander sorgen. Ein erfülltes Leben beinhaltet Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz. Der Wunsch nach Zusammengehörigkeit und Zärtlichkeiten bleibt lebenslang erhalten. So haben Menschen über 60 gleichermaßen Wünsche nach Körperkontakt und Austausch von Zärtlichkeiten.

Wenn Sexualität sich verändert

Sexualität verändert sich. Der Wunsch nach Körperkontakt und Zärtlichkeiten jedoch häufig nicht. Dennoch gibt es viele Faktoren, die mit zunehmendem Alter mehr Beachtung verlangen. Potenzprobleme, Unlust, schmerzende Gelenke oder trockene Schleimhäute sind Themen, über die offen gesprochen werden sollte. Für die meisten Probleme gibt es glücklicherweise Abhilfe. Sei es Gleitmittel, ein Stellungswechsel, eine medikamentöse Therapie oder auch einfach Verständnis für die Situation des/der Partner:in. Bei den meisten luststeigernden Medikamenten und Aphrodisiaka ist der Placebo-Effekt größer als die tatsächliche Wirkung. Selbst „Viagra“ wirkt rein auf die Gefäße, kann faktisch aber nicht die Lust steigern.

Sexualität in der ambulanten Pflege

Ziel einer ambulanten Betreuung sollte sein, dass die Bewohner:innen sich weiterhin wohl zuhause fühlen und sich nicht durch die Anwesenheit der Pflegekräfte in ihrer Privatsphäre gestört fühlen. Dazu gehört auch, den

persönlichen Bereich zu respektieren, und die Sensibilität, den Patient:innen ein erfülltes Sexleben zu ermöglichen, wenn gewünscht. Das kann durchaus schwierig sein, insbesondere wenn Zeiten aus verschiedenen Gründen nicht exakt eingehalten werden können oder abgesprochene Hausregeln nicht eingehalten werden. Dazu kommt, dass es bei Patient:innen zu fehlenden Fähigkeiten zur sexuellen Selbstbefriedigung kommen kann. Die Kommunikation mit den Bewohner:innen kann herausfordernd sein. Ältere Menschen sind es häufig nicht gewohnt, über ihre Sexualität zu sprechen. Umso wichtiger ist ein sensibler Umgang mit diesem sehr intimen The-

Voraussetzung für professionelle Pflege ist die Klärung eigener Gefühle und Grenzen.

ma. Problematisch wird es, wenn die Pflegenden mit Scham und Ignoranz auf die Wünsche der Pflegebedürftigen reagieren oder sie nicht ernst nehmen. Oft ist keine ausreichende Schulung der Pflegekräfte vorhanden. Das macht die offene Kommunikation über sexuelle Bedürfnisse schwierig.

Was können Pflegende tun?

- Schulen Sie sich und Ihre Mitarbeiter:innen.
- Sprechen Sie mit den Patient:innen Verhaltensweisen ab (wann darf man eintreten, wann eher nicht).
- Akzeptieren Sie die Privatsphäre.
- Klingeln Sie grundsätzlich, bevor Sie eine Wohnung betreten, und klopfen Sie an.
- Sprechen Sie offen und ohne Scham über sexuelle Wünsche und nehmen Sie diese ernst.
- Voraussetzung für professionelle Pflege ist die Klärung eigener Gefühle und Grenzen.

Sexuelle Übergriffe in der Pflege

Pflegebedürftige Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen haben meist kein normentsprechendes Sexualverhalten gelernt und auch Menschen mit Demenz sind häufig sexuell enthemmt. Masturbieren und Entblößen in der Öffentlichkeit, Berühren von Pflegepersonen und Mitbewohner:innen und unangemessenes Verhalten kommen besonders oft in Pflegeheimen vor. Studien zufolge waren bereits zwei Drittel der Pflegenden von Belästigungen betroffen, dabei trifft es größtenteils Auszubildene und Berufseinsteiger:innen. Deshalb ist es hier sehr wichtig, gemeinsame Regeln zu beschließen und sexuell unangemessenes Verhalten direkt und unmittelbar anzusprechen. Sexuelle Übergriffe können nonverbal, verbal und körperlich stattfinden.

Wichtig: Sollten Sie unangemessenes Verhalten erleben, ignorieren Sie es nicht stillschweigend, sondern benennen Sie es konkret: „Ich möchte nicht, dass Sie mich an dieser Stelle berühren. Wenn Sie sich festhalten möchten, können Sie meinen Arm oder die Schulter nehmen.“ Geben Sie sich niemals die Schuld und holen Sie sich gegebenenfalls Hilfe.

Sexualassistenz


Um die Teilhabe für körperlich eingeschränkte Menschen zu sichern, die sich nicht mehr selbst sexuell stimulieren oder befriedigen können, ist der Beruf der Fachkraft für Sexualbegleitung entstanden. Zu diesem Berufsbild werden wir in einer der nächsten Ausgaben ausführlich berichten. 

Foto: Privat



Malin von Lingelsheim
Freie Autorin für die
Seifert&Trauernicht GbR

PFLEGE

Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe in der häuslichen Pflege

Während man früher eher zurückhaltend war, wird der Einsatz von Hilfsmitteln zur Dekubitusprävention heute empfohlen, wenn die Positionierung oder Förderung der Eigenmobilität nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Kriterien zur konkreten und individuellen Hilfsmittelauswahl.



Foto: AdobeStock/MQ-illustrations

Dekubitusprävention: Wer entscheidet, welches konkrete Hilfsmittel das individuell richtige ist?

Lagerungshilfsmittel werden im häuslichen Bereich vor allem zur Dekubitus-therapie bzw. -prophylaxe eingesetzt. Zumeist werden die Hilfsmittel durch den behandelnden Arzt verordnet und dann durch die zuständige Kostenstelle – meist Krankenkasse – genehmigt und anschließend entweder von einem Sanitätshaus, dem Hersteller selber oder direkt aus dem eigenen Lager der Krankenkasse geliefert. Doch wer entscheidet bei Ihren Kunden, welches konkrete Hilfsmittel das individuell richtige ist? Der Arzt kennt sich meistens mit solchen Hilfsmitteln zur Lagerung wenig bis gar nicht aus – die Krankenkasse entscheidet möglicherweise mit einem wirtschaftlichen Druck und das

Sanitätshaus mit einem wirtschaftlichen Interesse?

Im Vorfeld muss natürlich erst einmal klar sein, wer die notwendigen Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und/oder -therapie finanziert. Die gute Nachricht: Alle vom Arzt verordneten Hilfsmittel sind nicht budgetiert – denn Hilfsmittel sind generell nicht budgetiert.

In der häuslichen Pflege sieht es mit der Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln anders aus als im Heim: In der häuslichen Pflege ist generell für die Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe nicht die Krankenkasse zuständig, möglicherweise aber die Pflegeversicherung, ansonsten der

In der häuslichen Pflege sieht es mit der Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln anders aus als im Heim.

Versicherte selbst. Zur Dekubitus-therapie ist die Krankenkasse nach SGB V verpflichtet, das „medizinisch Notwendige“ zu erstatten. Dabei wird meist erst dann erstattet, wenn der Dekubitus bereits entstanden ist, nämlich ab



- Dekubitus Kategorie 2. In einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 2002 wurde jedoch entschieden, dass der Kostenträger auch bei einer unmittelbar (!) drohenden Krankheit oder Behinderung zahlen muss. Also nicht bei jeder Dekubitusgefährdung, sondern bei einer unmittelbaren Gefahr. Diese liegt vor, wenn ein Dekubitus Grad 1 besteht – also die nicht-wegdrückbare Hautrötung.

Hilfsmittleinsatz

Während man früher eher zurückhaltend im Einsatz von Hilfsmitteln zur Dekubitusprävention war, ist man heute durch Studien bestätigt, dass die druckverteilenden Unterlagen die Häufigkeit von Dekubitus reduzieren können. Es wird heute empfohlen, Hilfsmittel dann einzusetzen, wenn die Positionierung oder Förderung der Eigenmobilität nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Zur fortlaufenden Überprüfung muss deshalb mehrmals täglich die druckbelastete Haut inspiziert werden: Haut beobach-

Zwei Prinzipien: Auflagefläche vergrößern oder Druckentlastung.

ten auf Rötungen und Schäden, Haut abtasten auf Schmerzen oder tastbaren Veränderungen des Gewebes und bei Vorliegen einer Hautrötung den Fingertest durchführen. Bei Schmerzen, die beim Eindrücken der druckbelasteten Stelle auftreten, oder/und einem positiven Fingertest (nicht wegdrückbare Rötung) muss spätestens ein Hilfsmittel eingesetzt werden.

Auswahlkriterien

Die Hilfsmittel arbeiten nach zwei Prinzipien: Entweder wird die Auflagefläche vergrößert, dadurch erfolgt eine Druckverteilung, wie dies zum Beispiel bei Schaumstoffmatratzen oder statischen Luftmatratzen der

Fall ist, oder es findet zeitweise eine Druckentlastung statt, wie dies bei Wechseldruckmatratzen der Fall ist. Druckreduzierende Hilfsmittel haben den Nachteil, dass der Betroffene durch das tiefere Einsinken in die Matratze in seiner Mobilität sehr eingeschränkt werden kann. Druckentlastende Wechseldruckmatratzen haben den Nachteil, dass die sich wieder auffüllende Kammer beim Betroffenen zu einem Schmerzauslöser führen kann, weil der Betroffene den wieder einsetzenden Druck durch die Kammer als Schmerz empfindet.

Zur Auswahl des optimalen Hilfsmittels werden deshalb folgende Kriterien herangezogen:

- **Körpergewicht:** Alle Systeme oder Matratzen haben eine Gewichtsbeschränkung, denn die Druckverteilung funktioniert natürlich nur dann, wenn ein vorgeschriebenes Gewicht nicht überschritten wird. Diese Angabe muss in der beiliegenden Gebrauchsanleitung vermerkt sein.
- **Bewiesene Wirksamkeit:** Fragen Sie bewusst kritisch beim Hersteller nach, ob es wissenschaftlich durchgeführte Studien gibt, die die Wirksamkeit bei bestimmten Patientengruppen belegen.
- **Gefährdete/ betroffene Körperstelle:** Wenn die Fersen des Betroffenen gefährdet sind, ist eine Matratze nicht unbedingt erforderlich, da die Fersen aufgrund der Konvexität des Fersenbeinknochens immer freigelagert werden müssen.
- **Pflegeziel/-schwerpunkt:** Wenn der Betroffene mobilisiert werden soll – zum Beispiel nach einem Schlaganfall –, ist eine weiche Matratze kritisch zu sehen, weil diese die Mobilität deutlich einschränken würde. Eine Wechseldruckmatratze ist bei Betroffenen mit starken chronischen Schmerzen – zum Beispiel Knochenmetastasen – ungünstig, weil die Schmerzen verstärkt werden können.
- **Komfort/Qualität für den Patienten:** Fragen Sie den Patienten nach 24 bis 48 Stunden, wie er sich auf der Matratze fühlt.

Praxistipps

- Bei allen Patienten mit Hilfsmitteln zur Dekubitusprophylaxe oder -therapie die Betroffenen nach 24 bis 48 Stunden fragen, wie sie sich auf der neuen Matratze fühlen.
- Auf die Gewichtsbeschränkung achten und diese vom Hersteller oder Lieferanten anfordern.
- „Hilfsmittel“ ersetzen nicht das Bewegen oder Positionieren – nur die Zeitabstände sind zu verändern.
- Alle Hilfsmittel wirken nur, wenn möglichst wenig weitere Materialien wie Bettwäsche usw. zwischen Patient und Matratze sind.
- Das Bettlaken glattziehen, aber nicht „einspannen“, weil sonst die Einsinktiefe in die Matratze negativ beeinflusst werden kann.
- **Krankheit:** Neurologische Krankheiten führen mitunter zu Veränderungen des Körperbildes, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Diese Patienten sollten nicht auf sehr weiche Matratzen oder „schwimmende“ Matratzen gelegt werden, weil dadurch die Körperbildveränderung weiter negativ beeinflusst werden kann. ⚡

Foto: Privat



Gerhard Schröder

Lehrer für Pflegeberufe, PDL, Leiter der Akademie für Wundversorgung, info@akademie-fuer-wundversorgung.de

ZEHN-MINUTEN-AKTIVIERUNG

Eine Aktivierungsstunde zum Thema Karneval

Frühling, Sommer, Herbst, Winter und dann beginnt die fünfte Jahreszeit – Karneval. Dieses Thema bietet die Gelegenheit, eine Aktivierung mit besonders viel Spaß vorzubereiten.



Foto: AdobeStock/darbig photo

Den Erinnerungen freien Lauf lassen: An die närrische Zeit ihrer Kindheit und Jugend denken viele Menschen gerne zurück.

Seit etwa 1200 n. Chr. wird am Vorabend der Fastenzeit Karneval gefeiert. Die vierzigtägige Fastenzeit beginnt mit Aschermittwoch und wird dann bis Ostern, dem höchsten christlichen Fest, durchgeführt. Bevor die Zeit der Entbehrungen beginnt, möchte man ausgelassen essen, trinken und feiern. Ob Fastnacht, Fasnet, Fasching oder Karneval, eins eint die Karnevalsjecken deutschlandweit: die Lust, sich zu verkleiden.

Fragen und Gesprächsanregungen

Durch Fragen und Gesprächsanregungen kommen Sie mit den Patient:innen schnell ins Gespräch zum Thema Karneval. Sie können zusammen die mitgebrachten Materialien sichten, nutzen und den Erinnerungen an frühere Zeiten und vergangene Erlebnisse freien Lauf lassen.

- Sagte man bei Ihnen Karneval, Fasching oder Fastnacht?
- Haben Sie gern daran teilgenommen? Nahmen Sie vorwiegend als Kind teil oder auch als Erwachsener?
- Wurde bei Ihnen tagelang gefeiert oder fiel die Feier eher bescheiden aus?
- Welche Kostüme hatten Sie? Welches Kostüm ist Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben und warum?
- Wollten Sie vielleicht schon immer mal ein Kostüm haben, das sie nie tragen konnten?
- Wo haben Sie gefeiert? Zuhause, auf der Straße oder in der Schule?
- Waren Sie bei Festtagsumzügen dabei? Wenn ja, nur als Zuschauer oder haben Sie sich aktiv beteiligt?
- Welche Leckereien gab es an Karneval, die es sonst nicht gab?
- Waren Sie bei Büttenreden anwesend oder haben Sie vielleicht sogar selbst einmal eine Büttenrede gehalten?
- Haben Sie die Kostüme früher selbst hergestellt? Wenn ja, für sich oder Ihre Kinder? Woher hatten Sie die Materialien?
- Ist Ihnen ein Karneval in besonderer Erinnerung geblieben? Wenn ja, warum?
- Gab es früher schon Fernsehübertragungen der Fastnacht? Wenn ja, haben Sie diese gesehen oder schauen Sie sie heute?
- Waren Sie schon mal beim Kölner Karneval oder Rosenmontagsumzug?
- Haben Sie den Karneval bereits außerhalb Deutschlands gesehen? Zum Beispiel in Rio de Janeiro oder Venedig?



- Welche Bräuche rund um Karneval kennen Sie?
- Haben Sie nach Karneval gefastet? Wenn ja, worauf haben Sie verzichtet?

Wahrnehmungsübungen

- Schmücken Sie den Raum gemeinsam mit den mitgebrachten Luftschlangen und Luftballons.
- Decken Sie zusammen den Tisch, um die Berliner zu verkosten.
- Befühlen Sie die mitgebrachten Stoffe. Welche fühlen sich gut an, welche mögen Sie eher nicht anfassen.
- Pusten Sie die Luftballons auf, wer kann, darf selbstverständlich gern helfen.
- Werfen Sie sich die Luftballons zu und fangen sie wieder auf.
- Im Anschluss wählen Sie einen einzelnen Ballon, der beim Zuwerfen nicht den Boden berühren darf.
- Schminken Sie Patient:innen, wenn gewünscht, mit der Theaterschminke. Vielleicht möchten sich die Patient:innen gegenseitig helfen beim Schminken.
- Achtung! Bitte schminken Sie nie Personen, die nicht mehr in der Lage sind, sich bewusst dafür zu entscheiden.
- Lassen Sie sich von den Patient:innen ihre Erinnerungen und Geschichten zu Karneval erzählen. Nutzen Sie dafür gerne die Fragen und Gesprächsanregungen.

Lieder

- „Schnaps, das war sein letztes Wort“ von Willy Millowitsch
- „Auf der Reeperbahn nachts um halb eins“ von Hans Albers



Ob Fastnacht, Fasching, Fasnet oder Karneval, eint die Karnevalsjecken: die Lust, sich zu verkleiden.

- „Am Aschermittwoch ist alles vorbei“ von Kurt Adolf Thelen

Gedichte

Zu Fasching ist der Narr ein König und er beherrscht die ganze Welt. Was morgen kommt, das stört ihn wenig, wenn ihm nur heut' die Kron' gefällt. *Verfasser unbekannt*

Die Fasnacht und die Fröhlichkeit, ein schönes Weib und hübsches Kleid, durstige Leut' und guter Wein, sollten allzeit beieinander sein. *Verfasser unbekannt*

Spiele

Scharade

Jede/r Patient:in denkt sich sein schönstes Kostüm aus und versucht es dann, per Pantomime darzustellen. Die anderen Patient:innen müssen das Kostüm erraten. Die Fragen dürfen nur mit „Ja“ und „Nein“ beantwortet werden. Wer das Kostüm als erstes errät, ist als nächstes dran.

Sprichwörter-Rätsel

Wie heißen diese Sprichwörter richtig?

Wer nichts wird, wird Narr.
(Wer nichts wird, wird Wirt.)

Materialien

- Luftschlangen
- verschiedene Stoffe
- Luftballons
- Berliner, Krapfen, Kreppel
- Theaterschminke

Wo gefeiert wird, da fallen Kamellen.
(Wo gehobelt wird, da fallen Späne.)

Der Clown macht die Musik.
(Der Ton macht die Musik.)

Aller Karneval ist schwer.
(Aller Anfang ist schwer.)

Es ist nicht alles jeck, was tanzt.
(Es ist nicht alles Gold, was glänzt.)

Schminken kommt vor der Feier.
(Hochmut kommt vor dem Fall.)

Sitzen ist Silber, Tanzen ist Gold.
(Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.)

Alle Wege führen nach Köln.
(Alle Wege führen nach Rom.)

Einer schönen Verkleidung, schaut man nicht auf das Preisschild.
(Einem geschenkten Gaul schaut man nicht aufs Maul.) 🗨️

*Malin von Lingelsheim,
Freie Autorin für die
Seifert&Trauernicht GbR*

Ausdrucken und verteilen

Drucken Sie die Ambulante Pflegepraxis aus und verteilen Sie alles oder einzelne Beiträge an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Downloads der Ausgaben finden Sie unter

[haeusliche-pflege.net/
Pflegepraxis](https://haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis)

ATTACKIEREN & AUSGRENZEN

Mobbing im Pflegeteam

Jeder von uns kennt es, hat es im Team oder sogar bereits am eigenen Leib erfahren – Mobbing. Mitarbeitende in Pflegeberufen sind besonders anfällig. Zu den Hauptursachen dafür zählen der chronische Personalnotstand, die dauerhaft hohe Arbeitsbelastung und das Arbeiten im Team.



Foto: AdobeStock/presmaster

Mobbing wird gezielt, systematisch und über einen längeren Zeitraum mit der Absicht betrieben, auszugrenzen bzw. „vom Arbeitsplatz zu vertreiben“.

Mobbing gibt es natürlich nicht nur in der Pflege, allerdings führen die oben genannten Rahmenbedingungen wissenschaftlich nachgewiesenermaßen zu mehr Mobbing in der Pflege als in anderen Berufsgruppen. Der hohe Arbeitsdruck führt zu einer starken physischen und psychischen Belastung. Je mehr Stress, umso größer das Verlangen nach einem Ventil, um diesen abzubauen. Dieses Ventil bedeutet für manche das Schikanieren und Angreifen anderer Kolleg:innen. Hinzu kommt, dass die Beziehungskomponente in der Pflege sehr stark ausgeprägt ist. In den meisten Pflegeteams besteht zudem ein großes Harmoniebedürfnis, man versucht, die große gemeinsame Belastung auf allen Schultern zu tragen und muss „zusammenstehen“. Dies führt häufig zu einer emotionalen Überbelastung, die das

Entstehen von Mobbing begünstigen kann. Vergleicht man die Zahlen der gemobbten Pflegekräfte mit allen anderen Berufen, wird der Unterschied deutlich. Während 12,5 Prozent aller Arbeitnehmer:innen angaben, mal gemobbt worden zu sein, sind es bei den Pflegekräften über 20 Prozent. Und während 29 Prozent aller Arbeitnehmer:innen beobachtet haben, wie ein/e Kollege/in regelmäßig gemobbt wurde, sind es in der Pflege ganze 50 Prozent.

Was ist eigentlich Mobbing?

Mobbing leitet sich aus dem Englischen „to mob“ ab und bedeutet: bedrängen, anpöbeln, attackieren, angreifen. Von „normalen“ Konflikten und Streitereien unterscheidet sich Mobbing dadurch, dass es gezielt, systematisch und über einen längeren Zeitraum mit der Absicht betrieben wird „auszu-

grenzen bzw. vom Arbeitsplatz zu vertreiben“. Während die Definition des Mobbings verständlich ist, gibt es eine Reihe von „Spielarten“, wie Mobbing ablaufen kann. Es gibt subtile Kleinigkeiten, mit denen Mobbing meist beginnt, bis hin zu aktivem Mobbing. Auswirkungen des Mobbings auf die/den betroffene/n Mitarbeiter:in sind u.a. Selbstzweifel und Unsicherheit, Angstzustände, ein Gefühl der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, mögliches Suchtverhalten, Konzentrationsschwierigkeiten, Distanzierung zu Pflegebedürftigen, Hass, Wut, emotionale Entgleisungen, depressive Stimmung, Weinkrämpfe und Abnahme des Interesses an privaten Aktivitäten.

Wie geht man gegen Mobbing vor?

Das wichtigste Instrument gegen Mobbing in der Pflege liegt in der Hand der



Leitung des Pflegedienstes. Hier gilt es, vorbeugend anzusetzen. Die betriebliche Mobbing-Prävention basiert auf den wesentlichen drei Säulen „Sensibilisierung für das Problem Mobbing“, „Reduzierung mobbingfördernder Faktoren“ sowie „Klare Vorgaben zum professionellen Umgang mit Mobbingfällen im Unternehmen“. Folgende Maßnahmen können hierbei hilfreich sein:

- Klare Haltung der Unternehmensleitung (Geschäftsführer, Pflegedienstleitung) zur Wichtigkeit des partnerschaftlichen Umgangs am Arbeitsplatz/im Team
- Verankerung eines Mobbing- und Diskriminierungsverbots im Leitbild des Pflegedienstes
- Thematisierung im jährlichen Mitarbeitergespräch
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden durch Fortbildungen zum Thema
- Aufnahme der Themen „Mobbing“ und „Diskriminierung“ in der Mitarbeiterbefragung
- Klare, konsequente und transparente Reaktion des Führungsteams auf Mobbingfälle im Team.

Mobbing leitet sich von „to mob“ ab und bedeutet bedrängen, anpöbeln, attackieren, angreifen.

Was kann das Team tun?

Das Team kann sich hinter die attackierte Person stellen und klare Position zur Situation nehmen. Dies ist jedoch natürlich nur dann möglich, wenn nicht ein ganzes Team ein einzelnes Teammitglied mobbt. Jeder aus dem Team sollte auffallende Situationen sofort ansprechen und wenn nötig an die Vorgesetzten weiterleiten. Alle aus dem Team können die gemobbte Person ansprechen und sie fragen,

wie es ihr geht und ob sie ggf. Hilfe benötigt.

Aufgaben der Leitungskräfte

Schon bei den ersten Anzeichen oder einem Verdacht auf Mobbing sollten Vorgesetzte das Gespräch mit den Konfliktparteien suchen. Hier hilft die vorab dargestellte Grundhaltung der Unternehmensleitung. Reaktionen müssen klar, konsequent und transparent erfolgen.

Was kann die/der Betroffene tun?

Die betroffene Pflegekraft sollte von Anfang an klar machen, dass sie nicht alles mit sich machen lässt. In manchen Fällen lassen sich die Wogen mit einem klärenden Gespräch untereinander glätten. Sofern keine dieser Maßnahmen greift, muss der Vorgesetzte informiert werden. In Normalfällen ist dies die Team- oder Pflegedienstleitung. Sollte die/der direkte Vorgesetzte selbst die mobbende Person sein (in diesem Fall spricht man von „Bossing“), so ist die nächsthöhere Instanz der beste Ansprechpartner. Der Arbeitgeber ist dazu verpflichtet, Fällen von Mobbing nachzugehen und dementsprechend zu handeln. Je nach Größe des Falls kann der Arbeitgeber der mobbenden Pflegekraft gegenüber dann eine mündliche Verwarnung bis hin zu einer fristlosen Kündigung aussprechen. Für das Gespräch mit der vorgesetzten Person sollte sich die betroffene Pflegekraft Notizen mit genauen Angaben zu den Mobbing-situationen machen und wenn möglich auch Beweise vorlegen können. Hierfür sind unbeteiligte Kolleg:innen, die Vorfälle mitbekommen haben, hilfreich. ⚡

Foto: Privat



Ulrich Kalvelage

TQM Auditor und Qualitätsmanager für die ambulante und stationäre Pflege

Konzeption und redaktionelle Begleitung

Foto: privat



Nele Trauernicht

Seifert&Trauernicht
GbR
nele@seifert-trauernicht.de

Foto: provided



Philipp Seifert

Seifert&Trauernicht
GbR
philipp@seifert-trauernicht.de

Impressum

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS erscheint monatlich als regelmäßiges Supplement und damit als exklusiver Bestandteil der Zeitschrift HÄUSLICHE PFLEGE.

www.haeusliche-pflege.net

Der Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. AMBULANTE PFLEGEPRAXIS und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme der Beiträge erwirbt der Verlag alle Nutzungsrechte in Print- und elektronischen Medien. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors, nicht unbedingt auch die der Redaktion dar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion:

Lukas Sander (v.i.S.d.P.),
Tel. 05 11/99 10-1 21,
Fax 05 11/99 10-1 96,
E-Mail: lukas.sander@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag

Anzeigen:

Dr. Ingolf Schwarz (Leitg.), Tel. 05 11/99 10-1 02,
Fax 05 11/99 10-1 59
Anschrift wie Verlag
Produktion & Layout
Maik Dopheide (Leitung), Birgit Seesing (Artdirection),
Dennis Wasner; herstellung@vincentz.net

Verlag:

Vincentz Network, Plathnerstraße 4c, 30175 Hannover

Druck:

Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH,
Langenhagen

© Vincentz Network GmbH & Co. KG
ISSN 0935-8234, 10487