

verstehen & pflegen Band 4: Prävention und Rehabilitation

Professionelle Pflege in allen Altersstufen

Bearbeitet von
Herausgegeben von Annette Lauber, und Petra Schmalstieg

4., aktualisierte Auflage. 2017. Buch. 416 S. Gebunden
ISBN 978 3 13 240658 2
Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

20 Deprivationsprophylaxe

Uta Follmann

Übersicht

- Einleitung · 375
- 20.1 Deprivation · 375
 - 20.1.1 Formen der Deprivation · 376
 - 20.1.2 Symptome der Deprivation · 376
- 20.2 Einschätzen des Deprivationsrisikos · 379
 - 20.2.1 Deprivationsrisiko bei Kindern · 379
 - 20.2.2 Deprivationsrisiko bei Erwachsenen · 379
- 20.3 Maßnahmen der Deprivationsprophylaxe · 379
 - 20.3.1 Prophylaktische Maßnahmen bei Kindern · 380
 - 20.3.2 Prophylaktische Maßnahmen bei Erwachsenen · 381
 - 20.3.3 Prophylaktische Maßnahmen bei älteren Menschen · 382
 - 20.3.4 Prophylaktische Maßnahmen bei sterbenden Menschen · 382
 - 20.3.5 Evaluation der Maßnahmen · 383
- 20.4 Fallstudie und Pflegediagnose · 383
 - Fazit · 384
 - Literatur · 385

Schlüsselbegriffe

- ▶ sensorische Deprivation
- ▶ soziale Deprivation
- ▶ psychischer Hospitalismus
- ▶ Einsamkeit
- ▶ Hospitalmarasmus

Einleitung

Die Entwicklung des Menschen beginnt bei der Zeugung bzw. Geburt und endet mit dem Tod. Entwicklung ist nicht alleine ein Ergebnis aus Anlagen und Umwelt und damit verbunden Veränderungen des Denkens, Fühlens und Handelns. Sie bedarf auch der Konstanz und Stabilität des Erreichten durch Verfestigung bzw. Bestand. Zudem setzt sich das Individuum aktiv mit seiner Umwelt auseinander und wirkt gestaltend auf sie ein.



Aus den genannten Bedingungsfaktoren, welche sich wechselseitig beeinflussen, ergibt sich eine Komplexität der Entwicklung, die die Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit eines Individuums ausmacht. Ein wesentlicher Bestandteil zur Förderung der Entwicklung ist der intensive Kontakt zu einer vertrauten Person. Eine konstante, bedürfniserfüllende Vertrauensperson ist insbesondere in der frühen Kindheit von existentieller Bedeutung.

Bei der stationären Versorgung von Menschen in Krankenhäusern oder Heimen, vor allem von kleinen Kindern, wahrnehmungsbeeinträchtigten, intensivpflichtigen und alten, verwirrten Menschen, sind die Entwicklungsmöglichkeiten häufig stark eingeschränkt. Auch Menschen mit Migrationshintergrund sind stärker gefährdet. Es können Symptome der Deprivation entstehen. Pflegepersonen kommt hierbei die Aufgabe zu, Risikofaktoren zu erkennen und geeignete prophylaktische Maßnahmen zu ergreifen, um eine Deprivation zu vermeiden.

Im ambulanten Bereich der Versorgung von Menschen kann auch der Rückzug in die eigenen vier Wände ein erstes Anzeichen für eine Form der Deprivation sein.

20.1 Deprivation

Definition: Unter Deprivation wird der Mangel oder Entzug von etwas Erwünschtem, von körperlichen oder psychischen Bedürfnissen, wie z. B. Schlaf und Liebe verstanden.

20.1.1 Formen der Deprivation

Es können zwei Formen der Deprivation unterschieden werden:

- sensorische Deprivation und
- soziale Deprivation.

■ Sensorische Deprivation

Aufgrund einer reizarmen, stereotypen Umwelt können nicht genügend sinnlich wahrnehmbare Reize aufgenommen werden. Die **sensorische Deprivation** führt beim Menschen schon nach wenigen Tagen zu schweren Störungen des Erlebens und Verhaltens. An der McGill Universität in den USA wurden Experimente zur sensorischen Deprivation mit Studenten durchgeführt. Die Probanden hielten sich ununterbrochen in einem Raum mit minimalstem Reizangebot auf: Sie konnten lediglich einen schwachen Lichtschimmer durch die abgedeckten Augen sehen, hatten keine Möglichkeit mit den Händen zu tasten und konnten außer dem Summen eines Ventilators im schallisolierten Raum nichts hören.

Schon nach kurzer Zeit zeigten einige von ihnen abnorme Verhaltens- und Erlebensweisen. Trotz guter Bezahlung konnten viele Studenten nicht länger als 2 Tage in diesem Zustand bleiben, sie entwickelten Halluzinationen.

■ Soziale Deprivation

Bei der **sozialen Deprivation** fehlt die notwendige konstante emotionale Zuwendung einer Bezugsperson, die Vertrauen und Geborgenheit vermitteln kann. Der Aufbau oder Erhalt des Selbstvertrauens ist gestört, d. h., der Glaube an die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Lebensanforderungen ist nachhaltig gestört.

■ Psychischer Hospitalismus

Der Mangel an emotionaler Zuwendung durch z. B. lange stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern oder Heimen bedingt vor allem bei Kindern schwerste Störungen. Bei ihnen wird im Zusammenhang mit Symptomen der Deprivation vom **psychischen Hospitalismus** gesprochen. Allgemein bedeutet der Begriff Hospitalismus die Summe aller körperlichen und seelischen Schäden und Mängel im Zusammenhang mit dem Aufenthalt eines Individuums im Krankenhaus oder Heim. Der infektiöse Hospitalismus umfasst z. B. alle im Krankenhaus erworbenen Infektionen.



Merke: Die Begriffe „sensorische Deprivation“, „soziale Deprivation“ und „psychischer Hospitalismus“ werden in der Literatur teilweise synonym verwendet.

■ Einsamkeit

Auch der Zustand der **Einsamkeit** kann alle Zeichen einer Deprivation aufweisen. Einsamkeit meint die Abgeschiedenheit des Menschen von seiner Umwelt im räumlichen oder im seelischen Sinn. Dabei kann sie jedoch ebenso ein erwünschter positiver Zustand (z. B. im religiösen und geistigen Bereich) wie auch ein negativer Zustand sein, der als große Beeinträchtigung empfunden wird.

20.1.2 Symptome der Deprivation

Zahlreiche Untersuchungen befassen sich mit den Auswirkungen einer reizarmen Umgebung und einer reduzierten emotionalen Zuwendung auf Kinder, Patienten und Bewohner.

■ Deprivation bei kleinen Kindern

Die historische Anekdote über ein Experiment des Stauferkönigs Friedrich II. belegt den lebensentscheidenden Einfluss der emotionalen Zuwendung durch eine Bezugsperson im Säuglingsalter. Der König wollte durch ein Experiment herausfinden, welche Sprache und Sprachweise Knaben nach ihrem Heranwachsen hätten, wenn sie während ihrer Entwicklung mit niemandem sprächen. Die Kinder wurden von ihren Eltern getrennt und von Ammen und Pflegerinnen versorgt. Diesen war es nicht erlaubt, mit den Knaben zu sprechen oder einen zärtlichen Körperkontakt aufzubauen. Trotz ausreichender Ernährung und guter Körperpflege verstarben die Kinder, ohne je das Sprechen erlernt zu haben.

Der Wiener Psychoanalytiker Rene A. Spitz (1887–1974) beobachtete die Entwicklung von Säuglingen in Waisen- bzw. Findelhäusern und auf der Säuglingsstation eines Frauengefängnisses in den USA. Die Kinder wurden z. T. nach dem sechsten bis achten Monat von den Müttern getrennt, sie entwickelten sich bis dahin normal. Trotz guter ärztlicher Betreuung und körperlicher Versorgung zeigten die Kinder zunehmende Zeichen eines partiellen Zerfalls. Spitz bezeichnete diese Zustandsveränderung als „anaklitische Depression“ (griech.: anaklitisch = anlehnen).

Anaklitische Depression. Folgende Symptome konnte Spitz in den ersten Monaten nach der Trennung beobachten:

1. **Monat:** weinerliche Verstimmung,
2. **Monat:** anhaltendes Schreien, zunehmender Gewichtsverlust, Entwicklungsstagnation,
3. **Monat:** Kontaktverweigerung, Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust, Infektionsanfälligkeit, motorische Verlangsamung, starrer Gesichtsausdruck.

Psychischer Hospitalismus. Dauerte die Trennung länger als 3 Monate, zeigten die Kinder Symptome des psychischen Hospitalismus wie:

- völlige Passivität,
- kein Blickkontakt,
- leerer Gesichtsausdruck,
- reduzierte Augenkoordination,
- spastische, stereotype Bewegungen,
- niedriger Entwicklungsquotient (EQ),
- starker körperlicher Verfall mit extremen Untergewicht.

Der körperliche Verfall einhergehend mit Kachexie aufgrund emotionaler Störungen wird auch **Hospitalmarasmus** genannt (Bd. 2, Kap. 16).



Merke: Bei konstanter Zuwendung durch eine Bezugsperson sind die Symptome teilweise reversibel, Untersuchungen zeigen jedoch, dass es häufig zu Spätfolgen in Form von Störungen des Denkens, Fühlens oder Verhaltens, z. B. zu Beziehungsunfähigkeit, Gehemmtheit und emotionaler Stumpfheit kommt.

Altersabhängigkeit. Neben den oben genannten Trennungen von einer Bezugsperson kann eine massive Vernachlässigung des Kindes innerhalb der Familie in jedem Alter zu ähnlichen, schwerwiegenden Symptomen führen. Eine wichtige Variable, die Art und Ausmaß der Störung bedingen, ist das Alter des Kindes. Als Faustregel kann gesagt werden, dass eine Trennung von der Bezugsperson bzw. eine grobe Vernachlässigung zwischen der 2. Hälfte des ersten und des dritten Lebensjahres die schwersten Symptome der Deprivation hervorruft.

■ Deprivation bei älteren Kindern

Ältere Kinder entwickeln bei lang andauernder emotionaler Vernachlässigung und reizarmer Umgebung ebenfalls Symptome einer Deprivation. Die Kinder entwickeln Zeichen wie:

- regressives Verhalten,
- depressive Störungen,
- Lernbeeinträchtigungen,
- stereotypisches Schaukeln mit dem Oberkörper,
- Selbstverletzungen,
- Erbrechen und Durchfall,
- hohe Infektanfälligkeit usw.

■ Deprivation bei Erwachsenen

Erwachsene, die in ihrer Kindheit stabile emotionale Bindungen aufbauen konnten, sind weniger gefährdet, während eines Krankenhausaufenthaltes gravierende Symptome des Hospitalismus zu entwickeln. Trotzdem können auch bei Erwachsenen während schwerer Krankheit mit langem stationärem Aufenthalt Symptome einer Deprivation festgestellt werden. Personen mit Demenz sind dabei besonders gefährdet.



Merke: Besonders gefährdet sind Menschen in Langzeit-Pflegeinstitutionen (z. B. Rehabilitations- oder Behinderteneinrichtungen), psychiatrisch erkrankte Personen und Intensivpatienten.

■ Intensivpatienten

Viele schwerkranke Patienten liegen über einen längeren Zeitraum in Überwachungseinheiten oder auf Intensivstationen. Die meisten Intensiveinheiten haben nur reglementierte, kurze Besuchszeiten. Die Bezugspersonen haben oft Angst, ihre „verkabelten“ Angehörigen liebevoll zu berühren. Außerdem überwiegen auf Intensivstationen unangenehme Reize, angenehme, entwicklungsfördernde Reize kommen kaum vor. Der Blick des Kranken kann nicht selten nur auf weiße Wände und Decken oder unbekannte Apparate gerichtet werden (**Abb. 20.1**).

Die Patienten fallen vor allem auf durch:

- mangelnden Genesungswillen mit unzureichendem Coping,
- Abgabe von Verantwortung,
- Scheu vor Anforderungen des täglichen Lebens und
- zunehmende Passivität bis hin zum vollständigen Rückzug.

■ Deprivation bei älteren Menschen

Der alte Mensch hat ganz spezielle Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, wie z. B. die Verarbeitung des Verlustes der ursprünglichen Familienstruktur bzw.



Abb. 20.1 Blickwinkel eines im Bett liegenden Patienten

den Verlust des Partners oder die Übersiedlung in ein Heim. Zudem lassen alle Sinnesorgane im Alter zunehmend nach, die Fähigkeit zur Aufnahme von Reizen aus der Umwelt ist reduziert. Bei ungenügender Bewältigung der Aufgaben ist der alte Mensch daher gefährdet, Symptome einer Deprivation zu entwickeln. Besonders gefährdet sind Senioren während längerer Krankenhausaufenthalte und nach einer Übersiedlung in ein Altenheim, insbesondere dann, wenn sie nur wenige persönliche Möbelstücke und Dinge mitbringen können.

Folgende Symptome können neben den oben genannten auftreten:

- Entwicklung einer Inkontinenz,
- Sprachlosigkeit,
- Zunahme der Unfähigkeit, sich zeitlich, örtlich und zur Person zu orientieren und
- zunehmender körperlicher Verfall.

■ Deprivation bei sterbenden Menschen

Sterbende, die einen langen Sterbeprozess in einer Institution durchlaufen sind besonders deprivations-

gefährdet. Häufig ist der Beginn der Sterbephase nicht eindeutig zu bestimmen. Angehörige ziehen sich nicht selten bei zunehmender Unfähigkeit des Sterbenden, Bedürfnisse zu äußern, hilflos zurück und überlassen die Betreuung den Pflegenden. Der Betroffene selbst ist aufgrund seines Zustands evtl. nicht mehr in der Lage, sich seiner Umwelt und diese an seine Bedürfnisse anzupassen. Folge hiervon kann u. a. sein:

- Passivität,
- Rückzug,
- Schmierien mit den eigenen Exkrementen und
- angstvolle Unruhe mit z. B. ständigem Rufen oder Nesteln an der Bettdecke.

In dieser Phase ist es schwer, die Symptome klar einer Ursache zuzuordnen. Neben einer Deprivation kann eine bestehende Demenz bzw. der Zustand der Verwirrung ähnliche Symptome hervorrufen. Die Reaktion auf Interventionen von Pflegenden oder Angehörigen kann evtl. Klarheit bringen.



Merke: Alle genannten gefährdeten Personen erleiden ein zusätzliches Risiko, wenn sie als Migranten die Erklärungen des Pflegepersonals nicht verstehen und ihre Bedürfnisse für Pflegende nicht verständlich äußern können.



Zusammenfassung: Deprivation

- Sensorische Deprivation ist gekennzeichnet durch einen Mangel an Sinneswahrnehmungen aufgrund der Reizarmut der Umwelt.
- Soziale Deprivation zeichnet sich aus durch den Verlust des Selbstvertrauens aufgrund des Fehlens emotionaler Zuwendung von Bezugspersonen.
- Symptome sensorischer und sozialer Deprivation infolge eines Krankenhaus- oder Heimaufenthaltes werden auch psychischer Hospitalismus genannt.
- Deprivation bei Kindern äußert sich u. a. in Entwicklungsstagnation, Passivität und körperlichem Verfall.
- Deprivation bei Erwachsenen steht häufig in Zusammenhang mit einem Krankenhaus- oder Heimaufenthalt und zeigt sich u. a. durch mangelnden Genesungswillen, fehlendes Coping, Passivität.
- Deprivationssymptome bei älteren Menschen sind u. a. Desorientiertheit, Inkontinenz, körperlicher Verfall.

- *Schmierer mit Exkrementen, Unruhezustände und Passivität können auf eine Deprivation bei sterbenden Menschen hinweisen.*

20.2 Einschätzen des Deprivationsrisikos

Um das Risiko einer möglichen Deprivation einzuschätzen, bedarf es einer genauen Kenntnis der Umstände, die zu diesem Zustand führen, sowie der Kenntnisse über deutliche, aber auch subtile Symptome des psychischen Hospitalismus.

20.2.1 Deprivationsrisiko bei Kindern

Bis in die 80er Jahre war man in vielen Kinderkliniken noch der Auffassung, dass es für das kleine Kind besser sei, die Eltern nicht in das Patientenzimmer zu lassen. Pädiater und Pflegenden nahmen an, dass der ständige Trennungsschmerz nach der Besuchszeit das Kind nur zusätzlich belaste. Als Folge durften die Eltern ihre Kinder oft nur durch eine Glasscheibe 2-mal in der Woche sehen. Viele Eltern berichteten nach den in dieser Zeit obligaten langen Krankenhausaufenthalten, von Schlafstörungen, Ängsten und anderen Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder.

In den Kliniken wurde das Verhalten der kleinen Patienten meistens falsch gedeutet. Die Resignation nach der Phase des Schreiens und des sich Aufbausens wurde ebenso wie das Klammern an eine Pflegeperson als Eingewöhnung und Akzeptanz der Situation interpretiert. Außerdem wurden viele Kinder auf Stationen für Erwachsene versorgt, auf individuelle Bedürfnisse der kleinen Patienten konnte nicht eingegangen werden.

■ Charta für Kinder im Krankenhaus

Im Mai 1988 verabschiedete die erste „Kind im Krankenhaus“ – Konferenz in Leiden (NL) die Charta für Kinder im Krankenhaus (Bd. 1, S. 264). Die Charta war ein Ergebnis eines Zusammenschlusses von Eltern, Pädiatern und Pflegenden, die sich bis heute für das Wohl des kranken Kindes einsetzen und für ihre Rechte bei der Betreuung und Behandlung in Institutionen eintreten.

AKIK. Durch die Arbeit des AKIK (Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS) wurden und werden Eltern, Pflegepersonen und Ärzte für die Probleme einer stationären Aufnahme mit Trennung von den Be-

zugspersonen, auch unmittelbar nach der Geburt, sensibilisiert. Die Gefahren und Symptome der Deprivation sind seither stärker im Bewusstsein betreuender Personen. Die totale Ausprägung der Symptomatik ist in Institutionen kaum noch zu sehen. Der Verdacht der Vernachlässigung eines Kindes durch Bezugspersonen kann aufgrund der bekannten Folgen ausgesprochen und überprüft werden.

20.2.2 Deprivationsrisiko bei Erwachsenen

Durch die Erkenntnisse der psycho-sozialen Bezugswissenschaften zur Pflegewissenschaft ist auch die Gefahr einer Deprivation bei schwerkranken und wahrnehmungsbeeinträchtigten Erwachsenen Inhalt von Aus- Fort- und Weiterbildungen geworden.

Im Vergleich zu anderen Bereichen, wie z.B. die Einschätzung der Dekubitusgefährdung oder Pneumoniegefährdung, gibt es im Bereich der Deprivationsprophylaxe keine Skalen zur Einschätzung der Gefahr. Die Einschätzung der Deprivationsgefahr ist daher in einem großen Maß abhängig vom Leitbild bzw. Pflegeverständnis der Mitarbeiter einer Station. Pflegenden müssen in der Lage sein, das erhöhte Risiko für eine mögliche Deprivation einschätzen zu können. Hierzu gehört die Beurteilung einer mangelnden Bindung zu einer Bezugsperson, einer Reduzierung positiver, anregender Reize und einer eingeschränkten Wahrnehmungsfähigkeit.

20.3 Maßnahmen der Deprivationsprophylaxe

Prophylaktische Maßnahmen können die Gefahr einer Deprivation minimieren oder sogar verhindern.



Merke: *Prinzipien der Deprivationsprophylaxe sind die Ermöglichung sozialer Bindungen und Kontakte, vor allem in stationären Einrichtungen, die anregende bzw. vertraute Gestaltung der Patienten/Bewohnerzimmer und die Verbesserung von Wahrnehmungsbeeinträchtigungen durch Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte oder Sehhilfen.*

Bei Menschen in jedem Lebensalter eignen sich die Interventionen der Basalen Stimulation (S.90). Für Menschen, die die deutsche Sprache nicht verstehen, sollten zusätzlich Übersetzer hinzugezogen werden.

20.3.1 Prophylaktische Maßnahmen bei Kindern

Zu den deprivationsprophylaktischen Maßnahmen bei Kindern zählen:

- Öffnung der Kinderstationen für Eltern,
- Rooming-In,
- kurze Verweildauer und
- kindgerechte Gestaltung.

■ Öffnung der Kinderstationen für Eltern

Eine entscheidende Maßnahme zur Verhinderung einer anaklitischen Depression bzw. eines psychischen Hospitalismus ist die Öffnung der Kinderstationen für die Eltern. Erreicht wurde diese Öffnung vor allem durch die Arbeit des Aktionskomitees KIND IM KRANKENHAUS Bundesverband e.V. (s.o.). Eltern können in den meisten Kinderstationen ihre Kinder, wenn diese sie brauchen, fast uneingeschränkt besuchen.

■ Rooming-In

Auf den Wöchnerinnenstationen, bei kleinen und schwerstkranken Kindern bieten die stationären Einrichtungen die Möglichkeit des Rooming-In an. Das neugeborene Kind ist im Zimmer der Mutter untergebracht bzw. können Eltern rund um die Uhr bei ihren kranken Kindern bleiben und im Patientenzimmer übernachten. Nicht selten schlafen die Kinder mit im großen Bett der Mutter, sie fühlen sich sicher und geborgen. Vorteile des Rooming-In sind die Förderung von Bonding (Bindung) und Stillen sowie die Unterstützung des Heilungsprozesses beim kranken Kind.

Konsequenz für Pflegende. Die Anwesenheit einer Bezugsperson bedingt jedoch auch, dass sie die Ver-

sorgung der Kinder größtenteils übernimmt. Für die Pflegenden in der Pädiatrie ergab sich dadurch in den letzten beiden Jahrzehnten eine Veränderung des Berufsbildes. Heute steht u. a. die Beratung der Eltern im Vordergrund (**Abb. 20.2**), die direkte Versorgung und Beschäftigung des kranken Kindes ist etwas in den Hintergrund getreten (**Abb. 20.3 a, b**). Der einfühlsame Umgang mit besorgten Eltern verlangt dabei eine professionelle Kommunikationsfähigkeit von den Pflegepersonen.

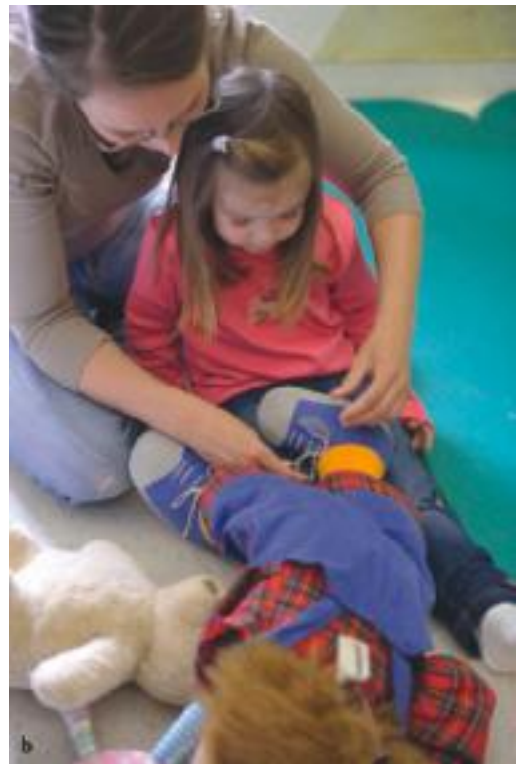


Abb. 20.2 Die Anleitung und Beratung der Eltern ist eine zentrale pflegerische Aufgabe in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Abb. 20.3 Die Betreuung des kranken Kindes erfolgt in der Klinik meist durch Eltern



Abb. 20.4 Spiel- und Kontaktangebote auf einer pädiatrischen Station



Abb. 20.5 Unterstützendes Familiensystem

■ Kurze Verweildauer

Eine weitere wichtige Intervention zur Deprivationsprophylaxe ist die immer kürzer werdende Verweildauer der Kinder im Krankenhaus und die Möglichkeit der ambulanten Versorgung. Vor allem in Großstätten gibt es manchmal schon die Möglichkeit der ambulanten Betreuung von intensivpflichtigen Kindern.

■ Kindgerechte Gestaltung

Die kindgerechte Gestaltung einer Kinderstation mit einem entsprechenden Spiel- und Beschäftigungsangebot bietet dem Kind die Möglichkeit sich weiterzuentwickeln (Abb. 20.4). Als prophylaktische Maßnahme ist auch die kindgerechte Information und Aufklärung der Kinder vor und während eines Krankenhausaufenthaltes zu nennen (Bd. 3, Kap.1).

20.3.2 Prophylaktische Maßnahmen bei Erwachsenen

Eine entscheidende Möglichkeit zur Verhinderung von Deprivationssymptomen im Erwachsenenalter liegt im Pflegeverständnis. Eine patientenorientierte Pflege, die die Ressourcen des Pflegebedürftigen in den Pflegeprozess mit aufnimmt (Bd. 1, Kap. 6), verhindert die Möglichkeit einer Abgabe der Verantwortung. Deprivationsprophylaktische Maßnahmen sind z.B.:

- Pflegebedürftigen in den Pflegeprozess einbeziehen,
- Bezugspersonen in den Pflegeprozess einbeziehen und
- Stationen positiv stimulierend gestalten.

■ Pflegebedürftigen in den Pflegeprozess einbeziehen

Indem der Pflegebedürftige aktiv in die Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses einbezogen wird, kann die Motivation zur Genesung gesteigert sowie die Gefahr des Rückzugs verringert werden. Zunehmend wird auch die Möglichkeit einer offenen Besuchsregelung auf Intensivstationen im Sinne eines familienorientierten Ansatzes diskutiert. Die Aufnahme in eine Intensivstation bedeutet immer eine Krise, der Verlust der Symbole des Erwachsenseins wie Autonomie und Unabhängigkeit wird als sehr gravierend erlebt.

■ Bezugspersonen in den Pflegeprozess einbeziehen

Eine belastende existentielle Erfahrung kann in unterstützenden Familiensystemen mit Hilfe von Angehörigen besser bewältigt werden (Abb. 20.5) Eine offene Besuchsregelung orientiert sich an den Bedürfnissen des Patienten und lässt eine individuelle Gestaltung der Besuche zu. Eine individuelle Begleitung der besuchenden Angehörigen durch das Pflegepersonal hilft diesen, den Pflegebedürftigen zu unterstützen und eigene Ängste abzubauen. Im Bereich der Erwachsenenpflege, z.B. in der Intensiv-, Psychiatrie- und Behindertenpflege gibt es mittlerweile Konzepte, die die 24-stündige Versorgung durch eine Bezugsperson ermöglichen und fördern.



Merke: Rooming-In ist somit nicht ausschließlich eine wichtige Maßnahme in der Versorgung kranker Kinder, das Konzept kann auch erfolgreich bei Erwachsenen angewendet werden. Neben der Deprivationsprophylaxe für den Patienten können Bezugspersonen dabei den Umgang mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen lernen.

■ Stationen positiv stimulierend gestalten

Bei der Gestaltung einer Intensivstation oder einer Stroke-Unit können Pflegende dazu beitragen, dass die Patientenzimmer durch farbige Wände, bunte Gardinen, Bilder, Mobile usw. positive Reize bieten und somit eine sensorische Deprivation verhindern können.

20.3.3 Prophylaktische Maßnahmen bei älteren Menschen

Generell gelten die oben genannten Maßnahmen. Weitere Maßnahmen sind:

- dafür sorgen, dass Hilfsmittel benutzt werden,
- Mitnahme persönlicher Gegenstände in stationären Einrichtungen ermöglichen,
- für ein ausgewogenes Beschäftigungsangebot sorgen und
- emotionale Unterstützung bieten.

Hilfsmittel. Bei der Aufnahme im Krankenhaus ist es wichtig, danach zu fragen, ob der pflegebedürftige Mensch Seh- Hör- oder andere Hilfen benötigt. Stehen notwendige Hilfen nicht zur Verfügung oder werden vom Pflegepersonal z. B. im Schrank oder im Nachttisch verstaut, kann sich der alte Mensch kaum in der neuen Umgebung orientieren. Pflegepersonen müssen dafür sorgen, dass er ohne Probleme seine Hilfsmittel benutzen kann. Sie müssen sicher im Umgang mit Hilfsmitteln sein, um den Bewohner bzw. pflegebedürftigen Menschen angemessen zu unterstützen. Eine genaue Einweisung in die Räumlichkeiten der Station und in den Stationsablauf ist von großer Bedeutung für die Orientierung.

Persönliche Gegenstände. Ist eine Übersiedlung in ein Heim für den alten Menschen notwendig, hilft ihm die Möglichkeit, viele eigene Sachen wie Möbel und Bilder mitzunehmen bei der Orientierung und kann ihn vor den Symptomen der Deprivation schützen. Pflegepersonen können entsprechende Konzepte im Heim initiieren und dafür sorgen, dass der Senior auch gezeichnete persönliche Wäsche (z. B. Bettwäsche oder Handtücher) mitbringen kann.

Beschäftigungsangebot. Ein ausgewogenes, individuelles Beschäftigungsangebot kann den Heimbewohner vor einer sensorischen Deprivation schützen (Abb. 20.6).



Abb. 20.6 Beschäftigungsangebot für Senioren im Heim



Abb. 20.7 Liebevolle Unterstützung durch das Pflegepersonal

Emotionale Unterstützung. Mit einer emotionalen Unterstützung durch Angehörige und Pflegepersonal kann die Entwicklungsaufgabe der Übersiedlung bewältigt werden (Abb. 20.7). Beim alten und demenzten Menschen sind die Konzepte der Validation (S. 153) und des ROT (S. 143) wichtige Interventionen, die einen Rückzug verhindern bzw. verzögern können.

20.3.4 Prophylaktische Maßnahmen bei sterbenden Menschen

Die Betreuung eines Sterbenden gehört mit zu den wichtigsten Aufgaben der Pflegenden. Ohne emotionale Unterstützung kann der Pflegebedürftige die letzte Lebensaufgabe häufig nicht positiv bewältigen. Für die meisten Menschen ist es wichtig, nahe Angehörige während der letzten Lebensphase bei sich zu haben.

Pflegepersonen können dazu beitragen, dass Angehörige diese Aufgabe mit ihrer Unterstützung bewältigen können. Dazu gehört die konkrete Aufforderung und die Beratung der Angehörigen. Pflegerische

Interventionen können entweder vollkommen oder teilweise von Angehörigen übernommen werden oder sie können diese ganz an die Pflegenden abgeben. Sind Angehörige nicht in der Lage, diese schwere Aufgabe zu übernehmen, müssen Pflegepersonen stellvertretend in Zusammenarbeit mit Seelsorgern oder ehrenamtlichen Helfern (z. B. Hospitzhelfern) den Sterbenden begleiten. Dies erfordert interdisziplinäre Konzepte, die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung und personelle Ressourcen.

20.3.5 Evaluation der Maßnahmen

Die Evaluation deprivationsprophylaktischer Maßnahmen ist nicht so eindeutig wie z. B. die Evaluation pneumonienprophylaktischer Maßnahmen: Bekommen nur sehr wenige der gefährdeten Patienten während des Krankenhausaufenthaltes eine Pneumonie, waren die prophylaktischen Maßnahmen effektiv. Die Evaluation deprivationsprophylaktischer Maßnahmen gestaltet sich wesentlich schwieriger. Pflegebedürftige Menschen befinden sich häufig in komplexen, belastenden Situationen, ihre Reaktionsweisen sind deshalb nicht immer eindeutig einer einzigen Ursache zuzuordnen. Trotzdem können Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen auf die Effizienz der prophylaktischen Maßnahmen hinweisen.

Kleine Kinder. Ein gutes Gedeihen und die Fähigkeit zur Entspannung bei liebevoller Berührung kann ein Hinweis auf die Effizienz prophylaktischer Interventionen sein.

Ältere Kinder. Eine vertrauensvolle Kontaktaufnahme zum Pflegepersonal, das entspannte Spielen zwischen pflegerischen und therapeutischen Interventionen und das Ausdrücken von Bedürfnissen kann z. B. als Hinweis dienen.

Intensivpflichtiger Erwachsener. Schon die geringsten Anzeichen einer Kontaktaufnahme wie z. B. das Zwickern mit den Augen oder ein leichter Händedruck deuten darauf hin, dass der Pflegeempfänger in Kontakt mit seiner sensorischen und emotionalen Umwelt bleiben möchte.

Alter Mensch. Das Erkennen der eigenen Möbel im Heim und das Auffinden des persönlich gekennzeichneten Zimmers nach anfänglicher räumlicher Desorientierung kann positiv gedeutet werden.



Zusammenfassung:

Deprivationsprophylaxe

- Zur Einschätzung des Deprivationsrisikos erfolgt eine Beurteilung der Qualität der Bindung des pflegebedürftigen Menschen an eine Bezugsperson.
- Deprivationsprophylaktische Maßnahmen werden altersspezifisch ausgerichtet.
- Ressourcenorientierung, Unterstützung der Bindung an Bezugspersonen, ansprechende Gestaltung der unmittelbaren Umgebung, z. B. mit persönlichen Gegenständen und altersgerechte Beschäftigungsangebote können einer Deprivation entgegenwirken.

20.4 Fallstudie und Pflegediagnose



Beispiel: Maria, ein vierjähriges Mädchen, wird von der Intensivstation auf die pädiatrische Station verlegt. Maria ist Portugiesin und vor 4 Monaten mit ihren Eltern nach Deutschland gekommen. Vor 3 Wochen hatte sie mit ihren Eltern zusammen einen schweren Verkehrsunfall. Eltern und Tochter wurden schwer verletzt. Die Eltern von Maria liegen immer noch auf der Intensivstation. Maria erlitt bei dem Unfall einen Bruch des Lendenwirbels und ist seitdem querschnittsgelähmt. Der körperliche Zustand des Mädchens ist bei der Verlegung stabil.

Die betreuende Pflegeperson berichtet bei der Übergabe, dass Maria am ersten Tag nach der Verlegung nur geweint und ängstlich jede Tätigkeit der Pflegepersonen verfolgt habe, jetzt aber vollkommen ruhig sei. Sie starre nur an die Decke, esse und trinke kaum etwas und mache in keiner Art und Weise auf sich aufmerksam. Maria ist sehr blass und verliert täglich an Gewicht. Versuche, mit ihr Blickkontakt aufzunehmen, scheitern, sie schaut durch die Pflegeperson hindurch. Angebotene Spielsachen und Bücher rührt sie nicht an. Maria nimmt auch keinen Kontakt zu ihren Mitpatientinnen im Zimmer auf. Sie schaut die beiden Mädchen nicht an und beobachtet sie auch nicht beim Spielen.

Tab. 20.1 zeigt einen Ausschnitt aus Marias Pflegeplan. Eine mögliche Pflegediagnose von Maria könnte lauten: Sensorische Deprivation bedingt durch (b/d) therapeutische restriktive Umweltbedingungen wie Intensivpflege und Bettruhe und sozial eingeschränkte Umgebung durch fehlende Bezugspersonen und beeinträchtigte verbale Kommunikation wegen Nichtverste-

Tab. 20.1 Auszug aus dem Pflegeplan von Maria

Pflegeprobleme	Ressourcen	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ aufgrund eines traumatischen Unfalls und Unkenntnis der deutschen Sprache nimmt Maria bei pflegerischen Interventionen keinen erkennbaren Kontakt mit dem Pflegepersonal auf: sie starrt nur an die Decke, vermeidet Blickkontakt und spricht nicht ▪ sie meldet zwischen den Interventionen keinerlei Bedürfnisse an ▪ sie verweigert die Nahrung und nimmt keine Flüssigkeit zu sich ▪ sie beachtet angebotene Spielsachen und Bücher nicht ▪ sie nimmt keinen Kontakt mit anderen Kindern auf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ der körperliche Zustand von Maria ist stabil ▪ ihre Sinnesorgane sind intakt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maria nimmt Kontakt mit ihrer Umwelt auf, erkennbar am Blickkontakt mit Pflegepersonen und am Interesse an ihrer Umgebung ▪ sie versteht den Grund pflegerischer Interventionen ▪ sie meldet ihre Bedürfnisse an ▪ sie nimmt die angebotene Nahrung zu sich ▪ sie trinkt mindestens 1,5l/Tag ▪ sie kann sich mit angebotenen Spielsachen beschäftigen ▪ sie nimmt Kontakt mit den Kindern im Zimmer auf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ im Klinikum einen Dolmetscher für Maria besorgen, der sie über ihre Situation und die der Eltern aufklärt und pflegerische Interventionen erklären kann ▪ eine Bezugspflegeperson pro Schicht bestimmen ▪ gezielten Körperkontakt unter Beobachtung des Verhaltens anbieten (z. B. ASE, in den Arm nehmen, streicheln) ▪ über den Dolmetscher Bedürfnisse erfragen ▪ Lieblings Speisen und Getränke anbieten ▪ über den Dolmetscher eine Bezugsperson oder Freundin von Maria benachrichtigen und um einen Besuch bitten ▪ Lieblingsbeschäftigung erfragen und anbieten ▪ Kinder im Zimmer mit in das Spielen einbeziehen ▪ falls ein weiteres portugiesisches Kind in der Klinik liegt, dieses zu Besuchen auffordern bzw. in das Zimmer von Maria verlegen

hens der Sprache angezeigt durch (a/d) Teilnahmslosigkeit und Apathie.



Fazit: Die Symptome einer sensorischen bzw. sozialen Deprivation können in unterschiedlicher Ausprägung in jedem Lebensalter vorkommen. In Deutschland ist unter anderem durch die Arbeit von AKIK ein Bewusstsein für die Probleme von Kindern in einer Institution, vor allem im Krankenhaus, geschaffen worden. Pflegende und Pädiater haben neue, kindorientierte Konzepte zum Schutz der seelischen Gesundheit des Kindes in den Krankenhäusern umgesetzt. Seither konnten die Symptome des psychischen Hospitalismus drastisch reduziert werden. Das Vollbild der Deprivation in Institutionen kennt man fast nur noch von Fernsehbildern, z. B. aus rumänischen Kinderheimen.

Im Erwachsenenbereich sind vor allem intensivpflichtige, wahrnehmungsbeeinträchtigte, alte und sterbende Menschen deprivationsgefährdet. Diese Pflegeempfänger befinden sich häufig in einer Situation, in der sich ihre sozialen Kontakte minimieren und/oder positive Reize reduziert sind. Die Orientierung zur Person, zur Zeit und zum Ort ist häufig eingeschränkt. Als zusätzliches Risiko kann bei ausländischen Patienten die Sprachbarriere hinzukommen, da Bedürfnisse nicht verbalisiert werden können und Aufklärungen nicht verstanden werden.

Ein patienten-, bewohner-, und familienorientiertes Pflegeverständnis beinhaltet prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung einer Deprivation. Valide Skalen zur Einschätzung der Gefährdung gibt es noch nicht. Eine Evaluation der Maßnahmen erfolgt über die Beobachtung des Verhaltens des Pflegebedürftigen.