

Schweigen ist Silber, *Reden ist Gold!*

Eine Orientierungshilfe für gelingende Kommunikation
im Alltag mit Schwerkranken und Sterbenden

Fachgruppe Hospiz-Onkologie-Palliative-Pflege (HOPP)
im DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V.



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Inhalt

- 1 Vorwort
- 2 Gedicht „Worte“
- 3 Kommunikation ist Begegnung
 - 3.1 Gedanken zur Kommunikation
 - 3.2 Haltung
- 4 Erläuterungen zu fünf Kommunikationsmethoden
 - 4.1 GFK
 - 4.2 SPIKES
 - 4.3 WAHR da sein
 - 4.4 5 E
 - 4.5 PLISSIT
- 5 Eine Patientengeschichte – Herr K.
 - 5.1 Die Diagnose ALS
 - 5.2 Ein Teil der Krankengeschichte von Herrn K.
 - 5.3 Eine Gesprächsausschnitt
 - 5.4 Unaufhaltsam
- 6 Gesprächsbeispiele zu den genannten Kommunikationsmethoden
 - 6.1 GFK
 - 6.2 SPIKES
 - 6.3 WAHR da sein
 - 6.4 5 E
 - 6.5 PLISSIT
- 7 Auswertungsfragen zur Reflexion eines Gespräches
- 8 Nonverbale Kommunikation – Schweigen
- 9 Literatur

Hinweis:

Der besseren Lesbarkeit halber haben wir uns je nach Textfluss auf die weibliche oder männliche Sprachform verständigt. Wir schließen dabei das jeweils andere Geschlecht selbstverständlich mit ein.

1 Vorwort

Kommunikation: Gemeinsam machen, den anderen an meinen Gedanken und Gefühlen teilnehmen lassen. Freude, aber auch Sorgen teilen. Den anderen sich mitteilen lassen, Raum und Zeit für das begleitende Gespräch geben. Dabei kommunizieren wir nicht nur mit Hilfe des gesprochenen Wortes, sondern auch nonverbal über Gestik und Mimik.

Die Kolleginnen und Kollegen in der Fachgruppe HOPP im DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V. stellen an Hand einer realen Fallgeschichte verschiedene Formen der Gesprächsführung vor. Die Auswahl der Methoden folgte der persönlichen Erfahrung der Autorinnen und Autoren. Wir haben diese in Fort- und Weiterbildung kennen gelernt und für uns in der Praxis jeweils als gut anwendbar erfahren. Die vorgestellten Methoden bieten keine Wertung gegenüber zahlreichen anderen Methoden. Die Arbeitshilfe soll „Lust auf mehr“ machen und dazu ermuntern, sich mit Methoden professioneller Gesprächsführung vertieft auseinanderzusetzen und so zu mehr Sicherheit im Gespräch zu kommen.

Im Anhang finden Sie dazu Angaben zur verwendeten Literatur und einige weiterführende Adressen, wenn Sie sich auf den Weg machen möchten, eine Kommunikationsform intensiver kennenzulernen.

Wir danken dem DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V. für die redaktionelle und finanzielle Unterstützung, ohne die diese Handreichung nicht zu Stande gekommen wäre.

Für Rückfragen und Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Die Autoren aus der Fachgruppe HOPP (Hospiz, Onkologie, Palliative Pflege) im DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V. in umgekehrter alphabetischer Reihenfolge:

Wölfle, Regina
Walser-Liegl, Angelika
Teufel, Rainer
Sattelberger, Gregor
Pleyer, Christa
Jungbauer, Elisabeth
Gruber, Anne
Falch, Wolfgang

Koordination:
Wolfgang Falch,
DBfK Südost,
Bayern-Mitteldeutschland e.V. /
Pflegetreff Nürnberg,
Preißlerstraße 32,
90 429 Nürnberg

Erscheinungsdatum: Januar 2012

2 Worte

Hörst Du das Dasein,
siehst Du die Luft,
riechst Du das Licht?
Schmecke den Wind!

Ich lach Dich aus,
Du verstehst mich nicht,
Du sprichst, ich rede bloß.
Wann ist es wir?

Das Wort ist lang,
Sätze zu kurz.
Deine Rede kann ich nicht hören,
Mein Sprechen schweigt.

Wasserfall, ungebändigte Stimme,
es erfrischt mich so sehr.
Gesungen, eine gemeinsame Melodie,
Mein Herz springt vor Glück!

Du redest mit mir.
Ich spreche zu Dir.
Gemeinsames Wort,
für diesen Augenblick.

Autor: Fachgruppe HOPP

3 Kommunikation ist Begegnung

3.1 Gedanken zur Kommunikation

Sprechen ist so leicht, die richtigen Worte zu finden dagegen mitunter scheinbar unmöglich. Dabei ist es nach Paul Watzlawick¹⁾ gar nicht möglich, nicht zu kommunizieren. Und ist es erlernbar?

Es gibt vielfältige Literatur von zahlreichen Expertinnen und Experten zu diesem Thema. So fällt es nicht leicht, die richtige Auswahl zu treffen.

Es ist aber auch nicht einfach, die eigene Kompetenz in diesem Bereich selbst einzuschätzen. Wie gut gelingt mir professionelle,

pflegetherapeutische Gesprächsführung? Wie hilfreich sind die Gespräche wirklich, die ich in helfender Absicht mit Patienten oder deren Angehörigen führe? Wie oft vermeide oder verhindere ich ein Gespräch aus eigener Unsicherheit oder aus Angst vor der Reaktion des Patienten oder aus Angst vor meiner eigenen Betroffenheit? Wie mutig bin ich in der Begegnung mit Patienten? Was ist zu tun, wenn das Gespräch „außer Kontrolle“ gerät? Und nach einem Gespräch: Mit Hilfe welcher Kriterien kann ich messen, ob das Gespräch gelungen ist? Gibt es hier Instrumente zur Selbsteinschätzung?

1) Paul Watzlawick war ein Kommunikationswissenschaftler, Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Soziologe, Philosoph und Autor. * 25. 07. 1921 – Villach, Österreich † 31. 03. 2007 – Palo Alto, Kalifornien

Sehr viel lernen wir durch das Feedback des Patienten. Bedenken Sie, dass kommunikative Kompetenz in einem fortlaufenden Prozess in der Begegnung mit Menschen erlernt und weiterentwickelt wird. Voraussetzung dabei ist eine wohlwollende, wertschätzende und aufrichtige Haltung dem Patienten und sich selbst gegenüber, die einhergeht mit der notwendigen Fachkompetenz.

Zu Beginn und im Verlauf eines gelingenden Gespräches sollte immer die Frage stehen: Wo steht der Patient, wo stehe ich gerade, hier und jetzt?

Patienten in einer lebensbegrenzenden Situation befinden sich im Ausnahmezustand. Alle bisherige Ordnung ist überholt. Viele Verluste sind zu verkraften. Der Verlust des Arbeitsplatzes, der Freiheit, der Träume und Wünsche sowie der Aktivitäten mit Freunden und Familie. Dazu kommt unter Umständen die Belastung durch körperliche Symptome oder Therapieverfahren und Operationen. Angst, Unsicherheit, Hoffnung, Wut und Trauer liegen nah beieinander und ein Wechselbad der Gefühle ist die Folge. Die Verarbeitung des unvermeidbaren Schicksals braucht Zeit. Diese Zeit teilen wir mit dem Patienten während der Betreuung. Naturgemäß werden wir dadurch auch mit allen Gefühlen des Patienten und seiner Angehörigen konfrontiert.

Das Wohl des Patienten steht im Mittelpunkt. Im Gespräch treffen die Interessen

und Bedürfnisse des Patienten und die fachlichen Interessen des Betreuers aufeinander. Einerseits sollte das Befinden des Patienten der Maßstab für unser Handeln sein, andererseits gilt es, ihm die notwendigen Maßnahmen für medizinisch-pflegerische Interventionen zugänglich zu machen. Dies kann gut gelingen mit kleinen Schritten und indem wir unser Vorgehen an das Tempo des Patienten anpassen. So können wir sensibel werden für die Augenblicke, in denen der Betroffene unvermittelt selbst eine Lösung für seine Probleme findet.

Diese Handreichung möchte Orientierung geben für gelingende Kommunikation im Alltag mit schwerkranken und sterbenden Menschen. Wir möchten einige ausgewählte Kommunikationsmethoden vorstellen und diese anhand eines realen Patientenbeispiels erläutern. Kommunikation wird vor allem durch eigene Erfahrungen in zahlreichen Begegnungen erlernt. Methoden sind Trainingshilfen. Um dieses konkrete Lernen in der Praxis zu unterstützen, finden Sie unter Punkt sieben: Auswertungsfragen zur Reflexion eines Gespräches, einige Fragen zur Selbstüberprüfung Ihrer Gespräche mit schwerkranken Menschen.

Grundvoraussetzung für eine hilfreiche Kommunikation ist – wie oben schon erwähnt – eine wertschätzende Haltung dem Patienten gegenüber. Davon soll im folgenden Abschnitt die Rede sein.

3.2 Haltung

Kommunikation, wie wir sie hier verstehen, ist ein gemeinsamer Prozess. Kommunikation in der Pflege hat zum Ziel, eine Gemeinsamkeit entstehenzulassen. Voraussetzung dafür ist wohl, dass wir uns als Pflegendende die Begegnung zu einem wirklichen Anliegen machen, dass wir sozusagen „hineingehen“ in die Begegnung mit unserer ganzen Person und dass wir mit unserer ganzen Persönlichkeit präsent sind.

Wir möchten zwei amerikanische Autoren nennen, die dieses Sein in der Begegnung, diese Präsenz als Voraussetzung für eine hilfreiche und vielleicht sogar in einem transzendenten Sinn heilende Kommunikation beschreiben. Osterman und Schwartz (1996)²⁾ entwickeln hier vier Stufen der Präsenz.

Physische Präsenz: Die Pflegendende ist im Raum, physisch anwesend, nimmt aber keine Beziehung zum Patienten auf – sie spricht z. B. mit ihrer Kollegin.

Teilweise Präsenz: Das Ziel der Pflegenden ist es, Routineaufgaben wie Vitalzeichenkontrolle oder einen Verbandwechsel zu erledigen. Die Pflegendende arbeitet korrekt, unterhält sich auch mit dem Patienten, aber nimmt Veränderungen (z. B. die Tatsache, dass er sich abwendet oder feuchte Augen hat) nicht wahr. Sie ist physisch präsent, aber eher mit ihrer eigenen

Gedankenwelt verbunden als mit der des Patienten.

Volle Präsenz: Die Pflegendende betritt das Zimmer, um z. B. die Infusion zu überwachen. Sie begrüßt den Patienten mit Namen. Sie achtet aufmerksam auf den Patienten und nimmt auch nonverbale Signale wahr. Sie reagiert auf die Aussagen des Patienten individuell. Situationsbedingt zeigt sich in der Praxis nicht selten, dass Menschen in einer so persönlichen Interaktion auch körperlichen Kontakt suchen, wie z. B. die Hand an die Schulter oder in die Hand des Gesprächspartners zu legen. Des Weiteren erfragt die Pflegendende die Bedürfnisse des Kranken und entwickelt gemeinsam mit dem Patienten eine Lösung für seine Pflegeprobleme.

Transzendente Präsenz: Die Pflegendende zentriert sich, ehe sie das Zimmer betritt. Sie will ganz „da sein“ für den Menschen, dem sie jetzt begegnen wird. Sie begrüßt den Patienten mit Namen, dabei berührt sie meist die Hand oder den Arm des Patienten. Die Pflegendende ist mit allen ihren körperlichen, geistigen, kognitiven, emotionalen und spirituellen Ressourcen präsent. Sie ist aufmerksam und „absichtlich“, „von ganzem Herzen“³⁾ für den Patienten da. Fredriksson (1999)⁴⁾ beschreibt den Unterschied etwa so: Statt einem „being there“ gilt ein „being with“.

2) Osterman P., Schwarz-Barcott D. (1996): Presence: Four ways of being there

3) Glaus A. (2007): Vortrag „Psychosoziale Aspekte der Onkologiepflege – wo stehen wir heute?“

4) Fredriksson (1999) in Snyder et al. (2010): Complementary / alternative therapies in nursing

4 Erläuterungen zu fünf Kommunikationsmethoden

Welche Gesprächsführung ist hilfreich, um Patienten in ihrer Situation zu unterstützen? Und was unterstützt die Pflegenden dabei? In diesem Abschnitt stellen wir fünf methodische Vorgehensweisen vor, die kommunikative Prozesse in einzelnen Schritten darstellen. Somit werden Gespräche greifbar und können reflektiert werden.

4.1 Gewaltfreie Kommunikation nach M. B. Rosenberg

Das Modell der gewaltfreien Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg (2005)⁵⁾ ist eine in zwei Richtungen wirkende Form der Kommunikation.

Ich lerne zuerst, dass mein Verhalten, meine Gesprächsführung natürlich auch geprägt sind von meinen Gefühlen und Bedürfnissen. Dies erlaubt es mir, die Gefühle und Bedürfnisse der anderen Person anzuerkennen. Auf dieser Grundlage suchen beide nach einer beiderseitig guten Lösung.

Beobachtung / Gefühle / Bedürfnisse / Bitte
Die Gesprächsmethode unterteilt sich in vier grundlegende Schritte:

- ① Beobachtung des Gespräches oder der Situation
- ② Gewahrwerden meiner Gefühle in dieser Situation
- ③ Bewusstmachen der dahinterstehenden Bedürfnisse
- ④ Formulierung einer Bitte an den Gesprächspartner zum Fortgang des Gespräches oder der Situation

Sie werden beim Studieren der Methoden feststellen, dass es Ähnlichkeiten gibt. Daneben hat jede der Methoden Besonderheiten, die auf ihrem Anwendungskontext gründen. Übereinstimmungen und Spezifisches zu entdecken ist sicherlich interessant und hilfreich, wenn es darum geht, einen eigenen Zugang zur reflektierten Kommunikation zu finden.

Die einzelnen Schritte können sich im Gesprächsverlauf dabei durchaus einige Male wiederholen.

Schritt eins – Beobachtung: Das Gehörte zu wiederholen, ggf. Mimik und Gestik zu spiegeln ermöglicht unserem Gesprächspartner zu prüfen, ob wir auch das gehört haben, was dieser zum Ausdruck bringen wollte. Danach hat er die Möglichkeit ggf. seine Worte noch einmal zu korrigieren oder den Schwerpunkt des Gesagten noch einmal hervorzuheben. Dem Zuhörer erleichtert dieses Vorgehen, das Gesagte erst einmal gedanklich zusammenzufassen und ggf. nachzufragen, ob alles richtig verstanden wurde.

Schritt zwei – Gefühle: Wir alle wissen, dass Worte in uns Gefühle bewirken. Das können sanfte, mitfühlende, aber auch traurige oder gar wütende Gefühle sein. Sind meine Gefühle im beruflichen Kontext nicht fehl am Platz? Die Gegenfrage lautet: Glauben Sie wirklich, dass in Ihrem Tun und Sprechen Gefühle außen vor sind? Sollten Sie zu dem Entschluss

kommen, sich auf diese Form der Gesprächsführung einzulassen, werden Sie schnell merken, dass es gar nicht so einfach ist, Gefühle zu identifizieren und mit Worten zum Ausdruck zu bringen. Ermuntern Sie Ihre Gesprächspartnerin wiederum, ihre Gefühle in Worte zu fassen. Soeben sind Sie in einen gegenseitigen mitfühlenden Dialog eingetreten.

Schritt drei – Bedürfnisse: Vielleicht fordert Ihr Gesprächspartner gerade ganz klar sein Bedürfnis nach Selbstbestimmung ein. Sie aber teilen ihm auf Grund Ihrer Fachlichkeit liebevoll mit, es besser zu wissen und erwarten auf Grund Ihres Bedürfnisses nach Anerkennung, dass er dies zu schätzen weiß. Dieses Gespräch kann nicht funktionieren! Die Sicherstellung der eigenen Bedürfnisse leitet uns, erzeugt unsere Gefühle auf Worte

und Situationen. Um sich mit den eigenen Bedürfnissen auseinanderzusetzen, ist es anfangs hilfreich, sich z. B. an der Bedürfnispyramide nach Maslow (1943)⁶⁾ zu orientieren.

Schritt vier – Bitten: Fassen Sie in einer Bitte zusammen, was Sie als nächstes von Ihrem Gesprächspartner erwarten. Ermuntern Sie Ihren Gesprächspartner, ebenfalls eine konkrete Bitte zu formulieren. Beide Gesprächspartner fühlen sich verstanden und ernst genommen. Sie können nun gezielt reagieren. Vielleicht muss erst noch einmal geprüft werden, ob die Bitte des anderen sich mit Ihren Bedürfnissen und umgekehrt Ihre Bitte mit den Bedürfnissen des Gesprächspartners in Einklang bringen lässt. Hier wird sich nicht selten eine „zweite Schleife“ des Gespräches anschließen.

4.2 Gesprächsführung nach SPIKES-Protokoll

Die Methode, das so genannte Spikes-Protokoll, wurde von Baile und Buckman (2000)⁷⁾ entwickelt, um das Überbringen schlechter Nachrichten zu erleichtern, d.h. vor allem für ärztliche Gespräche mit Patienten. Es werden vier Ziele mit Hilfe dieses Protokolls angestrebt:

- ① Der Behandelnde erhält Informationen vom Patienten: dessen Wissen und dessen Erwartungen
- ② Er kann verständliche Informationen geben
- ③ Er kann so Unterstützung zur Bewältigung geben

④ Ein Behandlungsplan kann entwickelt werden

Grundsätzlich geht es immer darum, eine Hoffnungsperspektive mit dem Kranken zu entwickeln, auch wenn die Hoffnung auf Heilung schwindet. Im Gespräch sollen Hoffnungsinhalte auf realistische Ziele angepasst und konkretisiert werden.

Das gleiche Ziel verfolgt die Kommunikation zwischen den Pflegenden mit dem Kranken – insofern ist SPIKES auch für Pflegende anwendbar.

5) Rosenberg, M.B. (2005): Gewaltfreie Kommunikation, eine Sprache des Lebens

6) Maslow A.(1943): A theory of human motivation

7) Baile W.F., Buckman R. et al. (2000): A six-step protocol for delivering bad news

Im Folgenden die Buchstaben des Kürzels im Einzelnen:

Setting – den Gesprächsrahmen festlegen
Perception – den Kenntnisstand des Patienten erfragen
Invitation – die „Einladung“ des Patienten, Informationen „in Empfang“ zu nehmen
Knowledge – die Wissensvermittlung, d.h. Weitergabe von Wissen an den Patienten
Exploration of emotions – Emotionen ansprechen und mit Empathie reagieren
Strategy and summary – Planen und zusammenfassen

Wenn der Patient sehr stark emotional reagiert (wir sind hier bei Schritt „E“: explo-

ration of emotion), geht es darum, die Gefühle zu akzeptieren und anzusprechen. Folgendes Kommunikationsverhalten ist hilfreich, um dem Patienten hier akzeptierend zu begegnen:

Naming – Benennen
Understanding – Verstehen
Respecting – Respektieren
Supporting – Unterstützen
Exploring – Erforschen

Nach diesem Zwischenschritt, der in Fällen aufbrechender Emotionen besonderes Augenmerk erfordert, folgt der letzte Schritt „S“ strategy and summary: Planen und zusammenfassen.

4.3 WAHR da sein

Das Wort WAHR von Pleyer et al. (2009)⁸⁾ setzt sich zusammen aus den Anfangsbuchstaben, die

für eine hilfreiche Haltung stehen im Umgang und in der Kommunikation mit Patienten.

Wahrnehmen
 Wer ist der Mensch, der uns begegnet? Wer ist er geworden? Was bewegt ihn?
Annehmen
 Es geht darum, das, was der Patient uns gezeigt hat, anzunehmen als seine Wahrheit und dies ihm nicht ausreden zu wollen.
Halt geben
 Einfühlsam dem Patienten signalisieren, dass wir ihn nicht alleine lassen.
Respektieren
 Grundgedanke: die Autonomie des Patienten wird gewahrt.

Da sein: Auch bei eigener Hilflosigkeit „mit dem Patienten“ sein, einfach da sein.

4.4 Die 5 E

Die 5 E-Methode wurde ebenfalls von W. Baile (2005)⁹⁾ entwickelt. Sie soll zu einer wirksamen Kommunikation beitragen und Patienten und Betreuern helfen, gemeinsam Ziele zu entwickeln und zu erreichen.

Die folgenden Punkte sind nicht als abgeschlossene Stufen zu betrachten. Die '5 E' sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig.

Engagement – Bündnis bilden

Dem Patienten signalisieren, dass wir ihn wahrnehmen, er uns wichtig ist, wir ihn ernst nehmen, z. B.: indem man sich zu dem Gesprächspartner setzt und dessen Fragen, Bitten oder Worte aufgreift.

Eliciting the patient's understanding – Verständnis des Patienten über seine eigene Situation erfragen

Was erwartet der Patient und welche Kenntnisse hat er bereits? Dies kann dazu beitragen, Missverständnisse und unrealistische Erwartungen zu thematisieren.

Education – Wissensvermittlung

Ziel ist es mögliche Ungewissheiten zu ver-

ringern, die Angst erzeugen und damit das Auffassungsvermögen reduzieren können. Das Formulieren eines Behandlungsplanes für die Zukunft soll Hoffnung und Vorhersehbarkeit schaffen.

Emotions – Gefühle

Gefühle sollen erkannt werden, um auf diese adäquat eingehen zu können. Nicht geäußerte oder nicht erkannte Gefühle können zur Abschottung führen. Dies beeinflusst jede weitere Kommunikation. Bei möglichen Unklarheiten über die Gefühlslage des Patienten soll feinfühlig nachgefragt werden, z. B.: „... ich weiß nicht wie Sie sich fühlen, möchten Sie es mir sagen?“

Enlisting the patient's and family's collaboration – Einbindung des Patienten und seiner Angehörigen zur Mitarbeit

Dem Patienten und seinen Angehörigen kommen im Rahmen des Therapiekonzeptes verschiedene Rollen zu. Dies bedeutet, dass sie als Partner im Behandlungsteam mit ihren Vorstellungen ernst genommen werden, aber auch Verantwortung übernehmen müssen.

4.5 Plissit

Das Wort Plissit (Annon 1983)¹⁰⁾ setzt sich zusammen aus den Anfangsbuchstaben der Interventionsstufen. Die Methode kann für den Berater als „innerer roter Faden“ dienen.

P = Permission

Pflegende signalisieren die Bereitschaft, über ein Problem mit den Patienten zu sprechen – geben dem Patienten sozusagen die Er-

8) Pleyer C. et al. (2009) (Hrsg.) „Wahr da sein“, Eigenverlag

9) Baile W. (2005): A practical guide to communication skills in cancer care

10) Annon, J. S. (1983): PLISSIT-Modell

laubnis. Dies kann verbal oder nonverbal geschehen. Die Äußerungen der Patienten sollten nicht gewertet werden, sondern „offen und neutral“ entgegengenommen werden.

Das Ziel: Der Patient äußert seine Gedanken, die Pflegenden bekommen durch aktives Zuhören eine gute Vorstellung der Probleme und Sorgen.

LI = limited information

Die Patienten bekommen Informationen zu

dem angesprochenen Problem.

SS = specific suggestions

Die Pflegenden geben konkrete und praktische Anregungen zum Problem.

IT = intensive therapy

Bei Störungen und Problemen, die über das „normale“ Maß hinausgehen und die Beratungskompetenz der Pflegenden überfordern, können die Patienten an Spezialisten überwiesen werden.

5 Eine Patientengeschichte – Herr K.

*Was willst du tun, solange du noch kannst. Und nicht: Was kannst du alles nicht mehr.*¹¹⁾

5.1 Die Diagnose ALS

Die ALS (amyotrophe Lateralsklerose) ist eine degenerative Erkrankung des zentralen und des peripheren Motoneurons. Der Begriff Motoneuron umfasst Nervenzellen, die durch Impulse das Aktivieren der Muskulatur erreichen. Demnach ist die Folge der Erkrankung ein Funktionsverlust der Muskulatur (Muskelatrophie). Das wiederum führt in unterschiedlicher Weise zu schlaffen oder spastischen Lähmungen.

Es zeigen sich zwei Hauptformen: die eine beginnt mit Symptomen hauptsächlich im Mund-Halsbereich. Hierbei sind die Sprache (Zunge) und Schluckmuskulatur beeinträchtigt. Dementsprechend stehen für den Be-

troffenen die Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme und der Verständigung im Vordergrund.

Bei der zweiten Form zeigen sich zuerst Schwäche oder Störungen an Armen oder Beinen. Dies führt absehbar zu Bewegungseinschränkungen, zum Beispiel beim Laufen. Mit weiterem Fortschreiten der Erkrankung ist es sehr wichtig, die Funktion der Atmung und die Schluckfunktion zu sichern.

Für die Patienten überwiegt bei beiden Formen die Angst darüber, dass die Atemmuskulatur im Verlauf der Erkrankung betroffen sein kann und sie eines Tages ersticken müssen. Durch unzureichende Aufklärung wird

diese Angst verstärkt. Bei ALS-Patienten kann die palliativmedizinische Betreuung, wie bei allen anderen Schwerkranken, durch spezielle Medikamente, eine gute Aufklärung,

psychologische Unterstützung, Symptomkontrolle und Mitbetreuung der Angehörigen zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

5.2 Ein Teil der Krankengeschichte von Herrn K.

Herr K. (Krankenpfleger, zuletzt in der Intensivpflege, 45 Jahre alt, seit zwei Jahren verheiratet, keine Kinder) kommt im Februar auf die Palliativstation.

Vor zwei Jahren wurde bei ihm ALS diagnostiziert. Die Krankheit nimmt einen raschen Verlauf. Beinschwäche, zunehmende Schluckstörungen und Urininkontinenz kennzeichnen seine Situation. Kommunikation ist verbal noch gut möglich. Herr K. hat eine Patientenverfügung (keine lebensverlängernden Maßnahmen bei akutem Ereignis, keine PEG, keine Tracheotomie, keine Intensivmedizin). Seine Ehefrau (Lehrerin) ist bevollmächtigt. Anlass der Aufnahme ist die Anlage eines suprapubischen Katheters.

Im Vordergrund stehen Ängste vor einem langen Sterben, Verschlucken, Ersticken, einem unwürdigen Leben bei Sprachunfähigkeit, Belastung der Angehörigen. Vor fünf Jahren starb ein guter Freund der Familie auch an ALS.

Herr K. erklärt, dass er bei starker Atemnot nicht beatmet werden möchte, sondern mit den Möglichkeiten der Palliativmedizin behandelt werden soll. Er hat Angst, zu ersticken, sich zu verschlucken, sich nicht verständlich machen oder bewegen zu

können. Auch sieht er eine unzumutbare Belastung für seine Frau, er möchte ihr seine absolute Hilflosigkeit nicht zumuten. Herr K. macht sich nicht zuletzt auch Sorgen um die finanzielle Belastung, die seine Situation mit sich bringen könnte: Pflegedienst und unbezahlter Urlaub würden viel Geld kosten.

Herr K. wird nach der Katheteranlage wieder entlassen, kommt aber im März zur Wiederaufnahme. Er will nun doch eine PEG-Sonde, wegen starker Schluckstörungen. Er möchte zunächst ernährt werden, weil er den dritten Hochzeitstag im Mai noch erleben will. Als sich sein Zustand trotz Ernährung rasch verschlechtert, schwindet für Herrn K. die Hoffnung, diesen Tag noch zu erleben. Er möchte nun keine Kaloriengabe mehr über die PEG-Sonde, keine weiteren lebensverlängernden Maßnahmen. Herr K. wird nach Hause entlassen und kommt nach vier Wochen wieder auf die Palliativstation. Er kann oral nichts mehr zu sich nehmen und wegen starker Atemnot nicht liegen, nur noch aufrecht sitzen. Seine Ehefrau und Freunde sind rund um die Uhr bei ihm. Herr K. kann nicht mehr sprechen. Er verständigt sich über den SMS-Modus in sei-

11) Leitmotiv ALS-Gesellschaft

nem Handy. Mit einem Finger seiner rechten Hand kann er, mühsam zwar, einzelne Buchstaben oder Wörter tippen.

Während der morgendlichen Arztvisite tippt er das Wort „Flüssigkeit“ ein. Die behandelnde Ärztin fragt, ob er mehr Flüssigkeit möchte. Verneinende Geste mit seinem Daumen. Sie fragt, ob er weniger Flüssigkeit will. Wieder verneinend. Auf die nun anschließende Frage, ob er denn gar keine Flüssigkeitszufuhr mehr wünscht, antwortet Herr K. deutlich bejahend mit seinem emporgehobenen Daumen. Die Ärztin bespricht dies mit der Ehefrau. Diese bestätigt, dass es sein Wunsch war, wenn er nicht mehr schlucken könnte, wollte er weder Flüssigkeit noch Nahrung zu sich nehmen. Herr K. achtet genau darauf, dass für die Medikamentengabe über die PEG mit der Sondenspritze wirklich nur die notwendige Menge an Wasser zugeführt wird. D. h. er protestiert, wenn jemand die Spritze ganz füllen möchte, um mit 50 ml Wasser zu spülen.

5.3 Gesprächsausschnitt

Es geht in diesem Gesprächsausschnitt um ein Gespräch, das in der Zeit des zweiten Aufenthalts von Herrn K., also im März, stattfindet. Dieser Ausschnitt ist die Vorlage für die Gesprächsbeispiele und Ausführungen zu den oben vorgestellten Methoden.

Pfl.: „Herr K., ich hänge Ihnen jetzt wieder den Ernährungsbeutel an.“

Wegen des starken Speichelflusses wird Haldol und Neurocil gegeben. Trotzdem ist engmaschige, kontinuierliche Mundpflege nötig. Es bildet sich Schleim im Mund und Speichel tropft auf bereitgelegte Unterlagen, die häufig gewechselt werden müssen. Dieses Problem ist sehr belastend für Herrn K. und er empfindet die Unfähigkeit, seinen Speichel zu schlucken, als stark entwürdigend. Nach einer Woche entscheidet er sich aufgrund der Unerträglichkeit der Situation für eine palliative Sedierung. Die PEG-Sonde kann mittlerweile nur noch als Ablaufsonde genutzt werden. Stufenweise wird die Medikation auf Injektionsgabe umgestellt.

Herr K. wird drei Tage lang mild sediert und ist bis drei Stunden vor seinem Tod ansprechbar.

Herr K. stirbt ruhig im Kreis der Angehörigen ohne Atemnot oder Unruhe, entspannt liegend, sonntagmorgens unter Glockenläuten.

Herr K.: „Ich fühle mich so schwach, dieser Mist bringt mir gar nichts. Im Gegenteil mir ist dauernd schlecht. Den dritten Hochzeitstag werde ich sowieso nicht mehr erleben.“

Pfl.: „Ist Ihnen denn immer schlecht? Das müssen Sie dem Arzt sagen.“

Herr K.: „Das muss ich dem Arzt sagen, wofür

sind Sie denn eigentlich da? Ich hätte mir den Schlauch gar nicht legen lassen sollen!“

aber das mit der Übelkeit wird bestimmt wieder besser.“

Pfl.: „Ich verstehe ja, dass Sie frustriert sind,

Herr K.: „Raus!“

5.3 Unaufhaltsam

Unaufhaltsam

Das eigene Wort, wer holt es zurück,
das lebendige
eben noch ungesprochene Wort?

Wo das Wort vorbeifliegt verdorren die Gräser,
werden die Blätter gelb, fällt Schnee.

Ein Vogel käme dir wieder.

Nicht dein Wort,

das eben noch ungesagte, in deinen Mund.

Du schickst andere Worte hinterdrein, Worte mit bunten, weichen Federn.

Das Wort ist schneller,

das schwarze Wort.

Es kommt immer an, es hört nicht auf, anzukommen.

Besser ein Messer als ein Wort.

Ein Messer kann stumpf sein.

Ein Messer trifft oft am Herzen vorbei.

Nicht das Wort.

Am Ende ist das Wort,

immer

am Ende

das Wort.

Hilde Domin

6 Gesprächsbeispiele zu den genannten Kommunikationsmethoden

6.1 Gewaltfreie Kommunikation – Beobachtung, Gefühl, Bedürfnis, Bitte

Pfl.: „Herr K., ich hänge Ihnen jetzt wieder den Beutel an.“

Herr K.: „Ich fühle mich so schwach, dieser Mist bringt mir gar nichts. Im Gegenteil mir ist dauernd schlecht. Den dritten Hochzeitstag werde ich sowieso nicht mehr erleben.“

Pfl.: „Herr K., habe ich Sie richtig verstanden, dass Ihnen dauernd schlecht ist und Sie sich trotz der Ernährung schwach fühlen? Es verunsichert mich, ob wir bisher irgendetwas übersehen haben. Bitte beschreiben Sie doch etwas genauer wie und wann sich die Übelkeit bemerkbar macht.“

Beobachtung: Dies gibt erst einmal den Sachverhalt wieder, um festzustellen, ob ich meinen Gesprächspartner richtig verstanden habe.
Gefühl: Die Pflegekraft ist überrascht, eventuell umgehend besorgt oder traurig wegen des sich verschlechternden Allgemeinzustandes.
Bedürfnis: Vielleicht wird mein Bedürfnis nach Sicherheit angesprochen, „ich habe doch nichts falsch gemacht?“ .
Bitte: Daher bitte ich den Patienten, die Problematik genauer zu beschreiben.

Herr K.: Das habe ich doch schon tausend Mal gesagt. Ihnen ist es doch völlig egal, wie es mir geht. Sie machen ja bloß Ihren Job.“

nen Job und es ist mir egal wie es Ihnen geht. Ich habe das Gefühl, Sie sind sehr aufgebracht. Das macht mich traurig (wütend?), dass Sie das von mir glauben. Was ist bloß los mit Ihnen?“

Pfl.: „Herr K., Sie sagen, ich mache nur mei-

Beobachtung: Sucht Herr K. das Gespräch, oder möchte er nur seiner Wut Luft machen? Das Gehörte wiederzugeben verschafft Ihnen etwas Zeit, um nachzuspüren, welche Worte Sie verletzt haben.
Gefühl: Wenn ich mir meiner Gefühle bewusst bin, verstehe ich meine Reaktion auf das Gehörte. Dies dem anderen mitzuteilen, ist ein Angebot, dass sich auch dieser über das Gesagte hinaus seiner Gefühle bewusst wird.
Bedürfnis: Sehr oft ist unser Bedürfnis nach Sicherheit betroffen, „Herr der Lage“ zu sein. Bewusst oder unbewusst beansprucht dies natürlich auch der andere für sich. An dieser Stelle gilt es jetzt aufeinanderzuzugehen.
Bitte: „Was ist bloß los mit ihnen“ ist keine Bitte, das Gespräch wird wohl noch eine weitere Schleife brauchen.

Herr K.: „Ja, ja jetzt fühlen Sie sich auch noch auf den Schlips getreten. Verdammt noch mal, ich bin es, der hier sterben wird.“

Die Pflegekraft ist im ersten Moment sprachlos, wegen der Heftigkeit der Reaktion. Sie geht einen Schritt zurück und atmet tief durch, legt den Beutel mit der Flüssignahrung beiseite und entscheidet sich im Sinne der GFK das Gespräch fortzuführen.

Pfl.: „Ja, Sie sind schwer krank und dennoch fühle ich mich durch Ihre heftige Reaktion im ersten Moment wie vor den Kopf gestoßen. Ich möchte Ihnen wirklich gerne helfen. Dazu ist es wichtig, dass Sie mir genauer die Anzeichen der Übelkeit beschreiben, wann, wie stark und wie lange die Übelkeit vorhält.“

Oder kümmert Sie im Moment vielleicht eigentlich etwas ganz anderes?“

Beobachtung: Natürlich erkennen Sie, dass das Gesagte nicht auf Sie persönlich bezogen ist. Jetzt das Gehörte wiederzugeben bringt das Gespräch auf eine Sachebene zurück. Hier wiederholen Sie nur noch einmal die Fakten, um sie richtig an die Ärztin weitergeben zu können.
Gefühl: Nachdem Sie für sich die Situation verstanden haben, fühlen Sie sich nicht mehr angegriffen. Der Ausdruck Ihres Mitgefühls wird oftmals auch Ihren Gesprächspartner in ein gemeinsames Gespräch zurückholen.
Bedürfnis: Vielleicht überwiegt nun bei beiden ein soziales Bedürfnis, einerseits nach Zuwendung, andererseits nach Geborgenheit.
Bitte: Kann erst jetzt darauf abzielen, eine gemeinsame Entscheidung zu finden.

Herr K.: „Entschuldigung! Aber mir ist tatsächlich immer gleich schlecht, wenn Sie den Beutel anhängen.“

Wäre das für Sie in Ordnung?“

Herr K.: „Ja.“

Pfl.: „Es wird Ihnen also immer sehr schnell nach Beginn der Ernährung schlecht. Ich mache Ihnen den Vorschlag, dass ich die Ernährung jetzt nicht anhänge, sondern zuerst mit Frau Dr. M. Rücksprache halte, welche Möglichkeiten wir gegen die Übelkeit haben, bevor wir mit der Ernährung weitermachen.“

Pfl.: „Sie haben auch noch von Ihrem Hochzeitstag gesprochen. Ich nehme mir gerne Zeit für ein Gespräch. Sagen Sie mir bitte, ob Sie jetzt darüber sprechen möchten.“

Herr K.: „Jetzt bin ich zu müde, vielleicht später. Danke.“

6.2 SPIKES (NURSE) – Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Exploration (NURSE: Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring), Strategy and Summary

Pfl.: „Herr K., ich hänge Ihnen jetzt wieder den Beutel an.“ tag werde ich sowieso nicht mehr erleben.“

Herr K.: „Ich fühle mich so schwach, dieser Mist bringt mir gar nichts. Im Gegenteil, mir ist dauernd schlecht. Den dritten Hochzeits- Die Pflegekraft unterbricht ihre Handlung und setzt sich zum Patienten. Sie schaut ihn direkt an und legt ihre Hände auf den Schoß.

SETTING

Gesprächsrahmen gestalten – dies geschieht nonverbal durch Körpersprache und durch die Art und Weise, wie und wo im Raum die Pflegekraft sich aufhält. Wichtig für das Führen von Gesprächen mit dem Patienten ist es, die gleiche Augenhöhe mit ihm einzunehmen.

Pfl.: „Seit wann ist Ihnen schlecht?“ oder „Wie oft haben Sie nun schon über die PEG Nahrung bekommen?“ **Pfl.:** „Hat Frau Dr. M. mit Ihnen besprochen, wie sich die Ernährung über die Sonde auswirkt? Was haben Sie selbst erwartet?“

Herr K.: „Das ist jetzt das dritte Mal.“

PERCEPTION

Die Pflegekraft erfragt den Kenntnisstand bzw. die Wahrnehmung des Patienten zu seiner Situation, bevor sie weitere Schritte mit ihm geht. Sie versucht, seine Lage so gut als möglich zu erfassen. Damit geht sie sicher, dass seine Probleme und nicht die, die sie dafür hält, besprochen werden.

Herr K.: „Darüber haben wir gar nicht richtig gesprochen. Ich hatte die Hoffnung, dass es mir Kraft gibt, körperlich und psychisch. Ich dachte, wenn ich Kalorien bekomme und sich das körperlich positiv auswirkt, habe ich auch das Gefühl, dass es was gibt, was mir hilft und nicht alles immer nur bergab geht mit mir.“ **Pfl.:** „Und jetzt im Moment glauben Sie, dass es nicht so ist?“ **Herr K.:** „Überhaupt nicht.“ **Pfl.:** „Gibt es etwas, das Sie wissen möchten?“

INVITATION

Die Pflegekraft erfragt die Einladung durch den Patienten zur Informationsgabe. Hier ist bedeutsam, welches Bedürfnis nach Information der Patient signalisiert. Nicht jeder Patient möchte zu jedem Zeitpunkt jedes Detail wissen.

Herr K.: „Ich verstehe nicht, warum mir jetzt übel ist. Ich bin davon ausgegangen, dass die PEG-Anlage ein problemloser Eingriff ist. So ist es mir zumindest bei meinem letzten Aufenthalt hier gesagt worden. Und das habe ich ja selbst als Krankenpfleger auch oft erlebt.“

Pfl.: „Das ist auch richtig. Sehen Sie, die An-

lage ist ja auch gut gelaufen. Die Einstichstelle sieht ganz problemlos aus, keine Anzeichen von Entzündung. Dass Ihnen jetzt übel ist, hat nichts mit der PEG an sich zu tun. Wir müssen das nun herausfinden, woher die Übelkeit kommt. Vielleicht haben wir die erste Kost zu schnell reinlaufen lassen und die Nahrung ist in die Speiseröhre gekommen.“

KNOWLEDGE

Die Pflegekraft vermittelt das relevante Wissen zur Situation. Sie erläutert ihre fachlichen Überlegungen in einer verständlichen Sprache.

Herr K. (ungehalten): „Ich hätte mir die PEG gar nicht erst legen lassen sollen.“ **Pfl.:** „Ich sehe, dass Sie das wütend macht.“

EXPLORATION OF EMOTIONS

= Gefühle ansprechen und mit Empathie begegnen, hier kommen die Schritte von NURSE zum Tragen:

1. Naming: Benennen der Gefühle – dies ist der erste Schritt, um Gefühle des Patienten zu erforschen.

Herr K. (laut): „Und Sie machen einfach Ihren Job, was?“

Pfl.: „Das verstehe ich, dass Sie das so emp-

finden. Ich kann hier mittags kommen und abends gehen. Für Sie geht das nicht, Sie sind hier (Pause) und fragen sich gerade, ob Sie wirklich hier sein wollen.“

EXPLORATION OF EMOTIONS

2. Understanding: Verstehen ist der zweite Schritt – nachzuvollziehen, wie der Patient die Situation erlebt. Dabei nimmt die Pflegekraft den verbalen Angriff nicht persönlich, sondern versucht zu verstehen, was die Ursache ist.

Herr K.: „Wenn ich gewusst hätte, dass es mir hier so schlecht geht, wäre ich zu Hause geblieben.“

Pfl.: „Mich hat Ihr Wunsch, mit Ihrer Frau Hochzeitstag zu feiern, sehr beeindruckt.“

EXPLORATION OF EMOTIONS

3. Respecting: Respektieren ist der dritte Schritt. Hier begegnet die Pflegekraft wertschätzend, niemals wertend.

Herr K.: „Das wünsche ich mir nach wie vor. Aber so wird das wohl alles nichts.“

dass die Ernährung Sie stärkt. Ich werde mich dafür einsetzen, dass Ihre Lage sich bessert.

Pfl.: „Es macht Sie mutlos, dass Ihnen so übel ist. Das verstehe ich, denn Ihr Wunsch war,

Ich möchte Ihnen sagen, dass ich es schätze, wie wir beide hier miteinander sprechen.“

EXPLORATION OF EMOTIONS

4. Supporting: Unterstützen als vierter Schritt. Hier drückt die Pflegekraft ihr Verständnis, evtl. ihre Betroffenheit aus. Sie bringt ihren Willen, zu helfen zum Ausdruck und – am allerwichtigsten, sie achtet die Bereitschaft des Patienten und bedankt sich dafür.

Herr K.: „Danke, Schwester.“

Pfl.: „Was haben Sie sich denn mit Ihrer Frau überlegt, wie Sie den Hochzeitstag feiern wollen?“

EXPLORATION OF EMOTIONS

5. Exploring: Erforschen als letzter Schritt, um Gefühlen Raum zu geben. Hier wird das „Erzähle mir mehr-Prinzip“ angewendet. Die Pflegekraft stellt eine Frage auf eine Bemerkung des Patienten, die ihn einlädt zu erzählen.

Herr K.: „... so habe ich mir das gedacht, aber nun weiß ich nicht, ob das so klappt.“

Pfl.: „Das sind schöne Ideen, Ihre Frau wird sich freuen. Ich sehe, dass diese Übelkeit Ihnen den Mut nimmt. Sie fragen sich, ob die Anlage der PEG sinnvoll war. (Pause) Das alles kostet Sie viel Kraft. Ich möchte Ihnen etwas vorschlagen: Wir wollen herausfinden, wie wir Ihre Übelkeit lindern kön-

nen. Ich werde Sie jetzt mit dem Oberkörper hochlagern, und wir lassen die Kost ganz langsam durchlaufen. Sollte sich die Übelkeit verschlimmern, melden Sie sich bitte sofort. Ich werde auch mit den Kolleginnen sprechen, dass wir alle sehr gut Acht geben. Mit Frau Dr. Müller spreche ich auch, vielleicht können wir Ihnen medikamentös die Beschwerden erleichtern. Einverstanden?“

STRATEGY AND SUMMARY

Die Pflegekraft fasst das Gesprochene zusammen. Dabei schließt sie Empfindungen mit ein. Zum Schluss bespricht sie mit dem Patienten, wie sie weiter vorgehen wird.

6.3 WAHR da sein – Wahrnehmen, Annehmen, Halt geben, Respektieren, da sein

Pfl.: „Herr K., ich hänge Ihnen jetzt wieder den Beutel an.“

ist dauernd schlecht. Den Hochzeitstag werde ich sowieso nicht mehr erleben.“

Herr K.: „Ich fühle mich so schwach, dieser Mist bringt mir gar nichts. Im Gegenteil, mir

Pfl.: „Ihnen ist dauernd schlecht? Das wusste ich nicht.“

WAHRNEHMEN

Wer ist der Mensch, der uns begegnet? Wer ist er geworden? Was bewegt ihn?

Herr K.: „Ja – immer nach der Nahrungsgabe wird mir übel – ich hab es anfangs selbst nicht ernst genommen, aber jetzt graust es mir

schon, wenn Sie mit dem Beutel kommen.“

Pfl.: „Das heißt, auch jetzt ist Ihnen übel?“

ANNEHMEN

Was der Patient uns gezeigt hat. Es anzunehmen als seine Wahrheit und sie ihm nicht ausreden zu wollen.

Herr K.: „Ja, ziemlich – statt, dass ich kräftiger werde, fühle ich mich immer elender. Ich hätte mir die PEG gar nicht legen lassen sollen.“

Pfl.: „Sie hatten sich Stärkung erhofft, und stattdessen geht es Ihnen jetzt sogar eher schlechter.“

Herr K.: „Jetzt hab ich auch noch diesen blöden Schlauch am Bauch, der nichts mehr

bringt! Ich weiß nicht, warum mir dieser Hochzeitstag so wichtig war, alle Kraft und Konzentration habe ich gesammelt, um diesen Tag noch mit meiner Frau feiern zu können, und jetzt ...“ (er weint).

Pfl. (setzt sich zu Herrn K. und gibt ihm ein Taschentuch): „Sind Sie traurig, weil Sie den Tag nicht so feiern werden, wie Sie es sich gewünscht hatten?“

HALT GEBEN

Dem Patienten einfühlsam signalisieren, dass wir ihn nicht alleine lassen.

Herr K.: „Ich bin über so vieles traurig ... dass ich krank bin, dass ich meine Frau zurücklasse, dass wir so wenig Zeit hatten miteinander. Und nun ist mir in der wenigen, wertvollen Zeit, die

ich noch habe, auch noch dauernd schlecht.“

Pfl.: „Sollen wir mal vorerst die Nahrung weglassen?“

RESPEKTIEREN

Die Autonomie des Patienten wahren.

Herr K.: „Das wäre mir am liebsten. Hunger habe ich sowieso keinen. Wissen Sie, worauf ich eigentlich Lust hätte?“

Pfl.: „Sagen Sie es!“

Herr K.: „Am schönsten wäre, wenn es mir heute Abend so gut ginge, dass ich mit meiner Frau, wenn Sie nach der Arbeit kommt, ein Glas Sekt oder Wein trinken könnte ... (er lächelt) dann wäre auch der Schlauch mal sinnvoll ...“

DA SEIN

Auch bei eigener Hilflosigkeit. „Mit dem Patienten“ sein, einfach da sein.

Pfl. (lächelt): „Als erstes bringe ich Ihnen Ihr Bedarfsmedikament gegen Übelkeit, dann

könnte das schon klappen mit dem Wein heute Abend.“

6.4 „Die 5E“ – engagement, eliciting the patients' understanding, education, emotions, enlisting the patient and family's collaboration

Pfl.: „Herr K., ich hänge Ihnen jetzt wieder die Ernährung an.“

Ernährung bringt gar nichts. Im Gegenteil, mir ist dauernd schlecht. Den Hochzeitstag werde ich sowieso nicht mehr erleben.“

Herr K.: „Ich fühle mich so schwach, die

ENGAGEMENT – ODER BÜNDNIS BILDEN

Er stellt die Ernährung zur Seite, nimmt bewusst Augenkontakt zu Herrn K. auf und spricht mit ruhigen Worten. Er signalisiert auch nonverbal, in eine vertrauensvolle Beziehung treten zu wollen.

Pfl.: „Es ist gut, dass Sie mich informieren. Mir ist es wichtig zu wissen, wie es Ihnen geht und wie Sie sich fühlen, um Ihnen helfen zu können.“

wird mir übel. Ich habe es anfangs selbst nicht geglaubt, aber jetzt graust es mir schon, wenn Sie mit dem Beutel kommen.“

Herr K.: „Ja, immer nach der Nahrungsgabe

Pfl.: „Das heißt, auch jetzt ist Ihnen übel?“

ELICITING THE PATIENTS' UNDERSTANDING

Herausfinden, was der Patient erwartet und welche Kenntnisse er bereits hat. Dies kann dazu beitragen, Missverständnisse und unrealistische Erwartungen zu thematisieren.

Herr K.: „Ja, ziemlich.“

Pfl.: „Haben Sie schon einmal mit Kolleginnen oder der Ärztin darüber gesprochen? Oder können Sie mir das mit der Übelkeit genauer schildern? Wie sind Ihre Beobachtungen, es gibt vielleicht Zusammenhänge, z. B. mit der Tropfgeschwindigkeit Ihrer Ernährung.“

Herr K.: „Mit der Ärztin habe ich noch nicht gesprochen.“

Pfl.: „Möchten Sie, dass wir uns jetzt über Ihre Ernährung und die Übelkeit unterhalten?“

Herr K. signalisiert Zustimmung.

EDUCATION

Ziel ist es, Ungewissheit und Ungewissheit zu verringern, die Angst erzeugt und das Auffassungsvermögen reduziert.

Pfl.: „Herr K., die PEG-Anlage ist bei Ihnen gut verlaufen, die Einstichstelle gut abgeheilt. Die Gründe für Ihre Übelkeit können ganz verschiedener Art sein, z. B. die Ernährung ist zu schnell eingelaufen oder Ihre Verdauung ist sehr träge. Auch die Position, in der Sie sitzen oder liegen, könnte ein Grund

für Ihre Übelkeit sein. Zur Abhilfe gibt es wirksame Medikamente gegen die Übelkeit. Wenn Sie möchten, werde ich mit Frau Dr. M. darüber sprechen, und wenn sie heute zur Visite kommt, können wir das ja noch einmal gemeinsam mit Ihnen besprechen. Was halten Sie von dem Vorschlag?“

EMOTIONS

Auf Gefühle soll eingegangen werden, da nicht geäußerte Gefühle zur Isolation führen können und das Auffassungsvermögen des Patienten beeinträchtigen können.

Herr K.: „Ich hätte mir die PEG gar nicht legen lassen sollen. Statt, dass ich kräftiger werde, fühle ich mich immer elender.“

Pfl.: „Sind Sie traurig, weil sie den Tag nicht so feiern werden, wie Sie es sich gewünscht hatten?“

Pfl.: „Sie hatten sich Stärkung erhofft, und stattdessen geht es Ihnen jetzt sogar eher schlechter. Verstehe ich Sie richtig?“

Herr K.: „Ich bin über so vieles traurig ... dass ich krank bin, dass ich meine Frau zurücklasse ...“

Herr K.: „Jetzt hab ich auch noch diesen blöden Schlauch am Bauch, der nichts mehr bringt! Ich weiß nicht, warum mir dieser Hochzeitstag so wichtig war, alle Kraft und Konzentration habe ich gesammelt, um diesen Tag noch mit meiner Frau feiern zu können, und jetzt ...“

Pfl.: „Herr K., wenn der gemeinsame Hochzeitstag für Sie und Ihre Frau immer noch ein wichtiges Ziel ist, werden wir als Behandelnde Ihnen alle Unterstützung und Hilfe geben, aber dazu sind wir auf Ihre Mithilfe und die Ihrer Frau angewiesen. Sollen wir die nächste Zeit gemeinsam planen?“

ENLISTING THE PATIENT AND FAMILY'S COLABORATION

Verpflichtung des Patienten und seiner Angehörigen zur Mitarbeit; Identifikation der Rollen im Rahmen des Therapieplanes, Partnerschaft mit dem Behandlungsteam.

Pfl.: „...“

6.5 PLISSIT – permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy

Pfl.: „Herr K., ich hänge Ihnen jetzt wieder den Beutel an“.

Die Pflegende sieht hier zwei Themen angesprochen – zum einen das Thema Übelkeit, zum anderen das Thema Zukunftsgedanken. Sie entscheidet sich, zuerst auf das Thema Übelkeit einzugehen und wendet dabei die Methode „PLISSIT“ an.

Herr K.: „Ich fühle mich so schwach, dieser Mist bringt mir doch gar nichts. Im Gegenteil, mir ist andauernd schlecht. Den dritten Hochzeitstag werde ich sowieso nicht mehr erleben“.

Thema Übelkeit

Pfl.: „Sie fühlen sich so schwach und Ihnen ist andauernd schlecht?“

Und Sie sagen, dass Ihnen die Ernährung nichts bringt? Sehen Sie da einen Zusammenhang?“

Das wäre der erste Schritt: **P = permission**. Die Patienten bekommen die Erlaubnis zu sprechen, die Pflegende hört aktiv zu.

Herr K. erzählt mehr von seinen Vermutungen und seiner Schwäche.

Tatsächlich kann es vorkommen, dass die enterale Ernährung zu Übelkeit führt – das hat meist seinen Grund darin, dass sie zu schnell einläuft. Darauf sollten wir also genau Acht geben.“

Pfl.: „Ich würde gerne erst mal auf das Thema enterale Ernährung und Übelkeit eingehen.“

Das wäre der zweite Schritt: **L = limited information**. Die Patienten bekommen Informationen zum angesprochenen Problem.

Pfl.: „Ich mache Ihnen folgenden Vorschlag:

- Sie beobachten selbst, ob es einen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Übelkeit und dem Anhängen der Nährlösung gibt.
- Die Einlaufgeschwindigkeit sollte ... betra-

gen. Vielleicht können Sie mithelfen, dass diese immer stimmt.

- Um abzuschätzen, ob es evtl. auch andere Ursachen für die Übelkeit geben könnte, sollten wir z. B. Ihre anderen Medikamente noch mal überprüfen ...“

Das wäre der 3. Schritt: **SS = specific suggestions**: Konkrete und praktische Anregungen.

Pfl.: „Sollten wir mit dieser Strategie nicht weiterkommen, müssten wir mit dem Arzt gemeinsam noch mal neu überlegen. Wäre Ihnen das so recht?“

Das wäre der letzte Schritt: **IT= intensive therapy**. Wenn die Probleme mit den bisherigen Ansätzen nicht gelöst werden konnten, sollten weitere „Spezialisten“ hinzugezogen werden.

Thema Zukunftsgedanke

Pfl.: „Herr K., ich hänge Ihnen jetzt wieder den Beutel an“.

Nun möchte sie auch auf das Thema Zukunftsgedanken eingehen.

Herr K.: „Ich fühle mich so schwach, dieser Mist bringt mir doch gar nichts. Im Gegenteil, mir ist andauernd schlecht. Den dritten Hochzeitstag werde ich sowieso nicht mehr erleben“.

Pfl.: „In Ihren Sätzen klingt so viel an und ich habe neben dem Problem der Übelkeit auch Kummer und Sorgen bezüglich der Zukunft herausgehört. Da beschäftigt Sie gerade viel, da geht Ihnen gerade viel durch den Kopf? Es scheint fast so, dass Sie sich so schwach fühlen, dass sogar Ihre Lebenszuversicht leidet?“

Die Pflegende sieht hier zwei Themen angesprochen – zum einen das Thema Übelkeit, zum anderen das Thema Zukunftsgedanken.

Das wäre der erste Schritt: **P = permission**. Die Patienten bekommen die Erlaubnis zu sprechen, die Pflegende hört aktiv zu. Dies ermuntert Herr K. mehr von seinen Vermutungen, seiner Schwäche zu erzählen.

Herr K. erzählt daraufhin von seinen Gedanken, von seinen Zweifeln, den dritten Hochzeitstag noch zu erleben, von seinen Hoffnungen für die Zukunft ...

Es ist gut geeignet, um Informationen zu übermitteln – es wurde vom Autor auch dazu entwickelt, „bad news“ zu überbringen. Um aber auf emotionale, psychosoziale Sorgen der Patienten einzugehen, sind andere Kommunikationstools besser geeignet – z. B. NURSE, „Wahr da sein“, 5 Es usw., wie sie bereits in dieser Broschüre vorgestellt wurden.

Was wäre nun der zweite Schritt der „limited information“? Hier wird deutlich, dass die PLISSIT-Methode Grenzen hat.

Die vorgestellten Kommunikationsmethoden können eine Hilfe sein, mehr Kompetenzen in der Kommunikation zu entwickeln. Sie sind nicht als „Kochrezepte“ zu verstehen, sondern vielmehr als ein Gerüst, welches helfen kann, schwierige Gespräche bewusst zu führen.

Nicht jedes Modell passt in jeder pflegerischen Gesprächssituation. Daher ist es wichtig, sich bewusst zu machen welches Ziel man als professionelle Pflegekraft erreichen will. Suche ich nach einem Modell, welches dem Patienten ermöglicht, selber zu bestimmen, wie viel er wissen und erfahren will? Ist es mir wichtig, meine eigenen Gefühle einzubringen, um eine tragbare Beziehung aufzubauen? Möchte ich die Sichtweise und „Wahrheit“ meines Gegenübers verstehen lernen und anerkennen?

In der Auswahl unserer Kommunikationshilfen sind wir davon ausgegangen, dass pflegerische Gespräche/Beratungen sich nicht auf den Austausch von Worten und die Weitergabe von Informationen reduzieren lassen, sondern dass es um eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung gehen sollte – also um das Wahrnehmen des Anderen und seiner Gefühle, um Interesse an unserem Gegenüber und aufrichtige Kommunikation. Die folgenden Fragen sollen bei der Selbstreflexion nach einem Gespräch dienen. Es geht nicht um richtig oder falsch, sondern um das Bewusstmachen der verschiedenen Möglichkeiten, ein Gespräch zu gestalten. Nach der eigenen Einschätzung können die Fragen gut auch als Leitfaden für eine kollegiale Beratung im Pflege team genutzt werden.

FRAGEN ZUR QUALITÄT DES INHALTS

- Welche Sachinhalte und welche emotionalen Inhalte gab es? Was hat überwogen?
- Worüber wurde geredet?
- Hatten alle Beteiligten am Gespräch ausreichend Raum für ihre Fragen und Ansichten?
- Wer hat mehr zugehört und wer hat mehr gesprochen?

FRAGEN ZUR METHODIK UND STRUKTUR

- Wie habe ich gesprochen? Habe ich Thesen aufgestellt? Ratschläge gegeben? Habe ich Beispiele erzählt?
- Habe ich eine Methode/ein Hilfsmittel eingesetzt (Fragetechniken, Bilder, Zeichnungen, Informationsmaterial, Kommunikationsmethode)?
- Wie ist der Einsatz gelungen?
- Welche Kommunikationsmethode habe ich angewendet? Und warum?
- Was sind die Schwerpunkte dieser Methode?
- Habe ich mich gut vorbereitet?
- Wie waren die Rahmenbedingungen?
- Was könnte ich beim nächsten Mal anders machen?
- Was steht beim nächsten Beratungsgespräch noch an?

FRAGEN ZUR BEZIEHUNG

- Wie habe ich mich während des Gesprächs gefühlt?
- Wie ging es mir danach? Was hat das Gespräch bei mir bewirkt?
- Wie ging es wohl der anderen Person (Bereitschaft, Nähe-Distanz, Verhalten, Tabus, Interessen)?

8 Nonverbale Kommunikation – Schweigen

Alles ist besprochen, alles ist geregelt,
Aufgaben erfüllt.
„Nur“ noch menschliche Nähe?

Es mag manchmal einfacher sein,
das Krankenzimmer zu verlassen,
um einen Kaffee zu holen.
Vielleicht trifft man noch jemanden,
der auch in dieser Situation steht.
Ein Leidensgenosse.

Die Zeit läuft. Man wartet.

Warten wir immer die Antwort ab,
wenn wir einen Anderen fragen:
Wie geht es dir?
Noch bevor der Gefragte antworten konnte,
berichten wir selbst,
dass es uns aus verschiedenen Gründen
gar nicht gut geht.

Schweigen hätte einen Raum für
die Antwort bieten können.

Vor vielen Jahren
sagte ein Freund
ganz unverhofft:
Mit dir bin ich
besonders gern zusammen.

Man muss nicht unentwegt reden
und Gesprächsstoff suchen.
Du bist die einzige,
bei der es ganz in Ordnung ist,
eine Weile zu schweigen
und dieses auszuhalten.

Am Krankenbett musste ich
diese Erfahrung wieder ganz neu machen.
Visite auf der Palliativstation heißt,
Zeit haben, am Bett sitzen
anstatt zu stehen.
Behutsames Fragen
nach dem Befinden,
den Sorgen, Nöten und Ängsten.

Sehr oft kommt die Antwort
aus tiefem Inneren erst
nach minutenlangem geduldigem
und stillem Warten.
Der Raum dafür
ist erst dadurch geschaffen worden.

Schweigen und Stille aushalten.

Auch das ist Kommunikation.

Autor: Fachgruppe HOPP

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen und Anregungen an:

Wolfgang Falch: info@pflegetreff-nuernberg.dbfk.de

Annon, J. S. (1983): PLISSIT-Modell. In: R. J. Corsini (Hrsg.), Handbuch der Psychotherapie. Weinheim, Beltz Verlag.

Baile, W.F. (2005): Die „5 E“ auf CD-ROM mit dem Titel „A practical guide to communication skills in cancer care“. Eine Bibliographie enthält die Internetseite <http://faculty.mdanderson.org>.

Baile W.F., Buckman, R. et al. (2000): SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. The Oncologist, 5: 302–311.

Domin, H. (2009): Sämtliche Gedichte. Frankfurt, S. Fischer Verlag.

Glaus, A. (2007): Vortrag „Psychosoziale Aspekte der Onkologiepflege – wo stehen wir heute?“ http://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/onkologiepflege/onkologiepflege_user/pdf/tagungen/03-07_referate/2007_D-Glaus.pdf (letzter Zugriff 30.09.2011)

Marshall B. Rosenberg (2005): Gewaltfreie Kommunikation – Eine Sprache des Lebens. Paderborn, Junfermann Verlag.

Maslow, Abraham H. (1943): A theory of human motivation. Psychological review, 50: 370–396.

Osterman P., Schwarz-Barcott, D. (1996): Presence: Four ways of being there. Nursing forum, 31: 23–30.

Pleyer, P. (Hrsg.) und Kursteilnehmer der WB Onkologie (2009): „Wahr da sein“, Onkologie verstehen. Eigenverlag.

Snyder, M. Lindquist, R. (2010): Complementary/Alternative therapies in nursing. 5th edition. New York, Springer publishing company.

Weiterführende Literatur

Black, A.L. et al. (2010): Approaching difficult communication tasks in oncology. A cancer journal for clinicians, 55:164–177.

Gestrich, R. (2005): Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal, 3. Aufl. Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag.

Der Krankenhausesseelsorger beschreibt eine professionelle Gesprächskultur von Pflegenden. Er thematisiert dabei Nähe und Distanz in der Begleitung von Patienten. Mit zahlreichen Fallbeispielen, auch zur Demenz.

Heimerl, K. (2000): Erfahren, wie alte Menschen sterben wollen: Systematische Evaluation im Rahmen des Projektes „Organisationsstruktur des Sterbens“. In: Heller A., Heimerl K., Huseboe, S. (Hrsg.): Wenn nicht mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Erfahren, wie alte Menschen würdig sterben können, 3. Aufl. Freiburg, Lambertus Verlag, S. 397–423.

Die Gesundheitswissenschaftlerin unternahm in einem kombinierten Beratungs- und Forschungsprojekt den Versuch, von Bewohnern einer Pflegeeinrichtung zu lernen und erfahren, welche Wünsche alte Menschen im und zum Sterben haben. Sie entwickelte einen Leitfaden zur Befragung.

Kränzle S., Zeller D. (2006): Begegnungen mit Sterbenden. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C.: Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg, Springer Verlag, S. 84–104.

Dieses Kapitel widmen die Autoren den Grundlagen der Gesprächsführung und erläutern die Begegnungen mit Sterbenden.

Kulbe, A. (2007): Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender. München, Urban & Fischer Verlag, S. 46–53.

In ihrem Grundlagenbuch zur Sterbebegleitung widmet die Krankenschwester Annette Kulbe ein Kapitel der Kommunikation. Hier stellt sie Grundlagen vor und wendet den Blick auf die besondere Situation sterbender Patienten: Kommunikationsbedürfnis und -verhalten, Gesprächsarten, -themen und die Gesprächshaltung werden thematisiert.

Specht-Tomann, M., Tropper, D. (2007): Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag, 3. Aufl. Heidelberg, Springer Verlag.

Die in der Hospizbegleitung erfahrenen Autorinnen stellen umfassend geschichtliche und theoretische Grundlagen zur Kommunikation vor. In einem eigenen Teil zur angewandten Kommunikation in speziellen Pflegesituationen wird besonders auf das Erleben Sterbender und eine hilfreiche Haltung der Pflegenden eingegangen.

Specht-Tomann, M., Tropper, D. (2001): Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung. Aus der Hospizbewegung. Krummwisch, Königsfurt-Urania Verlag.

Ein Kapitel dieses Buches ist der Kommunikation in der Sterbebegleitung gewidmet: die besondere Lebenssituation Kranker und Sterbender, die Sprache Sterbender und die Möglichkeiten der Biografiearbeit werden erläutert.

Winchgen, J. (2006): Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitsbuch, 2. Aufl. Hannover, Brigitte Kunz Verlag.

Der in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden tätige Diplom- Pädagoge stellt in seinem Buch ausführlich die Grundlagen menschlicher Kommunikation und für die Pflege relevante Modelle vor. In einem eigenen Kapitel wird die Anwendung dieser Modelle in der Kommunikation mit Sterbenden im Hinblick auf Erleben, Wahrnehmung und Ausdruck der Patienten vertieft.

Weber M., Müller M., Ewald H. (2005): Kommunikation in der Palliativmedizin, Dimensionen existenzieller Begleitung. Der Onkologe, 4: 384–391.

Fachgruppe Hospiz-Onkologie-Palliative-Pflege (HOPP)
im DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V.
Romanstraße 67, 80639 München
Telefon | (089) 179970-0
Fax | (089) 1785647
E-Mail | suedost@dbfk.de
Internet | www.dbfk.de