



TRAININGSEINHEITEN

DEUTSCH MEDIZIN

- 4 Das Überbringen schlechter Nachrichten
- 5 Palliativmedizin
- 6 Kommunikation in schwierigen Kontexten

B2·C1

TRAININGSEINHEITEN

DEUTSCH MEDIZIN

- 4 Das Überbringen schlechter
Nachrichten
- 5 Palliativmedizin
- 6 Kommunikation in schwierigen
Kontexten

B2·C1

Diese Publikation und ihre Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwendung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf
deshalb der schriftlichen Einwilligung des Herausgebers.

Herausgegeben von der telc gGmbH, Frankfurt am Main, www.telc.net

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage 2014

© 2014 by telc gGmbH, Frankfurt am Main

Printed in Germany

ISBN 978-3-86375-187-6

Best.-Nr./Order No.: 5037-PrM-000201

Inhalt

4	Das Überbringen schlechter Nachrichten	7
5	Palliativmedizin	15
6	Kommunikation in schwierigen Kontexten	23

Trainingseinheit 4

DAS ÜBERBRINGEN SCHLECHTER NACHRICHTEN

Einstieg

- Wie teilen Sie einem Patienten einen pathologischen Befund mit?
- Was ist Ihnen dabei besonders unangenehm? Warum?
- Wie gehen Sie mit Ihren eigenen Gefühlen um? Versuchen Sie diese zu ignorieren oder sprechen Sie mit Kollegen, der Familie oder einem Therapeuten darüber?
- Welche Strategien kennen Sie, um schlechte Nachrichten zu übermitteln?



Bilden Sie kleine Gruppen und tauschen Sie sich mit Ihren Kollegen aus. Sammeln Sie Ihre Erfahrungen.

1 Patientrezept gewünscht

a Lesen Sie den Text und markieren Sie die Hauptpunkte.

Es gibt kein Patientrezept für das Überbringen von schlechten Nachrichten

Da jeder Patient anders ist, müssen sich Ärzte immer wieder auf neue Ausgangssituationen einstellen. Auf diese Herausforderung können sich die Mediziner jedoch in einem gewissen Maße vorbereiten. Das Wichtigste für ein gelungenes Aufklärungsgespräch ist eine klare Struktur sowie Raum für Pausen. So kann der Patient auf das Gesagte reagieren. Er gibt das Tempo vor und führt damit durch das Gespräch.

Zu einem gut strukturierten Gespräch gehört unter anderem, dass genügend Zeit gegeben wird. Der Zeitplan sollte dem Patienten mitgeteilt werden. Im Normalfall geht ein solches Gespräch nicht über 30 Minuten hinaus, danach wird ein Folgetermin vereinbart. Dem Patienten wird außerdem der Gesprächsablauf erklärt. Dazu gehören das Erheben sowie das Mitteilen von Informationen (Befund, Testergebnis etc.), das Klären des weiteren Vorgehens und die Absprache des Therapieplans. Während des gesamten Gesprächs sollte der Arzt Blickkontakt halten, dem Patienten offen und zugewandt gegenüber sitzen. Der Arzt sollte außerdem klären, ob der Patient einen Angehörigen zu dem Gespräch mitbringen möchte.

Kommt ein Patient ins Krankenhaus, hat er normalerweise Angst. Zumindest fühlt er sich unwohl und er möchte wissen, was mit ihm los ist. Normalerweise haben Patienten auch eine gewisse Vorstellung von ihrem aktuellen Gesundheitszustand, die vom Arzt erfragt werden sollte. Einerseits erfährt der Arzt so den Wissensstand des Patienten, andererseits erkennt er auch dessen emotionalen Zustand und kann

so auf sein Gegenüber besser eingehen. Zudem fühlt sich der Patient ernst genommen und aufgehoben.

Wenn der Arzt seinerseits dem Patienten die schlechten Nachrichten im nächsten Schritt mitteilt, sollte er klar und deutlich sprechen. Besonders wenn ihm schlechte Nachrichten überbracht werden, sollte es dem Patienten ermöglicht werden, den Arzt zu verstehen. Als Arzt sollte man also in dem Gespräch Fachtermini vermeiden.

Jeder Patient reagiert individuell auf schlechte Nachrichten. Dieser Reaktion sollte in jedem Fall Raum gelassen werden. Wird der Patient wütend, ist es wichtig, dass der Arzt dies genauso aushält wie Tränen und Verzweiflung. Auch ein ruhiger Patient, der schweigt, braucht Zeit und Raum. In jedem Fall wird dem Patienten dadurch die Möglichkeit gegeben, das Gesagte aufzunehmen. In dieser Situation ist es wichtig, dass der Arzt emotional bei dem Patienten bleibt und ihm zuhört. Spiegel.de hatte hierzu die Charité Berlin im Gespräch. Die dortige Oberärztin Christine Klapp sagt: „Ich [muss] meine Gefühle im Griff haben. Das heißt nicht, dass ich keine Gefühle zeigen darf. Ganz im Gegenteil. Sie dürfen mich nur nicht überrollen, denn dann kann ich meinem Gegenüber keinen Halt mehr geben. Und genau den braucht er ja.“ Sie gibt sogenannte „Breaking Bad News“-Kurse an der Berliner Ärztekammer, um Ärzten die Kommunikation mit Patienten zu erleichtern. Denn „im Studium wurde ich nicht vorbereitet. Und jetzt, im Alltag, ist die Zeit eigentlich nie da – man nimmt sie sich einfach nicht“, so einer ihrer Kursteilnehmer. Besonders wichtig für den Patienten ist, nach der Mitteilung einer schlechten Nachricht, weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu bekommen. In diesem Teil des Gespräches hilft es, wenn die Informationen noch einmal zusammengefasst werden. Danach kann der Arzt gemeinsam mit dem Patienten einen Therapieplan aufstellen, in dem die nächsten Schritte formuliert werden. Wird der Patient in diesen Teil aktiv eingebunden, ist ein positiver Therapieverlauf eher wahrscheinlich. Manchmal sind mehrere Gespräche notwendig, um mit dem Patienten das weitere Vorgehen zu klären. Im besten Fall wird auch die Familie in diese Absprachen eingebunden.

Neben der oben ausgeführten klaren Gesprächsführung sind sowohl Ehrlichkeit als auch Empathie gegenüber dem Patienten wichtige Voraussetzungen für ein gelungenes Aufklärungsgespräch. Der Patient hat ein Recht auf Wissen, denn dieses vermittelt auch in negativen Situationen eine gewisse Sicherheit. Das heißt nicht, dass der Arzt dem Patienten alle vorliegenden Informationen gleich im ersten Gespräch geben sollte. Vielmehr teilt er im besten Fall nur das mit, was der Patient wissen will und wonach er fragt.

Niemand überbringt gerne schlechte Nachrichten und doch ist dies ein Teil des Arztberufes. „Ich weiß, ich reiße jetzt gerade das Weltbild meines Patienten nieder. Aber ich muss es aushalten können“, fasst Parwin Mani, Ärztin in einem Kinderhospiz in Berlin, zusammen.

b Beantworten Sie die Fragen mit richtig oder falsch.

- 1 Der Arzt sollte stetigen Blickkontakt mit dem Patienten vermeiden.
richtig/falsch
- 2 Der Arzt und der Patient sollten allein miteinander sprechen.
richtig/falsch
- 3 Den Informationsstand des Patienten zu kennen, ist wichtig für die Gesprächsführung.
richtig/falsch
- 4 Der Arzt sollte stets professionell sein und seine Gefühle nicht zeigen.
richtig/falsch
- 5 Der Arzt sollte den Patienten im ersten Gespräch vollständig aufklären.
richtig/falsch

c Welche Reihenfolge der Gesprächsführung wird im Text vorgeschlagen? Geben Sie jedem Schritt

einen Titel. Diskutieren Sie folgende Fragen: Wie sinnvoll finden Sie die Gesprächsführung? Würden Sie etwas ergänzen oder weglassen? Präsentieren Sie Ihre Ergebnisse.

Sprachbox

a Ergänzen Sie das richtige Adjektiv. Achten Sie auch auf die richtige Endung.

1 *aufgeregt – empathisch – verärgert*

Vor einer Stunde ist Herr Gärtner zu Hause zusammengebrochen, er wurde vom Notarzt wiederbelebt und in die Klinik gebracht. Seine Frau ist und will ihn besuchen.

2 *gespannt – distanziert – hilflos*

..... flüchtet sich der Medizinstudent in medizinischen Fachjargon, den die schockierte Angehörige nicht versteht.

3 *verzweifelt – mitfühlend – gefühlsarm*

Ein Arzt erkennt, was der Patient braucht.

4 *empathisch – mitfühlend – gefühlvoll*

Ein Arzt entzieht sich schwierigen Situationen nicht, um dem Patienten und seinen Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, gut aufgehoben zu sein.

b Von welchem Wort werden die Adjektive abgeleitet? Erläutern Sie dann ihre Bedeutung.

Adjektiv	Nomen, Verb	Erläuterung
wütend		
verschlossen		
einführend		
hoffnungslos		
uneinsichtig		
aufgeregt		
hilflos		
schockiert		
aufgebracht		
ruhig		
empathisch		
mitfühlend		
verständnisvoll		

c Finden Sie die Antonyme.

wütend sein auf

verständnisvoll sein gegenüber

verschlossen sein gegenüber

glücklich sein über

hoffnungslos sein

offen sein gegenüber

niedergeschlagen sein

ausgeglichen sein

distanziert sein gegenüber

hoffnungsvoll sein

d Bilden Sie aus jedem Nomen so viele Adjektive wie möglich.

Beispiel: die Freude: freudig - freudlos - erfreut - freudvoll - erfreulich

die Verzweiflung:

der Ärger:

die Panik:

die Euphorie:

die Trauer:

das Glück:

die Angst:

e Tragen Sie die Adjektive aus Aufgabe d in die Tabelle ein.

Nomen	zusammengesetzte Adjektive	Adjektive mit den Nachsilben -lich, -ig, -isch, -haft	Partizip I oder Partizip II als Adjektiv
Verzweiflung			
Ärger			
Panik			
Euphorie			
Freude			
Trauer			
Glück			
Angst			

- f** Markieren Sie in den nachfolgenden Sätzen die Partizip-I-Formen bzw. die Partizip-II-Formen. Benutzen Sie dafür unterschiedliche Farben.

Verärgerte Angehörige könnten ein schlechtes Feedback über das Krankenhaus abgeben.

Bei verängstigten Patienten empfiehlt es sich, genügend Zeit einzuplanen, um mit ihnen über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen.

Ein stark blutendes Unfallopfer wurde eingeliefert, sodass der diensthabende Arzt gerufen wurde.

Missglückte Angehörigengespräche, weil etwa kein angemessener Raum zur Verfügung steht oder der Arzt nur wenige Minuten Zeit hat und das Gespräch auf dem Flur stattfinden muss, sind zu vermeiden.

Verzweifelten Patienten kann man auch die Betreuung durch einen Psychologen anbieten.

Viele Untersuchungsmethoden wirken auf Patienten beängstigend.

2 Training gegen die Sprachlosigkeit

- a** Welche Rolle haben Kommunikationsstrategien in Ihrem Studium gespielt? Berichten Sie.

-  **b** Sie hören ein Radio-Feature. Entscheiden Sie, ob die Aussagen richtig oder falsch sind bzw. welche Antworten am besten passen.

- 1** Zum Medizinstudium in Deutschland gehört auch immer ein Kommunikationstraining für das Überbringen schlechter Nachrichten.

richtig/falsch

- 2** Rafael empfand die Situation als belastend.

richtig/falsch

- 3** Viele Medizinstudenten haben ähnliche Schwierigkeiten wie Rafael.

richtig/falsch

- c** Welche Aussage ist richtig?

- 4** Für den Verlauf eines schwierigen Gesprächs
- a** gibt es in Kommunikationstrainings Leitfäden.
 - b** sind auch äußere Umstände relevant.
 - c** spielt die Umgebung keine Rolle, die Gesprächsstrategie ist entscheidend.

- 5** Empathie

- a** bringen die meisten Studierenden mit.
- b** garantiert das Gelingen eines schwierigen Gesprächs.
- c** meint nicht unbedingt, Mitgefühl zu zeigen.

- 6** Es ist wichtig, dass nach dem Rollenspiel

- a** der Dozent die Situation bewertet.
- b** die Situation noch mal aus anderer Perspektive gespielt wird.
- c** verschiedene Beteiligte ihre Gedanken und Empfindungen äußern.

Kommunikationstipp:

Fast alle Patienten wollen wissen, was mit ihnen geschieht. Information vermittelt immer eine gewisse Form von Sicherheit. Seien Sie also offen gegenüber Ihren Patienten. Der britische Mediziner Peter Tate empfiehlt in seinem Buch „The Doctor's Communication Handbook“ das patientenorientierte Gespräch.

3 Redemittel

Suchen Sie aus den folgenden Kästen die für Sie interessantesten Redemittel heraus. Wählen Sie pro Kasten zwei Möglichkeiten. Welche Worte würden Ihnen als Patientin bzw. Patient helfen, wenn Sie eine schockierende Nachricht erhalten hätten? Begründen Sie Ihre Wahl.

Eine schlechte Nachricht übermitteln

Wir haben jetzt ... Minuten Zeit. Ich werde Ihnen zunächst Ihren Befund erklären und anschließend Ihre Fragen beantworten. Wenn die Zeit nicht reicht, können wir noch einen zweiten Termin vereinbaren.

Ich muss Ihnen leider sagen, dass ich keine guten Neuigkeiten für Sie habe.

Die Testergebnisse zeigen nichts Gutes.

Ihre Diagnose ist leider sehr ernst. Sie leiden an ...

Ich fürchte, dass die Operation nicht erfolgreich war.

Unser Befund hat leider ergeben, dass Sie an ... leiden.

Empathisches Zuhören

Es tut mir leid, wenn das nicht die Nachrichten sind, die Sie erwartet haben.

Ich merke, dass Sie sehr aufgewühlt/sehr schockiert sind.

Sie wirken auf mich jetzt verunsichert.

Ich kann mir vorstellen, dass das jetzt alles sehr schwierig für Sie ist.

Es ist in Ordnung/verständlich, wenn Sie in dieser Situation Gefühle zeigen.

Brauchen Sie einen Moment Ruhe, um meine Worte zu verarbeiten?

Wie fühlen Sie sich jetzt?

Es fällt Ihnen schwer, zu verstehen, warum gerade Sie an ... erkrankt sind.

Den Patienten zu Fragen ermutigen

Sie können alles und jederzeit fragen.

Gibt es noch Fragen, die wir vergessen haben?

Ich werde alle Ihre Fragen beantworten. Sie müssen sie nur stellen.

Ich weiß nicht, ob ich es Ihnen richtig erklären konnte. Haben Sie alles verstanden?

Wir können auch gern einen zweiten Termin vereinbaren. Es ergeben sich nach so einer Diagnose auch Tage später noch viele Fragen.

Suchen Sie bitte nicht im Internet nach Antworten auf Ihre Fragen. Kommen Sie damit lieber zu mir.

Sie können gern auch noch einen anderen Arzt hinzuziehen, wenn Sie sich unsicher sind.

Das Gespräch beenden

Wir haben heute ausführlich über ... gesprochen.

Ich schlage vor, dass Sie zu unserem nächsten Termin auch Ihre Partnerin/Ihren Partner/Ihr Kind/Ihre Familie mitbringen.

Wir haben heute vereinbart, dass ...

4 Schreiben

Schreiben Sie gemeinsam mit Ihrer Nachbarin bzw. Ihrem Nachbarn einen Dialog zwischen Arzt und Patient. Nutzen Sie hierfür auch die Redemittel aus Aufgabe 3 und ergänzen Sie diese mit Ihren eigenen Ideen. Nachfolgend finden Sie die Charakterisierung des Patienten.

Ihr Patient ist ein 50-jähriger Lehrer mit zwei Kindern im Schulalter. Er ist verheiratet und hat ein gutes soziales Umfeld. Er ist es gewohnt, mit schwierigen Situationen diplomatisch und offen umzugehen. Er ist seit einiger Zeit wegen eines bösartigen Lungentumors in Behandlung. Der Patient kommt zu Ihnen, um die Testergebnisse zu besprechen. Der Patient erwartet keine schlechten Nachrichten, da die früheren Tests seit Beginn der Chemotherapie gute Werte aufzeigten. Der Tumor hat sich nun aber nach anfänglicher positiver Reaktion auf die Chemotherapie weiterentwickelt. Als Möglichkeit für die Folgebehandlungen besteht die Option einer vollständigen operativen Entfernung des geschädigten Lungenflügels.

5 Rollenspiele

- a Machen Sie ein Rollenspiel. Nutzen Sie die Redemittel aus Aufgabe 3.

Arzt-Angehörigengespräch

Rollenspiel 1

Information für die Rolle: **Ärztin/Arzt**

Sie arbeiten auf der Intensivstation. Ihr Patient ist ein junger Mann, bei dem nach einem schweren Autounfall eine Notoperation erfolgte. Er hat schwere Verletzungen am Kopf, unter anderem eine Schädelfraktur, und liegt nun im Koma. Seine Situation ist äußerst kritisch. Seine Mutter bzw. sein Vater wurde von der Polizei informiert und sitzt im Warteraum. Sie bzw. er weiß, dass der Sohn operiert wurde, hat aber sonst keine genaueren Informationen über seinen Zustand. Sprechen Sie mit der Mutter bzw. dem Vater. Die Schwierigkeit besteht darin, dass Sie zum aktuellen Zeitpunkt keine genauen Prognosen machen können und vor allem den Verlauf der folgenden 24 Stunden abwarten müssen.

Information für die Rolle: **Mutter/Vater des Verletzten**

Sie haben von der Polizei erfahren, dass Ihr 22-jähriger Sohn nach einem Autounfall ins Krankenhaus gebracht wurde. Dort erfahren Sie, dass er notoperiert wird, weitere Informationen bekommen Sie nicht. Sie warten bereits zwei Stunden im Warteraum, als die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt zu Ihnen kommt. Sie sind sehr nervös und besorgt, haben aber keine Erfahrungen mit Ärzten im Krankenhaus. Ihr Sohn ist Ihr einziges Kind, das bis zu diesem Zeitpunkt immer kerngesund war.

- b Reflektieren Sie: Wie hat sich die Mutter bzw. der Vater im Rollenspiel gefühlt? Welche Strategien haben gut funktioniert? Was würden Sie beim nächsten Gespräch anders machen?

- c Machen Sie ein Rollenspiel. Nutzen Sie die Redemittel aus Aufgabe 3.

Arzt-Patienten- und Angehörigengespräch

Rollenspiel 2

Information für die Rolle: **Ärztin/Arzt**

Sie arbeiten auf der Neurologie und müssen mit einer jungen Frau sprechen, die auf Ihrer Station untersucht wurde. Nach mehreren Tests und Untersuchungen besteht der Verdacht auf Multiple Sklerose. Sprechen Sie mit der Patientin und seien Sie sich klar darüber, dass Sie noch keinen Beweis für die Erkrankung haben, aber das MRT deutliche Hinweise auf die Erkrankung gibt. Die Patientin ist Mitte zwanzig und sehr sportlich. Die Schwierigkeit besteht darin, dass sie glaubt, sich nur sportlich überanstrengt zu haben und deshalb an diversen Symptomen zu leiden. Ihr Freund ist Biologe und sehr viel besorgter als die Patientin. Beide warten auf Sie und wollen mit Ihnen sprechen.

Information für die Rolle: **Patientin**

Sie sind 24 Jahre alt, spielen gerne Volleyball und schwimmen regelmäßig. Sie haben gerade das Studium beendet und wollen nun mit Ihrem Freund, der mit Ihnen in die Klinik gekommen ist, eine Reise nach Südamerika machen. Vor einiger Zeit hatten Sie bereits Schwierigkeiten mit den Augen, was sich aber nach einigen Tagen wieder legte. Seither fühlen Sie sich gesund und Sie freuen sich auf die Reise. Sie glauben, dass Sie sich beim Training überanstrengt haben und daher die heftigen Muskelschmerzen haben. Sie sind nur Ihrem Freund zuliebe in die Klinik gekommen.

Information für die Rolle: **Angehöriger**

Sie sind der Partner der Patientin und arbeiten als Biologe an der Universität. Nachdem Ihre Freundin bereits einmal heftige Schwierigkeiten mit den Augen hatte und nun ein weiteres Mal mit Fieber und Entzündung zu kämpfen hat, haben Sie den Verdacht einer neurologischen Erkrankung. Sie sind sehr viel pessimistischer als Ihre Partnerin und sehr besorgt.

- d Reflektieren Sie: Wie haben sich die Patientin bzw. der Freund im Rollenspiel gefühlt? Welche Strategien haben gut funktioniert? Was würden Sie beim nächsten Gespräch anders machen?

Trainingseinheit 5

PALLIATIVMEDIZIN



1 Definition

Was verstehen Sie unter Palliativmedizin? Notieren Sie ein paar Stichpunkte und diskutieren Sie diese kurz mit Ihrem Nachbarn. Versuchen Sie anschließend gemeinsam eine Definition zu schreiben. Teilen Sie Ihre Definition mit den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

2 Publikation: Palliativmedizin in Deutschland

- a** In einer Fachzeitschrift lesen Sie einen Vortrag über Palliativmedizin. Beantworten Sie im Anschluss einige Fragen zum Text.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte Ihnen heute einen Einblick in das Thema Palliativmedizin und palliative Gesprächsführung geben. Als Einleitung möchte ich mich eines Zitates von Isaac Asimov bedienen, der einmal gesagt haben soll: „Das Leben ist angenehm. Der Tod ist friedlich. Es ist der Übergang, der schwierig ist.“ Damit formuliert Asimov, wie ich finde, sehr treffend den Anspruch, den die Palliativmedizin hat, nämlich Menschen, die unheilbar erkrankt sind und für die ein kurativer Ansatz in der Behandlung nicht mehr sinnvoll oder möglich erscheint, diesen Übergang vom Diesseits ins Jenseits zu erleichtern. Das deckt sich auch gut mit dem Standpunkt der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹, die 2002 als oberstes Ziel der Palliativbehandlung die Ver-

besserung der Lebensqualität des final erkrankten Patienten formulierte. Dazu dient in erster Linie die symptomorientierte Behandlung von Schmerzen und anderen mit der jeweiligen Erkrankung einhergehenden Beschwerden. Die WHO betont, dass dieser Ansatz prinzipiell lebensbejahend ist. Leben und Leiden sollten somit weder künstlich verkürzt noch verlängert werden. Sterben und Tod sind normaler Bestandteil des Lebens. Um den Patienten den Schrecken zu nehmen, muss neben der Behandlung der physischen Probleme und Symptome auch eine psychologische und gegebenenfalls religiöse oder spirituelle Versorgung erfolgen. Damit soll ihnen die aktive Teilnahme am Leben so lange wie möglich erhalten werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, sieht die WHO ein Team von Betreuern aus verschiedenen medizini-

¹ www.who.int.

schen Berufen (Ärzte, Psychologen, Pfleger, Physio-, Musik- und Kunsttherapeuten) sowie darüber hinaus Sozialarbeiter und Seelsorger in der Pflicht. Interessant ist ferner, dass die WHO ausdrücklich die Angehörigen des Patienten einbezieht und auch ihnen Unterstützung angedeihen lässt, nötigenfalls über den Tod des Familienmitglieds hinaus. Dieser ganzheitliche Ansatz der WHO ist somit stark auf die Lebensqualität des kurativ nicht mehr behandelbaren Patienten und seiner Angehörigen ausgerichtet. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) veröffentlicht eine ähnliche Definition von Palliativmedizin auf ihrer Webseite.² Sie verweist jedoch auf den zusätzlichen Aspekt, dass sich so manche Herangehensweisen der Palliativmedizin schon in früheren Stadien einer lebensbedrohlichen Erkrankung einsetzen lassen und damit den kurativen Ansatz einer Behandlung unterstützen können. Auch für die DGP ist eine interdisziplinäre Herangehensweise und Betreuung selbstverständlich.

Welche Möglichkeiten der Palliativversorgung stehen einem Patienten und seiner Familie offen? In Deutschland gibt es bereits eine Vielzahl von Palliativstationen, die Eingang in die Bettenplanung eines Krankenhauses finden, sowie stationäre Hospize, die in der Regel formal nicht an ein Krankenhaus angeschlossen sind. Träger der stationären Hospize sind zumeist eingetragene Vereine, Stiftungen oder kirchliche Institutionen. Die Einbindung ehrenamtlicher Helfer in den Hospizalltag ist integraler Bestandteil und hierfür von besonderer Bedeutung. Das Konzept der Sterbebegleitung fand seinen heutigen Ursprung in der Hospizbewegung Großbritanniens. Diese wurde maßgeblich von Dame Cicely Saunders beeinflusst, die aus der Überzeugung, dass es möglich sein muss, die letzten Tage eines Menschen angenehm zu gestalten, 1967 das erste Hospiz Englands eröffnete. In Deutschland sollte es noch bis 1983 bzw. 1986 dauern, bis die erste Palliativstation bzw. das erste stationäre Hospiz ihre Pforten öffneten. Die DGP weist 239 Palliativstationen sowie 192 stationäre Hospize für 2012 aus. Gesellschaften für Palliativmedizin wurden erstmals in den 1980ern in einigen Ländern Europas gegründet. In Deutschland zog es sich bis 1994 hin, bis die DGP ins Leben gerufen wurde. Zudem musste sie sich erst gegen den kurativen Anspruch der Schulmedizin etablieren. Worin aber liegen weitere Unterschiede und Ge-

meinsamkeiten zwischen Palliativstation und stationärem Hospiz? Nun, zum einen in der ärztlichen Versorgung – auf einer Palliativstation wird der Patient vom Stationsarzt bzw. dem Diensthabenden versorgt. Damit ist eine 24-stündige medizinische Betreuung der kurzen Wege gewährleistet. In einem Hospiz zeichnet zumeist der niedergelassene Hausarzt des Patienten für die Behandlung verantwortlich und kann schon allein auf Grund seiner Praxistätigkeit nicht ständig vor Ort sein. Nichtsdestotrotz ist eine gute Versorgung der Patienten in den Hospizen durch die enge Mitarbeit der niedergelassenen Ärzte gewährleistet. Auf der Palliativstation stehen zudem alle Möglichkeiten der Diagnose und Therapie eines Krankenhauses zur Verfügung. Ziel der Aufnahme auf eine Palliativstation ist häufig noch die Entlassung nach Hause, das des stationären Hospizes hingegen ist die Sterbebegleitung.

Gemeinsam ist ihnen die stationäre Versorgung in wohnlicher Umgebung für Patienten, die nicht mehr ausreichend in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt oder medizinisch betreut werden können. Beide folgen einem ganzheitlichen Ansatz, bei dem der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Patienten maßgeblich bei der pflegerischen oder medizinischen Behandlung Berücksichtigung findet.

Neben der stationären Betreuung gibt es verschiedene Tageskliniken und ambulante Dienste, wie zum Beispiel die SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung), an die sich Patienten und Angehörige wenden können. Eine genaue Anzahl der SAPV-Anbieter lässt sich laut DGP aufgrund der sehr unterschiedlichen vertraglichen Situation in den einzelnen Bundesländern nicht ermitteln. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie vor allem in den Ballungsräumen zur Verfügung stehen und sich bisher noch nicht flächendeckend in Deutschland etabliert haben.

Welche Patienten kommen nun für eine palliative Versorgung in Frage? Grundsätzlich alle, deren Erkrankung nicht mehr in kurativer Absicht behandelbar ist, die aber eine weitere medizinische Versorgung benötigen, um unnötiges Leiden abzuwehren. Somit stellen sie eine besondere medizinische und pflegerische Herausforderung für Anverwandte und medizinisches Personal dar. Dazu zählen in erster Linie Patienten mit Krankheiten im Endstadium aus der Onkologie und in zweiter Linie aus der Inneren Medizin (z.B. Herz-, Leber- oder Niereninsuffizienz, Lungenleiden, AIDS) sowie der Neurologie (unaufhaltsam fortschreitende neuro-

2 www.dgpalliativmedizin.de.

logische Ausfälle bei neurodegenerativen Erkrankungen wie Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose oder Morbus Parkinson). Als weiteres Kriterium für eine Aufnahme kommt hinzu, dass das Lebensende absehbar sein muss, d. h. der Patient in der Regel nur noch wenige Wochen bis Monate zu leben hat. Damit soll verhindert werden, dass Langzeitpflegebedürftige Palliativbetten belegen, die dadurch für „echte“ Palliativpatienten nicht mehr kurzfristig frei sind. Der Patient muss außerdem das Behandlungskonzept kennen und sein Einverständnis geben (z.B. Verzicht auf forcierte Ernährung, invasive therapeutische Maßnahmen wie Reanimation und Beatmung). Ferner müssen psychosoziale Probleme vorliegen.³

Wie Sie sehen, ist das Feld der Palliativmedizin zwar recht komplex, aber nicht unüberschaubar. Die größten Herausforderungen liegen sicherlich im Bereich der ethischen Entscheidungen und in der Erhaltung der Würde des Patienten im Sterben. Ich möchte den ersten Teil der Fortbildung mit einem bekannten Zitat von Dame Cicely Saunders abschließen, die die Palliativmedizin als echte Alternative zur aktiven Sterbehilfe sah.

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“

³ Ausführliche Informationen zu Aufnahmekriterien siehe: Student, Christoph: Check-Liste zur Überprüfung der Aufnahme-Indikation für ein stationäres Hospiz.

b Beantworten Sie folgende Fragen. Vergleichen Sie Ihre Antworten.

1 Welche Kernmerkmale weist die Palliativmedizin auf?

.....

.....

.....

2 Welche Kriterien muss ein Patient erfüllen, um in einem stationären Hospiz aufgenommen zu werden?

.....

.....

.....

3 Was sind die größten Herausforderungen in der Palliativmedizin?

.....

.....

.....

4 Worin bestehen die Unterschiede zwischen stationären Hospizeinrichtungen und Palliativstationen?

.....

.....

.....

5 Wann und wo entstand die Hospizbewegung? Wer hat sie maßgeblich beeinflusst?

.....

.....

.....

.....

3 Wortkombinationen

Es gibt einige Wortkombinationen, die in der Palliativmedizin besonders häufig vorkommen. Ordnen Sie die Adjektive oder Verben aus dem Kasten den passenden Substantiven zu und gleichen Sie die Adjektivendungen und Verbformen entsprechend an. Entscheiden Sie, ob sie vor oder nach dem Substantiv stehen. Manche Wörter können Sie mehrfach verwenden.

abbrechen	erfahren	heilbar	schlecht	verlängern
aktiv	erfüllen	heilen	schwach	verschaffen
angemessen	erhalten	individuell	stark	verschlechtern
ausreichend	erleiden	kausal	stillen	verspüren
äußern	familiär	kritisch	symptomorientiert	verweigern
beenden	fortgeschritten	kurativ	therapierbar	verwerfen
behandeln	fortschreitend	lebenswert	umfassend	zentral
bemerken	ganzheitlich	lindern	unheilbar	zufriedenstellend
berücksichtigen	geben	modifizieren	unterstützen	zustimmen
durchführen	gering	palliativ	verbessert	
einleiten	groß	persönlich	verfolgen	
entwickeln	gut	planen	verhindern	
erdulden	haben	psychologisch	verkürzen	

	Ansatz
einen Ansatz	
	Bedürfnisse/Wünsche
Bedürfnisse/Wünsche	
	Behandlung/Therapie
die Behandlung/Therapie	
	Erkrankung
eine Erkrankung	
	Erleichterung
Erleichterung	
	Leben
das Leben	
	Lebensqualität

die Lebensqualität

Leiden

Leiden

Schmerzen

Schmerzen

Symptomkontrolle

Symptomkontrolle

Unterstützung

Unterstützung

Zustand

den Zustand

4 Fallbeispiele

Diskutieren Sie die unten aufgeführten Gesprächsbeispiele in kleinen Gruppen. Führen Sie die Gespräche anschließend mit verteilten Rollen zu Ende. Entwickeln Sie verschiedene Szenarien und verwenden Sie dazu die Informationen aus dem Text „Palliativmedizin in Deutschland“ sowie Ausdrücke aus Aufgabe 3.

Fallbeispiel 1

Der Patient ist ein 70-jähriger Mann, der an einem Tumor im Halsbereich leidet und bereits weiß, dass er nicht mehr lange zu leben hat. Er kommt zu einem Zeitpunkt, an dem er noch mobil ist, mit seiner Frau ins Hospiz, um sich nach einem Platz zu erkundigen.

Herr Dr. Ehrlich: Guten Morgen, Herr Bender, wir haben gestern miteinander telefoniert. Schön, dass Sie und Ihre Frau da sind. Haben Sie uns gut gefunden?

Herr Bender: Ja, danke.

Herr Dr. Ehrlich: Kommen Sie doch bitte mit in unser Aufnahmezimmer. Dort kann ich Ihnen einiges über unser Haus erzählen, bevor ich Sie herumführe. Ich würde Sie gerne besser kennenlernen, damit wir uns als Team auf Ihre Bedürfnisse einstellen können. Nehmen Sie doch bitte Platz. (Dr. E. erzählt über das Hospiz.) Nun aber zu Ihnen. Was können Sie mir über Ihre Situation erzählen?

Herr Bender: Nun ja, es fällt mir schwer, darüber zu sprechen, aber es muss ja wohl sein. Bei mir wurde Anfang des Jahres ein Krebs im Hals diagnostiziert, der schon sehr groß war. Ich habe dann Radiochemotherapie erhalten und es sah zunächst sehr gut aus, aber dann ist der Tumor wieder gewachsen. Jetzt haben mir die behandelnden Ärzte keine Hoffnung mehr gemacht. Ich würde zwar gerne zu Hause sterben, habe aber Angst davor, zu ersticken, wenn der Tumor zu groß wird. Ich habe jetzt schon manchmal Schwierigkeiten, genügend Luft zu bekommen, und verschlucken tue ich mich auch oft. Das ist kein schöner Tod, wie man ihn erhofft. Außerdem habe ich auch Angst, dass die Belastung für meine Frau zu groß wird. Wir haben niemanden, der uns unterstützen kann. Deshalb kommen wir zu Ihnen.



Fallbeispiel 2

Der Mann einer 50-jährigen Frau kommt zum Vorgespräch auf eine Palliativstation. Die Frau hatte vor einigen Jahren Brustkrebs, den sie erfolgreich überstanden hat. Jetzt hat sie Ovarialkrebs im Endstadium. Das Ehepaar hat Zwillinge im Alter von zehn Jahren.

Frau Dr. Hermann: Guten Tag, Herr Meier, der Sozialdienst hat Sie bereits angekündigt. Was kann ich für Sie tun?

Herr Meier: Ja, ich weiß gar nicht, ob Sie mir helfen können. Meine Frau liegt hier im Krankenhaus und soll zum Sterben nach Hause entlassen werden, aber ich kann sie nicht nach Hause nehmen. Wir haben Kinder, die in den letzten Jahren schon genügend gelitten haben, als meine Frau Brustkrebs hatte. Vor einem Jahr hat sie dann Krebs in den Eierstöcken bekommen und musste seitdem ständig ins Krankenhaus. Die Ärzte sagen mir, sie sei austherapiert, auch wenn sie das nicht wahrhaben will. Sie ist noch nicht so weit, dass sie den Tod akzeptiert, aber was ist das für ein Leben, wenn man den Bauch voller Wasser hat, einen künstlichen Ausgang, eine Ernährungssonde und, und, und. Ich weiß einfach nicht mehr weiter. Und ich weiß, dass ich die Pflege nicht schaffen werde oder nur auf Kosten der Kinder.

Fallbeispiel 3

Eine Frau nimmt Kontakt zu einem Hospiz auf, weil das Pflegeheim ihre demente, pflegebedürftige Mutter wiederholt in kurzen Abständen ins Krankenhaus verlegt hat. Dort wurden ihr verschiedene Antibiotika, Flüssigkeit und Sondenkost gegeben, obwohl sie eine Patientenverfügung hat, in der sie das ablehnt. Die Frau sucht Rat.

Frau Dr. Piepenbrock: Guten Tag, Frau Möller, Sie kommen wegen Ihrer Mutter zu mir, stimmt das? Wie haben Sie von uns erfahren?

Frau Möller: Ja. Guten Tag, Frau Dr. Piepenbrock. Wissen Sie, meine Mutter hat schon sehr frühzeitig eine Patientenverfügung verfasst, lange bevor sie dement wurde. Alle in der Familie wissen darüber Bescheid. Trotzdem wird die Verfügung missachtet, weil sie dem Krankenhaus nicht in Papierform vorliegt. Das Pflegeheim hat sie angeblich vom Krankenhaus nach der ersten Einweisung nicht zurückbekommen und das Krankenhaus sagt, es lag nie eine vor. Meine Geschwister und ich versuchen, herauszubekommen, ob meine Mutter eine Kopie gemacht hat und wer sie haben könnte. Ich habe das Problem zunächst nicht mitbekommen, weil meine Mutter im Rahmen ihrer Möglichkeiten noch einen fitten und glücklichen Eindruck machte. Nun hat sie aber sehr schnell sehr stark abgebaut und erkennt uns nicht mal mehr. Ich weiß, sie würde jetzt keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr wollen. Aber wie erreiche ich das? Können Sie mir helfen?

5 Palliativmedizinisches Basisassessment

Bei jedem neuen Patienten eines stationären Hospizes oder einer Palliativstation wird bei der Aufnahme ein palliativmedizinisches Basisassessment durchgeführt. Dazu dienen standardisierte Fragebögen wie der HOPE-Bogen. Manche Einrichtungen haben ihre eigenen Bögen entworfen, die sich in der Regel an dem HOPE-Bogen orientieren.



- a Sie hören das Beispiel eines palliativmedizinischen Basisassessments am Angelus Hospiz. Füllen Sie anhand des Dialogs den Bogen unten aus. Der Patient, Herr Blessing, leidet an Darmkrebs.



Symptome	Skala der Beschwerden			
	1 ➤ keine	2 ➤ leichte	3 ➤ mittlere	4 ➤ starke
Appetitlosigkeit				
Übelkeit				
Erbrechen				
Verstopfung				
Lymphödem				
Atemnot				
Probleme wegen Wunden				
Schmerzen				
Schwäche				
Müdigkeit/Erschöpfung				
Schlafstörungen				
Angst				
Depression				
Antriebslosigkeit				
Desorientiertheit				
Hilfe bei ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens)				
Mobilitätseinschränkung				
Versorgungsprobleme				
Überforderung der Familie				

- b** Hätten Sie das Gespräch anders geführt? Wo würden Sie nachhaken? Welche Fragen würden Sie noch oder auch anders stellen wollen? Welche Fragen wurden nicht gestellt? Diskutieren Sie diese Fragen.

6 Fachbegriffe versus Patientensprache

Manche Palliativmaßnahmen werden häufig durchgeführt und müssen dem Patienten erklärt werden. Schreiben Sie eine kurze Erklärung für die folgenden Begriffe.

Aszitespunktion

Pleurapunktion

Bedarfsmedikation

Absaugen

Abführen

7 Zitiert

Folgende Zitate handeln alle vom Leben und Sterben. Lesen Sie die Zitate und suchen Sie eines aus, das Ihnen besonders zusagt. Versuchen Sie, sich mit möglichst vielen anderen Teilnehmern über die Zitate auszutauschen.

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

Cecily Saunders

„Der Tod ist nichts Schreckliches. Nur die schreckliche Vorstellung macht ihn furchtbar.“

Epiktet

„Ich habe keine Angst vor dem Sterben. Ich möchte bloß nicht dabei sein, wenn es passiert.“

Woody Allen

„Nichts ist gewisser als der Tode, nichts ungewisser als seine Stunde.“

Anselm von Canterbury

„Ich habe keine Angst vor dem Tod, weil ich nicht an ihn glaube. Man steigt nur einfach von einem Wagen in einen anderen um.“

John Lennon

„Man stirbt, wie man lebte; das Sterben gehört zum Leben, nicht zum Tod.“

Ludwig Marcuse

„Was die Raupe Ende der Welt nennt, nennt der Rest der Welt Schmetterling.“

Laotse


„Die Medizin sollte dafür sorgen, dass die Menschen so alt wie möglich jung sterben.“

Evelyn Arthur St. John Waugh

Trainingseinheit 6

KOMMUNIKATION IN SCHWIERIGEN KONTEXTEN

1 Gespräch in der Notaufnahme

-  **a** Hören Sie das folgende Gespräch zwischen einer Ärztin und einem Patienten. Besprechen Sie anschließend Ihre Eindrücke: Wie empfinden Sie den Patienten? Scheint Ihnen die Reaktion der Ärztin angemessen? Wie hätten Sie reagiert?
- b** Sammeln Sie in kleinen Gruppen Ihre eigenen Erfahrungen mit wütenden Patienten. Berichten Sie als Gruppe dem Kurs von einem besonderen Vorfall.
- c** Welche Gefahren ergeben sich für das Personal und die Betroffenen selbst bei eskalierender Wut?
- d** Reflektieren Sie gemeinsam über mögliche Bedingungen für das Entstehen von Wut bzw. Aggression.

2 Konfliktfrei kommunizieren

- a** Lesen Sie den folgenden Text.

Gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation

Kommunikation bestimmt unser tägliches Miteinander. Wir kommunizieren ständig, ohne diesen Prozess groß zu hinterfragen. In bestimmten Situationen ist es allerdings wichtig, die Kommunikation ganz bewusst zu gestalten. Dazu gehören auch die Begegnungen von Ärzten mit ihren Patienten. Auf der Grundlage kommunikationstheoretischer Erkenntnisse gibt die psychologische Forschung dem medizinischen Personal eine Reihe von Mitteln an die Hand, um die Kommunikation mit den Patienten möglichst effizient und konfliktfrei zu gestalten.

Im Mittelpunkt der Beziehung zwischen dem Arzt und seinen Patienten steht das Gespräch. Wenngleich es bei der verbalen Begegnung zwischen Arzt und Patient in erster Linie um den Austausch von sachlichen Informationen geht, so ist diese wie jede andere zwischenmenschliche Kommunikation stets auch von Emotionen geprägt. Und wenn Gefühle die Oberhand gewinnen und Situationen zu eskalieren drohen, sind professionelle Strategien gefragt, um zur Entschärfung beizutragen.

Deeskalierende Gesprächstechniken einzusetzen, bedeutet dabei keineswegs, dass Formeln und Floskeln als fertige Versatzstücke in die Gesprächsführung einfließen sollen. Die Betonung liegt vielmehr auf der Fähigkeit, Kommunikationsprozesse zu reflektieren und Verständnis zu entwickeln für Reaktionen der Patienten. Dazu gehört auch die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, Selbstreflexion und Selbstkritik.

Das Krankenhaus ist eine Umgebung, die bei vielen Patienten Stress verursacht: Sie haben Schmerzen, Ängste, fühlen sich verunsichert und ausgeliefert. Daraus ergibt sich eine gesteigerte Reizbarkeit, die sich auch in der Kommunikation mit dem medizinischen Personal bemerkbar macht und zu Konflikten führen kann. Hinzu kommt, dass Patienten Ärzte und Pflegepersonen zuweilen als Stellvertreter einer Struktur wahrnehmen und ihren Unmut über die Gesundheitspolitik oder gegebene Zustände im Krankenhaus auf ihre jeweiligen Gesprächspartner projizieren.

Doch nicht nur äußere Umstände können zu streitsüchtigem Verhalten führen. Aggressivität und Gewaltbereitschaft gründen manchmal auch in der Erkrankung selbst: So gehören sie nicht nur zum möglichen Erscheinungsbild von Psychosen oder Suchterkrankungen, sondern auch von Demenz und Depressionen.

Während Ärzte in Bezug auf beanstandete organisatorische Aspekte der Krankenhausumgebung oder gesundheitspolitische Fragen meist einen begrenzten Handlungsspielraum haben, können sie durch reflektiertes Kommunizieren viel zur Entspannung von Konfliktsituationen beitragen.

Marshall B. Rosenberg, klinischer Psychologe und Gründer des gemeinnützigen *Zentrums für gewaltfreie Kommunikation* in Sherman, Texas, entwickelte ein Konzept zur Gewaltfreien Kommunikation, das auf der klientenzentrierten Gesprächstherapie seines Lehrers Carl Rogers basiert. Rosenbergs Konzept ist jedoch nicht auf den gesprächstherapeutischen Rahmen begrenzt, sondern betrifft Kommunikation im Allgemeinen. Die Grundregeln seines Konzepts lassen sich auch für deeskalierende Gesprächstechniken im Arzt-Patienten-Gespräch nutzen.

Rosenberg unterscheidet vier Schritte bei der gewaltfreien Kommunikation. Der erste Schritt ist die Beobachtung und möglichst wertfreie Analyse der Konfliktsituation. Was hat die Spannungen ausgelöst? Die Betonung liegt dabei auf konkreten Auslösern und nicht auf Personen oder wertenden Schuldzuweisungen. Laut Rosenberg entstehen Konflikte, wenn Beobachtung und Bewertung vermischt werden.

In einem zweiten Schritt geht es um die Gefühle der Betroffenen. Die Emotionen sollen mit dem in Verbindung gebracht werden, was beobachtet wurde, und durch eine klare Benennung vom sachlichen Anlass getrennt werden: „Sie sind verärgert,

weil Sie lange warten mussten.“ Dadurch soll vermieden werden, dass gefühlsbetonte Interpretationen der Situation zu Schuldzuweisungen und Vorwürfen führen.

Der folgende Schritt stellt das Bedürfnis in den Mittelpunkt. Wenn Bedürfnisse klar geäußert werden, erkennt man auch die Verletzung dieser Bedürfnisse und kann entschärfend eingreifen: „Ich verstehe: Sie erwarten zu Recht, dass wir uns angemessen um Sie kümmern, wenn Sie mit Ihrem Problem zu uns kommen ...“

Der vierte und letzte Schritt besteht in der Handlung. Damit der Konflikt einer konstruktiven Lösung zugeführt werden kann, muss etwas geschehen. Dieses Handlungsziel sollte so konkret wie möglich formuliert sein, damit es auch umgesetzt werden kann und tatsächlich zu einer Entspannung führt: „Ich werde sofort die Kollegen beim Röntgen anrufen, damit Sie so rasch wie möglich untersucht werden.“

In Lebensbereichen, die stark mit Angst besetzt sind, ist es besonders wichtig, Gefühle und Bedürfnisse offen zu besprechen. Laut Rosenberg erfordert dies Mut und die Bereitschaft, auch die nötige Zeit zu investieren.

Zum Aspekt der Gefühle gehört auch, die eigenen Emotionen zu erkennen und zu beherrschen. Dazu ist es hilfreich, dem Gegenüber nicht sofort zu antworten, sondern einige Sekunden zu warten, um zu einem sachlichen Ton zurückzufinden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, aggressive Äußerungen oder Beleidigungen nicht auf sich selbst zu beziehen.

Bei allem Verständnis, das dem Gegenüber entgegengebracht wird, sollte man dieses aber auch einfordern – sofern das Krankheitsbild des Patienten eine gewisse Einsicht zulässt.

b Welche der Antworten a, b oder c passt am besten zu den Aussagen des Textes?

- 1** In der Arzt-Patienten-Beziehung
 - a** geht es ausschließlich um einen sachlichen Informationsaustausch.
 - b** haben kommunikationstheoretische Fragen keinen Platz.
 - c** sollte ganz bewusst kommuniziert werden.
- 2** Entschärfende Gesprächstechniken
 - a** benutzen fertige Formulierungen.
 - b** betonen das Nachdenken über Kommunikationsprozesse.
 - c** grenzen Emotionen vollständig aus.
- 3** Patienten
 - a** fühlen sich im Krankenhaus immer gut aufgehoben.
 - b** sind im Krankenhaus gereizt, weil sie unter Stress leiden.
 - c** unterscheiden klar zwischen dem Personal und der Struktur des Gesundheitssystems.
- 4** Um Konfliktsituationen zu beruhigen,
 - a** bemühen sich die Ärzte um eine faire Gesundheitspolitik.
 - b** sollte überlegt kommuniziert werden.
 - c** wird der Handlungsspielraum von Ärzten erweitert.
- 5** Das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation
 - a** eignet sich auch für das Gespräch zwischen Arzt und Patient.
 - b** entstand in enger Zusammenarbeit mit Carl Rogers.
 - c** wurde für die Gesprächstherapie entwickelt.
- 6** Die einzelnen Schritte der gewaltfreien Kommunikation
 - a** sollen zu einer konkreten Aktion führen.
 - b** umfassen eine bewertende Analyse der Ausgangssituation.
 - c** verletzen möglicherweise Patientenbedürfnisse.

3 Aggression

a Ergänzen Sie die passenden Ausdrücke.

Zwischenfälle mit aggressiven Patienten sind im Krankenhausalltag keine Seltenheit; einige sogar in physischer Gewalt. Aggressives Verhalten von Patienten gegenüber dem Personal kann vielfältige Gründe haben, von inneren Spannungen bis zu Stress. Auch seitens des Personals gibt es Stressfaktoren, die selbst bei gut geschulten Kräften zuweilen zu Reaktionen führen. Einer von Konflikten vorzubeugen, liegt gleichermaßen im Interesse der Patienten und der Beschäftigten. Zum professionellen Umgang mit gehört ein gewisses theoretisches Grundwissen, das auch eine eindeutige Definition von wesentlichen Begriffen beinhaltet.



Dem Begriff „aggressiv“ begegnet man im Alltag oft in Situationen, in denen Unmut oder Zorn lautstark geäußert wird. In vielen Definitionen heißt es jedoch, dass Aggression eine ganz gezielte Handlungsweise sei. In diesem Sinne spricht man von, wenn jemand absichtlich etwas tut oder unterlässt, um einer anderen Person psychischen oder physischen Schaden zuzufügen. Andere Definitionen beinhalten auch die innere zur Aggression, aggressive Impulse oder Ähnliches, selbst wenn sie nicht zu aggressivem Verhalten führen.

Erscheinungsformen aggressiven Verhaltens sind neben den körperlichen Aggressionsformen wie Schlagen oder Kratzen auch die und die mimisch-gestische Aggression. Während letztere sich in Drohgebärden wie der geballten Faust oder dem Emporstrecken des Zeigefingers äußert, ist die sprachliche Aggression ihrem nach aggressiv. Aber auch unauffälliges Verhalten wie dem Gegenüber nicht zuzuhören oder nicht zu antworten oder jemanden zu übergehen kann durchaus auf einer aggressiven Absicht beruhen. Wie immer man Aggression mag, im Beschreiben von Patientenverhalten kommt der klaren zwischen erregten Gemütszuständen und schädigendem Verhalten große Bedeutung zu. Allzu schnell kann es sonst zu Beurteilungen und unangemessenen Maßnahmen kommen.

aggressivem Verhalten
Bereitschaft
definieren
Differenzierung
eskalieren

Inhalt
Konfliktsituationen
situationsbedingtem
unangemessenen
verbale

voreingenommenen
wahrnehmbarem
Zuspitzung

- b Ordnen Sie folgende Begriffe den entsprechenden Feldern zu. Diskutieren Sie dabei Begriffe an der Schwelle zur Aggression: Wo beginnt für Sie Aggression?

androhen

ärgern ✓

bedrohen

beißen ✓

beleidigen

beschimpfen ✓

böse

brechen

brüllen ✓

drohen

erbost

explodieren

feindselig

frustriert

hinwerfen ✓

niederschlagen

schlagen

schnauben

schreien

schubsen

spucken

stampfen

sticheln

stören

toben

treten

verärgert

zertrümmern

zuschlagen

Negative Gefühle

ärgern

Eskalierende Gefühlsausbrüche

brüllen

Verbale Aggression

beschimpfen

Stellvertretende Aggression (Gegenstände)

hinwerfen

Körperliche Aggression

beißen

4 Gesprächstechniken

- a** „Aktives Zuhören“ bezeichnet eine Grundeinstellung und gleichzeitig eine Technik, anhand derer man schwierigen Gesprächspartnern das Gefühl geben kann, gehört und auch verstanden zu werden. Ziel ist das Vermeiden oder die Entschärfung von Konfliktsituationen. Die Gesprächstechnik umfasst verbale und non-verbale Methoden.

Verbale Methoden

- Paraphrasieren: Die Aussage des Gegenübers wird mit eigenen Worten wiederholt, z.B.: „Sie sagen, dass Sie übergegangen wurden.“
- Verbalisieren: Die (unausgesprochenen) Gefühle des Gegenübers werden ausgedrückt, z.B.: „Das hat Sie aufgebracht.“
- Nachfragen: z.B.: „Bei der Anmeldung sagte man Ihnen also ...?“
- Klären: Einzelheiten, die unklar sind, nachfragen, nicht übergehen
- Weiterführen: Interesse zeigen, z.B.: „Und was haben Sie dann gemacht?“
- Abwägen: z.B.: „Hat es Sie besonders geärgert, dass Sie lange warten mussten oder dass andere Patienten vor Ihnen untersucht wurden?“

Non-verbale Methoden

- Zuwenden zum Gesprächspartner
- Augenkontakt
- einladende Gesten
- Kopfnicken

- b** Sprechen Sie mit einer Partnerin bzw. einem Partner. Nehmen Sie abwechselnd die Rolle des bzw. der Zuhörenden und des Sprechenden ein. Wenden Sie dabei möglichst viele der oben genannten Techniken an. Wählen Sie einfache Themen. Üben Sie die Technik.
- c** Schreiben Sie einen Bericht über einen Zwischenfall mit einem aggressiven Patienten.

Situation

Sie haben Nachtdienst in der Notfallambulanz. Ein Patient wird wegen einer Distorsion des Handgelenks vorstellt. Er pöbelt Sie und das Pflegepersonal an und wird zunehmend verbal aggressiv. Sie versuchen zu deeskalieren. Der Patient verletzt sich schließlich selbst, als er die Glastür eines Medikamentenschrankes zerschlägt. Sie schreiben einen Bericht für das Krankenhaus über den Hergang.

5 Kommunikation mit Angehörigen



- a** Sie hören ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Angehörigen einer Patientin. Entscheiden Sie, ob die folgenden Aussagen in Bezug auf das Gehörte richtig oder falsch sind.

richtig falsch

Frau Luger

- 1 befand sich in einem lebensbedrohlichen Zustand.
- 2 war bei der Aufnahme verwirrt und ungepflegt.
- 3 wurde von Dr. Becker ins Krankenhaus eingewiesen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Untersuchungen

- 4 ergaben Hinweise auf akuten Flüssigkeitsmangel.
- 5 ergaben keine Anzeichen eines rezenten ischämischen Geschehens.
- 6 konnten wegen mangelnder Kooperation nicht durchgeführt werden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Patientin

- 7 beklagte sich bei ihrer Tochter über Wortfindungsstörungen.
- 8 schien manchmal etwas bedrückt zu sein.
- 9 zeigte keine wahrnehmbare Reizbarkeit.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frau Lugers Tochter

- 10 interessiert sich für die Angehörigenberatung.
- 11 möchte so viel wie möglich über Therapiemöglichkeiten erfahren.
- 12 weigert sich zu glauben, dass ihre Mutter krank sein könnte.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- b** Ein Angehöriger hat Ihnen folgenden Beitrag aus einer Zeitschrift kopiert und möchte Ihre Meinung wissen.

Die Realität von Demenzkranken

Demenzkranken können anstrengend sein – sie stellen immer wieder die gleichen Fragen, tun für Außenstehende unsinnige Dinge, möchten weglaufen; sie schreien, beißen, schlagen. Oft fällt es schwer, ihre Impulse und Emotionen nicht als Verrücktheiten abzutun.

Doch was uns rätselhaft oder verrückt erscheint, ist für die Betroffenen Wirklichkeit, und ihre Gefühle und Handlungen sind für sie selbst angemessene Reaktionen auf ihre eigene Realität. Sie sind nicht mehr in der Lage, ihre „verrückten“ Empfindungen nach unseren Vorstellungen zurechtzurücken. Wenn Kommunikation noch gelingen soll, müssen wir als Gesunde ihnen ein Stück weit entgegenkommen.

Validation heißt die Methode, die von der Psychologin Naomi Feil entwickelt wurde. Validieren bedeutet in diesem Zusammenhang, die Realität der

Betroffenen „für gültig zu erklären“, also zu respektieren. Es hat keinen Sinn, sie davon überzeugen zu wollen, dass ihre Wahrnehmung falsch ist. Das bewirkt lediglich Unsicherheit, Angst, Verzweiflung und schließlich Aggressivität. Die Wirklichkeit des demenzkranken Menschen zu akzeptieren, fördert nicht nur die Kommunikation, sondern verhindert auch emotionale oder gewalttätige Ausbrüche.

Für die Alternswissenschaftlerin Nicole Richard liegt der Schlüssel zu einer erfolgreichen Kommunikation mit Demenzkranken in deren Wertschätzung. Richard empfiehlt den Angehörigen, demente Menschen nicht an ihren fortschreitenden Defiziten zu messen, sondern an dem, was sie noch können und was sie im Leben geleistet haben. Richard betont, dass es demenzkranken Menschen helfe, wenn man immer wieder ihre Lebensleistung betone.

Wenn eine 90-Jährige aus dem Pflegeheim nach Hause zu ihren kleinen Kindern möchte, hat es keinen Zweck, ihr zu erklären, dass die Kinder erwachsen sind und sie nicht mehr brauchen. Richtiger wäre, die Frau ernst zu nehmen und sie in ihrer Fürsorge zu bestätigen: „Sie sind wirklich eine gute Mutter, immer da, wenn Ihre Kinder Sie brauchen.“

Aus diesen Ansätzen werden Verhaltensweisen abgeleitet, die Angehörigen empfohlen werden oder die sie vermeiden sollten. Am wichtigsten sei es, die Realität des kranken Menschen zumindest teilweise zu akzeptieren, auch wenn dies mitunter

schwerfalle. Und Demenzkranke benötigen viel Bestätigung, Lob und Ermutigung.

Angehörige sollten unbedingt vermeiden, den Erkrankten ihre Defizite vorzuführen. Korrigieren sei kontraproduktiv, ebenso wie ermahnen oder diskutieren. Die Betroffenen seien in der Regel längst nicht mehr zugänglich für sachliche Argumente.

Eine wertschätzende Kommunikationstechnik bringe allen Beteiligten nur Vorteile, so die Wissenschaftlerin: Demenzkranke fühlten sich verstanden und akzeptiert, während Angehörige und Pflegepersonen im Umgang mit ihnen sicherer würden.

- c Diskutieren Sie den im Text beschriebenen Ansatz der „Validation“. Ist er Ihnen ein Begriff, halten Sie ihn für hilfreich oder angemessen? Was kritisieren Sie an der Methode? Berichten Sie von eigenen Erfahrungen im Umgang mit Demenzpatienten.
- d Rollenspiel – Sie beraten den Ehemann einer demenzkranken Patientin über die Kommunikation mit seiner Frau. Lassen Sie eigene Erfahrungen und Ansichten mit einfließen.

6 Schwierige Kommunikation bis hin zur Kommunikationsverweigerung

- a Überlegen Sie gemeinsam, bei welchen Patienten es noch zu besonderen Kommunikationsproblemen kommen könnte. Welche spezifischen Probleme in der Kommunikation sind bei den jeweiligen Patienten möglich?



- b Sie hören einen kurzen Ausschnitt aus einem Gespräch mit einem Patienten. Erkennen Sie typische Haltungen suchtkranker Menschen bei dem Patienten? Welche?

ENGLISH

- C2** telc English C2
- C1** telc English C1
- B2-C1** telc English B2-C1 Business
telc English B2-C1 University
- B2** telc English B2
telc English B2 School
telc English B2 Business
telc English B2 Technical
- B1-B2** telc English B1-B2
telc English B1-B2 School*
telc English B1-B2 Business
- B1** telc English B1
telc English B1 School
telc English B1 Business
telc English B1 Hotel and Restaurant
- A2-B1** telc English A2-B1
telc English A2-B1 School
telc English A2-B1 Business
- A2** telc English A2
telc English A2 School
- A1** telc English A1
telc English A1 Junior

DEUTSCH

- C2** telc Deutsch C2
- C1** telc Deutsch C1
telc Deutsch C1 Beruf
telc Deutsch C1 Hochschule
- B2-C1** telc Deutsch B2-C1 Medizin
- B2** telc Deutsch B2+ Beruf
telc Deutsch B2
- B1-B2** telc Deutsch B1-B2 Pflege
- B1** telc Deutsch B1+ Beruf
Zertifikat Deutsch
Zertifikat Deutsch für Jugendliche
- A2-B1** Deutsch-Test für Zuwanderer
- A2** telc Deutsch A2+ Beruf
Start Deutsch 2
telc Deutsch A2 Schule
- A1** Start Deutsch 1
telc Deutsch A1 Junior

ESPAÑOL

- B2** telc Español B2
telc Español B2 Escuela
- B1** telc Español B1
telc Español B1 Escuela
- A2-B1** telc Español A2-B1 Escuela*
- A2** telc Español A2
telc Español A2 Escuela
- A1** telc Español A1
telc Español A1 Escuela
telc Español A1 Júnior

TÜRKÇE

- C1** telc Türkçe C1
- B2** telc Türkçe B2
telc Türkçe B2 Okul
- B1** telc Türkçe B1
telc Türkçe B1 Okul
- A2** telc Türkçe A2
telc Türkçe A2 Okul
telc Türkçe A2 İlkokul
- A1** telc Türkçe A1

FRANÇAIS

- B2** telc Français B2
- B1** telc Français B1
telc Français B1 Ecole
telc Français B1 pour la Profession
- A2** telc Français A2
telc Français A2 Ecole
- A1** telc Français A1
telc Français A1 Junior

РУССКИЙ ЯЗЫК

- B2** telc Русский язык B2
- B1** telc Русский язык B1
- A2** telc Русский язык A2
- A1** telc Русский язык A1

ITALIANO

- B2** telc Italiano B2
- B1** telc Italiano B1
- A2** telc Italiano A2
- A1** telc Italiano A1

PORTUGUÊS

- B1** telc Português B1

JĘZYK POLSKI

- B1-B2** telc Język polski B1-B2 Szkoła

اللغة العربية

- B1** telc اللغة العربية B1

Übungstests zu allen Prüfungen können Sie kostenlos unter **www.telc.net** herunterladen.

Trainingseinheiten 4–6

TRAININGSEINHEITEN

DEUTSCH B2·C1 MEDIZIN

Die *Trainingseinheiten Deutsch B2·C1 Medizin* 1–24 dienen dem fachsprachlichen Unterricht von internationalen Ärztinnen und Ärzten, die sich auf die Prüfung *telc Deutsch B2·C1 Medizin* vorbereiten. Jede Trainingseinheit bildet eine in sich geschlossene thematische Einheit. Mit den Trainingseinheiten können Ärztinnen und Ärzte sprachlich kompetent auf ihren Arbeitsalltag vorbereitet werden. Sie liefern jeweils Material für etwa fünf oder sechs Unterrichtseinheiten. Zur Bearbeitung der Trainingseinheiten sind in der Regel allgemeinsprachliche Deutschkenntnisse auf dem Kompetenzniveau B2 oder C1 erforderlich.

Das hier vorliegende Aufgabenheft sollte den Kursteilnehmenden als Klassensatz zur Verfügung stehen.