

Medizinische Universität Graz
Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Bachelorarbeit

***Kommunikation auf der Palliativstation,
im Mittelpunkt die Betrachtung
des Gesprächs mit Palliativpatientinnen und
Palliativpatienten***

Vorgelegt von: Simone Maria Woschitz

Begutachter: Mag. Dr. med.univ. Pilgram Erwin Horst

Albert- Schweitzer Gasse 36, 8020 Graz

Lehrveranstaltung: Palliativpflege und Hospiz

Einreichung: September 2012

*„Wir können
uns nicht aussuchen,
wie wir sterben - oder wann.
Aber wir können entscheiden,
wie wir jetzt leben.“
(Joan Baez) ¹*

Abb.1



¹ (vgl. <http://www.zitate-suche.de/sterben.html>)

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 24.07.2012

Woschitz Simone

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Einleitung..... | 5 |
| 2 | Methodologie | 7 |
| 3 | Palliativmedizin/ Palliativ Care | 9 |
| 3.1 | Welche Menschen werden in der Palliativ Care „behandelt“?..... | 10 |
| 4 | Das Palliativteam..... | 11 |
| 4.1 | Leitsätze..... | 12 |
| 4.2 | Wer gehört zu einem Palliativteam..... | 14 |
| 5 | Kommunikation mit Palliativpatientinnen und -patienten..... | 15 |
| 5.1 | Arten der Kommunikation..... | 18 |
| 5.1.1 | verbale Kommunikation | 18 |
| 5.1.2 | nonverbale Kommunikation | 18 |
| 5.2 | Ziele der Kommunikation..... | 19 |
| 5.3 | Ebenen der Kommunikation..... | 21 |
| 6 | Regeln bei der Führung von Gesprächen..... | 23 |
| 7 | Übermittlung von schlechten bzw. schwierigen Nachrichten..... | 27 |
| 7.1 | Wie reagieren die Betroffenen auf schlechte Botschaften | 29 |
| 8 | Welche Rolle besitzt die Ärztin/der Arzt in der Kommunikation mit Palliativpatientinnen und -patienten..... | 30 |
| 9 | Erwartungen der Palliativpatientinnen und Palliativpatienten..... | 34 |
| 9.1 | Die letzten Wünsche einer sterbenden Person..... | 35 |
| 9.2 | 12 Rechte von den schwerstkranken Menschen | 36 |
| 10 | Die Kommunikation mit dementen sterbenden Personen..... | 37 |
| 11 | Die Kommunikation mit den Angehörigen | 40 |
| 12 | Schlussfolgerung..... | 43 |
| 13 | Literaturverzeichnis | 45 |
| 14 | Zeitschriften/ E-Journals | 48 |
| 15 | Internet | 48 |

1 Einleitung

*„Keiner wird gefragt,
wann es ihm recht ist,
Abschied zu nehmen von Menschen,
Gewohnheiten, sich selbst irgendwann.
Plötzlich heißt es damit umzugehen,
ihn auszuhalten diesen Abschied,
diesen Schmerz des Sterbens,
dieses Zusammenbrechen, um neu aufzubrechen.“*

(Bickel Margot)²

Palliative Care bzw. Palliativmedizin, sind Begriffe, die wir wahrscheinlich alle schon einmal gehört haben und meiner Meinung nach, auch kennen sollten.

Jeden Tag werden Menschen mit dem Tod konfrontiert. Es ist ein Thema, mit dem sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens beschäftigen sollte oder muss. In der Realität wird dieses Thema aber meist lieber so gut wie möglich vermieden. Das ist ein natürlicher Mechanismus des Menschen, es ist ja auch kein lustiges Gesprächsthema. Themen, die uns Menschen belasten, traurig stimmen, Themen mit denen wir nicht wissen wie umgehen und deshalb Angst vor ihnen haben, vermeiden oder übergehen wir lieber, ein alt bekannter Verdrängungsmechanismus. Auch wenn wir wissen, dass wir durch unser Verhalten das Geschehene oder das was geschehen wird, nicht ungeschehen machen können, denken wir dieser Umgang hilft uns. Irgendwie müssen wir damit umgehen und dieser Weg erscheint uns recht komfortabel. Für den Moment zumindest. Wir blockieren, ignorieren, wechseln das Thema. Doch irgendwann werden wir eingeholt. Wir können nicht davon laufen, niemand kann so schnell sein. Sterben betrifft uns alle, kein einziger Mensch auf dieser Erde kann dem Tod entrinnen, weder seinem eigenen noch dem von nahestehenden Personen. Ob wir das wollen oder nicht, das werden wir nicht gefragt.

² (vgl. <http://www.trauerspruch.de/texte-fuer-beileidskarten.htm>)

Warum habe ich mich für dieses Thema entschieden?

Wenn ich ehrlich bin, habe ich mich selber bis jetzt auch noch nicht so wirklich mit dem Sterben beschäftigt. Erst als meine Uroma und Nachbarin gestorben sind, habe ich angefangen mir darüber Gedanken zu machen. Besonders bei meiner Nachbarin bekam ich alles sehr gut mit. Sie erkrankte an Krebs und bekam die Nachricht, dass es keine Heilung mehr für sie gibt. Es wurde der Familie gesagt, dass sie ihr noch maximal ein halbes Jahr zu leben geben. Also haben sich alle darauf vorbereitet und angefangen sich von ihr langsam zu verabschieden. Sie selbst wusste nicht, dass es für sie keine Heilung mehr gibt. Man hat es ihr verschwiegen. Diese Zeit war wie eine „Achterbahn“. Einmal ging es ihr prima, dann wieder schlecht. Dazwischen gab es sogar so etwas wie ein Wunder. Sie war schon bettlägerig und auf einmal konnte sie wieder gehen. Nach dieser Zeit jedoch kam wieder das Tief und es folgte auch kein Hoch mehr. Am Ende ihres Leidens, war sie für kurze Zeit auf einer Palliativstation. Dadurch kam ich das erste Mal mit Palliativcare in Berührung. Das Personal war sehr gut ausgebildet und war wirklich für alle da, besonders für die Nachbarin, es wurden aber auch die Angehörigen bei jeder noch so klein erscheinenden Angelegenheit miteinbezogen.

Vielleicht hab ich mich auch deshalb für das Thema entschieden, weil ich selbst Angst habe vor dem Thema sterben an sich, aber vor allem vor dem Umgang mit der Situation, vor der Kommunikation mit nahestehenden Personen, und hauptsächlich vor einem Gespräch mit dem/der Sterbenden. Was soll man einem Menschen in dieser Lebensphase sagen? Phrasen, wie „Es wird schon wieder alles gut“, „Bald wird es besser, bald kommst du nach Hause“, „die Schmerzen werden weniger und bald ganz weg“, die nicht immer nur Phrasen sind, die wir aber auf alle Fälle sehr gerne verwenden, sind in so einem Moment wohl kaum angebracht. Ich find unglaublich bewundernswert was Menschen, die sich für einen beruflichen Alltag in so einem Tätigkeitsbereich entschieden haben, für andere Menschen tun und wie sie das für sich selbst meistern.

Die Arbeit in der Palliativcare sollte von der allgemeinen Bevölkerung mehr beachtet und anerkannt werden und ich hoffe ich kann mit dieser Arbeit zumindest einen winzigen Schritt dazu beitrage

2 Methodologie

Meine Literaturrecherche führte mich in die Räumlichkeiten der Bibliotheken der medizinischen Universität Graz und der Karl-Franzens Universität. Fündig wurde ich außerdem in der komplexen, weiten Welt des Internets.

Die Hauptfragen, die ich mir gestellt habe und die ich mit dieser Bachelorarbeit beantworten versucht habe, waren:

1. Was versteht man unter einem Palliativteam und wer ist in so einem Team?
2. Worauf ist bei der Kommunikation innerhalb des Teams zu achten?
3. Wie sollte die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen aussehen?

Meine Arbeit beginnt mit einer allgemeinen Begriffserklärung in Verbindung mit einer kurzen Erläuterung der grundlegenden Ziele der Palliative Care. In den darauffolgenden Kapiteln beschäftige ich mich mit dem Team auf einer Palliativstation. Dabei will ich verdeutlichen wie interdisziplinär das Konzept Palliativteam geführt werden sollte, welche Berufsgruppen sollten und/oder können zu so einem Team gehören und welche Leitsätze sind grundlegende Basis, auf welcher ein solches Konzept aufgebaut wird.

Anschließend setze ich mich mit der Kommunikation an sich und als unverzichtbares oder auch unvermeidbares Grundelement jeglicher palliativer Betreuung auseinander. Hierbei gehe ich auch auf wichtige „Regeln“ für eine gelungene Gesprächsführung ein, deren Beachtung vor allem für ein Gespräch, in dem schlechte Nachrichten übermittelt werden sollen, äußerst wichtig und auch hilfreich ist. Ich beschreibe auch mögliche Reaktionen der Patientinnen und Patienten, stelle vor allem ihre Erwartungen, Wünsche und Rechte in den Mittelpunkt und erläutere anschließend die Rolle, die die Ärztin/der Arzt in der Palliativcare einnimmt.

Zum Schluss hin setzte ich mich noch mit einer Subgruppe von Patientinnen und Patienten auseinander und zwar mit an Demenz erkrankten Menschen, da die Kommunikation mit solchen Patientinnen und Patienten noch einmal schwieriger ist und bis heute nur wenig erforscht ist. Diese Menschen müssen jedoch genauso diese letzte Phase des Lebens durchmachen und haben somit genauso ein Recht auf gute Betreuung und gute Kommunikation.

Da die Angehörigen ebenso eine bedeutende Rolle spielen, beende ich meine Arbeit mit einem Kapitel über die Kommunikation mit Angehörigen.

Mein Ziel war es, aufzuzeigen wie wichtig eigentlich die Kommunikation ist, besonders im Palliativbereich. Ein weiteres Ziel für mich war, dass sich die Leserin/der Leser meiner Arbeit aufgefordert fühlt, sich doch einmal Gedanken über das Thema Sterben zu machen und seine/ihre Wünsche und Erwartungen für diese Zeit ihres Lebens.

Was würden Sie sich als Patientin oder Patient von den Menschen, die auf einer Palliativstation arbeiten wünschen bzw. erwarten?

3 Palliativmedizin/ Palliativ Care

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliativmedizin/ Palliativ Care wie folgt:
„ Palliativ Care/ Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“
(Klaschik 2009, S.2)

Mittlerweile wird die Palliativmedizin vielerorts als neue, eigenständige Fachrichtung der Medizin gesehen und auch anerkannt. Tatsächlich aber, ist sie eine der ältesten Disziplinen überhaupt. Der Grund dafür ist, dass es früher bei den meisten Krankheiten keine Chance auf Heilung gab. Die meisten Menschen mussten an Erkrankungen sterben, für die es heute Therapien bzw. Behandlungen gibt. (vgl. Klaschik 2009, S.1)

Das Wort „palliativ“ stammt aus dem lateinischen „pallium“ und bedeutet Mantel, Bedeckung. „Care“ wird dagegen meistens als Versorgung übersetzt. Viele belassen es aber beim englischen Wort „palliativ Care“. So gesehen stellt Palliativ Care die Hauptdisziplin dar, die Begriffe Palliativmedizin und Palliativpflege dagegen Teildisziplinen. (vgl. Nagele, Feichtner 2012, S.16)

Das Ziel der Palliativ Care ist in erster Linie Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu betreuen bzw. zu begleiten. Dabei steht im Vordergrund, dass die Sterbenden einfach nicht allein bleiben in dieser Phase, dass sie nicht allzu große Schmerzen erdulden müssen und dass versucht wird den Umständen entsprechend eine bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Weiteres sollten auch die Angehörigen immer miteinbezogen werden und die Behandlung muss durch ein multiprofessionelles Team erfolgen. Im Zentrum stehen immer die Sterbenden und deren Angehörige. (vgl. Nagele, Feichtner 2012, S.17, ; vgl. Sorge 2009 S.132-133)

Zu den Zielen möchte ich noch eine Aussage zitieren, aus der man, meiner Meinung nach, gut herauslesen kann, worum es in der Palliativ Care im Grunde geht und worauf von allen Beteiligten besonders Wert gelegt werden sollte. Das Zitat lautet: *„ Sie sind wichtig, so wie*

Sie sind. Und weil Sie so wichtig sind, wollen wir alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern bis zuletzt leben können.“ (Cicely Saunders) (Sorge 2009, S. 132)

Zu den Grundsätzen der Palliativ Care gehört unter anderem, die psychosoziale Betreuung, die Betreuung von allen Beteiligten, die Lebensqualität, die Trauerarbeit, die Leidenslinderung, Informed Consent, die Interprofessionalität und der Verlust. (vgl. Werni-Kourik 2009, S. 25)

3.1 Welche Menschen werden in der Palliativ Care „behandelt“?

Bevor ich auf die Patientengruppe eingehe, möchte ich noch kurz beschreiben, ab wann wir eigentlich von Palliativ Care sprechen, ab welchem Zeitpunkt im Leben eines Menschen ist die ihm/ihr zuteil werdende Medizin Palliativmedizin?

Viele denken, dass es am Ende des Lebens anfängt, wenn der Mensch also im Sterben liegt, doch dies stimmt so nicht ganz. Die Palliativ Care beginnt weit vorher und zwar ab dem Zeitpunkt, wo klar wird, dass die Heilung nicht mehr das Ziel ist und der Erhalt einer gewissen Lebensqualität in den Mittelpunkt rückt. (vgl. Nagele, Feichtner 2012, S. 18)

Bei den Patientinnen und Patienten handelt es sich um Menschen aller Altersgruppen und unterschiedlicher Herkunft, die jedoch eines alle gemein haben, sie leiden an Erkrankungen, wo eine Therapie die zur Heilung führen würde, nicht bekannt ist oder nicht mehr möglich ist. Dazu gehören unter anderen Erkrankungen, wie zum Beispiel Morbus Parkinson, Tumorerkrankungen oder nicht heilbare Herz- Kreislauf Erkrankungen. (vgl. Nagele, Feichtner 2012, S. 18)

4 Das Palliativteam

Auf einer Palliativstation steht nicht nur die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen im Mittelpunkt, sondern auch die Konversation in einem Palliativteam. Gerade in dieser medizinischen Disziplin ist die Zusammenarbeit im Team wichtig, da kein Mensch diese schwierigen Aufgaben alleine bewältigen kann und sollte. Die Interdisziplinarität und Multidisziplinarität auf einer Palliativstation ist absolut notwendig. (vgl. Müller, Kern 2006, S. 65-70)

Was versteht man eigentlich allgemein unter einem Team?

Der Begriff „Team“ kommt aus dem englischen und drückt eine Gruppe bzw. Arbeitsgruppe aus. Vor allem durch den Sport wurde dieses Wort „berühmt“. Nun ist es aber schon in allen Bereichen, Disziplinen bekannt. Ein Team zeichnet sich durch eine gute Zusammenarbeit aus. (vgl. Schmandt 1998, S. 67)

Man versteht darunter also *„eine Gruppe von Individuen, die an der Lösung einer bestimmten Aufgabe oder an einem gemeinsamen Ziel arbeitet“*. (Zoidl 2009, S. 29)

Aufgrund dessen, dass man bei der Kommunikation im Team oft die Wörter Interdisziplinarität und Multidisziplinarität hört bzw. liest, möchte ich nun noch kurz auf diese zwei Begriffe näher eingehen.

Bei der Interdisziplinarität handelt es sich um *die „Nutzung von Ansätzen, Denkweisen oder zumindest Methoden verschiedener Fachrichtungen.“* (Zoidl 2009, S. 29)

Das heißt man spricht von Interdisziplinarität wenn, zum Beispiel bei einer Behandlung mehrere Berufsgruppen erforderlich sind, um gemeinsam an Lösungen und Zielen zu arbeiten.³

Im Gegensatz dazu wird in einem multidisziplinären Team nicht zusammengearbeitet. Jede Profession arbeitet selbst an Lösungen und Zielen. Es findet kein Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen statt.⁴

³ (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Interdisziplin%C3%A4r>) Stand 2 August 2012

⁴ (vgl. <http://de.inforapid.org/index.php?search=Multidisziplinarit%C3%A4t>) Stand 2 August 2012

Die Begriffe begrenzte Offenheit, distanzierte Nähe und ein klares Rollenverständnis sind die Basis für die Kommunikation im Team, damit sie funktioniert. (Müller, Kern 2006, S. 65-70)

Es wurde oftmals gesagt, dass die Teammitglieder immer dasselbe wollen müssen, damit man von Teamwork überhaupt reden kann. Dies ist aber oft nicht der Fall. Jedes Mitglied im Team ist anders, man hat unterschiedliche Erfahrungen bzw. Qualifikationen. Ein Team wird meistens einfach irgendwie zusammengesetzt. Dies alles kann dazu führen, dass die Kommunikation gestört wird. Wenn aber jede oder jeder im Team seine Kapazitäten und seine Mängel kennt, dann wird auch die Kommunikation funktionieren. Es soll eine gemeinsame Sprache gefunden werden. (vgl. Müller, Kern 2006, S. 65-70)

4.1 Leitsätze

Für ein Palliativteam gibt es mehrere Leitsätze, die bei der Kommunikation zu beachten sind.

Diese wären: „*Kommunikation ist gelebter Ausdruck einer inneren Haltung*“, „*Wie viel Offenheit braucht und verträgt Kommunikation im Team?*“, „*Kommunikation mit sich selbst als Voraussetzung für Kommunikation im Team*“, und „*Gemeinsame Wirklichkeit? Gemeinsame Sprache?*“. (Müller, Kern 2006, S. 65-70)

Auch hier möchte ich nur kurz zwei Leitsätze näher erläutern.

Unter dem Leitsatz „*Wie viel Offenheit braucht und verträgt Kommunikation im Team?*“ versteht man, dass Personen sich einfach frei über Informationen austauschen können. Niemand ist zu solchem Austausch gezwungen. Hier sollte man beachten, dass man Informationen verständlich weitergibt und dass niemand in irgendeiner Weise verletzt wird. Zwischen den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern, sollte ein Vertrauen aufgebaut werden. Damit man so offen miteinander kommunizieren kann, bedarf es an einem reifen Charakter. Wichtig ist, dass sich keine Person bedroht fühlen muss. Eine offene Kommunikation führt zu mehr Kreativität und fördert die Gruppe, dass sie sich noch mehr zusammenschließt. Natürlich sollen nur die Informationen ausgetauscht werden, die auch wirklich notwendig für die Arbeit sind. Dadurch, dass auf einer Palliativstation viel Persönliches von den Patientinnen und Patienten erfahren wird, soll man darauf achten, dass nicht alles, was die Patientin /der Patient gesagt hat, an die restlichen Teammitglieder weitergegeben wird. Patientinnen und Patienten öffnen sich nicht automatisch jedem

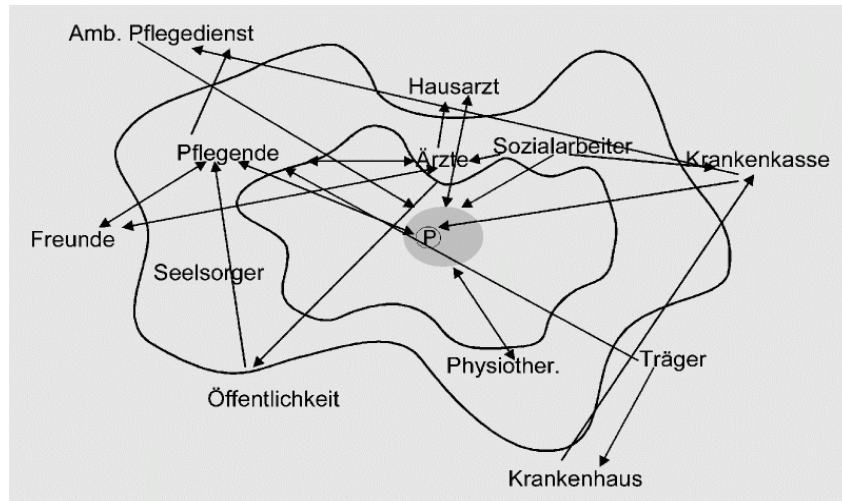
einzelnen Teammitglied, das ist in der Palliativmedizin genauso wie in der restlichen Medizin, manchmal werden sehr persönliche Informationen nur an eine oder einige bestimmte Personen aus dem Team gegeben. Hier spielt das Vertrauen eine wichtige Rolle. Wenn man sich doch unsicher ist, ob die Information weitergegeben werden darf oder nicht, sollte man lieber bei jeweiliger Patientin/ jeweiligem Patienten nachfragen. In einer offenen Kommunikation, muss man sich immer wieder selbst fragen, was ist von Bedeutung, was ist wichtig, notwendig fürs Verständnis und wo sind die Grenzen. Wichtig ist auch, dass man jeweils nur Informationen weitergibt, die für die Entscheidungsfindung für eine Behandlung notwendig sind und dass immer so gesprochen wird, als ob die Patientin/der Patient im Raum anwesend wäre. (vgl. Müller, Kern. 2006, S.65-70)

Ein weiterer Leitsatz, auf den ich näher eingehen will, ist: *„gemeinsame Wirklichkeit? gemeinsame Sprache?“*.

In unserem Leben haben wir für jede Frage die passende Ansprechperson. Nicht anders ist es auf einer Palliativstation. Zum Beispiel wird eine Patientin/ ein Patient mit ärztlichem Personal weniger wahrscheinlich über religiöse Dinge reden und umgekehrt. Jede Berufsgruppe hat ihre Aufgaben und ihre Sichtweisen auf ein Thema. Das Pflegepersonal hat seinen Blick nicht in dieselbe Richtung gerichtet wie beispielsweise Seelsorgerinnen/Seelsorger. Eine gemeinsame Wirklichkeit muss gefunden werden, damit man miteinander umgehen und sich verstehen kann. Damit untereinander ein Austausch ohne Barrieren möglich ist, sollten einige Punkte berücksichtigt werden. Zuerst muss man sein Gegenüber als Mensch akzeptieren und seine/ihre Ideen und Empfindungen würdigen. Für Gespräche sollte man sich Zeit nehmen und einen passenden Ort auswählen. Problemlösungen in Stresssituationen sind nur selten von Erfolg gekrönt, es bedarf an Zeit. Der Gesprächspartnerin/dem Gesprächspartner sollte beim Lösen der Probleme geholfen werden. In solchen Gesprächen ist unter anderem wichtig, offen, ehrlich, verständnisvoll zu sein und Interesse am Gegenüber aufzuzeigen. Nicht wenig bedeutsam ist auch der Optimismus. (vgl. Müller, Kern 2006, S. 65-70)

4.2 Wer gehört zu einem Palliativteam

Abb.2



In dieser Abbildung sieht man deutlich, dass im Mittelpunkt immer die Patientin/der Patient und ihre/seine Angehörigen stehen sollen. Der innere Kreis besteht aus dem Pflegepersonal, ärztlichem Personal, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter usw. An den inneren Kreis schließt sich der Außenkreis an, der ebenfalls eine wichtige Rolle in der Betreuung von Betroffenen einnehmen kann und in Verbindung mit dem Team steht. Dazu gehören unter anderem die Krankenkassen, Hausärztinnen und Hausärzte und die Öffentlichkeit. Wichtig ist hier auch, dass das Team nach innen und nach außen wirkt. (vgl. Müller, Kern 2006, S. 65-70)

Bedeutsam und einzigartig in der Palliativ Care ist wie viele Berufsgruppen an der Betreuung von Sterbenden beteiligt sind und auch beteiligt sein müssen.

Zu den beteiligten Berufsgruppen gehören die „*Medizin, die Pflege, die Physiotherapie, Ehrenamt, Seelsorge, die Sozialarbeit, Psychologie/ Psychoonkonlogie/ Psychotherapie, Pharmazie, Hauswirtschaft und sonstige Therapien(Ergo-, Musik-, Kunst-, Logo-, Atem-, und weitere Therapien)*“. (Hirsmüller, Schröer 2012, S. 10)

Viele Schriftstellerinnen/Schriftsteller vertreten die Meinung, dass Angehörige sowie auch die Patientinnen und Patienten selbst zu dem Palliativteam gehören. Andere sind vom Gegenteil überzeugt.

Von diesen erwähnten Berufsgruppen, möchte ich drei kurz näher erläutern:

Medizinerinnen/Mediziner, Pflegepersonal, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter.

Medizinerinnen und Mediziner sind hauptsächlich für Diagnostik und Behandlungen zuständig. Zu ihren Aufgaben gehört unter anderen aber auch die Beratung über eine mögliche Patientenverfügung. Weiter sind sie auch zuständig für die Entlassung, Einweisung und die Aufklärung über die Prognose.

Die Pflege hingegen ist für die Körperpflege und Beobachtung der Patientinnen und Patienten verantwortlich. Sie sind eine wichtige Berufsgruppe in der palliativ Care, weil sie die meiste Zeit mit den Patientinnen und Patienten und Familienmitgliedern verbringen. Das Pflegepersonal versucht auch den Angehörigen zu erklären worauf bei der Pflege zu Hause zu achten ist. Das Pflegepersonal hat unzählige Aufgaben, die näher zu beschreiben aber nicht Ziel und Aufgabe dieser Arbeit ist.

Bei den Ehrenamtlichen handelt es sich um unbezahlte Freiwillige, die sich bereit erklären, sich mit den Betroffenen zu beschäftigen und sie zu unterhalten. Sie führen Gespräche mit ihnen, gehen spazieren, insofern es möglich ist und vieles mehr, wie sie die Zeit mit Patientinnen und Patienten verbringen hängt natürlich auch von deren Zustand ab. Diese Gruppe nimmt in unserer heutigen Gesellschaft immer mehr an Bedeutung zu. (vgl. Hirsmüller, Schröer 2012, S. 11-13)

Meiner Meinung nach sind in der Palliativ Care alle Berufsgruppen sehr wichtig, da jeder seinen Beitrag leistet und sich alle ergänzen und auch gegenseitig unterstützen. Sie gewährleisten durch ihre Zusammenarbeit, dass der/die Betroffene im Mittelpunkt steht.

5 Kommunikation mit Palliativpatientinnen und -patienten

„Man kann nicht nicht kommunizieren.“ (Paul Watzlawick) (Schulz von Thun 1981,S.37)

Sowohl Menschen als auch Tiere kommunizieren jeden Tag, sowohl verbal als auch nonverbal. Es ist also nicht möglich nicht zu kommunizieren. Jede/Jeder von uns kommuniziert also in irgendeiner Weise mit seinen Mitmenschen, seinem Umfeld, ob er/sie nun will oder nicht, spielt keine Rolle.

Das Wort Kommunikation wird von dem lateinischen Wort *communicare* abgeleitet und bedeutet gemeinschaftlich tun oder mitteilen. Darunter verstehen wir also die Art wie Personen gemeinsam in Verbindung treten und wie sie sich mitteilen. Alltäglich trifft man auf bekannte oder unbekannte Menschen, dabei gibt es in Sachen Kommunikation immer etwas Neues. Wir kommunizieren alle unterschiedlich und bei so vielen Individuen kann natürlich, wie in jedem anderen Bereich, auch vieles schief gehen. Als Beispiel möchte ich hier nur kurz die Sache mit dem „falsch verstehen“ nennen. Ich denke wir alle kennen Situationen in denen dieses „falsch verstehen“ ungeahnte Folgen nach sich zog. (vgl. Roller 2010, S.80)

Kommunikation beginnt sobald man mit einer anderen Person in Kontakt tritt, egal ob man mit dieser über die Ereignisse der letzten Tage oder seine Gefühle während des Kinobesuchs letzten Abend spricht oder einfach nur eine Person, die man noch nie zuvor gesehen hat nach dem Weg fragt. Auch wenn wir nicht miteinander sprechen wollen, kommunizieren wir, durch Mimik, Gestik, auch Stille ist eine Art Kommunikation. Sitzt jemand mit verschränkten Armen da und schweigt sein Gegenüber an, so teilt er diesem dennoch etwas mit:“ Ich will jetzt nicht mit dir sprechen!“ (vgl. Jancke 2005, S. 102)

Kommunikation ist daher ein wichtiger, zentraler Bestandteil unseres Lebens, sie gehört dazu, ob wir wollen oder nicht. Wir können sie also weder entfernen noch herbeizaubern. Wir können aber sehr wohl selbst entscheiden wie wir kommunizieren, wie wir miteinander umgehen. Gerade in der Palliative Care kommt der Kommunikation noch mehr Bedeutung zu. Auf der Palliativstation sind nicht nur alltägliche Dinge Inhalt zwischenmenschlicher Kommunikation. Die Patientinnen und Patienten sind Menschen, die ihr alltägliches Leben hinter sich gelassen haben oder lassen mussten. Es sind Menschen die sich mit dem Sterben aber auch mit dem Leben, dem Leben das sie hatten und dem Leben das sie jetzt noch zu leben haben auseinandersetzen, gewollt oder nicht, wieder oder erstmalig. Es stellen sich ihnen vielleicht große Fragen, Fragen auf die vielleicht niemand auf dieser Welt eine Antwort hat. In erster Linie aber sind es Menschen, die weil jemanden brauchen, der ihnen zuhört, jemanden mit dem sie über ihre Gefühle und Bedürfnisse reden können, vielleicht oft jemanden der einfach nur da ist. Viele Menschen werden in diesem Stadium ihres Lebens aus der Gesellschaft ausgeschlossen, auch das ist ein zusätzlicher Grund wieso die Kommunikation in der Palliativ Care noch mehr an Bedeutung gewinnen kann. (vgl. Roller 2010, S.80)

Die Kommunikation in der Palliativ Care kann und sollte einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität der Betroffenen beisteuern. Deshalb sollte sie Mittelpunkt jeglichen Tuns sein, egal ob es sich nun um die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten handelt, die Kommunikation untereinander im Team, Kommunikation mit Angehörigen oder aber auch die Kommunikation zwischen Angehörigen. (vgl. Jancke 2005, S. 101)

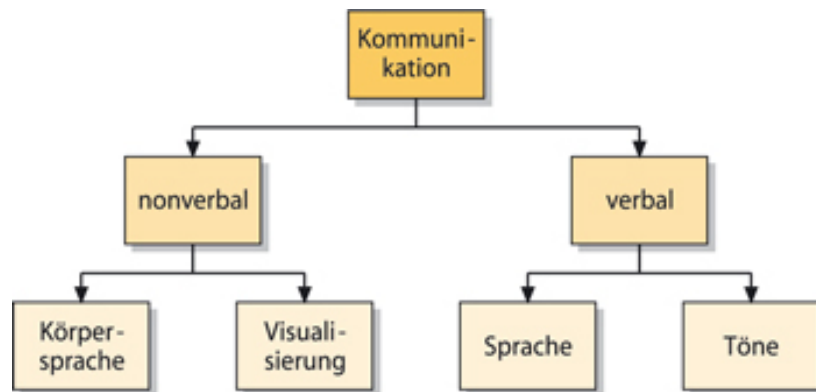
Sich mit Sterbenden zu unterhalten, stellt eine der schwierigsten Aufgaben in der Kommunikation dar. Besonders die Übermittlung von schlechten Diagnosen, wie von unheilbaren Erkrankungen, hat sich als schwer erwiesen. Besonders für die Ärztinnen und Ärzte ist es eine Herausforderung, da sie die Aufgabe haben, die Betroffene/ den Betroffenen über die unheilbare Erkrankung zu informieren. Dabei wird der/dem Betroffenen bewusst, dass die letzte Lebensphase angefangen hat. (vgl. Gaspar, Weber 2010, S. 167-179)

Wie man schlechte Nachrichten übermittelt, kann man jedoch etwas erlernen oder üben. Natürlich heißt das nicht, dass dadurch der Umgang mit unheilbar Kranken einem automatisch leichter fällt und es ihn/sie in Zukunft nicht mehr berühren wird. Jedoch kann die Auseinandersetzung mit dem Thema an sich, aber auch das Kennenlernen von Gesprächsführungsmethoden jede/jeden beim Führen schwieriger Gespräche unterstützen und die vielleicht bestehende Angst etwas reduzieren.

Darauf und auf die unterschiedlichen Reaktionen Betroffener, möchte ich in den nächsten Kapiteln etwas näher eingehen.

5.1 Arten der Kommunikation

Unterschieden werden zwei Formen, nonverbale und verbale Kommunikation:



Tab.1

5.1.1 verbale Kommunikation

Verbale Kommunikation bedeutet, dass man kommuniziert in dem man Worte verwendet. Sie beinhaltet jedoch nicht nur das gesprochene Wort, sondern auch das geschriebene. Vor allem auf einer Palliativstation ist diese Art der Kommunikation unerlässlich. Besonders das Pflegepersonal verbringt die meiste Zeit mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, die Kommunikation findet großteils verbal statt. Worte, Sätze, Gespräche, verbale Kommunikation mittels welcher das Pflegepersonal versuchen sollte viel über die Lebensgeschichten der Sterbenden zu erfahren (vgl. Kern, Nauck 1998, S. 47; vgl. Jonen-Thielemann 2000, S. 278, 279)

5.1.2 nonverbale Kommunikation

Den größten Bereich der Kommunikation an sich, nimmt aber die nonverbale Kommunikation ein. Bei jedem Gespräch drückt man sich in irgendeiner Weise nonverbal aus, oft fällt uns das gar nicht auf. Zum Beispiel kann der Gesichtsausdruck oder die Körperhaltung etwas über uns verraten oder unsere Blicke. Durch diese nonverbalen Zeichen, können viele Informationen preisgegeben werden, gewollt oder auch ungewollt. Zu diesem Bereich gehört aber auch die taktile Kommunikation. Dies kommt bei einer Behandlung bzw. Therapie über Haut bzw. Körperkontakt zustande. Auch die Kleidung, der Ton der Stimme, das Schweigen oder einfach nichts tun, drückt etwas aus. Diese Art der Kommunikation entsteht intuitiv und wird besonders von Sterbenden genau beobachtet, denn hier kann man merken ob jemand die

Wahrheit sagt bzw. etwas verschweigt. Zwischen der nonverbalen und verbalen Kommunikation sollte es also keine Unstimmigkeiten geben. (vgl. Jonen- Thielemann 2000, S. 278, 279)

Die nonverbalen Zeichen bei Ängsten wären zum Beispiel, verkrampfte und nasse Hände, keine aufrechte Haltung und eine stotternde Stimme. (vgl. Roller 2010, S. 122)

5.2 Ziele der Kommunikation

Vor allem auf einer Palliativstation sind meistens alle Berufsgruppen, die dort arbeiten, an der Kommunikation beteiligt. Sie unterscheiden sich nur darin, dass jede Berufsgruppe andere Ziele verfolgt. (vgl. Roller 2010, S. 80)

Was sind nun die Ziele der beteiligten Personen?

Patientinnen und Patienten möchten immer wieder über bestimmte, sich wiederholende Themen sprechen und in erster Linie wollen sie darüber aufgeklärt werden „wie es um sie steht“. (vgl. Roller 2010, S. 80)

Eine wichtige Rolle auf der Palliativstation übernehmen, wie schon mehrmals erwähnt, die Angehörigen. Diese sind mit der Situation oft überlastet. Ihre Ängste und Sorgen werden oft zu groß und können das Gespräch mit den Sterbenden „zerstören“. Nicht nur aus diesem Grund, sollte das Personal darauf achten, dass Angehörige immer miteinbezogen werden, sie sollten unterstützt werden und stets genügend Möglichkeiten haben sich mit dem Personal auszutauschen, Probleme, eigene Sorgen ansprechen dürfen und Fragen stellen können. Die Pflegekräfte haben meistens den längsten und stärksten Kontakt mit den Sterbenden. Sie sind aber auch diejenigen, die in ihrer Ausbildung am wenigsten über Kommunikation lernen und wenig Übungsmöglichkeit bekommen, dadurch neigen sie dazu „wegzulaufen“. Außerdem sind Pflegekräfte oft unsicher was die Verantwortlichkeit betrifft, beispielsweise verlassen sie gerne den Raum, wenn die Patientin/ der Patient eine Frage zur Diagnose stellt, da sie im Kopf haben: das geht mich nichts an, das ist Aufgabe der Ärztin/ des Arztes. Für diese Berufsgruppe wäre also äußerst hilfreich, wenn im Team Verantwortlichkeiten, Aufgaben der jeweiligen Personen klar geregelt und auch immer wieder besprochen werden. Die wichtige

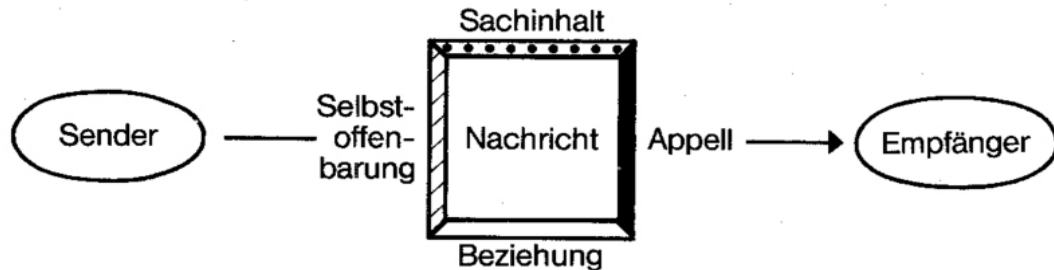
Rolle, die diese Berufsgruppe bei der Kommunikation mit Sterbenden einnimmt, sollte allen Beteiligten etwas mehr ins Bewusstsein gerufen werden. (vgl. Roller 2010, S. 81-81)

Seelsorgerinnen/Seelsorger kommen in erster Linie zu den Patientinnen und Patienten um mit ihnen zu reden. Doch viele fürchten sich, wenn sie sehen, dass eine Seelsorgerin/ ein Seelsorger zu ihnen kommt, oft drängt sich ihnen die Frage auf, ob es schon bald so weit ist, zu gehen. Für Seelsorgerinnen/ Seelsorger ist es also vor allem wichtig zuerst Vertrauen aufzubauen. Im Mittelpunkt des Gesprächs sind meist Themen, die mit Medizin nichts zu tun haben, „wer bin ich?“ oder „warum lebe ich?“. Für die Zukunft wünschenswert wäre, dass diese Profession mehr ins Team integriert wird. Ein erster Schritt wäre zum Beispiel die Befugnis zu selbstständigen „Seelsorgervisiten“. (vgl. Roller 2010, S. 81)

Ärztinnen und Ärzte hingegen, sind sozusagen diejenigen, über die alle Informationen zusammen kommen. Leider sind sie aber auch diejenigen, die kaum Zeit haben für längere Gespräche mit den Patientinnen und Patienten. Dazu kommt, dass viele von ihnen in Kommunikation nicht gut ausgebildet sind und sich aus diesem Grund vor dem Gespräch mit schwerkranken Menschen oder gar unheilbar Kranken, Sterbenden, fürchten. Diese Angst versuchen sie manchmal zu verdrängen, indem sie sich in „Medizinersprache“ ausdrücken, das heißt sie verwenden medizinische Begriffe, Begriffe, die lediglich medizinisches Personal versteht. Vorrangiges Ziel für die Zukunft ist also, dass das ärztliche Gespräch in der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern mehr Beachtung findet, die Ausbildung in der Kommunikation als fixer Bestandteil in den Lehrplan aufgenommen (bei uns an der medizinischen Universität Graz ist das mittlerweile bereits der Fall). Ein hilfreiches Grundelement ist sowohl in der Ausbildung als vor allem auch später im Berufsleben, nicht nur auf der Palliativstation, die Supervision (vgl. Roller 2010, S. 81)

5.3 Ebenen der Kommunikation

Abb.3



Wenn jemand denkt, dass Kommunikation einfach nur ein Austausch von Mitteilungen ist, hat sich geirrt. Kommunikation bedeutet mehr als das. Das was der „Sender“ sagt, kann mehrere Nachrichten enthalten und der „Empfänger“ kann es in verschiedenster Weise aufnehmen. (vgl. Roller 2010, S. 82)

Zu den vier Ebenen gehören der Sachinhalt und Information, die Selbstoffenbarung, der Beziehungsaspekt und der Appell.

Der Sachinhalt und die Information ist die Ebene, die wiedergibt worum es in der Nachricht eigentlich geht, was will die Person sagen. Es wird von der Person übermittelt, die etwas sagt. (vgl. Roller 2010, S.82; Gaspar, Weber 2010, S. 167- 179)

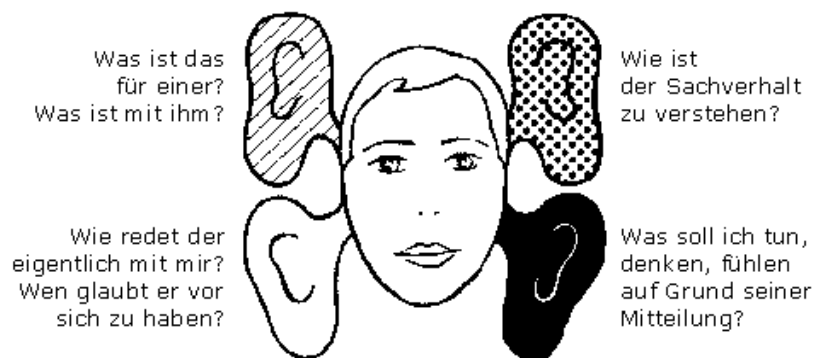
Eine Nachricht beinhaltet auch Informationen über die Person, die der Empfängerin/dem Empfänger etwas sagt, also über den Sender. Diese Mitteilungen werden unter dem Begriff Selbstoffenbarung zusammengefasst. Jedes Mal wenn wir eine Nachricht aussenden, gegen wir auch etwas über uns selbst preis, ob wir wollen oder nicht, wir können nur teilweise beeinflussen wie viel wir preisgeben. Durch die Ebene Beziehung erfährt man, was die Person vom Gegenüber denkt, wie sie zu ihm/ihr steht. Zum Beispiel sagen hier Ton und Ausdrucksweise sehr viel aus. Natürlich gibt es noch andere Merkmale, die uns zeigen was die andere Person von uns denkt. Auf dieser Ebene ist die Empfängerin/der Empfänger besonders empfindlich. (vgl. Schulz von Thun 1981, S. 30- 31)

In der letzten Ebene, also dem Appell, geht es darum, dass man mit seiner Nachricht beim Gegenüber etwas erreichen will.

Man möchte ihn quasi beeinflussen, ihm sagen was er lieber lassen sollte bzw. was er machen sollte. All diese Ebenen sind Bestandteil jeder einzelnen Nachricht, die jemand aussendet und jemand anderes empfängt. (vgl. Schulz von Thun 1981, S. 32; Roller 2010, S. 83)

Die Empfängerin/der Empfänger sollte auf alle vier Ebenen hin hören. Jede Nachricht wird sozusagen mit vier Ohren empfangen. Man hat also als Empfängerin/Empfänger die Möglichkeit, sich nur auf eine Ebene zu konzentrieren, nur auf eine hinzuhören und die anderen drei „abschalten“. (vgl. Schulz von Thun 1981, S. 49)

Abb.4



Ein Beispiel zu diesem vier Ebenen Modell nach Friedmann Schulz von Thun:

Der Satz lautet: *“Schwester mir ist noch immer übel“*

Sachinhalt: *Mir ist übel.*

Selbstoffenbarung: *Ich bin enttäuscht, weil die Übelkeit (trotz Behandlung) noch nicht besser ist.*

Beziehungsaspekt: *Ich wende mich an dich, weil du mir hoffentlich helfen kannst.*

Appell: *Hilft mir. (Roller 2010, S.82)*

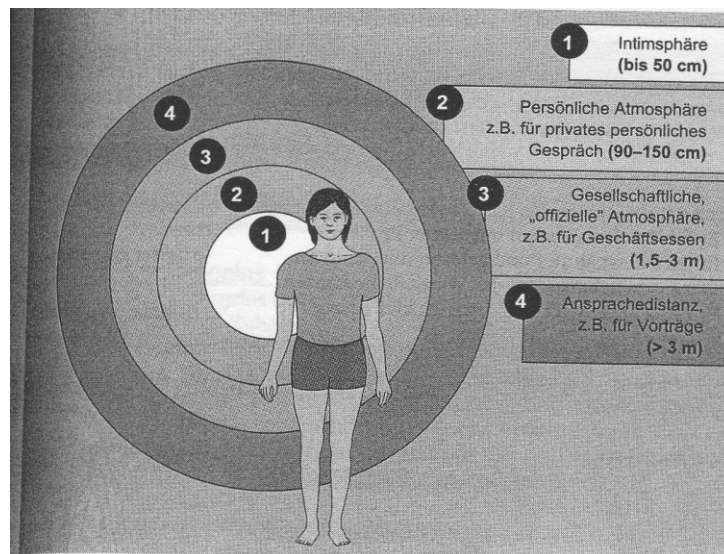
6 Regeln bei der Führung von Gesprächen

Jeder Mensch weiß, dass bei Gesprächen oft etwas schief gehen kann. Entweder versteht man nicht, was der/die andere meint, es kommt zu Meinungsverschiedenheiten oder anderen Problemen. Natürlich kann man mit seinen Sätzen auch verletzen. Deshalb möchte ich in diesem Kapitel etwas näher auf Regeln bei der Gesprächsführung eingehen, die beachtet werden sollten, nicht nur aber vor allem im medizinischen Bereich und hierbei vor allem auf einer Station wo man den Großteil seines Alltags mit schwerkranken, unheilbar kranken, sterbenden Menschen verbringt.

„Setting“: Damit Kommunikation funktioniert, ist es wichtig, dass man eine ungestörte Stimmung schafft. Dazu braucht man zuerst einmal einen Raum bzw. Ort wo man mit der Person ungestört sprechen kann. Es sollte darauf geachtet werden, dass niemand sonst in diesem Raum ist, dass kein Radio oder Handy eingeschaltet ist. Es soll einfach ein Raum sein, wo nicht ständig daran gedacht werden muss, dass man gestört werden könnte und somit das Gespräch unterbrochen werden müsste. (vgl. Roller 2010, S. 84, vgl. Aulbert 2008, S. 1082)

Von großem Vorteil ist es auch, wenn man der Patientin/ dem Patienten zeigt, dass man sich Zeit nimmt und zum Beispiel den Kittel ablegt. Weiters ist der Augenkontakt mit dem Gegenüber wichtig, außerdem ist ein Gespräch im Sitzen sicher angenehmer als im Stehen, da das Stehen eher zeigt man hat eigentlich keine Zeit und will das nur schnell erledigen. Es sollte auch Stille zugelassen werden, auch Schweigen ist eine wichtige, oft vielsagende Art von Kommunikation. Ebenso muss aber zwischen den beteiligten Personen ein gewisser Abstand eingehalten werden, siehe folgende Abbildung. (vgl. Roller 2010, S. 84-85)

Abb.5



Wie man auf dieser Abbildung sehen kann, ist eine Distanz von 90-150cm besonders gut geeignet um ein persönliches Gespräch zu führen. Hier kommt man der Patientin/ dem Patienten nicht zu nah , aber ist auch nicht zu weit entfernt.

Auch die Beachtung von Licht und Luft im Raum sollte nicht vergessen werden. (vgl. Roller 2010, S. 85)

Besonders im Palliativbereich hat sich gezeigt, dass Körperkontakt, wie zum Beispiel eine kurze Berührung am Arm, bei vielen Menschen gut ankommt und dadurch Einfühlung vermittelt wird. Wenn eine Patientin/ein Patient dies aber als unangenehm empfindet, sollte man es vermeiden. Oberstes Gebot der Kommunikation ist natürlich, dass man seinen Gegenüber auch aussprechen lässt. (vgl. Aulbert 2008, S. 1083)

Während einer Gesprächsführung ist es auch von Bedeutung bewusst auf das aktive und das empathische Zuhören zu achten. Was Ärztinnen und Ärzte vor allem beherrschen sollten, ist das aktive Zuhören. Hier wird nicht nur über Tatsachen gesprochen, sondern auch auf womöglich Verborgenes, was nicht ausgesprochen worden ist durch Nachfragen eingegangen werden. Die Bedingungen dafür sind, dass man Interesse und die Begabung hat, dass man zuhören kann. Zum Beispiel kann man dies auf den Augenkontakt oder an den offenen Fragestellungen erkennen ob jemand fähig ist, zuzuhören. Das aktive Zuhören verlangt unter anderem viel Aufmerksamkeit, Ausdauer und Selbstbeherrschung. Aktives Zuhören bewirkt, dass sich die Betroffenen nicht mehr allein fühlen mit ihren Problemen, dass sie befreiter

werden und sich in der kürzesten Zeit besser äußern können. In so einem Gespräch geht es um das Reden, das Zuhören, das Beobachten und sich äußern. (vgl. Roller 2010, S.85-86)

Unter dem empathischen Zuhören, versteht man ein Gespräch, in dem man der Patientin/ dem Patienten das Gefühl gibt verstanden zu werden. Dafür ist es wichtig, dass man versucht sich so gut wie möglich in die Patientin/ dem Patienten hineinzusetzen, so als wär es die eigene Situation. Zwischen den Kranken und den Ärztinnen und Ärzten soll ein Gefühl entstehen, dass beide Gruppen das gleiche denken, wenn sie über die Erkrankung sprechen. Bei dem Wort Empathie geht es nicht so sehr um die Gefühle, wie zum Beispiel bei der Sympathie. Damit man Empathie erlangt, braucht man emotionale Standfestigkeit, Ausgeglichenheit und die Fähigkeit zur Selbstkritik. (vgl. Roller 2010, S. 86-87)

Eine Möglichkeit jemandem zu vermitteln, dass man seine Situation, sein Krankheitskonzept versteht, wäre zum Beispiel folgender Satz: „ *Ich glaube Sie wollen mir sagen, dass Sie sehr große Angst vor dieser Untersuchung haben*“. (Roller 2010, S. 87)

Beim nächsten wichtigen Punkt geht es um die Sprache. Meiner Meinung nach, kann man gerade mit einer guten Sprache viel vermeiden oder besser machen.

Aber worauf ist da zu achten?

Das erste was erwähnenswert ist, ist der Sprachstil. Dadurch, dass jede Patientin und jeder Patient anders ist, muss auch der Sprachstil unterschiedlich sein und dementsprechend angepasst werden. Der Stil ist unter anderem abhängig von Alter, Geschlecht, Ausbildung und dem medizinischen Status. Mit dem Betroffenen sollte in einer Sprache gesprochen werden, die er auch versteht. Viele Fremdwörter sollten vermieden werden. Zu lange Sätze führen eher zur Verwirrung als zum Verständnis. In einem Gespräch mit einer Patientin/ einem Patienten ist es auch ratsam und oft sehr hilfreich Beispiele, Zeichnungen oder Vergleiche zu verwenden. (vgl. Roller 2010, S. 88-89)

Bei jeder Konversation gibt es verschiedene Fragestellungen. Fragen kommen vor allem von Seiten der Patientinnen/Patienten. Die Ärztin/ der Arzt hat die Aufgabe, die Fragen ausführlich und verständlich zu beantworten und sollte sich auch Fragen warum gerade jene Frage gestellt oder nicht gestellt worden ist.

Wichtig ist auch zu wissen, dass es sogenannte Stellvertreter- und Wiederholungsfragen gibt. Bei den Stellvertreterfragen ist es so, dass sich der/die Kranke vielleicht nicht richtig traut eine bestimmte Frage zu stellen und deshalb lieber was anderes fragt. In so einer Situation

sollte die Ärztin/ der Arzt die Fähigkeit besitzen, auf diese eine nicht gestellte Frage einzugehen, so dass auch über dieses Problem gesprochen wird. (vgl. Roller 2010, S. 89)

Im Gegensatz dazu wird bei den Wiederholungsfragen immer wieder die gleiche Frage gestellt. Die Gründe dafür könnten vielleicht sein, dass die Person die Antwort nicht versteht bzw. damit nicht umgehen kann oder es steckt dahinter eine Furcht. (vgl. Roller 2010, S. 89)

Die fehlenden Fragen gehören ebenfalls auf die Patientinnenseite/Patientenseite. Das heißt, wenn jemand keine Frage stellt, bedeutet das unter anderem vielleicht, dass die Ärztin/ der Arzt über ein für die Patientin/ den Patienten unwichtiges Thema spricht bzw. unklar spricht oder er/sie so überwältigt ist von diesen Nachrichten, dass er/sie nichts mehr sagen kann. (vgl. Roller 2010, S. 90)

Natürlich gibt es auch auf der Ärztinnenseite/Ärztenseite viele Fragen. Jede Ärztin/ Jeder Arzt sollte bevor er/sie eine Frage stellen will, gut darüber nachdenken, wie er/sie es am besten formulieren kann bzw. was er/sie mit welcher Frage bewirken kann. Unter anderem gibt es die guten, geschlossenen, offenen, ungeeigneten und verbotenen Fragen. Aufgrund dessen, dass es sehr viele mögliche Fragestellungen gibt, werde ich nur auf ein paar näher eingehen.

Eine Frage, die nur mit Ja oder Nein beantwortet werden kann, nennt man geschlossene Frage. Leider stellt sich bei solchen Fragen das Problem, dass man ein Gespräch nicht vertiefen kann. Diese Fragen dienen lediglich dem schnellen Informationsgewinn. Im Gegensatz dazu hat man als Gefragter bei offenen Fragestellungen die Möglichkeit über sich zu erzählen, wenn man möchte auch seine Gefühle zu offenbaren.

Von guten Fragen spricht man, wenn sie verständlich formuliert sind, im geeigneten Augenblick gestellt werden, die Konversation damit vertieft wird und wenn die Gesprächspartnerin/ der Gesprächspartner bereit ist zu antworten. Ungeeignet ist es mehrere Fragen auf einmal stellen. Dies kann dem Gegenüber zeigen, dass man vielleicht nicht genügend Zeit hat für ein Gespräch oder auch nicht genügend Zeit haben will. (vgl. Roller 2010, S. 90-91)

Wie man sieht, sind sehr viele Dinge bei der Führung von Gesprächen zu beachten und wichtig. Die Beachtung dieser Punkte kann aber die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten wesentlich erleichtern.

7 Übermittlung von schlechten bzw. schwierigen Nachrichten

Die wohl schwierigste Aufgabe einer Ärztin/ eines Arztes ist die Übermittlung von schlechten Nachrichten. Jemandem zu sagen, dass er/sie sterben wird bzw. seine/ihre Krankheit nicht geheilt werden kann, verursacht beim Großteil des ärztlichen Personals Stress. Vor einigen Jahren noch, war es völlig normal und kam auch sehr häufig vor, dass schlechte Nachrichten verheimlicht worden sind. Heutzutage wird aber gefordert, dass man den Patientinnen und Patienten stets die Wahrheit über ihre Erkrankung sagt, jeder einzelne Mensch hat das Recht zu erfahren was mit ihm/ihr los ist. Damit wird den Betroffenen die Möglichkeit gegeben, die letzte Phase ihres Lebens so zu gestalten, wie sie es wollen. Viele von den Betroffenen sagten, dass sie durch die schlechte Nachricht, ihre letzte Zeit noch intensiver verbracht bzw. erlebt haben und darüber froh sind. (vgl. Aulbert 2008, S. 1074-1075,; vgl. Kayser, Kieseritzky, Sittig 2009, S. 99)

Unter einer schwierigen bzw. schlechten Nachricht versteht man „ *eine Information, die in negativer und schwerwiegender Weise die Sicht eines Individuums auf seine Zukunft beeinflusst.*“ (Schulz, Möller, Schnell 2012 S. 152)

Immer wieder kommen besonders Ärztinnen und Ärzte in eine Situation, in der sie sich fragen, ob es richtig ist die ganze Wahrheit zu sagen oder ob sie vielleicht etwas lieber verschweigen sollten bzw. ob die Patientin/der Patient die ganze Wahrheit wohl verkraften kann oder ob er/sie vielleicht zur Gefahr für sich selbst wird wenn er die Wahrheit kennt. Bei diesen schwierigen Fragen ist es von Vorteil, wenn man die Möglichkeit hat sie im Team zu besprechen. (vgl. Kränzle 2010, S. 106-107)

Bevor man schlechte Nachrichten mitteilt, sollte sich diejenige Person, die das Gespräch führen soll, ein bisschen darauf vorbereiten. Zum Beispiel kann man sich Gedanken darüber machen, wie man mit den Reaktionen der Betroffenen umgehen will oder was man ihm/ihr genau sagen möchte. Es sollten die Regeln der Gesprächsführung berücksichtigt werden, die ich bereits im Kapitel 4 beschrieben habe. (vgl. Kränzle 2010, S. 107)

In solchen schwerwiegenden Momenten spielen Ehrlichkeit und Vertrauen eine sehr wichtige Rolle, womöglich sogar die größte Rolle.

Schlechte Nachrichten übermitteln stellt immer eine Herausforderung dar, es ist sicher keine leichte Aufgabe. Bei den Betroffenen brechen Gefühle der Enttäuschung, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit aus, diese Gefühle muss die Überbringerin/ der Überbringer aushalten. (vgl. Aulbert 2008, S. 1084)

Ärztinnen und Ärzte müssen den Betroffenen in so einem Gespräch quasi das „Todesurteil“ vermitteln. So ein Gespräch führen zu müssen, ist hart. Wichtig ist, dass man sich vorher über die Patientin/ den Patientin informiert. Man sollte Bescheid wissen wie viel die Patientin/der Patient bereits weiß, dadurch lassen sich Überforderungen und wiederholte Erklärungen über bereits bekanntes vermeiden. Weiters ist es auch vom Vorteil, wenn man gewisse Begriffe vermeidet und andere Wörter dafür verwendet, wie Tumorknoten statt Metastase, weil wenn jemand Metastase hört, neigt er dazu gleich die Hoffnung aufzugeben. Natürlich sollte gerade bei solchen Gesprächen auf medizinische Fachausdrücke verzichtet werden. (vgl. Aulbert 2008, S. 1084)

Ebenso ist es notwendig, dass die Übermittlerin/der Übermittler von schlechten Nachrichten, herausfindet wie viel der/die Betroffene überhaupt erfahren möchte. Es gibt Menschen die die ganze Wahrheit bis ins Detail wissen möchten und es gibt die, die nicht alles wissen möchten. Wenn dies der Fall ist, muss es vom Palliativteam akzeptiert bzw. respektiert werden. Oft sieht die Situation aber so aus, dass sich Angehörige wünschen, dass man den Liebsten nichts von der schlechten Nachricht sagt. Hier sollten aber die Angehörigen darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Patientinnen und Patienten das Recht haben für sich selbst zu entscheiden, wie viel sie von der Wahrheit wissen wollen. Wenn die Betroffenen signalisieren, dass genug Information für diesen Zeitpunkt ist, dann sollte das Gespräch beendet werden. Beim Abschließen des Gespräches, muss alles noch einmal zusammengefasst werden und den Betroffenen die Unterstützung vergewissert werden. (vgl. Kayser , Kieseritzky, Sittig 2009, S. 103-105)

Das Ziel ist, dass Ärztinnen und Ärzte und auch andere Mitglieder des Teams den Betroffenen zu Seite stehen und ihnen beim Verarbeiten und Verstehen helfen. (vgl. Schulz, Möller, Schnell 2012, S.152)

Auf jeden Fall ist es sehr ratsam keine Fristen zu nennen. Auch wenn der/die PatientIn danach fragt, sollte man lieber ihn/sie selbst fragen was er/sie dazu denkt. Außerdem kennen wir nur Statistiken, Statistiken geben aber nur Wahrscheinlichkeiten wieder, die für den Einzelnen oft kaum Relevanz haben können. (vgl. Roller 2010 S.98)

Natürlich kann auch passieren, dass schlechte Nachrichten falsch übermittelt werden. Sie können zum Beispiel bei den Betroffenen als falsche Informationstaktik überbracht werden, als Fehlinformation oder werden überhaupt nicht überbracht. (vgl. Senn2007 , S. 381)

Es hängt also sehr viel davon ab, wie die Nachricht übermittelt wird. Wenn sie gut überbracht wird, dann werden die Betroffenen damit auch besser umgehen können und die letzte Zeit die ihnen verbleibt mit Personen und Sachen verbringen, die ihnen wichtig sind bzw. die sie noch erledigen möchten.

Den Schmerz und die Trauer kann man leider nicht verhindern. Schmerz und Trauer sind aber auch völlig normal, es sind physiologische Reaktionen, die auch zugelassen werden sollten. Das einzige was man machen kann, ist, die Betroffenen in dieser schwierigen Zeit nicht alleine zu lassen. (vgl. Aulbert1998, S. 31)

Jedoch ist dieses Tun oft das schwierigste überhaupt, es ist nämlich kein aktives Tun, viele würden es als nichts tun bezeichnen, es ist einfach nur da sein, doch genau das ist das, was Betroffene am meisten brauchen.

7.1 Wie reagieren die Betroffenen auf schlechte Botschaften

Menschen sind sehr unterschiedlich und reagieren auch dementsprechend unterschiedlich auf schlechte Nachrichten. Die Reaktionen hängen von vielen Faktoren der Person selbst ab, wie zum Beispiel Biografie, sozialer Hintergrund, seine Vorkenntnisse und wie es ihm/ihr in diesem Augenblick geht. Eine unheilbare Erkrankung zu akzeptieren fällt vielen Menschen schwer. Besonders schwer ist, wenn man keine Schmerzen verspürt und dann trotzdem die Nachricht von einer unheilbaren Erkrankung erhält. (vgl. Roller 2010, S. 98)

Die Reaktionen können in verschiedene Kategorien und Phasen eingeteilt werden, wie zum Beispiel die Phasen nach Kübler- Ross und die Kategorien laut Fallowfield.⁵

⁵(siehe auf der nächsten Seite)

Nach Fallowfield gibt es die psycho-physiologische, die kognitive und die affektive Reaktion. Zu der ersten Reaktion werden die Flucht und der Kampf zugeordnet. Das heißt der/die PatientIn würde am liebsten wegrennen oder erstarrt. Zur kognitiven Reaktion zählen die Ungläubigkeit, Schuldzuweisungen und Verleugnung. Wut und Schuldzustände, Trauer und Ängste hingegen, sind affektive Reaktionen. (vgl. Kayser, Kieseritzky, Sittig 2009, S. 105)

Laut Kübler- Ross durchlebt ein Mensch nach der Diagnose einer unheilbaren Erkrankung fünf Phasen des Sterben. Die erste Phase ist das Nicht- Wahrhaben-Wollen. Hier verneinen die Betroffenen, dass sie bald sterben werden. Der Zorn wird in der zweiten Phase durchlebt. Dass andere Menschen gesund sind und nicht sterben werden, dass verursacht bei den Betroffenen ein Gefühl des „Neides“. Nach diesem Schritt kommt die Verhandlungsphase. Hier wird so langsam akzeptiert, dass man sterben wird, aber es wird noch versucht mehr Zeit zu bekommen. Vor allem wird mit Gott gesprochen. Bei der vorletzten Phase kommt es zu einer Depression. Zu Beginn wird noch Dingen nachgetrauert, die nicht gemacht worden sind oder begangene Fehler erneut in Erinnerung gerufen. Danach beginnt der/die Betroffene sich auf den Tod vorzubereiten und in der fünften Phase kommt es schlussendlich zur Zustimmung. (⁶ ;vgl. Schilder 2005, S. 115;)

8 Welche Rolle besitzt die Ärztin/der Arzt in der Kommunikation mit Palliativpatientinnen und –patienten

Linus Geisler hat verschiedenes Kommunikationsverhalten der Ärzte/innen zusammengefasst. Einige Beispiele wären: *„Statt zuzuhören, habe ich gesprochen.“*, *„Weil ich die falschen Fragen gestellt habe, habe ich nicht die richtigen Antworten erhalten.“*, *„Ich habe angeordnet, statt zu motivieren.“* oder *„Ich habe mir nicht bewusst gemacht, dass die Sprache das wichtigste Instrument des Arztes ist.“* (Gaspar, Weber 2010, S.167-179)

⁶(vgl. <http://www.hospiz.org/>) Stand 2 August 2012

Die Hauptaufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, Patientinnen und Patienten über die Krankheit aufzuklären. Dabei ist es hilfreich ins Gespräch auch andere Mitglieder aus dem Team oder Angehörige mit einzubeziehen. Leider werden Medizinerinnen/Mediziner noch zu wenig in der Führung von Gesprächen geschult. Wenn sie dann in solche schwierigen Situationen kommen, sind dann viele nicht vorbereitet und überfordert.

Betroffene und ihre Angehörigen haben oft große Erwartungen an eine Ärztin/ einen Arzt. Gut ist, wenn der/die Schwerkranke selbst die Fragen stellt. Das Ergebnis einiger Studien zeigt auf, dass der größte Teil der Patientinnen und Patienten sich eine offene und ehrliche Konversation wünschen. (vgl. Roller 2010, S. 112)

Ärztinnen und Ärzte sollten einige wichtige Punkte bei der Kommunikation mit den schwerkranken bzw. sterbenden Menschen beachten. Ein aktives Zuhören soll gewährleistet sein und die Betroffenen sollen in erster Linie die Fragen stellen. Von Vorteil ist auch, wenn das „Wie“ vor einer „Was“ Frage gestellt wird. Bevor eine Kommunikation „gestartet“ wird sollte sich die Ärztin/der Arzt Gedanken über den Inhalt und das Ziel machen. In so einem Dialog geht es vor allem um die Diagnose und das Befinden aller Teilnehmer am Gespräch und auch von sich selbst. Die Ärztin/der Arzt sollte sich selbst seine Werte und Wertvorstellungen kennen. Das Thema „sterben“ wird von vielen Menschen lieber „ignoriert“. Vor allem als Medizinerin/Mediziner sollte man sich aber mit diesem Thema unbedingt auseinander setzen und wissen wie man dazu steht. Durch die Unterhaltung kann es möglich sein, dass man einen kleinen Teil zu einem besseren Befinden zusteuert. Was man nie machen darf, ist es, vor der Patientin/dem Patienten „wegzurennen“. In erster Linie sollten also die Betroffenen aufgeklärt werden, aber es sollten auch andere Themen aufgegriffen werden, wie zum Beispiel das Emotionale oder das Soziale. Es werden Fragen gestellt, wo man erfährt welche Gefühle bei den Betroffenen ausgelöst werden bzw. wer in seinem/ihren Leben welche Rolle hatte. (vgl. Roller 2010, S. 112-113)

In einer Konversation sollte immer das Vertrauen gestärkt werden und die Hoffnung nicht vermindert werden. Alle Palliativteammitglieder sind aufgefordert, die Hoffnung der Patientinnen und Patienten bis zur letzten Sekunde aufrecht zu erhalten. Ebenfalls müssen sie immer bei der Wahrheit bleiben. Damit dies gelingt, sollten gemeinsam mit den Sterbenden Ziele geplant werden, die noch möglich sind, wie zum Beispiel eine Feier im Kreise der Familie und Freunden. Sich Zeit nehmen für ein weiteres „Aufklärungsgespräch“ sollte man auf alle Fälle, wenn von der Patientinnenseite/Patientenseite der Satz kommt „Ich werde wieder gesund.“ (vgl. Roller 2010, S. 114)

Weiters ist es notwendig mit den Schwerkranken über ihre Ängste zu sprechen und versuchen sie loszuwerden. Eine Technik die dabei helfen könnte, ist die Mal- oder die Musiktherapie.

Gerade auf einer Palliativstation kommt das Personal oft an seine emotionalen Grenzen. Deshalb sollte sich jede/jeder im Team über die eigenen Grenzen im Klaren sein. Hilfreich können dabei Supervisionen oder Balint Gruppen sein, wo man sich über bestimmte Fragen Gedanken macht, „Wie stehe ich zum Leiden?“ oder „welche Erfahrungen habe ich selbst schon mit dem Sterben gemacht?“ (vgl. Roller 2010, S. 115)

Oft verspüren Ärztinnen und Ärzte Ängste, dass sie sich die Schicksäle der Patientinnen und Patienten zu sehr zu Herzen nehmen, einfach nicht abschalten können, wenn sie nach dem Dienst nachhause kommen und sind dadurch beunruhigt, im Dauerstress. Dies kann zu einem Burn-out- Syndrom führen. Damit so ein Syndrom möglichst nicht ausbricht, wäre es hilfreich, wenn im Palliativteam immer wieder Besprechungen stattfinden würden, auf Pausen nicht verzichtet wird, Entspannungsübungen gemacht werden, gesund gelebt wird, öfters Urlaube eingelegt werden usw. (vgl. Roller 2010, S. 116)

Dazu möchte ich folgendes Zitat wiedergeben: *„Die Wichtigste Aufgabe des Arztes: Zuerst die eigene Seele zu heilen und sich um sich selbst zu kümmern, bevor er versucht, anderen zu helfen.“* (Roller 2010, S. 116)

Dieses Zitat wurde auch auf das Grab eines Arztes 200 v. Chr. geschrieben.

Neben dem Aktiven Zuhören, das ich im Kapitel „Regeln bei der Führung von Gesprächen“ beschrieben habe, ist die Technik des „Spiegelns“ ebenfalls wichtig in der Kommunikation.

Unter dem „Spiegelns“ versteht man ein Wechselspiel zwischen dem Zuhören und der Wiedergabe des Erfassten. Die Emotionen der Patientinnen und Patienten sollten verstanden werden und von den Ärztinnen und Ärzten in eigenen Worten wiedergegeben werden. Vermieden werden sollte die Phrase „Ich verstehe...“, um den Betroffenen keine Zustimmung zu geben. Es gibt drei Methoden des „Spiegelns“. Diese wären das „Verbalisieren“ (Gefühl der Patientinnen/Patienten durch eigene Worte wiedergeben), „Paraphrasieren“ (das Gehörte mit eigenen Worten wiedergeben) und die „Wörtliche Wiederholung“ (Aussagen der Patientin/des Patienten wiederholen). (vgl. Gaspar, Weber 2010,S.167-179)

Sinnvoll wäre es auch, wenn sich ärztliches Personal an Leitlinien orientieren und halten würde, wie beispielsweise an das SPIKES- Protokoll.

Das „S“ steht für Setting und hier wird empfohlen, dass das Gespräch am Vormittag oder am Nachmittag stattfinden und circa 15 bis 45 min. dauern sollte. Der Raum muss störungsfrei sein, die Privatsphäre gewährleistet. Wenn es gewünscht wird, können Angehörige am Gespräch teilnehmen, doch bedacht werden muss, dass sie den Dialog beeinflussen können. Unter Umständen kann eine offene Kommunikation nicht mehr möglich sein. Hilfreich kann auch sein, wenn ein weiteres Mitglied aus dem Team am Gespräch teilnimmt.

Unter dem „P“ (Perception) versteht man den Kenntnisstand der Patientin/des Patienten. Es soll vor der Unterhaltung geklärt werden, welche Kenntnisse, Einschätzungen und Ahnungen der/die Kranke hat. Ob und wie weit er/sie über die Diagnose und Prognose informiert werden will, gehört unter „I“ (Invitation). (vgl. Gaspar, Weber 2010, S. 167-179)

Die Wissensvermittlung, wird unter „K“ (Knowledge) zusammengefasst. Hier soll das Gesagte immer der Wahrheit entsprechen. Hinweise für die Übermittlung der Informationen sind unter anderem eine Ausdrucksweise die verständlich ist, eine klare Terminologie („Krebs“) und der/die Betroffene muss es verstehen.

Unter den letzten Punkten befindet sich die Exploration of Emotions („E“) und die Strategy and Summary („S“). Beim vorletzten Buchstaben soll auf die Emotionen eingegangen werden. Jede schlechte Mitteilung löst unterschiedliche Emotionen aus. Oft sind Ärztinnen/Ärzte damit überfordert und können nicht richtig damit umgehen. Hierbei sind Gesprächspausen besonders wichtig, um der Patientin/dem Patienten Zeit zu geben, sich ihrer Gefühlen klar zu werden. Beim letzten Punkt ist zu beachten, dass nicht alles beim ersten Gespräch gesagt werden muss. Es sollte ein bis zwei Tage später ein zweites Gespräch stattfinden. Weiters sind alle bedeutsamen Ergebnisse der Konversation schriftlich festzuhalten. (vgl. Gaspar, Weber 2010, S. 167-179)

Während des Gesprächs werden von der Patientenseite aus, auch schwierige Fragen gestellt, wie zum Beispiel, wie lang man noch zu leben hat oder werde ich an der Erkrankung sterben. Wenn die Patientin/ der Patient dies erfahren will, soll kein genauer Zeitpunkt gesagt werden sondern ein Zeitfenster beschrieben werden und die Wahrheit soll nie aufgezwungen werden. Ebenfalls darf die Hoffnung nicht weggenommen werden. Man sollte sie einfach nur verändern, sprich trotz Erkrankung kann eine gute Lebensqualität erreicht werden. (vgl. Gaspar, Weber 2010, S. 167-179)

9 Erwartungen der Palliativpatientinnen und Palliativpatienten

Da im Mittelpunkt immer die Patientin/der Patient stehen soll, will ich in diesem Kapitel kurz näher auf die Erwartungen, Wünsche und Rechte von Patientinnen und Patienten eingehen. Es ist wichtig zu wissen was in einem schwerstkranken Menschen vorgeht. Wenn man mehr von der Person weiß, so kann man ihm/ihr auch ein friedvolles Sterben ermöglichen und vielleicht einige letzte Wünsche wahr werden lassen.

Ein Patient sagte zu seinen Erwartungen, insbesondere an die Studentinnen und Studenten:

„Zu aller erst müssen sie eines lernen: Zuhören. Das ist wirklich alles. Zu allererst muss ich ein Gefühl von der Person bekommen, der ich zuhöre und sie anschauen und dann werde ich schnell feststellen, ob ich sie begrüßen oder lieber nicht mit ihr sprechen möchte.

Aufrichtigkeit ist das wichtigste für mich.“ (Schulz, Schnell 2012, S. 139)

Tab. 7.1 Faktoren, die Patienten und ihren Angehörigen wichtig sind in der Arzt-Patient-Kommunikation und Arzt-Patient-Beziehung

| Erwartungen und Wünsche an den Arzt | Mängel im ärztlichen Gespräch |
|--|---|
| Vermittlung krankheitsrelevanter Informationen | Fehlendes Angebot, über Ängste und Sorgen zu sprechen |
| Erwecken von Hoffnung und Zuversicht | Fehlende emotionale Unterstützung |
| Fachlich kompetentes und empathisches Handeln | Unterbrechung durch den Arzt, wenn Informationen mitgeteilt oder Fragen gestellt werden |
| Fragen ohne Zeitdruck stellen zu können | Gefühl, nur ein beliebiger Fall zu sein |
| Ausreichend Zeit mit dem Arzt zu haben | Keinen primären ärztlichen Ansprechpartner zu haben |
| Verständnis für psychosoziale Probleme | Fehlende Zeit, um zuzuhören |
| Ehrliches Interesse, Mitgefühl | Spürbare Hektik |
| Als Person ernst genommen zu werden | Als Person nicht ernst genommen zu werden |
| Vertrauensvolle und persönliche Beziehung zum Arzt | Durch mangelndes Gesprächsangebot, Hemmung empfinden, alternative Therapieoptionen anzusprechen |
| Patientenzentrierter Kommunikationsstil | Arztzentrierter Kommunikationsstil |

Adaptiert nach Vogel et al. [1]

Tab. 2

9.1 Die letzten Wünsche einer sterbenden Person

Jeder Mensch hat im Leben Wünsche, die er sich erfüllen will. Doch oft ist es leider der Fall, dass keine Zeit mehr übrig ist. Viele fangen erst spät an ihr Leben richtig zu genießen und Dinge zu machen oder unternehmen, die sie schon immer machen wollten. Man sollte deshalb immer versuchen so viel wie möglich in seinem Leben zu machen und nicht immer alles auf Morgen zu verschieben. Niemand außer Gott weiß, ob wir morgen überhaupt noch leben werden und die Möglichkeit dazu haben, Wünsche in Erfüllung gehen zu lassen. In jeder Sekunde kann unser Leben vorbei sein.

Gerade auf einer Palliativstation sollte man mit den Patientinnen und Patienten darüber sprechen und vielleicht gibt es noch Wünsche, bei denen man helfen kann, dass sie wahr werden.

Im Palliativbereich sieht man Menschen in Phasen der Hoffnung, der Verzweiflung, des Kämpfens und des Akzeptierens. Oft ist es möglich, dass man mit ihnen über diese Dinge, wie Wünsche und Ängste, sprechen kann und manchmal gibt es Tage wo sie gar nicht reden wollen. Bei manchen schafft man es nie über solche persönlichen Sachen zu sprechen. Man sollte Fragen stellen, wie zum Beispiel, was sie früher gemacht haben in Situationen, wo es ihnen nicht so besonders gut gegangen ist, oder was sie in der Freizeit unternommen haben bzw. was für sie wichtig im Leben war. Die meisten Personen sagen, dass sie alles noch geregelt haben und gewisse Sachen überschrieben haben. Viele werden in dieser letzten Lebensphase auch von ihren Familien unterstützt und begleitet. Es gibt unterschiedliche Wünsche auf der Palliativstation. Doch die Hauptwünsche sind entweder einfach nur schnell und schmerzlos zu sterben oder nicht alleine zu sterben. Das heißt viele möchten in dem Augenblick in dem sie sterben, in ihrer Nähe Menschen haben, die ihnen sehr viel bedeuten. Viele möchten auch letzte Sachen erledigen oder einfach nur mit jemanden über den Sinn des Lebens sprechen. Zum Beispiel wollen einige noch einmal ins Theater, den Geburtstag noch feiern, Hochzeiten nachholen oder sich ein allerletztes Geschenk kaufen. Andere hingegen möchten sich mit Personen aussprechen, mit denen sie schon länger wegen einem Streit nicht mehr gesprochen haben. Viele Wünsche können mit Hilfe des Palliativteams noch erfüllt werden, viele aber auch nicht. (vgl. Kränzle 2010, S. 16; vgl. Eberl, Werni-Kourik 2009, S. 179-181)

9.2 12 Rechte von den schwerstkranken Menschen

Wie jede/jeder andere Patientin/Patient, hat auch ein sterbender Mensch Rechte, die zu beachten sind. Diese Rechte wurden von David Kessler (1997) verfasst und lauten wie folgt:

- 1) *„Das Recht, als lebender Mensch behandelt zu werden und sich ein Gefühl der Hoffnung zu bewahren, egal wie subjektiv diese Hoffnung auch sein mag.“*
- 2) *„Das Recht, Gedanken und Gefühle zum Thema Tod auf seine Weise zum Ausdruck zu bringen.“*
- 3) *„Das Recht, an allen die eigene Pflege betreffenden Entscheidungen teilzuhaben.“*
- 4) *„Das Recht, von mitfühlenden, sensiblen und kompetenten Menschen gepflegt zu werden, die sich bemühen, die Bedürfnisse des Kranken zu verstehen.“*
- 5) *„Das Recht, den Prozess des Todes zu verstehen und auf alle Fragen ehrliche und vollständige Antworten zu bekommen.“*
- 6) *„Das Recht, Trost in geistigen Dingen zu suchen.“*
- 7) *„Das Recht, körperlich schmerzfrei zu sein.“*
- 8) *„Das Recht der Kinder, am Tod teilzuhaben.“*
- 9) *„Das Recht zu sterben.“*
- 10) *„Das Recht, friedlich und in Würde zu sterben.“*
- 11) *„Das Recht, nicht einsam zu sterben.“*
- 12) *„Das Recht zu erwarten, dass die Unantastbarkeit des Körpers nach dem Tode respektiert wird.“*

(Kränzle 2010, S. 16-17)

10 Die Kommunikation mit dementen sterbenden Personen

Früher konzentrierte sich die Palliativ Care besonders auf Tumorerkrankte. Viel später erst wurde mit Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit anderen unheilbaren Erkrankungen begonnen. Vor allem der Umgang mit dementen sterbenden Patientinnen und Patienten ist wenig erforscht. Es stellt sich aber auch die Frage ob Demenzerkrankte dem Ausdruck Palliativpatientin/Palliativpatient gerecht werden. (vgl. Kojer 2010, S. 310)

Laut Frau Kojer versteht man unter Demenz eine *„unheilbare, chronisch fortschreitende, letztlich zum Tode führende Erkrankung.“* (Kojer 2010, S. 310)

Bei älteren Personen stellt sie eine der häufigsten Krankheiten dar. Auf der ganzen Welt gibt es heute circa 24 Millionen Menschen, die an Demenz leiden. Bis zum Jahr 2040 soll sich die Zahl auf 81 Millionen erhöhen. (vgl. Bollig, Jung-Henkel, Fuchs- Hlinka 2007, S. 123-126)

Dadurch, dass es in einem späteren Stadium der Demenz zu Problemen bei der Kommunikation kommt, erfährt man schwer etwas über den Willen der Erkrankten und die Lebensqualität. Aufgrund des Verlustes ihrer Fähigkeiten, reagieren demente Personen oft mit Ängsten, Trauer und Hoffnungslosigkeit. Die Grundsätze, die für die Behandlung von jungen und alten Krebspatientinnen und -patienten gelten, sind auch für die Demenzerkrankten von Bedeutung. Besonders das Ziel der offenen Konversation und die Achtung vor der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen soll erfüllt werden. Wegen dem, dass Demenzerkrankte in einem fortgeschrittenen Stadium nicht mehr selbst Entscheidungen treffen können und sprachliche Probleme bekommen, sollte hier, wenn es möglich ist, schon am Anfang der Erkrankung mit der betroffenen Person über gewisse Sachen gesprochen werden, wie zum Beispiel über die lebensverlängernden Maßnahmen. Eine weitere Hilfe können auch die Angehörigen darstellen. Ebenfalls von Vorteil ist, wenn eine Teamkollegin/ein Teamkollege bereits Erfahrungen mit an Demenz erkrankten Personen gemacht hat. (vgl. Bollig, Jung-Henkel, Fuchs- Hlinka 2007, S. 123-126)

Personen die an Demenz leiden, können in einem fortgeschrittenen Stadium noch viele Jahre leben. Deshalb sind sie in diesem ganzen Zeitraum schon Palliativpatientinnen und -patienten und nicht erst wenn sie kurz vor dem Sterben sind. Bei Demenzerkrankten geht es vor allem darum, die bestmögliche Lebensqualität zu erhalten und nicht so sehr um die maximal erlangbare Lebensdauer. (vgl. Kojer 2010, S. 311)

Da es beim verbalen Ausdrücken Probleme gibt, sollte man genau das Verhalten der Patientinnen/Patienten beobachten. Durch das Verhalten, können viele Antworten gegeben werden, die dazu beitragen, dass das Palliativteam sieht bzw. weiß was der/die Kranke möchte oder braucht. Wenn ein Betroffener Augenkontakt herstellt, kann man davon ausgehen, dass er/sie keine Schmerzen hat und sich wohlfühlt. Viele beginnen dabei auch zu lächeln. Wenn sich eine Demenzerkrankte/ein Demenzerkrankter jedoch aggressiv verhält, zu schreien beginnt, sich fürchtet und nichts essen möchte, dann sollte in Betracht gezogen werden, dass keine bestmögliche Lebensqualität besteht. Was sich diese Patientinnen und Patienten wünschen, ist schwer zu sagen, da sie es uns nicht mehr wirklich mitteilen können. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sie sich etwas genauso wie alle anderen Patientinnen und Patienten wünschen bzw. fordern, nämlich die Erfüllung von Grundbedürfnissen. (vgl. Kojer 2010, S. 311)

Diese wären: *„Ich verstehe meine Mitmenschen und sie verstehen mich.“*, *„Ich werde respektiert und wertgeschätzt.“*, *„Meine Schmerzen und quälenden Beschwerden werden gelindert.“*, *„Ich darf wünschen, fordern und verweigern.“*, *„Ich werde bis zuletzt kompetent und liebevoll betreut.“*. (Kojer 2010, S.311)

Seit einiger Zeit werden Möglichkeiten beschrieben, mit welchen man besseren Zugang zu Demenzpatientinnen und –patienten finden kann. Eine Möglichkeit wäre, zum Beispiel, die Methode der Biografiearbeit. Menschen mit Demenz leben in der Vergangenheit. Deshalb sollte man versuchen, die Lebensgeschichte der Betroffenen zu erfahren. Eine Hilfe dabei, können die Angehörigen sein. Wenn die Biografie bekannt ist, dann lassen sich viele Verhaltensweisen der Patientin/des Patienten erklären. Es können auch Wünsche und Anliegen daraus geschlossen werden. (vgl. Bollig, Jung-Henkel, Fuchs- Hlinka 2007, S. 123-126)

Die Vorteile dabei sind, unter anderem, dass sich der/die Betroffene wieder etwas mehr wie daheim fühlen kann, und ihre/seine Konzentration gefördert wird. Weiters besteht die Möglichkeit mit dieser Therapie das Vergangene wieder besser zu beurteilen können oder etwas zu verarbeiten. Es kann aber auch geschehen, dass sich Menschen mit Demenz auf gewisse Dinge aus der Vergangenheit nicht erinnern möchten und sich darüber nicht äußern. In so einem Fall sollte das von dem Personal einfach akzeptiert werden und nicht näher darauf eingegangen werden.⁷

Natürlich hat dieser Therapieansatz auch ein Nutzen für das Pflegepersonal. Diese wären zum Beispiel, dass es die Patientin/den Patienten besser kennenlernt, mehr über Schwächen und Stärken erfährt. Wichtig ist hier aber auch, dass das Personal in der Lage ist, auch über sein/ihr Leben zu erzählen. Vielleicht hat man auch die Chance von den Erlebnissen der Erkrankten etwas für sich selber mitzunehmen.⁸

Bei der Biografiearbeit sollte sich immer Zeit genommen werden und die Familienangehörigen sind mit einzubeziehen. Egal zu welcher Zeit man etwas Neues über die Patientinnen/Patienten erfährt, es sollte stets aufgeschrieben werden. Dieser Zettel mit den Angaben über die Biografie muss in der Patientenakte leicht auffindbar sein und soll eine wichtige Rolle bei der Pflegeplanung übernehmen.⁹

Eine weitere Therapiemöglichkeit wäre die Validation. Sie wurde von der amerikanischen Sozialarbeiterin und Altersforscherin Naomi Feil entwickelt. (vgl. Bollig, Jung-Henkel, Fuchs- Hlinka 2007, S. 123-126)

Unter Validation versteht man die „*Bestätigung der Gefühle des dementen Menschen und die Wertschätzung seiner Sicht der Welt und der Sinnhaftigkeit seines Verhaltens.*“ (Bollig, Jung-Henkel, Fuchs- Hlinka 2007, S. 123-126)

⁷ (vgl. file:///H:/Biografie.php.htm) Stand 11 April 2012

⁸ (. vgl. file:///H:/Biografie.php.htm) Stand 11 April 2012

⁹ (vgl. file:///H:/Biografie.php.htm) Stand 11 April 2012

Das heißt, wenn man eine Validation durchführt soll man dem/der Demenzerkrankten bestätigen, dass seine/ihre Gefühle wahr sind. Dabei spielt das Einfühlungsvermögen eine bedeutsame Rolle.¹⁰

Einige Ziele der Validation nach Naomi Feil wären das „*Wiederherstellen des Selbstwertgefühls*“, das „*Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren*“, die „*Verbesserung der nonverbalen und verbalen Kommunikation*“ und das „*Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit*“.¹¹

Wie jede/ jeder sich vielleicht vorstellen kann, leidet das Personal in den unterschiedlichsten Einrichtungen oft an Überlastung und Frustration, die durch den Kontakt mit verwirrten Personen entstehen können. Damit dies vermieden wird, hilft die Validation dabei, dass die Zufriedenheit mit der Arbeit wieder steigt, Burn-Out und die Frustration verhindert werden und dass man wieder Begeisterung an der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten verspürt.¹²

Weitere Therapiemöglichkeiten für Demenzerkrankte wären zum Beispiel die Basale Stimulation, die Marte-Meo- Methode und Hilfsmittel zur Schmerzerfassung, auf die ich an dieser Stelle aber nicht näher eingehen möchte. (vgl. Bollig, Jung-Henkel, Fuchs- Hlinka 2007, S. 123-126)

11 Die Kommunikation mit den Angehörigen

In erster Linie steht natürlich die Palliativpatientin/der Palliativpatient im Mittelpunkt der Kommunikation bzw. Behandlung. Neben ihnen „spielen“ aber auch die Angehörigen und Freunde eine wichtige Rolle. Sie können die Betreuung hemmen oder unterstützen. (vgl. Aulbert 2008,S.1086)

¹⁰ (vgl. validation pdf.at.) Stand 11 april 2012

¹¹ (vgl. validation pdf.at) Stand 11 April 2012

¹²(vgl. validation pdf.at) Stand 11 April 2012

Die Weltgesundheitsorganisation betrachtet es als sehr wichtig, dass sich Angehörige so viel wie möglich an der Behandlung beteiligen und ihre Liebsten unterstützen. Jemanden zu unterstützen, den man gern hat und für den es keine Heilung mehr gibt, wird mit vielen negativen und positiven Erlebnissen verbunden. Es kann zu beruflichen und privaten Hürden kommen, wenn man von einer unheilbaren Erkrankung erfährt. (vgl. Aulbert 2008, S.1086; vgl. Hasemann 2007, S. 372)

Wenn man von Angehörigen spricht, denken viele nur an die engsten Familienmitglieder. Doch im Palliativbereich gehören zu den Angehörigen *„all jene, die in irgendeiner Form eine bedeutende oder entscheidende Rolle oder Funktion im Leben des Patienten ausübten, sei dies in verwandtschaftlicher, kollegialer, helfender, begleitender oder verursachender Form.“* (Traar 2009, S. 159)

Das heißt auch Freunde und Lebensgefährten werden dazu gerechnet. (vgl. Traar 2009, S.159)

Wenn die Familien die Nachricht der unheilbaren Erkrankung erhalten, kommt es auch bei ihnen zu emotionalen Reaktionen und psychischen bzw. körperlichen Belastungen. JedeR stellt sich die Frage warum das passiert ist. Die Familie muss sich neu organisieren, da durch diese Nachricht alles plötzlich anders sein wird. (vgl. Traar 2009, S. 159)

Für das Palliativteam entsteht daraus ein weiterer Aufgabenbereich. Es muss versucht werden, die Angehörigen so gut wie möglich in den Behandlungsablauf mit einzubeziehen. Da oft der Fall besteht, dass Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse aufgrund der Erkrankung eines Familienmitgliedes zurückstecken, sollte auch auf die Lebensqualität dieser Personen geachtet werden. Viele bekommen auch das Gefühl des nicht gebraucht werden, weil sie nichts mehr machen können für ihre „Liebsten“. Gerade deshalb ist es so wichtig, dass die Angehörigen von dem pflegerischen Personal die Möglichkeit bekommen bei ihren Tätigkeiten dabei zu sein. Damit kommen sich die Patientin/der Patient und der/die Angehörige wieder näher. Außerdem kann durch die Übergabe von medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten ermöglicht werden, dass die Betroffenen länger zu Hause bleiben können und wenn gewünscht, manchmal auch dort sterben können. (vgl. Kern, Nauck 1998, S. 55-56)

Wie viel eine Angehörige/ein Angehöriger erfahren darf, hängt von der Patientin/dem Patienten ab. Es sollte bereits am Anfang der Behandlungen mit dem Betroffenen geklärt werden, wer informiert werden darf. Besonders erforderlich ist dies, wenn das Personal mitbekommt, dass die Patientin/der Patient keine Verwandten mehr hat, das Verhältnis nicht gut zu ihnen ist oder es sehr viele Freunde gibt, die sich um ihn/sie kümmern. Zu beachten ist,

dass es eine Schweigepflicht gibt und dass niemand für die Patientin/den Patienten entscheiden darf, wenn er /sie noch selbst dazu in der Lage ist es. Wenn eine Person die Vollmacht bekommt durch die Erkrankte/den Erkrankten, dann müssen alle Gespräche mit ihm/ihr durchgeführt werden. Deshalb ist es hier sehr wichtig bedeutsame Gespräche mit dem/der Kranken und ihrer/seiner Bezugsperson zu führen. (vgl. Roller 2010, S. 110)

Es wird zwischen offenen und geschlossenen Familien unterschieden. Bei der offenen Form handelt es sich um Familien, die über alles reden können und wo Veränderungen als erforderlich bezeichnet werden. Da wird sehr leicht jemand gefunden, der die Patientin/den Patienten bei der Kommunikation mit dem ärztlichen Personal unterstützt. Im Gegensatz dazu, herrscht bei den geschlossenen Familien eine unklare Kommunikation und es besteht keine Möglichkeit für Veränderungen. Über die Erkrankung und die Gefühle wird nicht gesprochen. Hier sind die Mitglieder nicht bereit Gespräche zu führen und suchen immer wieder nach Alternativen für die Therapie. (vgl. Roller 2010, S. 110)

Wenn die Patientin/der Patient stirbt, ist es wichtig die Angehörigen zu unterstützen. Das Palliativteam sollte mit ihnen in Kontakt bleiben und Hilfe anbieten, damit sie mit ihrer Trauer nicht alleine bleiben müssen. Auf vielen Palliativstationen wird eine Trauerbegleitung, in Form von Einzelgesprächen oder Trauergruppen, angeboten. (vgl. Traar 2009, S. 161)

Eine weitere Möglichkeit bei der Trauerarbeit könnte sein, dass den Angehörigen angeboten wird, bei der Versorgung des Verstorbenen dabei zu sein. Dies hilft manchen dabei, den Tod zu realisieren und zu akzeptieren. Das Ziel bei jeder Unterstützung ist es, den Angehörigen so viel Zeit wie möglich zu geben, um sich von den Verstorbenen zu verabschieden. Es sollte dafür ein Raum zu Verfügung gestellt werden, wo sie auch über die vergangene Zeit nachdenken können. (vgl. Kern, Nauck 1998, S. 57)

Natürlich gibt es noch andere Hilfsmöglichkeiten, die sich auf körperliche Beschwerden beziehen, da zum Beispiel viele Trauernde Schlafstörungen erleiden. In solchen Fällen wird oft angeraten warme Bäder zu nehmen, immer zur gleichen Zeit ins Bett gehen, alle Ängste und Probleme in einem Tagebuch aufschreiben und Entspannungsübungen durchzuführen. Auch bei der Ernährung sollte auf einiges geachtet werden(vgl. Strasser 2000, S. 332-333)

Meiner Meinung nach, weiß aber jeder Mensch selbst am besten, was ihm/ihr gut tut bzw. hilft.

12 Schlussfolgerung

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Kommunikation eine sehr wichtige Rolle in unser aller Leben einnimmt, ob wir wollen oder nicht. Kommunikation kann aber oft sehr schwierig sein, aus welchen Gründen auch immer. Besonders im Palliativbereich muss daher das Personal noch mehr in der Kommunikation geschult werden, weil gerade in diesem Bereich die Menschen sich wünschen, dass sie jemanden zum Reden und Zuhören haben und sie unterstützt werden. Falsche, unbedachte Kommunikation kann vor allem in dieser Phase des Lebens, in der wir alle möglichen Gefühle von positiv bis negativ, von schlimmster Verzweiflung bis zur Akzeptanz und Annahme durchmachen müssen, als Patientin/Patient oder als Mitglied des Personals oder als Angehöriger, als Freund, viel anrichten oder erschweren. Und Betroffene/Betroffener werden wir ebenfalls alle einmal sein, ohne Ausnahme.

Leider kann man Schmerz und Trauer nicht wegnehmen und man kann auch das Geschehene nicht ungeschehen machen, man kann den Tumor nicht mit einem Zauberspruch entfernen, aber man kann einfach da sein und darauf achten, dass die Patientin/der Patient nicht allein gelassen wird.

Durch unsere Worte oder sagen wir lieber Nachrichten, die wir verbal oder nonverbal aussenden, können wir Menschen leicht auch verletzen. Das ist im alltäglichen Lebens zuhause, in jedem anderen Beruf genauso wie im gesundheitlichen Bereich, in dem man mit Kranken, womöglich auch sterbenden Menschen zu tun hat. Eine gewisse Ausbildung in Kommunikation kann also nicht nur solche Situationen vermeiden, sondern kann uns auf der anderen Seite auch so manche Situation erleichtern. Wenn wir uns mit Kommunikation auseinandergesetzt haben, wird uns die Gesprächsführung, vor allem wenn wir schlechte Nachrichten zu überbringen haben, wesentlich einfacher fallen und sie kann uns auch ein bisschen die Angst vor schwierigen Gesprächen mit Menschen, die nicht mehr ihr Leben vor sich haben, sondern sich vom Leben verabschieden müssen, nehmen.

Durch die Arbeit wurde mir auch bewusst, dass die Kommunikation mit unseren dementen Mitmenschen noch sehr unerforscht ist, obwohl immer mehr Personen daran erkranken und die Anzahl steigt parallel mit dem Anstieg des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung. Es ist schwer einen dementen Menschen zu verstehen oder gar zu erkennen ob er nun Schmerzen hat oder schmerzfrei ist und dementsprechend schwer ist es

seinen Wünschen, Erwartungen, Bitten nachzukommen. Der Bedarf an Forschungsleistungen in diesem Bereich ist also enorm. Forschungsarbeiten stellen sich jedoch sehr schwierig dar, da sich uns Betroffene ja kaum oder gar nicht mehr mitteilen können.

Da viele von uns Menschen das Thema Sterben ignorieren versuchen, hoffe ich, dass ich mit meiner Arbeit vielleicht zumindest die Leser ein bisschen aufwecken kann und aufzeigen kann, dass es sehr wohl wichtig ist sich darüber Gedanken zu machen. Niemandem wird diese Phase des Lebens erspart bleiben und Wünsche für diese Phase (lebenserhaltende Maßnahmen, PEG-Sonde, aggressive Therapien, die im besten Fall das unvermeidbare hinauszögern können, Reanimation, sterben zuhause oder im Krankenhaus, etc.) kann man, wenn es so weit ist, vielleicht nicht mehr äußern. Vor allem aber ist es für Mitarbeiter eines Palliativteams wichtig, sich mit dem Thema zu befassen und sich darüber klar zu sein wie man selbst dazu steht, denn für ein Mitglied eines Palliativteams ist das Thema „sterben“ und sich daraus ergeben Themen mit ihren „großen Fragen des Lebens“ täglicher, ständiger Begleiter.

Mitglieder eines Palliativteams oder auch freiwillige Hospizmitarbeiterinnen/
Hospizmitarbeiter leisten großartiges und müssen vor allem psychisch täglich sehr viel aushalten. Der Palliativ Care sollte in der Öffentlichkeit definitiv viel mehr Beachtung und auch Anerkennung geschenkt werden.

13 Literaturverzeichnis

Aulbert E. (1998) Ganzheitliche Symptomkontrolle als Basis der Palliativmedizin. In: Aulbert E., Klaschik E., Pichlmaier H. (1998) Palliativmedizin- ein ganzheitliches Konzept, Band 1., Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart u.a., S.25-36

Aulbert E. (2008) Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (2008) Lehrbuch der Palliativmedizin. 2 Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart u.a., S.1068-1089.

Eberl I., Werni- Kourik M. (2009) Letzte Wünsche von Patienten. In: Werni- Kourik M., Likar R., Strohscheer I., Zdrahal F., Bernatzky G. (2009) Palliativmedizin- Lehrbuch für Ärzte , psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1 Auflage, UNI-MED Verlag, Bremen u.a.,S.179-183.

Hasemann W.(2007): Unterstützung (pflegender) Angehöriger in der Palliative Care. In: Knipping C., Abt-Zegelin A.(2007) Lehrbuch Palliative Care. 2 Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, S. 372- 379

Hirmüller S., Schröer M. (2012) Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: Schnell M.W., Schulz Ch. (2012) Basiswissen Palliativmedizin. Springer Verlag, Heidelberg, S.8-18.

Jancke G. (2005) Kommunikation mit schwerstkranken und sterbenden Menschen. In: Pleschberger S., Heimerl K., Wild M. (2005) Palliativpflege- Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2 Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S. 101-111.

Jonen- Thielemann I. (2000)Kommunikation mit dem Krebskranken und seinen Angehörigen. In: Aulbert E., Klaschik E., Pichlmaier H. (2000)Palliativmedizin- Verpflichtung zur Interdisziplinarität, Band 3, Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, S. 278-287.

Kayser H., Kieseritzky K., Sittig H.B. (2009) Kursbuch Palliative Care- Angewandte Palliativmedizin und Pflege. 1 Auflage, UNI-MED Verlag, Bremen.

Kern M., Nauck F. (1998) Patientenzentrierte Pflege und Aufgaben in der Symptombehandlung. In: Aulbert E., Klaschik E., Pichlmaier H. (1998) Palliativmedizin- ein

ganzheitliches Konzept, Band 1., Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart u.a., S. 45-60.

Klaschik E. (2009): Palliativmedizin. In: Husebo S., Klaschik E. (2009) Palliativmedizin- Grundlagen und Praxis. 5 Auflage, Springer Verlag, Heidelberg, S. 1-42

Kojer M. (2010) Demenz und Palliativ Care. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (2010) Palliative Care. 3 Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 309- 320)

Kränzle S. (2010) Wenn nichts mehr zu machen ist- Der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliativ Care. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (2010) Palliative Care. 3 Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 13-17.

Kränzle S. (2010) Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (2010) Palliative Care. 3 Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.102-108)

Möller M., Schulz Ch., Schnell M.W.(2012) Übermitteln schwieriger Nachrichten in der Palliativsituation. In: Schnell M.W., Schulz Ch. (2012) Basiswissen Palliativmedizin. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, S. 150-157.

Nagele S. Feichtner A. (2012) Lehrbuch der Palliativpflege. 3 Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Palliativmedizin- Lehrbuch für Ärzte , psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1 Auflage, UNI-MED Verlag, Bremen u.a.,S.158- 162.

Roller S. (2010) Kommunikation. In: Bausewein C., Roller S., Voltz R. (2010) Leitfaden Palliativ Care. 4 Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, S. 79- 128.

Schilder Ch. (2005) Wahrheit und Wahrhaftigkeit im Interaktionsprozess- die Rolle der Pflegeperson. In: Pleschberger S., Heimerl K., Wild M. (2005) Palliativpflege- Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2 Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S. 112-122.

Schmandt J. (1998) Kommunikation im Team und interdisziplinäres Arbeiten. In: Aulbert E., Klaschik E., Pichlmaier H. (1998) Palliativmedizin- ein ganzheitliches Konzept, Band 1., Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart u.a., S. 67-78.

Schulz Ch., Schnell M.W.(2012) Kommunikation in der Palliativmedizin. In: Schnell M.W., Schulz Ch. (2012) Basiswissen Palliativmedizin. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, S.139-150.

Schulz von Thun F. (1981) Miteinander reden:1. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Senn H.J. (2007): „Breaking Bad News“: Die Kunst, schwierige Gespräche zu führen, in der palliativen Betreuung. In: Knipping C., Abt-Zegelin A.(2007) Lehrbuch Palliative Care. 2 Auflage, Hans Huber Verlag, Bern. S. 380- 384.

Sorge M. (2009) : Palliativpflege- persönliche Haltung und Wissen. In: Werni- Kourik M., Likar R., Strohscheer I., Zdrahal F., Bernatzky G. (2009) Palliativmedizin- Lehrbuch für Ärzte , psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1 Auflage, UNI-MED Verlag, Bremen u.a., S.131-134.

Strasser K. (2000) Krankheit- Folge oder Komplikation von Trauer. In: Aulbert E., Klaschik E., Pichlmaier H. (2000)Palliativmedizin- Verpflichtung zur Interdisziplinarität, Band 3, Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, S.329-333.

Traar B. (2009) Psychologische Aspekte in der Palliativbetreuung von Patienten und Angehörigen. In: Werni- Kourik M., Likar R., Strohscheer I., Zdrahal F., Bernatzky G. (2009)

Werni- Kourik M. (2009) Grundsätze der Palliativmedizin. In: Werni- Kourik M., Likar R., Strohscheer I., Zdrahal F., Bernatzky G. (2009) Palliativmedizin- Lehrbuch für Ärzte , psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1 Auflage, UNI-MED Verlag, Bremen u.a.,S.24-25.

Zoidl J. (2009) Das interdisziplinäre Palliativteam. In: . In: Werni- Kourik M., Likar R., Strohscheer I., Zdrahal F., Bernatzky G. (2009) Palliativmedizin- Lehrbuch für Ärzte , psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1 Auflage, UNI-MED Verlag, Bremen u.a., S.29-31.

14 Zeitschriften/ E-Journals

Bollig G., Jung- Henkel B., Fuchs- Hlinka G. (2007) Kommunikation mit dementen Menschen- Herausforderung und Chance für interprofessionelle Palliativ- Care-Teams. Zeitschrift für Palliativmedizin, Jg.8 (3), S. 123-126.

Gaspar M., Weber M. (2010) Kommunikation in der Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin, Jg.11(4), S.167- 179.

Müller M., Kern M. (2006) Kommunikation im Team. Zeitschrift für Palliativmedizin, Jg. 7(3), S. 65-70.

15 Internet

Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross (<http://www.hospiz.org/>) Stand 14 Mai 2012

Biografiearbeit (vgl. <file:///H:/Biografie.php.htm>) Stand 11 April 2012

InfoRapid Wissensportal

(<http://de.inforapid.org/index.php?search=Multidisziplinarit%C3%A4t>) Stand 2 August 2012

Kübler- Ross Phasen (vgl. <http://www.hospiz.org/>) Stand 2 August 2012

Medizinlexikon zum Mitmachen (<http://flexikon.doccheck.com/Interdisziplin%C3%A4r>)
Stand 2 August 2012

Trauerspruch (<http://www.trauerspruch.de/texte-fuer-beileidskarten.htm>) Stand 2 August 2012

Validation (vgl. <validation.pdf.at>) Stand 11 April 2012

Zitate (<http://www.zitate-suche.de/sterben.html>) Stand 2 August 2012

Abbildungsverzeichnis

Abb.1 „Palliativ- Care“ Deckblatt

(<http://www.caritas-altenheim-dietfurt.de/40686.html>) Stand 2 August 2012

Abb.2 „Palliativteam“ S.14

(http://han.medunigraz.at/han/19674_0/https/www.thieme-connect.de/ejournals/html/palliativmedizin/doi/10.1055/s-2006-940097#fg) Stand 2 August 2012

Abb.3 „ Die Ebenen der Kommunikation“ S.21

(<http://www.nonverbal-kommunikation.de/nonverbale-kommunikation-%E2%80%93-so-funktioniert%C2%B4s/>) Stand 2 August 2012

Abb. 4 „Die vier Ohren der Kommunikation“ S.22

(http://www.hyperkommunikation.ch/todesco/vortraege/basel_spital2.htm) Stand 2 August 2012

Abb.5 „ Die räumliche Distanz“ S. 24

(vgl. Roller 2010, S. 84-85)

Tabellenverzeichnis

Tab.1 „Formen der Kommunikation“ S.18

((http://www.qm-infocenter.de/qm/o_bs.asp?task=4&basic_id=2612417512-91&bt=00040.00010) Stand 2 August 2012

Tab.2 „Erwartungen, Wünsche an den Arzt und Mängel beim ärztlichen Gespräch“ S.34

(vgl.Schulz, Schnell 2012, S. 140)

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------|---------------------|
| Abb. |Abbildung |
| bzw. |beziehungsweise |
| etc. | et cetera |
| usw. | und so weiter |
| Tab. | Tabelle |
| vgl. | vergleiche |