

Kommunikation von schlechten Nachrichten

Das passende Wort: Unterschied wie zwischen einem Glühwürmchen und einem Gewitter

Ärzte und Pflegekräfte können in ihrer Arbeit nicht immer nur gute Nachrichten überbringen. Im Gegenteil. Häufig müssen schlechte Nachrichten mitgeteilt werden: Eine unheilbare Krankheit, eine ungünstige Prognose, den Tod eines Angehörigen. Die Art der Übermittlung trägt viel dazu bei, wie der Empfänger der Information diese verarbeiten kann.

Bei der Anfrage zu dem Vortrag, der diesem Artikel zugrunde liegt, fiel von Seiten der Veranstalter der Satz: „Der Unterschied zwischen dem falschen und dem richtigen Wort ist wie jener zwischen einem Glühwürmchen und einem Gewitter. Wenn man dies ein wenig modifiziert und anstatt „falsch“ und „richtig“ – was ja immer relativ ist – „passend“ und „unpassend“ einsetzt, hilft diese Leitlinie sehr beim „sich bewusst Machen der Verantwortung“, die in der Aufgabe der „Kommunikation von schlechten Nachrichten“ liegt. Dies betrifft im Kontext von ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit natürlich hauptsächlich Informationen in den Bereichen „Diagnosemitteilung“, „Prognosen“, Mitteilungen über „Rückschläge und unerwartete Krankheitsverläufe“ an Patienten und Angehörige.

Diese Situation stellt für die Betroffenen eine Ausnahmesituation dar, die besonders „prägend“ sein kann und besonderes Gewicht hat für Aspekte wie subjektives Krankheitsmodell, Motivation zur Mitarbeit, Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit, schließlich auch Compliance.

Primär ist dies letztlich meistens eine Situation, die auf Mediziner zukommt. Für das Pflegepersonal kommen oft die Folgen zum Tragen, unter anderem die Art und Weise, wie die Nachrichten einerseits kommuniziert wurden und andererseits wie diese Botschaften gewirkt haben und



Die Art der Übermittlung trägt viel dazu bei, wie der Empfänger der Information diese verarbeiten kann.

verstanden wurden. Pflegepersonen haben oft „Übersetzungsaufgaben“ im Sinne von Übersetzung der Fachsprache in für die Patienten verständliche Formulierungen aber auch im Sinne der Besprechung der konkreten Bedeutung dessen für den Alltag der Patienten und Angehörigen.

Diese Aspekte sollen im folgenden thematisiert werden: Zunächst die Beschreibung der Situation der Betroffenen („Empfänger“) aus „psychotraumatologischer“ Sicht – solche Situationen sind „kritische Lebensereignisse“. Sodann soll die mögliche spezielle Befindlichkeit der „Sender“ der „schlechten Nachrichten“ beleuchtet werden, um dann zum konkreten Gesprächsverhalten, zur äußeren Situation und den Rahmenbedingungen (Setting), in denen kommuniziert wird, einige Ausführungen zu machen. All diese Faktoren beeinflussen maßgeblich die psychologische Wirkung und ganz pragmatisch auch die konkreten Folgen.

Charakteristisches der Situation aus psychotraumatologischer Sicht

In der Literatur und Forschung zur Frage nach potentiell psychisch traumatisierenden Ereignissen („critical life events“) ist inzwischen evident geworden, dass auch

Diagnosemitteilungen unter die sogenannten „ungewöhnlich belastenden Lebensereignisse“ fallen können. Dies wirkt sich je nach individuellen Ressourcen und Vulnerabilitätsfaktoren aus und kann Anpassungsstörungen (F 43.2) und Belastungsreaktionen (F 43.0) hervorrufen. Deutlicher definieren dies Dilling et al. (2005, S. 169), wenn sogar eine Chronifizierung im Sinne eines „belastenden Ereignisses“ zu werten ist „und...das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ oder einer sogenannten Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0).

Im Bereich der Folgen z.B. der Mitteilung von Krebserkrankungen gibt es Zahlen, die eine Prävalenz für eine Traumafolgestörung mit sogar 20 Prozent angeben (Munker-Kramer, 2006). Eine Definition von Fischer und Riedesser, (2003) pointiert darüber hinaus die vielfältigen Wirkebenen von Psychotrauma. Ein potentiell traumatisierendes Ereignis ist ein **vitales Diskrepanzerlebnis** zwischen bedrohlichen **Situationsfaktoren** und individuellen **Bewältigungsmöglichkeiten**, das mit **Gefühlen** von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte **Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses** bewirkt.“

¹ Mag. Eva Munker-Kramer, Klinische- und Gesundheitspsychologin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin, Vorsitzende der österr. Fachgesellschaft EMDR-Netzwerk Österreich und österr. Vertreterin bei EMDR Europe, Österr. Vertreterin des Standing Committee Disaster and Crisis Psychology in der European Association of Psychological Associations, Mitgründerin des PsychoSozialen Akutteams NÖ und Mitglied der Leitung 2001-2008, Mitglied der Arbeitsgruppe Akuttrauma der DeGPT

Wenn man die neurobiologischen Fakten in der Reaktion auf Extremstress heranzieht (was an dieser Stelle nicht erfolgen kann, aber ausführlich bei Huber, 2003a und 2003b, Münker-Kramer, 2006 und 2009, Fischer-Riedesser, 2003 nachgelesen werden kann), kann man zusammenfassend bei den Empfängern von schwierigen Botschaften folgende Befindlichkeit und somit deutliche Einengung der Wahrnehmung vorfinden:

- blockierte Wahrnehmung, blockierte Verarbeitungsfähigkeit, Reaktion häufig im Sinne von Akuter Belastungsreaktion (F43.1)
- Symptome körperlich, emotionell, mental, verhaltensmäßig (s.o.)
- oft keine kortikale Analysefähigkeit, daher nicht per se Planung und Analyse möglich (s.u.), aktuelle emotionale Überflutung

Im Alltag drücken Betroffene diese Folgen für Körper, Gefühle und Gedanken vielfältig aus. Hier seien stichwortartig einige konkrete Befindlichkeitsbeschreibungen aufgelistet, mit denen man konfrontiert sein kann, wenn man „schlechte Nachrichten“ kommuniziert.

Vitales Diskrepanzerlebnis

„...geht mir an die Nerven. ... geht mir an die Nieren“, „schlägt sich mir auf den Magen, ...verschlägt mir den Appetit“, „sich vor Angst anm...“, „... zum K...“, „... schnürt mir die Luft ab“, „...nimmt mir den Atem“, „... wie ein Schlag in die Magengrube“, „da stellen sich mir alle Haare auf“, „da läuft es mir kalt den Rücken hinunter“, „mir bleibt die Spucke weg“, „wie gelähmt“, „wie angewurzelt“, „mir gehorchten meine Beine nicht mehr“...

Gefühle von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe

„wie ausgeliefert“, „fühle mich wie nackt“, „fühle mich wie ein Tier im Käfig“...

Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses

„...aus der Bahn geworfen, den Boden unter den Füßen weggezogen“, „nichts ist wie vorher, es wird nie wieder so sein wie vorher“, „es ist als sei ein Teil von mir gestorben“, „Wie vom Blitz getroffen“, „... Es gibt keine Zukunft mehr“, „Leben hat keinen Sinn mehr“, „alles aus“.

Dies ist nun sozusagen das, was man teilweise mit behutsamer Kommunikation

von schlechten Nachrichten nicht verhindern, aber zumindest abfedern kann bzw. nicht auf jeden Fall noch verstärken sollte. Daher ist es interessant, wie man als Sender einer „schlechten Nachricht“ von Haltung, Kommunikation und Setting her bestmöglich agieren kann. Dies wird natürlich inhaltlich nie die Botschaft verändern können, aber zumindest Zusatzbelastungen nehmen und das kann für Betroffene eben wie der „Unterschied zwischen Glühwürmchen und Gewitter“ sein. Für diese Wirkung lohnt es sich nachzudenken!

Der Sender

Die Person, die eine Nachricht von sich gibt, wird in der Kommunikation „Sender“ genannt. Dies ist in der hier thematisierten Situation ein Angehöriger des Gesundheitswesens, hier speziell meistens der Arzt, die Ärztin. Folgendes ist nun zu diesem Sender zu sagen:

Man kann annehmen, dass die Situation auch für den Sender unangenehm, belastend und vielleicht traurig ist und es nun darauf ankommt, ob diese Gefühle

Für das Pflegepersonal kommen oft die Folgen zum Tragen, unter anderem die Art und Weise, wie die Nachrichten einerseits kommuniziert wurden und andererseits wie diese Botschaften gewirkt haben und verstanden wurden.

bemerkt und reflektiert werden und dies „ins Kommunizieren einfließt“.

Möglich ist, dass jemand aus eigener Betroffenheit das Gespräch so lange wie möglich hinauszögert, was zu hoher zusätzlicher Belastung beim Gegenüber führen kann. Oder es könnte auf ein „Tür und Angel-Gespräch“ hinauslaufen, um sich vordergründig nicht lange mit der Situation konfrontieren zu müssen oder man benutzt besonders sachliche Worte, um möglichst viel Distanz halten zu können etc. etc.. Hier kann man viel über Risikofaktoren für „Helfer“ ergänzen, dies würde aber den Rahmen sprengen, Fazit kann nur sein: Jemand, der häufig in solchen Grenzsituationen Regie führen soll – und das sind Mediziner -, sollte Unterstützung im Sinne von Reflexionsmöglichkeit in Erwägung ziehen. Inzwischen weiß man sogar, dass unsere Empathie (die Fähigkeit, sich in einen anderen hineinzuversetzen) einen neurobiologischen Sitz hat, der aufgrund des Wahrnehmens der Befindlichkeit des „Empfängers“ reagiert – die sogenannten Spiegelneurone in der motorischen

Rinde (Bauer). Somit „kann man nicht einmal etwas dafür, wenn man auch ‚betroffen‘ ist“. Über diese Neurone nehmen wir ständig Reaktionen wahr und nehmen auch Teile auf, daher kann die Belastung des anderen auch für uns körperlich spürbar und muss ausgehalten werden.

In den Sagen des Altertums findet man bekanntlich nicht selten die Geschichte, dass Überbringer schlechter Nachrichten den Zorn der Empfänger auf sich zogen und sogar umgebracht wurden. Dies auf die gegenständliche Situation umgelegt, bedeutet zumindest, dass hier zwischenmenschlich verschieden hohes Emotionspotential zusammenkommt, das nicht einfach ignoriert werden kann.

Wenn dies nicht bewusst ist, kann der vordergründige Selbstschutz unter Umständen zu „Verschleierungsmechanismen“ führen („ich hab es eh gesagt, aber eben nicht so klar...“): bagatellisieren, verschlüsseln, hinknallen... Dies funktioniert natürlich nur kurzfristig. Hier muss ein Grundprinzip aus der Kommunikationspsychologie deutlich gemacht werden: In einem Bereich, wo die Folgen für den Be-

troffenen so weitreichend und auch weichenstellend sein können und ihn so fundamental betreffen, gilt mehr als sonst, dass „...die Verantwortung des Senders letztlich erst aufhört, wenn die Botschaft beim Empfänger angekommen ist“. Auch wenn es unangenehm ist und wehtut.

Es geht bei der Arzt-Patient Kommunikation nicht primär um hochwissenschaftliche Aussagen, sondern darum, dass das Wesentliche ankommt. Gemeinsam lässt sich auf dieser Grundlage Betroffenheit aushalten und lassen sich Schritte überlegen.

Bei einem Vortrag erzählte eine Onkologin mit langjähriger Erfahrung, dass sie einmal mit einer Patientin geraume Zeit nur geschwiegen habe. Während der ganzen Behandlung habe die Patientin ihr dies hoch angerechnet und immer wieder thematisiert, dass sie sich hier auf das richtige Tempo eingelassen habe.

Hier gilt das Prinzip „Entstressen“, da menschliche Präsenz hier zunächst mehr als Fachlichkeit zählt. Wenn dies nicht geschieht, können ganze Gruppen in Hilflosigkeit geraten und alle, auch die Patienten sehr

belastende Situationen durchmachen.

In einem Kommunikationsseminar für Pflegepersonen vor etwa 15 Jahren besprachen wir eine Situation, die eine Teilnehmerin einbrachte. Auf ihrer Station (Onkologie) war die implizierte „Order“, schwer erkrankten Patienten die Diagnose möglichst nicht mitzuteilen (von ärztlicher Seite) und sich nicht in Gespräche einzulassen, die heikel werden könnten (galt für alle). Die Pflegeperson, die neu auf der Station war, versuchte den Hintergrund dieser wahrgenommenen impliziten Gruppenregel herauszufinden und in einem intensiveren Gespräch im Nachtdienst hörte sie dann, dass sich vor einigen Jahren eine junge Mutter nach der Mitteilung einer Brustkrebsdiagnose das Leben auf der Station genommen habe... dies sei vom Team nie verarbeitet worden.

Nun ist bisher Einiges über die Belastung der Betroffenen und der „Sender“ erlüttert worden, wie kann aber damit umgegangen werden?

Die Gesprächssituation konkret

Was ist hilfreich in der Vorbereitung

Bereits vor Beginn der konkreten Gesprächssituation können Dinge beachtet und bedacht werden, die dann erleichternd wirken: So ist z.B. ein wesentliches Prinzip das der Psychoedukation (= dem Betroffenen in angemessener Art erklären, was mit ihm los ist). Dies betrifft nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch das Wissen über das Umgehen damit. So schadet es nicht, wenn die Aufklärenden auch einige Worte dafür benützen zu erklären, wie die psychologischen Verarbeitungsmechanismen laufen und damit die Betroffenen z.B. beruhigen können, wenn sie sich nicht gleich alles merken (siehe Alltagssymptome oben). Hier als Sender vorbereitet zu sein und Formulierungen bereit zu haben, auch Visualisierungsmöglichkeiten für Erklärungen oder Merkblätter, nimmt einen Teil des eigenen Stress‘.

Zum Thema „eigener Stress“ kann man natürlich auch einige Momente einplanen, um die möglicherweise auftretende eigene sympatiktone Erregung konkret zu reduzieren – auch Einsatzleiter bedienen sich dieser Methoden. Ärzte sind manchmal in einer ähnlichen Situation: Spontan wird von ihnen viel erwartet, Hauptentscheidungen, die passenden Worte, das Management der Situation. Kleine und wirksame Übungen und „Handgriffe“ dazu finden sich bei Lasogga & Münker-Kramer (2009) im Anhang.

Wenn man vorher schon weiß, dass die organisatorisch/zeitliche Möglichkeit eines zweistufigen Gesprächs vorhanden ist, ist das gut für alle Beteiligten, dies gilt es zu prüfen. In diesem Kontext sei erwähnt, wie gut ein Vorgespräch z.B. mit einer Diplompflegekraft (auch: was weiß sie schon von den Angehörigen/Betroffenen und deren subjektiven Hypothesen zum Geschehen?) sein kann oder am besten die Möglichkeit eines gemeinsamen Gesprächs mit dem Patienten. Dann bietet sich auch eine gemeinsame Reflexion zu fachlichen und menschlichen Aspekten an.

Dass solche Gespräche möglichst in ruhigem Rahmen und nicht zwischen Tür und Angel geführt werden sollten, ist zwar an sich selbstverständlich aber trotzdem oft eben nicht selbstverständlich....

Die Worte

Wie wichtig Worte sind, kann das o.g. Zitat „der Unterschied zwischen dem einen und dem anderen Wort kann wie Glühwürmchen und Gewitter sein“ (Mark Twain abgewandelt, Idee J. Günthör) noch einmal verdeutlichen. Hier liegen oft die Ursprünge von entweder „dysfunktiona-

laubt und interpretieren überdurchschnittlich sensibel auch die Körpersprache (Worte alleine machen nur max. 20% der Botschaft aus) – da sind die Worte oft zweitrangig im Sinne von Schulz von Thun (1994, S. 61) „Die Nachricht ist immer auch Machwerk des Empfängers“, besonders in einer solchen Ausnahmesituation.

So haben die Betroffenen oft subjektive Hypothesen, die der Wahrheit sehr nahe kommen können. Ein aufmerksamer Sender benötigt dann nur noch Kommentare oder eine andere Art der Entgegnung wie „ja, Sie interpretieren da schon in die richtige Richtung, wie geht es Ihnen denn mit dem Gedanken, er beschäftigt Sie ja offensichtlich schon länger? Was geht Ihnen durch den Kopf?“

Daher ist in einer solchen Situation immer eine partnerzentrierte Haltung und auch Gesprächsführung hilfreich. Viele Menschen haben in einer Situation, in der sie schlechte Nachrichten erhalten, Anzeichen einer akuten Belastungsreaktion. Daher ist oft die Gesprächsführung in einer Art sokratischem Dialog sehr hilfreich, weil nur dann sichergestellt werden kann, die Betroffenen „da abzuholen, wo sie stehen“. Eine Einwegkommunikation „ex cathetra“ führt hier zu nichts. Genaueres zu

Dass solche Gespräche möglichst in ruhigem Rahmen und nicht zwischen Tür und Angel geführt werden sollten, ist zwar an sich selbstverständlich aber trotzdem oft eben nicht selbstverständlich....

ler, ungesunder...“ Aufnahme und Verarbeitung und manchmal ist dies die Quelle für eine konstruktive und hilfreiche Aufnahme und Verarbeitung, auch wenn die Nachricht objektiv schlimm ist.

Die Aussage „Sprache schafft Wirklichkeit“ ist in der Kommunikationstheorie schon lange bekannt und ist auch hier absolut richtig. Trotzdem kann man bei einer so komplexen und objektiv schwierigen Situation mit objektiv schwierigem Inhalt keine allgemeingültigen Regeln geben. Man kann aber an Haltung und Anspruch des Senders appellieren, dass es nicht die „richtige“ Art und Weise oder die „richtigen“ Worte gibt, nur die angemessenen Worte und die angemessene Haltung. In einer Metapher gesprochen – man sollte dem Gegenüber die Wahrheit nicht wie einen nassen Waschlappen ins Gesicht schlagen, sondern wie einen Mantel zum Hineinschlüpfen hinhalten. Viele Betroffene ahnen/wissen mehr als man

diesen Aspekten in der Gesprächsführung mit akut Traumatisierten findet sich ausführlich und anhand von Beispielen bei Lasogga & Münker-Kramer (2009, S.94ff). Gute Beobachtung und Fragen wie z.B. „Sie wirken im Moment eher abwesend auf mich, seit ich angesprochen habe – können Sie mir sagen, was Ihnen durch den Kopf geht?“ oder „...an welcher Stelle sind Sie ausgestiegen...“, können die Wahrnehmung und Aufnahmebereitschaft der Patienten wesentlich erhöhen.

Wenn dazu betont wird, dass dies eine ganz nachvollziehbare Reaktion in einer solchen Situation ist und das Wissen des Arztes über die neurobiologischen Mechanismen und Blockaden in einer Extremstresssituation „psychoedukativ“, d.h. in einer angemessenen und angepassten Sprache „herüberkommt“, fühlen sich die Betroffenen mit viel höherer Wahrscheinlichkeit „abgeholt“ und können offen für den nächsten Gedanken oder die nächs-

ten Vorschläge werden und/oder bleiben. Dies ist für alle Beteiligten hilfreich – die Betroffenen fühlen sich ganzheitlich verstanden und gesehen und die „Sender“ der Nachrichten können mehr Gewissheit haben, dass ihre Inhalte auch so ankommen, wie sie sollten.

Manchmal ist außerdem die Erfahrung zu machen, dass Aussage nicht gleich Aussage ist. So kann die eine Aussage in einem „Zeitfenster“/„Befindlichkeitsfenster“ zerstörerisch sein, zur Blockade, zum Beziehungsabbruch führen, im anderen Zeitfenster/Befindlichkeitsfenster genau passen. Die Aussage „Vielleicht ist es etwas, was man jetzt nur annehmen kann“ kann zum einen Zeitpunkt zur Reaktion „Was wissen Sie denn schon, Sie haben gut reden...“ führen und zehn Minuten später tätigt sie der Betroffene selbst und man braucht nur noch zuzustimmen.

Davon abgesehen kann jede Art von Floskeln floskelhaft ausgesprochen sehr unangenehm wirken, statt dessen ist ein offenes Hilflosigkeits- oder Sprachlosigkeits-eingeständnis (menschlich – manchmal auch fachlich) sinnvoller und förderlicher.

Einige Aspekte der Gesprächsführung in der Situation:

- mit Name und Funktion vorstellen, unter Umständen Anknüpfung an vorheriges Gespräch, vorherige Begegnung
- langsam, ruhig, in für den jeweiligen Empfänger verständlichen Formulierungen sprechen
- Struktur vermitteln durch Ruhepol und Information, Erklärungen visualisieren, lebensnahe Metaphern
- partnerzentrierte Haltung – trotz eigener Belastung (führt u.a. zu „so schnell wie möglich hinter mich bringen, Botschaft rüber und weg...“), „breit“ wahrnehmen, auch wenn scheinbar anstrengender
- „4 Ebenen der Kommunikation“ nutzen und spiegeln/verbalisieren
- Situation wenn möglich nicht alleine angehen (4 – 6 Augen-Prinzip)
- körpersprachliche und interaktionelle Signale nutzen, Pausen nutzen, Pausen machen
- verbal die kognitiv emotionale Verarbeitung vorstrukturieren (nicht zufällige Wortwahl, „sokratischer Dialog“)...
- ggf unterstützendes (nicht „Abwimmelmechanismus“) Informationsmaterial hergeben und erklären, wo sich etwas zum nochmaligen Durchlesen in Ruhe findet, dann u.u.

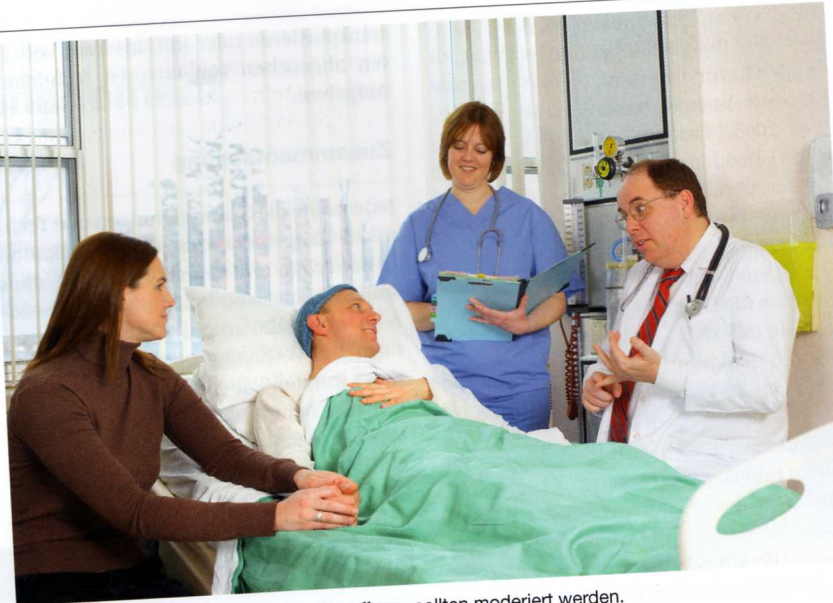


Photo: www.photos.com

Die unterschiedlichen Reaktionen der Betroffenen sollten moderiert werden.

- Gespräch in zwei Abschnitten vorschlagen
- missverständliche Formulierungen vermeiden, u.U. nachfragen
- aktiv zuhören (Blickkontakt, aha..., nicken, zusammenfassen, eventuell nachfragen...)
- gleiche Ebene ganz konkret
- klare und deutliche Kommunikation, Plural nur, wenn nachvollziehbar
- sich neutral verhalten und Verständnis vermitteln
- gemeinsam schweigen können, Aufmerksamkeit beibehalten, Geduld
- Zeit nehmen bzw. klar sagen, wie lange Zeit ist, den Betroffenen Zeit für sich selbst lassen (dies ist „Umwegrentabilität“ in Bezug auf die letztlich gelungene Verarbeitung)
- u.U. „Glas Wasser“ anbieten
- unterschiedliche Reaktionen der Betroffenen moderieren, wenn mehrere Personen anwesend sind
- Aufmerksamkeit/Aufnahmefähigkeit der Betroffenen „monitieren“ und so berücksichtigen, u.U. Metaebene, Pause
- nächste Schritte, eigene Verfügbarkeit oder andere Ansprechpartner, Regeln dafür (die müssen dann aber halten)
- für einen selbst Passendes „mitgeben“ (Formulierung, Wunsch, nonverbale Botschaft) – für beide hilfreich

Was sollte vermieden werden?

- nicht sicher haltbare Zusagen
- Floskeln, Abgestumpftheit
- Gefühle vorschreiben („Sie sollten das so nicht sehen, Sie sollten das soundso

- empfinden, das und das sollten Sie gar nicht denken“), entmündigen, eigene Meinung und Interpretationen aufdrängen
- Vorwürfe
- Pathologisieren
- Versprechen machen, die man nicht halten kann
- belügen (Wahrheit wie Mantel hinhalten, nicht wie nassen Fetzen ins Gesicht)
- Betroffene aufgrund ihrer Reaktionen (siehe Extremstress) als Patienten behandeln (auf eigene nonverbale Botschaften achten)
- sich hinter Fachsprache verstecken

Die Nachbereitung

Sowohl für sich selbst als auch für die weiteren Schritte mit den Betroffenen und im Team ist es wichtig, in die Nachbereitung ebenfalls zu investieren.

Da davon ausgegangen werden kann, dass man über die natürliche Empathie – via Spiegelneurone – Gefühle und Reaktionen der Betroffenen zumindest peripher und kumulativ aufnimmt, wenn die Situation sehr „dicht“ war, sollte gegen diese „Kontamination“ aktiv im Sinne der eigenen psychischen Gesundheit gegengesteuert werden. Dies heißt nicht, dass natürliche Empathie unterdrückt werden soll – sie ist gut und wichtig, weil sie wirkliche Begegnung ermöglicht – es heißt nur, dass man in solchen Situationen mehr auf sich achten muss, um sich den gesunden Umgang damit zu erhalten – für sich selbst und die zukünftigen Betroffenen.

Man kann so z.B. mit gezielter Anwen-

derung von Trenntechniken, Achtsamkeitsübungen, Imaginationen und Externalisierung dafür sorgen, die eigenen Ressourcennetzwerke zu erhalten (vgl. Huber, 2005, Lasogga & Munker-Kramer (2009), Reddemann (2003), Lazarus (2000)). Gelingt dies, so kann diese objektiv relativ belastende Arbeit sogar mit hoher Arbeitszufriedenheit einhergehen. Ausgehend von der eigenen Attribution, d.h. von der Art, wie man die Dinge, die man erlebt, einordnet und reflektiert, sind in den hier besprochenen Situationen manchmal kognitiv und emotionell starke Dissonanzen zu überwinden, die sich aus der Abweichung von der ärztlichen Grundmotivation zu helfen und zu heilen ergeben. Daher müssen hier häufig Umbewertungen vorgenommen werden, die wichtig und richtig sind: „Wir können die Situation nicht ändern, aber zum Ertragen beitragen und zum ‚gut aufnehmen = subjektiv integrieren‘ und das ist objektiv schon viel“!

Rein pragmatisch ist weiters wichtig, den Betroffenen und Angehörigen für nachfolgende Fragen zuverlässig und kompetent zur Verfügung zu stehen. Dies bedeutet z.B. strukturelle Klarheit soweit möglich – wann sind Sprechzeiten, an wen kann man sich wenden, über welche Informationen wird diese Person verfügen, wo gibt es Informationen über die Krankheit etc..

Nach belastenden Situationen, wie sie nun dargestellt wurden, ist es ebenfalls hilfreich und sinnvoll, sich Gespräche mit Anderen zu „gönnen“ – sei es derjenige, mit dem gemeinsam das Gespräch durchgeführt wurde – siehe auch oben, oder mit Personen mit ähnlicher Funktion.

Wir alle sind Menschen und verhalten uns menschlich und spontan in allen Facetten: Als Personal, das mit Menschen arbeitet, tragen wir aber alle zur psychischen Gesundheit und Heilung bzw. Bewältigung der uns anvertrauten und auf unsere fachliche *und soziale* Kompetenz vertrauenden Personen bei. Wir haben also neben unserer Rolle als Mitmensch auch eine Funktion zu erfüllen, als Arzt, als Mitarbeiter in der Verwaltung in diesem speziellen Bereich Krankenhaus, als Pflegeperson, Krankenhauseesorger, Portier, Psychologe, Bedienerin und vieles mehr.

Zur Ausübung dieser Tätigkeiten zählt unter anderem – je nach Berufsgruppe ganz ureigentlich oder „auch“, dass wir mehr Überlegung – im Fachjargon Reflexion – an den Tag legen dabei, *was* wir sagen und *wie* wir es sagen, auch *wo* wir es sagen und *warum* wir es sagen. Dies kann so weit gehen, dass wir auch hinterfragen müssen, was wir mit unserer Kleidung

transportieren oder mit unserem Verhalten abgesehen von unseren fachlichen Aufgaben.

Zusammenfassung

Jeder sollte die Grundhaltungen und Techniken „angemessener“ Kommunikation beherrschen und spüren. Darüber hinaus sollte für spezielle Situationen professionelle Unterstützung zur Entlastung derjenigen zur Verfügung stehen, die auch anderes mit den Patienten machen müssen. Z.B. muss ein Intensivmediziner oder ein Chirurg nach dem Tod eines Patienten eine passende Art der Übermittlung dieser

Nachricht an die Angehörigen finden. Es ist aber nur legitim und sinnvoll, wenn er bezüglich der Nachbetreuung entlastet wird, um sich wieder mit voller Konzentration der nächsten seiner ureigensten Aufgaben widmen zu können. Damit wäre allen Beteiligten optimal geholfen. ■

Korrespondenzanschrift:
Mag. Eva Munker-Kramer
Am Göttweiger Berg 39
3508 Paudorf
E-Mail: muenker-kramer@zap-wien.at
Internet: www.emdr.institut.at, www.zap-wien.at, www.disaster.efpa.eu

Beispiele

Beispiele gelungener Kommunikation schlechter Nachrichten oder der Kommunikation in schwierigen Situationen zum „ressourcenorientierten“ Ausklang - Beispiele für den Unterschied zwischen Glühwürmchen und Gewitter...

- Der Vater von Herrn X ist nach kurzer schwerer Krebserkrankung auf einer internen Station kurz vor dem Dienstwechsel des Pflegepersonals gestorben. Herr X kommt wie betäubt aus dem Zimmer. Der Pfleger, der den Tagdienst während dieses „Sterbetages“ hatte, sieht ihn und drückt ihm einige Münzen in die Hand und sagt: „Sie möchten doch vielleicht jemanden anrufen. Ich versorge Ihren Vater noch, bevor ich gehe, auch wenn es einige Minuten über mein Dienstende hinausgeht, sie können so lange Abschied nehmen, wie Sie es brauchen, ich sage dem Nachtdienst Bescheid“.
- Derselbe Pfleger war nachmittags leise in das Zimmer gekommen, in der der Vater von Herrn X um Luft rang und das Herr X nicht zu verlassen wagte und hatte ihm die Hand auf die Schulter gelegt und gesagt: „Gehen Sie einen Kaffee trinken, ich bleibe hier und kümmere mich um alles. Wenn es nötig ist, hole ich Sie sofort...“.
- Tod eines Kindes auf der Intensivstation: Der behandelnde Arzt nimmt die Eltern in ein eigenes Zimmer mit, teilt die Nachricht sehr mitfühlend und behutsam mit, fragt, ob er noch etwas tun kann, bietet Verabschiedung und Zeit an sowie einen unaufdringlichen Hinweis an eine Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern. Weiters weist er auf die Möglichkeit psychologischer Betreuung hin.
- Pflegeheim, Zweibettzimmer, Frau X. liegt im Sterben, die Nichte begleitet sie. Es ist offensichtlich, dass es bald zu Ende geht. Unauffällig und unaufgefordert kommt der diensthabende Pfleger hinein und stellt eine Trennwand zum Nachbarbett auf...

LITERATUR

- Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (Hrsg) (2005)** Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10. Huber, Bern
- Fischer, G., Riedesser, P. (2003)** Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Reinhardt Verlag.
- Huber, M. (2003a)** Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I., Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2003b):** Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil II., Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2005)** Der Innere Garten. Paderborn, Junfermann
- Lasogga, F. & Munker-Kramer (2009)** Psychosoziale Notfallhilfe, Stumpf und Kossendey, Ede- wecht
- Lazarus, Arnold (2000)** Innenbilder. Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Munker-Kramer, E. (2006):** F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBS) – Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsansätze. In: Beiglböck, W., Feselmayer, S., Honemann, E.: Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung, S. 293-322, Wien, New York: Springer
- Munker-Kramer (2009)** Eustress – Distress – Extremstress – traumatischer Stress. In Psychologie in Österreich 1-2009, S. 54-61
- Reddemann, Luise (2003)** Imagination als heilsame Kraft, Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Schulz von Thun, Friedemann (1994)** Miteinander reden, Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt