



Attila Altiner
Theresa Buuck
Christin Löffler
Anja Wollny

KURZLEHRBUCH

KOMMUNIKATION

Schulungsmaterial zu den Lehrfilmen
für die DCM-Ausbildung



Gesellschaft für
patientenzentrierte
Kommunikation

ANMERKUNG

Das Kurzlehrbuch ist im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projektes InDePendent entstanden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Femininum verwendet. Diese Formulierung umfasst gleichermaßen weibliche, diverse und männliche Personen. Alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen. Außerdem wird auf den Begriff der Patientin verzichtet, da dieser Begriff zu unnötiger Pathologisierung, sowohl von Menschen mit Demenz, als auch deren Bezugspersonen und Angehörigen, führt.

1. Ausgabe 2022

Alle Rechte dieser Ausgabe

© 2022 GpzK gGmbH

info@gpz.de

INHALT

Einführung: Didaktische & Methodische Anmerkungen	02
Teil 1 Tabellarische Übersicht	06
Teil 2 Kommunikationsmodelle	20
I. Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen und Angehörigen	22
II. Aktives Zuhören	29
III. Das klientenzentrierte Gespräch	32
IV. Übertragung und Gegenübertragung	36
V. Das narrative Gespräch	39
VI. Hidden Agenda	42
VII. Hilfreiche Musterformulierungen und Satzbausteine	44
VIII. Überbringen einer schlechten Nachricht	47
IX. Konsultationsmodell nach Roger Neighbour	51
X. Konzepte zu den Prozessen der Verhaltensänderung	54
XI. Herausforderungen in der intra- und interprofessionellen Kommunikation	60
Literatur	66

EINFÜHRUNG: DIDAKTISCHE & METHODISCHE ANMERKUNGEN

VORWORT

Dieses Kurzlehrbuch soll Sie dabei unterstützen, die drei Lehrfilme zum Thema Kommunikation mit Menschen mit Demenz, deren Bezugspersonen, Angehörigen und anderen Betreuerinnen im versorgenden Netzwerk in Ihrer Unterrichtsveranstaltung bestmöglich zu nutzen.

Von allen Bereichen der Arbeit mit Menschen mit Demenz und deren Angehörigen stellt die Kommunikation wohl eine der größten Herausforderungen dar. Dieses zeigt sich unter anderem auch in der zahlreichen Literatur, die in diesem Bereich existiert. Einige der aus unserer Sicht wichtigsten Modelle zur Unterstützung der Kommunikation haben wir in den Lehrfilmen und diesem Kurzlehrbuch kompakt, praxisnah und zielorientiert für Sie aufbereitet. Dies soll Ihnen als Hilfestellung dienen, dieses komplexe Thema bestmöglich zu vermitteln.

Die drei Lehrfilme sowie eine kommentierte Version der Filme als Bonusmaterial finden Sie auf www.gpzk.de/independent.

Bitte verstehen Sie unsere Ideen als Vorschläge und Anregungen. Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

Zur Entstehung der Filme

Die Lehrfilme zeigen in drei unterschiedlichen alltäglichen Situationen verschiedenste Herausforderungen in der Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen. Nachdem die Aufgabe an uns herangetragen wurde, den Unterricht von angehenden Dementia Care Managerinnen (DCM) im Bereich der Kommunikation zu unterstützen, haben wir zunächst eine Arbeitsplanung erstellt. Wir wollten die tatsächlich als herausfordernd und für die tägliche Arbeit als relevant wahrgenommenen Aspekte in der Kommunikation ermitteln. Aus vorherigen Projekten gab es bereits eine erste geschulte Kohorte von DCM, mit denen wir über mehrere Stunden Interviews führten. Dabei lernten wir, dass nicht die Kommunikation mit den von Demenz Betroffenen als herausfordernd angesehen wird, sondern bestimmte, sich immer wiederholende Situationen im pflegerischen Netzwerk sowie mit den pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dazu wurde in deutschen und englischsprachigen Datenbanken Literatur, die sich auf diese Aspekte bezieht, gesucht und gesichtet. Basierend auf den Auskünften der DCM und der Literaturrecherche konnten wir passend zu diesen herausfordernden Situationen typische Fallbeispiele erstellen. Daraus entwickelten wir ein Drehbuch. Am Beispiel von drei sehr lebensnahen Szenen wurden diese herausfordernden Aspekte dargestellt. Die erarbeiteten Konstellationen lassen dabei bewusst Raum für

Diskussionen und ermöglichen so auch unterschiedliche Interpretationen. Die spezielle Kommunikation mit Menschen mit Demenz haben wir aus oben genannten Gründen nur angerissen. Diese kann aus unserer Sicht vor allem im Hinblick auf die praktische Umsetzung vertieft werden.

Lernziele der Lehrfilme

Die drei Lehrfilme beinhalten eine Vielzahl von Lernzielen, die adressiert werden können. Diese Lernziele richten sich nach dem bereits bestehenden Curriculum der School of DCM zur Qualifizierung zur Dementia Care Managerin in der ambulanten, sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Demenz, das von der Universität Greifswald und dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) erstellt worden ist. Weiterhin wurde für die Entwicklung der Lernziele die Lernpyramide von George E. Miller herangezogen. So soll das Level des Kompetenzerwerbes abgebildet werden. Als US-amerikanischer Arzt gilt George E. Miller als einer der ersten Medizindidaktiker und als Pionier auf dem Gebiet der Lehrforschung. 1990 entwickelte er ein Pyramidenmodell für die medizinische Ausbildung (siehe Abb. 1). Die Lernpyramide nach Miller zeigt die Stufen des Kompetenzerwerbs bis hin zur Durchführung des Gelernten. Die Basis der Pyramide bildet das theoretische Wissen („know“), gefolgt von dem Wissen über die Umsetzung, das Handlungswissen („know how“). Die darauffolgende Stufe bildet die praktische Anwendung in einer

Prüfungssituation („show how“). Die letzte Stufe der Pyramide besteht aus der Anwendung im Alltag („do“), also der eigentlichen Durchführung. Damit Lernende von einer Stufe auf die nächste gelangen, ist es sinnvoll, verschiedene Lehrmethoden anzuwenden. Beispielsweise reicht eine alleinige Vorlesung nur aus, um einen Kompetenzerwerb in der Basisstufe zu erreichen. Um bis zur Pyramidenspitze zu gelangen, sind mehrere unterschiedliche Lehrkonzepte mit praktischen Übungen notwendig. In Orientierung an dieser Lernpyramide ordnen sich die Lehrfilme im Bereich der zweiten Stufe des Kompetenzerwerbes ein.

Zum Umgang mit dem Kurzlehrbuch

Das Kurzlehrbuch besteht aus zwei Hauptteilen. Im ersten Teil finden

Sie eine tabellarische Übersicht. Hier können Sie anhand der einzelnen Zeitstempel in den Szenen den jeweils dazugehörigen Inhalt, die Botschaft der Szene, die Lernziele und die jeweiligen angesprochenen Kommunikationsmodelle mit einem Hinweis auf das dazugehörige Kapitel finden.

In die zugrundeliegenden Kommunikationsmodelle wird anschließend im zweiten Teil des Buches eingeführt. Daneben finden Sie Verweise auf weiterführende Literatur sowie Vorschläge für mögliche Fragen zur Diskussion mit den Teilnehmenden. Am Ende des Kurzlehrbuchs finden Sie eine Auflistung weiterführender Literatur sowie ein Register der einzelnen Lernziele und Kommunikationsmodelle mit den dazugehörigen Seitenzahlen.

1 Miller, G. E.: Die Bewertung der klinischen Fähigkeiten / Kompetenzen / Leistungen. Academic Medicine, 65 (9), S63-7, 1990.

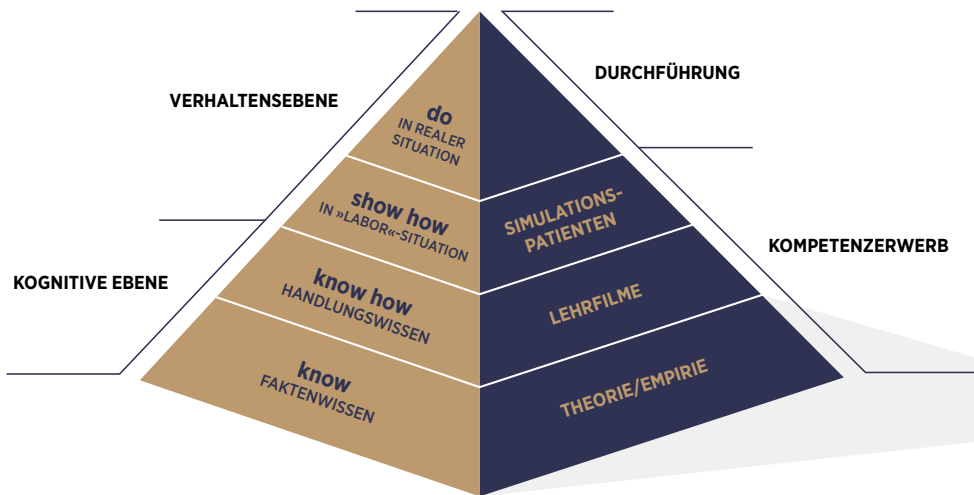


Abb. 1: Die Lernpyramide von Miller (1990), cc by Universitätsmedizin Greifswald.



DCM JULIA KRÜGER



GÜNTER MEYER



MONIKA MEYER



**MITARBEITERIN
DES PFLEGEDIENSTES**



PETER MEYER (SOHN)

TEIL 1

TABELLARISCHE ÜBERSICHT

Für alle drei Filme finden Sie nachfolgend eine tabellarische Übersicht. In dieser werden die aus unserer Sicht wichtigsten Botschaften in den Szenen hervorgehoben. Zu jedem Zeitstempel werden kurz der jeweils dazugehörige Inhalt, die Botschaft der Szene, das Lernziel und das zugrundeliegende Kommunikationsmodell benannt. In den dazugehörigen Kapiteln finden Sie weiterführende Informationen.

Film 1

Zeit	Handlung/Inhalt	Botschaft der Szene	
00:52	JK: „Hallo ich bin Julia Krüger, die ‚Demenz Schwester‘.“	Angemessene Vorstellung	
01:06	JK: „Hallo Herr Meyer, schön Sie zu sehen. Ich bin Julia Krüger aus Ihrer Hausarztpraxis. Wir haben uns letzte Woche kennengelernt.“	Gegenüber Menschen mit Demenz bei jedem Besuch zunächst immer wieder neu den Kontext herstellen	
01:37	JK: „Wie geht´s Ihnen?“	Offener Stimulus/offene Frage	
01:40	MM: „Es steht ja auch einiges an. Naja einiges ist gut, ne ganze Menge.“	Widerspruch zwischen Frau Meyers Verhalten (Lachen) und ihrem Gesagten	
01:56	JK: „Und es steht einiges an, haben Sie gesagt.“	Spiegeln des Gesagten	
02:17	MM: „Und das alles bei seiner...naja bei seiner Krankheit.“	Betroffene und ihre Angehörigen vermeiden es häufig, die Krankheit Demenz zu benennen, und nutzen andere Umschreibungen	
02:46	JK: „Die Geburtstagsfeier, das beschäftigt Sie ganz schön, hab ich das Gefühl.“	Die DCM bringt das Gespräch wieder auf das wichtige Thema zurück. Hinweis: Was als erstes gesagt wird, ist häufig das wichtigste Thema im Gespräch!	

Lernziel	Modell	Kapitel
Die Teilnehmerinnen machen sich darüber Gedanken, wie sie ihre/n Tätigkeit/Beruf in unterschiedlichen Kontexten bezeichnen.	Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation	11
Die Teilnehmerinnen wissen, dass es wichtig ist, sich bei jedem Besuch vorzustellen und erneut den Kontext zu ihrem Besuch herzustellen.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen wissen, dass ein klientenzentriertes Gespräch mit einer offenen Formulierung beginnt.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3
Die Teilnehmerinnen sind für das Erkennen einer „Hidden Agenda“ sensibilisiert.	Hidden Agenda	6
Die Teilnehmerinnen kennen ausgewählte Techniken des klientenzentrierten Gesprächs, z. B. WWSZ. Sie wissen, dass diese Techniken helfen, die Agenda der Klientin zu erkennen.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3
Die Teilnehmerinnen sind dafür sensibilisiert, dass Betroffene und Angehörige die Krankheit Demenz häufig nicht als solche benennen.	Aktives Zuhören	2
Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung, wie im Rahmen des narrativen Gesprächs Themen wieder aufgegriffen werden können. Die Teilnehmerinnen können sich darüber austauschen, welche Auswirkungen das Wahrnehmen der klientenseitigen Agenda auf die eigene Arbeit hat.	Das narrative Gespräch	5

Film 1

Zeit	Handlung/Inhalt	Botschaft der Szene	
03:10	MM: „Naja, wenn es nach mir ginge...“	Bedürfnisse der Pflegenden erkennen	
03:20	JK: „Da wäre es vielleicht hilfreich zu überlegen, wie man die Feier so gestalten könnte, dass Sie und Ihr Mann sich wohlfühlen dabei.“	Die Bedürfnisse der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen	
04:18	JK: „Sie können es den Brüdern nicht sagen.“	Spiegeln des Gesagten um Frau Meyer zu einer weiteren Narration anzuregen	
05:15	JK: „Es ist hilfreich, wenn Sie im Kreis der Familie die Krankheit Demenz beim Namen nennen. Auch wenn es am Anfang schwer fällt: So haben alle die Chance, sich damit auseinander zu setzen.“	Die Krankheit Demenz beim Namen nennen	
05:43	GM: „Und da bin ich durchgefallen, oder?“	Die DCM nimmt Herrn Meyers Insuffizienz-Einschätzung wahr	
05:54	JK: „Das bestätigt die Untersuchung Ihrer Hausärztin, dass es sich um eine Demenzerkrankung handelt.“	Vermittlung der Diagnose	
05:50	Es entsteht eine Pause	DCM hält die Pause bewusst aus	

Lernziel	Modell	Kapitel
Die Teilnehmerinnen werden dafür sensibilisiert, die Bedürfnisse der Klientinnen und ihrer pflegenden Angehörigen wahrzunehmen.	Aktives Zuhören	2
Die Teilnehmerinnen lernen ein Beispiel kennen, wie die DCM der Klientin in einer schwierigen Situation hilft: Sie lenkt den Fokus bewusst auf die Bedürfnisse der Betroffenen und macht Angebote, ohne dabei auf eine Lösung zu drängen.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber gewonnen, was im Kontext des Klientengesprächs unter Narration verstanden wird.	Das narrative Gespräch	5
Die Teilnehmerinnen haben eine Formulierung kennengelernt, um die Benennung und einen Umgang mit der Diagnose/Erkrankung Demenz zu ermöglichen.	Musterformulierung	7
Die Teilnehmerinnen sind dafür sensibilisiert, dass Menschen mit leicht- bis mittelgradiger Demenz häufig ihre eigene Insuffizienz wahrnehmen und dadurch einen hohen Leidensdruck verspüren.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen lernen, dass zur Vermittlung der Diagnose klare Sätze und einfache Worte hilfreich sind. Die Diagnose (wie auch alles andere) sollte immer ehrlich kommuniziert werden.	Überbringen einer schlechten Nachricht	8
Die Teilnehmerinnen werden für die Bedeutung von Pausen sensibilisiert und lernen, wie wichtig es ist, Stille und Pausen in einem Gespräch auszuhalten.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3

Film 1

Zeit	Handlung/Inhalt	Botschaft der Szene	
06:10	JK: „Wenn Sie mit dem Bruder Ihres Mannes sprechen...“	Hilfestellung zum Überbringen einer schlechten Nachricht geben	
07:23	JK: „Dann wäre der nächste Schritt doch jetzt ganz naheliegend.“	Die DCM fasst die Gesprächsinhalte zusammen	
08:12	JK: „Da könnte ich mir schon vorstellen, dass es da bessere Hilfsmittel gibt.“	Die DCM macht ein Angebot und vermeidet Wörter wie „müssen“, „sollten“	

Film 2

00:30	Herr Meyer verschüttet sein Glas Wasser.	Häufige Überforderungssituation erkennen und adäquat darauf reagieren	
00:56	JK: „Herr Meyer, Herr Meyer, es ist nur ein Becher umgefallen.“	Kommunikation dem Menschen mit Demenz anpassen und Verständnis zeigen	
01:25	MM: „Entschuldigung.“	Diese Situation IST für die Angehörige ganz schlimm, daher sollte auf „Entschuldigungen“ nicht in der Art: „das macht doch nichts“ reagiert werden, denn dadurch würden die Probleme der Angehörigen heruntergespielt werden	

Lernziel	Modell	Kapitel
Die Teilnehmerinnen lernen ein Kommunikationsmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten (Teilaspekte des SPIKES- Modells) kennen und können einige Teilaspekte in einem aufgezeichneten Patientengespräch erkennen.	Überbringen einer schlechten Nachricht	8
Die Teilnehmerinnen lernen „Bausteine“ des Konsultationsmodells von R. Neighbour kennen – hier das Zwischenfazit – und wissen um dessen Wichtigkeit.	Konsultationsmodell nach R. Neighbour	9
Die Teilnehmerinnen lernen Hilfsangebote wertneutral zu formulieren.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1

Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten in den Lehrfilmen erkannt und können diese erläutern.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen lernen Grundlagen beim Vorgehen in Not- und Krisensituationen kennen und erfahren anhand einer herausfordernden Situation, wie dieses Vorgehen durch „Vormachen“ statt „Erklären“ den Angehörigen vermittelt werden kann.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, dass jede Form von Emotion (auch Scham) einen Platz im Gespräch mit den Klientinnen hat und dass auch diese anerkannt werden müssen.	Aktives Zuhören	2

Film 2

01:33	JK: „Kommen Sie, Frau Meyer, wir gehen mal in die Küche.“	Schaffen von räumlicher Distanz	
02:24	Die DCM hat eine offene Körperhaltung und hört Frau Meyer aufmerksam zu.	Die DCM vermittelt: Ich bin für Sie da! Ich höre Ihnen zu!	
02:42	JK: „Dass Sie jetzt traurig und frustriert sind, ist eigentlich ganz normal.“	Emotionen benennen und würdigen, ohne diese zu bewerten	
02:54	JK: „Das erlebe ich bei fast allen Familien, die ich begleite, phasenweise.“	Die DCM nimmt Druck von Frau Meyer	
03:20	JK: „Das kennen wir ja auch von uns selbst. Wenn wir in einer Situation sind, die uns total überfordert, dann werden wir auch schnell ungehalten oder sogar aggressiv.“	Menschen mit Demenz zeigen ggf. herausforderndes Verhalten, das jedoch aus ihrer Situation heraus erklärbar ist	
04:45	JK: „Vielleicht können Sie in solchen Momenten mal versuchen, kurz zurück zu treten...“	Die DCM erläutert ihre Deeskalationsstrategie	

Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten erkannt und können diese erläutern.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber erhalten, was unter dem aktiven Zuhören in einem Klientengespräch zu verstehen ist und können dessen Elemente in einem exemplarischen Gespräch erkennen.	Aktives Zuhören	2
Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, wie auf Gefühle wertschätzend eingegangen werden kann, ohne diese (positiv oder negativ) zu bewerten.	Aktives Zuhören	2
Die Teilnehmerinnen erfahren, wie klientenseitige Erfahrungen und Emotionen in einen Kontext eingebettet werden können, um herausfordernde Situationen zu entlasten.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3
Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Position der Person mit Demenz einnimmt, um herausforderndes Verhalten zu erklären und für Verständnis zu werben.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1
Die Teilnehmerinnen lernen, dass es in herausfordernden Situationen häufig hilft, kurz durchzuatmen und aus der Situation herauszutreten. Die Teilnehmerinnen sehen am Beispiel, wie die DCM zunächst einen Weg aus der Situation demonstriert und ihn später verbal erklärt.	Grundlagen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz	1

Film 2

05:10	JK: „Bei jedem Menschen verläuft die Demenzerkrankung anders, ...“	Die DCM versucht, ein realistisches Bild vom Voranschreiten der Erkrankung zu vermitteln und kommuniziert lösungsorientiert	
06:24	JK: „Frau Meyer, wir haben uns doch schon mal darüber unterhalten, was für Unterstützungsmöglichkeiten es so gibt.“	Die DCM adressiert klientenseitige Ambivalenz und nutzt diese positiv	
07:35	MM: „Ach Peter, du weißt doch überhaupt nicht, was hier los ist.“	Offensichtliche Spannungssituation: die DCM geht nicht sofort dazwischen, sondern hält die Situation zunächst aus	
07:50	JK: „Herr Meyer, wollen Sie sich vielleicht einen Moment zu uns setzen...“	Die DCM fasst das bisherige Gespräch zusammen und macht ein nicht verpflichtendes Angebot	
08:13	JK: „... ob ein Pflegedienst eine gewisse Entlastung sein könnte.“	Die DCM bleibt realistisch	
09:16	JK: „Das müssen Sie gar nicht sofort entscheiden.“	Die DCM nimmt den Druck aus der Entscheidung	

Die Teilnehmerinnen lernen ein Paradigma in der Kommunikation mit Klientinnen kennen: <i>Alles was gesagt wird, muss wahr sein, aber nicht alles was wahr ist, muss gesagt werden.</i>	Überbringen einer schlechten Nachricht	8
Die Teilnehmerinnen sind sensibilisiert für die Ambivalenz der pflegenden Angehörigen und erkennen einzelne Aspekte des Transtheoretischen Modells in dem aufgezeichneten Film wieder.	Konzepte zu Prozessen der Verhaltensänderung	10
Die Teilnehmerinnen lernen, wie wichtig es ist, unangenehme Situationen in einem Gespräch auszuhalten.	Aktives Zuhören	2
Die Teilnehmerinnen lernen „Bausteine“ des Konsultationsmodells von R. Neighbour kennen – hier das Zwischenfazit – und wissen um dessen Wichtigkeit.	Konsultationsmodell nach R. Neighbour	9
Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein realistisches Bild der Versorgung durch einen Pflegedienst vermittelt, ohne dabei falsche Erwartungen zu wecken.	Das klientenzentrierte Gespräch (WWSZ-Modell)	3
Die Teilnehmerinnen erfahren, dass es in der Zusammenarbeit mit Klientinnen häufig hilfreich ist, Raum für Entscheidungen zu lassen und unnötigen Druck zu vermeiden.	Konzepte zu Prozessen der Verhaltensänderung	10

Film 3

00:09	Die Mitarbeiterin des Pflegedienstes und die DCM treffen sich	Ort und Zeitpunkt interprofessionellen Zusammentreffens sind „systembedingt“ häufig ungünstig, dennoch nutzt die DCM die Chance zum Austausch	
00:11	JK: „Hallo, ich bin Julia Krüger, ich bin die Dementia Care Managerin und betreue die Familie Meyer.“	Die DCM sagt bewusst Dementia Care Managerin und nicht Demenz Schwester	
00:15	MP: „Dementia Care Managerin, was soll ich mir denn darunter vorstellen?“	Die DCM ignoriert die Aggression und fokussiert sich auf ihr Ziel einer interprofessionellen Zusammenarbeit	
00:17	JK: „Dementia Care Managerin bedeutet...“	Wissen verbinden, im Team zusammenarbeiten	
00:40	MP: „Ja natürlich, klar, vielleicht setzen wir uns gleich mal hier hin?“	Die DCM geht über diese ironische Aussage der Mitarbeiterin des Pflegedienstes hinweg	
00:49	JK: „Ja klar, das kann ich gut verstehen, wann würde es Ihnen mal passen?“	Die DCM macht ein konkretes Angebot	

Die Teilnehmerinnen erfahren, dass „systembedingt“ häufig wenig Raum für interprofessionellen Austausch vorgesehen ist.	Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation	11
Die Teilnehmerinnen machen sich darüber Gedanken, wie sie ihre/n Tätigkeit/Beruf in unterschiedlichen Kontexten bezeichnen.	Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation	11
Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Aggression der Mitarbeiterin des Pflegedienstes ignoriert und stattdessen versucht, Interesse zu zeigen und eine Beziehung herzustellen.	Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation (z. B. HAIFA, gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg)	11
Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit kennen, ihr Aufgabengebiet im interprofessionellen Kontext zu erklären.	Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation	11
Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit der Deeskalation (Versachlichendes Verhalten) zum Umgang mit Übertragungsphänomenen im professionellen Setting kennen.	Übertragung und Gegenübertragung	4
Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein konkretes Angebot für interprofessionellen Austausch anbietet und dabei auf die Belange der Mitarbeiterin des Pflegedienstes eingeht.	Herausforderungen der intra- und interprofessionellen Kommunikation	11



A decorative purple watercolor splash is located on the left side of the page, extending from the top left towards the center.

TEIL 2

KOMMUNIKATIONS- MODELLE

I. GRUNDLAGEN DER KOMMUNIKATION MIT MENSCHEN MIT DEMENZ UND DEREN BEZUGSPERSONEN & ANGEHÖRIGEN

Modelle/Inhalte

Grundlagen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Zahlreiche Hindernisse können es Menschen mit Demenz erschweren, weiter in gewohnter Art und Weise am Leben teilzuhaben. Kommunikation spielt hier eine wesentliche Rolle. Durch die mit der Demenz in Zusammenhang stehenden kognitiven Einschränkungen wird Kommunikation erschwert. Es existieren jedoch verschiedene Modelle und Strategien, um die Kommunikation mit von Demenz Betroffenen und ihren Angehörigen zu erleichtern und „Fehler“ zu vermeiden. Denn auch wenn eine Demenzerkrankung zu kognitiven Einschränkungen führt, besitzen Menschen mit Demenz noch immer das gesamte Spektrum menschlicher Emotionen. Bei ihnen lässt jedoch die Möglichkeit zur Reflexion und Rationalisierung nach, so dass Emotionen häufig ganz ungefiltert und mit großer Intensität empfunden werden. Dies sollte in der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen beachtet werden. Betroffene Personen tun häufig alles, damit auf unterschiedlichen Ebenen – verbal, nonverbal und emotional – verstanden wird, welche Botschaft vermittelt werden soll. Es sollte dementsprechend alles versucht

werden, Menschen mit Demenz zu verstehen und Überforderungssituationen zu vermeiden. Denn für die Betroffenen ist das Gefühl, nicht verstanden zu werden, besonders schlimm. Der Fokus sollte demnach immer auf den erhalten gebliebenen Fähigkeiten liegen.

Als besonders hilfreich in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz haben sich drei grundsätzliche Ansätze bewährt: Wahrhaftigkeit (Authentizität), Validation und Empathie (siehe Abschnitt 2 Aktives Zuhören). Die Validation bezeichnet eine Kommunikationsmethode, die 1992 von der deutsch-amerikanischen Gerontologin Naomi Feil entwickelt wurde. Naomi Feil ging davon aus, dass desorientierte Menschen noch unerfüllte Aufgaben aus ihrem Leben aufarbeiten müssen. Sie beschrieb daher die Validation als eine Möglichkeit, die den Menschen bei der Aufarbeitung dieser unerledigten Dinge helfen sollte. Mittlerweile wurde das Prinzip der Validation von anderen überarbeitet und hat im Allgemeinen das Ziel, das Verhalten von Menschen mit Demenz als für sie gültig zu akzeptieren („zu validieren“). Also das subjektive Empfinden der Betroffenen zu akzeptieren und desorientierte Menschen zu respektieren. Die Validation kann dabei helfen, den Umgang mit

Menschen mit Demenz zu erleichtern und deren Wirklichkeit zu verstehen. Auch das Wissen über die Lebensgeschichte der Betroffenen kann bei der Kommunikation unterstützend wirken, denn durch die Biographie der Menschen werden viele Verhaltensweisen erklärbar.

Mit der Zeit haben sich aus diesen Grundprinzipien viele Modelle entwickelt, die das Ziel haben, die Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu verbessern und zu fördern. Dabei werden zur besseren Orientierung häufig Akronyme verwendet. Eines der ersten Modelle war das in den 1990er Jahren in der USA entwickelte Programm für eine verbesserte Kommunikation mit den Betroffenen mit dem Akronym FOCUSED (Face to face, Orientation, Continuity, Unsticking, Structure, Exchange, Direct). Weitere Modelle folgten (ABC Methode, Validation, Kommunikations TAnDem) und spielen mittlerweile eine große Rolle in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

Nonverbale Kommunikation

Menschen mit Demenz haben häufig Probleme beim Finden von Wörtern oder beim Verständnis des Gesprochenen. Oft nehmen die Betroffenen diese Einschränkungen bewusst wahr und hören, aus Angst sich bloßzustellen, einfach mit dem Sprechen auf. Die australische Wissenschaftlerin Kate Swaffer ist Aktivistin für Demenz und seit 2008 selbst von Demenz betroffen. In einem Blogeintrag 2013 schrieb sie: „Das Sprechen wird für Menschen mit

Demenz irgendwann peinlich oder erniedrigend... Dieses Gefühl der Peinlichkeit ist problematisch, weil es [die Menschen mit Demenz] noch mehr isoliert. Es ist einfacher, das Telefon läuten zu lassen, als sich lächerlich zu machen. Vielleicht ist dies der Grund, weshalb Menschen mit Demenz nicht mehr kommunizieren. Vielleicht, weil wir nicht nur Schwierigkeiten mit der Wortfindung haben, sondern es auch als demütigend empfinden, zu hören, wie wir Wörter falsch benutzen und uns verhaspeln. Natürlich macht das unseren Familienangehörigen und Freunden nichts aus, doch wie wir diese Veränderungen empfinden, hat zweifellos Auswirkungen darauf, wie wir mit den Symptomen der Demenz umgehen. Es ist viel einfacher, nichts zu sagen, als sich selbst zu erniedrigen.“¹

Dieses Zitat nahmen die englischen Buchautorinnen und Psychologinnen Maggie Ellis und Arlene Astell auch in ihr Buch „Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen“ auf². Sie beschreiben darin, dass auch wenn Sprache verloren geht, das Bedürfnis zu kommunizieren weiter erhalten bleibt. Dabei spielt die nonverbale Kommunikation eine wesentliche Rolle. Diese bleibt bei den Betroffenen größtenteils erhalten.

In der nonverbalen Kommunikation haben Berührungen, das Spiegeln von Bewegungen und Gefühlen, aber auch Musik, Gerüche, Bilder und Symbole eine große Bedeutung. Durch den bewussten Einsatz von Berührungen

werden die Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz gefördert. Dabei reduziert ein bewusstes Anfassen durch die Hände Stress und stabilisiert vegetative Funktionen. Nähe und Geborgenheit wird vermittelt. Berührungen sind für Menschen mit Demenz daher sehr wichtig. Häufig erfolgen diese jedoch „nur“ im Rahmen einer pflegerischen Versorgung. Im Wesentlichen geht es jedoch darum, mit jemandem zu sein, anstatt etwas mit jemandem zu machen. So fühlen sich Menschen mit Demenz nicht nur als Objekt und es kann eine Beziehung zu ihnen aufgebaut werden.

Vorgehen in Not- & Krisensituationen

Unbefriedigte Bedürfnisse von Menschen mit Demenz z. B. Durst, Hunger, Schmerzen, aber auch der Wunsch nach Bindung, Trost, Liebe, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung äußern sich nicht selten als reaktives Verhalten in Form von Agitation, Depressivität, Angst, Aggressivität, Passivität und Apathie. Dieses Verhalten wird für uns häufig als „herausfordernd“ empfunden. Für die Betroffenen hat dieses Verhalten aber einen bestimmten Sinn. Für Menschen mit Demenz ist diese Art der Kommunikation meistens der einzige Weg, auf ihre Bedürfnisse hinzuweisen. Sie reagieren auf eine sich verändernde Umgebung, die nicht mehr verstanden wird. Daher erscheint es für uns wichtig, zu überlegen, welche Ursachen es für ein bestimmtes Verhalten gibt. Nur so ist eine adäquate Reaktion möglich.

Reagiert eine Betroffene in herausfordernder Weise, gibt es verschiedene Maßnahmen, die im Umgang helfen können. Dazu zählen: Menschen mit Demenz Raum zu lassen, die Herstellung eines freundlichen und wertschätzenden Kontakts, das Erkennen und Erfüllen von Bedürfnissen oder auch die Vermeidung von Konfrontation mit der Realität. Gerade in schwierigen Situationen werden jedoch – oft aus einer Hilflosigkeit heraus – verschiedene „Täuschungen“ gegenüber Menschen mit Demenz verwendet. Angefangen beim Verschweigen von Tatsachen (der Umzug in ein Pflegeheim) bis hin zur Verwendung von „Notlügen“, um die Betroffenen z. B. am Umherwandern zu hindern. Dieses Verhalten schützt Menschen mit Demenz jedoch nicht, sondern fördert reaktives Verhalten. Statt den vermeintlich einfachen Weg der Notlüge zu gehen, kann es hilfreich sein, ins Gespräch zu kommen. Beispielsweise beim Rufen nach der Mutter, Fragen über die Mutter zu stellen. So kann es gelingen, an positive Erinnerungen anzuknüpfen. Die in den nächsten Kapiteln beschriebenen Kommunikationsmodelle können auch in abgewandelter Form eine gewisse Hilfestellung geben.

Abschließend empfinden wir es als besonders wichtig, herausfordernde Situationen im Team zu besprechen und aufzuarbeiten. Die psychosoziale Gesundheit der Pflegenden bzw. Betreuenden im Gesundheitsnetzwerk kann auf diese Weise maßgeblich erhalten und gefördert werden.

Umsetzung in der Szene



Im ersten Lehrfilm (Film 1, Zeitstempel 1:06) ist zu sehen, wie die DCM Herrn Meyer begrüßt. Nach der persönlichen Ansprache begibt sie sich dezent auf Augenhöhe, um Blickkontakt herzustellen. Danach stellt die DCM einen Kontext in der Begrüßung her: „Hallo Herr Meyer, schön Sie zu sehen. Ich bin Julia Krüger aus Ihrer Hausarztpraxis. Wir haben uns letzte Woche kennengelernt.“ Sie betont dabei bewusst „... aus ihrer Hausarztpraxis“, da sich der Mensch mit Demenz meistens nicht an Namen erinnern kann, aber durchaus an den Kontext, der vermittelt wird. Diese Begrüßung wiederholt sie zu jedem Besuch, da sie der Betroffene vielleicht wieder vergessen haben könnte. Sie vermeidet Fragen (z. B. „Kennen Sie mich noch?“), um den Menschen mit Demenz nicht zu verunsichern.



Im ersten Lehrfilm (1, 1:26) bietet Frau Meyer der DCM Kaffee an: „Milch?“ und die DCM antwortet: „Ja gerne. Vielen Dank.“ Nicht selten werden Kaffee und Kuchen während eines Hausbesuches angeboten. Es ist sinnvoll, bereits im Vorfeld zu überlegen, wie generell mit derartigen Angeboten umgegangen werden möchte.





Als im zweiten Lehrfilm (2, 0:25) das Glas mit dem Saft umfällt, reagiert die DCM professionell, ruhig und geordnet auf diese Situation. Zunächst versucht sie, Blickkontakt herzustellen. Danach erklärt sie Herrn Meyer ruhig, klar und verständlich die Situation. Sie erläutert jeden Schritt, den sie macht. Nachdem die DCM sicher ist, dass sich die Situation beruhigt hat, versucht sie Frau Meyer räumlich von ihrem Mann

zu trennen (2, 1:32), damit auch sie sich durch eine Aussprache beruhigen kann. In der Küche schildert sie Frau Meyer die Situation aus Sicht ihres Mannes (2, 3:50).

Auch wenn die Kommunikation mit Menschen mit Demenz in den Filmen nicht im Mittelpunkt steht, können einige Modelle erkannt und über deren Bedeutung anschließend diskutiert werden.



Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen wissen, dass es wichtig ist, sich bei jedem Besuch vorzustellen und erneut den Kontext zu ihrem Besuch herzustellen.
- Die Teilnehmerinnen lernen ein Beispiel kennen, wie die DCM der Klientin in einer schwierigen Situation hilft: Sie lenkt den Fokus bewusst auf die Bedürfnisse der Betroffenen und macht Angebote, ohne dabei auf eine Lösung zu drängen.
- Die Teilnehmerinnen sind dafür sensibilisiert, dass Menschen mit leicht- bis mittelgradiger Demenz häufig ihre eigene Insuffizienz wahrnehmen und dadurch einen hohen Leidensdruck verspüren. Die Teilnehmerinnen lernen Hilfsangebote wertneutral zu formulieren.
- Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten in den Lehrfilmen erkannt und können diese erläutern.
- Die Teilnehmerinnen lernen Grundlagen beim Vorgehen in Not- und Krisensituationen kennen und erfahren anhand einer herausfordernden Situation, wie dieses Vorgehen durch „Vormachen“ statt „Erklären“ den Angehörigen vermittelt werden kann.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Position der Person mit Demenz einnimmt, um herausforderndes Verhalten zu erklären und für Verständnis zu werben.
- Die Teilnehmerinnen lernen, dass es in herausfordernden Situationen häufig hilft, kurz durchzuatmen und aus der Situation herauszutreten.
- Die Teilnehmerinnen sehen am Beispiel, wie die DCM zunächst einen Weg aus der Situation demonstriert und ihn später verbal erklärt.
- Die Teilnehmerinnen haben Kenntnisse über ausgewählte Grundlagen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz (allgemeine Kommunikation, nonverbale Kommunikation).
- Die Teilnehmerinnen haben ein Beispiel für eine Herangehensweise bei Konflikten in den Lehrfilmen erkannt und können diese erläutern.
- Die Teilnehmerinnen machen sich Gedanken darüber, wie ihre eigene Haltung gegenüber dem Angebot von Essen und Trinken ist und überlegen sich in der Gruppe, wie man auf diese Angebote reagieren kann.

Mögliche Diskussionsfragen

- Wie schafft es die DCM im ersten und zweiten Film, Herrn Meyer in das Gespräch zu integrieren? Fallen Ihnen weitere oder andere Möglichkeiten der Integration ein?
- Diskutieren Sie mit den TeilnehmerInnen deren eigene Haltung zu Angeboten von Essen und Trinken und mögliche Reaktionen auf diese!
- Wie wären Sie in der im zweiten Film vorgestellten herausfordernden Situation vorgegangen und warum?
- Berichten Sie von Ihren eigenen Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz. Würden Sie gern etwas anders machen? Falls ja, was und wie?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

- 1 <https://kateswaffer.com/2013/01/22/talking-dementia-and-humiliation/> letzter Zugriff 12.05.2021
- 2 M. Ellis, A. Astell: Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen – Wie man ohne Sprache kommunizieren kann, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859354.

Banovix S., Junuzovic L., Sinanovic O.: Communication Difficulties as a Result of Dementia, *Mater Socio-med*, 221-224, 30.10.2018.

Bundesministerium für Gesundheit: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, August 2006, Witten.

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J.: Kommunikation bei Demenz, 2. Auflage, Springer Verlag, 2011, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662480250.

Hinrichs M., Herbig N., Neufang A.: Kommunikation bei Demenz, Arbeitshilfe Bessere Kommunikation #8, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., 1. Auflage, 12.7.2020.

James I. A., Gibbons L.: Communication Skills for Effective Dementia Care, Jessica Kingsley Publishers, 2019, London, ISBN 9781785926235.

Kitwood T.: Demenz – Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 8. Auflage, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456860046.

Rahmen S., Howard R.: Demenz kompakt, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859347.

Ripich D.N., Ziol E., Fritsch T.: Training Alzheimer's disease caregivers for successful communication. *Clinical Gerontologist* Vol. 21: 37-56, 1999.

Specht-Tomann M., Tropper D.: Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag, Springer Verlag, 2000, Berlin, Heidelberg, ISBN 978350668480.

II. AKTIVES ZUHÖREN

Modell/Inhalt

Das Prinzip des Aktiven Zuhörens geht auf den US-amerikanischen Psychologen Carl Rogers zurück. Wesentliche Elemente des Prinzips sind positive Wertschätzung und emotionale Wärme, Echtheit (Authentizität) sowie einführendes Verständnis (empathische Reaktion). Eine positive Wertschätzung bedeutet, Menschen so anzunehmen, wie sie sind und vermittelt dem Gegenüber, dass Stärken, aber auch Schwächen akzeptiert werden. Wertschätzung bietet die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung. Um eine vertrauensvolle Beziehung zu fördern, ist Authentizität gefragt. Das bedeutet auch, Unsicherheiten, Wissenslücken und Fehler offen zu kommunizieren und eigene begrenzte Ressourcen (z. B. beim Zuhören) zu vermitteln. Das kann am Anfang schwierig sein, weil wir uns als professionell im Gesundheitswesen Tätige oftmals selbst unter Druck setzen, alles sofort verstehen zu müssen, immer eine Lösung parat zu haben und immer aufmerksam zu sein. Aber je mehr wir uns auf die Augenhöhe der Klientin begeben und um aktives Zuhören bemühen, desto

mehr wird dieses durch die Offenheit der Gesprächspartnerin belohnt. Als ZuhörerIn ist es von Bedeutung, die Gefühle des anderen zu verstehen und nonverbal und verbal zu signalisieren, was vom Gesagten oder Gefühlten „ankommt“. Hier kann vermittelt werden, dass die gesendeten Informationen und Emotionen wichtig sind und akzeptiert werden. Es ist aber kein vollständiges Mitschwingen unsererseits notwendig. Ganz im Gegenteil: Hier ist es wichtig, nicht mit jeder Emotion mitzugehen und nicht zu allen Aspekten die eigene Meinung zu äußern. Vielmehr geht es darum, wertschätzend zu signalisieren, dass das Gesagte verstanden worden ist. Dies vermeidet Missverständnisse und ermöglicht, auf die Gefühle des Gegenübers einzugehen und eine Beziehung aufzubauen. Dabei ist es besonders wesentlich, sich mit eigenen Bewertungen zurückzuhalten. Diese können, wenn sie von der Gesprächspartnerin als unpassend empfunden werden, dazu führen, dass unser Gegenüber das Gefühl hat, sich oder andere verteidigen zu müssen. Hier kann es hilfreich sein, nachzufragen, ob das Gesagte richtig verstanden wurde (siehe Abschnitt 3, Spiegeln).

Umsetzung in der Szene

In den Filmen sehen wir mehrfach, wie die DCM Frau Meyer aufmerksam zuhört. Das signalisiert die DCM mit Hilfe einer offenen Körperhaltung, Augenkontakt und zustimmendem Nicken (1, 2:15, 2:23, 3:03, 3:10, etc.). Unsere DCM weiß, dass sie dadurch Wertschätzung und Verständnis vermittelt. Damit schafft sie die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung. Bei genauerer Beobachtung fällt auf, dass die DCM auch zeitweise Unsicherheit durch ihre Mimik und Gestik ausdrückt (z. B. 1, 2:28). Sie weiß, dass sie ihre eigene Unsicherheit auch zum Ausdruck bringen kann, damit sie authentisch bleibt. Das ist wichtig, damit das Gesagte nicht unecht wirkt. In unserem Beispiel öffnet sich Frau Meyer dadurch

zunehmend und spricht über das, was sie bewegt (Absage der Geburtstagsfeier und Angst vor einer Aussprache mit den Brüdern von Herrn Meyer über die Diagnose Demenz). Das aktive Zuhören ist also eine zentrale Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation und bietet die Grundlage für die Anwendung weiterer Modelle. Ein wesentlicher Punkt dabei ist, dass die DCM die Aussagen von Frau Meyer nicht bewertet. Sie spiegelt sie lediglich zurück. Aufmerksame Zuhörer werden jedoch feststellen, dass die DCM im zweiten Lehrfilm eine kurze Bewertung vornimmt: „Frau Meyer, keiner kennt Ihren Mann so gut wie Sie und ich finde, Sie machen das wirklich sehr, sehr gut...“ (2, 8:30). Über die Vor- und Nachteile dieser Bewertung kann in der Gruppe diskutiert werden.



Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen werden dafür sensibilisiert, die Bedürfnisse der Klientinnen und ihrer pflegenden Angehörigen wahrzunehmen.
- Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, wie es gelingen kann, eine wertschätzende und vertrauensvolle Gesprächsbeziehung aufzubauen.
- Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber erhalten, was unter dem aktiven Zuhören in einem Klientengespräch zu verstehen ist und können Elemente des aktiven Zuhörens in einem exemplarischen Gespräch erkennen.
- Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung davon bekommen, dass jede Form von Emotion (auch Scham) einen Platz im Gespräch mit den Klientinnen hat und dass auch diese anerkannt werden müssen.
- Die Teilnehmerinnen lernen, wie wichtig es ist, unangenehme Situationen in einem Gespräch auszuhalten.

Mögliche Diskussionsfragen

- Wie schätzen Sie die Bewertung (8:30) im zweiten Lehrfilm ein? Welche Vor- und Nachteile könnten sich daraus ergeben?
- Wie gehen Sie mit Unsicherheiten und Wissenslücken in einem Klientengespräch um? Würden Sie diese offen im Gespräch kommunizieren? Welche Vor- und Nachteile würden sich daraus ergeben?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Baller, G.: Kommunikation im Krankenhaus: Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2016, ISBN 9783642553257.

Rockenbach, K., Decker, O. Stöbel-Richter, Y.: Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis, Pabst Science Publishers, 2006, ISBN 3899673301.

Wehner, L.: Dicke Luft: Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer Verlag, Berlin, 2012, ISBN 9783642249280.

III. DAS KLIENTENZENTRIERTE GESPRÄCH (WARTEN, WIEDERHOLEN, SPIEGELN, ZUSAMMENFASSEN (WWSZ))

Modell/Inhalt

Die Art und Weise, wie wir kommunizieren, ist entscheidend für die Qualität und den Erfolg des Besprochenen. Das gilt auch für vereinbarte Maßnahmen mit von Demenz Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen. Eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Kommunikation ist die Klientenzentrierung. Im klientenzentrierten Gespräch stehen die Betroffenen und ihre Angehörigen im Mittelpunkt. Sie setzen die inhaltlichen Schwerpunkte, äußern eigene Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen und bestimmen so die Richtung des Gespräches. Auf diese Weise können Erwartungen klar kommuniziert werden. Zudem kann Missverständnissen vorgebeugt werden.

Zahlreiche Studien – vor allem aus dem medizinischen Bereich – zeigen, dass Klientinnen im Gespräch oft schon nach wenigen Sekunden unterbrochen werden¹. Häufig geschehen diese Unterbrechungen, weil Beraterinnen die Konsultation strukturieren möchten, um diese möglichst effektiv zu gestalten. Studien² zeigen jedoch, dass dieses Vorgehen genau das Gegenteil bewirkt. Wird der Erzählfluss der Klientin frühzeitig unterbrochen, kann sie wichtige Themen nicht ansprechen. Informatio-

nen gehen verloren. Dadurch verlängert sich das Gespräch oftmals sogar. Eine klientenzentrierte Kommunikation ist effektiver und führt insgesamt zu einer kürzeren Konsultationsdauer.

Die Kunst der klientenzentrierten Kommunikation besteht darin, dem klientenseitigen Erzählfluss Raum zu lassen und dabei mittels spezieller Gesprächstechniken den roten Faden nicht zu verlieren. Diese Gesprächstechniken werden mit dem Akronym WWSZ (warten, wiederholen, spiegeln, zusammenfassen) bezeichnet:

WARTEN: Um der Klientin den Raum zu geben, ihre Gedanken und Gefühle auszudrücken, ist es wichtig, den Redefluss nicht zu unterbrechen. Durch Augenkontakt und Nicken kann dieser zusätzlich unterstützt werden. Entscheidend ist es, Stille und Pausen im Gespräch auszuhalten und nicht sofort durch einen eigenen Gesprächsanteil zu unterbrechen. Das bietet der Klientin die Chance, ihre eigentliche Agenda hervorzubringen.

WIEDERHOLEN: Eine exakte Wiederholung des Gesagten ermöglicht der Klientin die Fortführung oder den Ausbau ihrer Erzählung. Dies vermittelt der Klientin die Gewissheit, mehr über ihre

Sichtweise erfahren zu wollen, ebenso wie Interesse und Wertschätzung. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, zur Erzählung anzuregen. Ein Beispiel kann der narrative Stimulus sein (siehe Abschnitt 5, Das narrative Gespräch).

SPIEGELN: Spiegeln bezieht sich auf die Wiedergabe dessen, was verstanden wurde. Dies können sowohl Inhalte als auch Emotionen sein. Dabei wird nur das zurückgemeldet, was von der Klientin selbst in den Diskurs eingebracht wurde. Andernfalls ist die Gefahr einer Bewertung groß. Diese Technik hilft, die eigentliche Agenda der Klientin zu erfassen (siehe Abschnitt 6, Hidden Agenda), aber auch ihre Normen und Werte in Erfahrung zu bringen.

ZUSAMMENFASSEN: Durch die Zusammenfassung erfahren wir, ob die Aussagen der Klientin korrekt verstanden worden sind. Das ist besonders wichtig, um Missverständnisse zu vermeiden. Gleichzeitig ermöglicht die Zusammenfassung der Klientin, auch Gesagtes zu korrigieren oder andere Schwerpunkte zu setzen. Gewöhnlich kommt nur ein Bruchteil von dem, was wir sagen, bei unseren Klientinnen an. Daher ist es von sehr großer Bedeutung, wichtige und essenzielle Inhalte am Ende oder auch in der Mitte des Gespräches als Fazit zusammenzufassen (siehe Abschnitt 9, Konsultationsmodell nach Roger Neighbour). Diese Zusammenfassung des Gespräches hilft außerdem, den roten Faden im Gespräch zu halten.

Wir möchten an dieser Stelle mit einem Beispiel schließen:

„Sie haben jetzt über sehr wichtige Probleme gesprochen. Ich habe mir die Themen a, b, c und d notiert. Unser heutiges Gespräch ermöglicht es uns, eines dieser Themen noch einmal anzusprechen und zu vertiefen. Ich habe den Eindruck, dass das Thema a für Sie heute besonders wichtig ist.“

Umsetzung in der Szene

Die DCM beginnt im ersten Lehrfilm das Gespräch mit einer offenen Frage (1, 1:37): „Wie geht’s Ihnen?“. Damit öffnet sie das Gespräch und ermöglicht es Frau Meyer, ihre eigene Agenda darzulegen. Da es bereits der zweite Besuch ist und sich die Protagonistinnen bereits kennen, ist diese Art der offenen Frage eine gute Möglichkeit, ein Gespräch zu beginnen. Für den ersten Besuch empfehlen sich eher allgemeinere, offene Fragen, wie beispielsweise „Was kann ich für Sie tun?“.

Im ersten Lehrfilm berichtet Frau Meyer von der Geburtstagsfeier. Die DCM hört aufmerksam zu und signalisiert das durch ihre Körperhaltung (offen, Blickkontakt, Nicken). Sie unterbricht Frau Meyer nicht und lässt sie ausreden. Auch Stille hält die DCM aus, wenn

sie das Gefühl hat, dass Frau Meyer noch etwas hinzufügen könnte. Nach Beendigung des Satzes von Frau Meyer wiederholt die DCM das Gesagte: „Die Geburtstagsfeier...“. Dann spiegelt die DCM das zurück, was sie verbal und nonverbal verstanden hat: „... das beschäftigt Sie im Moment sehr...“, um dann zu vermitteln, dass dies bei ihr angekommen ist: „... habe ich das Gefühl.“ (1, 2:47) Die DCM ermöglicht damit Frau Meyer, ihre eigentliche Agenda zum Ausdruck zu bringen (siehe Abschnitt 6, Hidden Agenda). Nämlich, dass Frau Meyer sich durch die anstehende Geburtstagsfeier überfordert fühlt und diese am liebsten absagen würde. Durch die kommunikativen Methoden, die die DCM anwendet, schafft sie es, Missverständnisse zu vermeiden und den Weg für eine gemeinsame Agenda zu ebnen.

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen wissen, dass ein klientenzentriertes Gespräch mit einer offenen Formulierung beginnt.
- Die Teilnehmerinnen kennen ausgewählte Techniken des klientenzentrierten Gesprächs, z. B. WWSZ. Sie wissen, dass diese Techniken helfen, die Agenda der Klientin zu erkennen.
- Die Teilnehmerinnen werden für die Bedeutung von Pausen sensibilisiert und lernen, wie wichtig es ist, Stille und Pausen in einem Gespräch auszuhalten.
- Die Teilnehmerinnen wissen um die Möglichkeit mittels Techniken, wie dem Spiegeln, die eigentliche Agenda der Klientin zu erkennen.
- Die Teilnehmerinnen erfahren, wie klientenseitige Erfahrungen und Emotionen in einen Kontext eingebettet werden können, um herausfordernde Situationen zu entlasten.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein realistisches Bild vermittelt, ohne dabei falsche Erwartungen zu wecken.

Mögliche Diskussionsfragen

- In welchen Situationen hat die DCM das WWSZ Modell noch angewandt?
- Erläutern Sie in der Gruppe, welche Vorteile sich aus der klientenzentrierten Kommunikation der DCM mit Herrn und Frau Meyer ergeben.

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Bär T.: Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis, Dissertation Charité Berlin, 2009, <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/5268>.

Bechmann S.: Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.

Jünger J.: Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

Wilm S., Knauf A., Peters T., Bahrs O.: Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?, Z Allg. Med 2004, 80: 53-57, Georg Thieme Verlag Stuttgart.

IV. ÜBERTRAGUNG UND GEGEN- ÜBERTRAGUNG

Modell/Inhalt

Die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung stammen ursprünglich aus dem Bereich der Psychotherapie, wo beobachtet wurde, dass es zwischen Therapeutin und Klientin zu bestimmten, nicht bewussten Phänomenen kommen kann. Dabei handelt es sich um Konstrukte, die auch im Fach der Psychotherapie nicht eindeutig definiert sind. Vielmehr stellen Autorinnen diese ganz unterschiedlich dar. Der Blick in die Fachliteratur ist aus unserer Sicht an dieser Stelle wenig zielführend, da die hinter den Phänomen Übertragung und Gegenübertragung stehenden komplexen Beziehungsphänomene auch dort oftmals verkürzt dargestellt werden. Wir verzichten daher an dieser Stelle auf Beispiele, wie sie in vielen Fachbüchern abgebildet sind. Stattdessen möchten wir die Phänomene verständlich erläutern. Unser Ziel ist es, aus diesen Konzepten etwas Nutzbares für die Kommunikation mit von Demenz Betroffenen und ihren Angehörigen abzuleiten. Nur wenn die Therapeutin die „Phänomene“ der Übertragung und Gegenübertragung erkennen kann, kann sie damit professionell umgehen und sie ggf. an die Klientin zurückspiegeln.

Mit **ÜBERTRAGUNG** wird das Phänomen

beschrieben, dass Gefühle, die eigentlich anderen gelten (klassisches Klischee: der Mutter), auf die Therapeutin übertragen werden. Allgemeiner und außerhalb des therapeutischen Settings bedeutet dies, dass Gefühle, die einer bestimmten Person gelten (bspw. dem Vater), auf jemand anderen (z. B. den Vorgesetzten) übertragen werden.

GEGENÜBERTRAGUNG meint das Phänomen, bei dem die Emotionen der Klientin Einfluss auf die Gefühle der Therapeutin haben. Ist die Klientin beispielsweise frustriert, traurig oder verärgert und überträgt sich dies auf die Therapeutin, so sprechen wir von Gegenübertragung. Die Therapeutin nimmt diese Gefühle als ihre vermeintlich eigenen Emotionen wahr. Das Phänomen der Gegenübertragung spielt in der Betreuung von Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle. Gerade die Übertragung eines „Insuffizienzgefühls“ kann demotivierend sein. Vielleicht kennen Sie Situationen, in denen Sie trotz großem Engagement und Mühe das Gefühl hatten, dennoch Ihrem Ziel nicht näher gekommen zu sein. Hier ist es besonders wichtig, zu erkennen, inwieweit es sich um Ihre eigenen Emotionen handelt und welche Rolle ggf. Gegenübertragungsphänomene spielen. Wurde das Gefühl (die

Emotionalität der Klientin) womöglich übernommen?

Gegenübertragungsphänomene beeinflussen häufig eine gute Kommunikation. Wird dieses Phänomen jedoch erkannt, kann es direkt nutzbar und zurückgespiegelt werden. Beispielsweise durch die Äußerung: „Ich spüre gerade, dass Sie sich total überfordert fühlen.“ Wichtig erscheinen hier die

eigene Sensibilisierung und die Frage nach dem Ursprung der eigenen Emotionen. Das Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung hat letztlich auch viel mit Nähe und Distanz zu tun: Je näher die Beziehung zur Klientin, desto schwieriger lassen sich derartige Phänomene erkennen.

Umsetzung in der Szene

Im dritten Lehrfilm vermittelt die Mitarbeiterin des Pflegedienstes verbal und nonverbal eine gewisse Ungeduld und Abwehr, die die DCM wahrnimmt. Die DCM erkennt, dass es sich dabei um ein Übertragungsphänomen handeln könnte. Eine Übertragung liegt dann vor, wenn die Mitarbeiterin des Pflegedienstes ihre negativen Gefühle z. B. ihrer Vorgesetzten gegenüber auf die DCM überträgt und sich deshalb der DCM gegenüber ungeduldig und abwehrend verhält. Aufkommende Emotionen (z. B. ärgerliche Gefühle)

auf Seiten der DCM gehören dann zum Phänomen der Gegenübertragung. Die DCM macht sich ihre eigenen Gefühle der Mitarbeiterin des Pflegedienstes gegenüber bewusst und nutzt diese im Sinne einer gesunden komplementären Reaktion, um das Verhalten der Mitarbeiterin des Pflegedienstes deuten und verstehen zu können. Da es sich um ein professionelles Gespräch handelt, reagiert die DCM nicht auf diese Emotionen und verhindert einen möglichen Konflikt, indem sie auf der sachlichen Inhaltsebene bleibt (Versachlichen des Verhalten).

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit der Deeskalation (Versachlichendes Verhalten) zum Umgang mit Übertragungsphänomenen im professionellen Setting kennen.

Mögliche Diskussionsfragen

- Haben Sie selbst bereits eine Situation erlebt, in der das Gegenübertragungsphänomen eine Rolle gespielt hat? Wie sind Sie damit umgegangen?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Baller G., Schaller B.: Kommunikation im Krankenhaus, Springer-Verlag, 2017, Heidelberg, ISBN 9783642553257.

V. DAS NARRATIVE GESPRÄCH

Modell/Inhalt

Wie wir in Abschnitt 2 Aktives Zuhören erläutert haben, ist eine um Empathie bemühte und damit Wertschätzung vermittelnde Kommunikation wichtig. Ein Konzept, um klientenzentriert zu kommunizieren, ist die narrativ basierte Medizin. Es basiert auf den Arbeiten des deutschen Soziologen Fritz Schütze aus den 1970er Jahren und wurde von der britischen Ärztin und Professorin Trisha Greenhalgh 1998 als Begriff in der medizinischen Praxis etabliert (narrative based medicine)¹. Der Name wurde komplementär zum Konzept der evidenzbasierten Medizin gewählt. Die narrative Medizin verfolgt das Ziel, Menschen und ihre Erkrankungen im Kontext ihrer jeweiligen Lebensgeschichte (Biographie) zu begreifen. Die Biographie eines Menschen ist aus dieser Sicht heraus essentiell, um den Umgang eines Menschen mit seiner Erkrankung oder einer herausfordernden Situation überhaupt verstehen zu können. Dabei ist völlig klar, dass dieses Verständnis nicht in einem

einzelnen Gespräch in Gänze erlangt werden kann. Die Idee ist vielmehr, dass eine Narration (Erzählung) im Dialog mit der Klientin immer wieder aufgenommen, weiterentwickelt und komplementiert wird. Die narrative Medizin beinhaltet deshalb narrative Stimuli, um der Klientin zu helfen, ihre Gesprächsagenda selbst zu entwickeln. Erzählanreize werden dabei so gesetzt, dass die Klientin über ein von ihr angerissenes Thema frei erzählen kann.² Durch die möglichst genaue Wiedergabe des Gehörten, soll die Klientin befähigt werden, die eigenen Gedanken zu reflektieren. Im Unterschied zur offenen Frage erfolgt hier die Priorisierung der geteilten Informationen durch die Erzählende bzw. die Klientin. Nur wenn die DCM die Agenda der Klientin versteht und berücksichtigt, kann sie ihre eigene Agenda im Gespräch anschließend zielgerichtet bearbeiten. Im Idealfall trägt auf diese Weise die narrative Gesprächsführung dazu bei, dass DCM und Klientin im Gespräch eine gemeinsame Agenda entwickeln und bearbeiten.

Umsetzung in der Szene

Die DCM setzt im ersten Lehrfilm an folgenden Stellen Erzählanreize (narrative Stimuli): „Und es steht einiges an, hatten Sie gesagt?“ (1, 1:53), „Sie können es den Brüdern nicht sagen...“ (1, 4:18). Durch das aktive Zuhören ist es ihr möglich, genau diese Teilsätze von Frau Meyer zu wiederholen. In der Theorie der narrativen Gesprächsführung würde zusätzlich zur Wiederholung des Gesagten noch folgen: „Erzählen Sie mir mehr davon“. Dieser Folgesatz ist der eigentliche Stimulus. In der praktischen Umsetzung wird im Sinne des Spiegels nur die konkrete Wortwahl wiederholt. Dies reicht als Stimulus häufig aus. Ziel beider Konzepte ist es, zum Erzählen anzuregen. Die DCM ermöglicht Frau Meyer, die für sie aktuell im Vordergrund stehenden Themen in das Gespräch einzubringen. Die DCM weiß, dass ihre eigene Agenda

und die von Frau Meyer möglicherweise unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Die DCM weiß auch, dass manchmal erst im Gespräch die wichtigen Themen zum Vorschein kommen (siehe auch Abschnitt 6, Hidden Agenda). Im Lehrfilm setzt die DCM Erzählanreize, von denen sie ahnt, dass sich dahinter die eigentliche Agenda von Frau Meyer entwickeln könnte. In unserem Beispiel spricht Frau Meyer zum ersten Mal aus, dass sie sich von den Erwartungen der Familie in Bezug auf die anstehende Geburtstagsfeier ihres an Demenz erkrankten Ehemannes überfordert fühlt. Erst nach Bearbeitung dieses Themas ist ein Raum dafür entstanden, die Agenda der DCM (Ersatz des Gehstocks von Herrn Meyer) gemeinsam mit Frau Meyer zu besprechen. Dabei ist es wichtig, dass auch das Erkennen und das Aufgreifen der Anliegen der Angehörigen zur Agenda der DCM gehören.

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung darüber gewonnen, was im Kontext des Klientengesprächs unter Narration verstanden wird.
- Die Teilnehmerinnen erkennen in der Filmsequenz die von der DCM eingesetzten narrativen Stimuli.
- Die Teilnehmerinnen können sich darüber austauschen, welche Auswirkungen das Wahrnehmen der klientenseitigen Agenda auf die eigene Arbeit hat.
- Die Teilnehmerinnen haben eine grundlegende Vorstellung, wie im Rahmen des narrativen Gesprächs Themen wieder aufgegriffen werden können.

Mögliche Diskussionsfragen

- Erinnern Sie sich, welche Informationen die DCM von Frau Meyer auf den Erzählstimulus erhalten hat. Bitte erzählen Sie uns davon!
- Wenn Sie an diese oder an die erste Szene zurückdenken, sehen Sie noch andere von Frau Meyer angesprochene Themen, über die noch mehr in Erfahrung gebracht werden könnte? Wie könnte Ihrer Meinung nach ein narrativer Stimulus dazu aussehen?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

- 1 **Greenhalgh T., Hurwitz B.:** Narrative Based Medicine – Dialogue and discourse in clinical practice, John Wiley & Sons, 1998, ISBN 0727912232.
- 2 **Höck J., Altiner A., Drewelow E., Wollny A.:** Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik im Medizinstudium, Med Welt, 68:109-113, 2017.

VI. HIDDEN AGENDA

Modell/Inhalt

Sicher kennen Sie folgende Situation: Sie tauschen sich mit Ihrer Klientin im Gespräch über die verschiedensten Punkte aus, aber erst am Ende spricht die Klientin ein für sie zentrales Thema an. Themen, die die Inhalte eines Gesprächs maßgeblich bestimmen, obwohl sie eigentlich nicht vordergründig im Fokus stehen, werden als Hidden Agenda bezeichnet (versteckte Themen). Eine Hidden Agenda verbirgt sich häufig hinter einer von der Klientin getätigten Äußerung, die erahnen lässt, dass mehr dahinter steckt. Verschiedene Arten der Hidden Agenda werden unterschieden: **(1)** Manchmal möchte oder kann die Klientin unter Umständen Ängste, Probleme oder Erwartungen – ggf. aus Scham – nicht preisgeben. Hierauf kann mittels Spiegeln oder narrativer Stimuli reagiert werden (siehe Abschnitt 2, 3, 4). Damit wird die Klientin ermutigt, ihre eigentliche Agenda vorzubringen. Mögliche Wünsche, Bedürfnisse oder Ängste werden so offengelegt und auch selbst erkannt. **(2)** Manchmal verbirgt sich die Hidden Agenda aber auch hinter einem (un)bewussten Auf-die-Probe-stellen des Gegenübers. Gerade zu Beginn des gemeinsamen Beziehungsaufbaus kann dies vorkommen. Hier spricht die

Klientin häufig erst einmal über andere Themen, um herauszufinden wie ihr Gegenüber zu diesen Themen steht.

(3) Es ist aber auch durchaus möglich, dass der Klientin ihre eigene Agenda gar nicht bewusst ist. Hier können sich durch das Erkennen der Hidden Agenda – beispielsweise durch verbale, aber auch nonverbale Hinweise der Klientin und durch aktives Zuhören – für beide Seiten unglaublich erleichternde Gespräche entwickeln.

Das Erkennen einer Hidden Agenda ist für eine klientenzentrierte Kommunikation wichtig und ermöglicht den Austausch über Erwartungen. Missverständnissen oder falschen Vorstellungen kann so vorgebeugt werden. Wichtig bleibt jedoch, dass die DCM nicht auf das Besprechen von Themen drängt, über die die Klientin (noch) nicht sprechen möchte. Es geht also nicht darum, wie in einem Verhör alle verborgenen Informationen in Erfahrung zu bringen. Vielmehr soll der Raum geschaffen werden, in dem die Klientin für sie wichtige Themen aus freien Stücken artikulieren kann. Ein erfolgreiches Gespräch kann die Klientin z. B. mit den folgenden Worten beenden: „Ich hätte gar nicht gedacht, dass ich Ihnen das heute alles erzähle, aber jetzt geht es mir irgendwie besser.“

Umsetzung in der Szene

Frau Meyer berichtet im ersten Film von den Dingen, die sie für die Geburtstagsfeier ihres Mannes noch zu erledigen hat. Die DCM spürt, dass hinter den Aussagen von Frau Meyer mehr stecken könnte, als sie sagt. Das erkennt die DCM beispielsweise an Frau Meyers nonverbalen und verbalen Signalen, die sie u. a. durch aktives Zuhören wahrnimmt. So sagt Frau Meyer: „also, naja einiges ist gut... ne ganze Menge“ (1, 1:42) oder „...also ja, gibt ne ganze Menge zu tun... ein bisschen viel... gerade... vielleicht“ (1, 2:20). Dabei schaut sie immer wieder zu ihrem Ehemann oder auf den Boden und lacht in dieser Situation, was zu Unstimmigkeit von nonverbaler und verbaler Körpersprache führt.

Durch narrative Stimuli (Abschnitt 4) setzt die DCM Erzählanreize und schafft dadurch den Raum für Frau Meyers eigentliche Hidden Agenda. Es wird offensichtlich und auch für Frau Meyer selbst erkennbar, dass sie sich von der Geburtstagsfeier, den Ansprüchen der Familie ihres Ehemannes und der Demenzerkrankung ihres Mannes überfordert fühlt. Die Hidden Agenda besteht hier somit aus zwei Ebenen. Die erste Ebene ist, dass Frau Meyer die Geburtstagsfeier eigentlich gar nicht möchte, da sie sich von dieser überfordert fühlt. Die zweite Ebene ist, dass die Brüder von Herrn Meyer noch nichts über die Erkrankung Demenz wissen und Frau Meyer nicht weiß, wie sie diese Diagnose am besten vermitteln kann.

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen sind für das Erkennen einer Hidden Agenda sensibilisiert.

Mögliche Diskussionsfragen

- Welche Hidden Agenda könnte sich in dem ersten und zweiten Lehrfilm noch verbergen?
- Diskutieren Sie in der Gruppe die Bedeutung des Erkennens einer Hidden Agenda. Welche Möglichkeiten zur Gesprächsentwicklung bieten sich dadurch?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Jünger J.: Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

VII. HILFREICHE MUSTERFORMULIERUNGEN UND SATZBAUSTEINE

Modell/Inhalt

Eine authentische Kommunikation lebt von der Spontaneität, auf Aussagen adäquat zu reagieren. Gerade in der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen existieren jedoch zahlreiche Situationen, die wir als herausfordernd erleben und die eine spontane Reaktion erschweren. Hier eignen sich vorbereitete Musterformulierungen, die in derartigen Situationen gezielt eingesetzt werden können.

Gerade bei Tätigkeiten, die auf einem hohen professionellen Level durchgeführt werden, kann mittels selbst entwickelter oder erlernter Musterformulierungen auf wiederkehrende, schwierige Situationen adäquat reagiert werden.

In den Interviews mit der ersten Kohorte von DCM wurde z. B. relativ schnell klar, dass der Begriff „Demenz“ häufig sehr negativ besetzt ist. Nicht nur den Betroffenen und Angehörigen, sondern auch den DCM selbst fiel es schwer, diesen Begriff auszusprechen. Denn mit dem Wort „Demenz“ werden oft negative Erfahrungen verbunden (Situationen aus dem eigenen Familienkreis, das Schicksal des Vergessens, die Hilflosigkeit und die Angst vor dem Tod). Jedoch ist es sowohl für die Krankheits-

verarbeitung als auch für den Umgang mit der Erkrankung wichtig, das Wort „Demenz“ auszusprechen und über die damit verbundenen Ängste und Sorgen zu reden. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist der erste Schritt zur Akzeptanz. Diese ist hilfreich, um Ruhe und Kraft zu finden, mit der Erkrankung umzugehen.

Hierzu möchten wir Ihnen eine Musterformulierung an die Hand geben, die wir in einem interdisziplinären Team entwickelt haben. Sie lautet:

„Es ist hilfreich, wenn Sie im Kreis der Familie die Krankheit Demenz beim Namen nennen. Auch wenn es am Anfang schwer fällt. So haben alle die Chance, sich damit auseinander zu setzen.“

Diese Formulierung soll in schwierigen Momenten kommunikative Sicherheit geben und ein „Ringeln“ um Worte vermeiden. Ein weiteres Beispiel im Hinblick auf den Einbezug eines Pflegedienstes lautet:

„Manche Klientinnen haben zunächst große Ängste und Sorgen, was die Einbeziehung eines Pflegedienstes angeht.“

Die Klientin kann auf diesen Satz un-

beeinflusst und ohne Bewertung ihre eigenen Erwartungen formulieren. Sie kann entweder „Ja, das geht mir auch so“ oder „Nein, ich habe mir darüber schon Gedanken gemacht“ entgegen, ohne durch die Formulierung der DCM

in eine der beiden Richtungen gedrängt worden zu sein. Diese Art von Musterformulierungen kann auf viele Situationen übertragen werden.

Umsetzung in der Szene

In unserem ersten Film bemerkt die DCM, dass das Wort „Demenz“ für die Familie schwer auszusprechen und zu ertragen ist: „... und dann das alles bei seiner, naja bei seiner Krankheit.“ (1, 2:17), „...und jetzt ihm das sagen mit dieser Krankheit.“ (1, 4:14). Häufig benutzen Betroffene und Angehörige andere Wörter oder Begriffe, die eine Erkrankung andeuten, aber die eigentliche Krankheit umschreiben. Im Film geht es beispielsweise darum, das Wort „Demenz“ nicht nennen zu müssen. Ursächlich dafür könnte auch ein gewisser Coping Mechanismus sein. Für diese Situationen nutzt die DCM eine Muster-

formulierung: „Es ist hilfreich, wenn Sie im Kreis der Familie die Krankheit Demenz beim Namen nennen. Auch wenn es am Anfang schwerfällt. So haben alle die Chance, sich damit auseinander zu setzen.“ (1, 5:15.) Auf diese Weise gelingt es ihr, das Thema Demenz zielgerichtet anzusprechen. Die DCM ermöglicht der Familie so einen ersten Umgang mit der Erkrankung zu finden.

Diese Musterformulierung dient hier als Unterstützung. Sie unterstellt keine Erwartungshaltung und setzt die Klientin nicht unter Druck. Es ist lediglich davon die Rede, dass es hilfreich sei und dass jede, die es möchte, die Chance hat, sich damit auseinander zu setzen.

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen haben eine Formulierung kennengelernt, um die Diagnose/Erkrankung Demenz beim Namen zu nennen.
- Die Teilnehmerinnen sind für das Umgehen der Benennung der Krankheit Demenz von Betroffenen und Angehörigen sensibilisiert.

Mögliche Diskussionsfragen

- Was verbinden Sie mit dem Wort Demenz?
- Erinnern Sie sich an eine persönlich für Sie schwierige Situation mit der Akzeptanz der Erkrankung? Wie sind Sie damals damit umgegangen und wie würden Sie sich heute verhalten?
- Fallen Ihnen noch andere Situationen ein, in denen ähnliche Musterformulierungen vorteilhaft wären? Nennen Sie Beispielformulierungen.

VIII. ÜBERBRINGEN EINER SCHLECHTEN NACHRICHT

Modell/Inhalt

Im klientenseitigen Empfinden hat die Diagnose „Demenz“ durchaus Ähnlichkeiten zur Diagnose anderer schwerer Erkrankungen, wie z. B. aus dem Bereich der Onkologie. Denn Demenz ist zum heutigen Zeitpunkt nicht heilbar, schreitet kontinuierlich fort und ist eine lebensverändernde wie lebensverkürzende Erkrankung. Das allein hat eine so schwerwiegende Bedeutung, dass wir genau wie bei anderen schweren Erkrankungen auch, überlegen müssen, wann und wie wir die Erkrankung und Prognose mitteilen. Denn in dem Moment des Überbringens einer schlechten Nachricht, ist kaum eine Klientin in der Lage, Detailinformationen richtig wahrzunehmen oder zu verstehen. Auch scheinbar gut gemeinte Diagnosesmitteilungen können zu verheerenden und traumatisierenden Folgen bei Klientinnen und Angehörigen führen. In der Literatur finden sich zahlreiche Belege dafür, dass derartige Nachrichten noch immer unangemessen überbracht werden. Die Übermittlung einer Diagnose auf dem Flur oder auch eine zusammenbrechende Klientin, die sich der terminalen Phase ihrer Erkrankung noch überhaupt nicht bewusst war, sind nur zwei von vielen Beispielen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2000 in der

Onkologie das sogenannte „SPIKES-Modell“ von Buckmann und Baile zum Überbringen schlechter Nachrichten entwickelt.

Das „SPIKES-Modell“ hat sich mittlerweile gut bewährt und ist auch auf andere Situationen übertragbar, in denen schlechte Nachrichten übermittelt werden müssen. Im Falle der Demenz wird diese schlechte Nachricht ganz häufig nicht den Betroffenen selbst übermittelt, da die betroffenen Personen dies oftmals nicht umfänglich wahrnehmen können. In diesen Fällen muss die Nachricht den Angehörigen vermittelt werden. Schwierig wird dies, wenn Angehörige mit Ablehnung und manchmal sogar Verleugnung reagieren. Genau dafür kann dieses Modell eine Hilfestellung darstellen.

Das Modell ist nicht als strikter Leitfaden zu verstehen, sondern schlägt idealtypischer Weise vor, in welchem Kontext und in welchem Setting schlechte Nachrichten übermittelt werden sollten.

Das „SPIKES-Modell“ zum Überbringen einer schlechten Nachricht besteht aus sechs Schritten. Während der erste und der letzte Schritt festgelegt sind, können die Zwischenschritte je nach Bedarf individuell angepasst werden.

Das bedeutet, dass die mittleren Schritte nicht immer in der Reihenfolge festgelegt sind und im Verlauf angepasst und wiederholt werden können. Somit kann immer wieder eine Einladung für ein Gespräch ausgesprochen werden und Wissen in kleinen Portionen vermittelt werden. Dadurch kann auch wiederholt neu nach der Patientinnen-Wahrnehmung gefragt werden.

(1) SETTING – Gesprächsrahmen: Zunächst sollte ein geeigneter ungestörter Raum und ausreichend Zeit für das Gespräch zur Verfügung stehen. Unterbrechungen oder Störungen, wie das Klingeln eines Telefons, sollten dringend vermieden werden.

(2) PERCEPTION – Exploration der klientenseitigen Wahrnehmung: Hier sollen die Vorstellungen und Wahrnehmungen der Klientin exploriert werden. Typischerweise werden dazu offene Fragen eingesetzt: „Vielleicht können Sie mir erzählen, welche Gedanken Sie sich bisher zu Ihrer Erkrankung gemacht haben?“ oder „Vielleicht können Sie mir erzählen, was Ihnen die Kolleginnen (auch andere Gesundheitsberufe) schon erzählt haben, bevor wir uns jetzt unterhalten.“

(3) INVITATION – Erspüren des klientenseitigen Informationsbedürfnisses: In diesem Schritt wird versucht, zu erspüren, ob die Klientin zum aktuellen Zeitpunkt mehr über die Diagnose erfahren möchte bzw. die Bereitschaft dazu besteht. Dies ist schwierig und kann häufig nicht direkt erfragt wer-

den. Vielmehr sollte versucht werden, empathisch wahrzunehmen, ob aktuell der geeignete Zeitpunkt für weitere Informationen ist. Dies geschieht über Körpersprache und nonverbale Zeichen. Wirkt die Klientin während des Gesprächs offen oder verschließt sie sich?

(4) KNOWLEDGE – Wissensvermittlung: In diesem Schritt werden die eigentlichen Informationen vermittelt. Typischerweise geschieht dies immer im Zusammenhang mit Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, Prognose und Unterstützungsmöglichkeiten. Nie sollte nur die Diagnose allein vermittelt werden, sondern es sollten immer auch die nächsten Schritte und Hilfsangebote kommuniziert werden. Hier ist es ganz besonders wichtig, einen Zugang und eine Sprache zu finden, die die Klientin verstehen kann. Medizinische Fachbegriffe und Termini sollten möglichst wenig genutzt werden. Der Umfang der in diesem Gespräch vermittelten Informationen ist situationsabhängig (ebenso wie in Schritt 3 und 4). Folgender Hinweis von dem Philosophen Voltaire kann hilfreich sein: „Alles was gesagt wird, muss wahr sein. Aber nicht alles, was wahr ist, muss auch gesagt werden“.

(5) EXPLORATION OF EMOTIONS – Exploration der Gefühlsebene: Übergeordnet gilt für alle Schritte, versuchen Sie, das „Tempo“ der Klientin empathisch wahrzunehmen und „mitzuschwingen“. Geben Sie der Klientin Zeit und halten Sie auch Stille gemeinsam

mit der Klientin aus. Wichtig ist vor allem, nicht zu argumentieren oder die Klientin zu kritisieren. Kommunikationstechniken wie z. B. das Spiegeln können helfen, das Gespräch in Ruhe und empathisch zu führen. Als hilfreich hat sich hier auch das NURSE-Modell herausgestellt, um eine klientenseitige Exploration von Emotionen zu unterstützen (Naming, Understanding, Respect, Support, Explore).

Umsetzung in der Szene

In den vorbereitenden Interviews mit der ersten Kohorte von DCM wurde die Diagnosevermittlung als sehr herausfordernd beschrieben. Wir haben daher in dem ersten Lehrfilm ein Beispiel entwickelt, das darstellt, wie die Diagnose Demenz strukturiert vermittelt werden kann. Unsere DCM gibt Frau Meyer indirekt eine Hilfestellung, wie sie den Brüdern von Herrn Meyer die Diagnose Demenz mitteilen kann: „Wenn Sie mit dem Bruder ihres Mannes sprechen, dann warnen Sie ihn vor, dass Sie nicht so gute Neuigkeiten haben (im Sinne der Invitation). Sagen Sie ihm, dass sie bei seiner Hausärztin waren, dass sie eine umfangreiche Diagnostik gemacht

(6) STRATEGY AND SUMMARY –

Planen und zusammenfassen: Das Gespräch wird idealtypisch mit einer Zusammenfassung beendet. Abhängig vom Befinden der Patientin wird das weitere Vorgehen ausführlich besprochen und ein nächster Termin vereinbart. Auch können Patientenwünsche erfragt werden. Das Ziel besteht darin, mögliche Missverständnisse zu verhindern. Es sollte deutlich geworden sein, ob die besprochenen Themen verstanden worden sind (vgl. auch Summarizing in Abschnitt 9).

hat, dass dort festgestellt wurde, dass bei ihrem Mann eine Demenz vorliegt (Knowledge) und dass man sich jetzt um ihn kümmert (Strategy and Summary)“ (1, 6:17). Dabei helfen ihr Teile des SPIKES-Modells zum Überbringen von schlechten Nachrichten. In diesen Sätzen sind einzelne Teilaspekte des Modells dargestellt worden. Wie auch schon anfänglich erwähnt, ist es nicht notwendig, das komplette Modell anzuwenden. Es dient lediglich als Hilfestellung und kann an die jeweilige Situation angepasst und modelliert werden. Dabei befolgt die DCM einen wichtigen Grundsatz:

**Alles was gesagt wird, muss wahr sein.
Aber nicht alles, was wahr ist, muss
gesagt werden.**

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen lernen, keine unrealistischen Erwartungen zu wecken.
- Die Teilnehmerinnen lernen ein Kommunikationsmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten (Teilaspekte des SPIKES- Modells) kennen und können einige Teilaspekte in einem aufgezeichneten Patientengespräch erkennen.
- Die Teilnehmerinnen lernen, dass zur Vermittlung der Diagnose klare Sätze und einfache Worte hilfreich sind. Die Diagnose (wie auch alles andere) sollte immer ehrlich kommuniziert werden.
- Die Teilnehmerinnen lernen ein Paradigma in der Kommunikation mit Klientinnen kennen: Alles was gesagt wird, muss wahr sein, aber nicht alles, was wahr ist, muss gesagt werden.

Mögliche Diskussionsfragen

- Erinnern Sie sich an eine Situation, in der Ihnen oder Ihren Angehörigen eine schlechte Nachricht überbracht wurde oder in der Sie eine schlechte Nachricht überbringen mussten? Wie haben Sie diese Situation gelöst? Waren Sie am Ende zufrieden?
- Diskutieren Sie weitere Anwendungsmöglichkeiten des SPIKES-Modells.
- Welche Schritte des SPIKES-Modells erkennen Sie im Film, als die DCM Frau Meyer erläutert, wie sie den Brüdern ihres Mannes von der Diagnose Demenz berichten soll?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Bechmann S.: Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.

Bucka-Lassen: Das schwere Gespräch, Deutscher Ärzteverlag, 22.06.2011.

Weber M., Müller M., Ewald H.: Kommunikation in der Palliativmedizin, Der Onkologe 11, 384-391, 04/2005.

IX. KONSULTATIONSMODELL NACH ROGER NEIGHBOUR

Modell/Inhalt

Der britische Allgemeinarzt Roger Neighbour hat in den 1980er Jahren ein inzwischen international etabliertes Konsultationsmodell entwickelt. Im Zentrum seines Modells steht die Idee, dass sich (fast) jedes Klientengespräch in typische Phasen strukturieren lässt. Damit bietet sich die Chance, im Sinne eines inneren Leitfadens wesentliche Punkte im Gespräch unterzubringen. Das wiederum steigert die Zufriedenheit aller Beteiligten, da wichtige Themen angesprochen und adressiert werden. In seinen Büchern (z. B. The Inner Consultation) vergleicht Neighbour die Konsultation mit einer Art gemeinsamen Reise und versteht die verschiedenen Etappen in dieser Reise als Checkpoints. Diese Checkpoints beschreibt er wie folgt:

(1) CONNECTING – Kontakt herstellen: Gleich zu Beginn des Gespräches wird versucht, eine Beziehung zur Klientin aufzubauen und das Gespräch auf Augenhöhe zu führen. Dieses gelingt durch eine wertschätzende und empathische Kommunikation, die mittels aktivem Zuhören (siehe Abschnitt 2, Aktives Zuhören) sowie verbalen und nonverbalen Äußerungen vermittelt werden kann.

(2) SUMMARIZING – Zusammenfassen: Das Zwischenfazit ist für Neighbour eine der wichtigsten Etappen im Gespräch. An diesem Checkpoint wird der eigentliche Grund für das Gespräch eruiert. Hier werden die Hoffnungen, Gefühle, Sorgen und Erwartungen der Klientin ermittelt, anerkannt und wertgeschätzt. Dafür werden Kompetenzen im aktiven Zuhören und der klientenzentrierten Kommunikation benötigt (siehe Abschnitt 2, Aktives Zuhören und Abschnitt 3, Das klientenzentrierte Gespräch). Anschließend wird das Problem der Klientin in eigenen Worten beschrieben. Dies ist wichtig, um herauszufinden, ob das Anliegen auch richtig verstanden wurde. Die Klientin hat so die Möglichkeit, vergessene oder falsch verstandene Aspekte zu wiederholen oder hervorzuheben. Erst im Anschluss kann die „Reise“ fortgesetzt werden.

(3) HANDOVER – Umsetzung: In dieser Etappe wird das weitere Vorgehen gemeinsam besprochen. Konkrete Ziele für die nächsten Besuche werden festgelegt. Für eine vertrauensvolle Beziehung sind gemeinsam getroffene Entscheidungen wesentlich. Jedoch ist es manchmal nicht leicht, eine gemeinsame Schnittmenge in den verschiedenen Überzeugungen der beteiligten

Personen zu finden. Zielsetzung in diesem Checkpoint ist es daher, Überlappungen der verschiedenen Grundeinstellungen zu erkennen und eine gemeinsame Agenda zu entwickeln.

(4) SAFETY-NETTING – Sicherheitsnetz:

In vielen medizinischen Gesprächen gibt es viele Unsicherheiten. Klare Vereinbarungen für die nächsten Besuche stellen daher für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eine notwendige Sicherheit dar. Dabei ist der Einbezug der Klientin in die Beratung essenziell. Auch für uns im Gesundheitssystem Tätige ist es wichtig, Fälle zu erkennen, in denen Unklarheiten in dem weiteren Vorgehen bestehen. Um diese herauszufiltern, kann es hilfreich sein, sich folgende Fragen zu stellen: Was wird in näherer Zukunft passieren? Wie merke ich, dass der Plan nicht ausreichend ist? Und was würde ich in dieser Situation tun? Die Antworten auf diese drei Fragen stellen das Sicherheitsnetz dar.

Umsetzung in der Szene

Die DCM weiß, dass vieles von dem, was sie erzählt, zunächst nicht bei der Familie ankommt. Sie bedient sich daher in Film 1 des Zwischenfazit nach Neighbour und fasst die wichtigsten Informationen und Vereinbarungen zusammen: „Dann wäre der nächste Schritt doch jetzt ganz naheliegend. Sie sprechen mit seinen Brüdern ...“ (1, 7:22). Hier erläutert die DCM die nächsten Schritte für die Geburtstagsfeier

(5) HOUSEKEEPING: Der Begriff Housekeeping kommt ursprünglich aus der Hotellerie, wo Zimmer für den nächsten Gast vorbereitet werden. Neighbour nutzt dies als Metapher, sich selbst auch auf den nächsten „Gast“ einzustellen. Besuche bei Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen können körperlich und mental anstrengend sein. Wer Menschen auf einem professionellen Level betreut, sollte auf den eigenen Stresspegel acht geben, um adäquat reagieren zu können. Dies ist wichtig, um weiterhin gut kommunizieren zu können. In dem Buch *The Inner Consultation* beschreibt Neighbour das Housekeeping mit dem Satz: „Wenn Staubwischen Schmutzvermeidung ist, ist HOUSEKEEPING Stressvermeidung.“ Daher sollte vor jedem Besuch die eigene Verfassung hinterfragt werden: „Bin ich bereit für die nächste Klientin?“.

und erklärt noch einmal in kurzen Sätzen das weitere Vorgehen. Dieses wurde zuvor, wie in der Etappe 3 (Handover) dargestellt, gemeinsam beschlossen.

Im zweiten Film fasst die DCM die bisher diskutierten Punkte für den dazu kommenden Sohn noch einmal zusammen: „Herr Meyer, wollen Sie sich nicht vielleicht einen Augenblick zu uns setzen? Ich kann ja mal kurz zusammenfassen...“ (2, 7:50). Die DCM nutzt dieses Zwischenfazit dabei auch

bewusst für Frau Meyer. Sie bietet ihr die Möglichkeit, die von ihr verstandenen Aspekte zurück zu spiegeln, zu reflektieren sowie Unstimmigkeiten richtig zu stellen.

Die weiteren Etappen des Konsultationsmodells von Neighbour sind in

den Lehrfilmen nicht umgesetzt oder wurden nur angerissen. Nicht alle Checkpoints müssen vollumfänglich umgesetzt werden, sondern können auch mit einzelnen Elementen oder anderen Modellen im Gespräch kombiniert werden.

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen kennen einen Baustein (Zwischenfazit) aus Roger Neighbours Konsultationsmodell.
- Die Teilnehmerinnen haben eine Vorstellung von der Wichtigkeit eines Zwischenfazits in einem Klientinnengespräch.

Mögliche Diskussionsfragen

- Diskutieren Sie mit den anderen Teilnehmerinnen die Vorteile eines Zwischenfazits.
- Ein Teil des Konsultationsmodells ist die Etappe „Housekeeping“. Diskutieren Sie, welche Maßnahmen ergriffen werden können, falls Sie selbst emotional und mental nicht in der Verfassung sind, einen neuen Besuch durchzuführen.
- Welche Möglichkeiten des Safety-nettings kennen Sie?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Bechmann S.: Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.
Neighbour R.: The Inner Consultation, 2. Neuauflage, Taylor & Francis Ltd., 22.10.2015, London, ISBN 1857756797.

X. KONZEPTE ZU DEN PROZESSEN DER VERHALTENSÄNDERUNG

Modelle/Inhalte

Transtheoretisches Modell

In der Beratung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen geben wir häufig Ratschläge und Empfehlungen, um die allgemeine Situation zu verbessern. Nicht selten führen diese jedoch zu Frustration auf beiden Seiten: während die Familie (noch) nichts verändern möchte und zunächst ggf. wenig Hilfsangebote annimmt, können wir dies als Betreuerin häufig wenig nachvollziehen. Ein ähnliches Muster sehen wir z. B. auch in der Betreuung von adipösen Personen mit Diabetes. Häufig geben wir als Therapeutin vermeintlich hilfreiche Tipps, wie z. B. den Verzehr von kalorienhaltigem Essen und von Süßigkeiten zu reduzieren. Nicht selten passiert es in dieser Situation, dass die Person, die wir ansprechen, das Gefühl hat, sich rechtfertigen zu müssen. Diese Versuche, eine Verhaltensänderung herbeizuführen, können für die Betreuerin und Klientin frustrierend sein. Denn die an die Klientin gerichteten Erwartungen können von dieser oftmals nicht erfüllt werden. In vielen Fällen liegt die Ursache für eine gescheiterte Verhaltensänderung vor allem daran, dass die Klientin nicht dort „abgeholt“ wird, wo sie sich mental aktuell befindet. Wurde

z. B. noch gar kein Problembewusstsein entwickelt, kommen konkrete Interventionsangebote zu einem viel zu frühen Zeitpunkt und können nicht angenommen oder umgesetzt werden.

Um diese Situation besser zu verstehen, möchten wir Ihnen einen Einblick in das Transtheoretische Modell geben. Das Transtheoretische Modell (TTM) wurde in den 1980er Jahren von den Psychologen Prochaska und DiClemente für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen entwickelt und beschreibt im Original fünf Phasen der Verhaltensänderung. Grundlage für die Entwicklung des Modells waren verschiedene Verhaltensstudien bei Personen mit Nikotin- und/oder Alkoholabusus und bei Menschen mit problematischem Essverhalten. In diesen Studien zeigte sich, dass der Prozess bis zur Verhaltensänderung fast immer in verschiedenen Phasen bzw. Stufen verläuft. Das bedeutet, dass bis zur gewünschten Veränderung des Verhaltens verschiedene Phasen durchlaufen werden. Um jeweils passgenaue und erfolgversprechende Interventionen anbieten zu können, ist es daher wichtig, herauszufinden, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich die Person befindet. Am Anfang dieses Prozesses mag einfach die

Bereitstellung von Informationen und Gesprächsangeboten angezeigt sein; später können ganz konkrete Schritte zur Verhaltensänderung hinzukommen und verabredet werden.

Das TTM wurde in den vergangenen Jahren immer wieder angepasst und auch außerhalb der Therapie von Suchterkrankungen eingesetzt und hat sich hier bewährt. Genau aus diesem Grund glauben wir, dass sich das TTM auch für die Beratung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen anbietet. Nicht selten greifen wir mit unseren Ratschlägen oder Empfehlungen (z. B. im Hinblick auf den Einbezug externer Hilfe, verändernde bauliche Maßnahmen oder die Einnahme von Medikamenten) bedeutend in das Leben der betroffenen Menschen ein. Um mit der Diagnose Demenz einhergehende Veränderungen annehmen zu können, benötigt es auf Seiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen jedoch einer Verhaltensänderung. Deshalb müssen sowohl die Klientin als auch ihre Angehörigen dort „abgeholt“ werden, wo sie sich aktuell in ihrer Entscheidungsfindung befinden. Wird dies nicht beachtet, ist es nicht verwunderlich, dass auch die am besten gemeinten Tipps und Angebote nicht angenommen werden. Das TTM hilft uns dabei, realistische Erwartungen daran zu haben, wie viel Änderung in der Problemwahrnehmung und -bearbeitung im Rahmen einer Beratungssituation erwartet werden kann. So ist es in der Tat unrealistisch, dass wir im ersten Gespräch auf ein Problem auf-

merksam machen und es direkt lösen. Läuft die Beratung optimal, so ist die Veränderung von einer zur anderen Stufe möglich. Eine Verhaltensänderung bedarf daher in der Regel mehrerer Gespräche.

Im Folgenden beschreiben wir einzelnen Stufen in Anlehnung an das TTM. Wir verdeutlichen jede Stufe mit einem Beispiel im Bereich der Veränderung von Essgewohnheiten bei einer deutlich adipösen Person mit Typ II Diabetes und einem Beispiel im Bereich der Betreuung von Demenzkranken. Die dargestellten möglichen Äußerungen sollen dabei einen Eindruck geben, in welche Richtung die Gedanken der Klientinnen gehen könnten.

(1) PRE-CONTEMPLATION – Absichtslosigkeit: Die betreffende Person hat kein aus sich heraus bestehendes Problembewusstsein. In dieser Phase gemachte Äußerungen sollen oft nur soziale Erwartungen erfüllen und die Therapeutin oder Beraterin beschwichtigen.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ach, ich esse ja gar nicht so viel, aber etwas abnehmen kann ich ja mal versuchen.“
Beispiel Pflegedienst: „Ach, wir bekommen das schon hin. Alles gut.“

(2) CONTEMPLATION – Bewusstwerden: Das Vorhandensein eines Problems wird von der betroffenen Person zumindest teilweise anerkannt. Die Klientin hat aber noch keine Absicht, etwas an ihrem Verhalten zu verändern.
Beispiel Essgewohnheiten: „Mein Ge-

wicht ist zu hoch, da müsste ich mal was machen. Ich weiß aber nicht was, schließlich esse ich doch gar nicht so viel.“
Beispiel Pflegedienst: „Ja, die Versorgung meines Angehörigen ist schwierig und sehr problematisch, aber ich habe noch keine Vorstellung davon, wie es besser werden könnte.“

(3) PREPARATION – Vorbereitung, Absichtsbildung: Die ersten Schritte zur Veränderung werden durchdacht und es wird nach Unterstützung für die Umsetzung gesucht.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ich habe darüber nachgedacht, wie ich abnehmen könnte.“

Beispiel Pflegedienst: „Ich habe mir vorgestellt, wie es wäre, wenn eine Krankenschwester käme.“

(4) ACTION – Handlung: In dieser Phase findet eine konkrete Handlung statt. Diese Stufe ist nicht selten durch ein hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement gekennzeichnet. Die Erwartungen an eine kurzfristige Veränderung sind seitens der Klientin sehr groß. Die Lösungen sind aber häufig (noch) nicht nachhaltig.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ich habe mich in ein Online-Programm für gesunde Ernährung eingeschrieben und koche jetzt nur noch gesund.“

Beispiel Pflegedienst: „Wir haben einen Pflegegrad beantragt und erproben einen Pflegedienst.“

(5) RELAPSE – Rückfall: Bei einer langfristigen Verhaltensveränderung kommt es nicht selten vor, dass es zu wiederholten „Durchläufen“ der einzelnen Phasen kommt. Hier ist es wichtig, der Klientin zu vermitteln, dass Veränderungen nicht immer beim ersten Anlauf schon auf Dauer erfolgreich sind. Wichtig ist hier, die bisher geschehenen Veränderungen anzuerkennen und als Beleg für eine grundsätzlich auch langfristig mögliche Veränderung zu deuten.

(6) MAINTENANCE – Aufrechterhaltung: Das gewünschte Verhalten wird aufrechterhalten. Es werden außerdem Strategien zur weiteren Konsolidierung entwickelt.

Beispiel Essgewohnheiten: „Ich habe einen Weg gefunden, wie ich dauerhaft meine Kalorien reduzieren kann. Ich weiß jetzt, welche Nahrungsmittel zu viele Kalorien haben. Ich habe realistische Ziele und Methoden entwickelt, wie ich nicht in alte Verhaltensmuster zurückfalle.“

Beispiel Pflegedienst: „Wir haben eine regelmäßige Unterstützung. Ich habe akzeptiert, dass der Pflegedienst in bestimmten Situationen andere Standards setzt und Dinge anders macht als ich. Ich habe aber realisiert, dass er unsere Situation erleichtert und meine eigenen Ressourcen schont.“

Folgende Fragen können dabei helfen, zu identifizieren, auf welcher Stufe der Verhaltensänderung sich die Klientin befindet:

„Was für Gedanken haben Sie sich schon gemacht?“

„Haben Sie sich schon einmal verschiedene Alternativen überlegt?“

„Welche Vor- und Nachteile könnte eine Veränderung mit sich bringen?“

Die Zuordnung zu den Stufen des TTM hilft dabei, realistisch einzuschätzen, wo sich Ihre Klientin im Veränderungsprozess befindet und wie Sie diesen Prozess optimal begleiten können.

Motivational Interviewing

Gespräche, die sich auf Verhaltensänderungen fokussieren, enden häufig in Argumentationsspiralen, ohne dass die Klientin tatsächlich erreicht wird. Grund ist (wie oben bereits dargelegt), dass die Klientin nicht dort abgeholt wird, wo sie sich im TTM befindet. Der Versuch, die Klientin durch scheinbar rationale Argumente von einer Verhaltensänderung zu überzeugen, scheitert zwangsläufig. Gerade die Konfrontation mit unangenehmen Wahrheiten führt meist zu einer Abwehrhaltung. Das kennen Sie vielleicht auch von sich selbst. Genau hier setzt das Motivational Interviewing an.

Die Idee hinter diesem Ansatz: Statt die Klientin zu überzeugen, wird sie motiviert, aus sich selbst heraus eine Verhaltensänderung herbeizuführen.

Wichtige Grundvoraussetzungen für die Anwendung des Motivational Interviewing sind eine empathische Grundeinstellung, Partnerschaftlichkeit im Gespräch und die Akzeptanz des Gegenübers. Das in den 1980er Jahren entwickelte Motivational Interviewing basiert darauf, genau zuzuhören und zu spiegeln (siehe Abschnitt 2, Aktives Zuhören). Wir möchten hier noch einmal auf unser Beispiel der Ernährungsberatung zurückkommen. Statt zu sagen: „Wie Sie wissen, ist eine Gewichtsabnahme für Sie die einzige Möglichkeit mit ihrer Zuckererkrankung besser zurecht zu kommen“ oder „Wie Sie wissen, müssen Sie für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme ein kalorisches Defizit haben“ ist es hilfreich, die Klientin selbst reflektieren zu lassen, was für Sie in ihrer persönlichen Situation hilfreich wäre. Beispielsweise: „Sie haben eben angesprochen, dass es nicht schlecht wäre, etwas für Ihre Gesundheit zu tun. Was wären das denn für Dinge, die Sie sich vorstellen könnten, zu tun?“. Vielleicht antwortet die Person dann mit: „Naja, ich könnte vielleicht überlegen, wo ich einige Kalorien am Tag sparen könnte.“ Häufig stehen Klientinnen einer Verhaltensänderung ambivalent gegenüber.

Hier kann es hilfreich sein, die Veränderungsmotive genau zu erkunden sowie die Ambivalenz und Ziele gemeinsam zu explorieren. Beispielsweise: „Das ist ja ein interessanter Gedanke. Was spräche denn alles dafür, dass Sie das tatsächlich machen würden bzw. was würde Sie denn davon abhalten?“ Dieser Gesprächsansatz, den man auch

„Change-Talk“ nennt, lässt sich auf viele andere Situationen übertragen. Mithilfe dieses Modells kann die Klientin in ihrer Verhaltensänderung unterstützt

und motiviert werden. Wichtig ist, auf jegliches Argumentieren zu verzichten und das Gespräch auf Augenhöhe zu führen.

Umsetzung in der Szene

In vielen von Demenz betroffenen Familien ist das Hinzuziehen eines Pflegedienstes ein oft diskutiertes Thema. In unseren Interviews mit der ersten Kohorte von DCM stellte sich heraus, dass es viele pflegende Angehörige als Niederlage betrachten, externe Hilfe anzunehmen. In den Gesprächen zwischen den DCM und den Angehörigen wird daher viel Zeit darauf verwendet, die Notwendigkeit eines Pflegedienstes zu erläutern. Hier kann das TTM eine Hilfestellung sein. In unserem Lehrfilm bemerkt die DCM Frau Meyers Ambivalenz zu diesem Thema: „Ach, ich weiß nicht...“ (1, 6:50). Im TTM befindet sich Frau Meyer auf der Stufe der Preparation, also der Absichtsbildung. Sie möchte prinzipiell gerne etwas verändern, aber weiß noch nicht wie. Die DCM bedient sich daraufhin der Technik

des Change-Talks. Mit Hilfe der Frage „Wenn Sie jetzt mal ganz spontan überlegen, was spräche denn dafür, dass ein Pflegedienst mithelfen würde... und was spräche dagegen“ (1, 6:52) bringt sie Frau Meyer dazu, sich mit der Problematik aktiv auseinanderzusetzen. Nach Aufzählung der Vorteile (körperliche Entlastung, für die Nacht fertig machen) und Nachteile (fremde Leute im Haus, wenig Zeit, keine gute Versorgung) bemerkt Frau Meyer selbst, dass die Vorteile überwiegen. Triffst sie nun die Entscheidung für einen Pflegedienst, ist dies ihre ganz eigene Entscheidung. Für die Zufriedenheit und Nachhaltigkeit einer Entscheidung ist dies sehr wichtig. Durch die Einordnung in die Stufe der Absichtsbildung wissen wir aber, dass es durchaus möglich ist, dass Frau Meyer bis zu unserem nächsten Besuch noch nicht bei einem Pflegedienst angerufen hat.

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen sind sensibilisiert für die Ambivalenz der pflegenden Angehörigen.
- Die Teilnehmerinnen erfahren, dass es in der Zusammenarbeit mit Klientinnen häufig hilfreich ist, Raum für Entscheidungen zu lassen und unnötigen Druck zu vermeiden.
- Die Teilnehmerinnen erkennen einzelne Aspekte des Transtheoretischen Modells in den Filmen wieder.
- Die Teilnehmerinnen haben etwas über das Prinzip des Motivational Interviewing gehört und können Elemente dazu im aufgezeichneten Gespräch wiedererkennen.

Mögliche Diskussionsfragen

- Wie verhalten Sie sich, wenn Ihre Vorschläge von den Klientinnen nicht angenommen werden?
- Welche Situationen fallen Ihnen noch ein, in denen das Transtheoretische Modell hilfreich wäre?
- Diskutieren Sie die Vor- und Nachteile, die sich aus dem Motivational Interviewing aus Ihrer Sicht ergeben!

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Hoyer J., Heidenreich T., Fecht J.: Stadien der Veränderung in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie, Verhaltenstherapie 2003; 13:31-38, Karger GmbH, Freiburg.

Miller W. R., Rollnick S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2015. ISBN 378412545X.

XI. HERAUSFORDERUNGEN IN DER INTRA- & INTERPROFESSIONELLEN KOMMUNIKATION

Modelle/Inhalte

Als professionell im Gesundheitswesen Tätige sind wir nicht selten äußeren Zwängen ausgesetzt. Gerade Mitarbeiterinnen in der ambulanten Versorgung fühlen sich mit ihren Problemen und Sorgen oft allein gelassen. Hinzu kommt das Gefühl mangelnder Wertschätzung und das Empfinden, für die wichtigen Dinge im beruflichen Alltag kaum mehr Zeit zu haben. Erschwerend wirken zudem die zum Teil unklar definierten oder sich überschneidenden Arbeitseinteilungen einzelner Berufsgruppen. Dies führt nicht selten dazu, dass man sich als „Konkurrentinnen“ wahrnimmt, statt als multiprofessionelles Team zusammen zu arbeiten. Zusätzlich ist unser Gesundheitssystem durch eine hierarchische Struktur geprägt. Informationen werden dabei nicht immer geteilt und jede Berufsgruppe „kämpft“ oftmals für sich allein. Aber gerade die Betreuung von Menschen mit Demenz erfordert ein multiprofessionelles Miteinander.

Um dieses multiprofessionelle Miteinander als Team zu bewältigen, ist es wichtig, die Situationen zu erkennen, in denen wir häufig aneinander vorbeireden. Denn mangelnde multiprofessionelle Zusammenarbeit führt zu

Versorgungsdefiziten und damit zu einer Gefährdung von Klientinnen. Hinzu kommt: Früher oder später führen Konflikte zu Demotivation, gereiztem Verhalten, Blockaden und Widerstand. All dies kann vermieden werden, wenn Anliegen und Wünsche offen und direkt kommuniziert werden. Um beides, die intraprofessionelle Kommunikation (also die Kommunikation innerhalb einer Berufsgruppe) und die interprofessionelle Kommunikation (also die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen) zu verbessern, zeigen wir Ihnen an dieser Stelle einige geeignete Kommunikationstechniken.

ICH-BOTSCHAFTEN

Der Einsatz von Ich-Botschaften fördert eine konstruktive und partnerschaftliche Beziehung, die für eine gute Zusammenarbeit essenziell ist. Eine Ich-Botschaft besteht aus 3 Elementen:

(1) Die auslösende Situation wird aus der eigenen Perspektive beschrieben, ohne sie zu bewerten.

(2) Die Wirkung des Verhaltens wird beschrieben, um auszudrücken, dass nachfolgende Gefühle nicht durch das Verhalten selbst ausgelöst werden, sondern durch deren Wirkung.

(3) Gefühle sollten erkannt und kommuniziert werden.

Häufig verwenden wir jedoch direkte

und indirekte Du-Botschaften, die eine Eskalation durch einen persönlichen Angriff oder eine Verurteilung beschleunigen können. Anstatt „Du bist...“ lieber „Ich habe das Gefühl...“.

GEWALTFREIE KOMMUNIKATION NACH ROSENBERG

Laut dem US-amerikanischen Psychologen Marshall B. Rosenberg ist eine empathische und vorurteilsfreie Beziehung die Grundvoraussetzung einer gelungenen Kommunikation. Davon ausgehend entwickelte Rosenberg 1990 die Methode der „gewaltfreien Kommunikation“, um durch das Identifizieren und Benennen von Wünschen, Bedürfnissen und Anliegen zu einer positiven Konfliktlösung beizutragen. Dies führt zu einer besseren Verständigung der einzelnen Konfliktparteien. Die gewaltfreie Kommunikation vermittelt im Gespräch sowohl Empathie, als auch Authentizität und wird in vier Schritte eingeteilt:

- (1)** Beobachten statt bewerten,
- (2)** Gefühle wahrnehmen und benennen,
- (3)** Bedürfnisse ernst- und wahrnehmen,
- (4)** eine erfüllbare Bitte äußern.

Destruktive Sprache (kritisieren, beschimpfen, analysieren) sollte vermieden werden. Ein Beispiel für die gewaltfreie Kommunikation lautet: „Wenn ich sehe, dass du meine Anrufe meidest, fühle ich mich traurig, weil ich das Bedürfnis nach Wertschätzung habe. Deshalb bitte ich dich, meine Anrufe wahrzunehmen. Wäre das für dich in Ordnung?“ Das Beispiel zeigt auch, dass geäußerte Kritik immer wertschätzend sein sollte.

UMGANG MIT KILLERPHRASEN

Mit dem Wort „Killerphrasen“ sind Scheinargumente, die die Gesprächspartnerin herabsetzen, verunsichern und bloßstellen sollen, gemeint. Vermutlich ist jede von uns schon einmal mit ihnen konfrontiert worden. Typische Killerphrasen sind beispielsweise: „Das haben wir schon immer so gemacht“, „Das geht nie“, „Ich bin dafür nicht zuständig“, „Das können Sie nicht wissen!“ Killerphrasen sind leider ein beliebtes Mittel, um soziale Dominanz bei sachlicher Unterlegenheit herauszustellen. Auch die Angst vor Veränderungen oder die Demonstration von Autorität und Macht können ursächlich für diese Aussagen sein. Eine Killerphrase sollte als solche unbedingt thematisiert und umgehend auf sie reagiert werden. Andernfalls werden Killerphrasen meist energischer und wiederholt eingesetzt. Es kann also hilfreich sein, auf derartige „Totschlagargumente“ vorbereitet zu sein und mögliche Musterformulierungen im Gedächtnis zu haben (siehe Abschnitt 7, Musterformulierungen und Satzbausteine).

Eine Möglichkeit auf Killerphrasen zu reagieren, ist die Zurückführung der Antwort auf die Sachebene. Mittels Rückfrage kann um eine sachliche Präzisierung gebeten werden. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass das Gegenüber zu viel Redezeit bekommt. Auf die Aussage „Das haben wir schon immer so gemacht“ kann beispielsweise wie folgt geantwortet werden: „Welche Probleme erwarten Sie konkret?“ (Rückfrage), „Was wäre aus Ihrer Sicht

die richtige Vorgehensweise?“ (Rückfrage), „Na, dann wird es aber Zeit, dass sich das mal ändert!“ (Gegenanriff, hier auf den Tonfall achten), „Bisher hat das ja auch ausgereicht, doch die derzeitigen Veränderungen stellen andere Ansprüche an uns. Deshalb müssen wir unser bisheriges Verhalten neu überdenken.“ (Überzeugen).

HAIFA-METHODE

In einer akuten Konfliktsituation kann es hilfreich sein, sich an bestimmte Musterformulierungen zu erinnern. Häufig wird hier die HAIFA-Methode empfohlen, um eine Eskalation zu vermeiden. Woher genau dieses Akronym stammt ist unklar. Dieser Ansatz ist jedoch mittlerweile etabliert:

Halt – Hole erst einmal tief Luft!

Anerkennung zeigen! – Signalisieren, dass die Gefühle der Konfliktpartnerin anerkannt und wertgeschätzt werden, ohne dass ihr dabei Recht gegeben werden muss.

Interesse benennen! – Nachfragen, ob das Gesagte richtig verstanden worden ist. Signalisieren, dass eine gemeinsame Lösung gefunden werden soll.

Fehler eingestehen! – Der Fokus bei der Fehlerbenennung sollte explizit die Anteile beider Konfliktparteien einbeziehen.

Angebote zur Konfliktklärung machen!

METAKOMMUNIKATION

Nicht zu vernachlässigen ist der nonverbale Anteil in der Kommunikation. Dieser überwiegt in der Bewertung der Kommunikation und ist daher im Beziehungsprozess noch wichtiger als das Gespräch selbst. Widersprechen sich Körpersprache und das gesagte Wort, so sind Konflikte vorprogrammiert. Ein derartiges Verhalten bezeichnete der Philosoph und Psychotherapeut Paul Watzlawick als paradoxe Kommunikation. Sich der nonverbalen Kommunikation bewusst zu werden und diese anzusprechen, wird als Metakommunikation (also die Kommunikation über Kommunikation) bezeichnet. Es ist daher grundsätzlich wichtig, mittels Rückfragen zu erfassen, ob die Gesprächspartnerin richtig verstanden wurde.

Umsetzung in der Szene

Im dritten Lehrfilm trifft die DCM auf die Mitarbeiterin des Pflegedienstes der Familie Meyer. Es entsteht ein Gespräch zwischen „Tür und Angel“. Aus den Interviews mit der ersten Kohorte der DCM erfuhren wir von der Schwierigkeit, den Beruf der DCM anderen Fachprofessionen einfach zu erklären. Wir wollten daher eine Situation darstellen, in der dieses Problem thematisiert wird. Auf die Frage von Schwester Karin „Dementia Care Managerin... und was soll ich mir da drunter vorstellen...?“ (3, 0:15), wirkt die Antwort unserer DCM spontan. Tatsächlich spult sie aber eine Musterformulierung ab. „Dementia Care Managerin bedeutet, dass ich von Demenz betroffene Familien begleite. Ich bin Ansprechpartnerin und Vertrauensperson für die Betroffenen, natürlich auch für die Angehörigen und ich unterstütze die Familien. Ich helfe ihnen auch, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden...“ (3, 0:17). Die DCM weiß, dass bestimmte Formulierungen gut funktionieren und nutzt dies für sich. Zum Zeitpunkt der Entwicklung der Filme war die genaue Berufsbezeichnung der DCM noch unklar.

Wir haben uns dennoch bewusst dazu entschieden, dass unsere DCM das Wort „Dementia Care Managerin“ benutzt. Hier gibt es beabsichtigt Raum, um die eigene Identität zum Beruf zu reflektieren und im Team zu diskutieren. Die Dialoge zeigen hier noch einmal den Unterschied zwischen einem interprofessionellen Gespräch und einem Gespräch mit einer Klientin. Die DCM geht ganz bewusst nicht auf die Unzufriedenheit von Schwester Karin ein und gibt dem Ärger somit keinen Raum. Im Sinne der HAIFA-Methode zeigt die DCM zunächst Anerkennung und Interesse: „Na klar, dass kann ich gut verstehen.“ (3, 0:50). Dann macht sie ein konkretes Angebot: „Wann würde es Ihnen denn mal passen? Nächste Woche oder übernächste Woche vielleicht? Ich kann auch gerne bei Ihnen vorbei kommen.“ (3, 0:50). Die DCM lenkt damit das Gespräch in eine lösungsorientierte Richtung, ohne viel Raum für Diskussionen zu ermöglichen. Einige der oben genannten Methoden wurden in der kurzen Filmsequenz nicht explizit dargestellt, tauchen aber in dem Kurzlehrbuch auf, da sie auch für eine gute interprofessionelle Kommunikation hilfreich sein können.

Lernziele für die Zielgruppe

- Die Teilnehmerinnen machen sich darüber Gedanken, wie sie ihre/n Tätigkeit/Beruf in unterschiedlichen Kontexten bezeichnen.
- Die Teilnehmerinnen lernen eine Möglichkeit kennen, ihr Aufgaben-gebiet im inter- und intraprofessionellen Kontext zu erklären.
- Die Teilnehmerinnen erfahren, dass „systembedingt“ häufig wenig Raum für inter- und intraprofessionellen Austausch vorgesehen ist.
- Die Teilnehmerinnen kennen ausgewählte Grundlagen der inter- und intraprofessionellen Kommunikation (z. B. Killerphrasen, HAIFA Methode, Metakommunikation) und können Teilaspekte im aufgezeichneten Gespräch wiedererkennen.
- Die Teilnehmerinnen haben von unterschiedlichen Herangehensweisen bezüglich der Kommunikation mit einer Klientin und im Hinblick auf die inter- und intraprofessionellen Kommunikation gehört.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM die Aggression der Krankenschwester ignoriert und stattdessen versucht, Interesse zu zeigen und eine Beziehung herzustellen.
- Die Teilnehmerinnen lernen am Beispiel, wie die DCM ein konkretes Angebot für inter- und intraprofessionellen Austausch anbietet und dabei auf die Belange der Krankenschwester eingeht.

Mögliche Diskussionsfragen

- Wie benennen Sie Ihren Beruf? Diskutieren Sie Ihre Ideen mit der Gruppe!
- Was würden Sie auf die Frage nach Ihrer Tätigkeit antworten?

Quervernetzung mit bestehender Literatur

Baller G., Schaller B.: Kommunikation im Krankenhaus, Springer-Verlag, 2017, Heidelberg, ISBN 9783642553257.

Forster A.: Visite – Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team, Springer-Verlag, 2017, Wilhelmshelm, ISBN 9783662536988.

Jünger J.: Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

Tewes R.: „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen, 2. Auflage, Springer-Verlag, 2010, 2015, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662466438.

Wehner L.: Dicke Luft – Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer-Verlag, 2012, Wien, ISBN 978364249280.

LITERATUR

Baller G.: Kommunikation im Krankenhaus: Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2016, ISBN 9783642553257.

Baller G., Schaller B.: Kommunikation im Krankenhaus, Springer-Verlag, 2017, Heidelberg, ISBN 9783642553257.

Banovix S., Junuzovic L., Sinanovic O.: Communication Difficulties as a Result of Dementia, Mater Sociomed, 221-224, 30.10.2018.

Bär T.: Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis, Dissertation Charité Berlin, 2009, <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/5268>.

Bechmann S.: Medizinische Kommunikation, A. Francke Verlag, 2014, Tübingen, ISBN 9783825241322.

Bucka-Lassen E.: Das schwere Gespräch, Deutscher Ärzteverlag, 22.06.2011.

Bundesministerium für Gesundheit: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, August 2006, Witten.

Ellis M., Astell A.: Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen – Wie man ohne Sprache kommunizieren kann, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859354.

Forster A.: Visite – Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team, Springer-Verlag, 2017, Wilhelmsfeld, ISBN 9783662536988.

Greenhalgh T., Hurwitz B.: Narrative Based Medicine – Dialogue and discourse in clinical practice, John Wiley & Sons, 1998, ISBN 0727912232

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J.: Kommunikation bei Demenz, 2. Auflage, Springer Verlag, 2011, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662480250.

Hinrichs M., Herbig N., Neufang A.: Kommunikation bei Demenz, Arbeitshilfe Bessere Kommunikation #8, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., 1. Auflage, 12.7.2020.

Höck J., Altiner A., Drewelow E., Wollny A.: Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik im Medizinstudium, Med Welt, 68:109-113, 2017.

Hoyer J., Heidenreich T., Fecht J.: Stadien der Veränderung in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie, Verhaltenstherapie 2003; 13:31-38, Karger GmbH, Freiburg.

<https://kateswaffer.com/2013/01/22/talking-dementia-and-humiliation/> (letzter Zugriff 12.05.2021)

James I. A., Gibbons L.: Communication Skills for Effective Dementia Care, Jessica Kingsley Publishers, 2019, London, ISBN 9781785926235.

Jünger J.: Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020, Schattauer-Verlag, 2018, Stuttgart, ISBN 9783608432527.

Kitwood T.: Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 8. Auflage, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456860046.

Miller G. E.: Die Bewertung der klinischen Fähigkeiten / Kompetenzen / Leistungen. Academic Medicine, 65 (9), S63-7, 1990.

Miller W. R., Rollnick S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2015.

Neighbour R.: The Inner Consultation, 2. Neuauflage, Taylor & Francis Ltd., 22.10.2015, London, ISBN 1857756797.

Rahmen S., Howard R.: Demenz kompakt, Hogrefe Verlag, 2019, Bern, ISBN 9783456859347.

Ripich D.N., Ziol E., Fritsch T.: Training Alzheimer's disease caregivers for successful communication. Clinical Gerontologist Vol. 21: 37-56, 1999.

Rockenbach K., Decker O., Stöbel-Richter Y.: Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis, Pabst Science Publishers, 2006, ISBN 3899673301.

Specht-Tomann M., Tropper D.: Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag, Springer Verlag, 2000, Berlin, Heidelberg, ISBN 978350668480.

Tewes R.: „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen, 2. Auflage, Springer-Verlag, 2010, 2015, Berlin, Heidelberg, ISBN 9783662466438.

Weber M., Müller M., Ewald H.: Kommunikation in der Palliativmedizin, Der Onkologe 11, 384-391, 04/2005.

Wehner L.: Dicke Luft – Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer Verlag, Berlin, 2012, ISBN 9783642249280.

Wehner L.: Dicke Luft – Konfliktmanagement in Gesundheitsberufen, Springer-Verlag, 2012, Wien, ISBN 978364249280.

Wilm S., Knauf A., Peters T., Bahrs O.: Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?, Z Allg. Med 2004, 80: 53-57, Georg Thieme Verlag Stuttgart.



Gesellschaft für
patientenzentrierte
Kommunikation