

Gesprächsführung mit Patienten

Ansätze zur Verbesserung

von Agnes Koß

Der zweite Artikel zum Thema Gesprächsführung will an den im ersten Teil aufgeführten Ursachen anknüpfend verschiedene Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation aufzeigen. Es würde jedoch den Rahmen sprengen, diese bis hin zu konkreten Konzepten auszuführen. Vielmehr ist es die Absicht der Autorin, zu einer differenzierten Diskussion über das Thema Gesprächsführung anzuregen und in diesem Zusammenhang denkbare Perspektiven aufzuzeigen.

In dem in Dr. med. Mabuse Nr. 117 (Januar / Februar 99) erschienenen Artikel „Gesprächsführung mit Patienten – Anspruch und Wirklichkeit“ habe ich die These vertreten, daß Gesprächsführung mit Patienten von der Berufsgruppe Pflege zu den wichtigsten pflegespezifischen Aufgaben gerechnet wird, im Widerspruch dazu aber bedeutende Mängel in Theorie und Praxis der Gesprächsführung zu erkennen sind. In der Auseinandersetzung mit dieser Diskrepanz wurden gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, die Geschichte der Entwicklung des Berufes Pflege und die aktuelle Situation der Berufsgruppe als Ursachen herausgearbeitet.

Viele Aussagen des Artikels sind für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen genauso zutreffend wie für die Pflege oder auf sie übertragbar. Insgesamt muß eine wirklich tiefgreifende Änderung der eher unbefriedigenden Situation an verschiedenen Punkten ansetzen und ist letztlich nur durch gemeinsame Anstrengungen aller patientennahen Berufsgruppen zu bewerkstelligen.

Anno 2030 (....?):

Schwester Futura beginnt ihren Spätdienst in einer Frankfurter Gesundheitszentrale, die sich auf die Betreuung chronisch Kranker spezialisiert hat. Heute beginnt ihr Dienst mit der großen Wochenbesprechung, die von einem umfassend geschulten Berater geleitet wird. Anwesend ist jeweils einer der

Patienten und alle Personen der Einrichtung, die mit diesem Patienten in Kontakt stehen. Die bettlägerigen Patienten werden gemeinsam besucht. Der Gruppenleiter führt das Gespräch mit dem Patienten, der ermuntert wird, alle seine Probleme und Anliegen zum Ausdruck zu bringen. Die bisherige Betreuungsstrategie wird dabei gemeinsam reflektiert und wo nötig nach umfassender Diskussion verändert, so daß sie dem individuellen Versorgungsbedarf des Patienten möglichst gerecht wird. Schwester Futura übernimmt anschließend ihre fünf Patienten. Ihre Aufgabe ist es zunächst, auf der Basis der geänderten Betreuungsstrategie Pflegemaßnahmen mit den Patienten neu festzulegen. Anschließend nimmt sie sich planungsgemäß, wie jeden Tag, eine Stunde Zeit für ein helfendes Gespräch mit Frau Maier, die Dialysepatientin ist und seit kurzem vermehrt den Wunsch äußert, die Behandlung abbrechen und sterben zu wollen. Gut, daß sie gestern noch ihre ärgerlichen Gefühle gegen Frau Maier in der Supervision zum Ausdruck bringen konnte und dabei auch wieder ein wenig über sich selbst dazu gelernt hat. Es fällt ihr heute viel leichter, der Patientin offen und einfühlsam zu begegnen, ohne sich dabei verbiegen zu müssen. Futura nimmt sich nach dem Gespräch mit Frau Maier vor, in der nächsten Kliniksleitungs- bzw. Innovationsgruppen-sitzung, in die sie für die nächsten zwei Jahre für ihre Berufsgruppe hinein gewählt wurde, das neue Gesprächsdokumentationssystem vorzustellen, das sie im Auftrag ihres Teams heute ausprobiert hat. Während sie Frau Schulz zum Thema Thromboseprophylaxe berät, denkt Futura an den Diabetiker Herrn Bauer. Wird Frau Doktor Perspektiva wohl herausbekommen, was hinter seinen aktuellen Diätproblemen steckt? Absprachegemäß hat die Ärztin, die gut mit ihm klar- kommt und außerdem vor kurzem ihren Facharzt für Gesprächsführung mit chronisch Kranken gemacht hat, diese wichtige Aufgabe übernommen

Was bleibt zu tun bis 2030 ?

Gesellschaftliches Umdenken und politische Änderungen sind erforderlich

Der aufmerksamen MabuseleserIn wird es kein Geheimnis sein, welche gesellschaftlichen Einflußfaktoren zur Beantwortung dieser Frage von entscheidender Bedeutung sind. So soll an dieser Stelle auf entsprechende Ausführungen verzichtet werden.

Gesundheitseinrichtungen müssen Gesprächsführung in ihren Zielen und Strukturen verankern

Ich vertrete die grundlegende Einschätzung, daß Gesprächsführung nicht losgelöst von der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten betrachtet werden kann und soll. Eine ausschließliche Fokussierung des nackten Wortwechsels zwischen den beteiligten Partnern führt zwangsläufig zu einer technischen Betrachtung und damit zu einer simplen Einteilung in „korrekte“ und „falsche“ Gespräche bzw. Gesprächstechniken. Dies ist zwar sehr verführerisch, weil sie leicht erlernbar sind, bei kritischer Betrachtung aber zumindest langfristig wenig oder gar nicht hilfreich für das Gegenüber. Dementsprechend geht es bei allen folgenden Überlegungen um die Frage, wie Pflegende zu einer hilfreichen Grundhaltung kommen können, was über das Thema korrekte Gesprächstechniken weit hinausführt.

Wenn eine Verbesserung der Situation gewollt ist, so kann dies auf betrieblicher Ebene an verschiedenen Punkten berücksichtigt werden. Es reicht nicht aus, den Aspekt eines humanen Umgangs mit Patienten in Betriebszielen oder -philosophien niederzuschreiben, auch wenn dies als Ansatzpunkt sinnvoll ist. Darauf basierend sollte der humanitäre Aspekt aber in allen Entscheidungen auf Leitungsebene bedacht werden. Im folgenden werden zwei Punkte, in denen sich dies konkret ausdrücken kann, näher beleuchtet.

Bei der derzeit einsetzenden Konkurrenz unter den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen entsteht zunehmend die Anforderung, den einzelnen Einrichtungen ein deutlicheres eigenes Profil zu geben. So gibt es ein betriebliches Interesse, Angebote zu machen, mit denen man sich von anderen Einrichtungen abgrenzen kann. Hier könnten gesprächsführungsbezogene / beraterische Aspekte zukünftig vermehrt in die Überlegungen einbezogen werden. Zu den-

ken ist dabei an eine besonders intensive Form der Begleitung chronisch Kranker, spezifische Angebote für Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern. In Frage kommen auch generell für alle Patienten bestehende Angebote, die über die übliche Versorgung weit hinaus gehen, wie zum Beispiel professionell begleitete Gesprächsgruppen für Patienten und evtl. auch Angehörige, eine mit dem Patienten vereinbarte Serie an Einzelberatungen, spezielle Angebote für Angehörige, etc. Das Personal, das diese Angebote durchführt, sollte umfassende Fortbildungen im Bereich Gesprächsführung absolvieren und dicht mit allen Personen kooperieren, die den Patienten betreuen. Regelmäßige Fortbildungsangebote im Bereich Gesprächsführung sollten daneben grundsätzlich für alle Pflegekräfte und Ärzte gemacht werden.¹

Eine weiterer Ansatzpunkt zur Verbesserung liegt in einer Enthierarchisierung der Betriebe. Dies bedeutet zum einen, eine Verflachung der Hierarchieebenen, im Sinne einer weitreichenden Kompetenzverlagerung an die „Basis“, zum anderen ist horizontal, zwischen den verschiedenen Berufsgruppen mehr Gleichberechtigung erforderlich. Um sich in Gesprächen mit Patienten dauerhaft akzeptant und einfühlsam verhalten zu können, ohne daß dies an eigenen Kräften zehrt, muß dieses Verhalten selbst erlebt werden können. Führungspersonen müßten also allen Mitarbeitern mit entsprechendem Bemühen begegnen und zwar unabhängig von deren hierarchischer Position. Es scheint daher sinnvoll, bei der Auswahl von Führungskräften nicht nur auf eine spezifische, fachlich hohe Qualifikation zu achten, sondern sehr stark auch auf Kompetenzen im Bereich Gesprächsführung. Daneben sind Zusatzqualifikationen sinnvoll. Für Führungskräfte, die sich häufig in mehr oder minder angefeindeten Positionen befinden, wird es aber meist ein besonders hoher Anspruch bleiben, sich in schwierigen Situationen echt, akzeptant und einfühlsam den Kollegen zuzuwenden. Diskussionswürdig ist in der Konsequenz die Forderung nach einer verbindlichen Teilnahme von Führungskräften an Supervisionen. Selbstverständlich dürfte dieser Anspruch aber nicht nur bei Pflegekräften, sondern müßte bei allen Berufsgruppenangehörigen mit unmittelbarem Patientenkontakt geltend gemacht werden. Auch ist überlegenswert, diese Vorgehensweise in bestimmten Bereichen auf alle Mitarbeiter auszudehnen. Hier ist an die Arbeit in besonders belastenden Bereichen wie onkologischen Stationen, Stationen mit chronisch Schwerkranken z.B. Dialysepatienten, AIDS-Patienten etc. zu denken, aber auch an psychiatrische Abteilungen und Intensiv-

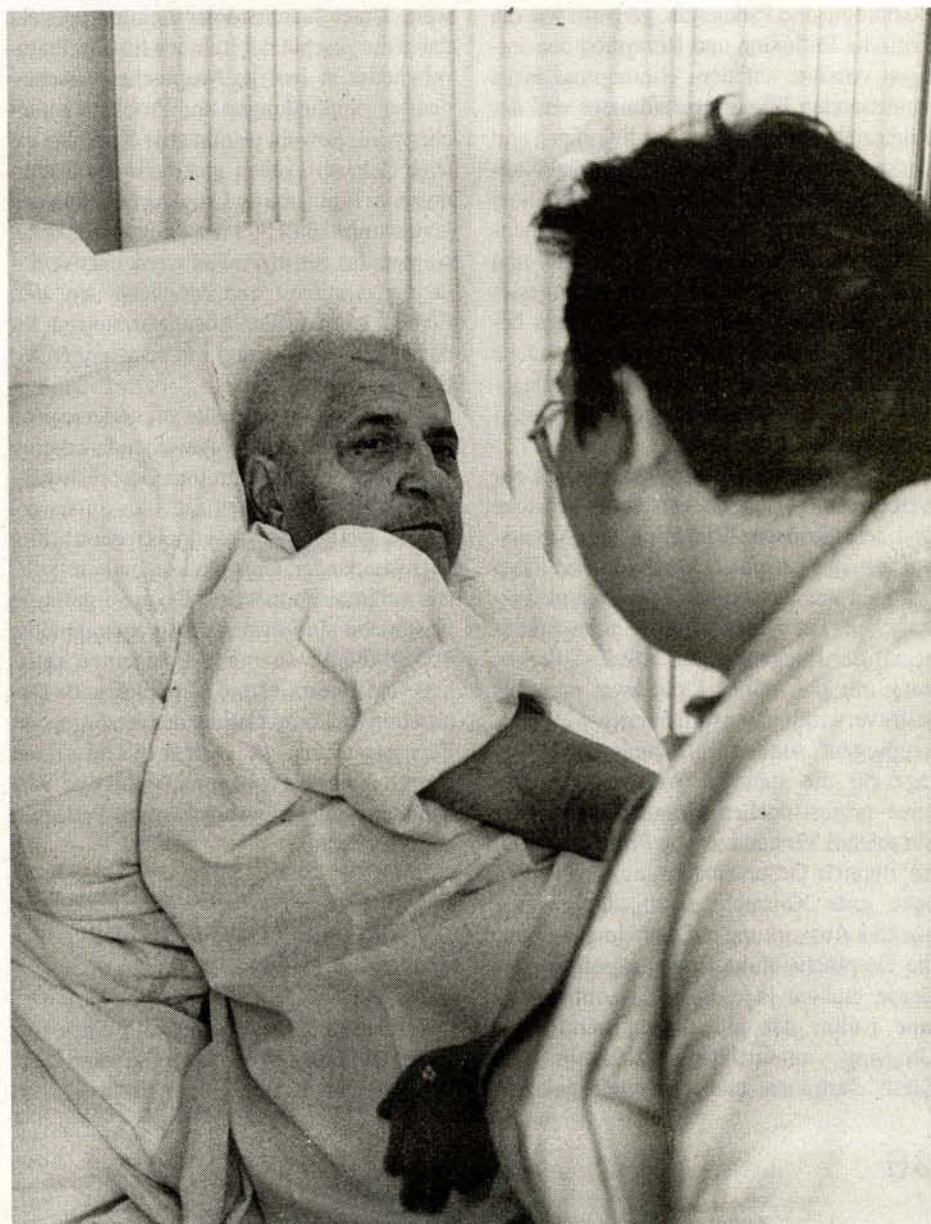
stationen. Das Modell der Verankerung der Teilnahme an Supervisionen im Arbeitsvertrag wird außerhalb des Gesundheitssystems z.B. in manchen Familien- und Erziehungsberatungsstellen umgesetzt. Es versteht sich von selbst, daß unter diesen Voraussetzungen die Finanzierung vom Träger der Institution übernommen wird.

Die Berufsgruppe Pflege muß Gesprächsführung stärker in den Blick nehmen

Aktuelle Emanzipations- und die daraus resultierenden Professionalisierungsbestrebungen der Berufsgruppe könnten sich im positiven Fall dahingehend auswirken, daß Kompetenzen im Bereich Gesprächsführung zukünftig weniger als selbstverständliche Fähigkeit betrachtet und das Führen von Gesprächen nicht mehr als kostenlos erbrachtes „Sahnehäubchen“ gesehen werden. Ein wachsendes Selbstbewußtsein der Pflegekräfte und damit einhergehend eine deutlichere Darstellung eigener Leistungen, sowohl innerhalb der Institutionen als auch

außerhalb, könnten sich auf lange Sicht positiv auswirken. Das Führen qualifizierter Gespräche würde dadurch vielleicht auch von nichtpflegenden KollegInnen und den Patienten, sowie zunehmend von einer breiteren Öffentlichkeit als anspruchsvolle Aufgabe anerkannt. Bei realistischer Betrachtungsweise steht der Berufsgruppe hier allerdings noch ein langer schwieriger Kampf bevor, über dessen Ausgang zur Zeit nur spekuliert werden kann und der, wird er isoliert geführt, vermutlich nur wenig bewirkt.

Um die Bedeutung der Gesprächsführung entscheidend zu vergrößern, müßte sich zusätzlich der Diskurs innerhalb der Berufsgruppe verändern. Im Rahmen der aktuellen berufsgruppeninternen Diskussion um Pflegeverständnis, pflegerische Aufgaben und Perspektiven sollte das Thema Gesprächsführung intensiver und vor allem auch differenzierter eingebunden und behandelt werden. Nachdem noch in den achtziger Jahren zum Thema Kommunikation mit Patienten insgesamt kaum mehr formuliert wurde, als daß „psychische Betreuung“ erforderlich



und wichtig sei, ist hier eine positive Tendenz zu erkennen. Sie drückt sich unter anderem darin aus, daß beraterische Elemente fester Bestandteil einzelner Curricula, z.B. des „Hessischen Curriculum Krankenpflege“, sind und in praktischen Krankenpflegeprüfungen verstärkt in die Bewertung eingehen. Das Thema Gesprächsführung wird jedoch nach wie vor immer noch eher vernachlässigt. So wäre es wichtig, genauer darüber zu sprechen, in welchem Rahmen und in welchen verschiedenen Situationen eine besondere Form qualifizierter, professioneller Gesprächsführung zu unseren Aufgaben gehört. Damit überhöhte Ansprüche nicht zur Selbstüberforderung von Pflegenden führen, sollten dabei stets die Grenzen pflegerischer Aufgaben mitdiskutiert werden:

Pflegerecherche könnte und sollte in diesem Zusammenhang Impulse für eine berufsgruppenweite Diskussion um verschiedene Ansätze der Gesprächsführung geben und Konzepte für die Pflegepraxis entwickeln, die eine differenzierte Handlungsgrundlage bieten. Wichtig wäre dabei der Blick über den Tellerrand der Pflege, in den Bereich der Psychotherapie, Psychologie, Soziologie und Pädagogik, genauso wie die kritische Reflexion und Rezeption der dortigen Ansätze auf dem Hintergrund eines umfassenden Pflegeverständnisses und der Einbeziehung der Rahmenbedingungen und der spezifischen Qualität pflegerischer Kontakte mit Patienten. Diese Konzepte könnten dann, neben der Pflegepraxis, Einzug nehmen in alle Bereiche der Aus-, Fort- und Weiterbildung, wo sie auch immer angesiedelt sind. Berufsverbände und andere berufspolitisch in Institutionen eingebundene oder autonome Gruppierungen von Pflegekräften könnten zusätzlich eine Vorreiterrolle übernehmen.

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung ist eine verstärkte kritische und selbstkritische Reflexion der Arbeitsweise in den verschiedenen Pflegebereichen bezogen auf das Führen von Patientengesprächen. Dies erfordert eine hohe Bereitschaft der Pflegenden zur Auseinandersetzung mit sich selbst – und zwar nicht als selbstverwirklichungsorientiertes „Privatvergnügen“, sondern als zwingende Grundlage für die ständige Weiterentwicklung einer professionellen Grundhaltung. Fehlt ein solches Verständnis von Professionalität im Bereich Gesprächsführung, so bleiben auch gute Konzepte zwangsläufig ohne positive Auswirkung auf den Umgang bzw. die Gesprächsführung mit Patienten. Pflegenden müßten in diesem Zusammenhang eine Kultur des alltäglichen beruflichen Umgangs miteinander entwickeln, die durch Vertrauen und Offenheit gekenn-

zeichnet ist und die dazu führt, daß sie sich gegenseitig im Gespräch helfen, eigene Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten zu sehen, auszusprechen und zu klären. Dies sollte nicht begrenzt werden auf klassische Supervisionen, die sinnvoll, aber nicht Allheilmittel sind. Vielmehr geht es auch darum, in der täglichen Arbeit, immer dann, wenn Probleme unterschiedlichster Art auftauchen, diese auszusprechen und sowohl kritisch und selbstkritisch, als auch sich gegenseitig helfend nach Wegen des Umgangs mit ihnen zu suchen. Dementsprechend sind solcherart geführte Gespräche zwischen Kollegen als wichtige dienstliche Aufgabe zu behandeln. Dies bedeutet auch, die dafür erforderliche Zeit bei Stellenberechnungen als unverzichtbaren Bestandteil pflegerischer Arbeit geltend zu machen.

Viele Kollegien werden jedoch, auf Grund verschiedenster Schwierigkeiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen, zu einer solchen Kultur des Umgangs miteinander nicht ohne Hilfe von außen gelangen können. Für sie wie auch für alle Pflegenden, die unter besonders belastenden Bedingungen arbeiten, ist Supervision besonders empfehlenswert. Unter fachkundiger Leitung entsteht dabei ein geschützter Rahmen für alle Teammitglieder, in dem das Ansprechen verschiedenster Empfindungen und Probleme einfacher wird. Sowohl teaminterne Konflikte als auch Schwierigkeiten innerhalb der Institution oder Probleme im Umgang mit Patienten können hier mit Hilfe der Gruppe bearbeitet werden. Im günstigen Fall werden so Veränderungen initiiert und Möglichkeiten zum Finden individueller Lösungsstrategien für den künftigen Umgang mit schwierigen Situationen geschaffen.

Theoretische Ansätze, die suggerieren, daß auf diese Art intensiver Auseinandersetzung verzichtet werden kann und Gesprächsführungskompetenz schnell mühelos zu erwerben ist, vielleicht sogar mittels rezeptförmig anzuwendender Gesprächstechniken, sollten mißtrauisch machen. Denn so geführte Gespräche sind zwangsläufig manipulativ. Sobald die Autonomie des Patienten ernsthaft verfolgtes Ziel und nicht bloß nette Dekoration ist, kommt keiner der versorgenden Personen umhin, sich selbst mit all seinen Empfindungen, Problemen, Sicht- und Verhaltensweisen in Gesprächen mit Patienten zu reflektieren.

Welcher Ansatz ist der richtige für Gespräche in der Pflege?

Das Kriterium für die Auswahl eines Gesprächsführungskonzeptes sollte seine Deckungsähnlichkeit mit einem umfassenden,

„ganzheitlichen“ Pflegeverständnis sein. Die grundsätzlich in Frage kommenden Ansätze stammen aus der Psychotherapie und sind primär natürlich nicht für den Pflegebereich entwickelt worden. Jedoch lassen sich alle in Bezug auf das ihnen innewohnende Menschenbild überprüfen. Dieses Menschenbild wiederum kann verglichen werden mit demjenigen, das hinter einem umfassenden Verständnis von Pflege liegen muß.

An dieser Stelle kann eine solche Auseinandersetzung nur kurz angedeutet werden. Bei der boomenden, beinahe inflationären Vielfalt unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze und solcher, die eher eine moderne Form des Glaubens ohne jede wissenschaftlich begründbare Effektivität darstellen, ist die richtige Wahl nicht gerade einfach. Fast alle halbwegs fundierten Ansätze der Psychotherapie lassen sich jedoch im wesentlichen auf drei originäre, grundsätzlich zu unterscheidende Richtungen zurückführen. Dies sind der psychoanalytische Ansatz nach Sigmund Freud, der verhaltenstherapeutische oder behavioristische Ansatz nach B.F. Skinner und der sich auf Carl Rogers berufende Ansatz der humanistischen Psychologie, auch als nondirektiver, klient- oder personenzentrierter Ansatz bezeichnet.^{2,3}

Psychoanalyse

Als zeitlich erster ist hier der psychoanalytische Ansatz zu nennen, der aus Sigmund Freuds bekanntem Konzept der Psychoanalyse entwickelt wurde. Dieser Ansatz ist heute aus Gründen, die hier nicht diskutiert werden können, besonders unter Medizinern der anerkannteste, obwohl viele Autoren seine Effizienz nicht für erwiesen halten. Freuds Konzept war in seiner Entstehungszeit geradezu revolutionär, da es den Einfluß soziokultureller Bedingungen auf das Seelenleben und die gesamte Entwicklung des Menschen in plastischer Weise deutlich zum Ausdruck brachte und dabei auch mit vielen gesellschaftlichen Normen brach. Verinnerlichte, rigide familiäre Moral wurde für die Entstehung seelischer Krankheit verantwortlich gemacht. Nach Freud muß der Klient in der therapeutischen Situation zurück zu den in der Kindheit liegenden störungsauslösenden Situationen gehen; nur dadurch können aus seiner Sicht die entstandenen Störungen beseitigt werden. Im Erwachsenenalter wird dem Menschen also nur noch eine extrem begrenzte Entwicklungs- und Veränderungsfähigkeit unterstellt. Bei näherer Betrachtung ist im klassischen psychoanalytischen Konzept des Es, Ich und Über-Ich ein Verständnis vom Menschen zu erkennen, das relativ starr ist und ihn als ein von Trieben gesteuertes Wesen sieht, das an

vielen Stellen diszipliniert oder erzogen werden muß, damit es sozialverträglich lebt und überhaupt gemeinschaftsfähig wird.

Verhaltenstherapie

Der verhaltenstherapeutische Ansatz, der sich auf Skinner beruft, entstand später und war seinerzeit ebenfalls recht fortschrittlich, da er jeden Menschen zu Verhaltensänderungen fähig und damit auch für lernfähig hielt. Lernen ist nach Skinner gleichbedeutend mit Verhaltensänderung. Sein Ansatz erfreut sich auch heute noch großer Anerkennung nicht nur in der Psychotherapie, sondern sehr stark auch in der Pädagogik. Die Effizienz wurde für die Arbeit mit bestimmten Problemen, z. B. Phobien, relativ klar belegt, wobei Kritiker auf den oft nur kurzfristigen Effekt hinweisen, der, da das Verhaltenstraining die tieferliegenden Ursachen nicht wirklich angeht, oft nur zur Symptomverlagerung führe. Das hinter dem Ansatz zu erkennende Menschenbild zeigt den Menschen zwar einerseits als lernfähiges Wesen, andererseits wird er aber auch als stark manipulierbar und wenig autonom gesehen. Der Begriff der „Black box“ bringt dies auf den Punkt; der Mensch, eben die „Black box“, ist quasi ein Verarbeitungssystem äußerer Reize, dem „input“, auf die er mit einer ganz bestimmten Verhaltensänderung, dem „output“ reagiert. Diese Beeinflussbarkeit wird im therapeutischen Setting dann zu nutzen versucht, wobei „positives“, erwünschtes Verhalten bestärkt und gefördert wird, hingegen „negatives“ abzutrainieren versucht wird.

Humanistische Psychologie

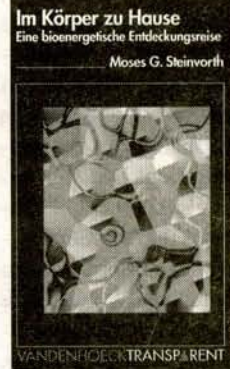
Rogers Ansatz entwickelte sich etwa zeitgleich mit dem von Skinner und fand kurzfristig weit über die Psychotherapieszene hinaus Verbreitung z. B. in Pädagogik, Management etc. Kennzeichnend ist das ausgeprägt positive Menschenbild, das den Menschen grundsätzlich zunächst für wachstumsfähig und zu humanem und sozialem Verhalten für fähig erachtet. Unter günstigen Umständen, nämlich in einer akzeptierenden, einfühlsamen und echten Umgebung können sich diese Möglichkeiten entfalten und der Mensch benötigt dabei keine Steuerung. Sind die Umstände aber ungünstig, besonders in der frühen Kindheit, so können sich Störungen entwickeln, die die Wachstumstendenz blockieren und zu unlösbar Problemdruck führen. Bei der „Behandlung“ ist dann das Ziel, dem Menschen ein intensives Erleben zu ermöglichen und ihn dadurch seinen eigenen Weg finden zu lassen, wobei der Therapeut dies ermöglicht, indem er eine durch Echtheit, Akzeptanz und Empathie gekennzeichnete Grundhal-

tung einnimmt. In der scheinbaren Banalität dieser Vorgehensweise, die neben anderen Gründen dazu führte, daß der Ansatz unter Fachleuten oftmals etwas belächelt wird, liegt für mich eine Faszination. Die so „simple“ Vorgehensweise stellt nämlich in der Praxis immer wieder neue Herausforderungen an den Berater. Er kommt als ganze Person vor und kann sich nicht hinter einem „professionellen“ Verhaltensrepertoire verstecken. Am Klienten wird nicht analysiert oder manipuliert, Aufgabe ist es vielmehr so nah bei sich selbst zu sein, daß gerade dadurch ein Zugewandtheit und genaues Erfassen der Gefühle des Klienten möglich wird. Die Effizienz des Ansatzes ist durch viele Untersuchungen belegt worden und für mich immer wieder aufs neue verblüffend deutlich spürbar. Die von Rogers beschriebene Grundhaltung wird daher heute auch von den meisten, anderen Ansätzen verpflichteten Therapeuten mit „benutzt“. Kritiker halten den Ansatz in therapeutischen Settings für alleine unzureichend oder für zu langwierig.

Bei intensiver Auseinandersetzung könnten sicher aus allen beschriebenen Ansätzen Erkenntnisse für die Pflege nutzbar gemacht werden. Bezogen auf den unmittelbaren Umgang mit Patienten, favorisiere ich eindeutig das Konzept von Rogers, da es einem humanistischen Menschenbild und damit auch meinem Pflegeverständnis am ehesten gerecht wird. Des weiteren ist anzumerken, daß Rogers Konzept zwar im Therapiebereich entwickelt wurde, prinzipiell aber nicht nur auf die Behebung psychischer Störungen, sondern allgemein auf die Entwicklung der Persönlichkeit abzielt. So ist die Anwendung in verschiedensten Bereichen möglich, ohne daß es zu Übergriffen im Sinne einer nicht verabredeten, unfreiwilligen „Psychotherapie“ kommt. Hinzu kommt, daß Erfahrungen mit diesem entwicklungs- und einsichtsorientierten Konzept, der Berufsgruppe selbst dienlich sein könnten und nicht nur dem Umgang mit Patienten. Die Beschäftigung und die Eigenerfahrungen damit können die Person „wachsen“ lassen und in ihrem Auftreten so stärker und klarer machen. Die Fähigkeit zur Selbstannahme und zur Sorge für sich selbst bei den Pflegenden wird zunehmend ermöglicht. Dies widerspricht dem Klischee von der selbstlosen, allzeit hilfsbereiten Krankenschwester, die nur an den Patienten denkt, und fördert eine ganz andere berufliche Sozialisation, bei der die Sorge um sich selbst als zwingende Voraussetzung für die Sorge um den anderen gesehen wird. Dies scheint mir auch aus berufspolitischen Erwägungen heraus wichtig zu sein.

VANDENHOECK TRANSPARENT

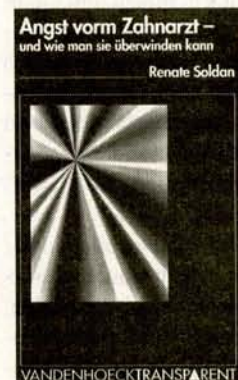
Alle Bände kartoniert
DM 19,80 / öS 145,- / SFr 19,40



56: Moses G. Steinvorth
Im Körper zu Hause
Eine bioenergetische Entdeckungsreise
1999. 121 Seiten mit 23 Zeichnungen zu den Übungsvorschlägen.
ISBN 3-525-01734-0



55: Kurd Stapenhorst
**Unliebsame Betrachtungen
zur Transplantationsmedizin**
1999. 124 Seiten. ISBN 3-525-01733-2



54: Renate Soldan
**Angst vorm Zahnarzt
– und wie man sie überwinden kann**
1999. 107 Seiten mit Abbildungen
ISBN 3-525-01732-4

Weitere Informationen:
Vandenhoeck & Ruprecht, Psychologie,
D-37070 Göttingen

Ansätze in Grundausbildung und Studiengängen

Ein Schlüssel zur Verbesserung liegt hier in einer umfassenderen Qualifikation von Ausbildern in der Grundausbildung, aber auch in den Pflegestudiengängen. Hier muß die Gratwanderung gelingen, sich zwar einerseits der Konzepte aus anderen Bereichen zu bedienen ohne andererseits aber das Thema Gesprächsführung vollständig an entsprechende Fachleute abzugeben. Die Herstellung von Bezügen der Psychotherapiekonzepte auf die Pflegepraxis und die Entwicklung von Konzepten für die Pflege können am besten durch entsprechend kompetente Pflegekräfte initiiert und durch die Berufsgruppe selbst weiterentwickelt werden. Auch aus berufspolitischen Erwägungen heraus scheint es sinnvoll, den Bereich Gesprächsführung nicht allein in die Hände fachfremder Dozenten zu legen, um Chancen der Professionalisierung nicht leichtfertig zu verschenken. Entsprechend scheint eine dichte, fächerübergreifende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachdozenten hier besonders wichtig.

In den verschiedenen Ausbildungsgängen sollte jeweils zu Beginn ein umfassendes Seminar zum Thema Gesprächsführung den Grundstein setzen, auf dem in der Ausbildung aufgebaut werden kann. So kann der Vorteil der relativ langen Ausbildungszeiten optimal ausgenutzt werden. Wenn professionelle Gesprächsführung als Arbeit an der eigenen Haltung verstanden wird, so ergibt sich automatisch, daß der Erwerb entsprechender Kompetenzen Prozeßcharakter hat und damit viel Zeit benötigt. Das Thema muß also im Verlauf der Ausbildung immer wieder neu in den Blick gebracht und intensiv in immer wieder neuen Zusammenhängen behandelt werden. Hierzu eignen sich als Methoden das Rollenspiel, supervisory Arbeit an konkreten Erfahrungen in Kleingruppen, Plenumsdiskussionen, Arbeit an Betroffenenenerfahrungen durch entsprechende Literatur etc.

Insgesamt sollten die Auszubildenden / Studenten akzeptant, einfühlsam und ehrlich von ihren Lehrern begleitet werden. Dies kann und soll sich in allen Begegnungen zwischen Auszubildenden und Dozenten ausdrücken. Möglichkeiten zur strukturellen Verankerung bestehen dabei in der Festlegung von ausbildungsbegleitenden Gesprächen zwischen Lehrern und Schülern, in denen die professionelle, individuelle Entwicklung der Auszubildenden reflektiert und gefördert werden kann. Zusätzlich eröffnet die Einnahme der benannten Grundhaltung durch den Ausbilder auch im

Unterrichtsrahmen Entwicklungsspielräume für die TeilnehmerInnen, insbesondere dann, wenn emanzipatorische Erwägungen bei der didaktischen Planung und der Wahl der Unterrichtsmethoden zusätzlich berücksichtigt werden. Der Ausbilder sollte sich vom Kompetenzgeber und Bewerter hin zu einem kompetenten Begleiter verändern, der sich als Person verfügbar macht und dem Auszubildenden hilft, sich im obigen Sinne professionell zu entwickeln. Dies bedeutet auch, weg vom Bewerten hin zum gemeinsamen Reflektieren gemachter Erfahrungen und damit die Bereitschaft der Lehrenden, auch von ihren Schülern zu lernen und deren Interessen vermehrt in die Gestaltung der Ausbildung einzubeziehen. Dort jedoch, wo Bewertung zu Auftrag und Aufgabe des Ausbilders gehört, muß dies in jeder Hinsicht für den Schüler transparent gemacht werden, damit er klar über den Rahmen orientiert ist, in dem sich seine Beziehung zu seinem Ausbildern abspielt. Anderenfalls könnte es leicht zu Double-binds kommen, die den Schüler verwirren und ihn über das von ihm Erwartete im unklaren lassen, was keinesfalls hilfreich sein kann.

Daneben sollte der Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung besonderes Augenmerk gehören. Auszubildende müssen das theoretisch Erlernte in der Praxis sehen und erfahren können, ansonsten sind Ausbildung und damit Schüler und Lehrer als Schlüssel zur Veränderung maßlos überfrachtet. Dies bedeutet, daß BegleiterInnen in der Pflegepraxis selber umfassend im Bereich Gesprächsführung qualifiziert sein müssen und außerdem eine positive Wachstumsatmosphäre erfahren sollten, um diese den Auszubildenden weitergeben und mit ihnen gemeinsam Gesprächssituationen reflektieren zu können. An dieser Stelle ist die Schaffung spezieller, von der Routinearbeit freigestellter Praxisanleiterstellen sinnvoll, da diese dicht mit der theoretischen Ausbildungsstätte zusammenarbeiten können und in ihrer Prioritätensetzung nicht so sehr von den Stationsgepflogenheiten abhängig sind. Unterstützung müssen sie bei dieser Aufgabe von den KollegInnen vor Ort erhalten, die die Schüler ständig begleiten und so einen sehr großen Einfluß auf sie haben. Der Begleitung der Schüler in Gesprächen mit Patienten sollte insgesamt mindestens so viel Bedeutung beigemessen werden wie der entsprechenden theoretischen Ausbildung. Impulse lassen sich nicht durch eine Überbetonung der theoretischen Inhalte setzen, vielmehr muß einer intensiven Praxisbegleitung, bei der immer wieder Rückkopplungen zu theoretischen Inhalten hergestellt werden, ein ebenso hoher Stellenwert beigemessen werden.

Wandlung der Grundhaltung

Beim Thema Gesprächsführung geht es nicht nur um Verhaltensänderungen des Personals im Arbeitsalltag, sondern um eine tiefgreifende Wandlung der Grundhaltung, mit der dem Patienten begegnet wird. Soll diese für den Patienten hilfreich wirken können, so muß sie von allen Personen eingenommen werden, die sich um die Belange seiner Gesundheit / Krankheit und Pflege kümmern. Folglich geht es weniger um die Delegation von Gesprächen an spezielle „Gesprächsführungsfachkräfte“, sondern vielmehr um die Einnahme der beschriebenen Haltung durch das gesamte Gesundheitspersonal. Umfassend im Bereich Gesprächsführung ausgebildete Personen (Pflegekräfte, Ärzte etc. mit Zusatzqualifikationen) sollten mit der Aufgabe betraut werden, diese „Haltungsänderung“ zu initiieren, das den Patienten betreuende Personal bezüglich Gesprächsführung zu beraten und die Beratung von Patienten in besonders schwierigen Situationen zu übernehmen. Hierzu sind Voraussetzungen auf politisch-gesellschaftlicher und institutioneller Ebene zu schaffen. Impulse dafür könnten von den Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie von Fachhochschulen und Universitäten ausgehen. Daneben bestehen Handlungsspielräume für die Berufsgruppe Pflege, das von ihr besetzte Thema Gesprächsführung inhaltlich stärker zu füllen. Zur Emanzipierung und Professionalisierung der Pflege muß allerdings der Abbau berufsständischen Lobbydenkens und die Bereitschaft zu echter, gleichberechtigter Kooperation auf Seiten der Ärzteschaft hinzukommen, wenn bis 2030 ein beinahe idealer Zustand erreicht sein soll ...

*Agnes Koß, Lehrerin für Pflegeberufe,
zweijährige Gesprächsführungsausbildung
G.w.G., zur Zeit in personenzentrierter
Beraterausbildung*

Anmerkungen

- 1 Eine intensivere Begleitung von Patienten ähnlicher Art sieht auch das „Liaison-Modell“ vor; vgl. dazu u.a.: „Theoretische Grundlagen der psychosomatischen Medizin“, H. Faller, H. Lang, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 10 / 1990.
- 2 Für den gesamten Abschnitt vgl. „Die 50 wichtigsten Methoden der Psychotherapie, Körpertherapie, Selbsterfahrung und des geistigen Trainings“, Theodor Seifert, Angela Waiblinger, Stuttgart 1993.
- 3 Vgl. „Entwicklung der Persönlichkeit“, Carl R. Rogers, 11. Auflage, Stuttgart 1996.