

Maria Langfeldt-Nagel

Personzentrierte Gesprächsführung in der Ausbildung der Altenpflege

Zusammenfassung: *Psychologen arbeiten nicht nur unmittelbar mit alten Menschen, sie haben durch ihre Beteiligung an der Ausbildung von Altenpflegern und Altenpflegerinnen sowie als Supervisoren auch einen indirekten Einfluss. Durch Unterricht und Supervision sollen die Kompetenzen der Pflegenden so erweitert werden, dass das Wohlbefinden der betreuten alten Menschen gefördert und ihre Selbstbestimmung geachtet wird. Befragungen in verschiedenen Einrichtungen der Altenpflege ergeben jedoch, dass diese Ziele eher nicht erreicht werden. Altenpflegerinnen wiederum leiden darunter, dass ihre Bemühungen um die alten Menschen so wenig bewirken. Die Personzentrierte Gesprächsführung kann in vielen Situationen des Altenpflegealltags hilfreich sein, die betreuten alten Menschen emotional zu unterstützen und ihre Selbstbestimmung zu achten. Gleichzeitig entlastet sie auch die Pflegenden und trägt zu deren Berufszufriedenheit bei.*

Schlüsselbegriffe: *Altenpflege, Altenpflegeausbildung, Einfühlerndes Verstehen, Gesprächsanalyse, Personzentrierte Gesprächsführung, Selbstbestimmung*

Abstract: **Person-centered conversations in the professional formation in nursing of elderly people.** *As well as working face-to-face with elderly people, psychologists may also be indirectly involved with the elderly as supervisors and providers of training to geriatric nurses. Vocational training and supervision programs are designed to enable geriatric nurses to develop their overall competence in increasing elderly patients' well-being and respecting their right to self-direction. However, according to surveys in various types of residential homes, these aims are rarely achieved. As a result, nurses themselves tend to be frustrated when their care efforts fail to take effect. It was found that person-centered communication can be helpful in many everyday care situations with elderly people, by supporting them emotionally and respecting their right to self-direction. At the same time, it can alleviate the burden of caregiving and increase nurses job satisfaction.*

Key words: *geriatric care, vocational training for geriatric nurses, empathy, interpersonal communication analysis, person-centered communication, self-direction*

Kommunikation in der Altenpflege

Alte Menschen in Einrichtungen der Altenpflege

Die Medien zeichnen häufig ein sehr negatives Bild von Einrichtungen der Altenpflege. So wird beispielsweise immer wieder davon berichtet, dass alte Menschen in Heimen verwahrlosen. Ist das die Regel?

Um diese Frage zu klären, werden Untersuchungen herangezogen, in deren Rahmen Bewohner von Altenheimen gefragt wurden, was sie als Belastung erleben, welche Wünsche sie an die Pflege haben oder wie gute Pflege aussehen sollte (Brandenburg 1994, Garms-Homolowa 1998, Häussler-Sczegan 1998, Kruse & Schmitt 1999, Schwerdt 2002, Sonntag u. a. 2003, Wahl & Reichert 1994).

Die befragten alten Menschen beklagten, dass sich die Altenpflegerinnen¹ nicht für ihre individuellen Bedürfnisse interessieren, sie erlebten sich mehr als Objekte der Pflege denn als akzep-

tierte Partner. Nach Wünschen gefragt, machte ein großer Teil der Teilnehmer keine Angabe: „Das würde auch nichts ändern.“ Sie hatten aufgegeben, sich auch nur vorzustellen, was sie gerne hätten. Wenn Wünsche geäußert wurden, ging es um individuelle Zuwendung. Die befragten alten Menschen wünschten sich mehr Kontakte zu den Pflegenden, sie wünschten sich, geachtet und ernst genommen zu werden, sie wünschten sich auch mehr Entscheidungsfreiheit und Mitspracherecht (Sonntag u. a. 2003, Wagner u. a. 1996, Winter 1997). Neu aufgenommene Bewohner lebten sich dann gut ein und waren zufrieden, wenn sie Zuwendung von den Pflegenden bekamen, wenn sie emotional unterstützt wurden und wenn Selbstbestimmung möglich war (Klingensfeld 1999).

¹ Der Lesbarkeit willen wird auf die Nennung „Altenpfleger und Altenpflegerinnen“ verzichtet. Da in der Altenpflege überwiegend Frauen arbeiten, wird von „Altenpflegerinnen“ die Rede sein, die Altenpfleger sind mitgemeint. Im Gegenzug wird ansonsten die männliche Form gewählt und die Frauen sind jeweils mitgemeint.

Die alltägliche Kommunikation

Was kann getan werden, damit sich alte Menschen in Einrichtungen besser betreut fühlen? Die Altenpflegerinnen, die den ganzen Tag um sie herum sind, stellen wichtige Bezugspersonen dar. Im vorliegenden Beitrag soll gezeigt werden, wie Personenzentrierte Gesprächsführung helfen kann, die Pflege für die betreuten Menschen wie auch für die Altenpflegerinnen zufriedenstellend zu gestalten. Es handelt sich hier nicht um (Prä-)Therapie oder Beratung im engeren Sinne. Es geht um die ganz alltägliche Kommunikation der Altenpflegerinnen mit den betreuten alten Menschen und deren Angehörigen.

Altenpflegerinnen müssen in sehr unterschiedlichen Situationen mit den betreuten Menschen reden: Sie kündigen alltägliche Verrichtungen wie Körperpflege an und begleiten sie mit Worten; sie informieren und beraten; sie helfen alten Menschen, sich in einer Einrichtung der Altenpflege einzuleben; sie reagieren auf Widerstände; sie stehen in Krisen bei; sie begleiten Sterbende; sie versuchen, alte Menschen mit Demenz zu verstehen und mit depressiven alten Menschen umzugehen; sie informieren, beraten und unterstützen Angehörige. Sie nehmen Anteil am Leben der betreuten Menschen, manchmal sind sie auch die Einzigen, die regelmäßigen Kontakt halten.

In der Altenpflege Gespräche zu führen heißt weniger, dass man sich in einen ruhigen Raum zu einer Beratung zurückzieht. Das dürfte eher die Ausnahme darstellen. Altenpflegerinnen müssen ständig und in unpassenden Momenten reagieren. So werden Fragen wie beispielsweise „Warum lässt der liebe Gott mich so leiden?“ während der Körperpflege gestellt, wenn andere noch versorgt werden sollen. Es wird nicht auf eine ruhige Stunde gewartet, um über Einsamkeit zu klagen.

Psychologen können die Altenpflegerinnen in der Ausbildung auf ihre Aufgaben vorbereiten und sie im Rahmen von Fortbildung sowie als Supervisoren unterstützen. Zur Ausbildung in der Altenpflege gehört in Deutschland Unterricht in Psychologie und Gesprächsführung. Viele Einrichtungen bieten ihren Mitarbeiterinnen Supervision in Form von Teamsupervision an.

Der Schwerpunkt der Ausbildung sollte auf der alltäglichen Kommunikation liegen, auf den Möglichkeiten, auch unter Zeitdruck und in ungünstigen Momenten einfühlsam zu reagieren und den betreuten Menschen Wertschätzung zu vermitteln.

Ziele in der Altenpflege

Formulieren von Zielen

Eine bewusste Gestaltung der Altenpflege setzt voraus, die Ziele zu klären, die das Handeln im Alltag leiten (Langfeldt-Nagel 2006). Ziele sind festzulegen und zu konkretisieren. Wenn zwei angestrebte

Ziele im Widerspruch zueinander stehen, muss begründet entschieden werden, welches Vorrang haben soll. Wie dies geschehen kann, soll an zwei zentralen Zielen gezeigt werden:

- *Wohlbefinden fördern*
- *Selbstbestimmung achten*

So formuliert sind diese Ziele sehr allgemein. Sie müssen für den Alltag spezifiziert werden, damit abgeleitet werden kann, was es für eine konkrete Person in einer konkreten Situation zu erreichen gilt. Oft ist es sinnvoll, eine mittlere Ebene zwischen den allgemeinen und den konkreten Zielen einzuführen. Beim allgemeinen Ziel „Wohlbefinden fördern“ lassen sich auf der mittleren Ebene „körperliches“ und „psychisches Wohlbefinden“ unterscheiden. Für diese beiden Bereiche können dann auf der konkreten Ebene Ziele formuliert werden, z. B. „Schmerzfreiheit“ als eine Unterkategorie des „körperlichen Wohlbefindens“. Um ein solches Ziel zu erreichen, können beispielsweise Medikamente verordnet werden: „Herr Müller bekommt in bestimmten Abständen eine bestimmte Dosis Morphium.“ Psychisches Wohlbefinden wird befördert, wenn eine Person sich unterstützt fühlt. Im konkreten Fall lässt sich das so anstreben: „Die Betreuerin bleibt bei Herrn Müller, bis seine Schmerzen nachgelassen haben.“

Auf diese Weise entsteht eine Systematik von Zielen: Ein allgemeines Ziel wird auf einer mittleren Ebene genauer bestimmt, auf der konkreten Ebene werden Ziele so formuliert, dass sie sich in die Praxis umsetzen lassen. Die folgende Tabelle führt einige Beispiele an.

Allgemeine Ebene	Mittlere Ebene	Konkrete Ebene
Wohlbefinden	körperliches Wohlbefinden	schmerzfrei sein ausgeschlafen sein
	psychisches Wohlbefinden	zufrieden sein Freude erleben sich verstanden fühlen sich unterstützt fühlen sich wertgeschätzt fühlen
Selbstbestimmung	Kontrolle ausüben können	informiert sein etwas bewirken können etwas ablehnen können
	Entscheidungsspielraum haben	Handlungsalternativen haben seine Rechte kennen

Tabelle : Beispiele für eine Systematik von Zielen

Nicht immer ist die Verfolgung eines Zieles unproblematisch. Manchmal schließen sich Ziele gegenseitig aus. So kann die Realisierung des Zieles „Selbstbestimmung achten“ im Pflegealltag auf Schwierigkeiten stoßen. In unserer Gesellschaft steht die Selbstbestimmung in der persönlichen Wertehierarchie vieler Menschen ganz oben. Sozialgesetzbuch und Heimgesetz fordern, dass die Selbstbestimmung der Heimbewohner geachtet wird. Für die meisten Menschen ist es ein äußerst unangenehmer Gedanke, pflegebedürftig und damit von anderen abhängig zu werden. Die

Angst davor ist so groß, dass sich die wenigsten mit dem Problem auseinandersetzen. So kommt dann ein Umzug in ein Altenheim oft überraschend und ist häufig nicht selbst bestimmt.

Von jedem Menschen in einer Gemeinschaft werden Einschränkungen gefordert. In einer Einrichtung der Altenpflege müssen verschiedene Dienste miteinander koordiniert werden. Auch innerhalb einer Einheit ist eine Struktur nötig, um die Arbeit bewältigen zu können. Routinen sind nützlich, um den betreuten Menschen wie auch den Pflegenden Übersicht und damit Sicherheit zu vermitteln. Es ist die immerwährende Aufgabe der Altenpflegerinnen, das Recht auf Selbstbestimmung der betreuten Menschen mit den Erfordernissen der Institution in Einklang zu bringen. Die lange Tradition der Unterordnung sowohl der betreuten Menschen wie auch der Mitarbeiter unter Institutionen erfordert eine besondere Sensibilität für dieses Problem.

Konflikte zwischen angestrebten Zielen entstehen häufig dann, wenn alte Menschen beispielsweise Diäten, die für ihr körperliches Wohlbefinden nötig sind, nicht einhalten wollen, wenn sie sich weigern, Medikamente einzunehmen, oder wenn sie Pflegemaßnahmen ablehnen. Soll hier der Selbstbestimmung der Vorrang eingeräumt werden? Dazu gilt es abzuklären, ob der betreute Mensch ausreichend informiert ist, um Entscheidungen treffen zu können. In der Pflege stellt sich zudem die Frage, ob kranke und behinderte alte Menschen noch die physische oder psychische Kraft haben, etwa bei Schwäche, Schmerzen oder Verwirrtheit, selbstbestimmt zu handeln. Das gilt besonders für psychisch kranke Menschen. Vor allem bei Demenzen und Depressionen sind die Betroffenen durch ihre Krankheit behindert, die volle Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen. In solchen Fällen gilt es, der Fürsorge begründet einen höheren Stellenwert einzuräumen. Wie dies geschehen kann, wird etwa bei Elfner (2008) deutlich.

Realisierung der Ziele durch die Art der Kommunikation

Wie kann die Kommunikation zwischen den Altenpflegerinnen und den betreuten alten Menschen gestaltet werden, um Ziele wie „Wohlbefinden fördern“ und „Selbstbestimmung achten“ zu erreichen? In einem Experiment von Langer und Rodin (1976) wird gezeigt, welche *minimalen Unterschiede* in der Formulierung einer Rede zu deutlichen Unterschieden im Wohlbefinden führen.

In der Untersuchung wurde folgende *Hypothese* geprüft: Das Gefühl, Verantwortung für sich zu übernehmen, hat bei Altenheimbewohnern positive Auswirkungen. Der Direktor eines gut geführten Altenheimes hielt vor zwei Wohnbereichen, deren Bewohner sich hinsichtlich der physischen und psychischen Gesundheit nicht unterschieden, unterschiedliche Reden. Beim ersten Wohnbereich betonte er, dass die Bewohner Verantwortung für sich selbst hätten, dass sie ihre Zimmer einrichten könnten, wie sie es wollten, und das Personal ihnen dabei helfen würde; dass sie selbst entscheiden könnten, welchen Beschäftigungen sie nachgehen wollten, und

dass sie bei Unzufriedenheit Änderungen herbeiführen könnten. Schließlich bekamen sie noch einen Blumentopf geschenkt mit der Aufforderung, sich um ihn zu kümmern.

Bei der Rede vor dem zweiten Wohnbereich betonte der Direktor, dass er wünschte, dass alle sich wohl fühlten, und das Personal angewiesen wäre, alles für ihr Wohlbefinden zu tun. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten auch einen Blumentopf, aber mit dem Hinweis, dass sich die Altenpflegerinnen darum kümmern würden.

Die Bewohner des ersten Wohnbereiches wurden in den Wochen nach der Rede aktiver und fühlten sich glücklicher als vorher. Dieser Effekt wurde bei jenen des zweiten Wohnbereiches nicht festgestellt. Die Betonung der eigenen Verantwortung führte zu mehr Wohlbefinden und mehr Aktivität.

Das Experiment zeigt, wie wichtig es ist, was gesagt wird. Es genügt nicht, sich wohlwollend um die betreuten Menschen zu kümmern. Altenpflegerinnen machen häufig die Beobachtung, dass alte Menschen nach der Aufnahme in ein Altenheim passiver werden und die Stimmung schlechter wird. Das Experiment von Langer und Rodin zeigt, dass diese Entwicklung nicht zwangsläufig eintreten muss.

Die Altenpflegerinnen

Belastungen in der Altenpflege

Der Beruf der Altenpflegerin stellt hohe Anforderungen. Wie werden diese erlebt? Was wirkt belastend? Zu diesem Thema liegen einige Untersuchungen vor (Garms-Homolowa 1998, Koch-Straube 2003, Montada 1996, 386f, Kruse & Schmitt 1999, Wahl & Kruse 1994, Zimmer u. a., 1999).

Altenpflegerinnen betreuen in der Regel alte Menschen, deren körperliche oder geistige Fähigkeiten nachlassen, die chronisch krank oder gebrechlich sind, bei denen kaum Aussicht auf Besserung besteht. Die Pflege endet gewöhnlich mit dem Tod der betreuten Menschen. Vor allem bei Krankheiten wie Demenz und Depression entstehen Probleme. Belastend ist in diesen Fällen die gestörte Kommunikation, dass „nichts rüberkommt“. Manche Bemühungen der Altenpflegerinnen stoßen auf Widerstand bei den alten Menschen, der ihnen unverständlich erscheint. Als Belastung werden auch bestimmte Verhaltensweisen alter Menschen wie aggressives Verhalten, Ungeduld und Jammern erlebt.

Es wird aber nicht nur geklagt in der Altenpflege. In einer Untersuchung von Muthny & Bermejo (1999) gab die Hälfte der befragten Altenpflegerinnen an, die Arbeit mit den alten Menschen als positiv zu erleben. Wenn eine vertrauensvolle Beziehung hergestellt werden konnte, wenn am Alltag der betreuten Menschen teilgenommen wurde, wenn die Pflege Wirkungen zeigte und zu mehr Lebensfreude führte, wurde die Arbeit als zufriedenstellend erlebt (Heinemann-Knoch 1998).

Es sind nicht nur die kranken oder sterbenden alten Menschen, die belasten. Die Strukturen der Einrichtungen der Altenpflege sind leider nicht immer so, dass eine zufriedenstellende Arbeit möglich ist. Gewöhnlich gilt es ein enormes Arbeitspensum zu bewältigen, die meisten Altenpflegerinnen schieben Überstunden vor sich her. Aus finanziellen Gründen werden nicht nur ausgebildete Altenpflegerinnen eingesetzt, je nach Gesetzeslage sind 50 % oder mehr der Pflegenden nicht ausgebildet. Das führt häufig zu Spannungen im Team.

Die Folgen der Belastungen zeigen sich am Gesundheitszustand der Altenpflegerinnen: Fast ein Drittel ist emotional erschöpft, mindestens ein Fünftel kaum intrinsisch motiviert, bei einem Viertel ist die Arbeitszufriedenheit gering. Im ersten Jahr nach der Ausbildung gab ein Viertel der Altenpflegerinnen den Beruf auf, nach drei bis fünf Jahren war die Hälfte ausgeschieden. Von den Frauen nannte ein gutes Drittel psychische und physische Überlastung als Grund, bei den Männern waren es hauptsächlich die schlechten Arbeitsbedingungen, die zur Berufsaufgabe führten (Meifort & Becker 1996, Meifort 1997).

Eine Arbeit kann dann nicht als zufriedenstellend erlebt werden, wenn die gesetzten Ziele nicht zu erreichen sind. Gerade die Ziele „Selbstbestimmung“ und „emotionales Wohlbefinden“ werden nach den Aussagen der betroffenen alten Menschen nicht realisiert. Das kann verschiedene Gründe haben. Natürlich ist bei unzureichender Personalausstattung eine zufriedenstellende Altenpflege nicht möglich. Es sind aber nicht nur die äußeren Bedingungen, die die Arbeit erschweren. Manche Konzepte in der Altenpflege lassen einerseits den alten Menschen wenig Selbstbestimmung und stellen andererseits an die Altenpflegerinnen unerfüllbare Ansprüche, so dass diese zwangsläufig Misserfolge erleben.

Solche Konzepte sind in guter Absicht entstanden. Man wollte die „Satt-und-sauber-Pflege“ überwinden und auch die psychischen Bedürfnisse der betreuten alten Menschen berücksichtigen. So wurde gefordert, „ganzheitlich“ zu pflegen, ohne zu klären, was darunter zu verstehen sei und ob der Anspruch eingelöst werden könne. Die meisten Pflgeletheorien haben einen ganzheitlichen Hintergrund. Auch die Pflegeleitbilder der Einrichtungen der Altenpflege betonen meistens die ganzheitliche Pflege. Das kann dazu führen, dass man psychische Vorgänge in Analogie zu körperlichen behandelt. Es werden „Pflege diagnosen“ wie „chronisch geringes Selbstbewusstsein“, „Verdrängung von Gefühlen“, „Störung der persönlichen Identität“ oder „beeinträchtigte Anpassung“ vorgeschlagen; und es kann auch vorkommen, dass festgelegt wird, in welchem Zeitraum solche „Störungen“ behoben werden sollen (Christiansen 2001, Sowinski & Behr 2002).

Abgesehen davon, dass diese pseudopsychologischen Diagnosen theoretisch nicht fundiert sind, werden die Altenpflegerinnen in keiner Weise dafür ausgebildet. Sie bleiben ratlos; es scheint aber so, als ob alles machbar sei und es eher an ihren mangelnden Fähigkeiten liege, wenn sie die betreuten Menschen nicht auf den von den Pflegenden festgelegten Weg bringen.

Die Altenpflegerinnen müssen also klären, was sie erreichen wollen und was sie erreichen können. Geschieht dies nicht, kann es keine klare Zielorientierung geben. Damit entsteht dann das Gefühl, nie genug getan zu haben. Die Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen zu den betreuten Menschen würde damit behindert.

Altenpflegeschülerinnen und -schüler

Die Schülerschaft in den Fachseminaren für Altenpflege ist in verschiedener Hinsicht sehr heterogen. Es sind keineswegs nur junge Leute, die ihre erste Ausbildung machen. Sehr viele der Schülerinnen und Schüler werden umgeschult. So variiert das Alter von 17 Jahren bis Anfang 50. Auch die vorhergehende Bildung ist sehr unterschiedlich. Als Eingangsvoraussetzung wird ein mittlerer Bildungsabschluss verlangt, entweder eine zehnjährige Schulzeit oder ein kürzerer Hauptschulbesuch und eine mindestens zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung.

Hier treffen Menschen mit den unterschiedlichsten Berufslaufbahnen zusammen: Es gibt promovierte Schülerinnen, solche mit Hauptschulabschluss, einer Ausbildung und langem Berufsleben ebenso wie auch junge, die gerade die Schule verlassen haben. Die Schüler und Schülerinnen kommen aus verschiedenen Nationen.

Die Heterogenität der Schülerschaft ist ein Vorteil für den Unterricht. Durch die unterschiedlichen Lebensläufe der Schüler und Schülerinnen ergeben sich unterschiedliche Sichtweisen. Diese Vielfalt macht den Unterricht lebendig.

Die Ausbildung

Seit dem Jahre 2003 ist eine bundeseinheitliche Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Kraft. Die Ausbildung zum Altenpfleger und zur Altenpflegerin dauert drei Jahre und findet im Wechsel von Unterricht und praktischer Ausbildung statt. Für den theoretischen Unterricht sind mindestens 2100 Stunden vorgesehen. Der Unterricht ist in „Lernfeldern“ organisiert. Eines davon ist „Anleiten, beraten und Gespräche führen“, das 80 Stunden umfasst und folgende Lerninhalte vorsieht:

- Kommunikation und Gesprächsführung
- Beratung und Anleitung alter Menschen
- Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen
- Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegekräfte sind

Das Lernfeld „Die eigene Gesundheit fördern“ enthält u. a. die Punkte

- Stressprävention und -bewältigung
- Kollegiale Beratung und Supervision

Es sollen „pflegerelevante Grundlagen“ der Psychologie vermittelt werden, die nicht weiter spezifiziert sind und für die auch keine feste Stundenzahl vorgesehen ist.

Personzentrierte Gesprächsführung

Für die Ziele „Wohlbefinden fördern“ und „Selbstbestimmung achten“ ist es wichtig, wie miteinander geredet wird. Die Personzentrierte Gesprächsführung bietet emotionale Unterstützung bei gleichzeitiger Achtung der Selbstbestimmung und trägt zum Erreichen dieser Ziele bei. Sie sollte daher ein wichtiges Element in der Ausbildung der Altenpflegerinnen sein.

Wenn Altenpflegeschülerinnen gefragt werden, was sie vom Psychologieunterricht erwarten, so ist die Antwort meistens: „Ich möchte die alten Menschen verstehen.“ Dahinter steht allerdings die Erwartung, für bestimmte Verhaltensweisen rezeptartig Deutungen zu erhalten. Das Angebot der Personzentrierten Gesprächsführung kann daher zunächst einmal Enttäuschung hervorrufen. Es werden keine Methoden vermittelt, die zu einer Überlegenheit führen, auch keine, mit denen man Problemlösungen elegant durchsetzen kann; der Partner „führt“ das Gespräch, wie die Lösung aussehen wird, bleibt offen. Das kann Unsicherheit auslösen. Es widerspricht auch dem Selbstverständnis, für alles eine vernünftige Lösung parat zu haben und sie durchsetzen zu müssen. Die Personzentrierte Gesprächsführung erfordert eine andere Sichtweise.

Analyse von Gesprächen

Es ist zunächst hilfreich zu klären, wie Kommunikation abläuft und wie Störungen entstehen. Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1989) eignet sich dazu, die Komplexität einer Aussage zu demonstrieren. In jeder Aussage stecken verschiedene Informationen; dem Gesprächspartner steht frei, auf welche er reagieren will. Es geht also nicht nur darum, was und wie etwas gesagt wird, sondern auch, was gehört und verstanden wird.

Schulz von Thun unterscheidet vier Aspekte einer Aussage:

- *Sachinhalt*: Worüber ich informiere.
- *Selbstoffenbarung*: Was ich von mir selbst preisgebe.
- *Beziehung*: Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen.
- *Appell*: Wozu ich dich veranlassen möchte.

Der Gesprächspartner kann einen der Aspekte auswählen. Schulz von Thun spricht in seinem Modell von vier Ohren, auf denen gehört werden kann.

Das Modell eignet sich gut für die Analyse alltäglicher problematischer Gesprächssituationen. Dazu ein Beispiel:

Die Altenpflegerin eines ambulanten Dienstes kommt zu spät zu einer Patientin. Sie sollte um acht Uhr da sein. Die Patientin sagt: „Es ist schon halb neun.“ Was kann bei dieser Aussage gehört und verstanden werden?

Je nachdem, auf welches „Ohr“ sie trifft, wird das Gespräch unterschiedlich verlaufen:

- *Sach-Ohr*: Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?

Es wird eine Feststellung über die Uhrzeit getroffen. Befremdlich wäre jedoch, wenn die Altenpflegerin sachlich antworten würde: „Ja, es stimmt, es ist halb neun.“ (Allenfalls könnte eine unfruchtbare Debatte beginnen, ob es tatsächlich schon halb neun sei oder erst 8 Uhr 25.)

- *Selbstoffenbarungs-Ohr*: Was geht im Gesprächspartner vor?

Die Altenpflegerin kann sich überlegen, was in der Patientin vorgehen mag und wie sie sich fühlt. Die meisten Menschen werden ärgerlich, wenn sie warten müssen. Eine pflegebedürftige Patientin ist möglicherweise auch beunruhigt oder bekommt Angst. Wenn die Altenpflegerin auf die Selbstoffenbarung hört, fühlt sie sich ein und wird bei ihrer Antwort die Gefühle der Patientin berücksichtigen: „Sie waren beunruhigt?“

- *Beziehungs-Ohr*: Was denkt er von mir? Wie steht er zu mir?

Die Altenpflegerin mag sich fragen „Was hält sie von mir?“ und zu dem Schluss kommen: „Sie hält mich für unzuverlässig.“ Wenn sie das heraushört, wird sie sich möglicherweise verteidigen – „Was glauben Sie, was heute alles los war!“ – und vielleicht sogar zu einem „Gegenangriff“ übergehen: „Sie müssen auch mal Rücksicht nehmen!“

- *Appell-Ohr*: Was soll ich tun, denken, fühlen? Was will er von mir?

Als Appell ist zu verstehen: „Werden Sie zuverlässiger!“ oder „Kümmern Sie sich besser um mich!“ Da die Altenpflegerin ihr Versäumnis nicht rückgängig machen kann, entwickelt sie möglicherweise Schuldgefühle. Oder sie versucht eine Kompensation: „Morgen werde ich dafür etwas länger bleiben.“

Für Altenpflegeschülerinnen ist es zunächst ungewohnt, eigene Analysen anzustellen und Alternativen durchzuspielen. Sie erwarten eher Rezepte, wie in einer bestimmten Situation zu reagieren sei. Sie sind manchmal enttäuscht und erachten die vier Seiten einer Nachricht als unnötig kompliziert. Deshalb ist es notwendig, viele Beispiele der Schülerinnen zu analysieren. Vor allem die Unterschiede zwischen dem Hören der Beziehungsbotschaft und der Selbstoffenbarung gilt es herauszuarbeiten.

Häufig berichten Altenpflegerinnen, dass sich Angehörige über unzureichende Pflege beklagen. Die Altenpflegeschülerin Anna berichtet über ein Gespräch mit dem Enkel einer Bewohnerin:

Enkel: Ist meine Großmutter gewaschen worden?

Anna: Ja, sie ist fertig für die Nacht.

Enkel: Was ist das für ein Saustall! Die Waschlappen sind trocken.

Anna: Sind Sie gekommen, um uns zu kontrollieren? Wir benutzen Einmalwaschlappen.

(Frau M., 2001)

Annas Antwort zeigt, dass sie die Botschaft über die Beziehung herausgehört hat: Dieser Enkel denkt, dass ich meine Arbeit nicht richtig mache, und will mich kontrollieren. Daher fühlt sie sich ungerechtfertigt angegriffen und antwortet unfreundlich. Es fällt schwer, sich gegen Vorwürfe nicht zu verteidigen, besonders wenn man sie für ungerechtfertigt hält. Falsche Aussagen stehen zu lassen, um zu fragen, was im Gesprächspartner vor sich geht, ist nicht leicht. Die Möglichkeit, anhand des Modells von Schulz von Thun eine andere Sichtweise einzunehmen, hilft aber dabei. Anna hätte sich fragen können, was in dem Enkel vorgeht. Er hat wahrscheinlich von schlechter Pflege in Heimen gehört und möchte verhindern, dass seine Großmutter vernachlässigt wird.

Betreute alte Menschen gehen nicht immer freundlich mit den Altenpflegerinnen um. Fast alle Schülerinnen berichten, dass sie beschimpft und auch tätlich angegriffen werden.

Einige der Bewohner sitzen im Tagesraum des Wohnbereichs. Das Radio ist eingeschaltet, es wird Tanzmusik gespielt. Herr S., mittelgradig dement, klagt sehr häufig, dass er wirr im Kopf sei und man ihm helfen solle. Die Tanzmusik scheint ihm zu gefallen, er wirkt ruhig und zufrieden. Die Altenpflegeschülerin sieht eine Möglichkeit, ein Gespräch anzuknüpfen: „Haben Sie gerne getanzt?“ Herr S. schimpft: „Lassen Sie mich in Ruhe mit Ihrem Geschwätz.“ (Frau L., 2001)

Hier handelt es sich um einen Appell, dem die Altenpflegerin ohne Probleme nachkommen kann. Sie wird jedoch kaum emotionslos reagieren. Welche Gefühle bei ihr auftreten, hängt davon ab, welchen Aspekt sie wahrnimmt. Hört sie die Selbstoffenbarung, wird sie bedauern, Herrn S. überfordert zu haben, und sich vornehmen, ihr künftiges Verhalten seinen Fähigkeiten anzupassen. Fragt sie sich, was Herr S. von ihr hält, wird sie sich abgewertet fühlen und sich ärgern.

Altenpflegerinnen hören bei alten Menschen mit Demenz gewöhnlich auf die Selbstoffenbarung: Der alte Mensch fühlt sich unwohl und kann sich nicht anders verständlich machen.

Behinderung von Gesprächen

Auch gut gemeinte Gespräche verlaufen manchmal so, dass zwar viel Zeit damit verbracht wird, die Beteiligten trotzdem unzufrieden sind. Wenn etwa ein betreuter Mensch klagt, dass das Leben eintönig sei, ist eine Altenpflegerin geneigt, ihm einen guten Rat zu geben: „Machen Sie dies oder das, dann geht es Ihnen besser!“ Bei Klagen über die Schwierigkeiten des Lebens wird korrigierend eingegriffen: „Sie dürfen sich nicht so beklagen. Anderen geht es viel schlechter.“ Solche Aussagen führen gewöhnlich nicht weiter; sie werden daher „Gesprächsbarrieren“ oder auch „Gesprächslaster“ genannt. Es gibt verschiedene Listen über behindernde Aussagen (z.B. Gordon 2002, Weber 2000).

In der Altenpflege werden Gespräche vor allem durch folgende Hindernisse blockiert (nach Weber 2000):

- *Dirigieren* („Gehen Sie zur Biografiearbeit. Das wird Ihnen gut tun.“)
- *Bagatellisieren* („Das ist doch nicht so schlimm. Morgen sieht die Welt schon wieder ganz anders aus.“)
- *Examinieren* („Warum wollen Sie nicht in den Aufenthaltsraum gehen? Da hätten Sie doch Gesellschaft.“)
- *Moralisieren* („Sie sollten nicht nur an sich denken!“)

An einem Gespräch, das Altenpflegeschüler S. mit einer Bewohnerin eines Pflegeheimes geführt und anschließend protokolliert hat, soll gezeigt werden, wie ein gut gemeintes Gespräch für beide Seiten unbefriedigend verlaufen kann:

Die Situation: Schüler S. teilt das Frühstück aus. Frau M. muss wegen einer Blutuntersuchung nüchtern bleiben.

Frau M.: „Sagen Sie mal, bekomme ich heute kein Frühstück? Ich hungrig hier nur, ich wiege schon zwei Kilo weniger, seit ich hier bin!“

S.: „Sie bekommen das Frühstück nach der Blutentnahme. Das ist doch nicht so schlimm, wenn Sie jetzt ein bisschen warten müssen.“

Frau M.: „Ja, ja, gestern habe ich Diabetikerkost bekommen, obwohl ich keine Diabetikerin bin.“

S.: „Sie haben das Essen selber angekreuzt. Warum haben Sie nicht aufgepasst und falsch angekreuzt?“

Frau M.: „Ja, Sie haben Recht, ich bin an allem schuld. Mein Gott, ich möchte nach Hause.“

S.: „Frau M., regen Sie sich nicht auf. Versuchen Sie, sich ein bisschen zu beschäftigen, dann ist es nicht mehr so langweilig und Sie denken nicht mehr an Ihren Hunger.“

Frau M.: „Wann kommt Dr. T.? Ich muss mit ihm sprechen. Man geht hier verloren. Auf jeden Fall möchte ich die Infusion loswerden, die stört mich sehr.“

S.: „Am besten, Sie sprechen mit Dr. T. darüber.“

Frau M.: „Er kommt aber nicht! Wo ist er? Ich habe keine Lust mehr.“ (Sie fängt an zu weinen.)

S.: „Frau M., das ist doch nicht so schlimm. Es wird alles wieder gut.“

Die Stationsleiterin kommt und kümmert sich um die weinende Frau M. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 82f)

Schüler S. war mit dem Verlauf des Gespräches nicht zufrieden. Frau M. war unglücklich. Die Stationsleitung musste intervenieren. S. war unter Druck, weil er auch noch anderen Bewohnern das Frühstück bringen musste. Er nahm eine erzieherische Haltung ein und machte Frau M. Vorschläge, wie sie mit ihrem Ungemach umzugehen habe. Er bagatellierte (*Das ist doch nicht so schlimm! Es wird alles wieder gut.*), examinierte (*Warum haben Sie nicht aufgepasst ...*) und dirigierte (*Versuchen Sie, sich ein bisschen zu beschäftigen ...*). Frau M. fühlte sich nicht verstanden.

In der professionellen Arbeit kommt leicht die Vorstellung auf, vernünftige Lösungen parat haben zu müssen. Es kann als Versagen erlebt werden, sie nicht durchsetzen zu können. Hier lässt sich ansetzen. Statt sich zu sagen „Ich habe versagt, wenn ich eine vernünftige Lösung nicht durchsetzen kann“ ist es möglich zu fragen: „Wie erlebt das der betreute alte Mensch?“

Einführendes Verstehen

Wenn im Unterricht die beschriebenen Gesprächshindernisse behandelt wurden, kam häufig die Frage: „Aber was sollen wir denn sagen?“ Wie kann man so miteinander reden, dass sich die alten Menschen verstanden und akzeptiert fühlen? Das Hören auf die Selbstoffenbarung und das Verbalisieren der vermuteten Gefühle werden „Einführendes Verstehen“ genannt. Es ist ein Weg, emotionale Unterstützung zu bieten und gleichzeitig die Selbstbestimmung der betreuten Menschen zu respektieren.

Folgende Fragen können gestellt werden:

- Wie sieht das mein Gesprächspartner?
- Was erlebt und fühlt er jetzt?
- Welche Bedeutung hat das, was er sagt, für ihn?

Es geht um das Verstehen des Gegenübers. Das Einführende Verstehen kann nicht als Technik eingeübt werden. Es setzt Offenheit für den Gesprächspartner voraus und die Bereitschaft, dessen Blickwinkel einzunehmen. Um sich vom Gesprächspartner führen zu lassen, ist eine akzeptierende Haltung notwendig.

Für den Unterricht ist es hilfreich, Gespräche protokollieren zu lassen. Es kommt vor, dass ein Gespräch zunächst unbefriedigend verläuft und dann – oft eher unbewusst – auf das Gefühl des Gesprächspartners eingegangen wird. Danach nimmt das Gespräch eine andere Wendung.

Im folgenden Beispiel wird deutlich, wie die Argumentation auf der Sachebene manchmal nicht weiterführt. Schwester Andrea berichtet über ein Gespräch mit der Tochter einer vor drei Wochen aufgenommenen Bewohnerin:

Die Tochter beschwerte sich bei mir, dass ihre Mutter viel alleine sei. Sie hätte mehr Betreuung erwartet. Ich erklärte ihr, dass wir da seien, wenn sie Hilfe benötige. Ansonsten hätten wir ihr angeboten, an Gemeinschaftsveranstaltungen teilzunehmen. Das habe die Mutter abgelehnt. Die Tochter erklärte, warum sie die Mutter ins Heim habe bringen müssen und dass sie es sich anders vorgestellt habe. Ich sagte dann: „Die Heimübersiedlung war für Ihre Mutter sehr schwer, und für Sie ist es auch nicht leicht. Sie könnten Ihrer Mutter helfen, sich einzugewöhnen.“ Die Tochter fragte, wie die Hilfe aussehen könnte. Ich habe ihr dann gesagt, dass sie die Mutter in den Tagesraum begleiten könnte. Dann fiel es ihr nicht so schwer, zu den anderen Bewohnern Kontakt aufzunehmen. Die Tochter hat dann noch gesagt, dass

es nicht immer leicht wäre mit ihrer Mutter. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 198)

Schwester Andrea antwortete auf die Beschwerden der Tochter zunächst auf der Sachebene. Erst als die Tochter sich durch den Satz „... für Sie ist es auch nicht leicht ...“ verstanden fühlte, war sie bereit, Vorschlägen zu folgen. Sie konnte dann auch zugeben, dass es nicht nur an den Altenpflegerinnen lag, dass ihre Mutter Schwierigkeiten mit dem Eingewöhnen hatte.

Wenn versucht wird, sich in den Gesprächspartner hineinzusetzen, kann eine schwierige Situation sehr schnell verändert werden. Schwester C., die im ambulanten Dienst Frau J. betreut, berichtet:

Frau J. hat seit frühester Jugend spastische Lähmungen, die immer schlimmer werden. Sie kann kaum noch gehen oder sitzen. Sie leidet unsagbar unter Schmerzen. Ihre Willensstärke hat ihr bis jetzt immer geholfen. Sie lässt sich nicht gern anfassen. Da dies aber immer häufiger nötig wird, ist sie oft unzufrieden und uns gegenüber auch ungerne. Als ich sie wieder einmal aus dem Bett holen wollte, wurde sie sehr ungehalten und schimpfte, ich hätte sie nicht richtig angefasst. Ich setzte mich neben sie, legte den Arm um sie und sagte: „Sie haben große Schmerzen und es ist nicht leicht für Sie zu erleben, dass es jeden Tag schlimmer wird.“ Ich fügte noch hinzu, dass alle aus dem Team ihr helfen wollten. Sie antwortete: „Das weiß ich ja.“ Sie war beruhigt und gab sich in der nächsten Zeit auch Mühe, nicht mehr mit uns zu schimpfen. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 90)

Schwester C. hat trotz der Vorwürfe von Frau J. einfühlsam geantwortet. Ein einziger Satz führte zu einer Veränderung des Verhaltens und zu einem entspannten Umgang.

Das Einführende Verstehen erleichtert die alltägliche Kommunikation. Dazu einige Gesprächssituationen, die in der Altenpflege häufig vorkommen:

Bei Beschwerden – vonseiten betreuter alter Menschen oder deren Angehöriger – wird gerne mit *Rechtfertigungen* reagiert. Hingegen führt Einführendes Verstehen wie „Sie sind verärgert“ oder „Sie sind enttäuscht“ meistens dazu, dass die Beschwerden auf der Sachebene weiterverhandelt werden können. Man kann auch die enttäuschten Erwartungen ansprechen: „Sie haben etwas anderes erwartet.“ Mit dem Einfühlen ist noch nichts über die Berechtigung der Vorwürfe gesagt.

Immer wieder kommt es vor, dass Wünsche nicht erfüllt werden können oder dass etwas abgesagt werden muss. Die Altenpflegerinnen sind dann geneigt, schnell *Ersatzangebote* zu machen und die Enttäuschung zu übergehen oder zu bagatellisieren. Um diese zu verarbeiten, ist es günstiger, das Gefühl aufzugreifen: „Sie sind jetzt sehr enttäuscht.“

Manchmal fordern Ratsuchende dazu auf, Probleme zu lösen. So wird etwa gesagt: „Was soll ich denn tun?“ Oder: „Sie als aus-

gebildete Altenpflegerin müssen mir doch sagen können, was ich da tun soll.“ Der erste Impuls dürfte bei den meisten sein, sich auf das Problem einzulassen und *Lösungen* zu präsentieren. Will man das nicht, kann auf das Gefühl eingegangen werden: „Sie sind ganz ratlos?“ Die Altenpflegerin bietet so Unterstützung, ohne die Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen.

Manchmal versuchen die betreuten alten Menschen, Altenpflegerinnen in ihre Familienangelegenheiten hineinzuziehen. Da werden beispielsweise die Angehörigen angeklagt, dass sie nicht zu Besuch kommen, und die Altenpflegerinnen aufgefordert, Partei zu ergreifen oder auch die Verwandten zur Rede zu stellen. Die erste Reaktion bei den Altenpflegerinnen mag darin bestehen, die Familienangelegenheiten ordnen zu wollen. Wenn sie sich darauf einlassen, sind sie manchmal enttäuscht, weil die Sichtweisen der Familienmitglieder erheblich differieren können. Sie wissen dann nicht, wen sie bedauern sollen, und fühlen sich ausgenutzt. In solchen Situationen ist es hilfreicher, sich auf das Gefühl des Gesprächspartners zu konzentrieren, etwa: „Sie ärgern sich über Ihren Sohn?“ Der Gesprächspartner fühlt sich verstanden, ohne dass seiner Aufforderung, Partei zu ergreifen, nachgekommen wird.

Es ist noch nicht lange her, dass in der Altenpflege vermittelt wurde, demente alte Menschen seien zur „Realität“ zurückzuführen. Das führte bei diesen zu Unruhe und Widerstand. Eher hilft es, ihnen in ihre Welt zu folgen und ihre Gefühle zu verstehen. Manchmal kann schon beruhigen, wenn nur der Versuch gemacht wird, sie zu verstehen: „Ich versuche, Sie zu verstehen, es gelingt mir im Moment nicht.“ Freundliche Zuwendung kann helfen, Spannungen abzubauen. Es kann auch ein Scherz sein, mit dem Verständnis ausgedrückt wird und über den der demente alte Mensch lachen kann. Es ist viel Beobachtung nötig, um herauszufinden, was einen dementen alten Menschen beunruhigt oder ängstigt. Manches unverständliche Verhalten, mancher Widerstand lässt sich erklären, wenn man die Biografie kennt. Es ist daran zu denken, dass Frauen, die sich nicht ausziehen lassen wollen, möglicherweise eine Vergewaltigung erlitten haben; Männer können Kriegsgräueltaten erlebt haben. Gerade demente alte Menschen müssen sicher sein, dass ihr Widerstand – oft ihre einzige Möglichkeit, sich auszudrücken – verstanden und respektiert wird.

Einführendes Verstehen bietet nicht nur emotionale Unterstützung für die betreuten alten Menschen, es schafft auch Entlastung für die Altenpflegerinnen. Sie müssen keine Lösungen präsentieren, sondern können sie gemeinsam mit den betreuten Menschen erarbeiten; sie müssen nicht Partei ergreifen (und vorher abwägen, wer wohl Recht hat); sie müssen auch nichts gegen den Willen der betreuten Menschen durchsetzen; sie müssen sie zu nichts „bringen“ und müssen sie auch nicht „motivieren“, etwas zu tun, wofür sie sich nicht selbst entschieden haben. Gleichzeitig wird das Ziel „Selbstbestimmung achten“ realisiert. Die Altenpflegerinnen können vertrauensvolle Beziehungen aufbauen und damit ihre Arbeit als erfolgreich erleben.

Kongruenz

Eine Voraussetzung für das Einfühlende Verstehen ist das Bewusstsein der eigenen Gefühle und Empfindungen. Besteht Kongruenz zwischen dem Selbstbild und dem, was im Körper vorgeht bzw. was davon wahrgenommen werden kann? Altenpflegerinnen kommen mit Vorstellungen über sich selbst und über pflegebedürftige alte Menschen in ihren Beruf. In der Ausbildung wurden im Laufe der Zeit verschiedene Vorstellungen über das Alter vermittelt, alte Menschen beispielsweise als gütig und weise beschrieben. In der Praxis erleben die Altenpflegerinnen aber klagende, jammernde, nörgelnde und manchmal auch gehässige alte Menschen.

In der Gerontopsychologie wurde die Kompetenz alter Menschen betont. Den Abbau im Alter erklärte man mit mangelnden Anforderungen an die alten Menschen; „Aktivierung“ wurde das Zauberwort in der Altenpflege. Die Altenpflegerinnen haben es jedoch eher mit alten Menschen zu tun, die auch bei guter Pflege immer schwächer werden.

Die Widersprüche zwischen ihren Vorstellungen vom Alter und ihren Wahrnehmungen können dazu führen, dass sich Altenpflegerinnen für wenig kompetent halten. Sie stellen fest, dass sie ihrem eigenen Idealbild einer Helferin nicht entsprechen. Die Inkongruenz muss irgendwie verarbeitet werden. Eine Möglichkeit ist, sie auf die Umstände zu schieben. So ist dann häufig zu hören: „In der Praxis geht das nicht“ oder „Dazu haben wir keine Zeit“. So wird ein Schutzschild gebildet, der hilft, die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit nicht schmerzhaft bewusst werden zu lassen und die Grenzen der Belastbarkeit nicht wahrzunehmen.

Das Umfeld in der Altenpflege ist nicht immer hilfreich dabei, Erfahrungen angemessen zu verarbeiten. In der langen christlichen Tradition der Pflege wurde von den Helfenden gefordert, die eigene Person nicht wichtig zu nehmen. Das gilt heute weniger, jedoch herrscht häufig ein Klima der Konkurrenz vor. Schülerinnen erhalten eher selten Unterstützung, ihre Schwierigkeiten werden manchmal damit abgetan, dass sie für den Beruf nicht geeignet seien. Die Erfahrung eigener Schwächen wirkt dann bedrohlich.

In der Ausbildung und in der Supervision ist es daher wichtig, den Altenpflegerinnen Raum zu geben, ihre Vorstellungen vom Altern, vom Helfen und von den Beziehungen zwischen ihnen und den betreuten Menschen zu klären. Wesentlich für die Kongruenz ist die Wahrnehmung des eigenen Erlebens. Die Altenpflegerinnen brauchen Unterstützung, z. B. um sich ihres Ärgers über Beschwerden, ihrer Wut, wenn alte Menschen gehässig über andere reden, ihrer Ungeduld, wenn demente alte Menschen immer wieder die gleichen Sätze wiederholen, bewusst zu werden. Wenn auch solche „unpassenden“ Gefühle akzeptiert werden, lassen sich Fassaden abbauen.

Im zweiten Schritt geht es darum zu überlegen, ob es in der konkreten Situation angebracht und hilfreich ist, die eigenen Gefühle mitzuteilen, und wenn ja, wie dies geschehen kann, ohne den Gesprächspartner zu verletzen. Wie die Wahrnehmung und die

Mitteilung der eigenen Gefühle helfen können, Beziehungen zu klären, wird am folgenden Gespräch deutlich.

Die Altenpflegeschülerin T. berichtet über das Gespräch mit der Ehefrau eines Patienten mit einer Hemiparese links nach einer Apoplexie, dessen Lagerung ihr übertragen wurde:

Die Ehefrau des Patienten war jeden Tag anwesend. Ich hatte den Patienten auf die linke Seite gelagert.

Ehefrau: „Mein Mann kann nicht gut auf dieser Seite liegen. Er fühlt sich nicht wohl dabei.“

T.: „Es ist aber wichtig für Ihren Mann, wenn wir ihn lagern, damit die Wahrnehmung des Körpers stimuliert wird. Außerdem möchten wir dadurch die Spastizität hemmen. Schauen Sie doch mal zu, dann können Sie später diese Lagerung selbst vornehmen.“

Ehefrau: „Wenn mein Mann nun aber mal Wasser lassen muss? Kann er dann wieder auf den Rücken?“

T.: „Nein, klingeln Sie, dann komme ich und reiche Ihrem Mann die Urinflasche.“

Als ich später in das Zimmer kam, lag der Patient auf dem Rücken.

Ehefrau: „Ich habe gleich gesagt, mein Mann kann nicht auf der Seite liegen.“

T. (Ich merkte, wie eine Wut in mir aufstieg, und antwortete so freundlich und gelassen, wie ich nur konnte): „Ich hatte Ihnen doch erklärt, warum diese Lagerung so wichtig ist, und außerdem werden Sie sehen, dass Ihr Mann sich an diese Lagerung gewöhnen wird, es ist nur am Anfang so unbequem.“

Ehefrau: „Mein Mann musste aber mal Wasser lassen und so konnte ich ihm die Urinflasche nicht reichen.“

T.: „Aber wieso haben Sie dann nicht geklingelt, auch darum hatte ich Sie gebeten. Wenn alle Besucher so sind, dann braucht man keine Behandlungen mehr, dann ist alles für die Katz.“

Ehefrau: „So meinte ich das doch nicht, natürlich möchte ich, dass nur alles Mögliche für meinen Mann getan wird.“

T. (Ich fühlte, dass ich ungerecht war, und fragte aus der Unsicherheit heraus): „Was ist denn los mit Ihnen? Haben Sie kein Vertrauen? Oder trauen Sie mir nichts zu?“

Ehefrau: „Nein, nicht doch, ich sehe ja, wie liebevoll Sie mit meinem Mann umgehen und auch mit seinem Bettnachbarn, aber ich komme mit dieser Situation nicht klar.“

T.: „Das liegt wohl daran, dass Sie nichts über diese Krankheit und Behandlungen wissen. Vor der Ausbildung hatte ich auch keine Ahnung.“

Ehefrau (wirkt traurig): „Ich habe meinen Mann noch nie so hilflos gesehen, ich selber fühle mich so hilflos. Was kann ich denn nur machen, um ihm zu helfen?“

T. (Ich fühlte mich selbst hilflos): „Sie möchten Ihrem Mann mehr helfen, fühlen sich aber selber hilflos.“

Ehefrau: „Ja, ich möchte gerne helfen, ich sollte mich besser beim Pflegepersonal informieren, vielleicht kann ich dann mit dieser Situation besser umgehen.“

T. (Ich fasste Mut zu sagen): „Bevor ich Ihren Mann jetzt wieder lagere, möchte ich noch etwas sagen: Ich war eben ganz schön sauer auf Sie, weil Sie es nicht verhindert haben, dass Ihr Mann sich auf den Rücken gelegt hat.“

Ehefrau: „Dafür helfe ich Ihnen jetzt bei der Lagerung.“

Ich war wütend auf Frau X. und später über mein eigenes Verhalten frustriert. Ich habe ziemlich viel falsch gemacht. Aber dieses Gespräch hat es ermöglicht, dass ich heute noch Kontakt zu Frau X. habe. Wir gehen offener miteinander um. (Frau T., 1993)

In diesem Gespräch zeigt sich, wie das Überspielen von Gefühlen zu einem unbefriedigenden Gesprächsverlauf führt. T. möchte höflich bleiben und schluckt ihren Ärger hinunter, kann aber die Freundlichkeit nicht durchhalten und drückt ihren Ärger schließlich in Vorwürfen aus. Der Ehefrau wird im Laufe des Gespräches bewusst, dass ihre eigene Hilflosigkeit hinter ihrem Widerstand steht, und teilt dies auch mit. Diese Offenheit führt bei T. zum Verständnis für die Nöte der Ehefrau. T. vermag dann auch selbst ihren Ärger auszudrücken.

Durch das Wahrnehmen und Akzeptieren eigener Gefühle kann sich mehr Selbstbewusstsein entwickeln. Die eigenen Grenzen werden bewusst – eine Voraussetzung dafür, sich nicht zu überfordern. Die Berücksichtigung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse hilft auch, jene der betreuten alten Menschen wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Fazit

Die Personzentrierte Gesprächsführung ermöglicht es, in der alltäglichen Kommunikation die Selbstbestimmung der betreuten alten Menschen zu achten und ihnen emotionale Unterstützung zu bieten. Die Zuwendung, das Zuhören, das Folgen in die Welt des Gesprächspartners und das Akzeptieren seines Erlebens, seiner Sichtweise und seiner Gefühle führen auch in der Beziehung zwischen einem Helfer und einem hilfsbedürftigen alten Menschen zur Kommunikation in Augenhöhe. Die alten Menschen fühlen sich so eher verstanden, sie können ihre Angst vor Abhängigkeit abbauen und sich besser mit ihrer Situation auseinandersetzen. Auch im Zustand großer Schwäche können sie sich respektiert fühlen.

Wenn die Pflegenden die eigene Person beachten, sich ihrer Vorstellungen, Gefühle und Reaktionen bewusst werden und die eigenen Grenzen akzeptieren, wird es möglich, Fassaden und Schutzmechanismen abzubauen. Die Beziehungen zu den betreuten Menschen werden bewusster gestaltet; auf diese Weise können die Altenpflegerinnen ihre Arbeit als zufriedenstellend erleben.

Literatur

- Brandenburg, H. (1994). Soziologie des Heims. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 67–81). Bern: Huber.
- Christiansen, I. (2001). *Problemlösungen durch Pflegemanagement*. Siegen: Pflegedokumentation.
- Elfner, P. (2008). *Personenzierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Reinhardt.
- Garms-Homolowá, V. (1998). Potentiale für eine selbstständigere Lebensführung. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 128–147). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gordon, T. (2002). *Die neue Beziehungskonferenz. Effektive Konfliktbewältigung in Familie und Beruf*. München: Heyne.
- Häussler-Sczepan, M. (1998). Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen für Forschung und Praxis. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 148–162). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinemann-Knoch, M., Korte, E. u. Schwarz, B. (1998). Arbeits- und Sichtweisen der Mitarbeiter/innen. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 105–110). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klingensfeld, H. (1999). *Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Koch-Straube, U. (2003). *Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie*. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Reihe Pflegewissenschaft, Bern: Huber.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 155–169). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Langer, E. J. & Rodin, J. (1976). The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191–198.
- Langfeldt-Nagel, M. (2004). *Gesprächsführung in der Altenpflege*. München: Reinhardt.
- Langfeldt-Nagel, M. (2006). *Psychologie in der Altenpflege*. München: Reinhardt.
- Meifort, B. (1997). Berufsbildung, Beschäftigung und Karrieremöglichkeiten von Frauen in der Altenpflege in der BRD. *Materialien zur Frauenpolitik*, 10, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Meifort, B. & Becker, W. (Hrsg.) (1996). *Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, KDA.
- Montada, L. (1996). Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 382–392). Frankfurt a. M.: Campus.
- Muthny, F. A. & Bermejo, I. (1999). *Fortbildungs- und Supervisionsbedarf in der Altenpflege*. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.) (1999), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 202–210). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Schulz v. Thun, F. (1989). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Schwerdt, R. (2002): *Gute Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sonntag, A., Bischkopf, J., Ritz, A., Jakob, A. & Angermeyer, M. C. (2003). „Pflege mit Herz, Gesundheit oder Sterben.“ Wünsche zur Veränderung der Pflegesituation von Altenpflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 280–286.
- Sowinski, C. & Behr, R. (2002): *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, KDA.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 301–316). Berlin: Akademie Verlag.
- Wahl, H.-W. & Kruse, A. (1994). Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 83–111). Bern: Huber.
- Wahl, H.-W. & Reichert, M. (1994). Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 15–47). Bern: Huber.
- Weber, W. (2000). *Wege zum helfenden Gespräch*. München: Reinhardt.
- Winter, M. (1997). Lebenswelt Altenheim: Zur Rolle professionell Pflegenden bei der sozialen Unterstützung pflegebedürftiger Heimbewohner. *pschomed* 9/2, 87–90.
- Zimber, A., Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege: Auswirkungen der Pflegeversicherung. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 185–199). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

Autorin:

Maria Langfeldt-Nagel, Diplom-Psychologin, Dr. paed., 1942, Unterrichtstätigkeit an Fachseminaren für Altenpflege für die Fächer Psychologie und Gesprächsführung
Lehrtätigkeit u. a. zum Thema „Psychologie des Alterns“

Korrespondenzadresse:

M. Langfeldt-Nagel
Falkensteinerstr. 4
60322 Frankfurt
maria.langfeldt@t-online.de