



Emotionen in der Palliativpflege

Meine Kollegin, Claudia Henrichs arbeitet als Unternehmensberaterin für Personalentwicklung für ambulante Pflegedienste. Im Rahmen Ihres Podcastes „PFLEGE.ambulant“ hat Claudia Henrichs mich zum Thema „Emotionen in der Palliativpflege“ interviewt.

Die Podcastepisode zum Hören finden Sie hier: www.chc-team.com/pa30

Das Transskript unseres Gesprächs stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Drei wichtige Themenbereiche im Interview:

1. Wie gehe ich als Pflegekraft mit meinen eigenen Emotionen um, wenn ich traurig oder verzweifelt bin oder Angst habe und nicht weiß wie ich reagieren soll.
2. Wie gehe ich mit den Emotionen von Angehörigen um?
3. Wie reagiere ich auf die Emotionen sterbender Patienten?

Erstes Thema:

Ich bin traurig, weil jemand im Streben liegt.

Ich habe auch Angst vor meinem eigenen Tod.

Ich weiß nicht, wie ich reagieren soll.

Jeder Mensch stirbt! Du, ich, wir alle.

Jeder Mensch hat die Möglichkeit jederzeit zu sterben... zB gerade JETZT!

Beispiel: Patient sagt, SIE haben es gut, SIE leben noch lange. Und ich antworte, dass ich heute auf dem Nachhauseweg einen tödlichen Unfall haben kann.

Solche Antworten bitte NUR geben, wenn sie wirklich von innen heraus spontan kommen – alles Aufgesetzte wird von Patienten und Angehörigen sofort durchschaut.



Hospize und Palliativstationen, aber auch alle anderen Orte sind alle gut, um sich klar darüber zu werden, dass jedes Leben jederzeit zu Ende sein kann!

Wenn ich mich diesem Thema UND der damit oft verbundenen Angst auf mich selbst bezogen stelle, kann ich auch bei Patienten und Angehörigen „richtig“ handeln

Wenn ich vor einem Thema Angst habe und der Patient vor dem Thema Angst hat, ist es schwer darüber zu sprechen. Beispiel: Eine Unterhaltung über Spinnen von zwei Menschen, die beide Angst vor Spinnen haben, ist ganz schnell vorbei!

Ich muss meine Angst in mir und für mich bearbeiten und dem Patienten helfen, seine zu bearbeiten.

Wie „bearbeite“ ich das bei Patienten und Angehörigen?

Königsweg ist immer, Emotionen wahrnehmen UND DANN so ansprechen, dass alle Beteiligten ihr Gesicht wahren können.

„Ich fühle bei mir... „

„Ich nehme bei Ihnen... wahr“

„Wahrnehmen“ ist übrigens ein geniales Wort für alle Gelegenheiten, denn es zeigt allen Beteiligten, dass ich sie ernst nehme, weil ich sie als WAHRheit anNEHME.

Wenn ich mich nicht traue, etwas zu sagen, dann ist es immer (!) möglich und erlaubt, ZU FRAGEN.

Wenn Ansprechen der Königsweg ist, ist Fragen der Kaiserweg.

„Ich habe das Gefühl, Sie haben jetzt Angst?“ oder

„Könnte es sein, dass Sie Angst haben“

„Kann ich Ihnen helfen?“

„Möchten Sie darüber sprechen?“

Ganz wichtig: ALLE müssen IMMER die Freiheit haben JA oder NEIN zu sagen!



Oft sind Fragen leider schon mit einer Erwartung an eine Antwort verbunden – das merken Palliativpatienten und Angehörige IMMER, egal ob sie es bewusst oder unbewusst spüren – und sie reagieren entsprechend.

Stehend, von oben herab, zum liegenden Patienten sagen „Sie haben Angst!“ schließt bei den allermeisten Menschen jeden Kommunikationskanal.

»» Prüf es bei Dir selbst, wie Du reagieren würdest!

Ganz anders wirkt: Hinsetzen auf Augenhöhe und fragen „Ich glaube, ich spüre Ihre Angst vor dem Thema Sterben – könnten Sie das betätigen?“

»» Wie fühlt sich das bei Dir an? Jetzt hat jeder, der noch nicht bereit ist, das zuzugeben und auszusprechen die Möglichkeit „nein“ zu sagen.

Immer, wenn etwas im unausgesprochen im Raum steht, können wir Fragen stellen und... müssen auf alle Antworten gefasst sein!

Deshalb ist es wichtig, nicht zwischen Tür und Angel weltbewegende Dinge zu fragen. Breitet ein Patient erst einmal beispielsweise seine Todesängste vor uns aus, dürfen wir nicht antworten „Lassen Sie uns morgen weiterreden, jetzt muss ich zum nächsten Patienten.“

Deshalb gehört zu jeder echten Frage, die Zeit und der Mut, die Antwort zu ertragen und darauf einzugehen. Hast Du keine Zeit, frage lieber nicht!

Was mache ich, wenn das Gespräch mich so traurig macht, dass ich als Pflegekraft weinen muss?

Ich könnte sagen „Das Thema macht mich traurig, ich glaube, ich muss weinen.“

Oder wenn ein Patient anfängt zu weinen, könnte ich fragen „Darf ich mitweinen?“

In schwierigen emotionalen Situation haben ALLE Beteiligten JEDES Recht, traurig zu sein und DÜRFEN es auch zeigen!

Totschweigen bringt nichts! Eine gerechtfertigte Reaktion, die jeder haben darf und eine Emotion, die bei jedem Menschen vorhanden ist, darf auch Raum bekommen.



Nicht den Kloß runterschlucken und die Emotionen verdrängen.

Besser als „Ich muss weinen“ wäre meistens „Ich möchte weinen“ oder im Zweifelsfall auch „Darf ich mit Ihnen weinen?“ Immer daran denken, dass niemand von Emotionsausbrüchen einfach überfahren werden möchte.

Was mache ich, wenn ich dann später das Zimmer verlasse und zum nächsten Patienten gehe und mich die Traurigkeit noch begleitet?

JEDER Patient oder Angehörige hat das Recht auf meine ungeteilte Hinwendung und Aufmerksamkeit. Bleibt 20% von mir im alten Zimmer, kann ich mich dem neuen Patienten nur zu 80% widmen. Beim diesem lasse ich dann weitere 10% und komme beim dritten nur mit 70% Aufmerksamkeit an.

Es gibt einen einfachen Trick, den ich trainieren kann, um den vorherigen Patienten loszulassen und mich dem neuen mit 100% widmen zu können: **Die Türe schließen**. Mit dem Schließen der äußeren Zimmertür, schließe ich auch den inneren Raum in mir und lasse den Patienten los. Beim nächsten bin ich dann GANZ DA. Das klappt nach einer Trainingszeit sehr gut und das „Türe schließen“ lässt den letzten Patienten los. Der neue Patient bekommt meine volle Aufmerksamkeit. Generell: alle Räume immer hinter mir schließen. Konkret UND im symbolischen Sinn!

Was mache ich, wenn ich Emotionen im Dienst nicht zeigen darf, kann oder will?

Kann oder will ich es nicht ansprechen?

„Ich kann nicht“ Gefühl gibt es oft und sollte in Team Supervisionen oder ähnlichen Settings bearbeitet werden. Supervisoren kennen Techniken, um mich aus der „Ich kann nicht“ Situation heraus zu führen – wenn ich das will.

Bei „Ich will es nicht“ kann ich mich selbst nach den Gründen fragen und diese erforschen. zB habe ich Angst, nicht anerkannt zu werden, wenn ich emotional reagiere? etc.

Eines ist sicher, wenn ich die Probleme mit nach Hause nehme, schade ich einer Person IMMER: mir selbst. Ich trage meine Probleme ungelöst morgens auf die



Station und abends wieder ebenso ungelöst nach Hause. Jeder „mitgenommene Patient“ erhöht die Schwere meines Rucksackes und das führt irgendwann zu Krankheit und Burnout.

Was, wenn dienstlich vorgegeben ist, dass Emotionen nicht gezeigt werden dürfen? Oder die Pflegeperson Emotionen nicht zeigen will. Was gibt es zusätzlich zur Supervision für Lösungsmöglichkeiten?

- NACH der emotionalen Situation kann ich in der Teeküche oder dem Stationszimmer die Situation ansprechen, mir „Luft machen“ und auf diese Weise Hilfe holen.
- Wenn ich das Gefühl habe, es auch dort verbergen zu müssen, geh ich irgendwo hin, wo ich alleine bin und weinen kann.
- Jede Alternative ist besser, als unterdrücken und mit nach Hause tragen.

Eine E-motion will auch nach draußen. Sonst müsste es ja In-motion heißen.

Sich über die eigenen Emotionen klar zu werden ist ein Auseinandersetzen mit sich selbst.

Da wo Menschen sind gibt es immer Emotionen, da darf es menschen.

Wir sind alle keine Maschinen – weder Patienten noch Angehörige noch Stationspersonal müssen maschinenhaft perfekt funktionieren!

Was mache ich, wenn ich in einer Situation nicht weiter weiß?

Wenn ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll, die Situation ansprechen:

„Ich nehme das jetzt wahr und weiß ganz ehrlich nicht, wie ich damit umgehen soll.“

Entscheidender Punkt: Ehrlich sein!

Besser ehrlich „nicht weiter wissen“ als geheuchelt „Professionalität vermitteln“

Alleine das jetzt anzusprechen, klärt die Situation in mindestens 80%



Wie gehe ich mit den Emotionen der Angehörigen um?

1. Zu Beginn eines Aufenthaltes, wenn man die Angehörigen nicht kennt, am besten ganz vorsichtig nachfragen... „Kann ich jetzt eventuell etwas für Sie tun oder möchten Sie lieber alleine sein?“ Viele Angehörige halten in der Situation zu viel Nähe noch nicht aus.

2. Wenn ich die Person schon kenne...

Nach einigen Tagen sehe ich eine Ehefrau auf dem Flur stehen und sie weint. Entweder gehe ich professionell daran vorbei weil ich ja noch etwas anderes zu tun habe (zweitbeste Variante)

oder besser: ich frage „kann ich Ihnen helfen?“
„darf ich Ihnen helfen?“
„darf ich etwas für Sie tun?“

Alle Fragen wie immer mit der inneren Haltung, dass ich JEDE Antwort respektiere UND mir bei Bedarf auch ZEIT nehme!!!!

Die Frage „Was kann ich für Sie tun?“ setzt manche Angehörige schon unter Druck, denn sie müssen explizit auf die Frage antworten. Eine „Darf ich...“ Frage kann mit Kopfschütteln schon ausreichend beantwortet werden.

3. Wenn ich Angehörige besser kenne:
Dieselben Fragen stellen und dabei zB eine körperliche Berührung zB am Arm oder der Schulter. Vorsicht bei Körperkontakt, nur wenn ich ganz sicher bin!
4. Wenn ich Angehörige schon gut kenne, ist sogar Folgendes möglich und wirkt manchmal Wunder... „Ich möchte Sie jetzt gern in den Arm nehmen, darf ich?“



Wenn Angehörige das Sterben den Tod nicht wahrhaben wollen. Wie mit dem Aktionismus umgehen?

Situation: Patient wenige Wochen vor dem sicheren Tod. Ehefrau bringt Prospekte mit für den nächstjährigen Urlaubsort und macht Pläne. Schwere Situation für den Patienten, denn ER weiß, dass es nächstes Jahr keinen Urlaub mehr für ihn gibt. Aber er kann das doch seiner Frau nicht sagen – glaubt er. Das geht einige Tage so. Einmal komme ich ins Zimmer, als die Ehefrau wieder Urlaubspläne macht.

Ich frage den Patienten: „Was halten Sie von diesen Urlaubsplänen?“

Das gibt ihm Gelegenheit, seiner Frau ruhig zu antworten... „Es ist gut, dass Du diese Pläne machst, weil das für Dich wichtig ist, aber ich fahre in keinen Urlaub mehr.“ Wenn ich mich recht erinnere, weinten beide nach der Antwort, waren aber froh, dass es endlich aussprechbar war.

Die Situation war plötzlich gelöst, die Fakten lagen offen auf dem Tisch und beide Seiten konnten ihr Gesicht wahren.

Fazit auch hier: Emotionen wahrnehmen und als Frage, die als Angebot verstanden werden kann, ansprechen.

In einer anderen, noch krasserem, Situation von Aktionismus habe ich die Angehörige, als sie alleine war, gefragt: „Glauben Sie, dass das, was Sie dort jetzt tun, Ihnen selbst oder dem Patienten wirklich hilft?“ Diese Frage brachte sie innerlich ins Wanken und sie antwortete

„Eigentlich nicht!“

„Warum machen Sie es dann??“

„Ich weiß nicht, was ich sonst machen soll.“

Fragen ist der Königsweg, führt mitten ins Problem, ohne dass ich dem Angehörigen meine Meinung um die Ohren schlage. JEDE Antwort ist richtig



Alles tun, damit das unabwendbare nicht eintritt.

Wenn den Betroffenen bewusst ist, dass der Alternativheiler eine Aktivität ist, um sich von andern Problemen nicht berühren zu lassen, dann kann ich schauen, was steckt dahinter dem Strohalm. Zuerst muss ich dem Patienten aber immer erlauben den Strohalm zu nehmen! Verboten geht gar nicht, denn das würde sofort das Vertrauen zerstören.

Was tue ich in der folgenden Situation? Unruhiger Patient, starke Schmerzen, große Probleme mit Familie, weil er den Sohn enterbt hat und jeden Kontakt ablehnt. Patient sagt zu mir, er wolle den Sohn sehen, sagt aber nichts zur Familie. Sohn sagt mir dasselbe, will den Vater sehen, sagt aber ebenfalls nichts zur Familie. Absolute Pattsituation, alle sind total unglücklich, keiner hat den Mut, die Initiative zu ergreifen.

Auch hier als wichtigste Regel... FRAGEN!

Ich war für Patient zuständig, habe also als erstes den Patienten gefragt, ob er den Sohn treffen wolle. Der sagte „ja... aber der will nicht.“ „Soll ich den Sohn fragen?“ „Ja, aber der will eh nicht!“

Sohn kommt auf Station, ich frage ihn dasselbe: identische Antwort „Ja, aber der Vater will nicht.“ „Soll ich fragen?“ „Ja gerne, ist aber sinnlos.“

Es kam dann mit unserer Vermittlung zum Treffen, da es beide wollten. Auf Bitten beider Beteiligten, Sohn und Vater blieb ich im Raum. Der Patient lag im Bett starrte zur Wand, der Sohn saß daneben und starrte auch wortlos zur Wand. Jeder macht Bewegungen auf den anderen zu, aber immer wenn der andere gerade nicht hinsieht.

Es passiert also real gar nichts, beide schweigen. Nach einer Zeit melde ich mich zu Wort.

„Sie haben mir beide gesagt, dass sie miteinander sprechen wollen, jetzt starren Sie beide die Wand an. Sie können das gerne weitermachen, aber ist es wirklich das, was sie wollten?“

Beide schauen mich an, vermeiden aber Blickkontakt miteinander. Dann dreht der Vater sich zur Wand und Sohn steht auf. Ich denke, alles ist gescheitert, aber dann passiert Folgendes:



Der Vater sagt zur Wand gewendet einen einzigen Satz: „Ein Vater liebt seinen Sohn.“

Sohn fängt schlagartig an zu weinen, gibt dem Vater die Hand und geht aus dem Zimmer. Ich folge ihm, sehe die weinende Familie auf dem Gang stehen und frage den Sohn, was genau aus seiner Sicht passiert ist. Alle sind glücklich über die Worte des Vaters und erzählen, dass seit vielen Jahren zuhause nie das Wort „Liebe“ ausgesprochen wurde.

Zwei Dinge als Fazit:

Erstens war das eine perfekte Versöhnung für die Familie, obwohl ich eher ein Scheitern vermutet hätte. Das einzig Wichtige waren jedoch die Empfindungen der Familie. Unsere Professionalität ist nichts gegen die Gefühle der Beteiligten: Patienten und Angehörige definieren in solchen Situationen „Erfolg oder Misserfolg“.

Zweitens wäre die gesamte Aktion gescheitert, wenn ich nicht provokativ meine ehrliche Meinung gesagt hätte. Meine Bemerkung „Sie können gerne so weitermachen, aber ist es das, was sie wollten?“ war der Wendepunkt, den beide alleine wohl nicht geschafft hätten! Das funktionierte nur, weil es ein echtes und ehrliches Verhalten meinerseits war, denn ich sah innerlich viele Gesprächsstunden ergebnislos als Scherbenhaufen vor mir und wusste, ich hatte nur einen Versuch. Ich hatte Glück und wählte die richtigen Worte. Etwas Glück gehört also in schwierigen emotionalen Situationen immer dazu!

Der Patient brauchte in der nächsten Zeit 80% weniger Schmerz- und Beruhigungsmedikamente und ist eine gute Woche später ruhig gestorben.

Er wollte übrigens alleine sterben – das leitet über zu einem ganz wichtigen Punkt im Umgang mit Patienten und Angehörigen.

Sterben ist individuell wie ein Fingerabdruck: jeder Mensch hat nicht nur sein eigenes Leben, sondern auch seinen eigenen Strebeprozess und seinen eigenen maßgeschneiderten Tod.

Ein Patient möchte alleine sterben – das ist gut so.

Ein anderer möchte in Begleitung bestimmter Personen sterben – das ist auch gut so!



Manche Patienten können und wollen darüber sprechen, andere nicht. Oft ist das Stationspersonal auf Bitten der Patienten der Überbringer solcher Nachrichten.

Was immer ein Patient sagt, ist RICHTIG!

Will ein Mensch alleine sterben, wird das auch so geschehen – das darf so sein.

Wenn ein Mensch im Kreise der Familie oder einzelner Familienmitglieder sterben, wird auch das so passieren. Niemand kann das genau erklären, warum das so ist, aber es ist nicht nur meine Erfahrung, sondern auch die vieler anderer – auch wenn das nicht wissenschaftlich untersucht werden kann.

Nicht jeder Mensch kann das auch aussprechen, deshalb ist es wichtig VORHER mit der Familie darüber zu sprechen, dass es so oder eben anders passieren wird. IN BEGLEITUNG oder ALLEINE STERBEN ist beides möglich und in Ordnung! Sehr oft wird das aber von der Familie anders gesehen und NACHHER machen sie sich oft Vorwürfe, „nicht dabei gewesen zu sein“.

Wenn ich VORHER mit den Angehörigen rede und es so oder so ähnlich ausdrücke... „Egal was passiert, ob er /sie stirbt, wenn Sie dabei sind oder ohne dass Sie dabei sind, so wie es ist, ist es richtig.“

So können die allermeisten Angehörigen sich gut darauf vorbereiten, das „alleine oder in Begleitung sterben“ zu respektieren. Es geschieht, was geschehen soll. Das erspart oft lebenslange Selbstvorwürfe!

Auf einer Palliativstation wird gestorben. Ist es nicht ein insgesamt trauriges Arbeitsumfeld?

Auf einer Palliativstation findet Leben und Sterben statt.

Emotionen aller Art sind dort zuhause, wie im normalen Leben: Freude und Trauer, Wut und Angst, Offenheit und Gelassenheit. Gleichgültigkeit und Aufopferung neben Liebe und sogar Hass.

Auf meiner Station wurden Geburtstage gefeiert und es wurde geheiratet. Ein Patient ließ sich sogar später wieder scheiden. Es wurde gelacht und auch miteinander gespielt: Kinder liefen über den Gang, lachten oder spielten im Aufenthaltsraum.

Auf einer solchen Station leben MENSCHEN als Patienten und arbeiten MENSCHEN als Personal. Vom Chefarzt bis zur Putzhilfe sind alle Menschen! Eine Palliativstation lebt und ist nicht tot!



Ganz wichtig ist, dass positive UND negative Emotionen da sein dürfen UND vom Pflegepersonal und allen Beteiligten wahrgenommen werden.

Würdevoll und achtsam bei Bedarf intervenieren.

Unterstützend da zu sein, um Themen des Lebens, die noch abgeschlossen werden müssen, zum Abschluss zu bringen

Fazit

Die eigenen Emotionen wahrnehmen, ansprechen und rauslassen ist auf jeden Fall besser als die Faust in der Tasche zu ballen oder den Kloß runterzuschlucken.

Es ist ein Zeichen von Größe und Stärke zu sagen, „Ich weiß jetzt auch nicht wie ich mich hier verhalten soll. Auf der einen Seite würde ich Sie am liebsten umarmen auf der anderen Seite weiß ich gar nicht, ob das für Sie passt.“

Mein Fazit als Palliativarzt:

Der Tod gehört zum Leben dazu und auf einer Palliativstation ist LEBEN, ist Leben, das zu Ende geht; ist in seiner ganzen Dimension ein LEBEN wie sonst auch, es hat positive Emotionen und negative Emotionen und es ist die ganze Palette vom Leben DA!

Eine Palliativstation, ein Hospiz ist keine Sterbestation, da wird gelebt ...und irgendwann gestorben. Und alles, was zum Leben gehört darf da sein!



Hans-Dirk Reinartz, 62 Jahre alt, Facharzt für Anästhesie und Lebenslotse, seit fast 34 Jahren als Arzt unterwegs, lebt mit seiner Frau in Odessa in der Ukraine.



- Ärztliche Erfahrungen innerhalb UND außerhalb der Schulmedizin als persönliches Alleinstellungsmerkmal
- Neun Jahre als Anästhesist, Intensiv- und Notfallmediziner
- Acht Jahre als Therapeut mit über 16.000 Therapiestunden
- Österreichisches Diplom in Palliativmedizin
- Fast 12 Jahre hauptamtlich stationäre Betreuung von weit über 2000 schwerstkranken und sterbenden Patienten und über 15.000 Gesprächsstunden mit Patienten und Angehörigen

Derzeitige Projekte:

- <https://hansdirkreinartz.com>
- <https://www.facebook.com/lebenslotse.hansdirkreinartz/>
- Online Beratungen von Patienten und Angehörige in schwierigen Lebenssituationen nach Diagnose einer lebensverändernden Erkrankung
- Auf der Startseite von <https://hansdirkreinartz.com> gibt es ein kostenfreies eBook „7 Impulse für mehr Leben“
- Der Wunsch, hier in Odessa ein Hospiz zu errichten, besteht weiter, ist aber gerade bei der instabilen Situation im Land aus verschiedenen Gründen nicht realisierbar. Alte Patienten und sterbende Patienten haben in der Ukraine leider keine gute Betreuung. Das ist in Österreich und Deutschland Gott sei Dank ganz anders.