

## 10. Sterben im Krankenhaus

André-Sebastian Zank-Wins

Das Krankenhaus ist ein ungünstiger Ort für sterbende Menschen. Krankenhausbehandlungen intendieren Genesung oder zumindest Stabilisierung der gesundheitlichen Situation. Sollten therapeutische Maßnahmen mit dieser Zielsetzung medizinisch nicht mehr indiziert oder vom Patienten (z.B. im Rahmen einer Patientenverfügung) nicht mehr gewünscht sein, so bemüht man sich schnellstmöglich um eine Verlegung zurück in die Häuslichkeit, in ein Pflegeheim oder gar ein Hospiz.

Dennoch wird im Krankenhaus gestorben! Die Verlegung eines sterbenskranken Menschen ist häufig nicht mehr möglich. Nun gilt es, die bestmöglichen Rahmenbedingungen für den Sterbenden zu realisieren. Ein gutes Zusammenspiel aller vorhandenen Berufsgruppen ist hierbei von erheblicher Bedeutung.

Was aber benötigt ein sterbenskranker Mensch? Dame Cicely Saunders, die Hauptinitiatorin der neuzeitlichen Hospizbewegung, hat vom „total pain“ gesprochen, dem „totalen Schmerzerleben“ eines sterbenskranken Menschen, dem es auf fünf verschiedenen Ebenen zu begegnen gilt:

---

### Total pain (Saunders 2001)

- physisch
  - psychisch
  - sozial
  - spirituell
-

- 
- „staffpain“ (Mitarbeiterschmerz)
- 

### ***Der physische Schmerz***

Hauptbedürfnis eines sterbenskranken Menschen ist die wirksame Linderung aller ihn beeinträchtigenden körperlichen Symptome. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Obstipation, Angst, Schwäche, etc. können unerträgliche Qualen bewirken. Der Betroffene ist auf *fachlich kompetente* und *äußerst schnelle Hilfe* angewiesen.

- Informieren Sie sich, wo es in Ihrem Haus palliative Kompetenz oder vielleicht sogar einen palliativmedizinischen Konsiliardienst gibt!
- Handeln Sie schnell!

### ***Der psychische Schmerz***

Die Emotionen von sterbenskranken Menschen können ein ganzes Spektrum zwischen Aggression und Demoralisation (Depression) umfassen und individuell verschieden ausgeprägt sein. Die Angst vor dem Sterben und nahenden Tod kann schockartige bis psychotische Reaktionen hervorrufen, auch (wach-)traumartige Phantasiebildungen können entstehen. Sterbephasenmodelle, wie z.B. das von Elisabeth Kübler-Ross, sind für das Verstehen hilfreich, wenn sie als Interpretationshilfe und nicht schematisch genutzt werden! Alle solche psychischen Phänomene sind prinzipiell erst einmal als seelisch völlig *normale (!)* Reaktionen am Ende eines Lebens zu bewerten. Sie bedürfen in der Regel mehr einer zugewandten mitmenschlichen Begleitung als einer psychotherapeutisch-intervenierenden Behandlung!

- Erlauben Sie dem Sterbenden seine Gefühle!
- Kommen Sie nicht zu schnell auf die Idee, medikamentös zu agieren!
- Gibt es ein Angebot von Seelsorge oder einen Besuchsdienst in ihrem Haus, die Sie einbeziehen können?

---

#### **Sterbephasen (Kübler-Ross 2014)**

- Nicht-wahrhaben-wollen (Schock)
  - Wut, Zorn
  - Verhandeln
  - Depression
  - Annahme
- 

### ***Der soziale Schmerz***

Die Auswirkungen von Krankheit und Sterben auf die sozialen Beziehungsgefüge des Betroffenen können erheblich sein. Der Sterbenskranke findet sich in der Rolle des Bedürftigen vor, manche vertraute Personen ziehen sich zurück, einige wenige werden ihm besonders wichtig. Mit den engsten Bezugspersonen jederzeit in einem geschützten Rahmen zusammen sein zu können, wird zu einem

der wichtigsten Bedürfnisse. Der Sterbende möchte von seiner Umgebung als „Mensch“ gesehen und angesehen werden, nicht mehr als „Patient“ – d.h. nicht mehr primär in Definition über seine Symptomatik. Mitmensch-sein für den Betroffenen (und seine Angehörigen!), Da-sein, Nähe und Sicherheit vermitteln wird nun zu den zentralen ärztlichen, pflegerischen und interdisziplinären Aufgaben.

- Suchen Sie nach den bestmöglichen Räumlichkeiten für den Sterbenden. Ein angenehm gestaltetes Einzelzimmer mit Rooming-in-Möglichkeit für Angehörige wäre ideal!
- Nehmen Sie sich auf jeder Ihrer Visiten mindestens 5 Minuten Zeit für den Sterbenden! Ziehen Sie Ihren Arztkittel aus und setzen (!) Sie sich zu ihm ans Bett. Bedenken Sie: Sie selbst könnten der Betreffende sein!

### ***Der spirituelle Schmerz***

„Warum muss ich so krank sein?“ „Warum muss ich (schon) sterben?“

Die Warum-Frage, die Frage nach Sinn und Unsinn von Krankheit, Leben und Sterben – sie ist die zentral aufbrechende Frage des spirituellen Leidens. Das Hadern mit Gott (religiös) oder dem Schicksal (atheistisch) bedeutet ein Ringen um die Wahrheit der eigenen Existenz, das immer über das irdisch-rationale Verstehen hinausgeht. Medizinische Erklärungen, der Nachweis von innerweltlichen Tun-Ergehen-Zusammenhängen (Ursache-Wirkung) helfen hier nicht weiter, ja führen in die Irre und wirken auf vorhandene Selbstvorwürfe und Schuldgefühle eher verstärkend. Zuhören ist angesagt! Einen Resonanzraum bieten für die inneren Suchbewegungen des Betroffenen. Vertraute (!) religiöse Handlungen können Linderung verschaffen.

- Erfragen Sie religiöse Bedürfnisse. Was lässt sich da ermöglichen?
- Seien Sie vorsichtig mit Impulsen aus Ihrer eigenen religiösen oder spirituellen Tradition. Die Gefahr, dem anderen etwas Fremdes überzuhelfen, ist groß!
- Beziehen Sie die Seelsorge in jedem Fall mit ein! Professionell geschulte Seelsorger haben gelernt, auf das spirituelle Leiden auch von nichtreligiösen Menschen angemessen einzugehen.

### ***Der Mitarbeiterschmerz („staffpain“)***

Stellen Sie sich vor, Sie sind pflege- und hilfebedürftig, aber die Menschen, auf deren Unterstützung Sie angewiesen sind, sind übellaunig, unsensibel und grob. Niemand hat Zeit, niemand hört zu, man „macht an Ihnen herum“, ohne dass Sie sich als Person wahrgenommen fühlen. Das ist „staffpain“! Wer als Arzt oder Pflegekraft „wie am Fließband“ arbeiten muss, läuft Gefahr, dass der Mensch, für den er da (d.h. präsent!) sein sollte, sich auch „wie am Fließband“ behandelt fühlt. Wem z.B. aufgrund eines „Burn-out“ die emotionalen Energien fehlen, sich auf das Gegenüber einzulassen, bewirkt dort ein Gefühl der Beziehungsarmut und Einsamkeit. Die Vermeidung von „staffpain“ steht und fällt zunächst einmal mit einem guten Betriebsklima und einem angemessenen Personalschlüssel. Erst in

zweiter Linie obliegt es der Selbstsorge des Einzelnen, einen Verlust an Empathie und Beziehungsfähigkeit zu vermeiden.

- Tragen Sie Ihren Teil zu einem guten Betriebsklima und einer guten Kommunikation zwischen allen beteiligten Berufsgruppen bei!
- Versuchen Sie, ein fließbandähnliches Arbeiten zu vermeiden und prüfen Sie, ob es Ihnen gelingt, in jedem Patienten neu den Einzelfall zu sehen!
- Nehmen Sie sich selbst und den Betroffenen ernst. Lassen Sie eigene Ohnmacht zu. Seien Sie ehrlich. Strahlen Sie Ruhe, Verbindlichkeit und Vertrauen aus. Versuchen Sie, in allen Situationen dem anderen gegenüber „ein genießbarer Mensch“ zu sein.
- Achten Sie gut auf sich selbst. Bewahren Sie sich Ihre Freude an den Menschen und an Ihrem Beruf. Insbesondere die Sterbenden werden es Ihnen abspüren!

**Auch die Angehörigen benötigen Ihre Aufmerksamkeit.** Meist sind es nur ein bis wenige Menschen, die für den Sterbenskranken wichtigste Bezugspersonen sind. Sie versuchen, ihm bestmöglich zur Seite zu stehen, haben aber zugleich mit ihren (antizipierten) Trauergefühlen zu kämpfen – Emotionen, die sie insbesondere vor dem Sterbenden häufig zu verbergen suchen. Die Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht kann mit Wut und Aggressionen verbunden sein – auch z.B. gegen die behandelnden Ärzte. Der Wunsch kann stark werden, der Arzt möge doch „retten“ und alles tun, was möglich sei. Angehörige haben eine hohe Schutzbedürftigkeit! Sie wollen verstehen und benötigen dafür klare Informationen. Sie wollen gehört werden und benötigen Menschen, die ihnen zuhören. Sie fühlen sich häufig in einer „Anwaltsrolle“, sodass es für sie besonders wichtig ist, zu erleben, dass mit dem Sterbenden gut umgegangen wird.

- Nehmen Sie sich Zeit für die Angehörigen und beziehen Sie sie aktiv in die Begleitung des Sterbenden ein!
- Bereiten Sie die Angehörigen auf das vor, was kommt – viele haben das Sterben eines Menschen noch nicht miterlebt!
- Organisieren Sie auch hier möglichst eine seelsorgerische Begleitung!

**Und wenn der Tod eingetreten ist?** Unsere menschliche Würde reicht über den Tod hinaus. Deshalb ist ein ehrfurchtsvoller und sorgsamer Umgang mit dem Verstorbenen von Bedeutung. Auch wenn die Institution Krankenhaus auf ein rasches Entfernen des Leichnams und eine Neubelegung des Platzes drängt, so sollte das ärztliche Handeln sich hier nicht auf die Feststellung des Todes und die Ausstellung des Leichenschaucheins beschränken. Insbesondere die Angehörigen benötigen einen angemessenen Rahmen, sich zu verabschieden. Der letzte Anblick des Verstorbenen prägt sich ihnen unvergesslich ein. Was sie an dieser Stelle erleben, ist für ihren weiteren Trauerweg von allergrößter Relevanz!

- Informieren Sie sich frühzeitig, ob es in Ihrem Krankenhaus ein verabredetes Verfahren oder einen Standard „Umgang mit Sterbenden/Verstorbenen“ gibt. In vielen Häusern wurde darüber schon im Rahmen eines klinischen Ethikkomitees oder eigens dafür gebildeter Arbeitsgruppen beraten.

- Prüfen Sie, ob der Verstorbene in seinem Zimmer (oder einem eigens dafür eingerichteten Aufbahrungsraum) bleiben kann, bis die Angehörigen sich verabschiedet haben!
- Ermöglichen Sie den Angehörigen in jedem Fall ein Abschiednehmen. (Vorsicht mit Ratschlägen wie: „Behalten Sie ihn lieber in Erinnerung, wie er war.“ Damit verstärken Sie die Angstfantasien der Hinterbliebenen!)
- Entwickeln Sie zusammen mit den Pflegenden eine Kultur des würdevollen Zurechtmachens eines Leichnams (Augen und Mund schließen; ggf. den Verstorbenen waschen; Schläuche, Sonden, Maschinen usw. entfernen; saubere Bettwäsche und Kleidung, ...).
- Treffen Sie Absprachen, wie Sie auch die äußeren Bedingungen im Rahmen einer Abschiedskultur gestalten wollen (z.B. Blumen ins Zimmer, Entzünden eines Gedenklichts [*Brandschutz!*], u.a.).
- Ermöglichen Sie der Seelsorge in Absprache mit den Angehörigen eine Aussegnung oder auch eine „weltliche“ Verabschiedungsfeier am Bett des Verstorbenen.

## Literaturempfehlung

Borasio GD (2011) Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, C.H. Beck-Verlag München

Kübler-Ross E (2014) Interviews mit Sterbenden. 6. Auflage der erw. Ausgabe von 2009, Kreuz Verlag Freiburg im Breisgau

Saunders C (2001) Hospiz und Begleitung im Schmerz. Herder Verlag Freiburg

Weiß W (1999) Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch für Angehörige und Gemeinden. Wichern Verlag Berlin

## 11. Angehörige und Psychiater – eine schwierige Beziehung?

Janine Berg-Peer

Viele Gründe sind denkbar, warum sich jemand für den Beruf eines Psychiaters entscheidet. Vielleicht ist es das Interesse für die Hirnforschung, oder auch die Möglichkeit, dem „Hirn beim Fühlen zuzusehen“ (Die Zeit online 21.07.2012, <http://www.zeit.de/2012/27/C-Kompakt>). Jemand kann sich dafür interessieren, wie über Neuroleptika im Gehirn wieder ein Gleichgewicht hergestellt werden kann, ein anderer für Konzepte der ambulanten Psychiatrie in Italien oder Finnland. Es gibt Psychiater, die in ihrer Familie Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben, oder deren Motivation es ist, kranken Menschen zu helfen. Aber eines hat sicher niemals eine Rolle gespielt: Der Wunsch, mit schluchzenden Müttern konfrontiert zu werden. Aber wer als Psychiater in der Klinik arbeitet, *wird* mit schluchzenden Müttern konfrontiert werden. Es werden mehrheitlich Mütter sein, die vor dem Arzt sitzen, deutlich seltener die Väter. Und diese Mütter schluchzen nicht nur, sie fordern, sie streiten, sie klagen an und stellen die ärztliche Kompetenz infrage. Sie fordern Gesprächszeit, Erklärungen zu therapeutischen Entscheidungen, kritisieren die Zustände auf der Station, wissen vieles besser und erwarten von Psychiatern immer wieder Zeit und Zuwendung.

„Es ist nicht meine Aufgabe, mich um Angehörige zu kümmern“, habe ich häufig von Psychiatern gehört. „Dazu habe ich keine Zeit, die brauche ich für meine Patienten.“ Aber: Es ist sehr wohl die Aufgabe von Psychiatern, sich mit schluchzenden Müttern auseinanderzusetzen. Nicht, weil es menschlich nett oder poli-

tisch korrekt ist oder zu den Qualitätsstandards der Klinik gehört. Sondern, weil das Verhalten von Psychiatern vor allem beim Erstkontakt der Familien mit der Psychiatrie ganz wesentlich die Einstellung von Müttern und Vätern, aber auch die der Patienten zur Psychiatrie prägt. Wenn dieser Erstkontakt – und alle weiteren Kontakte – misslingen, dann entwickeln Mütter eine negative Einstellung zur Psychiatrie und zu Ihnen als behandelndem Arzt. Sie werden kein Vertrauen zu der Klinik haben und diese Skepsis wird sich auch dem Kind vermitteln, das aber als Patient Vertrauen in den behandelnden Arzt haben sollte. Psychiater haben eine nicht zu unterschätzende Verantwortung für eine gelingende Beziehung zu Angehörigen. Der Patient steht immer in einer engen Beziehung zu der Familie und häufig vor allem zur Mutter. Das kann man für schlecht halten, das mag aus der Sicht des Psychiaters sogar zur Krankheit beigetragen haben. Es kann sein, dass ein Arzt das Verhalten der Mutter unerträglich findet, dass die Mutter ihm unsympathisch ist oder dass die schluchzende Mutter ihn an die eigene Mutter erinnert, zu der er auch eine komplizierte Beziehung hatte. All das darf professionell keine Rolle spielen. Die Mutter als wichtiger Teil des sozialen Umfelds wird die Therapie beeinflussen. Untersuchungen belegen, dass eine sinnvolle Einbeziehung von Angehörigen sich positiv auf den Genesungsprozess auswirkt. Der Psychiater hat einen großen Einfluss darauf, ob die Mutter mit am Therapieziel arbeitet oder ob sie es unterläuft.

Wenn die Mutter nicht angehört wird oder sich zurückgewiesen fühlt, dann wird sie ganz sicher nicht kooperieren. Diese Mütter werden ihrem Kind gegenüber Zweifel an der Kompetenz der Psychiater äußern, sie werden jede Kritik der Patienten an der Klinik als Bestätigung für ihre eigenen Zweifel nehmen. Sie werden zu anderen Ärzten laufen, in der Hoffnung, dass diese ihnen zuhören, und sich einmischen in die Medikamentengabe oder die Dauer von Krankenhausaufenthalten. Wenn die Beziehung gleich am Anfang nicht gelingt und auch während des weiteren Krankenhausaufenthaltes nicht verbessert wird, dann wird jeder professionelle Hinweis von Psychiatern, dass etwa regelmäßige Besuche oder auch eine niedrigere Besuchsfrequenz angeraten sind, dass mehr Selbstverantwortung für den Patienten oder eine räumliche Entzerrung von Kind und Mutter nach dem Krankenhausaufenthalt wichtig seien, als Beweis dafür gesehen, dass der Psychiater der Mutter misstraut, sie als Wurzel des Übels ansieht und dem Patienten entfremden will.

### **Was können Ärzte tun? Was wünschen sich schluchzende Mütter von Psychiatern?**

Ganz sicher beim Ausbruch der Krankheit und dem ersten Klinikaufenthalt keinen eilig vorgebrachten Kurzvortrag über Neurotransmitter, wie ich es erlebt habe. Auch das Angebot einer monatlichen Angehörigengruppe ist noch nicht der Durchbruch in der Angehörigenarbeit und ersetzt keine Gespräche. Versuchen Sie, sich in die Lage der Mutter zu versetzen: Oft ist der Diagnose ein langer Zeitraum von schwierigen Verhaltensweisen vorausgegangen, die bereits das Gleichgewicht der Familie empfindlich gestört haben. Da mag die Diagnose fast eine Erleichterung sein; man weiß nun, was zu diesem schwierigen Verhalten geführt hat. Vielleicht erwartet die Mutter nun vom Arzt Trost und die Zusicherung, dass

jetzt alles wieder gut wird. Man hat eine Diagnose, dafür muss es doch eine Therapie geben. Wenn die Krankheit unvermittelt ausgebrochen ist, bricht für Mütter die Welt zusammen, sie stehen unter Schock und verstehen nicht, dass gerade in ihrer Familie diese Katastrophe passiert ist. Sie wünschen sich vor allem Trost und Verständnis und eine Aufklärung über die nächsten Schritte, damit sie wieder Boden unter den Füßen bekommen. Für den Psychiater ist ein neuer Patient eine normale Erscheinung des Arbeitsalltags; für die Familie ist dieses Ereignis ein unvorstellbarer Einbruch, vergleichbar einem Zugunglück oder schweren Verkehrsunfall. Niemand würde dort die Beteiligten mit den Worten nach Hause schicken, sie könnten nächste Woche noch einmal anrufen. Dort würden Helfer organisiert, Seelsorger oder Traumatherapeuten kämen zum Einsatz. Aber Mütter werden nach Übermittlung der Diagnose Schizophrenie nach Hause geschickt und haben Glück, wenn sie Tage später überhaupt einen Termin bekommen.

### Was kann der Psychiater tun?

Er kann nicht alle Wünsche der Mütter erfüllen, schon gar nicht die Hoffnung, dass nun alles wieder gut würde. Er hat keine Zeit für lange Gespräche. Aber er kann nach der Einweisung für ein Gespräch zur Verfügung stehen oder es zumindest zeitnah in Aussicht stellen. Er kann in dem Gespräch auf die Gefühle der Mutter eingehen und ihr vermitteln, dass er weiß, wie schwer die Situation für sie ist. Er kann ihr die nächsten Schritte erläutern und diese auch *begründen*. Es ist durchaus möglich, für einen Laien verständlich zu erklären, wie die weitere Vorgehensweise sein wird. Er sollte den Eltern versichern, dass er alles tun wird, um dem erkrankten Kind zu helfen. In ihrer aufgeregten Verfassung brauchen sie jetzt Beruhigung.

Sicher ist es für einen jungen Arzt nicht einfach und auch nicht angenehm, mit einer verzweifelten älteren Frau reden zu müssen. Vermutlich gehört der Umgang mit solchen Gesprächen auch nicht zur Ausbildung. Aber man kann sich auf solche Gespräche vorbereiten.

Jahrelang habe ich mit Führungskräften geübt, wie schwierige Mitarbeitergespräche geführt werden können. Wenn man mit einem unbehaglichen Gefühl und ohne Plan in ein Gespräch geht, wird es nicht erfolgreich sein. Wenn man gehetzt in das Gespräch geht, weil die nächste Übergabe drängt oder die Kantine in fünf Minuten schließt, dann wird man nicht das erreichen, was man will. Man muss mit klarem Ziel und klarer Haltung in das Gespräch gehen und genau wissen, welche Botschaften in diesem Gespräch übermittelt werden sollen. Das Ziel muss es zunächst sein, die Mutter für eine Kooperation zu gewinnen, damit sie nicht die therapeutischen Bemühungen der Psychiater konterkariert. Das erste Gespräch sollte nicht mit Informationen überfrachtet werden, das könnte in dieser Situation überfordern. Um die Mutter zu gewinnen und Kooperationsbereitschaft zu erreichen, muss man Verständnis und Wertschätzung zeigen und die Sicherheit vermitteln, dass ihr Kind professionell behandelt wird.

Wichtig und hilfreich – und selten in Kliniken genutzt – könnten schriftliche Informationen sein: Informationen über die Erkrankung und über Medikamente,



organisatorische Details des Krankenhauses, Adressen des Angehörigenverbands, von Betroffenenverbänden, Psychosegruppen und Psychotherapeutinnen, die sich mit psychischen Krankheiten auskennen. Es mag Arbeit für eine Klinik sein, diese Informationen zusammenzustellen, aber das ist eine Investition, die sich lohnt: Sie nehmen den Psychiatern viel Arbeit ab: Angehörige können sie in Ruhe durchlesen und haben Ansprechpartnerinnen für die vielen Fragen, die sie dann dem Psychiater nicht mehr stellen müssen. Warum nicht ein *Starterkit für Angehörige*? Der Arzt sollte deutlich machen, dass seine Sorge vor allem dem Patienten gelten muss und dass es der Mutter helfen kann, wenn sie selbst therapeutische Hilfe sucht. Psychiater sollten sich nicht hinter der ärztlichen Schweigepflicht verstecken: Man kann die Mutter darüber aufklären und ihr vorschlagen, den Sohn davon zu überzeugen, dass ein Gespräch zwischen Mutter und Psychiater ihm nützen kann. Die Ärzte sollten den Angehörigen regelmäßige Gespräche in Aussicht stellen und auch eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse zur Verfügung stellen, unter denen sie auch wirklich erreichbar sind.

Wenn der Psychiater sich Zeit nimmt für gut vorbereitete Gespräche, kann er nur gewinnen: Mit den schriftlichen Informationen Zeit für die eigentliche psychiatrische Arbeit. Mit einem zugewandten Gespräch das Vertrauen der Mutter, das es ihm später ermöglicht, auch Hinweise geben zu können, die eine Mutter zunächst schwierig findet. Niemand muss Angst davor haben, dass Mütter eine Telefonnummer für tägliche Panikanrufe nutzen werden. Panikanrufe oder Gesprächswünsche entstehen aus der Angst, nicht informiert und ausgeschlossen zu sein. Das Angebot, anrufen zu *können*, wirkt beruhigend. Ein zeitnahe Rückruf bei aktuellen Fragen, der nicht länger als wenige Minuten dauern muss, trägt zur Beruhigung der Angehörigen bei, die zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses notwendig ist. Und wenn eine Mutter tatsächlich die Telefonnummer für tägliche Anrufe missbrauchen sollte, dann kann man ihr freundlich aber klar vermitteln, dass mit diesen Anrufen niemandem geholfen ist. Ganz wichtig ist ein abschließendes Gespräch, in dem gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen die Therapie *nach* dem Krankenhausaufenthalt besprochen wird.

In meiner 17-jährigen Erfahrung habe ich Psychiater nie als inkompetent oder desinteressiert an meiner Tochter erlebt. Aber ich habe mich oft ausgeschlossen, missachtet oder bevormundet gefühlt. Anfangs hat das auch bei mir dazu geführt, dass ich mich in die Aufgeregtheiten meiner Tochter hineinziehen lassen habe und Psychiater und Therapie kritisiert habe. Die wenigen Psychiater, die mit mir sprachen und mir Hinweise gaben, haben mir geholfen, sicherer im Umgang mit meiner Tochter zu werden und die Therapieziele zu unterstützen.

**Auch schluchzende Mütter können vieles verstehen, wenn man ihnen wertschätzend entgegentritt.**

## Literaturempfehlung

Amador X (2007) *I'm not Sick, I don't Need Help! How to Help Someone with Mental Illness Accept treatment.* Vida Press New York

## I Ärztliche Haltung im Alltag – praktische Tipps

Berg-Peer J (2013) „Schizophrenie ist scheiße, Mama!“ Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter. Fischer Frankfurt

Karp DA (2000) The Burden of Sympathy. How Families Cope with Mental Illness. Oxford University Press

Kuiper PC (1995) Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters. Fischer Frankfurt

## II. Ärztliche Selbstorganisation – Überleben im Stationsdschungel

### 1. Methoden zur Organisation des Arbeitsalltags

Winfried Reichwaldt und Uwe Reichwaldt

Zunächst sollten Sie sich einen Überblick verschaffen über die zeitliche Organisation Ihrer Station. Ohne Kenntnisse der institutionellen Zeitrahmen und der Hierarchien ist es für Anfänger sehr schwierig, eigene Vorstellungen von Zeitmanagement im Arbeitsalltag umzusetzen. Bezogen auf Ihre Person können Sie drei Handlungsebenen mit unterschiedlichen Anforderungen an Ihre Organisation von Zeit identifizieren.

#### Drei Handlungsebenen

##### *Ebene 1*

Hier benötigen Sie unbedingt elementare Methoden und Techniken des Zeitmanagements, denn die Ebene 1 beschreibt die Kernaufgaben Ihres Aufgabenprofils. Dazu gehören alle Prozesse, die sich direkt im Kontakt mit dem Patienten/den Angehörigen abspielen:

- Aufnahmeprozess
- Erstgespräch mit Beziehungsaufbau
- Anamnesen und Befunderhebungen

- Therapiezielplanungsgespräche
- Angehörigengespräche
- Krisenintervention
- Therapien wie Psychoedukation in Gruppen
- Vorbereitung der Entlassung

### ***Ebene 2***

Die direkte Ebene darüber stellen die Abstimmungsprozesse in Visiten, im Stationsteam und mit Oberarzt/Chefarzt dar. Hier haben Sie im Wesentlichen eine Berichterstattungsfunktion und die Funktion, Entscheidungen vorzubereiten. Untrennbar zeitlich verknüpft damit sind die Dokumentationspflichten, also das Führen einer Krankenakte.

### ***Ebene 3***

Diese Ebene ist sehr vielfältig und bietet steten Anreiz, sich dort zu verheddern. Ebene 3 umfasst Besprechungen innerhalb der Station mit Kollegen und anderen Berufsgruppen und alle Kontaktnotwendigkeiten außerhalb der Station – vor allem innerhalb der Klinik zu anderen Stationen, zur Ambulanz und zur Tagesklinik. Außerhalb der Klinik sind dies Kontakte zu den Zuweisern, zu sozialpsychiatrischen Einrichtungen oder Gremien innerhalb der Gemeindepsychiatrie.

### **Welche Methoden können Sie als Anfänger gut nutzen?**

Zunächst machen Sie sich vertraut mit einem – in alten Tagen Kalender genannten – *Zeitplanungsinstrument*, in der Regel wird dies Outlook sein; aber auch ein Timer tut gute Dienste. Wichtig ist, dass Sie diese Funktionen oder Hilfsmittel tatsächlich nutzen. Dazu gehört der abendliche Check mit Übertragung der unerledigten Aufgaben, das Einplanen von Zeitpuffern und das Erstellen von To-do-Listen für einzelne Aufgaben und Prozesse.

Machen Sie sich Gedanken, wie Ihre *Schreibtischorganisation* aussehen soll und wie Sie sich gegen Zeitdiebe schützen können. Sie sind nicht ganz so gefährlich wie bei Momo, verursachen jedoch Verwuselung, Überlastung, Konflikte, Chaos, Arbeitsunzufriedenheit und erhöhten Krankenstand.

### ***Zeitdiebe***

- „Aufschieberitis“ und Unentschlossenheit
- Unfähigkeit, nein zu sagen
- zu lange Telefonate
- zu lange Gespräche
- Ablenkungen dankbar akzeptieren
- unkonzentriertes Arbeiten
- alles selbst tun wollen
- fehlende Planung und Selbstorganisation



- Überperfektionismus, alles wissen wollen
- Mitarbeiter mit großem Mitteilungsbedürfnis
- telefonische Unterbrechungen
- langwierige Abteilungsbesprechungen
- Sägezahnstörungen (s.u.)
- unnötige Rückfragen wegen fehlender Infos

### **Gegenstrategien**

- “It’s not my cup of tea.”
- „Tue einem einen Gefallen und es wird dein Job.“
- „Eine erledigte Angelegenheit ist besser als viele halb fertige.“

### **Zeitanalyse**

Wieviel Zeit fließt in die direkte Patientenarbeit, wie viel Zeit ist geblockt für Visiten, Fallbesprechungen oder Teamsitzungen?

Es gibt eine Reihe von Methoden, Patientengespräche und Teamsitzungen effektiver zu gestalten. Halten Sie diese Kernzeiten frei von Störungen, indem Sie in Absprache mit dem Team Telefonzeit für sich festlegen und definieren Sie Zeiten, in denen Sie nur im Notfall erreichbar sind.

Befreien Sie sich – soweit es geht – von Störungen! Jede Störung verlängert den Prozess der Erledigung um 50% (s. Abb. 1).

### **Sägezahneffekt**

Wenn Sie konzentriert arbeiten, z.B. an einem Arztbrief oder mit hoher Konzentration und Aufmerksamkeit ein Gespräch führen, bedeutet eine Störung den Abbruch der Konzentration, die Sie nach jeder Störung wieder hochfahren müssen (s. Abb. 1).

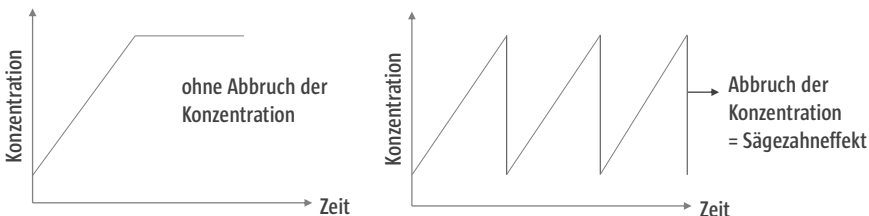


Abb. 1 Zeitverlust durch Störungen um 50%

### **Teamarbeit als ein effektives Instrument des Zeitmanagement oder „Wer allein arbeitet, addiert – Wer zusammen arbeitet, multipliziert“**

Wenn Sie neu auf die Station kommen, können Sie nicht im Alleingang eingefahrene Besprechungskulturen ändern. Es empfiehlt sich, zunächst mit der pflegeri-

schen Seite Optimierungsvorschläge zu sammeln. Diese beziehen sich zunächst auf die eingesetzten Methoden.

Wird durchgängig visualisiert? Werden Flipcharts und Moderationsmaterialien dazu eingesetzt? Visualisierung vermeidet Redundanz und lässt später Hinzukommende leichter in den Diskussionsprozess einsteigen. Benennen Sie einen Anfang und Endpunkt der Besprechung. Grenzen Sie Störungen auf Notfälle ein.

Sammeln Sie die zu besprechenden Punkte und überlegen im Team wie viel Zeit Sie den einzelnen Punkten zuweisen bzw. welche Priorität sie haben. Überschreiten Sie niemals den Endpunkt einer Besprechung, sondern verabreden Sie in der Besprechung, welche der noch ausstehenden Punkte vertagt werden können. Schreiben Sie diesen in den Themenspeicher für die nächste Besprechung. Wenn Sie das Team moderieren oder leiten – eins von beiden sollten Sie tun in Absprache mit der Pflege und Kollegen – denken Sie stets an Konsensabfragen: „Sind jetzt wirklich alle mit dem Ergebnis einverstanden?“ Ein kurzes Ergebnisprotokoll, das direkt nach der Sitzung verteilt wird (handschriftlich und auf den Kopierer gelegt), ist viel effektiver, als erst Tage später ein ausführliches Protokoll folgen zu lassen. Für den Arbeitsprozess reicht ein Kurzprotokoll aus.

### ***Gesprächsgestaltung***

Genau wie bei der Teamorganisation können Sie Visualisierungen z.B. mittels Flipchart für die Therapiezielplanung mit Patienten nutzen. Eine möglichst störungsfreie Organisation und die Einhaltung der festgelegten Zeiten sind ebenfalls sehr hilfreich.

### **Zum arbeitsteiligen Vorgehen gehört die Delegation**

Die Delegation von Aufgaben hat mehrere Funktionen. Sie dient der Teambildung und führt zur Arbeitsentlastung. Delegieren Sie aus Ihrem Funktionsbereich nicht nur die Aufgabe/den Auftrag, sondern auch die Kompetenzen, die Verantwortung und die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Vereinbaren Sie mit Ihrem Mitarbeiter gemeinsam das Ziel der Aufgabe/des Auftrags und vereinbaren Sie eine Zeitschiene, während derer die Aufgabe zu erledigen ist und besprechen Sie den Fortgang regelmäßig. Delegieren Sie nicht nur bei Überlastung, sondern aus prinzipiellen Gründen: Betrachten Sie die Delegation als Entwicklungschance für Ihnen zugeordnete Mitarbeiter, z.B. Pflegekräfte. Delegieren Sie in Bezug auf den Mitarbeiter ressourcenorientiert. Delegieren Sie vollständige Aufgaben und nicht nur isolierte Teilaufgaben. Nehmen Sie sich Zeit für die Auftragsklärung bei der Delegation. Was Sie am Anfang nicht klar abgesprochen haben, führt am Ende zu einem Ergebnis, mit dem Sie nicht zufrieden sein werden.

### **Prioritäten**

Alle Anforderungen und Aufgaben sollten Sie einem Prioritätencheck unterziehen.



Die beiden grundlegenden Parameter lauten: dringlich und wichtig

- Ist etwas besonders wichtig und besonders dringlich, muss es sofort und gleich erledigt werden (z.B. akuter Notfall), entweder allein oder mit Kollegen, und hat somit eine (hohe) A-Priorität!
- Wenn etwas wichtig ist, aber nicht so dringlich, also noch Zeit hat, kann es kontrolliert delegiert oder später selbst erledigt werden und hat B-Priorität!
- Aber Achtung: In jedem Fall eine Wiedervorlage anlegen, die Sie an diese Aufgabe rechtzeitig erinnert, und zwar nicht erst, wenn der Endpunkt der Erledigung naht, sonst wird daraus wieder eine A-Priorität.
- Arbeiten Sie mit Deadlines! Der wirklich allerletzte Zeitpunkt, an dem eine Aufgabe erledigt sein muss: „The point of no return“ des Zeitmanagements.
- Ist etwas nicht wichtig, aber dringlich können Sie es delegieren.

### Das Eisenhower-Prinzip

Je nach hoher und niedriger Wichtigkeit oder Dringlichkeit einer Aufgabe lassen sich vier Möglichkeiten der Bewertung und (anschließender) Erledigung von Aufgaben unterscheiden (s. Abb. 2).

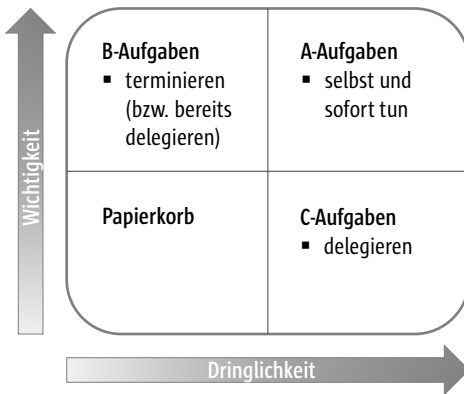


Abb. 2 Das Eisenhower-Prinzip

### Literaturempfehlung

Koenig D, Roth S, Seiwert LJ (2012) 30 Minuten Selbstorganisation. 14. überarb. Auflage. GABAL-Verlag Offenbach  
Krengel M (2013) Golden Rules: Erfolgreich Lernen und Arbeiten. Alles was man braucht. Selbstcoaching. Motivation. Zeitmanagement. Konzentration. Organisation. Eazybookz Lauchhammer  
Passig K, Lobo S (2010) Dinge geregelt kriegen – ohne einen Funken Selbstdisziplin. rororo-digitalbuch Reinbek  
Seifert JW (2005) Visualisieren, Präsentieren, Moderieren. GABAL-Verlag Offenbach  
Seiwert L (2009) Noch mehr Zeit für das Wesentliche. Goldmann München