

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS

IMPULSE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG

01.2022

PFLEGE

Neue Erkenntnisse über Wachkoma

Noch vor einigen Jahren galt die Annahme, dass Menschen im Wachkoma „nichts mitbekommen“. Dies wird leider an die Angehörigen weitergegeben, so dass auch diese wie das therapeutische Team über den Betroffenen, aber wenig mit ihm sprechen.



Foto: AdobeStock/igornul

Das Wachkoma ist eines der häufigsten Krankheitsbilder, das in der außerklinischen Intensivpflege vorkommt.

Die Deutsche Gesellschaft für klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN) schätzt, dass in Deutschland rund 5.000 Menschen im sogenannten Wachkoma leben. Das Gesundheitszentrum Main-Spessart geht von mindestens 10.000 Betroffenen in Deutschland aus. Zehntausende

sind es nach der Zeitschrift Spiegel, genauer 15.000 bis 30.000. Bisher sollte die korrekte Diagnose „Wachkoma“ durch die Verwendung einer Bewusstseinskala erfolgen. Doch die Praxis sieht anders aus: In nur fünf Prozent der Fälle wurde eine spezielle Skala wie die CRS-R benutzt. Ohne die

Verwendung der Skala liegt jedoch laut DGKN in 40 Prozent der Fälle eine Fehldiagnose vor.

Die Bewusstseinskala CRS-R

Es gibt zahlreiche sehr unterschiedliche Skalen zur Messung des Bewusstseins. Seit einigen Jahren wird die



- CRS-R Skala für die Diagnose und den Verlauf bei Menschen im Wachkoma empfohlen und eingesetzt. Die Abkürzung CRS-R steht für „Coma Recovery Scale – Revidierte Version“ und stammt aus dem Jahre 2008. Sie liegt in deutscher Übersetzung vor und kann im Internet unter Eingabe des Namens schnell gefunden werden, zum Beispiel vom SRH Fachkrankenhaus Neresheim. Mit der CRS-R werden systematisch die akustischen, visuellen, motorischen und verbalen Reaktionen auf Reize sowie der Aktivierungsgrad des Nervensystems erfasst und beurteilt. Es gibt eine ausführliche Anleitung zur richtigen Benutzung der Skala. Neben einem Punktesystem

Die Kommunikation mit dem Betroffenen konsequent beibehalten.

zur Auswertung werden auch Hinweise zur Intervention gegeben, um die Wachheit zu fördern. So zum Beispiel folgende Übung: „*Stimulieren Sie die Muskulatur des Patienten durch festen Druck auf das Gesicht, den Nacken, die Schultern, die Arme, die Hand, die Brust, den Rücken, die Beine, die Füße und die Zehen einer Körperhälfte. Die Muskeln sollten an ihrem unteren Ende fest zwischen Daumen und Zeigefinger zusammengedrückt werden. Während der Muskel fest zusammengedrückt wird, sollte er drei- bis viermal zwischen den Fingerspitzen hin und her gerollt werden. Diese Prozedur sollte sequenziell vom Gesicht bis zu den Zehen wiederholt werden. Der Untersuchende sollte sich vor der Durchführung der Maßnahme versichern, dass keine Gefäßzugänge, lokalen Verletzungen (zum Beispiel Frakturen, Dekubitus) oder systemischen Komplikationen vorliegen. Die gleiche Methode wird auf der anderen Körperhälfte durchgeführt.*“ (aus: CRS-R Skala Deutsche Version 2008, Petra Maurer-Karattup, SRH

Fachkrankenhaus Neresheim. fachkrankenhaus-neresheim.de/cps/rde/xbcr/srh/de/fk-neresheim/media_g17/CRS-R_deutsche_Version.pdf)

Die Skala verbessert die Diagnosestellung bei Menschen im Wachkoma und kann wesentlich differenzierter „Verbesserungen“ feststellen. Dadurch kann eine verbesserte Therapie und vor allem Förderung des Bewusstseins der Betroffenen gefunden werden.

Wichtige Unterscheidung

Denn Wachkoma ist nicht gleich Wachkoma. Seit Jahren ist bekannt, dass bei einigen Patient:innen eine Verbesserung der Wahrnehmung möglich ist, bis hin zu einer Rückkehr ins Leben. Man bezeichnet diese Wachkoma-Zustände als „minimaler Bewusstseinszustand“ (minimal conscious state), der eben eine Erholung nicht ausschließt. Bei diesen Patient:innen sollten eine individuelle Förderung und Stimulation immer durchgeführt werden. Dagegen sind wohl nur wenige Menschen in dem irreversiblen „vegetativen Zustand“ (vegetative state).

Die CRS-R Skala kann dabei helfen, diese beiden Zustände zu unterscheiden, denn die Konsequenzen können erheblich sein – bis hin zur Freigabe eines Betroffenen zur Entnahme von Organen.

Was tun?

Es wäre viel erreicht, wenn die CRS-R Skala im Alltag mehr verwendet wird, denn ihre Anwendung ist weitaus weniger aufwendig, als man meint. Grundsätzlich sollte jedoch immer erstmal davon ausgegangen werden, dass das Wachkoma reversibel ist, und die Kommunikation mit dem Betroffenen konsequent beibehalten werden. Neuere Studien der Coma Science Group der Universität Lüttich haben jetzt ein Verfahren getestet, das der CRS-R Skala sogar noch überlegen zu sein scheint: Es besteht in einer ausgedehnten Ableitung des EEG mit mehr als 250 Elektroden und bildgebenden Verfahren wie das fMRT. In den ersten Studien haben ca. 17 Prozent der Wachkoma-Patient:innen typische

Wachkoma oder Apallisches Syndrom

Das Wachkoma ist eines der häufigsten Krankheitsbilder, welches in der außerklinischen Intensivpflege vorkommt. Die Statistik besagt, dass in Deutschland mindestens 10.000 Menschen jährlich durch Autounfälle, Sport, Stürze, Schlaganfall, traumatische Ereignisse oder Krankheiten schwere Hirnverletzungen davontragen und in ein Wachkoma fallen. Wann und ob die Betroffenen das Bewusstsein wiedererlangen, ist nicht einzuschätzen. Das Wachkoma kann einige Wochen, Monate und im schlimmsten Fall bis zum Lebensende bestehen bleiben. In dieser äußerst schwierigen Lebenssituation sind Angehörige auf kompetente Hilfe angewiesen.

deutschefachpflege.de/wiki/apallisches-syndrom-wachkoma

Aktivierungsmuster gezeigt, die auch bei gesunden Menschen auftreten. Teilweise war sogar eine einfache Kommunikation mit den Patient:innen möglich. In einer aktuellen Studie reagierten drei von 16 Wachkoma-Patient:innen auf verbale Aufforderungen, die mit der CRS-R Skala nicht erfasst wurden. In kurzer Zeit ist nicht zu erwarten, dass bildgebende Verfahren aufgrund der hohen Kosten in der Diagnostik eingesetzt werden, aber man empfiehlt deshalb die Verwendung des differenzierten EEGs. 📍

Foto: Privat



Gerhard Schröder

Lehrer für Pflegeberufe, PDL, Leiter der Akademie für Wundversorgung, info@akademie-fuer-wundversorgung.de

KRANKHEITSBILD

COPD – chronic obstructive pulmonary disease

Die ersten Charakteristika der COPD-Erkrankung wurden schon vor 400 Jahren entdeckt. Seitdem unterliegt die Definition einem steten Wandel. 1965 prägte der amerikanische Arzt William Briscoe den Begriff COPD.



Foto: AdobeStock/DOC/BAE Media

Bei einer COPD-Erkrankung treffen entzündete verengte Bronchien und ein Emphysem zusammen, sodass sich die Folgen gegenseitig verstärken.

COPD ist eine unheilbare chronisch obstruktive Lungenerkrankung, bei der die Atemwege entzündet und/oder dauerhaft verengt (obstruktiv) sind.

Meist liegt der Erkrankung eine chronische Entzündung der Bronchien zugrunde, die auch mit verengten Atemwegen einhergehen kann. Ein möglicher weiterer Faktor ist das sogenannte Lungenemphysem, bei dem es zu einer Überblähung der Lunge kommt. Ursache ist hierbei die Zerstörung der Alveolen (Lungenbläschen), wodurch es durch die Verringerung der Fläche für den Gasaustausch zu Schwierigkeiten beim Atmungsvorgang kommt. Bei einer COPD treffen entzündete verengte Bronchien und ein Emphysem zusammen, sodass sich die Folgen gegenseitig verstärken.

Laut der Weltgesundheitsorganisation ist COPD weltweit die dritthäufigste Todesursache und steht an sechster Stelle innerhalb Deutschlands.

Ursachen

Schätzungsweise sind 80-90 Prozent der COPD-Erkrankungen durch Tabakrauchen verursacht. Bis zu 50 Prozent

**Schätzungsweise
80 bis 90 Prozent
der COPD-Erkrankungen sind durch
Tabakrauchen verursacht.**

der älteren Raucher:innen entwickeln im Laufe ihres Lebens diese Lungenerkrankung. Grund dafür sind Schadstoffe wie Tabakrauch, Staub und Gase, die die Atemwege schädigen und zu einer dauerhaften Entzündung der Bronchien führen.

Durch die chronische Bronchitis wiederum werden die Flimmerhärchen (Zilien) zerstört, die für die Reinigung der Lunge wichtig sind. Schadstoffe und Krankheitskeime bleiben an dem feinen Schleimfilm der Flimmerhärchen kleben, was bei einer chronischen Bronchitis dann nicht mehr ordnungsgemäß funktioniert. Der Schleim wird nicht mehr abtransportiert und verstopft die Bronchien.

Weitere Faktoren, die ursächlich sein können, sind:



- Berufliche Belastung durch Chemikalien
- Aussetzung hoher Staubkonzentrationen
- Umweltverschmutzung
- Akute Erkrankungen (z.B. virale Lungenentzündung)
- Gesteigerte Nitritaufnahme (z.B. durch gepökeltes Fleisch).

Symptome

- AHA-Symptomatik (Atemnot, Husten, Auswurf)
- Husten mit Auswurf (vor allem morgens)
- Kurzatmigkeit unter Belastung (Belastungsdyspnoe), im weiteren Verlauf auch Atemnot ohne körperliche Anstrengungen mit erschwelter Ausatmung
- Durch Atemnot und den dadurch resultierenden Mangel an Sauerstoff im Blut kommt es zur Blaufärbung der Extremitäten (Zyanose).
- Im Endstadium der Krankheit kommt es zu schweren Schädigungen im Herz-Kreislauf-System.
- Sekundäre Erkrankungen können auch Depressionen, Blutarmut, Muskelabbau und Gewichtsverlust sein.

COPD ist weltweit die dritthäufigste Todesursache und steht an sechster Stelle in Deutschland.

Diagnose

Der erste Schritt ist ein Besuch beim Hausarzt, der eine ausführliche Anamnese durchführt. Leider ist COPD in den ersten Stadien oft unauffällig und schwer zu diagnostizieren. Daher empfiehlt es sich, bei Verdacht einen Termin für den Lungenfunktionstest (Spirometrie) zu machen. Dieser deckt COPD sehr sicher auf und hilft, den

Schweregrad diagnostisch zu bestimmen.

Weitere sinnvolle Untersuchungen wären eine Blutgasanalyse, bildgebende Methoden, wie EKG, Röntgen und CT sowie die Untersuchung des Auswurfs und ein Allergietest.

Behandlung

Die primären Ziele der COPD-Therapie sind, das Fortschreiten der Krankheit zu vermindern, das körperliche Wohlbefinden des Patienten zu verbessern und eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten. Dafür ist für Raucher der wichtigste Schritt mit dem Rauchen aufzuhören.

Generell ist es unerlässlich, den richtigen Umgang mit Atemnotattacken zu lernen. Das gibt den Erkrankten Sicherheit in dieser Notfallsituation.

Medikamentös unterscheidet man kurzwirksame und langwirksame Medikamente, sogenannte Bronchodilatoren, die verengte Bronchien erweitern und die Schleimhautschwellungen verringern. Die gängigsten Bronchodilatoren sind die Betamimetika und die Anticholinergika, die durch ihre unterschiedliche Wirkungsweise auch für eine bessere Wirkung kombiniert werden können. Bei häufigen akuten Krankheitsschüben werden bei höheren Schweregraden auch inhalierbares Cortison und Roflumilast eingesetzt.

Als letzte Option gibt es die Möglichkeit der Lungentransplantation, die jedoch aufgrund mangelnder Organspenden häufig nicht zur Anwendung kommt.

Psychosoziale Aspekte

An einer unheilbaren chronischen Erkrankung zu leiden, ist ein Schock, der erst einmal verarbeitet werden muss. Bei COPD kommt häufig noch die Angst vor akuter Atemnot dazu. Die Betroffenen sind bei vorangeschrittener Krankheit oftmals eingeschränkt bei körperlichen Aktivitäten und isolieren sich von Angehörigen und Freunden – auch aus Angst, unterwegs keine Luft mehr zu bekommen.

Notfall-Regeln

- Ruhe bewahren
- Notfallmedikament einnehmen
- Hilfe verständigen
- Vorbereiten und Bereithalten des Notfallsets (Medikamente, Inhalierhilfe, Notfallplan, Patientenverfügung)

WICHTIG!

Schulen Sie Angehörige mit dem Notfallplan und dem Notfallset. So bekommen sie mehr Sicherheit und wissen, was im Ernstfall zu tun ist.

Wenn sich aus der Angst Panikattacken und Depressionen entwickeln, sollten sich die Erkrankten Hilfe bei Selbsthilfegruppen und psychologischen Berater:innen suchen.

Pflege von COPD-Patient:innen

Generell ist es wichtig, den erkrankten Menschen beim angemessenen Selbstmanagement mit seiner Erkrankung zu schulen und zu unterstützen.

Diese zentralen Schwerpunkte bei der Pflege von COPD sollten beachtet werden:

- Bewertung und Überwachung der Krankheit, damit Exazerbationen frühestmöglich erkannt werden
- Reduktion der Risikofaktoren, allen voran der Tabakentwöhnung
- Medikamenten-, Dyspnoe- und Impfmanagement (Influenza-, Pneumokokken- und Covid-19-Impfungen)
- Pneumonieprophylaxe
- Atemübungen (Lippenbremse, Kutschersitz, Torwartstellung). ⚡

Foto: Privat



Malin von Lingelsheim
Frei Autorin für die
Seifert&Trauernicht GbR

ZEHN-MINUTEN-AKTIVIERUNG

Eine Aktivierungsstunde zum Thema Winter

Im Januar erleben wir den Winter mit all seinen eisigen und all seinen schönen Facetten. Hier haben wir Ideen für eine winterliche Aktivierungsstunde mit Ihren Patient:innen zusammengestellt.



Foto: AdobeStock/candy1812

Sich erinnern und miteinander ins Gespräch kommen: Wie haben Sie die Winter in Ihrer Kindheit erlebt?

Kalendarisch beginnt der Winter auf der Nordhalbkugel mit dem kürzesten Tag im Jahr, der Wintersonnenwende am 21. Dezember, und endet am 20. März mit der Tag- und Nachtgleiche, dem kalendarischen Frühlingsanfang. Nutzen Sie die kalte Jahreszeit, um mit ihren Patient:innen ins Gespräch zu kommen und sich an die vergangenen Winter zu erinnern.

Fragen/Gesprächsanregungen

- Was haben Sie in Ihrer Kindheit am liebsten im Winter gemacht und was war nicht so schön?
- Können Sie Schlittschuh laufen?
- Wer hat es Ihnen beigebracht?
- Wann wurde es Ihnen beigebracht, als Kind oder Erwachsener?
- Hatten Sie eigene Schlittschuhe? Waren es Schuhe mit Kufen an einem Stück oder wurden die Kufen unter die Straßenschuhe geschnallt?
- Aus welchem Material waren die Schlittschuhe und welche Farbe hatten sie?
- Können Sie sich noch an einen richtig kalten Winter erinnern?
- Können Sie sich an sehr viel Schnee erinnern? Und auch an die Schneekatastrophe 1978/1979 in Norddeutschland?
- Hat es bei Ihnen auch Fahrverbote gegeben?
- Mussten Sie schon mal Schneeketten am Auto benutzen?
- Mussten Sie auch Schnee schaufeln oder den Gehweg streuen? Wie war das damals, als Sie noch ein Kind waren?
- Haben Sie als Kind oder vielleicht mit Ihren Kindern einen Schneemann gebaut?
- Haben Sie schon mal eine richtige Schneeballschlacht gemacht?
- Hatten Sie einen Schlitten und sind Sie damit gerodelt?
- War der Schlitten gekauft oder selbst gebaut?
- Können Sie sich noch erinnern, wer den Schlitten gebaut hat, oder wo er gekauft wurde?

Winterspaß

Im Januar es endlich schneit!

Ein jeder sich darüber freut.

Wir zieh'n uns Handschuh' und Mütze an

und geh'n mit Freunden Schlitten fahr'n.

Schneemann und -frau werden gebaut,

bevor die weiße Pracht dann taut.

- Haben Sie Winterurlaub gemacht? Und wenn ja, wo?
- Können Sie Ski fahren?
- Womit vertrieben Sie sich früher lange Winterabende?
- Gab es spezielles Essen in den Wintermonaten? Und wenn ja, welches?



Foto: AdobeStock/M.Dorn & M. Frommherz

Mögliche Materialien

- Handschuhe, Schal, Mütze
- Schlittschuhe
- Wenn möglich, echten Schnee von draußen
- Schlitten
- Schneeschaufel
- Streusalz
- Alte Fotos von Kindern, die Schlittschuh laufen

➤ Bewegungsübungen

- Mit den Händen einen Schneeball formen
- Den Umriss eines Schneemannes nachformen
- Schlittschuhfahrbewegungen mit den Füßen
- Sich warmklopfen und Hände reiben
- Gedicht: Das Büblein auf dem Eis (s. u.)

Spiel: Alles, was weiß ist

Bei diesem Spiel nennen die Patient:innen der Reihe nach alles, was weiß ist. (Schnee, Puderzucker, Gardinen, Maus usw.)

Sprichwörter und Bauernregeln

- Das ist alles Schnee von gestern.
- Ist der Januar hell und weiß, wird der Sommer gerne heiß.
- Der Januar muss krachen, soll der Frühling lachen.
- Kommt der Frost im Januar nicht, zeigt im März er sein Gesicht.

Gedicht zum Mitmachen

Vom Büblein auf dem Eis

Gefroren hat es heuer
(Hände aneinanderreiben)
Noch gar kein festes Eis.

Das Büblein steht am Weiher
Und spricht so zu sich leis:

„Ich will es einmal wagen,
(Schultern hochziehen)
Das Eis, es muss doch tragen.“ –
Wer weiß?

Nutzen Sie die kalte Jahreszeit, um sich mit Ihren Patient:innen an frühere Wintererlebnisse zu erinnern.

Das Büblein stampft und hacket
(Fest mit beiden Füßen aufstampfen)
Mit seinem Stiefelein.

Das Eis auf einmal knacktet,
Und krach! schon bricht's hinein.
(Hände über dem Kopf zusammenschlagen)

Das Büblein platscht und krabbelt
Als wie ein Krebs und zappelt
(Krabbelbewegungen mit den Fingern)
Mit Schrein.

„O helft, ich muss versinken
(Die Arme nach oben recken)
In lauter Eis und Schnee!

O helft, ich muss ertrinken
Im tiefen, tiefen See!“

Wär nicht ein Mann gekommen,
(Rechte Hand aufs Herz legen)
Der sich ein Herz genommen,

O weh!

Der packt es bei dem Schopfe
(Ziehende Handbewegung machen)
Und zieht es dann heraus:

Vom Fuß bis zu dem Kopfe
Wie eine Wassermaus.

Das Büblein hat getropfet,
Der Vater hat's geklopft
(Eine Tracht Prügel andeuten)
Zu Haus.

Friedrich Güll (1812-1879). Idee: Winterfreuden von Andrea Friese, Vincentz Network

Lied

Vico Torriani: Zwei Spuren im Schnee.
[youtube.com/watch?v=aqlLzNhpFp4](https://www.youtube.com/watch?v=aqlLzNhpFp4)

Nele Trauernicht

Ausdrucken und verteilen

Drucken Sie die Ambulante Pflegepraxis aus und verteilen Sie alles oder einzelne Beiträge an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Downloads der Ausgaben finden Sie unter

[haeusliche-pflege.net/
Pflegepraxis](https://haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis)

KONFLIKTGESPRÄCHE

Wie treffe ich den „richtigen Ton“?

Die Lösung von Konflikten ist nie einfach. Doch Gesprächsstrategien helfen, Konflikte respektvoll beizulegen.



Foto: Adalberto/Thomas Reinier

Mit guter Vorbereitung und den richtigen Instrumenten zur Konfliktlösung wird ein beidseitiger Kompromiss realistisch.

Wer von uns kennt diese Situation nicht, ob im beruflichen Alltag oder in unserer Freizeit: Da ist die eine Person, die uns gerade gehörig „auf den Senkel“ geht, sei es aufgrund ihres Tuns oder ihres Verhaltens. Oder wir sehen uns auf einmal damit konfrontiert, dass jemandem unser Tun oder Verhalten so gar nicht gefällt. Die Lösung von Konflikten ist nie einfach. Nachfolgend erhalten Sie zehn Tipps, die Ihnen den Umgang mit Konflikten erleichtern können.

1. Selbst zu handeln ist immer die bessere Wahl als andere Entscheidungen treffen zu lassen: Nehmen Sie die Dinge selbst in die Hand. Zu schweigen ist keine gute Entscheidung, wenn es darum geht, einen Konflikt zu lösen. Stellen Sie sich auch konfliktreichen Situationen, springen Sie über Ihren eigenen Schatten. Nicht immer ist es mög-

lich, jeden Konflikt zu lösen, aber oft kann eine für alle Beteiligte befriedigende Lösung gefunden werden.

2. (Re)agieren Sie vorausschauend: Zu einem Konflikt kommt es meist erst dann, wenn eine konkrete Entscheidung und/oder eine konkrete Handlung an- oder entsteht. Wenn Ihnen dies bewusst ist, können Sie häufig bereits vorab nach möglichen Lösungen suchen, bevor der Konflikt überhaupt erst entsteht.

3. Beginnen Sie immer bei sich selbst mit der konstruktiven Konfliktlösung: Ihre eigene Einstellung zu der konfliktauslösenden Situation können Sie am besten beeinflussen. Damit senden Sie bereits ein positives Signal an ihr Gegenüber in Richtung Konfliktlösung. Dieses Verhalten zeichnet Sie zudem auch nach außen als einen

professionellen Gesprächspartner aus.

4. Beziehen Sie klare Position: Seien Sie offen und ehrlich zu ihrem Gegenüber. Zeigen Sie Echtheit und Aufrichtigkeit. Handeln und reagieren Sie ohne vorgespülte Fassade. Wenn dies gelingt, können Sie Ihren Gesprächspartner positiv beeinflussen. Er weiß bei Ihnen „woran er ist“. Sie vermitteln ihm Akzeptanz und Bereitschaft zur Selbstreflexion und Ehrlichkeit im Gespräch.

5. Zeigen Sie Empathie: Unter Empathie wird das einfühlsame Verstehen Ihres Gegenübers verstanden. Es bedeutet, dass Sie in der Lage sind, sich in die Gefühlswelt des anderen hineinzusetzen und Emotionen in Worte zu fassen. Die Kunst dabei ist, die Empfindungen des Gegenübers wahrzunehmen



- und in der Lage zu sein, sich in seine Gefühlswelt hineinzusetzen und diese in eigenen Worten richtig beschreiben (spiegeln) zu können.
6. **Nutzen Sie Ihre Empathie als „Konfliktmedizin“:** Besonders in sehr konfliktbehafteten Gesprächen kann echte Empathie manchmal als Allheilmittel wirken. Sind Sie selbst an dem Konflikt beteiligt, bedeutet dies aber auch gleichzeitig, die eigenen Emotionen erst einmal zurückzustellen. Wenn Sie es schaffen, durch aktives Zuhören und Nachfragen auch einmal die Sichtweise Ihres Gegenübers einzunehmen, wird allein der Versuch in der Regel durch Anerkennung und ein erstes Aufbrechen der Fronten gewürdigt.
7. **Akzeptieren Sie Ihren Gesprächspartner:** In Konflikten konzentriert man sich meist ausschließlich auf die eigene Sichtweise. Es ist schließlich auch nicht „einfach so“ zu dem

Übernehmen Sie die Rolle des wertschätzenden Konfliktlösers.

Konflikt gekommen. Wenn Sie sich dann aber direkt in dem Konfliktgespräch befinden, so ist es hilfreich, Ihr Gegenüber – trotz Streit oder nicht nachvollziehbarer Meinungen – so zu akzeptieren, wie es ist.

8. **„Mann kann auf seinem Standpunkt stehen, aber man sollte nicht darauf sitzen“:** In der Hitze des Gefechts ist es eine große Herausforderung, dass Sie die Aussagen Ihres Gegenübers wirklich vollständig und richtig verstehen. Für das gegenseitige Verstehen können Sie als zunächst Zuhörender viel dafür tun:
- **Blickkontakt halten:** Der direkte Blick in die Augen signalisiert deutlich: „Ich habe jetzt Zeit für Sie“, „Ich

höre zu“. Nur wenn Sie sich konzentrieren, wirklich zuhören und nicht dazwischenreden, kann ein gutes Gespräch funktionieren.

- **Nonverbale und verbale Aufmerksamkeitsbekundungen:** Aufmerksamkeit und volle Konzentration auf das Gespräch können Sie durch sprachliche Aufmerksamkeitsbekundungen wie auch Mimik, Gestik und Körperhaltung signalisieren.
 - **Rückmeldung geben:** Mit kurzen Rückmeldungen im Gespräch signalisieren Sie Ihrem Gesprächspartner, dass Sie wirklich Zuhören und konzentriert bei ihm sind.
9. **Stellen Sie Rückfragen:** Seien Sie mutig. Trauen Sie sich, im Gespräch aktiv zuzuhören und das Gehörte mit eigenen Worten zu wiederholen. Dieses Verhalten hat als Zeichen der Zuwendung und Wertschätzung gegenüber Ihrem Gesprächspartner eine große Wirkung.

10. **Trauen Sie sich auch an emotionale Aussagen heran:** Wenn Ihr Gegenüber emotionale Aussagen trifft, ist es wichtig, darauf einzugehen. Versuchen Sie, „hörbare“ Emotionen in Worte zu fassen.

Wenn Sie ernsthaft an der Lösung eines Konfliktes interessiert sind, dann übernehmen Sie die Rolle des wertschätzenden Konfliktlösers. Konflikte lösen sich meist nicht von selbst. Überlassen Sie passiv die „Problemlösung“ Ihrem Gegenüber, so werden Sie sich immer mit einem Ergebnis abfinden müssen, welches im Zweifelsfall Ihre Position nicht berücksichtigen wird. Mit einer guten Vorbereitung und den richtigen Instrumenten zur Konfliktlösung wird ein beidseitiger Kompromiss auch realistisch. Gewinner sind damit Ihr Konfliktpartner und natürlich auch Sie selbst! ⚡



Ulrich Kalvelage
TQM Auditor und Qualitätsmanager für die ambulante und stationäre Pflege

Konzeption und redaktionelle Begleitung



Nele Trauernicht
Seifert&Trauernicht
GbR
nele@seifert-trauernicht.de



Philipp Seifert
Seifert&Trauernicht
GbR
philipp@seifert-trauernicht.de

Impressum

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS erscheint monatlich als regelmäßiges Supplement und damit als exklusiver Bestandteil der Zeitschrift HÄUSLICHE PFLEGE.

www.haeusliche-pflege.net

Der Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. AMBULANTE PFLEGEPRAXIS und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme der Beiträge erwirbt der Verlag alle Nutzungsrechte in Print- und elektronischen Medien. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors, nicht unbedingt auch die der Redaktion dar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion:
Lukas Sander (v.i.S.d.P.),
Tel. 05 11/99 10-1 21,
Fax 05 11/99 10-1 96,
E-Mail: lukas.sander@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag

Anzeigen:
Ralf Tilleke (Leitg.), T +49 511 9910-150,
Fax 05 11/99 10-1 59
Anschrift wie Verlag
Produktion & Layout
Maik Dopheide (Leitung), Birgit Seesing (Artdirection),
Dennis Wasner; herstellung@vincentz.net

Verlag:
Vincentz Network, Plathnerstraße 4c, 30175 Hannover

Druck:
Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH,
Langenhagen

© Vincentz Network GmbH & Co. KG
ISSN 0935-8234, 10487