

Klientenorientierte und interprofessionelle Kommunikation

Aufbau des berufsbegleitenden Bachelorstudiengangs "Pflege" im
Rahmen des BMBF-Teilprojektes PuG

Klientenorientierte und Interprofessionelle Kommunikation

Dr. phil. André Posenau

Impressum

Redaktion: Christina Guedes Correia, Carola Peters

Herausgeber: Hochschule für Gesundheit, Bochum

Copyright: Vervielfachung oder Nachdruck auch auszugsweise zum Zwecke einer Veröffentlichung durch Dritte nur mit Zustimmung des Herausgebers

Danksagung: Wir danken Annabelle Jandrich vom Center für lebenslanges Lernen (C3L) an der Carl von Ossietzky University Oldenburg für Ihre Unterstützung.

ISBN: 978-3-946122-05-0

Bochum, März 2016

Autorenprofil

Dr. phil André Posenau

Arbeitsgebiete

Geronto- und Soziolinguistik,
Pflegekommunikation, empirische
Kommunikationsforschung,
Gesundheitskommunikation, eHealth,
Trainingsmethoden und Beratung,
interprofessionelle Kommunikation



Kurzvita

Dr. André Posenau ist angewandter Linguist und Sozialpsychologe und -anthropologe. Er promovierte 2014 an der Ruhr-Universität Bochum im Bereich der Gerontolinguistik und analysierte mit empirischen konversationsanalytischen und soziolinguistischen Methoden die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal in der Altenpflege und dementen Bewohnern. Seit April 2015 vertritt er die Professur für Beratung in den Angewandten Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Gesundheit und ist mitverantwortlich für die kommunikative Ausbildung der Studierenden der Hebammenkunde. Neben den Hochschultätigkeiten ist er Kommunikationsberater und –trainer im Gesundheits- und Wirtschaftssektor.

E-Mail: andre.posenau@hs-gesundheit.de

Inhaltsverzeichnis

Autorenprofil	3
Einleitung	8
1 Kommunikationsmodelle und -theorien	12
1.1 Kommunikationskanäle	13
1.2 Bezugsgruppen der Pflege	18
1.3 Kommunikationsmodell: Sender-Empfänger-Modell	19
1.4 Kommunikationsmodell: Kommunikationsquadrat	22
1.5 Kommunikationstheorie: Axiome nach Watzlawick	26
1.6 Gesprächsphasen	34
1.7 Nutzen in der Pflege-Praxis	37
2 Sozialpsychologische Grundlagen	41
2.1 Rollen	41
2.2 Beziehung	45
2.3 Image und Rituale	47
2.4 Stereotype	49
2.5 Gruppen	52
2.6 Kontext, Macht und Asymmetrien	54
2.7 Relevanz in der Praxis	56
3 Gesprächstechniken	61
3.1 Aktives Zuhören	61
3.1.1 Para- und nonverbale Techniken	64
3.1.2 Verbale Techniken	65
3.1.3 Einsatz in der Pflege-Praxis	67
3.1.4 Tipps für das Aktive Zuhören	68
3.2 Fragetechniken	68
3.2.1 Offene Fragen	69
3.2.2 Geschlossene Fragen	71
3.2.3 Präzisierende Fragen	72

3.2.4 Alternativfragen	73
3.2.5 Skalare Fragen	73
3.2.6 Zirkuläre Fragen	74
3.2.7 Einsatz in der Pflege-Praxis	75
3.2.8 Tipps für Fragetechniken	76
3.3 <i>Argumentationstechniken</i>	76
3.3.1 Was bedeutet Argumentation?	77
3.3.2 Argumentationsklassen und Topoi	79
3.3.3 Aufbau einer Argumentation	83
3.3.4 Einsatz in der Pflege-Praxis	84
3.3.5 Tipps für zielführende Argumentationen	85
3.4 <i>Feedback</i>	85
3.4.1 Ziele des Feedbacks	86
3.4.2 Aufbau eines Feedbacks	87
3.4.3 Einsatz in der Pflege-Praxis	88
3.4.4 Tipps für Feedback-Gespräche	89
3.5 <i>Kritik</i>	89
3.5.1 Aufbau eines Kritikbeitrags	90
3.5.2 Einsatz in der Pflege-Praxis	91
3.5.3 Tipps für Kritik-Gespräche	92
3.6 <i>Metakommunikation</i>	92
3.6.1 Thematisierungsebenen	93
3.6.2 Einsatz in der Pflege-Praxis	97
3.6.3 Tipps für Metakommunikation	97
3.7 <i>Zusammenfassung der Techniken</i>	97
4 Empraktische Kommunikation	102
4.1 <i>Sinn und Zweck empraktischer Äußerungen</i>	103
4.2 <i>Struktur empraktischer Äußerungen</i>	103
4.3 <i>Einleitung der Handlung</i>	104
4.4 <i>Begleitung der Handlung</i>	105
4.5 <i>Abschluss der Handlung</i>	105

4.6 Besonderheiten des Gesprächstyps	106
4.6.1 Aufforderungen	106
4.6.2 Adressierung	107
4.6.3 Lob und Aufwertungen	109
4.7 Exkurs: Baby Talk	110
4.8 Relevanz im Pflegealltag	112
5 Interprofessionelle Kommunikation	115
5.1 Was bedeutet eigentlich Interprofessionalität?	115
5.2 Merkmale und Aufgaben in interprofessionellen Interaktionen	117
5.3 Struktur und Aufgaben in Fallbesprechungen	118
5.3.1 Struktur	118
5.3.2 Aufgaben in der Kernphase	119
5.3.3 Was birgt Konfliktpotenzial in Fallbesprechung?	122
5.3.4 Fragen, die zu einem produktiven Austausch beitragen	123
5.4 Relevanz für die Pflegepraxis	124
6 Bibliographie	128

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Distanzzonen nach Hall (übernommen aus Argyle 2005).....	17
Abbildung 2: Potentielle Bezugsgruppen der Pflegenden	18
Abbildung 3: Schemata des Sender-Empfänger-Modells	20
Abbildung 4: Nachrichtenquadrat nach Schulz von Thun (1981)	23
Abbildung 5: Nachrichtenquadrat und vier Ohren nach Schulz von Thun (1981)	25
Abbildung 6: Oszillationsprozess nach Watzlawick et al. (2008).....	30
Abbildung 7: Symmetrische und komplementäre Beziehungen nach Watzlawick et al. (2008)	33
Abbildung 8: Gesprächsphasen	35
Abbildung 9: Intra- und Interrollenkonflikte	44
Abbildung 10: Positive und negative face nach Goffman (1971).....	48
Abbildung 11: Abruf und Übertragung von Stereotypen	50
Abbildung 12: Komponenten der Grundhaltung.....	62
Abbildung 13: Positionsmöglichkeiten für Fragen.....	69
Abbildung 14: Der Weg zum gemeinsamen Verständnis einer Situation.....	75
Abbildung 15: Bestandteile einer Argumentation.....	77
Abbildung 16: Darstellung der Schemata und Topoi.....	80
Abbildung 17: Fünfsatz	83
Abbildung 18: Johari-Fenster	86
Abbildung 19: Feedbackschritte.....	87
Abbildung 20: Phasen im Kritikgespräch.....	90
Abbildung 21: Sprachliche Rahmung der Handlungen in der empraktischen Kernphase	104
Abbildung 22: Handlungsschemata Fallbesprechung.....	119

Bei allen Abbildungen handelt es sich um eigene Abbildungen. Bei Anlehnungen an andere Grafiken ist dies entsprechend vermerkt.

Einleitung

„Die beiden Wörter Information und Kommunikation werden oftmals synonym verwendet, aber sie bedeuten vollkommen verschiedene Dinge. Information ist austeilen; Kommunikation ist durchdringen.“

Überträgt man diese Aussage von Sydney Harris auf den Gegenstand dieses Studienmaterials, nämlich das Gespräch, trifft es den sprichwörtlichen Nagel auf den Kopf. Denn wir „tun“ weit mehr, wenn wir miteinander sprechen, als wir im Allgemeinen hin glauben und tauschen dabei mehr als nur „banale Informationen“ aus. Das trifft für Sie in der Situation als Pflegekraft im Besonderen zu, denn dem Sprechen in professionellen Situationen wird in der heutigen Zeit ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Die Fähigkeit, ein Gespräch zu koordinieren, ist mittlerweile ein Gütekriterium für professionelle Pflege, das wie die körperlichen Pflegehandlungen, gelernt, geplant, durchgeführt und reflektiert werden muss.

Genau an dieser Stelle wird Sie das Studienmaterial mit den dazugehörigen Lernaufgaben unterstützen und zum Nachdenken anregen, wie Kommunikation Pflegesituationen und die Beziehung zu Klienten und Kollegen beeinflusst und überhaupt erstmal gestaltet. Dies ist besonders relevant vor dem Hintergrund der routinierten Abläufe in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, die oft Ansprüche an die Pflegekräfte stellen, die es schwierig machen wirklich klientenorientiert zu handeln. Oft ist nur der Ablauf der Station der Pulsgeber und nicht die Bedürfnisse des Klienten. Doch genau daran arbeiten wir im Rahmen dieses Moduls. Wie nähern wir uns nun dem komplexen Gegenstand? Aufgeteilt ist das Ihnen vorliegende Studienmaterial in fünf Kapitel, die am Ende alle thematisch darauf hinauslaufen, das gesprochene Wort, die Art und Weise der Artikulation und die eigene Körpersprache reflektiert und zielorientiert einzusetzen, um Kommunikationsprozesse im pflegerischen Handeln professionell zu gestalten.

Im ersten Kapitel geht es um die uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, mit denen wir kommunizieren können und die bewährten Kommunikationsmodelle, die uns helfen zu beobachten und zu beschreiben, was wir tun, wenn wir mit anderen Menschen interagieren. Dieser Ausgangspunkt bietet uns die Möglichkeit, die Vieldeutigkeit von Kommunikationsprozessen nachzuvollziehen, die in der täglichen Praxis häufig für Konflikte sorgt. Den Abschluss des Kapitels bildet ein Einblick in Kommunikationstheorien, die Interaktionen ansatzweise prognostizierbar machen und sie bei der Planung unterstützen.

Anschließend geht es im zweiten Abschnitt um die sozialpsychologischen Grundlagen, bei denen die ungeschriebenen Regeln und Dynamiken des Zusammenlebens im Mittelpunkt stehen. Was beeinflusst unser Handeln und wie können wir mit automatisierten Interpretationsprozessen unseres Gehirns umgehen, sind Fragen, die Sie am Ende des Abschnitts beantworten können.

Im Folgenden geht es um konkrete Kommunikationstechniken, mit denen Sie Gespräche steuern können. Sie werden Rückmelde- und Frageverfahren systematisch erarbeiten, Gespräche planen und strukturieren lernen und Ihre Gedanken überzeugend und präzise mit Hilfe von Argumentationen auf den Punkt bringen. Alle diese Schritte sind notwendig, um in einer interprofessionellen und komplexen Arbeitssituation wie der Ihrigen klientenorientiert agieren zu können.

Darauf schließt ein kleiner Exkurs zu einem Gesprächstyp an, der für Pflegeberufe besonders relevant ist, der empirischen Kommunikation: das Sprechen, um gemeinsam zu handeln. Stellen Sie sich eine klassische Morgenpflegesituation vor, in der Sie mit den Klienten sprechen, obwohl Sie ja eigentlich praktische Handlungen (wie z. B. Ankleiden, Tabletten reichen, Aufrichten etc.) vollziehen. Hier kommt dem Sprechen ein besonderer Stellenwert zugute, denn die Handlungen müssen sprachlich eingeleitet, begleitet und abgeschlossen werden, damit das Gegenüber versteht, was

gerade geschieht. Dies ist unabdingbar, um Menschen würdevoll zu pflegen, obwohl permanent die Intimsphäre durch Entblößung oder Berührungen bedroht ist. Hier eine professionelle und reflektierte kommunikative Balance zu entwickeln, ist Ziel dieses Kapitels.

Anschließend wechselt der Fokus vom Klienten zu den Kolleginnen und Kollegen, denn der Austausch mit der eigenen oder anderen Profession birgt, aufgrund der unterschiedlichen Ziele und Herangehensweisen, häufig Konfliktpotentiale. Diesbezüglich nehmen wir Situationen unter die Lupe, die für unsere Klienten indirekt relevant sind. Gemeint sind damit Situationen, die ohne die Anwesenheit des Klienten Auswirkungen auf den Behandlungsprozess haben. Speziell geht es um Übergabegespräche und Fallbesprechungen, die Sie als professionelle Pflegekraft aktiv gestalten müssen, um im Sinne des Klienten verantwortlich zu handeln.

Wir gehen also gemeinsam vom Kleinen, den Interaktionen zugrundeliegenden Regeln und Verfahren, zum Großen, den Gesprächstypen. Alle Kapitel werden durch weiterführende Literatur und Übungsaufgaben im Studienmaterial und online ergänzt, was den Prozess vom Verstehen zum Verständnis für die Inhalte dieses Materials fördern soll.

Kapitel 1

Kommunikationsmodelle und -theorien

Lernziele des Kapitels

Nach Bearbeitung dieses Kapitels sollten Sie ...

- grundlegende Theorien und Modelle zum Thema Kommunikation nachvollziehen können,
- eine eigene Definition von Kommunikation entwickelt haben
- und die Kommunikationskanäle differenzieren können.

1. Kommunikationsmodelle und -theorien

Was ist denn eigentlich der Gegenstand, mit dem wir uns im Rahmen dieses Moduls beschäftigen? Jeder geneigte Leser wird nun sagen: Kommunikation in der Pflege; aber was ist das eigentlich? Ich kann Ihnen diese Frage leider nicht abschließend beantworten. Der Bereich ist so unüberschaubar und wurde schon von unzähligen unterschiedlichen Disziplinen beleuchtet. Dabei entwickelt jede wissenschaftliche Disziplin ihre eigenen individuellen Sichtweisen und damit einhergehende Annahmen über das, was wir tagtäglich tausendfach aktiv herstellen, nämlich Kommunikation. Meist geschieht dies während Pfl egetätigkeiten in Form von Gesprächen mit Kollegen und Klienten. Wir können uns dem Gegenstand, dem Gespräch, aber trotzdem nähern und dafür interdisziplinäre Erklärungsansätze heranziehen, die uns in der Pflegepraxis eine Orientierung bieten, um das professionelle kommunikative Handeln zu planen, zu gestalten und abschließend zu reflektieren.

Dabei werden zunächst im ersten Schritt die Kommunikationskanäle fokussiert, über die Nachrichten und Botschaften an bestimmte Bezugsgruppen übermittelt werden. Welche Eigenschaften diese „Übermittlung“ hat, bearbeiten wir anschließend anhand des Sender-Empfänger-Modells von Shannon und Weaver. Dann brauchen wir, um Gespräche präzise und verbalisiert reflektieren zu können, ein geeignetes Vokabular, um Interpretationsprozesse beschreiben zu können. Hierbei hilft uns das Modell von Schulz von Thun (1981), die Interpretationsmöglichkeiten einer Nachricht zu identifizieren und sie in Konfliktsituation zu verbalisieren. Anschließend schaffen wir mit der Theorie der fünf Axiome von Watzlawick et al. (2008) einen Rahmen, der Kommunikationsprozesse in Ansätzen prognostizierbar und planbar macht.

Ein kurzer Hinweis zur Lektüre dieses Kapitels: Kommunikationstheorien sind häufig sehr trocken und unmotivierend verfasst, sie rütteln häufig an den Grundgerüsten der Wirklichkeitskonstruktionen und der unmittelbare Nutzen

wird meist nicht direkt ersichtlich. Meine Empfehlung zur Verinnerlichung dieser Konstrukte: Testen Sie die Modelle und Theorien in der Realität. Beobachten Sie Kommunikationszusammenhänge und versuchen Sie Schritt für Schritt einzelne Punkte dieses Kapitels auf Situationen aus Ihrem Alltag zu übertragen. Dies hat häufig positive Effekte auf die Behaltensleistung und das Verständnis hinsichtlich der einzelnen Punkte, das unserem Alltagsverständnis häufig entgegengesetzt ist.

1.1 Kommunikationskanäle

Bevor wir zu den Rahmenbedingungen kommen, müssen wir erst mal die Kommunikationskanäle thematisieren, also wie kommuniziere ich eigentlich und welche „Teile“ von mir spielen dabei eine Rolle? Denn irgendwie muss das Gesagte ja von A (aus dem Gehirn des Sprechers) nach B (in das Gehirn des Zuhörers) kommen. Etabliert hat sich dabei die Differenzierung in verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikation. Diese drei übergeordneten Bereiche sind die ersten Ansatzpunkte, die wir beim Erarbeiten der Arbeitsdefinition des Begriffs Kommunikation in Augenschein nehmen.

Verbale Kommunikation

Mit verbaler Kommunikation ist alles sprachlich Produzierte gemeint, also alle gesprochenen Worte, die auf klar definierten Regeln beruhend (einer Grammatik) angeordnet und geformt werden. Im Allgemeinen spricht man bei der verbalen Kommunikation von der Sprache an sich (z. B. das Deutsche, das Englische, das Französische etc.). Durch die verbale Kommunikation ist es möglich, höchstkomplexe Sachverhalte zu vermitteln; denken Sie nur an die Relativitätstheorie oder die Schilderung bestimmter Handlungsschritte in der Wundversorgung. Ohne die verbale Kommunikationsmöglichkeit wäre die Inhaltsvermittlung oder Schilderung von Ereignissen niemals so präzise

möglich. Wenn wir auf kommunikative Techniken in Kapitel 3 zu sprechen kommen, geht es primär um die verbale Kommunikation.

Paraverbale Kommunikation

Die paraverbalen Marker der Sprache sind die über die Sprache hinaus vermittelten Aspekte der Kommunikation. Wir sagen gewisse Dinge nicht einfach nur, sondern wir sagen sie auf eine ganz bestimmte Art und Weise. Um es auf den Punkt zu bringen, was paraverbal meint, möchte ich meine Mutter zitieren, die immer „Der Ton macht die Musik“ zu sagen pflegte, denn der „Ton“ gibt sehr deutliche Anhaltspunkte darüber, wie das Gesagte (die Information) zu verstehen ist.

Entscheidend sind bei der Interpretation des Gesagten über die reine Information hinausgehend die verwendete Lautstärke und der Tonfall, das Sprechtempo, die Sprachmelodie, die Stimmlage und die Sprechpausen, die zu erkennen geben, wie etwas gemeint war. Sarkasmus oder Ironie zum Beispiel, sind zwei Phänomene, die durch die paraverbale „Färbung“ deutlich machen, dass der Sprecher das Gesagte nicht so meint, wie es auf der verbalen Ebene zu verstehen ist. Durch die paraverbalen Signale bekommen wir in Gesprächen viele Informationen darüber, wie der Sprecher das Gesagte verstanden wissen will.

Nonverbale Kommunikation

Der letzte große Bereich der Kommunikationskanäle ist das Nonverbale, also das ohne Sprache Vermittelte. Es hat grundsätzlich die Funktionen, das Gesagte zu unterstützen, Aspekte zu verdeutlichen, vorzubereiten oder zu ersetzen. In den ersten der drei genannten Funktionen ist es also nicht losgelöst vom gesprochenen Wort zu betrachten, während die letztgenannte ohne verbale Äußerung auskommt. Es ist vielen in alltäglicher Situation kaum bewusst, wie viele Signale wir durch das körperliche Kommunizieren senden

und verifizieren. Es ist jedoch wichtig zu wissen, welche Bereiche nonverbal eine Rolle spielen. Im Allgemeinen unterscheiden wir auch hier in Bereiche, die an Körperregionen festgemacht werden können. Ziel ist es in diesem Schritt, diese Bereiche zu identifizieren und keine erschöpfende Ausführung über die vermeintlichen Funktionen darzulegen (Argyle, 2005). Eine klare Abgrenzung der Bereiche hilft nämlich in der Praxis, um bestimmte wahrgenommene Auffälligkeiten präziser und wertungsfreier zu verbalisieren.

Mimik

Ähnlich wie bei der paraverbalen Kommunikation, wird bei der Interpretation der Mimik sehr schnell deutlich, ob unser Gegenüber das Gesagte ernst meint oder nicht. Wir sind nach tausenden von Jahren der Gesichtsinterpretation wirklich sehr gut im Interpretieren dieser Körperregion. Die meist automatischen Muskelbewegungen im Gesicht sind kulturell sehr stark geprägt und kaum beeinflussbar, deshalb scheinen sie als valider Indikator zur Verifizierung der Informationen (also der Frage, ob unser Gegenüber es so meint, wie er es sagt) zu funktionieren. Eine weitere Funktion der Mimik liegt im Ausdruck der Basisemotionen, die Menschen empfinden können. Sieben grundlegende Gesichtsausdrücke werden dabei üblicherweise differenziert: Freude, Ekel, Überraschung, Wut, Angst, Traurigkeit und Interesse (Argyle, 2005). Die Mimik ist somit neben der Tätigkeit als Informationsverifizierer ein starker Indikator für den emotionalen Zustand des Gesprächspartners. Nirgendwo sonst am Körper lässt sich leichter „ablesen“, was in unserem Gegenüber vorgeht.

Blickkontakt

Neben der Mimik ist der Blickkontakt ein stark beeinflussender Kanal. Wir verwenden ihn, um Souveränität oder Unsicherheiten auszustrahlen, aber auch bei der Steuerung des Gesprächs, also der Bestimmung des nächsten Sprechers, ist dieser Bereich des Körpers sehr stark beteiligt, obwohl wir,

wenn wir keine Aufmerksamkeit auf das Blickverhalten legen, kaum bewusst wahrnehmen oder steuern, was mit unseren Augen passiert.

Gestik

Die Bewegung der Arme und Position der Hände und Arme ist ein entscheidendes Datum bei der Interpretation von Verhalten. Ob jemand verschlossen, aufgeregt, erregt, engagiert oder wütend ist, interpretieren wir in hohem Maße anhand der Gestik (Argyle, 2005, S. 43). Ein weiterer Punkt, der die Gestik für das Tätigkeitsfeld der Pflege so spannend macht, sind Körperberührungen. Im Gegensatz zu anderen Berufen, ist der Körperkontakt während der Pflegetätigkeiten unabdingbar.

Körperkontakt

Der Körperkontakt ist die grundlegendste Form der Kommunikation, durch den Einstellungen kommuniziert werden können. Dieser Kontakt kann in unterschiedlichen Formen stattfinden. Nach Argyle (2005, S. 267f.) wären dies klapsen, schlagen, kneifen, streicheln, schütteln, küssen, lecken, festhalten, führen, umarmen, kitzeln etc. Die Besonderheit in der Pflege ist die häufige Berührung des Gegenübers in den unterschiedlichsten Formen, die einfach zum Spektrum der Pflegetätigkeiten dazu gehört. Wichtig ist es, an dieser Stelle nachzuvollziehen, dass auch die Intensität der Berührung, z. B. wie bei einer Lagerung gegriffen oder am frühen Morgen gewaschen wird, Kommunikation ist und die Beziehung zum Klienten positiv oder negativ beeinflussen kann.

Proxemik

Dies führt zu einer weiteren Besonderheit, der Proxemik. Diese bezeichnet das räumliche Verhalten in Interaktionen, also wie sich die Gesprächspartner zueinander positionieren und welche Nähe sie dabei räumlich betrachtet aufbauen. Dabei wird zwischen Nähe, Orientierung und Höhe unterschieden.

Dies meint wie die Distanz, der Winkel und die wortwörtliche „Augenhöhe“ zum Klienten gestaltet werden. Es wird in der Literatur dazu häufig, in Bezug auf die Nähe, eine Typologie von Hall (1959) herangezogen, der vier unterschiedliche Distanzzonen definiert.



Abbildung 1: Distanzzonen nach Hall (übernommen aus Argyle 2005)

Es ist demnach so, dass wir unterschiedliche Distanzbereiche bestimmten Personen und Tätigkeiten vorbehalten.

Neben den genannten Bereichen spielt natürlich auch alles Weitere, was wir sinnlich wahrnehmen können (also auch der Geruch, die Körperhaltung, der Geschmack, das Outfit, Schminke etc.) eine große Rolle im Kommunikationsprozess und bei der Interpretation unseres Gegenübers. Jedoch beschränke ich mich auf die Basisbereiche, die im Verlauf des Studienmaterials immer wieder thematisiert werden. Welcher Bereich übergeordnet wofür in Kommunikationsprozessen verantwortlich ist, bearbeiten wir anschließend in Abschnitt 1.5, wenn wir die Kommunikationstheorie von Watzlawick et al. bearbeiten. Wichtig ist es, zum jetzigen Zeitpunkt zu wissen, dass wir drei Kanäle mit unterschiedlichen Kommunikationsoptionen und -funktionen haben, um diese im Verlauf dieses Moduls auch klar benennen zu können.

1.2 Bezugsgruppen der Pflege

Die zuvor genannten Kanäle ermöglichen im Bereich der Pflegepraxis überhaupt erst mal einen Austausch. Aber mit wem ist die Frage? Die klientenorientierte Perspektive allein ist schon lange nicht mehr ausreichend, um die Bezugsgruppen, mit denen Pflegende interagieren müssen, adäquat zu fassen. Die Rahmenbedingungen und (damit auch die kommunikativen) Aufgaben haben sich bezogen auf die Komplexität der Systeme drastisch verändert. Werfen wir mal einen Blick auf die unterschiedlichen Bezugsgruppen der Pflegenden, um dies zu verdeutlichen.



Abbildung 2: Potentielle Bezugsgruppen der Pflegenden

Wie diese kleine, nicht mal ansatzweise für alle Pflegeberufe gültige Aufstellung zeigt, ist schon alleine aufgrund der unterschiedlichen Zielgruppen schwierig zu definieren, was „gute“ Kommunikation in der Pflegepraxis ist. Denn mit den unterschiedlichen Bezugsgruppen gehen auch unterschiedliche

Ziele einher, die durch Kommunikation erreicht werden müssen. Während bei Kollegen eher Absprachen, Übergaben, Pflegeplanungen und kollegiale Beratung im Mittelpunkt stehen, ist das Themenspektrum in Interaktionen mit Verwaltungsangestellten, Klienten oder Mitarbeitern des Sozialen Dienstes wiederum ein völlig anderes. Dementsprechend vielfältig sind die Kommunikationstechniken in Kapitel 3 ausgewählt, um ein möglichst großes Spektrum an gesprächstyprelevanten Techniken abzubilden.

Wie aber ist das, was da kommunikativ über die unterschiedlichen Kanäle an die unterschiedlichen Bezugsgruppen vermittelt wird, strukturier- und greifbar? Hierzu brauchen wir Modelle und Theorien. Während Modelle bestimmte Abläufe modellieren und dadurch „sichtbar“ machen, gehen Theorien einen Schritt weiter und lassen Prognosen über ihre Gegenstände zu. Ein Kommunikationsmodell bildet somit visuell einen bestimmten Teil des Kommunikationsprozesses ab, während durch Kommunikationstheorien Prognosen über Verläufe und Wahrscheinlichkeiten ermöglicht werden. Überwiegend werden in der Wissenschaft allgemeine, interdisziplinäre und psychologische Kommunikationstheorien und –modelle gelehrt. Wir nehmen für unsere Arbeitsdefinition von Kommunikation Ideen aus beiden Welten.

1.3 Kommunikationsmodell: Sender-Empfänger-Modell

Das erste Modell ist das Sender-Empfänger-Modell von Claude E. Shannon und Warren Weaver (1949). Es wurde in den vierziger Jahren entwickelt und das Spannende an diesem Modell ist, dass es eigentlich gar nicht für menschliche Kommunikation geschaffen wurde (Auer, 2005, S. 7ff.). Die beiden Autoren waren Mathematiker und Fachleute im Bereich der Telekommunikation, in ihrem ursprünglichen Ansatz ging es um die Übertragung von Informationen, dies aber im technischen Sinne. Sie modellierten den Prozess der Datenübertragung in Netzwerken und verfolgten das Ziel, die Informationen möglichst störungsfrei von A nach B zu

transferieren, wie z. B. bei einer SMS. Dies ist in unseren digitalen Zeiten kaum noch nachvollziehbar, da wir ja Daten mittlerweile völlig verlustfrei und unfassbar schnell via E-Mail oder Whats App verschicken können und diese fast immer so wie versendet ankommen. Aber in den 1940er-Jahren war dies ein großes Thema. Was hat das nun mit menschlicher Kommunikation zu tun und warum wird das Modell überhaupt verwendet, um Kommunikationsprozesse abzubilden? Es verdeutlicht eine Sache, die für die Reflexion von Gesprächen unabdingbar ist: Verzerrungsprozesse in Kommunikationsprozessen.

Nach Shannon und Weaver (1949) beinhalten Kommunikationsprozesse sechs Elemente: Zunächst einmal den **Sender**, den Urheber der Information. Der übermittelt eine beliebige Nachricht mit Hilfe eines **Kodierers**, also einem der drei Kommunikationskanäle. Die Übertragung geschieht durch **Signale** über bestimmte **Kanäle**, bei Gesprächen ist das Medium des Kanals die Luft. Der Empfänger dekodiert die **Nachricht** und entschlüsselt die Information. Bei der Übertragung von Nachrichten in Form von Signalen kann es zu Störungen in Form von **Rauschen** kommen. Damit sind im Falle der menschlichen Kommunikation nicht intendierte Interpretationsprozesse gemeint (Röhner, Schütz, 2012, S. 17f.).

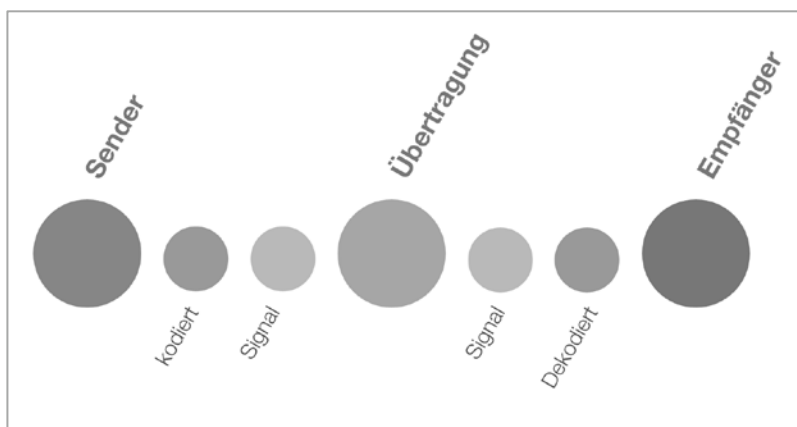


Abbildung 3: Schemata des Sender-Empfänger-Modells

Übertragen wir das Modell beispielhaft auf eine alltägliche Situation:

Zwei Kolleginnen treffen sich auf der Station zum ersten Mal an diesem Tag. Kollegin A lächelt und verbalisiert den Gruß „Hallo“. Kollegin B erwidert das Lächeln und grüßt zurück „Hi, na, wie geht es dir?“.

Es hört sich sehr trivial an, aber was das Gehirn in diesen Momenten leistet, ist enorm. Reformulieren wir das Beispiel einmal mit dem Vokabular des Sender-Empfänger-Modells. Die Senderin kodiert eine Begrüßung in Form eines „Hallo“ und signalisiert nonverbal eine positive Einstellung zum Gegenüber durch ein Lächeln. Die Nachricht wird von der Empfängerin über die wahrnehmbaren Kanäle aufgenommen und dekodiert. Das Gehirn verarbeitet die Signale als positiv gemeinten Gruß und kodiert wiederum einen Gegengruß und eine Wohlbefindensfrage in Form von „Hi, na, wie geht es dir?“. Dieses Beispiel ist relativ unproblematisch und die Interpretation dieser Minischritte funktioniert jeden Tag millionenfach. Der Fokus dieses Modells liegt auf dem Kodieren und Dekodieren von Nachrichten.

Interessant wird es, wenn wir Störungsprozesse bei diesen Gesprächsschritten haben. Wenn Kollegin A zum Beispiel nicht lächeln würde, sondern grimmig ist und kaum Augenkontakt sucht, dann wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit von Kollegin B so interpretiert, dass eine Unstimmigkeit zwischen den beiden Kolleginnen besteht. Aber was der eigentliche Grund für dieses nicht übereinstimmende Verhalten ist (freundliche Begrüßung und grimmiger Gesichtsausdruck), wird in vielen professionellen Interaktionen nicht unmittelbar ergründet. Das Verständnis der Situation basiert meist auf nicht verbal abgeglichenen Interpretationen. Damit ist gemeint, dass wir unseren ersten Eindrücken in Gesprächen häufig vertrauen und es bei unserer Interpretation belassen. Diese „Störungen“ in Form von Fehlinterpretationen sind wichtig bei der Reflexion und genau hier spielt das Sender-Empfänger-Modell seine Stärke aus, da es Störungsquellen (z. B. beim Kodieren und Dekodieren) sichtbar und bearbeitbar macht.

Shannon und Weaver (1949) ging es in ihren Arbeiten immer nur um die beiden Schritte Übertragung und Empfang, die Bedeutungsverzerrung der Nachricht war eigentlich nie im Fokus ihrer Arbeit. Die Stärken dieses Modells liegen darin, dass es uns aufzeigt, dass Kommunikation ein sehr flüchtiger und störungsanfälliger Prozess ist. Unsere unreflektierte Interpretation des Gegenübers ist dabei ein Garant für Missverständnisse, die besonders in professionellen Interaktionen problematisch sein können.

Während es bislang ausschließlich über die Übertragung von Informationen ging, wird im folgenden Modell die Bedeutung des Gesagten inklusive unterschiedlicher Interpretationsmöglichkeiten fokussiert.

1.4 Kommunikationsmodell: Kommunikationsquadrat

Kein anderes Kommunikationsmodell ist in der Praxis so verbreitet wie das Modell von Friedemann Schulz von Thun (1981). Und dies zu Recht. Denn es schafft das, was ein Kommunikationsmodell leisten soll, in einer äußerst präzisen Art und Weise. Es visualisiert, was wir (also unsere Gehirne) an Interpretationsmöglichkeiten bei jeder Äußerung zu verarbeiten haben, denn es ist ganz und gar nicht klar, wie eine Äußerung im Gespräch zu verstehen ist. Viele Faktoren (z. B. Beziehung, Abhängigkeiten, Dauer etc.) beeinflussen die Interpretationsverfahren, doch letztendlich lässt sich jede Nachricht auf vier mögliche Botschaften herunterbrechen.

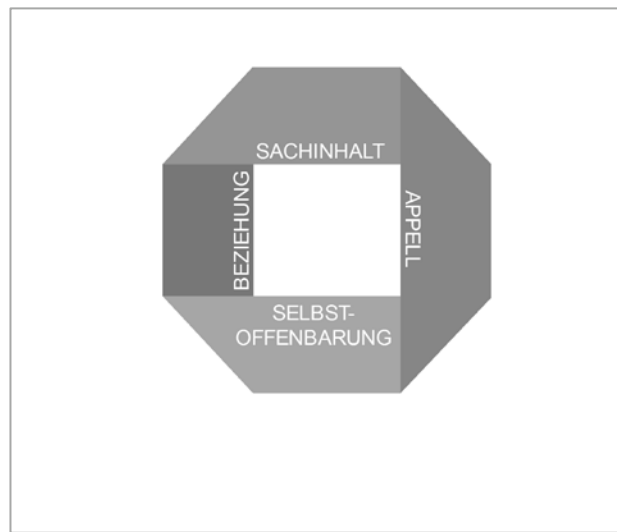


Abbildung 4: Nachrichtenquadrat nach Schulz von Thun (1981)

Demnach hat jede Information mehrere Botschaften (Schulz von Thun, 1981, S. 33ff.) die mit dem Versenden einer Nachricht an einen Empfänger mitversendet werden. Jede Äußerung, die der Sender als reine Sachinformation versendet, kann also auch als Appell, beziehungsrelevante Äußerung oder Selbstoffenbarung wahrgenommen werden.

Nehmen wir folgendes Beispiel an. Eine Pflegekraft betritt am frühen Morgen das Patientenzimmer eines Krankenhauses in dem ein Klient liegt. Sie begrüßt den Patienten mit der Äußerung: „Guten Morgen Herr Schlömke, Sie sehen heute aber verschlafen aus. Das bin ich ja gar nicht gewohnt von Ihnen!“ Was kann mit dieser Äußerung alles gemeint sein, welche Botschaften können „versteckt“ sein?

Sachinhalt (worüber ich informiere): Nur über die geäußerte Sache an sich. In diesem Fall, dass Herr Schlömke verschlafen aussieht, was er sonst nicht ist.

Selbstoffenbarung (was ich von mir selbst kundgebe): Was denke ich über diese Situation. In diesem Fall, dass die Pflegekraft überrascht ist und der „Anblick“ nicht ihren Erwartungen entspricht.

Beziehung (was ich von dir halte und wie wir zueinanderstehen): Was wird über die Beziehung der Interaktanten offenbart? In diesem Fall scheint es eine positive Beziehung zu sein, denn ungefragte Kommentierungen des Äußeren in professionellen Interaktionen sind selten ohne negative Konsequenzen zu finden, wenn nicht eine grundlegend positive Basis vorhanden ist.

Appell (wozu ich dich veranlassen möchte): Herr Schlömke soll seine Morgentoilette verrichten. In diesem Fall kann die Nachricht auch als indirekte Aufforderung verstanden werden, dass Herr Schlömke sich fertigmachen soll bzw. muss.

Was mit der Nachricht an sich also gemeint ist, ist nicht eindeutig anhand der gesprochenen Wörter zu identifizieren. Entscheidend ist vielmehr, neben dem Informationsgehalt der Äußerung, die Art und Weise, wie es gesagt wird, also das Para- und Nonverbale. Zu jeder Zeit erhalten wir unzählige Informationen von unseren Gesprächspartnern, die eine, wie das Sender-Empfänger-Modell suggeriert, eindeutige Interpretation des Gesagten ermöglicht.

Durch das Nachrichtenquadrat wird visualisiert, dass es prinzipiell vier Möglichkeiten gibt, wie eine Nachricht aus der Empfänger-Perspektive verstanden werden kann. Wie Herr Schlömke diese Nachricht in unserem Beispiel aufnimmt, ist nicht eindeutig zu sagen. Die zuvor beschriebenen Einflussfaktoren (die wir in Kapitel 3 noch vertiefen werden) haben enorme Auswirkungen auf den Interpretationsprozess. Was das Ganze noch komplizierter macht, ist das grundsätzliche Problem in Interaktionen, dass wir es mit mindestens zwei Gehirnen in Gesprächen zu tun haben, die sich gegenseitig interpretieren. Wir haben also nicht nur die vier Seiten einer Nachricht auf der Sender-Seite, sondern wir haben dasselbe Konstrukt auch noch einmal auf der Empfänger-Seite.

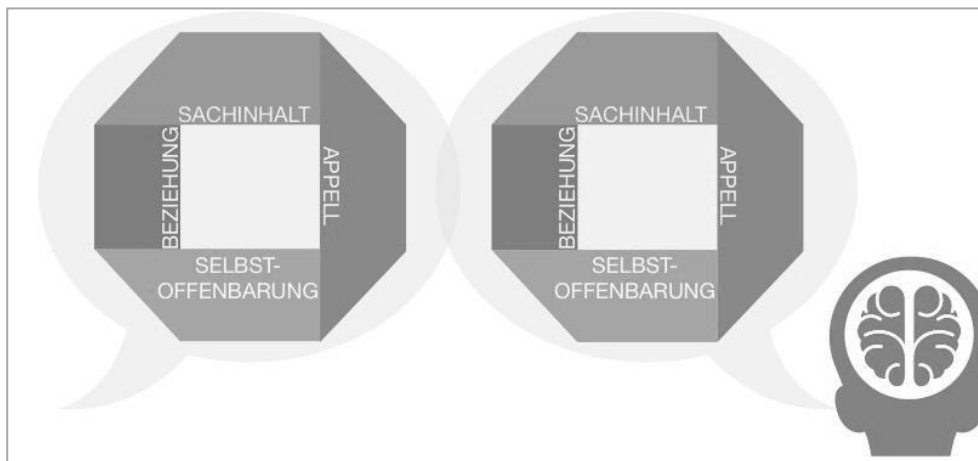


Abbildung 5: Nachrichtenquadrat und vier Ohren nach Schulz von Thun (1981)

Auf der Empfänger-Seite haben wir die vier Ohren nach Schulz von Thun, was uns ein umfassenderes Bild der Interpretationsmöglichkeiten in Gesprächen ermöglicht. Wir können also mit einer Nachricht vier Botschaften versenden und der Empfänger kann vier Botschaften interpretieren. Dieses Schaubild verdeutlicht, welche Komplexität Interpretationsprozesse eigentlich haben. Denn entscheidend ist in Gesprächen nicht, wie eine Nachricht gemeint war, sondern wie sie vom Hörer verstanden wurde. Auch hier greifen die zuvor dargestellten Botschaftsebenen, wobei sich bei der Analyse entsprechender Situationen die in den Klammern stehenden Fragen aus der Zuhörer-Perspektive anbieten, um die Botschaft zu identifizieren, die durch die Nachricht transportiert wurde:

Sachinhalt (wie ist der Sachinhalt zu verstehen?) - Bsp. einer möglichen Reaktion im negativen Sinne „Ja, mir geht es auch nicht so gut“.

Selbstoffenbarung (was ist mit ihr?) - Bsp. einer möglichen Reaktion im negativen Sinne: „Ja sie sind ja eine Pingelige!“.

Beziehung (Wie redet sie mit mir und was glaubt sie wer ich bin?) - Bsp. einer möglichen Reaktion im negativen Sinne: „Was fällt Ihnen ein, ich bin doch gerade erst wach geworden“.

Appell (was soll ich aufgrund der Information tun oder fühlen?) - Bsp. einer möglichen Reaktion im negativen Sinne: „Ich habe jetzt keine Lust mich direkt fertigzumachen!“.

Ich habe in dem Beispiel negative Reaktionen aufgezeigt, da wir unsere Interpretation in positiven Gesprächsverläufen kaum explizit thematisieren und bearbeiten. Genau an dieser Stelle liegt auch die Stärke des Modells. Das Nachrichtenquadrat ist also aufgeteilt in die Sender-Perspektive (hier wird auch von den „vier Schnäbeln“ gesprochen) und die Empfänger-Perspektive (den vier Ohren). Spannend ist das Modell, wenn wir es in Konfliktsituationen anwenden und reflektieren, wie wir eine Nachricht gemeint haben, also welche Botschaft wir versenden wollten, und wie unser Gegenüber es dann verstanden hat. Es ermöglicht präzisere Beschreibungen von kommunikativ brenzligen Situationen, die wir tagtäglich im Pflegekontext zu bewältigen haben.

1.5 Kommunikationstheorie: Axiome nach Watzlawick

Während das Sender-Empfänger- und das Vier-Seiten-Modell die Informationsübermittlung und die Interpretationsmöglichkeiten fokussieren, legen Janet H. Beavin, Don D. Jackson und Paul Watzlawick das Augenmerk bei ihren fünf Axiomen auf die Beziehung (Beavin/ Jackson/ Watzlawick, 1990 zit.n. Röhner, Schütz 2013, S. 27), die unvermeidlich durch Kommunikation hergestellt wird und der vor allem in der Pflege ein enormer Stellenwert zukommt. Kaum eine andere professionelle Tätigkeit kommt Menschen so sehr zugute und dringt gleichzeitig so häufig in das private Territorium ein, wie die Pflegetätigkeit. Diese Asymmetrie wird noch einmal ausführlich in Abschnitt 2.6 behandelt.

Die fünf Axiome der genannten Forschergruppe sind aus der Kommunikationspsychologie nicht mehr wegzudenken. Axiome sind als

Grundsätze zu verstehen, die keiner Beweise bedürfen. Diese fünf Grundannahmen über Kommunikation fokussieren die Beziehungsseite in Interaktionen und sie beschreiben Aspekte, die regelhaft in allen Kommunikationszusammenhängen vorhanden sind. Es folgt eine Darstellung der fünf Axiome und eine Verdeutlichung anhand von Situationen aus dem Pflegekontext, die präzisieren, inwiefern sich dieser Ansatz auch zur Planung von Gesprächen nutzen lässt. Denn genau hier liegt die Stärke in der Anwendung im Pflegekontext. Wenn wir das Sprechen als Handlung begreifen, muss es demnach auch planbar sein wie ein Pflegeprozess im Gesamten. Und wie bei jedem Handeln auch, hat man es beim sprachlichen Handeln mit nicht planbaren Unwägbarkeiten zu tun. Wir haben aber Orientierungen durch die Axiome, die erfolgreiches, pflegerisches Handeln wahrscheinlicher machen.

Axiom 1: „Man kann nicht nicht kommunizieren, denn jede Kommunikation ist Verhalten und genauso wie man sich nicht nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren.“ (Watzlawick et al., 1990, S. 50 ff.).

Um diese gewichtige Aussage über Kommunikation nachvollziehen zu können, müssen wir zwischen Handeln und Verhalten unterscheiden. Handlungen sind dabei bewusst mit einem Sinn verknüpft und auf andere gerichtet. Wenn ich also meine Oberlippe kratze, weil es mich juckt, dann ist das Verhalten. Weil es mich juckt und ich dieses Jucken durch das Kratzen beenden will. Wenn ich mir jedoch die Oberlippe kratze, um meinem Gegenüber zu signalisieren, dass er oder sie etwas an der an der Oberlippe hat z. B. Essensreste, dann ist es Handlung.

Im Alltagsverständnis gehen wir davon aus, dass wir nur für eine Handlung verantwortlich gemacht werden können, nicht für Verhalten. Trotzdem wird auch Verhalten als Kommunikation interpretiert, nicht nur aktiv hergestellte Handlungen. Somit ist es quasi unmöglich nicht zu kommunizieren. Wenn eine Kollegin den Raum betritt und Sie sie nicht ansehen, weil Sie mit anderen

Dingen beschäftigt sind, wird Ihr Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit als ablehnend interpretiert, obwohl dies nicht mit dem Verhalten intendiert sein muss. Der Empfänger bestimmt, wie ein Signal zu interpretieren ist. Wir können dieses Axiom nutzen, um bestimmte Handlungen im Alltag kontextuell einzubetten. Ein Beispiel aus der Praxis ist zum Beispiel folgendes Szenario: Im Kreissaal steht standardmäßig ein Reanimationswagen. Dieser wird um Punkt 16:00 Uhr jeden Sonntag gewartet. Die Pflegekraft betritt zur entsprechenden Zeit den Raum, grüßt die anwesende Gebärende und testet die Funktionen des Reanimationswagens, ohne zu erläutern, dass dies regelmäßig zu diesem Zeitpunkt geschieht. Was wird die Gebärende denken? Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird dieser Prozess bei ihr Stress auslösen, da sie annehmen wird, dass etwas nicht stimmt. Eine kleine Erklärung, also Metakommunikation, vor dem Test des Reanimationswagens könnte dieser stress-erzeugenden Fehlinterpretation entgegenwirken.

Axiom 2: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersten bestimmt und daher eine Metakommunikation ist.“ (Watzlawick et al., 1990, S. 53 ff.).

Wir gehen im Alltagsverständnis von der Annahme aus, dass Kommunikation Informationsübermittlung ist, die möglichst verständlich und präzise sein sollte. Dies ist aber, wenn überhaupt, nur die halbe Wahrheit. Denn wir definieren mit jedem Signal auch, wie wir zu unserem Gegenüber stehen und wie unsere Beziehung ist. Durch para- und nonverbale Signale geben wir zu verstehen, wie das Gesagte zu interpretieren ist. Die Frage „Haben sie diesen Verband wirklich selbst gewechselt?“ an eine Auszubildende kann durch unterschiedliche Betonungen, Bewunderung oder Skepsis ausdrücken. Die Beziehung der beiden Gesprächspartner definiert dabei immer, wie der Inhalt zu verstehen ist.

Dieses Axiom hilft uns bei der Planung von Pflegeinteraktionen sehr, denn es zeigt uns, was wir primär als Aufgabe in Gesprächen verstehen sollten.

Stellen Sie sich vor, Sie werden von ihrem Erzfeind zu Recht kritisiert. Wie würde wohl Ihre erste spontane Reaktion ausfallen? Üblicherweise reagieren wir mit Reaktanzen, wenn wir von Personen negative Rückmeldungen erhalten, zu denen wir keine positive Beziehung haben. Somit bietet es sich an, wenn wir zum Beispiel in Beratungsgesprächen mit chronisch kranken Klienten (nehmen wir Diabetiker oder adipöse Klienten) z. B. die Essgewohnheiten thematisieren, zunächst einmal Beziehung aufzubauen und nicht mit der Tür ins Haus zu fallen. Häufig haben wir dies im Klinikalltag beim Überbringen schlechter Nachrichten, wenn die für den Klienten maßgeblichen Informationen aus Beziehungsperspektive kaum gerahmt werden. Beziehung bestimmt die Interpretation der Nachricht und sollte bei der Planung oder Durchführung in allen Interaktionen eine entscheidende Rolle spielen, wenn sie langfristige Verhaltensänderungen erreichen möchten.

Axiom 3: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt, denn Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung“ (Watzlawick et al., 1990, S. 57 ff.).

Erinnern Sie sich noch an die Aussage, dass wir unsere Interpretation des Gegenübers häufig für wahr halten? Genau an dieser Stelle setzt das dritte Axiom an. Kommunikationsprozesse sind immer ein Zusammenspiel von Ursache und Wirkung. Wo jedoch der Anfang dieses Kreislaufs ist, ist aus der Perspektive der Sprechenden völlig unterschiedlich interpretierbar. Damit ist gemeint, dass jeder die unterschiedlichen Ereignisse in einem Gespräch, Watzlawick et al. nennen dies Interpunktionen, subjektiv interpretiert.

Stellen Sie sich ein Gespräch wie ein Ping-Pong-Spiel vor. Jedes Mal, wenn eine Äußerung zum anderen „fliegt“, haben wir eine Interpunktion. Ob Sie diese Interpunktion als angemessen, überheblich, gelangweilt oder wie auch immer interpretieren, liegt immer im Auge des Empfängers. Da wir wie oben angedeutet immer mindestens zwei Gehirne in einem Dialog haben, ist es also möglich, dass die Gesprächspartner den Gesprächsverlauf höchst

unterschiedlich bewerten und sich dementsprechend auch verhalten. Da wir unsere Interpretation üblicherweise auch für wahr halten, bestimmt dies maßgeblich unser Verhalten. Erläutern wir dies an einem Beispiel:

Wenn wir also in einem Pflegeprozess ziemlich früh, sagen wir bei der Begrüßungsfloskel, unser gegenüber als unverschämt wahrnehmen (z. B. durch fehlenden Blickkontakt) und uns daraufhin abweisend verhalten (Interpunktion 1), er jedoch sein Verhalten als vollkommen korrekt wahrnimmt und nun unsere Abneigung bemerkt und wiederum durch patziges Verhalten uns gegenüber reagiert (Interpunktion 2), werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit diese beiden Einschätzungen durch das gesamte Gespräch ziehen und eine Wahrheit erzeugen (Interpunktion 3,4,5): Der ist unverschämt und sie ist ablehnend und desinteressiert.

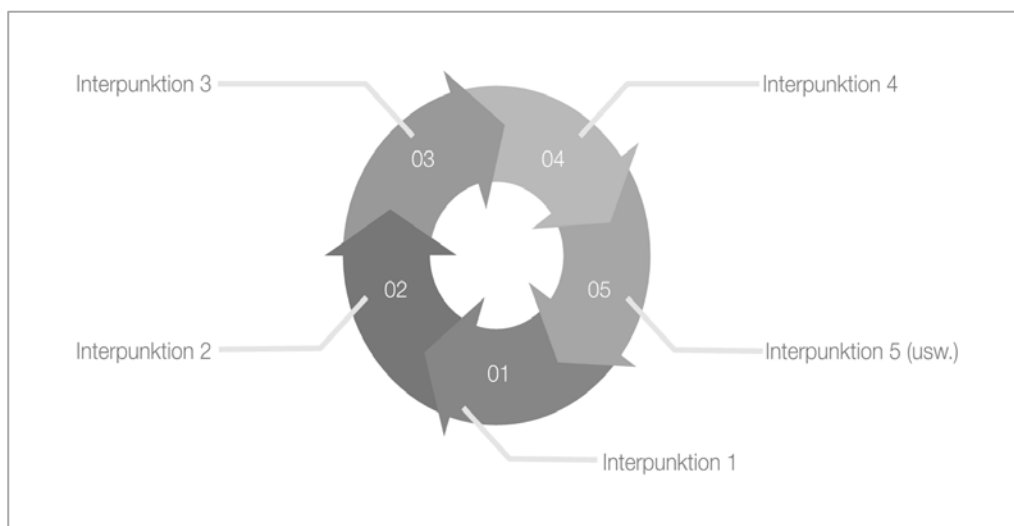


Abbildung 6: Oszillationsprozess nach Watzlawick et al. (2008)

Bei der Übergabe an eine Kollegin wird die Einschätzung sicher nicht rosig aussehen. Was aber dieser Interpretation zugrunde liegt, wird in vielen Fällen nicht bearbeitet, was besonders in langanhaltenden Arbeitsbeziehung zu Konflikten führt, da diese negativen Interpretationsprozesse kreisförmig verlaufen und ohne aktive Bearbeitung unendlich fortgeführt werden können.

Das Axiom zeigt uns zweierlei. Erstens ist die frühzeitige Beziehungskonstitution von Vorteil, weil ein potentieller Oszillationsprozess dadurch vermieden werden kann. Zweitens ist eine frühzeitige Thematisierung von vermeidlichem konfliktären Verhalten sinnvoll, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Axiom 4: „Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten“ (Watzlawick et al., 1990, S. 61 ff.).

Unter Rückgriff auf das zweite Axiom ist auch hier wichtig zu unterscheiden, dass wir eine Sach- und eine Beziehungsebene in Gesprächen haben. Watzlawick et al. setzen zu diesen beiden Ebenen nun die Kommunikationskanäle, die wir zu Beginn des Kapitels thematisiert haben.

Digitale Kommunikation zielt dabei auf die Vermittlung des Inhaltsaspektes einer Nachricht ab. Es kann über den digitalen Kanal komplexes Wissen vermittelt werden, da er logische Verknüpfungen (in Form von Argumentationen) und Negationen ausdrücken kann. Wir besitzen eine komplexe und logische Syntax, die es uns ermöglicht, komplexe Sachverhalte präzise darzustellen. Sie hat aber im Bereich der Beziehung keine ausreichende Möglichkeit, um z. B. Mitgefühl, Zuspruch oder Abneigung zu demonstrieren. Ich kann diese Gefühle zwar ausdrücken, aber üblicherweise vertrauen wir in solchen Momenten eher dem, was wir über die beiden anderen Kanäle (para- und nonverbal) wahrnehmen.

Analoge Kommunikation wird über diese beiden anderen Kanäle vermittelt und hat grundsätzlich eine andere Aufgabe, nämlich die Beziehungskonstitution. Das Para- und Nonverbale haben in Gesprächen andere Funktionen zu erfüllen, sie rahmen die Information eher und geben an, wie die Interaktanten zueinanderstehen.

Interessant wird es in Gesprächen besonders, wenn die analogen und digitalen Kommunikationsmodalitäten sich widersprechen. Wenn wir also zu

einem frustrierten Klienten zu Motivationszwecken nach einem Schlaganfall sagen: „Das wird schon, Sie schaffen das!“ und dabei genervt klingen, einen großen Abstand zu ihm haben (Proxemik) und schon mitten im Satz Richtung Tür schauen, um zum nächsten Klienten zu kommen. Bei diesen Widersprüchen wird fast ausnahmslos den Eindrücken durch die analogen Modalitäten geglaubt. Dass wir Dinge so meinen, wie wir sie sagen, ist kaum ohne ein kongruentes Display beider Modalitäten zu realisieren.

In der Pflege hilft uns das Axiom, wenn wir ambivalente Situationen interpretieren und diese Interpretationen benennen müssen. Wir bekommen ein Vokabular an die Hand, dass uns eine Unterscheidung ermöglicht. Außerdem hilft es bei der Reflektion des eigenen Verhaltens in Situationen, in denen es um die Beziehungsgestaltung geht. Bei primär sprachlichen Tätigkeiten wie z. B. Trost spenden, gemeinsam trauern, Ermutigungen oder aufbauenden „Worten“ wird durch das Axiom klar, dass wir durch die analogen Modi vielmehr erreichen können. Denken Sie nur einmal an Beerdigungen, auf denen Sie den Angehörigen Ihr Mitgefühl kundtun möchten. Wir haben kulturell den Ausspruch „mein herzliches Beileid“ zu ritualisieren. Jedoch kann ein trauriger Gesichtsausdruck, kurzes gemeinsames Schweigen oder eine Träne viel deutlicher machen, was man gerade empfindet, ohne Worte benutzen zu müssen.

Axiom 5: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichgewicht oder Unterschiedlichkeit beruht.“ (Watzlawick et al., 1990, S. 68 ff.).

In Gesprächen haben wir es immer mit mindestens zwei Personen zu tun. Diese sind dem Gesetz nach ja eigentlich gleichgestellt. Aber in der Realität sehen wir, dass niemand dem anderen gleicht und es immer wieder kleine Unterschiede gibt, die einem in Interaktionen einen höheren Status zusprechen. Das fünfte Axiom unterscheidet zwischen symmetrischen

(gleichberechtigten) und komplementären (basierend auf Unterschiedlichkeit) Beziehungen. Diese Unterschiede haben nicht immer etwas mit der funktionalen Position zu tun (z. B. wird die Stationsleitung häufig einen höheren Status zugeschrieben bekommen als der „normale“ Krankenpfleger auf der Station). Beim Blick auf die unterschiedlichen Bezugsgruppen in Abschnitt 2.2 wird deutlich, dass die Beziehungsverflechtungen und damit die Unterschiede zwischen den möglichen Interaktanten in der Pflegepraxis enorm sind. Hinzu kommt der ständige Wechsel von komplementären zu symmetrischen Interaktionen, denn diese Positionierungen sind ja nicht in Stein gemeißelt. Was sind nun die Resultate in Interaktionen durch diese unterschiedlichen Positionierungen zueinander?

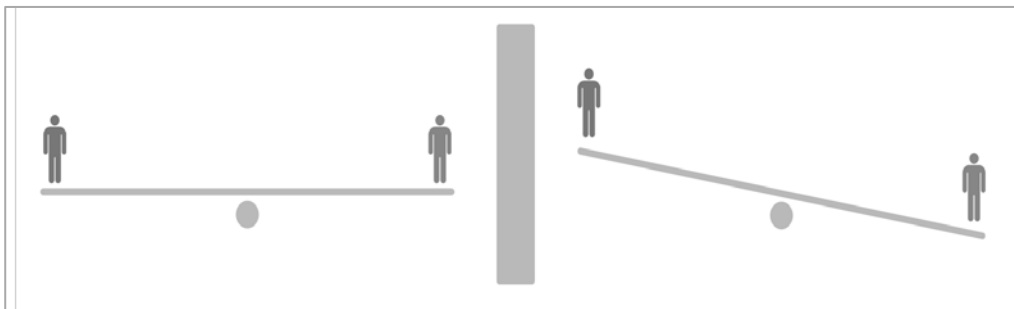


Abbildung 7: Symmetrische und komplementäre Beziehungen nach Watzlawick et al. (2008)

Symmetrische Kommunikationsabläufe sind auf einen Ausgleich ausgelegt. Es wird von den Gesprächsteilnehmern in diesen Interaktionen versucht, Ungleichheiten zu vermeiden. Dies lässt sich sogar an der Körpersprache der Beteiligten ablesen, die sich häufig spiegelnd zu einander positionieren. Hier ist die Tendenz zu einem Ausgleich zu beobachten, der auch explizit durch verbale oder nonverbale Signale deutlich macht, dass die Gesprächspartner gleich sind. Das typische auf Augenhöhe Begeben ist ein klassisches Beispiel, in dem versucht wird, eine symmetrische Beziehung nonverbal herzustellen.

Komplementäre Kommunikationsabläufe ergänzen sich aufgrund der Unterschiedlichkeit. Damit ist z. B. gemeint, dass ein Vorgesetzter Befehle

erteilen kann und der Untergeordnete diese ausführt. Dies ist in symmetrischen Interaktionen natürlich auch möglich, es herrscht jedoch eine Tendenz zur Balance, die in komplementären Kommunikationsabläufen nicht vorherrscht. Mit dieser asymmetrischen Positionierung ist jedoch kein zwanghaftes Unterordnen gemeint, vielmehr begeben sich die meisten Interaktanten freiwillig in diese Positionen und fühlen sich dort nicht passiv unterlegen.

In der Pflege haben wir diesbezüglich ein zweischneidiges Schwert. Denn was ist das Ziel der Pflegeinteraktionen? Idealerweise sollten die Ziele des Klienten gemeinsam angegangen werden, es handelt sich aus klientenorientierter Perspektive um eine mindestens symmetrische Beziehung, die auf Gleichheit beruht. In der Praxis sieht dies jedoch häufig anders aus. Dem Ablauf der Institution wird Vorrang vor den individuellen Bedürfnissen des Klienten gegeben, was wahre Klientenorientierung erschwert und in vielen Fällen verhindert. Die vielfältigen Verästelungen der Rolle der Pflegekräfte machen es schwierig, eine konsistente Einordnung in das Schema symmetrisch vs. komplementär zu machen. Hierzu thematisieren wir im folgenden Unterkapitel weitere soziale Aspekte von Situationen, in denen Pflege stattfindet, die bei der Einordnung von entscheidender Bedeutung sind.

1.6 Gesprächsphasen

Neben diesen aufgeführten Merkmalen und Eigenschaften von Gesprächen gibt es noch strukturelle Eigenschaften, die allen Gesprächen zu eigen sind (Henne, Rehbock, 2001). Damit sind Abläufe und Phasen gemeint, die unterschiedliche Funktionen erfüllen. Zunächst aber einmal als Ausgangspunkt zu einem Merkmal, das bei jedem Gespräch handlungsleitend ist: der Zweck des Gesprächs. Jedes Gespräch wird mit einem bestimmten Ziel geführt und es ist aus der Vorbereitungsperspektive wichtig, sich dieses Ziel im Vorfeld bewusst zu machen. Damit ist kein stundenlanges Reflektieren

gemeint, sondern ein kurzes Innehalten und Definieren, was am Ende des Gesprächs passiert sein soll. Häufig können Gespräche in der Praxis nicht reflektiert werden, da von vorn herein nicht klar war, wo es hingehen sollte und an welchen Stellen es hakte. Durch eine klare Zieldefinition wird die Richtung des Gesprächs vorgeben und Struktur ermöglicht. Viele Ziele werden unter bestimmten Gesprächstypen subsummiert. Beratungsgespräche haben das Ziel, den Klienten oder Kollegen zu beraten, Übergabegespräche haben die Informationsübergabe zu bestimmten Klienten als Ziel. Teambesprechungen sind thematisch fokussierte Gespräche, die über im Vorfeld oder zu Beginn klar definierte Themenbereiche geführt werden. Das Ziel beeinflusst somit immer auch die Struktur. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es notwendig sich bewusst zu machen, dass es aber auch globale Phasen in Gesprächen gibt, die immer dieselben Aufgaben erfüllen, wie das folgende Schaubild verdeutlicht.

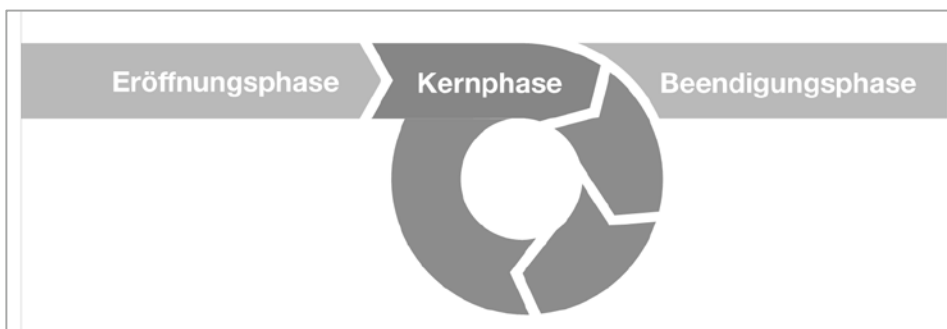


Abbildung 8: Gesprächsphasen

In der **Eröffnungsphase** eines Gesprächs geht es überwiegend um die Beziehungskonstitution. Wir eröffnen klassischerweise durch eine Begrüßung und tauschen Small-Talk aus. Häufig findet auch eine Situationsdefinition statt. Der Grund warum man sich trifft wird genannt und man definiert den kommenden Ablauf. Die Phase kann hinsichtlich der Dauer stark variieren.

In der **Kernphase** wird der eigentliche Zweck des Gesprächs verfolgt. In einem Verkaufsgespräch wird versucht zu verkaufen. In einem

Beratungsgespräch wird beraten. In einem Trauergespräch wird gemeinsam die Trauer einer oder beider Parteien bearbeitet. Alle diese „Zwecke“ forcieren unterschiedliche Verläufe durch die Aufgaben, die durch sie relevant werden. In einem Erstgespräch auf einer Krankenstation ist es sicherlich unabdingbar, nach den Zielen des Klienten zu fragen, während ein Gespräch was zur Versorgungszwecken (z. B. Getränke- und Medikamentengabe) geführt wird, ohne diese Aufgabe zu bewältigen ist. Der Gesprächstyp leitet sich immer von denjenigen Zielen ab, die mit der Kernphase eines Gesprächs verfolgt werden. Diese Phase ist zyklisch aufgebaut, da sie die komplexeste aller Phasen ist und es häufig „hin und her“ geht. In Eröffnungs- oder Abschlussphasen ist deutlich seltener Schleifenbildung zu beobachten, was in der Kernphase im Vergleich dazu vergleichsweise häufig vorkommt.

Die **Beendigungsphase** ist wie die Eröffnungsphase mit einer primär beziehungsorientierten Funktion versehen. Wir rahmen üblicherweise die Inhalte aus der Kernphase, reden über andere Dinge und signalisieren uns, wie wir uns beim nächsten Mal wieder begegnen werden, bevor wir die Interaktion auflösen und auseinandergehen.

Diese drei Phasen sind obligatorisch für professionelle und alltägliche Gespräche. Interessant ist es zu sehen, wie die unterschiedlichen Zwecke nun in der Hauptphase des Gesprächs bearbeitet werden, denn hier haben wir den größten Handlungsspielraum. Wir gehen im Verlauf des Studienmaterials überwiegend auf diese Phase ein, da sie für die Zielerreichung maßgeblich ist. Wenn man sich nun noch einmal die Bezugsgruppen und die unterschiedlichen Gesprächstypen ansieht wird deutlich, dass das kommunikative Spektrum von Pflegekräften wirklich enorm ist, da mit den unterschiedlichen Bezugsgruppen auch unterschiedliche Ziele zu erreichen sind. Das Wissen um den Aufbau von Gesprächen hilft, diese zu planen und zu strukturieren, da diese strukturellen Eigenschaften allen Gesprächen zugrunde liegen.

1.7 Nutzen in der Pflege-Praxis

Wieso eigentlich Modelle und Theorien, wenn wir doch über die praktischste Tätigkeit der Welt sprechen? Sprache ist, wie hoffentlich in diesem Kapitel deutlich wurde, eine sehr komplexe Angelegenheit, bei der wir niemals sagen können, dass sie eindeutig ist. Wir handeln und tun gewisse Dinge; verfolgen also einen Zweck, wenn wir sprechen. Denken Sie nur an die vielen Beratungs-, Übergabe- oder Erstgespräche mit ihren unterschiedlichen Zielen, die Sie mit unterschiedlichen Bezugsgruppen führen müssen. In diesen Kontexten vollziehen wir pflegerische Tätigkeiten alleine durch das Sprechen. Bezüglich dieses Tuns in der Praxis gibt es Theorien und Modelle, die unsere Handlungen plan- und reflektierbar machen. Genau dafür brauchen wir mehr als reine Praxiserfahrung.

Nehmen wir das Wissen über die unterschiedlichen Kommunikationskanäle. Es ist in der Praxis wichtig, um z. B. bei Feedbackprozessen genau festzumachen, aufgrund welcher Beobachtung wir eine bestimmte Interpretation eines Verhaltens vermuten. Das Sender-Empfänger-Modell setzt genau da an, indem es verdeutlicht wie störanfällig der Kommunikationsprozess als solches ist und wie schnell es eigentlich zu ungewollten Fehlinterpretationen kommen kann. Aussagen nach einem Missverständnis im Sinne von „Ja hab’ ich doch gesagt!“ verbieten sich eigentlich, wenn man sich bewusstmacht, wie flüchtig Kommunikation eigentlich ist. Diese Äußerungen zeigen oft implizit, dass das weit verbreitete Verständnis, dass Kommunikation eindeutig ist, in vielen Gesprächen mitschwingt.

In welche möglichen Richtungen Fehlinterpretationen gehen können, ist sehr präzise mit dem Kommunikationsquadrat zu beschreiben. Das Wissen dieses Modells macht mich nicht per se zu einem besseren Sprecher; jedoch ermöglicht es vielfach in Konfliktsituationen präzisere und neutralere Beschreibungsoptionen der Situation.

Die Kommunikationstheorie der fünf Axiome von Watzlawick et al. (2008) hilft in der täglichen Pflegepraxis Kommunikationszusammenhänge zu planen und zu steuern. Gespräche lassen sich nicht deterministisch bis zur Zielerreichung durchtakten, aber die Wirkung des eigenen sprachlichen Handelns wird in Ansätzen prognostizierbar. Wenn ich ein Ziel (z. B. Klient eine Tablette verabreichen) verfolge, das meinem Gegenüber widerstrebt (Klient möchte sie nicht nehmen), wird durch die Axiome klar, dass zunächst einmal Beziehung konstituiert werden muss, da Beziehung die Sachebene bedingt. Dies gelingt üblicherweise über die analogen Kommunikationskanäle und so weiter und so weiter. Ich kann somit Situationen im pflegerischen Kontext planen und sie anschließend mit höherer Wahrscheinlichkeit effizienter gestalten. Gestalten ist auch das Stichwort, wenn wir die Gesprächsphasen noch einmal in den Blick nehmen. Jedes Gespräch hat eine bestimmte, ihm eigene Struktur, die aufgrund seines Zwecks entsteht. Diese Gesprächstypen haben unterschiedliche Eigenschaften, deren Kenntnisse zur Planung unabdingbar sind. Weitere Einflussfaktoren auf Gespräche sind von ganz anderer sozialer Natur. Diese sind Gegenstand des nächsten Kapitels zu den sozialpsychologischen Grundlagen.

Schlüsselwörter:

Kommunikationskanäle, Bezugsgruppen, Watzlawick, Schulz von Thun, Sender-Empfänger-Modell, Gespräch, Kommunikation, Axiome, Beziehung

Leitfragen beim Lesen des Kapitels:

Welche Störungen kennen Sie aus ihrem Umfeld, die bei der Wahrnehmung in Gesprächen eine Rolle spielen?

Auf welchem „Ohr“ hören Sie überwiegend Informationen?

Können Sie sich an Situationen erinnern, bei denen die Axiome nach Watzlawick et al. zur Reflexion geeignet wären?

Welche Gesprächsphase aus einem vergangenen Gespräch haben Sie noch präsent im Kopf? Was war so besonders daran?

Literatur zur Vertiefung

Argyle, Michael (2005): Körpersprache und Kommunikation. Das Handbuch zur nonverbalen Kommunikation. Paderborn: Junfermann Verlag.

Röhner, Jessica / Schütz, Astrid (2012): Psychologie der Kommunikation. Wiesbaden. Springer Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (1981): Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.

Watzlawick, Paul / Beavin, H. Janet / Jackson D. Don (2008): Menschliche Kommunikation. 8. Aufl. Toronto: Hans Huber Verlag.

Kapitel 2

Sozialpsychologische Grundlagen

Lernziele des Kapitels

Nach Bearbeitung dieses Kapitels sollten Sie ...

- in der Lage sein, die grundlegenden situationsbeeinflussenden Merkmale zu benennen,
- Ihre Auswirkungen auf Gespräche nachvollziehen und
- bei der Reflexion einer Situation anwenden können.

2. Sozialpsychologische Grundlagen

Nach der Fokussierung des Kommunikationsaspekts folgt gleich ein weiteres eher theoretisches Kapitel zu den sozialpsychologischen Grundlagen. Gegenstand der Sozialpsychologie ist die Interaktion in Gruppen und der Gesellschaft als Ganzes. Was hält uns zusammen, wie verhalten wir uns in Anwesenheit anderer und was beeinflusst situativ unser Handeln sind zum Beispiel Fragen, auf die die Sozialpsychologie antworten liefert. Da sie die Situationen und das Zusammenwirken von Menschen als Untersuchungsgegenstand hat, helfen die Erkenntnisse der Disziplin hervorragend, um ein kompletteres Bild einer Situation erfassen zu können. Vor diesem Hintergrund werden pflegerelevante Ergebnisse hier nun kurz und immer mit einem konkreten Bezug auf die Praxis dargestellt. Wie kann man dieses Kapitel lesen? Beobachten Sie Ihre Umgebung! Die Erkenntnisse lassen sich auf jede Situation übertragen, haben aber in professionellen Interaktionen einen besonders hohen Stellenwert und genau dieser Aspekt wird am Ende eines jeden Abschnitts auf den Punkt gebracht.

2.1 Rollen

Fangen wir ganz vorne an! Wer sind Sie eigentlich? Dies ist eine zentrale Frage, wenn wir uns in Interaktionen begegnen. Denn wir begegnen uns nie mit der Gesamtheit unserer vermeintlichen Identität, sondern immer nur mit einem gewissen Ausschnitt. Hier beim Schreiben dieses Materials bin ich jetzt Dr. André Posenau, Hochschuldozent und vermeintlicher Fachmann im Bereich der Gesundheitskommunikation. Aber bin ich das immer? Kaum mache ich mich auf den Weg von der Hochschule nach Hause bin ich auf einmal Verkehrsteilnehmer im Straßenverkehr. An der Tankstelle bin ich Kunde. Und zuhause bin ich Ehemann und zweifacher Vater von Töchtern. Wenn ich abends meine Freunde besuche, bin ich ein Kumpel und am Wochenende bei meinen Eltern bin ich Sohn. Das spannende ist, in jeder

dieser Rollen sind andere Teile meiner Identität relevant. Meine erworbene Fachkenntnis interessiert meine Kinder und den Tankwart herzlich wenig und meine Frau und Freunde schalten ab, wenn ich wieder über Interaktionszusammenhänge und Beziehungskonstitution schwadroniere. Es werden andere Erwartungen an mich als Person gestellt. Genau da kommt der Rollenbegriff ins Spiel. Rollen sind ein Bündel von Erwartungen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt an den Träger gestellt werden. Diese werden zu jeder Zeit relevant, auch wenn wir vermeintlich wir selbst sind (Vester 2009, S. 51).

Erwartungen von Bezugsgruppen, also Gruppen mit denen Sie direkt oder indirekt interagieren müssen, sind auf der einen Seite anstrengend, da sie uns unter Druck setzen und Sie sich immer auf eine ganz bestimmte Art und Weise verhalten müssen. Auf der anderen Seite entlasten diese Rollen Sie aber auch. Stellen Sie sich vor, Sie stehen in einem Supermarkt an der Kasse. Sie sind in der Situation Kunde, die anderen Anwesenden sind auch Kunden und hinter der Kasse sitzt ein Kassierer. Sie alle haben Erwartungen an die Rolle des Anderen. Sie als Kunde erwarten z. B. von den anderen Kunden, dass sie sich nicht vordrängeln, Ihren leeren Wagen nicht einfach in Beschlag nehmen und Ihnen Platz machen, wenn Sie durch enge Gänge gehen. An den Kassierer richten Sie üblicherweise die folgenden Erwartungen: Er soll sich beeilen, die anderen Kassen im Blick behalten und bei Überfüllung das Eröffnen einer weiteren veranlassen. Er soll freundlich und hilfsbereit sein und keine Privatgespräche während der Arbeit führen. Diese Erwartungen lösen sich auf, falls Sie dieselbe Person am Bahnhof auf dem Heimweg treffen. Rollenwechsel sind Erwartungswechsel, die in Muss-, Kann,- und Soll-Erwartungen differenziert werden (Vester, 2009). Der Kassierer soll höflich sein, muss es aber nicht. Üblicherweise werden vier Rollentypen klassifiziert, die bei der Unterscheidung der Erwartungsbündel helfen:

basic roles: die Basisrollen, die mit Geschlecht, Alter und sozialer Schicht verknüpft sind.

position oder status roles: die Rollen, die mit funktionalen Position in Organisationen zusammenhängen, wie die Berufsrolle.

functional group roles: gemeint sind Rollen, die sich regelmäßig in Gruppen ergeben, wie z. B. Retter, Beschützer, Vermittler, Führer etc.

value roles: diese Rollen treten spontan auf und werden extrem positiv oder negativ bewertet, wie Held oder Übeltäter.

Wichtig an dieser Stelle: Rollen und Status sind zu differenzieren! Status meint die subjektive Bewertung einer Rolle und sozialen Position. Dieser Status kann sich wandeln und ist nicht in Stein gemeißelt. Eine Pflegekraft hat vielleicht in ihrer position role einen vermeintlich geringeren Status als der Stationsarzt, kann aber aufgrund der functional group role, da sie immer „die gute Seele“ der Station war und schon seit 20 Jahren dort ist, eine übergeordnete functional group role innehaben. Übertragen wir dieses Schema auf die Pflegekräfte im Krankenhaus. Pflegekräfte tragen in der Institution Krankenhaus z. B. die position role der Pflegekraft. Diese Rolle existiert aber nur in einem sozialen Gefüge, wie in der Beziehung zum Klienten. Der Klient (nur eine Bezugsgruppe der Pflege, siehe Abschnitt 2.2) schreibt der Pflegekraft einen Status zu und hat Muss-, Kann, und Soll-Erwartungen an sie. Die Pflegekraft ist entweder männlich oder weiblich, dementsprechend hat der Klient auch Erwartungen aufgrund der basic role. Eventuell hat die Pflegekraft dem Klienten in einer schwierigen Phase geholfen und deswegen situativ auch eine value role als „Heilige“, die den Klienten mütterlich umsorgt. All diese Erwartungen sind handlungsleitend und haben Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Menschen sich gegenüber treten. Das System ist komplex, durch diese Klassifizierung wird aber eine Beschreibungsebene geschaffen, welche bei der Reflexion der

Situation hilft und mögliche Konflikte präziser beschreibbar macht. Denn durch diese vielfältigen Rollenkonstellationen kommen wir in Situationen, in denen wir stellenweise aufgrund der an uns gestellten Erwartungen nicht rauskommen und die wir häufig als ausweglos empfinden. Gemeint sind damit Intra- und Interrollenkonflikte.

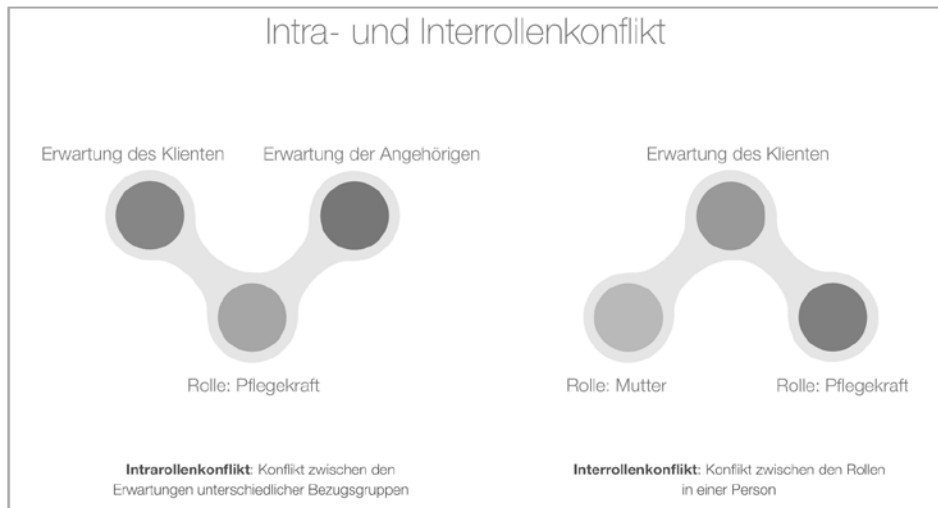


Abbildung 9: Intra- und Interrollenkonflikte

Bei einem Intrarollenkonflikt muss die Pflegerin die Erwartungen von zwei unterschiedlichen Bezugsgruppen befriedigen, was in vielen Fällen nicht realisierbar ist. Z. B. ein Klient wünscht schonungslose Ehrlichkeit, während seine Angehörigen einen sehr sensiblen Umgang fordern und bei einem Verstoß drohen, das Krankenhaus zu wechseln. Während bei einem Interrollenkonflikt zwei Rollen in einer Person einen „Kampf“ austragen. Z. B. Gottesfürchtige Rolle, die eine Klientin von einer geplanten Abtreibung abringen will und die Pflegekraft, die wertschätzend die selbst getroffene Entscheidung der Klientin unterstützt (Vester, 2009, S. 59).

Sie sehen, wir sind selten wirklich wir selbst und können uns vermeintlich frei, ganz ohne Anforderungen an uns, entfalten. Das birgt enormes Konfliktpotential in der Pflege, da durch die institutionelle Einbettung und die komplexen Verflechtungen der Bezugsgruppen Intra- und Interrollenkonflikte vorprogrammiert sind. Deswegen ist für das befriedigende Gelingen klientenorientierter und interprofessioneller Interaktionen grundsätzlich eine belastbare, vertrauensvolle Basis von entscheidender Bedeutung. Aber was genau meint eigentlich Beziehung?

2.2 Beziehung

Wir haben eine gute Beziehung! Was bedeutet das? Ehrlich gesagt ist die Zuschreibung der Eigenschaft „gut“ sehr oberflächlich, wenn wir über Beziehungen und die Qualität von Beziehungen sprechen. Nach der ersten Differenzierung, zwischen primär (zu den Eltern) und sekundär, wobei die Sekundären alle Folgenden wären, werden häufig Oppositionspaare verwendet, um Beziehungen zu klassifizieren (z. B. gut/schlecht, sexuell/asexuell, persönlich/unpersönlich etc.) (Vester, 2009, S. 75). Um Beziehungen jedoch präziser fassen zu können, sollten wir auf den Kern der Beziehung vorstoßen und danach fragen, wieso sie eigentlich geführt werden. Eine Typologie von Fiske bietet Anknüpfungspunkte, die präzisere Erfassungen ermöglichen, als die oberflächliche Beschreibung (Ansatz im Folgenden von Fiske, skizziert nach Vester, 2009, S. 76f.):

Comunal sharing: Menschen teilen etwas, ohne etwas Spezielles zu erwarten. Die Identität der Gruppe steht im Vordergrund und die Akteure werden nicht als besser oder schlechter kategorisiert, sondern nur als anders (z. B. Familien).

Authority ranking: Eine asymmetrische Beziehung, bei der es einen Ranghöheren und dementsprechend auch rangniedrigere Gruppenmitglieder gibt. Die soziale Unterscheidung der Akteure wird nach dem Prinzip höherer vs. tieferer Rang vollzogen (z. B. Führer und Volk).

Equity matching: Die Beziehungen zielen auf einen balancierten Austausch von Gütern (materielle und nicht-materielle) ab, mit dem Ziel der Gleichheit (z. B. Fahrgemeinschaften).

Market pricing: Die Beziehung wird nach ökonomischen Aspekten nach einem Input-Output-Schema bemessen (z. B. Geschäftsbeziehungen).

Durch diese Typologie kommen wir eher zum Kern der Sache. Beziehungen sind eigentlich immer einem dieser vier Typen zuzuordnen und werden dadurch greifbarer in der Reflexion. Wie können wir aber in Interaktionen, die z. B. eindeutig nach dem market pricing zu klassifizieren wären, wertschätzend miteinander umgehen? Die Situation in der Pflege ist im Bereich der Klientenbeziehung eindeutig der Kategorie market pricing zuzuordnen. Prinzipiell geht es um eine Arbeitssituation auf Seiten der Pflegekraft (um Geld zu verdienen), auf Seiten des Klienten nimmt er eine Dienstleistung in Anspruch (für die er bezahlt). Die Interaktion lässt sich also irgendwie auch monetär darstellen, ohne besonderen Wert auf die Beziehung legen zu müssen. Das können wir aber nicht, denn der Mensch ist ein Wesen, das prinzipiell auf Wertschätzung und Akzeptanz seines Selbstbildes angewiesen ist. Der Soziologe Erving Goffman widmete sich sein Leben lang genau diesem Aspekt, wie wir uns wertschätzend in Interaktionen in Bezug bringen und hat mit seinem Konzept der Interaktionsrituale herausgearbeitet, welche Techniken dabei wie wirken.

Die beiden Komponenten Beziehung und besonders Beziehungsgestaltung hängen untrennbar mit dem Selbstbild der Interaktanten zusammen. Diese Begriffe sind nicht ohne Selbstbilder und rituelle „Grundrechte“ zu denken. Die

Typologie von Fiske (zitiert nach Vester, 2009) und die Beschreibung von Goffman (1971) bieten Ansatzpunkte, um genau diesen Aspekt zu beschreiben, der in Pflege tagtäglich über das befriedigende Gelingen von Pflegeinterventionen entscheidet.

2.3. Image und Rituale

Aber was genau ist das Selbstbild eines Individuums? Nach Goffman ist ein Selbstbild ein Image, ein „als positiv definierter sozialer Wert, der sich aus Verhaltensstrategien ergibt, die man in Interaktionen verfolgt, von denen andere annehmen, dass man sie verfolgt“ (Goffman, 1971, S. 10). Das meint umgangssprachlich, dass wir uns mit jeder Äußerung in Gesprächen auch selbst darstellen und im konkreten Bezug zu unserem Gegenüber positionieren und gleichzeitig davon ausgehen, dass unser Gegenüber es auch so wahrnimmt, wie wir es darstellen. Im Umkehrschluss meint es aber auch den sozialen Wert unseres Gegenübers anerkennen und ihm eine Wertigkeit zuschreiben; also wertschätzen. Wir sind eigentlich nur, wer wir sind, wenn wir uns entsprechend verhalten. Wenn ich denke, ich bin nett, hilfsbereit und spontan, dann muss ich auch dementsprechend handeln, ich verkörpere all diese Werte (positiven sozialen Wert), damit ich in den Augen anderer Menschen auch so wahrgenommen werde. Und wie wir aus dem ersten Kapitel noch wissen, definiert der Empfänger, wie ein Signal zu interpretieren ist. Das macht die Sache ungleich komplexer.

Diese öffentliche Identität (oben im Abschnitt zu den Rollen wurde schon thematisiert, dass diese Identität je nach Situation auch ganz unterschiedlich sein kann), oder das Gesicht, wie Goffman es nennt, ist uns in Interaktionen „heilig“. Wir leisten sehr viel Arbeit in Gesprächen, um unsere Vorstellung von uns (unser Gesicht) oder das Gesicht des Gegenübers zu wahren. Sie kennen vielleicht die Phrase „er hat sein Gesicht verloren“, dies bringt es auf den Punkt! Wenn ich mich als sehr höflicher Mensch bei meinen Kollegen darstelle

und mich dann in einem vermeintlich unbeobachteten Moment konträr verhalte, dann verliere ich in dieser Situation „mein Gesicht“, da die Strategie der Selbstdarstellung mit der Wahrnehmung der Anderen nicht übereinstimmt. Dies versuchen wir immer mit aller Kraft zu vermeiden. Wir stehen dabei immer im Zusammenspiel zwischen dem positive face (dem Gemeinschaftsgefühl und der Akzeptanz der anderen) und dem negative face (dem Wunsch nach Individualität und Freiheit).

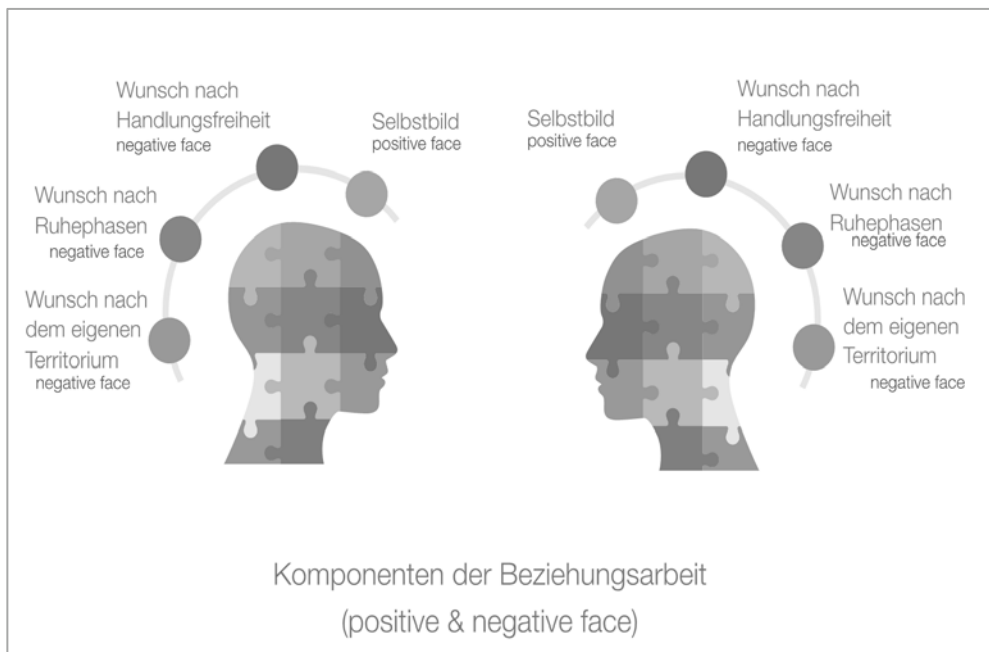


Abbildung 10: Positive und negative face nach Goffman (1971)

Nehmen wir ein Beispiel aus der Pflege: Sie kommen morgens ins Stationszimmer und Ihre Kollegin sagt zu Ihnen: „Wie sieht das denn hier aus? Hättest du gestern nicht einmal aufräumen können? Ich gehe jetzt meine Runde und wenn ich wiederkomme, ist das alles hier picobello aufgeräumt!“. Was passiert hier in den Worten von Goffman? Das positiv face kann ich angreifen, indem ich direkt oder indirekt die Selbstdarstellung infrage stelle. Unausgesprochen werden Sie in diesem Beispiel als Angegriffene davon ausgehen, dass Sie so ordentlich sind, dass diese Art von Bezugnahme

abwertend und „drüber“ wäre. In diesem Fall stellt die „Angreiferin“ Sie als unordentlich (offensichtlich) und unkollegial (indirekt) dar. Zusätzlich schränkt sie den Wunsch nach Handlungsfreiheit ein, indem sie droht und indirekt zum Aufräumen auffordert. Hier werden also tendenziell eher gesichtsbedrohende Signale gesendet, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Konflikte produzieren.

Wenn Sie sich nun fragen, was dies mit Pflege an sich und Kommunikation zu tun hat, schauen Sie sich noch einmal das Schaubild genauer an. Wertschätzende Kommunikation meint, das positive face in Interaktionen respektvoll zu behandeln oder aufzuwerten. Das negative face, also das Recht auf Handlungsfreiheit, das eigene Territorium und Ruhe, wird akzeptiert und dementsprechend in Gesprächen berücksichtigt. Genau aus diesem Grund werden immer offene Fragen zum Einstieg in ein Gespräch empfohlen. Sie bieten dem Klienten die Möglichkeit, das positive face, also sein Selbstbild, möglichst unbeeinflusst darzustellen und schränken gleichzeitig seine Handlungsfreiheit weniger ein, als dies bei geschlossenen Fragen der Fall wäre. Dies schafft Beziehung, denn je weniger wir unser Gegenüber abwerten (positive face) und im Wunsch nach Freiheit einschränken (negative face), desto wahrscheinlicher wird eine positive, belastbare Beziehung. Dieser allgemeine Mechanismus, der von Goffman (1971) als Interaktionsrituale bezeichnet wurde, wirkt in jedem Moment und spielt bei den Kommunikationstechniken, wie wir weiter unten noch sehen werden, eine fundamentale Rolle.

2.4 Stereotype

Ein weiteres Phänomen, das die Sozialpsychologie bearbeitet hat, sind Stereotype. Gemeint sind damit nach Tajfel (zitiert nach Heinz, 2009) kognitive Prozesse, in diesem Fall Urteilungsprozesse, bei denen psychologische Merkmale großen menschlichen Gruppen zugeschrieben werden, die in bestimmten Maßen von anderen geteilt werden. Am

einfachsten nachzuvollziehen ist es, wenn wir es anhand unserer eigenen Stereotype verdeutlichen. Welche Eigenschaften schreiben Sie folgenden Menschengruppen zu: Männern, Frauen, Polen, Obdachlosen, Franzosen, Russen, Muslimen etc. Diesen Menschengruppen (und allen anderen auch) schreiben Sie automatisch bestimmte stereotype Eigenschaften zu, positive wie negative. Im Volksmund sprechen wir von Vorurteilen. Die Person wird sozusagen „vorverurteilt“, anstatt durch eigene Selbstbilddarstellung zeigen zu können, was sie wirklich für eine Person ist. Denn diese Vorverurteilung ist leicht für unser Gehirn. Das Abrufen eines Stereotyps ist weniger aufwendig, als permanent im Einzelfall zu überprüfen, was wir da für ein Individuum vor uns haben. Wir haben dabei ganz bestimmte Bilder (eine Vorstellung) im Kopf, wie die Realität und der Typ von Mensch sind und übertragen diese Vorstellungen auf unser Gegenüber. Dabei durchlaufen wir bei der Urteilsbildung zwei Schritte: die Aktivierung und die Anwendung.

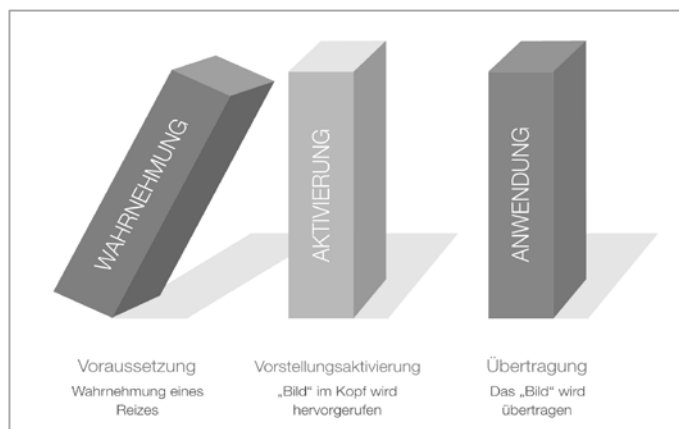


Abbildung 11: Abruf und Übertragung von Stereotypen

Nehmen wir ein Beispiel aus dem Pflegealltag. Ein Klient wird ins Krankenhaus eingeliefert. Er ist unrasiert, riecht nach Urin und Alkohol, hat zerfetzte Kleidung an und trägt Badelatschen (im Winter). Aufgrund der physischen Wahrnehmung wird er mit hoher Wahrscheinlichkeit als Obdachloser kategorisiert. Diese Kategorisierung forciert eine Zuschreibung von meist negativen stereotypen Eigenschaften (antriebslos, selbst schuld,

unfähig, asozial etc.), erzeugt dadurch gewisse Erwartungen an die Rolle in der Interaktion und beeinflusst somit das Handeln gegenüber dieser Person. Dieser Prozess der intuitiven Kategorisierung und der Zuschreibung (Aktivierung) funktioniert automatisch. Die Anwendung und die Anpassung der Handlung an dieses Bild ist jedoch ein kontrollierter Prozess. Ich kann zwar die Vorstellung im Kopf haben, dass ein Obdachloser für seinen Zustand allein die Verantwortung trägt und antriebslos ist, ich kann mich aber auch im Gespräch erstmal überzeugen und live erfahren, was für Merkmale mein Gegenüber besitzt und mich dabei nicht auf meine Vorannahmen stützen, die in vielen Fällen das Handeln negativ beeinflussen.

Nehmen wir nochmal die Begriffe Vorurteil und Vorverurteilung. Das Urteil wird gefällt, ohne einen individuellen Eindruck zu verifizieren, sondern lediglich durch eine automatische Einschätzung der Person. Verstehen Sie mich bitte nicht falsch, an Stereotypen ist nichts Verwerfliches. Das Gehirn braucht vorgefertigte Bilder, sonst wäre es permanent überfordert. Problematisch wird es nur, wenn diese Bilder permanent als ausreichender Anhaltspunkt bei der Kategorisierung dienen und nicht mehr am Menschen in der Interaktion überprüft wird, wie jemand ist.

Was in diesem Abschnitt deutlich werden soll, ist der automatische Charakter bei der Urteilsbildung. Dieser Automatismus wird durch viele Faktoren verstärkt. Durch die Tagesform, Gemütslage und zum Beispiel durch den Fakt, dass Stereotype hartnäckig sind und sich eher bestätigen wollen anstatt sich zu widerlegen. Dies birgt enorme Probleme für das professionelle Handeln in der Pflege. Denn wenn im Einzelfall ungeprüft im Voraus angenommene Annahmen über die Klienten das Handeln negativ beeinflussen, haben wir ein Problem. Dieses verstärkt sich noch zusätzlich dadurch, dass in den Pflegeberufen in vielen Phasen kaum Zeit zum Kennenlernen bleibt und wir ebenfalls schnell Urteile fällen müssen, an denen das pflegerische Handeln orientiert wird. Klientenorientierung meint besonders

vor diesem Hintergrund, dass jeder Klient eine neue Chance zur Selbstdarstellung erhalten muss.

2.5 Gruppen

Selbstdarstellung, Stereotype und Rollen wären für unser Thema völlig uninteressant, wenn wir uns im (sozial) luftleeren Raum bewegen würden. Das tun wir aber in der Praxis und im Privatleben fast nie. Irgendwie stehen wir in Form einer Gruppe immer in Kontakt mit anderen.

Gruppen generell können aus unterschiedlichen Kategorien gebildet werden. Alle Bahnreisenden z. B. sind eine statistische Gruppe, die aufgrund des Faktums, dass sie Bahn fahren, erfasst werden können. Der Zusammenhalt dieser Gruppen ist aber relativ gering. Kein Bahnkunde wird sein eigenes Leben für einen anderen in Gefahr bringen, wie es etwa bei Familien wäre, um das Leben des anderen Bahnkunden zu schützen. Auch soziale Kategorien, wie zum Beispiel der Aspekt, dass manche Menschen tätowiert sind, erzeugt Gruppengefüge, die jedoch auch nicht wirklich belastbare Strukturen ausbauen, die man als Ressource nutzen kann. Häufig wird auch von Gruppen gesprochen, wenn viele Menschen an einem Ort sind. Wie zu Beispiel an einem Samstag kurz vor Weihnachten in einem Einkaufszentrum. Es ist zwar numerisch eine als Gruppe klassifizierbare Gesamtmenge, aber Sie werden mir zustimmen, dass diese Menschen kaum etwas gemein haben (vgl. Vester, 2009, S. 81).

Denken wir nun an das interprofessionelle Handeln, bei dem es ja genau darum geht, mit unterschiedlichen Bezugsgruppen klientenorientiert zu kooperieren. Wie sind diese Gruppen eigentlich klassifizierbar?

Soziale Gruppen sind anhand einiger Merkmale klassifizierbar (nach Vester, 2009, S. 81ff.):

- Sie bestehen numerisch mindestens aus drei Personen
- Die Mitglieder interagieren häufig von Angesicht zu Angesicht miteinander
- Die Mitglieder haben ein Wir-Gefühl und distanzieren sich von anderen Gruppen (z. B. wir Pfleger, die Ärzte)
- Sie haben gemeinsame Werte und Ziele und entwickeln im Verlauf der Interaktionen Normen
- Sie weisen eine Struktur auf, die Rollen und damit Erwartungen entwickelt

Diese eher starren Merkmale verdeutlichen, dass zu einer Gruppe mehr gehört als nur Beisammensein. Das Pflgeteam einer Station im Krankenhaus wäre eine typische Gruppe. Es sind mehr als drei Personen, die häufig miteinander kommunizieren und sich von anderen unterscheiden. Die Ziele und sich entwickelnden Rollen sind vielleicht auf unterschiedlichen Stationen ähnlich, sie sind aber doch zu differenzieren. Nehmen wir z. B. die Rollen, die sich häufig bei gemeinsamen Arbeiten entwickeln. Kurz zur Wiederholung: Rollen sind Erwartungsbündel an die jeweils gerichtete Person.

Was ist noch zu beobachten, wenn Gruppen als beeinflussendes Merkmal fokussiert werden? Sie differenzieren sich immer in in- und out-Gruppen (Vester, 2009, S. 84ff.). Die Identität der eigenen Gruppe wird im Kontrast zu anderen gesehen. Nehmen wir die doch eher grob formulierten Bezugsgruppen aus Abschnitt 2.2. Es lässt sich bei jeder der entsprechenden Gruppen (z. B. Klienten, Ärzte, Angehörige, Verwaltung etc.) eine Differenz zur eigenen markieren. Hier beginnen auch Stereotype zu wirken. Immer wenn Sie Äußerungen wie „die Ärzte“, „die Patienten“, „die Angehörigen“ hören, sollten Ihre Alarmglocken anheben. Denn dies ist Stereotypisierung in

Reinform. Stereotype haben somit auch gruppenverfestigende Funktion, da sie sich immer im Kontrast zu einer Bezugsgruppe positionieren. Dabei werden Bezugsgruppen als positiv oder negativ definiert. Bei negativen Bezugsgruppen möchte man auf keinen Fall ein Mitglied werden und es sind starke Abgrenzungstendenzen zu erkennen, während positive Bezugsgruppen erstrebenswert sind. Es ist also in Sachen Grundhaltung ganz entscheidend, wie die relevanten Bezugsgruppen subjektiv betrachtet werden.

Und genau das ist in Bezug auf die Arbeit in der Pflege spannend. Die unterschiedlichen Positionierungen zwischen den Bezugsgruppen sind besonders dann, wenn sie voneinander abhängig sind, außerordentlich relevant und müssen Gegenstand der Reflexion werden. Denn alle bisher genannten Faktoren spielen zusammen und werden in den Kategorien Asymmetrien und Macht wirksam.

2.6 Kontext, Macht und Asymmetrien

Bevor wir zu den Aspekten Macht und Asymmetrien kommen, müssen wir einmal eine Vogelperspektive einnehmen und uns verdeutlichen, in welchem Kontext Pflege z. B. im Krankenhaus oder im Altenheim eigentlich stattfindet. Hier stellt uns erneut Goffman (1973) einen Ansatz der totalen Institution zur Verfügung, der soziologisch beschreibt, welche Rahmenbedingungen eigentlich in diesen Settings vorliegen. Als charakteristische Merkmale einer totalen Institution nennt Goffman (1973, S. 15 ff.) folgende Punkte:

- Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein- und derselben Stelle, unter ein- und derselben Autorität statt.
- Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von

Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteilw ird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.

- Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, jede geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten ist durch ein System expliziter formaler Regeln von oben vorgeschrieben und wird durch einen Stab von Funktionären sichergestellt.
- Die verschiedenen zwingenden Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.
- Die übliche Trennung zwischen Schlaf-, Spiel- und Arbeitsbereich ist im Alltag der Bewohner aufgehoben. Das ganze Leben spielt sich an einem einzigen Ort ab.

Dies ist zwar eine sehr „scharfe“ Beschreibung der Rahmenbedingungen, aber sie trifft aus Klientenperspektive im stationären Bereich auch heute immer noch zu. Unter diesen Rahmenbedingungen wird also gehandelt, überwiegend mit Bezugsgruppen, die auf pflegerische Interventionen angewiesen sind. Somit besteht eine starke Asymmetrie zwischen diesen beiden Bezugsgruppen, die folgende unvollständige Auflistung der Facetten beinhaltet:

- Asymmetrien in Bezug auf den Gesundheitsstatus: Die Pflegekräfte sind gesund und die Klienten sind dies eben nicht.
- Asymmetrien im Bereich der Mobilität: Die Pflegekräfte sind deutlich weniger eingeschränkt als die Klienten im Krankenhaus.
- Asymmetrien in Bezug auf die Bezugsgruppen: Diese sind deutlich vielfältiger und häufig mindestens symmetrisch ausgeprägt, während die Klienten sich meist in überwiegend asymmetrischen Beziehungen als Unterlegene befinden.

- Asymmetrien hinsichtlich der Abhängigkeiten: Die Bewohner sind hinsichtlich der Pflegeleistung vom Personal abhängig. Sie können bestimmte Handlungen nicht mehr selbst oder nicht mehr eigenständig ausführen und sind auf die Dienstleistung angewiesen, die die Pflegekräfte bereitstellen.
- Asymmetrien hinsichtlich des Wissens übereinander: Die Pflegekräfte wissen deutlich mehr über die Bewohner als andersrum.
- Asymmetrien hinsichtlich des Fachwissens: Die Klienten sind zwar Experten für ihren Körper und ihr Empfinden, das Pflegepersonal hat jedoch die entsprechenden Wissensbestände, um das Ziel der Klienten, Genesung, zu erreichen.

All diese Unterschiede zwischen den Rollen, die sich aus den Bezugsgruppen innerhalb dieses Kontextes entwickelt, erzeugen ein Machtgefüge und damit Handlungsoptionen auf beiden Seiten. Macht ist eine der wichtigsten Ressourcen in sozialen Systemen. Als Grundlage zur Beschreibung von Macht nehmen wir eine anerkannte Definition von Max Weber, der Macht als „jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht“ beschreibt (Weber, 1922 zitiert nach Feldmann, 2008, S. 224). Chancen im Weber'schen Sinne hat das Pflegepersonal in der Institution deutlich mehr als der Klient. In Interaktionen mit anderen Bezugsgruppen sieht dies wieder deutlich anders aus. Macht ist somit relativ und nie komplett bei einem Akteur in Interaktionen verordnet.

2.7 Relevanz in der Praxis

Bringen wir die Begriffe (Rolle, Beziehung, Image, Stereotyp, Kontext, Asymmetrie und Macht) des Kapitels einmal aus der Perspektive der Pflege und des Klienten zusammen.

Wir haben Rahmenbedingungen, die prinzipiell eher die Pflegerolle aufwerten, da die Handlungsfreiheit des Klienten, auch wenn dies freiwillig zur Genesung geschieht, stark eingeschränkt wird. Orientiert an einem institutionellen Zeitraster (denken Sie nur einmal an das Wecken der Klienten und die Essenszeiten) wird zum Ziele der Genesung eine auf market pricing basierende Beziehung aufgebaut und dies wird in Form der Rolle Pflegekraft und Klient vollzogen, bei der alle Akteure orientiert am individuellen Selbstbild des Anderen ihre Handlungen koordinieren. Beeinflusst werden sie dabei von den Kontextbedingungen, Erwartungen der Bezugsgruppen, automatischen Urteilsbildungsprozessen und den Zielen, die möglichst kooperativ erreicht werden sollten, obwohl eine tendenziell eher dem Pflegepersonal zugeordnete Machtoption besteht.

All diese Begriffe, die eigentlich, und das ist meines Erachtens entscheidend, Eckpunkte der Reflexion darstellen können, haben massiven Einfluss auf die pflegerischen Handlungen und die Kommunikation in der Pflege. Wir brauchen all diese theoretischen Orientierungen im Bereich der Kommunikation und Sozialpsychologie, um unser Handeln zu planen, Effekte einschätzen zu können und unsere Ziele mit höherer Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Was wir neben den bisherigen Grundlagen brauchen, ist Wissen und Orientierung bei der Formulierung unserer Beiträge. Dies ist Gegenstand des nächsten Kapitels.

Schlüsselwörter:

Stereotype, Rollen, Gruppen, Dynamiken, Symmetrien, Asymmetrien, Imagearbeit, Beziehung, Macht, Motivation

Leitfragen beim Lesen des Kapitels:

Welche Rollen sind Ihnen extrem bewusst und an welchen Erwartungen orientieren Sie sich in ihnen?

Welche Bevölkerungsgruppen lösen bei Ihnen Stereotype aus und woraus resultieren sie?

Wie definieren Sie mit den Worten Goffmans Höflichkeit?

Bei welchen Tätigkeiten im Pflegealltag üben Sie Macht aus und wie versuchen Sie die Situationen auszugleichen?

Literatur zur Vertiefung

Abels, Heinz (2009): Einführung in die Soziologie. Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag.

Bierhoff, Hans W. (2002): Einführung in die Sozialpsychologie. Basel/Weinheim: Beltz Verlag.

Scherr, Albert (2006): Soziologische Basics. Eine Einführung für Pädagogen und Pädagoginnen. Wiesbaden: VS Verlag.

Stroebe, Wolfgang / Hewstone, Miles / Stephenson, M. Geoffrey (1996): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Stuttgart: Springer Verlag.

Feldmann, Klaus (2006): Soziologie kompakt. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.

Mann, Leon (1997): Sozialpsychologie. Weinheim: Beltz Verlag.

Vester, Heinz-Günter (2009): Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe. Wiesbaden: VS Verlag.

Kapitel 3

Gesprächstechniken

Lernziele des Kapitels

Nach Bearbeitung dieses Kapitels sollten Sie ...

- grundlegende Gesprächstechniken und Ihre Steuerungsoptionen im Gespräch kennen und reflektieren können,
- in der Lage sein, ihre Vor- und Nachteile zu benennen und
- die richtigen Tools in Vorbereitung auf wichtige Gespräche zu Ihrer persönlichen Zielerreichung auswählen können.

3. Gesprächstechniken

Wie wir zuvor in Kapitel 1 erarbeitet haben, sind Gespräche interaktiv aufeinander bezogene Prozesse, die in Phasen strukturiert werden. Das kommunikative Hin-und-Her im Gespräch muss aktiv von den miteinander Kommunizierenden initiiert und gesteuert werden. Um dies zu bewerkstelligen, brauchen wir Techniken, die wir situativ wie Werkzeuge einsetzen können, um Gespräche in Gang zu bringen und unsere und die Ziele des Klienten zu erreichen. Gegenstand dieses Kapitels sind Kommunikationstechniken, mithilfe derer wir Gespräche professionell führen und beeinflussen können. Vieles von dem, was Sie hier erfahren, realisieren Sie in Gesprächen vermutlich schon intuitiv, ohne es auf Nachfrage benennen zu können. Wichtig ist diesbezüglich die Bewusstmachung dessen, was man kommunikativ eigentlich tut, wenn man mit Anderen spricht.

Als kleinen Lektürehinweis zu diesem Kapitel: Die Kapitelabschnitte werden mit kurzen Zusammenfassungen zur Anwendung in der Pflege und Tipps für die Praxis garniert. Bitte verstehen Sie die Techniken nicht wie Rezepte. Eine einfache Übernahme bestimmter Beispielsätze wird keinen befriedigenden Erfolg bringen. Verstehen Sie die Techniken vielmehr als Ankerpunkte, die Ihnen bei der eigenen Stilentwicklung weiterhelfen können. Kommunikationstechniken müssen stimmig mit der Vorstellung von Ihnen selbst sein, sonst werden sie nicht funktionieren.

3.1 Aktives Zuhören

Eine der bekanntesten Kommunikationstechniken ist das Aktive Zuhören, das vom Psychologen und Psychotherapeuten Carl R. Rogers im Jahre 1957 ursprünglich für die Gesprächsführung in der Psychotherapie gedacht war. Im Laufe der Zeit hat es sich zu einer Standardtechnik in den Gesundheits- und Pflegeberufen entwickelt. Es dient als Ausgangspunkt bei der Erarbeitung der

Kommunikationstechniken, da die mit ihr verbundene Grundhaltung und das verknüpfte Ziel dieser Technik als Grundlage für alle weiteren Verfahren maßgeblich sind. Das Aktive Zuhören zielt primär darauf ab, Beziehung durch Vertrauen zu stiften und dies ist unabdingbar, um im wahrsten Sinne des Wortes klientenorientiert handeln zu können. Besonders in der Pflege, in der die Beziehung eine maßgebliche Komponente in der Interaktion mit dem Klienten ist, brauchen wir eine belastbare Basis, um kooperativ und gesundheitsfördernd arbeiten zu können.

Wie können wir jedoch diese Basis herstellen? Unabdingbar ist eine Reflexion der eigenen Position zum Klienten und der Grundhaltung, mit der man ihm gegenübertritt. Nach Carl R. Rogers (2010, S. 108) basiert eine entsprechende Grundhaltung auf drei Komponenten.

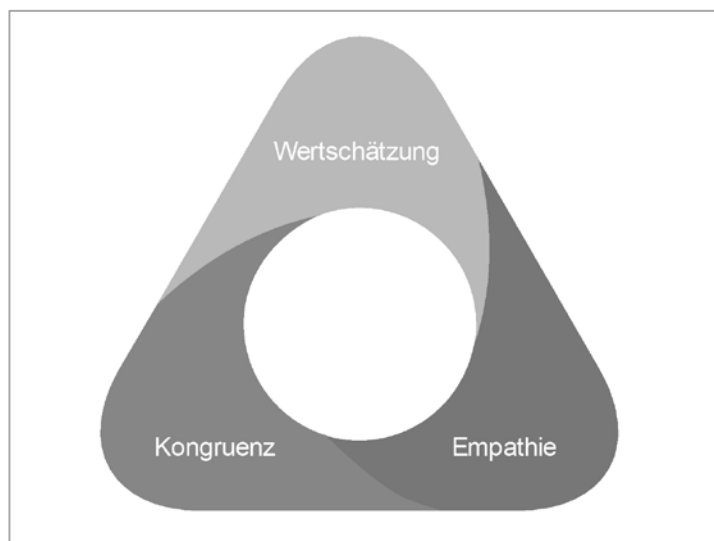


Abbildung 12: Komponenten der Grundhaltung

Wertschätzung (oder Akzeptanz)

Grundvoraussetzung für Klientenorientierung ist zunächst einmal die Wertschätzung des Klienten (also seinem Selbstbild nach Goffman) und der damit einhergehenden Akzeptanz des Handelns und Verhaltens. Es ist notwendig, den Klienten als selbstständigen und autonomen Menschen zu betrachten, um klientenorientiert pflegen zu können. Dies bedeutet, dass der Klient mit all seinen Eigenheiten und Bedürfnissen wahr- und ernstgenommen wird, auch wenn sie Ihren Vorstellungen vollständig widersprechen. Dies ist besonders in stressigen Alltagssituationen schwierig, wenn das vermeintlich Richtige für den Klienten von ihm nicht akzeptiert wird.

Kongruenz

Dies bedeutet Echtheit im Gespräch. Es ist unabdingbar aufrichtig und ehrlich zu sein, um eine produktive Arbeitsbeziehung herzustellen. Dies ist in der Pflegearbeit von entscheidender Bedeutung. Denn während der Klient Experte für seine eigene Biographie, Motivation und sein Körperempfinden ist, ist die Pflegekraft Experte für die Gestaltung des Genesungsprozesses und die dafür notwendigen pflegerischen Handlungen. Diese beiden Erfahrungswelten prallen in der Praxis häufig aufeinander und sorgen für Konflikte. Dementsprechend ist eine Transparenzschaffende, authentische und ehrliche Grundhaltung unabdingbar. Wichtig ist jedoch zu wissen, wann man sich kongruent positioniert.

Empathie

Dieser Aspekt der Grundhaltung meint, dass explizit durch Kommunikation versucht wird, die Gedanken, Emotionen und Körperwahrnehmungen des Klienten zu erfassen und das eigene Verständnis widerzuspiegeln, ohne das Gesagte zu bewerten oder zu priorisieren. Wir sind es gewohnt, häufig direkt nach einer Problemschilderung unsere eigene Position zum entsprechenden Thema darzustellen. Dies erzeugt Gesprächsblockaden und hilft dem Klienten

in vielen Fällen nicht weiter. Der Fokus muss auf seinen Wahrnehmungen und seinem Erleben liegen.

Um mein Gegenüber wertschätzend pflegen zu können, ist es demnach unabdingbar seine Wünsche, Vorstellungen und konkreten Probleme richtig zu verstehen und mich rückzuversichern, ob mein Verständnis auch dem meines Gegenübers entspricht. Genau hier setzt das Aktive Zuhören an! Mit dem Ziel, eine positive Beziehung herzustellen, Empathie zu fördern und Missverständnisse zu vermeiden, lassen sich in vielen kritischen und fehleranfälligen Gesprächstypen durch aktives Zuhören Konflikte vermeiden oder bearbeiten.

Aber wie erreiche ich dies im Gespräch? Das Aktive Zuhören ist eigentlich ein Sammelsurium von Techniken, die alle das Ziel verfolgen, den Klienten ganzheitlich zu erfassen und Interesse an ihm zu signalisieren. Realisiert wird dies vor allem durch zwei Kategorien von Techniken.

3.1.1 Para- und nonverbale Techniken

Durch meine nonverbale Körperorientierung, meine Blickrichtung und mein zustimmendes Nicken signalisiere ich nonverbal (siehe Kapitel 1.1.), also ohne Worte nur mit meinem Körper als Kommunikationstool, Interesse an dem Gesagten meines Gegenübers und damit auch an ihm. Besonders im Pflegealltag ist es wichtig, sich durch seine Körperorientierung dem Klienten oder den Kollegen zuzuwenden, um gehaltvolle Gespräche zu führen. Das gesprochene Wort allein reicht oft nicht aus, häufiger ist es besonders der Eindruck, den man nonverbal hinterlässt, der die Beziehung zum Klienten positiv beeinflusst. Hier gilt es im wahrsten Sinne des Wortes auch körperlich zugewandt zu sein.

Auch paraverbale Aspekte der Kommunikation (siehe Kapitel 1.1.) spielen eine erhebliche Rolle, da sie besonders für die Beziehungskonstitution verantwortlich sind. Kurze Hörerrückmeldung („ja“, „mmh“ „aha“ etc.) in Kombination mit einem nonverbalen Nicken und einer langsamen Sprechgeschwindigkeit erzeugen in unserem Kulturkreis den Eindruck von Interesse und Zugewandtheit. Eine ruhige Sprechweise und besonders Pausen nach den eigenen Beiträgen sind wichtig, um den Gesprächspartner Möglichkeiten zum Verarbeiten des Beitrags zu geben und helfen dabei Verstehen zu fördern.

3.1.2 Verbale Techniken

Das was wir vermeintlich unter Kommunikationstechnik verstehen, sind üblicherweise die Dinge, die wir sagen. Hier sind im Rahmen des Aktiven Zuhörens in erster Linie Reformulierungen, Verbalisierungen und Zusammenfassungen zu verstehen. Diese Frage- bzw. Strukturtechniken signalisieren den Eindruck, dass es nur um das Gesagte des Klienten geht und der Fokus ganz auf ihm liegt.

Reformulierungen

Mit Reformulierung ist das Wiederholen des Gesagten in eigenen Worten gemeint. Häufig meinen wir Dinge zu verstehen und vergewissern uns nicht, ob die eigene Interpretation auch korrekt ist. Aber Gespräche sind flüchtige Prozesse, bei denen es immer wieder zu Missverständnissen kommt. Somit ist das Wiederholen des Gesagten in Kombination mit einer Rückversicherung von großer Bedeutung in professioneller und alltäglicher Kommunikation, um ein gemeinsames Verständnis der Situation zu erlangen, wie in folgender Situation:

Klient: „Ich muss den ganzen Tag Medikamente schlucken, wobei ich bei den meisten gar nicht weiß, wogegen die helfen sollen. Dann kriege ich auch noch Ärger von meiner Frau, wenn ich mal vergesse, die zu nehmen!“

Pflegerin: „Verstehe ich das richtig, dass Sie nicht genau wissen, was sie an Tabletten nehmen und Sie die Situation stellenweise überfordert?“

Kurz und prägnant wird der inhaltliche Kern fragend zurückgespiegelt, um a) das eigene Verständnis der Situation zu sichern und b) dem Klienten zu signalisieren, dass man verstehen will. Wichtig: Auch eine „falsche“ Reformulierung ist hilfreich! Der Klient kann nun im Folgeschritt der Interpretation zustimmen oder sie korrigieren. In beiden Fällen geht es jedoch prinzipiell eher um den Klienten, als um die eigene Sicht der Dinge. Somit hat die einfache Technik des Reformulierens gleichzeitig eine beziehungsstiftende und inhaltsverifizierende Funktion.

Verbalisierungen

Bei der Verbalisierung zielt man nicht auf das inhaltlich Gesagte ab, sondern auf die emotionalen Aspekte des Gesagten. Man wiederholt also quasi das, was man hinsichtlich der emotionalen (meist nicht offen ausgesprochenen!) Inhalte wahrgenommen hat und lässt sich dies durch eine Wiederholung rückversichern. Bleiben wir bei unserem vorherigen Beispiel:

Klient: „Ich muss den ganzen Tag Medikamente schlucken, wobei ich bei den meisten gar nicht weiß, wogegen die helfen sollen. Dann kriege ich auch noch Ärger von meiner Frau, wenn ich die mal vergesse zu nehmen!“

Pflegerin: „Und diese Zwickmühle in der Sie sich befinden frustriert Sie?“

Häufig meint man bestimmte Emotionen in seiner Äußerung, aber diese werden nicht expliziert thematisiert. Dieses Herausarbeiten ist jedoch notwendig, da die emotionale Involviertheit des Klienten eine wichtige

Ressource im Pflegeprozess ist, die es unbedingt zu nutzen gilt. Auch an dieser Stelle haben wir durch die Rückversicherung in Form einer Frage wieder einen doppelten Nutzen. Zum einen die Verständnissicherung auf emotionaler Ebene und zum anderen die Beziehungskonstitution, da ich explizit signalisiere, dass ich verstehen möchte.

Zusammenfassungen

Bei der Zusammenfassung geht es primär um eine inhaltlich orientierte Technik, die dem Reformulieren sehr ähnlich ist. Es zielt darauf ab, die großen Eckpfeiler des Gesprächs noch einmal im Zusammenhang darzustellen, um für sich und den Klienten Struktur und damit gleichzeitig Orientierung zu schaffen. Zusätzlich wird dem Klienten durch Zusammenfassungen bewusst, dass ihm zugehört wird und alles, was er sagt, relevant ist. Zusammenfassungen bilden in Gesprächen häufig auch als Strukturmarker den Ausgangspunkt für die Bearbeitung weiterer Themenaspekte, die bis zum entsprechenden Zeitpunkt zu kurz gekommen sind oder werden als Übergang zur Beendigungsphase verwendet.

3.1.3 Einsatz in der Pflege-Praxis

Gespräche in der Pflege sind hochkomplexe Angelegenheiten. Das Aktive Zuhören eignet sich in fast allen kommunikativen Zusammenhängen. Ob in klientenorientierten Gesprächen oder interprofessionellen Situationen, es gibt kaum ein Gespräch, in dem Beziehung und Inhaltsvermittlung nicht relevant sind.

Besonders zu Beginn einer Interaktion eignet sich das Aktive Zuhören, denn es kann eine solide und vertrauensvolle Grundlage bilden, durch die primär den Bedürfnissen und Perspektiven des Klienten im Gespräch Platz gegeben werden und nicht den institutionellen Abläufen.

3.1.4 Tipps für das Aktive Zuhören

- Erst fragen, dann etwas zum Sachverhalt sagen!
- Das Aktive Zuhören ist kein Garant dafür, dass keine Konflikte auftreten. Sie werden aber weniger wahrscheinlich und können konsensorientierter bearbeitet werden.
- Erst Beziehung, dann Information! Ohne eine solide Beziehungsgrundlage läuft jede Information ins Leere.
- Legen Sie wichtige Gespräche in den Zeitraum, in dem Sie am aufmerksamsten sind, wenn die Möglichkeit besteht. Das Aktive Zuhören ist anstrengend und bedarf Ihrer vollen Aufmerksamkeit.
- Lassen Sie ihrem Gesprächspartner durch Pausen Zeit zum Nachdenken.

3.2 Fragetechniken

Wie beim Aktiven Zuhören deutlich wurde, werden durch eine eher fragende, zuhörende Position im Gespräch viele beziehungsfördernde und gesprächssteuernde Optionen eröffnet, die für Kommunikation in der Pflegepraxis mit unterschiedlichen Bezugsgruppen wichtig sind. Darüber hinaus lohnt sich der Blick auf weitere Frageverfahren, denn sie bieten ein hohes Potenzial, Gespräche zu steuern und Informationen zu generieren. Ziel dieses Abschnitts ist die Bewusstmachung der unterschiedlichen Funktion der Frageformen im Gespräch. Also gehen wir nun der Frage nach, was kann eine Frage im Gespräch bewirken und wo gibt es evtl. Probleme.

Wichtig bei allen Aspekten, die Fragen im Gespräch betreffen: Sie bewegen sich immer im Spannungsfeld zwischen dem Freiheitsgrad des Antwortenden, dem Informationsgehalt und den Steuerungsoptionen. Eine offene Frage zum Beispiel bietet viel Potenzial eine Menge Informationen zu generieren und

dem Gesprächspartner einen hohen Freiheitsgrad bei der Beantwortung einzuräumen, jedoch ist der weitere Gesprächsverlauf kaum planbar.

Neben der Form der Frage gibt es noch ein weiteres entscheidendes Merkmal, die Position der Frage im Gespräch! Fragen entfalten das volle Potenzial ihrer Funktion, nämlich die der Wissensgenerierung, abhängig von ihrer Position. Es ist also entscheidend, ob sie vor ungesagten Inhalten (um neue Informationen zu bekommen) oder nach gesagten Inhalten (um die Informationen zu verifizieren) gestellt werden.



Abbildung 13: Positionsmöglichkeiten für Fragen

3.2.1 Offene Fragen

Üblicherweise wird, wie auch in diesem Material, nach geschlossenen und offenen Fragen differenziert. Offene Fragen sind dabei vermeintlich die Art von Fragen, die nicht nur kurz und knapp mit ja oder nein beantwortet werden können und somit automatisch mehr Antwortmöglichkeiten bieten. Die Reduktion auf die grammatische Form ist dabei nicht zulässig. Häufig wird von den sogenannten W-Fragen (wer, was, wie, wo, warum, wozu etc.) gesprochen. Also eine Frage, die mit einem W-Wort beginnt. Dass dies aber

nicht immer zutrifft, sieht man schon an der klassischen Wohlbefindensfrage „Wie geht es dir?“, die üblicherweise als Einstieg in ein Gespräch dient und nur kurz, wie eher für eine geschlossene Frage typisch, mit einem kurzen „Gut“ beantwortet wird. Im Gegenzug ist nicht jede W-Frage auch gleichzeitig eine, die ein breites Spektrum an Antwortmöglichkeiten bereitstellen soll. Z. B. die Frage „Wären Sie so nett und bringen mir noch ein Glas Wasser?“ lässt wenig Handlungsspielraum zu und ist von ihrer Funktion her eher eine Aufforderung. Somit ist bei der Form der Frage eher entscheidend, welche Antwortoptionen sie zulässt und inwiefern sie die Antwortmöglichkeiten eingrenzt. Häufig beginnen diese Fragen zwar mit den oben genannten (oder weiteren) W-Wörtern, sie lassen sich aber nicht ausschließlich über dieses Kriterium definieren. Sie dienen überwiegend der Exploration meines Gesprächspartners und haben eine hohe Kontaktfunktion zu Beginn eines Gesprächs, denn ich erfahre durch offene Fragen prinzipiell mehr von meinem Klienten und schränke mein Gegenüber weniger stark ein, als ich es mit anderen Frageformen tue.

Beispielfragen wären:

- Welche kulturellen Aspekte gilt es bei Ihrem Aufenthalt zu berücksichtigen?
- Wie ist es zu Ihrem Skiunfall gekommen?
- Was hat die Kritik der Stationschefin in dir ausgelöst?
- Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial in unserem Wohnbereich?
- Wie bewerten Sie unsere Zusammenarbeit?

Zusammengefasst bieten die offenen Fragen die Möglichkeit viele Informationen aus initiierender Position zu generieren, haben dabei jedoch auf der Steuerungsebene ihre Nachteile, da man die Kontrolle über die folgenden Beiträge verliert. Sie eignen sich jedoch hervorragend zu Beginn eines Gesprächs, da sie den Fokus völlig auf den Klienten oder den Kollegen im

Gespräch richten und somit mit höherer Wahrscheinlichkeit beziehungsstiftend sind.

3.2.2 Geschlossene Fragen

Das Pendant, oder der Gegenspieler, zu offenen Fragen, sind die geschlossenen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie dem Antwortenden wenige Antwortoptionen lassen und das Gespräch stark steuern. Sie werden üblicherweise mit einem Verb am Anfang hergestellt und helfen dem Fragenden schnell Informationen zu generieren.

Beispielfragen wären:

- Ist das gut so?
- Schmeckt Ihnen das Essen?
- Tut das weh?
- Liegen Sie gut?
- Haben Sie die Tabletten schon genommen?

Außerdem machen geschlossene Fragen auch etwas mit der Beziehung zwischen den miteinander Sprechenden. Sie erzeugen häufig den Eindruck von Kontrolle. Denken Sie nur an ein klassisches Anamnesegespräch beim Arzt und den damit verbundenen Eindruck des „Ausfragens“ des Patienten. Was in der Situation für den Arzt auf der inhaltlichen Ebene unabdingbar ist (stellen Sie sich vor, er würde eine Anamnese nur mit offenen Fragen gestalten!), stellt auf der Beziehungsebene eine starke Asymmetrie her (siehe xAbschnitt 2.6), die in Pflegeprozessen häufig problematisch ist. Hinzu kommt, dass geschlossene Fragen zwangsläufig die Aktivität der Gesprächssteuerung auf Seiten des Fragenden erhöhen, da mit hoher Wahrscheinlichkeit nur kurze zustimmende oder widersprechende Beiträge auf Seiten des Klienten produziert werden. Trotz alledem sollte man diesen Fragentypus, wie oft in der Literatur, nicht verteufeln. In vielen Situationen eignen sich kurze,

verständnissichernde, geschlossene Fragen, um das eigene Handeln im Pflegeprozess zu monitoren (z. B. „Tut das weh?“ oder „Ist das unangenehm?“). Sie sollten jedoch nur punktuell zur Steuerung oder erst später im Gespräch, wenn es um die explizite Verständnissicherung und die Integration der erarbeiteten Inhalte in den weiteren Pflegeprozess geht, verwendet werden.

3.2.3 Präzisierende Fragen

Diese Frageform ist eine typisch respondierende Frageform, die darauf abzielt, etwas Gesagtes zu präzisieren. Sie legt bildlich gesprochen die Lupe auf einen bestimmten zuvor genannten Inhalt, um ihn weiter auszuleuchten. Gebildet wird diese Frageform durch ein genau an der zweiten Stelle in der Frage. Dieser Typus von Frage wird immer so gebildet und entfaltet in respondierender Position fast schon magische Wirkungen in Gesprächen.

Beispielfragen wären:

- Was genau macht Sie wütend?
- Wie genau ist das passiert?
- Wer genau ist für die Prozesse auf der Station verantwortlich?
- Was genau hat das in Ihnen ausgelöst?

Durch eine präzisierende Frage wird das Gesagte noch einmal differenziert und mit hoher Wahrscheinlichkeit bearbeitbarer vom Antwortenden aufbereitet. Dies ist besonders in Gesprächen relevant, in denen es um die Ressourcen des Klienten geht. Die Aussage „meine Frau unterstützt mich!“ eines Apoplex-Patienten ist auf der Informationsebene recht oberflächlich. Hier mit präzisierenden Fragen anzusetzen im Sinne von „Wie genau unterstützt sie Sie?“ oder „Wobei genau unterstützt sie Sie?“ ermöglicht ein detaillierteres Bild der Situation.

3.2.4 Alternativfragen

Alternativfragen wiegen im Gespräch mehrere Optionen gegeneinander ab und übertragen die Wahlmöglichkeit auf den Gesprächspartner. So könnte zum Beispiel am Anfang einer Fallbesprechung via Alternativfrage die Reihenfolge der Themenbearbeitung durch ein klassisches X-oder-Y-Schema bearbeitet werden.

Beispielfragen wären:

- Sollen wir zunächst über Herrn Meier oder lieber über Frau Mumpitz sprechen?
- Möchten Sie zuerst auf die Toilette oder sollen wir Sie anziehen?
- Womit fühlen Sie sich wohler, mit dem Hemd oder dem Shirt?

Sie schränken den Freiheitsgrad der Antwort ein, bieten aber trotzdem Potenzial für die Partizipation bei der Themengestaltung und –bearbeitung, bei gleichzeitiger Steuerungsmöglichkeit als Fragender. Wichtig ist es, nicht mehr als drei Alternativen gleichzeitig anzubieten, sonst führt dieses Frageverfahren zu Irritationen.

3.2.5 Skalare Fragen

Jeder kennt die Frage „Wie sehr schmerzt es auf einer Skala von eins bis zehn, wobei zehn das Schmerzvollste ist?“. Es geht darum subjektives Empfinden in einer Form greif- und bearbeitbar zu machen. Sagt der Klient zum Beispiel beim ersten Mal, er liege auf einer Acht, und bei einer späteren Befragung bei einer Vier, können wir davon ausgehen, dass sich das subjektive Empfinden verbessert hat. Skalare Fragen bieten sich aber auch an, um ganz andere Fokusse zu fassen und zu priorisieren, vorausgesetzt es gibt mehrere. Denn die Reihenbildung ist eine ganz zentrale Funktion dieser

Fragetechnik, durch die Inhalte oder Positionen priorisiert oder präferiert werden können.

Beispielfragen wären:

- Wenn Sie die anstehenden Aufgaben betrachten, wie würden Sie die Dringlichkeit der einzelnen Aufgaben einschätzen.
- Nun stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl, welche sollen wir auswählen?

Oft ist es schwierig für Klienten und Kollegen, priorisierte Rangfolgen oder reflektierte Einschätzung der Situation zu bilden. Wenn es jedoch gelingt, ist die skalare Frage ein sehr unterstützendes Fragetool, das verständnissichernde Wirkung hat.

3.2.6 Zirkuläre Fragen

Der Mensch ist ein empathisches Wesen. Er ist also in der Lage, sich in andere hineinzusetzen und aus dieser Perspektive heraus Emotionen nachzuvollziehen oder Beobachtungen zu schildern. Dies kann durch zirkuläre Fragen forciert werden, bei denen der Fragende den Antwortenden quasi in eine andere Person bugsiert.

Beispielfragen wären:

- Wenn jetzt Ihr Mann hier wäre, wie würde er die Situation betrachten?
- Würden Ihre Angehörigen das auch so sehen?
- Wie würde der Klient entscheiden, wenn er jetzt mit uns hier am Tisch sitzen würde?

Diese Fragen machen die Standpunkte nicht anwesender aber relevanter Parteien bewusst und unterstützen beim Perspektivwechsel. Sie können dadurch bewusst machen, dass z. B. Probleme nicht losgelöst vom Kontext betrachtet werden können und immer Auswirkungen auf ein ganzes System an Individuen haben.

3.2.7 Einsatz in der Pflege-Praxis

In jeder Kommunikationssituation sind Fragen ein unentbehrlicher Helfer, um Informationen für die Steuerung des Pflegeprozesses zu generieren. Ein einfaches Vorgehen hat sich dabei bewährt, um zu einem gemeinsamen Verständnis der Situation zu kommen. Vom Großen zum Kleinen oder fachsprachlich ausgedrückt vom Screening zum Focusing (nach Brunner, 2007, S. 26 ff.).

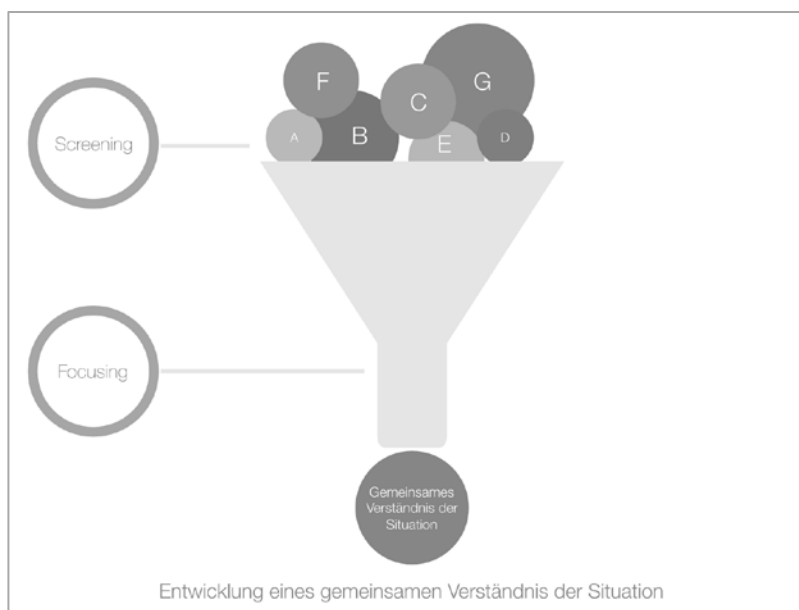


Abbildung 14: Der Weg zum gemeinsamen Verständnis einer Situation

In der ersten Phase kommen eher offene Fragetechniken zum Einsatz, die die Information erstmal möglichst wenig beeinflussend zusammentragen. Im zweiten Schritt werden die Inhalte dann mit semi-offenen und geschlossenen Fragen geordnet und das Verständnis rückversichert. Es wird quasi durch die Fragen im Verlauf der Prozesse gefiltert, was aus Klientenperspektive für die anstehenden Prozesse relevant ist. Dies ist in klientenorientierten, wie auch in interprofessionellen Interaktionen nützlich, in denen gemeinsam Inhalte erarbeitet und gemeinsames Handeln geplant werden muss.

3.2.8 Tipps für Fragetechniken

- Entwickeln Sie Ihr eigenes Set an Lieblingsfragen. Ausgehend von einigen wenigen werden sie schnell reflektiert die Wirkungen in Gesprächen beobachten können und Fragen finden, die auch zu Ihnen passen.
- Reagieren Sie auf Vorwürfe immer mit präzisierenden Gegenfragen. Vorwürfe werden üblicherweise sehr oberflächlich produziert, jedoch brauchen wir zum Bearbeiten den eigentlichen Kern des Vorwurfs.
- Seien Sie sparsam mit in Alltagsgesprächen eher untypischen Frageformen (z. B. zirkuläre Fragen oder skalare Fragen). Viele Klienten sind diese Art von Fragen nicht gewohnt.
- Vermeiden Sie Mehrfachfragen!
- Bereiten Sie für wichtige Gespräche Einstiegsfragen vor. Es wird Ihnen helfen sich auf die Antworten zu konzentrieren, wenn Sie diese Hürde im Vorfeld in Ruhe umschiffen konnten.

3.3 Argumentationstechniken

Bisher haben wir uns mit Situationen beschäftigt, in denen wir aus einer fragenden Position heraus am Gespräch teilnehmen und es steuern. Nun folgt eine Technik, die unsere Position aus einer sagenden, initiierenden Position

heraus ins Gespräch einbringt, die Argumentation. Argumentationstechniken haben eine lange Tradition und dienen immer dazu unsere Standpunkte mit Beweisen zu untermauern. Um deutlich zu machen, was eine Argumentation ist und wie sie aufgebaut ist, folgt nach einer Definition und der Vorstellung einzelner Argumentationsklassen ein leicht handhabbarer Aufbau, an dem die eigenen Argumentationen in der Pflegepraxis orientiert und aufgebaut werden können.

3.3.1 Was bedeutet Argumentation?

Argumentationen werden nur gebraucht, wenn es um das Aushandeln von Konflikten zwischen Personen geht. Aber welche Art von Konflikten ist in diesem Fall gemeint? Argumente werden üblicherweise gebraucht, wenn Interessenskonflikte bestehen. Der Klient will Variante A, Sie präferieren aber eher Variante B im Pflegeprozess, um die Genesung voranzubringen. Was tun Sie? Es gibt mehrere Möglichkeiten seine eigenen Interessen durchzusetzen: Gewalt, Drohungen, Machtausübung oder eben Argumente. Sie werden mir zustimmen, wenn letztgenannte Möglichkeit in der Pflegepraxis die zu präferierende ist.

Argumentationen bestehen üblicherweise aus drei Teilen: dem Argument, dem Argumentandum und der Prämisse und stehen in folgendem Verhältnis zueinander.

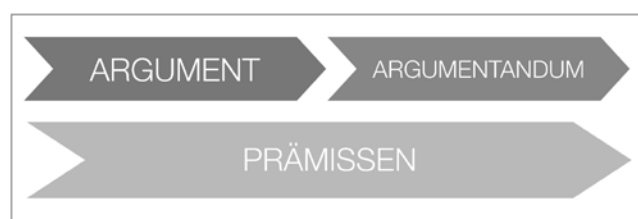


Abbildung 15: Bestandteile einer Argumentation

Das **Argument** ist der Beweis für das **Argumentandum**, also das zu Beweisende, das auf einer **gemeinsamen Grundannahme** (Prämisse) basiert. Zur Erläuterung ein Beispiel aus dem Privatleben.

Ein Ehepaar plant gemeinsam den nächsten Urlaub. Während die Frau auf die Malediven möchte, präferiert der Mann den Aktivurlaub in der Schweiz. Der Mann argumentiert, dass es doch viel zu erleben gibt in der Schweiz und es gut für die Gesundheit ist, sich viel in der Urlaubszeit zu bewegen. Er führt also die Argumente (Beweise) Erlebnisreichtum und Gesundheitsförderung für sein Argumentandum (Urlaub in der Schweiz) an. Die Frau hingegen widerspricht und führt traumhafte Strände und kulinarische Höhepunkte ins Feld ein. Ihre Argumente (Beweise) für ihr berechtigtes Argumentandum (Urlaub auf den Malediven) sind also Entspannungsmöglichkeiten und gutes Essen. Wieso werden die beiden bei dem Austausch nicht auf einen grünen Zweig kommen? Da die Prämisse (die gemeinsame Grundannahme) nicht übereinstimmt. Die Prämisse (also wie ein Urlaub zu sein hat) für den Mann ist Aktivität, während die Prämisse für die Frau Erholung ist. Da liegt der eigentliche Kern des Interessenskonflikts, den es zu bearbeiten gilt, um in Zukunft hoffentlich noch zahlreiche gemeinsame Urlaube zu erleben.

Dabei kann ich induktiv (vom Kleinen zum Großen), also erst das Argument (Beweis) und dann das Argumentandum (das zu Beweisende) nennen, oder umgekehrt deduktiv vorgehen (vom Großen zum Kleinen). Um bei dem oben genannten Beispiel zu bleiben: Der Mann könnte also deduktiv vorgehen und sagen „Urlaub in der Schweiz ist toll, weil es Aktivität fördert und erleuchtende Erlebnisse ermöglicht!“. Er könnte aber auch induktiv vorgehen und sagen „Erleuchtende Erlebnisse und sportliche Aktivitäten sind dort wunderbar umzusetzen, deswegen sollten wir lieber in die Schweiz fahren!“.

Die Anordnung und Positionierung des Arguments zum Argumentandum ist entscheidend, wenn es um die Wirksamkeit geht. Häufig haben in sachlicheren Gesprächen induktive Vorgehensweisen mehr Erfolg, während

bei emotionalen Themen der Sprecher durch eine deduktive Positionierung punkten kann.

3.3.2 Argumentationsklassen und Topoi

Im zweiten Schritt stellt sich nun die Frage, was kann als Argument dienen und was ist ein gutes Argument? Zunächst einmal ist dabei immer das Ziel ausschlaggebend. Wenn ich weiß, was ich mit meinem Argument erreichen will, ist es deutlich einfacher die unterschiedlichen Argumente für mein Argumentandum herauszuarbeiten. Dabei ist zu differenzieren zwischen Argumentationsschemata und Topoi (nach Hermann et al., 2012, S. 21ff.). Die Kategorien sind dabei unterteilt in bestimmte Klassen (Schemata), während Topoi die „Fundstellen“ in den Kategorien bezeichnet. Z. B. ist die Kategorie Autoritätsargument eine übergeordnete Klasse, während die Differenzierung in z. B. Statistik oder Populäre Personen dann das Topoi wären. Ich nehme also eine Aussage aus einer Statistik oder die Meinung einer populären Person, um mein eigenes Argumentandum zu belegen. Gemeint sind mit der Differenzierung Fundstellen für Argumente, die bei dem Aufbau und dem Finden neuer Argumente (also Beweisen) dienlich sind (nach Hermann et al., 2012, S. 23).

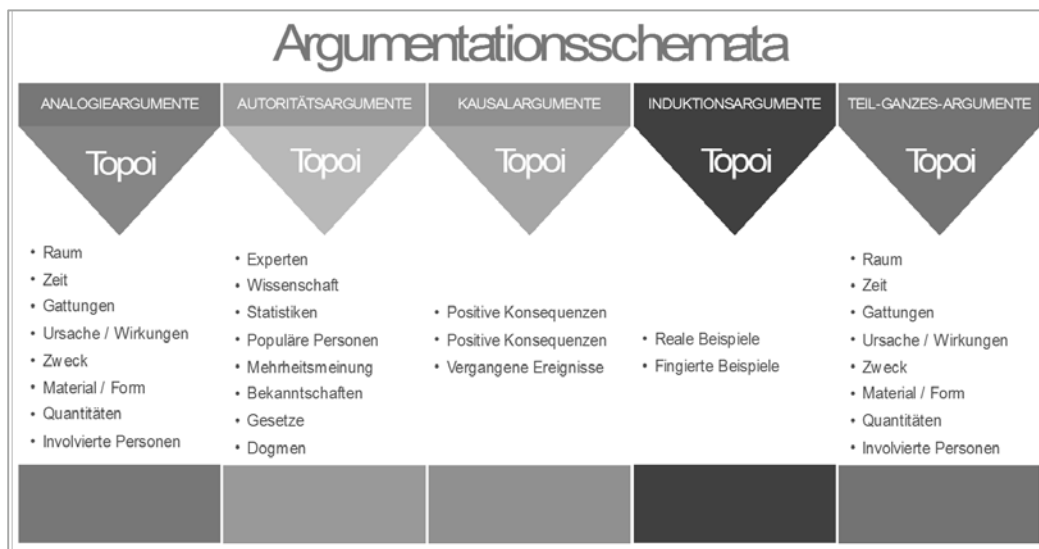


Abbildung 16: Darstellung der Schemata und Topoi

Die 5 Argumentationsschemata bilden den Überbau, der durch die Topoi (die Fundstellen) verfeinert wird. Gehen wir die Argumentationsschemata einmal durch und produzieren Beispielargumente für folgendes Argumentandum.

In einer Besprechung geht es um die Pflegeplanung für eine Patientin (Frau Mörtel), bei der sich das Team nicht einig ist, wie sie mit ihr umgehen sollen. Sie hat einige offene Wunden, die bisher ohne Erfolg behandelt wurden. Sie vertreten den Standpunkt (Ihr Argumentandum), dass die Wunde nicht weiter behandelt werden sollte, da sie von alleine ausheilen wird.

Analogieargumente

Analogieargumente, oder auch Vergleichsargumente, ziehen Vergleiche zu anderen Situationen, in denen ihr Argumentandum auch zutreffend war. Sie könnten sich zum Beispiel auf eine Situation mit einem anderen Klienten beziehen, in dem Ihr Vorgehen wirkungsvoll war.

Bsp.: Bei Herrn Steller im letzten Jahr hatten wir einen ähnlichen Fall, da hat das Abwarten sehr gut gewirkt. Deswegen sollten wir auch bei Frau Mörtel so verfahren und abwarten.

Sie vergleichen die Ausgangssituationen, die ihre Position verstärken und so als Argument dienen. Die Aspekte, die Sie zu einem Vergleich heranziehen, können dabei natürlich unendlich sein. Sie können Situationen, Ursachen, Wirkungen, Material, Zeiten etc. miteinander vergleichen, um Belege für Ihren Standpunkt zu finden.

Autoritätsargumente

Dies ist der Klassiker unter den Argumenten, das Autoritätsargument. Die ganze Wissenschaft funktioniert in der Literatur üblicherweise nach diesem Prinzip, in dem Beweise anderer Wissenschaftler zur Untermauerung des eigenen Standpunktes herangeführt werden.

Bsp.: Die letzten Erkenntnisse von Merkel haben gezeigt, dass bei der Art von Verletzung das Abwarten eine effektive Methode sein kann. Deswegen sollten wir die Wunde nicht weiter behandeln.

Dabei muss es nicht immer nur ein wissenschaftliches Ergebnis eines Wissenschaftlers sein. Es können auch, je nach Argumentandum, Meinungen von populären Personen, Gesetze, Dogmen oder Mehrheitsmeinungen sein, die Sie bei Ihrem Standpunkt unterstützen.

Kausalargumente

Bei Kausalargumenten wird von der Ursache auf die Wirkung geschlossen und so ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Aspekten hergestellt.

Bsp.: Die bisherige Behandlung hat nichts gebracht, wir sollten die Wunde einfach von alleine ausheilen lassen.

Der Zusammenhang zwischen Ursache (bisherige Behandlung) und Wirkung (hat nichts gebracht) wird dabei negativ bewertet. Wir nutzen quasi vergangene Ereignisse, die mit dem Argumentandum im Zusammenhang stehen, um den Standpunkt zu belegen.

Induktionsargumente

Beim Induktionsargument dient ein reales oder fingiertes Beispiel als Beleg für das Argumentandum.

Bsp.: Es wäre für dich doch auch unbefriedigend, wenn jemand permanent an dir rumdoktern würde und es würde nichts passieren. Lass uns abwarten und es ohne Behandlung versuchen.

Je nach Argumentandum kann das reale oder fingierte Beispiel eine gute Möglichkeit darstellen, um sein Gegenüber persönlich in das Geschehen zu involvieren. Jedoch gilt, je sachlicher eine Diskussion, desto seltener sollten sie Induktionsargumente verwenden.

Teil-Ganzes-Argumente

Ähnlich wie das Analogieargument hält auch das Teil-Ganzes-Argument viele Fundstellen bereit, die bei der Argumentsuche eine Hilfe bieten können.

Bsp.: Durch einen Tag ohne Behandlung werden wir den Heilungsprozess nicht gefährden. Lass es uns ohne Behandlung versuchen.

Hier wird die Kategorie Zeit vom Kleinen (ein Tag) auf das Ganze (den Heilungsprozess) übertragen, um zu verdeutlichen, warum das eigene Argumentandum zu verfolgen ist.

3.3.3 Aufbau einer Argumentation

Die Schemata und Fundstellen sind hilfreiche Wegbegleiter, wenn man seine Argumente einnorden möchte und die Orientierung fehlt. Was im zweiten Schritt unabdingbar ist, ist die Anordnung der selbigen. Wie kann ich sie im Bezug zueinander positionieren? Dafür eignet sich der klassische Fünfsatz, um den eigenen Standpunkt zu vertreten (Hermann et al., 2012, S. 39 ff.).

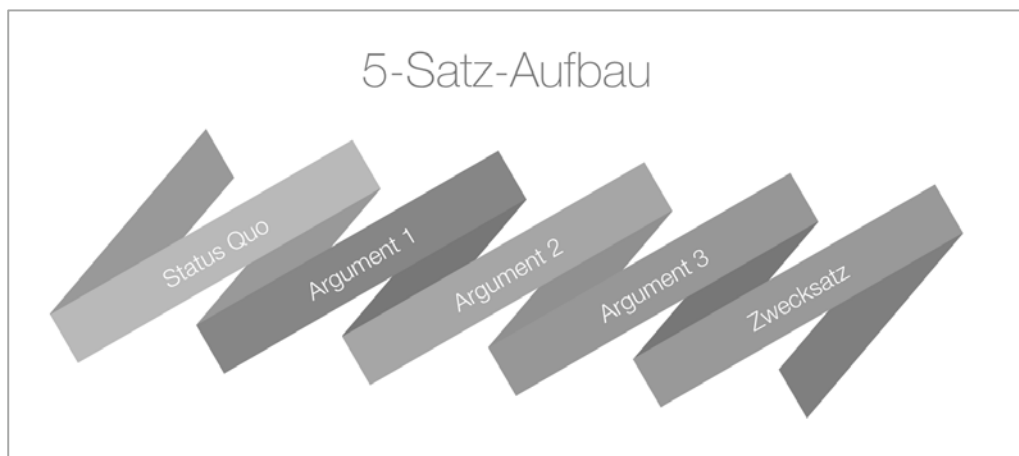


Abbildung 17: Fünfsatz

Bleiben wir zur Verdeutlichung beim dem Beispiel von Frau Mörtel.

a) Schilderung des Status Quo

Was ist der Status Quo, also die Ausgangssituation?

Wie wir gesehen haben, hat sich bei der Wunde am Oberschenkel in letzter Zeit nicht viel getan!

b) Argumente

Nun positionieren wir unsere Beweise für unser Argumentandum:

Bei Herrn Steller im letzten Jahr hatten wir einen ähnlichen Fall, da hat das Abwarten sehr gut gewirkt und durch einen Tag ohne Behandlung werden wir den Heilungsprozess nicht gefährden.

Außerdem haben die letzten Erkenntnisse von Merkel gezeigt, dass bei der Art von Verletzung das Abwarten eine effektive Methode sein kann.

c) Zwecksatz

Nun präsentieren wir das Argumentandum:

Deswegen sollten wir die Behandlung stoppen und abwarten!

Mithilfe dieser Struktur ist es ohne viel Aufwand möglich, seinen Standpunkt strukturiert darzulegen und ein Thema in Gesprächen zur Bearbeitung bereitzustellen. Denn es ist mehr als einfach nur die Präsentation der eigenen Meinung und macht es dadurch auch weniger angreifbar. Wir haben drei Beweise für unser Anliegen und können jetzt entspannt unser Gegenüber seine Argumente präsentieren lassen.

3.3.4 Einsatz in der Pflege-Praxis

Eine schlüssige und wirksame Argumentation ist in vielen Kontexten sinnvoll und effizient, wenn eigene Interessen mit hoher Wahrscheinlichkeit mit anderen Interessen korrelieren. Das Erlernen dieser Techniken ist jedoch sehr schwierig. Sie haben aber einen entscheidenden Vorteil durch die Aneignung: Sie können sich konstruktiv vorbereiten! Wichtige Gespräche, in denen es primär um Ihre individuelle Zielerreichung geht, haben meist einen Vorlauf und können vorbereitet werden. Nutzen Sie die Schemata und Topoi, um Argumente zu finden und ordnen Sie diese induktiv oder deduktiv an. Das wird Ihren Standpunkt in klientenorientierten und interprofessionellen Settings mehr Struktur und Überzeugungskraft verleihen. Denn im Gegensatz zu

Äußerungen, die mit „ist meine Meinung“ eröffnet oder abgeschlossen werden, zählen strukturierte Argumentationen in unserer Kultur zu etwas Bearbeitbarem. Explizit ausgesprochene Meinungen sind Argumentanden, die ohne Argumente geliefert werden und das ist für Überzeugungsarbeit in allen Lebenslagen und besonders professionellen Kontexten nicht sehr hilfreich.

3.3.5 Tipps für zielführende Argumentationen

- Planen Sie Ihren Beitrag im Vorfeld und bedenken Sie bei jedem Argument die mögliche Gegenposition. Vorbereitung ist alles!
- Ordnen Sie Ihre Argumente so an, dass das überzeugendste an die letzte Position gesetzt wird.
- Fordern Sie nicht zu viel auf einmal. Maximal drei Argumente pro Argumentandum reichen aus. Mehr wirkt in Gesprächen häufig überfordernd.

3.4 Feedback

Ein großer Teil der Kommunikationspraxis in der Pflege besteht aus Rückmeldungen, die nicht unbedingt intendieren, ein Verhalten unseres Gegenübers zu verändern. Wenn ein Klient zum Beispiel ein Verhalten präsentiert und dieses zu dem, was er über sich sagt, in totalem Widerspruch steht (z. B. ein Klient der sich für sehr sportlich und fit hält, aber in der Realität aufgrund des Übergewichts und einer ungesunden Lebensweise genau das Gegenteil lebt), bietet sich ein Feedback an, falls es gewünscht ist und in einem Gespräch thematisiert wird. Denken Sie an die Grundhaltungen des Aktiven Zuhörens. Auch wenn es manchmal schwerfällt, jemanden etwas „direkt etwas ins Gesicht“ zu sagen, ist es das A und O ehrlich und authentisch zu sein, damit der Klient auch mit der Interpretation arbeiten kann. Wichtig an dieser Stelle ist die Formulierungsweise, damit die vermeintlichen „Meinungen“ wirklich als subjektives Empfinden wahrgenommen werden. Um

dies in der Praxis zu realisieren, eignet sich ein Aufbau für Rückmeldungen, der im Allgemeinen als Feedback-Prozess bezeichnet wird.

3.4.1 Ziele des Feedbacks

Das Ziel ist relativ klar im Feedbackprozess. Es geht darum, unserem gegenüber unser subjektives Empfinden widerzuspiegeln und dem Zuhörer mögliche blinde Flecken in seiner Selbstwahrnehmung zu zeigen. Um zu verdeutlichen, was damit gemeint ist, bietet sich das Johari-Fenster von Joseph Luft und Harry Ingham (1955) aus den fünfziger Jahren an, das aufzeigt, welche bewussten und unbewussten Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale wir in Gesprächen anderen präsentieren. Die grundsätzliche Frage dahinter ist, was wissen wir über uns selbst und was glauben wir zu wissen. Denken Sie noch einmal an Watzlawick et al. Die Interpunktionen im Gespräch werden subjektiv interpretiert. Somit sind viele Aspekte, die wir meinen über uns zu glauben, vielleicht gar nicht so klar, wie sie scheinen.

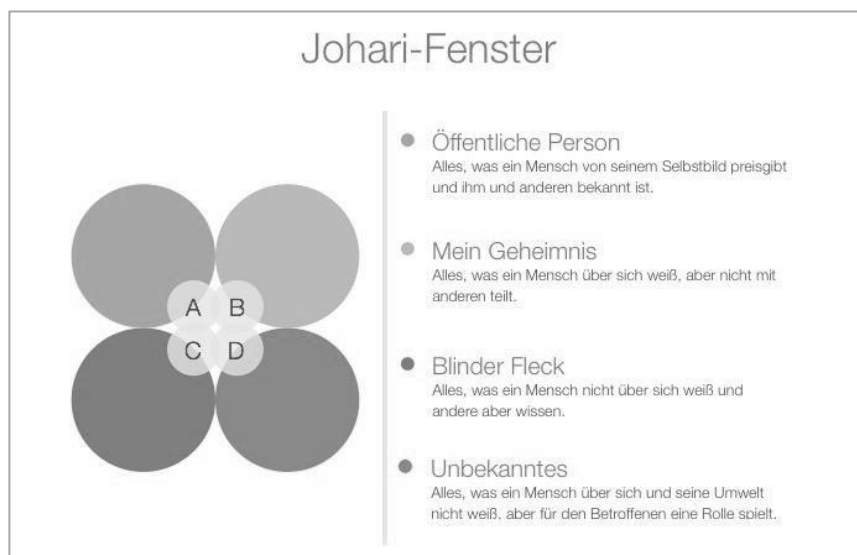


Abbildung 18: Johari-Fenster

Ein gutes Feedback stärkt die Selbstwahrnehmung hinsichtlich der blinden Flecken (Fenster C) und fördert die Kommunikationsfähigkeit. Denn Ziel ist es, sein Gegenüber auf genau diese Flecken in der Selbstwahrnehmung zu fokussieren. Aber wie kann ich dies wertschätzend und effizient in die Praxis umsetzen?

3.4.2 Aufbau eines Feedbacks

Klassischerweise werden Feedbackäußerungen in Form von vier grundlegenden Schritten mit unterschiedlichen Funktionen formuliert. Wenn wir uns noch einmal die Gesprächsphasen vor Augen halten (siehe Kapitel 2.6.), dann wäre die Kernphase des Gesprächs prototypisch mit diesen vier Schritten mit den entsprechenden kommunikativen Ankerpunkten auszugestalten.

Phasen und Aufgaben im Feedbackprozess			
Beobachtung	Emotion schildern	Reaktion schildern	Vorschlag erörtern
ZIEL: VERSTEHEN	ZIEL: VERSTÄNDNIS	ZIEL: VERSTEHEN	ZIEL: PERSPEKTIVE
• Präzise Benennung des Monitums • Keine Bewertung • Ich-Formulierung wählen • Echt sein • Positives und negatives rückmelden	• Darstellung: Was löst das Verhalten in mir aus? • Präzise Benennung der internen Vorgänge (Emotionen etc.)	• Schilderung: wozu veranlasst mich das Monitum? • Erklärung der eigenen Reaktion formulieren	• Formulierung als Angebot • Konstruktive Vorschläge • Schilderung der Auswirkungen • Generell: was würde mich oder mein Gegenüber jetzt weiterbringen?

Abbildung 19: Feedbackschritte

Besonders der erste und der letzte Schritt bergen das Potenzial für Gesichtsbedrohungen. Werden Feedbacks unpräzise mit Du-Botschaften formuliert (z. B. du kommst immer zu spät), erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für die Wahrnehmung als Vorwurf. Die inneren beiden Schritte dienen eher

der Verständnisförderung und helfen dabei, die subjektive Wahrnehmung auch wirklich ernst zu nehmen. Wichtig ist die Schilderung der inneren Zustände und der entsprechenden Reaktion darauf, denn dies können wir als Menschen empathisch nachfühlen. Ich muss wissen, was in meinem Gegenüber vorgeht und warum es so reagiert wie es reagiert, um nachvollziehen zu können, wieso der entsprechende Punkt thematisiert wurde.

Die Orientierung an diesem Vier-Schritt-Schema ermöglicht auf der einen Seite eine Planung des kommunikativen Handelns, wenn Sie eine Feedbacksituation erwarten. Auf der anderen Seite bietet es die Möglichkeit die, nennen wir sie Miniaufgaben, Verstehen und Verständnis zu erzeugen, zu kombinieren. Ohne Verstehen gibt es kein Verständnis und ohne Verständnis gibt es keine Persönlichkeitsentwicklung oder Akzeptanz der Wahrnehmung der blinden Flecken.

3.4.3 Einsatz in der Pflege-Praxis

Das Problem an einem klassischen Feedback ist, dass es eigentlich nur respondierend auf Nachfrage gegeben werden kann, da es grundsätzlich freiwillig ist. Trotzdem helfen die Schritte, um die Gesprächskompetenz zu verbessern. Denn das, was für ein Feedback gilt, ist auch grundsätzlich in Gesprächen relevant und gesprächsfördernd. Wenn in Pflegeprozessen relevant gemacht wird, warum eine bestimmte Sache so passiert wie sie passiert, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit auf Compliance auf der Klientenseite und wir erreichen unsere Ziele mit höherer Wahrscheinlichkeit. Das Verständnis zu formulieren, dass die eigene Wahrnehmung nur eine Wahrnehmung von vielen ist, fördert Beziehung. Und da Beziehung die Sachebene bedingt (siehe Kapitel 1.5), werden auch gesichtsbedrohende Ziele mit höherer Wahrscheinlichkeit erreicht.

3.4.4 Tipps für Feedback-Gespräche

- Formulieren Sie Ihr Feedback so, dass Sie es selbst auch so annehmen würden.
- Geben Sie das Feedback unmittelbar nach der Situation.
- Geben Sie ein Feedback nur, wenn es erwünscht ist.
- Formulieren Sie es in kleinen und nachvollziehbaren „Happen“, um den Feedbacknehmenden nicht zu überfordern.
- Spiegeln Sie positive und negative Aspekte zurück.
- Sprechen Sie nur Aspekte an, die der Feedbacknehmer auch ändern kann.
- Unterlassen Sie moralische Wertungen.
- Formulieren Sie Ihre Punkte aus der Ich-Perspektive, anstatt die Sätze mit „Du“ zu beginnen.

3.5 Kritik

Während das klassische Feedback „nur“ die Rückmeldung der eigenen Interpretation zum Ziel hat, mit der der Empfänger arbeiten kann wie er möchte, hat Kritik ein ganz anderes Ziel. Gezeigtes Verhalten soll und muss in vielen Fällen in einer bestimmten Art verändert werden. Genau an dieser Stelle liegt auch die Schwierigkeit der Gespräche, in denen Kritik geäußert werden muss. Die Bewertung des Handelns anderer mit gleichzeitiger Aufforderung zur Anpassung des Verhaltens, sind starke Eingriffe in den Handlungsspielraum und erzeugen zunächst einmal Reaktanzen. Es lässt sich jedoch in Institutionen nicht vermeiden.

3.5.1 Aufbau eines Kritikbeitrags

Wie auch schon zuvor bietet sich für diesen Zweck eine Struktur an, die in der Kernphase des Gesprächs realisiert werden sollte. Kritik sollte zentraler Gegenstand und Zweck des Gesprächs sein.



Abbildung 20: Phasen im Kritikgespräch

Wie in allen Gesprächen sind auch hier die Eröffnungsphase und die Beendigung funktional primär zur Beziehungskonstitution und Situationsdefinition zu verwenden. Machen Sie zu Beginn klar, worum es Ihnen geht und was das Ziel des Gesprächs ist. Ich empfehle auch die Zeit zu nennen, die Sie für das Gespräch eingeplant haben, denn dies ermöglicht im Verlauf des Gesprächs bei Zeitmangel zu steuern ohne Desinteresse und dadurch eine Gesichtsbedrohung zu signalisieren.

Informationsphase

Im ersten Schritt, wenn es „ernst“ wird, ist eine Schilderung des Kritikpunktes die zentrale Aufgabe. Das Problem sollte präzise in Häufigkeit, Situationen und Auswirkungen geschildert werden. Hierbei ist es wichtig, aus der Ich-Perspektive konkrete Situationen darzustellen und die Konsequenzen zu

benennen, die das entsprechende Verhalten hat. Dies erhöht die Nachvollziehbarkeit der Kritik.

Bearbeitungsphase

Gegenüber dem Alltagsverständnis der Kritik wechseln in dieser Phase die Redeanteile - und dem Kritisierten muss die Chance gegeben werden, sich zu den, bis jetzt noch, Vorwürfen zu positionieren. Es geht nun in den Dialog, während bis dahin eher der Kritisierende das Wort hatte. Hier geht es um einen Perspektivenabgleich und die Ergründung der Motivation des Monitums. Das Aktive Zuhören funktioniert sehr gut in dieser Phase.

Integrationsphase

Wenn es gelungen ist, Einsicht in das Monitum zu erzeugen, kann nun gemeinsam versucht werden, einen Plan zu entwickeln, mit Hilfe dessen sich das kritisierte Verhalten verändern kann. Der Fokus liegt auf dem gemeinsamen Bearbeiten. Eine Verhaltensänderung wird wahrscheinlicher, wenn Entscheidungen über das weitere Vorgehen partizipativ getroffen werden. Vereinbarungen werden getroffen und idealerweise terminieren Sie ein weiteres Gespräch, in dem der Entwicklungsprozess Thema ist.

Ganz wichtig! Notieren Sie sich im Nachhinein die für Sie relevanten Eckdaten aus dem Gespräch. Das Gehirn ist vergesslich und Notizen unterstützen, wenn sie noch von den Gesprächseindrücken gefärbt sind, bei der Planung der weiteren Gespräche.

3.5.2 Einsatz in der Pflege-Praxis

Wenn Menschen miteinander arbeiten, ist nicht immer alles Friede-Freude-Eierkuchen. Häufig muss man über Schicksale anderer entscheiden, was aufgrund der Rollen, in denen wir uns bewegen, unumgänglich ist. Aber auch

in symmetrischen Beziehungen kommt es häufig zu Konflikten, die frühzeitig bearbeitet werden müssen, um nicht chronisch zu werden und die Arbeitsbeziehung mittel- bis langfristig zu gefährden. Aufgrund der unterschiedlichen Bezugsgruppen der Pflegenden ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, auch Verhaltensänderung an Akteuren der relevanten Bezugsgruppen initiieren zu müssen. Genau dabei hilft eine Struktur, mit der Vorbereitung ermöglicht und Gesichtsbedrohung (bei dem ohnehin schon auf Konfrontation ausgelegten Gesprächstyp) verringert wird.

3.5.3 Tipps für Kritik-Gespräche

- Überlegen Sie sich, ob das Gespräch wirklich notwendig ist! Wenn Sie es einmal initiiert haben, gibt es kein Zurück mehr. Schlafen Sie zu Not eine Nacht darüber.
- Kündigen Sie an, dass Sie ein für Sie relevantes Thema besprechen möchten.
- Stellen Sie sich die Frage, ob Kritik (mit dem Ziel Verhaltensänderung) überhaupt die angebrachte Technik ist oder eher Feedback gegeben werden sollte?
- Ist der Anzusprechende überhaupt in der Lage sein Verhalten wie gewünscht anzupassen?
- Führen Sie diese unter vier Augen! Niemals in der Öffentlichkeit vor Unbeteiligten.
- Äußern Sie Kritik immer wohlwollend mit einer Perspektive für Ihr Gegenüber.

3.6 Metakommunikation

Bisher haben wir bei den Kommunikationstechniken das Vermitteln von Informationen fokussiert, nun gehen wir einen Schritt weiter und sprechen

über das Sprechen. Denn genau das ist mit Metakommunikation gemeint. Man geht quasi in die Vogelperspektive und thematisiert das gerade laufende Gespräch, wie in diesem Beispiel:

Klient: (schreit die Pflegende an) „Sie kommen hier morgens rein und wecken mich, schalten das Licht ein und grölen ‚GUTEN MORGEN!‘ Das kann es ja wohl nicht sein!!“

Pflegende: „Ich kann verstehen, dass Sie wütend sind, jedoch ist der Ton nicht angemessen. Bitte schreien Sie mich nicht an“.

Was macht die Pflegende in diesem Beispiel? Sie thematisiert die Art und Weise, wie der Klient ihr den Kritikpunkt entgegenbringt, also die Modalität der Äußerung. Sie geht also quasi einen Schritt zurück und fokussiert den Modus des Beitrags, anstatt inhaltlich auf ihn zu reagieren. Dieses Sprechen über das Sprechen ist Metakommunikation, da das aktuelle Gespräch Gegenstand des Gesprächs ist und dadurch bearbeitet wird. Viele Theoretiker wie z. B. Watzlawick sehen in der Metakommunikation einen wichtigen Schlüssel, um Beziehungen im Gespräch herzustellen und lösungsorientiert zu kommunizieren. Aber welche Thematisierungsebenen gibt es?

3.6.1 Thematisierungsebenen

Üblicherweise werden Gespräche in Sach- und Beziehungsebene differenziert. Dies reicht jedoch eigentlich nicht aus, um der Komplexität des Gegenstands gerecht zu werden. Denn Gespräche haben deutlich mehr Ebenen, man spricht auch von Realitätsbezügen, mit denen sich die Sprechenden im Gespräch befassen müssen. Insgesamt gibt es sechs Ebenen nach Kallmeyer (1985), die an dem oberen Beispiel weiter verdeutlicht werden.

Die Ebene der Darstellung von Sachverhalten (Inhaltsebene)

Klient: (schreit die Pflegende an) „Sie kommen hier morgens rein und wecken mich, schalten das Licht ein und grölen ‚GUTEN MORGEN! ‘ Das kann es ja wohl nicht sein!!“

Pflegende: „Was? Ich verstehe nicht, was Sie da sagen“.

Der Inhalt, der vermittelt wird, kann metakommunikativ nach dem Motto „Entschuldigung, ich habe sie akustisch nicht verstanden“ thematisiert werden. Damit bezieht man sich auf die Darstellung des Sachverhalts. Neben akustischen Schwierigkeiten ist aber auch der Aufbau der Nachricht (z. B. durch den Gebrauch von vielen Fremdwörtern im Klinikalltag) ein Verständnishindernis, das durch eine Bezugnahme auf die Inhaltsebene thematisiert werden kann.

Die Ebene der Gesprächsorganisation

Klient: (schreit die Pflegende an) „Sie kommen hier morgens rein und wecken mich, schalten das Licht ein und grölen ‚GUTEN MORGEN! ‘ Das kann es ja wohl nicht sein!!

Pflegende: „Jetzt lassen sie mich erstmal sprechen!“.

Wir müssen das Gespräch aktiv organisieren. Der zuvor angesprochene Ping-Pong muss gesteuert werden und es gibt Situationen, in denen eine Partei zum Beispiel die andere Partei unterbricht oder nicht mehr aufhört zu reden. An diesen Stellen ist es möglich die Gesprächsorganisation zu thematisieren. Aussagen wie „Jetzt bin ich mal dran“ oder „Unterbrechen sie mich nicht!“ sind metakommunikative Bezugnahmen auf der Ebene der Gesprächsorganisation.

Die Ebene der Handlungen

Klient: (schreit die Pflegende an) „Sie kommen hier morgens rein und wecken mich, schalten das Licht ein und grölen ‚GUTEN MORGEN! ‘ Das kann es ja wohl nicht sein!!“

Pflegende: „Was soll es jetzt bringen, dass Sie mich anschreien?“.

Wie schon vorher thematisiert, verfolgen wir mit jedem Beitrag Ziele. In diesem Fall ist das Ziel, einen Vorwurf zu realisieren, dessen Zweck die Pflegende metakommunikativ thematisiert und anzweifelt.

Die Ebene der sozialen Beziehung und Identität der Beteiligten

Klient: (schreit die Pflegende an) „Sie kommen hier morgens rein und wecken mich, schalten das Licht ein und grölen ‚GUTEN MORGEN! ‘ Das kann es ja wohl nicht sein!!“

Pflegende: „Was glauben Sie, wen Sie hier vor sich haben? So können Sie mit ihren Freunden reden, aber nicht mit mir“.

Wie schon im zweiten Kapitel thematisiert, spielt die Beziehung eine ganz besondere Rolle. Wenn wir dies explizit thematisieren, haben wir es fast immer mit metakommunikativen Thematisierung dieser Ebene zu tun, da normalerweise der Informationsgehalt jeder Äußerung ja an sich schon durch die Beziehung determiniert ist. Häufig ist in Konfliktsituationen zu beobachten, dass die Beziehung oder die Identität metakommunikativ im Mittelpunkt steht und so hergestellt wird.

Die Ebene der Modalität

Klient: (schreit die Pflegende an) „Sie kommen hier morgens rein und wecken mich, schalten das Licht ein und grölen ‚GUTEN MORGEN! ‘ Das kann es ja wohl nicht sein!!“

Pflegende: „Ich kann verstehen, dass Sie wütend sind, jedoch ist der Ton nicht angemessen. Bitte schreien Sie mich nicht an“.

Modalität meint die Art und Weise, also ist etwas ernst gemeint, ironisch sarkastisch usw. Die Pflegende thematisiert aus einer Art Vogelperspektive klar die Ebene der Modalität und geht nicht direkt auf den Vorwurf ein.

Die Ebene der Reziprozität

Klient: (schreit die Pflegende an) „Sie kommen hier morgens rein und wecken mich, schalten das Licht ein und grölen ‚GUTEN MORGEN! ‘ Das kann es ja wohl nicht sein!!“

Pflegende: „Was? Ich verstehe nicht, was daran problematisch sein soll“.

Wir stellen in jeder Situation, in der wir miteinander sprechen, in irgendeiner Art und Weise Verständnis her. Und normalerweise meinen wir auch unser Gegenüber korrekt zu verstehen. Reziprozität meint Verständnissicherung und das nicht auf der inhaltlichen Ebene. Die Pflegende wird in dem Beispiel mit hoher Wahrscheinlichkeit die Wörter korrekt enkodieren und nachvollziehen können. Ist aber der Beweggrund für eine Äußerung nicht klar, ist es möglich, metakommunikativ die Ebene der Reziprozität zu thematisieren und für Verständnis zu sorgen.

Das Sprechen über das Sprechen in Form von Metakommunikation ist enorm wichtig, um die Informationen und die Beziehung zu unserem Gegenüber zu präzisieren und eindeutiger zu gestalten. Sprache ist eben nicht eindeutig und führt häufig zu Missverständnissen. Diese Wahrscheinlichkeit können wir durch Metakommunikation verringern und dafür stehen uns sechs Bezugsebenen zur Verfügung.

3.6.2 Einsatz in der Pflege-Praxis

Metakommunikation ist immer relevant! In professionellen und alltäglichen Interaktionszusammenhängen ist es von großer Bedeutung, die Interaktion sozusagen nicht nur als Sprechender zu verfolgen, sondern auch aus einer quasi übergeordneten Position. Denn Gespräche bestehen aus interaktiv aufeinander bezogenen Prozessen, die es zu steuern und gleichzeitig zu beobachten gilt. Die Steuerung kann in hohem Maße durch Metakommunikation forciert werden, was für effizientes sprachliches Handeln im Pflegekontext mit den unterschiedlichen zu erreichenden Zielen notwendig ist.

3.6.3 Tipps für Metakommunikation

- Je brisanter das Thema, desto notwendiger ist Metakommunikation. Lieber einmal zu viel drüber sprechen, als einmal zu wenig.
- Metakommunikation hilft Missverständnisse zu vermeiden. Es bietet sich in initiiender und respondierender Position an.
- Leiten Sie potentiell gesichtsbedrohende Äußerungen immer metakommunikativ ein, um eine negative Interpretation auf der Beziehungsebene nach Schulz von Thun zu vermeiden.

3.7 Zusammenfassung der Techniken

Die Vielfaltigkeit der Techniken ist der Komplexität der Gesprächszusammenhänge geschuldet, in die sich Pflegekräfte beruflich begeben. Wir haben es nämlich nicht mit nur einer Bezugsgruppe zu tun, sondern mit vielen (siehe Kapitel 2.2). Dies bedingt ein breites Repertoire an Techniken, um die tagtäglich anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Der Überblick in diesem Kapitel soll Ankerpunkte bereitstellen, die bei der

Planung, Reflexion und Durchführung der durch Kommunikation zu realisierenden Aufgaben zu bewältigen.

Aber einfache Rezepte und Beispielsätze auswendig lernen, funktioniert im Bereich der Kommunikation leider nicht. Es wäre alles viel einfacher, wenn Sprache eindeutig wäre und wir immer mit X auch X meinen würden. Wichtig ist bei allen Techniken die Stimmigkeit. Die Technik muss zum Sprechenden passen und es muss authentisch wirken. Das ist ein schwammiger Begriff, jedoch umreißt er, was in der Praxis häufig Probleme bereitet. Die angewendeten Techniken wirken beim Sprecher nicht kongruent und dadurch verpufft die Wirkung. Dementsprechend steigen Sie langsam ein, proben Sie kleine Aspekte im Privaten und suchen Sie Techniken, mit denen Sie sich wohlfühlen. Denn das ist das A und O auf lange Sicht gesehen.

Schlüsselwörter:

Aktives Zuhören, Klientenorientierung, Frageverfahren, Metakommunikation, Feedback, Kritik, Argumentation, Metakommunikation

Leitfragen beim Lesen des Kapitels

Wie unterscheidet sich das aktive Zuhören vom „normalen“ Zuhören?

Wann ist Ihrer Ansicht nach Kritik angebracht und wann ein Feedback?

Welchen Fragetyp verwenden Sie häufig und welchen weniger häufig?

Welche der Techniken passt zu Ihnen und welche nicht? Warum?

Was empfinden Sie als kommunikativ unangenehm oder schwer? Warum?

Literatur zur Vertiefung

Brunner, Anne (2007): Kunst des Fragens. München: Carl Hanser Verlag.

Büttner, Claudia / Quindel, Ralf (2005): Gesprächsführung und Beratung
Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch. Heidelberg: Springer
Verlag.

Herrmann, Markus / Hoppmann, Michael / Stölzgen, Karsten / Taramann,
Jamsin (2012): Schlüsselkompetenz Argumentation. Paderborn:
Schöningh.

Luft, Joseph (1971): Einführung in die Gruppendynamik. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Rogall, Renate / Josuks, Hannelore / Adam, Gottfried / Schleinitz, Gottfried (2005): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Hannover: Schlüter.

Rogers, Carl R. (2010): Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

Kapitel 4

Empraktische Kommunikation

Lernziele des Kapitels

Nach Bearbeitung dieses Kapitels sollten Sie ...

- nachvollziehen können, inwiefern es einen Unterschied macht, ob Sie sprechen, um primär zu sprechen oder sprechen, um zu handeln,
- außerdem die Struktur des sprachlichen Handelns parallel zu pflegerischen Interventionen reflektieren können und
- eine reflektierte Position zum Thema Baby Talk bilden können.

4. Empraktische Kommunikation

In Kapitel 3 haben wir uns ausführlich dem Sprechen gewidmet, wenn das Sprechen in Interaktionen im Vordergrund stand und keine pflegerischen Interventionen parallel durchgeführt wurden. Es ging um das Sprechen als Tätigkeit an sich. Dies ist bei dem nächsten Gesprächstyp anders, dementsprechend wird ihm ein eigenes kurzes Kapitel gewidmet. Es geht nun um das Sprechen, während des alleinigen oder gemeinsamen Handelns. Was passiert also kommunikativ, wenn ich jemanden zum Beispiel Tabletten verabreiche, Spritzen gebe, die Morgenpflege vollziehe oder einen Klienten anders lagere?

Im Kontext Pflege ist dieser Bereich in der Kommunikationsforschung bisher fast unerforscht, obwohl er ja einen Großteil der sprachlichen Tätigkeiten im Alltag ausmacht. Denn das häufige Erklären, sprachliche Einleiten und Begleiten der Handlungen, wie z. B. bei der Durchführung der Körperhygiene oder der Unterstützung beim Stuhlgang, ist ein besonderes Merkmal der Kommunikation im Pflegespektrum. Empraktische Kommunikation meint in diesem Zusammenhang das Sprechen, um zu handeln. Wie gehen wir bei der Erschließung dieses Bereichs nun vor?

Ich empfehle zur Unterstützung der Lektüre, auf Ihr praktisches und sprachliches Handeln während der eigenen Pflegetätigkeiten zu achten und sich dabei bewusst zu machen, was ohne das Sprechen für eine Situation entstehen würde. In vielen Fällen hätte dies dramatische Folgen für den Klienten. Im zweiten Schritt werden die zentralen Eigenheiten dieses Gesprächstyps thematisiert und ein kleiner Exkurs zu einer Sprechweise, die in der Pflege immer wieder für Diskussionen sorgt: der Baby Talk. Hier ist das Ziel des Materials diese Phänomene von mehreren Seiten zu beleuchten, um die eigene Meinungsbildung, egal wie Sie zu der Verwendung stehen, reflektiert und argumentativ zu untermauern.

4.1 Sinn und Zweck empraktischer Äußerungen

Warum wird eigentlich während der Pflegeprozesse gesprochen? Die Funktion empraktischer Kommunikation im Pflegekontext verfolgt eigentlich drei Funktionen. Sie bietet auf der einen Seite Struktur für die Pflegenden und den Klienten, sie schafft Beziehung durch die Strukturierung und Relevanzmachung des pflegerischen Handelns und sie schafft etwas Fundamentales, sie vermenschlicht Pflege, indem sie den Menschen nicht als Objekt der Pflege positioniert und dadurch verdinglicht, sondern das eigene Handeln für erklärbar deklariert, also als nicht selbstverständlich. Fehlt empraktische Kommunikation, also werden pflegerische Handlungen nicht kommunikativ gerahmt, wird die ohnehin schon asymmetrische Positionierungen nur noch verstärkt, was negative Auswirkungen auf die Beziehung und die damit einhergehende Compliance haben kann.

4.2 Struktur empraktischer Äußerungen

Empraktische Kommunikation folgt einem Muster, welches in Gesprächen, in denen die pflegerische Tätigkeit im Vordergrund steht, auffällig häufig gleich ist. Die Handlung(en), zum Beispiel das Ankleiden eines Patienten, der sich nach einem Unfall nicht selbst ankleiden kann, wird kommunikativ an jedem Schnittpunkt gerahmt. Nehmen wir die Handlung des Ankleidens des Oberkörpers einmal auseinander. Die Kleidung wird zurechtgelegt, der Klient wird aufgerichtet, dann, falls nötig, stabilisiert. Anschließend wird eigenständig oder gemeinsam, ein Shirt/Unterhemd übergezogen, wobei der Kopf und die Arme des Klienten koordiniert werden müssen. Dasselbe dann mit der „zweiten Schicht“ in Form eines Pullovers oder Hemdes. All diese Minischritte erfolgen nun beim Ankleiden eines Oberteils, wobei sich der Schwierigkeitsgrad je nach Krankheitsbild noch erhöht. Jetzt stellen Sie sich vor, es wird dabei nicht gesprochen. Welchen Eindruck hätten Sie von der

Situation? Was Sie kommunikativ in der Kernphase des Gesprächs vollziehen, sieht visualisiert üblicherweise bei jedem dieser Minischritte so aus.

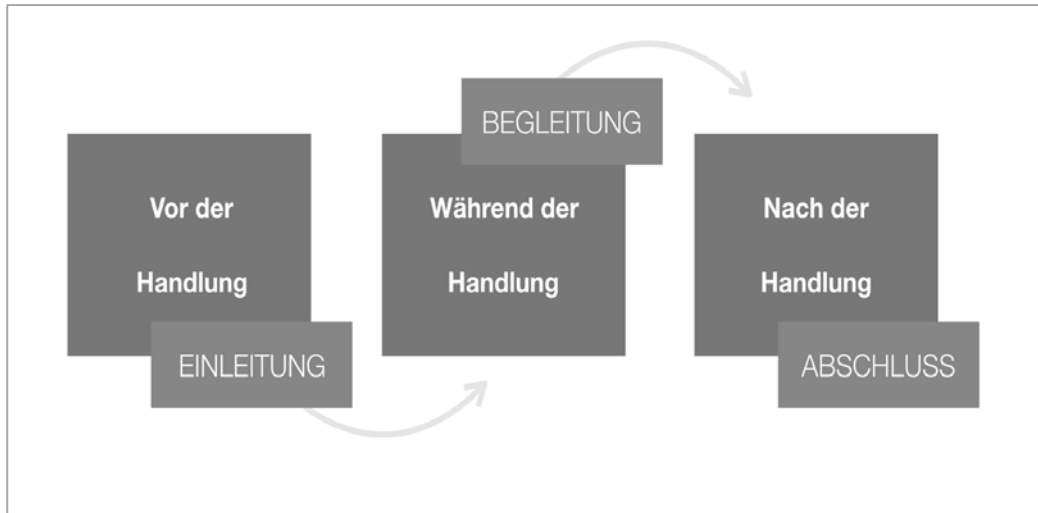


Abbildung 21: Sprachliche Rahmung der Handlungen in der empraktischen Kernphase

Die Handlungen werden üblicherweise mit bestimmten Äußerungen eingeleitet, begleitet oder abgeschlossen. Die pflegerischen Handlungen werden an drei verschiedenen Positionen sozusagen gerahmt. Dies geschieht überwiegend mit unterschiedlichen Typen von Äußerungen, die nun Gegenstand der Betrachtung sind.

4.3 Einleitung der Handlung

Irgendwann muss es ja losgehen und dies wird überwiegend in Form einer Ankündigung explizit angekündigt („So, jetzt ziehe ich Ihnen mal das Oberteil an“). Die Strukturleistung dieser Äußerung ist nicht zu unterschätzen. Der Klient bekommt eine klare Orientierung über das, was als nächstes ansteht. Eine andere häufig genutzte Variante ist das Fragen („Sollen/Können wir das Oberteil anziehen?“). Mit diesem Verfahren haben wir noch ein wenig mehr Potenzial bei der Beziehungsgestaltung, da wir nicht so sehr vorgeben was passiert und direktiv in das Territorium des Klienten eingreifen, sondern erst

die Einwilligung und damit auch das Einverständnis einholen. Den fundamentalen Unterschied zwischen Aufforderungen und Fragen hinsichtlich der Beziehungskonstitution thematisieren wir ein wenig weiter unten in Abschnitt 4.3.3.

4.4 Begleitung der Handlung

Während der Handlung wird auch gesprochen, um das gemeinsame Handeln zu koordinieren. Dabei werden überwiegend bewegungsorientierte Äußerungen getätigt („Hoch, hoch, hoch, stop“) oder Körperstellen fokussiert („So, jetzt kommen die Haare dran, dann der Nacken“). In Ausnahmefällen wird die Mitarbeit der Klienten gebremst. Generell steht die Koordination des gemeinsamen Handelns im Zentrum, wenn pflegerische Handlungen sprachlich begleitet werden. Die zuvor angesprochenen Minischritte sind meist Gegenstand der Äußerungen. Diese Äußerungen haben koordinativ gesehen eine Doppelfunktion. Zunächst ermöglichen sie das gemeinsame Handeln und letztlich ermöglichen sie eine positive Beziehungskonstitution, da der Klient dadurch nicht verdinglicht und mit in den Prozess integriert wird.

4.5 Abschluss der Handlung

Explizit abgeschlossen werden diese Minihandlungen seltener, dies ist nur am Ende eines Pflegehandlungskomplexes zu beobachten („So, jetzt sind wir fertig“). Überwiegend geschieht dies bei den Teilschritten eines größeren Handlungszusammenhangs durch Partikel (z. B. „So“, „Ne“) oder durch Lob für die Mitarbeit („Haben Sie gut gemacht, super!“). Damit wird signalisiert, dass die außersprachliche Handlung abgeschlossen ist. An dieser Stelle ist, wie gleich noch thematisiert wird, ein großes Potenzial für Struktur, aber auch Gesichtsbedrohungen gegeben.

Diese Kurzdarstellung der Dinge, die wir in Pflegesituationen tun, soll Ankerpunkte für die Reflexion bereitstellen, denn diese brauchen wir, um

unser eigenes Verhalten in der Situation zu monitoren. Mit all diesen Rahmungen erzeugen wir mehr Verständnis für das, was wir im Pflegealltag tun. Von gesteigerter Bedeutung wird die Rahmung mit Klienten, die ihre Umwelt nicht mehr ohne massive Einschränkungen wahrnehmen können. Demenziell veränderte Klienten zum Beispiel, denen die räumliche und zeitliche Orientierung krankheitsbedingt abhandengekommen ist, benötigen die sprachliche Rahmung in besonders hohem Maße.

4.6 Besonderheiten des Gesprächstyps

Die starke Bindung an die pflegerische außersprachliche Handlung erzeugt ein paar Besonderheiten, die bei der Reflexion des eigenen Handelns Orientierung bieten. Dazu ist speziell die Aufforderung, Adressierung und das Lob als sprachliche Handlung zu nennen, denen ein besonderer Stellenwert in der empraktischen Kommunikation in der Pflege zugeschrieben wird, da sie besonders häufig vorkommen.

4.6.1 Aufforderungen

Zentrale kommunikative Handlung in Pflegeinteraktionen ist die Aufforderung. Sie ist unabdingbar, um die entsprechenden Pflegeziele zu erreichen. Eine Aufforderung hat das Ziel, den Empfänger zu etwas zu bewegen, was er ohne entsprechende Äußerung nicht vollzogen hätte. Eine Aufforderung lässt sich auf vielfache Weise in der deutschen Sprache realisieren und genau dies ist wichtig für die Reflexion des eigenen Handelns, denn Aufforderungen haben enorm gesichtsbedrohendes Potenzial. Die Art und Weise wie jemand zu etwas auffordert, sagt viel über die Beziehung der Interaktanten aus. Nehmen wir die Aufforderung „steh auf!“ in einer Interaktion, in der der Klient sich erheben muss, damit die Pflegekraft den Pflegeprozess fortführen kann. In vielen Pflegeinteraktionen ist es wichtig, dass der Klient seine körperliche

Position verändert und aufsteht. Welche Optionen sind möglich, um dies zu realisieren?

„Stehen Sie auf!“ ist dabei die direktivste Variante, die am ehesten einem Befehl ähnelt. Auf der Ebene der Informationsübermittlung ist sie sehr effizient, keine Frage, aber auf der Beziehungsebene ist diese Vorgehensweise nicht sehr förderlich. Durch die Verwendung des Imperativs in dieser knappen Form wird die Asymmetrie der Beziehungen dahingehen verstärkt, dass sich die Pflegende über dem Klienten mit entsprechenden Machtbefugnissen positionieren würde. Welche Optionen haben wir in diesen Momenten noch? Es wäre möglich, fragend den Konjunktiv als Höflichkeitsform („Könnten Sie aufstehen?“) zu verwenden oder prinzipiell danach zu fragen („Können Sie einmal aufstehen“). Die Aufforderung kann mit einer Erklärung kombiniert werden („Stehen Sie einmal auf, dann kann ich Ihnen die Hose besser anziehen“) oder, wenn es dem Klienten sehr schwer fällt aufzustehen, ein gemeinsamer Versuch gestartet werden („Probieren wir mal?“).

Dies sind nur einige Beispiele, die es ermöglichen, die direktiven Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Klienten sprachlich abzuschwächen. Fragende Verfahren haben mit hoher Wahrscheinlichkeit in Bezug auf die Handlungskoordination denselben Erfolg und ermöglichen eine eher symmetrische Beziehung.

4.6.2 Adressierung

Ein zweiter wichtiger Aspekt ist die Adressierung. Wenn wir miteinander sprechen, muss ich im Gespräch irgendwie markieren, wer mit meinem Beitrag gemeint ist, der eigene Beitrag muss jemandem zugeordnet werden. Deswegen werden die Klienten häufig mit dem Nachnamen oder dem Pronomen „Sie“ angesprochen, um Respekt zu signalisieren. Die Kombination zwischen Herr/Frau + Nachnamen (nehmen wir Müller) ist in unserer Kultur

die Adressierung, die wir in Dienstleistungsbeziehungen am häufigsten nutzen. Umgekehrt wird in der Pflege vonseiten der Klienten überwiegend Schwester oder Pflegerin verwendet, um zu markieren, wer im Gespräch momentan gemeint ist. Es herrscht also eine Asymmetrie, die scheinbar der Rolle des Klienten eine höhere Wertigkeit zuweist. In der Extremform sehen wir das mit dem Siezen und Duzen in der Pflege. Hier werden die Bewohner fast ausschließlich gesiezt, aber umgekehrt wird fast immer geduzt. Dieses Adressierungsverhältnis kennen wir sonst nur aus der Schule.

Aber was passiert eigentlich, wenn wir unterschiedliche Adressierungsformen verwenden? Wir sprechen uns üblicherweise in den Rollen an, in denen wir uns begegnen, schreiben ihnen dadurch einen gewissen Wert zu und halten zu unserer Privatperson Distanz.

Man findet diese Wertzuschreibung auch häufig in Anschreiben eines sehr förmlichen Briefes, die oft mit: „Sehr geehrte Frau soundso ...“ beginnen. Wird diese Person wirklich verehrt? Meist ist dies nicht der Fall, häufig sind sie gar nicht bekannt. Sie werden durch diese Adressierung aufgewertet und als wertvoll dargestellt. Die Adressierung ist ein stark regulierendes Element in Gesprächen, um die Nähe und Distanz zu regulieren. Wird man sich sympathischer oder sieht man sich häufiger, wechselt man irgendwann in das Du und erzeugt dadurch mehr Nähe und Vertrautheit zueinander. Spannend ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Wechsel vom Sie zum Du häufig als positiv gewertet wird. Der Wechsel vom Du zum Sie ist in unserer Kultur, meist nach Konflikten, in Beziehungen jedoch kaum auszuhalten.

In empraktischen Gesprächen ist die höfliche Standard-Adressierung mit Sie und Herr/Frau Müller eine effiziente Möglichkeit, um Aufforderungen abzuschwächen und seinem Gegenüber Respekt zu zollen. Umgangssprachlich sagen wir dazu, wir nehmen ihn „ernst“.

Dies ist für empraktische Kommunikation besonders wichtig, da das Pflegepersonal permanent die Grenzen zum eigenen Territorium des

Bewohners übertritt und in Situationen mit dem Klienten interagiert, in denen das Selbstbild vermeintlich herabgesetzt wird (siehe Abschnitt 2.3). Diese Abstufungen und Grenzübertretungen können kommunikativ über Adressierungen aufgefangen werden. Ein bewusster Umgang mit Adressierungsformen und den entsprechenden Funktionen kann je nach Bezugsgruppe viel Potenzial auf der Ebene der Beziehungsgestaltung ermöglichen.

4.6.3 Lob und Aufwertungen

Ebenso verhält es sich mit dem Lob. Ein Lob ist die Aufwertung des Klienten für eine zuvor erbrachte Leistung. Es ist eine positive Bewertung dessen, was zuvor geschehen ist. Lob ist ein mächtiges Tool in Gesprächen. Es kann das Selbstwertgefühl steigern, die Beziehung zwischen den Sprechenden verbessern und es kann Gespräche strukturieren, indem es das Ende einer Kernphase eines Gesprächs markiert. Es kann jedoch auch kontraproduktiv sein, wenn die Beziehung zwischen den Interaktanten von Grund auf problematisch ist. Der, der ein Lob verteilt, positioniert sich häufig auf einer übergeordneten Position, von der aus er Lob verteilt. Er weiß überspitzt gesagt, was richtig ist und hat die Kompetenz, es zu bewerten. Diese asymmetrische Positionierung kann auch negative Auswirkungen auf Beziehungen haben. Nach dem Motto: "Wer bist du, dass du meinst, mich bewerten zu dürfen!" kann es auch schaden. Häufig spielt die Wortwahl eine entscheidende Rolle bei der sprachlichen Handlung Lob. Werden Adjektive benutzt (wie z. B. „fein“ und „schön“), die überwiegend zum Loben gegenüber Kindern verwendet werden, erhöht das die Wahrscheinlichkeit für Konflikte.

Dieser Abschnitt soll verdeutlichen, dass Lob (wie auch Adressierungen und Aufforderungen) häufig intuitiv in empraktischer Kommunikation verwendet wird und der Reflexion bedarf. Sie bieten einerseits großes Potenzial zur Beziehungsgestaltung und Gesprächs- und Handlungsstrukturierung,

andererseits können sie auch stark gesichtsbedrohend wirken. Die meist unbewusste Verwendung sollte zentraler Gegenstand der persönlichen Überlegungen sein, wenn die eigenen Fähigkeiten bei diesem Gesprächstyp entwickelt werden sollen. Ein weiterer Aspekt, der auch eine große Rolle im Kontext der Pflege spielt, besonders im Rahmen der Altenpflege, ist der sogenannte Baby Talk. Dieses häufig diskutierte Phänomen ist Gegenstand des nächsten Abschnitts.

4.7 Exkurs: Baby Talk

Ein sprachliches Phänomen im Pflegekontext ist der sogenannte Baby Talk, genauer gesagt secondary Baby Talk (SBT). Eine bestimmte Art zu sprechen, die sehr an die Kommunikation mit Säuglingen erinnert und eine kommunikative und emotionale Funktion hat. Diese Art des Sprechens kann anhand von fünf Kategorien klassifiziert werden, die den Eindruck der an Kleinkinder-gerichteten-Sprache erzeugt. Auf der paraverbalen Ebene ist es die Prosodie, die diesen Eindruck erzeugt. Dies meint die hohe Stimme und die auffällig starken Betonungen und Tonhöhenverläufe. Ein weiteres Merkmal ist die Komplexität der Äußerungen. Diese werden bei der Realisierung von SBT relativ kurz und knapp produziert, das bedeutet ohne komplexe Einschreibungen und Nebensätze. Auffällig sind auch der häufige Gebrauch von geschlossenen Fragen in initiierender Position und die Vermeidung von nicht abgeschwächten Aufforderungen. Zur Verständnissicherung werden häufig auch die eigenen Äußerungen wiederholt. Des Weiteren wird auf der Ebene der Wortwahl ein kindgerechtes und nicht sehr umfangreiches Vokabular verwendet, wie z. B. „waschi waschi“, „popo“, „kacka“, „AA“ oder Verniedlichungsformen wie „Leckerli“. All dies erzeugt den Eindruck, als hätte man ein Kleinkind vor sich und führt in Gesprächen im Pflegekontext zu Konflikten, wird in der Diskussion über Pflegekommunikation sogar als no go bezeichnet. Aber warum? Was realisieren wir durch die Kombination dieser

Phänomene sprachlich? Durch diese Art des Sprechens wird häufig der Vorwurf erhoben, die Empfänger würden abgewertet werden. Es wird wie mit kleinen Kindern zu ihnen gesprochen. Aber ist das wirklich so und, wenn ja, was erzeugt diesen Eindruck? Schauen wir mal genauer hin.

Die teilweise übertrieben wirkenden Tonhöhenverläufe haben in Gesprächen die Funktion, die Aufmerksamkeit des Zuhörers zu fokussieren und somit erstmal eine gesprächssteuernde und verständnissichernde Funktion. Die Reduzierung der Komplexität ist meist den Aufnahmefähigkeiten der Empfänger geschuldet. Überwiegend wird diese Sprechweise nämlich in Gesprächen zu Menschen mit eingeschränkten Wahrnehmungsfähigkeiten realisiert. Die Reduzierung der Komplexität in diesem Zusammenhang ist ein Versuch, dieses Defizit aufzufangen. Bei der Wortwahl werden häufig bekannte und pflegenähe Vokabeln verwendet, um Gespräche herzustellen. Auch hier scheint es eine Reduzierung zu geben, um Verständlichkeit zu erhöhen, ebenso wie bei Wiederholungen der eigenen Beiträge. Wenn man diese Äußerungen auseinandernimmt, ist grundsätzlich, wie in vielen anderen Fällen auch, die Dosierung das Entscheidende.

Den abwertenden Charakter entwickelt diese Sprechweise überwiegend durch die Wortwahl in Form von reduplizierenden Einheiten („Pipi“, „Popo“, „Kacka“ etc.) und die extensive Nutzung dieses Registers. Werden so ganze Pflegeeinheiten permanent kommunikativ begleitet, entsteht vielleicht wirklich der Eindruck, dass eine Erwachsene mit einem Kind redet. Üblicherweise wird dies aber nicht realisiert, sondern ist nur punktuell zu beobachten.

Ziel dieses Abschnitts ist nicht das Überzeugen für oder gegen eine bestimmte Position. Er soll vielmehr der Reflexion dieser Sprechweise dienen, die immer wieder im Kontext der Pflege oberflächlich diskutiert wird, wobei die verständnissichernden Aspekte meist völlig vernachlässigt werden.

4.8 Relevanz im Pflegealltag

Bei der Kommunikation in der Pflege wird empraktische Kommunikation kaum mitgedacht, obwohl es ein herausragendes Merkmal des Kommunikationsspektrums in der Pflege ist. Es wird häufig gesprochen, um gemeinsam zu handeln. Wichtig ist an dieser Stelle vielmehr die Reflexion des eigenen Verhaltens, als das Aneignen von „Regeln“, da diese Form der Kommunikation häufig auch einen Großteil Ihrer Identitätsarbeit ausmacht. Denn kein anderer kommunikativer Bezug verdeutlicht in diesem Maße, was für eine „Art“ Pflegekraft Sie sind. Wenn Sie aktiv an empraktischen Äußerungen arbeiten möchten, empfiehlt sich ein Aufbau von der Einleitung über die Begleitung zum Abschluss. Fokussieren Sie erst Ihre eigenen Äußerungen zur Einleitung und dann die begleitenden und letztendlich die Abschließenden. Wie vorher gilt auch hier, eins nach dem anderen.

Schlüsselwörter:

Empraktische Kommunikation, Aufforderungen, Phasen, Baby Talk, Krankenpflege-Wir, Lob, Handlungsbegleitung

Leitfragen beim Lesen des Kapitels

- Wie leiten Sie Ihre körpernahen Tätigkeiten sprachlich ein?
- Wie begleiten Sie Ihre körpernahen Tätigkeiten sprachlich?
- Wie ist Ihre Position zum Thema Baby Talk?

Literatur zur Vertiefung

Posenau, André (2014): Analyse der Kommunikation zwischen dementen Bewohnern und dem Pflegepersonal während der Morgenpflege im Altenheim. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Sachweh, S. (2000): „Schätzle hinsitze!“. Kommunikation in der Altenpflege. 2. durchges. Aufl. Frankfurt am Main: Lang.

Kapitel 5

Interprofessionelle Kommunikation

Lernziele des Kapitels

Nach Bearbeitung dieses Kapitels sollten Sie ...

- verstehen, weshalb Interprofessionalität ein relevantes Thema für die Pflege ist,
- die kommunikativen Aufgaben in den interprofessionellen Gesprächen nachvollziehen können
- und die Struktur und Konfliktpotenziale, die Gespräche in interprofessionellen Interaktionen innehaben, kennen.

5. Interprofessionelle Kommunikation

Ein Großteil der Klienten braucht nicht nur Unterstützung durch eine Profession, um gesund zu bleiben oder zu genesen. Dies gelingt häufig am besten durch ein Zusammenspiel mehrerer Akteure. Der Pflege kommt dabei in vielen Fällen eine besondere Rolle zu, da sie im Vergleich zu allen anderen in den meisten Fällen die meisten Kontakte mit den Betroffenen hat und somit oft ein detaillierteres Bild des Klienten und seinem Befinden, der Motivation und dem Krankheitsverlauf hat. Diese Information wird dann üblicherweise in Form von Teambesprechungen an die Kollegen weitergereicht, um die anstehenden Behandlungsschritte zu planen, zu koordinieren und zu evaluieren. Um diese Gespräche professionell durchführen zu können, braucht es eine theoretische Auseinandersetzung mit den Interaktionen, auf den bisher in diesem Buch erarbeiteten Grundlagen. Nach einer kurzen Definition des Begriffs Interprofessionalität, folgt die Darstellung der Merkmale und Aufgaben des Gesprächstyps Fallbesprechung, der am häufigsten in diesem Kontext mit dem oben genannten Zweck realisiert wird.

5.1 Was bedeutet eigentlich Interprofessionalität?

„Was macht in Zukunft wer?“ fragt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 zum Thema Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. In einem sich stark verändernden Gesundheitssystem werden demnach neue Versorgungsformen und Aufgabenverteilungen benötigt, die überwiegend in neuen Kooperationsformen bestehen. Aber wie können diese Kooperationsformen aussehen?

Auf kommunikativer und handlungsorientierter Ebene, die wir heranziehen um die Interaktionen aus interaktionstheoretischer Sicht besser „greifen“ zu können, lassen sie sich folgendermaßen beschreiben.

In jeder interprofessionellen Interaktion kommen mindestens zwei unterschiedliche Personen zusammen. Die Besonderheiten in interprofessionellen Interaktionen sind der berufliche Werdegang der Akteure, die Verantwortungsverteilung und die meist unterschiedlichen Herangehensweisen hinsichtlich der Versorgungsleistungen. Sozialpsychologisch betrachtet interagieren somit zwei functional group roles, die gleichzeitig Vertreter einer Bezugsgruppe des Anderen sind, miteinander, um ein gemeinsames Ziel zu verfolgen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind sie möglicherweise auf die Kompetenzen des Anderen angewiesen. Nun gibt es zwei Möglichkeiten, wie mit den im Prozess generierten Informationen über die Versorgung des Klienten und des Klienten selbst umgegangen werden kann:

- Die beteiligten Akteure initiieren einmalig den gemeinsamen Versorgungsprozess und konfrontieren sich anschließend nach ihren jeweiligen Tätigkeiten sukzessiv mit neuen Informationen über den Klienten auf unterschiedlichen Wegen.
- Die Beteiligten initiieren einmalig den gemeinsamen Versorgungsprozess und integrieren die potentiell genesungsfördernden Informationen und pflegerischen oder therapeutischen Handlungen mit in ihr eigenes Tun, um die Versorgungsleistung zu optimieren.

Das sprachliche Handeln in diesen Interaktionen zielt immer letzten Endes auf die Optimierung der Versorgung des Klienten ab und ist zu Beginn häufig dadurch bestimmt, dass Aufgaben definiert und verteilt, zukünftige Handlungen diskutiert und Faktoren zur Qualitätsbeurteilung entwickelt werden. Interprofessionelles Handeln wird aus einer neueren, eher

klientenorientierten Perspektive eher in der zweiten Variante interpretiert. Die Kooperation läuft also darauf hinaus, dass Kompetenzen der anderen Akteure mit in das Planen des eigenen Handelns einfließen und gleichzeitig alle auf demselben Informationsstand sind (Thylerfors et al., 2005).

5.2. Merkmale und Aufgaben in interprofessionellen Interaktionen

Um die oben genannte Aufteilung der Aufgaben und Verantwortung in Bezug auf die Patientenversorgung zu gewährleisten, werden Gespräche initiiert, die üblicherweise Fallbesprechungen genannt werden und teilweise exklusive Merkmale tragen, die nur diesem Gesprächstyp zu eigen sind.

Zu nennen ist hier an dieser Stelle zunächst einmal **der Zweck des Gesprächs**. Die Therapie/Behandlung/Pflege des Klienten wird in Form eines Gesprächs auf Grundlage von verfügbaren Informationen geplant, koordiniert, gesteuert und evaluiert.

Die Rahmenbedingungen des Gesprächs sind sehr unterschiedlich, da sie zeitlich und institutionell in sehr unterschiedlichen Formen eingebettet sind. Teilweise sind sie in Institutionen strukturell verankert und es werden ihnen viele Ressourcen eingeräumt, teilweise finden die Gespräche, um diesen Zweck zu erfüllen, halböffentlich als Nebentätigkeit auf dem Flur statt. Das Gespräch ist **klientenzentriert ohne Anwesenheit des Klienten**, was eine Besonderheit darstellt. Kein anderes Gespräch mit Auswirkungen auf den Genesungsprozess eines üblicherweise Nichtanwesenden hat diesen Fokus. Um Fallbesprechungen erfolgreich und zielführend bewältigen zu können, benötigen die Akteure ein **breites Portfolio an Kommunikationstechniken**. Im Gegensatz zu ergebnisoffenen Gesprächen wie z. B.

Beratungsgesprächen ist das **Ergebnis der Interaktion bewert- und verifizierbar**.

5.3. Struktur und Aufgaben in Fallbesprechungen

Fallbesprechungen werden also geführt, um die Versorgungshandlungen der unterschiedlichen Professionen zu planen, zu koordinieren und zu evaluieren. Welche „Aufgaben“ müssen dementsprechend im Gespräch bearbeitet werden, damit im Anschluss das übergeordnete Ziel erreicht werden kann?

5.3.1 Struktur

Hier hilft ein Blick auf die Handlungsschemata der Fallbesprechung, denn dadurch wird auch deutlich, wie die Struktur eines Gesprächs idealerweise aussehen kann. Wichtig ist es an dieser Stelle zu bedenken, dass dies eine ideale und theoretische Vorstellung des Gesprächs ist. Wie wir jedoch schon bearbeitet haben, ist ein Gespräch nie zu 100% plan- oder steuerbar. Somit soll die Darstellung eine Orientierung bieten, welche Aufgabe wann im Gespräch relevant ist.



Abbildung 22: Handlungsschemata Fallbesprechung

Gespräche sind aktiv hergestellte interaktiv aufeinander bezogene Prozesse. Da die Eröffnungs- und Beendigungsphase in den meisten Gesprächen ähnliche Strukturen hat, wird im Folgenden nur der Gesprächskern hinsichtlich der außersprachlichen Aufgaben skizziert.

5.3.2 Aufgaben in der Kernphase

„Was muss wann gemacht werden, damit wir im Anschluss darauf aufbauen können?“ oder „Was passiert, wenn eine Aufgabe nicht erledigt wird?“ sind reflektionsfördernde Fragen, die beim Nachvollziehen der nun folgenden Auflistung Orientierung bieten.

Informationsphase

- Situation und Ziele des Klienten und des Teams definieren

Neben der Krankheit und den damit einhergehenden Beschwerden, die den Kontakt zwischen Gesundheitsberufler und Klient bedingt, sind seine Ziele handlungsleitend bei der Konzeption der Behandlungsplanung. Diese müssen

immer mit den Zielen des interprofessionellen Teams kontrastiert werden. „Wer will was und warum und wie will er das?“ ist eine Frage, die es schon recht früh im Gespräch zu beantworten gilt.

- Problem und Handlungsbedarf analysieren

Eine genaue Definition der Krankheit und der benötigten Akteure muss frühzeitig festgelegt werden, da auch dieses Team anschließend die Behandlung in Form von gemeinsamen Handlungen plant. Nicht bei jedem Problem muss jeder verfügbare Mitarbeiter, der evtl. keinen Kontakt zum Klienten haben wird, dabei sein.

- Ressourcen analysieren

„Was steht dem Klienten und uns zur Verfügung, um die Genesung voranzutreiben?“ ist die zentrale Frage, die bei der Analyse der Ressourcen eine Rolle spielt.

Bearbeitungsphase

- Ausarbeitung der Handlungsempfehlung und Aufgaben

„Was tun wir?“ und „Was empfehlen wir?“ wird aus den Perspektiven der unterschiedlichen Professionen formuliert. Es wird argumentativ dargelegt und diskutiert, welche nächsten Schritte aufbauend auf den Informationen der Informationsphase realisiert werden müssen, sollen oder können.

- Ambivalenzen aufzeigen

Wenn Unterschiede zwischen den Handlungsempfehlungen vorhanden sind, ist im unmittelbaren Anschluss an die Herausarbeitung der Moment, in dem diese Diskrepanzen diskutiert werden sollten, da anschließend festgelegt wird, wer was im folgenden Prozess tut.

- Aufgaben verteilen

Die Verantwortung für die Erfüllung der zuvor definierten Aufgaben wird an Personen oder Personengruppen verortet.

- Evaluationskriterien definieren

Die Fragen „Wann sind wir mit der Arbeit zufrieden und welche Kriterien sind der Maßstab, auf deren Grundlage wir die Qualität bewerten können?“ müssen gemeinsam von allen Gesprächsteilnehmern erarbeitet werden, um den Erfolg der Zusammenarbeit nach der Behandlung messen zu können.

Integrationsphase

- Handlungs- und Aufgabenbewertung

Diese Aufgabe fokussiert abschließend die Priorisierung und Absicherung der zuvor definierten Handlungsempfehlungen und Aufgaben.

- Offene Fragen festhalten

„Was konnte nicht geklärt werden und wozu muss der Klient noch befragt werden?“ Häufig ist bei der initiierten Besprechung nicht klar, welche Ziele oder Ressourcen der Klient hat, da die Grundlage der Diskussion Krankenakten sind. Dies ist unbedingt zu erfragen, falls nicht schon geschehen.

- Zusammenfassung

Da Kommunikation ein flüchtiger Prozess ist, haben Zusammenfassungen im Gespräch eine hohe gesprächssteuernde und verständnissichernde Funktion. Bevor die zeitliche Perspektive und Abschlussphase im Gespräch bearbeitet wird, sind Zusammenfassungen der Aufgabendefinition, -verteilung und Evaluationsmarker hilfreich.

- Nächsten Termin festlegen

Es ist von Vorteil, wenn der nächste Termin frühzeitig definiert wird, damit eine Fallbesprechung als Teil einer Kette von Handlungen und nicht als eigenständige, isolierte Interaktion betrachtet wird.

Die Reihenfolge der Aufgabenbearbeitung kann variieren und häufig überschneiden sie auch die Prozesse, jedoch ist es relevant für die Koordination und Evaluation des Prozesses, dass alle Mitglieder der Interaktion über denselben Wissensstand bezüglich der Aufgaben verfügen, um die Ergebnisse des Gesprächs oder der Folgegespräche in das eigene therapeutische-, medizinische- oder pflegerische Handeln integrieren zu können.

5.3.3 Was birgt Konfliktpotenzial in Fallbesprechung?

Dass dies nicht immer einfach ist, kann jeder aus der Praxis bestätigen. Aber wo genau liegen eigentlich die häufigsten Konfliktpotenziale? Von Konflikt spricht man, wenn mindestens zwei Personen, die voneinander abhängig sind, eigene Interessen verfolgen, einen Handlungsspielraum haben und dabei gegensätzliche Interessen oder Ziele verfolgen (Schulz, 2010, S. 14ff.). In Fallbesprechungen sind es häufig Ziel-, Rollen- oder Methodenkonflikte, die zutage treten. Beim Zielkonflikt geht es um die Versorgungsleistung an sich, die dem Klienten zugetan werden soll. Beim Methodenkonflikt steht das „Wie“ im Vordergrund, wobei das Ziel von allen Beteiligten gleich definiert wird. Der Rollenkonflikt, ist der m. E. schwierigste Ursprung von Konflikten, da es in den meisten Fällen um die Stereotype der Beteiligten über die anderen Professionen geht. Je weiter der Konflikt quasi weg von meinem Selbstbild gelagert ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Beteiligten sich nicht „persönlich“ angegriffen fühlen.

5.3.4 Fragen, die zu einem produktiven Austausch beitragen

Wie in Kapitel 3.2 thematisiert sind Fragen in vielen Fällen protektiver und zielführender. Einige Fragen haben sich in unterschiedlichen Gesprächsphasen als progressionsfördernd erwiesen, mit Hilfe derer sich Bewegung ins Gespräch bringen lässt. Sie klingen zwar teilweise trivial, ermöglichen aber an entscheidenden Stellen im Gespräch einen Fokus, der für die Bearbeitung der übergeordneten Ziele des Fallbesprechungsgesprächs hilfreich ist.

Wer steuert das Gespräch?

In den meisten Gesprächen steuert die funktionale Position mit dem höchsten Status das Gespräch. Dies ist jedoch nicht immer zielführend, da andere Professionen häufig über mehr Erfahrungen mit den Klienten verfügen und somit auch diesen Austauschprozess gestalten sollten. Zum Beispiel hat die Frage „Möchte jemand das Vorgehen steuern“ oder „Hat jemand einen Vorschlag für das Vorgehen?“ in der Eröffnungsphase das Potenzial, die Organisation des Gesprächs völlig neu zu organisieren.

Was ist das Ziel des Klienten, des Therapeuten und das der Institution?

Diese Informationen sind maßgeblich bei der Ausgestaltung der Behandlung. In vielen Fällen werden die eigenen Ziele entwickelt und priorisiert, die jedoch völlig an den Erwartungen des Klienten vorbeigehen und dadurch demotivierend wirken.

Welche Ressourcen haben wir und der Klient?

Was steht uns und dem Klienten zur Verfügung, um die zuvor definierten Ziele zu erreichen? Durch diese Thematisierung wird deutlich, welche Optionen und Grenzen mögliche Handlungsempfehlungen haben.

Wer benutzt welches Assessment mit welchem Ziel?

Wissen Sie was die anderen Professionen am Klienten mit welchem Ziel machen? In der Bearbeitungsphase ist dieses Wissen höchst relevant, um die Aufgaben auch Kompetenzorientiert zu verteilen.

Wie messen wir den Erfolg?

Diese Frage ist in der Bearbeitungsphase relevant, da die Interaktion im Nachhinein in irgendeiner Art evaluiert werden muss. Wenn die Kriterien nicht frühzeitig definiert werden, ist eine Evaluation nicht möglich.

Welche Evidenzen liegen dem ausgehandelten Handeln zugrunde?

Besonders in der Bearbeitungsphase ist der Verweis auf Evidenzen aus mehreren Gründen sinnvoll. Zunächst ist das Autoritätsargument weniger gesichtsbedrohend als z. B. ein Induktionsargument, welches auf die eigene Erfahrung verweist. Zweitens hilft es die Ziele zu erreichen und seine Handlungsempfehlungen zu untermauern. Welche Evidenzen in welcher Profession zur Verfügung stehen, kann hilfreich bei der Planung und Verteilung von Aufgaben sein.

Ziel dieses Abschnitts ist es, Möglichkeiten aufzuzeigen, mit denen Bewegung ins Gespräch gebracht werden können und die es ermöglichen, die „neuralgischen“ Punkte im Gespräch explizit zu thematisieren.

5.4. Relevanz für die Pflegepraxis

Das Gesundheitssystem ist in einem stetigen Wandel und somit auch die Pflegetätigkeit. Es ist zwar nicht absehbar, welche Aufgaben die Pflege in Zukunft übernehmen wird, jedoch wird die Kooperation mit anderen Professionen definitiv eine Aufgabe sein, die einen hohen Stellenwert haben

wird, um die Versorgung der Klienten zu verbessern. Da Kooperation immer über Kommunikation hergestellt wird, bietet das Reflektieren dieser Interaktionen hohes Potenzial, um zielorientiert handeln zu können. Egal ob dabei ausgedehnte Fallbesprechung oder kurze ad hoc Absprachen realisiert werden, die aussersprachlichen Aufgaben sind und bleiben dieselben. Sich auf diese vorzubereiten und nach dem Gespräch zu reflektieren, bietet enormes Potenzial die Pflegetätigkeit auch auf koordinativer Ebene und nicht nur als ausführendes Element zu positionieren.

Schlüsselwörter:

Gruppe, Interprofessionalität, Multiprofessionalität, Transprofessionalität, Beratung, Übergabe, Meeting, Teamprozesse, Fallarbeit

Leitfragen beim Lesen des Kapitels

Wie wird die Gesprächsführung bei Ihnen in der Praxis verortet? Welche Auswirkungen hat diese Verortung und welche anderen Optionen würden sich anbieten?

Wie integrieren Sie Tätigkeiten der anderen Professionen in Ihre pflegerischen Handlungen?

Welche Gesprächsphasen empfinden Sie als leicht/schwer oder angenehm/unangenehm und warum?

Entwickeln Sie pro Aufgabe im Gespräch eine Fragevariante, mit der Sie die anstehende Aufgabe explizit thematisieren können.

Literatur:

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Online. Zuletzt abgerufen am 11.04.16: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>.

Schulz, Rolf (2010): Toolbox zur Konfliktlösung. Freising: Stark Verlag.

Thylerfors, Ingela, Persson, Olle, Hellström, Daniel (2005): Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. In: Journal of Interprofessional Care, März 2005; 19(2): 102 – 114.

6 Bibliographie

Allgemeine Literatur aus den Kapiteln

Abels, Heinz (2009): Einführung in die Soziologie. Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag.

Auer, Peter (1999): Sprachliche Interaktion. Eine Einführung anhand von 22 Klassikern. Tübingen: Niemeyer.

Baur, Nina / Korte, Hermann / Löw, Martina / Schroer, Markus (Hrsg.) (2008): Handbuch Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag.

Bierhoff, Hans W. (2002): Einführung in die Sozialpsychologie. Basel/Weinheim: Beltz Verlag.

Brunner, Anne (2007): Die Kunst des Fragens: München: Hanser Verlag.

Büttner, Claudia / Quindel, Ralf (2005): Gesprächsführung und Beratung Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch. Heidelberg: Springer Verlag.

Carl R. Rogers (1985): Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

Elzer, Matthias / Sciborski, Claudia (2007): Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Bern: Verlag Hans Huber.

Feldmann, Klaus (2006): Soziologie kompakt. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.

Mahzarin, Banaji / Greenwald, Anthony (2015): Vorurteile. Wie unser Verhalten unbewusst gesteuert wird und was wir dagegen tun können. München: DTV.

Goffman, Erving (1971): Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Goffman, Erving (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Berlin: Suhrkamp.

Goffman, Erving (2008): Wir spielen alle nur Theater. 6. Aufl. München: Piper.

Kahnemann, Daniel (2012): Schnelles Denken, langsame Denken. München: Siedler Verlag.

Mann, Leon (1997): Sozialpsychologie. Weinheim: Beltz Verlag.

Rogall, Renate / Josuks, Hannelore / Adam, Gottfried / Schleinitz, Gottfried (2005): Professionelle Kommunikation. Ein praxisnaher Leitfaden. Hannover: Schlütersche.

Röhner, Jessica / Schütz, Astrid (2012): Psychologie der Kommunikation. Wiesbaden. Springer Verlag.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Online. Zuletzt abgerufen am 11.04.16: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>.

Sachweh, Svenja (2012): Effektive Kommunikation in der Altenpflege. 3., über. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.

Scherr, Albert (2006): Soziologische Basics. Eine Einführung für Pädagogen und Pädagoginnen. Wiesbaden: VS Verlag.

Schulz, Rolf (2010): Toolbox zur Konfliktlösung. Freising: Stark Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (1981): Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.

Stefanoni, Susanne / Alig, Bernadette (2009): Pflegekommunikation. Gespräche im Pflegeprozess. Bern: Verlag Hans Huber.

Stroebe, Wolfgang / Hewstone, Miles / Stephenson, M. Geoffrey (1996): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Stuttgart: Springer Verlag.

Thylerfors, Ingela, Persson, Olle, Hellström, Daniel (2005): Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. In: Journal of Interprofessional Care, März 2005; 19(2): 102 – 114.

Vester, Heinz-Günter (2009): Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe. Wiesbaden: VS Verlag.

Watzlawick, Paul / Beavin, H. Janet / Jackson D. Don (2008): Menschliche Kommunikation. 8. Aufl. Toronto: Hans Huber Verlag.

Widulle, Wolfgang (2013): Gesprächsführung in der sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.

Literatur zur Vertiefung

Argyle, Michael (2005): Körpersprache und Kommunikation. Das Handbuch zur nonverbalen Kommunikation. Paderborn: Junfermann Verlag.

Auer, Peter (1999): Sprachliche Interaktion. Eine Einführung anhand von 22 Klassikern. Tübingen: Niemeyer.

Deppermann, A. (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.

Goffman, E. (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Berlin: Suhrkamp.

Heinzelmann, M. (2004): Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“ ? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. (URL: <http://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0006-B3CD-6/heinzelmann.pdf?sequence=1> (überprüft am 15.01.2016)

Henne, Helmut / Rehbock, Helmut (2001): Einführung in die Gesprächsanalyse. Berlin: de Gruyter.

Posenau, André (2014): Analyse der Kommunikation zwischen dementen Bewohnern und dem Pflegepersonal während der Morgenpflege im Altenheim. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Sachweh, S. (2000): „Schätzle hinsitzel!“. Kommunikation in der Altenpflege. 2. durchges. Aufl. Frankfurt am Main: Lang.

Spiegel, C. / Spranz-Fogasy, T. (2001): Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hgg.) (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 1241-1251.

Tajfel, Henri (1982): Gruppenkonflikt und Vorurteil. Bern: Verlag Hans Huber.

Treibel, Annette (2004): Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. Wiesbaden: VS Verlag.

Kriz, Willy Christian, / Nöbauer, Brigitta (2008): Teamkompetenz. Konzepte, Trainingsmethoden, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.