

# KOMMUNIKATION

---

## Informationen für Lehrpersonen

Version 3  
August 2010

Interregionale Arbeitsgruppe Pflege HF  
Basel, Solothurn, Thurgau, Zentralschweiz, Glarus

### **Autorinnen**

Irène Erni-Fellmann  
Psychologin FSP  
Höhere Fachschule für Gesundheit Zentral-  
schweiz  
Kantonsspital 41  
6000 Luzern 16

[irene.erni@edulu.ch](mailto:irene.erni@edulu.ch)

Dr. phil. Heidemarie Weber  
Leiterin Qualitätsmanagement  
Universitätsspital Basel  
Spitalstrasse 23  
4031 Basel

[hweber@uhbs.ch](mailto:hweber@uhbs.ch)

## **Vorwort zur zweiten Auflage**

In einer redaktionellen Überarbeitung wurden z.T. Formulierungen ausgetauscht um die Lesbarkeit und Verständlichkeit zu verbessern. Sämtliche Internetquellen wurden bezüglich Abrufbarkeit überprüft. Neue Quellen wurden ergänzt und - wo es sinnvoll schien - im Text verarbeitet.

Neuerungen in der Bildungsarbeit aufgrund des Rahmenlehrplanes für den Bildungsgang zur diplomierten Pflegefachfrau HF / zum diplomierten Pflegefachmann HF (2007) wurden miteinbezogen.

Desweiteren wurde das Kapitel 7.2 ff dem Pflegeprozess entsprechend angeordnet; somit steht das Aufnahmegespräch zu Beginn, das Entlassungs- und Verlegungsgespräch am Ende dieses Kapitels.

Neu hinzu gekommen ist das Unterkapitel 7.2.2 „[Das Herstellen von Kontakten in Alltagsgesprächen, der ‚Small Talk‘](#)“.

Der unserer Ansicht nach besseren Übersicht halber wurden Hinweise zu den Quellen als Fussnoten ausgewiesen.

Wir hoffen, dass der Themenhefter Kommunikation zur Vorbereitung des Unterrichts einen wertvollen Beitrag leistet und bitten Sie als Nutzerinnen und Nutzer um Kontaktaufnahme, wenn Sie uns ihre geschätzten Rückmeldungen, wenn Sie Anliegen und Wünsche oder auch einfach Rückmeldungen an uns haben.

Irene Erni und Heidemarie Weber

Luzern/ Basel 2010

## Inhaltsverzeichnis

1. Kompetenz .....	5
Literatur: .....	6
Internet: .....	7
2. Einführung .....	7
3. Begriffsdefinitionen .....	8
Literatur: .....	11
4. Grundlagenkenntnisse zur Kommunikation.....	11
4.1 Historisches Bezugswissen .....	11
Literatur: .....	14
Internet: .....	15
4.2 Kommunikationsmodelle .....	16
Literatur: .....	16
Internet: .....	17
4.3 Geschlechtsdifferente Kommunikation.....	18
Literatur: .....	20
4.4 Verbale und nonverbale Kommunikation .....	21
Literatur: .....	23
Internet: .....	24
4.5 Soziale Gruppen.....	24
Literatur: .....	26
5. Kommunikation in der Pflege .....	27
Literatur: .....	30
5.1 Interaktionsmodelle.....	31
Literatur: .....	32
5.2 Multidimensionale Patientenorientierung .....	32
Literatur: .....	34
Internet: .....	35
5.3 Intra- und Interprofessionelle Kommunikation.....	36
Literatur: .....	37
6. Kommunikative Kompetenz und Ausbildung.....	39
Literatur: .....	42
7. Ausgewählte Kommunikationssituationen .....	43
7.1 Gesprächsführung und Kommunikationstechniken .....	44
7.1.1 Rahmenbedingungen.....	47
Gesprächsvorbereitung.....	47
Gesprächseröffnung.....	48

7.1.2 Gesprächsverlauf.....	48
7.1.3 Das professionelle Anforderungsprofil.....	51
7.2 Gespräche innerhalb des Pflegeprozesses.....	57
7.2.1 Das Aufnahmegespräch .....	57
Literatur: .....	57
7.2.2 Das Herstellen von Kontakten in Alltagsgesprächen, der „Small Talk“ .....	58
Literatur: .....	59
7.2.3 Das helfende Gespräch.....	59
Literatur: .....	59
7.2.4 Das Anleitungsgespräch.....	60
Literatur: .....	61
7.2.5 Das Beratungsgespräch .....	61
Literatur: .....	62
7.2.6 Das Krisengespräch.....	64
Literatur: .....	64
7.2.7 Umgang mit “schwierigen” Patienten – schwierige Gesprächssituationen .....	65
Literatur: .....	66
7.2.8 Kommunikationskonzept „Humor“ .....	66
Literatur: .....	67
7.2.9 Kommunikation bei Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation (z.B. Aphasie) – nonverbale Kommunikation.....	68
Literatur: .....	69
7.2.10 Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden .....	70
Literatur: .....	71
7.2.11 Das Verlegungs- oder Entlassungsgespräch .....	73
Literatur: .....	73

## 1. Kompetenz

Eine der Kernkompetenzen der Pflegenden ist die berufliche Kommunikation. Innerhalb der Fachliteratur wird darauf hingewiesen, dass es beispielsweise Aufgabe von Pflegenden ist, Vermittler von Patienten zu sein, sie zu informieren und zu beraten, die für ihren Gesundheitsprozess oder die Verbesserung ihres Wohlbefindens notwendigen Ressourcen zu ermitteln, sie zu einem gesundheitsfördernden Verhalten zu motivieren und zu aktivieren, aber auch Patienten und Patientinnen in schwierigen Situationen zu begleiten und zu unterstützen. Eine solche Begegnung und Auseinandersetzung mit hilfebedürftigen Menschen erfolgt notwendigerweise zu grossen Teilen unmittelbar sprachlich. Wirkungsvolle Kommunikation ist eine Schlüsseldeterminante für Patientenzufriedenheit, Compliance und Erholung. Kommunikation kann insofern als fundamentales Element in der Pflege betrachtet werden.

Wissensressourcen sind Voraussetzung um Kompetenzen zu entwickeln. Ressourcen werden z. B. im Lernbereich Schule vermittelt. Die Lernenden werden befähigt, Kombinationsmöglichkeiten vorzunehmen. Kompetenz entsteht im Zusammenfügen von verschiedenen Ressourcen und zeigt sich in der Aktivität. Der Lernbereich Training und Transfer bietet diese Möglichkeit. Leistung wiederum resultiert aus der Kombination und Anwendung, die sich im Lernbereich Praxis zeigt. Das Individuum konstruiert Kompetenzen, indem es seine Ressourcen kombiniert und mobilisiert. Die Kompetenz realisiert sich in der Handlung. **Kommunikative Kompetenz wird als die angemessene Verwendung sozialen Wissens und sozialer Fähigkeiten im Kontext einer Beziehung definiert** (Wiemann & Giles, 1992). Kontext und Verhalten bilden dabei eine Einheit, wobei das Verhalten dem Kontext innerhalb dessen es ausgeführt wird, angemessen sein muss. Zweitens bedeutet kommunikative Kompetenz, dass sowohl Wissen über kommunikative Regeln als auch die Fähigkeiten dieses Wissen anzuwenden vorhanden sind. Wihmann & Giles (1992) halten fest, dass soziale Kompetenz im gelingenden Herstellen einer Beziehung erkennbar wird und nicht im Individuum selbst. Kommunikative Kompetenz bezieht sich dabei nicht auf das Erreichen von Perfektion. Kommunikative Kompetenz mündet in der Fähigkeit, emotionale Fallen und Rückschläge zu vermeiden und Schäden, wenn sie nicht zu vermeiden waren, wieder in Ordnung zu bringen.

In der **Kommunikationswissenschaft** bezeichnet Kompetenz seit Chomsky (1962) die Fähigkeit von Sprechern und Hörern, mit Hilfe eines begrenzten Inventars von Kombinationsregeln und Grundelementen potenziell unendlich viele neue, noch nie gehörte Sätze selbstorganisiert bilden und verstehen

zu können sowie einer potentiell unendlichen Menge von Ausdruckselementen eine ebenso potenziell unendliche Menge von Bedeutungen zuzuordnen.<sup>1</sup>

Im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz wird von einer grundlegenden Kompetenz in folgendem Wortlaut ausgegangen: „**Die dipl. Pflegefachperson HF schafft und unterhält durch die Wahl geeigneter Kommunikationsmittel und –methoden eine empathische und vertrauensfördernde Beziehung mit Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen.**“<sup>2</sup> (Siegler et al. (2003). Die kommunikative Kompetenz ist von herausragendem Stellenwert für die berufliche Handlungsfähigkeit von Pflegekräften. Kommunikative Kompetenz bezieht sich in diesem Zusammenhang nicht auf das Erreichen von Perfektion, sondern sie führt zu einer professionellen Beziehung zwischen Patient<sup>3</sup> und Pflegefachpersonen, in der die Orientierung am Patienten im Vordergrund steht. Sie besteht in der Fähigkeit mit Anliegen des Patienten, also mit seinen Wünschen und Bedürfnissen einerseits, aber auch mit seinen Problemen, Sorgen und Ängsten angemessen umzugehen oder, wenn die Kommunikation zum Patienten nicht gelingt und ein Schaden nicht zu vermeiden ist, eigenverantwortlich nach angemessenen Lösungen zu suchen.

Insofern verstehen sich die themenspezifisch geordneten Zusammenstellungen dieses Themenhefters als konkrete Möglichkeiten innerhalb der Vielfalt der Literatur eine zwar willkürliche aber immerhin hilfreiche Auskunft über das gegenwärtige Verständnis sprachlichen Handelns in der Pflege zu erlangen. Jedoch bleibt ganz klar festzuhalten, dass es sich um einen Beginn und keinesfalls um das Ende der Auseinandersetzung mit dieser wichtigen pflegerischen Funktion handelt, in der – was die konkrete Umsetzung im Praxisalltag anbetrifft – noch viele Fragen zu klären sind.

Literatur:

Chomsky, N. (1996). *Probleme sprachlichen Wissens*. Weinheim: Beltz.

Ineichen, D. & Knoth, S. (2005). *Zieltaxonomien HF Pflege Zentralschweiz*, 24.03.2005.

Schweizerisches Rotes Kreuz, *Rahmenlehrplan: Bildungsgang zur dipl. Pflegefachfrau / zum dipl. Pflegefachmann auf Tertiärstufe, Höhere Fachschule*, Stand 04.Dezember 2003

---

<sup>1</sup> vgl. Siegler et al. (2003) S.336 ff

<sup>2</sup> vgl. BBT, Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zur dipl. Pflegefachfrau HF / zum dipl. Pflegefachmann HF, Stand 2007.

<sup>3</sup> Der im Folgenden verwendeten Begriffe *Patient* oder *Patientin*, wird neben den geschlechtsneutralen Begriffen *Pflegefachperson(en)* und *Pflegende*, abwechselnd verwendet. Grundsätzlich spielt jedoch die Konstellation *Frau / Mann* für ein „gelingendes Gespräch“ eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Wiemann, J. M. & Giles, H. (1992). Interpersonale Kommunikation. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 209-231). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Internet:

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/SozialeKompetenz.shtml> Stand  
09.06.2010

## 2. Einführung

Kommunikation zwischen Menschen ist in einer Vielzahl von Lebensbereichen von erheblicher Bedeutung. Dazu gehören der Zugang zu Informationen und ihr freier Austausch, die Diskussion bestimmter Vorstellungen, Verhandlungen bei Konflikten und Auseinandersetzungen, die Bereitstellung emotionaler Unterstützung in Belastungssituationen usw.. Heute stehen uns dazu viele verschiedene Arten von Kommunikation zur Verfügung, und die Entscheidung, welche davon wir für eine bestimmte Art der Mitteilung auswählen, ist oft von strategischer Bedeutung. Ohne jeden Zweifel kann Mangel an wertvoller, befriedigender Kommunikation schwere Folgen sowohl für unser psychisches Wohlbefinden als auch für unsere physische Gesundheit haben. So kann eine ständige Einsamkeit zu Depression, Alkoholismus und Drogenmissbrauch führen (Wiemann & Giles, 1992). Kommunikation ist ein Dauerzustand und ein Normalzustand in dem sich Menschen immer befinden. Sie kommunizieren miteinander, mit ihrer Umwelt und mit sich selbst. Wir Menschen sind von Natur aus keine Einzelwesen, sondern soziale Wesen, die den Sozius, den Partner brauchen. Daher suchen wir den Kontakt mit Menschen und verbringen auch die meiste Zeit in Gemeinschaft mit einem oder mit mehreren Menschen, sei es im geschäftlichen oder privaten Bereich. Damit stehen wir in ständiger Verbindung oder Kommunikation mit anderen Menschen. Ein Grossteil unseres sozialen Verhaltens ist dabei sprachlicher Natur.

Der ständige Austausch ist allerdings nicht gleichbedeutend mit gelingender Kommunikation. Ein allgemeines Problem besteht darin, konkurrierende Bedürfnisse nach Affiliation (Annäherungskräfte, Zusammensein mit anderen) und Vermeidungskräften (z.B. Furcht vor der Enthüllung innerer Zustände) auszugleichen. Schwierig ist es, im Rahmen einer Vielfalt von Beziehungen mit begrenzten interpersonellen Ressourcen Kontrolle auszuüben und über sich

selbst Kontrolle ausüben zu lassen. Das Problem der psychosozialen Störquellen hat der Verhaltensforscher Konrad Lorenz folgendermassen zusammengefasst: "Gesagt heißt nicht immer gesagt, gesagt heißt nicht immer gehört, gehört heißt nicht immer verstanden, verstanden heißt nicht immer einverstanden, einverstanden heißt nicht immer angewendet, angewendet heißt nicht immer beibehalten".<sup>4</sup> Individuen mit verschiedener Ausprägung sozialen Wissens und sozialer Fähigkeiten interagieren im Kontext von Beziehungen, die sie sich im Verlaufe ihrer Kommunikation selbst erschaffen (Wiemann & Giles, 1992). Der gelingenden Kommunikation stehen dabei die unterschiedlichen Lebenswelten der Kommunikationspartner und die damit einhergehenden unterschiedlichen Bedeutungsgehalte, die sie Worten geben im Wege. Spezifische Erfahrungs- und Erlebnishintergründe zwischen Patienten und Pflegefachpersonen müssen dabei in eine „gemeinsame Wirklichkeit“ überführt werden, welche von einem gemeinsamen Sprachverständnis geprägt ist (von Uexküll, 2003).

Literatur:

Eichler, W.(1979). *Sprachdidaktik Deutsch. Ein kommunikationswissenschaftliches und linguistisches Konzept*. München: Fink.

Von Uexküll, T. (2003). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer. KAP, S. ?

Wiemann, J. M. & Giles, H. (1992). Interpersonale Kommunikation. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 209-231). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

### 3. Begriffsdefinitionen

**Kommunikation** (lat. communicatio: Verbindung, Mitteilung), die wichtigste Form sozialer Interaktion, der Prozess der Informationsübertragung mit den Komponenten: Kommunikator und Kommunikant (die einseitig oder wechselseitig einwirken), den Kommunikationsmitteln (die als sprachliche oder nichtsprachliche Zeichen auftreten), den Kommunikationskanälen (die sich akustisch, optisch usw. – von Mensch zu Mensch oder über die sogenannten Massenmedien wie Presse, Funk, Film, Fernsehen bieten) und den Kommunikationsinhalten aller Art. Die unilaterale und bilaterale (face-to-face) Kommunikation geschieht durch Sprache,

---

<sup>4</sup> Zit. <http://www.zitate.de/kategorie/Kommunikation/>

Blick, Mimik, Gestik, Schrift usw.. Es ist dem Menschen in der Interaktion unmöglich, nicht zu kommunizieren (Watzlawick 1993), jedes Verhalten kann als Signal dienen (Häcker et al., 2004).

**Interaktion** (lat.), wechselseitige Beeinflussung. Soziale Interaktion: die gegenseitige Beeinflussung von Individuen innerhalb von und zwischen Gruppen und die dadurch entstehende Änderung des Verhaltens oder der Einstellungen, Meinungen ect., ein weiterer Begriff als Kommunikation, z.T. aber auch mit diesem synonym. Gelegentlich wird berücksichtigt, dass Kommunikation ein asymmetrischer Prozess sein kann, während Interaktion stets einen symmetrischen Prozess meint (Häcker et al., 2004).

**Kommunikation** („communicatio“): Austausch von Mitteilungen zwischen zwei oder mehr Kommunikationsteilnehmern, der durch intentionale oder bewusste Verwendung eines gegenseitig verständlichen Symbolsystems gekennzeichnet ist (Sozialpsychologie, 1992).

Innerhalb der vorhandenen Literatur findet sich eine Fülle von Definitionen. Innerhalb dieses Themenhefters betrachten wir obige Formulierungen als verbindlich. Aus der Vielzahl von konkurrierenden Definitionen von Kommunikation sollen hier zwei Merkmale besonders betont werden, die Kommunikation von einem blossen Verhalten unterscheiden.

Einmal muss der Kommunizierende um die Elemente einer Mitteilung zu enkodieren und zu dekodieren, mit einem gewissen Ausmass von Bewusstheit und daher mit einem bestimmten Ausmass von Intentionalität (lat. Vorhaben, Absicht, Gerichtetsein auf ein Objekt, ein Ziel) vorgehen. Zwar denken Menschen in der Regel nicht darüber nach, wenn sie auf der Strasse ihre Bekannten grüssen, sondern tun es einfach. Dennoch wurden solche Routinen irgendwann einmal bewusst erlernt, geübt und im Gedächtnis gespeichert, weshalb in diesem Beispiel nur eine sehr niedrige Bewusstheit erforderlich ist. Zweitens handelt es sich bei Kommunikation um einen Prozess in dem Sinne, dass er – als System – in einer fortlaufenden Folge von Ereignissen mehr als einen Akteur erfordert. Hier liegt der Schwerpunkt stärker als auf Denken oder Selbstgespräch auf der Interaktion, auf einem Repertoire sozial geteilter Symbole und auf der Dyade, der Zweierbeziehung. Die Dyade hat eine Vergangenheit (ein Gedächtnis), eine Gegenwart und (potentiell) eine Zukunft. Früher neigte man dazu kommunikatives Verhalten über den Kanal zu klassifizieren, auf dem die jeweilige Information übertragen wurde. Die einfachste Unterscheidung war – und ist es für einige noch heute – die zwischen dem sprachlichen Inhalt einer Mitteilung und allem übrigen (nonverbales Verhal-

ten), das heisst Gestik, Mimik und andere Körperbewegungen (Kinesiologie) und paralinguistische Merkmale sowie Prosodie (Stimme, Intonation etc.). Wie eine Person beispielsweise ein tragisches Ereignis mitteilt, kann nur dann angemessen interpretiert werden, wenn wir den gesamten Zusammenhang der begleitenden und gleichzeitig ablaufenden Prozesse, wie zum Beispiel die Gestik, die Art des vorausgegangenen Gesprächs und die Stimmqualität berücksichtigen. Ansonsten können wir nicht entscheiden, ob diese Mitteilung zum Beispiel als Hilferuf, als Aufforderung, Mitleid zu bekunden, als Zeichen, dass der Betroffene das Erlebnis überwunden hat etc. gemeint war. Kommunizierende sind nicht nur bestrebt Mitteilungen zu machen, sondern auch sie so zu gestalten und zu modifizieren, dass man ihnen Wertschätzung entgegenbringt. Kommunikation kann als multifunktionales „Spiel“ betrachtet werden, das gelegentlich höchst gefühlsintensiv, dann wieder - aus strategischen Gründen – scheinbar ganz offen und zu häufig völlig erfolglos verlaufen kann (vgl. Wiemann & Giles, 1992). Kommunikation ist hilfreich, wenn die Menschen lernen, sie auf eine Art und Weise zu nutzen, dass sich Vertrauen aufbaut (Aronson, et al. (2004).<sup>5</sup>

Zusammenfassend handelt es sich bei Kommunikation um einen sozialen Prozess der Verständigung von Menschen, die in einer räumlich-zeitlichen Beziehung zueinander stehen. Patient und Pflegende begegnen sich in definierten Rollen im gesellschaftlichen Kontext (Gesundheitswesen); sie verständigen sich auf eine räumlich und zeitlich definierte professionelle Beziehung (Dienstleistung). Sie interagieren medial miteinander, d.h. sie benutzen gesellschaftlich vereinbarte Zeichensysteme für ihren Handlungsdialog. Die Interaktion hat verbale und nonverbale Anteile sowie bewusste und unbewusste Ebenen. Im Rahmen der Pflegebeziehung treten bewusste und unbewusste Motive und Reaktionen auf z.B. Phänomene von Regression, Übertragung und Gegenübertragung. Kommunikation ist intentional motiviert, entweder mit der Absicht der Beeinflussung oder zur Konsensbildung in einem herrschaftsfreien Diskurs. Die Kommunikation erfolgt in der Pflegebeziehung in der Absicht, Hilfestellung bei Krankheit und Behinderung mit dem Ziel der Heilung, Linderung oder eines besseren Umgangs mit der Störung zu geben. Dabei sind von der pflegerischen Seite unterschiedliche Kommunikationsformen denkbar von der direkten Einflussnahme (Instruktion, Patientenedukation) bis zum gemeinsamen Aushandeln (Konsens, Dialog, Partizipation) abhängig von der Persönlichkeit, dem Krankheitsbild und kulturellen Einflüssen. Im Idealfall kommt

---

<sup>5</sup> vgl. Aronson, 2004, S. 350ff

es bei den Kommunikationspartnern zur gemeinsamen Aktualisierung von Sinn; dabei regen sie sich über die Zuordnung von Bedeutung gegenseitig zu Konstruktion von Wirklichkeit an. Durch den professionellen Auftrag und die Beziehung von Patient und dipl. Pflegefachperson wird als gemeinsamer Sinn und Zweck die Pflege des Patienten verfolgt. Es geht um den wechselseitigen Prozess des Verstehens, der durch persönlichkeits- und krankheitsbedingte Faktoren des Patienten, durch persönliche und professionelle Defizite der Pflegefachperson oder die Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet, eingeschränkt werden kann (Elzer et al., 2007).<sup>6</sup>

Literatur:

- Aronson, E., T.D. Wilson & Akert R.M. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson.
- Elzer, M. & Sciborski, C. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege*. Bern: Huber.
- Häcker, H. & Stapf, K. H. (Hrsg.). (2004). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J. P., Stephenson, G. M. (1992). *Sozialpsychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson D. D. (1993). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber Verlag.
- Wiemann, J. M. & Giles, H. (1992). Interpersonale Kommunikation. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 209-231). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

## 4. Grundlagenkenntnisse zur Kommunikation

### 4.1 Historisches Bezugswissen

Die Kommunikationsforschung hat eine lange Tradition. Der erste grundlegende Text dieser Tradition die „Rhetorik“ des Aristoteles, befasste sich mit der Beeinflussung des Volkes im Dienst der demokratischen Regierung. Interessanterweise hatte auch das erste bedeutendere Interesse der Sozialpsychologie für kommunikative Erfordernisse ganz konkret-praktische

---

<sup>6</sup> vgl. Elzer 2007 et al. a.a.O. S. 38ff

Ursachen. Die Besorgnis der alliierten Streitkräfte im Zweiten Weltkrieg über den Einfluss der deutschen Propaganda und ihr Wunsch die eigene Überzeugungskraft zu verstärken waren der Grund für das verstärkte Interesse. Für die theoretische und praktische Bearbeitung von Kommunikationsproblemen und für die Entwicklung von Kommunikationstrainings ist die Kommunikationspsychologie und hier besonders die sogenannte Humanistische Psychologie bedeutsam geworden. Letztere entwickelte sich in den frühen 60er Jahren in Absetzung von der damals vorherrschenden Psychoanalyse (Sigmund Freud) und dem Behaviorismus (Burrhus F. Skinner). Wie der Beiname "humanistisch" schon sagt, ist diese Richtung besonders an einem positiven Menschenbild orientiert: der Mensch wird als selbstbestimmtes, mündiges und individuell wahlfähiges Wesen gesehen. Die Humanistische Psychologie macht sich die Entwicklung der Fähigkeiten des einzelnen Menschen zum Forschungsgegenstand und Ziel und will neurotische Störungen beseitigen und u.a. die kommunikativen Fähigkeiten fördern.

In einer ersten Revolution hatte der Behaviorismus die akademische Psychologie erschüttert. Als Reaktion auf die exzessive Beschäftigung der Psychologie mit Bewusstsein und Introspektion entfernte er alle subjektiven Begriffe, nur das sichtbare Verhalten zählte, die Reiz-Reaktions-Kette. Dadurch hat die angewandte Psychologie viel gewonnen, die Arbeit wurde quantifizierbar, kontrollierbar, im Labor war die Nähe zu den Naturwissenschaften gewährleistet. Normales und gestörtes Verhalten wird als Ergebnis von Lernprozessen verstanden. Therapie bedeutet Verhaltensänderung durch neue Lernerfahrung (vgl. Elzer et al. 2007). Allerdings wurde systematisch die subjektive Seite des Bewusstseins und die Komplexität der Entwicklung ausgeschlossen, sie war zu privat und störte die Objektivität. Die zweite Revolution, die der Psychoanalyse, bestand demgegenüber auf der Dynamik des inneren Milieus in Form von Trieben. Sie behauptete die Wirkung eines unbewussten Bereichs, der das bewusste Leben und Handeln determiniere, und die permanente Anwesenheit von Konflikten zwischen Trieben untereinander und mit Kultur und Gesellschaft. Bewusstsein sei lediglich ein Oberflächenphänomen. Nicht Herr im eigenen Haus zu sein, war eine aufrüttelnde Idee. Von zentraler Bedeutung sind unbewusste Konflikte für die Symptomentwicklung und ihre Bewusstmachung durch therapeutische Interventionen. Private und professionelle Kommunikation wird von unbewussten Faktoren beeinflusst. (vgl. Elzer et al., 2007).

Sowohl die Psychoanalyse als auch der Behaviorismus hatten also in einer Gegenbewegung gegen die Überbetonung des Bewusstseins in der Psychologie des 19. Jahrhunderts zwar andere Zugänge stark gemacht (die Tiefenpsychologie durch die Proklamation des Unbewussten, der Behaviorismus durch die Akzentsetzung auf Handeln und Verhalten), beide Richtungen hielten aber eine Variante des Determinismus aufrecht (einen umweltbedingten oder einen psychogenetischen), waren also in den Augen der Humanistischen Psychologie pessimistisch und gaben wenig Raum für die Vorstellung von Spontaneität, Kreativität, Freiheit und Verantwortung. Die Vertreter und Vertreterinnen der Humanistischen Psychologie, obwohl die meisten von ihnen durchaus in diesen Denkrichtungen selber geschult waren, wendeten sich vehement gegen mechanistische Verfahren, gegen die Reduktion auf naturwissenschaftliche experimentelle Techniken und gegen kausal-deterministische Auffassungen vom Menschen.

Als Teil einer umfassenden Gegenkultur, einer sozialen Bewegung, einer Gegenbewegung zu Etabliertem und zu den vorherrschenden Lehrgebäuden der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie sollten sie als "Dritte Kraft" ein anderes Anliegen vertreten. Die Therapieansätze der Humanistischen Psychologie bestehen aus einer Gruppe von verschiedensten Therapiemethoden, deren Gemeinsamkeit in einem philosophisch abgeleiteten, positiven Menschenbild besteht. Durch die Therapie werden die positiven Ressourcen im Menschen erlebt und belebt.

Als wichtigste Vertreter der humanistischen Psychologie gelten:

Carl R. Rogers, der Begründer der klientenzentrierten Psychotherapie; legte besonderen Wert auf Begegnung im voll-menschlichen Sinn - d.h. unter Einschluss der emotionalen Ebene, der nonverbalen Äußerungen, des gegenseitigen prinzipiellen Wohlwollens.

Ruth C. Cohn mit dem Ansatz der themenzentrierten Interaktion, der Transaktionsanalytiker Eric Berne und auch das sogenannte Neurolinguistische Programmieren (NLP).

Im weiteren Sinne kann man auch den systemischorientierten Kreis der Psychologen um Paul Watzlawick dazurechnen. Bekannt ist auch der Gestalttherapeut Fritz Perls. Der bekannte Gesprächspsychologe Schulz von Thun ist von der Humanistischen Psychologie beeinflusst, nimmt aber auch systemtheoretische und konstruktivistische Elemente in seine Modelle auf.

Neben der Psychologie und der Sprachwissenschaft ist es besonders die Soziologie, die sich seit ihrem Beginn im 19. Jahrhundert mit den Phänomenen der menschlichen Kommunikation auseinandergesetzt hat.

#### Literatur:

Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert R. M. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson Studium.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. & Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Hilgards Einführung in die Psychologie*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

Berne, E. (1967). *Spiele der Erwachsenen*. Reinbek: Rowohlt.

Bühler, K. (1965). *Sprachtheorie: Die Darstellungsform der Sprache*. Jena: G. Fischer.

Cohn, R. C (1997). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Elzer, M. & Sciborski, C. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege*. Bern: Huber.

Freud, S. (1961). *Gesammelte Werke. Band 1-17*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Habermas, J. (2001). *Theorie kommunikativen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Perls, F. S. (2004). *Was ist Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Rogers, C. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung. My description of a person-centered approach. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 75-77

Schulz von Thun, F. (2004). *Klarkommen mit sich selbst und anderen: Kommunikation und soziale Kompetenz*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Skinner, B. F. (1978). *Was ist Behaviorismus. About Behaviorism*. Reinbek: Rowohlt.

Skinner, B. F(1973). *Wissenschaft und menschliches Verhalten. Science and Human Behavior*. München: Kindler.

Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe-Verlag.

Thomas, A. (1991). *Grundriss der Sozialpsychologie. Band 1: Grundlegende Begriffe und Prozesse*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson D. D. (1993). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber Verlag.

Internet:

[http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1\\_03\\_5.htm](http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1_03_5.htm) / Stand 09.06.2010

Zum Link: „Wir leben in einer Kommunikations- und Wissensgesellschaft.

Die Befähigung zur sach- und partnergerechten Kommunikation ist für eine aktive Teilhabe an einer demokratischen Gesellschaft eine Schlüsselqualifikation.

Dennoch haben viele Menschen mit der Kommunikation und dem Umgang mit Anderen Schwierigkeiten. Dieses Lernprogramm will zunächst einmal Grundeinsichten positiven sach- und partnergerechten Kommunikationsverhaltens thematisieren und zum Nachdenken darüber anleiten (Teil 1). Es will diese Einsichten auf Situationen in der Schule hineininterpretieren und entsprechendes Kommunikationstraining für den Schulunterricht behandeln, samt einer Einführung in die praktische Rhetorik (Teil 2). Das Lernprogramm beschäftigt sich aber darüber hinaus auch mit konflikthafter Kommunikation, mit Konfliktarten und Konfliktstrategien (Teil 3), und mit Möglichkeiten, Konflikte besonders in der Schule positiv zu lösen (Teil 4). Das Programm gliedert sich in die genannten 4 Teile und insgesamt 64 Lerneinheiten und Aufgaben“.

<http://gfk.freepage.de/Texte/hum.html> / Stand 09.06.2010

Skript eines Vortrags an der Universität St. Gallen im Wintersemester 1998/99 im Rahmen der Vortragsreihe "Psychotherapie: Die Vielfalt der therapeutischen Konzepte". Das Skript gibt einen Überblick über folgende Inhalte: Wörter und Begriffe; Was ist die Humanistische Psychologie?; Historisches Umfeld; Personen und Therapierichtungen im humanistischen "mainstream"; Menschenbild und programmatische Aussagen

gen; Psychotherapie und die therapeutische Beziehung; Die Perspektive der Humanistischen Psychologie.

<http://psychologie.fernuni->

[hagen.de/Lernportal/Lernumgebung/HTML/Gestalt.html#Gestalttherapie](http://psychologie.fernuni-hagen.de/Lernportal/Lernumgebung/HTML/Gestalt.html#Gestalttherapie) / Stand  
06.07.2010

Das Lernportal bietet eine Fülle von Informationen zur historischen Entwicklung in der Psychologie, speziell zur humanistischen Psychologie und zur Gestalttherapie nach F. Perls. Durch Navigieren innerhalb des Links finden sich auch wesentliche Ausführungen zur Psychoanalyse nach S. Freud und zum Behaviorismus nach B. Skinner etc..

#### **4.2 Kommunikationsmodelle**

Es ist eine unabdingbare Voraussetzung, dass sich Lehrpersonen in Bezug auf die gängigen Modelle einen eigenen spezifischen Hintergrund erarbeiten. Es wird innerhalb des Themenordners darauf verzichtet die Modelle im Detail vorzustellen, sondern es geht viel mehr darum den Lehrpersonen anhand gezielter Hinweise Möglichkeiten der Informationssuche aufzuzeigen. Davon ausgehend, dass sich die Lehrpersonen innerhalb der medialen Möglichkeiten einer gezielten Literatursuche auskennen, wird darauf verzichtet Suchstrategien darzulegen, sondern es werden vielmehr die Resultate der Suche in ihrem möglichen Verwendungszweck dargestellt. Festzuhalten gilt es, dass die meisten Kommunikationsmodelle den Ansprüchen streng wissenschaftlicher Forschung nicht gerecht werden. Die praxisrelevante Durchdringung der Materie spricht aber für eine Augenscheinvalidität, die durchaus ihre Berechtigung hat im Schulungs- und Aus- Fort- und Weiterbildungsbereich der Gesundheitsberufe.

Literatur:

Argyle, M. (1992). Soziale Beziehungen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 232-257). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Berne, E. (1967). *Spiele der Erwachsenen*. Reinbek: Rowohlt.

- Bierhoff, H. W. & Klein, R. (1992): Prosoziales Verhalten. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 258-274). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Bühler, K. (1965). *Sprachtheorie: Die Darstellungsform der Sprache*. Jena: G. Fischer.
- Crisand, E. (1992). *Psychologie der Gesprächsführung. Arbeitshefte Führungspsychologie Band 11*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Cohn, R. C (1997). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Flammer, A. (1997). *Einführung in die Gesprächspsychologie*. Göttingen, Toronto, Saeattle: Huber Verlag
- Habermas, J. (2001). *Theorie kommunikativen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Harris, T. A. (1975). *Ich bin o.k. Du bist o.k.*. Reinbek: Rowohlt.
- Helwig, Paul (1965). *Charakterologie*. Stuttgart: Klett.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rogers, C. (1993). *Die klientenzentrierte Psychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Schulz von Thun, F. (2005). Das Porträt: Friedemann Schulz von Thun. „Eigentlich bin ich ein Kommunikationsmuffel“. *Psychologie heute*, 05(32), 42-47
- Schulz von Thun, F. (2003). *Miteinander reden, Bd 1-3*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schulz von Thun, F. (1990): *Miteinander reden: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Internet:

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/default.shtml> / Stand 06.07.2010

Diese Webseite bietet eine Fülle von Informationen zu Kommunikationsmodellen.

Das **Organomodell von Karl Bühler**, die **vier Seiten einer Nachricht – ein Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation** nach Friedemann Schulz von Thun, das **Wertequadrat** von Paul Helwig, die **Transaktionsanalyse** nach Eric Berne, das

**Johari-Fenster** nach Joseph Luft & Harry Ingham, die **Kommunikationsregeln Watzlawicks** und die **Themenzentrierte Interaktion** nach Ruth Cohn werden inhaltlich dargestellt. Die Plattform bietet eine Fülle von Möglichkeiten der Information, die untereinander verlinkt sind und mittels Grafiken vielerlei Anschauungsmaterial liefern.

„Die hier versammelten Arbeitsblätter werfen einige ausgewählte Streiflichter auf Versuche, das Phänomen der menschlichen Kommunikation in den psychologischen (Be)Griff zu bekommen. Insbesondere wird auch auf solche Modelle eingegangen, die sich mit Problemen und Konflikten beschäftigen, wobei sich die meisten streng genommen auf keine wirklich ausgearbeiteten psychologischen Theorien berufen können, sondern eher Arbeitshypothesen für die praktische Arbeit etwa in der psychologischen Praxis darstellen. Es muss daher darauf hingewiesen werden, dass der praktische Einsatz an grundlegende Kenntnisse gebunden ist, wie sie in der Regel nur ein Studium der Psychologie vermittelt“ (Stangl, 2005).

Werner Stangel (1947) arbeitet als Professor für Pädagogik und Psychologie der Johannes Kepler Universität in Linz. Er hat eine Fülle von wissenschaftlichen Veröffentlichungen im Bereich der Psychologie, Pädagogik und Wissenschaftstheorie publiziert. Unter anderem schreibt er auch aktiv im Internet als Autor von Web-Literatur.

[http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1\\_01.html](http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1_01.html) / Stand 06.07.2010

(siehe zum Link unter dem Punkt: Historisches Bezugswissen).

### **4.3 Geschlechtsdifferente Kommunikation**

Gemäss Bründel & Hurrelmann (1999) ist die Familie der Ursprungsort in dem Geschlechtstypisierungen zu Geltung kommen und eine grosse Prägekraft entwickeln für das geschlechtstypische Verhalten von Jungen und Mädchen. Speziell für die Entwicklung von geschlechterspezifischer Kommunikation ist die Aussage von Bründel et al., dass Jungen nicht als Jungen geboren werden, sondern vielmehr dazu gemacht werden. Durch die subtilen Beeinflussungsmechanismen der Eltern in der frühen Kindheit und den erweiterten Umwelten der Kindheit und Jugend (vgl. Grob 2003) werden Jungen darauf gedrillt sich typisch männlich zu verhalten.

In der quantitativen und qualitativen Studie von Hall et al. (1994) halten die Autorinnen fest, dass weibliche Physiotherapeuten längere Visitingespräche führen, mehr positive Äusserun-

gen von sich geben, mehr partnerschaftliche Rückmeldungen geben, mehr Fragen stellen, mehr lächeln und ebenfalls mehr medizinische Informationen abgeben als ihre männlichen Berufskollegen. Die Autorinnen meinen, dass es sich bei diesen Resultaten um „typisch“ weibliche Eigenschaften handeln müsse, die sich durch ein besonders gutes interpersonales Klima ausdrücken. Sie stellen fest, dass weibliche Physiotherapeutinnen freundlicher sind und bessere Zuhörerinnen sind als ihre männlichen Berufskollegen.

Männer und Frauen haben geschlechtsspezifische Kommunikationsstile, die sich voneinander unterscheiden und daher durchaus Ursache für Schwierigkeiten im gegenseitigen Verständnis sein können. Frauen und Männer wachsen in verschiedenen Kulturen auf. Deshalb braucht eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Geschlechtern eine interkulturelle Kommunikationskompetenz (vgl. Tannen, 1991). Für die Pflege wichtig erscheint dabei, dass das Wissen um den Gesprächsstil und Strategien der anderen Gruppe bewusst erarbeitet werden muss. Frauen pflegen einen anderen Gesprächsstil als Männer, deshalb haben sie auch einen anderen Führungsstil. Statt z. B. hierarchisch zu befehlen, ziehen sie es vor, in gemeinsamen Gesprächen nach Lösungen zu suchen. Frauen sind bindungs- resp. beziehungsorientiert. Sie teilen ihr Wissen. Sie minimieren im Gegensatz zu Männern Statusunterschiede und suchen den Ausgleich. Sie gehen von symmetrischen Beziehungen aus und kämpfen für eine gute Gemeinschaft. Männer streiten gemäss Tannen (1991) gern und gehen von asymmetrischen Gesprächskonstellationen aus, was insbesondere durch das Bestreben der Frauen unterstützt wird, den eigenen Sachverstand herunter zu spielen. Das Gesprächsverhalten von Frauen und Männern wird unterschiedlich beurteilt. Weil Frauen z.B. nicht für Überlegenheit kämpfen, werden sie als unterlegen und nicht durchsetzungsfähig angesehen. Diese Beurteilung hängt mit dem niedrigeren gesellschaftlichen Status der Frauen zusammen. Andererseits werden androgyn auftretende Frauen (wettbewerbsorientierte, unabhängige Frauen), mit geschlechtsspezifischen Stereotypen, wie Mannweiber und Ähnlichem abqualifiziert. Speziell erwähnt Tannen, dass Frauen aus der Rolle der Zuhörerin ausbrechen müssen. Sie sollten z.B. lernen, Männer zu unterbrechen und nicht zu warten, bis sie das Wort erhalten. Frauen müssen sich gemäss den Vorstellungen der Autorin von ihrem Harmonie- und Gleichheitsbedürfnis befreien und lernen aktiv als gleichberechtigte Gesprächspartnerinnen aufzutreten. Andererseits müssen Männer lernen aktiv zuzuhören, und dass gelingende Kommunikation ein freiwilliges Geben und Nehmen bedeutet. Toleranz ist dabei von ausschlaggebender Be-

deutung und meint, dass beide Geschlechter das jeweils andere Geschlecht in seiner individuellen Redeweise zu verstehen suchen. Tannen hält fest, dass der wichtigste Beitrag den Frauen und Männer leisten können zu einer geschlechtergerechten Kommunikation ist, dass beide Geschlechter damit aufhören, den Frauen einen geringeren gesellschaftlichen Status zuzuschreiben.

Im Gegensatz zu Tannen argumentiert Günther (1992) nicht mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Kommunikationsstilen und geschlechtsspezifischen Kommunikationsregeln. Der Autor geht davon aus, dass dieselben Merkmale einer Kommunikationssituation im einen Kontext den Unterschied zwischen Männern und Frauen, im anderen Statusunterschiede und in einem dritten Fall z.B. die unterschiedlichen Bedürfnisse nach Nähe und Distanz bewirken. Statt geschlechtsspezifischen Unterschieden in den Codes und Interaktionsstrukturen, sind gemäss dem Autor die situativ unterschiedlichen (und auch ähnlichen) Anwendungen von Kommunikationsstrategien von Männern und Frauen zu untersuchen. Lokale Aktivität wird dabei mit der sozialen Identität in Beziehung gesetzt. Geschlecht ist eine der Bedeutungen für die unterschiedlichen Kommunikationsstrategien, gemäss dem Autor aber nicht immer die relevante.

#### Literatur:

Bründel, H. & Hurrelmann, K. (1999). *Konkurrenz, Karriere, Kollaps: Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Bierhoff, H. W. & Klein, R. (1992): Prosoziales Verhalten. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 258-274). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Grob, A. & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Basel: Beltz Verlag.

Günther, S. (2000). Sprache und Geschlecht: Ist die Kommunikation zwischen Männern und Frauen interkulturelle Kommunikation? In L. Hoffmann (Hrsg.), *Sprachwissenschaft* (S.235-259). New York: De Gruyter.

- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M. & Miller, L. H. (1994). Gender in Medical Encounters: An Analysis of Physician and Patient Communication in a Primary Care Setting. *Health Psychology, 13*(5), 384-392
- Oerter, R. & Montada, L. (2002). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlage.
- Tannen, D. (1997). *Andere Worte, andere Welten. Kommunikation zwischen Frauen und Männern*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Tannen, D. (1991). *Du kannst mich einfach nicht verstehen. Warum Männer und Frauen aneinander vorbeireden*. München: Goldmann

#### **4.4 Verbale und nonverbale Kommunikation**

Die verbale Kommunikation besteht in dem, was jemand in (gesprochener oder geschriebener) Sprache explizit ausdrückt. Was nicht verbal ist, aber doch kommuniziert wird, ist entweder paraverbal oder im engeren Sinn nonverbal. Paraverbale Kommunikation umfasst Dinge wie das Verhältnis der Wortwahl zum Adressaten, der Themenwahl zum aktuellen Umfeld, Kunstpausen, Lautstärke etc.. Als nonverbal im engeren Sinn wird jede Kommunikation bezeichnet, die nicht an Sprache gebunden ist, auch wenn sie natürlich oft den gleichen Gegenstand betrifft und aus der gleichen psychischen Struktur heraus entsteht (vgl. Flammer, 1997).

„Es muss daran erinnert werden, dass das Material jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes umfasst - kurz, Verhalten jeder Art. Verhalten hat vor allem eine Eigenschaft, die so grundlegend ist, dass sie oft übersehen wird: Verhalten hat kein Gegenteil oder um diese Tatsache noch simpler auszudrücken: Man kann sich nicht nicht verhalten. Wenn man also akzeptiert, dass alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungscharakter hat, d.h. Kommunikation ist, so folgt daraus, dass man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht nicht kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscha-

rakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikation reagieren und kommunizieren damit selbst“ (Watzlawick, 1993).

Die nonverbale Kommunikation ist vermutlich die älteste Form zwischenmenschlicher Verständigung, lange bevor der Mensch das erste Wort geäußert hat. Auch Kinder verständigen sich nach ihrer Geburt überwiegend nonverbal mit ihrer Umwelt. Menschliches Sozialverhalten ist nicht ohne Berücksichtigung des nonverbalen Systems zu verstehen. Allerdings wird die Bedeutung der nicht-sprachlichen Verständigung von den meisten Menschen unterschätzt. Wenn Menschen nicht verbal kommunizieren, spricht der Körper alleine. Er ist niemals stumm und teilt auch dann mit den Signalen der Selbstversunkenheit, der Abschirmung mit, daß uns zur Zeit z.B. Kontakte unerwünscht sind. Der Eindruck, den die Körpersprache macht, ist oft sehr mächtig und Worte haben es schwer, ihn zu dementieren. Da die Körpersprache auch schwerer bewusst zu beherrschen ist als die verbale, sind die Botschaften der Körpersprache oft "wahrer" bzw. "echter". Und eben weil sie sich dem Willen weitgehend entzieht, und zwar das Aussenden wie der Empfang der Signale gleichermaßen, erscheint sie uns selbstverständlicher, irrationaler, wird sie einfach bewusst weit weniger bemerkt als die Sprache der Wörter. Nonverbale Botschaften sind in der Tat sowohl informativ als auch relativ untrügerisch aus folgenden Gründen:

- Sie sind nicht völlig unterdrückbar (man kann nicht nicht nonverbal oder wenigstens paraverbal kommunizieren, wenn man verbal kommuniziert).
- Sie sind mit Emotionen verbunden.
- Sie sind für Beobachterinnen und Beobachter besser wahrnehmbar als für Akteurinnen und Akteure selbst.
- Sie enthalten unike Aussagen (d.h. u. a. solche, die verbal nicht kommuniziert oder überhaupt kommunizierbar sind).
- Sie werden sehr rasch kommuniziert (vgl. Flammer, 1997).

Thomas (1991) unterscheidet folgende Formen von nonverbaler Kommunikation:

- 1) Kommunikation durch Blickverhalten (Blickkontakt)
- 2) Kommunikation durch Gesichtsausdruck (Mimik)
- 3) Kommunikation durch Körperhaltung und Körperbewegung (Gestik)

- 4) Kommunikation durch Berührung (Taktilität)
- 5) Kommunikation durch räumliche Distanz zum anderen (personaler Raum)
- 6) Kommunikation durch nonverbale vokale Signale, die sprachlich vermittelte Informationen begleiten (z.B. stimmliche Merkmale, Pausen, Betonungen und paralinguistische Äusserungen).

Bei der Interaktion mit einer Person werden in der Regel Informationen über mehrere Kommunikationskanäle gleichzeitig empfangen. Diese Informationen werden allerdings nicht isoliert interpretiert, sondern bilden eine Ganzheit, aus der schliesslich, unter der Berücksichtigung der Kontextbedingungen gemäss Thomas (1991) bedeutungshaltige Schlussfolgerungen gezogen werden. Visuell erfasste Informationen haben dabei mehr Einfluss auf die Interpretation als verbale und vokale Informationen. Dies gilt insbesondere bei der Übermittlung von Sympathieempfindungen. Geht es um Informationen, die sich auf Status- oder Machtverteilungen beziehen, ist die Überlegenheit der visuell vermittelten Eindrücke weniger stark ausgeprägt. Formen der nonverbalen Informationsübermittlung sind besonders für den Prozess der Attribution von Mitteilungen, die Darstellung von Gefühlen und die Definition der Beziehungsqualität im Interaktionsprozess von zentraler Aussagekraft.

Literatur:

- Flammer, A. (1997). *Einführung in die Gesprächspsychologie*. Göttingen, Toronto, Saeattle: Huber Verlag.
- Molcho, S. (1998). *Körpersprache*. München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Molcho, S. (1988). *Körpersprache als Dialog*. München: Mosaik Verlag.
- Morris, D. (1997). *Körpersignale. Bodywatching*. München: Wilhelm Heine Verlag.
- Reineke, W. & Damm, F. (1992). *Signale im Gespräch*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Thomas, A. (1991). *Grundriss der Sozialpsychologie. Band 1: Grundlegende Begriffe und Prozesse*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson D. D. (1993). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber Verlag.

Wiemann, J. M. & Giles, H. (1992). Interpersonale Kommunikation. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 209-231). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Internet:

[http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1\\_07.html](http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1_07.html) /Stand 12.07.2010

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/KommNonverbale.shtml> / Stand 12.07.2010

<http://de.wikipedia.org/wiki/K%C3%B6rpersprache> / Stand 12.07.2010

#### **4.5 Soziale Gruppen**

„Soziale Systeme sind offene und mit „Sinn“ erfüllte Handlungssysteme, die Ereignisse strukturieren und im Gegensatz zu physikalischen oder biologischen Systemen ausserhalb ihrer Funktionalität keine Struktur besitzen“ (Thomas, 1991).

„Das zielgerichtete Miteinander ist die wesentliche und hinreichende Voraussetzung, um von „Gruppe“ sprechen zu können“ (Stahl, 2002).

Unter einer Gruppe versteht man ein Aggregat von Personen, die miteinander interagieren und gewisse Normen gemeinsam haben. Der gemeinsame Nenner einer Gruppe ist die Interaktion, und diese führt zu bestimmten Ergebnissen (outcomes) für jedes Mitglied der Gruppe. Umgekehrt motivieren diese Ergebnisse wiederum Individuen, einer Gruppe beizutreten und in ihr zu bleiben (Wilke et al., 1992). Jemand möchte Mitglied einer Arbeitsgruppe werden, weil sein Freund bereits dazu gehört, das heisst, es geht um die Ergebnisse, die auf zwischenmenschlicher Anziehung beruhen. Ein anderer Grund für den Eintritt in eine Gruppe oder das Verbleiben in ihr wäre, der, dass die Ergebnisse der Gruppe insgesamt grossenteils mit den persönlichen Ergebnissen übereinstimmen. In diesem Fall nützt die Gruppenleistung den Individuen, die der Gruppe angehören. Auch die Interaktion an sich kann, als Prozess, kann als lohnend wahrgenommen werden. Um diese Ergebnisse geht es, wenn man andere Leute kennen lernen möchte oder die Interaktion mit den anderen geniesst. Schliesslich können auch externe Gewinne eine Rolle spielen. Statusgewinne spielen dabei eine wichtige Rolle. Dabei ist die Gruppe nicht als statisch-figurales Gebilde aufzufassen, sondern als ein Prozess, der die verschiedenen interpersonalen Kommunikationsformen kennzeichnet. Heut-

zutage wird die Fähigkeit und Bereitschaft, uns in immer wieder neue Gruppenzusammenhänge einzufügen und sie aktiv ertragreich zu gestalten, stärker gefordert als noch vor 50 Jahren (Stahl, 2002).

Bezüglich interpersonaler Kommunikation in sozialen Gruppen ist das Verständnis der Kommunikation mit einem Inhalts- und einem Beziehungsaspekt von grosser Bedeutung (vgl. Watzlawick, 1969). Die Regel besagt nach Watzlawick, dass jede Mitteilung neben ihrem Inhalt einen Hinweis vom Sender für den Empfänger enthält, wie er seine Mitteilungen verstanden haben will. Dieser Hinweis erklärt, wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger versteht. In diesem Sinne liegt in jeder Mitteilung auch eine persönliche Stellungnahme zum anderen. Dabei kann unter Umständen der Beziehungsaspekt wichtiger werden als der Inhaltsaspekt. Eben solche Auswirkungen hat die unterschiedliche Strukturierung der Kommunikationsabläufe auf das Miteinander im Gespräch. Festzuhalten gilt es, dass die Beteiligten zwischen sich Beziehungsstrukturen herstellen. Die Gleichartigkeit dieser Strukturen ist dabei keine Selbstverständlichkeit sondern gemäss Thomas (1991) das Ergebnis ausgiebiger Metakommunikation<sup>7</sup>.

Von grosser Bedeutung im Zusammenhang mit sozialen Gruppen ist die Vorstellung, dass Kommunikation entweder symmetrisch oder komplementär verläuft. Eine komplementäre Beziehungsform liegt vor, wenn ein Über- oder ein Unterordnungsverhältnis vorliegt, wie z. B. zwischen Pflegefachpersonen und Patienten. Symmetrische Interaktionen bestehen, wenn beide Partner einander gleichwertig oder ebenbürtig betrachten, sei es aufgrund zugeschriebener oder erworbener Fähigkeiten. Die symmetrische Beziehungsform zwischen Individuen oder Gruppen zeichnet sich dadurch aus, dass auf eine Handlung einer Person die gleiche oder eine sehr ähnliche Handlung der angesprochenen Person folgt. Insofern zeigt sich die Funktion von Interaktion und Kommunikation im sozialen Handeln zwischen Individuen und Gruppen in einer wechselseitigen Steuerung und Kontrolle von Verhalten. Im Prozess der Interaktion und Kommunikation sind die Koorientierung der Interaktionspartner und die wechselseitige Kontingenz der Interaktionspartner von grosser Bedeutung. Die individuelle Ziel-

---

<sup>7</sup> Die Relativität aller Rollen wird insofern deutlich, dass Führer und Geführte ihre Interaktionen so zu gliedern pflegen, als habe der eine die Initiative, als sei er dominant, während der andere abhängig, untergeordnet erscheint. Jedoch lässt sich oft nur schwer entscheiden, wer hier zuerst kommt und was aus dem Führer ohne die Geführten würde (Thomas, 1991).

orientierung und die Interpretation durch die Interaktionspartner sind ebenso zentral bedeutsam wie die Art und Weise und der Inhalt der übermittelten Information.

Eine vertiefende Auseinandersetzung mit Inhalten zu Gruppenstruktur, Gruppenprozess, Informationsprozessen in Gruppen etc. ist für die sinnvolle Aufbereitung von z.B. Unterrichtseinheiten in Bezug auf die Teamkommunikation, insbesondere auch in Bezug auf Unterricht zum Thema Führungsstile, Führungspsychologie etc., zwingend und sollte anhand der Literaturliste, die sich als eine mögliche Auswahl versteht, möglich sein.

#### Literatur:

- Argyle, M. (1992). Soziale Beziehungen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 232-257). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert R. M. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson Studium.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. & Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Hilgards Einführung in die Psychologie*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Bierhoff, H. W. & Klein, R. (1992): Prosoziales Verhalten. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 258-274). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- Brown, R. (1992). Beziehungen zwischen Gruppen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 400-429). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Sader, M. (1994). *Psychologie der Gruppe*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Stahl, E. (2002). *Dynamik in Gruppen*. Weinheim, Basel, Berlin: Verlagsgruppe Beltz.
- Thomas, A. (1991). *Grundriss der Sozialpsychologie. Band 1: Grundlegende Begriffe und Prozesse*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag.
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental Sequence in Small Groups. *Psychological Bulletin*, 63(6), 384-399

Wilke, H. & Van Knippenberg, A. (1992). Gruppenleistung. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 333-368). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Van Avermaet, E. (1992). Sozialer Einfluss in Kleingruppen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 369-399). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

## 5. Kommunikation in der Pflege

Pflegefachpersonen erbringen Dienstleistungen nicht nur für andere, sondern mit anderen Personen. Solche „unmittelbaren“ Dienstleistungen sind zwangsläufig stets in einem kommunikativen Zusammenhang mit dem Leistungsempfänger, dem Patienten, eingebettet. Von der Kommunikation in den meisten anderen personenbezogenen Dienstleistungsberufen hebt sich die pflegerische Kommunikation dadurch ab, dass Patienten in vielen Fällen in einer charakteristischen Abhängigkeitsbeziehung zu den Pflegepersonen stehen. In die Krankenhäuser kommen als Patienten und Patientinnen nur diejenigen Personen, die krank sind, oder die in Verdacht stehen krank zu sein (vgl. Luhmann, 1984). Im Vordergrund des Tuns im Krankenhaus stehen medizinische Handlungen wie Diagnose, Eingriffe, Operationen, Therapien usw.. Kommunikation ist aus dieser Sicht also in erster Linie Kommunikation über die Krankheiten der anderen – der Patienten, in diesem Zusammenhang. Anders ausgedrückt, obwohl das Sprechen über Krankheiten im Krankenhaus einen grossen Raum einnimmt, steht das medizinische und pflegerische Handeln im Vordergrund. Die Kommunikation mit dem Patienten oder im therapeutischen Team ist dem Ziel, dem Patienten zu helfen, zwar untergeordnet, aber gleichzeitig auch Bedingung der Möglichkeit, das Handeln zu optimieren und auf das Individuum abzustimmen.

Die Veränderungen in der Pflegepraxis den letzten Jahren (z.B. die Pflegevisite, die Übergabe mit dem Patienten, das Aufnahmegespräch oder Beratungsgespräch und die Dokumentation etc.) verdeutlichen die zunehmende Bedeutung der Kommunikation und Notwendigkeit von sprachlichen Kompetenzen. Berufliches Kommunizieren in den unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen nimmt im Gesundheitssystem einen quantitativ und qualitativ immer grösseren Stellenwert ein. Sich der Sprache bedienen zu können, setzt nicht voraus,

dass die Pflegefachperson in jeder Situation angemessen und bedürfnisorientiert kommuniziert. Die menschliche Interaktion kann sehr komplex sein und schwierige Situationen hervorrufen, doch ist es eine allgemeine Erkenntnis, dass wir nach bestimmten Regeln der Kommunikation leben und arbeiten (Argyle, 1992). Diese Regeln reichen von der freundlichen Begrüßung bis zum vielschichtigen Beziehungsverhalten. In der Pflege ist es nicht anders, in ihr können sich die fatalsten und auch die gedeihlichsten menschlichen Beziehungen entwickeln. Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung der beruflich Pflegenden steht dabei in direktem Zusammenhang mit dem Wandel und den Fortschritten in der Pflegepraxis. Die Entwicklung kommunikativer Kompetenzen von Pflegekräften ist eine unabdingbare Voraussetzung für das berufliche Handeln in der Pflege, da dieses stets in einen interaktiven Rahmen eingebettet ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kommunikation aus drei Gründen von zentraler Bedeutung ist:

- Sie wird als grundlegende pflegerische Fähigkeit angesehen, die in der Einschätzung des Patienten (Pflege-Assessment), in der Patientenschulung und bei therapeutischen Interventionen verwendet wird.
- Interpersonale Fertigkeiten spielen eine wichtige Rolle bei klinischer Effektivität, Patientenzufriedenheit und einem gewissen Haftpflichtrisiko (vgl. Knoth, 2003). Anders ausgedrückt, der Austausch zwischen den Berufsgruppen spielt eine wichtige Rolle, wenn Patienten effizient und auf ihre Bedürfnisse und Anliegen bezogen behandelt werden. Hierdurch können Missverständnisse vermieden und damit Haftpflichtrisiken gesenkt werden.
- Sie ist im Pflegealltag in der Beziehung zum Patienten wichtig, da sich gelingende Kommunikation sowohl auf das Wohlbefinden und die Gesundung von Patienten als auch auf die Berufszufriedenheit der Pflegefachpersonen positiv auswirkt.
- Hohe Kommunikative Kompetenz im inter- und intraprofessionellen Dialog führt zu verbesserten Behandlungsergebnissen.

Als Ansatz für die Operationalisierung von kommunikativer Kompetenz in der Pflege kann einerseits die Frage nach dem **Zweck der Kommunikation** ein Ansatzpunkt und anderer-

seits auch die Frage nach den **Dimensionen kommunikativer Kompetenz** sein. Die nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick bezüglich der formulierten Fragestellungen anhand der deutsch- und englischsprachigen Literatur, wie sie Knoth (2003) für seine Literaturarbeit im Masterstudiengang verwendet hat.

Zweck	Autoren
Entwicklung von Beziehungen	(Chant, Jenkinson, Randle, & Russell, 2002) Ashworth (1980 in (W. J. Reynolds & B. Scott, 2000)) (Radzlewicz & Baile, 2001)
Erfassung und Erfüllung der Erwartungen des Patienten im Bereich der physischen, sozialen und psychischen Bedürfnisse	(Chant, Jenkinson, Randle, & Russell, 2002) Ashworth (1980 in (W. J. Reynolds & B. Scott, 2000))
Informationsaustausch, Verbesserung der Informationen des Patienten	(Chant, Jenkinson, Randle, & Russell, 2002) Ashworth (1980 in (W. J. Reynolds & B. Scott, 2000)) (Radzlewicz & Baile, 2001)
Unterstützung des Patienten bei der Nutzung seiner Ressourcen	Ashworth (1980 in (W. J. Reynolds & B. Scott, 2000))
Umgang mit emotionalem Stress Angst / Unsicherheit reduzieren	(Chant, Jenkinson, Randle, & Russell, 2002) (Radzlewicz & Baile, 2001)
Vertrauen schaffen	(Radzlewicz & Baile, 2001)
Basis für Schulung	(Radzlewicz & Baile, 2001)
Verbesserung der Ressourcennutzung	Ashworth (1980 in (W. J. Reynolds & B. Scott, 2000))
Hoffnung fördern	(Radzlewicz & Baile, 2001)
Anwaltschaftliche Funktion	(Radzlewicz & Baile, 2001)

Abbildung 2. Zweckdimensionen der Kommunikation (Knoth, 2003, S.17)

Dimensionen / Faktoren	Autoren
Initiative, Authentizität und Verantwortung	(Hartrick, 1997)
Gegenseitigkeit und Gleichzeitigkeit (synchrony)	(Hartrick, 1997; Lucio et al., 2000)
Akzeptanz von Komplexität und Mehrdeutigkeit	(Hartrick, 1997)
Beziehungsabsicht	(Brereton, 1995; Hartrick, 1997; Wilkinson et al., 1998)
Neu-Vorstellung (re-imagining)	(Hartrick, 1997)
Empathie	(Arthur, 1999; Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing, & Wiel, 2000; Lucio et al., 2000; W. J. Reynolds & P. A. Scott, 2000)
Selbstwahrnehmung	(Wilkinson et al., 1998)
Aktives Zuhören	(Arthur, 1999; Goshorn & Byers, 1997; Lucio et al., 2000)
Aufmerksamkeit	(Arthur, 1999)
Erforschung / Unterstützung	(Arthur, 1999; Wilkinson et al., 1998)
Umgang mit Informationen	(Lucio et al., 2000)
Umgang mit Gefühlen	(Lucio et al., 2000)
Unterbrechung / Nein sagen	(Lucio et al., 2000)
Patienteneinschätzung	(Wilkinson et al., 1998)
Umgang mit schwierigen Fragen	(Wilkinson et al., 1998)
Keine Angst	(Wilkinson et al., 1998)
Positive Einstellung gegenüber Patient	(Wilkinson et al., 1998)

Abbildung 3. Dimensionen und Faktoren kommunikativer Fähigkeiten (Knoth, 2003, S.18)

Obige Abbildungen verdeutlichen die komplexen Zusammenhänge der Kommunikation der Pflegepersonen mit Patienten. Tatsächlich deuten Forschungsbefunde darauf hin, dass die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patienten teilweise erheblich gestört ist (Darmann, 2000). Pflegepersonen klagen über „schwierige“, nörgelnde, unberechenbare und krankheitsverleugnende Patienten. Patienten beschwerten sich, dass Pflegekräfte ihre Pflegebedürfnisse nicht erkennen und auf entsprechende Hinweise aggressiv reagieren. Die Ursachen und das Zustandekommen und den ungünstigen Verlauf der daraus resultierenden Konfliktsituationen sind vielfältig Darmann (2000). Sie unterscheidet die Rahmenbedingungen im Krankenhaus, wie hierarchische Strukturen und knappe Personalressourcen als nicht unerheblich. Ein wesentlicher Grund ist aber auch der, dass die kommunikativen Kompetenzen von Pflegekräften im Verhältnis zu den hohen Anforderungen in diesem Bereich häufig nicht in wünschenswertem Ausmass vorhanden sind.<sup>8</sup> Von verschiedenen Autoren und Autorinnen wird in diesem Zusammenhang die mangelhafte Ausbildungssituation, trotz des allseits anerkannten hohen Stellenwerts der Kommunikation in der Pflege, als einer der Gründe für die mangelnde Kompetenz der Pflegepersonen ins Felde geführt. Kommunikative Fähigkeiten müssen innerhalb der Pflegeaus- Fort- und Weiterbildung vermittelt werden, um der Bedeutsamkeit des Kompetenzfeldes gerecht zu werden.

#### Literatur:

- Argyle, M. (1992). Soziale Beziehungen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J. P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 232-257). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Darmann, I. (2000). *Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Koch, A. & Kühn, S. (1999). *Richtig mit Patienten reden. Praktische Tips für konkrete Situationen*. Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft.
- Knoth, S. (2003). *Kompetenz und Kommunikation bei Pflegenden. Übersicht über die deutsch- und englischsprachige Literatur 1992-2002*. Onlineversion Literaturarbeit.

---

<sup>8</sup> Vgl. Darmann a.a.O. S. 158ff

Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Herzog, S. (2001). Gespräche zwischen Patienten und Pflegenden. Eine Studie deutschsprachiger Literatur zur Erfahrungen und Erwartungen hinsichtlich pflegerischer Gespräche in allgemeinen Krankenhäusern. *Pflegezeitschrift. Zeitschrift für stationäre und ambulante Pflege*, 54(3), 2-12.

Zegelin, A. (1997). *Sprache und Pflege*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

### **5.1 Interaktionsmodelle**

Im Zusammenhang des Themenhefters wird nur am Rande auf die Denkschule der Interaktionsmodelle in der Pflege verwiesen. Die Theoretikerinnen der Interaktionsmodelle haben theoretische Grundlagen erarbeitet, welche es erlauben, die zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege zu spezifizieren. Insofern können die Inhalte dieser Modelle eine Brückenfunktion in Bezug auf die Dynamik der Pflegebeziehungen übernehmen. Auf eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik wird an dieser Stelle verzichtet, da es unabdingbare Voraussetzung ist, sich diese Kenntnisse mittels eines pflegewissenschaftlichen Studiums anzueignen. Es geht in der kurzen Einführung nur darum, den Zusammenhang zwischen den Interaktionsmodellen und dem Thema Kommunikation in den Grundzügen darzustellen. Auf eine ausführliche Bibliografie wird verzichtet, es werden die Grundlagenwerke aufgeführt. Die Interaktionstheorien wurden in den späten fünfziger und sechziger Jahren von Theoretikerinnen entwickelt, die Pflege als Interaktionsprozess betrachteten, mit dem Schwerpunkt auf der Entwicklung einer Beziehung zwischen Kranken und Pflegepersonen. Die Pflege hat hier ihren Schwerpunkt in der Interaktion - oder anders gesagt: in der kommunikativen Beziehung zum Patienten. Bekannte Pflegewissenschaftlerinnen sind: H. Peplau, I. Orlando, E. Wiedenbach und I. King.

Während die Bedürfnismodelle vor allem versuchten, die Frage zu beantworten: Was tun Krankenschwestern und Krankenpfleger?; versuchte die zweite Gruppe der Theoretikerinnen, die Antwort auf die Frage zu geben: Wie tun Krankenschwestern und Krankenpfleger das, was sie zu tun haben? Sie stellen damit die Interaktion in den Mittelpunkt (Wechselbeziehung zwischen Personen; wechselseitige Beeinflussung), die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient. Grundannahmen dieser Theoretikerinnen waren unter anderem:

- Pflege beinhaltet Hilfe und Unterstützung.
- Pflege ist ein zwischenmenschlicher Prozess zwischen einer Person die Hilfe benötigt und einer Anderen, die Hilfe geben kann.
- Krankheit ist eine menschliche Erfahrung, die zum Wachstum führen kann, wenn ihr Sinn erkannt wird.

Im Mittelpunkt der Überlegungen steht bei den Autorinnen dieser Modelle die Frage nach den zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen Patient und Pflegeperson.

Literatur:

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: Wiley.

Marriner-Tomey, A. (1992). *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Basel: Recom.

Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York. G.P. Putnam's Sons.

Orlando, I. (1996). *Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten*. Bern: Hans Huber Verlag.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam & Sons.

Wiedenbach, E. & Falls, C. E. (1978). *Communication: Key to effective nursing*. New York: Tiresias

## **5.2 Multidimensionale Patientenorientierung**

Im Rahmen des Themenhefters „Kommunikation“ erscheint es sinnvoll die multidimensionale Patientenorientierung von Wittneben (2002) kurz in ihren Grundzügen darzustellen. Die multidimensionale Patientenorientierung zeigt, als Verbindung zwischen Pflegepraxis und Pflegeausbildung, Möglichkeiten auf, wie auf verschiedenen Ebenen Patientenorientierung theoretisch verstanden werden kann.

Das Kategoriensystem von Wittneben entspricht einem breitgefächerten und fortgeschrittenen Pflegemodell im deutschsprachigen Raum. Sie arbeitet ständig an der Weiterentwicklung ihres Modells und integriert schrittweise andere Modelle in das eigene. Es handelt sich bei der multidimensionalen Patientenorientierung um ein heuristisches Stufenmodell, welches ein begriffliches Instrumentarium zur Analyse der Pflegeformen schaffen will. Wittneben

nennt die einzelnen Stufen der pflegerischen Handlungsdimensionen auch Typologien. Sie entwickelt in ihrer multidimensionalen Patientenorientierung anhand einer Vielzahl von Beispielen, Untersuchungen und dem Pflegemodell von Orem verschiedene Stufen des Pflegehandelns. Sie unterscheidet pflegerisches Handeln nach

- der krankheitsbezogenen Patientenorientierung mit der Ausrichtung auf Verrichtungs- und Symptomorientierung,
- der verhaltensbezogenen Patientenorientierung,
- der handlungsbezogenen Patientenorientierung.

Nach grundlegenden Überlegungen zur Fachdidaktik und speziellen Pflegedidaktik beschreibt Wittneben im abschliessenden Teil ihrer Dissertation die Inhalte des Faches Krankenpflege als Ausbildungs- und Bildungsfach. Wittneben entwickelt für die Befähigung zur multidimensionalen patientenorientierten Pflege folgende wesentlichen Bildungsinhalte:

1. Handlungs- und Verantwortungsfähigkeit bei einer symptom- und krankheitsbezogenen Pflege sowie bei Verrichtungsbezogenheit,
2. Kommunikationsfähigkeit in der handlungsbezogenen Patientenorientierung,
3. Kritik- und Urteilsfähigkeit durch verschiedene Patientenorientierungen und
4. Wahrnehmungs- und Empathiefähigkeit bei Verhaltens- Erlebnis-, Existenz- und Berührungsbezogenheit.

Die von Wittneben formulierten Bildungsinhalte können als Orientierungsraster für die Planung, Durchführung und Analyse eines kritisch-konstruktiven Krankenpflegeunterrichts dienen. „Wenn hier der Versuch unternommen wird, den hohen Anspruch der „Bildung“ durch eine Pflegedidaktik konkretisieren und realisieren zu wollen, dann muss es gestattet sein, einmal bündig zu formulieren, was wir unter der Kategorie der Bildung im Sinne der kritisch-konstruktiven Didaktik verstehen sollen und verstehen wollen. Nach dem bisher Gesagten verstehen wir darunter eine zunehmende und wohl kaum je abschliessende Befähigung eines Menschen zur Aufklärung bzw. Reflexion über seine historische, ökonomisch-gesellschaftlich-politisch-kulturelle Situation. Eine über die zunehmende Aufklärungs- und Reflexionsfähigkeit des Menschen über sich selbst hinausgehende Zielvorstellung mündet ein in einer zunehmende Befähigung des Menschen zur Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität. Von einem solchermassen gebildeten Menschen erhoffen wir einen grösse-

ren oder auch geringeren Beitrag zur Humanisierung und Demokratisierung der (Welt)Gesellschaft“ (Wittneben 1991, S. 286). Wittneben weist darauf hin, wie schwierig es ist, eine Situation mit herrschaftsfreiem Dialog zu gestalten: „Eine Pflegezielvorgabe der Selbstpflege durch die Gepflegten impliziert die Gefahr eines höheren Potential von Herrschaftsausübung von Pflegenden über Gepflegte. So sehr jedoch eine radikal kommunikative Verständigung bzw. ein rationales Einverständnis unter Pflegenden und Gepflegten anzustreben ist, ist gleichzeitig zu fragen, inwieweit eine tatsächlich rational-kommunikative, symmetrische Verständigung zwischen Kranken (Gepflegten) und Gesunden (Pflegenden) möglich ist. In der Beantwortung dieser Frage stehen wir in der Pflege noch ganz am Anfang“ (Wittneben 1991, S.143).

Wittneben versteht gemäss Darman (2000) Pflegedidaktik als Integrationswissenschaft, welche sowohl dem Anspruch der Pflegewissenschaft nach Patientenorientierung als auch dem Anspruch der Erziehungswissenschaft nach Persönlichkeitsbildung der Auszubildenden und dem Anspruch der Pflegepraxis nach Pflegesituations- und Handlungsorientierung gerecht werden muss. Ausgangspunkte für die Unterrichtsentwicklung sind dabei Narrative von Auszubildenden, in denen diese entsprechend der Methode der kritischen Vorfälle ein Erlebnis aus ihrer Ausbildung schildern, das sie nachhaltig negativ oder positiv beeindruckt hat. Diese realen beruflichen Problemsituationen werden nach Wittneben anhand zweier Kategoriensysteme analysiert. Einerseits geht es dabei um das Sachwissen, welches in dieser Problemsituation erforderlich ist, andererseits analysiert sie das Narrativ auf der Basis der Dimensionen formaler pflegeberuflicher Handlungskompetenz. Auf der Basis entsprechender Narrative ist auch die Entwicklung von Unterrichtseinheiten denkbar, bei denen die Förderung sprachlich-kommunikativer oder sozialer Kompetenzen im Vordergrund steht. Die Anforderungen der Berufswirklichkeit werden dabei durch die Narrative der Auszubildenden aufgenommen.

Literatur:

Bönsch, M. (2000). Patientenorientierung. *www.PR-Internet.com. für die Pflege. Pflegemanagement, 00(1), 19-26*

- Darmann, I. (2000). *Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Dornheim, J., Busch, J., Schulze, U. & Silberzahn-Jahndt G. (2003). Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. *www.PR-Internet.com. für die Pflege. Pflegepädagogik, 3(3)*, 108-123
- Obex, F. (1995). Multidimensionale Patientenorientierung. *Pflegepädagogik, 95(3)*, 25-30
- Oelke, U., Scheller, I. & Ruwe, G. (2000). *Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Theorie und Praxis eines neuen pflegedidaktischen Ansatzes*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- Wittneben, K. (1991). *Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Internet:

<http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/HTML/chapter2.html> /

[Stand 12.07.2010](#)

Es handelt sich bei der Quelle um die Dissertation von Frau Helma Bless.

### **Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal**

Die Studie befasst sich mit der Klärung des Konzeptes der Patientenorientierung im Krankenhaus. Bei der Ausrichtung der betrieblichen Leistungen auf die Bedürfnisse der Kunden - oder genauer - Patienten sind für den Dienstleistungsbereich `Krankenhaus` besondere Anforderungen zu beachten. Die Komplexität von Systemen der Leistungserbringung und die unterschiedlichen Interessen der an der Leistungserbringung beteiligten Anspruchsgruppen erfordert es, sowohl eine theoretische Konkretisierung vorzunehmen, als auch ein praktikables Instrument für die Erhebung und Beschreibung von Patientenorientierung in Krankenhäusern zu entwickeln. Die Studie weist messbare Indikatoren der Patientenorientierung aus und entwickelt hieraus ein Befragungsinstrument, dessen Güte durch Erhebungen in zwei Vergleichskrankenhäusern bestätigt werden konnte. Die Ergebnisse zeigen, dass Patientenorientierung von Patienten als Organisations- und Prozessqualität wahrgenommen und eingeschätzt wird. Patientenorientierung ist eine konkrete Forderung im Qualitätsmanagement und der Erfüllungsgrad dient als Qualitätsmerkmal in der Leistungserbringung.

Eigene Schlagworte: Patientenorientierung, Kundenorientierung, Indikatoren, Qualität

[http://www.ebz-pflege.de/Acrobat/Wittneben---Pflege\\_als\\_Bildungsprozess.pdf](http://www.ebz-pflege.de/Acrobat/Wittneben---Pflege_als_Bildungsprozess.pdf) / [Stand](#)

[12.07.2010](#)

### **5.3 Intra- und Interprofessionelle Kommunikation**

Als Grundlage für das Verständnis teambezogener Kommunikation können die Literaturhinweise unter dem Punkt 4.5 Soziale Gruppen beigezogen werden. Im Rahmenlehrplan BBT (2007) ist formuliert, dass die Pflegefachperson HF den Informationsfluss im intra- und interprofessionellen Team gewährleisten muss. Spezifiziert wird die Kompetenz dahingehend, dass die dipl. Pflegefachperson HF das intra- und interprofessionelle Team präzise, zur richtigen Zeit und angemessen über Gesundheitszustand und -entwicklung der Patienten/Patientinnen informiert. Ebenfalls ist formuliert, dass sich die dipl. Pflegefachperson HF gezielt Informationen beschafft. Sie wählt die richtigen Informationsmittel und -wege aus und wendet diese adäquat und effizient an. Aufgrund von Studienergebnissen lässt sich formulieren, dass es folgerichtig erscheint die geforderte kommunikative Kompetenz durch spezifische Trainingseinheiten zu erreichen (Erni-Fellmann, 2006).<sup>9</sup> Spezifische Inhalte ergeben sich aus den Grundlagenkenntnissen zur Kommunikation und der Berücksichtigung von spezifischen Kenntnissen aus der Sozialpsychologie, insbesondere aus der Führungspsychologie. Die intra- und interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus kann einerseits in personenzentrierter Interaktionen zum Ausdruck kommen. Personenzentrierte Interaktionen sind solche Interaktionen, die ihren Ursprung in den individuellen Bedürfnissen der Gruppenmitglieder haben und in den Beziehungen der Mitglieder zum Ausdruck kommen. Andererseits kann von einer aufgabenorientierten Interaktion, die sich auf Probleme, die bei der Erfüllung der Gruppenaufgaben auftreten, ausgegangen werden (Leuzinger et al., 1994). Sowohl die personenzentrierte als auch die aufgabenorientierte Interaktion beeinflussen sich gegenseitig. Die personenorientierten Interaktionsprozesse führen zur Bildung einer Gruppenkultur, d. h. zur Entwicklung von Ziel-, Normen-, Macht-, Präferenz-, Rollen- und Kommunikationsstrukturen. Die in der Gruppenkultur enthaltenen Werte bestimmen dabei sowohl das individuelle Verhalten der einzelnen Gruppenmitglieder wie auch die Interaktion. Die Attraktivität der Gruppe ist abhängig von der Gruppenkultur, was wiederum die Gruppenkohäsion beeinflusst. Die aufgabenorientierten Interaktionsprozesse stehen in einem direkten Zusammenhang zur kollektiven Erfüllung der Gruppenaufgabe. Die Aufgabenerfüllung stellt die Leistung dar, welche die Gruppe für das übergeordnete System, das Krankenhaus erbringt. Das Gruppenverhalten wird einerseits bestimmt durch die individuellen Verhaltens-

---

<sup>9</sup> vgl. Erni-Fellmann, 2006 S. 31ff.

weisen der Mitglieder, durch gruppeninterne und, in heutiger Zeit besonders aktuell, – externe Vorgaben, die die einzelnen Mitglieder und die Gruppe als ganzes beeinflussen. Die Intra- und interprofessionelle Kommunikation kann nicht losgelöst von ihren übergeordneten Bedingungen betrachtet werden. Das Wissen um Organisationsprozesse und das vernetzte, ganzheitliche Denken steht dabei der allzu einseitigen Betonung des rein Rationalen gemäss Kälin & Müri (1990) gegenüber. Statt nur um Strukturen geht es dabei auch um die Bedeutung von Gefühl und Intuition und um die Frage nach Sinn und Werten in der alltäglichen Berufspraxis.

#### Literatur:

- Alpers, T. (2003). Das Phänomen „Macht in Gruppen“. *www.PR-Internet.com. für die Pflege. Pflegemanagement, 3(7-8), 93-100*
- Beck, M. (2001). Grossgruppenkonferenzen – innovative Wege für Wandel und Lernen in Organisationen. *www.PR-Internet.com. für die Pflege. Pflegemanagement, 1(3), 49-56*
- Crisand, E. & Herrle, J. (1993). *Psychologische Grundlagen im Führungsprozess. Arbeitshefte Führungspsychologie Band 19*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Erni-Fellmann, I. (2006). *Die Rolle spezifischer Trainings in der Förderung kommunikativer Kompetenzen von Pflegefachpersonen*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Fakultät für Psychologie. Universität Basel.
- Gordon, T. (1981). *Managerkonferenz*. Zürich: Buchclub Ex Libris.
- Kälin, K. & Müri, P. (1990). *Führen mit Kopf und Herz. Psychologie für Führungskräfte und Mitarbeiter*. Thun: Ott Verlag.
- Klapper, B., Koch, U., Lecher, S. & Schaeffer, D. (2001). Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten. *Pflege Aktuell. Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, 55(2), 74-77*
- Leuzinger, A. & Luterbacher, T. (1994). *Mitarbeiterführung im Krankenhaus. Spital, Klinik und Heim*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- Müri, P. (2001). *... wenn nur das Personal nicht wär. Ein Lehrbuch für die Führungspraxis*. Zürich: Orell Füssli Verlag AG.

- Müri, P. (1990). *Dreidimensional führen mit Verstand, Gefühl und Intuition. Handbuch des modernen Managements Band 1 Grundlagen, Band 2 Anwendung*. Thun: Ott Verlag.
- Rahm, H.-J. (1998). *Führung von Gruppen. Arbeitshefte Führungspsychologie Band 16*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Rupper, J., Schulz von Thun, F., Stratmann, R. (2003). *Miteinander reden: Kommunikation für Führungskräfte*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.
- Schulz von Thun, F. & Stegemann, W. (2004). *Das innere Team in Aktion. Praktische Arbeit mit dem Modell*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.
- Schulz von Thun, F. (2003). *Praxisberatung in Gruppen. Für Berater, Trainer, Supervisoren*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Schulz von Thun, F. (2002). Kritiklose Nettigkeit oder unhöfliche Konfrontation? Interview mit dem Kommunikationspsychologen Friedemann Schulz von Thun zum Thema „Feedback geben und annehmen“. *Personalführung*, 02(35), 22-25
- Stroebe, R. W. (1999). *Grundlagen der Führung. Arbeitshefte Führungspsychologie Band 2*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Stroebe, R. W. (1999). *Führungsstile. Arbeitshefte Führungspsychologie Band 3*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Stroebe, R. W. (1992). *Kommunikation II. Bedeutung und Problematik der Kommunikation in Besprechungen. Grundlagen der Führung. Arbeitshefte Führungspsychologie Band 6*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Stroebe, R. W. (1991). *Kommunikation I. Grundlagen der Führung. Arbeitshefte Führungspsychologie Band 5*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Walther, S. (2003): *Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Eine kommentierte Bibliographie*. Duisburg: Gilles und Francke Verlag.

## 6. Kommunikative Kompetenz und Ausbildung

Der Umgang mit anderen Menschen ist eine der schwierigsten Aufgaben überhaupt. Talent allein reicht nicht aus. Kommunikation ist vielschichtig und nicht ohne Tücken. Training darf zum Beispiel nicht zu antrainiertem Verhalten führen (Thomas et al., 2006). In Bezug auf Kommunikationsprozesse, glauben viele, ein gezieltes Kommunikationstraining sei nicht notwendig und einem guten, fruchtbaren Klima nicht dienlich (McCabe, 2004). Jedoch steht die Kommunikationskompetenz der Pflegefachpersonen in einem direkten und nachvollziehbaren Zusammenhang mit der Qualität der Institution (Nestel et al., 2006). Verunsicherung beim Pflegepersonal wird in Zusammenhang gebracht mit ungenügendem Wissen (vgl. Luderer, 2005). Verunsicherung geht dabei mit Vermeidungstaktiken einher, um belastenden Gesprächen zu entgehen und führt insbesondere zu einer Verringerung der Verweildauer des Personals bei den Patienten. Gemäss Luderer ist eine Bedarfsabklärung nötig, um aufzuzeigen, welche theoretischen und praktischen Lehrangebote tatsächlich geeignet sind, die kommunikative Kompetenz des Personals zu steigern. Backs und Lenz (2003) formulieren, dass bei der Betrachtung der Pflegeausbildung und der beruflichen Fortbildung deutlich wird, dass die funktionellen (manuellen Fertigkeiten) Kompetenzen zu Lasten der kommunikativen Fähigkeiten bevorzugt werden. Sie fordern, dass ein relatives Gleichgewicht der Vermittlung der gleichberechtigt nebeneinander stehenden fachlichen und kommunikativen Kompetenzen schon während der Ausbildung gefördert werden muss. Dornheim et al. (2003) halten fest, dass viele Pflegesituationen kommunikativ schwierig bzw. defizitär sind und von Pflegenden und Patienten auch so empfunden werden. Diese als schwierig empfundenen Situationen verdeutlichen gemäss Dornheim und Mitautorinnen die Notwendigkeit der Förderung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden. Die Verbesserung der Kommunikation der Pflegefachpersonen wurde in den vergangenen Jahren immer wieder betont (vgl. Weber et al., 2001). Gemäss den Autorinnen wurden diesem Anliegen zwar durch Ausbildungsziele besondere Aufmerksamkeit geschenkt, jedoch bleibt die Anwendung des Gelernten in der Praxis weit hinter diesen formulierten Ansprüchen zurück. Insbesondere fehlen die nötigen systematischen Investitionen der Spitäler in die sozialen Kompetenzen der Mitarbeitenden. Weber betont die Wichtigkeit eines Aktionsfeldes für die berufliche Weiterentwicklung von Pflegefachpersonen gerade auch in den kommunikativen Kompetenzen (vgl. Weber, 2000b).

Zusammenfassen lässt sich festhalten, dass die kommunikative Kompetenz, die wirkungsvolle Kommunikation der Pflegefachperson, eine Schlüsseldeterminante für die Patientenzufriedenheit, Compliance, Adhärenz und Erholung des Patienten ist. Es lässt sich dabei von einer gesteigerten klinischen Effektivität ausgehen. Es handelt sich bei der adressatengerechten und zielorientierten Kommunikation um eine grundlegende pflegerische Fähigkeit. Sie drückt sich aus durch die angemessene Verwendung sozialen Wissens und sozialer Fähigkeiten im Kontext einer Beziehung. Nicht zuletzt auch die gesteigerte Berufszufriedenheit durch erarbeitete kommunikative Kompetenz ist unter Berücksichtigung der Spannungsfelder im Gesundheitswesen von herausragender Bedeutung.

Aufgrund der Arbeitsprozesse und Kompetenzen, wie sie im Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zur dipl. Pflegefachfrau HF / zum dipl. Pflegefachmann HF BBT (2007) beschrieben sind ergeben sich folgende Inhalte:

- Nicht „störungsspezifische“ mündliche Kommunikation<sup>10</sup> in der Pflege:

- das Aufnahmegespräch
- das Verlegungs- oder Entlassungsgespräch
- das helfende Gespräch
- das Anleitungsgespräch

Zur Anleitung / Ausbildung von Lernenden finden sich im Themenordner von K. Gäumann-Felix wesentliche Hinweise.

- das Beratungsgespräch
- das Krisengespräch
- Kommunikationskonzept Humor
- Transkulturelle Kommunikation - Kommunikation mit Fremdsprachigen:

Eine umfassende Literaturliste findet sich im Themenordner Kultur-Migration-Integration von Ch. Gleicher.

- 
- Verhandlungen
  - Informationsgespräch
  - Konfliktgespräch

- Anwaltschaftliche Funktion
  - Störungsspezifische mündliche Kommunikation<sup>11</sup> in der Pflege:
    - Kommunikation mit „schwierigen“ Klienten und Angehörigen
    - Kommunikation bei Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation (Bsp. Aphasie)
    - Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden / Kommunikation in der Altenpflege
- 
- Kommunikation bei Wahrnehmungsbeeinträchtigung (z.B. Hörbehinderung)

Verzichtet wird innerhalb des Themenordners auf Ausführungen betreffend EDV in der Pflege, Fachsprache-Fachjargon-Fachkommunikation, auf spezifische Literatur betreffend schriftliche Kommunikation im Pflegebereich, Kommunikation in der Kinder- und in der ambulanten Krankenpflege. Ebenfalls fehlen Ausführungen zu Verhandlungen, Informationsgespräch, Konfliktgespräch, zur anwaltschaftlichen Funktion und zur Kommunikation bei Wahrnehmungsbeeinträchtigung (z.B. Hörbehinderung). Bezüglich dieser spezifischen Gesprächstypen bietet die kommentierte Bibliografie von Sabine Walther einen Überblick über die verfügbare deutschsprachige Literatur. Auf eine systematische Aufarbeitung der vorhandenen Literatur wird an dieser Stelle verzichtet, da die adressatengerechte Kommunikation in z.B. schwierigen Situationen einer systematischen curricularen Verankerung bedarf. Keinesfalls geht es nur darum allgemeine Regeln der Gesprächsführung zu adaptieren. Wer sein Kommunikationsverhalten wirklich dauerhaft verbessern möchte, der sollte sich darüber im Klaren sein, dass es nicht damit getan ist, eine Reihe von Regeln auswendig zu lernen. Gemäss Sachweh (2002) ist das Bewusstsein, dass es weder die BewohnerInnen noch die SchlaganfallpatientInnen oder die Dementen gibt mindestens ebenso wichtig, wie die Kenntnis krankheitsspezifischer Tipps. Effektive Kommunikation ist dabei davon abhängig, wie sensibel jemand wird in Bezug auf die positiven und negativen Auswirkungen, die Worte auf den individuellen Menschen haben können. Effektives Kommunizieren bedeutet, dass bestimmte Verhaltensweisen gezielt eingeübt werden müssen um sie in bestimmten Situationen

---

<sup>10</sup> „Nicht-störungsspezifisch“ meint, dass beide Interaktionspartner bewusst ohne Einschränkung am Prozess beteiligt sind, was jedoch keinesfalls unterschiedliche Interpretationen desselben ausschliesst.

<sup>11</sup> „Störungsspezifisch“ meint, dass einer oder beide Interaktionspartner durch Wahrnehmungs- oder Handlungseinschränkungen im Kommunikationsprozess gestört sind.

anwenden zu können. Andererseits geht es auch darum sich unpassende Strategien bewusst zu machen und diese nach Möglichkeit zu vermeiden (Erni-Fellmann, 2006).

Diese Auflistung versteht sich keinesfalls als vollständig oder abschliessend, da es sich in der praktischen Umsetzung des Rahmencurriculums innerhalb der nächsten Jahre zeigen wird, wo allenfalls weitere oder andere Schwerpunktsetzungen zu erfolgen haben. Insbesondere auch im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung und Festigung der spezifischen Kenntnisse bezüglich der Kommunikation in der Pflege. Kenntnisse bezüglich spezifischer Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Kommunikationskompetenz müssen innerhalb der Überarbeitungszyklen dieses Themenordners in den Formulierungen der Gesprächstypen mit einbezogen werden.

#### Literatur:

- Arens, F. (2004). Umgang mit Emotionen in der Pflege von dementierenden alten Menschen. *www.PR-Internet.com. für die Pflege. Angewandte Pflegeforschung, 04(12)*, 677-686
- Backs, S. & Lenz, R. (2003). Kommunikation und Pflege. *Österreichische Pflegezeitschrift, 1*, 36-37.
- Erni-Fellmann, I. (2006). *Die Rolle spezifischer Trainings in der Förderung kommunikativer Kompetenzen von Pflegefachpersonen*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Fakultät für Psychologie. Universität Basel.
- Dornheim, J., busch, J., Schulze, U. & Silberzahn-Jandt, G. (2003). Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. *PR-Internet, 3*, 108-123.
- Luderer, C. & Behrens, J. (2005). Aufklärungs-und Informationsgespräche im Krankenhaus. *Pflege, 18*, 15-23.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 41-49.
- Nestle, D., & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing, 5*, 1-9.

Sachweh, S. (2002). *Noch ein Löffelchen? Effektive Kommunikation in der Altenpflege*.  
Bern: Hans Huber Verlag.

Thomas, V.J., & Cohn, T. (2006). Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 480-488.

Walther, S. (2003): *Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Eine kommentierte Bibliographie*. Duisburg: Gilles und Francke Verlag.

Weber, H. (2000b). VISKOM – Projekt zur Visitenkommunikation und –organisation. *PR-Internet*, 8-9, 212-214.

Weber, H. & Kirsch, H. (2001). Untersuchung zur Professionalität und zum „Barriereverhalten“ in der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten. *PR-Internet*, 5, 102-119.

## 7. Ausgewählte Kommunikationssituationen

Gespräche zwischen Pflegenden und Patienten<sup>12</sup> konzentrieren sich in der Alltagspraxis auf die *Aufnahme- und Entlassung*, auf *helfende* und *unterstützende* Aspekte während des Krankheitsprozesses - wie etwa im Falle einer *Krise* - sowie auf die *Beratung*. In wenigen Fällen kann es zu „schwierigen“ Situationen kommen, in denen der Austausch nicht gelingt, weil die Konstellation an mangelnder Bereitschaft oder auch an mangelnden psycho-sozialen Kompetenzen scheitert. In diesem Kapitel werden diese Gesprächssituationen in Kürze mit entsprechenden Literaturhinweisen beschrieben.

Ziel des jeweiligen Gespräches ist das Herstellen einer „gemeinsamen Wirklichkeit“ (siehe auch Weber 2000). Um dieses Ziel zu erreichen, ist das Wissen bestimmter *förderlicher* (Augenkontakt, ungeteilte Aufmerksamkeit, offene Fragen stellen usw.) und *hemmender* Faktoren (Unterbrechen, keine Struktur, Einengung des Patienten, Ignorieren emotionaler Äusserungen, unklare Erklärungen usw.) für den Austausch hilfreich. Die Folge von hemmenden Faktoren ist,

- dass Pflegende häufig nicht erkennen, wenn Patienten Probleme haben (Ängste, Sorgen, Befürchtungen usw.) und das eigene Krankheitserleben davon beeinflusst wird,
- die Qualität der erhobenen Daten (Pflege-Assessment) beeinträchtigt ist; in vielen Fällen werden die eigentlichen Pflegeprobleme oder Anliegen der Patienten nicht erkannt,
- dass Pflegefehler aus dem Mangel kommunikativer Kompetenz abzuleiten sind
- dass die Patientinnen mit der Pflege unzufrieden sind.

Wenn die Kommunikation ein hohes Mass an beiderseitiger Zufriedenheit erzeugt, dann wirkt sich dies nicht nur positiv auf die Datenqualität im Pflege-Assessment aus, sondern ebenso auf die Compliance des Patienten und auf seinen Genesungsprozess, wie es in zahlreichen medizinischen Studien belegt ist.

Bestimmte Rahmenbedingungen sind für das Gelingen des Austausches zwischen Patienten und Pflegenden bei allen Gesprächsformen von entscheidender Bedeutung. Es handelt sich hierbei zunächst um die äußeren Rahmenbedingungen wie die Planung des Raumes, die Sitzposition zum Patienten, die Art und Weise der Zuwendung, das Minimieren von Störfaktoren durch Piepser, Handtelefone usw. sowie den gedachten Zeitrahmen anzukündigen. Zum Gelingen eines Gespräches tragen aber auch innere Rahmenbedingungen bei, wie beispielsweise, sich von der Bereitschaft des Patienten zum Gespräch zu überzeugen und sich darüber auch selbst Rechenschaft abzulegen.

### **7.1 Gesprächsführung und Kommunikationstechniken**

Kommunikation ist ein Grundbedürfnis des Menschen und die wichtigste Form sozialer Interaktion (Habermas 2001). Zwischen Menschen findet ein permanenter Austauschprozess statt, dem sie sich nicht entziehen können, weil sie über das Sprachliche hinaus von Gestik, Mimik und Körperhaltung gekennzeichnet ist (Watzlawik 1993). So ist es auch im Alltag der Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden, um die es hier geht. Pflegende treten in Kontakt, sprechen mit Patienten, geben Informationen weiter, vermitteln zwischen Patienten und anderen Berufsgruppen – man kann sagen, Kommunikation ist das „Herzstück“ des pflegerischen Handelns, ohne dass es den Beteiligten bewusst wäre. Die Tatsache, dass *Information* und

*Kommunikation* von Patienten anders erlebt werden, als von den Professionellen, deutet auf Wahrnehmungsunterschiede hin, die sich durch unterschiedliche Erfahrungshintergründe erklären lassen. Was für die Professionellen z.B. eine Routinesache ist, kann auf den Patienten sehr beängstigend wirken. Aus Patientenbefragungen der letzten Jahre können wir entnehmen, dass *Information, Aufklärung* und *Kommunikation* offenbar unter dem Druck der Arbeitsbelastung am wenigsten beachtet werden – entsprechend hoch fallen in diesem Zusammenhang die Defizitnennungen aus. D.h. neben der hohen Fachkompetenz im Kerngeschäft von Medizin und Pflege und einer von Jahr zu Jahr ansteigenden ärztlichen und pflegerischen Expertise steigt offenbar auch die Erwartung an eine Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen. Für die Pflege lassen sich diese Kompetenzen folgendermassen zusammenfassen:<sup>13</sup>

Pflegefachpersonen benötigen:

- Informationen, die im Rahmen des pflegerischen Prozesses relevant sind und fachkompetentes Handeln sicherstellen, wie beim Aufnahme- und Entlassungsgespräch – sie benötigen Fachkompetenz.
- die Kooperationsbereitschaft ihrer Patienten, um den Therapie- und Pflegeprozess und eine pflegerische Beziehung herzustellen; dazu müssen sie sich den Patienten zuwenden und sie „erreichen“ – sie benötigen Sozialkompetenz.
- Fertigkeiten und Fähigkeiten, die ihnen ermöglichen, die Informationen so abzufragen, dass sie beide mit Sicherheit unter den formulierten Begriffen das gleiche verstehen; sie müssen eine „gemeinsame Wirklichkeit“ herstellen können – sie benötigen kommunikative Kompetenzen.
- Fertigkeiten und Fähigkeiten das Anliegen des Patienten in der jeweiligen Vis-à-Vis-Situation zu klären; dazu müssen sie aufmerksam beobachten, gezielt nachfragen, ggf. Informationen vertiefen (trichtern) und bündeln können – sie benötigen fachliche und kommunikative Kompetenzen.
- Wissen, um eigenverantwortlich handeln zu können; dazu müssen sie den gesetzlichen Rahmen im Zusammenhang mit ihrer Rolle als Pflegefachperson kennen, ins-

---

<sup>13</sup> Siehe dazu auch Weber (2000) a.a.O., S.115f.

besondere im Zusammenhang als Kommunikations-, Informations- und Aufklärungspartner des Patienten – sie benötigen Handlungssicherheit (Luderer 2005).

Mehr als früher sind zu den diversen Gesprächsformen professionelle Fähigkeiten nötig, die den Pflegenden nicht notwendigerweise mit auf den Berufsweg gegeben wurden, beispielsweise, wenn Patienten Sorgen und Nöte haben, mit schwerwiegenden Diagnosen nicht fertig werden und in Pflegenden Ansprechpartner für ihre emotionalen Zustände suchen. Weder die ärztliche noch die pflegerische Ausbildung ist derzeit in der Lage, die entsprechenden Kompetenzen zu vermitteln, um die Professionellen zu einer gelingenden Kommunikation zu befähigen.<sup>14</sup> Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwieweit das pflegerische Selbstverständnis reicht, die psychosoziale Dimension zu ihrem definierten Aufgabenbereich zu zählen. Obwohl die „Fünf Funktionen“ der vom Schweizerischen Roten Kreuz veröffentlichten Bestimmungen für die Diplomausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege diese Kompetenzen in der Funktion 2 eindeutig beschreiben,<sup>15</sup> und dies auch zukünftig zu den Kernkompetenzen der Höheren Fachausbildung Pflege gehören wird,<sup>16</sup> bleibt für den Praxisalltag des Krankenhauses unklar, ob Pflegende darin ihre eigentliche pflegerische Aufgabe sehen. Zunächst liegt der Schwerpunkt des pflegerischen Selbstverständnisses im Handeln - Patienten pflegen heisst „Hand anlegen“ -, *daneben* sind mit Einführung des Pflegeprozesses auch Gespräche zu führen und zwar nach einem bestimmten, jeweils für die Abteilungen spezifisch erarbeiteten Fragekatalog, der sich zumeist an den Lebensaktivitäten von Patienten orientiert. Die Erfahrung sagt, und so wird es auch in der Literatur beschrieben, dass das Erst-, Anamnese- oder Aufnahmegespräch nicht selbstverständlich vorkommt und dass es nicht „professionell“ geführt wird. Unter professionell wird verstanden, dass es patientenorientiert, nicht funktionsorientiert abläuft und sich nicht auf das Abfragen eines vorgegeben Katalogs fachlicher Fragen beschränkt (Walther 2001). Professionell ist demgegenüber, wenn Pflegende Patienten und Ärzten den Sinn und Zweck dieser Gespräche klar machen können und ihre Eigenverantwortung für die Gesprächsführung und die Inhalte wahrnehmen.

---

<sup>14</sup> Luder a.a.O. S. 21.

<sup>15</sup> Schweizerisches Rotes Kreuz (hrsg.): Bestimmungen für die Berufsausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege an den vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen von 1992; siehe hier insbesondere die Funktion 2: Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens.

<sup>16</sup> Siehe Ineichen & Knoth 2005.

Der Blick auf die Organschädigung und die Exploration damit einhergehender Selbstpflege-defizite reduzieren den Menschen auf ein Objekt ärztlicher und pflegerischer Fürsorge. Während sich körperbezogene Intervention durch die praktische Tätigkeit am Patienten legitimiert, ist das Umsetzen von Pflegekonzepten in den Spitalalltag immer noch von Hindernissen und Widerständen gekennzeichnet (Pohlmann 2005). Professionalität und Patientenorientierung gehen Hand in Hand. Das lebendige Subjekt will einbezogen werden, will sich äußern können, will verstanden werden. Wenn Pflegende sich der Aufgabe annehmen, mit dem Patienten eine „gemeinsame Wirklichkeit“ herzustellen (von Uexküll 2003), dann bedürfen sie über das fachspezifische Wissen hinaus Kompetenzen, die ihnen den Zugang zum Patienten ermöglichen (Walther 2001, Weber 2000) und beim Aufbau einer professionellen Beziehung zum Patienten hilfreich sind (Pohlmann 2005). Dazu sind das Zuhören und Fragenstellen beispielsweise als zentrale Fähigkeiten der Kommunikation hervorzuheben. Zuhören bedeutet nicht nur die Aufnahme wichtiger Informationen, sondern sie erlaubt die Beobachtung und Wahrnehmung der aktuellen Situation, die nachfragend vertieft werden kann. Der gelingende Austausch ermöglicht beiden – Patienten und Pflegenden – nicht nur eine Orientierung im pflegerischen Prozess, er führt auch zum beiderseitigen Nutzen: beim Patienten wirkt er sich positiv auf sein Wohlbefinden aus, bei den Pflegenden auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit.<sup>17</sup>

### 7.1.1 Rahmenbedingungen

#### Gesprächsvorbereitung

In einigen Studien werden Störungen als beeinträchtigende Faktoren für eine gute Gesprächsatmosphäre genannt;<sup>18</sup> daher sollte der Raum für das Gespräch möglichst so gestaltet werden, dass Störungen ausbleiben bzw. minimiert werden, falls es innerhalb des Patientenzimmers geführt werden muss. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass das Gespräch in einer guten räumlichen Atmosphäre geführt wird, so dass ein konzentrierter Austausch möglich ist; dazu sollten Cordless oder Piepser vorher abgelegt werden. Die Sitzposition ist so zu wählen, dass der Augenkontakt zum Patienten auf gleicher Höhe gewährleistet ist. Grundsätzlich ist

---

<sup>17</sup> Siehe dazu auch Darmann (2000) a.a.O. S. 219.

<sup>18</sup> Backs/Lenz a.a.O. S. 92f; Walther a.a.O. S. 317f., Bauer a.a.O. S.142.

das Gespräch so zu führen, dass der Patient als Individualität respektiert und wertgeschätzt wird.

### Gesprächseröffnung

Um Klarheit hinsichtlich der Zielsetzung zu schaffen, ist es wichtig, dem Patienten nach der Begrüßung und dem Vorstellen mit Namen und Funktion, das Anliegen zu erläutern – wie beispielsweise die Bedeutung des Aufnahmegesprächs für den Pflegeprozess während des Klinikaufenthaltes – und den zeitlichen Rahmen einzugrenzen. Unter der Voraussetzung, dass er mit diesem Vorgehen einverstanden ist, kann das Gespräch beginnen.

### 7.1.2 Gesprächsverlauf

Der Ablauf des Gesprächs ist nach Funktion, Inhalt und Fähigkeiten/Techniken gegliedert. Die drei Ebenen sind (1) Informationen sammeln, entgegennehmen, (2) Gefühle beantworten und (3) Verhaltenshinweise und -empfehlungen aushandeln. Abbildung 1 fasst diese Überlegungen in einer Übersicht zusammen.<sup>19</sup> Im folgenden werden die Fähigkeiten/Techniken im Einzelnen dargestellt:

#### I. Information sammeln / entgegennehmen

##### Zuhören

Zum „Grundgesetz“ der Interaktion gehört, dass jedes Verhalten Mitteilungscharakter hat.<sup>20</sup> Daraus folgt, dass Sender und Empfänger unter den Botschaften von Nachrichten durchaus unterschiedliche Informationen ableiten können. Wichtig ist, dass Pflegenden die vier Aspekte einer Informationen, die reine *Sachinformation* (worüber der Sender informiert), die *Selbstoffenbarung* (was der Sender von sich kund gibt), den *Beziehungsaspekt* (wie der Sender zum Empfänger steht, was er von ihm hält) und den *Appell* (was der Empfänger tun oder veranlassen soll) aus den Mitteilungen heraus hören. Das setzt auch voraus, dass der Zuhörer seine volle Aufmerksamkeit auf das Gegenüber richtet und in der Lage ist, die Antwort abzuwarten, ohne entstehende Lücken sogleich mit eigenem Text zu füllen, der möglicherweise durch das Zögern des Gegenübers entsteht.

---

<sup>19</sup> Weitere Erklärungen dazu siehe in Weber 2000 a.a.O. S. 123ff.

<sup>20</sup> Schulz von Thun (2003) a.a.O. S.34.

## Fragen stellen

Hierbei sind einige Varianten möglich, die abhängig davon sind, ob die potentielle Frage einen Vorläufer hat. *Offene* Fragen sind beispielsweise für die Gesprächseröffnung wichtig; sie können aber auch zur weiteren Vertiefung der Inhalte verwendet werden. *Geschlossene* Fragen sind ausschliessende Fragen, die entweder mit Ja oder Nein zu beantworten sind oder mit einer konkreten Beschreibung, die sowohl aus einem Wort oder aus einer längeren Erklärung bestehen kann. Die kommunikative Kompetenz besteht darin, dass die Pflegenden das Fragenstellen ins Zentrum des Gesprächs stellt.

Funktion	Inhalt	Haltung / Fähigkeiten
<b>I. Informationen sammeln / entgegennehmen</b>  (in Bezug auf die biologische, psychische und soziale Situation des Patienten)	A. Ressourcen und Bewältigungsstrategien B. Genaue und effiziente Datensammlung C. Hintergründe und Probleme	Absicht erklären (Zielsetzung, Zeitbudget!) 1. Offene Fragen 2. Gezielte, geschlossene Fragen (trichtern) 3. Herkunft des Pflegeproblems eruieren 4. Nachfragen (ggf. Hilfestellung) 5. Warten, Zeit lassen (Körperhaltung, Blickkontakt) 6. Wiederholen ( <i>checking</i> ) 7. Ergebnisse strukturieren und zusammenfassen, Übersicht herstellen 8. Prioritäten und Richtung festlegen
<b>II. Gefühle beantworten</b>	A. Hörbare, sichtbare oder wahrnehmbare Gefühlsäusserungen (z.B. Schmerzen, Sorgen, Ängste) B. Gespräch entwickeln und erhalten C. Patientenzufriedenheit (Streit, Meinungsverschiedenheiten reduzieren) D. Stressfaktoren herausfinden E. Bedürfnisse, Klagen (physische Behandlungs- und Pflegeergebnisse)	1. Zuhören, abwarten, dabeibleiben 2. Aussagen wiederholen ( <i>echoing</i> ), Gefühle präzisieren und widerspiegeln ( <i>mirroring</i> ) 3. Gefühle ernst nehmen und wertschätzen (nicht bewerten!), eigene Wahrnehmungen (Gefühle) äussern 4. Klagen und Bedürfnisse ernst nehmen und wertschätzen (nicht bewerten!) 5. Unterstützung anbieten (eigene, fremde)
<b>III. Informationen vermitteln (Verhaltenshinweise und -empfehlungen)</b>	A. Erreichen des Verständnisses von Krankheit, Pflegediagnose und Pflegemöglichkeiten B. Aktive Beteiligung des Patienten am Behandlungs- und Pflegeprozess C. Erreichen einer möglichst hohen Beteiligung des Patienten an den Behandlungs- und Pflegemassnahmen	A. Pflegediagnose / Pflegeergebnisse 1. Übersicht verschaffen über das Problemfeld 2. Aufklärung über spezifische Pflegeprobleme (medizinisch-pflegerische Zusammenhänge) 3. Ideen und Kenntnisse des Patienten überprüfen ( <i>checking</i> ) B. Verhandeln des Pflegeplans 4. Kenntnisse des Patienten eruieren ( <i>checking</i> ) 5. Zielsetzung und Absichten beschreiben 6. Gewohnheiten und Neigungen besprechen 7. Massnahmen entwickeln und erläutern C. Motivation und Engagement für die Beteiligung 8. Beteiligung und Kooperationsbereitschaft (ggf. fehlende) eruieren 9. Lösungen aushandeln 10. Bestätigung von Absicht und Verlauf

**Abb. 1:** Das Drei-Funktionen-Modell nach Julian Bird und Steven A. Cohen-Cole (1990), abgestimmt auf den Pflegeprozess (Weber 2000)

## Wiederholen

Wiederholungen können in Form der exakten Wiedergabe einiger Worte des Senders erfolgen, was als *echoing* (das Echo) verstanden wird, oder durch die Wiedergabe des Gehörten mit eigenen Worten geschehen, was als das *Spiegeln* zu bezeichnen wäre. Diese Vorgehensweise bietet die Möglichkeit zur Klärung des Verstehens oder der möglicherweise damit im Zusammenhang stehenden Bedeutungsinhalte, wie verborgene Gefühle.

## Strukturieren und Zusammenfassen

Um dem Gespräch eine Struktur zu geben, muss die gesprächsführende Person in der Lage sein, zwischen den einzelnen Kapiteln Überleitungen von einem Thema zum anderen herzustellen und sie explizit anzukündigen. Dazu gehört auch, das Ende eines Gespräches mitzuteilen, die Ergebnisse zusammenzufassen und die Reaktionen des Patienten darauf abzuwarten.

Zusammenfassend und für die Praxisanwendung verkürzend lassen sich die zentralen Techniken *warten*, *wiederholen*, *spiegeln* und *zusammenfassen* als WWSZ-Techniken bezeichnen.<sup>21</sup>

## II. Gefühle beantworten

Das Aufnehmen und der Umgang mit Emotionen ist in den sozialen Berufen von Bildern geprägt, die eher das Gegenteil von dem vermitteln, was zu einem neuen Verständnis von „professioneller“ Umgangsweise mit Patienten gehören soll. Das stillschweigende Gesetz heisst immer noch: nur nichts anmerken lassen! Das unbewegte Gesicht, das Überspielen der eigenen Gefühle, das Ablenken von dem Schweren durch einen Themenwechsel gehört immer noch zu den gängigen Methoden, das mit den Gefühlsäusserungen einhergehende Problem am ehesten loszuwerden.

Die neue professionelle Kompetenz besteht aber darin, das Gehörte oder Wahrgenommene anzusprechen (*naming*), dem Patienten mitzuteilen oder zu vermitteln, dass das für ihn Belastende oder Angst machende nachvollziehbar und verstehbar ist (*understanding*), ihm zu zeigen oder zu sagen, dass die Entscheidung, wie er damit umgeht, respektiert wird (*respecting*) und nachzufragen, ob ggf. Unterstützung oder Hilfe angeboten werden kann (*supporting*).

---

<sup>21</sup> Siehe dazu auch Langewitz (2003) a.a.O. S. 385f.

Auch diese die zentralen Techniken *naming*, *understanding*, *respecting* und *supporting* lassen sich und für die Praxisanwendung verkürzend als NURS-Techniken bezeichnen.

### III. Informationen vermitteln (Verhaltenshinweise und –empfehlungen)

Um die aktive Beteiligung und das Einbeziehen des Patienten in den Pflegeprozess geht es in diesem dritten Teil des Aufnahme- und Entlassungsgesprächs. Wir gehen davon aus, dass eine Beteiligung des Patienten erst dann akzeptiert wird, wenn das Gespräch zuvor erfolgreich war bzw. gelungen verlaufen ist.

Beim Verhandeln des Pflegeplanes kommt es nun darauf an, die Wünsche und Vorstellungen von Patienten und die pflegerischen Möglichkeiten aufeinander abzustimmen. Es geht dabei weniger um Details, als um das für den Patienten wichtige oder bedeutsame pflegerische Ereignis.

Nicht alle Patienten wollen sich auf diese Art und Weise beteiligen. Die Motivation und das Engagement des Patienten zu kennen und in den Pflegeprozess einzubeziehen, ist ebenfalls Ergebnis des pflegerischen Aufnahme- und Entlassungsgesprächs.

Als Techniken gelten wie oben, die WWSZ und NURS Techniken, aber auch die der effektiven Beratung, welche besagen, das *Vorwissen* des Patienten einzubeziehen, *Bezüge* herzustellen zu seinen Erfahrungen, den *Sprachstil* so zu wählen, dass die Sprachebene des Gegenübers berücksichtigt wird, die *Menge der Information* gut zu dosieren und das zum Schluss des Gesprächs das Verständnis zu überprüfen.

Insgesamt gesehen wird die Beziehung zwischen Patient und Pflegenden von den kommunikativen Fähigkeiten der gesprächsführenden Person geprägt. Die Techniken bieten dabei die Möglichkeit den Beziehungsaufbau zu fördern und die Beziehungsarbeit nachhaltig zu verbessern.

#### 7.1.3 Das professionelle Anforderungsprofil

Bei der Frage des Ausprägungsgrades professioneller Kompetenzen von Pflegenden im Praxisalltag, wird auf das Neun-Felder-Schema von Nedelmann (1990) verwiesen, das drei leitende Fragen in Bezug auf die professionellen Haltungen und Handlungen der Hauptakteure

nach Max Weber beantworten soll:<sup>22</sup> (1) Mit welchem Engagement setzen sich Pflegende für spezifische Themen ihres Berufes ein? Damit ist ihre berufliche **Leidenschaft** und ihr fachliches Wissen angesprochen. (2) Mit welchen spezifischen Mitteln der Eigenständigkeit gehen Pflegende um? Damit ist die Umsetzung ihrer beruflichen Kompetenz und ihre **Verantwortlichkeit** angesprochen. (3) Wie regulieren Pflegende Nähe und Distanz zum Patienten? Damit ist die Dimension der Handlungsorientierung oder die **Distanz** angesprochen.<sup>23</sup> Die Ausprägungen dieser drei Dimensionen werden zusätzlich mit nach oben (++) und unten (--) abweichendem Verhalten klassifiziert. In der Übersicht (Abb. 2) sind die Typen in der Gegenüberstellung zusammengefasst.

Mit **Leidenschaftlichkeit** (Affektivität) ist das berufsspezifische Wissen von Pflegenden angesprochen, das in der jeweiligen Situation zur Verfügung steht und entweder in *professioneller* oder nach oben bzw. unten *abweichender* Art und Weise eingebracht werden kann.

Mit **Verantwortlichkeit** (Instrumentalität) ist das berufsspezifische Handeln angesprochen, das in der jeweiligen Situation kommuniziert wird und wieder entweder in *professioneller* oder nach oben bzw. unten *abweichender* Art und Weise eingebracht werden kann.

	++ abweichend (K 1)	Professionell (K 2) (konform)	-- abweichend (K 3)
Leidenschaftlichkeit (E 1)	Sterile Aufgeregtheit	Sachliche Leidenschaft	Leidenschaftslosigkeit
Verantwortlichkeit (E 2)	Fremdverantwortlichkeit	Eigenverantwortlichkeit	Verantwortungslosigkeit
Distanz (E 3)	Selbstaufopferung	Mittlere Distanz	Kalte Routine / Zynismus

Abb. 2: Schema zur Klassifikation der Aufnahme- und Entlassungsgespräche nach Nedelmann (1990)

Mit **Distanz** (Handlungsorientierung) ist die Nähe- und Distanzregulierung bzw. der Umgang mit Gefühlen in der Kommunikation gemeint. Sie kann entweder auf *professionelle* oder nach oben bzw. unten *abweichende* Art und Weise erfolgen.<sup>24</sup>

Hinter diesen eher theoretischen Überlegungen steht die ganz praktische Frage, die sich Pflegende in der Situation vor Augen zu führen und der sie sich zu stellen haben: *Was für Eine*

<sup>22</sup> Siehe dazu auch Max Webers Merkmale des Berufspolitikers. In: Ders.: a.a.O.

<sup>23</sup> Das Schema ist Birgitta Nedelmanns Untersuchung zur Rollenambivalenz des Politikers entnommen. Siehe dazu: Dies.: Über die Offensivwirkung des Zuvielwissens: Politische Devianz. In: Oswald, Hans (Hrsg.): Macht und Recht. Festschrift für Heinrich Popitz. Opladen 1990, S. 132.

<sup>24</sup> Nähere Ausführungen siehe auch unter Weber (2002) a.a.O., S. 31f.

*will ich dem Anderen (dem Patienten, Arzt, Angehörigen usw. ...) sein? Wie will ich zum Beispiel Wissen vermitteln oder mir durch Nachfragen aneignen? Wie will ich in die (pflegerische) Verantwortung gehen und dafür gerade stehen? Und wie will ich schließlich mit den Gefühlen des Gegenübers, mit seinem Leid, seinen Ängsten, Sorgen und Befürchtungen, aber auch mit seiner Kritik oder Aggressivität umgehen? „Professionell“ heißt dabei nicht, sich eine einzige Form anzueignen, sondern sich bewusst und unter Zuhilfenahme der entsprechenden Kommunikationstechniken, aber auch als Mensch der Situation zuzuwenden und anzunehmen.*

Literatur:

Bauer, Irmgard (1996): Die Privatsphäre der Patienten. Göttingen, Toronto, Seattle.

Darmann, Ingrid (2000): Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. *Pflege* 13: 219-225.

Habermas, J. (2001): Theorie kommunikativen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Herzog, S. (2001). Gespräche zwischen Patienten und Pflegenden. Eine Studie deutschsprachiger Literatur zur Erfahrungen und Erwartungen hinsichtlich pflegerischer Gespräche in allgemeinen Krankenhäusern. *Pflegezeitschrift. Zeitschrift für stationäre und ambulante Pflege*, 54(3), 2-12.

Ineichen, D. & Knoth, S. (2005). Zieltaxonomien HF Pflege Zentralschweiz, 24.03.2005.

Janig, Herbert; Süssenbacher, Gottfried (1999): „Ungeschütztes Hilfehandeln“ – Soziale Repräsentation der Pflege. *Pflege* 12: 89-94.

Kaufmann, Ilona (2003): Welche Kommunikationsfähigkeiten und -fertigkeiten benötigen Pflegende bei onkologischen Patienten, um ein erfolgreiches Eintrittsgespräch zu führen? Diplomarbeit HÖFA II, WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe SRK, Aarau.

Kesselring, Annemarie (1999): Psychosoziale Pflegediagnostik: Eine interpretativ-phänomenologische Perspektive. *Pflege* 12:223-228.

Koch, A. & Kühn, S. (1999). Richtig mit Patienten reden. Praktische Tipps für konkrete Situationen. Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft.

- Knoth, S. (2003). Kompetenz und Kommunikation bei Pflegenden. Übersicht über die deutsch- und englischsprachige Literatur 1992-2002. Onlineversion Literaturarbeit.
- Langewitz, Wolf; Conen, Dieter; Nübling, Matthias; Weber, Heidemarie: Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patientinnen. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 348-354.
- Langewitz, Wolf; Nübling, Matthias, Weber, Heidemarie (2003): A theory-based approach to analyzing conversation sequences. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12, 2, 2003.
- Langewitz W, Laederach K, Buddeberg C (2003): Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C (Hrsg.): *Psychosoziale Medizin*, pp 373-407, Springer Verlag Heidelberg.
- Lotz, Markus (2000): Zur Sprache der Angst. Eine Studie zur Interaktion im pflegerischen
- Luderer, C. & Behrens, J. (2005). Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus. *Pflege*, 18, 15-23.
- Orlando, I. (1996). Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- Pohlmann, Martin (2005): Beziehung pflegen. Eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Rogers, C. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung. My description of a person-centered approach. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1:75-77.
- Schulz von Thun, F. (2005). Das Porträt: Friedemann Schulz von Thun. „Eigentlich bin ich ein Kommunikationsmuffel“. *Psychologie heute*, 05(32), 42-47.
- Schulz von Thun, F. (2003). *Miteinander reden*, Bd 1-3. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schulz von Thun, F. (1990): *Miteinander reden: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Von Uexküll, T. (2003). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer.

- Walther, S. (2003): Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Eine kommentierte Bibliographie. Duisburg: Gilles und Francke Verlag.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson D. D. (1993). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber Verlag.
- Weber, Heidemarie (2000): Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Die Rolle der Pflegenden zwischen Bildungsanspruch und Praxisalltag. PR-INTERNET, Management 2/2000, 37-45.
- Weber, Heidemarie und Hiltrud Kirsch: Eine "gemeinsame Wirklichkeit" herstellen. Das Drei-Funktionen-Modell zur Unterstützung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden. PR-INTERNET, Management 5: 115-131.
- Weber, Heidemarie und Hiltrud Kirsch (2000): Die Pflegende-Patient-Beziehung zwischen Professionalität und „Barriereverhalten“. Das Gesundheitswesen. Georg-Thieme Verlag Stuttgart, Sonderdruck Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). 27.-30.09.2000, Berlin, A112.
- Weber, Heidemarie und Hiltrud Kirsch (2001): Untersuchung zur Professionalität und zum „Barriereverhalten“ in der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten. Pädagogik. PR-INTERNET. 5: 102-120.
- Weber, Heidemarie; Nübling, Matthias und Jestädt, Anja (2001): Projekt VISKOM 2000, Visitenorganisation und -kommunikation. Empirische Untersuchung an einer Internistischen Universitätsklinik des Kantonsspitals Basel. Band I und II. Basel.
- Weber, Heidemarie (2002): Die Ambivalenz der Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite. Dissertation an der Universität Freiburg i. Br. <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/516/>
- Weber H, Langewitz W, Nübling M. (2004): Analyse von Trainingsvideos mit der OPTION Scala. Abstract in: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. 2. Tagung des Förderschwerpunktes "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess", 25.- 27. März 2004, Freiburg. Veranstalter (Hrsg.): Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg.

Weber, H.; Szirt, L.; Nübling, M. Langewitz, W. (2005): Tag nach der „schlechten“ Nachricht. Fallbeispiel eines Visitengesprächs zwischen Patient, Arzt und Pflegefachperson. Psychotherapie & Sozialwissenschaft 7, 1: 111-136.

Weber, H. et al (2006): Projekt AEG 2004, Aufnahme- und Entlassungsgespräche. Eine Studie zum Kommunikationsverhalten von Pflegenden des Universitätsspitals Basel, Band I und II. Basel 2006. Zu erhalten über [hweber@uhbs.ch](mailto:hweber@uhbs.ch)

Weber, Max (1958): Merkmale des Berufspolitikers. In: Ders.: Politik als Beruf. Berlin.

Wittneben, K. (1991). Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Zegelin, A. (1997): Sprache und Pflege. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

### **Internetadressen:**

<http://www.kommit-2005.uhbs.ch> 2. Basler Arbeitstagung zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten. Vorträge, Präsentationen und Workshops (z.T. zum downloaden).

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/SozialeKompetenz.shtml> Stand 25.05.05

[http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1\\_03\\_5.htm](http://www.uni-oldenburg.de/germanistik-kommprojekt/sites/1/1_03_5.htm) / Stand 25.05.2005)

Die Webseite bietet einen Überblick über die Bezugswissenschaften zur Kommunikation: Rhetorik, Gesprächsanalyse, Sprechakt- & Sprachhandlungstheorie, Sprechwissenschaft & Sprecherziehung, Kommunikationssoziologie und Medienwissenschaften. Um sich über die Bezugswissenschaften innerhalb der Kommunikation ein umfassendes Wissen zu verschaffen reichen die Informationen keinesfalls aus, können jedoch als Schlaglichter, die eine vertiefere Auseinandersetzung erfordern, betrachtet werden.

## **7.2 Gespräche innerhalb des Pflegeprozesses**

### **7.2.1 Das Aufnahmegespräch**

Das Erstgespräch (Aufnahmegespräch) ist das Kernstück professioneller Pflege. Es bildet die Grundlage für den Pflegeprozess während des stationären Aufenthaltes bzw. für die professionelle stationäre oder ambulante Pflege und demnach auch für die Entlassung oder Verlegung des Patienten. Im Aufnahmegespräch - wie übrigens auch im Verlegungs- oder Entlassungsgespräch - geht es darum, die aktuelle pflegerische Situation aufzunehmen, bestimmte Kernbereiche mit ihren Ressourcen und Problemen zu vertiefen und zu dokumentieren. Dabei ist entscheidend, dass beides zur Verfügung steht, das Wissen (WAS frage ich?) und die Technik des Fragens (WIE frage ich?), um mit dem Patienten eine sogenannte „gemeinsame Wirklichkeit“ herzustellen.<sup>25</sup>

Literatur:

- Backs, Stephan, Lenz, Reinhard: Kommunikation und Pflege. Eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis. Wiesbaden 1998.
- Bickardt, J. (1993): Der Patient als Partner. Die Schwester/Der Pfleger 32, 2:95.
- Burger, Dora (1995): Das entscheidende erste Gespräch. In: Krankenpflege / Soins infirmiers. 10, 53-58.
- Erath-Vogt A, Bück D., Köhle K (1980): Das Erstgespräch der Schwester mit dem Patienten. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 2, Beilage.
- Klee, K. (1995): Die Pflegeanamnese als Basis der patientenorientierten Pflege. Pflegezeitschrift 48, 5: 271-273.
- Köhle K, Erath-Vogt A, Böck, D (1983): Das Erstgespräch mit dem Patienten. Ein Lehrprogramm für die Pflege. Basel.
- Miehl, G.: Das pflegerische Erstgespräch in der Onkologie. Die Schwester/Der Pfleger 32, 10: 872-874.
- Rettenberger K, Kirchner, E (1990): Das pflegerische Erstgespräch. Ein Instrument zur Erstellung der Pflegediagnose. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 2:87-88.

- Motylewski, Inge (1996): Das Erstgespräch zwischen Patient und Pflegeperson in der Pflegeliteratur. Ein Indikator für das Pflegeverständnis. In: Brühe, Roland (Hrsg.): Der Pflegebrief (Abschlussarbeit Weiterbildungslehrgang „Pflegefachseminar“ -PFS2-, Februar 1994 bis März 1996 Hamburg.
- Uexküll, Thure von: Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore 1996.
- Walther, Sabine: Abgefragt?! - pflegerische Erstgespräche im Krankenhausalltag: eine linguistische Untersuchung von Erstgesprächen zwischen Pflegepersonal und Patienten. Bern Göttingen 2001.
- Weber, Heidemarie und Hiltrud Kirsch: Eine "gemeinsame Wirklichkeit" herstellen. Das *Drei-Funktionen-Modell* zur Unterstützung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden. PR-INTERNET, Management 5/00, 115-131.
- Weber, H. et al (2006): Projekt AEG 2004, Aufnahme- und Entlassungsgespräche. Eine Studie zum Kommunikationsverhalten von Pflegenden des Universitätsspitals Basel, Band I und II. Basel 2006. Zu erhalten über [hweber@uhbs.ch](mailto:hweber@uhbs.ch)
- Weinhold, Christine: Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Bern 1997, S. 189ff.
- Wittneben, Karin (1996): Die Notwendigkeit einer Pflegefachsprache für den Beruf und die Berufsausbildung unter Berücksichtigung von Aspekten der Professionalisierung. IN: Bundesausschuss der Ländergemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hrsg.) Tagungsband. 6. Bundestagung (22. – 24. Mai 1996, Stadthalle Fürth, Bayern) S. 37-41.

### **7.2.2 Das Herstellen von Kontakten in Alltagsgesprächen, der „Small Talk“**

Alltagsgesprächen oder den sogenannten „Small Talks“ unterstellt man häufig Oberflächlichkeit, doch geht dieser Vorwurf ins Leere. Neben dem Schweren hat das Leichte durchaus seine Daseinsberechtigung. Dies trifft auch auf den Krankenhausalltag zu, denn Alltagsgespräche können auf den Patienten ganz allgemein positiv wirken, weil durch sie etwas von der äußeren Welt in den Krankenhausalltag hinein kommt und ihm möglicherweise sein Ziel, die Krankheitsphase gut zu überstehen, näher vor Augen führt. Der Gesprächsgegenstand

---

<sup>25</sup> Vgl. Uexküll 199, S. 1259.

und die Art und Weise des Austauschs lassen auch etwas von der individuellen Persönlichkeit der Gesprächspartner erkennen, und der Umgang wird persönlicher.

Literatur:

Pohlmann, Martin (2005): *Beziehung pflegen. Eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Schulz von Thun, F. (1999): *Miteinander Reden. Störungen und Klärungen*. rororo Hamburg.

Schulz von Thun F. (2001): *Miteinander reden. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Differentielle Psychologie der Kommunikation. Hamburg.

Schulz von Thun, F. (2003): *Miteinander reden, Bd. 1-3*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Uexküll von, Thure: *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München, Wien, Baltimore 19912.

Weber H und H. Kirsch: *Therapeutische Wirkung von Alltagsgesprächen in der Pflege*. In: Beck M und Knoth S.: *Themenreihe Pflege. Pflege Wissenschaft*. Brugg 2008.

### ***7.2.3 Das helfende Gespräch***

Von dem mehr oder weniger standardisierbaren Aufnahme- und Entlassungsgespräch grenzen wir das *Helfende Gespräch* oder das *Problemgespräch* ab, allerdings kann sich ein Aufnahme- oder Entlassungsgespräch zu einem helfenden Gespräch oder Problemgespräch entwickeln. Im helfenden oder Problemgespräch geht es darum, das aktuelle Befinden wahrzunehmen und anzusprechen, die darauf hin deuten, dass sich der Patient in einer besonderen Belastungssituation befindet. Beispielsweise wenn ein Patient oder eine Patientin weint, wenn die Pflegefachperson ins Zimmer kommt oder aber wenn sie ihn als besonders verschlossen, zurückweisend oder sogar aggressiv erlebt. Hierfür gelten auch die unter dem Punkt 7.1.2 beschriebenen NURS-Techniken.

Literatur:

Baumann, R., Reifenberg P. & Weber, P. (Hrsg.): *Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden*. Caritas-Druckerei Mainz 2000.

- Schulz von Thun, F.: Miteinander Reden. Störungen und Klärungen. rororo Hamburg 1999.
- Specht-Tomann, M. & Tropper, D.: Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag. Springer Berlin Heidelberg New York 2000.
- Tschudin, V.: Helfen im Gespräch. Eine Anleitung für Pflegepersonen. RECOM Verlag Basel 1990.
- Von der Heide, Paul: Das helfende Gespräch. Stuttgart 1991.
- Weber H., Kirsch H.: Eine "gemeinsame Wirklichkeit" herstellen. Das *Drei-Funktionen-Modell* zur Unterstützung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden. PR-INTERNET, Management 5/00, 115-131.
- Weber H., Kirsch H.: Die Pflegende-Patient-Beziehung zwischen Professionalität und „Barriereverhalten“. Das Gesundheitswesen. Georg-Thieme Verlag Stuttgart, Sonderdruck Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). 27.-30.09.2000, Berlin, A112.
- Weber H., Kirsch H.: Untersuchung zur Professionalität und zum „Barriereverhalten“ in der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten. Pädagogik. PR-INTERNET. 5/01, S. 102-120.
- Weber, W.: Wege zum helfenden Gespräch. Gesprächspsychotherapie in der Praxis. 11. Aufl. E. Reinhardt Verlag München Basel 1996.
- Weinhold, Christine: Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Bern 1997, S. 189ff.

#### **7.2.4 Das Anleitungsgespräch**

Unter „Anleitung“ wird die edukative Aufgabe in der Pflege verstanden. Der Begriff bezeichnet einen geplanten und reflektierten Lernprozess, der mit Blick auf die jeweilige Zielgruppe spezifischen Lehr- und Lernzielen folgt, didaktische und methodische Entscheidungsprozesse erfordert und gemeinhin mit Instrumenten zur Überprüfung von Lernfortschritten verknüpft ist (Lernzielkontrolle).

Es werden zwei Anwendungsgebiete unterschieden: (a) die Anleitung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in der es wesentlich um die Optimierung beruflicher Handlungskompetenzen

geht und (b) die Anleitung als pflegerisches Leistungsangebot, in der Patienten, Angehörige oder andere Helfer dazu befähigt werden, alltagspraktische Handlungskompetenzen zu erwerben, um mit einer gesundheitsbedrohlichen Situation oder möglichen Konsequenzen daraus (z.B. Pflegebedürftigkeit) angemessen umzugehen (vgl. Evers 2001).

Literatur:

Blank, U.: Pflegerische Massnahmen bei Diabetes Mellitus Typ I – Anleitung für Eltern von diabeteskranken Kindern. *Die Schwester/Der Pfleger* 43, 1: 248-251.

Evers, Michael (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Bielfeld. (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Band P01-115. Die Arbeit kann als PDF Datei unter folgender Adresse eingesehen werden: <http://www.uni-bielfeld.de/IPW/>

Grieshaber, U. (1993): Anleiten, unterstützen, trösten. Palliativtherapie zu Hause. *Forum Sozialstation* 17, Nr. 62: 24-25.

Kessler, H (1990): Mit Kopf, Herz und Hand. Eine gut geplante Anleitung ist die Voraussetzung für hohe Pflegequalität. *Altenpflege* 15, 7: 396-397.

Meister B. (1993): Grundsätze der Stomaversorgung. *Pflegen ambulant* 4, 3: 8-11.

### **7.2.5 Das Beratungsgespräch**

Der Begriff Beratung bezeichnet im Allgemeinen ein Gespräch in helfender Absicht. Wir wollen sie hier auf Patienten oder Angehörige beziehen und auf konkrete Pflegesituationen, in denen es vor allem darum geht, dem Patienten, den Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen etwas zu vermitteln. Die Beratung ist ein wichtiger Teil der pflegerischen Kompetenz und kann im Zusammenhang mit folgenden Themen stehen:

**Gesundheitsförderung und -erhaltung:** Hygiene, Konsumgewohnheiten (Ernährung, Alkohol, Nikotin ...), Freizeitgestaltung (Anregung von Geist und Körper), Bewegung (Sport ...), Arbeitsgestaltung (z.B. Umgang mit Belastungen, Ergonomie...),

**Krankheits- und Pflegesituationen:** Umgang mit der konkreten krankheitsbedingten Einschränkungen alle Lebensaktivitäten betreffend, wie beispielsweise Bewegungseinschränkungen, Störungen des Nahrungsaufnahme und des Verdauungstraktes ...),

aber auch konkreten anwendungsbezogenen Situationen, wie der Umgang mit einem Stoma (Stomaberatung), mit Injektionen (z.B. bei Diabetes ) usw.

**Existenzielle Fragen:** Aktuelle physische und psychische Belastungen, die durch die Krankheit bedingt sind und zu einer Veränderung von Lebensgewohnheiten führen. Angrenzende Themen, wie Umgang mit Verlusten, Einschränkungen usw.; hier steht der helfende Aspekt im Vordergrund.

Die Beratungsinitiative kann sowohl vom Patienten oder seinen Angehörigen, Freunden usw. als auch von der Pflegefachperson ausgehen und hat zum Ziel, Fragen und Anliegen zu klären, zu unterstützen, Einstellungs- und Verhaltensänderungen herbeizuführen, Einsichten zu fördern und Sicherheit herzustellen in Bezug auf konkrete Situationen und Handlungsfelder.

Die Kompetenz der Pflegenden besteht darin, ihr Wissen sinnvoll einzusetzen und ihren diesbezüglichen Wissensvorsprung nicht in den Vordergrund zu stellen, sondern das Vorwissen des Patienten einzubeziehen, daran anzuknüpfen, das Neue zu ergänzen und sich zu überzeugen, dass der Patient verstanden hat, worum es geht. Dies kann verbal oder handlungstechnisch geschehen, indem beispielsweise der Patient aufgefordert wird, mit seinen eigenen Worten das Gehörte zu wiederholen oder bestimmte Handgriffe mit oder ohne technisches Gerät selbst durchzuführen; ggf. müssen diese auch mehrmals geübt werden. Möglicherweise ist ein wiederholtes Beratungsgespräch nötig (Culley).

Literatur:

Becker, Regina: Häusliche Pflege von Angehörigen : Beratungskonzeptionen für Frauen / Regina Becker. - Frankfurt am Main : Mabuse-Verl., Frankfurt (Main), 1997.

Bent, J.: How effective and valued are nurse consultants in the UK? Nurs Times, 2004. 100(25): p. 34-6.

Culley, Sue: Beratung als Prozess. Beltz, Weinheim, Basel 1991.

Cushen, N.: Let's appoint more nurse consultants. Nurs Times, 2004. 100(33): p. 18.

Dufort-Gerard, S.: A "nursing consultation" for the psychological care of the patient?. Rev Infirm, 1995(3): p. 22-5.

- Harker, J.: Role of the nurse consultant in tissue viability. *Nurs Stand*, 2001. 15(49): p. 39-42.
- Hartig, Wolfgang (Hrsg.): Home-care-Konzepte für Infusionstherapien: eine Anleitung für die Organisation und Durchführung zu Hause, in der ärztlichen Praxis und in der Ambulanz. Zuckschwerdt: München, Bern, Wien, New York 1999.
- Higgins, A.: The developing role of the consultant nurse. *Nurs Manag (Harrow)*, 2003. 10(1): p. 22-8.
- Koch-Straube, Ursula; Bachmann, Sandra: Beratung in der Pflege. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2001.
- Lafuente, M. and A. Popot: Clinical broadening of nursing care, an experience of a health consultant nurse. *Soins Psychiatr*, 2003(224): p. 39-41.
- Langewitz W., Laederach K., Buddeberg C.: Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C (Hrsg.): *Psychosoziale Medizin*, pp 373-407, Springer Verlag Heidelberg 2003.
- Lembcke, Bernhard: Schulungsprogramm enterale Ernährung : Materialien für Schulung und Beratung ; mit einem Leitfaden zur Durchführung der Schulung; Praktische Informationen für Arzt und Pflegekraft; Handbuch für Patienten. Dt. Ärzte-Verlag, Köln 1993.
- London, Fran; Abt-Zegelin, Angelika: Informieren, schulen, beraten : Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Aus dem Amerikanischen von Silke Hinrichs. Deutschsprachige Ausgabe bearbeitet von Rudolf Müller und herausgegeben von Angelika Abt-Zegelin. Huber: Bern, Göttingen 2003.
- de Lusignan, S., S. Wells, and C. Russell: A model for patient-centred nurse consulting in primary care. *Br J Nurs*, 2003. 12(2): p. 85-90.
- McCartney, P.R.: Want to know more about legal nurse consulting? *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2003. 28(4): p. 271.
- Pavani, L.M., et al.: Nursing consultation for the hypertensive patient: an analysis of an instrument used and a proposal of a new mode. *Rev Esc Enferm USP*, 1988. 22(1): p. 85-102.

### 7.2.6 Das Krisengespräch

Der Begriff Krise ist aus dem Lateinischen entlehnt (*crisis*) und dieser wieder um aus dem Griechischen (*krísis*), und wird mit Scheidung, Entscheidung und mit scheiden, trennen übersetzt.<sup>26</sup> In diesem Zusammenhang stehen auch die Begriffe *Kriterium*, *kritisch* und *diakritisch*. „Krise“ wird zunächst als Fachwort in der Medizin verwendet und kennzeichnet einen Punkt im Krankheitsverlauf eines Menschen.. Die meisten Patienten gehen wegen einer körperlichen oder seelischen Krise in ein Spital. Diese für professionelle Helfer „normale“ Situation stellt für den Patienten bereits eine Krisensituation dar. Oft wird erst die „nicht übliche Reaktion“ auf die Gesundheitsveränderung als ein Zeichen für eine krisenhafte (psychische) Auseinandersetzung mit dieser Situation wahrgenommen.

Krise bedeutet auch Veränderung, weil sie eine Anpassungsleistung erfordert. Angepasst werden muss die Situation, oder der Patient muss sich selbst anpassen. Gelingt letzteres nicht, sprechen wir von einer Anpassungsstörung. Eine chronische Anpassungsstörung kann in eine neurotische Entwicklung münden oder sie verstärken.

Aufgabe der Pflegenden ist es, das krisenhafte Erleben des Patienten wahrzunehmen und ihm eigene und fremde Ressourcen zugänglich zu machen, um die Bewältigung der Krise zu erleichtern. Hierzu muss sie Ressourcen erkennen und auf ihre Nützlichkeit einschätzen können. Die bereits bekannten WWSZ - und NURS - Techniken können dabei angewendet werden. Es werden verschiedene Formen psychischer Krisen und der angemessene Umgang mit ihnen seitens der Pflege angesprochen.

Literatur:

Berghändler T., Fricker O. (2002). „Leitfaden Psychiatrischer Krisensituationen“. UBS, unveröffentlichtes Skript.

Coulehan, J. L., F. W. Platt, et al. (2001). "Let me see if I have this right...": words that help build empathy." *Ann Intern Med* 135(3): 221-7.

Fallowfield, L. (1993). "Giving sad and bad news." *Lancet* 341(8843): 476-8.

---

<sup>26</sup> Kluge: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Berlin 1995, S. 487.

Kiss, A. (1999). "Communication skills training in oncology: a position paper." Ann Oncol 10(8): 899-901.

Langewitz, W. (2002). Arzt-Patient-Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten. Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. E. Brähler und B. Strauss. Göttingen, Hogrefe: 54-76.

Langewitz W., Laederach K., Buddeberg C.: Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C (Hrsg.): Psychosoziale Medizin, pp 373-407, Springer Verlag Heidelberg 2003.

Riecher-Rössler, A., Berger P., Yilmaz, A.T. (2004): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen, Hogrefe.

Sonneck, G. (2003). „Krisenintervention“. Psychotherapie im Dialog 4: 319-29.

### **7.2.7 Umgang mit "schwierigen" Patienten – schwierige Gesprächssituationen**

Störungen in der Kommunikation sind Ausdruck einer Vielfalt individueller Erlebensweisen. Der Umgang mit „schwierigen“ Patienten beruht nicht selten auf einer Zuschreibung, die sich nicht unbedingt in jeder Gesprächssituation bzw. in jedem Patient-Pflegende-Kontakt wiederholen muss. Jedoch halten sich Etikettierungen von Patienten wie u.a. „schwierig“ in den Pflorgeteams meistens hartnäckig. Sind sie einmal ausgesprochen, dann machen andere mitunter die gleichen Erfahrungen, weil der Kontakt mit bestimmten Vor-Einstellungen belastet ist. Ursache von Störungen in der Kommunikation sind möglicherweise Unzufriedenheit auf der einen und Enttäuschung auf der anderen Seite, also typisch „menschliche Verhaltensweisen“ bzw. Reaktionen.

„Schwierige Gesprächssituationen“ zu bewältigen, kann mit den unter Kapitel 7.1.2 bereits unter dem Stichwort NURS beschriebenen Techniken gelingen und zwar folgendermassen: die Störung/das Problem benennen (*naming*), Verständnis zeigen (*understanding*), die Ansicht des Gegenübers respektieren und nicht bewerten (*respecting*), einen Vorschlag zur Veränderung unterbreiten (*supporting*) und die Zustimmung für diesen Vorschlag abrufen, was hier ergänzend mit (*consenting*) zu bezeichnen wäre.

Literatur:

Bochnik, Hans J. (1986): *Schwierige Ärzte, schwierige Patienten: vernachlässigte Probleme d. alltagl. Praxis.* Köln.

Czerwinski, Antje (1999): *Kollegin Müller ist schon wieder krank. Das richtige Gespräch kann die Situation entspannen.* *Pflegen ambulant. Das Magazin für Pflege, Organisation, Betriebsführung* 10, 6: 22-24.

Czypionka, Stefan (2001): *Mit „Nörglern“ erfolgreich kommunizieren.* *Heilberufe. Das Pflege-magazin* 53, 10: 52-53.

Duxbury, Koy (2002): *Umgang mit „schwierigen“ Klienten leicht gemacht* (in deutscher Sprache herausgegeben von Christine Sowinski). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Gehm, Theo (1999): *Kommunikation im Beruf. Hintergründe, Hilfen, Strategien,* (siehe insbesondere: *Schwierige Gesprächssituationen*). Weinheim, Basel.

Wömpner, Hans-Bernd; Kinzler, Eckart (1987): *Schwierige Patienten: Grundriss des Medizinrechts für Ärzte und Heilberufe mit besonderer Berücksichtigung der psychisch auffälligen Patienten.* Erlangen.

### **7.2.8 Kommunikationskonzept „Humor“**

Dass das Lachen in der Medizin an sich belächelt wird, spricht dafür, dass das Menschliche in der technisierten Welt der Therapie und Pflege noch keinen Platz hat. Es gibt einige Erfahrungen, über die beispielsweise Kinderärzte verfügen – diese werden auch auf Kongressen mitgeteilt – aber insgesamt gesehen wird dieser therapeutische Ansatz zur Zeit noch belächelt. Trotzdem hält das Lachen als therapeutisches Mittel Einzug in die Krankenhäuser, wenn auch langsam.

Zur Bedeutung des Lachens, des Humors in der Pflege ist kaum etwas erschienen.

Einige Zitate (Internetseite s. unten):

- Der Verhaltensforscher *Konrad Lorenz*, der so treffend mahnte: *Aber ich glaube, ... dass wir heute den Humor noch immer nicht ernst genug nehmen.*

- Und der Dichter *Wilhelm Raabe* noch sorgenvoller: Man spricht viel zu leichtfertig vom Lachen in der Welt; ich halte es für eine der ernsthaftesten Angelegenheiten der Menschheit. Und an anderer Stelle: Gott sei Dank, dass der Spaß nicht totzukriegen ist in dieser mürrischen Welt.
- Dies gilt vor allem für die Medizin, bei der sich langsam herumspricht, dass die Beschäftigung mit dem Lachen in der Heilkunde nicht mehr nur lächerlich, sondern nutzbar gemacht werden soll. Denn die Medizin wird technisch perfektioniert, aber zwischenmenschlich ausgetrocknet. Dabei ist und bleibt – wie der Volksmund sagt – das Lachen die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen.

Doch es benötigt – wie stets – erst einige „Querdenker“, um hier etwas Bewegung in die verkrustete Gemüts-Landschaft zu bringen. Oder wie der Schriftsteller *George Bernard Shaw* meinte: Was wir brauchen, sind ein paar verrückte Leute. Seht Euch an, was uns die Normalen gebracht haben.

Literatur:

Bernhardt, J.A. (1985): *Humor in der Psychiatrie*. Beltz-Verlag, Weinheim.

Bönsch-Kauke, M. (2003): *Psychologie des Kinderhumors*. Verlag Leske & Budrich, Opladen.

Silvia Käppeli (2000): *Pflegekonzepte, Band 3: Angehörige, Ungewissheit, Verwirrung, Kommunikation, Bewältigung, Schuld, Stigma, Macht, Aggression, Compliance, Humor*. ISBN 3-456-83352-0.

Eckhard Lotze (2003): *Humor im therapeutischen Prozess - Dimensionen, Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen in der Pflege*. Frankfurt a.M..

Hirsch, R.D. u. Mitarb., Hrsg (2001): *Heiterkeit und Humor im Alter*. Schriftenreihe der DGGPP, Band 2. Chudeck-Druck, Bornheim-Sechtem.

Robinson, V.M.: *Praxishandbuch Therapeutischer Humor*. Ullstein-Medical, Wiesbaden 1999 (hier auch umfangreiches Literaturverzeichnis, und zwar sowohl englischsprachig als auch deutsch)

Rubinstein, H. (1985): *Die Heilkraft Lachen*. Kallweg-Verlag, Bern.

Strotzka, H. (1982): Witz und Humor. In: Eicke, D. (Hrsg.): Tiefenpsychologie, Band 1, Sigmund Freud – Leben und Werk. Weinheim.

Titze, M., C.T. Eschenröder: Therapeutischer Humor. Fischer-Verlag, Frankfurt 1998

Titze, M: Heilkraft des Humors. Herder-Verlag, Freiburg 1985

Titze, M: Die heilende Kraft des Lachens. Kösel-Verlag, München 1985

Wicki, W.: Psychologie des Humors. Eine Übersicht. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie; 51, 3:151-163.

### ***7.2.9 Kommunikation bei Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation (z.B. Aphasie) – non-verbale Kommunikation***

Die nonverbale Kommunikation ist vermutlich die älteste Form zwischenmenschlicher Verständigung, lange bevor der Mensch das erste Wort geäußert hat. Auch Kinder verständigen sich nach ihrer Geburt überwiegend nonverbal mit ihrer Umwelt. Menschliches Sozialverhalten ist nicht ohne Berücksichtigung des nonverbalen Systems zu verstehen ist. Allerdings wird die Bedeutung der nichtsprachlichen Verständigung von den meisten Menschen unterschätzt.

Wenn Menschen nicht verbal kommunizieren, spricht der Körper allein. Er ist niemals stumm und teilt auch dann mit den Signalen der Selbstversunkenheit, der Abschirmung mit, dass uns zur Zeit z.B. Kontakte unerwünscht sind. Der Eindruck, den die Körpersprache macht, ist oft sehr mächtig, und Worte haben es schwer, ihn zu dementieren.

Da die Körpersprache auch schwerer bewusst zu beherrschen ist als die verbale, sind die Botschaften der Körpersprache oft "wahrer" bzw. "echter". Und eben weil sie sich dem Willen weitgehend entzieht, und zwar das Aussenden wie der Empfang der Signale gleichermaßen, erscheint sie uns selbstverständlicher, irrationaler, wird sie einfach bewusst weit weniger bemerkt als die Sprache der Wörter.

Ist die Sprachfähigkeit auf Grund bestimmter Erkrankungen eingeschränkt, dann ergeben sich für die Pflege Verständigungs- und demzufolge Verstehensprobleme, die durch Sensibi-

lisierung für die Wahrnehmung nonverbaler Zeichen oder durch Berührung bis zu einem gewissen Grad kompensiert werden können.

#### Literatur:

- Clahsen, Helmut (2003): „Mir fehlen die Worte ...“ Aphasie nach Schlaganfall – ein Erfahrungsbericht. Frankfurt a.M..
- Lorenz, Loretta (1995): Kommunikationsstörung Stottern: zum Kommunikationsverhalten von Stotterern und ihren sprechgesunden Gesprächspartnern. Freiburg, Univ., Dipl.-Arb.
- Lotzmann, Geert; Allhoff, Dieter-W. (1989): Verbale und nonverbale Kommunikationsstörungen: Interdisziplinarität bei Diagnose und Therapie. Weinheim.
- Molcho, Samy (1988): Körpersprache als Dialog: Mosaik-Verlag. Mehrabian, Albert (1972). Nonverbal Communication. Chicago.
- Sachweh, Swenja (2002): Kommunikation mit Dementen: Die Sprachfähigkeiten gehen verloren. Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 55, 5: 325-329.
- Siegenthaler, Walter (1992): Kommunikationsstörungen als Krankheitsfaktor: ein Symposium; Preisverleihung 1991 ; Stuttgart ; New York.
- Tacke, Doris (1999): Pflege von Menschen mit Aphasie - Eine Literaturstudie. Pflege; 2: 95-100.
- Tacke, Doris (2001): Interaktion zwischen aphasischen Menschen und ihren Helfern im Krankenhaus. PR-INTERNET für die Pflege, Pflegeforschung 3, 7-8: 29-40.
- Zentralverband für Logopädie, Deutscher Bundesverband für Logopädie: Sprache, Stimme, Gehör: Zeitschr. für Kommunikationsstörungen. - Stuttgart : Thieme, ISSN 0342-0477, ZDB-Nr.:Y2041779-2, Internetausg., Sprache, Stimme, Gehör. Darin bis 1985: Mitteilungen des Zentralverbandes für Logopädie; ungezählte Beil. 1986 - 1991: Forum des Zentralverbandes für Logopädie e.V.; 1991 - 1993: Forum des Deutschen Bundesverbandes.

#### Internet:

<http://sozialarbeitspsychologie.de/nonvkom.htm> (01-01-19)

<http://www.uni-saarland.de/fak5/krause/nonverb.htm> (03-06-05)

<http://www.rp-online.de> (03-01-10)

<http://www.mastel.ch/projekt-ada1/> (03-06-23)

<http://www.magic-point.net/fingerzeig/grundlagen-deutsch/kommunikation/koerperspr/koerperspr.html> (02-01-20)

### **7.2.10 Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden**

Der Kontakt zu hochbetagten, dementen und sterbenden Patienten in Institutionen ist auf Grund ihres schlechten Allgemeinzustandes überwiegend schwer herstellbar. Probleme der Kommunikation bilden somit die Hauptursache für Schwierigkeiten und Mängel in der Behandlung und Begleitung schwerkranker und sterbender Hochbetagter. Sehr alte Menschen sind oft schon lange Zeit vor ihrem Tod kaum in der Lage ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen, geschweige denn, von sich aus Hilfe einzufordern. Der Umgang mit ihnen erfordert sowohl von Ärzten, als auch von allen anderen Mitarbeitern eines therapeutischen Teams neben unverzichtbar fachlicher Kompetenz und feiner Beobachtungsgabe auch höchste menschliche Kompetenz (d.h. unbedingten Respekt, herzliche Zuwendung, Höflichkeit, Verständnis und Taktgefühl).

Hervorragende fachliche Kompetenzen nützen wenig, wenn die professionellen Helfer nicht in der Lage sind, bei Menschen, die kaum Signale senden (können) Schmerzen und/oder quälende Symptome zu erkennen.

Hier reichen keine kommunikativen Rezepte als Antworten auf die Frage nach existenzieller Kommunikation,<sup>27</sup> hier geht es um die Frage der professionellen Haltung.

*“Hochbetagte reagieren sehr empfindlich auf respektloses Verhalten und auf Grenzüberschreitungen, auch gut gemeinte! Diese Empfindlichkeit steigert sich mit zunehmender Kraft- und Wehrlosigkeit.“<sup>28</sup>*

---

<sup>27</sup> Ein Vortrag zu diesem Thema kann als pdf-file heruntergeladen werden: <http://www.kommit-2005.uhbs.ch> oder über die Postadresse: Kirsch, Hiltrud, Sertoriusring 283, D 55126 Mainz.

<sup>28</sup> Huber, E. (1994): Gesundheit und Kommunikation. S. 163; zit. nach M. Gottschlich, Sprachloses Leid.

Im praktischen Arbeitsalltag geht es dabei vor allem um hierarchiefreie interprofessionelle Zusammenarbeit, Einbeziehung der Angehörigen, Biographiearbeit, differenzierte Beobachtung und entsprechende Dokumentation.

Die Validation nach Naomi Feil als Kommunikationsmethode für Demente und Verwirrte; verfolgt drei Grundprinzipien der Kommunikation:

1. Akzeptanz („... ich akzeptiere Dich so wie Du bist!“)
2. Empathie („... ich fühle mit Dir!“)
3. Kongruenz („... ich mache Dir nichts vor!“)

Kommunikation ist dabei nicht „Gleitmittel für reibungslosere Abläufe“, sondern ein Weg zum gegenseitigen Verständnis. Orientiertheit bzw. Desorientiertheit entscheiden über die Art der Begegnung, über Wortwahl und Berührung.

Die „Basale Stimulation“ ist eine weitere Methode, eine Verbindung zwischen Pflegenden (Therapeuten) und Sterbenden herzustellen. Die Art der Annäherung ist abhängig vom cerebralen Zustand. Ziel ist in jedem Fall das Erkennen und Erfüllen des Patientenwillens.

Kommunikation mit orientierten Sterbenden bedeutet: Die Würde nicht verletzen (besonders respektvoller Umgang!), Patient bestimmt selbst über Distanz und Nähe (diskrete Signale, z.B. stockender Atem, kleine Falten um die Augen, Schluckbewegungen beachten), Berührungen des Körperstamm (z.B. Schulter) sind wichtiger als die Berührung der Peripherie, gemeinsame Problemlösungen solange der Patient bei Bewusstsein ist (hilfreich sind: ja/nein Fragen). In der Kommunikation mit desorientierten Sterbenden ist Nähe wahrscheinlich erwünscht (Signale beachten!).

Grundsätzlich gilt: Was für den Patienten wichtig ist, muss gemeinsam gelöst werden.

Literatur:

Babaneck, Angela (2001): Nonverbale Kommunikation mit Sterbenden: Leben bis zuletzt im Angesicht eines Gegenübers. Köln.

Bienstein, A. Fröhlich (1997) Basale Stimulation in der Pflege, Düsseldorf

- Böke, Hubert (2002): Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt: Motivationen, Schutzzräume, Problemfelder / hrsg. von Hubert Böke. Gütersloh.
- Feil, N. (2000): Validation in Anwendung und Beispielen. Ernst Reinhardt Verlag
- Gottschlich, M. (1998): Sprachloses Leid. Springer Verlag, S. 34-35
- Heusser, Peter und Björn Riggenbach, Hrsg. (2003): Sterbebegleitung - Sterbehilfe - Euthanasie: die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht. Bern ; Stuttgart ; Wien.
- Hörning, Martin (2005): Der Tod gehört zum Leben: Sterben und Sterbebegleitung aus interdisziplinärer Sicht. Münster.
- Kostrzewa, Stephan; Kutzner, Marion (2004): Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. Bern ; Göttingen ; Toronto ; Seattle.
- Pfeffer-Küppers, Marina E. (2003): Sterbebegleitung und Patientenwille. Bad Nauheimer Gespräch vom 23. Juni 1999 in Kassel und vom 26. April 2000 in Frankfurt am Main: Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche.
- Lilie, Ulrich (2004): Handbuch Integrierte Sterbebegleitung. Gütersloh.
- Lugton, Jean (1995): Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen. Berlin; Wiesbaden.
- Rheinland-Pfalz / Bioethikkommission, Hrsg. (2004): Sterbehilfe und Sterbebegleitung: ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. Mainz : Ministerium der Justiz., Inhaltsverzeichnis:  
<http://www.bsz-bw.de/rekla/show.php?mode=source&eid=UNI%5F0%5F11213299inh>
- Rest, Hans O. (2005): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit : Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich / Franco Rest. 5., überarb. Aufl., Stuttgart.
- Schell, Werner (2002): Sterbebegleitung und Sterbehilfe: Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements) / Werner Schell. Unter Mitarb. von Wolfgang Schell. - 3., aktualisierte und erw. Aufl., Hannover.

Schütte, Christian (2002): Personzentrierte Kommunikation mit Sterbenden in der Hospizarbeit. Köln.

Internet:

[http://www.thieme.de/abstracts/palliativmedizin/abstracts2000/daten/r2\\_3.html](http://www.thieme.de/abstracts/palliativmedizin/abstracts2000/daten/r2_3.html)

### **7.2.11 Das Verlegungs- oder Entlassungsgespräch**

Das Entlassungsgespräch bildet einen vorläufigen Schlusspunkt der hochspezifischen Medizin und Pflege, dem Kerngeschäft der Professionellen, stellt aber auch die Pflegekontinuität sicher. Idealerweise baut es auf dem Aufnahmegespräch auf und lässt die Stationen des Befindens des Patienten noch einmal Revue passieren. Aber es richtet sich auch nach vorn und sollte dem Patienten helfen, die vor ihm liegenden Herausforderungen mit fachkompetenter Unterstützung der Pflegefachperson zu bewältigen. Daher ist es nicht auf den Tag der Entlassung an sich zu terminieren, sondern möglichst an einem der davor liegenden Tage und am ehesten zu einem Zeitpunkt des Tages stattfinden, an dem ein wenig Ruhe im Tagesgeschäft eingeleitet ist.

Im Verlegungs- oder Entlassungsgespräch geht es darum, die aktuelle pflegerische Situation aufzunehmen, bestimmte Kernbereiche mit ihren Ressourcen oder Problemen zu vertiefen und zu dokumentieren. Dabei ist entscheidend, dass beides zur Verfügung steht, das Wissen (WAS frage ich?) und die Technik des Fragens (WIE frage ich?), um mit dem Patienten eine sogenannte „gemeinsame Wirklichkeit“ herzustellen. Das Entlassungsgespräch sollte die Grundlage für einen „Pflegebericht“ geben, der den Patienten begleitet und den weiteren behandelnden Personen in der ambulanten oder stationären Medizin und Pflege, dem Pflegeheim, der REHA-Klinik, der Hospiz usw., den pflegerischen Verantwortungsbereich vermittelt und die Pflegekontinuität für den Patienten sicherstellt.

Literatur:

Cleary M, Horsfall, J, Hunt, G E (2003): Consumer feedback on nursing care and discharge planning. Journal of Advanced Nursing 43, 3: 269-277.

- Gerrie J J W, Ketelaars C A J, Frederiks C M A, Huyer H Abu Saad, Wouters E F M: The effects of aftercare on chronic patients and frail elderly patients when discharged from hospital: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 27, 1076-1086.
- Roberts K: Exploring participation (2002): Older people on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing* 40, 4, 413-420.
- Satzinger W, Courté-Wienecke, Wennig S, Herkert B (2005): Bridging the information gap between hospitals and home care services: experience with a patient admission and discharge form. *Journal of Nursing Management*, 13, 257-264.
- Simons L, Petch A (2002): Needs assessment and discharge: a Scottish perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 435-445.
- Waters K, Allsopp D, Dennis A (2001): Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on: *Journal of Advanced Nursing* 33, 5, 575-582.
- Weber H, Kirsch H (2000): Eine "gemeinsame Wirklichkeit" herstellen. Das *Drei-Funktionen-Modell* zur Unterstützung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden. *PR-INTERNET, Management* 5, 115-131.
- Weber, H. et al (2006): Projekt AEG 2004, Aufnahme- und Entlassungsgespräche. Eine Studie zum Kommunikationsverhalten von Pflegenden des Universitätsspitals Basel, Band I und II. Basel 2006. Zu erhalten über [hweber@uhbs.ch](mailto:hweber@uhbs.ch)
- Weinhold, Christine: *Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal*. Bern 1997, S. 189ff.
- Wilson K, Pateman B., Beaver K, Luker K.A (2002): Patient and carer needs following a cancer-related hospital admission: the importance of referral to the district nursing service. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 3, 245-253.
- Worth A, Tierney A J, Watson N T (2000): Discharged from hospital: should more responsibility for meeting patients' and carers' information needs now be shouldered in the community? *Health and Social Care in the Community* 8, 6, 398-405.