

Gaby Baller
Bernhard Schaller

Kommunikation im Krankenhaus

Erfolgreich kommunizieren mit Patienten,
Arztkollegen und Klinikpersonal



Springer Gabler

Kommunikation im Krankenhaus

Gaby Baller · Bernhard Schaller

Kommunikation im Krankenhaus

Erfolgreich kommunizieren mit Patienten,
Arztkollegen und Klinikpersonal

 Springer Gabler

Gaby Baller
Heidelberg, Deutschland

Bernhard Schaller
Therwil, Schweiz

ISBN 978-3-642-55325-7
DOI 10.1007/978-3-642-55326-4

ISBN 978-3-642-55326-4 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Springer Berlin Heidelberg ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
(www.springer.de)

Vorwort

Kommunikation ist während der letzten Jahre im Management des deutschsprachigen Raums immer wichtiger geworden. Diese Entwicklung hat selbstverständlich auch vor dem Krankenhaus nicht haltgemacht. Die Qualität und die berufliche Kompetenz der Behandelnden und Pflegenden werden dabei stärker denn je als selbstverständlich vorausgesetzt. Der Patient, dessen Angehörige und die Öffentlichkeit im Allgemeinen erwarten höchste Standards, und dies sowohl fachlich als auch im zwischenmenschlichen Bereich. Was und vor allem wie ein Sachverhalt miteinander besprochen wird und welche Informationen ausgetauscht werden, ist daher fortwährend von entscheidender Bedeutung für den nachhaltigen Erfolg im Krankenhaus. Ein falsches Wort an der falschen Stelle, und der Ruf eines Krankenhauses ist ruiniert, Patienten kommen nicht wieder und die Abwärtsspirale ist in Gang gesetzt. Effektive Kommunikation ist daher die Basis jeder Patienten- oder Geschäftsbeziehung, Mitarbeiterinteraktion und auch des Performance Managements im Krankenhaus.

In einem Krankenhaus kommunizieren aber nicht nur Ärzte mit Patienten, Kollegen untereinander oder mit ihren Vorgesetzten, der Pflege oder der Verwaltung. Ein Krankenhaus kommuniziert auch als Organisation mit ihren Infomaterialien, durch Image-Broschüren wie dem Leitbild oder Internet-Seiten – eben mit allem, was nach außen geht. Über die Auswahl der Ärzte präsentieren sich der Öffentlichkeit auch die Werte eines Krankenhauses, genauso wie über den Qualitätsbericht. Vorträge, die gehalten werden, ein Tag der offenen Tür, all das sagt uns etwas. Sagt etwas aus über die Sorgfalt, die Qualität sowie die Art der Zuwendung. Wie kommuniziert ein Krankenhaus in Krisensituationen, wenn z. B. Säuglinge wegen vermeintlich mangelnder Hygiene verstorben sind und die Öffentlichkeit auf ein Statement wartet?

Wir haben dieses Buch geschrieben, um den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus eine Unterstützung an die Hand zu geben, damit deren fachlich hochwertige Arbeit nicht durch eine unglücklich verlaufende oder missverständliche Kommunikation abgewertet wird.

Dieses Buch beschäftigt sich mit konkreten Gesprächssituationen zwischen den unterschiedlichsten Personen und Personengruppen im Krankenhaus und stellt dabei ebenso die zugrunde liegenden unterschiedlichen theoretischen Kommunikationsmodelle vor.

Aber auch das beste Modell bildet nur einen Teil der Realität ab. Wichtig ist, diese Modelle nicht nur zu kennen, sondern im Krankenhausalltag auch anzuwenden, denn für uns ist Management und Führung, zusammen mit der Kommunikation als eines ihrer zentralen Teile, erlernbar. Jedermann, sowohl Anfänger als auch Experten können Anregungen für den Alltag im Krankenhaus und darüber hinaus finden. Für diejenigen Leser, die weiterführende Informationen suchen, haben wir Exkurse und eine Liste ausgewählter Literatur angefügt.

Im ersten Teil lernen Sie die einzelnen Kommunikationstheorien und Modelle kennen. Im zweiten Teil erläutern wir anhand von Fallbeispielen, welche Verbesserungspotenziale in diesen konkreten Gesprächssituationen möglich sind. Da Kommunikation innerhalb eines Krankenhauses nicht losgelöst von Management und Leadership ist, versuchen wir auch immer wieder die Verbindung dazu herzustellen, so dass ein möglichst ganzheitliches Bild der Kommunikation im Krankenhaus entsteht. Wo immer möglich, haben wir die Erkenntnisse der Neuroökonomie mit einfließen lassen. Die Erkenntnisse, wo und wie sich bestimmte Verhaltensweisen äußern, erscheinen uns wichtig, um die vorgestellten Modelle und ihre Limitationen nicht nur zu verstehen, sondern auch im Alltag umzusetzen.

Je mehr Sie sich mit dem Thema Kommunikation beschäftigen, desto mehr müssen Sie sich auch als Führungskraft reflektieren. Reflexion ist ein wichtiges Instrument der persönlichen Weiterentwicklung und problemlos ins Berufsleben integrierbar. Nehmen Sie sich nach einem Arbeitstag auf dem Weg nach Hause fünf Minuten Zeit, um über Ihre Interaktion mit Kollegen, Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen nachzudenken. Überlegen Sie, wie die Kommunikation gelaufen ist. Was war gut, was könnten Sie beim nächsten Mal besser machen? Reflexion über Kommunikation und Kommunikation über Kommunikation kann Probleme lösen.

Aus diesem Grund stellen wir einige der wichtigsten Konzepte der Psychologie vor, die für eine Führungskraft im Krankenhaus im Rahmen der Kommunikation am hilfreichsten sind.

Alle erlebten und hier beschriebenen Fallbeispiele widerspiegeln nicht die Normalität in den entsprechenden Krankenhäusern. Das zumindest haben uns die darauf angesprochenen Personen versichert, deren Namen wir selbstverständlich geändert haben. Aus didaktischen Gründen wurde zudem einiges bewusst überzeichnet.

Unser Dank gilt unseren diversen Gesprächspartnern der verschiedenen Krankenhäuser in Deutschland und der Schweiz, den Krankenversicherungen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen, aber auch all den Lehrern, die uns in der Vergangenheit in unserer Ausbildung zu Kommunikationspsychologen begleitet haben und von denen wir lernen durften. Vieles davon ist in der einen oder anderen Form eingeflossen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
 Teil I Kommunikationsmodelle und Kommunikationstheorien		
2	Warum ist eine gute Kommunikation im Krankenhaus so wichtig?	5
2.1	Vertikale und horizontale Kommunikation	6
2.2	Kommunikationsmodelle und Kommunikationstheorien	7
2.3	Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver	8
	Literatur	8
3	Grundlagen der Kommunikation	11
3.1	Was ist Kommunikation?	11
3.2	Arten der Kommunikation	12
3.3	Was ist Sprache?	14
3.4	Soziale Systeme und Kommunikation	17
	Literatur	17
4	Die wichtigsten Kommunikationsmodelle	19
4.1	Der Sender und der Empfänger von Shannon und Weaver	19
4.2	Das Organon-Modell von Bühler	21
4.3	Das Nachrichtenquadrat und die vier Ohren von Schulz von Thun	22
4.4	Die fünf Axiome von Watzlawick	26
4.5	Das Innere Team von Schulz von Thun	28
4.6	Unterschiedliche Formen von Botschaften	31
4.7	Non-verbale Nachrichtenanteile	32
4.8	Körpersprache als Teil der bewussten non-verbalen Kommunikation	34
4.9	Der Wahrnehmungsfiter	37
4.10	Werte- und Entwicklungsquadrat	42
4.11	Übertragung	45

4.12	Riemann-Thomann-Modell	45
4.13	„Nudge“ oder das Anstoßen	48
	Literatur	50

Teil II Angewandte Kommunikationsmodelle und Kommunikationstheorien

5	Transaktionsanalyse (TA)	55
5.1	Analyse von Transaktionen	58
5.2	Sigmund Freuds Theorie der inneren Haltung	60
	Literatur	62
6	Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg	65
6.1	Die vier Schritte der Gewaltfreien Kommunikation	66
6.2	Destruktive Sprache – Eine besonders perfide Form von Gewalt in der Kommunikation	69
	Literatur	70
7	Lösungsorientierte Kommunikation	71
	Literatur	78

Teil III Gestaltung der Kommunikation

8	Gestaltung der Kommunikation mittels Gesprächstechniken	81
8.1	Stimmige Kommunikation	82
8.2	Gesprächstechniken	86
8.3	Small Talk	88
8.4	Fragen stellen und Fragetypen	90
8.5	Die non-direktive Gesprächsführung nach Carl Rogers	92
8.6	Moderation oder faires Lenken eines Gesprächs	93
8.7	Überzeugend argumentieren (Pyramidales Prinzip)	94
8.8	Metakommunikation	95
8.9	Gefühle ansprechen oder spiegeln	98
8.10	Assoziatives, analytisches und aktives Sprechen und Zuhören als eine besondere Form der Kommunikation	99
8.11	Feedback	102
8.12	Johari-Fenster (Joe Luft, Harry Ingham)	108
8.13	Widerstand ist auch Feedback	108
8.14	Feedbackschlaufen und Organisationslernen	111
8.15	360-Grad-Feedback als Führungsinstrument	112
	Literatur	114

9	Vermitteln von Informationen nach innen und außen	117
9.1	Second-Level-Agenda-Setting – Framing und Priming	122
9.2	Die Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn	124
	Literatur	127
Teil IV Spezielle Formen der Kommunikation		
10	Kommunikation als Führungsinstrument	131
10.1	Gespräche führen	132
10.2	Kommunikationsmuster	133
10.3	Widerstände und Ängste	134
10.4	Kommunikation und die Wirkung auf unser Gegenüber – Wenn Stärken zu Schwächen werden	136
10.5	Lenkung durch Kommunikation	138
10.6	Führungsinstrument „Anerkennung und Kritik“	140
10.7	Fragen mit Antworten ohne Informationswert	147
10.8	Dale Carnegie – Umgang mit Menschen	147
	Literatur	149
11	Spezielle Formen der Kommunikation im Krankenhaus	151
11.1	Ein Überblick	151
11.2	Duzen und Siezen	152
11.3	Interprofessionelle Kommunikation	153
11.4	Empathie	155
11.5	Und auch noch die Gender-Dimension	160
11.6	Kommunikation in medizinischen Notfällen	162
	Literatur	164
12	Integrierte Unternehmenskommunikation im Krankenhaus	167
12.1	Beschwerdemanagement	172
12.2	Integriertes Kommunikationsmanagement	175
12.3	Lügen, Täuschen und Verdecken	176
12.4	Schwarmintelligenz	180
	Literatur	181
13	Controlling der Kommunikation	183
13.1	Alles nur Marketing?	183
	Literatur	185

14	Nachhaltigkeit in der Kommunikation	187
14.1	Sprechende Medizin	189
14.2	Der Patient im Zentrum – Die verschiedenen Patiententypen und Patientengruppen	190
14.3	Gesundheits-Apps	193
14.4	Konfliktlösung durch Kommunikation – Die GORVENA-Methode	196
14.5	Entschuldigungen	200
14.6	Arzt-Patienten-Kommunikation	206
14.7	Wertschätzung	207
14.8	Salutogene Kommunikation	208
14.9	Die Rolle der Social Media in der nachhaltigen Kommunikation	212
14.10	Entwicklung einer Emergenz	212
	Literatur	215

Teil V Spezielle Kommunikationsmedien

15	Digitale Kommunikation	219
15.1	Kommunikation via E-Mail	219
15.2	Kommunikation via Internet	221
15.3	Regeln für die Kommunikation im Web 2.0 zwischen Unternehmen und Internetnutzern	222
15.4	Digitale Kommunikation und Emotionen	222
15.5	Digitale Kommunikation und Termine	225
15.6	Telekommunikation	231
15.7	Der Anruf	232
15.8	Telekommunikation – Kürzer ist oft besser	233
	Literatur	237

Teil VI Analyse von Kommunikationsproblemen

16	Übersicht über Analyse-Tools	241
16.1	Kommunikationsmuster nach Virginia Satir	244
16.2	Ungenauere Aufgabenstellung	246
16.3	Die Kommunikation verbessern – „Shared Responsibility“	246
16.4	Konversationsmaximen nach Paul Grice	248
16.5	Todsünden der Kommunikation	248
16.6	Umgang mit aggressiven Gesprächspartnern	249
16.7	Umgang mit Killerphrasen	252

16.8	Teufelskreis von Schulz von Thun	254
16.9	Gravierende Kommunikationsprobleme – Analyse und Aufarbeitung .	256
16.10	Und nochmals ein Wort zu den Beziehungen	257
	Literatur	258

Teil VII Fallbeispiele und Erläuterungen mit Verweis auf die Theorien

17	Fallbeispiele	263
	17.1 Wie würden Sie reagieren?	266
	17.2 . . . und zum Schluss noch – Die größten Fehler bei Gesprächen	268
18	Schlusswort	271

Wir leben in einer Zeit mit unendlich vielen und vor allem oft sekundenschnellen Kommunikationsmöglichkeiten. Ich kann jetzt eine E-Mail schreiben und nur Sekunden später kommt diese bei meiner Tochter in Neuseeland, bei einem Geschäftspartner in Hongkong, bei der Tante in Kanada oder dem Freund nebenan an. Daten zu verschicken ist nahezu uneingeschränkt und ereignisnah möglich: Die ganze Welt passt in meinen Computer und zeigt sich auf meinem Bildschirm.

Bis Ende des letzten Jahrtausends haben wir noch ganz klassisch und konservativ kommuniziert. Wir haben ein Festnetztelefon benutzt, haben uns Briefe geschrieben oder uns im Büro oder zu Hause getroffen, um persönlich miteinander zu sprechen. Vor einigen Jahren kamen E-Mails hinzu, die den Schriftverkehr wesentlich beschleunigt haben. Sodann traten Handys in unser Leben und ermöglichten uns, auch unterwegs allzeit erreichbar zu sein. Nun leben wir mit Smartphones und Tablets im digitalen Zeitalter und alles passiert online, sogar unsere Bankgeschäfte, unsere Shoppingtouren und eben auch unsere Kommunikation. Web 2.0 und Social Media haben sich mit Facebook, Twitter und anderen Internetplattformen in unser Leben geschlichen und unsere Kommunikation nachhaltig verändert. Jeder teilt alles mit jedem. Wir teilen mittlerweile auch unseren Alltag mit der Welt. Zwar betrifft dies vor allem die Generation der „Digital Natives“, aber auch der Rest der Welt kann sich dieser neuen Art der Kommunikation nicht mehr völlig verschließen. Es wird zunehmend wichtiger, auf dem Laufenden zu bleiben und sich auszutauschen, zeitnah und über Ländergrenzen hinweg gemeinsam an Projekten zu arbeiten und eben auch darüber zu kommunizieren. Dies klappt mal mehr, mal weniger gut. Und es scheint, je mehr wir miteinander kommunizieren, desto schwieriger wird die Kommunikation und desto häufiger missverstehen wir uns. So hat sich das Miteinander der Menschen in den letzten Jahren drastisch verändert. Wir sind sensibler geworden, was die Störungen in der Kommunikation angeht, denken mehr über Kommunikation nach und erwarten von anderen viel mehr als noch vor 20 Jahren, dass sie immer und jederzeit der Situation entsprechend reagieren. Im Restaurant wird jeder Wunsch „sehr gerne“ erfüllt, Beschwerden werden selbstverständlich mit einer Entschuldigung entschärft.

Was bedeutet dies aber für die Kommunikation in einem Krankenhaus?

Mit dieser Frage beschäftigt sich das vorliegende Buch. Lesen Sie es von der ersten bis zur letzten Seite, um die theoretischen Modelle der Kommunikation zu erlernen. Lesen Sie in den einzelnen Kapiteln nach, was Sie persönlich gerade betrifft oder interessiert. Lernen Sie und werden Sie jeden Tag ein wenig besser und sicherer in Ihrer Kommunikation, egal ob schriftlich oder mündlich. Lernen Sie aber auch ein wenig über sich selbst, indem Sie reflektieren, wie eine Gesprächssituation gelaufen ist und was Sie, daraus abgeleitet, verbessern können oder wollen. Viel Erfolg!

Teil I

Kommunikationsmodelle und Kommunikationstheorien

Kommunikationsmodelle



Im Folgenden stellen wir Ihnen die gängigsten Modelle der Kommunikation vor. Es ist dabei zu beachten, dass Modelle immer die komplexe Realität vereinfachen, nie für alle potenziellen Fälle zutreffen und wahrscheinlich nur in ihrer Gesamtheit die kommunikativen Beziehungen abbilden.

Dem Krankenhaus kommt als Wirtschaftsakteur auf der einen und als Gesundheitseinrichtung auf der anderen Seite eine besondere Aufgabe, aber auch Stellung innerhalb unseres Gesellschaftssystems zu. Kommunikation ist ein zentraler Bestandteil, aber auch probates Instrument in jedem Krankenhaus. Der Austausch zwischen Arzt und Patient, zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern widerspiegelt nur einige Facetten dessen, was man täglich im Krankenhaus an Kommunikation erlebt.

Was aber ist Kommunikation? Kommunikation wird hier als ein sozialer Prozess verstanden, in dem Informationen bewusst oder unbewusst ausgetauscht werden. Kommunikation ist daher der intentionale und wechselseitige Austausch von Informationen innerhalb dessen ein sogenannter Kommunikator (Sender) eine Botschaft, welche in sprachliche oder nicht-sprachliche Zeichen verschlüsselt wird, über spezifische Kommunikationskanäle an einen Kommunikanten (Empfänger) sendet, der diese Botschaft dann entschlüsselt. Dies kann sowohl schriftlich, mündlich oder aber eben auch non-verbal erfolgen. Denn *„man kann nicht nicht-kommunizieren“* (Paul Watzlawick et al. 1996).

Neben dem klassischen reinen Informationsaustausch umfasst die Kommunikation auch eine Interaktion in der wechselseitigen Steuerung und Kontrolle von Verhalten. Diese non-verbale Kommunikation beschreibt auch jedes nicht-sprachliche Verhalten, das dem Empfänger Rückschlüsse auf den inneren Zustand des Senders gibt, wie beispielsweise erröten, lachen oder auch weinen. Sogar ein kurzer Blick kann viel aussagen, und wir tendieren unbewusst dazu, diesen zu interpretieren und höher zu bewerten als sprachliche Aussagen oder Verhalten. Im Mittelalter wurde der sogenannte böse Blick, im Rahmen eines „Schadenszaubers“ meist Frauen zugeschrieben, die dadurch als Hexe gebrandmarkt und der Verfolgung ausgesetzt waren. Auch heute ist die Angst vor dem bösen Blick noch in vielen Kulturen weit verbreitet.

Auch Kleidung und Accessoires, die Frisur, das Auto, elektronische Geräte, sogar die Einrichtung der Wohnung oder des Hauses lassen Schlüsse auf ein bestimmtes Lebensgefühl, eine Einstellung oder Arbeitsweise zu: Der Eigentümer kommuniziert über sein Äußeres ebenso wie über seine Besitztümer.

Die Kommunikation ist also allgegenwärtig und man kann sich ihr nicht entziehen, insbesondere in einem Krankenhaus, das von Interaktion im engeren und weiteren Sinne lebt.

2.1 Vertikale und horizontale Kommunikation

Die Kommunikation im Krankenhaus kann vereinfachend in eine vertikale und eine horizontale Komponente unterteilt werden.

Unter der **vertikalen Kommunikation** versteht man die Verständigung der Vorgesetzten mit ihren Mitarbeitern. Meist wird hier von Top-down-Kommunikation gesprochen.

Die **horizontale Kommunikation** findet auf einer Organisationsebene oder Hierarchieebene statt, in sogenannten Peergroups, insbesondere zwischen Kollegen.

Das Zusammenspiel von vertikaler und horizontaler Kommunikation und die Abstimmung zwischen vertikalem und horizontalem Informationsfluss werden in Abb. 2.1 veranschaulicht.

Solche „klassischen“ Kommunikationsmuster in Matrixorganisationen wie einem Krankenhaus werden immer mehr verlassen. Auch deshalb ist eine gelingende Kommunikation im Krankenhaus von zentraler Bedeutung.

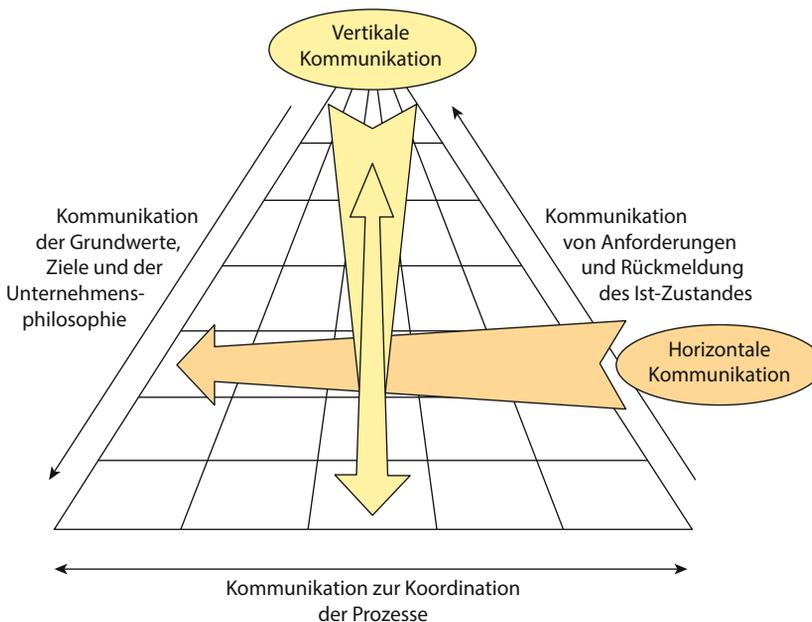


Abb. 2.1 Vertikaler und horizontaler Informationsfluss. (Radtko et al. 2002)

Gleichwohl besteht oft eine beträchtliche Diskrepanz zwischen den Alltagserfahrungen, dem Wissen über Kommunikation und der eigenen Wahrnehmung der Kommunikation. Unser Bild von Kommunikation ist stets ein subjektives Abbild einer Realität, aber nicht zwingend die Realität selbst oder die unseres Gesprächspartners.

Grundsätzlich wird in jeder sozialen Interaktion auch kommuniziert, denn jedes Verhalten kann Bedeutung vermitteln und besitzt zumindest minimales kommunikatives Potenzial. Doch Kommunikation geht über bloßes Verhalten hinaus. Weil wir als Homo sapiens handlungsfähig sind, sind wir imstande, etwas zielgerichtet zu kommunizieren, Kommunikation bewusst herzustellen und genauso auch wieder abubrechen.

Wenn man über vertikale und horizontale Kommunikation in Organisationen wie einem Krankenhaus spricht, so muss man sich auch darüber im Klaren sein, dass rund 90 % der Kommunikation über informelle Kanäle fließt. Aber auch eine Organisation, ein Unternehmen oder eine Einrichtung selbst kommuniziert nach speziellen und spezifischen Mustern. Die Kirche hat andere Kommunikationsmechanismen, als im Militär zu finden sind. In staatlichen Organisationen sind Kommunikationsregeln mitunter sehr streng definiert, vor allem was Interna angeht. Wirtschaftsunternehmen haben hingegen klar geregelte Reporting Lines. Gemeinsam ist all diesen spezifischen Situationen nur, dass Kommunikation eine soziale Handlung darstellt, die nach gewissen allgemeingültigen Mustern abläuft, welche wiederum mitunter von den entsprechenden Organisationen vorgegeben sind oder deren Kultur widerspiegeln.

Unabhängig von der oben dargestellten vertikalen und horizontalen Kommunikation wollen wir uns zuallererst einmal mit der Kommunikation zwischen Individuen beschäftigen. Damit die zwischenmenschliche Kommunikation überhaupt klappt, müssen grundsätzlich einige Voraussetzungen gegeben sein:

- Gemeinsamer Zeichenvorrat,
- Gemeinsamer Bedeutungsvorrat,
- Gemeinsames interaktives Kommunikationsinteresse.

2.2 Kommunikationsmodelle und Kommunikationstheorien

Bevor wir uns genauer in die Kommunikationsmodelle vertiefen, sollten Sie sich über die Wertstellung der Kommunikation in Ihrem Alltag klar werden. Denken Sie daher einmal über die folgenden Fragen nach:

- Was bezeichnen Sie als eine gelungene Unterhaltung?
- Was bezeichnen Sie als eine misslungene Unterhaltung?
- Was ist für Sie Konversation?
- Was halten Sie von Small Talk? Ist er für Sie essenzieller Faktor der zwischenmenschlichen Kommunikation oder überflüssig? Und weshalb?

Sie sehen: Es gibt keine richtige oder falsche Antwort. Seien Sie sich dessen immer bewusst, wenn Sie über die nachfolgenden Kommunikationsmodelle, die definitionsgemäß ein beschränktes Abbild der Wirklichkeit darstellen, reflektieren.

2.3 Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver

Als eines der ersten Kommunikationsmodelle ersannen Claude Shannon und Warren Weaver 1948 ein rein technisch orientiertes binäres mathematisches Modell. Das ursprüngliche Ziel bestand darin, ein Modell für die optimale Kommunikation an die amerikanische Armee zu liefern.

Nach Shannon und Weaver muss eine Kommunikation **sechs basale Elemente** enthalten:

- Informationsquelle \leftrightarrow Verschlüsselung,
- Nachricht \leftrightarrow Kanal,
- Entschlüsselung \leftrightarrow Empfänger.

Die Kommunikation ist nach diesem Modell als ein linearer Prozess zu verstehen, in dessen Mittelpunkt das Signal steht. Das grundsätzliche Prinzip des Shannon-Weaver-Modells ist, dass jede menschliche Kommunikation eine Quelle (information source) hat. Diese Quelle ist der Sender, der seine Nachricht (message) in Form eines Codes über einen Kanal (transmitter) weitergibt.

Dabei gilt es insbesondere **drei unterschiedliche Empfangsvorgänge** auseinanderzuhalten:

- Wahrnehmen: etwas sehen oder hören, riechen, schmecken.
- Interpretieren: das Wahrgenommene mit einer Bedeutung versehen, die richtigen Schlüsse ziehen.
- Fühlen: das Wahrgenommene und Interpretierte mit einem persönlichen Gefühl versehen.

Es ist wichtig, diese inneren Vorgänge beim Empfangen einer Nachricht zu differenzieren, damit sich der Empfänger auch im Klaren ist, dass das Empfangen einer Nachricht immer seine eigene Reaktion ist, auch und vor allem mit starken eigenen Anteilen.

Literatur

- Radtke, P., Stocker, S., & Bellabarba, A. (2002). *Kommunikationstechniken. Sieben Techniken für eine effektive Kommunikation*. München: Hanser.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1996). *Menschliche Kommunikation. Mental Research Institute Paolo Alto, Kalifornien* (9. Aufl.). Bern: Huber.

Weiterführende Literatur

- Baller, G., & Schaller, B. (2009). Über die Kraft der Spiegelneuronen. Warum es so wichtig ist, eine gute Führungskraft zu sein. *Deutsches Ärzteblatt*, 49, A2483.
- Baller, G., & Schaller, B. (2013). *Praxishandbuch für Ärzte im Krankenhaus*. Stuttgart: Thieme.
- Baller, G., & Schaller, B. (2013). Führung wird anspruchsvoller. *Nahdran*, 2, 34–36.
- Baller, G., Huber, T., & Schaller, B. (2010). Was vielen gefallen soll, muss von vielen gestaltet werden. Changemanagement-Projekte scheitern aus vielen Gründen. Gelingen tun sie aus den gleichen. *das Krankenhaus*, 8, 743–747.
- Fiske, J. (1987). *Introduction to Communication Studies*. London: Methuen.
- Köck, P., & Ott, H. (1994). *Wörterbuch für Erziehung und Unterricht*. Donauwörth: Verlag Ludwig Auer.
- Lück, H. E. (1985). *Psychologie sozialer Prozesse*. Opladen: Leske+Budrich.
- Satir, V. (1975). *Selbstwert und Kommunikation*. München: Pfeiffer.
- Schaller, B., & Baller, G. (2007). In varietate concordia oder Abrechnungsmentalität unter Kollegen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1641–1643.
- Schaller, B., & Baller, G. (2007). Moderne ärztlich-kollegiale Kommunikation im Gesundheitswesen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1715–1716.
- Schaller, B., & Baller, G. (2007). Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. Der Stellenwert der Kommunikation. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 2091–2092.
- Schaller, B., & Baller, G. (2008). Der Zusammenhang zwischen guter Kommunikation und Qualität. *das Krankenhaus*, 2, 140–142.
- Schaller, B., & Baller, G. (2009). Führen heißt auch informieren. *Kommunikation im modernen Change Management Nahdran*, 3, 30–33.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden. 1*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F., & Pörksen, B. (2014). *Kommunikation als Lebenskunst: Philosophie und Praxis des Miteinander-Redens*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F., Ruppel, J., & Stratmann, R. (2003). *Miteinander reden: Kommunikation für Führungskräfte*. Reinbek: Rowohlt.
- Schwarz, G. (1994). *Sozialmanagement. Fachhochschul-Schriften*. Minden: Minden Verlag.
- Thomas, A. (1991). *Grundriß der Sozialpsychologie* Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.

Kommunikative Kompetenz bestimmt zu einem wesentlichen Teil die Qualität unserer beruflichen und privaten Beziehungen. In vielen Arbeitsfeldern im Krankenhaus ist das Gespräch der Schlüssel für einen erfolgreichen Kontakt zu unseren Kunden/Patienten, aber auch zu Mitarbeitern und Vorgesetzten. Desgleichen ist in der Zusammenarbeit im (interprofessionellen) Team, mit anderen Bereichen oder in Projekt- und Arbeitsgruppen eine klare, konstruktive und ergebnisorientierte Kommunikation gefragt, ja oft geradezu gefordert. Nicht zuletzt in Verhandlungen im Großen und Kleinen ist Kommunikation in all ihren Facetten der Schlüssel zum Erfolg. Kommunikation ist daher speziell in einem Krankenhaus ubiquitär und damit zentral.

Es gibt unzählige Modelle der Kommunikation, die wissenschaftlich zu erklären versuchen, was Kommunikation ist und wie diese in besonderen Situationen funktioniert. Wir wollen Ihnen die wichtigsten und für den Klinikalltag nützlichsten im Folgenden näher vorstellen.

3.1 Was ist Kommunikation?

Beschreibungen und Erklärungen der Kommunikation gehen, wie in Abschn. 2.3 beschrieben, auf Claude E. Shannon und Warren Weavers „Mathematische Theorie der Kommunikation“ zurück, die wiederum durch Karl Bühler (1934) für die Linguistik angepasst wurden. Grundsätzlich beschreibt der Begriff Kommunikation den **Austausch von Informationen**. Zellen kommunizieren, indem sie ihre Umwelt wahrnehmen, um Nahrung zu finden und Gefahren auszuweichen. Weiter müssen sie, um überhaupt zu überleben, ebenfalls mit anderen Zellen kommunizieren. Sie bedienen sich dazu bestimmter Proteine, sogenannter Rezeptoren, die sich an der Zellwand befinden. Die Aufgabe dieser Proteine ist es, Informationen von außen nach innen bzw. von innen nach außen zu melden, indem sie sich selbst verändern. Diese Veränderung also, die Mitteilung einer Information, ist noch weitgehend unbekannt.

Bei der Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Gesprächspartnern verhält es sich annähernd so, dass ein Sender seine Botschaft mittels eines Mediums an einen Empfänger sendet. Und dabei sendet er ebenfalls Störungen verschiedenster Art. Denn das Feedback ist vielfach längst unterwegs, bevor die komplette Botschaft übermittelt wurde. Statt einer sequenziellen Kommunikation, bei der sich alles schön hintereinander abspielt, ereignet sich alles simultan und auf einmal. Es kommt also zu einem Feedback zwischen Sender und Empfänger. Gleichzeitig reflektieren aber beide beim Sprechen auf dieses Feedback oder nehmen es sogar vorweg: Sie bewegen sich während des Sprechvorgangs auf der Metaebene. Das passiert nämlich dann, wenn Botschaften von Körpersprache, Gestik oder Mimik, Tonfall oder Sprachmelodie begleitet werden. Eine formale Information kann mit einer hochgezogenen Augenbraue oder einem Lachen eine vollkommen neue Bedeutung bekommen. Und gleichzeitig kann ich dieses „Missverständnis“ auch intendieren und die Kommunikation dadurch in Gang halten. Paradoxaerweise kann also der Fortgang der Kommunikation demnach gerade nur darin liegen, dass wir uns „missverstehen“, beziehungsweise uns in diesem Missverstehen immer schon verstanden haben, wie es oft unter guten Freunden der Fall ist.

Ist schon die analoge Kommunikation von Mensch zu Mensch, wie oben beschrieben, mitunter sehr komplex und sowohl fehleranfällig als auch häufig missverständlich, so ist die digitale Kommunikation zur Herausforderung geworden. In Anbetracht der vielen auch durchaus unterschiedlichen Kommunikationstheorien und -modelle scheint ebenso immer noch nicht genau erklärbar, was Kommunikation ist oder was eigentlich passiert, wenn zwei oder mehrere Personen kommunizieren – genauso wie bei den Zellen.

3.2 Arten der Kommunikation

Da Kommunikation letztendlich nichts anderes als ein Informationsaustausch zwischen mindestens zwei Parteien ist, gibt es natürlich unterschiedliche Arten von Kommunikation in einem Krankenhaus, je nachdem, wo Kommunikation stattfindet. Auf einer Metaebene kann man daher grundsätzlich **drei unterschiedliche Arten der Kommunikation** zusammenfassen:

- Face-to-Face-Kommunikation.
- Schriftliche und medial vermittelte Kommunikation.
- Massenmediale und öffentliche Kommunikation.

Im Krankenhaus spielt die Face-to-Face-Kommunikation eine besonders wichtige Rolle, beispielsweise im Arzt-Patienten-Gespräch, aber auch in Arbeitsgesprächen, Diskussionen oder im Mitarbeitergespräch. Insbesondere diese Face-to-Face-Kommunikation unterliegt speziellen Bedingungen, aber auch Einflussfaktoren:

- **Interpersonale Charakteristika**, z. B. Temperament, Motivation oder Befindlichkeit.
- **Bestimmte Situationsmerkmale**, z. B. die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung, Auslöser des Gesprächs.
- **Variable Kontextbedingungen**, z. B. Anregung und Unterstützung durch das Umfeld oder Werte und Normen der Gesellschaft.

In der Face-to-Face-Kommunikation gibt aber besonders die Nicht-Kommunikation oft Anlass zu Interpretationen oder sogar zur Spekulation. Nehmen wir hierfür ein Beispiel aus dem Buch „Missing Links“ von Thomas Wirth (2004):

Wie Fehler entstehen, wenn allgemein gültiges Wissen über menschliche Kommunikation ignoriert wird, kann am Beispiel der Regel vom „Nicht-Kommunizieren“ verdeutlicht werden. Das klingt mysteriös, ist aber eigentlich ganz einfach: Nicht-Senden, Stille oder Leere im Ablauf einer Kommunikation ist nicht etwa „nichts“, sondern immer „etwas“, meist sogar etwas höchst Bedeutungsvolles. Eines der wenigen Beispiele, in welchen eine Leer-Botschaft eine positive Bedeutung hat, ist dieses: Wenn ein Säugling mit dem Brüllen aufhört. Wer es einmal erlebt hat, weiß genau, wovon ich spreche: Obwohl hier buchstäblich „nichts“ gesendet wird, ist die Bedeutung klar: „Jetzt bin ich zufrieden, ihr seid entlassen.“ In der Regel hat Nicht-Kommunizieren aber negative Bedeutungen und ist ein wirksames Mittel, sich unbeliebt zu machen. Ein Tipp: Wenn Sie einmal das Ziel haben sollten, sich unsympathisch, arrogant, unhöflich und feindselig darzustellen, dann antworten Sie einfach nicht, das genügt vollauf und strengt überhaupt nicht an. Dieses uralte, einfache Gesetz gilt nun auch im Web. Es gibt keine magische Grenze zwischen der realen und der Online-Welt, die das Nicht-Kommunizieren hier zu einem Affront, dort zur Belanglosigkeit werden lässt. Das ist allerdings vielerorts nicht klar, und so entstehen dann tödliche (Nicht-)Kommunikationsfehler. Die eigentlich nicht, aber dann eben doch vorhandene Botschaft einer unbeantworteten E-Mail ist ebenso komplex wie rundum negativ. Wenn man sie vollständig ausformuliert, gelangt man ungefähr zu folgender Übersetzung: Jetzt haben Sie Zeit und Mühe investiert, um uns eine Nachricht zukommen zu lassen. Das war dumm, denn wir interessieren uns nicht dafür. Nachrichten, die uns über E-Mail erreichen, sind für uns genauso wertlos wie Sie und Ihr Anliegen. Warum wir nicht antworten, verraten wir Ihnen nicht, vielleicht ...

- ... war es zu zeitraubend oder zu mühsam,
- ... löschen wir E-Mails grundsätzlich,
- ... gibt es hier niemanden, der für eine Antwort zuständig ist,
- ... hat jemand die E-Mail gelesen, aber einer Antwort nicht für Wert befunden,
- ... antworten wir nur den anderen und Ihnen nicht,
- ... beantworten wir nur E-Mails, von denen wir uns einen Nutzen versprechen.

Es ist uns aber gleichgültig, was Sie darüber denken – machen Sie sich Ihren eigenen Reim darauf. Denn: Sie sind uns gleichgültig! Dem kann man eigentlich nichts hinzuzufügen – außer vielleicht, dass jeder Mitarbeiter eines Unternehmens, der so mit Kunden umgehen würde, achtkantig und völlig zu Recht gefeuert würde. (zitiert nach Wirth 2004).

Also: Wenn Sie auf Ihrer Klinik-Homepage eine E-Mail-Adresse für Ihre Abteilung angegeben haben, dann müssen Sie die E-Mails auch lesen und innerhalb von 48 Stunden beantworten. Das gilt allgemein noch als akzeptabler Zeitrahmen. Und wenn Sie für ausländische Patienten eine englische oder anderssprachige Seite mit Ihrem Angebot eingerichtet haben, dann muss es auch jemanden geben, der E-Mails oder Anrufe in dieser

Sprache beantworten kann. Sonst stellt man Ihre Kompetenz und Glaubwürdigkeit sehr rasch infrage!

Wie sich diesem Beispiel deutlich entnehmen lässt, entwickelt sich die Kommunikation zur Interaktion, sobald das Gehörte, Gesehene oder Geschriebene in irgendeiner Art interpretiert wird. Daher ist Kommunikation nie eine einseitige Informationsübertragung, sondern vielmehr aktives Handeln zwischen mindestens zwei Menschen – ob nun verbal oder non-verbal.

3.3 Was ist Sprache?

Unter Sprache versteht man ganz allgemein die Menge, die als Elemente alle komplexen Systeme der Kommunikation beinhaltet. Ausgehend von den klassischen Arbeiten Giambattista Vico (1668–1744) und Johann Gottfried von Herder (1744–1803) lassen sich **zwei unterschiedliche Verständnisweisen von Sprache** unterscheiden:

1. **Sprache als Werkzeug**, das von den Akteuren eingesetzt wird, um sich kommunikativ mit anderen auseinanderzusetzen. Sprache wird als eine spezifische menschliche Fähigkeit, ein zu untersuchendes System begriffen, das losgelöst von einer vorhandenen Realität existiert, gegebenenfalls also die Möglichkeit bietet, als Instrument des Zugangs und der Beschreibung dieser Realität gebraucht zu werden. Sprache ist also kein aktives, gestaltendes Element, sondern lediglich eine Fähigkeit zum Beschreiben und Erfassen, zum Austauschen über eine (objektive) Realität. Es handelt sich bei dieser Auffassung um ein positivistisches Verständnis von Sprache als individuellem Mittel der Kommunikation.
2. **Sprache als Konstruktion**, als ein Versuch, das In-der-Welt-Sein von Individuen zu beschreiben, wobei Kategorien wie „Welt“, „Gesellschaft“, „Realität“, „Sprache“ usw. als Konstruktionen mittels Sprache verstanden werden, die nur durch spezifische Diskurse und zum Zweck der Analyse von ihr getrennt werden können. Sprache wird in dieser Tradition nicht als passives Werkzeug, sondern als aktive Praxis von Subjekten zur Gestaltung von Welt wahrgenommen. Ein Zeichen ist nach diesem Verständnis niemals äquivalent zum Bezeichneten, sondern bezieht seine Bedeutung aus sozialen Konventionen. Nach dieser Auffassung besitzt Sprache ein soziales Element, das es dem Subjekt erlaubt, in einer Gemeinschaft mit anderen gemeinsam handeln zu können. Sprachentwicklung ist daher die Internalisierung sozialer Zeichen, das Erlernen einer bestimmten Kultur. Als Beispiel dient die Gleichung $1 + 1 = 2$. Man kann $1 + 1 = 2$ nicht beweisen, das ist eine Definition. Man hätte die Zahl 2 auch Affe nennen können, dann sähe das Ergebnis entsprechend so aus: $1 + 1 = \text{Affe} \dots$ und auch das wäre richtig.

Sprachen übermitteln übrigens auch unterschiedlich viele Informationen in einer definierten Zeiteinheit, wie Linguisten gezeigt haben. Wobei Telugu (Indien) mit fast zehn Silben pro Einheit die meisten Silben pro Sekunde oder pro Intonationseinheit enthält,

gefolgt von Thai, Spanisch und Japanisch. Zu den langsamen, „nachdenklichen“ Sprachen gehören hingegen Mandarin und Deutsch, bei denen die Informationsmenge, die im Bewusstsein zur gleichen Zeit aktiv sein kann, am geringsten ist.

Verständlichkeit der Information

Die Bedeutung einer für alle Beteiligten verständlichen und barrierefreien Kommunikation beziehungsweise Sprache ist gerade im Krankenhausbereich wichtig, da die Kommunikation auf Adressaten mit jeweils unterschiedlichem Bildungsstand, aber auch immer mehr unterschiedlichen Kulturen der Mitarbeiter, Patienten und Angehörigen usw. zugeschnitten sein muss. Oft hört man das Argument: „Der Grund für Schwerverständlichkeit liegt in der Sache – schwierige Dinge lassen sich eben nicht einfach erklären.“ Das stimmt so aber nicht. Wenn ein Text schwer zu verstehen ist, so liegt das selten an seinem Inhalt. Er wird erst kompliziert gemacht – durch schwerverständliche Ausdrucksweise.

Eine Forschungsgruppe um Schulz von Thun hat das „*Hamburger Verständlichkeitskonzept*“ entwickelt (Langer et al. 2002). Es handelt sich dabei um einen induktiv-empirischen Ansatz unter faktorenanalytischer Aufbereitung von Expertenurteilen („Eindrucksurteile“) zur Bestimmung von Textmerkmalen. Dabei sind **vier unterschiedliche, aber universelle Komponenten** entstanden, die einen Text verständlich machen:

- **Einfachheit** (Gegenteil: Kompliziertheit),
- **Gliederung – Ordnung** (Gegenteil: Unübersichtlichkeit, Zusammenhangslosigkeit),
- **Kürze – Prägnanz** (Gegenteil: Weitschweifigkeit),
- **Zusätzliche Stimulanz** (Gegenteil: Keine zusätzliche Stimulanz).

Einfachheit ist der wichtigste „Verständlichmacher“ und ermöglicht allen an der spezifischen Kommunikation beteiligten Menschen, sich über wesentliche Sachverhalte zu informieren. Um eine breite Masse von Personen anzusprechen, muss man daher vor allem auf die Einfachheit seiner Erklärungen achten.

Die **Gliederung** ermöglicht, dass sich der Empfänger der Kommunikation zurechtfindet und die Übersicht behält. Der „rote Faden“ soll für die Zuhörer immer sichtbar, der Bauplan der Nachricht deutlich sein. Dies wird durch eine „äußere Übersichtlichkeit (Gliederung)“ und eine „innere Folgerichtigkeit (Ordnung)“ erreicht.

Hinsichtlich der **Kürze** der Nachricht sollte ein optimaler Mittelweg gewählt werden. Es gilt aber bei Weitem nicht immer „je kürzer, desto besser“. Ein sogenannter Telegrammstil kann Zuhörer überfordern und wichtige Informationen können dabei verloren gehen.

Die **zusätzliche Stimulanz** dient dazu, den Empfänger nicht nur intellektuell, sondern insbesondere auf einer gefühlsmäßigen Ebene anzusprechen. Dies dient dem besseren Verständnis und erhöht die Behaltensleistung des Zuhörers.

Es hat sich im Weiteren gezeigt, dass insbesondere die Einfachheit und die Gliederung entscheidend für die Verständlichkeit eines Textes sind. Aber diese vier Merkmale stehen nicht in einem eindeutigen Zusammenhang zueinander. Einerseits kann ein Text gut ge-

gliedert und sehr weitschweifig oder kurz und ungegliedert sein. Das eine Merkmal sagt nichts über die anderen aus.

In kritischer Abgrenzung zu diesem induktiv-empirischen Ansatz hat Norbert Groeben (1972) einen theoretisch-deduktiven Weg eingeschlagen und auf Basis verschiedener sprachpsychologischer, lerntheoretischer und motivationspsychologischer Ansätze **vier unterschiedliche Verständlichkeitsdimensionen** entwickelt. Seine Kritik am Modell von Schulz von Thun, die Theorielosigkeit des Ansatzes, betraf vor allem den alleinigen Rückgriff auf Eindrucksurteile von Experten zur Bestimmung der relevanten Textmerkmale. Außerdem lassen sich die Verständlichkeitsmerkmale kaum in konkrete Anweisungen für die Produktion verständlicher Texte umsetzen.

Groebens Dimensionen stellen zunächst einmal generelle Richtlinien zur Erreichung optimaler Verständlichkeit bei der Textproduktion dar, woraus sich dann bestimmte verständlichkeitsfördernde Elemente der Textgestaltung ableiten lassen:

- **Stilistische Einfachheit:** Kurze Satzteile, aktive Verben, aktiv-positive Formulierungen, keine Nominalisierungen, persönliche Wörter, keine Satzverschachtelungen.
- **Semantische Redundanz:** Keine wörtlichen Wiederholungen, stattdessen sinngemäße Wiederholungen wichtiger Textinformationen, keine Weitschweifigkeit.
- **Kognitive Strukturierung:** Verwendung von Vorstrukturierungen, Hervorhebungen, Zusammenfassungen, Beispielen, Unterschieden und Ähnlichkeiten.
- **Kognitiver Konflikt:** Neuheit und Überraschung, Inkongruenzen, alternative Problemlösungen, Fragen.

Nach Christmann und Groeben (1999) erwies sich in empirischen Untersuchungen die Dimension der inhaltlichen bzw. kognitiven Strukturierung als die wichtigste und rangiert deutlich vor der stilistischen Einfachheit; semantische Redundanz wirkt nur in Kombination mit stilistischer Einfachheit verständnisfördernd und inhaltliche, kognitive Strukturierung verbessert nur in Kombination mit der Dimension des kognitiven Konflikts das Behalten von Textinformationen. Daher ist eine mittlere Verständlichkeit für das Verstehen von Texten aus motivations- und kognitionspsychologischen Gründen am günstigsten.

Warum erwähnen wir dies hier? In der Kommunikation im Krankenhaus, wo die Arbeit zwischen verschiedenen Professionen zentral ist, ist die Empfänger-basierte Kommunikation eminent wichtig. Man kann als Chefarzt beispielsweise einer Stationsleiterin einen Sachverhalt nicht genau gleich erklären wie einem Chefarztkollegen oder dem Krankenhausdirektor. Wenn man dies dennoch macht, wird die Kommunikation und insbesondere der dadurch zu transportierende Inhalt möglicherweise nicht vollumfänglich wahrgenommen, da nicht für beide Seiten gleichermaßen verständlich.

3.4 Soziale Systeme und Kommunikation

Wenn man sich mit Kommunikation beschäftigt, beschäftigt man sich immer auch mit sozialen Systemen (siehe Abb. 3.1). Innerhalb der soziologischen Systemtheorie besteht eine Kontroverse darüber, aus welchen strukturellen Elementen soziale Systeme bestehen. Nach Talcott Parsons (1937) sind es Handlungen, bei Niklas Luhmann (1987) sind es Prozesse der Kommunikation, die soziale Systeme konstituieren.

Nach unserem Verständnis konstituieren sich soziale Systeme – und damit sind keine konkreten Menschen gemeint (vgl. Willke 1996, S. 42) – durch Sinn und Kommunikation in Abgrenzung zu ihrer Umwelt.

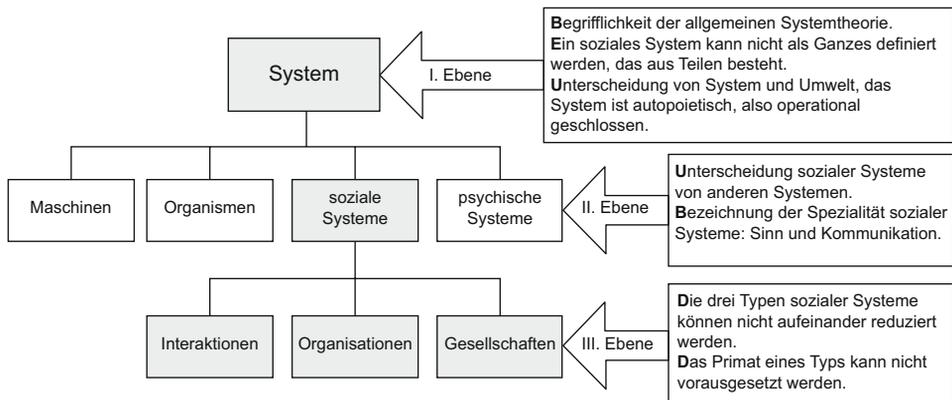


Abb. 3.1 Soziale Systeme. (Institut für Beratung und Supervision – Aachen)

... Fassen wir zusammen

Die Grundlagen der Kommunikation mögen auf den ersten Blick banal sein. Gehen Sie aber bei Kommunikationsproblemen, egal auf welcher Stufe, wieder zurück zu diesen Grundlagen oder zu dem Wissen darüber, wie soziale Systeme funktionieren bzw. eben nicht funktionieren. Darunter fallen auch solch an sich einfache Herausforderungen wie die Verständlichkeit von Texten.

Literatur

- Bühler, K. (1934). *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Jena: Verlag von Gustav Fischer.
- Christmann, U., & Groeben, N. (1999). Psychologie des Lesens. In B. Franzmann, K. Hasemann, D. Löffler, & E. Schön (Hrsg.), *Handbuch Lesen* (S. 145–223). München: Saur.
- Groeben, N. (1972). *Literaturpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Langer, I., Schulz von Thun, F., & Tausch, R. (2002). *Sich verständlich ausdrücken*. München: E. Reinhardt.
- Luhmann, N. (1987). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Parsons, T. (1937). *The Structure of Social Action*. New York: McGraw-Hill.
- Willke, H. (1996). *Systemtheorie I. Grundlagen – eine Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Systeme* (5. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius-Verlag/UTB-Taschenbuch.
- Wirth, T. (2004). *Missing Links* (2. Aufl.). München Wien: Carl Hanser Verlag.

Weiterführende Literatur

- Baller, G., & Schaller, B. (2009). Über die Kraft der Spiegelneuronen. Warum es so wichtig ist, eine gute Führungskraft zu sein. *Deutsches Ärzteblatt*, 49, A2483.
- Baller, G., & Schaller, B. (2013). *Praxishandbuch für Ärzte im Krankenhaus*. Stuttgart: Thieme.
- Baller, G., & Schaller, B. (2013). Führung wird anspruchsvoller. *Nahdran*, 2, 34–36.
- Baller, G., Huber, T., & Schaller, B. (2010). Was vielen gefallen soll, muss von vielen gestaltet werden. Changemanagement-Projekte scheitern aus vielen Gründen. Gelingen tun sie aus den gleichen. *das Krankenhaus*, 8, 743–747.
- Beck, K. (2007). *Kommunikationswissenschaft*. Konstanz: UVK.
- Bruhn, M., Esch, F. R., & Langner, T. (2009). *Handbuch Kommunikation*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Nünning, A., & Zierold, M. (2011). *Kommunikationskompetenzen* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett.
- Schaller, B., & Baller, G. (2007). In varietate concordia oder Abrechnungsmentalität unter Kollegen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1641–1643.
- Schaller, B., & Baller, G. (2007). Moderne ärztlich-kollegiale Kommunikation im Gesundheitswesen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1715–1716.
- Schaller, B., & Baller, G. (2007). Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. Der Stellenwert der Kommunikation. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 2091–2092.
- Schaller, B., & Baller, G. (2008). Der Zusammenhang zwischen guter Kommunikation und Qualität. *das Krankenhaus*, 02, 140–142.
- Schaller, B., & Baller, G. (2009). Führen heißt auch informieren – Kommunikation im modernen Change Management. *Nahdran*, 3, 30–33.
- Six, U., Gleich, U., & Gimmler, R. (2007). *Kommunikationspsychologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.