

 SpringerWienNewYork

Esther Matolycz

Kommunikation in der Pflege

SpringerWienNewYork

Mag. phil. Esther Matolycz  
Wien, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2009 Springer-Verlag/Wien  
Printed in Germany

SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von  
Springer Science + Business Media  
springer.at

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch 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 dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch/wissenschaftlichen Werk erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Umschlagbilder: iStock / Nurse hugging a senior man in a nursing home /  
Dr. Heinz Linke (vorne links);  
GettyImages / Mature male doctor by two female nurses /  
Jochen Sands (vorne rechts);  
© Frank Helmrich (hinten)

Satz: Jung Crossmedia Publishing GmbH, 35633 Lahnau, Deutschland  
Druck und Bindung: Strauss GmbH, 69509 Mörlenbach, Deutschland

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF  
SPIN: 12457601

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

ISBN 978-3-211-89011-0 SpringerWienNewYork

# Inhaltsverzeichnis

<b>Statt einer Einleitung: zum Umgang mit diesem Buch</b>	<b>1</b>
<b>I. Klassiker der Kommunikations- und Pflege Theorie.</b>	
<b>Grundlagen</b>	<b>7</b>
1. Paul Watzlawick: Fünf Axiome der Kommunikation und ihre Bedeutung für die Pflege	10
1.1 „Das strengt mich mehr an als alles andere“ (Man kann nicht <i>nicht</i> kommunizieren)	10
1.2 „Das haben Sie ja gut gemacht!“ (Inhalts- und Beziehungsaspekt von Kommunikation)	17
1.3 „Ich kann nicht anders, weil . . .“ (Die Interpunktion von Ereignisfolgen)	23
1.4 „Und manches lässt sich gar nicht sagen“ (Digitale und analoge Kommunikation)	29
1.5 „Es schaukelt sich immer weiter auf“ (Symmetrische und komplementäre Interaktion)	34
2. Friedemann Schulz von Thun: Die Anatomie einer Nachricht und die Bedeutung für die Pflege	39
2.1 „Das kann man so und anders verstehen“ (Die Anatomie einer Nachricht)	39
3. Florence Nightingale über Kommunikation in der Pflege	53
3.1 „Flüstern im Zimmer“ (Geräusche und Erwartungen)	53
3.2 „Wie man ungenaue Informationen bekommt“ (Informationen geben und bekommen)	57
3.3 „Gekünsteltes Verhalten“ (Mit Patienten sprechen)	62
3.4 „Ratschläge, die den Kranken verhöhnen“ (Mangel an Einfühlungsvermögen)	65
4. Verstehen und verstanden werden	69
4.1 „Pflege – unser Ding“ (Symbolischer Interaktionismus)	70
4.2 „Das heißt, sie mögen das nicht . . .“ (Paraphrasierung, Verbalisierung und Empathie – Elemente guten Zuhörens)	86
4.3 „So eine Gemeinheit!“ (Spiegeltechnik)	95

4.4	„Darin sehe ich keinen Sinn“ (Kongruenz und Ich-Botschaften: ein Für und Wider)	100
4.5	„Rein prophylaktisch“ (Fach- und andere Sprachen – manchmal der Versuch, Grenzen abzustecken)	109
4.6	„Das ist mehr, als jemandem in die Augen zu sehen!“ (Sich-Identifizieren und Rückfragen – aktives Zuhören und Antworten unter den besonderen Bedingungen der Pflege)	117
<b>II.</b>	<b>Wenn Kommunikation schwierig wird – spezielle Problemfelder und Lösungsansätze</b>	125
1.	„1 + 1 = 3“ (Kreisläufe oder Spiele)	126
2.	„Wie ich es auch mache: Immer ist es falsch!“ (Double-Bind)	133
3.	„Wir pflegen hier nach Böhm!“ (Die „Bibel“ in Gruppen nach W. R. Bion)	143
4.	„Das will ich ihr die ganze Zeit schon zeigen . . .!“ (Komplementäre Schismogenese)	149
5.	„Könnten wir bitte ernst bleiben?“ (Störungen haben Vorrang)	156
6.	„Ihr Ton gefällt mir nicht“ (Metakommunikation und „Therapeutenfalle“)	162
<b>III.</b>	<b>Pflegeabhängigkeit und Kommunikation</b>	167
1.	„Sie waren sicher einmal eine schöne Frau“ (Die besondere Asymmetrie der Kommunikation in der Pflege)	168
2.	„Was der nur immer mit dieser Allergie hat!“ (Die Botschaft hinter der Botschaft)	174
3.	„Den Fraß können Sie behalten, Schwester!“ (Affekt, Angst und Aggression)	179
<b>IV.</b>	<b>Transkulturelle Pflege und Kommunikation</b>	185
1.	„Die sind da nicht so locker“ (Kommunikation zwischen den Kulturen – worum es dabei geht)	185
1.1	„Ein Mordstheater ist das immer“ (Die Äußerung von Gefühlen am Beispiel Italiens, Spaniens und der Türkei)	187

1.2 „Da weiß man’s nie genau“ (Nähe und Distanz am Beispiel Chinas, Indiens und Ghanas)	193
1.3 „Andere Länder . . .“ (Kommunikation im Team am Beispiel der Philippinen)	198
1.4 „Mehr als nur ‚kein Schweinefleisch‘“ (Kommunikation und Interaktion mit muslimischen Patienten)	204
<b>V. Kommunikationspartner und ausgewählte Gesprächssituationen in der Pflege</b>	211
1. Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten	213
1.1 „Schön, dass Sie da sind?“ (Das Aufnahme- oder Erstgespräch)	213
1.2 „Zwischen Tür und Angel“ (Das „beiläufige“ Gespräch und die sogenannte Alltagskommunikation)	221
2. Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen von Klienten der Pflege	231
2.1 „Ich kenne meine Mutter!“ (Kommunikation mit Angehörigen von Klienten der Langzeitpflege)	231
2.2 „Seit zehn Tagen warte ich darauf“ (Mit Beschwerden und Kritik von Angehörigen umgehen)	237
<b>VI. Literaturverzeichnis</b>	247
<b>VII. Sach- und Personenverzeichnis</b>	251

# Statt einer Einleitung: zum Umgang mit diesem Buch

Dieses Buch hat sich die Bewältigung gleich zweier Drahtseilakte zum Ziel gesetzt: Es möchte zum einen praktische Hilfestellung für den Pflegealltag geben und zugleich über die Theorie der Kommunikation informieren. Zum anderen sollen dabei sowohl weitgehend Bekanntes als auch weniger populäre Ansätze und Denkmodelle vorgestellt werden.

Immer aber ist letztlich die Beantwortung von Fragen, die sich für Pflegende im Praxisalltag auftun und die vielleicht ratlos machen, das Ziel dieses Buches.

Auf dem Weg dorthin will das Buch zunächst dazu beitragen, Blickwinkel zu ändern und zu helfen, zwischenmenschliches Miteinander zu verstehen – und in der Folge, es bewusst und aktiv zu gestalten.

Dazu sollen jeweils Probleme, die sich in der Praxis ergeben können, gezeigt, benannt und analysiert werden. Schließlich werden praktische Handlungsorientierungen vorgeschlagen, die sich aber nicht als Rezept im Sinne einer jeweils einzig möglichen Lösung begreifen. Vielmehr ist der Leser<sup>1</sup> dazu aufgefordert, kreativ zu sein und die gegebenen Hinweise als Vorschläge und Orientierungshilfen zu verstehen, zu denen es selbstverständlich immer auch Alternativen gibt.

Dabei gehe ich zumeist nach folgendem Prinzip vor:

Zu Beginn jedes größeren Kapitels wird ein kurzer Überblick über seinen Inhalt gegeben. Die einzelnen Unterkapitel beginnen jeweils mit einem oder mehreren praktischen Beispielen aus dem Feld der Pflege.

In der Folge wird erklärt, um welche Theorie oder welches Phänomen aus der Kommunikationswissenschaft es sich dabei handelt. Schließlich werden Tipps für die Pflegepraxis gegeben – es wird also über-

---

<sup>1</sup> Zugunsten der leichteren Lesbarkeit wurde auf geschlechtsneutrale Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich sind aber jeweils *beide* Geschlechter gemeint.

legt, was die besprochene Theorie oder das besprochene Phänomen Pflegenden zu sagen hat.

Kommunikation zu gestalten und zu optimieren funktioniert nicht nach „Kochrezept“. Diesbezügliche Kompetenzen werden Schritt für Schritt durch den immer wieder geübten Wechsel von Perspektiven erworben, wobei in manchen Situationen das Wissen um bestimmte Phänomene allein schon ausreichen kann, um die eigene Haltung und damit das Wesen der (kommunikativen) Beziehung zu Anderen zum Vorteil aller Beteiligten zu verändern.

Mitunter können ganz unterschiedliche Gefühle und die eigene Eingebundenheit in eine Sache verhindern, dass jener gedankliche Schritt getan wird, der aus der emotionalen Beteiligung an einer Situation heraus führt und der notwendig ist, um sie quasi „mit Abstand“ zu betrachten, also zu **reflektieren**.

Weiters sind einerseits Zeit, andererseits Distanz zum Arbeitsalltag gefragt, oft auch der Mut, eigene Anschauungen auf den Kopf zu stellen oder Gegebenheiten kritisch zu hinterfragen.

Die berufliche Pflege ist ein weites Feld, und sie auszuüben, ohne zu kommunizieren – was eigentlich nur bedeutet, dass zwischen Lebewesen Bedeutungen vermittelt werden (Burkart 1998: 35) – ist nicht möglich. Vor allem aber sei gesagt, und hier möchte dieses Buch eine Hilfe sein: Gelingende Kommunikation verhindert nicht nur Probleme, Fehler und Missstimmungen, sondern schafft Möglichkeiten, die Interaktion (also die Prozesse der Wechselbeziehung) zwischen Menschen bewusst zu gestalten und zu erleben.

Der *erste Teil* des vorliegenden Buches beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen der Kommunikation. Das geschieht jeweils vor dem Hintergrund typischer Beispiele aus dem Pflegealltag, anhand derer die zugehörige Theorie der Kommunikation erklärt wird: das sind zuerst die sogenannten „pragmatischen Axiome der Kommunikation“ nach Paul Watzlawick und dann die „Anatomie einer Nachricht“ nach Friedemann Schulz von Thun.

Am Ende eines jeden Unterkapitels sind – wie bereits erwähnt – Tipps und Orientierungshilfen für die Pflegepraxis zu finden.

Die anschließenden Ausführungen, die der Übersetzung von Florence Nightingales „Notes on Nursing“ (Bemerkungen zur Krankenpflege), die erstmals 1860 (!) erschienen, entnommen sind, werden wiedergegeben und interpretiert. Ansonsten folgt dieser Teil des Buches nur teilweise dem oben angeführten Schema, da anstelle der Handlungsorientierungen versucht wird, Entsprechungen zu Nightingales Ausführungen in heutigen Kommunikations- und Interaktionsmodellen zu finden – mit, so viel sei schon verraten, zum Teil erstaunlichen Ergebnissen.

Danach werden – wieder dem eingeführten Schema folgend – Phänomene der Kommunikationstheorie in den Blick genommen, und zwar solche, die sich mit Prozessen des Verstehens beschäftigen.

Der *zweite Teil* des Buches hat spezielle Problemfelder der Kommunikation zum Inhalt: Es wird etwa überlegt, warum sich gewisse „Spiele“ und Kreisläufe immer zu wiederholen scheinen, was es mit Situationen, in denen man nur das „Falsche“ sagen und tun kann, auf sich hat, und wie man sich daraus löst. Und es geht um die Frage, warum – um ein großes Wort zu bemühen – selbst in der Verständigung das Ganze mehr ist als bloß die Summe seiner Teile.

Weiter widme ich mich einem Phänomen, das es in nahezu allen Pflegeteams gibt: der Berufung auf ein bestimmtes Pflegekonzept oder Besprechungsprotokoll, das mit dem Psychoanalytiker Wilfried R. Bion als „Gruppenbibel“ verstanden werden kann. Warum das problematisch ist, möchte ich, wie auch in allen anderen Unterkapiteln, wieder anhand praktischer Beispiele zeigen und schließlich theoretisch erklären; am Ende werden ebenfalls Tipps für die Praxis gegeben.

In gleicher Weise werde ich auch darstellen, warum gerade (auch) in der Pflege den sogenannten Störungen unbedingt der Vorrang zu geben ist und welche Rolle der Begriff „Metakommunikation“ dabei spielt bzw. welche Gefahren damit verbunden sind.

Der *dritte Teil* denkt darüber nach, welchen Einfluss die Pflegeabhängigkeit eines Menschen auf seine und/oder die Kommunikation derer, die ihn pflegen, hat.

Dabei werden, im gewohnten Schema, die Asymmetrie von Beziehung und Kommunikation zwischen Pflegenden und zu Pflegenden sowie das Phänomen der „Botschaft hinter der Botschaft“ betrachtet.

Weiters beschäftigt sich dieser Teil des Buches mit der Bedeutung von Affekten, Aggressionen und Ängsten für das sprachliche Miteinander und zeigt auf, wie sie sich äußern können und wie mit ihnen umzugehen ist.

Der *vierte* Teil beschäftigt sich mit der Interaktion zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen in der Pflege, wobei die Besonderheiten aus beispielsweise afrikanischen oder asiatischen Ländern in den Blick genommen werden – im Zentrum stehen auch hier Phänomene, die für unser Fach von herausragender Bedeutung sind. Dazu gehören der Schmerzausdruck und seine Funktion, unterschiedliche Verständnisse von Nähe und Distanz, die Frage, wie mit Differenzen im interkulturellen Team umzugehen ist oder was es bedeutet, mit muslimischen Klienten der Pflege in Interaktion zu sein.

Teil *fünf* hat verschiedene Situationen zum Thema, die sich überall dort ergeben können, wo im Berufsfeld „Pflege“ kommuniziert wird. Ich habe mich dabei für jene Situationen entschieden, von denen ich denke, dass sie sowohl für möglichst viele Kollegen interessant als auch auf viele Felder übertragbar sind. Den Anfang bilden Überlegungen rund um das Aufnahme- oder Erstgespräch, weiter beschäftigt sich das Kapitel mit der sogenannten „Alltagskommunikation“ – in der etwa dem Humor zentrale Bedeutung zukommt, aber auch kleine und größere „Machtspiele“ Thema sind – und schließlich möchte ich der Kommunikation mit Angehörigen Aufmerksamkeit widmen. In diesem Kontext werden die „berühmten“ Beschwerden und mögliche Widerstände behandelt. Auch hier wird für die unterschiedlichen Szenarien zumindest ein Fallbeispiel aus der Praxis gezeigt, um danach die zugehörige Theorie zu erörtern (wobei dabei zum Teil auf bereits Ausgeführtes zurückgegriffen wird). Schließlich werden wieder jeweils Tipps und Handlungsorientierungen für die Pflegepraxis gegeben.

Selbstverständlich sind dabei nicht alle Begrifflichkeiten und Probleme, mit denen man es im Zusammenhang mit der Kommunikation in der Pflege zu tun bekommt, aufgeführt. Oft habe ich mich in einer Sache auch auf einen zentralen Aspekt beschränkt.

Wer aber das Phänomen beispielsweise der Gewalt in der Pflegekommunikation vermisst, dem sei zugesagt, dass er nicht enttäuscht

werden wird. Dieses sensible Thema wird innerhalb der einzelnen Kapitel wiederholt behandelt, zudem werden natürlich Handlungsorientierungen zu dessen größtmöglicher Vermeidung gegeben.

Das Buch muss nicht notwendig „von vorne nach hinten“ gelesen werden, auch wenn diese Lesart sicherlich – besonders im fünften Teil – sowohl Verständnis als auch Lektüre erleichtert. Prinzipiell können die einzelnen Teile auch unabhängig voneinander studiert werden.

Ich hoffe, mit diesem Buch Orientierung und Hilfe im Pflegealltag sowie informative Einblicke in das große Feld der Kommunikationswissenschaft geben zu können.

# I. Klassiker der Kommunikations- und Pflegetheorie. Grundlagen

Noch heute, fast achtzehn Jahre später, erinnere ich mich gut an den ersten Praktikumstag meiner Pflegeausbildung. Wie ich es im theoretischen Unterricht gelernt hatte, wollte ich mich bei allen Patienten vorstellen und mit ihnen ins Gespräch kommen. Und natürlich wollte ich auf der Abteilung, einer großen, internistischen Station, möglichst das hinterlassen, was man einen guten Eindruck nennt.

Am Gang sah ich die Rufanlage blinken und ging ins Zimmer. Eine wohl 80-jährige Frau flüsterte immer wieder: „Das ist lauter Mist, den die mir hier geben, lauter Mist, alles Gift“ und ließ mich nicht aus den Augen. Eine andere Patientin verlangte „die Schüssel bitte, schnell!“, eine dritte war offenbar kurz davor, sich zu übergeben. Die Nierenschale, nach der ich – hektisch auf der Suche – eine ausgebildete Schwester fragte, die schnell auf einen Schrank deutete, kam keine Sekunde zu früh.

Zuerst gab ich den Vorsatz auf, mich bei jedem Patienten persönlich vorzustellen, dann auch die Erwartung, großartige Gespräche zu führen.

In einem anderen Patientenzimmer, in das ich nach diesem Erlebnis von der Schwester, die sich um mich kümmern sollte, mitgenommen wurde, saß eine alte, mürrisch wirkende Frau. Jetzt durfte ich mich vorstellen. Sie sah mich kurz an, sagte „soso“ und beachtete mich dann nicht weiter.

Die Schwester, die mich anleitete, zwickte die alte Frau mit Daumen und Zeigefinger ganz leicht in die Nase, hielt sie fest und wackelte ein wenig damit: „Haaa-Ilo!“ Das war gar nicht gut. Das Gesicht, das wusste ich bereits, war eine sehr intime Zone, da hatte man nicht einfach so hinzugreifen. Es war auch deutlich zu sehen, dass der Patientin nicht nach Scherzen und Kindereien zumute war. Doch überraschenderweise lachte sie auf, wollte gar nicht mehr aufhören und hielt die Hand der Schwester fest.

Eine runde Sache schien das mit den Gesprächen und überhaupt der Kommunikation nicht zu sein. Den Regeln jedenfalls folgte sie nicht. Was mir auch bald klar war: Kommunikation fiel erst so richtig auf, wenn sie nicht funktionierte. Und jene, denen sie gelang, wirkten auf mich oft, als würden sie *intuitiv* agieren, also vielschichtige Situationen unmittelbar erfassen und entsprechend handeln.

Es kam, und diesen Eindruck gewann ich im Lauf der Zeit immer mehr, sehr oft auf *Zwischentöne* und *Stimmungen* an, die es wahrzunehmen und auf die es zu reagieren galt.

Ebenso oft waren es aber wenige klare Worte, die – endlich ausgesprochen – den gesamten Blick auf eine Sache ändern und damit zum hilfreichen *Steuerungsmechanismus* werden konnten.

Und manchmal ließ es sich schlicht nicht fassen, was genau es war, das diejenigen taten oder einsetzten, denen Gespräche und menschliches Miteinander aller Art so gut wie immer zu gelingen schienen.

Wie kann nun ein Fahrplan aussehen, dem dabei – bewusst oder unbewusst – jeweils gefolgt wird?

Zuerst ist es wichtig, möglichst viel über das Wesen menschlicher Kommunikation zu **wissen** und möglichst viele verschiedene Mechanismen zu **kennen**, da es wesentlich ist, vielschichtige Situationen zunächst **erfassen** zu können. Um es anhand eines Bildes zu sagen: um also sehen zu können, in welcher Gegend man sich überhaupt befindet.

Sachlagen richtig zu erfassen und zu analysieren erfordert neben dem Wissen darum natürlich immer auch Übung und Erfahrung.

In einem weiteren Schritt geht es daher darum, mögliche Arten, sich in den verschiedenen Gegenden kommunikativ zu verhalten, einzusetzen. Dafür kommen meist mehrere Kommunikationsarten in Frage, weshalb ich auch in der Einleitung dazu aufgefordert habe, sie nicht als „Rezept“ zu verstehen.

Letztlich sind die Kenntnis verschiedener Felder, Mechanismen und Methoden der Kommunikation wichtig, um sich dieses Wissens **bewusst** bedienen zu können.

Allerdings ist gelungener, zwischenmenschlicher Verständigung gerade diese Bewusstheit meist nicht anzusehen – weshalb sie wie In-

tuition wirken kann, was sie manchmal auch ist. Aber: Kommunikatives Handeln, das *allein* auf dieser Grundlage entsteht, lässt sich weder absichtsvoll wiederholen noch bewusst einsetzen.

Genau das aber ist in der Pflege, in der Kommunikation, Teil des professionellen Handelns und oft notwendig.

Zunächst möchte ich nun einige wesentliche Grundlagen vorstellen, auf denen die moderne Kommunikationswissenschaft aufbaut. Dann soll Florence Nightingale zu Wort kommen: Was sie bereits 1860 für die Pflege forderte, hat (auch wenn es noch nicht benannt war) doch mit dem zu tun, was uns in diesem Zusammenhang heute beschäftigt. Am Ende des ersten, großen Kapitels möchte ich mich Prozessen rund um gegenseitiges Verstehen widmen.

# 1. Paul Watzlawick: Fünf Axiome der Kommunikation und ihre Bedeutung für die Pflege

Der Psychotherapeut Paul Watzlawick (1921–2007) begründete gemeinsam mit anderen Forschern fünf sogenannte Axiome<sup>2</sup> der Kommunikation. In der Kommunikationswissenschaft ist die Rede von den „pragmatischen“ (in diesem Fall den „verhaltensmäßigen“) Axiomen (Watzlawick et al. 2007, S. 13).

Sie beschäftigen sich mit der Frage nach dem Wesen von Kommunikation und machen dabei Aussagen über sie.

Wo immer Menschen miteinander in Beziehung treten, sich zueinander verhalten, haben sie es mit dem zu tun, was diese Grundsätze beschreiben.

Selbstverständlich ist auch das Miteinander zwischen Pflegenden und zu Pflegenden davon betroffen.

Zunächst aber soll, wie in der Einleitung angekündigt, die Pflegepraxis Thema sein.

## 1.1 „Das strengt mich mehr an als alles andere“ (Man kann nicht *nicht* kommunizieren)

Aus der Praxis (Nicht „denken“ müssen)

Martha bittet darum, heute „im hintersten Winkel“ die Medikamentenbestellung machen zu dürfen. „Ich will nicht denken müssen“, sagt sie. Inge, die Leiterin der Inneren Station, erfüllt den Wunsch Marthas, die seit zehn Jahren auf 6B in der Pflege arbeitet.

„Manchmal kann ich nicht mehr, da will ich mein Hirn ausschalten“, erklärt sie später Monika, die ihre erste Praktikumswoche hat. „Aber bei der Medikamentenbestellung musst du ja denken“, meint die.

---

<sup>2</sup> Ein Axiom ist ein Grundsatz, auf den weitere Teile einer Wissenschaft aufbauen. Er kann nicht bewiesen, allerdings auch nicht widerlegt werden.

„Stimmt“, sagt Martha, „aber warte zwei Jahre, dann weißt du, was ich meine.“

### Aus der Praxis (Danilo)

Frau Eisen wartet in der Ambulanz der Unfallchirurgie. Als auf dem Bildschirm im Warteraum ihr Name aufblinkt, geht sie ins Behandlungszimmer eins. Ohne Blickkontakt mit ihr aufzunehmen oder sie zu begrüßen, nimmt der Arzt ihren Finger, hält ihn vor sich hoch und meint, zum Pfleger gewandt, nur: „Seeehr schön.“ Dann: „Keine Naht, nur Reinigung und so weiter.“ Daraufhin lässt er Frau Eisens Finger los und tippt etwas in den Laptop, ohne die Patientin anzusehen. Auch der Pfleger, auf dessen Namensschild „Danilo“ steht, scheint kein Mann großer Worte zu sein. Er tätschelt Frau Eisens Finger, während er eine Kompresse auf die Wunde drückt, lächelt und beginnt mit der Wundreinigung.

„Ok“, sagt er, nachdem er sterile Pflasterstreifen so um die Wunde gelegt hat, dass sie nicht klappt. Dann legt er einen Verband an. „Tetanus?“, fragt der Arzt Danilo, und bevor sich dieser an Frau Eisen wenden kann, sagt sie: „Vor acht Jahren, aber da bin ich nicht sicher.“

„Also dann!“, ruft der Arzt, während er Danilo zunickt und von einer Schwester die nächste Patientin ins Behandlungszimmer rufen lässt. Danilo holt die Fertigampulle und bereitet auf einem Tablett Tupfer zur Desinfektion vor. „Angst?“, will er wissen und Frau Eisen verneint. „Los geht’s“, sagt der Pfleger und zwinkert der Patientin mit einem Auge zu.

„Das da bleibt“, sagt er als er den Alkoholtupfer auf die Einstichstelle drückt und deutet auf den Verband. „Fünf Tage.“ Er grinst und hält Frau Eisen mit gespielter Drohgebärde den ausgestreckten Zeigefinger vor die Nase.

„Wie war’s?“, fragt ihr Mann draußen, als sie aus dem Behandlungszimmer kommt.

### Man kann nicht *nicht* kommunizieren

Paul Watzlawick sagt über Kommunikation – und das ist für die Analyse unserer Beispiele wichtig – Folgendes:

„Es muss ferner daran erinnert werden, dass das ‚Material‘ jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen<sup>3</sup> 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“ (Watzlawick et al. 2007, S. 51).

Dass Kommunikation auch ohne Worte stattfinden kann, ist bekannt. Selbstverständlich wird auch durch Gesten, Mimik oder eben Körpersprache etwas vermittelt, das beim Gegenüber ankommt. Für uns zunächst interessant ist jener Teil des Zitates, in dem vom „Verhalten“ die Rede ist.

Der Arzt, der ganz offensichtlich vermeiden möchte, mit Frau Eisen zu kommunizieren, zeigt nämlich genau durch sein Verhalten (er nimmt ihren Finger, hält ihn in die Luft als gehöre er niemandem, er wendet sich an den Pfleger, statt die Patientin direkt anzusprechen), dass er *nicht* beabsichtigt, ein Gespräch mit ihr zu führen. Kommuniziert hat er natürlich auch – und zwar, dass er, im alltäglichen Verständnis von Kommunikation – eben *nicht* kommunizieren will.

Tatsächlich gelungen ist ihm nur eines, nämlich die Vermeidung eines Wortwechsels.

Schließlich habe das **Verhalten**, so Paul Watzlawick, „vor allem eine Eigenschaft, die so grundlegend ist, daß sie oft übersehen wird: Verhalten hat kein Gegenteil, oder um dieselbe Tatsache noch simpler auszudrücken: Man kann sich nicht *nicht* verhalten. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter (...). Der Mann im überfüllten Wartesaal, der vor sich auf den Boden starrt oder mit geschlossenen Augen dasitzt, teilt den anderen mit, daß er weder sprechen noch angesprochen werden will, und gewöhnlich reagieren seine Nachbarn richtig darauf, indem sie ihn in Ruhe lassen“ (Watzlawick et al. 2007, S. 51).

---

3 Damit ist alles das gemeint, was auch „neben“ der rein *sprachwissenschaftlichen* Betrachtung eine Rolle spielt.

„Eine einzelne Kommunikation“, so Watzlawick, „heißt Mitteilung (*message*)<sup>4</sup> (. . .). Ein wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen wird als Interaktion bezeichnet“ (Watzlawick et al. 2007, S. 50f).

Ob Letztere zwischen Frau Eisen und dem Arzt stattgefunden hat, lässt sich aus dem Beispiel nicht ersehen – wir wissen nichts darüber, ob die Patientin mit Verunsicherung, Gekränktheit oder Missbilligung auf dessen Versuche, wechselseitigen Austausch zu vermeiden, reagiert und ob sie diesbezügliche Signale gesendet hat.

**Kommunikation** funktioniert nämlich, wie Watzlawick ausführt, auch *einseitig*, auch wenn es dazu eines Senders *und* eines Empfängers bedürfe. Bei Letzterem komme schließlich etwas an. Seine (in unserem Fall Frau Eisens) *Reaktion darauf* aber *müsse* nicht zwingend vom Sender (z. B. dem Arzt) wahrgenommen werden.

Weiters führt Watzlawick aus: „Man kann auch nicht sagen, daß Kommunikation nur dann stattfindet, wenn sie absichtlich, bewußt und erfolgreich ist, d. h., wenn gegenseitiges Verständnis zustande kommt“ (Watzlawick et al. 2007, S. 52).

*Wechselseitiges* Miteinander dagegen wäre in seinem Verständnis bereits **Interaktion**.

*Diese* wiederum fand zwischen dem Arzt und Frau Eisen womöglich nicht statt. Dazu hätte er anhand ihrer **Reaktionen** wahrnehmen müssen, dass er die Patientin vielleicht verunsichert, eventuell sogar gekränkt hat. Die Interaktion fand offensichtlich vorrangig zwischen Pfleger und Patientin statt:

Danilo *hat* mit Frau Eisen interagiert und die beiden konnten sich verständigen – sogar so gut, dass Frau Eisen später zu ihrem Mann sagen wird, dass „ein sehr netter und lustiger philippinischer Pfleger da war.“

*Kommuniziert* haben alle Drei, indem sie Nachrichten gesendet und auch empfangen haben.

Die Figur Danilos, die ich beispielhaft für viele andere Kollegen gewählt habe, soll Pflegende vor allem entlasten: Gelingendes, interaktives Miteinander bedarf *keiner* kommunikativen Standards, keines

---

4 Anm.: also: „Nachricht“

perfekten Satzbaus und keiner lang andauernden Gespräche, zumindest nicht grundsätzlich.

Es ist vielmehr möglich, dass alles, worauf es ankommt, durchaus *auch* in wenigen Gesten, Worten und Bewegungen vermittelt wird.

Das soll nun kein Aufruf zu Wortkargheit oder „Kürze“ sein. Selbstverständlich ist es wünschenswert, ja eigentlich Pflicht, dass Pflegende sich vorstellen und Patienten über das, was sie tun, informieren.

Beispielsweise lässt aber ein Ambulanzbetrieb, in dem – oft in der Nacht – viele Patienten in kurzer Zeit versorgt werden müssen, nicht immer lange Dialoge zu. Gerade für die Pflege wird, was Kommunikation betrifft, gerne geraten, eine ruhige Atmosphäre zu schaffen und sich Zeit zu nehmen. Selbstverständlich wäre das auch auf unfallchirurgischen Ambulanzen, im Nachtdienst oder dann, wenn acht „Aufnahmen“ am Gang warten, wünschenswert. Doch das ist schlicht nicht immer machbar.

Natürlich hätte Danilo besser daran getan, sich zumindest vorzustellen und mehr Information zu geben, aber selbst mit seinem kommunikativen „Minimalprogramm“ konnte das Nötigste an Verständigung stattfinden und transportiert werden. Darüber hinaus fühlte die Patientin sich bei ihm offenbar in guten Händen.

Der Arzt entschied sich für einen Weg, der ihm zeit- und energiesparend erscheinen mochte. Vielleicht wollte er sich auch einfach auf nichts allzu „Nahes“ einlassen. Danilo arbeitete ebenfalls unter Bedingungen der Zeitknappheit, sah aber, was (unbedingt) notwendig war und tat es im Rahmen seiner Möglichkeiten – und Frau Eisen ist zumindest zufrieden.

Das erste Beispiel zeigt etwas, das meines Erachtens in der Pflege weitgehend tabuisiert wird – nämlich den Umstand, dass der Wunsch, nicht zu kommunizieren, vor allem aber nicht zu interagieren, einerseits häufig vorhanden ist und andererseits gerne versteckt wird. „Ich will nicht denken müssen“, sagt Martha. Als Monika entgegnet, dass die Medikamentenbestellung gerade damit verbunden sei, meint Martha nur: „Warte zwei Jahre, dann weißt du, was ich meine.“

„Patientenferne“ Tätigkeiten sind in der Pflege nicht unbeliebt – im Gegenteil. Wer sie ausübt, begründet das aber selten damit, sich

nicht mit Klienten verständigen und/oder auseinandersetzen zu wollen, sondern gibt – wie Martha – andere Gründe dafür an.

Interaktion ist anstrengend – muss man dabei doch die Reaktionen des Gegenübers miteinbeziehen und gedanklich vorwegnehmen, zudem befindet man sich in ständigem Austausch mit Anderen. Das gilt für das Patientenzimmer wie für den Sozialraum.

Rückzugsmöglichkeiten sind für Pflegende Mangelware und wer – wie Martha – sagt, dass er „nicht denken“ will, meint oft nur, dass er auch einmal für sich sein und sich nicht acht, zehn oder zwölf Stunden am Tag der aufmerksamen Wahrnehmung und Rückmeldung dieser Wahrnehmungen widmen kann oder will.

Ich denke, dass es sich dabei um ein so nachvollziehbares wie legitimes Bedürfnis handelt. In dem Moment nämlich, in dem Pflegende auch nur in *Anwesenheit* ihrer Klienten tätig sind, kommt Watzlawicks Axiom zum Tragen:

„Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ (Watzlawick et al. 2007, S. 53). Das hat viel mit Bewusstheit, auch Anstrengung zu tun, die allerdings (wie von Martha) nicht unbedingt bewusst wahrgenommen und schon gar nicht ausgesprochen wird.

Manchmal ist wohl der Rückzug (in Sozialräume, in denen man *alleine* ist, in Spülräume, Depots oder ins Stationszimmer) die einzige Möglichkeit, zu verhindern, dass ein Verhalten wie das des Arztes zum „Dauerprogramm“ wird.

So sehr nämlich Kommunikation und Interaktion Aufgaben der Pflege sind, so sehr ist es, im wahrsten Sinn des Wortes, *notwendig*, sie manchmal unterlassen zu können – und zwar ganz bewusst. Wird sie dann wieder aufgenommen, soll und kann dies ebenso bewusst geschehen.

### Für die Praxis:

- **Kommunikation** besteht nicht nur aus Worten (= **verbale Kommunikation**), sondern auch aus Blicken, Gesten, Mimik, Berührungen oder der Körperhaltung (= **nonverbale Kommunikation**<sup>5</sup>), überhaupt aus jedem Verhalten, das
  - von einem Empfänger wahrgenommen wird, und zwar
  - unabhängig davon, ob der Sender das beabsichtigt hat oder nicht.
- Jede ankommende Mitteilung (auch Gestik, Mimik oder Bewegung) ist Kommunikation.
- Erst der wechselseitige Ablauf solcher Mitteilungen wird als **Interaktion** bezeichnet.
- Nachdem man sich nicht *nicht* verhalten kann, gilt der Satz: „Man kann nicht *nicht* kommunizieren.“
- Gerade im Krankenhaus sind wir mit Menschen konfrontiert, denen der Tagesablauf und die Gegebenheiten, die Pflegefachsprache, die Untersuchungen und das gesamte Terrain fremd sind. Umso sensibler und aufmerksamer beobachten sie alles, was rund um sie vor sich geht.
- Pflegenden muss *bewusst* sein, dass sie ständig beobachtet werden und ihr *Verhalten*, gerade dann, wenn direktere Formen der Kommunikation unterbleiben (müssen, etwa aus Zeitmangel), von Patienten als Informationsvermittlung gewertet wird, auch: dass diese dabei zu Interpretationen neigen können.
- Der Versuch, in Anwesenheit Anderer *nicht* zu kommunizieren, ist von vorneherein zum Scheitern verurteilt, da genau das nicht gelingen kann. Gezeigt wird dabei in der Regel nämlich nur, dass man nicht kommunizieren *will*.
- Besonders Pflegende brauchen **kommunikationsfreie Zeiten**, also Zeiten, in denen sie alleine sind und sich zurückziehen können! Diesbezügliche Wünsche weisen nicht auf unsoziales Verhalten oder mangelnde Professionalität hin, sondern sind ein Grundbedürfnis auch und gerade dann, wenn mit Menschen gearbeitet wird.

---

5 Also eben: Kommunikation *ohne* Worte

## 1.2 „Das haben Sie ja gut gemacht!“ (Inhalts- und Beziehungsaspekt von Kommunikation)

### Aus der Praxis (Verbesserungsvorschläge)

Marion hat ihre Ausbildung zur Krankenschwester vor drei Jahren beendet und ist seit einer Woche auf der Neurologie beschäftigt. Davor hat sie eine Ausbildung zur Wundmanagerin gemacht. Christel, die schon acht Jahre lang auf der Abteilung arbeitet, hat einen Patienten aufgenommen, mit ihm das Aufnahmegespräch geführt und gerade seinen Dekubitus verbunden, da seit über einer Woche ein Hydrokolloidverband angelegt war.

Marion hat zugesehen, steckt nun die Hände in die Taschen ihres Kacks und sagt: „Das haben Sie ja gut gemacht.“

„Fein“, meint Christel kurz, desinfiziert sich die Hände und fährt den Verbandswagen aus dem Zimmer.

„Auf Körperwärme kann man den Verband vorher noch bringen, dann ist es perfekt“, sagt Marion draußen zu Christel. Die geht weiter, ohne der Kollegin zu antworten.

„Unsere Wundmanagerin wird dir sagen, wie das funktioniert“, flüstert Christel Ute ins Ohr, als diese später ein Wundprotokoll anlegt.

„Eigentlich ist es ganz ok, nur ein Abteilungsfossil gibt es dort wohl. Der darf man nichts vorschlagen, da ist sie gleich beleidigt“, erzählt Marion am Abend ihrem Mann, der fragt, wie der Tag gelaufen ist.

### Aus der Praxis (Hintergründe)

Stationsleitung Hannelore ist krank. Irene vertritt sie für eine Woche. „Kannst du bitte heute mit Tamara Frau Kaum baden und eine Anti-Dekubitus-Matratze einbetten?“, sagt Irene bei der Dienstübergabe zu Michaela.

„Ich weiß nicht“, gibt Michaela zurück, „ob das heute zu schaffen ist. Wir haben ja auch noch Herrn Schall, du weißt, wie lange das mit ihm immer dauert, und evaluieren muss ich auch noch.“

„Schon, aber darum kommt ja Tamara zu dir in die Gruppe“, meint Irene, „und Ulli ist ja auch noch da.“

„Tamara“, betont Michaela, „ist zum Lernen bei uns, die sollte eigentlich einmal bei einer Gastroskopie zusehen, wenn sie schon auf der Inneren Praktikum hat.“

„Das mit Frau Kaum wäre aber wichtig“, meint Irene.

„Herr Schall ist auch wichtig, und Tamaras Praktikum auch“, sagt Michaela.

„Versucht es einfach“, schlägt Irene vor.

Zu Mittag zeigt sich, dass Frau Kaum nicht gebadet wurde und keine Anti-Dekubitus-Matratze bekommen hat.

„Hätte ich noch schneller machen sollen, was meinst du?“, fragt Tamara später Manuela, eine Krankenpflegehelferin.

„Vergiss das“, antwortet diese, „es war ja klar, dass es so gekommen ist, das weiß auch jeder. Da ging es um etwas anderes.“

## Inhalts- und Beziehungsaspekt von Kommunikation

„Wenn man untersucht“, so Paul Watzlawick, „was jede Mitteilung enthält, so erweist sich ihr Inhalt vor allem als Information. Dabei ist es gleichgültig, ob diese Information wahr oder falsch, gültig oder ungültig oder unentscheidbar ist. Gleichzeitig aber enthält jede Mitteilung einen weiteren Aspekt, der viel weniger augenfällig, jedoch ebenso wichtig ist – nämlich einen Hinweis darauf, wie ihr Sender sie vom Empfänger verstanden haben will. Sie definiert also, wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht, und ist in diesem Sinn seine persönliche Stellungnahme zum anderen“ (Watzlawick et al. 2007, S. 53).

Was sich zwischen Irene und Michaela, auch zwischen Marion und Christel abspielt, ist ein so großes wie häufig vorkommendes kommunikatives Problem.

Bleiben wir fürs Erste bei Irene und Michaela.

Die Erwähnung der „unbeteiligten“ Kollegin Manuela sagt etwas aus, das auf den Kern der Sache hinweist: Eigentlich ging es weder um Zeitmangel noch um die Unmöglichkeit, bestimmte Pflegeinterventionen durchzuführen, also gar nicht um den **Inhalt** des Dialoges bei der Dienstübergabe.

Es gibt, was unter den Mitgliedern des Teams offenbar bekannt ist, ein Problem, das auf Ebene der **Beziehung** zwischen Michaela und Irene liegt. Ausgetragen wird es aber nicht dort, sondern anderswo, nämlich auf Ebene des **Inhaltes** des Gesprächs, das sich um Pflegeinterventionen dreht.

Wir wissen zunächst nichts Genaues darüber, wie Irene und Michaela zueinanderstehen. Es zeigt sich, dass Irene eine Anweisung gibt und Michaela sie nicht ausführt.

Wir wissen zunächst auch nichts Genaues über den Ablauf des Pflegealltages auf dieser Abteilung oder das übliche Arbeitstempo Michaelas, aber ein Bad und das Einbetten einer Anti-Dekubitus-Matratze bedeuten jeweils einen nicht unbeträchtlichen Arbeitsaufwand, der zu allen anderen Aufgaben noch dazukommt.

Machen wir einen Zeitsprung und hören, was man sich auf der Abteilung – jeweils unter vier Augen – nach dem Mittagessen erzählt:

„Unerträglich, wie Irene Chefin spielt, kaum dass Hannelore nicht da ist.“ (Michaela)

„Hast du das gesehen? Normalerweise ist das für Michaela kein Problem, die schafft das schon. Und Tamara und Ulli hatte sie auch noch in der Gruppe. Aber nein, kaum kommt etwas von mir, macht sie es prinzipiell nicht. Ich bin sicher, sie findet morgen wieder einen Grund, es nicht zu tun.“ (Irene)

„Wenn sie morgen wieder beginnt, herumzukommandieren, bin ich ab Mittwoch krank, das weiß ich.“ (Michaela)

Die (inhaltliche!) Aufforderung Irenes, nämlich Frau Kaum zu baden und ihr eine Anti-Dekubitus-Matratze zu geben, wird von Michaela als „Kommandieren“ und „Chefin-Spielen“ verstanden. Die (inhaltlich!) nicht erfolgte Ausführung dieser Aufforderung begreift Irene als bewussten Widerstand. Wie sich aus den späteren Aussagen der beiden ersehen lässt, will Irene ihre Position als Vertretung der Stationsleitung ganz klar behaupten – und Michaela will ebenso klar zeigen, dass sie nicht beabsichtigt, Irenes Position zu akzeptieren.

Sowohl Irene als auch Michaela lesen aus dem, was die Andere sagt oder tut, etwas heraus, das nichts mit der Sache selbst zu tun hat, und zwar etwas, das mit der Beziehung zwischen beiden im Zusammenhang steht. Beide mögen mit ihren Vermutungen recht haben.

Tatsache bleibt, dass hier Ebenen verschwimmen und möglicherweise beide ihr Tun von der Art ihrer Beziehung zueinander abhängig machen. Diese dominiert dann auch das Geschehen – und auch wenn inhaltlich weiter über Frau Kaum, das Bad und die Matratze gesprochen wird, geht es letztlich um das Verhältnis zwischen Irene und Michaela.

Bei Christels und Marions Kommunikation geht es ebenfalls nicht (mehr) hauptsächlich um die Frage, ob der Hydrokolloidverband durch Reiben auf Körpertemperatur gebracht werden soll. Thema ist nämlich (geworden), wer wem etwas sagen darf und wer welche Rolle im Interaktionsgefüge einnimmt. Ist es Marion, die Jüngere, die Christel „zu sagen hat“, wie man den Spezialverband anwendet, oder ist es letztlich Christel, die über mehr (und langjährige) Erfahrung verfügt?

In beiden Fällen sind „Beziehungsdefinitionen“ anstelle dessen getreten, was für die *Pflege* wichtig ist. Sie werden meist über all das transportiert, was neben der rein sprachlichen (also inhaltlichen) Vermittlung eine Rolle spielt:

Paul Watzlawick sagt dazu, dass diese „Beziehungsdefinition“ nun vom Anderen akzeptiert oder abgelehnt werden könne. Er könne ihr aber auch „eine andere Definition geben.“

In jedem Fall habe **dieser** Aspekt der Interaktion zwischen Menschen **nichts mit dem Inhalt** ihres Gesprächs zu tun, „sondern mit den gegenseitigen Definitionen ihrer Beziehung“ – und zwar auch dann, wenn sie weiter beim „Thema“ blieben (Watzlawick et al. 2007, S. 54).

In dieser Denkweise ist jene Ebene der Kommunikation, die über die Überbringung einer Information (etwa die Irenes: „Kannst du heute mit Tamara Frau Kaum baden und eine Anti-Dekubitus-Matratze einbetten“) hinaus geht und immer vorhanden ist, eine **Metakommunikation** (vgl. dazu etwa Watzlawick et al. 2007, S. 56), also eine Mittel-

lung, die etwas über die Mitteilung selbst mitteilt („Kommunikation über Kommunikation“). Das kann ein Blick, die Betonung bestimmter Worte oder die Bezugnahme auf Dinge sein, die zwischen den beiden vorgehen und von denen sie wissen – z. B. auch eine (gemeinsame) Vorgeschichte.

In der rein *sprachlichen* Vermittlung (also jener, die frei von jeder non-verbaler Kommunikation wie Mimik, Gestik oder Tonfall ist), *fehlt* einem Satz diese sogenannte „metakommunikative Verstehensanweisung“ (Watzlawick et al. 2007, S. 56).

Werde er ausgesprochen, könne er auf verschiedene Arten mitgeteilt und damit auch verstanden werden, denn:

Nimmt man den Satz, den z. B. Irene sagt, und betont dabei jeweils ein anderes Wort, so zeigt sich bald, dass er völlig unterschiedliche Bedeutungen annehmen kann.

Das zweite Axiom Watzlawicks lautet demgemäß:

„Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, daß letzterer den ersten bestimmt und daher eine Metakommunikation ist“ (Watzlawick et al. 2007, S. 56).

### **Was können Irene, Michaela, Marion und Christel nun tun, um diese Vermischung der Ebenen zu vermeiden?**

Grundsätzlich sollen Probleme, die es auf persönlicher, also auf Beziehungsebene gibt, auch dort geklärt werden. Christel täte gut daran, anzusprechen, dass sie sich von Marion bevormundet fühlt – ebenso Michaela bei Irene.

Auch könnte Marion zu Christel sagen, dass sie den Eindruck hat, sie sei „grundlos“ beleidigt – sie habe ihr ja nur einen Vorschlag zur Verbesserung ihres Handlings mit dem Verband machen wollen.

*Dagegen* spricht allerdings, dass derlei Gespräche mitunter eine Art von Nähe mit sich bringen, die vielleicht gar nicht gewünscht ist – und dieser Aspekt scheint mir vielfach vernachlässigt.

Es ist nämlich kein Zufall, dass die „wirklichen“ Schwierigkeiten je mit Dritten besprochen werden – Michaela, Irene, Marion und Christel wenden sich dabei vorzugsweise an jene Kollegen (oder Menschen aus ihrem Umfeld), von denen sie annehmen, dass sie die eigene Meinung teilen.