

Esther Matolycz

Professionelle Kommunikation in der Pflege

Verstehen und Verständigen
im Pflegealltag

2. Auflage

 Springer

Professionelle Kommunikation in der Pflege

Esther Matolycz

Professionelle Kommunikation in der Pflege

Verstehen und Verständigen
im Pflegealltag

2. Auflage

 Springer

Esther Matolycz
Wien, Österreich

ISBN 978-3-662-67282-2 ISBN 978-3-662-67283-9 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-67283-9>

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2009, 2024

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 allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

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. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Renate Eichhorn

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Statt einer Einleitung: Zum Umgang mit diesem Buch

Kommunikation wird oft zugeschrieben, viele Probleme zu lösen, sofern sie nur „richtig“ erfolgt – und ausgerechnet Paul Watzlawick hat hier Zweifel. Er fordert auf, sich folgende Situation vorzustellen: Eine Frau hat ein neues Rezept ausprobiert und möchte wissen, ob die Suppe dem Mann schmeckt (was nicht der Fall ist). Der Mann ist also in der Zwickmühle – soll er seine Frau verletzen oder unehrlich sein? Sie nicht zu verletzen und zugleich ehrlich zu sein, scheint ihm nicht möglich.

Watzlawick meint nun: „Die Puristen unter den ‚Kommunikationstrainern‘, die treuherzig annehmen, es gebe so etwas wie ‚richtige‘ Kommunikation, deren Grammatik man erlernen kann wie die einer Fremdsprache, haben dazu allerdings eine Antwort, etwa: ‚Die Suppe schmeckt mir nicht, aber ich bin dir herzlich dankbar für die Mühe, die du dir damit gemacht hast.‘ Nur in den Büchern dieser Fachleute fällt ihm die Frau dann gerührt um den Hals“ (Watzlawick 2009, S. 77).

Dieses Buch erscheint nun in zweiter Auflage, und immer noch geht es *nicht* von der „erlernbaren Grammatik“ einer „richtigen“ Kommunikation aus.

Wieder hat es sich aber die Bewältigung gleich zweier Drahtseilakte zum Ziel gesetzt: Zum einen will es praktische Hilfestellung für den Pflegealltag sein und zugleich über die Theorie der Kommunikation informieren. Zum anderen sollen dabei sowohl weitgehend Bekanntes als auch weniger populäre Ansätze und Denkmodelle vorgestellt werden, die aber alle den Anspruch haben, interessant und unterstützend zu sein.

Die einzelnen Kapitel sollen dazu beitragen, Blickwinkel zu ändern. Und sie sollen helfen, zwischenmenschliches Miteinander zu verstehen – und es in der Folge ein Stück bewusster und aktiver 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, ist die Leserin¹ 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 meist nach folgendem Prinzip vor: Zu Beginn jedes Kapitels wird ein kurzer Überblick über seinen Inhalt gegeben. Die einzelnen Unterkapitel beginnen jeweils mit einem oder mehreren praktischen Beispielen aus dem Praxisalltag. In der Folge wird erklärt, um welche Theorie oder welches Phänomen aus der Kommunikationswissenschaft es sich dabei handelt, und schließlich werden praktische Tipps gegeben.

Kommunikation zu gestalten und sie zu professionalisieren, 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 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.

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

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.

Kap. 1 des vorliegenden Buches beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen der Kommunikation. Das sind die „pragmatischen Axiome der Kommunikation“ nach Paul Watzlawick und die „Anatomie einer Nachricht“ nach Friedemann Schulz von Thun.

¹ Zugunsten der leichteren Lesbarkeit wurde auf geschlechtsneutrale Formulierungen verzichtet. Es werden wechselweise das weibliche und das männliche Geschlecht angesprochen, fallweise werden „umgehende“ Wege gewählt. Selbstverständlich sind aber immer *alle* Geschlechter gemeint.

Die anschließenden Ausführungen, die aus der Übersetzung von Florence Nightingales *Notes on Nursing* („Bemerkungen zur Krankenpflege“), die erstmals 1860 (!) erschienen, werden zeigen, dass schon die Pionierin der Pflege sich Gedanken zur Gesprächsführung gemacht hat, die es mit heutigen Anschauungen durchaus aufnehmen können.

Danach werden Prozesse des Verstehens behandelt, z. B. symbolischer Interaktionismus, die Spiegeltechnik oder die Paraphrase.

Kap. 2 hat spezielle Problemfelder der Kommunikation zum Inhalt: Zum Beispiel wird 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. Ein (als Theorie eher unbekanntes) Phänomen, nämlich das der „Gruppenbibel“ nach W. R. Bion, das es praktisch aber in sehr vielen Pflegeteams gibt, kommt ebenso zur Sprache wie „Störungen“, Double Bind oder Metakommunikation.

In Kap. 3 wird darüber nachgedacht, welchen Einfluss die Pflegeabhängigkeit eines Menschen auf Kommunikation hat, wobei sowohl die Asymmetrie oder die „Botschaft hinter der Botschaft“ als auch Affekt, Angst und Aggression und ihre Bedeutung für das (sprachliche) Miteinander betrachtet werden.

Kap. 4 beschäftigt sich mit der Interaktion zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen in der Pflege. Im Zentrum stehen Phänomene wie der Schmerzausdruck und seine Funktion, unterschiedliche Verständnisse von Nähe und Distanz sowie Überlegungen zur Interaktion in interkulturellen Teams oder mit muslimischen Klientinnen und Klienten. Das Problem der Stereotype wird ebenso behandelt wie kritische Fragen der Betrachtung anderer Kulturen.

Kap. 5 hat ausgewählte Gesprächssituationen zum Thema. Ich habe mich dabei für jene entschieden, von denen ich denke, dass sie sowohl für möglichst viele Kollegen interessant als auch auf viele Felder von Pflege übertragbar sind. Es handelt sich dabei um die Alltagskommunikation (auch Humor in der Pflege spielt hier eine Rolle) und um kleine und größere „Machtspiele“. Auch die Kommunikation mit Angehörigen bekommt Raum – und dabei die berühmte Beschwerde bzw. der Umgang mit Kritik und inneren Widerständen.

Kap. 6 beschäftigt sich mit Diversität. Bewusst ist dieses Thema nicht Kap. 4 zugeordnet, weil es weniger um die darin besprochenen Diversitätsdimensionen geht. Vielmehr wird hier eine Möglichkeit der Haltung zur gerechten Sprache gezeigt, wobei analoge Kommunikationsformen große Bedeutung haben. Auch ist die Sprache der Generationen Thema.

VIII Statt einer Einleitung: Zum Umgang mit diesem Buch

Freilich kann insgesamt nur ein Abriss einer Vielfalt von Phänomenen rund um Kommunikation (die immer auch Interaktion ist) gezeigt werden; oft habe ich mich in einer Sache auf einen zentralen Aspekt beschränkt.

Wer aber beispielsweise die Frage nach Gewalt in der Kommunikation vermisst, wird nicht enttäuscht werden. Fast jedes Kapitel zeigt Möglichkeiten ihrer Vermeidung. Das Buch muss nicht notwendig von vorn nach hinten gelesen werden, auch wenn diese Lesart sicherlich – besonders in Kap. 5 – Verständnis und Lektüre erleichtert.

Ich hoffe, auch mit der Neuauflage ein wenig Orientierung und Hilfe im Pflegealltag sowie informative Einblicke in das große Feld der Kommunikation bzw. der Kommunikationswissenschaft geben zu können.

Wien, Österreich

Esther Matolycz

Inhaltsverzeichnis

1	Klassiker der Kommunikations- und Pflegeetheorie – Grundlagen	1
1.1	Paul Watzlawick: Fünf Axiome der Kommunikation und ihre Bedeutung für die Pflege	3
1.1.1	„Das strengt mich mehr an als alles andere“: Man kann nicht <i>nicht</i> kommunizieren	3
1.1.2	„Das haben Sie ja gut gemacht!“: Inhalts- und Beziehungsaspekt von Kommunikation	8
1.1.3	„Ich kann nicht anders, weil ...“: Die Interpunktion von Ereignisfolgen	13
1.1.4	„Und manches lässt sich gar nicht sagen“: Digitale und analoge Kommunikation	18
1.1.5	„Es schaukelt sich immer weiter auf“: Symmetrische und komplementäre Interaktion	23
1.2	Friedemann Schulz von Thun: Die Anatomie einer Nachricht und die Bedeutung für die Pflege	26
1.2.1	„Das kann man so und anders verstehen“: Die Anatomie einer Nachricht	26
1.3	Florence Nightingale über Kommunikation in der Pflege	36
1.3.1	„Flüstern im Zimmer“: Geräusche und Erwartungen	36
1.3.2	„Wie man ungenaue Informationen bekommt“: Informationen geben und bekommen	39
1.3.3	„Gekünsteltes Verhalten“: Mit Patienten sprechen	41
1.3.4	„Ratschläge, die den Kranken verhöhnen“: Mangel an Einfühlungsvermögen	43

1.4	Verstehen und verstanden werden	46
1.4.1	„Pflege – unser Ding“: Symbolischer Interaktionismus	47
1.4.2	„Das heißt, sie mögen das nicht ...“: Paraphrasierung, Verbalisierung und Empathie – Elemente guten Zuhörens	58
1.4.3	„So eine Gemeinheit!“: Spiegeltechnik	65
1.4.4	„Darin sehe ich keinen Sinn“: Kongruenz und Ich- Botschaften: Ein Für und Wider	69
1.4.5	„Rein prophylaktisch“: Fach- und andere Sprachen – manchmal der Versuch, Grenzen abzustecken	76
1.4.6	„Das ist mehr, als jemandem in die Augen zu sehen!“ –: Sichidentifizieren und Rückfragen – aktives Zuhören und Antworten unter den besonderen Bedingungen der Pflege	82
2	Wenn Kommunikation schwierig wird – spezielle Problemfelder und Lösungsansätze	87
2.1	„1 + 1 = 3“: Kreisläufe oder Spiele	88
2.2	„Wie ich es auch mache: Immer ist es falsch!“: Double Bind	93
2.3	„Wir pflegen hier nach Böhm!“: Die „Bibel“ in Gruppen nach W. R. Bion	101
2.4	„Das will ich ihr die ganze Zeit schon zeigen ...!“: Komplementäre Schismogenese	106
2.5	„Könnten wir bitte ernst bleiben?“: Störungen haben Vorrang	112
2.6	„Ihr Ton gefällt mir nicht“: Metakommunikation und „Therapeutenfalle“	117
3	Pflegeabhängigkeit und Kommunikation	123
3.1	„Sie waren sicher einmal eine schöne Frau“: Die besondere Asymmetrie der Kommunikation in der Pflege und Hospitalismusfolgen	124
3.2	„Was der nur immer mit dieser Allergie hat!“: Die Botschaft hinter der Botschaft	131
3.3	„Den Fraß können Sie behalten, Schwester!“: Affekt, Angst und Aggression	135

4	Interkulturelle Kompetenz, Pflege und Kommunikation	143
4.1	„Die sind da nicht so locker“: Kommunikation zwischen den Kulturen – worum es dabei geht	143
4.1.1	„Ein Mordstheater ist das immer“: Die Äußerung von Gefühlen am Beispiel Italiens, Spaniens und der Türkei	147
4.1.2	„Da weiß man’s nie genau“: Nähe und Distanz am Beispiel Chinas, Indiens und Ghanas	152
4.2	„Andere Länder ...“: Interkulturelle Kommunikation im Team am Beispiel der Philippinen	157
4.3	„Mehr als nur ‚kein Schweinefleisch‘“: Kommunikation und Interaktion mit muslimischen Patienten	163
5	Kommunikationspartner und ausgewählte Gesprächssituationen in der Pflege	169
5.1	Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten	170
5.1.1	„Zwischen Tür und Angel“: Das „beiläufige“ Gespräch und die sogenannte Alltagskommunikation	170
5.2	Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen von Klienten der Pflege	178
5.2.1	„Ich kenne meine Mutter!“: Kommunikation mit Angehörigen von Klienten der Langzeitpflege	179
5.2.2	„Seit zehn Tagen warte ich darauf“: Mit Beschwerden und Kritik von Angehörigen umgehen	183
6	Diversität und Kommunikation	193
6.1	Von Diversität zu Managing Diversity – Begriffsklärung und Ziele im Rahmen von Pflege	194
6.2	Gerechte Sprache	198
6.3	(Alters-)Diversität und Kommunikation in der Pflege	201

Literatur	207
------------------	------------

Stichwortverzeichnis	215
-----------------------------	------------

1

Klassiker der Kommunikations- und Pflegetheorie – Grundlagen

Noch heute erinnere ich mich gut an den ersten Praktikumstag meiner Pflegeausbildung. Wie ich es im theoretischen Unterricht gelernt hatte, wollte ich mich bei allen Patientinnen und 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 Schwester¹ 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.

¹ Heute wird der Begriff „Pflegerin“ verwendet. Meist ist das im Buch entsprechend angepasst, bei der Schilderung zurückliegender Situationen (oder der Wiedergabe der Praxisbeispiele) wird auch die ältere Form verwendet, da Patientinnen und Patienten meist die Anredeformen „Schwester“ und „Pfleger“ nutzen.

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-llo!“ 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 Kindeereien 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 – gefolgt wird?

Zuerst ist es wichtig, möglichst viel über menschliche Kommunikation zu *wissen* und möglichst viele verschiedene Mechanismen zu *kennen*, weil das hilft, 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 Wissen auch Übung und Erfahrung.

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

Letztlich ist 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 Intuition 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, wenn Kommunikation Teil des professionellen Handelns ist, 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, wirkt erstaunlich zeitgemäß. Am Ende dieses langen Kapitels soll es dann um Prozesse gegenseitigen Verstehens gehen.

1.1 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 Axiome² der Kommunikation.

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. Pflege – als Beziehungsarbeit – ist dabei natürlich besonders betroffen.

1.1.1 „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.

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

„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. „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 1. 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. Auch Frau Eisen lächelt.

„Ok“, sagt Danilo, nachdem er sterile Pflasterstreifen so um die Wunde gelegt hat, dass sie nicht klafft. 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, ohne Frau Eisen anzusehen, 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.

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 paralinguistischen³ 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.

Nach Watzlawick hat das **Verhalten**

„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)

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

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

⁴Also „Nachricht“.

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*, obwohl es dazu eines Senders *und* eines Empfängers bedarf. Bei Letzterem kommt schließlich etwas an. Seine (in unserem Fall Frau Eisens) *Reaktion darauf* aber *muss* nicht zwingend vom Sender (z. B. dem Arzt) wahrgenommen werden. Weiterhin 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. Zwischen Pfleger Danilo und Frau Eisen hingegen schon: 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 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 *keines* 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 aber gerade damit verbunden sei, meint Martha nur: „Warte zwei Jahre, dann weißt du, was ich meine.“

„Patientenferne“ Tätigkeiten sind in der Pflege nicht immer unbeliebt. 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. 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 und 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), überhaupt aus jedem Verhalten, das von einem Empfänger wahrgenommen wird.
- Kommunikation geschieht 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, und auch, dass diese dabei zu Interpretationen neigen können.
- Der Versuch, in Anwesenheit anderer *nicht* zu kommunizieren, ist von vornherein 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 allein 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.

1.1.2 „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 Kasacks 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 Antidekubitusmatratze einbetten?“, fragt Irene bei der Dienstübergabe 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 Antidekubitusmatratze bekommen hat. „Hätte ich noch schneller machen sollen, was meinst du?“, fragt Tamara später Manuela, eine Pflegeassistentin. „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 [...], *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 und 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 der 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 Genaueres darüber, wie Irene und Michaela zueinanderstehen. Es zeigt sich, dass Irene um etwas bittet und Michaela es nicht ausführt. Wir wissen zunächst auch nichts Genaueres über den Ablauf des Pflegealltages auf dieser Abteilung oder das übliche Arbeitstempo Michaelas, aber ein Bad und das Einbetten einer Antidekubitusmatratze 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“, sagt Michaela. Irene meint: „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.“ „Wenn sie morgen wieder beginnt, herumzukommandieren, bin ich ab Mittwoch krank, das weiß ich“, sagt Michaela.

Die (inhaltliche!) Aufforderung Irenes, nämlich Frau Kaum zu baden und ihr eine Antidekubitusmatratze 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 kann.

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

In dieser Denkweise ist jene Ebene der Kommunikation, die über die Überbringung einer Information (etwa die Irene: „Kannst du heute mit Tamara Frau Kaum baden und eine Antidekubitusmatratze einbetten?“) hinaus geht und immer vorhanden ist, eine **Metakommunikation** (vgl. dazu etwa Watzlawick et al. 2007, S. 56), also eine Mitteilung, die etwas über die Mitteilung selbst mitteilt. 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.